

Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting 2012

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

Artikelnr 2012-12-3

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2012

Förord

Sedan 2006 ger Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) årligen ut rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Socialstyrelsen har därutöver fått i uppdrag av regeringen att ta fram en rapport med fokus på den hälsoinriktade hälso- och sjukvården, *Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitets och effektivitet*. Arbetet har skett i samverkan med Statens folkhälsoinstitut (FHI) och i samråd med SKL.

Rapporten redovisar ett 30-tal indikatorer som ger en översiktlig bild av hälso- och sjukvårdens hälsoinriktade arbete. Övergripande indikatorer är bland annat hämtade från folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor som Statens folkhälsoinstitut ansvarar för, och från Vårdbarometern och Nationell patientenkät, som Sveriges Kommuner och Landsting genomför. Därutöver redovisas sekundärpreventiva befolkningsinriktade åtgärder som vaccination av barn mot mässling, påssjuka och röda hund samt gynekologisk cellprovs-kontroll.

De områdesspecifika indikatorerna i rapporten belyser bland annat diabetes, graviditet, nyföddhetsvård, stroke och tandvård. Det som redovisas är framför allt olika typer av riskfaktorer som kan leda till komplikationer av olika slag för dessa patientgrupper, men även patientrapporterade mått som speglar tillgodosedda behov av rehabilitering och information samt allmänt hälsotillstånd efter insjuknande.

Ett stort antal personer har deltagit i arbetet, bland annat personer från nationella kvalitetsregister. Ett särskilt tack riktas till alla som bidragit med underlag till rapporten. En förteckning över personer som deltagit finns i slutet av denna rapport. Projektledare har varit Marianne Aggestam (Socialstyrelsen) och Chatrine Höckertin (FHI). Ansvarig enhetschef vid Socialstyrelsen för rapporten har varit Mona Heurgren.

Taina Bäckström
ställföreträdande myndighetschef

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning	7
Några resultat	7
Ohälsosamma levnadsvanor fördelar sig ojämlikt	8
Fortsatt arbete	8
Inledning	9
Om öppna jämförelser	10
Rapportens disposition och bilagor	10
Hälsoinriktad hälso- och sjukvård	11
Två centrala begrepp	12
Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	13
Avgränsningar	14
Levnadsvanor och hälsoutveckling	16
Indikatorer och datakällor	20
Resultatredovisning och tolkning	23
Hur presenteras indikatorerna?	23
Konfidensintervall	23
Jämförelser med rangordning	24
Tolkning av jämförelser och resultat	25
Rikets genomsnitt är ingen måttstock	25
Kvalitetsregisters representativitet	25
Övergripande indikatorer	27
1 Förtroende för sjukvården	29
2 Avstått från att söka sjukvård trots upplevt behov	30
3 Avstått besök hos tandläkare trots upplevt behov	31
4 Ohälsosamma levnadsvanor	32
5 Diskussion om levnadsvanor med vårdpersonal	34
6 Förändring av levnadsvanor med stöd via internet	35
7 Förändring av levnadsvanor som alternativ till läkemedelsbehandling	36
8 Patienter som diskuterat tobaksvanor med vårdpersonal	37
9 Patienter som diskuterat alkoholvanor med vårdpersonal	40
10 Patienter som diskuterat motionsvanor med vårdpersonal	43
11 Patienter som diskuterat matvanor med vårdpersonal	46
12 Vaccination av barn	49
13 Förekomst av antibiotikabehandling	51
14 Antibiotikaanvändning och viljan att avstå när så är möjligt	53

Områdesvisa indikatorer	55
Diabetesvård	55
15 Vuxna patienter med diabetes med BMI över 30 kg/m ²	55
16 Rökning hos vuxna patienter med diabetes	58
17 Fysisk inaktivitet hos vuxna patienter med diabetes	61
18 Fysisk aktivitet hos barn med diabetes	64
19 Blodsockernivån hos barn och ungdomar med diabetes	66
Graviditet- och nyföddhetsvård	68
20 Tobaksvanor under graviditet	68
21 Screening för riskbruk av alkohol under graviditet	70
22 Rökning i barns hemmiljö	71
Hjärt- och kärlsjukvård	74
23 Allmänt hälsotillstånd tre respektive tolv månader efter stroke	75
24 Tillgodosett behov av rehabilitering	78
25 Nöjdhet med information om stroke	80
26 Rökstopp efter stroke	82
Annan vård	86
27 Tio eller fler läkemedel bland äldre	86
28 Gynekologisk cellprovskontroll	88
29 Kariesfria barn och ungdomar	90
30 Patientrapporterad förbättring efter operation av diskbråck och spinala stenoser i ländryggen	92
Referenser	97
Personer som lämnat underlag till rapporten	99

Sammanfattning

För första gången redovisar Socialstyrelsen en samlad öppen jämförelse av den hälsoinriktade hälso- och sjukvården. Rapporten innehåller jämförelser av landstingens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Öppna jämförelser ger landstingen underlag för att analysera, förbättra och styra den egna sjukvården. I öppna jämförelser kan ett landsting, och i vissa fall ett sjukhus, jämföra sina resultat med andra. För ett antal indikatorer i rapporten redovisas även nationella trender.

Den hälsoinriktade hälso- och sjukvården ska leda till bättre hälsa för den enskilde och bidra till en minskad dödlighet och sjuklighet, förbättrad funktionsförmåga, större välbefinnande samt högre hälsorelaterad livskvalitet.

Några resultat

De *Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder* har varit en viktig utgångspunkt i arbetet. Riktlinjerna rekommenderar åtgärder i syfte att förbättra fyra levnadsvanor: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Nedan följer några exempel på resultat i rapporten:

- Förekomsten av samtal i vården avseende levnadsvanor varierar mellan verksamhetsområdena. Vårdpersonal inom psykiatrisk öppenvård ställer frågor om alla fyra levnadsvanorna i högre utsträckning än övriga verksamhetsområden. Störst spridning mellan landstingen finns avseende frågor om alkoholbruk.
- Ett antal riskfaktorer har identifierats hos patienter som behandlas för diabetes i primärvården och som är i åldern 30-60 år. Mer än hälften av kvinnorna i denna grupp, och hälften av männen, har fetma med BMI över 30 (BMI >30 kg/m²). En av fyra röker och är dessutom fysiskt inaktiv. Den största spridningen mellan landstingens resultat avser riskfaktorn fysisk inaktivitet.
- Rökstopp är en av de viktigaste sjukdomsförebyggande åtgärderna för att minska risken för att en patient återinsjuknar i stroke. Vid tre månaders uppföljning anger nästan hälften av de patienter som var rökare vid insjuknandet att de har slutat att röka. Efter tolv månaders uppföljning är det något färre patienter som anger att de har slutat att röka. Den största skillnaden mellan landstingen visas vid tre månaders uppföljning efter insjuknandet.
- Rökning i samband med graviditet visar på en positiv nedåtgående trend. Kvinnor som röker vid tidig graviditet har minskat från 31 till knappt 7 procent mellan åren 1983–2010. Skillnaderna mellan landstingen är små.
- Rökning i hemmiljön har minskat mellan åren 1999 till 2010 från 18 procent till 13 procent hos nyblivna föräldrar med barn yngre än en

månad. Spridningen mellan landstingen var mellan 4 procent till 18 procent.

- Inom mödrahälsovården genomförs screening med AUDIT för att upptäcka riskbruk av alkohol. Av drygt 90 000 kvinnor som födde barn under 2011 hade 83 procent genomgått screening. Spridningen mellan landstingen var mellan 67 procent till 93 procent.
- Det krävs att 95 procent av befolkningen är vaccinerad mot mässling, påssjuka och röda hund för att sjukdomarna inte ska spridas igen. Av barn födda 2009 vaccinerades 97,2 procent på riksnivå. Spridningen mellan landstingen var 4 procentenheter, mellan 95 och 99 procent.

Ohälsosamma levnadsvanor fördelar sig ojämlikt

Var fjärde person i befolkningen uppger två eller fler ohälsosamma levnadsvanor. Personer med låg utbildning uppger fler ohälsosamma levnadsvanor än personer med hög utbildning.

Fyra av fem i befolkningen uppger att de är positiva till att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor vid besök i vården, vilket ger goda förutsättningar för hälso- och sjukvården att arbeta hälsoinriktat. Var tredje daglig-rökare uppger dessutom att de kan tänka sig att ta emot stöd inför ett rök-stopp.

Fortsatt arbete

Den hälsoinriktade hälso- och sjukvården omfattar mer än det som beskrivs i denna rapport. De sjukdomsförebyggande insatserna är i högre grad belyst än de hälsofrämjande. Det beror till stor del på att det saknas data på nationell nivå som belyser det hälsoinriktade arbetet, bland annat saknar Socialstyrelsen legala möjligheter att behandla data från primärvården.

Socialstyrelsen lämnar i december 2012 utöver denna öppna jämförelse även en utvecklingsrapport till regeringen för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården. I utvecklingsrapporten kommer vi att ta upp vilka åtgärder som är de viktigaste för att utveckla öppna jämförelser på området, däribland nödvändig utveckling av de befintliga datakällorna.

Inledning

Socialstyrelsen redovisar årligen öppna jämförelser som består av indikator-baserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Öppna jämförelser baseras på nationellt tillgänglig statistik om hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har fått ett uppdrag av regeringen att i samverkan med Statens folkhälsoinstitut ta fram en särskild utgåva av öppna jämförelser som belyser delar av den hälsoinriktade hälso- och sjukvården.

Regeringsuppdraget består av tre delar:

- Att redovisa en öppen jämförelse för hälsoinriktad hälso- och sjukvård.
- Att redovisa framtida behov som kan stimulera en utveckling av data som bättre beskriver resultat och effekter av hälsoinriktad hälso- och sjukvård.
- Att integrera valda delar i den årliga rapporten för öppna jämförelser.

Denna rapport är en redovisning av uppdragets första del. I rapporten kommer den hälsoinriktade hälso- och sjukvården främst att belysas utifrån åtgärder som bidrar till tidig upptäckt av risk för ohälsa, och som kan behandlas preventivt. Viktiga målgrupper att beakta inom hälso- och sjukvården är patienter med kroniska sjukdomar och patienter med flera riskfaktorer för ohälsa. Rapporten innehåller även indikatorer som belyser ohälsosamma levnadsvanor med utgångspunkt från *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Den omfattar även till viss del sekundärprevention som syftar till att påverka patienters sjukdomstillstånd.

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård tillhör ett av regeringens elva folkhälsopolitiska målområden. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), betonas att vårdgivare ska arbeta sjukdomsförebyggande. I Socialstyrelsens *Nationella indikatorer för god vård*, beskrivs att den hälsoinriktade hälso- och sjukvården är ett område som för närvarande saknar en samlad uppföljning. Hälsoinriktad hälso- och sjukvård struktureras, enligt WHO:s modell, utifrån fyra dimensioner:

- Individ och patient: – att främja en positiv hälsoutveckling hos individer
- Befolkning: – att främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen
- Personal: – att främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen samt öka personalens förutsättningar att arbeta hälsoinriktat
- Styrning- och ledning: – att verka för en hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.

De två sist nämnda perspektiven kommer inte att inkluderas i den här rapporten då Socialstyrelsens uppdrag är att belysa hälso- och sjukvården uti-

från ett befolknings- och patientperspektiv. Båda dimensionerna är centrala för att skapa en hälsoinriktning inom hälso- och sjukvården.

Om öppna jämförelser

Öppna jämförelser är ett verktyg för analys, uppföljning och utveckling inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Socialstyrelsen gör öppna jämförelser på uppdrag av regeringen och det övergripande målet är att stödja nationella aktörer, ansvariga huvudmän och utförare i vård och omsorg i arbetet med att främja en god vård och omsorg för den enskilde. En årlig återkommande öppen jämförelse tas fram i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting och i samråd med Vårdföretagarna och Famna.

Öppna jämförelser kan användas som ett effektivt verktyg för att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet, som ett relevant underlag för politiska beslut på olika nivåer och som ett underlag för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdens verksamheter. I öppna jämförelser kan ett landsting eller ett sjukhus jämföra sin verksamhet med andra landsting utifrån ett antal indikatorer. Jämförelser kan också göras i förhållande till regions- och riksgenomsnitt. Det är också möjligt för landsting, sjukhus och vårdcentraler att jämföra sin egen verksamhet över tid.

Socialstyrelsen värnar allas lika tillgång till god hälsa, vård och omsorg och öppna jämförelser är ett viktigt verktyg i den strävan. De uppgifter som presenteras i öppna jämförelser beskriver inte hela hälso- och sjukvården och inte heller allt som kan vara viktigt att veta. Rapportens syfte är inte att stödja patienters val av vårdgivare som förutsätter att data presenteras på ett annorlunda sätt än vad som görs här.

Det är viktigt att resultaten av öppna jämförelser bedöms och analyseras regionalt och lokalt. Positiva resultat är ingen garanti för god kvalitet eller en bra omsorg i enskilda fall. Informationen behöver därför kompletteras med andra underlag för att ge en heltäckande bild.

Behovet av data ökar i allmänhet och inom det hälsoinriktade området i synnerhet. Bristen på data inom området är påtaglig och utgör en begränsning för vilken jämförelser som kan göras för området.

Rapportens disposition och bilagor

Efter inledningen kommer ett kapitel om den hälsoinriktade hälso- och sjukvården och hur området hanteras i rapporten. Därefter beskrivs levnadsvanor och hälsoutveckling i befolkningen, i ett kapitel som FHI tagit fram. Sedan beskrivs indikatorer och datakällor. I resultatredovisningen följer ett kapitel om hur indikatorer kan tolkas, innebörden av rangordningen i diagrammen, kvaliteten i data, statistisk osäkerhet och andra tolkningsproblem. Slutligen redovisas de övergripande indikatorerna och de områdesspecifika indikatorerna. Varje indikator beskrivs i texten och resultatet presenteras i diagram som visar landstingsdata och i vissa fall även sjukhusdata och om möjligt även trender för riket. Rapporten har en bilaga, beskrivning av indikatorer i rapporten. Den finns enbart tillgänglig i elektronisk form.

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Det hälsoinriktade perspektivet relaterar direkt till det övergripande målet för hälso- och sjukvården. I hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) portalparagraf anges att hälso- och sjukvården ska verka för en god hälsa och för en vård på lika villkor för hela befolkningen och att hälso- och sjukvården ska arbeta sjukdomsförebyggande.

I lagen anges också att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa, som ett led i att förebygga sjukdom eller skada. Prefixet ”hälsa” och det övergripande målet för hälso- och sjukvården tillkom när den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen trädde ikraft 1983. Med lagens tillkomst ställdes krav på en förändrad struktur av hälso- och sjukvården och på ett nytt hälso-politiskt synsätt. Det förebyggande arbetet blev lagfäst och jämfäst med det sjukvårdande.

I folkhälsopropositionen, *Mål för folkhälsan*, som antogs av riksdagen 2003 utvecklades innehållet i hälsoinriktningen av hälso- och sjukvården [1]. I denna framhålls att ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. I propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* som antogs av riksdagen 2008 framhålls att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården [2].

Denna ansats har inspirerats av det utvecklingsarbete som skett inom WHO efter Ottawakonferensen 1985 bland annat med stöd i det s.k. Ottawamantestet. Här understryks behovet av att ”re-orientera vården mot hälsoresultat” [3]. Inom WHO skapades det internationella nätverket Health Promoting Hospitals and Health Services med syftet att göra hälso- och sjukvården mer hälsoinriktad. I Sverige bildades ett svenskt nätverk med syftet att främja utvecklingen mot en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård 1996, HFS-nätverket (www.natverket-hfs.se).

WHO:s modell för en hälsoinriktad hälso- och sjukvård utgår från fyra övergripande dimensioner och är bra att använda för att beskriva vilka indikatorer inom det hälsoinriktade området som tas i denna rapport:

- Individ- och patient: – att främja en positiv hälsoutveckling hos individer.
- Befolkning: – att främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen.
- Personal: – att främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen samt öka personalens förutsättningar att arbeta hälsoinriktat.
- Styrning- och ledning: – att verka för en hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.

De hälsoinriktade indikatorer som kommer att tas upp i denna rapport berör de två första dimensionerna, vilket förklaras närmare längre fram i avsnittet om avgränsningar.

I Socialstyrelsens *Nationella indikatorer för god vård* påtalas att den hälsoinriktade hälso- och sjukvården är ett centralt område för uppföljning

och att nationella indikatorer behöver utvecklas samt att uppföljningar till stora delar saknas idag [4]. Det hälsoinriktade perspektivet är ett betydelsefullt område att beakta i framtida utveckling och uppföljning av hälso- och sjukvården.

Det hälsoinriktade området i den här rapporten berör den vård och behandling som utförs och som bidrar till tidig upptäckt av risk för ohälsa samt hälsorisker (riskfaktorer för sjukdomsutveckling) som kan behandlas med preventiva åtgärder i kombination med ordinarie behandling. Hälsoinriktade åtgärder förekommer ofta i kombination med flera andra åtgärder i vårdkedjan och tillsammans med ordinarie vård och behandling bidrar de hälsoinriktade insatserna till en gemensam effekt. Det hälsoinriktade arbetet belyses med särskild fokus på åtgärder som har koppling till levnadsvanor men har även som ansats att ta med andra åtgärder som berör övrigt preventivt arbete.

Två centrala begrepp

Den hälsoinriktade hälso- och sjukvården omfattar två centrala begrepp hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande insatser. Begreppen antyder vilken typ av vårdåtgärd som avses. Både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan vara individinriktade (gentemot individer), befolkningsinriktade (gentemot grupper eller hela befolkningen) och strukturinriktade (gentemot samhällsstrukturer). Det är lämpligt med individinriktade åtgärder för att reducera sjukdomsutveckling hos dem som har kroniska sjukdomar eller hos riskgrupper som har symtom och som löper risk att utveckla sjukdom med fastställd diagnos. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser nämns ofta tillsammans, vilket antyder att de överlappar varandra. En viss distinktion kan dock urskiljas. Insatser som syftar till att reducera riskfaktorer är sjukdomsförebyggande medan insatser som syftar till att öka tillgången till en frisk- och skyddsfaktor är hälsofrämjande [5].

Hälsofrämjande insatser på individnivå handlar om att stärka människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Hälso- och sjukvården kan konkret bidra genom att stödja individen att göra hälsosamma val, minska risktagande beteenden och ohälsosamma levnadsvanor genom att informera om frisk- och skyddsfaktorer.

Det handlar också om hur patienten känner sig delaktig i den egna vårdens planering och genomförande, deras upplevelse av att få tillräckligt med information och stöd för att kunna hantera sin hälsa. Det är också hälsofrämjande åtgärder, att patienten är en aktiv medproducent och har således koppling till området patientfokuserad vård enligt gällande definition i Socialstyrelsens *Nationella indikatorer för god vård*. Effekten av hälsofrämjande insatser kan mätas genom etablerade mått på individers fysiska, psykiska och sociala välbefinnande, det vill säga den hälsorelaterade livskvaliteten, med hjälp av etablerade mätinstrument som EQ-5D, eller SF 36. Idag sker detta genom strävan att fånga patientrapporterade resultatmått i vården (PROM).

Sjukdomsförebyggande insatser på individnivå syftar till att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdom till exempel genom att identifiera riskfaktorer av olika slag. Det är åtgärder som är sjukdomsförbyg-

gande till sin karaktär och ska minska risken för komplikationer. Åtgärderna är till exempel att främja goda levnadsvanor som till exempel råd och stöd för motion, råd om att sluta röka, kostrådgivning, alkoholrådgivning, läkemedelsbehandling avseende högt blodtryck och höga blodfetter, screening samt vaccination- och smittskyddsförebyggande åtgärder.

De sjukdomsförebyggande åtgärderna kan i sin tur delas in i primär- och sekundärprevention. Med primärprevention menas insatser som utförs innan sjukdom uppstår, de kan antingen vara individinriktad, gruppinriktad eller strukturinriktad.

Sekundärprevention syftar till tidig diagnostik och behandling för att begränsa sjukdomsutvecklingen. Det kan till exempel röra sig om upptäckten av cancer genom mammografiscreening, upptäckten av livmoderhalscancer eller rökslutarstöd till patienter som har haft hjärtinfarkt eller stroke.

Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Sjukdomsbördan är ett mått som WHO har tagit fram för att kunna jämföra och följa de sjukdomar som leder till mest ohälsa, och de riskfaktorer som har betydelse för sjukdomsutvecklingen. Detta är kunskaper som ger förutsättningar för hälso- och sjukvårdens planering av fördelning av resurser.

Enligt *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* kan en stor del av den samlade sjukdomsbördan tillskrivas fyra levnadsvanor: tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol samt ohälsosamma matvanor [6]. Dessa levnadsvanor bör beaktas i hälso- och sjukvårdens kontakt med olika vårdsökande. I riktlinjerna föreslås att hälso- och sjukvårdens sjukdomsförebyggande arbete ska följas genom ett antal indikatorer avseende de fyra levnadsvanorna. Det finns för närvarande inte tillräckligt med registrerad data avseende dessa indikatorer för att de ska kunna presenteras i landstingsjämförelser här. Regeringen har beslutat att stödja implementeringen av de nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och i samband med det utveckla metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning vilket är att invänta.

Socialstyrelsens riktlinjer innebär att hälso- och sjukvården förväntas erbjuda fler patienter stöd att förändra levnadsvanor som innebär en ökad risk för hälsan. För att kunna göra det behöver hälso- och sjukvården fråga patienter om deras levnadsvanor. I Nationell patientenkät får de som haft en vårdkontakt svara om de fått sådana frågor. Rapporten belyser inte om patienter erbjudits något åtgärd för att genomföra en förändring. Den kommande nationella utvärderingen av riktlinjerna kommer att besvara denna fråga. Socialstyrelsen rekommenderar i riktlinjen att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor.

Ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade i befolkningen och förekommer oftare hos till exempel personer med låg utbildning och samvarierar med ett antal andra socioekonomiska bakgrundsfaktorer. Levnadsvanor grundläggs tidigt i livet vilket innebär att det hälsoinriktade arbetet bör påbörjas under barnens uppväxttid. I nuläget finns inga särskilda rekommendationer för barn men det är rimligt att anta att deras levnadsvanor påverkas

av föräldrarnas levnadsvanor. Hjälp och stöd till vårdnadshavare att ändra sina ohälsosamma levnadsvanor gynnar även barnens hälsoutveckling.

Avgränsningar

Primärvården utgör en stor del av hälso- och sjukvården och kallas ibland för första linjens hälso- och sjukvård. I primärvårdens uppdrag ingår att följa hälsan i befolkningen samt att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. På nationell nivå saknas för närvarande tillgång till personnummerbaserade uppgifter för primärvårdens insatser trots att drygt hälften av alla läkarbesök årligen sker där. Det innebär att uppgifter om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder i primärvården inte kan redovisas på nationell nivå utan att särskild datainsamling sker. Socialstyrelsen har lämnat ett förslag till regeringen om att primärvården bör ges lagligt stöd för att omfattas av rapporteringsskyldigheten till patientregistret. I avvaktan på regeringens beslut finns därför inga datakällor med uppgifter som beskriver insatserna i primärvården. Det finns dock ett antal nationella kvalitetsregister som registrerar primärvårdsinsatser och några sådana indikatorer och data har identifierats i denna rapport.

Fler aktörer än hälso- och sjukvården har ett samhällsansvar för att arbeta hälsoinriktat men i den här rapporten beaktas endast hälso- och sjukvården.

Styrning- och ledningsperspektivet kommer inte att belysas i rapporten. Det vill säga hur landstingen arbetar med en hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård. Det är centralt för all hälso- och sjukvård. Det svenska Nätverket hälsofrämjande sjukvård (HFS) har en bred täckning av medlemsorganisationer och arbetar med att främja utvecklingen av en hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Styrnings- och ledningsperspektivet framträder i nätverkets arbete.

Personalperspektivet avser personalens egen hälsa och kompetensutveckling som syftar till att stimulera tillämpning av hälsoinriktade åtgärder. Detta perspektiv inkluderas inte heller i den här rapporten då Socialstyrelsens uppdrag är att belysa hälso- och sjukvården utifrån ett befolknings- och patientperspektiv. Båda dessa områden är centrala och utgör en förutsättning av det samlade resultatet för det hälsoinriktade arbetet.

Det finns idag indikatorer som belyser hälsoinriktad hälso- och sjukvård i nationella riktlinjer, nationella utvärderingar och i öppna jämförelser. Indikatorer som incidens, prevalens, övergripande överlevnads- och dödlighetsmått samt sekundärprevention. Det hälsoinriktade området omfattar mer än det som beskrivs här och uppföljningen är i ett inledande skede.

Åtgärder inom sjukvården som är preventiva till sin karaktär som medicineri, operativ behandling, sjukgymnastik, rehabilitering eller operation mot fetma belyses inte här eftersom de återfinns i andra rapporter och ingår under det som vi kallar ordinarie diagnostik och behandling. Avsikten med denna avgränsning är att fokusera på exempel som i vanliga fall inte förekommer i andra rapporteringar och som berör tidig upptäckt av ohälsa samt tidiga åtgärder för att reducera fortsatt sjukdomsutveckling.

Det sjukdomsförebyggande arbetet är mer belyst än det hälsofrämjande i rapporten. Rådgivande åtgärder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder påtalar vikten av

olika åtgärder i syfte att reducera ohälsosamma levnadsvanor. Den hälsoinriktade hälso- och sjukvården bör även omfattas av smitt- och vaccinationsprogram samt, drog- och självmordsprevention, vilket belyses delvis i rapporten.

Rehabilitering är också ett begrepp som kan relateras till området hälsoinriktad hälso- och sjukvård i betydelsen av tidiga och samordnade åtgärder inom olika medicinska specialiteter. Det kan handla om en kombination av åtgärder anpassade till den enskildes behov. Dessa kommer inte att belysas i denna rapport.

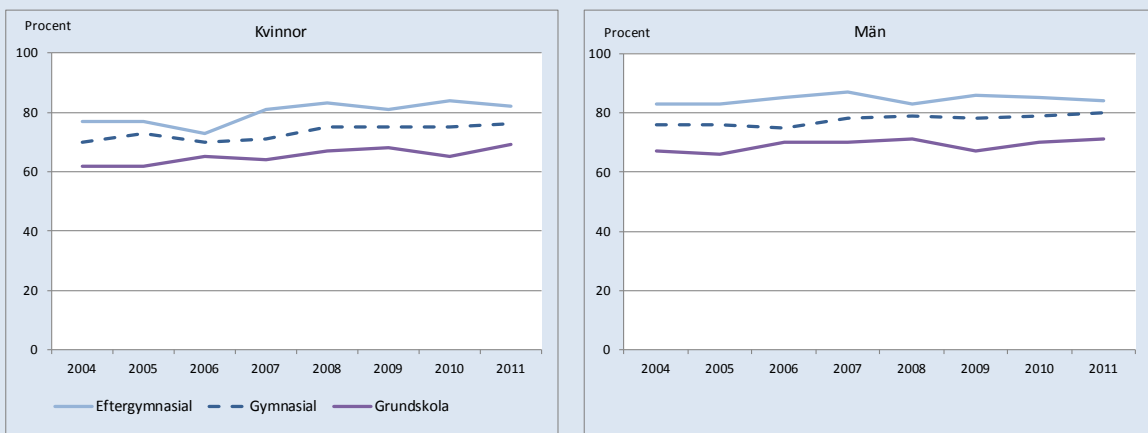
Levnadsvanor och hälsoutveckling

Medellivslängden är ett mått som speglar hälsoläget i befolkningen och avser hälsans utveckling. I Sverige har medellivslängden stigit under ett sekel. År 2011 var den 79,8 år för män och 83,7 för kvinnor, vilket är högt i ett internationellt perspektiv. Under 1986–2011, ökade medellivslängden med 5,8 år för män och 3,7 år för kvinnor enligt SCB [1]. Även om nära 4 års skillnad i medellivslängd mellan män och kvinnor får anses mycket ur ett folkhälsoperspektiv, är männen alltså på väg i kapp. Det finns dessutom skillnader i medellivslängd, som kan kopplas till socioekonomiska bakgrundsfaktorer som bör uppmärksammas. En del skillnader, ses när man beaktar personer med olika utbildningsbakgrund. För såväl kvinnor som män är den återstående medellivslängden vid 30 års ålder högst bland dem med eftergymnasial utbildning och lägst bland dem med enbart förgymnasial utbildning (motsvarande grundskola). Skillnaderna har dessutom ökat över tiden [2].

Medellivslängden bygger på dödlighet och dödsorsaker i befolkningen. Det finns skillnader i dödlighet och dödsorsaker med koppling till utbildningsbakgrund, där personer med låg utbildning i åldern 35–64 år har en högre dödlighet än personer med hög utbildning. Ett sådant dödlighetsmönster tyder på att de skillnaderna i medellivslängd inte har några enkla förklaringar utan är mer komplexa. Det finns ett brett orsaksspektrum bakom den sämre hälsan hos personer med låg utbildning, som handlar både om sämre livsvillkor och om mindre hälsosamma levnadsvanor [2,3]. Ohälsosamma levnadsvanor är ett betydande folkhälsoproblem. Genom att beräkna den så kallade sjukdomsördan kan man väga samman sjukligheten och dödligheten i en befolkning och undersöka vilka sjukdomar och riskfaktorer som bidrar mest till den samlade ohälsan.

Ett kompletterande mått på hälsoläget i en befolkning fås genom att utgå från människors självskattade hälsa. Personer som upplever sin hälsa som god har visat sig leva längre [4,5].

Figur 1: Andelen i befolkningen med bra allmänt hälsotillstånd, 16–74 år, 2004–2011. Ålderstandardiserade värden.

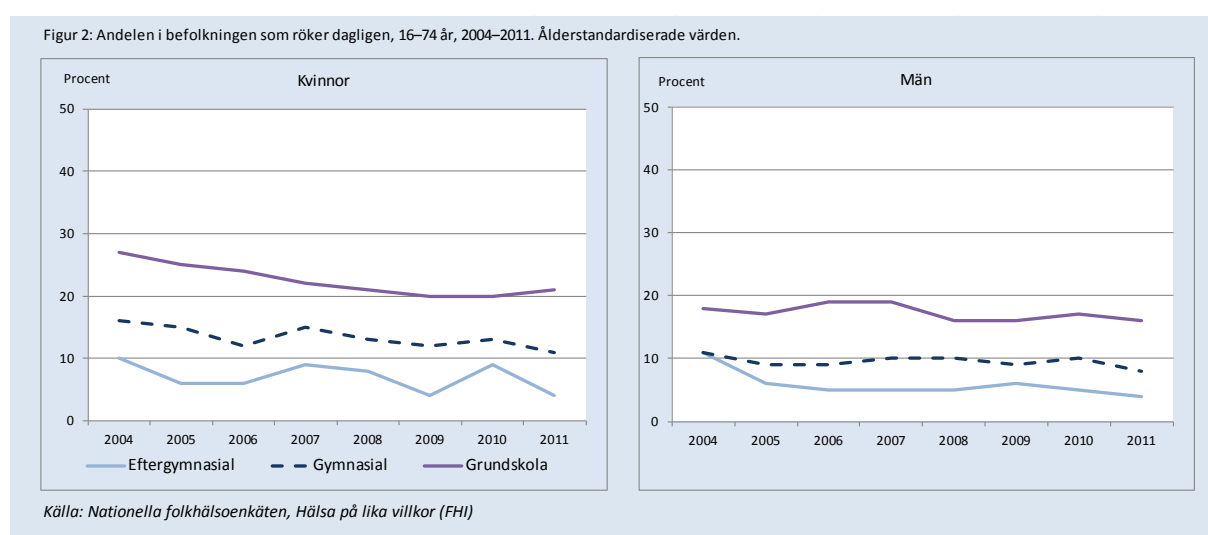


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (FHI)

Diagrammen visar andelen kvinnor respektive män i åldern 16–74 år utifrån deras utbildningsbakgrund som uppger sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra. I kontrast till den positiva medellivslängdsutvecklingen, saknas en tydlig trend här. Diagrammet speglar en åttaårsperiod och det resultat som framkommer är att personer med låg utbildning i högre grad anger att de har ett mindre bra allmänt hälsotillstånd än personer med en hög utbildning.

Till de riskfaktorer som orsakar en stor del av sjukdomsburden i Sverige hör tobak (9,6 procent), högt BMI (6,6 procent), lågt intag av frukt och grönsaker (3,6–4,8 procent), fysisk inaktivitet (3,5 procent) och alkohol (2 procent). Procentsiffrorna anger de skattade andelarna av den totala sjukdomsburden [6].

I diagrammen nedan redovisas en utveckling för levnadsvanerrelaterade riskfaktorer; andelen dagligrökare, andelen med ett BMI motsvarande fetma, andelen med ett lågt intag av frukt och grönsaker samt andelen med en stillasittande fritid. Diagrammen är i samtliga fall uppdelade på kön och utbildningsbakgrund¹. Några skillnader avseende utbildningsnivå och riskabla alkoholvanor finns inte på samma sätt som för de andra levnadsvanorna och data för detta redovisas därför inte som diagram här.



Diagrammen visar andelen kvinnor respektive män i åldern 16–74 år som uppger att de röker dagligen. Under tidsperioden visas en sjunkande trend. Diagrammet visar att andelen dagligrökare i befolkningen är högre bland personer med låg utbildning än för personer med hög utbildning. Särskilt markant är skillnaden avseende kvinnor.

¹ Data kommer från Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten. FHI:s klassificering av utbildningsnivåer är följande. *Grundskola/låg utbildning* motsvarar *kort utbildning* enligt FHI:s klassificering och omfattar utbildning till och med gymnasium om 2 år (SUN 100–329). *Gymnasial eller mellan utbildning* enligt FHI:s klassificering omfattar gymnasium mer än 2 år samt högskola 0–2 år (SUN 330–529). *Eftergymnasial/hög utbildning* eller *lång utbildning* enligt FHI:s klassificering omfattar högskola eller universitet 3 år eller mer (SUN 530–640).

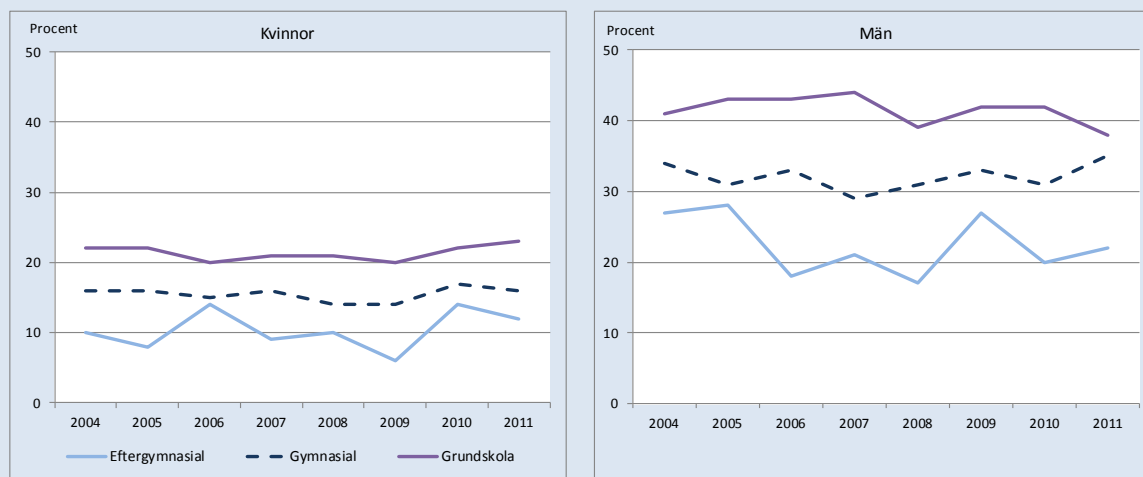
Figur 3: Andelen i befolkningen med fetma (BMI 30 eller högre), 16–74 år, 2004–2011. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (FHI)

Diagrammen visar andelen kvinnor respektive män i åldern 16–74 år som uppger att de har fetma (BMI över 30). I diagrammen ses en något stigande trend och ökningen är störst för personer med låg utbildning. Data för personer med hög utbildning är något osäker vilket kan förklara svängningarna som visas i diagrammen.

