

Utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården

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

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

Artikelnummer 2019-4-17
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2019

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att lämna förslag på hur nationell uppföljning av hälso- och sjukvården kan utvecklas i syfte att ge regeringen bättre möjligheter att löpande följa vårdens kvalitet och jämlikhet. Den utvecklade nationella uppföljningen ska kunna identifiera omotiverade skillnader i vårdens strukturer, processer och resultat, och göra det möjligt att analysera orsaker till detta. I uppdraget ingår även att lämna förslag på ett mindre antal indikatorer av särskild vikt för att följa jämlik vård.

Förslagen i rapporten riktar sig till regeringen, men kan även vara av intresse för beslutsfattare och andra aktörer som är verksamma inom hälso- och sjukvården.

Projektledare vid Socialstyrelsen har varit Kristina Bränd Persson. Ansvarig enhetschef har varit Birgitta Lindelius. Ett stort antal medarbetare vid Socialstyrelsen har bidragit med underlag till rapporten.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	10
Omvärldsfaktorer av betydelse för uppdraget	11
Genomförande	13
Socialstyrelsens uppföljning av hälso- och sjukvården	15
Utveckling av nationell uppföljning för hälso- och sjukvården	22
Målbild och inriktning	22
Ansats för förslagen	22
Förslag	23
Begränsningar och hinder	41
Konsekvenser för Socialstyrelsens förslag	45
Regionernas syn på nationell uppföljning	46
Indikatorer av vikt för att följa jämlik vård	48
Urval av områden och indikatorer för nationell uppföljning av jämlik vård	50
Från indikator till fördjupad analys	59
Referenser	67
Bilaga 1. Översikt rapportering hos Socialstyrelsen	69
Bilaga 2. Datakällor för kostnader	73
Bilaga 3. Kommunal hälso- och sjukvård	74
Bilaga 4. Diagrambilaga för indikatorer	76
Bilaga 5. Exempel visualisering	93

Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att påbörja ett arbete för att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården. Av uppdraget framgår att den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården framöver ska ge regeringen bättre möjlighet att löpande följa vårdens kvalitet och jämlikhet.

Den nationella uppföljningen ska vara robust på så sätt att den kan peka ut systematiska skillnader. En mer djupgående uppföljning inklusive analys som förmår påvisa variation och identifiera oönskade skillnader kan ge regering och huvudmän ett skarpt verktyg för att förbättra vården och göra den mer jämlik. I uppdraget ingår även att lämna förslag på 5-10 indikatorer av särskild vikt för att följa jämlik vård.

Målbild

En utgångspunkt för Socialstyrelsens förslag och bedömningar är att myndigheten har ett brett uppdrag som kan bidra till utvecklingen av kunskapsstyrningen och den nationella uppföljningen på flera sätt och långsiktigt. Socialstyrelsen ser flera möjligheter att vidareutveckla myndighetens befintliga uppföljning av hälso- och sjukvården i den anvisade riktningen, och arbeta med de utmaningar som finns i fråga om förutsättningar som behöver finnas på plats. Utvecklingen behöver ske successivt. Socialstyrelsen äger inte ensamt frågan om hur den nationella uppföljningen ska utvecklas och gestaltas i framtiden. Socialstyrelsen avser att vidareutveckla sitt arbete mot en målbild som innebär bland annat att:

- Den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ska kunna belysas ur olika aspekter, oavsett hur verksamheten är organiserad och utförs.
- Hälso- och sjukvårdens insatser ska kunna relateras både till befolkningens behov och aktuella patienter.
- Resultat från den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården ska kunna redovisa variation och skillnader i fråga om resultat, processer och strukturer, och ska finnas öppet tillgängliga för regeringen, myndigheter, huvudmän, medborgare och patienter m fl.
- Påvisade skillnader ska analyseras vidare och en bedömning göras om de är omotiverade, som grund för förslag till förbättringsåtgärder.
- Underlagen som behövs för regeringens dialog med regionerna ska baseras på rapporteringen från den nationella uppföljningen, och tillsammans med regionernas egen bedömning och analys bidra med såväl goda exempel som förslag på förbättringsåtgärder.

Socialstyrelsens förslag för nationell uppföljning

Socialstyrelsens förslag består av delområden som anknyter till Socialstyrelsens befintliga uppdrag, med pågående utvecklingsarbete eller utvecklingsbehov i varierande grad. Inom flera områden bedöms utvecklingen ske successivt.

Socialstyrelsen lämnar följande förslag för att möta den nya inriktningen med att utveckla den nationella uppföljningen:

- Anpassa och vidareutveckla rapporteringen av den nationella uppföljningen för olika mottagares behov ifråga om innehåll och periodicitet. Rapporteringen ska spegla olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.
- Samlad och samordnad rapportering till regeringen från myndigheter. Uppföljning av den svenska hälso- och sjukvården ska även relateras till det internationella perspektivet.
- Bidra till strukturerad dialog med huvudmännen på flera nivåer.
- Vidareutveckla och stärka samarbetet med andra myndigheter samt med nationella aktörer inom ramen för regionernas kunskapsstyrningsstruktur och det etablerade partnerskapen.
- Utveckla befintliga samarbeten med syfte att långsiktigt förbättra förutsättningarna för nationell uppföljning genom enhetlig begreppsanvändning och struktur m.m.
- Ta fram eller vidareutveckla arbetssätt och modeller som beskriver befolkningens behov av hälso- och sjukvård.
- Vidareutveckla användning av metoder som kan beskriva och belägga variation ifråga om hälso- och sjukvårdens resultat för befolkningen och olika grupper i befolkningen.
- Utveckla metoder, instrument eller konsensusmodeller för att analysera och bestämma vilka skillnader som är omotiverade/motiverade.
- Utveckla uppföljningen av kostnads- och effektivitetsaspekter på hälso- och sjukvården.
- Utveckla beskrivning och uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård.
- Utveckla den digitala tillgången till data och visualisering av data och statistik.
- Utveckla en modell för förvaltning av nationella indikatorer och värden.
- Utveckla nationella register och andra datakällor.

Socialstyrelsens förslag till urval av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram förslag på indikatorer som kan vara av särskild vikt för att följa jämlik vård på en nationell nivå, utifrån befintliga datakällor och tillgängliga analyser. Indikatorerna är framtagna ur ett befolkningsperspektiv och fokuserar främst på resultat. Områden som täcks in är tillgänglighet, hälsoutfall och dödlighet, hälsofrämjande åtgärder, läkemedelsanvändning och patientsäkerhet. Indikatorerna kan utgöra ett underlag för regeringen i dialog med regionerna.

Det kommer alltid att behövas fler indikatorer och andra typer av data och analyser för att ge en mer fullständig och fördjupad bild av hälso- och sjukvården på nationell nivå. I olika delar av systemet behövs olika mycket information och syftet med uppföljningen styr behovet. Det gör också att indikatorer kan behöva omvärderas eller bytas ut efter hand. Socialstyrelsen bedömer i nuläget att det är för tidigt att ange vilka indikatorer som kan fasas ut från nationell uppföljning.

Urvalet av indikatorer som presenteras här för den nationella uppföljningen ska ses som en utgångspunkt för fortsatt arbete och diskussion:

- Operation inom 90 dagar (andel operationer/åtgärder i planerad specialiserad somatisk vård inom 90 dagar).
- Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (antal döda per 100 000 invånare, 0-74 år för ett urval av dödsorsaker).
- Relativ femårsöverlevnad cancer, flera cancerformer.
- Själv mord i befolkningen (andel själv mord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare).
- Fysisk inaktivitet vid diabetes.
- Bristningar vid förlossning bland förstföderskor (andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor).
- Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng hos nyfödda).
- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter (antal överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser).
- Långvarig behandling med lugnande medel eller sömnmedel.
- Äldre med läkemedel som bör undvikas (andel äldre i befolkningen 75+ med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger).

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att påbörja ett arbete för att förbättra den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården (dnr S2018/03917/FS (delvis))¹. Den nationella uppföljningen ska kunna identifiera omotiverade skillnader i vårdens strukturer, processer och resultat, och göra det möjligt att analysera orsaker till detta. Som en del i det arbetet ska Socialstyrelsen även lämna förslag på 5-10 indikatorer som är av särskild vikt för att följa jämlik vård.

I uppdraget ingår att Socialstyrelsen ska:

- Föreslå hur den nationella uppföljningen kan utvecklas
- Föreslå vilka data som saknas och bedöma vilka andra hinder som kan finnas för utveckling av uppföljning
- Beskriva hur datakvaliteten kan förbättras, beakta utvecklingen inom digitaliseringen samt föreslå vilka indikatorer som kan fasas ut för nationell uppföljning.

Tolkning av uppdraget

Av uppdraget framgår att den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården ska ge regeringen bättre möjlighet att löpande följa vårdens kvalitet och jämlikhet. Den nationella uppföljningen ska vara robust på så sätt att den kan peka ut systematiska skillnader. En mer djupgående uppföljning som förmår påvisa verklig variation och identifiera omotiverade skillnader kan ge regering och huvudmän ett skarpt verktyg för att förbättra vården och göra den mer jämlik.

Sammanfattningsvis innebär uppdraget bl.a. att Socialstyrelsen ska:

- Bistå regeringen med löpande rapportering om vårdens kvalitet och jämlikhet
- Fortsätta utvecklingen av analyser för att kunna belägga omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården för att uppföljningen ska ge mesta möjliga nytta.

Huvudsyftet är att svara mot regeringens behov av underlag för uppföljning och dialog, samt för fortsatt diskussion om utveckling.

En översiktlig plan för genomförandet lämnades till Regeringskansliet den 1 oktober 2018 (dnr 5.7-24119/2018). Uppdraget som helhet ska slutredovisas senast den 31 mars 2019.

¹ Uppdrag om förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården (S2018/03916/FS)

Omvärldsfaktorer av betydelse för uppdraget

För närvarande är flera statliga utredningar och andra arbeten aktuella som innefattar olika förslag om inriktning för hälso- och sjukvårdens framtida verksamhet och som berör frågor om roller och ansvar för staten, myndigheter och huvudmän inom den samlade kunskapsstyrningen. Den statliga styrningen av hälso- och sjukvården är begränsad till verktyg som lagreglering och statsbidrag. Därtill kommer de olika möjligheter som finns inom ramen för olika samarbeten och samarbetsformer inom kunskapsstyrningen och som nu står under utveckling. Nya former och forum för strukturerad dialog och samverkan mellan myndigheter, huvudmän, myndigheter och andra aktörer är under utformning.

Idag levererar flera myndigheter olika typer av löpande underlag, uppföljning och särskilda utvärderingar av hälso- och sjukvården. En gemensam struktur för nationell uppföljning behöver övervägas. Den anvisade inriktningen mot att i större utsträckning påvisa systematiska skillnader avseende kvalitet och jämlikhet, samt identifiera skillnader som bedöms vara omotiverade, är ett inslag i uppföljningen som i viss mån finns, men som behöver vidareutvecklas.

Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Samtidigt med Socialstyrelsen fick Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) ett motsvarande uppdrag, med fokus på patientperspektivet.

Myndigheterna har inom projekten samrått under uppdragstiden för att säkerställa att de båda projekten kompletterar varandra vad gäller förslag till förbättrad uppföljning av hälso- och sjukvården.

Statens offentliga utredningar

Regeringen har tillsatt en utredning för genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård². I kommittédirektivet konstateras bl.a. att staten har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemet och för att befolkningen får hälso- och sjukvård på lika villkor, samt att en viktig förutsättning för jämlik vård är att hälso- och sjukvården som helhet ständigt strävar mot förbättringar, baserade på bästa tillgängliga kunskap. Vidare konstateras i kommittédirektivet att statens insatser för stöd och styrning med kunskap behöver vidareutvecklas i samband med den pågående utvecklingen av ett regiongemensamt system för kunskapsstyrning och att den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården ur statens perspektiv är en central del i genomförandet av ett sammanhållet nationellt system för kunskapsstyrning.

Utredningen En god och nära vård (SOU 2018:39) har föreslagit en målbild och en färdplan mot en god och nära vård, som bland annat innebär förslag om att förstärka primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Utredningen lämnar också förslag till områden för uppföljning av färdplanen.

² Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård, Dir 2018:95

I kommittédirektivet till den fortsatta utredningen kopplad till förslagen i *Effektiv vård* (SOU 2016:2) anges att utredaren ska stödja arbetet med närliggande frågor, bl.a. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen³.

Frågor om uppföljning och utvärdering på nationell respektive lokal nivå diskuteras även inom ramen för Tillitsdelegationens arbete. I delegationens delbetänkande (SOU 2018:48) diskuteras bland annat rollfördelningen mellan staten och huvudmännen i fråga om uppföljning, analys och utvärdering samt behovet av ett mer datadrivet analysarbete i hälso- och sjukvården för att möjliggöra vård baserad på bästa kunskap.

I utredningen *Kunskapsbaserad och jämlik vård* (SOU 2017:48) lyfts fram att den nationella uppföljningen inte alltid har förmått identifiera vad som är verkliga skillnader i vårdkvalitet och att detta behöver utvecklas⁴. Uppföljningen bör också leda till att reella förbättringsåtgärder i vården vidtas och att goda exempel sprids.

Rådet för styrning med kunskap

Socialstyrelsen och åtta andra myndigheter samverkar sedan 2015 i Rådet för styrning med kunskap⁵. Rådet ska verka för att styrningen med kunskap blir ett stöd för huvudmännen och professionen, och att den är samordnad, effektiv och anpassad till deras behov. En huvudmannagrupp med representanter för regioner och kommuner informerar rådet om områden där huvudmännen ser behov av kunskap eller andra former av stöd från myndigheterna.

Samverkan kring behovsanalys, prioriterade områden för uppföljning och utveckling är en viktig del i myndigheternas stöd till huvudmännen och professionerna. Samverkan har varit en naturlig del inom till exempel utveckling och publicering av Socialstyrelsens öppna jämförelser. De erfarenheter av att samverka som finns inom detta och andra områden, exempelvis psykisk ohälsa, visar att myndigheterna har förstärkt sin samverkan men att det finns behov av fortsatt arbete med att utveckla den operativa samverkan för att åstadkomma en samordnad och behovsanpassad styrning med kunskap.

Regionernas kunskapsstyrningsstruktur

Sjukvårdsregionerna började under 2018 etablera en gemensam programområdes- och samverkansstruktur för kunskapsstyrning. För närvarande har 24 nationella programområden inrättats för olika delar av vården, samt åtta tvärgående samverkansområden, bland annat för uppföljning och analys, samt metoder för kunskapsstöd och patientsäkerhet. Syftet är ett gemensamt system för huvudmännen för att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården⁶.

Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ingick 2018 ett partnerskap med sjukvårdsregionerna, med koppling

³ Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården, 2017:24

⁴ Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. SOU 2017:48)

⁵ Förordning 2015:155

⁶ <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>

till huvudmännens struktur för kunskapsstyrning. Syftet är en ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling, bättre stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd. Exempel på aktuella fokusområden är att gemensamt fånga, identifiera och prioritera behov av nationella kunskapsstöd, att öka behovsanpassningen och genomslaget av nationella kunskapsstöd, och att gemensamt stödja en effektiv uppföljning av hälso- och sjukvården⁷.

Ett motsvarande samarbete finns inom socialtjänstområdet genom partnerskapet med Socialstyrelsen, de regionala samverkans- och stödstrukturerna och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Inom ramen för det partnerskapet sker en samverkan om bland annat kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

Koppling till Agenda 2030

Uppdraget har anknytning till tre av målen som ingår i Socialstyrelsens arbete för genomförande av Agenda 2030 [1]:

Mål 3 - Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Mål 10 - Minskad ojämlikhet (Jämlig hälsa, vård och omsorg)

Mål 17 - Genomförande och globalt partnerskap (Register, statistik).

Genomförande

Uppdraget har genomförts i två delar.

Del ett behandlar en utveckling av nationell uppföljning med utgångspunkt från uppdragets skrivningar om syftet med nationell uppföljning av hälso- och sjukvården, samt Socialstyrelsens instruktionsenliga uppdrag som bidrar till den övergripande kunskapsstyrningen på nationell nivå. Socialstyrelsen lämnar förslag och bedömningar om utvecklingsmöjligheter på kortare och längre sikt, med utgångspunkt från befintliga uppdrag och pågående utvecklingsarbete hos myndigheten och olika intressenters behov. Regeringens behov av underlag från uppföljning är i fokus för detta uppdrag.

Del två ger förslag på ett urval indikatorer för att följa jämlig vård med tillhörande resultatredovisning.

Samråd

Socialstyrelsen har under projektet haft löpande kontakt med projektet om nationell uppföljning hos Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Myndigheterna har tillsammans träffat representanter för sjukvårdsregionerna i Nationella samverkansgruppen för uppföljning och analys och representanter för Sveriges Kommuner och Landsting, styrelsen för Plattform för jämlig vård hos Sveriges Kommuner och Landsting, samt kommittén för genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Uppdragen har även presenterats för regiondirektörsföreningen.

⁷ <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/partnerskapmedmyndigheter.26422.html>

Socialstyrelsen har träffat ansvariga för den regionala analysverksamheten i Västragötalandsregionen för att få en bild av hur man arbetar med uppföljning och analyser i en region, och de utmaningar som finns. Exempel på lokalt arbete med indikatorer och studier med inriktning på jämlik vård har diskuterats med medarbetare inom bland annat Kunskapscentrum för jämlik vård i Västragötalandsregionen.

Projektet har tagit del av synpunkter ur patient- och brukarperspektiv på problem som rör ojämlikhet, och vad som behövs för att öka jämlikheten i vården, från diskussioner med representanter i Funktionshindernämnden, Äldrerådet samt Rådet för missbruks- och beroendefrågor, samtliga hos Socialstyrelsen och med representanter från sammanlagt ett fyrtiotal organisationer.

Socialstyrelsens uppföljning av hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen gör idag översiktlig och tematisk nationell rapportering inom flera olika områden, där jämlik vård-perspektivet ingår. Det saknas dock en återkommande och systematisk översiktlig rapportering om hälso- och sjukvårdssystemet, med redovisning av både kvalitet och omotiverade skillnader.

Informationen i de uppföljningar och utvärderingar Socialstyrelsen levererar idag utgår i hög grad från information som finns att hämta i olika register, nationella riktlinjer, och data insamlade genom intervjuer och enkäter. Dessa uppföljningar utgår ofta från diagnoser/hälsoproblem hos kända patienter/patientgrupper, de olika insatser som sker i hälso- och sjukvården samt systemfaktorer såsom personaltillgång och väntetider. Vanliga inslag i den återkommande rapporteringen är beskrivningar av olika utfall, förhållanden och utveckling över tid, ibland med problematiserande texter och indikationer på sådant som fungerar bra/mindre bra. I uppföljning med inslag av utvärdering, exempelvis med utgångspunkt från kunskapsstöd som i huvudsak vänder sig till sjukvårdshuvudmännen görs mer av fördjupade analyser i fråga om skillnader för processer, strukturer och resultat.

Instruktionsenliga uppdrag

Socialstyrelsens instruktionsenliga uppdrag bidrar till statens styrning med kunskap på flera sätt, bland annat genom uppföljning och utvärdering inom olika områden. Enligt Socialstyrelsens instruktion (Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen) ansvarar myndigheten för uppgifter om statlig styrning med kunskap och förvaltning till att:

- genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet,
- ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde, följa, analysera och rapportera om hälsa, hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier,
- årligen lämna lägesrapporter om individ- och familjeomsorg, vård och omsorg om äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning samt om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård.

I förvaltningsuppgifterna ingår bland annat att förvalta och utveckla datakällor såsom hälsodataregister, andra register samt nationella enkäter, ansvar för officiell statistik, och att ta fram och utveckla statistik och register. Vidare understöds dessa uppdrag av exempelvis uppdrag om att förvalta och tillhandahålla ett nationellt fackspråk för vård och omsorg, med såväl hälsorelate-

rade klassifikationer som en samordnad terminologi för fackområdet. Därutöver tillkommer flera kunskapsstödande uppdrag som exempelvis framtagandet av nationella riktlinjer, vägledningar m.m.

Dessa uppdrag bidrar tillsammans till att skapa förutsättningar för uppföljning, utvärdering och analyser med olika inriktning, syften, metoder, användningsområden, och underlag som olika mottagare har behov av.

Utifrån Socialstyrelsens nuvarande samlade uppdrag innebär nationell uppföljning att följa, jämföra och utvärdera insatser och åtgärder, samt att utvärdera kvalitet och effektivitet i vård och omsorg. Syftet är att ge underlag och stöd för:

- statens styrning av området och regeringens initiativ kring lagstiftning,
- genomförande av hälsopolitiska satsningar samt uppföljning av dessa,
- Socialstyrelsens uppdrag med att utveckla kunskap och kunskapsstöd för vård och omsorg,
- kommunernas och regionernas styrning, uppföljning och utveckling av sin verksamhet,
- individens delaktighet i och insyn i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Nuvarande rapportering om hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har under lång tid utvecklat olika former för uppföljning, utvärdering och analys, ofta i samverkan med olika intressenter utifrån uppdrag med olika inriktning. Den löpande, återkommande rapporteringen, exempelvis för Socialstyrelsens öppna jämförelser, baseras på uppföljning inom delar av hälso- och sjukvården, utifrån olika aspekter och perspektiv, och med varierande inriktning och innehåll.

Rapporteringen kan exempelvis avse områden i hälso- och sjukvården (psykiatri; hjärtsjukvård), vissa befolkningsgrupper (barn och unga), en viss dimension av god vård och omsorg (tillgänglighet; patientsäkerhet), specifika uppföljningsområden (sjukdomsgrupper som stroke, demens; läkemedelsanvändning) och ett visst perspektiv (patientperspektiv).

Ett stort antal särskilda uppdrag med uppföljning och utvärdering genomförs årligen eller periodiskt, ofta utifrån regeringens särskilda satsningar. Några exempel är: uppföljning och utvärdering avseende etableringen av regionala cancercentrum, införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancervården, uppföljning av överenskommelsen om patientmiljarden, utvärdering av universitetssjukvården i förhållande till avtalet mellan svenska staten och berörda landsting om klinisk forskning, utbildning av läkare och utveckling av hälso- och sjukvården, utvärdering av reformen om kostnadsfria läkemedel, det nationella planeringsstödet (NPS) som ger underlag för analys av tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal, väntetidsmätningar m.m. Även fördjupade analyser och epidemiologiska analyser utförs. En betydande del av den uppföljning och utvärdering som görs har som huvudinriktning att underbygga och samspela med utvecklingen av olika kunskapsstöd, och uppföljning av tillämpningen. De primära mottagarna är i de flesta fall lokala och regionala beslutsfattare, och olika yrkeskategorier i vård och omsorg.

Rapporteringen sker huvudsakligen genom:

- epidemiologiska studier, lägesrapporter,
- uppföljning av god vård, öppna jämförelser,
- utvärderingar av kvaliteten i vården och omsorgen inom specifika områden med utgångspunkt från nationella riktlinjer,
- analyser och utvärderingar på systemnivå avseende tillgänglighet, jämlikhet m.m.
- utvärderingar enligt regeringens prioriteringar,
- Officiell statistik och annan statistik.

Beskrivning av Socialstyrelsens huvudsakliga rapportering som innefattar uppföljning och/eller utvärdering av hälso- och sjukvården, med exempel, återfinns i bilaga 1.

Särskilda uppdrag om jämlik vård

Socialstyrelsens rapportering med fokus på jämlik vård baseras i huvudsak på särskilda regeringsuppdrag. En sammanställning av kunskapsläget i fråga om jämlikheten i vården, de viktigaste utmaningarna i vården och förslag till åtgärder redovisades i rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* [2]. Med utgångspunkt i *Nationell strategi för en god, och mer jämlik vård 2012-2016* har myndigheten haft regeringsuppdrag att publicera och sprida öppna jämförelser om jämlik vård, samt att bland annat analysera nationella riktlinjer ur ett jämlikhetsperspektiv [3]. Hittills har fyra öppna jämförelse-rapporter med tema jämlik vård publicerats, en generell [4], en om psykisk ohälsa [5] och två avseende hälso- och sjukvård till kvinnor [6, 7].

Tillgängliga datakällor

De huvudsakliga källorna till data och underlag som används för Socialstyrelsens rapportering och analyser om hälso- och sjukvården är bland annat:

- Socialstyrelsens register:
 - Patientregistret, läkemedelsregistret, dödsorsaksregistret, medicinska födelseregistret, cancerregistret, tandhälsoregistret, samt register om kommunala insatser, registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP).
- Andra register:
 - Nationella kvalitetsregister hos sjukvårdshuvudmännen.
 - Statistiska Centralbyråns register (befolkningsdata, sysselsättning, socioekonomisk indelning, utbildning, födelseland, finansiella nyckeltal m.m.).
 - Sveriges Kommuner och Landstings statistik mm (verksamhets-, personal- och ekonomistatistik för regioner och kommuner, nationell patientenkät, kostnad per patient (KPP)-databas.
 - Försäkringskassans databas (MiDAS).
 - Folkhälsomyndighetens data.
- Andra källor, metoder (kvantitativa, kvalitativa):
 - Litteratursökningar.
 - Intervjuer.
 - Fokusgrupper.
 - Deltagande observationer.

- Workshops.
- Skriftliga inlagor från patient- och intresseorganisationer.
- Enkätundersökningar till regioner och kommuner, exempelvis specialistverksamheter, primärvården, kommunal hälso- och sjukvård.
- Registerstudier.

Socialstyrelsens register

Socialstyrelsens hälsodataregister och andra lagstadgade register som myndigheten ansvarar för ger möjlighet att följa, analysera och rapportera om hälsa och hälso- och sjukvården på befolkningsnivå. Genom att kombinera data från hälsodataregistren med information från andra register, exempelvis om befolkningssammansättning, kan vi få mer information som bidrar till att besvara frågor om vården ges på lika villkor.

Tillgång till information om vårdens resultat och patientkontakter med hälso- och sjukvården är en förutsättning för nationell uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det bidrar till underlag för att följa och beskriva hälsa och sjuklighet i befolkningen, patientsammansättning, vårdkedjor, medicinsk praxis, kvalitet och på en övergripande nivå utvecklingen av hälso- och sjukvården.

En allt större del av den svenska hälso- och sjukvården bedrivs inom öppna vårdformer, och ytterligare omstrukturering av hälso- och sjukvården är att vänta i framtiden. Detta medför behov av ändring av lagar och förordningar samt omställning av system för datafångst och information för att på ett systematiskt sätt följa upp hälso- och sjukvården i sin helhet. Förutom övergripande nationell uppföljning av hälso- och sjukvård är system och data för uppföljning på regional och lokal nivå viktiga för huvudmännens arbete med att utveckla och förbättra verksamheten.

Enkätundersökningar

För att kunna besvara frågor i många av Socialstyrelsen uppdrag krävs ofta annan information än vad som finns tillgänglig i olika register eller i annat tidigare utgivet material. Det vanligast förekommande sättet på Socialstyrelsen att ta fram sådan information är via enkäter. Antalet enkäter som myndigheten skickar ut har stadigt ökat under de senaste åren. Detta kan delvis förklaras av att antalet uppdrag som genomförts inom myndigheten har ökat samt att fler använder sig av enkätdata för att samla in de data som krävs för uppdragets genomförande. Enkätundersökningarna kan både vara av återkommande karaktär (d.v.s. de upprepas med viss regelbundenhet) eller av engångskaraktär.

Data från Nationella kvalitetsregister

En viktig del i Socialstyrelsens arbete med att följa upp och utvärdera vården är tillgången till data från de nationella kvalitetsregistren. För utvärderingarna kopplade till de nationella riktlinjerna är data och indikatorer från kvalitetsregister viktiga för att kunna se i vilken utsträckning de åtgärder som rekommenderas verkligen genomförs. En stor del av den information som krävs för att bedöma detta finns inte tillgänglig i myndighetens hälsodataregister.

Uppgifter från nationella kvalitetsregister är viktiga källor till information om vårdens insatser och resultat för olika patientgrupper. Registren ger även kunskap om hur vården och omsorgen fungerar för olika grupper av patienter och ger underlag för verksamheternas utvecklings- och förbättringsarbete. Det är vårdens professionella yrkesgrupper som utvecklar och driver registren som finns i regionerna. Nationella kvalitetsregister finansieras genom överenskommelser mellan Sveriges Kommuner och Landsting och staten⁸.

God vård och omsorg

Samlingsbegreppet god vård och omsorg utgår från hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL). Hälso- och sjukvårdslagen anger att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vidare att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor och med gott bemötande till alla, oavsett bostadsort, ålder, kön, könsidentitet, sexuell läggning, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller hälsotillstånd.