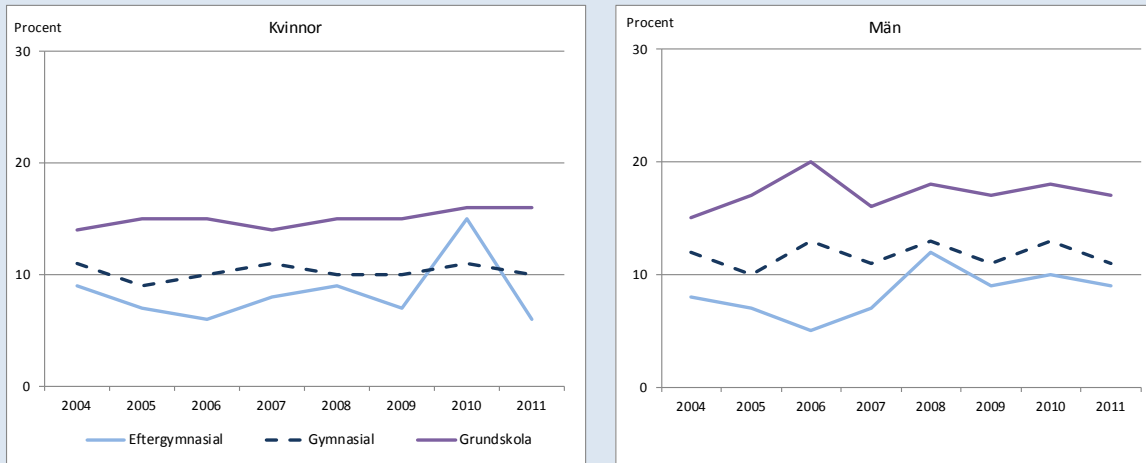
Figur 4: Andelen i befolkningen som äter frukt/grönsaker 1,3 gånger per dag eller mindre, 16–74 år, 2004–2011. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (FHI)

Diagrammen visar andelen kvinnor respektive män i åldern 16–74 år som uppger att de har ett lågt intag av frukt och grönsaker. Diagrammen visar samma resultat som redovisning av tidigare levnadsvanor, att andelen i befolkningen med lågt intag av frukt och grönsaker är större i gruppen med låg utbildning än i gruppen med hög utbildning.

Figur 5: Andelen i befolkningen som har stillasittande fritid, 16–74 år, 2004–2011. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (FHI)

Diagrammen visar andelen kvinnor respektive män i åldern 16–74 år som uppger att de har en stillasittande fritid. Diagrammen visar på samma skillnader för de olika utbildningsnivåerna som tidigare diagram, att personer med låg utbildning uppger att de har en stillasittande fritid i större utsträckning än personer med hög utbildning. Skillnaderna har bestått sedan 2004.

Människors utbildning påverkar en mängd aspekter av deras livsvillkor och levnadsvanor. Detta avsnitt har visat skillnader i levnadsvanor redovisat för olika utbildningsnivåer. Landstingens strukturella förutsättningar för att uppnå goda resultat kan på grund av detta variera, något som är viktigt att beakta vid tolkningen av diagrammen i rapporten.

Indikatorer och datakällor

Den här rapporten baseras på hur tidigare rapporter av öppna jämförelser av hälso- och sjukvården har utformats [1]. Inledningsvis kommer ett kapitel där övergripande indikatorer beskrivs och sedan följer områdesspecifika indikatorer. Antalet indikatorer är begränsat och uppföljning av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet är i ett inledande skede. Området följs dessutom delvis upp i den årliga öppna jämförelsen, vilket beskrivs närmare längre fram, i kapitlet om hälsoinriktad hälso- och sjukvård.

INDIKATOROMRÅDEN

Övergripande indikatorer

Befolknings- och patientrapporterade erfarenheter

Vaccination

Smittskydd

Områdesvisa indikatorer

Diabetesvård

Graviditet- och nyföddhetsvård

Hjärt- kärlsjukvård

Annan vård

Indikatorerna bör i första hand betraktas var för sig. Det är dock brukligt inom öppna jämförelser att ha en grupp av indikatorer vilket innebär att en grupp av indikatorer finns för en viss patient- eller sjukdomsgrupp avseende medicinsk kvalitet, kostnader, patienterfarenheter och tillgänglighet för att kunna spegla flera dimensioner av vårdinsatsen.

I denna öppna jämförelse ingår struktur-, process- och resultatmått. Strukturmått belyser förutsättningar som hälso- och sjukvården har att arbeta med. Ett antal övergripande strukturmått finns med i denna rapport. Processmått speglar vad som görs och har betydelse för resultaten samt kvaliteten i åtgärden. Resultatmått belyser utfall, det vill säga, hur det blev och effekt av insatt åtgärd.

För att följa upp det hälsoinriktade området avseende hälso- och sjukvårdens åtgärder är det patienters hälsoläge relaterat till sjukdomsutveckling som är av intresse. Tidpunkten då patienten initialt kontaktat hälso- och sjukvården samt utfall och effekter av insatta åtgärder. Resultat av hälsoinriktat arbete som till exempel berör olika folkhälsosatsningar till befolkningen följs inte upp här även om det har stor betydelse för det samlade resultatet. Det finns dessutom flera andra aktörer än hälso- och sjukvården som arbetar med det hälsoinriktade arbetet på befolkningsnivå.

Företrädare för nationella kvalitetsregister har föreslagit nya indikatorer men även pågående indikatorutveckling vid Socialstyrelsen har beaktats. Indikatorer har även diskuterats med sakkunniga i landstingen inom hälso-

och sjukvården. I rapporten presenteras endast de indikatorer där data av tillräcklig kvalitet finns att tillgå.

PATIENTRAPPORTERAD KVALITET

Öppna jämförelser innehåller patientrapporterade indikatorer och har kontinuerligt ökat över åren. Patientrapporterade mått kan indelas i två kategorier. Å ena sidan patientrapporterade utfalls- eller resultatmått, förkortat PROM, efter engelskans Patient Reported Outcome Measures. Å andra sidan mått som speglar patienternas erfarenhet av kontakten med sjukvården, förkortat PREM, efter engelskans Patient Reported Experience Measures.

PROM mäts genom att kombinera sjukdomsspecifika och generiska (allmänna) mått så som hälsorelaterad livskvalitet. De sjukdomsspecifika måtten är lika viktiga som de generiska. Fördelen med att inkludera generiska mått är att kunna jämföra utfallet mellan olika behandlingar i sjukvården.

PREM däremot avser områden som patientinformation, delaktighet, bemötande och tillgänglighet. PREM är ofta struktur- och processmått och har inte ett självklart samband med resultatet av en behandling. Det är av flera skäl svårare att fånga patientrapporterade variabler. PROM och PREM är också mer komplicerade att statistiskt bearbeta och tolka. Denna typ av mått ska inte ersätta traditionella medicinska resultatmått utan bör ses som ett komplement, för flerdimensionella jämförelser av sjukvården. PROM och PREM-enkäter bör leva upp till basmetodologiska krav på validitet, reliabilitet och sensitivitet. Bortfallsanalyser bör göras, liksom svarsfrekvens och missade värden ("response rate", "missing values") bör redovisas tillsammans med de rapporterade resultaten. I rapporten förekommer en övervägande del av PREM mått och endast något PROM mått.

Hälsodataregister och nationella kvalitetsregister har varit de huvudsakliga källorna. Dessa källor är individbaserade och bygger på unika individers vårdkontakter och vårdhändelser. Rapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister är obligatorisk för landstingen, medan inrapportering till kvalitetsregistren bygger på frivillighet. Samtliga källor presenteras nedan.

DATAKÄLLOR

Socialstyrelsen

Medicinska födelseregistret
Insamling om barnhälsovården
Insamling om tandvården
Läkemedelsregistret

Statens folkhälsoinstitut

Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor

Sveriges Kommuner och Landsting

Nationell Patientenkät
Vårdbarometern

Nationella kvalitetsregister

Nationella Diabetesregistret (NDR)
Barn-och ungdomsdiabetes (SWEDIABKIDS)
Mödrahälsovårdsregistret
Kvalitetsregister Riks-Stroke
Svenska ryggregistret

Resultatredovisning och tolkning

I det här kapitlet beskrivs hur data presenteras i rapporten och hur jämförelserna utformats. Framförallt finns det ett antal faktorer som läsaren bör vara medveten om när jämförelserna tolkas. Både denna rapport och andra publiceringar av jämförande vårddata syftar till att med acceptabel förenkling presentera komplexa frågor. För varje steg i riktning mot ytterligare förenkling ökar kraven på tolkning av informationen.

Redovisningen av data i öppna jämförelser har en beskrivande karaktär. Jämförelserna kommenteras och läsaren ges därmed stöd till tolkning av utfallet. Redovisningen sker utan att orsakerna till resultaten analyseras eller att det dras slutsatser om konsekvenserna. Skälet till detta är att 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 för att kunna tolka och värdera det egna utfallet. På de områden där det finns riktlinjer eller andra evidensbaserade kunskapsunderlag, bör dessa förstås vara utgångspunkten för den lokala tolkningen och diskussionen.

Hur presenteras indikatorerna?

I rapporten presenteras utfallet för indikatorerna enligt följande beroende på vilka data som är tillgängliga:

- rangordnade landstingsjämförelser
- data för sjukhus, uppställda i landstingsordning
- rikets utveckling över tid.

För en del indikatorer visas värden per landsting för två perioder. Motivet till 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. Om skillnader föreligger avseende resultaten utifrån könsuppdelning eller socioekonomi kommenteras detta i text under respektive diagram. I många fall blir bortfallet av antal landsting i landstingsjämförelser för stort för att presenteras i diagramform. Flera indikatorer är intressanta på vårdcentral-, kommun- eller kommungruppsnivå men det skulle vara alltför utrymmeskrävande att redovisas på kommun- eller vårdcentralnivå i denna rapport. Det är önskvärt och mest intressant att visa så aktuella data som möjligt.

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.

Jämförelser med rangordning

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.

Även i de fall där rangordning i princip är lätt att motivera finns det faktorer att ta hänsyn till. När resultatmått 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 effekter som de olikartade åldersstrukturen kan ha.

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 även bero på skillnader i befolkningsunderlaget eller patientsammansättningen. I de fall justeringar gjorts för skillnader i patientsammansättning anges detta i diagramrubrikerna. För flertalet indikatorer har det endast gjorts en justering för ålder, eller ingen alls.

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 där osäker datakvalitet eller andra tolkningssvårigheter gör att detta kan ifrågasättas, nämns eller diskuteras detta i indikatortexten. För de indikatorer där det finns underlag för värdering av utfall, i form av till exempel nationella riktlinjer, görs i texten en bedömning av om resultaten som helhet kan anses leva upp till de rekommendationer som riktlinjerna eller andra underlag anger.

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 klinikinivå 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 vi inte ser redovisningen som en värdering av kvalitet på sjukhusnivå. Utfallet på sjukhusnivå vare sig värderas eller kommenteras, utöver rena metod- eller datakvalitetsaspekter. Vid sjukhusjämförelser är det viktigt att vara uppmärksam på variationer i patienternas sjukdomsgrad, åldersav-

gränsning och patienturval samt täckningsgraden i det aktuella kvalitetsregistret som kan variera mellan sjukhusen.

Tolkning av jämförelser och resultat

Det är viktigt att tänka på ett antal saker när resultaten ska tolkas och jämföras mellan landsting:

- Jämförelserna ska vara underlag till förbättring och är inte ensamma tillräckliga för att värdera ett landstings resultat på ett specifikt område i termer av bäst eller sämst.
- Rangordningen av landstingen är inte absolut, utan är en signal om att resultaten bör analyseras vidare. Kännedom om lokala förhållanden är en förutsättning för att värdera resultat och hitta förbättringsmöjligheter.
- Alla jämförelser är relativa. Varken rikets medelvärde, eller ett resultat högt i diagrammen, behöver vara ett bra resultat. En mer absolut bedömning visar i vissa fall att alla landstings resultat har bra resultat och i andra fall att inget landsting har 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 mer osäkra, men detta ska inte ses som skäl att inte fördjupa analyserna av vad som ligger bakom resultaten och skillnaderna mellan landstingen.
- Jämförelserna i denna rapport syftar inte till, och är inte utformade för, att stödja patienternas val av vårdgivare.

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. Detta vore en feltolkning. Rikets resultat är inte den måttstock som bör användas, när landstingens utfall värderas. 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.

Kvalitetsregisters representativitet

När data från kvalitetsregister används, bör hänsyn tas till att dessa registers täckningsgrader varierar. Även om ett register har god täckningsgrad i avseendet att alla, eller de flesta sjukhus eller kliniker är med så är registrets data ändå inte självklart representativa för hela den aktuella patientgruppen. Eftersom andelen rapporterade patienter varierar mellan enskilda sjukhus och landsting, så kan det inte uteslutas att detta påverkar utfallet. 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 sluten vård. Men rapporteringen av åtgärder och diagnoser till patientregistret har också brister. Dessa frågor kommenteras i indikatorexterna.

Övergripande indikatorer

Indikatorerna är övergripande genom att de är intressanta att följa oavsett vilken typ av hälso- och sjukvård som analyseras. Det finns fler indikatorer av övergripande karaktär. De som beskrivs här berör befolknings- och patientrapporterade erfarenheter men även vaccination och antibiotika behandling som kan spegla hälso- och sjukvårdens hälsoinriktning.

Flera av indikatorerna som redovisas i detta kapitel kommer från folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor som Statens folkhälsoinstitut ansvarar för, och från Vårdbarometern och Nationell patientenkät, som Sveriges Kommuner och Landsting genomför.

Hälsa på lika villkor genomförs årligen av Statens folkhälsoinstitut och syftet är att rapportera hur befolkningen mår samt följa förändringar i hälsa över tid som en del i uppföljningen av folkhälsopolitiken. Enkäten omfattar ett urval av 20 000 personer mellan 16 och 84 år och 2011 hade folkhälsoenkäten en svarsfrekvens på cirka 50 procent. Urvalet är obundet och slumpmässigt. Statistiska centralbyrån (SCB) anlitas i genomförandet av uppdraget. Undersökningen genomfördes för första gången 2004 och är ett fortlöpande samarbetsprojekt mellan Statens folkhälsoinstitut och landstingen.

Resultaten som redovisas är viktade efter befolkningen och möjliggör att resultat kan redovisas för hela populationen och inte bara för personerna i urvalet. De är dessutom ålderstandardiserade efter Sveriges befolkning år 2003. På regional nivå redovisas andelarna som medelvärden under en fyraårsperiod. Några av frågorna har bara funnits med i enkäten sedan 2010 och följaktligen har medelvärden under en tvåårsperiod beräknats för dessa. Om antal svarande för ett landsting eller län är mindre än 70 svarande så redovisas resultaten inte.

En bortfallsanalys från 2009 visar att de som avstår från att besvara enkäten inte tycks ha ett avvikande svarsmönster i jämförelse med dem som besvarat den.

Vårdbarometern är ett instrument som syftar till att mäta den vuxna befolkningens (från 18 år och äldre) attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. Undersökningen genomförs årligen i alla landsting. Vårdbarometern har varit en rullande årlig mätning sedan år 2001. Från och med hösten 2010 har Vårdbarometerens innehåll förändrats så att den blivit en mer renodlad befolkningsundersökning. Förändringen av Vårdbarometern beror till stor del på att patienterfarenheter nu fångas i den Nationella patientenkäten.

Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården är viktigt att följa för att beskriva hur väl vården fungerar med hjälp av befolkningens erfarenheter. Uppgifterna som redovisas i denna rapport avser våren och hösten 2011 och datainsamlingen omfattar telefonintervjuer med cirka 41 000 slumpvis utvalda individer. Svarsfrekvensen var 53 procent.

En mer omfattande redovisning av resultat från Vårdbarometern görs i en årlig rapport av Sveriges Kommuner och Landsting.

Nationell patientenkät belyser patienterfarenheter av det senaste besöket eller vårdtillfället om man hade fått ett samtal om levnadsvanor, vilket är det område som är av intresse att belysa här. Resultatet visas på landstingsnivå och för riket. Resultat från Nationell patientenkät finns även på hemsidan www.skl.se och för befolkningen för att jämföra vård på www.1177.se.

Nationell patientenkät genomfördes för första gången inom primärvården 2009. Hösten 2011 genomfördes den andra mätningen vars resultat är det som används i denna rapport. Närmare 248 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett läkarbesök inom primärvården. Cirka 130 000 patienter besvarade enkäten. Svarsfrekvensen för riket var 54 procent och det är enbart resultaten för patienter som är 16 år eller äldre som redovisas.

Inom den specialiserade vården har två mätningar genomförts inom psykiatrisk öppen- och slutenvård för vuxna och inom somatisk öppen- och slutenvård år 2010 och 2012. Närmare 147 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett besök inom den somatiska öppenvården och inom den somatiska slutenvården gick enkäten ut till 77 000 patienter som legat inlagda på sjukhus. Cirka 101 000 patienter besvarade enkäten inom öppenvården och 44 000 inom den slutna vården, vilket gav en korrigerad svarsfrekvens för riket på 59 procent respektive 63 procent.

Inom den psykiatriska vården skickades drygt 68 000 enkäter ut till patienter som hade besökt den psykiatriska öppenvården. Närmare 9 000 patienter som hade varit inlagda på psykiatrisk klinik fick också enkäter. Inom öppenvården besvarade 25 500 patienter enkäten och inom slutenvården 2 600 patienter. Detta ger en korrigerad svarsfrekvens för riket på 37 procent respektive 32 procent. Resultaten för öppenvårdsmätningen redovisas per landsting medan resultaten för slutenvården endast kommenteras i text för riket totalt. Detta med anledning av att svarsfrekvensen inom psykiatrisk slutenvård endast var 32 procent vilket gör jämförelser mellan landsting alldeles för osäkra.

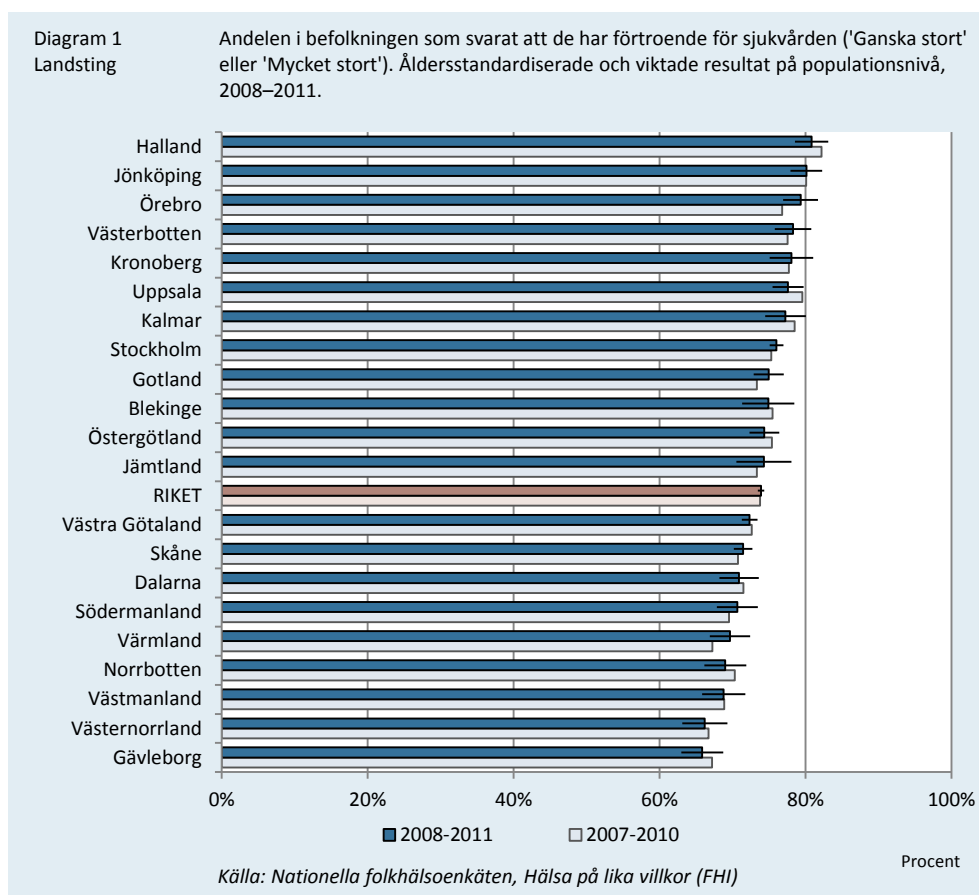
Bortfall av svar kan påverka resultatet, framförallt vid jämförelser på lägre nivå. Svarsfrekvensen är ofta högre bland svenskfödda personer än utlandsfödda. Individer med sämre uppskattat hälsotillstånd är mer benägna att svara än övriga, medan de riktigt svårt sjuka och äldre har ett högre bortfall. Det är troligt att detta även gäller den Nationella patientenkäten.

Tabell 1: Nationella mätningar, svarsfrekvenser

Undersökning	År	Antal utskickade	Svarsfrekvens
Nationella folkhälsoenkäten			
Hälsa på lika villkor	2011	20 000	50
Vårdbarometern	2011	84 500	53
Nationell patientenkät			
Primärvård	2011	247 700	54
Psykiatrisk slutenvård	2012	9 600	32
Psykiatrisk öppenvård	2012	68 900	37
Specialiserad slutenvård	2012	77 200	63
Specialiserad öppenvård	2012	176 700	59

1 Förtroende för sjukvården

Frågan om förtroende för hälso- och sjukvården avser att spegla graden av tillit som befolkningen har till hälso- och sjukvården. Ett minskat förtroende kan påverka hur individen söker vård vilket i sin tur kan leda till försämrade effekter på individens hälsotillstånd.

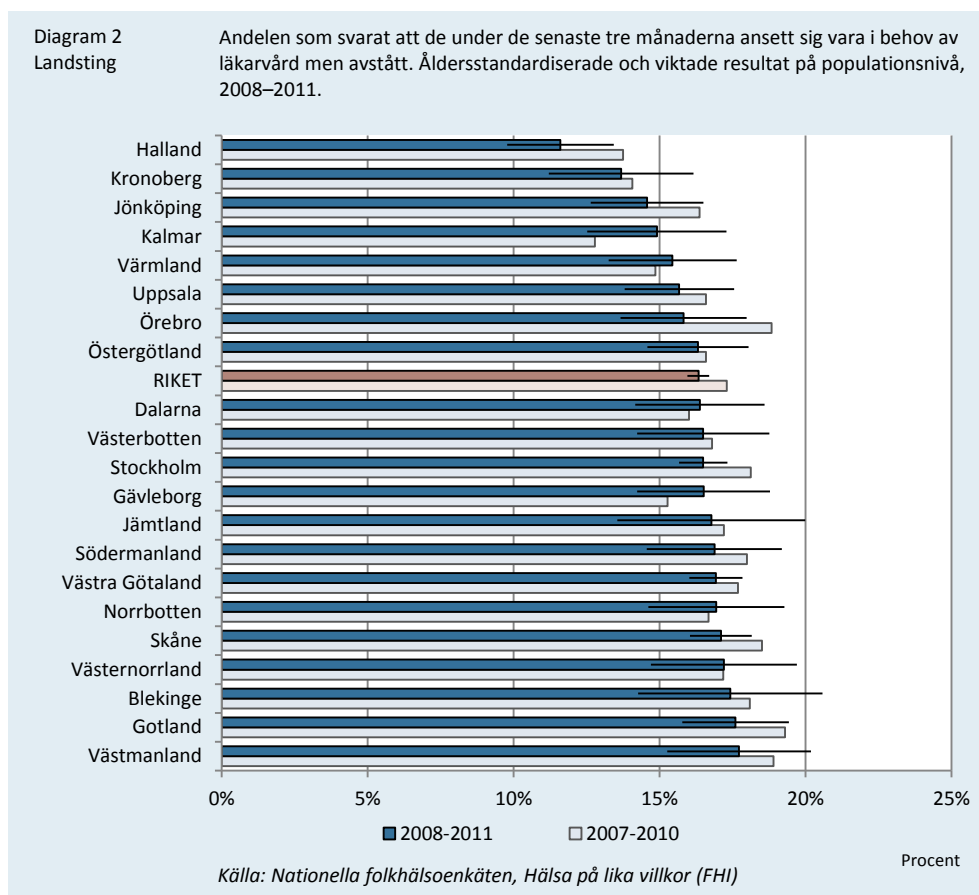


Indikatorns riktning är att höga värden visar på gott förtroende för hälso- och sjukvården hos befolkningen vilket innebär gynnsamma förutsättningar för insatser för en hälsoinriktad hälso- och sjukvård.

Diagrammet visar på variationer mellan landstingen avseende högre respektive lägre värden, med en spridning från 66 procent till 81 procent. Om landstingen jämför sina resultat med resultaten från en tidigare tidsperiod uppvisas sjunkande värden, men det är i dagsläget svårt att avgöra om det är en reell minskning eller om det endast ligger inom konfidensintervallet. Män uppger generellt högre förtroende än kvinnor i de flesta landstingen. Förtroendet är i relation till utbildningsnivå högre hos personer med hög utbildning jämfört hos personer med låg utbildning oavsett könstillhörighet.

2 Avstått från att söka sjukvård trots upplevt behov

Frågor om vårdutnyttjande har betydelse för att möjliggöra uppföljning av vårdkontakter över tid och för att kunna upptäcka eventuella skillnader i vårdutnyttjande mellan olika befolkningsgrupper. Brister i bemötande, tillgänglighet och individers ekonomiska förutsättningar är exempel på omständigheter som kan leda till en mer ojämnt fördelad hälsa i befolkningen. En hälso- och sjukvård som medvetet arbetar med riktade åtgärder till patienter med låg utbildning och sämre språkkunskaper främjar till exempel utvecklingen av vård på lika villkor.



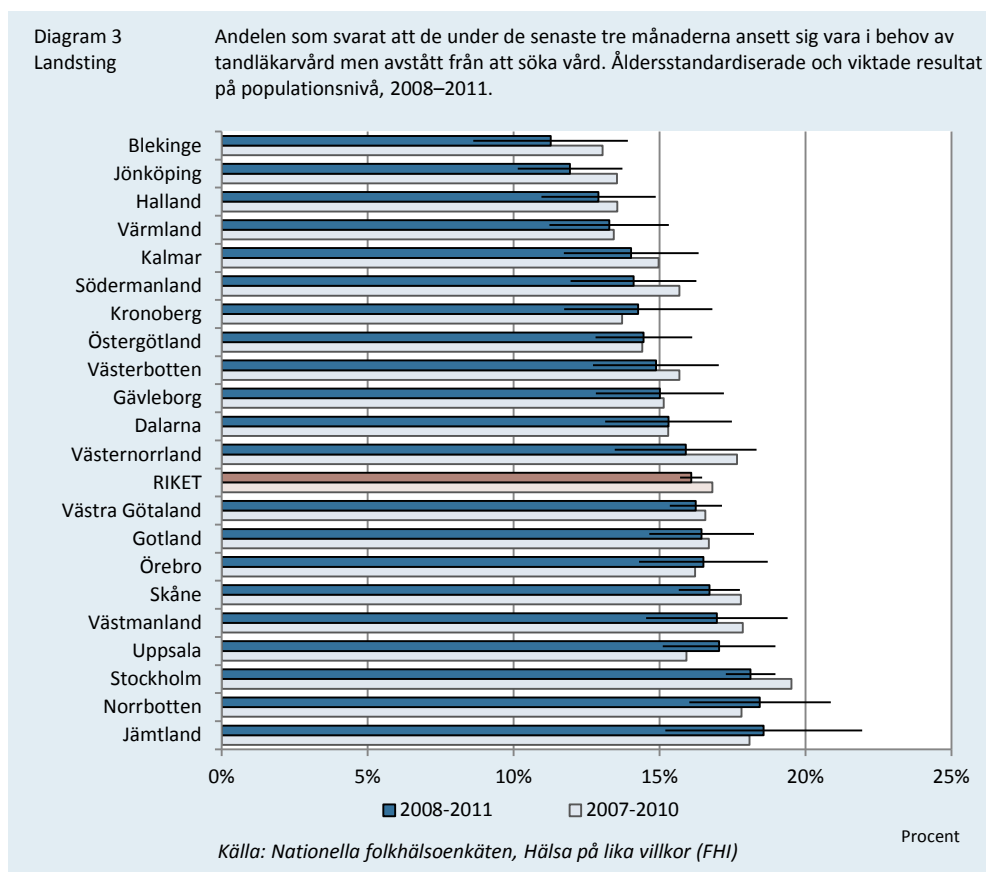
Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda, vilket visar på en balans mellan vårdutnyttjande och befolkningens upplevelse av att få sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Diagrammet ovan med landstingsjämförelser visar på variationer mellan landstingen när det gäller att avstå från vård trots upplevt behov. Det är en spridning från 12 procent till 18 procent. Jämförelser med tidigare tidsperioder visar en positiv utveckling och de flesta av landstingen har sjunkande värden när det gäller andelen i befolkning som avstår från att söka läkarvård jämfört med resultaten från föregående tidsperiod. Även här får framtida mätningar utvisa om detta är en reell förändring eller om det ligger inom konfidensintervallet.

I de flesta landsting uppger kvinnor generellt i högre utsträckning att de avstått att söka vård. Andelen som avstått sjukvård trots upplevt behov är större hos personer med låg utbildning jämfört med personer med hög utbildning.

3 Avstått besök hos tandläkare trots upplevt behov

Befolkningens tandhälsa har påtagligt förbättrats över tid men det finns skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Det finns tydliga samband mellan att tillhöra en ekonomiskt utsatt grupp, att ha dålig tandhälsa och att inte besöka tandvården lika frekvent som övriga grupper. Ett allmänt tandvårdsbidrag infördes av regeringen 2008 i syfte att underlätta för personer med stora tandvårdsbehov och att stimulera till att tandvårdsbesöken skulle öka hos dessa grupper. Med de *Nationella riktlinjerna för vuxentandvård* ville regeringen dessutom främja ett vårdutbud för effektivare behandlingsalternativ och stimulera utvecklingen av att tandvård ges på mer lika villkor i hela landet.

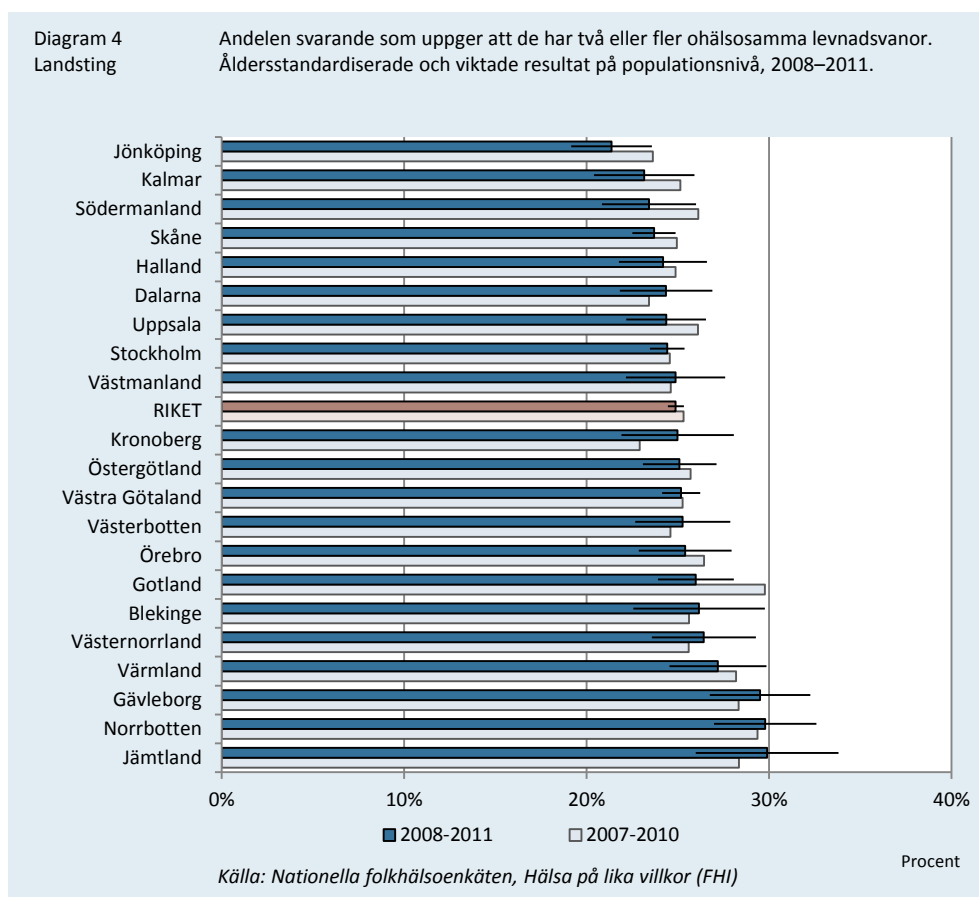


Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda. Resultatet visar på mindre variationer mellan landsting med höga respektive låga värden, en spridning från 11 procent till 19 procent. Jämförelser med tidigare tidsperioder visar att en majoritet av landstingen har något sjunkande resultat jämfört med resultaten från föregående tidsperiod, vilket är en positiv utveckling med viss reservation för att förändringarna i resultaten befinner sig inom konfidensintervallet.

Resultaten visar dessutom att personer som avstått tandvård trots behov är högre för personer med låg utbildning jämfört med personer med hög utbildning.

4 Ohälsosamma levnadsvanor

Eftersom ohälsosamma levnadsvanor påverkar den samlade sjukdomsburden är det av intresse att följa befolkningens rapportering om ohälsosamma levnadsvanor. Summan av följande åtta levnadsvanor beräknas för varje individ; daglig rökning, daglig snusning, riskabla alkoholvanor, stillasittande fritid, fetma, äter för lite frukt och grönsaker, riskabla spelvanor samt förbrukning av cannabis. Resultaten som presenteras anger andelen svarande som har två eller flera av dessa ohälsosamma levnadsvanor.