Centrala faktorer som påverkar förutsättningarna för att åstadkomma en jämlik vård är att vården är tillgänglig för alla, att särskilda behov hos utsatta grupper uppmärksammas samt att vården har fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Sex dimensioner utgör kännetecknen på god vård och omsorg vilka är en grund för uppföljning och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Dessa dimensioner är:

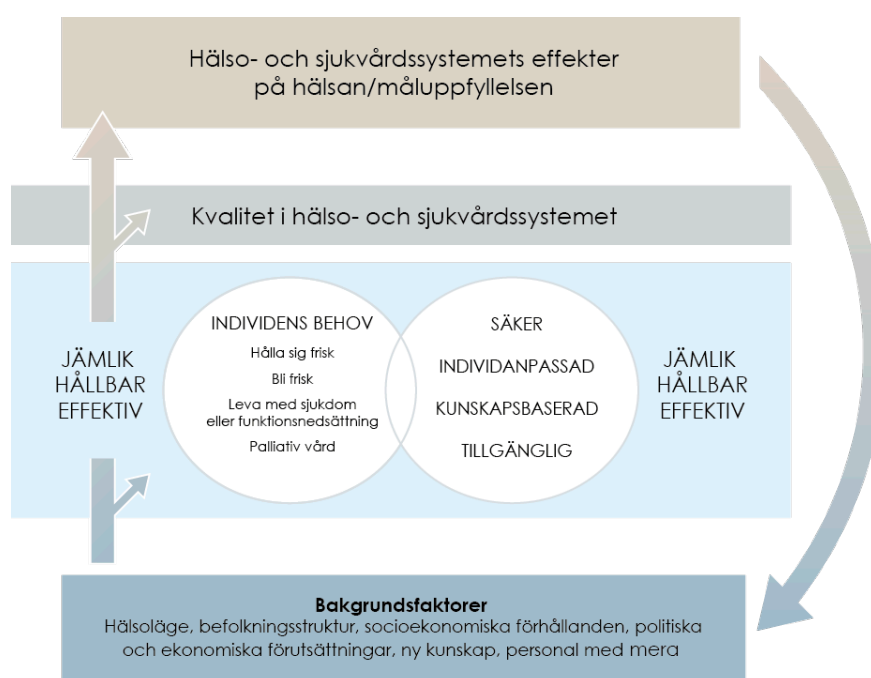
- *Kunskapsbaserad*: Hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- *Säker*: Hälso- och sjukvården ska vara säker där riskförebyggande aktiviteter ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- *Individanpassad*: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

⁸ <http://www.kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister.1990.html>

Ramverk för beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet

Socialstyrelsen har utvecklat ett ramverk för övergripande beskrivning av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet [8]. Kärnan i ramverket utgörs av de sex dimensionerna av god vård, kompletterat med ytterligare dimensioner som bedöms vara viktiga för att beskriva kvalitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Ramverket baseras bland annat på internationella erfarenheter och OECD:s ramverk⁹ för kvalitet i hälso- och sjukvården.

Figur 1. Socialstyrelsens ramverk för beskrivning av hälso- och sjukvården



Jämförelser på internationell nivå

I rollen som stabsmyndighet behöver Socialstyrelsen ett övergripande perspektiv på hälso- och sjukvårdssystemet. Förhållanden som ingår i den uppföljning av hälsa och vård som sker på internationell nivå behöver uppmärksammas särskilt i denna roll.

På samma sätt som det är viktigt för regionerna att jämföra sig med andra är det på nationell nivå viktigt att se hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar i jämförelse med andra länders system. Den internationella rapporteringen av indikatorer har utvecklats mycket de senaste åren och det finns flera databaser/rapporter dit Sverige levererar data. Ett av de viktigaste arbetena vad gäller indikatorjämförelser är OECD:s rapport *Health at a Glance* [9]. I samverkan med Europakommissionen görs också en särskild rapport vartannat år med analyser av ländernas hälsostatus och systemens prestanda.

⁹ <http://www.oecd.org/health/health-care-quality-framework.htm>

Förutom att Socialstyrelsen levererar data till OECD och andra internationella organisationer deltar myndigheten aktivt i utvecklingen av internationellt jämförbara indikatorer. Det är fortsatt en viktig del av den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdssystemet att det finns en koppling till internationell nivå inom prioriterade områden.

I den årliga öppna jämförelse-rapporten *En god vård?* lyfts internationella jämförelser fram då det är möjligt, med statistik från framförallt Eurostat och OECD. Det förekommer också särskilda initiativ från bland annat OECD om datainsamlingar där Sverige har möjlighet att ta ställning till deltagande. Ett annat exempel på europeiskt samarbete är expertgruppen Health System Performance Assessment (HSPA) där medlemsländerna gemensamt beslutar om områden att studera närmare. Länderna beskriver i en gemensam rapport sina ansatser, utvecklingsarbeten och sätt att mäta på systemnivå. Områden som har beskrivits på detta sätt är bland annat kvalitet i vården, integrerad vård och effektivitet i vården (rapport publiceras under våren 2019). Den rapporten har myndigheten för avsikt att lyfta till diskussion vid ett öppet seminarium hösten 2019, med inbjudna internationella gäster.

Det bör påpekas att internationella jämförelser kräver en särskild försiktighet vid tolkning då data inte alltid är insamlade och beräknade på exakt samma sätt, samt att olikheter i strukturen på hälso- och sjukvårdssystemet kan påverka utfall.

Utveckling av nationell uppföljning för hälso- och sjukvården

Målbild och inriktning

Regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att föreslå hur en nationell uppföljning av hälso- och sjukvården kan utvecklas för att ge regeringen bättre möjlighet att löpande följa vårdens kvalitet och jämlikhet.

Behovet av den skarpare uppföljning som regeringen efterfrågar, accentueras av de genomgripande förändringar som initierats och pågår inom hälso- och sjukvården, bland annat avseende regeringens och huvudmännens satsningar på en god och nära vård, etablering av en regiongemensam struktur för kunskapsstyrning och införande av ett system för koncentrerad vård.

Målbilden för den utvecklade uppföljningen är att den ska ha en tydlig inriktning mot att löpande kunna följa vårdens kvalitet, resultat och jämlikhet, samt identifiera omotiverade skillnader i vårdens strukturer, processer och resultat.

I bakgrunden till uppdraget uppges flera kända utmaningar som föreligger för att möjliggöra utveckling av uppföljningen i den riktning som regeringen önskar. Det finns flera områden där datatillgång och/eller kvaliteten brister. Kraven på de indikatorer som ska användas, möjligheterna att analysera data med beaktande av olika bakgrundsvariabler och hantering av osäkerhet till följd av slumpmässig variation är viktiga faktorer att beakta för att utveckla den nationella uppföljningen. För att den nationella uppföljningen ska kunna belägga och påvisa variation och identifiera oönskade skillnader i vården och i utförandet behövs utveckling av analyser. En uppföljning med denna inriktning ska ge regering och huvudmän ett verktyg som kan användas för en strukturerad dialog om vidare satsningar och förslag för att förbättra vården och göra den mer jämlik.

Ansats för förslagen

Socialstyrelsens förslag till utveckling av den nationella uppföljningen redovisas i det nästföljande avsnittet. Myndigheten avser att vidareutveckla sitt arbete mot en målbild som innebär bland annat att:

- Den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ska kunna belysas ur olika aspekter, oavsett hur verksamheten är organiserad och utförs.
- Hälso- och sjukvårdens insatser ska kunna relateras både till befolkningens behov och aktuella patienter.
- Resultat från den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården ska kunna redovisa variation och skillnader i fråga om resultat, processer och strukturer, och ska finnas öppet tillgängliga för regeringen, myndigheter, huvudmän, medborgare och patienter m.fl.

- Påvisade skillnader ska analyseras vidare och en bedömning göras om de är omotiverade, som grund för förslag till förbättringsåtgärder.
- Underlagen som behövs för regeringens dialog med regionerna ska baseras på rapporteringen från den nationella uppföljningen, och tillsammans med regionernas egen bedömning och analys bidra med såväl goda exempel som förslag på förbättringsåtgärder.

En utgångspunkt för Socialstyrelsens förslag och bedömningar är att myndigheten har ett brett uppdrag som kan bidra till utvecklingen av kunskapsstyrningen och den nationella uppföljningen på olika sätt. Myndighetens instruktionsenliga uppdrag att bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde har en central roll i genomförandet av förslagen och det fortsatta arbetet.

Socialstyrelsen ser flera möjligheter att vidareutveckla myndighetens befintliga uppföljning av hälso- och sjukvården i den anvisade riktningen, och arbeta med de utmaningar som finns i fråga om förutsättningar som behöver finnas på plats. Socialstyrelsen äger heller inte ensamt frågan om hur den nationella uppföljningen ska utvecklas och gestaltas i framtiden.

Förslagen består av delområden som anknyter till Socialstyrelsens befintliga uppdrag, med pågående utvecklingsarbete eller utvecklingsbehov i varierande grad. Inom flera områden bedöms utvecklingen ske successivt.

Förslag

Nedan följer Socialstyrelsens förslag till utveckling inom sju olika områden.

1. Utvecklat samarbete och anpassad rapportering

För att möta inriktningen i den nationella uppföljningen behöver Socialstyrelsen, och även andra intressenter och aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet, utveckla nya arbetssätt och samarbetsformer. Socialstyrelsen har påbörjat arbete med att analysera utvecklingsmöjligheter och genomföra vissa förändringar som är avsedda att stödja utvecklingen i den riktning som regeringen anvisar i uppdraget, bland annat genom anknytningen till det nationella systemet för kunskapsstyrning som är under etablering. Samordning mellan myndigheter är också ett centralt inslag för att få en samlad och gemensam lägesbild på nationell nivå.

Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av fortsatt arbete hos myndigheten men även att stärka dialogen och samarbetet med olika intressenter om den fortsatta utvecklingen inom flera områden.

- Anpassa och vidareutveckla rapporteringen av den nationella uppföljningen för olika mottagares behov i fråga om innehåll och periodicitet. Rapporteringen ska spegla olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.
- Samlad och samordnad rapportering till regeringen från myndigheter. Uppföljning av den svenska hälso- och sjukvården ska även relateras till det internationella perspektivet.
- Bidra till strukturerad dialog med huvudmännen på flera nivåer.
- Vidareutveckla och stärka samarbetet med andra myndigheter samt med nationella aktörer inom ramen för regionernas kunskapsstyrningsstruktur och de etablerade partnerskapen.
- Utveckla befintliga samarbeten med syfte att långsiktigt förbättra förutsättningarna för nationell uppföljning, genom enhetlig begreppsanvändning och struktur m.m.

Anpassad rapportering från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har idag en omfattande rapportering med uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården i olika uppdrag. Myndigheten avser att se över och utveckla rapporteringen med olika inriktning och periodicitet, i de fall då denna inte är styrd av instruktionen eller anvisningar enligt särskilda regeringsuppdrag. Utvecklingen kommer att göras med sikte på att anpassa rapporteringen enligt inriktningen som framgår i uppdraget.

På den nationella nivån finns ett övergripande behov för staten att följa utvecklingen av hälso- och sjukvården i stort mot bakgrund av mål och krav i hälso- och sjukvårdslagen och annan lagstiftning. Det finns också behov av rapportering som ett underlag för att bedöma behovet av hälsopolitiska initiativ, ibland baserat på aktuell uppföljning eller statistik, andra gånger genom en snabb kartläggning av ett aktuellt ämne. Rapporteringen syftar även till att ge huvudmännen information om hur hälso- och sjukvården utvecklas inom deras geografiska områden och vilka förbättringsområden de bör prioritera. Vidare syftar rapporteringen till att ge patienter och allmänhet en god bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen rapporterar idag tematiskt inom flera områden, bland annat för jämlik vård och säker vård. En möjlig vidareutveckling av temarapporter som sätter fokus på kvalitet och jämlikhet kan ta utgångspunkt i nationella kunskapsstöd såsom riktlinjer, vägledningar och vårdprogram. En utgångspunkt kan vara analys av skillnader som pekar på omotiverade skillnader i resultat, struktur och/eller processer.

Rapporteringen behöver utformas bland annat utifrån vilken inriktning och omfattning på analyserna som är aktuella, exempelvis om syftet är att ge en fördjupad beskrivning av nuläget inom ett avgränsat område, eller om fokus ligger på att visa på förändringar över tid. Rapporteringen från uppföljning och utvärderingar ska också anpassas för att beskriva förhållanden som avser systematiska och omotiverade skillnader i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.

En utvecklingsmöjlighet är temarapporter som utgår från de nationella program- och samverkansområden som ingår i huvudmännens samverkan. En fortsatt diskussion med huvudmännen om möjligheterna när det gäller Socialstyrelsens roll avseende rapportering av uppföljning och utvärdering i förhållande till överenskommelser som huvudmännen gör inom kunskapsstyrningsstrukturen är önskvärd. Socialstyrelsen behöver utöver detta säkerställa att rapporteringen även fortsättningsvis kommer att omfatta områden och grupper som det finns särskilda uppdrag om att följa utvecklingen för.

Socialstyrelsen bedömer sammanfattningsvis att den framtida rapporteringen kan bli mer ändamålsenlig genom att en översyn av befintlig rapportering genomförs i dialog med olika intressenter och mottagare – regeringen, patient- och brukarföreträdare, professioner och huvudmän.

Det kan till exempel innebära att vissa typer av rapporter och underlag fasas ut helt, att rapporteringen för vissa delområden integreras, och att frekvensen förändras. Därutöver förväntas en större del av rapporteringen framöver ske via digitala kanaler snarare än traditionella rapporter.

En annan del i utvecklingen mot målbilden handlar om att komplettera rapporteringens faktaunderlag och analyser med intressenternas och mottagarnas egen bedömning och analys av det som framkommer, goda exempel och förslag på förbättringar. Regionala resultatseminarier eller -konferenser med mottagare och intressenter kan vara ett inslag i arbetet med fördjupade analyser och diskussion om bakomliggande orsaker till observerade skillnader, och bidra till att skapa den gemensamma lägesbild som eftersträvas.

Myndigheten avser att bjuda in olika mottagare och intressenter till dialog om vilka förändringar som kan vara ändamålsenliga och prioriterade när det gäller dagens rapportering av uppföljning, som komplement till intressentanalyser som genomförts tidigare.

Samordnad rapportering till regeringen

Av uppdraget framgår att målbilden för den utvecklade nationella uppföljningen är att den ska kunna identifiera både goda exempel och förbättringsområden. Den sammantagna analysen på en övergripande nivå, ska vara en utgångspunkt för dialog på nationell nivå samt regional respektive kommunal nivå. Den kan vara ett underlag för en gemensam av bedömning av hur den aktuella utvecklingen inom hälso- och sjukvården ser ut, och vilka problem och utmaningar som finns.

Socialstyrelsens bedömning är att en strukturerad dialog med huvudmännen underlättas om de statliga myndigheterna är än mer samordnande i fråga om de underlag som tas fram, så att underlagen kompletterar och förstärker varandra. Ett exempel på ett liknande behov av samordning av analys på nationell nivå, för en tydligare och gemensam bild av läget, finns vad gäller statens prognosverksamhet för legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. I detta arbete sker en samordning mellan Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och Socialstyrelsen.

Samordningen av den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården kan ske genom att en myndighet har det samlade ansvaret för rapporteringen till Regeringskansliet av flera myndigheters underlag. Rapporteringen kan ske exempelvis vartannat år och innehålla både kvantitativa och kvalitativa

resultat från den nationella uppföljningen, i en lägesbild och i en analys av bakomliggande orsaker. En annan del av rapporteringen kan innehålla förslag på satsningar för vidareutveckling, samt förslag på hur dessa satsningar kan följas över tid. En gemensam handlingsplan för ett sådant arbete behöver i så fall utvecklas.

Med utgångspunkt från en sådan handlingsplan för hälso- och sjukvården kan myndigheterna få en tydligare roll att bistå i arbetet mot de hälsopolitiska målen genom att de åtgärder som föreslås och genomförs i större utsträckning än idag kan förväntas adressera problem utifrån en gemensam lägesbild.

Socialstyrelsen bedömer att flera delar i myndighetens arbete med utvecklingen av den nationella uppföljningen, och särskilt ansatsen att bidra till en mer samlad och fokuserad rapportering till regeringen, bör ske som en del av det instruktionsenliga uppdraget att bistå regeringen med underlag. Uppdraget kan bidra till att förstärka och utveckla denna roll.

Internationellt perspektiv ska ingå i rapporteringen

Den utvecklade nationella uppföljningen bör tydligare relatera till den uppföljning av hälso- och sjukvården som sker på internationell nivå. Det bidrar till att ge en bild av läget i den svenska hälso- och sjukvården i en global kontext, och kan även bidra med insikter av värde för den fortsatta svenska utvecklingen, utifrån erfarenheter och resultat i andra länder.

EU gör uppföljning av sina medlemsstater bland annat i form av landspecifika profilrapporter för hälsoområdet inom ramen för kommissionens initiativ *Health at a Glance*. Dessa rapporter utkommer vartannat år och ger en kortfattad beskrivning av ländernas hälso- och sjukvård samt en översiktlig analys. I de aktuella landsprofilerna ligger fokus på ländernas hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, primärvårdens starkare roll, nya metoder för att erbjuda en mer sammanhållen vård, planering och prognos av personalbehovet inom vården samt patientinriktade uppgifter i hela EU¹⁰.

WHO har inlett uppföljningen av det globala arbetet med Agenda 2030¹¹, med bland annat målområde 3 (Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar) som ett särskilt viktigt område att bevaka för svensk del.

Strukturerad dialog med huvudmännen på olika nivåer

Av uppdraget framgår att målbilden för den utvecklade nationella uppföljningen är att den sammantagna analysen på en övergripande nivå, ska vara en utgångspunkt för dialog på nationell nivå samt regional respektive kommunal nivå. Goda exempel och förbättringsförslag som tas fram kan bidra till konstruktiva förslag på satsningar för regeringens dialog med huvudmännen.

En utvecklad nationell uppföljning som inkluderar strukturerad dialog ska bidra till att skapa en tydligare - och gemensam - bild av de problem och utmaningar som finns, genom att vara kunskapsbaserad på så sätt att den bygger på data, statistik och analyser som är framtagna på ett transparent sätt inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen.

¹⁰ https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_sv

¹¹ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_11Rev1-en.pdf

Socialstyrelsens bedömning är att en delvis ny typ av uppföljning behöver utvecklas på myndigheten för att på ett strukturerat sätt ta fram och bearbeta underlag från uppföljningen för gemensam dialog med huvudmännen – på olika nivåer. Det kan exempelvis behövas särskilda förstudier tillsammans med huvudmännen för att identifiera och bearbeta förslag.

Samverkan om kunskapsstöd i uppföljning och utvärdering
Socialstyrelsen kommer att vidareutveckla samarbetet med regionernas kunskapsstyrningsorganisation, samt berörda patient- och brukarorganisationer, bland annat när det gäller innehåll och avgränsningar för kunskapsstöd och utvärderingar.

För att Socialstyrelsen ska kunna följa att alla får en god och jämlik vård är det viktigt att utvärderingarna även fortsättningsvis har ett bredare fokus än riktlinjerna.

Avseende arbetet för en mer jämlik vård behöver analyser av omotiverade skillnader i vården vidareutvecklas och fördjupas. Inom vissa områden vet vi också att det finns brister. Det är därför särskilt viktigt att öka kunskapen om hur vården fungerar inom dessa områden. Det kan till exempel handla om:

- Rehabiliteringsinsatser.
- Samverkan mellan vårdgivare.
- Kommunal hälso- och sjukvård.
- Andra områden som inte ingår i riktlinjerna, men som till exempel finns med i nationella vårdprogram.
- Andra områden som ger en bild av behoven hos den aktuella patientgruppen, t.ex. annan sjuklighet eller behovet av LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)- och socialtjänstinsatser.

Ovannämnda områden har i varierande grad ingått i utvärderingarna av följsamhet till riktlinjerna, men avsikten är att Socialstyrelsen ska utveckla dessa områden i kommande utvärderingar. För att följa utvecklingen är det viktigt att regelbundet bland annat genomföra nationella utvärderingar.

Regionernas kunskapsstyrningsstruktur är uppbyggd av ett tjugotal nationella programområden, områden som det i flera fall saknas kunskapsstöd för i form av nationella riktlinjer. Det kan dock finnas andra kunskapsstöd, till exempel i form av vägledningar eller nationella vårdprogram, som kan vara en lämplig utgångspunkt för nationell uppföljning. I dagsläget följer dock inte Socialstyrelsen upp dessa områden på ett systematiskt sätt, så som görs inom områden där det finns nationella riktlinjer.

Socialstyrelsen har genomfört ett arbete för att undersöka hur myndighetens nationella riktlinjer och utvärderingar kan utvecklas för att få större genomslag. Myndigheten har bland annat identifierat behov av att utveckla en mer systematisk process för att identifiera nya områden för nationella riktlinjer, och önskemål om att slå ihop flera riktlinjeområden för att ge möjlighet till bredare och mer tematiska utvärderingar. I utvecklingsarbetet har flera områden identifierats där det finns behov av ett nära samarbete med regionernas kunskapsstyrningsorganisation, bland annat för att identifiera nya områden för nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd. Socialstyrelsen bedömer

att samverka med olika grupperingar inom regionernas kunskapsstyrningsorganisation är central för det fortsatta arbetet med nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen behöver även överväga hur fler av myndighetens produkter kan användas som underlag för den nationella uppföljningen. Exempel på sådana produkter är föreskrifter och vägledningar.

Samverkan för enhetlig begreppsanvändning

Inom partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård finns en överenskommelse 2019 om stöd till nationella utvecklingsarbeten om digitalisering. Nationella utvecklingsarbeten om digitalisering avser bland annat enhetlig begreppsanvändning och standarder enligt Vision e-hälsa 2025¹², och utveckling av en gemensam struktur, enhetliga/etablerade termer och begrepp och kodverk för nationella vårdprogram och -riktlinjer för att underlätta integrering av sådana kunskapsstöd i vårdens informations-system. Partnerskapet ska fungera som en plattform för diskussioner inom detta arbete framöver.

Socialstyrelsen avser att fortsatt bidra till arbetet med enhetlig begrepps-användning och standarder enligt Vision e-hälsa 2025, utifrån befintliga uppdrag om ett nationellt fackspråk för vård och omsorg, enhetliga begrepp och termer samt nationell informationsstruktur. Syftet är att tillsammans med intressenterna arbeta för en större enhetlighet och en tydligare koppling mellan verksamhetsinformationen, som utgör grunden för uppföljning på lokal och regional nivå, till informationsmängder som behöver kunna aggregeras och användas även för nationell uppföljning. Ett exempel på arbetssätt som prövats praktiskt i samarbeten mellan Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, regioner respektive kommuner, innebär praktiskt arbete med termer och strukturering av informationsmängder i lokala system i förhållande till de krav som ställs för rapportering exempelvis till kvalitetsregister, eller för uppföljning av olika typer av kunskapsstöd. Det är särskilt betydelsefullt för att minska risken för olika tolkning, och därmed uppnå jämförbarhet och likvärdig kvalitet på informationen.

En rad arbeten pågår vid Socialstyrelsen för att stödja huvudmännen i olika tillämpningar av det nationella fackspråket, exempelvis Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, uppmärksamhetsinformation, fackspråkliga urval i nationell läkemedelslista, digitalisering av rekommendationer och indikatorer i nationella riktlinjer, en nationell kodverksserver och utredning av ett införande av ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision). Arbetet fortsätter under 2019 med fler områden.

Att nå praktiska överenskommelser på regional och nationell nivå i dessa frågor, särskilt i de fall där det saknas konsensus, etablerade standarder eller tvingande regler, är en utmaning som kräver systematiskt och långsiktigt arbete av både myndigheter och huvudmän. En särskild utmaning ligger även i att hitta en ändamålsenlig och hållbar ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen, med en tydlig struktur för samordnat arbete för kontinuerlig uppdatering av de gemensamma resurserna, och stöd för enhetlig tillämpning.

¹² <https://ehalsa2025.se/>

Målet är en effektivare informationshantering med bättre kvalitet och jämförbarhet för information som ska användas av huvudmännen och för den nationella uppföljningen.

2. Vidareutveckla metoder och arbetssätt

Socialstyrelsen avser att utveckla användningen av olika uppföljningsperspektiv för att belysa dimensioner av god vård och omsorg i uppföljning av hälso- och sjukvården, inklusive jämlik vård. Det finns behov av att även utveckla arbetssätt och metoder för att hitta och belägga skillnader som kan vara omotiverade. Målet är att ta fram en systematik för mer mångfacetterad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården för att ge regeringen och huvudmännen underlag. För att vidareutveckla befintlig uppföljning så den blir än mer användbar i framtiden behöver olika arbetssätt bearbetas vidare och prövas som stöd för återkommande och samlad rapportering.

- Ta fram eller vidareutveckla arbetssätt och modeller som beskriver befolkningens behov av hälso- och sjukvård.
- Vidareutveckla användning av metoder som kan beskriva och belägga variation i fråga om hälso- och sjukvårdens resultat för befolkningen och olika grupper i befolkningen.
- Utveckla metoder, instrument eller konsensusmodeller för att analysera och bestämma vilka skillnader som är omotiverade/motiverade.

Uppföljningsområden i fokus, inte enskilda mått

Data av god kvalitet är grundförutsättningar för att löpande analysera, rapportera och skapa underlag till en mängd olika analysfaktorer inom ett givet uppföljningsområde. Datatillgång och mätbarhet är viktiga att beakta. I vissa fall finns data men inte av tillräcklig kvalitet för att möjliggöra fördjupade analyser, i andra fall finns utvecklingsbehov i fråga om datakällor för olika områden.

Områden som ska följas upp baseras på hälso- och sjukvårdens uppdrag och verksamhet, målen i hälso- och sjukvårdslagen, och behoven i befolkningen. Prioritering av uppföljningsområden kan ske baserat på resultat eller erfarenheter som indikerar problem, särskilda behovsanalyser eller hälsopolitiska prioriteringar. Allteftersom sättet att följa upp anpassas och vidareutvecklas för att kunna belägga skillnader och ange vilka som är motiverade eller inte, kommer antagligen uppföljningsområdena att ändras eller få en annan karaktär.

Beroende på inriktningen på uppföljningen av olika områden, och hur väl det svarar mot regeringens behov, kommer olika mått och indikatorer att kunna kopplas på. Enskilda indikatorer och utfall för dessa utgör endast en delmängd av den information som behövs för att hitta och belägga skillnader, och ge närmare förklaring till orsaker. Det behövs oftast ett flertal indikatorer, andra mått och olika typer av uppgifter för att beskriva och analysera resultat mer ingående.

Bedömningen av vilka uppföljningsområden, indikatorer och andra data som är mest relevanta för att belysa en viss frågeställning behöver göras i flera steg. Uppföljningsområden är områden som bedöms vara eller som kan förväntas bli viktiga att följa upp och analysera för hälso- och sjukvården. Flera systemkomponenter behöver följas upp och ingå som en del av en samlad uppföljning.

Redovisningsgrupper avser grundinformation om de populationer eller underkategorier som bör ingå i den grundläggande analysen. En grundanalys för jämlik vård skulle kunna innehålla redovisning för grupper baserat på geografisk hemvist, region/huvudman, typ av kommun/bostadsområde, kön, åldersgrupp, utbildningsnivå, socioekonomisk status, eller födelseland. Grundanalysen ska kunna ge en bild av om det finns tecken på systematiska skillnader i fråga om jämlik vård ur den aktuella uppföljningsaspekten.

Socialstyrelsen avser att bredda sin rapportering och beskrivningar av utfall för olika grupper, genom komplettering av uppgifter, eller samkörning av data när det är relevant och möjligt. Både kvalitativa och kvantitativa metoder kan behöva användas för analyser.

Här ges ett fiktivt exempel för att tydliggöra de olika analysstegen som beskrivits ovan. I exemplet som utgår från tillgänglighet som uppföljningsområde kan en fördjupad analys göras av förhållanden i regionerna, åtgärder som genomförts och planer för framtiden. En sådan analys och redovisning skulle kunna lyfta fram goda exempel, och ge förslag till nationella eller regionala satsningar för att komma tillrätta med problem.

Tabell 1. Steg för fördjupad analys

– Exempel för uppföljningsområde tillgänglighet

Analyssteg	Metod	Exempel
1. Mätning	Indikator: Redovisningsgrupper för indikator:	Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom tre dagar, i primärvård. Kön, åldersgrupper, födelse-land, utbildningslängd
2. Analys av utfall	Identifiera skillnader inom/mellan redovisningsgrupper	I en specifik region syns skillnad i utfall mellan personer födda i Sverige jämfört med personer födda utanför EU, inom jämförbara åldersgrupper.
3. Fördjupad analys av orsaker till aktuell regions utfall 3:1 Analys utifrån centrala påverkansfaktorer för uppföljningsområdet. (Påverkansfaktorer identifierade genom tidigare genomförda studier och uppdrag inom uppföljningsområdet).	Centrala påverkansfaktorer för uppföljningsområde tillgänglig vård: • Organisering av primärvård i regionen • Antal listade patienter/läkare • Geografisk närhet till primärvård • Primärvårdens öppettider • Tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens • Tillgång till tolktjänst	Utfallet av indikatorn visar på signifikant skillnad mellan personer födda i Sverige och personer födda utanför EU. Analys utifrån centrala påverkansfaktorer visar inga tydliga skillnader mellan grupperna utifrån geografisk närhet till primärvård eller skillnader i primärvårdsenheternas öppettider inom regionen. Däremot har primärvårdsenheterna i vissa områden lägre personaltäthet i förhållande till befolkningens mängden i närområdet. De tre primärvårdsenheter som uppvisar låga personaltäthetssiffror i förhållande till befolkningens mängd är alla belägna i områden med hög andel utrikesfödda.
4. Fortsatt analys för att fastställa orsak till ojämlikt utfall	Intervju med relevanta företrädare för regionen	Vid den fördjupade undersökningen framkommer att personalomsättningen vid de aktuella primärvårdsenheterna varit hög under lång tid, och att flera tjänster för närvarande är vakanta. Bristen på vårdpersonal har lett till längre väntetider för boende i närområdet.
5. Möjliga orsaker och förslag till åtgärder		

Identifiering och bedömning av omotiverade skillnader i vården - en utmaning

Centrala utgångspunkter i samband med analyser och tolkning av hälso- och sjukvårdens resultat är dels frågan om det finns systematiska och omotiverade skillnader, och dels om dessa skillnader bör föranleda åtgärder.

Begreppet omotiverade skillnader kan i sammanhanget avse skillnader i vård och behandling som inte kan förklaras av att patienter har olika vårdbehov eller skilda medicinska förutsättningar. Det vill säga då vissa patienter

inte har tillgång till eller erhåller samma vård som andra patienter trots att de skulle ha lika stor nytta av den [10]. Det kan också avse skillnader som beror av patienters individuella preferenser.

Metod för identifiering och bedömning behöver utvecklas

I samband med ett regeringsuppdrag år 2014 kring fördjupad analys av skillnader i vården, utarbetade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys en analysmodell för att identifiera omotiverade och väsentliga skillnader [10].