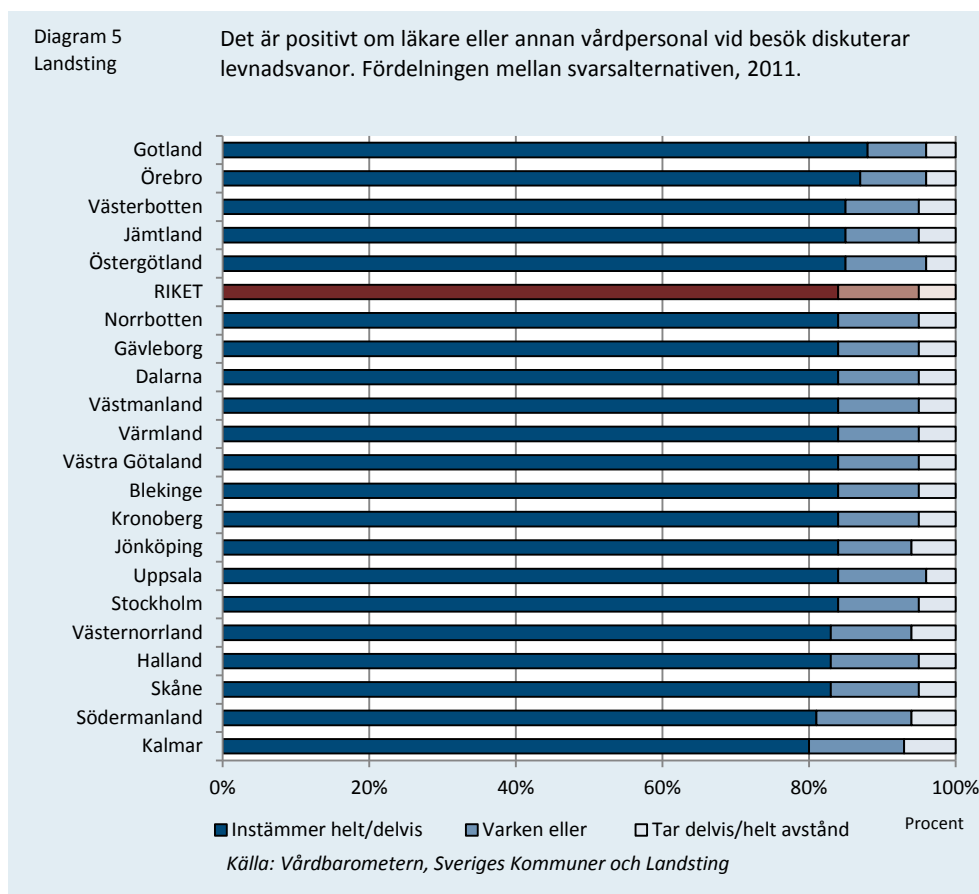
Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda. Resultatet visar på variationer mellan landsting med höga respektive låga värden med en spridning från 21 procent till 30 procent. På riksnivå visar resultateten inte på några skillnader i jämförelse med föregående tidsperiod. I de flesta landstingen uppger män genomgående i mycket högre grad än kvinnor att de har flera ohälsosamma levnadsvanor. Andelen som har två eller flera ohälsosamma levnadsvanor är högre hos personer med låg utbildning än hos personer med hög utbildning. Det är dessutom en större variation i resultaten mellan de tre olika utbildningsnivåerna med en spridning på 18 procentenheter mellan personer med låg respektive hög utbildning år 2011.

I folkhälsoenkäten finns också frågor som handlar om behovet av stöd för att förändra någon levnadsvana. Av andelen dagligrökare var det 32 procent som uppgav att de önskar stöd för att sluta röka. Kvinnor uppgav i högre utsträckning än män att de har behov av stöd.

Bland dem som åt för lite frukt och grönt uppgav 11 procent att de vill ha stöd för att öka intaget av frukt och grönt. Av dem som hade riskabla alkoholvanor uppgav 7 procent att de hade behov av stöd för att minska sin alkoholkonsumtion. Bland dem som hade en stillasittande fritid uppgav 36 procent att de önskar stöd för att öka sin fysiska aktivitet. Andelen kvinnor som uppgav att de har behov av stöd var betydligt högre än andelen män.

5 Diskussion om levnadsvanor med vårdpersonal

Indikatorn avser att mäta befolkningens inställning till diskussion om levnadsvanor. De levnadsvanor som *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* tar upp berör personer som redan har utvecklat ohälsosamma levnadsvanor. För att hitta dessa personer är det viktigt att vårdpersonalen tar upp frågor om levnadsvanor vid besök.

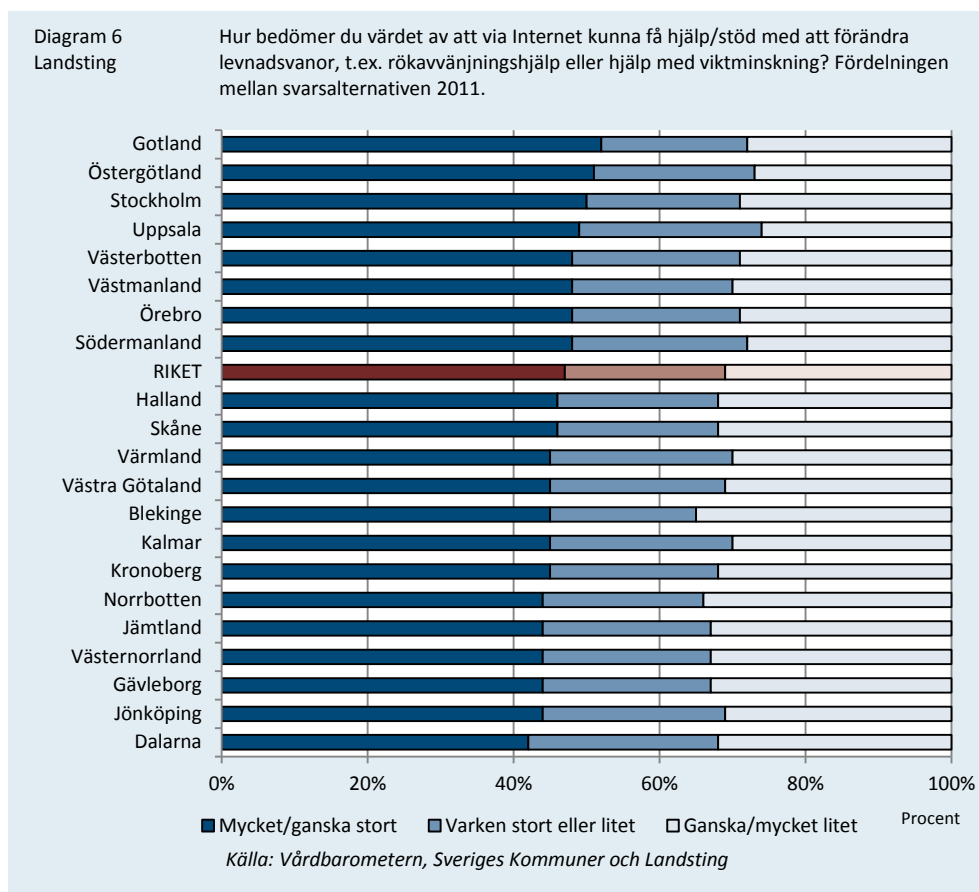


Fyra av fem är positiva till att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor vid besök i vården vilket är ett positivt resultat och innebär att hälso- och sjukvården har goda förutsättningar att arbeta med dessa frågor. Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Resultatet visar på små variationer mellan landstingen. Andelen positiva är högst på Gotland där 88 procent är positivt inställda jämfört med Kalmar där andelen positivt inställda är lägst och ligger på 80 procent. Skillnaderna mellan olika grupper är också relativt små. Personer med eftergymnasial utbildning är i större utsträckning positiva och personer som uppskattade sin hälsa som dålig är i mindre utsträckning positiva. Halvårsresultat 2012 för Vårdbarometern visar att andelen personer som är positiva till att läkare eller annan vårdpersonal diskuterar levnadsvanor är 78 procent, vilket är en minskning med 6 procentenheter från 2011.

6 Förändring av levnadsvanor med stöd via internet

Här är intresset att följa befolkningens inställning till att via internet kunna få hjälp och stöd att förändra levnadsvanor, till exempel med rökavvänjningshjälp, hjälp med viktminskning, och så vidare.

Råd och stöd av olika slag kan vara särskilt lämpligt som komplement till övriga åtgärder inom hälso- och sjukvården. Befolkningens attityder och inställning påverkar spridningen och tillämpningen av råd och stöd via internet. Många aktörer som till exempel Vårdguiden/1177 och apoteken erbjuder olika typer av egenvårdsråd och webbaserade verktyg via internet. Befolkningens vilja att söka råd inför en förändring av ohälsosamma levnadsvanor har sannolikt stor betydelse för utvecklingen av nya verktyg. I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas webb- och datorbaserad rådgivning vid bland annat riskbruk av alkohol och tobak eftersom det kan ge en större minskning av konsumtionen med låg eller måttlig evidens.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ska uppfattas som bra att det finns goda förutsättningar att arbeta med stöd i frågor om levnadsvanor via internet. Resultatet visar på lägre värden i jämförelse med tidigare indikator och på små variationer mellan landstingen. Närmare hälften av de svarande i befolkningen anser att det är värdefullt att få hjälp på detta sätt. Spridningen mellan landstingen är från 42 procent som är positiva

i Dalarna till 51 procent i Östergötland och 52 procent på Gotland. På riksnivå är 47 procent positiva och 21 procent negativa.

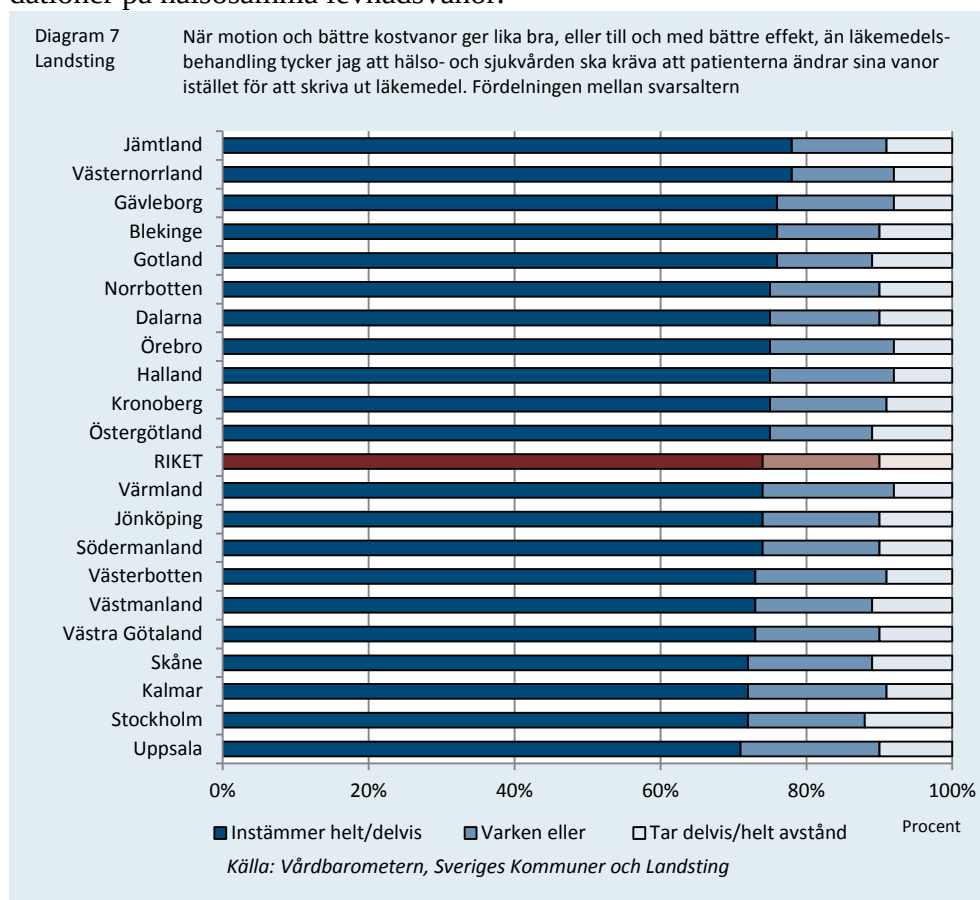
Det fanns inga könsskillnader vad gäller inställning men däremot fanns skillnader i relation till ålder och utbildningsbakgrund. Av personer under 30 år uppgav 65 procent att de var positiva medan endast 40 procent bland personer över 60 år var positiva. Även de med hög utbildning var i större grad positiva än de med låg utbildning.

I Vårdbarometerns värmätning 2012 där hälften av telefonintervjuer är genomförda ställs frågan lite annorlunda: "Om du skulle vilja förändra dina levnadsvanor vilket intresse skulle du ha för att använda självhjälsprogram via internet?" På denna fråga svarar 32 procent av invånarna att de är intresserade, medan 44 procent uppger att intresset är litet.

7 Förändring av levnadsvanor som alternativ till läkemedelsbehandling

Indikatorn avser att mäta befolkningens inställning till att personalen ska kräva att patienten ändrar sina vanor istället för att skriva ut läkemedel. Hälsofrämjande åtgärder kan ersätta läkemedel i flera fall.

Det finns flera tillstånd och sjukdomar såsom högt blodtryck, diabetes typ-2, benskörhet, övervikt och fetma där hälsosamma levnadsvanor kan förhindra sjukdom och där förändrade levnadsvanor kan ge likvärdig förbättring som läkemedelsbehandling. Flera landsting har gett ut läkemedelslistor som jämte läkemedelsrekommendationer även innehåller rekommendationer på hälsosamma levnadsvanor.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ska uppfattas som att det finns goda förutsättningar för att arbeta med frågor om levnadsvanor inom hälso- och sjukvården. Resultatet visar på relativt höga värden och på små variationer mellan landstingen. Jämtland och Västernorrland har den högsta andelen personer som tycker att hälso- och sjukvården ska kräva att patienter ändrar sina vanor, medan denna andel är lägst i Stockholm och Uppsala.

Skilnaderna är generellt små. Hur man skattar sitt hälsotillstånd kan dock påverka inställningen i denna fråga, de som mår mycket bra eller bra är mest positiva och de som mår dåligt är mest negativa. Men även bland dem som inte har så bra hälsotillstånd anser drygt 60 procent att vården ska kräva ändrade levnadsvanor.

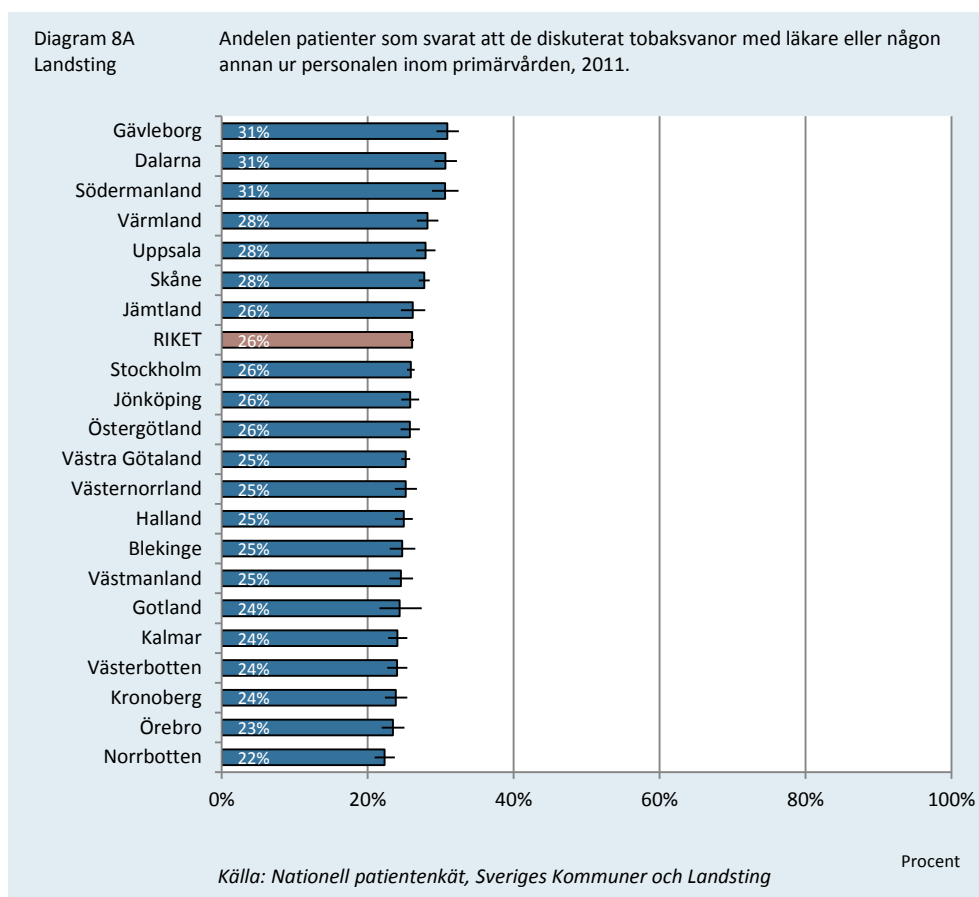
I Vårdbarometerns vårmätning 2012 har frågan ändrats så att invånarna istället ska ta ställning till hur man själv vill bli behandlad: "Om motion och kostvanor ger lika bra, eller till och med bättre effekt, tycker jag att hälso- och sjukvården ska stödja mig att ändra mina levnadsvanor istället för att skriva ut läkemedel." Det är en större andel personer som instämmer i detta, 85 procent och endast 4 procent tar avstånd. Detta innebär en ökning av andelen personer som anser att man ska ändra levnadsvanor istället för att ta en läkemedelsbehandling med 11 procentenheter, från 74 till 85 procent.

8 Patienter som diskuterat tobaksvanor med vårdpersonal

Indikatorn avser att mäta hur många patienter som har fått ett samtal om tobaksvanor i samband med vårdkontakt. Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor.

Rökningen är den levnadsvana som bidrar mest till ohälsa och för tidig död. Det är också angeläget att patienter som ska genomgå en operation eller redan har en sjukdom som är relaterad till rökning får stöd att sluta röka för att inte riskera ytterligare försämring av sin hälsa eller sämre resultat av sin behandling. Till exempel kan ett rökuppehåll i samband med en operation halvera risken för att få blodproppar, lunginflammation eller dålig sårhäkning. I Sverige röker fortfarande närmare en miljon personer varje dag, det vill säga, 13 procent av hela befolkningen trots att rökningen har minskat under flera decennier.

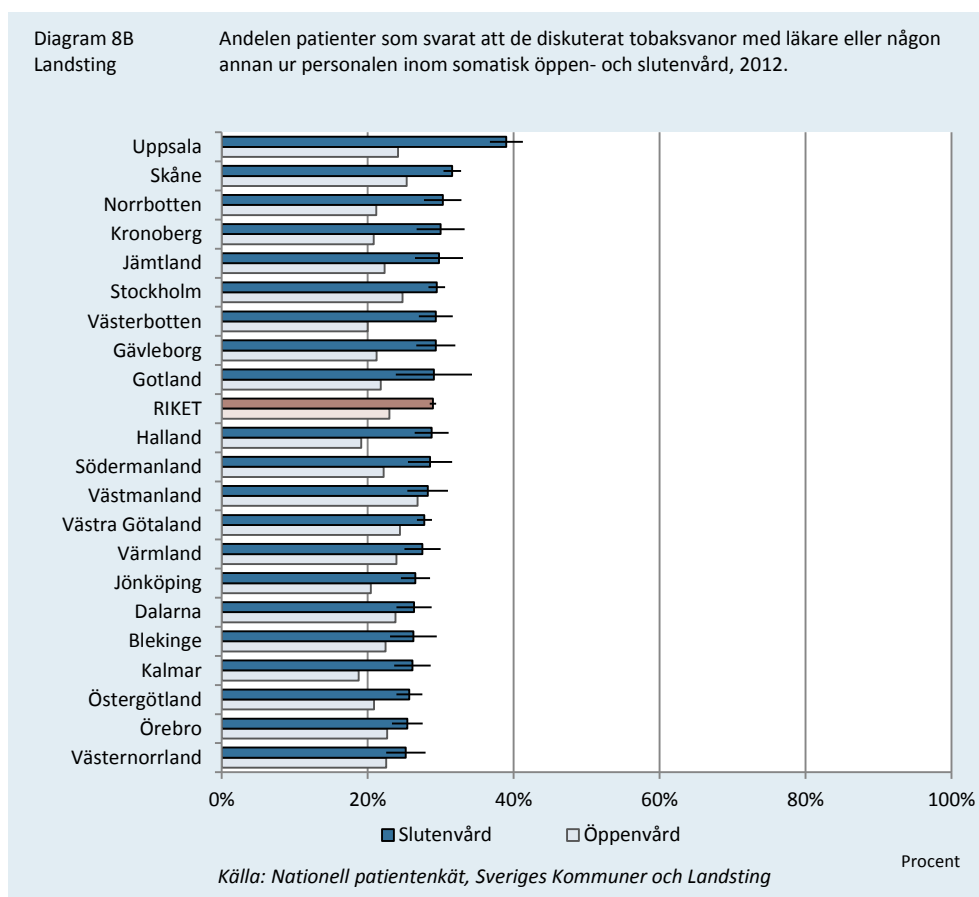
För att kunna erbjuda stöd att sluta röka kan hälso- och sjukvårdspersonalen behöva fråga patienten om han eller hon röker. Frågan kan ställas även om det inte är tydligt att patienten har utvecklat symtom eller någon sjukdom på grund av tobaksanvändning. Det kan också vara bra att fråga om tidigare erfarenheter av att sluta röka. Många patienter söker för problem som kan ha en koppling till levnadsvanorna men det är inte alltid patienterna känner till sambanden.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av primärvårdens arbete med att ställa frågor om tobaksvanor i mötet med patienter. Av samtliga patienter som svarat på enkäten i primärvården har var fjärde patient fått ett sådant samtal. Svaren baseras på ett urval av vuxna patienter som har besökt primärvården under en viss tidsperiod.

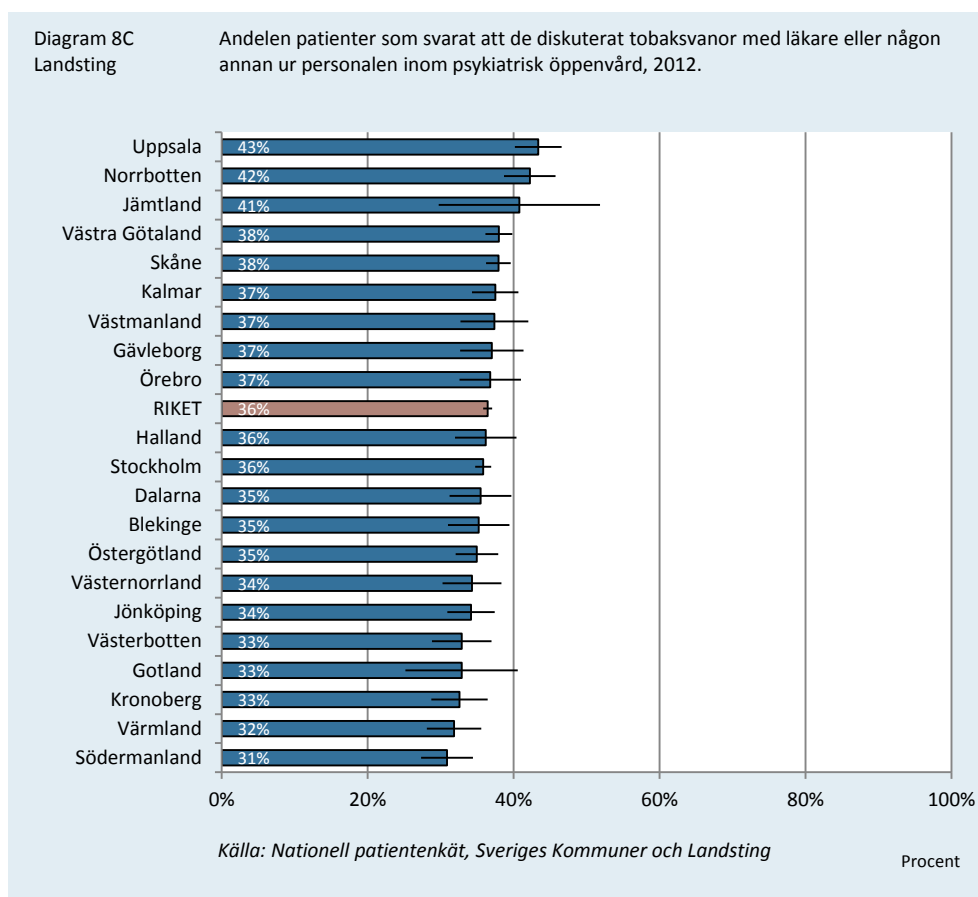
I Dalarna, Gävleborg och Sörmland uppger 31 procent av patienterna i primärvården att de fått samtal om rökvanor medan denna andel i Norrbotten är 22 procent.

Män uppger i något högre grad än kvinnor att de har diskuterat tobaksvanor vid besök inom primärvården. Den grupp som oftare än övriga har fått ett samtal om tobaksvanor är patienter med annat modersmål än svenska, i synnerhet män (43 procent).



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av i vilken mån somatisk öppen- och slutenvård arbetar med att ställa frågor om tobaksvanor i mötet med patienter. Resultatet visar att det förefaller något vanligare med frågor om tobaksvanor inom den slutna vården än inom öppenvården, då 29 respektive 23 procent av patienterna svarar att de har fått ett sådant samtal när vi tittar på nationell nivå. Skillnaderna mellan landstingen är relativt små, men i Uppsala har diskussion om tobaksvanor varit mer förekommande inom slutenvården än i övriga landsting.

Män uppger i högre grad än kvinnor att de har fått samtal om tobaksvanor, skillnaden är cirka 10 procentenheter. Den äldsta åldersgruppen, 75 år och äldre har fått frågan något mer sällan än övriga. Den största skillnaden finner vi mellan patienter med svenska som modersmål och patienter med annat modersmål. Den senare gruppen har fått samtal om tobaksvanor dubbelt så ofta som patienter med svenska som modersmål. Detta gäller öppenvården. Inom slutenvården är skillnaden inte riktigt lika stor.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av i vilken utsträckning psykiatrisk öppenvård arbetar med att ställa frågor om tobaksvanor i mötet med patienter. Det är mer vanligt att frågan om tobaksvanor ställs inom psykiatrisk öppenvård än inom psykiatrisk slutenvård, 36 respektive 24 procent. Andelen patienter som har haft en diskussion om tobaksvanor varierar mellan landstingen från 31 procent i Södermanland till 43 procent i Uppsala.

Män och patienter med annat modersmål än svenska har i något högre grad än andra fått samtal om tobaksvanor. Den äldsta åldersgruppen, 75 år och äldre har fått frågan något mer sällan än övriga.

I Vårdbarometerns mätning 2012 ställs en ny fråga: ” – Inför vissa operationer är det viktigt med rökuppehåll för att minska risker för komplikationer. Tycker du att sjukvården i dessa fall ska kunna kräva detta?” Nio personer av tio instämmer i detta.

9 Patienter som diskuterat alkoholvanor med vårdpersonal

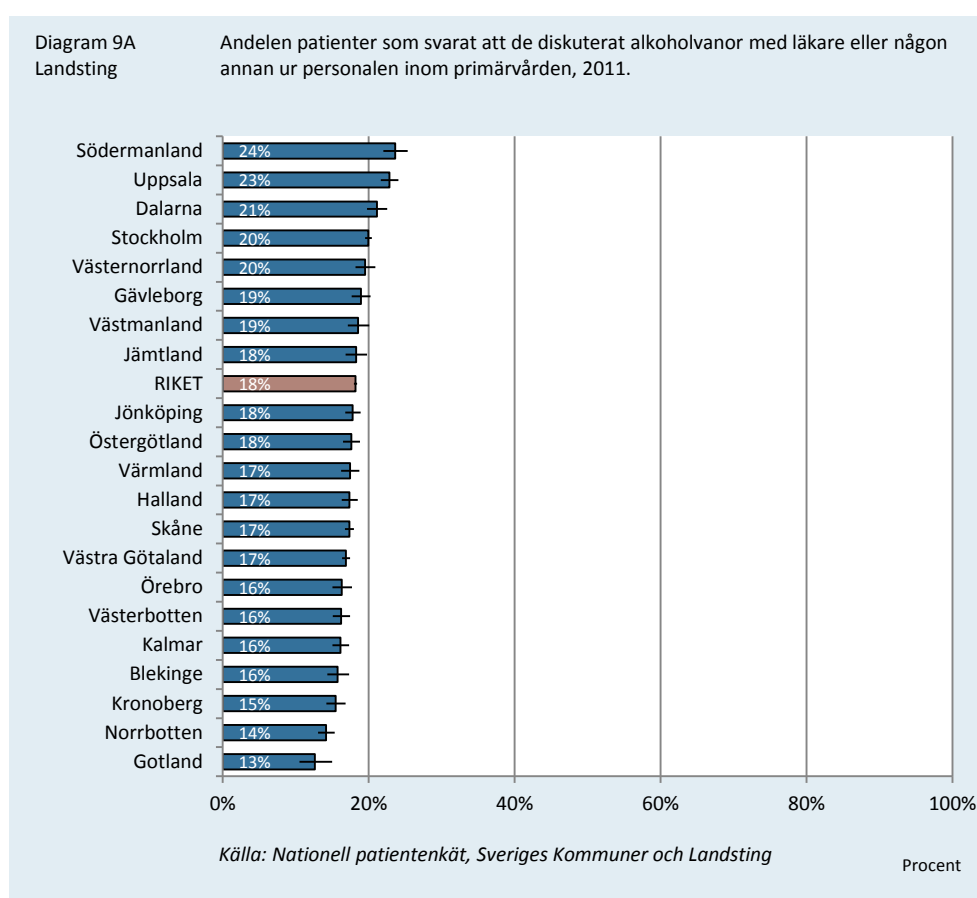
Indikatorn avser att mäta hur många patienter som har fått ett samtal om alkoholvanor i samband med vårdkontakt. Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor.

Riskabel alkoholkonsumtion är en av de viktigaste påverkbara hälsorisikerna i vårt samhälle. Alkohol är en riskfaktor för ohälsa och för tidig död

och kan orsaka en rad olika sjukdomstillstånd, varav de vanligaste är olika former av hjärt- och kärlsjukdomar, leverskador, cancer och psykisk ohälsa. Under 2009 har cirka 4 500 dödsfall konstaterats ha samband med alkoholkonsumtion. Andra alkoholrelaterade hälsoutfall är trafikolyckor, självförvållade skador och våld. [1]

Vid riskbruk finns ibland tecken på, men inga tydliga bevis för, att alkoholrelaterad skada uppkommit. Detta motiverar att hälso- och sjukvårdspersonal ställer rutinmässiga frågor om alkoholkonsumtion till dem som söker hälso- och sjukvården.

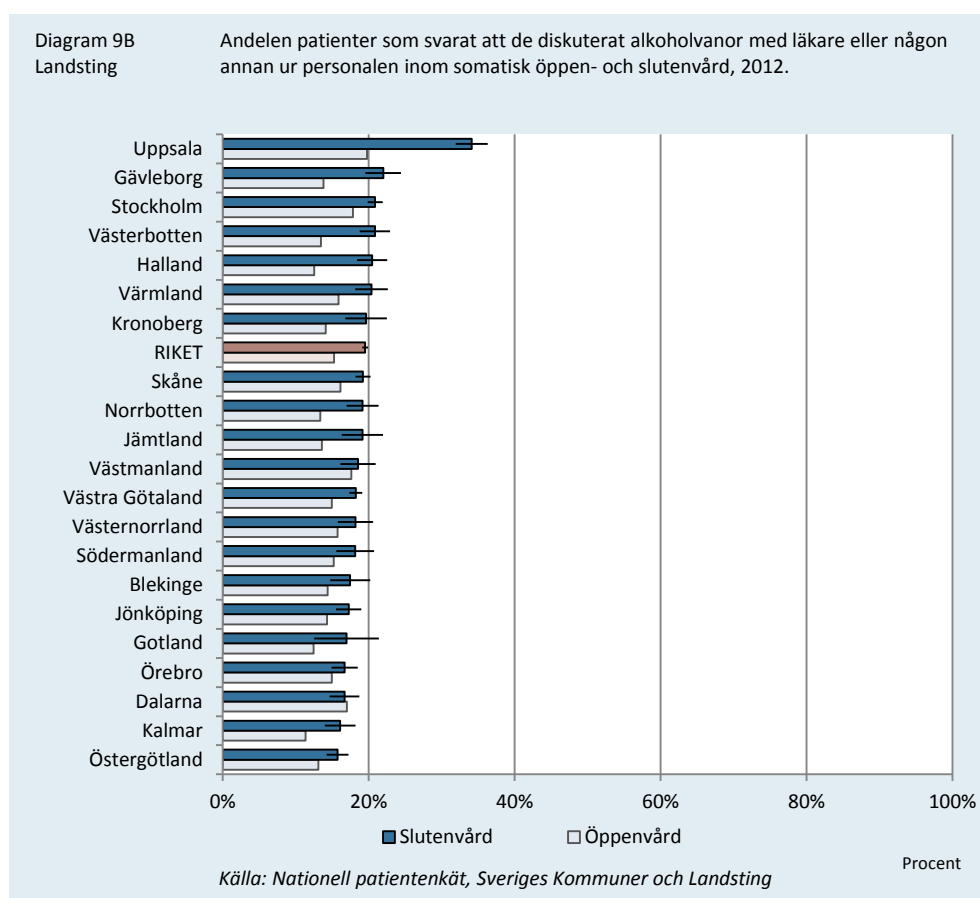
Detsamma gäller vid operation eftersom en hög alkoholkonsumtion kan ha en negativ påverkan på immunförsvar och sårhäkning. Det är också viktigt att gravida och småbarnsföräldrar med ett riskbruk får stöd för att minska risken för fosterskador eller försämrad omvårdnad och tillsyn av barnet. Patienter som har ett riskbruk av alkohol bör erbjudas ett rådgivande samtal inom hälso- och sjukvården.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av hur primärvården arbetar med att ställa frågor om alkoholvanor i mötet med patienter. Av svarande patienter som har besökt läkare inom primärvården har knappt var femte patient haft en diskussion om alkohol.

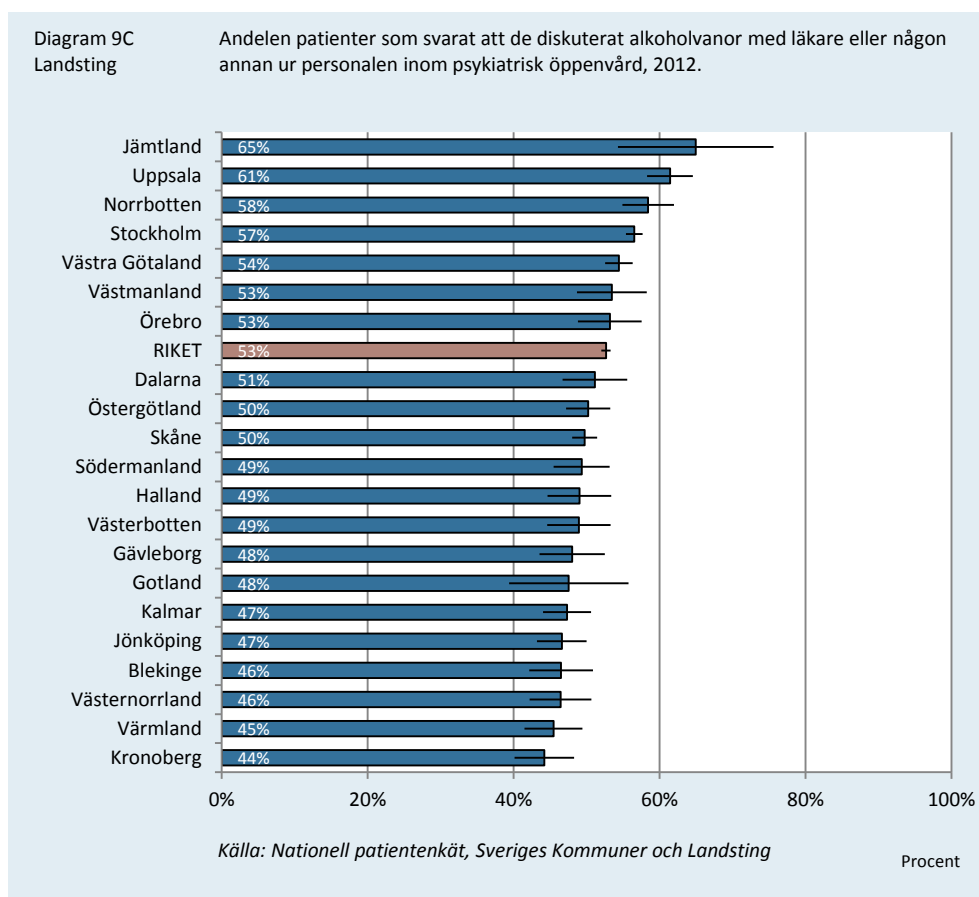
Sörmland har den högsta förekomsten av patienter som uppger att de får samtal om alkoholvanor och Gotland den lägsta (25 respektive 12 procent). Det är vanligare att man har tagit upp alkoholvanor med män än med kvin-

nor vid besök inom primärvården. Patienter med annat modersmål än svenska har nästan i dubbelt så stor utsträckning fått ett samtal kring alkoholvanor, jämfört med patienter med svenska som modersmål (28 respektive 17 procent).