Modellen fokuserar på skillnader i vård, behandling och bemötande och utgångspunkten vid framtagandet var de indikatorer och skillnader som tidigare redovisats i Socialstyrelsens rapport Ojämlika villkor för hälsa och vård. Bedömningar huruvida en skillnad är omotiverad eller ej, görs utifrån ett antal modellkriterier som sedan sammanfattas i en poängskala. De skillnader som i rapporten analyseras med hjälp av modellen rör väntetider, läkemedelsbehandlingar, kirurgiska ingrepp samt bemötande. Skillnader i olika typer av hälsoutfall, vårdens resultat samt dödlighet analyseras däremot inte. I rapporten påpekas att skillnader i vård, behandling och bemötande i sin tur kan påverka skillnader i vårdens resultat och hälsa. Jämlikhet i vård, behandling och bemötande betraktas då som en förutsättning för att utjämna skillnader i hälsa och hälsoutfall [10].

Befintliga bedömningsinstrument behöver undersökas vidare. Socialstyrelsen ser begränsningar med den analysmodell som beskrivits ovan. Modellen har i huvudsak tillämpats på indikatorer med koppling till vård och behandling, så som exempelvis väntetider och olika läkemedelsbehandlingar, vilka kännetecknas av att de har tydliga riktlinjer, rekommendationer och målnivåer. För denna typ av tillämpning kan modellen vara ändamålsenlig, men det är oklart huruvida detta tillvägagångssätt är lämpligt för andra typer av indikatorer och områden där det saknas kunskapsbaserade målnivåer.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har inbjudit till metodutveckling på området med anledning av att den framtagna analysmodellen inte är att betrakta som fullständig och komplett [10]. Socialstyrelsen instämmer i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömning att det behövs metodutveckling, och välkomnar en dialog om hur myndigheterna tillsammans kan få till stånd ett sådant arbete.

Förklaringar till omotiverade skillnader måste sökas på flera håll. Avslutningsvis bör även understrykas att beskrivning och tolkning av skillnader kan behöva utgå från både kvantitativa och kvalitativa metoder. Huruvida en uppmätt statistisk skillnad är väsentlig i någon mening, måste även baseras på en kvalitativ bedömning och i dialog med experter inom ett område.

När det gäller orsakerna bakom vad som framstår som omotiverade skillnader behöver dessa undersökas för olika situationer. Skillnaderna kan exempelvis vara ett resultat av skillnader i systemkomponenter så som strukturer och resurser, bland annat tillgång till utrustning, lokaler, och personal med rätt kompetens, eller graden av tillämpning av evidensbaserad kunskap i form av riktlinjer och vårdprogram. Skillnader kan också förklaras av arbetssätt, behandlingspraxis och utförande av vården. Med hjälp av kvalitativa metoder

kan mekanismer bakom olika typer av skillnader visas. Arbetet med fördjupade analyser kring skillnader kan också utvecklas bl.a. genom riktade epidemiologiska studier.

Forum för erfarenhetsutbyte och lärande om analyser

Socialstyrelsen anordnar sedan 2015 ett årligt Analysforum tillsammans med regionerna, med fokus på aktiv dialog och ett gemensamt lärande om analyser och mätmetoder för olika aspekter av hälso- och sjukvården. Olika aktörer, exempelvis forskare, bjuds in till återkommande seminarier för att presentera pågående arbeten och tematiska workshops. Analysforum brukar vara välbesökt och de flesta regioner, liksom Sveriges Kommuner och Landsting och exempelvis Myndigheten för vård och omsorgsanalys har deltagit vid något tillfälle. Uppföljning av tidigare forum har visat att de uppfattas som värdefulla tillfällen att diskutera mätningar och analys, och för att lära av varandra.

Ett forum som detta är i högsta grad även relevant för diskussioner om uppföljning, och har potentialen att framöver i ännu större utsträckning bidra till att utveckla såväl den nationella som den lokala uppföljningen. Detta skulle kunna ske genom att olika aktörer inom hälso- och sjukvårdssystemet delar kunskaper om relevanta uppföljningsområden, mätmetoder och presentationsformer för statistik, samt lära av varandras erfarenheter. Det kan också vara en form för att utveckla och ta diskussioner vidare om exempelvis behovsanalyser och olika metoder som behövs för den nationella uppföljningen. Utöver dialog utifrån arbeten som redan sker hos myndigheter och huvudmän finns det behov av att stärka utbytet med exempelvis forskningsmiljöer och forskare som arbetar med metodutveckling.

Socialstyrelsen ser positivt på att diskutera med regionerna, Myndigheten för vård och omsorgsanalys och Socialdepartementet, om och hur detta forum kan utvecklas vidare för att tillgodose exempelvis behov i fråga om metoder för analyser av komplexa frågeställningar, eller om det finns behov av andra former för dialog och lärande.

3. Resursanvändning i hälso- och sjukvården

- Utveckla uppföljningen av kostnads- och effektivitetsaspekter på hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen avser att vidareutveckla arbetet med fokus på god resursanvändning i hälso- och sjukvården, genom att i större utsträckning tillföra kostnader och analysera effektivitetsaspekter vid nationell uppföljning. En viktig komponent i en nationell uppföljning som ska påvisa skillnader är att tillföra resonemang och uppgifter kring offentliga resurser och kostnader för hälso- och sjukvårdens verksamheter. En god resursanvändning är en del av modellen för nationell uppföljning. I praktiken använder vi olika sätt och datakällor för att tillföra kostnader för verksamhet som utförs i hälso- och sjukvården.

För att följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården behöver uppföljningen information som täcker in och kan belysa kvalitet och effektivitet i sjukvården på olika sätt och för olika målgrupper.

Kvalitet i ett uppföljningsperspektiv handlar bl.a. om de resultat (utfall) som sjukvården åstadkommer, exempelvis om en operation lyckats i klinisk bemärkelse men även patientens upplevelse av resultatet. Resultat i vården är ett vitt begrepp och här ingår exempelvis även förebyggande arbete. Andra viktiga kvalitetsbegrepp är jämlikhet, tillgänglighet, säker, hållbar m.m. Även genererande av ny kunskap och information för utveckling är en väsentlig del, bland annat klinisk forskning och innovationer.

Till de olika kvalitetsbegreppen behöver även resursanvändningen, i någon bemärkelse, kopplas på och beskrivas. När resurserna ingår i resonemang kring uppföljning av hälso- och sjukvården så innefattar uppföljningen även effektivitetsaspekten som i sig är en del av kvaliteten. Sammantaget utgör kvalitetsaspekterna (säker, individanpassad, kunskapsbaserad, tillgänglig, jämlik och effektiv) konceptet god vård och omsorg.

I en del av rapporterna finns begränsade uppgifter om kostnader och kostnadsutveckling för olika områden och insatser. Relativt ofta är dock själva effektivitetsaspekten inte med dvs. resultaten i sjukvården belyses inte med koppling till resursanvändningen. Det finns flera förklaringar till det. En viktig sådan är att det inte finns uppgifter och data tillgängliga kring olika typer av kostnader.

En förteckning över datakällor som används eller kan användas för att tillföra kostnader för hälso- och sjukvårdens verksamheter återfinns i bilaga 2.

Företrädare för kommuner och regioner har i dialoger med myndigheten påpekat vikten av att kunna koppla ekonomiska beräkningar i form av kostnadsanalyser och effektivitetsanalyser, till förslag om utveckling av hälso- och sjukvården. En mångfacetterad analys av resultat och påverkansfaktorer är viktiga för en ökad förståelse. Det innebär att såväl hälsoekonomiska som samhällsekonomiska analyser kan vara relevanta som kompletterande underlag i den nationella uppföljningen.

4. Kommunal hälso- och sjukvård

- Utveckla beskrivning och uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård.

För nationell uppföljning och analys av hur väl hälso- och sjukvårdssystemet som helhet uppfyller mål och krav i hälso- och sjukvårdslagen behöver vissa uppgifter från angränsande verksamheter såsom den kommunala hälso- och sjukvården vara tillgängliga.

Socialstyrelsen har genomfört en förstudie för att undersöka hur myndigheten kan utöka och förbättra stödet till kommunal hälso- och sjukvård [11]. Inriktningen på arbetet har varit att förstärka stödet till kommunerna i rollen som huvudman för hälso- och sjukvården, men också till verksamheter som

utför kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Arbetet har utförts i samverkan med Partnerskapet med Sveriges Kommuner och Landsting och de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS). Resultat och förslag från förstudien redovisas i bilaga 3.

Socialstyrelsen har nyligen fått regeringens uppdrag att fortsätta arbetet med utgångspunkt från förslagen i förstudien, bland annat med att kartlägga och utveckla indikatorer för kvalitet i den kommunala hälso- och sjukvården.

5. Visualisering av data och digital tillgänglighet

- Utveckla den digitala tillgången till data och visualisering av data och statistik.

Socialstyrelsens kommer att utveckla den digitala tillgängligheten till data och andra underlag som behövs för nationell uppföljning och andra ändamål. Det är viktigt att vårdens aktörer på olika nivåer, utvecklare, forskare, media etc. har tillgång till de data de behöver på ett sådant sätt som är mest ändamålsenligt. I Socialstyrelsens uppdrag att erbjuda mesta möjliga nytta med de data vi har ansvar för är visualisering och öppna data viktiga komponenter som vi vill utveckla i samarbete med målgrupperna, inklusive regeringens behov av underlag för en politisk dialog. Det är också viktigt att relevant data kan hämtas hos en oberoende aktör.

Rapportering från myndighetens uppföljning och utvärderingar, presentation av resultat i form av statistik och data på webben, och beställningsverksamhet för data och statistik utgör alla viktiga delar i myndighetens verksamhet för att tillgodose behov av underlag för olika mottagare.

Det ställer krav på en effektiv hantering och flexibla publiceringssätt som underlättar presentation av resultat från rapporteringen på olika sätt. Översiktlig och lättillgänglig presentation av fakta och resultat för riket, som är relevanta för många mottagare, är en viktig funktion. En annan viktig funktion är att användare ges möjlighet att mer ingående utforska data inom ett visst perspektiv eller avgränsa presentationen till en viss kommun eller stadsdel. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med en omfattande förnyelse av den externa webbplatsen för att bättre möta behov hos olika intressenter och användare. De nuvarande verktygen och tjänsterna har begränsningar i fråga om interaktivitet, tillgänglighet och hanterbarhet. Det gäller exempelvis tjänster för statistikpresentation, databearbetning, öppna jämförelser, analyser och utvärderingar.

I ett pågående projekt sker utveckling av funktioner med visuella hjälpmedel för att underlätta användning och tolkning av statistik, jämförelser av data och resultat, samt för att erbjuda stöd för mer utvecklade analyser av data på nationell, regional och lokal nivå.

Exempelvis ska data i form av värden, utveckling och tidsserier bli mer tillgängliga för användare för vidareutnyttjande via API:er (Application Programming Interface). Tekniken möjliggör visning av validerade data från en part (exempelvis indikatorvärden från Socialstyrelsen) hos externa parter i

egna applikationer, och vice versa. Arbetet inkluderar utveckling av dokumentation för att underlätta enhetlig användning av datastandarder för exempelvis datumformat, tidsintervaller och annan metadata, utveckling av nuvarande statistikdatabas, samt funktioner för visualisering av data och statistik.

För närvarande finns statistikdatabasen och rekommendationer i nationella riktlinjer (med tillhörande indikatorer) tillgängliga via Socialstyrelsens API:er för öppna data¹³.

Ambitionen är att på sikt samla Socialstyrelsens digitala tjänster genom bland annat en infrastruktur för API:er, webbtjänster, användningsexempel och manualer/dokumentation, enkelt tillgängligt. Utvecklingen av mer lättillgängliga digitala kanaler och databaserade webbtjänster kommer att innebära större nytta för flera målgrupper och användare, och kan indirekt effektivisera processer och datahantering, samt tjänster som ger stöd och service till användare i innehållsfrågor.

Anpassning och visualisering av resultat - exempel

Visualisering av data och statistik kan användas på många olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, exempelvis för den offentliga debatten, för forskning, för beslutsfattare på olika nivåer och för förbättringsarbete på lokal och regional nivå.

I befintlig rapportering från Socialstyrelsen finns olika exempel på anpassning till mottagare, för att ge överblick och samtidigt möjlighet att ta del av specifika resultat för en viss region eller kommun. Socialstyrelsens aktuella rapportering med fokus på vård och omsorg för äldre, med jämförelser mellan kommuner och län, är ett exempel där resultat från flera olika undersökningar finns samlade och anpassade för olika mottagare¹⁴. Rapporten *Öppna jämförelser – Vård och omsorg till äldre* inkluderar översiktliga resultat per frågeområde för kommunerna, och ger också i en bilaga detaljerade uppgifter redovisade för stadsdelar, kommuner, län etc. [12].

Sedan ett antal år tillhandhåller Socialstyrelsens webbplats ett jämförelseverktyg, där användare kan välja indikatorer och region/landsting för att ta fram diagram och tabeller för de värden man vill visa upp. Man får då även ett jämförelsevärde för riket som referens. Indikatorerna som presenteras är främst hämtade från publicerade öppna jämförelser och täcker därmed inte alla indikatorer som tas fram eller publiceras på myndigheten som helhet. Ett annat verktyg är statistikdatabasen med statistik baserad på Socialstyrelsens hälsodataregister och andra register. Båda dessa verktyg saknar funktionalitet som i högre grad medger interaktivitet för användaren.

Inom ramen för Socialstyrelsens projekt med en ny webblösning, pågår ett arbete med att ta fram tjänster för att visualisera exempelvis indikatordata och statistik från statistikdatabaserna. Målsättningen är att kunna presentera data på ett tydligt sätt utifrån olika teman och ämnesområden. Funktioner ska finnas för att kunna presentera förberedda urval baserade på resultat i rapportering, men också genom att användare får möjlighet att skapa egna urval av diagram och tabeller utifrån sitt eget intresseområde eller ett viss geografiskt

¹³ <http://sdb.socialstyrelsen.se/sdbapi.aspx>

¹⁴ <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/alldreomsorg>

område. För regeringens behov kan särskilda presentationer tas fram efter önskemål.

Resultat för de indikatorer för jämlik vård som har valts ut i denna rapport kommer att ingå som en naturlig del i det underlag som kan uppdateras och visualiseras, tillsammans med övriga befintliga indikatorer. För närvarande ansvarar Socialstyrelsen för årlig uppdatering av ca 90 indikatorer.

Som ett komplement till vissa av de rapporter med indikatorer som myndigheten ger ut finns redan s.k. landstingsprofiler framtagna. Ett exempel på en sådan profil tagen från rapporten En god vård?¹⁵ presenteras i bilaga 5. Det är ytterligare ett exempel på hur visualisering av resultat skulle kunna se ut, i detta fall för ett urval indikatorer och för en viss region.

Ett digitalt anpassat och mer flexibelt system för resultatredovisning och rapportering kommer att ge myndigheten bättre möjligheter att bistå regeringen och övriga mottagare med olika typer av faktaunderlag, inklusive överblick över de viktigaste resultaten för den svenska hälso- och sjukvården.