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av i vilken mån den somatiska öppen- och slutenvården i respektive landsting arbetar med att ställa frågor om alkoholvanor i mötet med patienter. Var femte patient har fått ett sådant samtal inom slutenvården och var sjunde inom öppenvården. Skillnaderna mellan landstingen är relativt små, men i Uppsala uppger fler patienter än i övriga landsting att de har fått diskutera alkoholvanor, både när de varit inlagda och vid besök.

Män får samtal om alkohol dubbelt så ofta som kvinnor. Läkare och annan vårdpersonal diskuterar alkoholvanor med patienter med annat modersmål nästan tre gånger så ofta som med patienter med svenska som modersmål. Inom slutenvården är detta dubbelt så vanligt.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av i vilken utsträckning psykiatrisk öppenvård i respektive landsting arbetar med att ställa frågor om alkoholvanor i mötet med patienter. Hälften av patienterna inom psykiatrisk öppenvård har fått ett sådant samtal, jämfört med var tredje patient inom psykiatrisk slutenvård. I Kronoberg har 44 procent haft en diskussion om alkoholvanor medan denna andel är 65 procent i Jämtland.

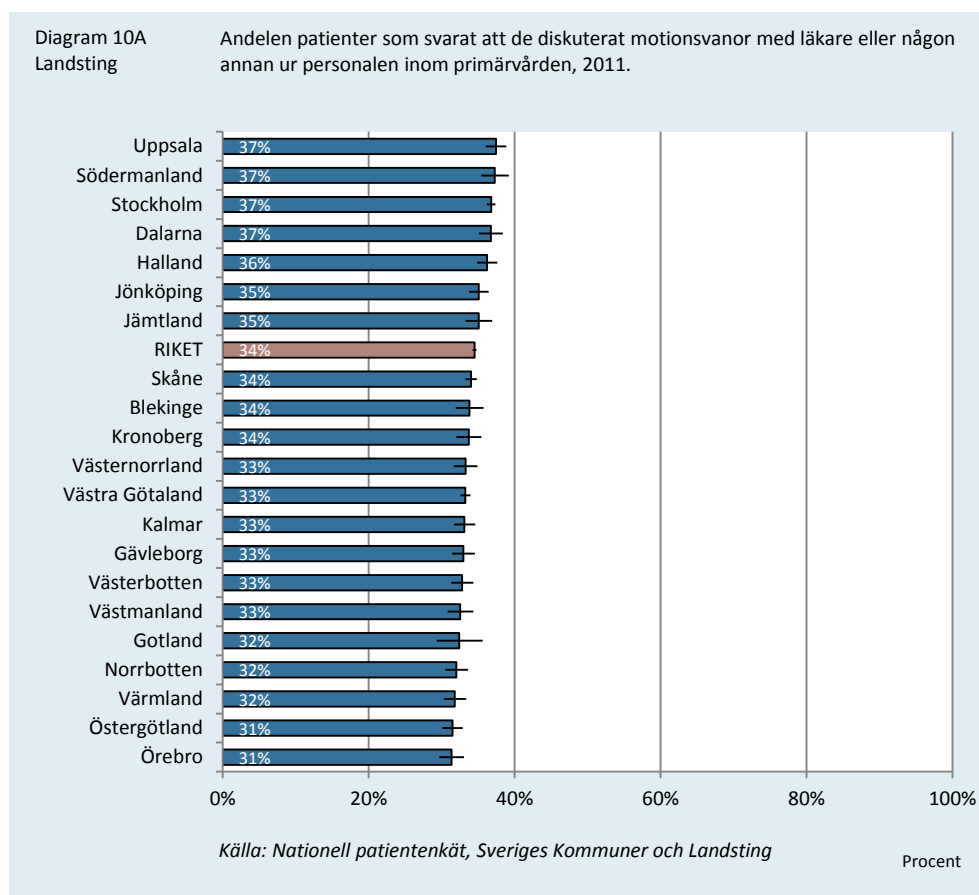
Patientens ålder har stor betydelse för om vårdpersonal tar upp alkoholvanor. Det är mer än dubbelt så ofta förekommande i den yngsta åldersgruppen under 25 år som i den äldsta över 74 år (63 respektive 28 procent). Och det är något vanligare att män får ett sådant samtal än att kvinnor får det.

10 Patienter som diskuterat motionsvanor med vårdpersonal

Indikatorn avser att mäta hur många patienter som har fått ett samtal om motionsvanor i samband med vårdkontakt. Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor.

Fysisk aktivitet kan minska risken för bland annat hjärt- och kärlsjukdom, typ 2-diabetes, fetma, vissa cancersjukdomar, benbrott och fall samt olika former av psykisk ohälsa, till exempel demens och depression. En måttligt fysiskt aktiv person lever i genomsnitt 6–9 år längre än någon som är fysiskt

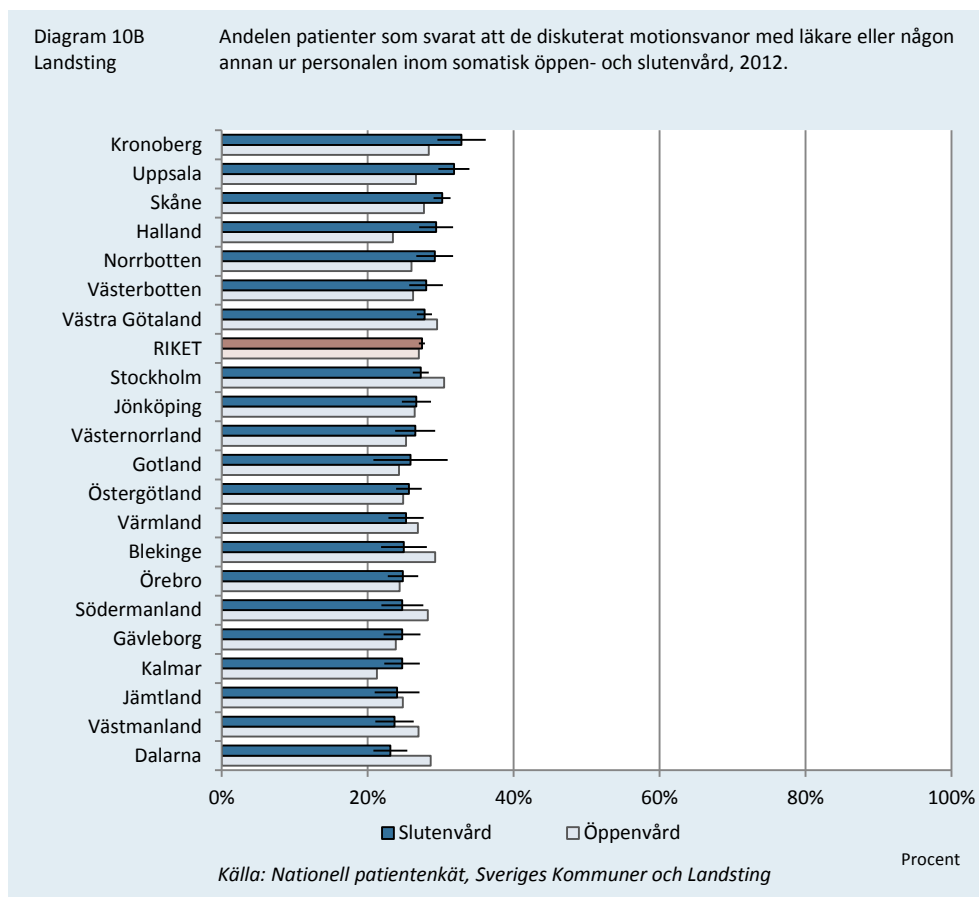
inaktiv. Om man redan har en försämrad hälsa, fysiskt eller psykiskt, är det särskilt viktigt att man får stöd att komma igång med att röra på sig mer.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av hur primärvården i respektive landsting arbetar med att ställa frågor om motionsvanor i mötet med patienter. Var tredje patient har haft en diskussion om motionsvanor i primärvården.

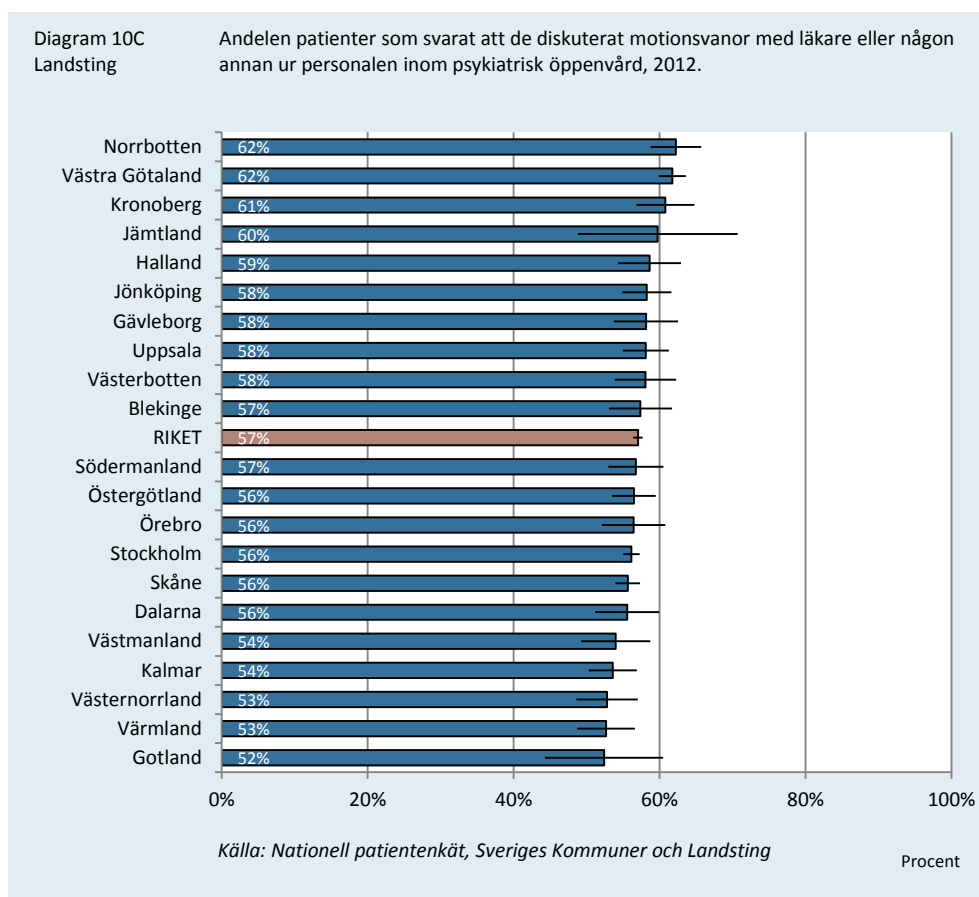
Skillnaderna mellan landstingen är marginella. I Uppsala, Sörmland, Stockholm och Dalarna svarar 37 procent av patienterna att de fått samtal om motionsvanor och i Östergötland och Örebro är denna andel 31 procent.

Män svarar något oftare än kvinnor att läkaren eller annan vårdpersonal har tagit upp motionsvanor inom primärvården. Däremot finner vi inga skillnader mellan olika åldersgrupper. Det är vanligare att patienter med annat modersmål än svenska har fått ett samtal om motionsvanor än att patienter med svenska som modersmål har fått det (47 respektive 33 procent).



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av i vilken omfattning somatisk öppen- och slutenvård i respektive landsting arbetar med att ställa frågor om motionsvanor i mötet med patienter. Drygt var fjärde patient har fått ett sådant samtal inom somatisk öppen- och slutenvård. Skillnaderna mellan landstingen var måttliga.

Motionsvanor var något som vårdpersonalen diskuterar oftare med män än kvinnor. Detsamma gäller även patienter med annat modersmål än svenska, det är nästan dubbelt så vanligt än att patienter med svenska som modersmål får frågan.

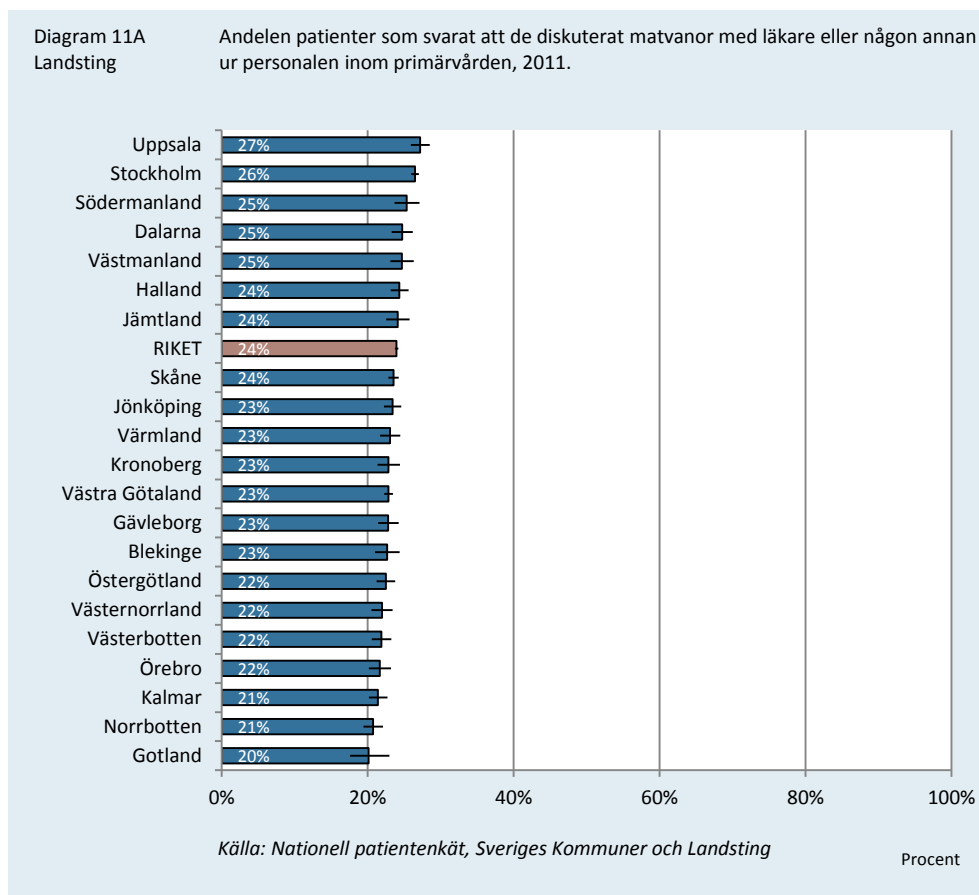


Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av i vilken utsträckning psykiatrisk öppenvård i respektive landsting arbetar med att ställa frågor om motionsvanor i mötet med patienter. Närmare 60 procent av patienterna har fått ett sådant samtal, att jämföra med 27 procent inom psykiatrisk slutenvård. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga.

Vårdpersonalen tar upp motionsvanor i större utsträckning med patienter med annat modersmål än svenska. Yngre patienter får samtal något oftare än äldre, men även av patienter som är 65 år och äldre får hälften diskutera sina motionsvanor med personalen.

11 Patienter som diskuterat matvanor med vårdpersonal

Indikatorn avser att mäta hur många patienter som har fått ett samtal om matvanor i samband med vårdkontakt. Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor. Matvanorna påverkar risken att drabbas av folksjukdomar som fetma, hjärt- och kärlsjukdom, typ 2-diabetes, benskörhet och vissa cancersjukdomar. Att vara överviktig eller lida av fetma ökar i sin tur risken för att man drabbas av ytterligare ohälsa.

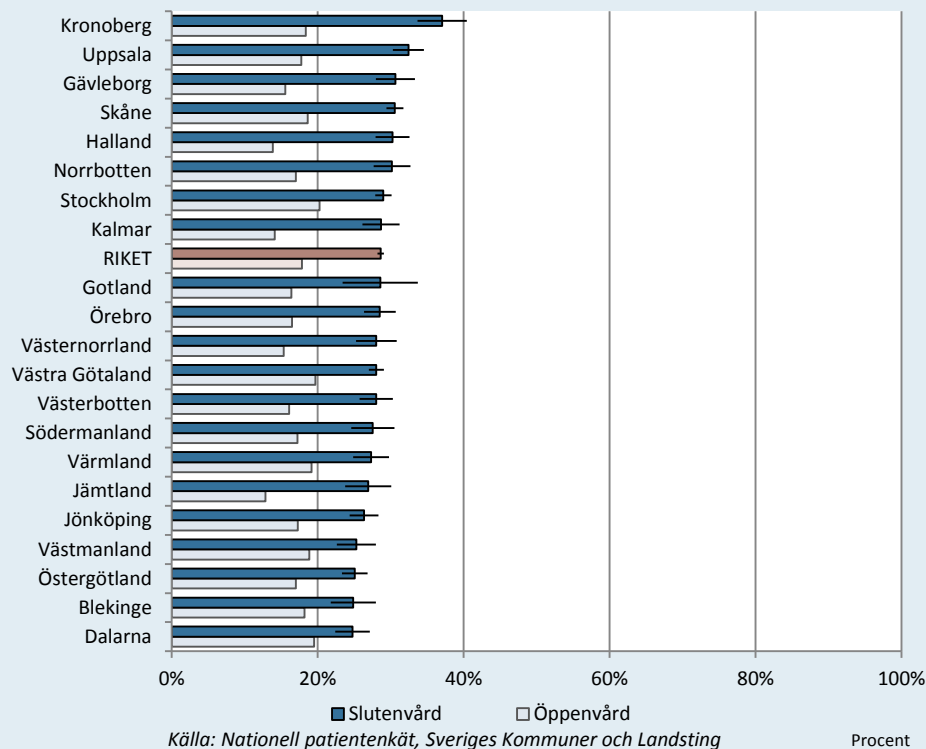


Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av hur primärvården i respektive landsting arbetar med att ställa frågor om matvanor i mötet med patienter. Inom primärvården har var fjärde patient haft en diskussion om matvanor. Skillnaderna mellan landstingen är små. Uppsala och Stockholm har högsta andelen patienter som fått samtal om matvanor medan Gotland och Norrbotten har den lägsta andelen.

Män uppger något oftare än kvinnor att de fått frågor om matvanor inom primärvården. Däremot finner vi inga skillnader mellan olika åldersgrupper. Den största skillnaden finns mellan patienter som har svenska som modersmål och patienter med annat modersmål, där patienter med annat modersmål får frågan om matvanor dubbelt så ofta som patienter med svenska som modersmål (37 respektive 22 procent).

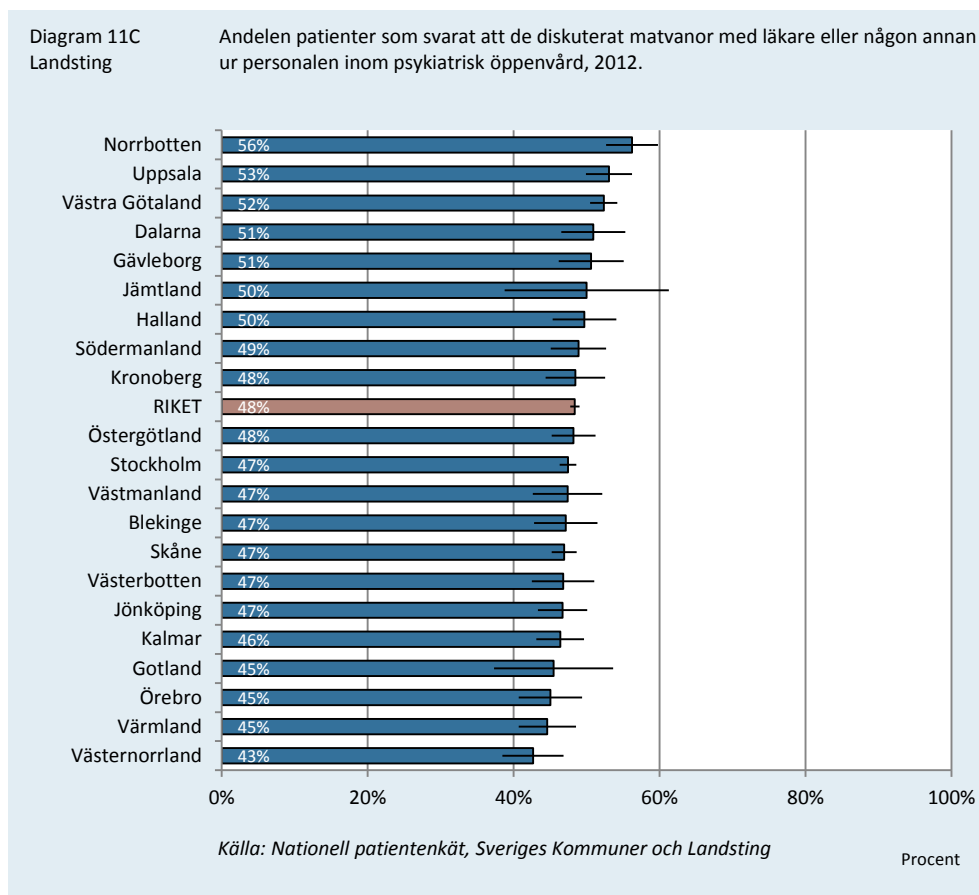
Diagram 11B
Landsting

Andelen patienter som svarat att de diskuterat matvanor med läkare eller någon annan ur personalen inom somatisk öppen- och slutenvård, 2012.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av i vilken mån somatisk öppen- och slutenvård i respektive landsting arbetar med att ställa frågor om matvanor i mötet med patienter. Detta är betydligt vanligare inom slutenvården än inom öppenvården, 29 respektive 18 procent av patienterna har fått ett sådant samtal. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga.

Samma mönster gäller samtal om matvanor som samtal om de övriga levnadsvanorna. Det är vanligare att vårdpersonal diskuterar detta med män än med kvinnor och det är också vanligare med samtal om matvanor bland patienter med annat modersmål än svenska både inom somatisk öppen- och slutenvård.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av i vilken utsträckning psykiatrisk öppenvård i respektive landsting arbetar med att ställa frågor om matvanor i mötet med patienter. Närmare hälften av patienterna har fått ett sådant samtal inom den öppna psykiatriska vården medan var tredje patient har fått det inom den slutna psykiatriska vården. Skillnaderna mellan landstingen är små.

Frågan om matvanor varierar mycket när patientens ålder beaktas. Andelen patienter som har fått frågan om matvanor sjunker med stigande ålder, från 63 procent bland de yngsta tillfrågade, det vill säga de under 25 år, till 32 procent bland de äldsta, svarande över 74 år.

En generell iakttagelse är att av alla verksamhetsområden med resultat från patientenkäter, tar personalen inom psykiatrisk öppenvård upp levnadsvanor i mycket större utsträckning än personalen inom övriga verksamhetsområden.

12 Vaccination av barn

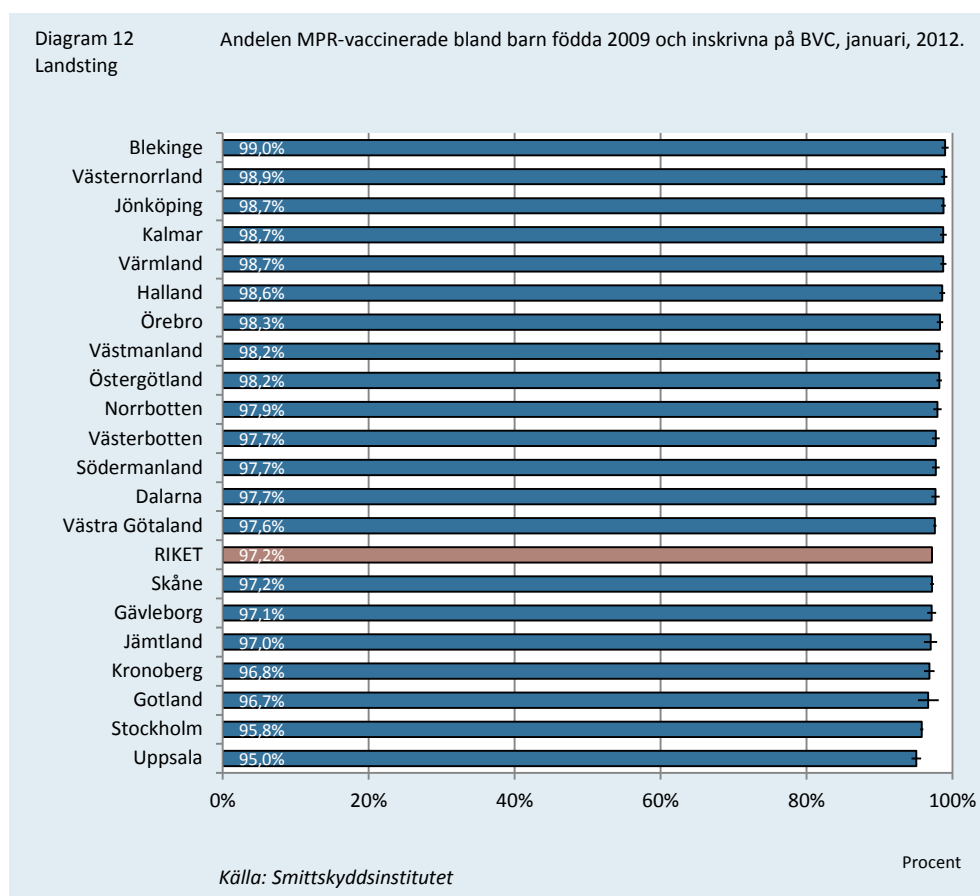
Mässling, påssjuka och röda hund var tidigare vanliga barnsjukdomar, orsakade av tre olika virus, och motverkas med så kallad MPR-vaccination. Att insjukna i någon av sjukdomarna är vanligtvis ofarligt, men det kan i vissa fall ge allvarliga komplikationer, som även kan leda till död. Med en tillräckligt hög vaccinationstäckning kan mässlingvirus utrotas, men enligt WHO:s statistik dog 164 000 barn i en mässlingsinfektion under 2008. De flesta av dessa barn bodde i utvecklingsländer. Smittskyddsinstitutet redovi-

sar att WHO har fått in 34 000 verifierade fall av mässling i Europa under 2011, av vilka åtta drabbade rapporteras ha avlidit.

Idag är sjukdomarna ovanliga i Sverige, men förekommer bland ovaccinerade personer i alla åldrar. Om vaccinationsprogrammet helt upphör eller om en 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 injektion 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.

Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården och samlas in av Smittskyddsinstitutet. Uppgifter från Örebro och Uppsala är hämtade från individbaserade vaccinationsregister och är därför inte helt jämförbara med övriga. Där beräknas vaccinationstäckningen som andelen vaccinerade av alla folkbokförda barn, inte av alla inskrivna på BVC som i övriga landsting.



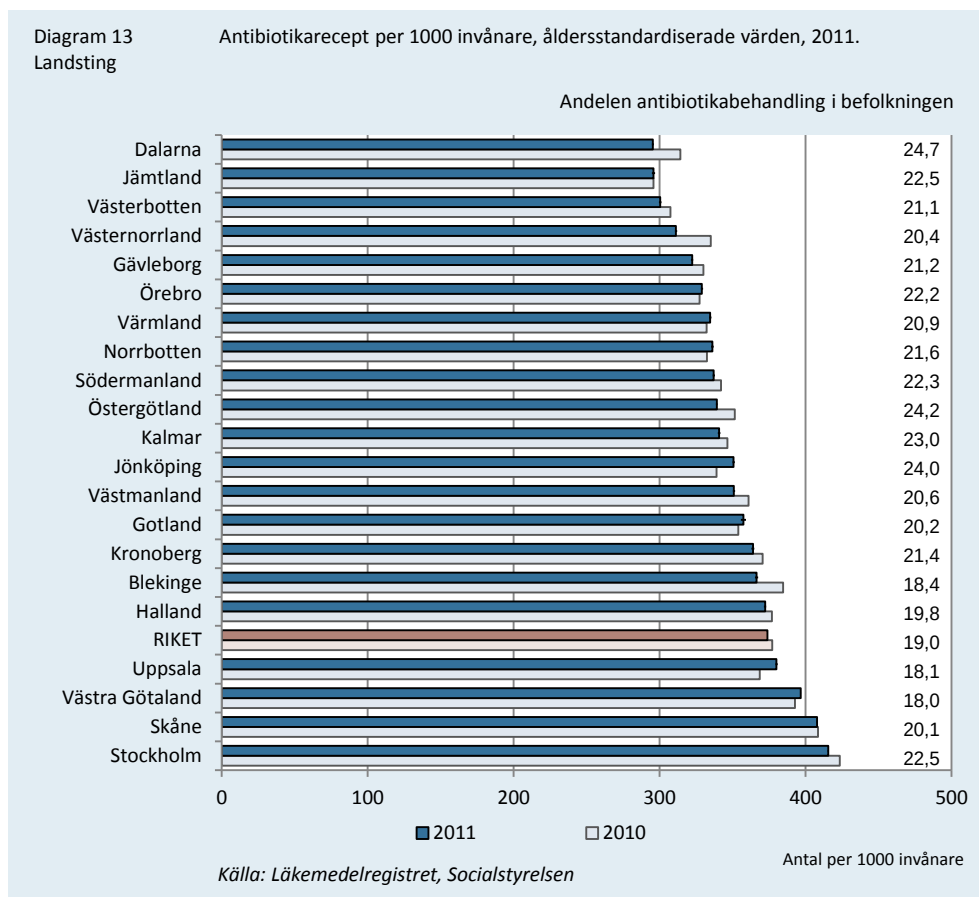
Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Sverige har internationellt sett en hög andel vaccinerade barn. I januari 2012 hade 97,2 procent av alla barn födda 2009 vaccinerats. De allra flesta landsting har en vaccinationsfrekvens runt 97–98 procent. Det finns grupper av föräldrar som väljer att inte låta vaccinera sina barn och vaccinationstäckningen har i några kommuner sjunkit till under 90 procent. Lokala utbrott, av i synnerhet mässling, har därför kunnat iakttas.

13 Förekomst av antibiotikabehandling

Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistent bakterietyper. Med en allt högre antibiotikaanvändning riskerar vi att hamna i en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan få en effektiv behandling. Sverige och övriga Norden har en förhållandevis låg förskrivning av antibiotika jämfört med övriga Europa.

Antibiotika ska alltså inte användas i onödan. Ett sätt att minska onödig antibiotikaanvändning är att inte omedelbart sätta in antibiotikabehandling vid sådana lindriga infektioner som oftast läker ut utan behandling. Behandlingstidens längd påverkar också det totala antibiotiketrycket. Flera nya studier har visat att behandlingstiden vid vissa infektioner, till exempel urinvägsinfektioner hos kvinnor, kan förkortas utan att behandlingsresultatet blir sämre.

Vid antibiotikabehandling är det vidare önskvärt att använda så ”smal” terapi som möjligt för att påverka så få bakterier som möjligt. Detta är önskvärt både ur resistensutvecklingssynpunkt och ur biverkningssynpunkt. Användning av ett antibiotikum med brett antibakteriellt spektrum innebär större störningar av kroppens normala bakterieflora, vilket kan öka risken för biverkningar. Dessutom ökar risken för resistensutveckling hos flera bakteriearter.



Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda, det vill säga det är önskvärt att ha en låg förskrivning av antibiotika. Denna indikator visar antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare för 2011. Dessutom visas andelen personer i befolkningen som behandlats med antibiotika. Källan är Läkemedelsregistret, som är komplett avseende läkemedelsanvändning i öppen vård, men som saknar uppgifter om förskrivningsorsak. Detta gör att indikatorn ger en grov bild av antibiotikaanvändningen.

Under mätperioden hämtades i riket 374 recept per 1 000 invånare ut, med en variation mellan landsting från 295 till 415. En liten minskning har därmed skett sedan föregående år. I alla landsting har antalet recept minskat sedan 2007. Antibiotikaanvändningen är avsevärt högre bland kvinnor än bland män. Generellt kan även sägas att det skrivs ut mer antibiotika i storstadsregionerna och mindre antibiotika i de norra delarna av landet.

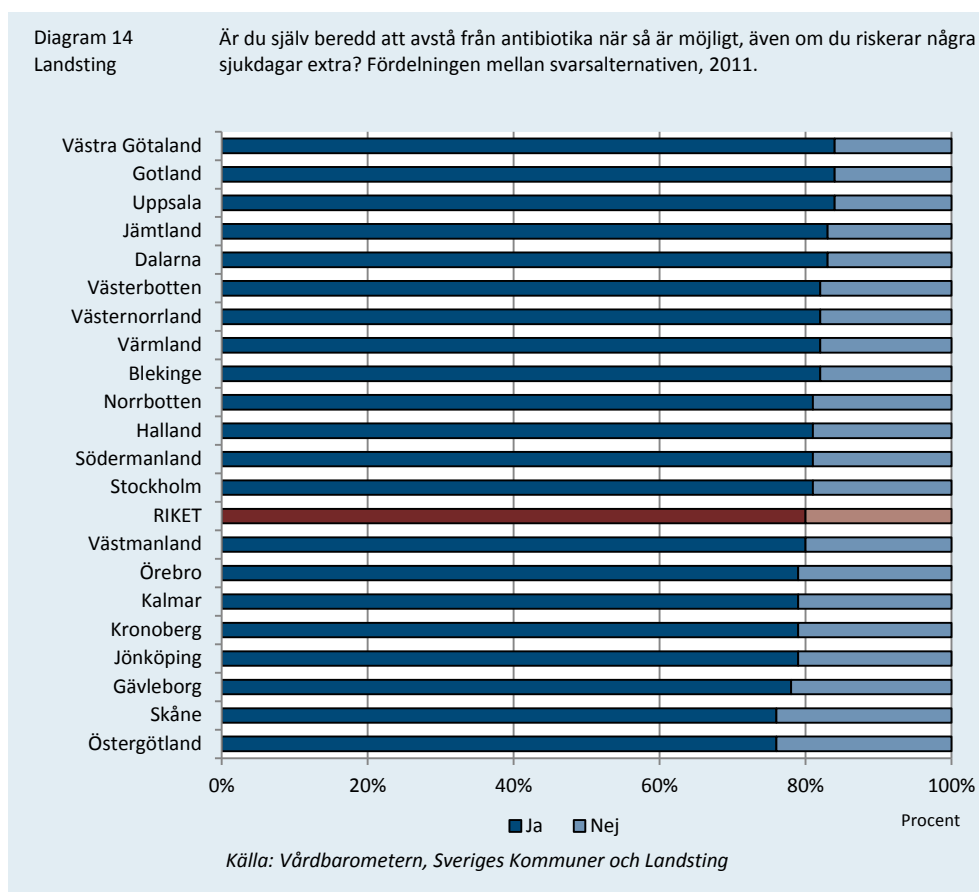
Skillnaderna mellan landstingen är relativt stora. De är sannolikt ett uttryck för skillnader i behandlingstradition, och kan inte förklaras med variationer i befolkningens behov av antibiotika.

Det är önskvärt att ha en låg förskrivning av antibiotika, men den optimala nivån är svår att fastslå. Strama, Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning, har föreslagit målnivån 250 recept per 1 000 invånare och år. Inget landsting når denna nivå idag, utan tvärtom krävs det i riket betydande minskningar av antalet förskrivna recept för att detta mål ska nås.