6. Förvaltning av nationella indikatorer

- Utveckla en modell för förvaltning av nationella indikatorer och värden.

De dominerande källorna till viktiga indikatorer för hälso- och sjukvårdens uppföljning, styrning och förbättringsarbete är Socialstyrelsens hälsodataregister och de nationella kvalitetsregistren. Till detta kommer olika databaser och insamlingar som Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för, så som kostnad per patient -databasen, väntetider i vården, överbeläggningsuppgifter, punktprevalensmätningar (PPM) och nationell patientenkät (NPE). Utöver detta bidrar myndigheter som Statistiska Centralbyrån med viktiga uppgifter om exempelvis befolkningsstruktur och finansiella nyckeltal, samt Folkhälsomyndigheten med uppgifter om befolkningens hälsa.

Indikatorerna tas fram i olika processer beroende på typ av indikator och syfte. Data för indikatorerna publiceras i olika rapporteringar med indikatorbeskrivningar. Resultatet för indikatorerna används också av många andra aktörer när de väl är publicerade. För närvarande uppdateras inte Socialstyrelsens befintliga indikatorbibliotek på webben i avvaktan på en ny teknisk lösning.

Socialstyrelsen publicerar indikatorer som bygger på egna datakällor och som publiceras i myndighetens rapporter samt den officiella statistiken och annan statistik. Alla indikatorer är kvalitetssäkrade i samband med publicering eller grundbearbetningen av myndighetens registerdata. Vi samkör även registerdata för ett stort antal indikatorer. Socialstyrelsen publicerar ett urval av indikatorer löpande och har som ambition att öka aktualiteten på indikatorerna där det är möjligt och önskvärt. Relevant och korrekt data är grunden för allt beslutsfattande och förbättringsarbete. Socialstyrelsen har för avsikt

¹⁵ <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2019-1-20-bilaga.xlsx>

att ta fram en modell för förvaltning, inklusive uppdatering och tillgängliggörande av befintliga nationella indikatorer, som Socialstyrelsen förvaltar och som ingår i myndighetens rapportering. Ett av målen är att skapa en större förutsägbarhet om vilka uppdateringar som planeras, när och var de publiceras. Som en grund för uppföljningen av hälso- och sjukvården bör data för ett flertal indikatorer från de nationella källorna uppdateras återkommande och tillgängliggöras även via API:er för vidareutnyttjande som öppna data. I etablering av en förvaltning ingår att föra dialog med övriga myndigheter och organisationer som ansvarar för nationella indikatorer om en lämplig ansvarsfördelning och samarbete när det gäller exempelvis uppdatering och tillgängliggörande.

7. Utveckling av nationella register och andra datakällor

Utveckling av Socialstyrelsens register

För närvarande är det inte möjligt att med nationella registerdata följa alla delar av hälso- och sjukvården. Det saknas för närvarande lagstöd för att samla personnummerbaserade individuppgifter om primärvården på nationell nivå. I tidigare regeringsuppdrag har Socialstyrelsen föreslagit att förordning (2001:707) om patientregistret bör ändras till att även omfatta primärvård. Initialt skulle det omfatta läkarbesök i primärvården men på sikt även uppgifter om vårdinsatser som utförs av andra yrkeskategorier eftersom det utgör en betydande del av verksamheten. Om det blir möjligt att ta in uppgifter från andra yrkesgrupper inom primärvården så skulle inrapportering även kunna ske från barnhälsovård och ungdomsmottagningar.

Med undantag för primärvård har privata vårdgivare inom den öppna specialiserade vården (läkarbesök) och den slutna vården lagstadgad skyldighet att rapportera data till patientregistret. Det är dock svårt att uppskatta hur heltäckande inrapporteringen är till patientregistret då det saknas ett mer fullständigt nationellt vårdgivarregister.

Inom den öppna psykiatriska vården utförs majoriteten av vårdinsatserna av andra yrkesgrupper än läkare. År 2017 ändrades förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen så att även personuppgifter får behandlas som rör patienter som behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården. Socialstyrelsen arbetar med att ändra i föreskrifterna (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister så att denna förändring får genomslag.

Det nationella patientregistret innehåller bland annat uppgifter om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Uppgifter om denna vård är viktig för att kunna följa vårdens innehåll och utveckling. Kvaliteten på dessa data har under lång tid varit bristfällig. Socialstyrelsen har i två delrapporter till regeringen tagit fram förslag till åtgärder för att förbättra kvaliteten i statistik om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Ett av de mer genomgripande förslagen är ett nytt sätt att dokumentera vården, att införa en nationell beslutsjournal för vårdgivarna att använda. Förutsättningarna för ett sådant obligatorium behöver dock utredas vidare efter som det förutsätter förändringar i lagstiftningen.

Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården kompletteras från och med 2019 med uppgifter om utförda vårdåtgärder. Utvecklingen av registret innebär att det på sikt blir möjligt att beskriva vilka insatser patienter i den kommunala hälso- och sjukvården får och utvärdera vården utifrån aspekter som till exempel kön och utbildningsnivå. Registret kommer dock sakna uppgifter om vårdåtgärder som utförts av privata utförare på grund av att det saknas stöd i nuvarande författning att samla in dessa uppgifter. Det innebär att det kommer att vara svårt att använda registret för regionala jämförelser och forskning. Socialstyrelsen avser att hemställa om att författningen på området ändras så att det blir möjligt att följa upp den kommunala hälso- och sjukvården oavsett utförare.

Socialstyrelsens register över insatser inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård saknar även information om vilka behov det är som ligger till grund för insatserna. Registren kan användas för att beskriva vilka socialtjänstinsatser och vårdåtgärder äldre och personer med funktionsnedsättning har men det går inte att värdera vilka behov insatserna ska tillgodose, och hur god måluppfyllelsen är. Socialstyrelsen har tidigare föreslagit att nuvarande statistikinsamlingar kompletteras med uppgifter om behov i form av bedömt funktionstillstånd klassificerat enligt ICF [13]. För att detta ska vara möjligt måste de förordningar som styr insamlingarna ändras då Socialstyrelsen i dagsläget saknar stöd för att behandla personuppgifter om hälsotillstånd i de berörda registren.

Läkemedelsregistret (LMR) saknar i nuläget information om orsaker till förskrivning av läkemedel. Arbete pågår för att utveckla och förbereda läkemedelsregistret i syfte att hantera uppgifter om ordinationsorsak. Detta i enlighet med vad som föreslås i Ds 2016:44 Nationell läkemedelslista och uppgift om förskrivarsorsak och utvidgat ändamål, samt lagrådsremissen Vissa läkemedels- och apoteksfrågor (dnr S2017/00675/FS). Uppgifter om rekvisitionsläkemedel saknas i läkemedelsregistret, och receptfria läkemedel förekommer enbart om de har förskrivits.

Medicinska födelserregistret (MFR) är en viktig källa för bland annat uppföljning inom mödrahälsovård och förlossningsvård. Det pågår ett utvecklingsarbete som innebär revidering av innehållet och en effektivisering genom digital inrapportering från samtliga regioner. För vissa förändringar krävs ändring av förordning och nya föreskrifter, medan det för andra uppgifter är möjligt att genomföra utan lagändringar.

Data från nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister har startats vid olika tidpunkter på initiativ av professionen, med olika inriktning och frågeställningar i fokus. Deltagandet i kvalitetsregister är frivilligt för patienter, och täckningsgraden i kvalitetsregistren i fråga om hälso- och sjukvårdsverksamheter som rapporterar uppgifter varierar då de inte är obligatoriska register. Det är därför inte självklart att de omfattar alla patientgrupper eller uppgifter som behövs för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Kvalitetsregister som innehåller relevant information men som har låg täckningsgrad är mindre användbara som säkra källor för nationell uppföljning, när syftet är att få fram resultat som är representativa för hela patientpopulationen eller för riket.

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting från 2018 om finansiering av kvalitetsregistren ges staten ett tydligare uppdrag att finansiera och stödja i infrastrukturfrågor. Som exempel på sådana frågor kan nämnas införandet av ett statsbidragssystem för de regionala registercentrumen och olika it-lösningar för in- och utdatahantering. Dessa båda exempel ger möjligheter att skapa en enklare tillgång till kvalitetsregisterdata än vad som är fallet i dag. Det innebär dock att man måste se över en mängd olika frågor om uppdrag, informatik och teknik för att skapa enklare system för datafångst och tillgängliggörande.

I de projekt som pågår är det därför viktigt att säkerställa att Socialstyrelsens behov i rollen som statistikmyndighet och användare av data för uppföljning och nationella utvärderingar också kan tillgodoses både på kort och längre sikt.

Begränsningar och hinder

Nationella och regionala datakällor

Tillgång till information om både befolkningens behov och resultat av patienters kontakter med och erfarenheter av hälso- och sjukvården är en förutsättning för nationell uppföljning av kvalitet i hälso- och sjukvården. Med hjälp av olika nationella register och andra datakällor är det möjligt att i viss utsträckning följa och beskriva hälsa och sjuklighet i befolkningen, patient-sammansättning, vårdkontakter, medicinsk praxis, kvalitet, kostnader och utveckling av hälso- och sjukvårdens verksamhet.

En allt större del av den svenska hälso- och sjukvården bedrivs idag inom öppna vårdformer, och ytterligare förslag till omstrukturering av hälso- och sjukvården är att vänta i framtiden. Det sker en kontinuerlig utveckling av kompetenser och arbetssätt bland vårdprofessioner. Vårdinsatser som tidigare endast förekom vid sjukhus och utförda av en viss profession kan numera planeras och utföras på helt andra sätt, oberoende av fysisk plats, och i vissa fall av patienter själva. Detta ställer andra krav och ger andra informationsbehov än tidigare för att på ett systematiskt sätt följa upp hälso- och sjukvården i sin helhet.

Det finns ingen given eller överenskommen modell för vilka uppgifter som bör ingå i en framtida nationell uppföljning av sådan hälso- och sjukvård som för närvarande ligger utanför det system som omfattas av lagstadgade hälso-dataregister och nationella kvalitetsregister. Förekomsten av frivilliga nationella kvalitetsregister inom olika avgränsade vårdområden styrs av initiativ hos professionerna och är beroende av stöd från huvudmännen och i viss mån bidrag från staten för drift och utveckling. Det är därmed inte givet att sådana register kan tillhandahålla underlag som myndigheterna behöver för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården, med en bredare ansats och med fokus på vårdens resultat ur ett befolkningsperspektiv.

Även beskrivande verksamhetsinformation för olika vårdgivare, som kan ge värdefull kunskap som bakgrund till utfall för vårdens processer, (organisation, personalsammansättning m.m.) finns inte samlad på nationell nivå eller för regionerna.

Uppföljningsmöjligheter för tillgänglighet utredda

Socialstyrelsen fick 2016 i uppdrag att fortsätta utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. I slutrapporten redovisas ingående nuvarande uppföljningsmöjligheter med stöd av olika typer av datakällor, dagens begränsningar och förslag på möjligheter att beakta för att utveckla uppföljningar av tillgänglighet i hälso- och sjukvården [14].

Nationellt vårdgivarregister

Ett heltäckande nationellt vårdgivarregister är nödvändigt för att veta vilka verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård. Det ger till exempel information om vilka vårdgivare som utför hälso- och sjukvård, var vården utförs organisatoriskt, geografiskt, inom vilken typ av verksamhet, driftform (offentlig, offentligt beställd eller helt i privat regi). Socialstyrelsen behöver ha kunskap om vilka verksamheter inom hälso- och sjukvården som har lagstadgad skyldighet att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister för att kunna bedöma och förbättra täckningsgraden, och därmed även användbarheten för de data som ingår i rikstäckande hälsodataregister. Det ger i sin tur underlag för att bedöma täckningsgraden för andra register. Ett exempel på sådan validering är beräkning av täckningsgraden för olika kvalitetsregister i förhållande till det nationella patientregistret.

I dagsläget finns inget heltäckande och centralt register för de myndigheter som behöver informationen för sina uppdrag, utan respektive myndighet håller sin egen förteckning.

Ett samarbete pågår mellan E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting och Region Stockholm för att utveckla en informationsmodell för en gemensam verksamhets- och utförardomän (GIVMO). Syftet är att strukturera och standardisera den information som olika myndigheter har i sina register om verksamheter i vård, apotek och omsorg. E-hälsomyndigheten ansvarar för projektledningen¹⁶.

Utmaningar för enkätundersökningar

Socialstyrelsens enkäter till kommuner har generellt en hög svarsfrekvens även om den sjunkit något under de senaste åren. Även vissa målgrupper har högre svarsfrekvens än andra, exempelvis medicinskt ansvariga sjuksköterskor svarar i högre grad än primärvården.

En aspekt, som kan förbättras är att utveckla undersökningsmetoder i syfte att göra resultaten representativa för hela befolkningen. En förutsättning för sådant arbete är godtagbar svarsfrekvens från respondenter samt att tillräckligt med svar inkommit från exempelvis både mindre städer och storstäder. Inom Socialstyrelsen följs svarsfrekvenser i syfte att följa trender samt undersöka om det finns enkätmottagare som i högre utsträckning än andra inte besvarar myndighetens enkäter.

Enkäter till primärvården besvaras i låg utsträckning, mellan 33 och 42 procent i de senaste fem undersökningarna som genomförts. Delvis kan orsaken vara att e-postregister inte uppdateras tillräckligt ofta, så att enkäter inte når den tänkta mottagaren. Ett aktuellt verksamhetsregister som inkluderar primärvården skulle underlätta arbetet.

Det finns begränsningar i att ta in känsliga personuppgifter samt ställa frågor till enskilda. Socialstyrelsen har i dagsläget inte egna system för att genomföra individundersökningar på ett tillräckligt säkert sätt utan använder sig av institut på marknaden för att samla in individuppgifter.

¹⁶ <https://www.ehalsomyndigheten.se/satsningar/samordning/>

Förväntningarna på att myndigheten ska hämta in uppgifter från enskilda har ökat genom att inriktningen på nya regeringsuppdrag till viss del har ändrats och innehåller mer komplexa frågeställningar. En ny, utökad sekretess för uppgifter i vissa typer av undersökningar genom 7 § i offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) ger sekretesskydd för uppgifter som rör enskilds personliga förhållanden och som är insamlade inom ramen för undersökningar som avser kartläggning, uppföljning, analys eller utvärdering av verksamheter inom Socialstyrelsens ämnesområde.

För att i högre utsträckning kunna inhämta enkätuppgifter från verksamheter och enskilda i framtiden, behöver myndigheten överväga ett eget system framöver. Det behövs även förstärkning med andra resurser för en eventuell utökad enkätverksamhet (exempelvis kompetens, urvalsramar med adresser, logistik för massutskick och skanning).

God och nära vård

Av totalt nästan 69 miljoner besök i hälso- och sjukvården år 2017 gjordes 61 procent i primärvården enligt verksamhetsstatistik från Sveriges Kommuner och Landsting. Knappt hälften av alla primärvårdsbesök skedde hos privata vårdgivare¹⁷.