14 Antibiotikaanvändning och viljan att avstå när så är möjligt

Indikatorn avser att mäta befolkningens inställning till att avstå från antibiotikaanvändning när så är möjligt, även om man riskerar några sjukdagar extra. Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistenta bakterietyper.

Ett sätt att minska onödig antibiotikaanvändning är att inte omedelbart sätta in antibiotikabehandling vid lindriga infektioner som oftast läker ut utan behandling. I överenskommelsen mellan staten och *Sveriges Kommuner och Landsting* om förbättrad patientsäkerhet 2012 är antibiotikaresistens ett av de viktiga områdena. Det är en viktig patientsäkerhetsfråga för både hälso- och sjukvården och för den enskilda patienten. En säker antibiotikabehandling är också en viktig fråga för folkhälsan. Enligt patientsäkerhetsöverenskommelsen är inriktningen att successivt ta steg mot en förskrivning som ligger allt närmare det långsiktiga målet om 250 recept per 1000 invånare. År 2011 skrevs det 380 recept per 1000 invånare. Befolkningens inställning har naturligtvis stor betydelse för hur hälso- och sjukvården lyckas minska antibiotikaanvändningen.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det ger en bild av befolkningens inställning i frågan i respektive landsting vilket ger hälso- och sjukvården goda förutsättningar för att arbeta med att reducera antibiotikaanvändningen. Frågan ställs till alla oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller inte.

Landstingens resultat varierar mellan 84 procent och 76 procent. Uppsala, Gotland och Västra Götaland har den högsta andelen personer som uppger sig vara beredda att avstå från antibiotikaanvändning medan Region Skåne och Östergötland hade har den lägsta andelen.

Det föreligger inte några könsskillnader i resultaten. De äldsta tillfrågade, i åldern 70 år och äldre, är i högre grad negativa än övriga till att avstå antibiotikaanvändning, 30 procent är inte beredda till det. Andra grupper som i mindre utsträckning är beredda att avstå antibiotika är personer som är födda utanför Norden och personer som skattar sin hälsa som mindre bra. Även utbildningens längd har betydelse, de med låg utbildning är mer negativa till tanken.

Områdesvisa indikatorer

Diabetesvård

Diabetes är en kronisk sjukdom och cirka fyra procent av befolkningen har den. De flesta har typ 2-diabetes och det innebär oftast att få diabetes i vuxen ålder. En mindre del av befolkningen har typ 1-diabetes vilken oftast debuterar hos barn- och ungdomar. De flesta patienter med typ 2-diabetes har sin regelbundna vårdkontakt i primärvården medan patienter med typ 1-diabetes har sin huvudsakliga vårdkontakt på medicinkliniker vid sjukhusen.

Diabetes kan medföra en ökad risk för andra sjukdomar. Exempel på diabeteskomplikationer är hjärtinfarkt och kärlkramp, ischemisk stroke, högt blodtryck, kärlförträngning i ben och ögonsjukdomen retinopati. Eventuella komplikationer går både att fördröja med förebyggande åtgärder, och att reducera genom att man bevakar riskfaktorer.

En del förebyggande åtgärder följs upp i den årliga *Öppna jämförelsen av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* och i *Nationell utvärdering 2011 – Diabetesvård* medan denna rapport fokuserar på indikatorer som berör ett antal riskfaktorer och levnadsvanor som kan medföra ökad risk för komplikationer. De områden som behandlas är rökning, övervikt och fysisk inaktivitet hos vuxna patienter med diabetes inom primärvården. För området barn- och ungdomar med diabetes behandlas fysisk aktivitet, och HbA1c-värdet. Urvalet har tagits fram i samarbete med *Nationella Diabetesregistret* och kvalitetsregistret *Swediabkids*.

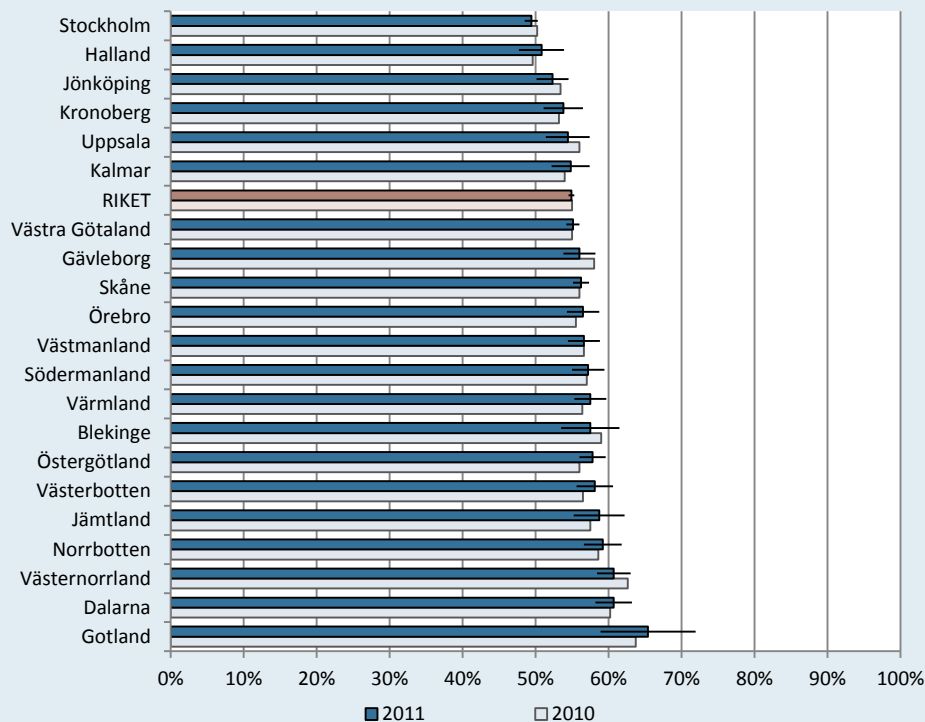
År 2011 är totalt 333 150 patienter registrerade i NDR vilket ger en täckningsgrad på cirka 85 procent av det totala antalet diabetiker i Sverige. Samtliga sjukhus registrerar och landstingen har en uppskattad täckningsgrad över 80 procent.

15 Vuxna patienter med diabetes med BMI över 30 kg/m²

Patienters kunskaper om diabetes, egenvård i kombination med hälsosamma levnadsvanor avseende rökavvänjning, kost och motion kan ge förbättrad hälsorelaterad livskvalitet för personer som drabbats av diabetes. En vikt-nedgång hos överviktiga personer leder totalt sett till att färre insjuknar, en minskad komplikationsutveckling hos personer med diabetessjukdom och minskat behov av medicinering.

Diagram 15
Landsting

Andelen vuxna patienter med BMI ≥ 30 kg/m² som behandlas för diabetes i primärvården, åldersintervall 30–60 år, 2011.



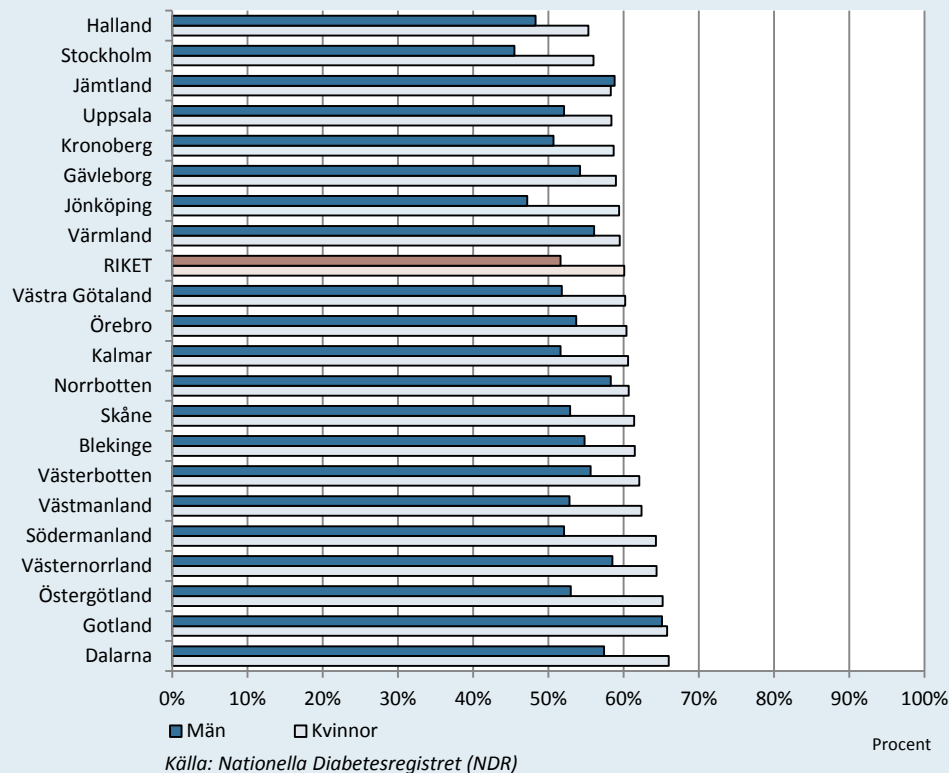
Källa: Nationella Diabetesregistret (NDR)

Procent

Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda. Ett högt BMI kan leda till ökad risk för komplikationer och behov av ökad medicinering av olika slag. Indikatorn visar andelen vuxna patienter i åldern 30–60 år som behandlas för diabetes i primärvården med ett BMI ≥ 30 kg/m², det vill säga som har fetma. Underlaget för jämförelsen är vuxna patienter med diabetes registrerade i NDR i primärvården under 2010 och 2011. Det finns en spridning på 16 procentenheter i landstingen det senaste året. Gotland och Dalarna har fler patienter som har fetma medan Stockholm och Halland har färre patienter. Jämförelse med föregående år visar på små variationer.

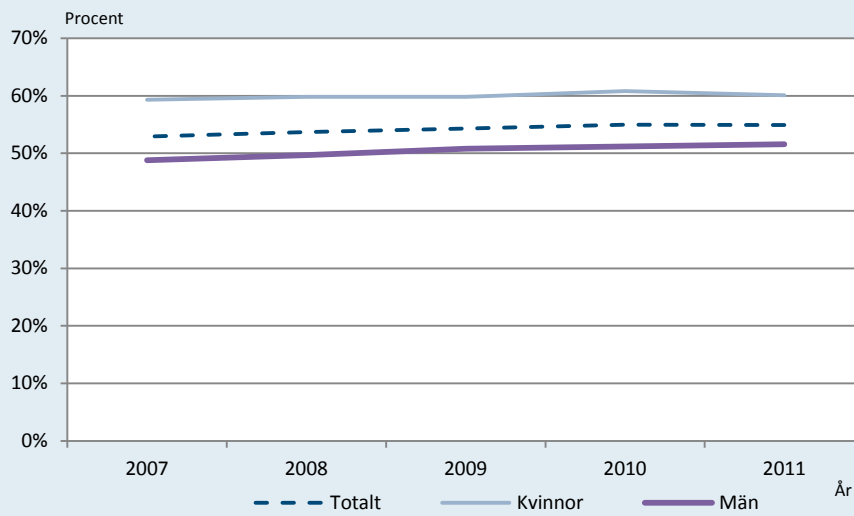
Diagram 15
Kvinnor/män

Andelen vuxna patienter med BMI ≥ 30 kg/m² som behandlas för diabetes i primärvården, åldersintervall 30–60 år, 2011.



Diagrammet visar att det finns en skillnad mellan kvinnor och män, där kvinnor lider av fetma i större utsträckning än män. På riksnivå har över 60 procent av kvinnorna som behandlas för diabetes inom primärvården fetma medan motsvarande siffra för männen är 50 procent. Det är mycket viktigt att följa och uppmärksamma denna riskfaktor med tanke på att dessa patienter är i åldrarna 30 till 60 år och därmed löper ökad risk under en lång tid för att utveckla komplikationer med anledning av fetman. Åtgärder som leder till att patienter går ned i vikt motverkar denna negativa utveckling.

Diagram 15 Andelen vuxna patienter med BMI ≥ 30 kg/m² som behandlas för diabetes i primärvården, åldersintervall 30–60 år.



Källa: Nationella Diabetesregistret (NDR)

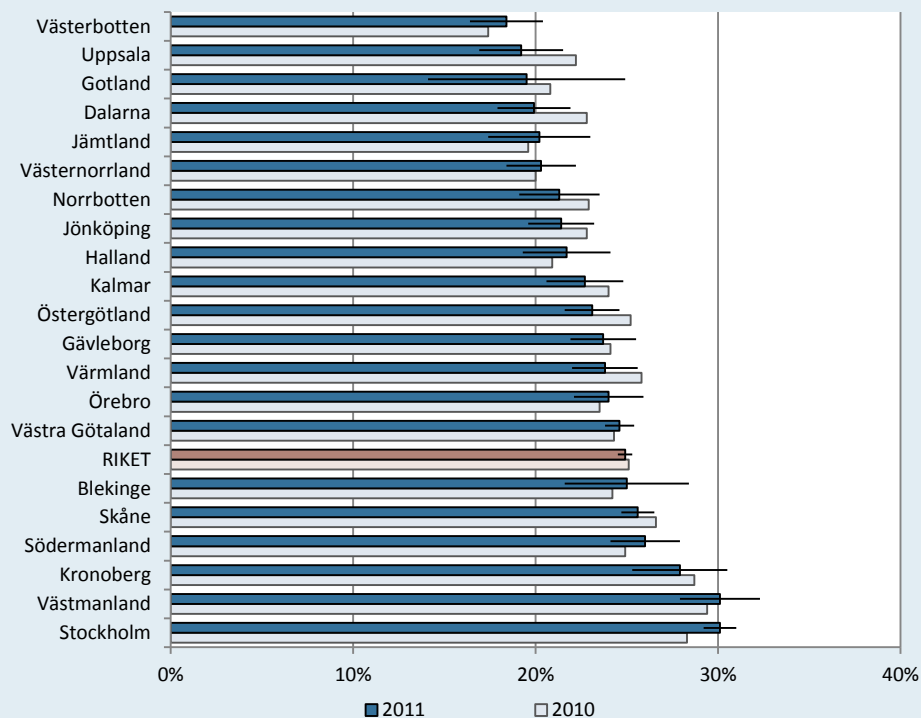
Diagrammet visar en utveckling av andelen patienter som har fetma under en femårsperiod, det är en svag ökning under tidsperioden totalt sett. Kvinnor har fetma i något större utsträckning än män som behandlas för diabetes i primärvården. Viktreducerande operationer erbjuds framförallt till patienter med BMI ≥ 35 kg/m² och uppåt. Rådgivning om kost och motion är de viktigaste förebyggande åtgärderna för patienter med övervikt och fetma.

16 Rökning hos vuxna patienter med diabetes

Rökstopp är en av de viktigaste förebyggande åtgärderna för att minska riskerna för diabeteskomplikationer enligt *Nationell utvärdering 2011 – Diabetesvård*. Nikotinet kan öka antalet stresshormoner i kroppen och påverka insulinproduktionen. Indikatorn mäter andelen rökare bland personer med diabetes. Socialstyrelsen rekommenderar vårdgivare inom hälso- och sjukvården i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* olika former av rådgivning eller samtal för att stödja patienter att sluta röka.

Diagram 16
Landsting

Andelen rökare av vuxna patienter som behandlas för diabetes i primärvården, åldersintervall 30–60 år, 2011.

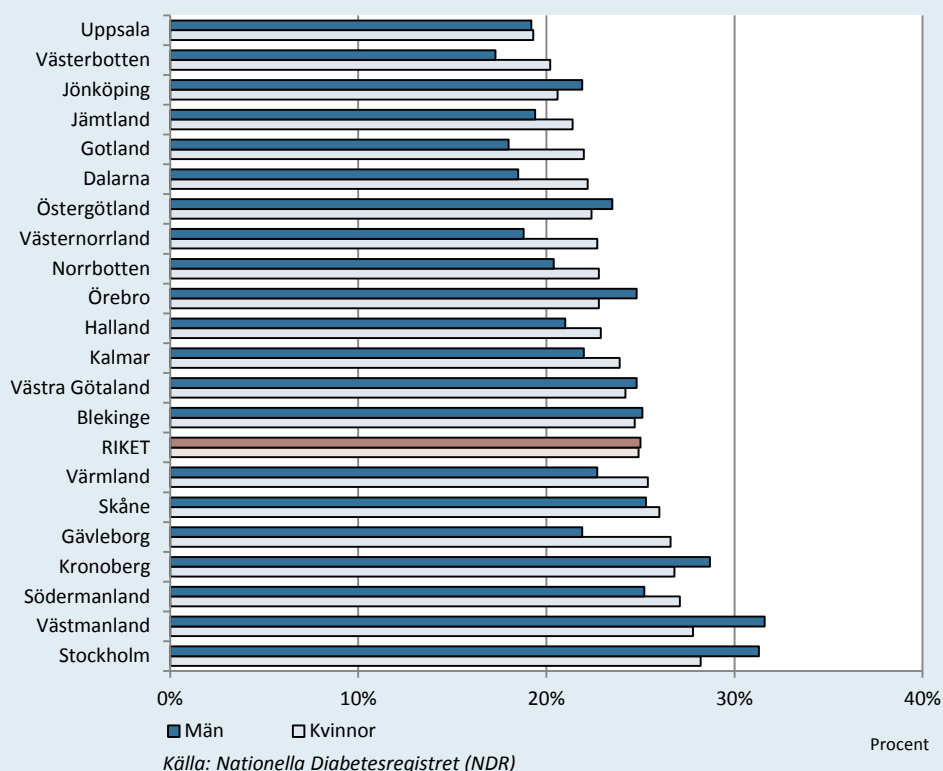


Källa: Nationella Diabetesregistret (NDR)

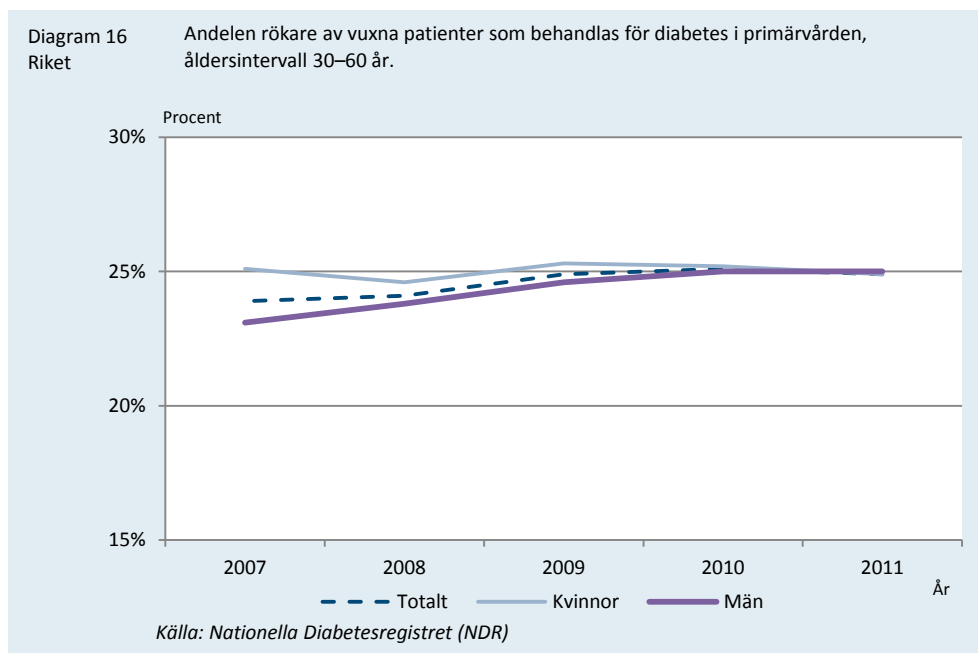
Procent

Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda. Rökning kan leda till ökad risk för komplikationer och sjukdomsutveckling. Indikatorn visar andelen vuxna patienter i åldern 30-60 år som röker och behandlas för sin diabetes i primärvården. Underlaget för jämförelsen visar dessutom värden från två år, 2010 och 2011. Det finns en spridning mellan landstingen på 12 procentenheter det senaste året. Stockholm och Västmanland har en högre andel patienter som röker medan Västerbotten och Uppsala visar en lägre andel rökare. I jämförelse med resultat från föregående år uppvisas små variationer på landstingsnivå. I genomsnitt i riket röker var fjärde patient som behandlas för diabetes i primärvården.

Diagram 16 Andelen rökare av vuxna patienter som behandlas för diabetes i primärvården, åldersintervall 30–60 år, 2011.
Kvinnor/män



Diagrammet visar på skillnader mellan könen på landstingsnivå, där vissa landsting har en högre andel kvinnor som röker medan andra landsting visar det motsatta förhållandet, att en högre andel män röker. Med tanke på patienternas ålder, då de är mellan 30–60 år, är rökning den riskfaktor som är viktigast att förebygga. Rekommenderade åtgärder inför ett rökstopp finns definierade i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*.



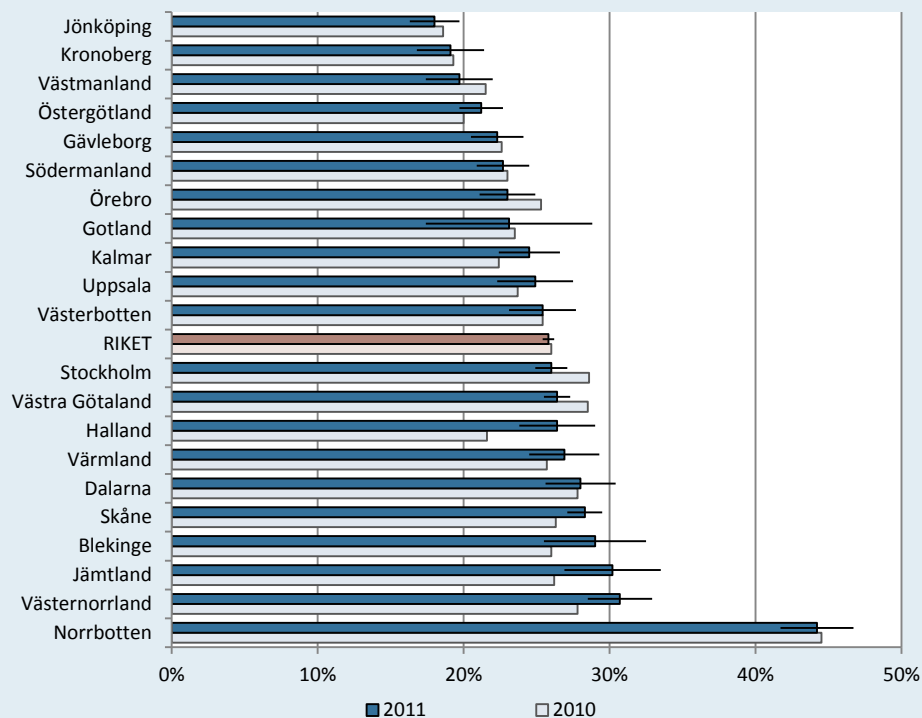
Diagrammet visar en svag ökning under femårsperioden av andelen patienter som röker och som behandlas för sin diabetes i primärvården. Som tidigare nämnts är det en patientgrupp med lång återstående livslängd. Ett rökstopp skulle möjligen innebära en ökad hälsorelaterad livskvalitet.

17 Fysisk inaktivitet hos vuxna patienter med diabetes

Fysisk inaktivitet är en av flera riskfaktorer som kan reduceras med förändrade levnadsvanor. Indikatorn avser att mäta fysisk inaktivitet av vuxna patienter som behandlas för sin diabetes i primärvården. Med fysisk inaktivitet menas patienter som angett att de aldrig utövar någon fysisk aktivitet alternativt rör sig minde än en gång i veckan. Enligt Socialstyrelsens *Nationell utvärdering 2011 – Diabetesvård* har regelbunden fysisk aktivitet tydligt samband med minskad risk för typ 2-diabetes. Det ökar även möjligheten att sänka medelblodsockervärdet (HbA1c-värdet) om den fysiska aktiviteten kombineras med kostråd. Motion har också visat sig öka insulinkänsligheten även om man är mycket överviktig. Socialstyrelsen rekommenderar i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivning eller samtal om motion för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor. Fysisk aktivitet är något som även förskrivs på recept (FaR®), en metod som används för att främja fysisk aktivitet bland patienter.

Diagram 17
Landsting

Andelen fysiskt inaktiva, som aldrig motionerar eller motionerar mindre än en gång i veckan, patienter som behandlas för diabetes i primärvården, ålder 30–60 år, 2011.



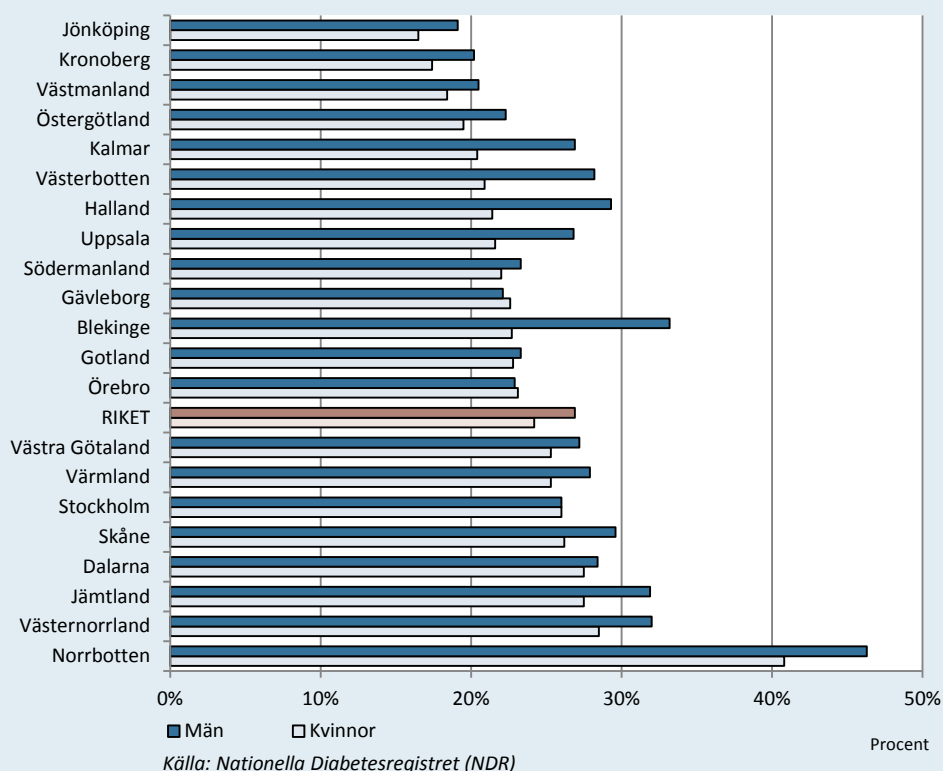
Källa: Nationella Diabetesregistret (NDR)

Procent

Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda. Fysisk inaktivitet kan leda till ökad risk för komplikationer. Indikatorn visar andelen vuxna patienter i åldern 30–60 år som behandlas för diabetes i primärvården och som är fysiskt inaktiva. Diagrammet visar värden från två år, 2010 och 2011. Det finns en spridning mellan landstingen på 26 procentenheter. Norrbotten och Västernorrland visar en högre andel patienter som är fysiskt inaktiva medan Jönköping och Kronoberg har färre patienter som är fysiskt inaktiva. Jämförelsen med föregående år visar på några variationer i vissa landsting utanför konfidensintervallet. Av alla patienter så är cirka 24 procent av männen fysiskt inaktiva medan cirka 27 procent av kvinnorna är fysiskt inaktiva på riksnivå.

Diagram 17
Kvinnor/män

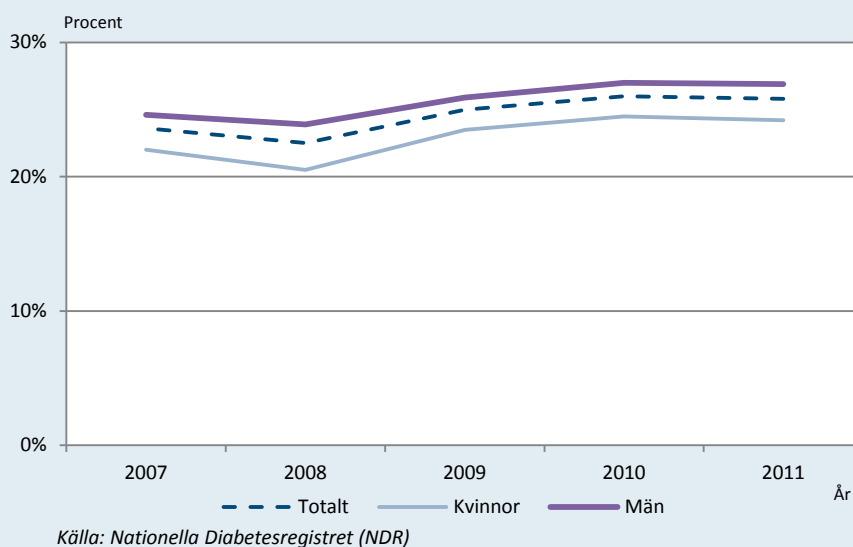
Andelen fysiskt inaktiva, som aldrig motionerar eller motionerar mindre än en gång i veckan, patienter som behandlas för diabetes i primärvården, ålder 30–60 år, 2011.



Diagrammet visar på skillnader mellan könen. Vissa landsting har en högre andel kvinnor som är fysiskt inaktiva medan andra landsting har motsatta resultat med en högre andel män som är fysiskt inaktiva. Åtgärder som leder till att patienter kan påverkas till att öka motionen i sin vardag, beskrivs även i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*.

Diagram 17
Riket

Andelen fysiskt inaktiva, som aldrig motionerar eller motionerar mindre än en gång i veckan, patienter som behandlas för diabetes i primärvården, ålder 30–60 år.



Diagrammet visar utvecklingen under en femårsperiod av andelen patienter som är fysiskt inaktiva och som behandlas för sin diabetes i primärvården. Utvecklingen är negativ och visar på en svag stigning under senare år. För dessa patienter som är mellan 30–60 år, kan fysisk aktivitet innebära en ökad hälsorelaterad livskvalitet och reducera komplikationsrisker.

18 Fysisk aktivitet hos barn med diabetes

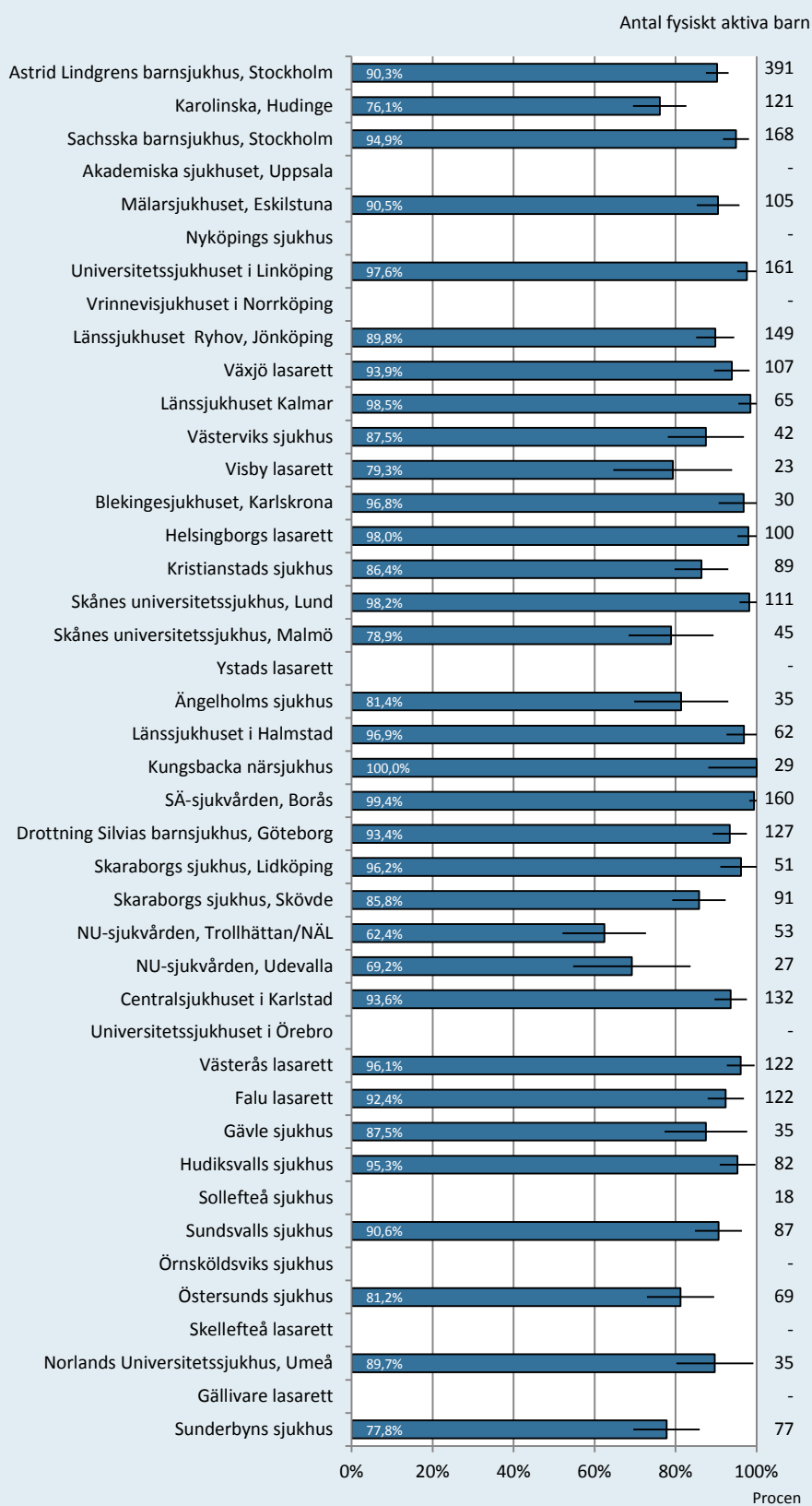
Diabetesvården för barn och ungdomar utförs främst på medicinklinikerna eller motsvarande. Övergången till vuxensjukvården sker vanligen vid 18–20 års ålder.

Indikatorn avser att mäta fysisk aktivitet vilket är en friskfaktor som syftar till att ge en bild av hälsoutvecklingen hos barn och ungdomar som behandlas för sin diabetes på medicinklink. Ju mer fysiskt aktiva barn och ungdomar är desto lägre uppmäter HbA1c-värdet. Däremot är det mer osäkert om bättre metabol kontroll beror på den fysiska aktiviteten i sig eller om de som är mer fysiskt aktiva också är bättre på att kontrollera sin diabetes, konstaterar Swediabkids. En viss försiktighet avseende resultaten bör iakttas med tanke på hur registrering av fysisk aktivitet görs. Det är den fysiska aktiviteten på fritiden som ska rapporteras och då ingår inte skolidrotten, men vissa medicinkliniker har inkluderat fysisk aktivitet på skoltid i skattningen.

Rapporteringen har ökat under 2011. Motion i form av regelbunden fysisk aktivitet lär på samma sätt som för vuxna ha en skyddande effekt och motverka komplikationsrisker. Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* riktar sig till vuxna med diabetes, men rekommendationer avseende rådgivning eller samtal för att stödja barn och ungdomar med diabetes kan vara ett stöd för hälso- och sjukvården i arbetet med att stimulera till ökad fysisk aktivitet.

Diagram 18
Sjukhus

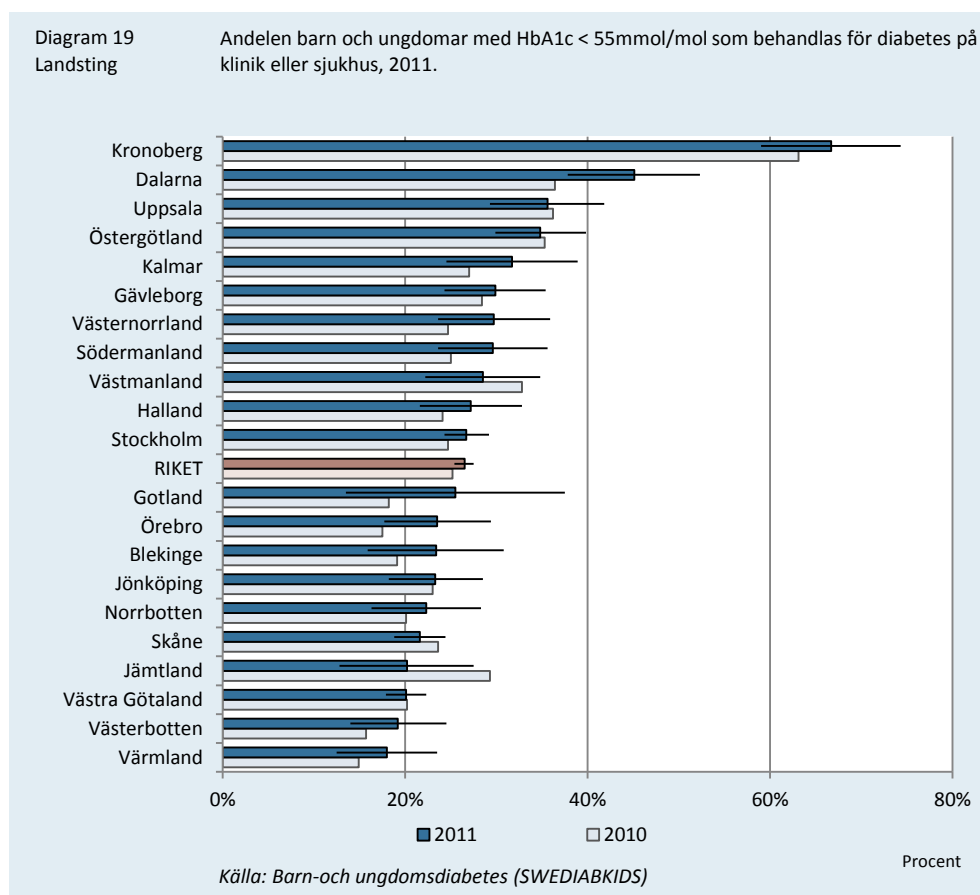
Andelen barn och ungdomar med diabetes som är fysiskt aktiva minst 30 minuter
en gång per vecka, 2011.



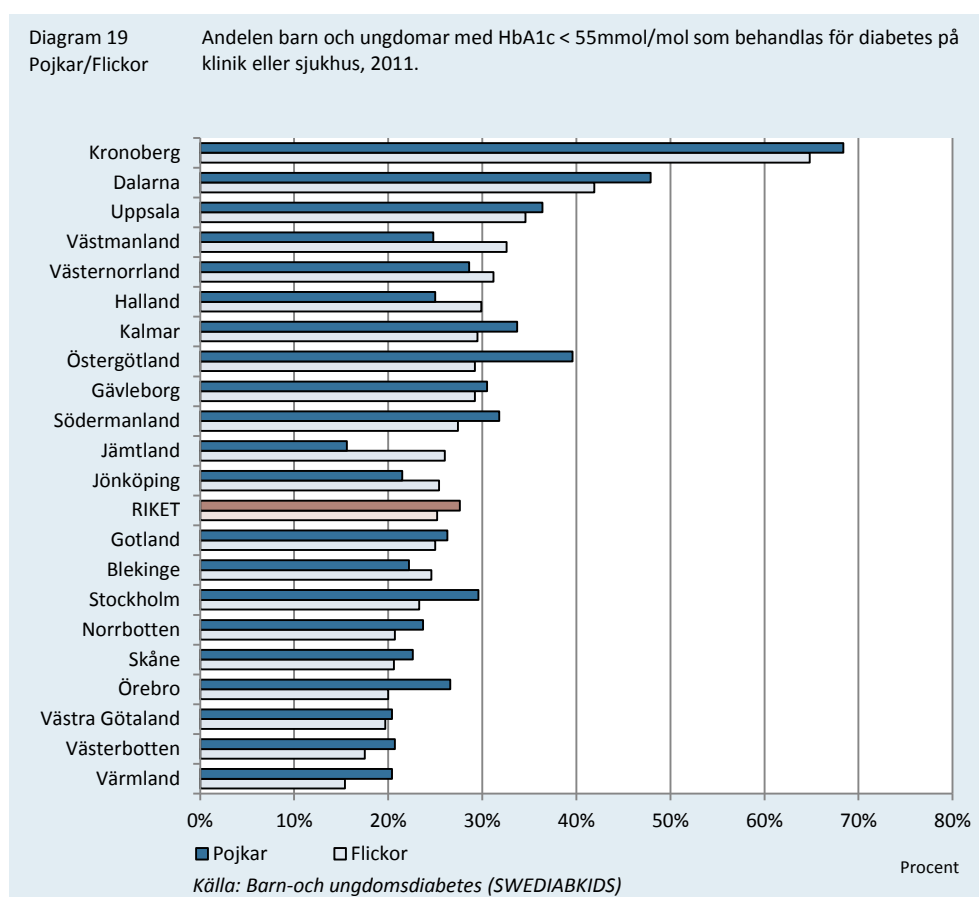
Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Denna friskfaktor stimulerar en positiv hälsoutveckling hos barn och ungdomar både generellt men även med koppling till deras diabetes. Indikatorn visar andelen barn och ungdomar med diabetes från 10–17 år som är fysiskt aktiva minst en gång i veckan i minst 30 minuter per gång av totalt antal fysiskt aktiva barn. Underlaget för jämförelsen är patienter registrerade i Swediabkids på medicinkliniker under 2011. Det finns en spridning på 38 procentenheter mellan medicinklinikerna. Observera att en viss försiktighet avseende resultaten krävs med tanke på att rapporteringen är något osäker.

19 Blodsockernivån hos barn och ungdomar med diabetes

En god diabetesvård handlar bland annat om att blodsockernivån ska hållas på en normal nivå med små stegringar efter måltiderna. Låga blodsockernivåer gör att patienten mår dåligt medan höga nivåer ger sig till känna i form av trötthet, törst och ökad risk för komplikationer. Hälso- och sjukvårdens roll är att identifiera patienters olika behov av medicinsk behandling och risk för utveckling av komplikationer. Screening, kontroll av riskfaktorer och individualiserad behandling är några av de åtgärder som hälso- och sjukvården arbetar med. Indikatorn avser att spegla den långsiktiga glukoskontrollen.



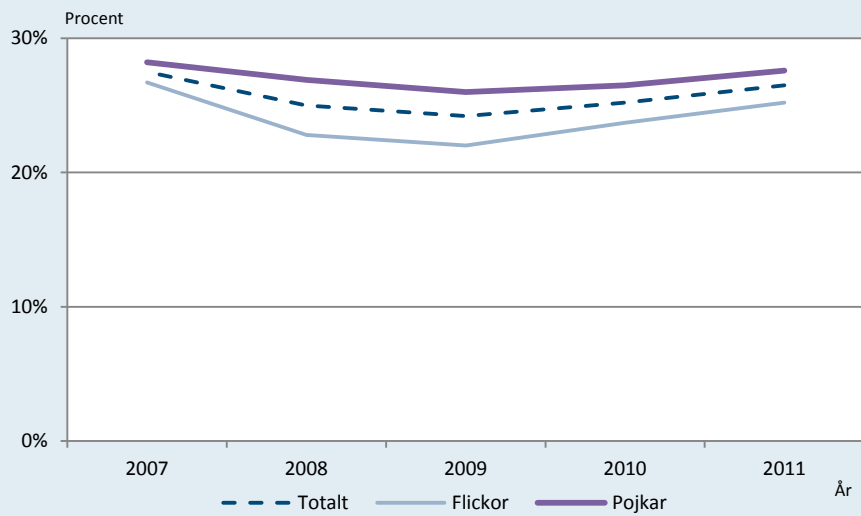
Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Kontroll av måluppfyllelse avseende HbA1c-värdet hos barn och ungdomar är att det bör ligga på högst 55 mmol/mol. Indikatorn visar andelen barn och ungdomar som har måluppfyllelse avseende HbA1c-värdet och som behandlas för sin diabetes på medicinklinik i åldern 0–17 år. Enligt Swediabkids kan målet inte tillämpas på alla barn och ungdomar utan målet är att sträva efter att uppnå så lågt HbA1c-värde som möjligt utan öka risken för komplikationer. Underlaget för jämförelsen är barn och ungdomar registrerade i Swediabkids på medicinklinik under 2011. Det finns en stor spridning på 49 procentenheter mellan medicinklinikerna. Barn och ungdomar som är fysiskt aktiva verkar ha bättre måluppfyllelse av sina blodsockervärden än barn och ungdomar som inte rör sig lika mycket.



Diagrammet visar skillnader mellan flickor och pojkar i måluppfyllelse rörande HbA1c-värdet. Vissa landsting har en högre andel flickor med måluppfyllelse, medan andra landsting har motsatta värden med en högre andel pojkar med måluppfyllelse. Under de senaste åren har ett ökat erfarenhetsutbyte mellan kliniker skett, vilket kan förklara förbättrade resultat under 2011.

Diagram 19
Riket

Andelen barn och ungdomar med HbA1c < 55mmol/mol som behandlas för diabetes på klinik eller sjukhus.



Källa: Barn- och ungdomsdiabetes (SWEDIABKIDS)

Trenden över tid visar på en utveckling som är konstant avseende måluppfyllelse för HbA1c-värdet med en viss svacka 2008 och 2009. Diagrammet visar skillnader mellan pojkars och flickors måluppfyllelse. Screening av HbA1c-värdet hos barn och ungdomar är viktigt att följa och spelar en väsentlig roll avseende risken för utveckling av komplikationer som till exempel allvarliga hypoglykemier.

Graviditet- och nyföddhetsvård

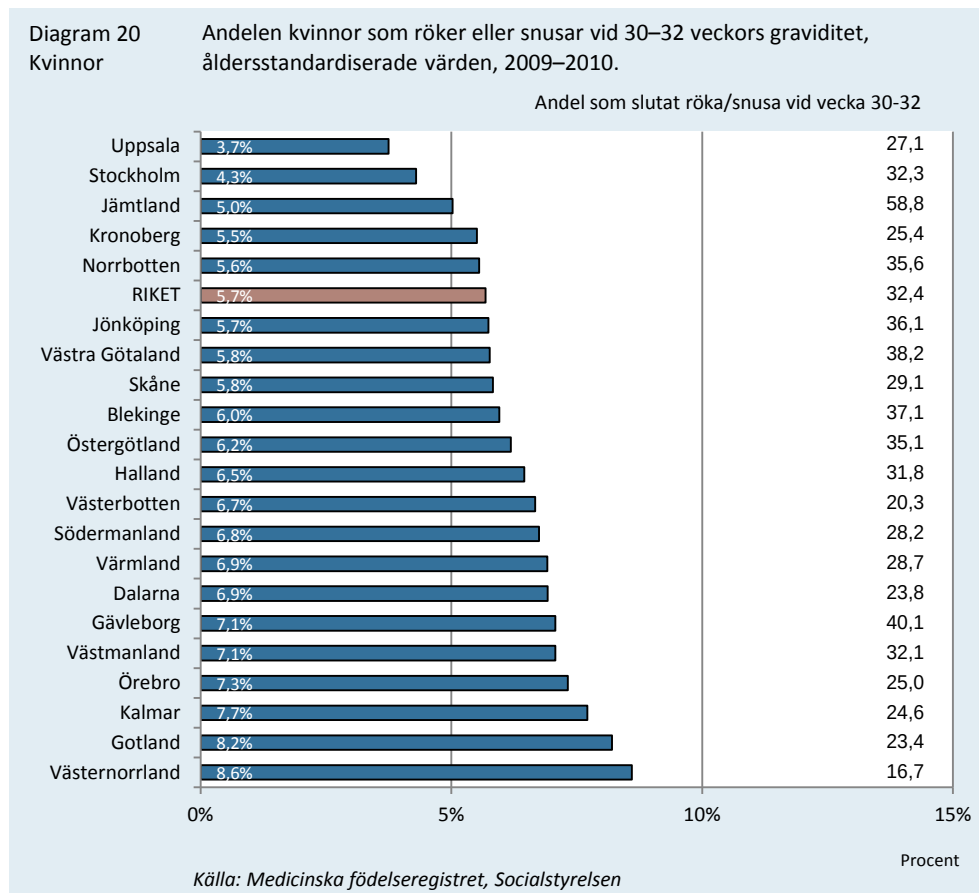
20 Tobaksvanor under graviditet

Mödrhälsövården registrerar gravida kvinnors tobaksvanor i tidig graviditet vid inskrivning, vilket oftast sker i graviditetsvecka 8–12 och 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 sju procent 2010 och det har skett en obetydlig minskning sedan 2008.

Användning av snus började registreras i MFR år 1999. Andelen kvinnor som snusar i tidig graviditet har ökat något från 1,1 procent 2008 till 1,3 procent år 2010, vilket är på samma nivå som år 2003, medan snusning i vecka 30–32 legat konstant på ca 0,5 procent under samma tidsperiod. Det är främst kvinnor i de nordligaste länen Jämtland, Västerbotten, Norrbotten och Västernorrland som snusar.

Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och för tidig död. Beläggen för tobakens skadeverkningar under graviditeten 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, men en vetenskaplig studie från Sverige visade att risken för fosterdöd under graviditet var 60 procent högre för kvinnor som snusade jämfört med icke snusare.



Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda. I diagrammet visas andelen kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32, med 2009–2010 som mätperiod. Andelen varierade mellan 3,7 och 8,6 procent med ett riksgenomsnitt på drygt fem procent. Här ingår också de kvinnor som inte använde tobak i början av graviditeten, men som rökte eller snusade i vecka 30–32.

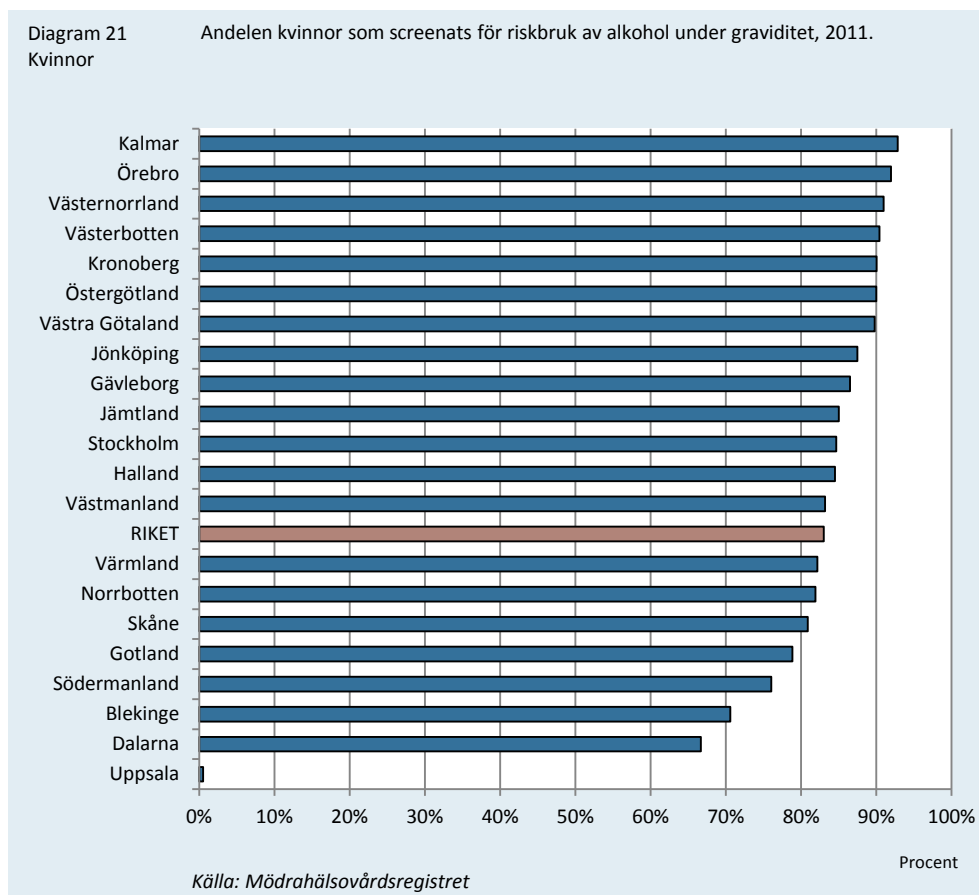
Diagrammet visar också i sifferkolumnen till höger andelen kvinnor som slutat använda tobak under graviditeten. Andelen kvinnor som rökte eller snusade i tidig graviditet och som slutat vid vecka 30–32 var störst i Jämtland, där 58,8 procent slutat medan det i Västernorrland var 16,7 procent som slutat använda tobak under graviditeten.

En större andel kvinnor slutade använda tobak i landsting där nivån för tobaksbruk redan var låg. I Uppsala och Stockholm var tobaksanvändningen som lägst i senare delen av graviditeten, vecka 30–32, och en större andel hade slutat röka eller snusa sedan inskrivningen i mödrahälsovården.

21 Screening för riskbruk av alkohol under graviditet

Att dricka alkohol under graviditeten kan skada fostret. Fosterskador 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. Andelen gravida som uppger att de druckit alkohol under graviditeten har mellan åren 2003 till 2008 sjunkit från 16 till 8 procent.

För att så väl som möjligt kunna upptäcka riskbruk av alkohol används inom mödrahälsovården screeningsinstrumentet AUDIT, (Alcohol Use Disorders Identification Test). AUDIT speglar alkoholvanor året före graviditeten. Målet är att alla gravida ska nås av informationen om alkohol under graviditeten och erbjudas screening med AUDIT. Det användes under 2011 i alla landsting förutom i Uppsala. Screening med AUDIT ingår i de riktlinjer för mödrahälsovården som SFOG, (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi) och SBF (Svenska Barnmorskeförbundet), gemensamt har arbetat fram. Registrering av screening sker i Mödrahälsovårdsregistret, som är ett kvalitetsregister.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Den visar andelen gravida kvinnor som screenats med AUDIT vid inskrivning inom mödrahälsovården. Underlaget för jämförelsen är drygt 90 000 kvinnor som födde barn under 2011 och som registrerades i Mödrahälsovårdsregistret. Andelen som screenats med AUDIT uppgick i riket till 83 procent, med en spridning mellan landstingen från 67 till 93 procent. Orsaken till att cirka 17 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 under 2011 närmare 112 000 barn.

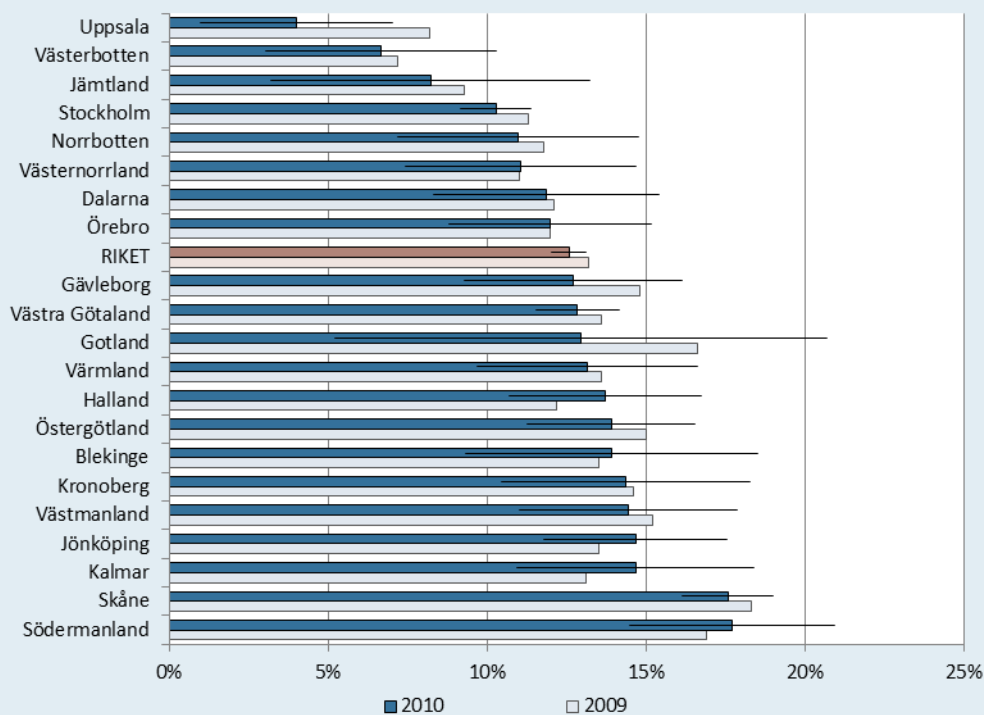
22 Rökning i barns hemmiljö

Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och för tidig död i världen. Sambandet mellan rökning och sjukdom har varit känt sedan mitten av 1960-talet och sedan 1980-talet har vetenskapliga studier visat att även miljötobaksrök (passiv rökning) kan vara farligt för hälsan. De första studierna visade att personer som var gifta med rökare löpte högre risk att insjukna i lungcancer, jämfört med dem vars partner inte rökte. Därefter har beläggen för miljötobakens skadeverkningar stärkts och kommit att omfatta fler hälsoeffekter, bland annat hjärtkärlsjukdomar, luftvägsinfektioner hos barn och plötslig spädbarnsdöd. Flera vetenskapliga studier har visat att risken för plötslig spädbarnsdöd fördubblas om mamman röker under graviditeten. Epidemiologiska studier har också visat att risken för plötslig spädbarnsdöd ökar om mamman endast rökt efter graviditeten eller om bara pappan rökt [2].

Studier har visat att det finns ett samband mellan tobaksrök i miljön och utveckling av luftvägssjukdomar hos barn. Tobaksrök påverkar kroppens immunförsvar och skadar slemhinnorna i luftvägarna. Små barn är särskilt känsliga eftersom deras immunförsvar inte är färdigutvecklat och spädbarnets luftvägar är trängre än hos vuxna. Barn som utsätts för miljötobaksrök får fler luftvägsinfektioner, fler öroninflammationer och behöver oftare sjukhusvård än barn som inte exponeras. Dessutom får barn som utsätts för tobaksrök, framförallt spädbarn, oftare astmasymtom i form av pipande eller väsande andning enligt Socialstyrelsens Miljöhälsorapport 2009.

Diagram 22 A
Landsting

Andelen rökande föräldrar med barn vid 0–4 veckor, födda 2010



Källa: Amning och föräldrars rökvanor, Socialstyrelsen

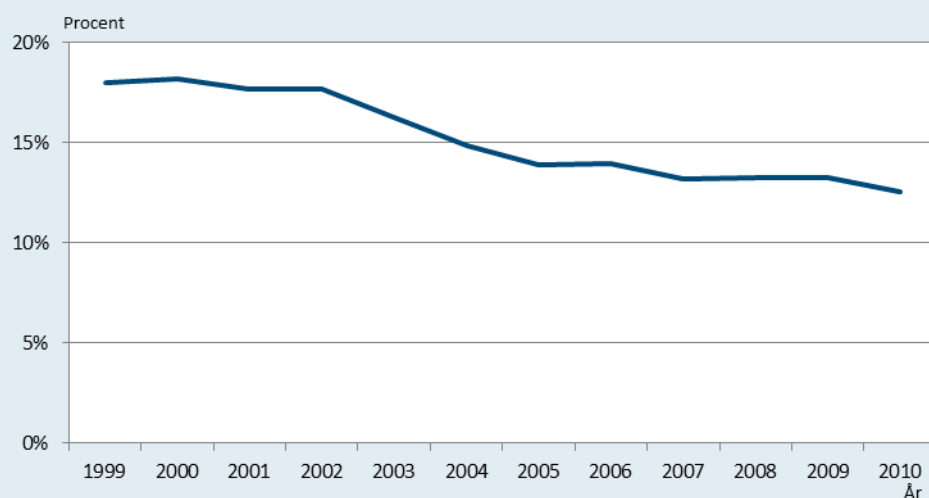
Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda. Diagrammet redovisar andelen barn som vid 0–4 veckors ålder har minst en person i sin hemmiljö som är dagligrökare. Cirka 13 procent av barnen har minst en familjemedlem som rökt under barnets första levnadsmånad i riket. De regionala skillnaderna är stora från 4 procent i Uppsala till 18 procent i Södermanland.

Underlaget är insamlat av Socialstyrelsen från respektive landsting avseende föräldrars rökvanor registrerat i barnhälsovården. Barnhälsovårdsöverläkare eller samordnande BHV-sjuksköterska/vårdutvecklare har ansvarat för insamling av uppgifterna till Socialstyrelsen. Föräldrarnas rökvanor dokumenteras i barnhälsovårdsjournalen vid två tillfällen: första gången när barnet är mellan noll och fyra veckor gammalt och andra gången när barnet är cirka åtta månader gammalt.

Landets barnhälsovårdsenheter når cirka 99 procent av alla barn under det första levnadsåret. Kontakten sker i samband med hälsoundersökningar, rådgivning (gällande exempelvis amning, sömn, föräldraskap) och allmänna vaccinationsprogram.

Diagram 22 A
Riket

Andelen rökande föräldrar med barn vid 0–4 veckor, födda 1999–2010

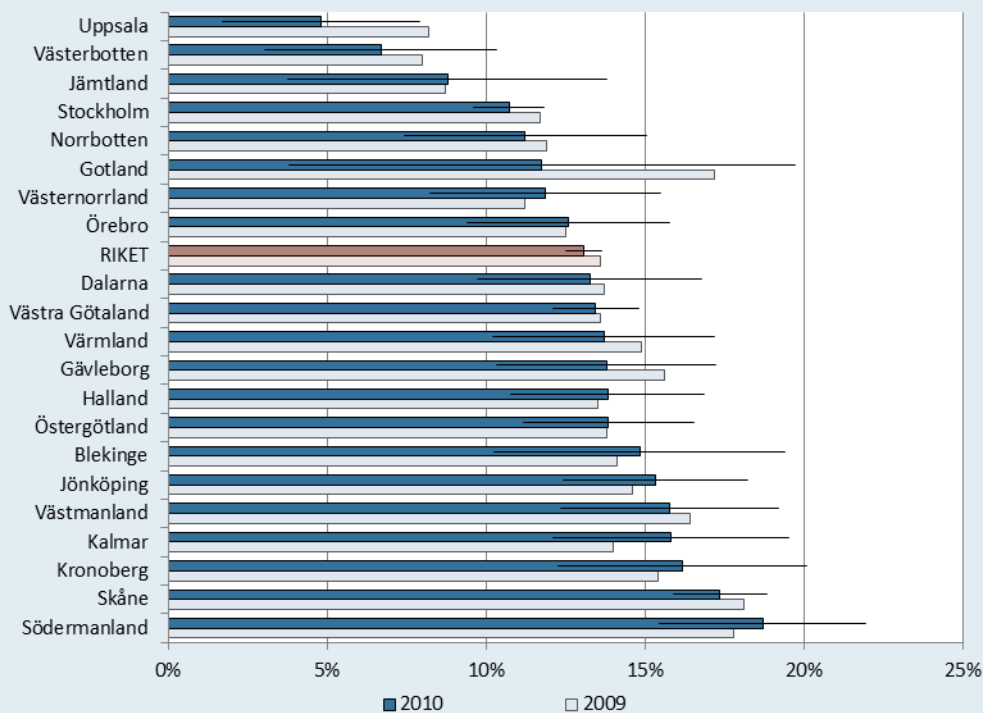


Källa: Amning och föräldrars rökvanor, Socialstyrelsen

Trenden i diagrammet ovan är positiv med en vikande utveckling, färre barn utsätts för rök under sin första levnadsmånad i sin hemmiljö under tidsperioden 1999 till 2010 från 18 procent till 13 procent.

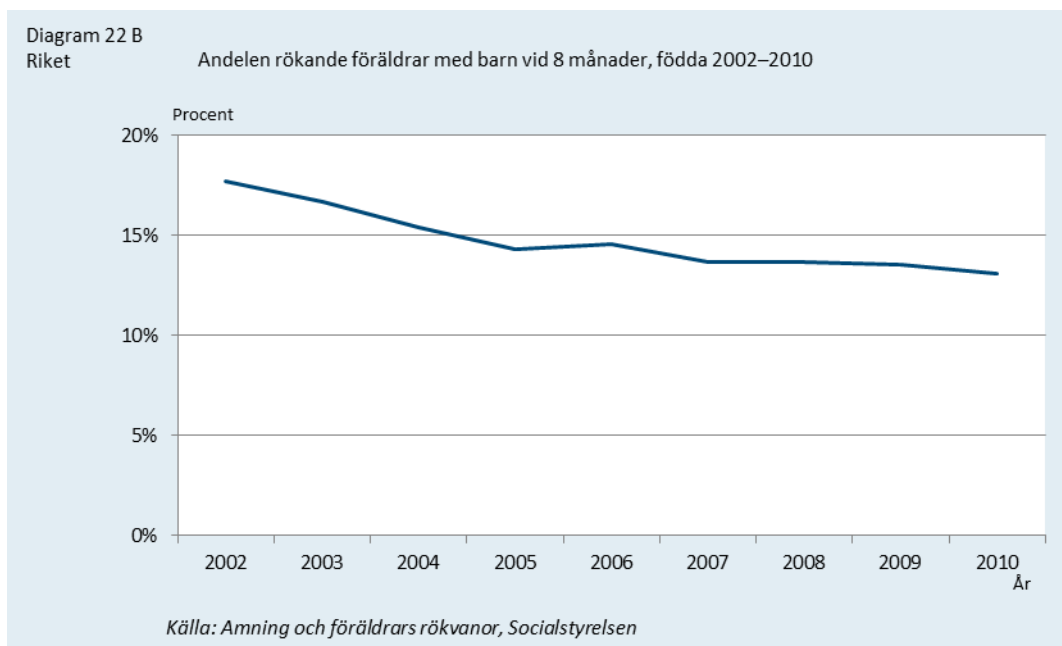
Diagram 22 B
Landsting

Andelen rökande föräldrar med barn vid 8 månaders ålder, födda 2010



Källa: Amning och föräldrars rökvanor, Socialstyrelsen

Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda. I diagrammet visas andelen barn som vid åtta månaders ålder har minst en förälder som är daglig-rökare i barnens hemmiljö. Diagrammet visar en spridning mellan lands-tingen; från 5 procent i Uppsala till 19 procent i Södermanland.



Trenden i diagrammet ovan visar en positiv utveckling, färre barn vid åtta månaders ålder utsätts för rök i sin hemmiljö under tidsperioden från 2002 till 2010. Minskning har skett från 18 procent till 14 procent.

Hjärt- och kärlsjukvård

Stroke är klassad som en folksjukdom. Ungefär 33 000 personer drabbas av stroke årligen, varav lika många män som kvinnor. Cirka tre fjärdedelar av patienterna är över 65 år. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och är den tredje vanligaste dödsorsaken, efter hjärtinfarkt och cancer. Sedan år 2000 kan en tydlig minskning av antalet strokefall märkas. Vårdtillfällen där någon typ av stroke var huvuddiagnos står för närmare 400 000 vård dagar på sjukhus. För många patienter kvarstår ett betydande behov av rehabilitering och omsorg därefter. Därför tillkommer ett mycket stort vård- och resursutnyttjande i kommunala särskilda boendeformer och hemtjänst.

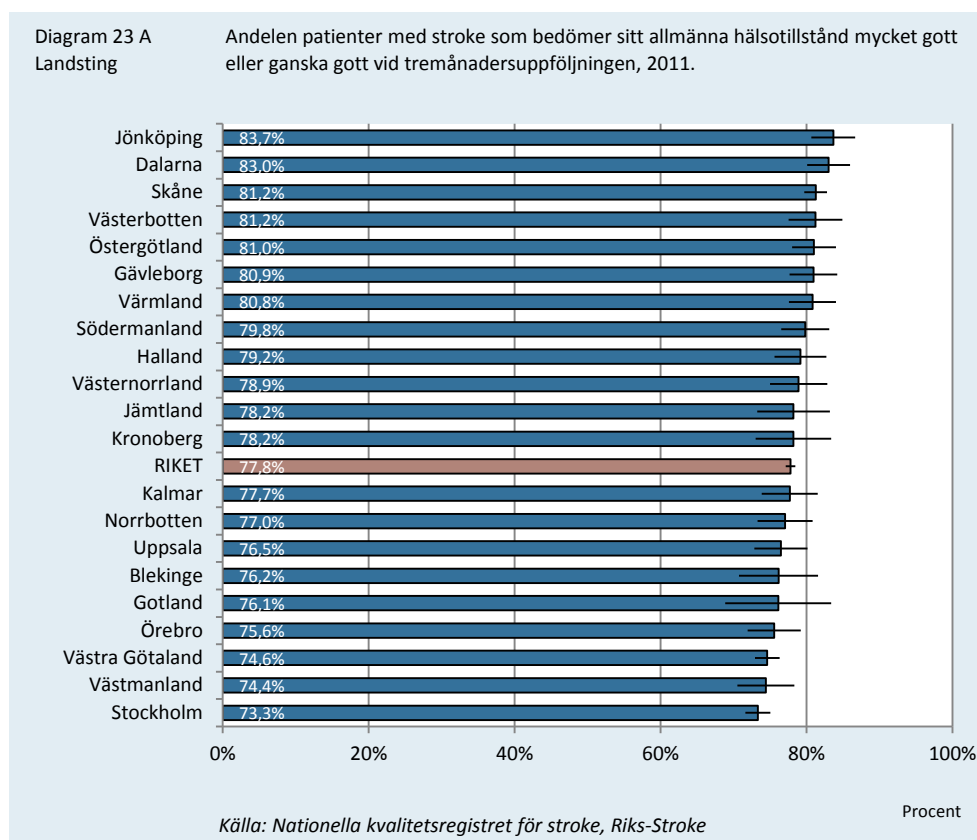
En del förebyggande åtgärder följs även upp i den årliga *Öppna jämförelsen av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* medan denna rapport fokuserar på indikatorer som har för avsikt att spegla delar av den hälsoinriktade hälso- och sjukvården för stroke. Dels belyses patienters allmänna hälsotillstånd tre respektive tolv månader efter insjuknandet, deras behov av rehabilitering, nöjdhet med informationen om sjukdomen stroke samt förekomst av rökstopp efter insjuknandet. Urvalet har tagits fram i samarbete med nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Socialstyrelsen har publicerat *Nationell utvärdering 2011 – Strokevård*, som är en utvärdering av de nationella riktlinjerna för stroke och dess tillämpning. Av de indikatorer som visas här med uppdaterade resultat, ingick allmänt hälsotillstånd tre respektive tolv månader efter stroke, tillgodosett behov av rehabilitering samt rökstopp efter stroke i *Nationell utvärdering 2011 – Strokevård* från Socialstyrelsen.

Resultaten har rapporterats till registret direkt av patienten eller en närstående. Den här öppna jämförelsen baseras på 25 108 patienter som hade en stroke under 2011 och som svarade på enkäten vid tremånadersuppföljningen samt 13 771 patienter som svarade på enkäten vid tolv månadersuppföljningen.