För närvarande saknas rikstäckande och jämförbara datakällor som kan användas för nationell uppföljning av bland annat primärvårdens innehåll och resultat, och därmed också av primärvårdens bidrag till hälso- och sjukvårdens insatser som helhet. Även för barnhälsovård och ungdomsmottagningar saknas rikstäckande datakällor. Sjukvårdsregionerna har tillgång till egen data för primärvården och i förekommande fall uppgifter om privat verksamhet enligt avtal.

Utredningen om *En god och nära vård* föreslår i sitt delbetänkande³, att den gemensamma färdplanen och målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvårdssystemet fördjupas. Det görs tydligare att primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar med övriga insatser från den specialiserade vården på och utanför sjukhuset samt med övrig kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. Kompetensförsörjning betonas liksom digitalisering, kopplat till Vision e-hälsa 2025.

I Socialstyrelsens yttrande över delbetänkandet *God och nära vård* – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)³ tillstyrker myndigheten utredningens förslag att regionerna ska rapportera in uppgifter från utövare inom primärvården till en nationell databas. Socialstyrelsen anser, i enlighet med tidigare skrivningar och förslag, att en systematisk uppbyggnad av en utökning av patientregistret bör göras för att möjliggöra nationell uppföljning på sikt. Uppbyggnaden ska möjliggöra uppföljning av insatser oberoende av vårdnivå.

Samverkan om förutsättningar för nationell uppföljning av primärvården bör kunna ske genom den nya kunskapsstyrningsstrukturen och dess nationella samverkansgrupper.

Det kan exempelvis handla om behov för digitala kunskapsstöd som underlättar uppföljning och kvalitetsarbete, och stöd för att få kvalitet och jämförbarhet i information exempelvis för nationella indikatorer. Staten kan även

¹⁷ <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html>

vid behov stödja regiongemensamma initiativ till nationell rapportering som kan vidareutvecklas med tanke på att säkerställa nationell täckning och jämförbarhet. Möjligheterna att i framtiden använda regionernas egen rapportering av verksamhetsuppgifter kan vara ett värdefullt inslag, även om det inte ger möjligheter att analysera verksamhetens resultat. Under de senaste åren har Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med regioner vidareutvecklat uppföljning av väntetider i primärvården i befintlig väntetidsdatabas. Uppgifter rapporteras för mottagningar och olika yrkeskategorier. Arbetssättet som använts för att bygga uppföljningen stegvis med lokal förankring är en modell som kan vara användbar inom andra områden.

Socialstyrelsen anser att det behövs en framtida uppföljning som ger en mer heltäckande och kontinuerlig bild av primärvårdens bidrag till en god vård. Det är angeläget att uppföljningen av primärvården integreras i uppföljningen av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet och med god vård i fokus. De övergripande kraven på jämlik, hållbar och effektiv vård gäller även för primärvården.

Konsekvenser för Socialstyrelsens förslag

En utgångspunkt i uppdraget är att den samlade nationella uppföljningen ska utvecklas men inte öka i omfattning eller kostnad. Därmed är de förslag som Socialstyrelsen tagit fram utifrån en första bedömning att de är kostnadsneutrala på kort sikt. Kortsiktigt innebär förslagen ingen ökad uppgiftslämnar-
börda för externa parter.

Huvuddelen av förslagen och utvecklingsarbeten som redovisas avseende Socialstyrelsens egen verksamhet förväntas kunna inrymmas i myndighetens förvaltningsanslag på kort sikt genom omprioriteringar. På längre sikt kan det dock innebära att delvis helt ny verksamhet ska ingå i myndighetens arbete. Det kan bland annat handla om att ansvara för initiativ för pilotstudier tillsammans med huvudmännen, eller att utveckla nya datakällor/register.

De utvecklingsarbeten som pågår i myndigheten och som föreslås kan, beroende på ambitionsnivå, innebära framtida kostnader, men dessa är inte möjliga att beräkna i dagsläget.

Eventuell utökad samkörning av data med personuppgifter innebär mer-kostnader på grund av att datahanteringen debiteras av ansvariga för respektive datakälla, såväl myndigheter som andra organisationer.

På längre sikt kan det finnas behov av en förstärkning hos myndigheten, exempelvis för att tillföra kompetenser eller utveckla nya it-lösningar. Exempel på kompetenser är hälso- och sjukvårdsanalytiker, ekonomer, och informatiker.

En eventuell framtida utökning av datainsamling till nationella register eller enkäter eller uppdrag om andra väsentliga förändringar som rör exempelvis datainsamling, databearbetning och stöd till användare, medför sannolikt behov av särskilda medel.

Regionernas syn på nationell uppföljning

Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har vid ett par tillfällen diskuterat utvecklingsfrågor kring nationell uppföljning med ansvariga för sjukvårdsregionernas analysverksamheter som är representerade i den nationella samverkansgruppen (NSG) för uppföljning och analys, och kanslifunktionen på Sveriges Kommuner och Landsting. Gruppen är en av de nationella samverkansgrupper som huvudmännen etablerat inom den nya kunskapsstyrningsstrukturen.

Inom huvudmännens kunskapsstyrningsorganisation pågår sedan en tid målbildsarbete, och diskussioner om vilka områden som är prioriterade för nationell samverkan mellan regionerna. Aktuella områden av relevans för uppföljningen är bl.a. ett gemensamt ramverk för nationell uppföljning enligt god vård-modellen på systemnivå respektive inom sjukdomsspecifika områden, juridiska frågor om tillgång till data och -hantering, strukturerad information (begrepp, enhetliga definitioner m.m.), användning av öppen data, samt regional och nationell analyskapacitet, kompetens och funktioner för att hantera analys av komplexa frågeställningar. Samverkansgruppens primära roll är att stödja och styra arbeten som bedrivs inom de nationella programområdena.

Avseende området strukturerad vårdinformation planeras arbete både på kort och längre sikt, genom den nationella samverkansgrupp som nyligen inrättats för detta, och bland annat samverkansgruppen för kvalitetsregister. Ett mål är att effektivisera överföring av klinisk information till kvalitetsregister, och förbättra uppföljning baserad på verksamhetsinformation. I planen ingår att samarbeta om en gemensam nationell struktur med enhetliga/etablerade termer, begrepp och kodverk, för att underlätta integrering av nationella riktlinjer/vårdprogram i informationssystem och användas i olika beslutsstöd. Det kan på sikt öka datakvaliteten och förbättra uppföljningen.

Kompetensförsörjning och kapacitet för att både arbeta med analyser för regionernas egen verksamhet och för den nationella samverkan nämndes som en särskild utmaning. Regionerna har olika förutsättningar för detta och myndighetsstöd för analyser och utveckling inom detta område framfördes som ett särskilt behov.

Regionföreträdare i nationella samverkansgruppen för uppföljning och analys framhåller bland annat:

- Att frågorna som de nationella programområdena arbetar med, och de utvecklingsbehov som framkommer där, är en viktig utgångspunkt för samverkan och dialog med staten. Exempelvis i frågor som rör utformning av uppföljning för patientgrupper utöver de som idag ingår i uppföljning med utgångspunkt från nationella riktlinjer.

- Vikten av att myndigheter framöver använder de nationella programområdena för samverkan i frågor som rör uppföljning och analys utifrån ramverket för god vård.
- Behovet av att utveckla ett system för löpande uppföljning av primärvården med indikatorer. De indikatorer och den uppföljning som Socialstyrelsen ansvarar för skulle behöva kompletteras och utvecklas för att kunna beakta resultat i primärvården, om det blir möjligt att samla in sådana uppgifter till ett nationellt hälsodataregister i framtiden.
- Att det finns behov av stöd till regionernas analysverksamheter, exempelvis kring datahantering, komplexa analyser, tolkning av data m.m. där myndigheterna kan bidra i konkreta frågor och utvecklingsinriktat.
- Att fortsatt samverkan med strukturerad och enhetlig information är en viktig förutsättning för effektiv och ändamålsenlig uppföljning på sikt.
- Att systemaspekter på hälso- och sjukvården behöver beaktas i större utsträckning vid uppföljning och analys, både hos huvudmän och myndigheter, såsom kapacitetsfrågor och strukturella aspekter.
- Att ramverket för nationell uppföljning behöver kunna fånga helheten, men att det också behöver utvecklas ett nytt, mer systematiskt arbetssätt för att fånga förbättringsområden inom hälso- och sjukvården.

Bland övriga synpunkter framfördes att utveckling av nationell uppföljning i hög grad handlar om att skapa bättre förutsättningar genom en närmare och mer formaliserad samverkan mellan myndigheter och huvudmän i olika frågor. Det kan ske genom den nya kunskapsstyrningsstrukturens samverkansgrupper och programområden. Resultaten från de aktuella uppdragen hos Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kan eventuellt användas för att inleda en sådan dialog.

Indikatorer av vikt för att följa jämlik vård

I regeringsuppdraget ingår att göra en bedömning och välja ut fem till tio indikatorer som är av särskild vikt för jämlik vård. Dessa ska vara indikatorer där datakvaliteten och tillgången redan idag tillåter jämförelser av god kvalitet och att utfallet kan presenteras tillsammans med djupare analyser av och förklaringsfaktorer till utfallet. Det bör noteras att 5-10 indikatorer endast kan ge en möjlig indikation på områden som behöver följas och analyseras vidare.

Indikatorerna som presenteras är framtagna utifrån kriterierna som anges i uppdraget, med begränsningar som finns vad gäller tillgången till fördjupade studier som krävs för att kunna säga att indikatorerna ger uttryck för stora skillnader avseende jämlik vård. För några av indikatorerna finns sådana skillnader mer utförligt genomgångna, för andra mer begränsat. Gemensamt för indikatorerna är dock att mer fördjupade analyser är möjliga. De flesta indikatorer har register med individuppgifter som grund och kan därmed samköras.

Indikationen som redovisas kan ofta gälla en process som är bredare än själva indikatorn. Det kommer dock alltid att behövas fler indikatorer och andra typer av data och analyser för att ge en mer fullständig och fördjupad bild av hälso- och sjukvården på nationell nivå. I olika delar av systemet behövs olika mycket information och syftet med uppföljningen styr behovet. Det gör också att indikatorer kan behöva omvärderas eller bytas ut efter hand. De kan däremot behöva finnas tillgängliga som referens för att tas upp igen om behov finns. Urvalet som presenteras här för den nationella uppföljningen ska ses som en utgångspunkt för fortsatt arbete och diskussion.

I uppdraget ingår även att lämna förslag på befintliga indikatorer som bör fasas ut och som inte längre bör ingå i den nationella uppföljningen. Socialstyrelsen anser, i likhet med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, att det i nuläget är för tidigt att lämna förslag på indikatorer som inte längre bör användas. Indikatorer som inte ingår i det mindre urvalet kan vara relevanta ur andra perspektiv eller för andra typer av uppföljning.

Indikatorer, inte vilka mått som helst

Indikatorer skiljer sig från andra typer av mått på grund av de krav eller kriterier som ställs på en indikator. Mått eller nyckeltal har oftast inte någon angiven riktning men kan representera viktiga förutsättningar för huvudmännens verksamhet. Befolkningsstruktur, socioekonomi, sysselsättning, geografi, kommutyp, är exempel på faktorer som oftast inte kan påverkas av hälso- och sjukvården, men som är viktiga att beakta som grundförutsättningar för planering och organisering av hälso- och sjukvården. Sådana strukturella faktorer är centrala för att belysa hälso- och sjukvårdens resultat och variationer i dessa.

Indikatorer som avser resultat ska spegla utfall för en viss patientgrupp utifrån uppställda mål, dvs. resultat av allt som genomförts i vården för patientgruppen. Processindikatorer ska spegla de aktiviteter som utförs i vården (genomförande av en viss rekommenderad behandling). Strukturindikatorer avser att spegla förutsättningar som vården kan påverka (bemanning, kompetens, utrustning).

Indikatorer används för att stödja huvudmän och utförare i sjukvårdsregioner i deras arbete med att förbättra verksamheterna, för att på så sätt uppnå en god vård och omsorg. Det uttryckliga syftet med utveckling av indikatorer har varit att skapa verktyg som ger verksamheter *indikationer* om resultat, för egna analyser och förbättringsarbete etc.

De kriterier som Socialstyrelsen använder för indikatorer är att de:

- ska ange riktning, dvs. att höga eller låga värden indikerar ”bra eller dålig” kvalitet och/eller effektivitet,
- ska vara relevanta och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra, och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet,
- ska vara valida, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år,
- ska vara vedertagna och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren),
- ska vara påverkbara så att en huvudman eller utförare ska kunna påverka indikatorns utfall,
- ska vara mätbara och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.

När indikatorer ska kartläggas och tas fram i ett projekt sker bedömning och prövning av indikatorerna utifrån kriterierna ovan. Bedömningen är olika omfattande beroende på om det är en redan befintlig indikator eller om en helt ny ska utvecklas.

Ett sätt att strukturera uppföljning och analys som Socialstyrelsen använder sig av är att dela in indikatorer efter om de beskriver resultat, process eller struktur. Resultatindikatorer syftar till att mäta ett önskat tillstånd, exempelvis befolkningens hälsa, resultatet av en vårdåtgärd eller patientens nöjdhet med en vårdepisod. Processindikatorer mäter exempelvis i vilken utsträckning en rekommenderad metod används i hälso- och sjukvården och kan därmed mäta vårdens kvalitet och kostnadseffektivitet. Strukturindikatorer kan beskriva geografiska förutsättningar, befolkningens utbildningsnivå, personalens kompetens, tillgång till vårdplatser, utbud av vårdtjänster, etc. och vara av betydelse vid analys av flera aspekter av en hållbar hälso- och sjukvård.

Utfasning av indikatorer

Det kan finnas olika skäl till att fasa ut indikatorer helt, att avstå från att samla in nya data eller att rapportera aktuella värden som finns.

Många indikatorer är baserade på data av trögrörlig karaktär, vilket innebär att de förhållanden som de avser att mäta förändras långsamt. Med anledning av detta bedömer Socialstyrelsen att rapportering av vissa indikatorer inte behöver ske alltför frekvent och kanske även under en period fasas ut ur den nationella rapporteringen. Detta bör ske efter diskussion och förankring med regionala representanter och forskare och även med hänsyn tagen till frekvens för den internationella rapporteringen. Idag finns ingen formaliserad nationell process för sådana återkommande samråd.

En anledning till att inte rapportera resultat för en viss indikator frekvent kan vara att utvecklingen under en lång tid varit god och stabil, med liten variation. Ytterligare ett skäl kan vara att vissa indikatorer som införts som incitament i samband med särskilda satsningar och därefter förlorat sin relevans för uppföljning, om målet med satsningen anses uppnått. Sådana indikatorer kan behöva fasas ut ur den nationella rapporteringen.

Att indikatorer tas bort i rapporteringen behöver däremot inte betyda att de inte uppdateras eller inte finns i olika system där de fortsatt fyller en funktion. I de fall data för indikatorerna inte samlas in genom redan existerande register, utan med enkäter eller till exempel punktprevalensstudier kan däremot en utfasning innebära att både inrapportering och resultatrapportering försvinner. Därmed är det viktigt att det finns konsensus hos olika intressenter om vilka indikatorer som bör finnas för nationell uppföljning och vad som kan vara lämplig uppdaterings- respektive rapporteringsfrekvens.