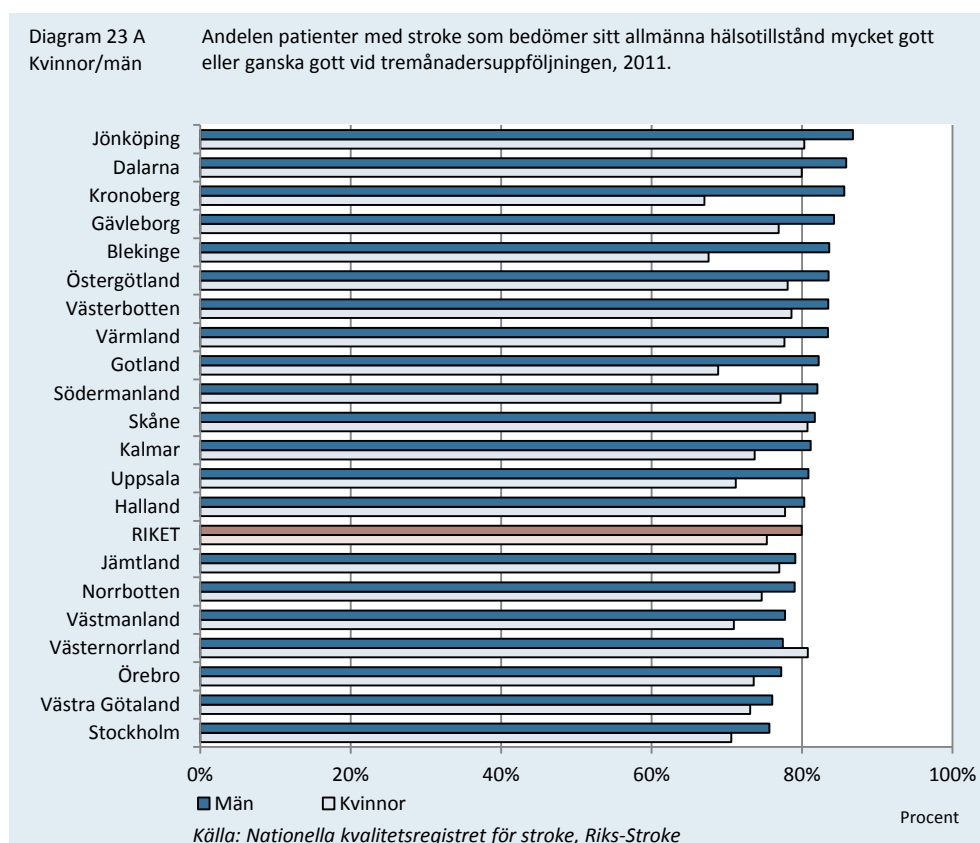
23 Allmänt hälsotillstånd tre respektive tolv månader efter stroke

Det allmänna hälsotillståndet efter stroke är viktigt att följa för att se hur individen påverkas av den medicinska behandlingen, rehabiliteringen och anpassningen efter insjuknandet i stroke. Indikatorn mäter andelen personer som skattade sitt allmänna hälsotillstånd som ganska gott eller mycket gott vid uppföljningen tre respektive tolv månader efter insjuknandet. Underlaget är hämtat från nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det allmänna hälsotillståndet påverkar rehabiliteringens utgång, behov av stöd och hjälp samt möjligheter att återgå till arbete för dem som är i den situationen. Indikatorn visar andelen patienter som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som mycket

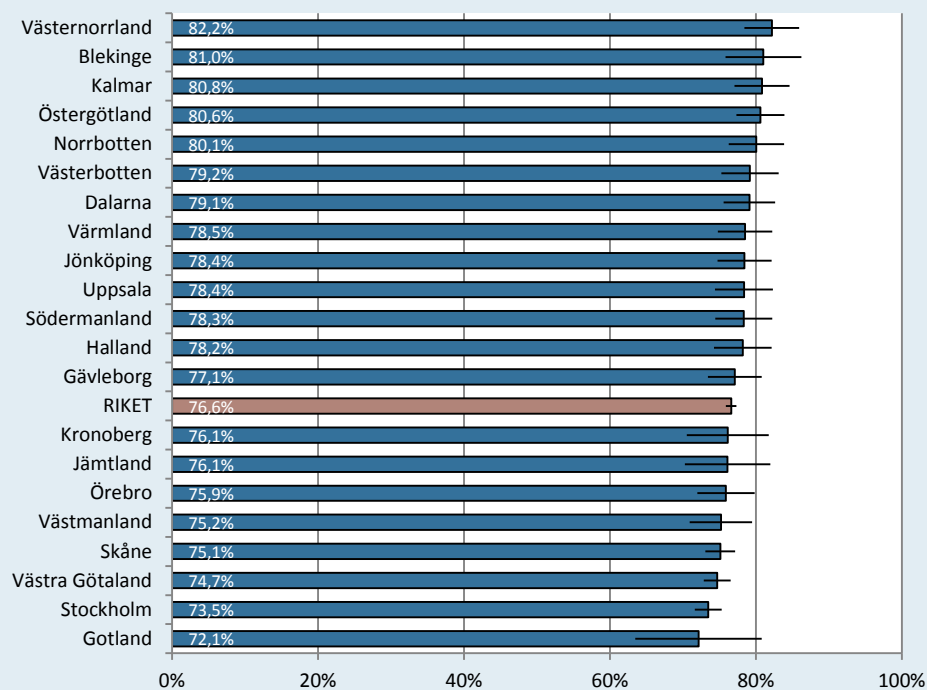
gott eller ganska gott vid tre månader efter att de insjuknat i stroke. Skillnaderna är små, med en spridning mellan 11 procentenheter i landstingen det senaste året. Jönköping och Dalarna har en högre andel patienter med bra allmänt hälsotillstånd tre månader efter stroke medan Stockholm och Västernorrland har en lägre andel patienter med bra allmänt hälsotillstånd tre månader efter stroke.



Diagrammet visar en skillnad mellan kvinnor och män, där män i något högre utsträckning än kvinnor uppger att de har ett bra hälsotillstånd. På riksnivå anger över 75 procent av kvinnorna och 80 procent av männen att de har ett bra hälsotillstånd tre månader efter insjuknandet.

Diagram 23 B
Landsting

Andelen patienter med stroke som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd mycket gott eller ganska gott vid tolv månadersuppföljningen, 2011.



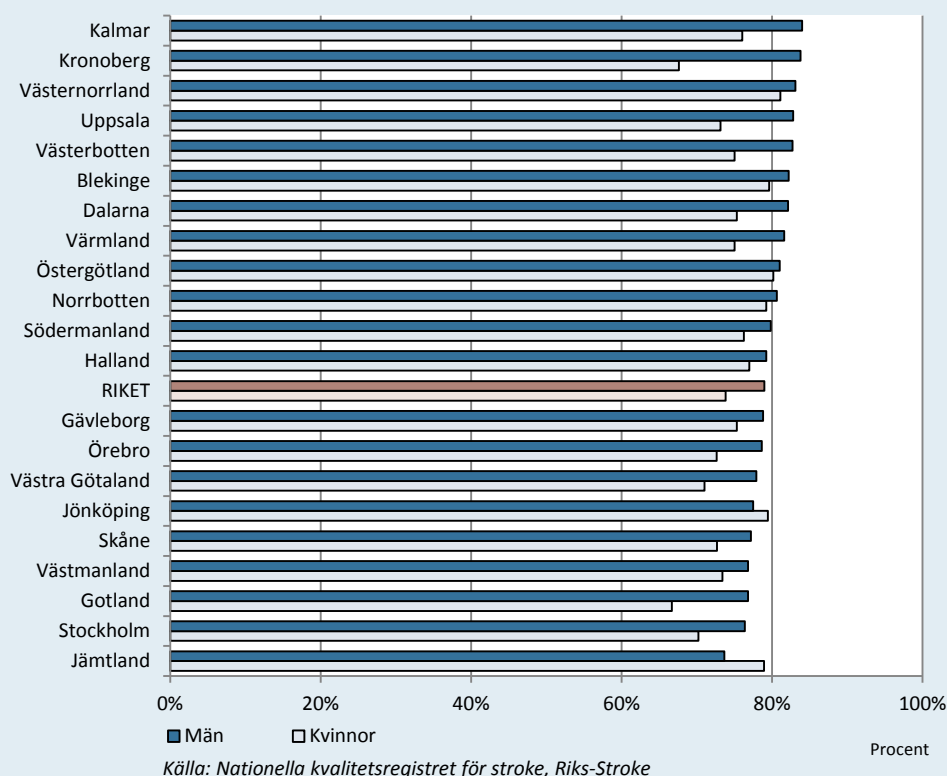
Källa: Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke

Procent

Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det allmänna hälsotillståndet påverkar rehabiliteringens utgång, behov av stöd och hjälp samt möjligheter att återgå till arbete för dem som är i den situationen. Indikatorn visar andelen patienter som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som mycket gott eller ganska gott vid tolv månader efter att de insjuknat i stroke. Det finns en spridning på 10 procentenheter mellan landstingen det senaste året. Västernorrland och Blekinge har en högre andel patienter med bra allmänt hälsotillstånd tolv månader efter stroke medan Gotland och Stockholm har en lägre andel patienter med bra allmänt hälsotillstånd tolv månader efter stroke.

Diagram 23 B
Kvinnor/män

Andelen patienter med stroke som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd mycket gott eller ganska gott vid tolv månadersuppföljningen, 2011.



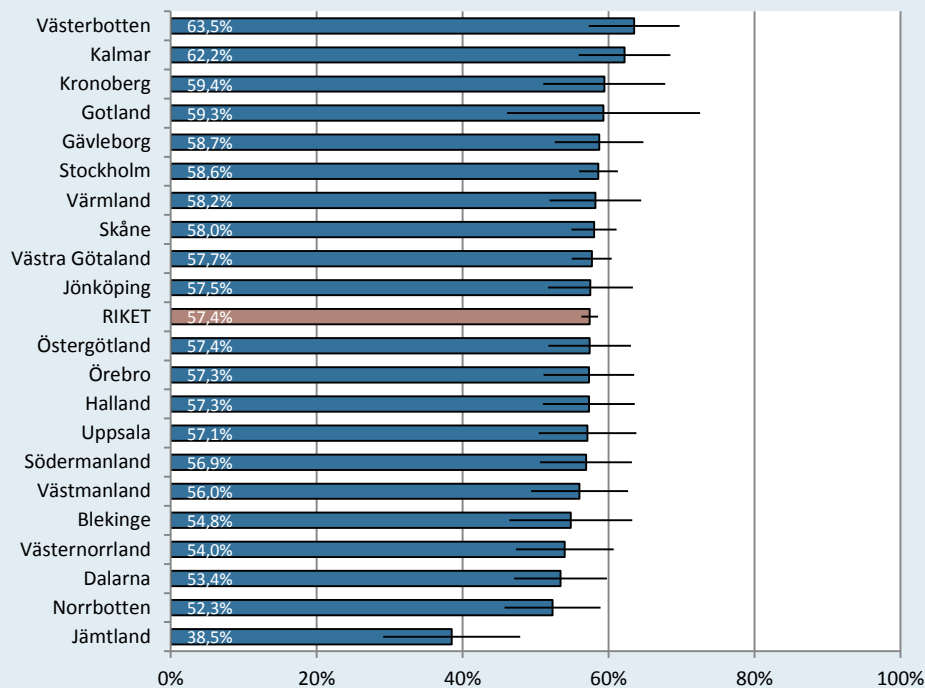
I jämförelsen framkommer en skillnad mellan kvinnor och män, där männen i något högre utsträckning än kvinnorna uppger att de har ett bra allmänt hälsotillstånd. Samma mönster som kan ses i tremånadersuppföljningen.

24 Tillgodosett behov av rehabilitering

Personer som har insjuknat i stroke kan behöva rehabilitering under en lång tid. Det är därför viktigt att belysa och följa behov av rehabilitering och hur pass tillgodosett behovet är ett år efter insjuknandet. Indikatorn speglar patienter eller anhörigas bedömning av insatser från landsting och kommun. Indikatorn visar andelen patienter som tolv månader efter insjuknandet anger att deras behov av rehabilitering är tillgodosett.

Diagram 24
Landsting

Andelen patienter som angivit att deras behov av rehabilitering helt tillgodosetts vid tolv månadersuppföljningen, 2011.



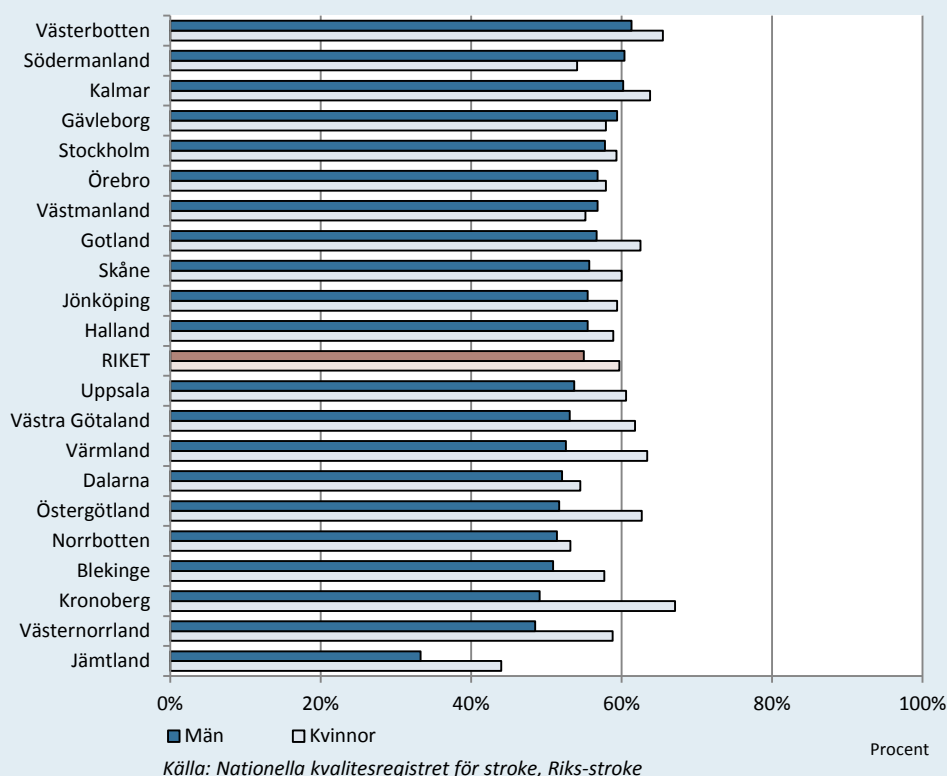
Källa: Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-stroke

Procent

Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Det speglar patienter eller anhörigas bedömning av rehabiliteringsinsatser från landsting och kommun. Indikatorn visar andelen patienter vars rehabilitering tillgodosetts tolv månader efter att de insjuknat i stroke. Det finns en spridning på 25 procentenheter i landstingen det senaste året. Västerbotten och Kalmar har en högre andel patienter med tillfredställande rehabilitering tolv månader efter stroke, medan Jämtland och Norrbotten har en lägre andel patienter med tillgodosett rehabiliteringsbehov.

Diagram 24
Kvinnor/män

Andelen patienter som angivit att deras behov av rehabilitering helt tillgodosetts vid tolv månadersuppföljningen, 2011.



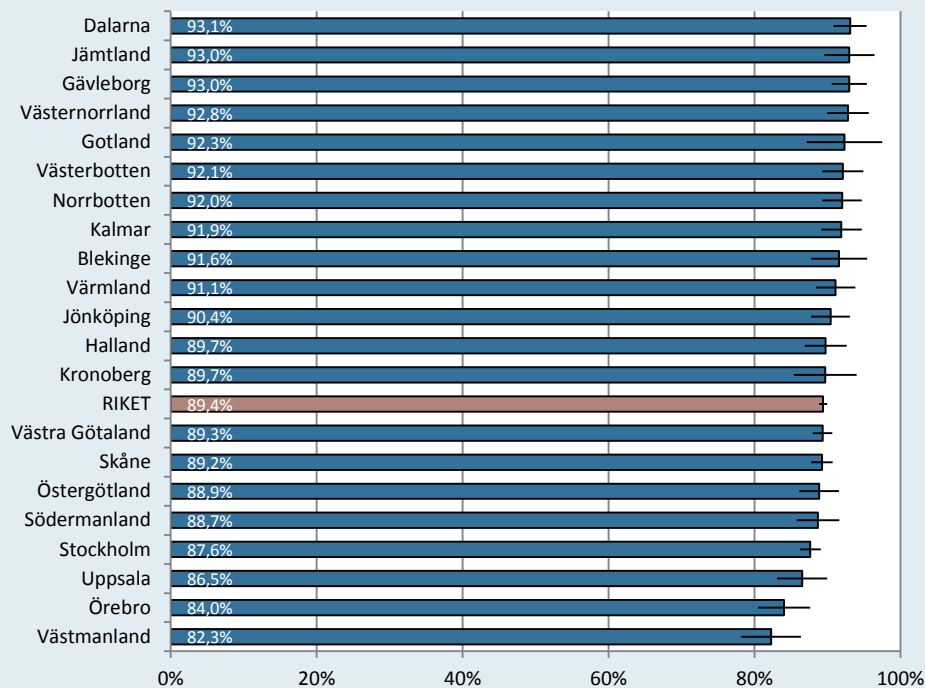
I diagrammet framkommer en skillnad mellan könen, där kvinnor i något högre utsträckning än männen uppger att deras behov av rehabilitering är tillgodosett. Det är ett motsatt mönster som kan ses i jämförelse med rapporteringen om deras allmänna hälsotillstånd där männen rapporterar ett bra allmänt hälsotillstånd i större utsträckning än vad kvinnorna gör.

25 Nöjdhet med information om stroke

Patienternas och de anhörigas nöjdhet med informationen om sjukdomen stroke ger en signal om hur patientfokuserad vården är. Området speglar hälso- och sjukvårdens arbete med att informera patienter om sjukdomen. Vårdpersonalen har möjligheter att påverka hur patienterna upplever vården genom att arbeta med patientperspektivet. Indikatorn mäter andelen patienter som tre månader efter insjuknandet uppgivit att de är nöjda eller mycket nöjda med informationen om sjukdomen stroke.

Diagram 25
Landsting

Andelen patienter med stroke som uppgett att de är nöjda med informationen om sjukdomen stroke vid tremånadersuppföljningen, 2011.



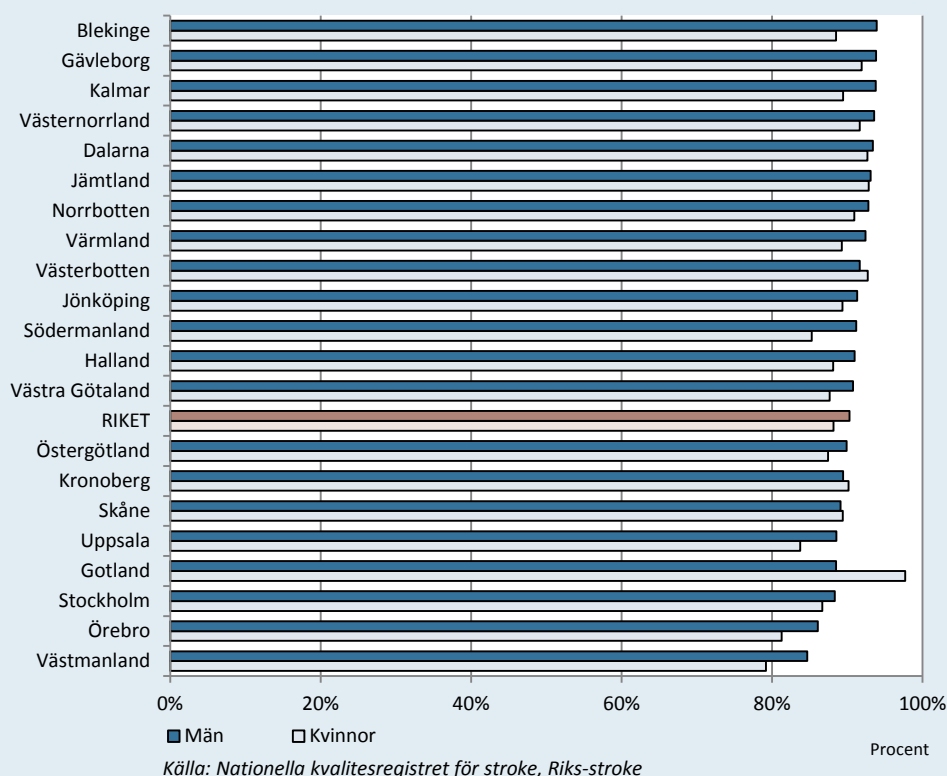
Källa: Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-stroke

Procent

Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Indikatorn speglar patienters eller anhörigas nöjdhet med informationen de fått om sjukdomen stroke. Den visar andelen patienter som är nöjda med informationen om stroke tre månader efter att de insjuknat. Värdena är höga både på riks- och landstingsnivå. Det finns en spridning på 11 procentenheter i landstingen det senaste året. Dalarna och Jämtland har en högre andel patienter som är nöjda med informationen medan Västmanland och Örebro har en något lägre andel patienter som är nöjda med informationen.

Diagram 25
Kvinnor/män

Andelen patienter med stroke som uppgett att de är nöjda med informationen om sjukdomen stroke vid tremånadersuppföljningen, 2011.



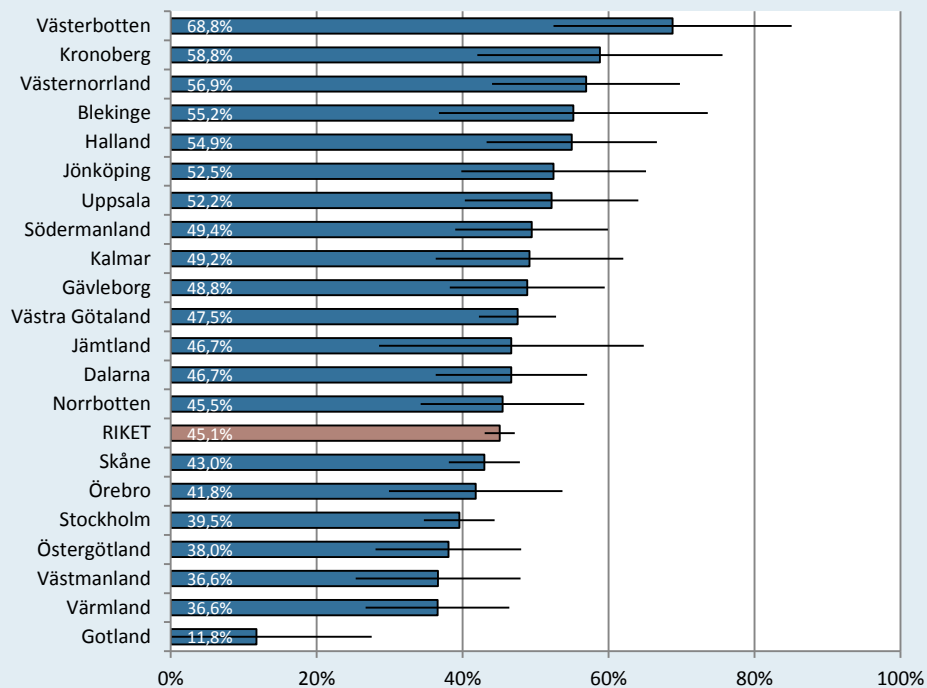
I diagrammet framkommer en skillnad mellan kvinnor och män, där männen i något högre utsträckning är nöjda med informationen än vad kvinnorna är. Det är samma mönster som kan ses vid jämförelse med rapporteringen om det allmänna hälsotillståndet där männen rapporterar ett bra allmänt hälsotillstånd i större utsträckning än vad kvinnorna gör. Medan resultaten för tillgodosedda rehabiliteringsbehov visar motsatta skillnader, att kvinnorna är mer tillfreds med rehabiliteringen än vad männen är.

26 Rökstopp efter stroke

Enligt Socialstyrelsens *Nationell utvärdering 2011 – Strokevård* så hör rökstopp till en av flera sekundärpreventiva insatser. Rökstopp är en av de viktigaste förebyggande åtgärderna för att förhindra ett återinsjuknande i stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom. Övriga sekundärpreventiva åtgärder är kontroll av blodtryck och blodfetter.

Diagram 26 A
Landsting

Andelen patienter med stroke som uppgett att de slutat röka vid tremånadersuppföljningen efter stroke, 2011.



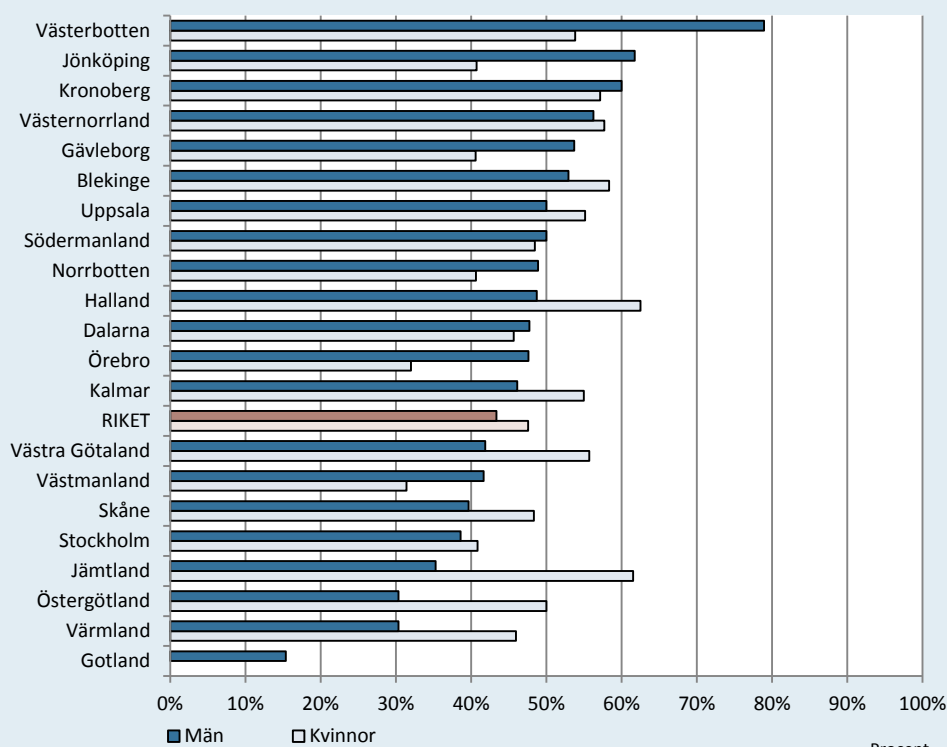
Källa: Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-stroke

Procent

Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Rökstopp påverkar det allmänna hälsotillståndet positivt och förbättrar återhämtningen efter insjuknande i stroke. Indikatorn visar andelen patienter som slutat röka tremånadersuppföljningen, av dem som var rökare vid insjuknandet. I riket som helhet år 2011 uppgav 45 procent av rökarna att de lyckats sluta röka tre månader efter stroke, vilket är nästan varannan strokepatient av dem som var rökare vid insjuknandet. Det finns en spridning på 57 procentenheter i landstingen det senaste året. Västerbotten och Kronoberg har en högre andel patienter som slutat röka medan Gotland och Värmland har en lägre andel patienter som uppger att de slutat röka vid tremånadersuppföljningen.

Diagram 26 A
Kvinnor/män

Andelen patienter med stroke som uppgett att de slutat röka vid tremånadersuppföljningen efter stroke, 2011.

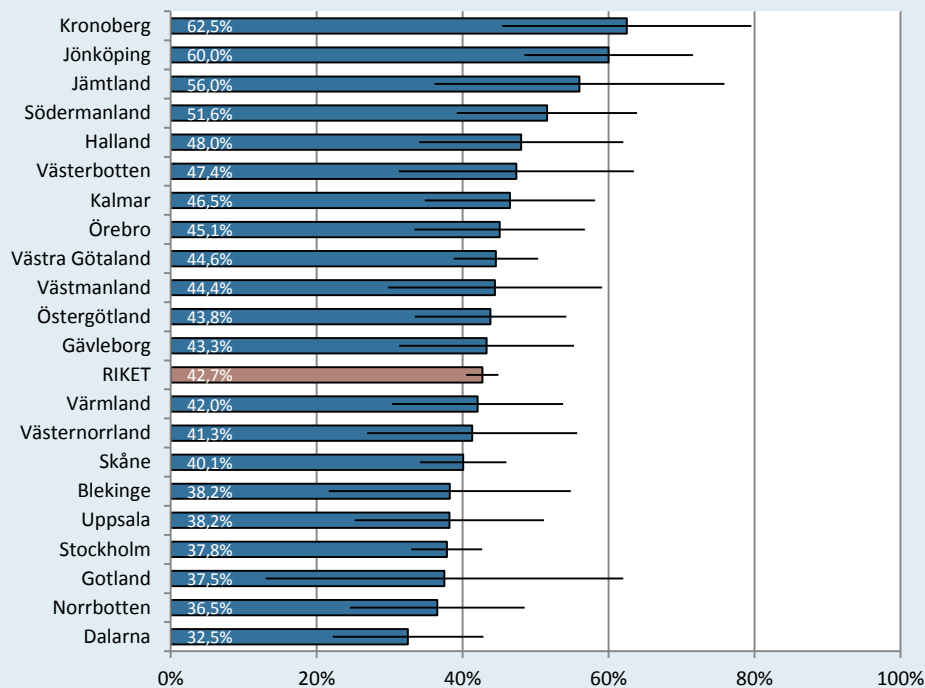


Källa: Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-stroke

Diagrammet visar att i vissa landsting har männen i något högre utsträckning slutat röka vid tremånadersuppföljning än vad kvinnorna har. I vissa landsting är skillnaderna stora mellan män och kvinnor som slutat röka vid tremånadersuppföljningen.

Diagram 26 B
Landsting

Andelen strokepatienter som uppgett att de slutat röka vid tolv månadersuppföljningen efter stroke, 2011.



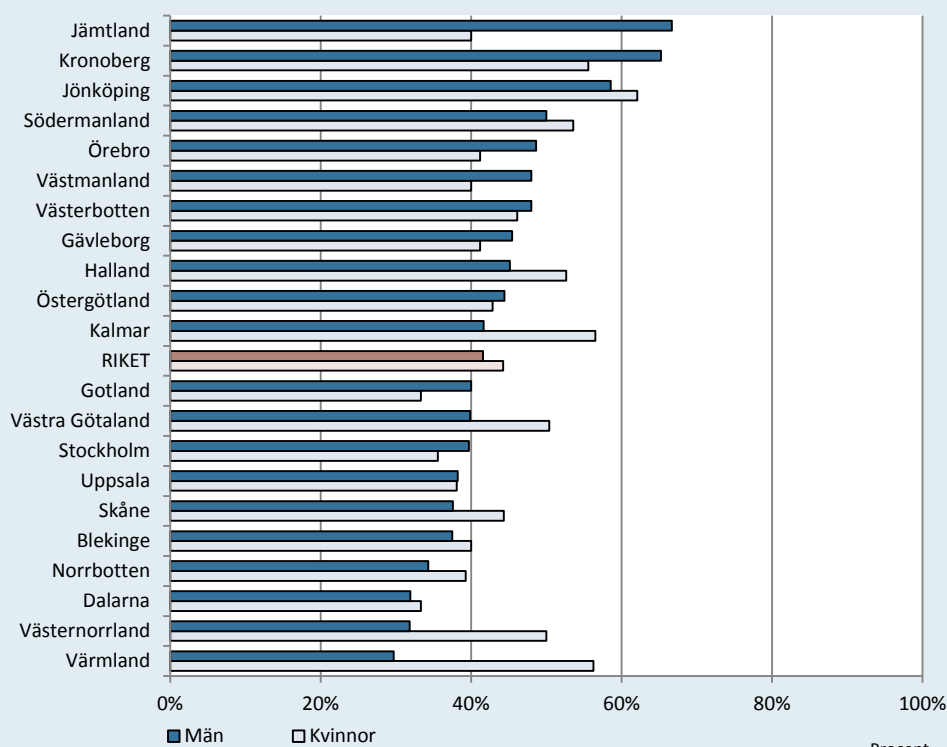
Källa: Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-stroke

Procent

Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Rökstopp påverkar det allmänna hälsotillståndet positivt och förbättrar återhämtningen efter insjuknande i stroke. Diagrammet visar andelen patienter som slutat röka vid tolv månadersuppföljningen, av dem som var rökare vid insjuknandet. I riket som helhet år 2011 uppgav cirka 43 procent att de lyckats sluta röka tolv månader efter stroke, en något lägre andel i jämförelse med tremånadersuppföljningen. Spridningen på 30 procentenheter mellan landstingen är något mindre än spridningen i tremånadersuppföljningen. Landstingen har skiftat plats i jämförelsen avseende tolv månadersuppföljningen där Kronoberg och Jönköping nu har en högre andel patienter som slutat röka medan Dalarna och Norrbotten har en lägre andel patienter som uppger att de slutat röka.

Diagram 26 B
Kvinnor/män

Andelen strokepatienter som uppgett att de slutat röka vid tolv månadersuppföljningen efter stroke, 2011.



Källa: Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-stroke

Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Diagrammet visar samma mönster som i tremånadersuppföljningen. I vissa landsting har männen i något högre utsträckning slutat röka vid tolv månadersuppföljningen än vad kvinnorna har, medan det i andra landsting är kvinnorna som slutat i högre utsträckning. I riket som helhet år 2011 uppgav kvinnorna att de slutat röka i något större utsträckning än vad männen uppgav vid tolv månadersuppföljningen, vilket är samma mönster som i tremånadersuppföljningen. Landstingen har en viktig roll i det förebyggande arbetet för att uppmuntra till rökstopp efter stroke.

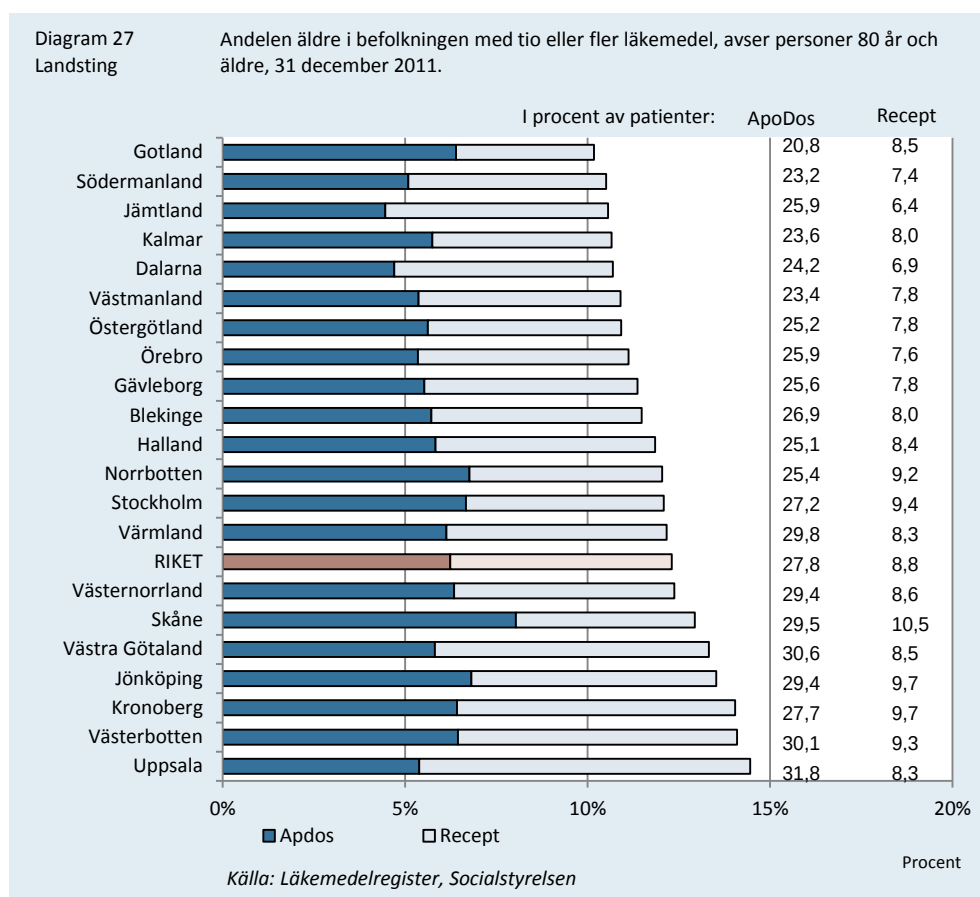
Annan vård

I det här avsnittet finns ett antal indikatorer från olika områden som har relevans för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården.

27 Tio eller fler läkemedel bland äldre

Med polyfarmaci avses samtidig användning av många läkemedel. Studier har visat att detta är förknippat med lägre följsamhet till ordination, högre kostnader, risk för skadliga läkemedelsinteraktioner och med läkemedelsorsakad inläggning på sjukhus.

Polyfarmaci brukar i den vetenskapliga litteraturen ofta definieras som ”användning av fem eller fler läkemedel”. Användning av tio eller fler läkemedel har i vissa studier av äldre tillämpats som mått på ”excessive polypharmacy”, vilket skulle kunna översättas med avsevärd eller extrem polyfarmaci. Indikatorn är sedan 2010 en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.



Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda och att andelen äldre med tio eller fler läkemedel bör minska. I diagrammet visas att andelen äldre med tio eller fler läkemedel var i befolkningen 12,3 procent vid mät-tidpunkten 31 december 2011. Detta motsvarar drygt 60 000 personer i riket som helhet. Andelen bland kvinnor är högre, 13,3 procent, medan den för männen är 10,6 procent. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor och sträcker sig från 10,2 till 14,4 procent. Jämfört med förra året är andelen äldre med tio eller fler läkemedel i stort sett oförändrad hos såväl kvinnor som män.

Staplarna är fördelade på patienter som fått sina läkemedel förskrivna via ApoDos– respektive recept. I diagrammet anges i kolumnerna till höger även utfallet för ApoDos– respektive receptexpedierade läkemedel. De senare siffrorna baseras på äldre med förskrivna läkemedel.

Andelen är mycket hög i gruppen äldre med ApoDos, där totalt 27,8 procent hade tio eller flera läkemedel, att jämföra med 8,8 procent för dem med receptexpedierade läkemedel. En betydande variation mellan landstingen

återfanns framförallt inom gruppen med ApoDos–expedierade läkemedel, med en variation från 20,8 till 31,8 procent för män och kvinnor samman- tagna.

I alla landsting finns läkemedelsförråd i hemsjukvård och äldreboenden, vilket kan tänkas påverka denna indikator. Hemsjukvård är per definition en del av den öppna vården. Användningen av läkemedel ur läkemedelsförråd registreras dock inte i läkemedelsregistret vilket kan leda till att läkemedels- användningen i den öppna vården underskattas. Sådana läkemedel används dock sannolikt oftast tillfälligt, i akuta situationer, eller inom korttidsvård på särskilt boende. Det är därför svårt att bedöma hur stor påverkan denna lä- kemedelsanvändning har på jämförelsen.

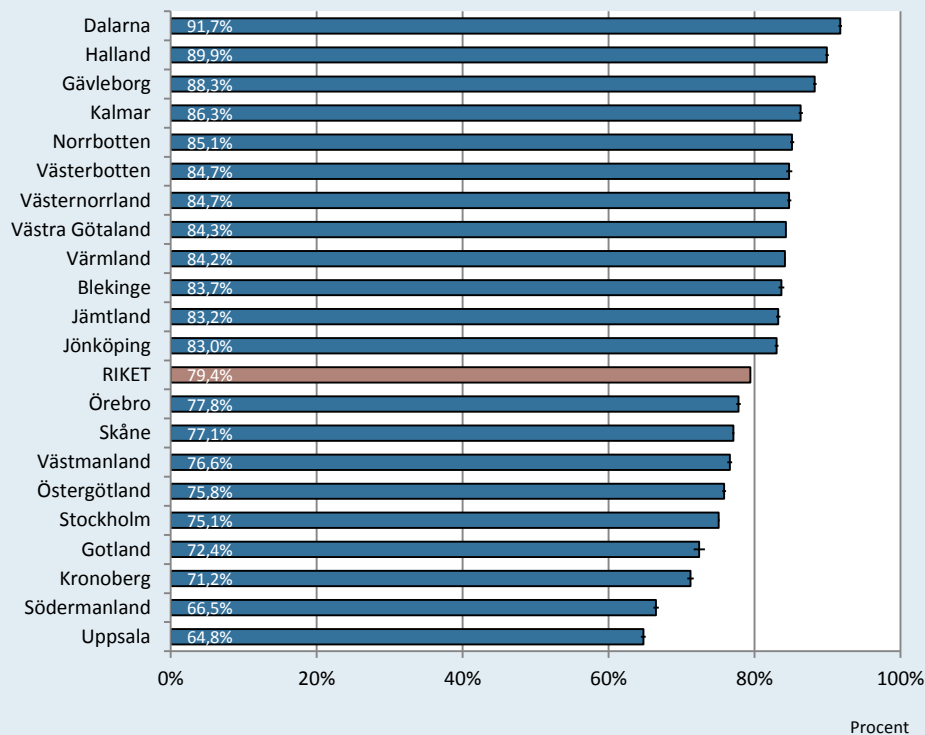
I flera andra indikatorer ses en hög andel läkemedelsbehandlade patienter som ett positivt resultat. Denna indikator visar att en stor mängd olika sam- tidiga läkemedelsbehandlingar sammantaget kan leda till oönskade effekter. Det är en viktig illustration av att behandlingsvalet ska utgå från en sam- manvägd bedömning av den enskilde patientens situation.

28 Gynekologisk cellprovskontroll

Gynekologisk cellprovskontroll syftar till att förebygga livmoderhalscancer (cervixcancer) genom att upptäcka och behandla cancers förstadier. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer ska kvinnor i åldrarna 23–50 år erbjudas cellprovskontroll vart tredje år och kvinnor i åldrarna 51–60 erbjudas cell- provskontroll vart femte år. Individbaserad information om gynekologiska cellprover från patologiska och cytologiska laboratorier i landet samman- ställs av nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention. Syftet med sammanställningen är att ge en faktabaserad grund för kvalitetssäkring och förbättring av det svenska organiserade programmet för förebyggande av cervixcancer. Hög täckningsgrad i befolkningen är det viktigaste måttet för förebyggande av livmoderhalscancer. Med täckningsgrad avses andelen kvinnor i befolkningen i de aktuella åldrarna som har tagit ett cellprov inom det rekommenderade intervallet.

Diagram 28
Landsting

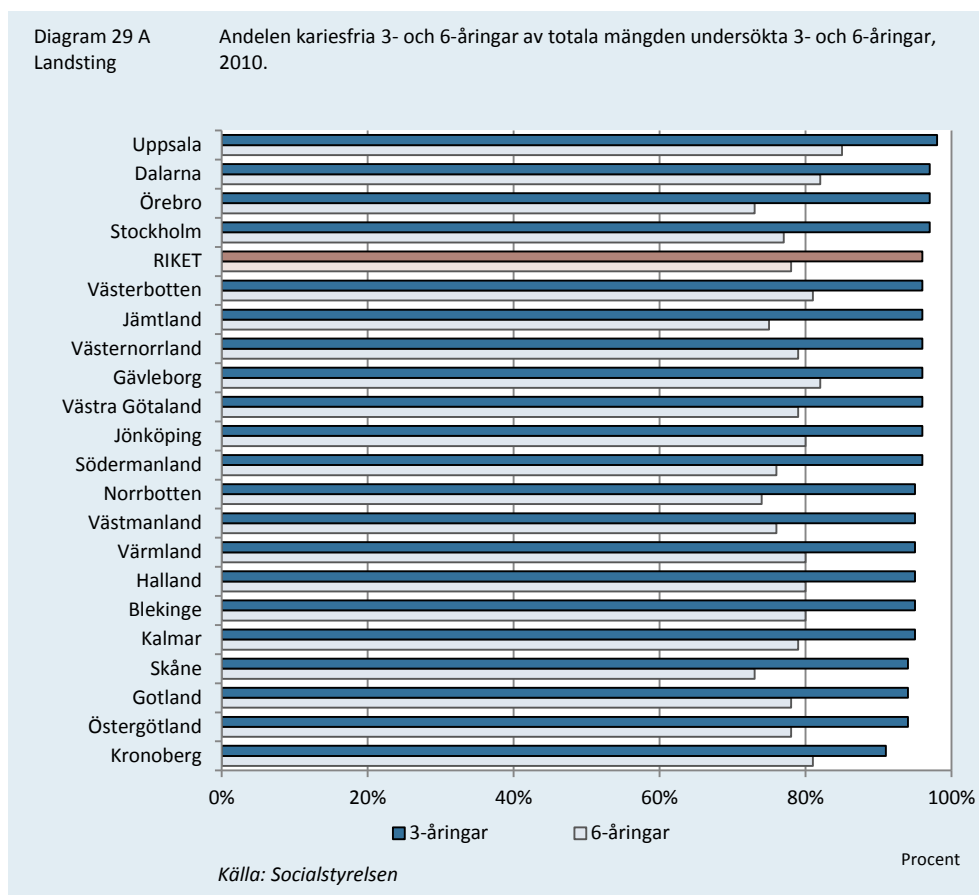
Andelen kvinnor mellan 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovskontroll, 2011.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Majoriteten av de kvinnor som får livmoderhalscancer i Sverige har inte tagit cellprov enligt rekommendationen. Landstingen med hög täckningsgrad har i allmänhet en lägre förekomst av livmoderhalscancer än landstingen med låg täckningsgrad. Förutsättningarna för att uppnå en hög täckningsgrad varierar mellan olika landsting. I allmänhet är täckningsgraden lägre i storstäderna och högre i norra än i södra Sverige. Täckningsgraden för gynekologisk cellprovskontroll i åldrarna 23–60 år var i riket 80 procent 2011. Andelen kvinnor som tagit cellprov har i stort sett varit konstant i landet under de senaste tio åren och ligger under målsättningen på 85 procent som den nationella cancerplanen har angett. Endast sju landsting nådde upp till denna målnivå. Ingen tydlig trend kan utläsas mellan jämförelseåren för olika landsting. I vissa landsting har täckningsgraden minskat, i andra ökat. Tack vare att de flesta kvinnor i Sverige deltar i cellprovskontroll kan livmoderhalscancer hållas nere på en låg nivå. I länder där få kvinnor tar cellprover är livmoderhalscancer en av de vanligaste cancerformerna och drabbar i regel relativt unga kvinnor i 40 till 50-årsåldern.

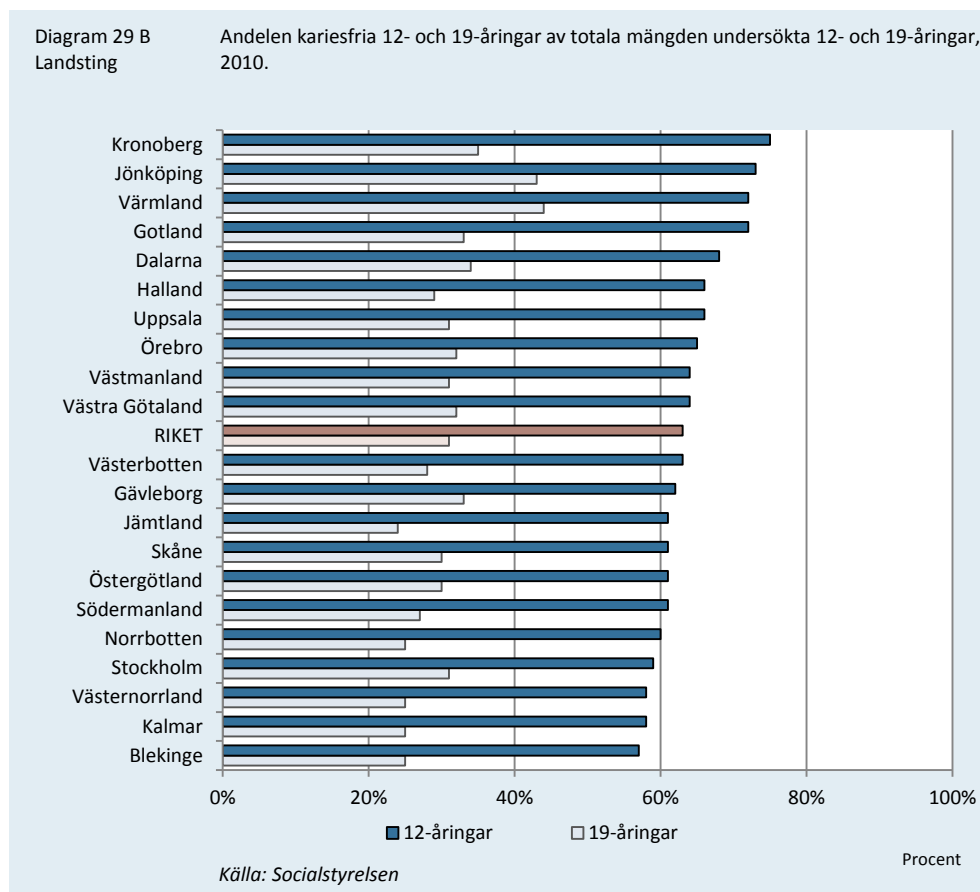
29 Kariesfria barn och ungdomar

Omkring hälften av alla barn och ungdomar i Sverige har idag inga synliga tecken på karies, dvs. de har inga fyllningar eller "hål" i sina tänder. En stor del av dem kan emellertid ha initiala kariesskador, som syns på röntgenbilden, på de tandytor som står i kontakt (approximalytor). Tandhälsan fortsätter att förbättras hos barn och ungdomar, men förbättringstakten har med några få undantag mattats av jämfört med den höga förbättringstakt som förelåg på 80- och 90-talen. Jämfört med år 2008 ses en fortsatt förbättring av tandhälsan hos barn och ungdomar på nationell nivå. Andelen kariesfria barn och ungdomar ökar i alla undersökta åldersgrupper med undantag av 3-åriga flickor. Medelvärde för antalet kariesskadade tänder har minskat för både 12-åringar och 19-åringar. Även Significant Caries index (SiC), vilket utgör medelvärde för DFT för den tredjedel av populationen som har flest antal kariesskador, har minskat jämfört med år 2008. SiC för riket år 2010 var 2,35 [3].



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. I diagrammet redovisas andelen 3- och 6-åringar som var kariesfria. Socialstyrelsen har samlat in uppgifter om förekomsten av karies hos barn och ungdomar från Sveriges landsting och regioner och sammanställt uppgifterna på nationell nivå. Uppgifterna avser år 2010.

Av 3-åringarna var 96 procent kariesfria och av 6-åringarna 78 procent. Det fanns inga skillnader i tandhälsa mellan flickor och pojkar. De regionala skillnaderna var mycket små vad gäller 3-åringarna, men något större vad gäller 6-åringarna. Örebro och Norrbotten hade lägst andel kariesfria 6-åringar och Uppsala den högsta andelen.



Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. I diagrammet redovisas andelen 12- och 19-åringar som var kariesfria. Socialstyrelsen har samlat in uppgifter om förekomsten av karies hos barn och ungdomar från Sveriges landsting och sammanställt uppgifterna på nationell nivå. Uppgifterna avser år 2010.

I riket var 63 procent av 12-åringarna kariesfria medan andelen av 19-åringarna var 31 procent. Diagrammet visar spridningen mellan landstingen för båda åldersgrupperna. För 12-åringarna varierar andelen kariesfria från 57 procent i Blekinge till 75 procent i Kronoberg. Även för 19-åringarna var de regionala skillnaderna stora; i Värmland och Jönköping har man nästan dubbelt så många kariesfria som i Jämtland. Skillnaderna mellan flickor och pojkar var mycket små.

30 Patientrapporterad förbättring efter operation av diskbråck och spinala stenoser i ländryggen

Diskbråck och spinal stenos är de vanligaste orsakerna till operationer som berör ryggen. Mellan 2 500 och 3 000 ländryggsdiskbråcksoperationer utförs årligen i Sverige. Diskbråcksoperation görs huvudsakligen vid bensmärta betingad av nervinklämning, som ger upphov till nervsmärta, så kallad ischias. Efter en längre tids nervsmärta görs en undersökning med magnetkamera (MR) och sen diskuteras kirurgisk behandling. Den kirurgiska behandlingen syftar till att eliminera trycket på en eller flera nerver till benet och därmed även bensmärta.

Spinal stenos orsakas vanligen av åldersförträngningar i ryggmärgskanalen och ger upphov till minskad plats för nerverna som går till benen. Patienten får besvär med känselnedsättning, svaghet samt värk i benen vid stående eller rörelse. När gångförmågan till exempel påverkas kan framåtböjning öka utrymmet för nerverna. Patienter kan vara relativt besvärsfria i sittande och liggande position. Vid kirurgi avlägsnas delar i kanalen som har minskat utrymmet för nerverna.

I Svenska ryggregistret, Swespine, mäts patientens grad av smärta i rygg och ben genom att patienten får sätta ett kryss på en liggande 100 mm lång linje utan siffermarkeringar (VAS eller Visual Analogue Scale). Med en linjal mäts avståndet från linjens början till vänster (= 0) som representerar ingen värk, till den plats där krysset placerats på linjen. Genom att jämföra hur patienten markerat före operation med markeringen och vid uppföljningstillfället, får man en uppfattning om hur mycket värken har förändrats före och efter ingreppet. Differensen speglar effekt av operationen. Med EQ-5D mäts patienters självskattade livskvalitet före och efter operationen, speglat utifrån fem dimensioner. Resultatet beskrivs som ett indexvärde som kan variera mellan -0,59 och 1, och där ett högt värde betyder en högre skattad livskvalitet. Differensen mellan före operationen och efter ett år utgör livskvalitetsvinsten.

Det är viktigt att påpeka att diagrammen inte visar det totala indexvärdet avseende patientens livskvalitet (ingångsvärdet) vid tidpunkten för operation eller det totala indexvärdet (utfallet) ett år efter genomförd operation. Utan observera att det är differensen av dessa två indexvärden som lyfts fram och redovisas i diagrammen för att visa livskvalitetsvinsten, variationer mellan olika sjukhus samt i relation till riksgenomsnittet. De totala indexvärdena före och efter genomförd operation för spinala stenoser och diskbråck redovisas på Swespines hemsida.

En validering (jämförelse) har utförts mellan VAS och EQ-5D och patientens självuppskattade bedömning av operationsresultatet via instrumentet Global Assessment (GA), och visar att en förändring i smärta och livskvalitet mycket liknar patientens självskattade resultatupplevelse, varför man kan anta att både VAS och EQ-5D på ett relevant sätt beskriver operationsresultatet. Båda är viktiga PROM-mått avseende behandlingsresultat.

Nedan belyses patienters självskattade livskvalitetsvinst efter ryggoperationer avseende diskbråck och spinala stenoser med EQ-5D i två diagram. I den tidigare utgivna årliga rapporten för öppna jämförelser av hälso- och sjukvård, redovisas behandlingsresultat av liknande operationer utifrån patientrapporterad bensmärta med hjälp av VAS-skala.

Att mäta livskvalitet före och efter patienters operation av diskbråck och spinala stenoser för att följa behandlingsresultat av genomförda operationer är som tidigare nämnts intressant att följa inom det hälsofrämjande området eftersom det innebär att patienter får göra självskattade bedömningar för sin hälsorelaterade livskvalitet före och efter operation.

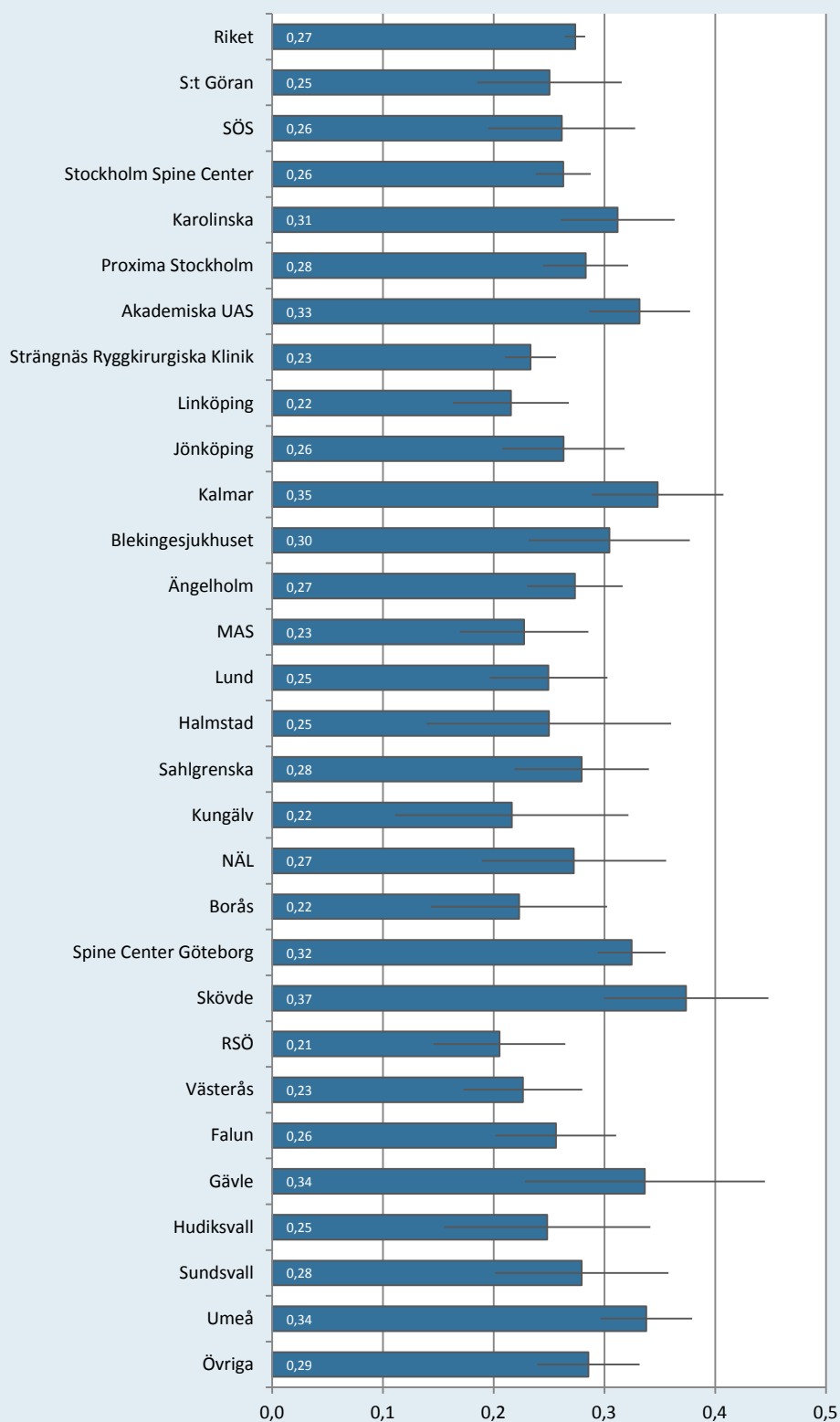
Svenska ryggkirurgiregistret, Swespine, följer sedan 1998 på sin hemsida (www.4s.nu) upp och rapporterar dessa resultat klinikvis för jämförelse. Alla ryggkirurgiska kliniker i landet, med undantag för några neurokirurgiska kliniker som valt att inte rapportera sina resultat, ingår i denna uppföljning. Svarsfrekvensen på enkäten efter ett år var under de tre rapporterade åren cirka 80 procent.

I registret beskriver patienten ett antal frågor som bland annat reflekterar smärta, funktion och hälsorelaterad livskvalitet vid tiden före operation. Samma formulär med en kompletterande fråga om patienten upplevt någon förbättring av sitt smärttillstånd, "global assessment" (helt smärtfri-mycket bättre-bättre-oförändrat-sämre) skickas till patienten efter ett år efter att operationen utförts. Proceduren upprepas därefter två, fem och tio år efter operation.

Årets analys avser operationer utförda mellan 2008–2010 med ettårsuppföljning 2009–2011. Analysen inkluderar 4 397 patienter med diskbråck (medelålder 44 år) som rapporterat sin livskvalitet vid tidpunkten för operationen, och 4 059 patienter som rapporterat den efter ett år (92 procent uppföljningsfrekvens). För spinal stenos (medelålder 70 år) är motsvarande siffror 7 444 respektive 6 782 (91 procent).

Diagram 30a

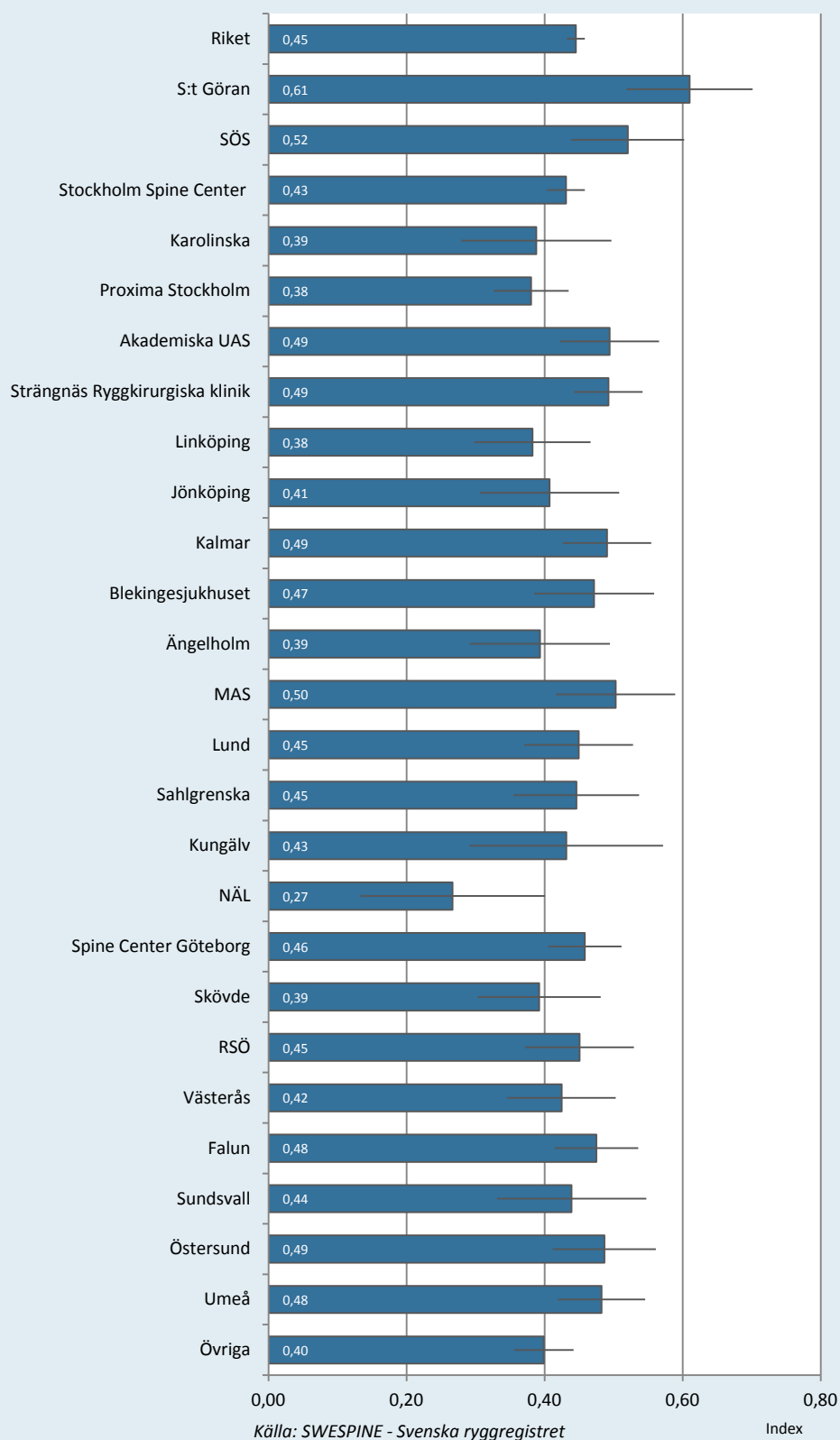
Patientrapporterat resultat av operation avseende spinala stenoser utförda 2008-2010 med ettårsuppföljning 2009-2011, förbättring av livskvalitet enligt EQ-5D-index.



Källa: SWESPINE - Svenska ryggregistret

Index

Diagram 30b Patientrapporterat resultat av diskbråcksoperation utförda 2008-2010 med ettårsuppföljning 2009-2011, förbättring av livskvalitet enligt EQ-5D-index.



I redovisning är 1 perfekt hälsorelaterad livskvalitet efter operation. Målnivå kan inte anges eftersom det är avhängigt på en rad olika faktorer utöver ryggsjukdomen som ålder, förekomst av andra sjukdomar och kön, dvs. så kallad case-mix påverkan. I diagrammen redovisas hälsovinst för patienter som genomgått operation av både spinala stenoser (diagram 30a) och diskbråck (diagram 30b) där höga värden är önskvärda.

För diskbråck har riksmedelvärdet för EQ-5D indexvinst efter ett år konstant legat på drygt 0,40 enheter. Det kan anses som ett önskvärt värde men man bör ta hänsyn till individrelaterade data vid operationstillfället, vilket troligen förklarar variationen mellan vissa kliniker. Låga förbättringsvärden skulle kunna indikera att diskbråckspatienter i vissa fall fått vänta för länge på operation. Att det kan förhålla sig så har rapporterats i årsrapporten 2010. Förändras förbättringsvärdena påtagligt uppåt eller nedåt vid en klinik kan det finnas anledning att närmare analysera möjliga orsaker till detta.

För spinal stenos har riksmedelvärdet för EQ-5D indexvinst efter ett år konstant legat på knappt 0,30 enheter. Det kan anses utgöra ett önskvärt värde, men på samma sätt som nämnts om diskbråck, är det viktigt att ta hänsyn till individrelaterade data vid operationstillfället. Förändras förbättringsvärdena påtagligt uppåt eller nedåt vid en klinik kan det också här finnas anledning att närmare analysera möjliga orsaker till detta.

Variationen mellan kliniker är stor. Opereras patienter med jämförelsevis högre eller lägre rapporterat värde vid tidpunkten för kirurgi, kan det betyda att livskvalitetsvinsten kan bli lägre alternativt högre. Att inkludera denna "case-mix"-faktor är viktigt när man värderar och jämför resultaten vid olika kliniker. För att få en samlad bild av vad olika grader av uppnådd hälsovinst innebär, bör kompletterande hälsoekonomiska utvärderingar via så kallade "kostnadseffektivitets analyser" genomföras. Landsting, eller kliniker, med relativt sett lägre förbättring av livskvaliteten än riksgenomsnittet kan behöva analysera orsaker till detta.

Den hälsorelaterade livskvaliteten både före operationen och efter ett år är lägre för kvinnor, men den uppnådda vinsten efter ett år är likvärdig för både kvinnor och män.

Referenser

Referenser som berör kapitel: Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

1. Regeringens proposition, 2002/03:35, Mål för folkhälsan.
2. Regeringens proposition, 2007/2008:110, En förnyad folkhälsopolitik.
3. Världshälsoorganisationen (WHO), 1986, Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva
4. Socialstyrelsen, 2009, Nationella indikatorer för God vård, Socialstyrelsens Artikelnummer 2009-11-5
5. Statens folkhälsoinstitut, 2010, Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, Målområde 6, Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, ISBN 978-91-7257-902-6
6. Socialstyrelsen, 2011, Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande Metoder, Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsens Artikelnummer 2011-11-11

Referenser som berör kapitel: Levnadsvanor och hälsoutveckling

1. Statistiska centralbyrån [SCB]. (2012). Befolkningsstatistik: Återstående medellivslängd för åren 1751–2011. Hämtad 2012-10-31 från http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_25830.aspx.
2. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut. (2012), Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2012.
3. Statens folkhälsoinstitut (2010). Folkhälsopolitisk rapport 2010: Framtidens folkhälsa – allas ansvar. Rapport R 2011:16. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.
4. Burström, B., & Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 836–840.

5. Idler, E. I., & Benyami, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
6. Agardh, E., Moradi, T., & Allebeck, P. (2008). Riskfaktoreernas bidrag till sjukdomsördåan i Sverige: Jämförelse mellan svenska och WHO-data. *Läkartidningen*, 105(11), 816–821.

Referenser som berör kapitel: Resultatredovisning och tolkning

1. Socialstyrelsen, 2011, Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsens Artikelnummer 2011-11-1
Socialstyrelsen, 2011, Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet, jämförelser mellan landsting, Artikelnummer 2011-8-1

Referenser som berör kapitel: Områdesvisa indikatorer

1. Statens folkhälsoinstitut, 2011, Målområde 11. Alkohol. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport, Östersund, R 2011:16
2. Socialstyrelsen, 2012, Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2010. SVERIGES OFFICIELLA STATISTIK. Statistik – Hälso- och Sjukvård
3. Socialstyrelsen, 2010, Karies hos barn och ungdomar. Epidemiologiska uppgifter för år 2010. Dnr 5.4-28339/2011

Personer som lämnat underlag till rapporten

Det inledande arbetet avseende planering och resurstilldelning i uppdraget har utgjorts av Saman Rashid och Pia Lindeskog från Statens folkhälsoinstitut och Mona Heurgren från Socialstyrelsen.

I den gemensamma arbetsgruppen har Birgitta Lindelius, Behzad Koucheqi, Riitta Sorsa, Inger Lundkvist och Marianne Aggestam från Socialstyrelsen ingått. Dessutom har Karin Nyqvist, Ingrid Ström och Emma Bergmark bidragit i arbetet.

Från Statens folkhälsoinstitut har Chatrine Höckertin, Mikael Nordberg, Sylvia Olofsson och Karin Junehag Källman ingått.

Arbetet har bedrivits i samråd med SKL, Ingvor Bjugård samt genom avstämning med kontaktpersoner från samtliga landsting inom SKL:s nätverk för öppna jämförelser.

Socialstyrelsen har även bett ansvariga och registerhållare för ett antal större nationella kvalitetsregister att lämna förslag på mått eller indikatorer på hur hälso- och sjukvården arbetar med hälsoinriktad vård. Det **har resulterat** i att vi i denna rapport presenterar indikatorer från följande register:

- Nationella Diabetesregistret (NDR), Soffia Gudbjornsdottir, Ann-marie Svensson,
- Barn-och ungdomsdiabetes (SWEDIABKIDS), Ulf Samuelsson, Mervete Miftaraj
- Mödrahälsovårdsregistret, Underlag har inhämtats via den årliga Öppna jämförelse rapporten
- Kvalitetsregister Riks-Stroke, Kjell Asplund, Fredrik Jonsson
- Svenska ryggregistret, Peter Fritzell

Dessutom har en dialog om ett antal indikatorer förts med ytterligare några register men där data behöver utvecklas ytterligare innan vi tar med dem i en öppen jämförelse.

En workshop anordnades för att skapa en fördjupad förståelse för området hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Sakkunniga från följande verksamheter deltog.

- Josef Milerad, Skolläkarföreningen, Elevhälsan, Karolinska Universitetssjukhuset
- Mats Hellstrand och Margareta Kristenson, Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer
- Anna Kullberg samt Jolanda van Vliet, Landstinget Östergötland
- Anna Friberg, Region Skåne
- Marianne Bergström samt Helena Martin, Barnhälsovården, Stockholm
- Thomas Wallby, Barnhälsovården, Uppsala
- Ingvor Bjugård, Folkhälsa, Sveriges kommuner och landsting