En process för att skapa konsensus om detta kan behöva diskuteras i förhållande till ansvaret för förvaltning av indikatorer och data hos de aktörer som äger datakällorna och/eller ansvarar för rapporteringen.

Urval av områden och indikatorer för nationell uppföljning av jämlik vård

Sedan 2016 har Socialstyrelsen publicerat rapporten *En god vård?* inom ramen för öppna jämförelser. Inför rapportens första publicering togs en modell fram som ett ramverk för uppföljning och rapportering av hälso- och sjukvårdens utveckling på ett övergripande plan. Ett urval av ett 50-tal indikatorer gjordes utifrån sex fiktiva frågeställningar ur ett medborgarperspektiv. Arbetet skedde i samverkan med experter, Sveriges Kommuner och Landsting, Folkhälsomyndigheten m fl. Urvalet har även i efterhand diskuterats i samband med presentationer av resultat i olika sammanhang.

Urvalet av indikatorer för denna rapport är till stor del baserat på detta större urval och med utgångspunkt från följande kriterier:

- indikatorerna ingår i ett större urval som är framtaget tidigare i samverkan med intressenter,
- data av tillräcklig kvalitet finns och kan redovisas på region-/länsnivå,
- relevanta för uppföljning av jämlik vård,
- vissa analyser finns, i några fall mer ingående,
- kompletterande analyser kan utvecklas för regeringens behov.

Även möjligheten att göra löpande uppföljningar har vägts in i bedömningen av vilka indikatorer som har varit lämpliga. Fokus ligger på resultat-indikatorer utifrån en bedömning att hälso- och sjukvårdens resultat är viktigast ur ett medborgar-/befolkningsperspektiv. Goda strukturer och processer är förutsättningar för att ett gott resultat ska kunna uppnås och behöver också följas upp och utvärderas. Som tidigare nämnts i rapporten gör Socialstyrelsen redan mycket arbete vad gäller uppföljning och utvärdering.

Olika kriterier kan användas för att bedöma lämpligheten hos olika mått och indikatorer, beroende på vad resultaten ska användas till, vilken eller vilka nivåer som ska belysas etc. Tillämpning av de ovannämnda kriterierna har inneburit flera begränsningar för urvalet av indikatorer. För de utvalda indikatorerna finns indikationer på skillnader som i flera fall kan analyseras vidare utifrån jämlikhetsperspektivet.

För vissa indikatorer ger vi exempel på resultat från analyser data där syftet varit att belysa resultat för vissa specifika patientgrupper ur ett jämlikhetsperspektiv, och där stora skillnader observerats.

Utveckling av nya övergripande indikatorer och förslag på mer mångfaceterade analyser, till exempel för att även kunna bedöma om skillnader är omotiverade, behöver föregås av diskussioner med intressenter och experter på olika områden, där metoden för framtagande av indikatorer för utvärdering av nationella riktlinjer kan vara ett möjligt arbetssätt.

Det finns två viktiga och tydliga uppföljningsperspektiv i det ramverk för uppföljning av hälso- och sjukvården som beskrivs under rubriken *Ramverk för beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet* i rapporten, som inte finns belyst i urvalet. Dessa är hållbarhet (resilience) och effektivitet. Det finns pågående utvecklingsarbeten för att se hur dessa områden skulle kunna mätas med hjälp av indikatorer, men vi har inte tillgång till sådana mått för närvarande. Inte desto mindre är naturligtvis dessa områden högst relevanta att följa, inte minst i ett nationellt perspektiv, om hälso- och sjukvården ska klara sitt uppdrag i framtiden med ett stort behov av vård och omsorg, med jämlikhet i fokus.

I fråga om jämlik vård finns det vissa grundfaktorer som inte kan studeras med registerdata, eftersom det rör individuppgifter som inte ska finnas registrerade (etnicitet, könsidentitet, sexuell läggning m.m.) För att undersöka om vården är jämlik måste i så fall andra metoder användas för insamling av uppgifter som kan analyseras.

För att kunna bedöma hälso- och sjukvårdssystemets funktionalitet är det viktigt att kunna göra internationella jämförelser. Därför har vi tagit hänsyn till indikatorer som rapporteras i internationella sammanhang när vi har gjort vårt urval. En av de största aktörerna internationellt när det gäller indikatorer för hälso- och sjukvård är OECD som regelbundet publicerar *Health at a Glance* [9] och dit Sverige levererar mycket data. Rapporten har utvecklats under många år och Sverige har också bidragit till den utvecklingen. Andra aktörer som också samlar statistik och/eller indikatorer på internationell nivå är till exempel WHO, Eurostat och NOMESKO (Nordiska medicinalstatistiska kommittén).

För urvalet som presenteras finns kortfattade indikatorbeskrivningar, möjliga redovisnings- och analysnivåer baserat på tillgängliga datakällor samt

hänvisning till resultat från tidigare rapporter från Socialstyrelsen eller andra källor.

Uppföljning av systemkomponenter i hälso- och sjukvården

Det är viktigt att uppföljningssystemet också följer centrala systemfaktorer för svensk hälso- och sjukvård. Uppföljningsområdena som föreslås här för jämlik vård kan därför behöva kompletteras med andra, för att även spegla systemfaktorernas betydelse för utvecklingen på olika nivåer i hälso- och sjukvården.

Urval av områden och indikatorer

De flesta indikatorer i urvalet är resultatindikatorer. Att välja ut 5-10 processindikatorer för uppföljning av jämlik vård och samtidigt täcka hela hälso- och sjukvårdssystemet bedöms inte vara möjligt eller ändamålsenligt. När man bedömer resultat och utfall bör det dock finnas en förståelse för att inte bara vården utan även andra samhällsaktörer har ett folkhälsoansvar när det gäller att påverka levnadsvanor, skapa trygga miljöer och generellt arbeta för att förebygga sjukdom och ohälsa.

De områden som Socialstyrelsen har valt att fokusera på i denna rapport är:

- Tillgänglighet.
- Hälsoutfall/dödlighet.
- Prevention/hälsofrämjande åtgärder.
- Läkemedelsanvändning.
- Patientsäkerhet.

Resultatredovisning med exempeldiagram för samtliga indikatorer som presenteras återfinns i bilaga 4.

Indikatorbeskrivningarna nedan är mycket kortfattade. Socialstyrelsen har tagit fram en mall för beskrivningar som används för indikatorer som rapporteras i öppna jämförelser och i utvärderingar baserade på riktlinjer.

Tillgänglighet

Begreppet tillgänglighet är mycket brett och kan tydligt kopplas till två kapitel i hälso- och sjukvårdslagen, som säger att vården ska var lätt tillgänglig respektive erbjuda en vårdgaranti. Möjligheten att följa upp vårdgarantin har Sveriges Kommuner och Landsting utvecklat under åren genom tillskapandet av Väntetidsdatabasen och regionerna följer själva detta. Jämlikhetsaspekterna på regionala skillnader respektive könsskillnader när det gäller väntetider finns relativt väl representerade i olika typer av uppföljningar.

Ett annat sätt att se på tillgänglighet är befolkningens uppfattning om tillgången till vård när man behöver. Den aspekten följs upp i Hälso- och sjukvårdsbarometern¹⁸. Till Eurostat redovisar Sverige också data om andel i befolkningen som har avstått från vård på grund av kostnad, avstånd, eller väntetid. Den undersökningen visar att det totalt är 1,5 procent i Sverige som uppger att de har avstått av de skälen. Datakällor om tillgänglighet utgörs

¹⁸ <https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/halsoochsjukvardsbarometern.758.html>

nästan uteslutande av uppgifter från befolknings- eller patientenkäter, vilket begränsar möjligheterna att bryta ner data på olika redovisningsnivåer. I patientregistret (PAR) kan för närvarande väntetider till första läkarbedömning vid akutmottagningsbesök mätas.

Tillgänglighet är ett område där Sverige ofta har ett sämre resultat jämfört med andra områden i internationella jämförelser, exempelvis när det gäller väntetider¹⁹. Tillgänglighet handlar ofta om strukturer (utbud, kapacitet, personaltillgång) eller om vårdens processer. Ytterligare en aspekt på tillgänglighet är hur tillgänglig informationen om vården är eller upplevs vara.

Indikator 1. Operation inom 90 dagar (andel operationer/åtgärder i planerad specialiserad somatisk vård inom 90 dagar)

- Datakälla: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting. Månadsvis rapportering.
- Tillgänglig redovisningsnivå: Region.

Kommentar: Indikatorn redovisar andelen operationer eller andra behandlingsåtgärder där patienterna väntat högst 90 dagar inom specialiserad vård, av det totala antalet genomförda operationer och åtgärder, vilket fastställs i vårdgarantin (hälso- och sjukvårdslagen(2017:30)). Indikatorn har följts under flera år och tidigare redovisningar har förutom en tydlig säsongsvariation, även visat på variationer mellan regioner [15, 16]. Även flera andra typer av tillgänglighetsstudier och uppföljningar har visat på stora skillnader mellan regioner när det gäller väntetider till operation och andra behandlingar [14, 17, 18].

Ytterligare analyser skulle vara av intresse men möjligheterna är begränsade pga. att indikatorn inte avser individdata. Det kan särskilt vara av vikt att undersöka huruvida det finns några grupper som konsekvent får vänta omotiverat länge, med avseende på diagnos, ålder, kön, socioekonomi exempelvis. Uppgifter om regionala förhållanden som kan visa på orsaker till skillnader skulle behöva tillföras, exempelvis i fråga om remissförfarande, kapacitet/tillgång till personal eller andra strukturella faktorer.

Hälsoutfall/dödlighet

Enligt kap 3 i hälso- och sjukvårdslagen är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Att i en nationell uppföljning av hälso- och sjukvården följa upp hälsoutfall ur ett jämlikhetsperspektiv är därmed nödvändigt och självklart. Det vanligaste sättet att följa upp hälsoutfall på är att studera dödlighet eller överlevnad på olika sätt. Detta är också ett vedertaget sätt internationellt, då många länder har den möjligheten.

Ett annat tillvägagångssätt är att fråga patienterna om de anser att deras hälsa förbättrats genom den vård de har fått, till exempel mätt med patientrapporterade hälsorelaterade utfallsmått (PROM). Användningen av patientrapporterade hälsorelaterade utfallsmått i uppföljningen på nationell nivå är fortfarande under utveckling.

¹⁹ Euro Health Consumer Index 2018. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

Dödlighet som mått används både i Sverige och internationellt dels för att följa dödligheten i olika sjukdomar i befolkningen som helhet, dels för att följa dödligheten bland de som vårdats för en viss sjukdom, under en begränsad tid efter sjukhusvistelsen – ofta 28 eller 30 dagar. Vanligt är också att ett antal diagnoser slås ihop för att visa på dödlighet som borde kunna påverkas av hälsopolitiska åtgärder (s.k. åtgärdbar hälsopolitisk dödlighet) respektive dödlighet som borde kunna påverkas av medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling (s.k. sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet). Åtgärdbar dödlighet är indikatorer som redovisas och har redovisats länge både i Sverige och internationellt.

En annan aspekt av dödlighet som har bäring på jämlik vård, är överdödlighet i vissa grupper. Socialstyrelsen har bland annat redovisat överdödligheten för personer med samtidig psykisk sjukdom, men även diabetes. Det innebär att personer med dessa diagnoser dör i högre utsträckning i exempelvis hjärtrelaterade sjukdomar än personer utan dessa diagnoser.

Indikator 2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. (antal döda per 100 000 invånare 0-74 år för ett urval av dödsorsaker)

- Datakälla: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.
- Tillgänglig redovisningsnivå: Region, kön, utbildningsnivå, psykisk sjukdom, vissa somatiska sjukdomar. Finns även redovisat på europeisk nivå av Eurostat.

Kommentar: Indikatorn har redovisats under flera år och visar förtida dödlighet i ett antal dödsorsaker relaterade till diagnoser som bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Exempel på dödsorsaker som ingår är hjärtinfarkt, stroke, diabetes, lunginflammation och olika typer av cancer. Urvalet av orsaker överensstämmer med det som Eurostat använder.

Tidigare redovisningar har visat att den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten generellt sett är högre bland män än bland kvinnor [16]. Dödligheten ser dock olika ut för respektive kön då de ingående dödsorsakerna studeras separat. Män har exempelvis en tydligt högre förtida dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom och stroke, medan det nästan uteslutande är kvinnor som dör till följd av bröstcancer. De senaste 20 åren har den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten minskat bland båda könen. Det finns samtidigt skillnader mellan olika regioner, något som är mest påtagligt bland män. Indikatorn har även analyserats i förhållande till utbildningsnivå. För både män och kvinnor kön finns ett tydligt mönster där den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten är högre bland dem med kortare utbildning [15].

Då data kommer från Dödsorsaksregistret finns goda möjligheter att göra fördjupade analyser utifrån flera jämlikhetsaspekter. Utöver detta sammanstatta mått finns ett flertal andra indikatorer som speglar dödlighet och som publiceras i offentlig statistik och olika uppföljningsrapporter. Då en stor del av de dödsfall som innefattas i indikatorn gäller ischemisk hjärtsjukdom, stroke och vissa typer av cancer, kan indikatorer som särskilt belyser dessa diagnosgrupper vara av särskilt intresse.

Indikator 3. Relativ femårsöverlevnad cancer, flera cancerformer

- Datakälla: Cancerregistret, Socialstyrelsen.
- Tillgänglig redovisningsnivå: Kön, region.

Kommentar: Indikatorn mäter överlevnad fem år efter cancersjukdom, exklusive bröstcancer, prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom för personer som var mellan 30 och 89 år när sjukdomen upptäcktes. Måttet har följts under flera år och visat klara tendenser till en positiv utveckling med en förbättrad femårsöverlevnad för både kvinnor och män. En klar förbättring syns även för de flesta regioner [15, 16].

Ökad kunskap, bättre behandling och bättre möjligheter att upptäcka sjukdomen i ett tidigt stadium har lett till att chansen att bli fri från en cancersjukdom ökat under de senaste årtiondena. Trots detta är cancer ännu, efter hjärt- och kärlsjukdomar, den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige, vilket gör indikatorn viktig att följa. Tidigare redovisningar uppdelade på socioekonomiska grupper i befolkningen har inte visat på några uppenbara skillnader mellan olika grupper då alla cancerformer studeras tillsammans. Då olika utvalda cancerformer analyseras separat, finns däremot klara skillnader mellan grupperna när det gäller överlevnad, med en tydlig gradient med bättre överlevnad i den socioekonomiskt starkaste gruppen [19].

Eftersom data kommer från ett av hälsodataregistren finns goda möjligheter att göra fler fördjupade analyser med andra jämlikhetsaspekter i fokus.

Indikator 4. Självmod i befolkningen (andel självmod och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare)

- Datakälla: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.
- Tillgänglig redovisningsnivå: Region, kön, utbildningsnivå, åldersgrupper. Finns även redovisat (enbart säkra suicid) på europeisk nivå av Eurostat.

Kommentar: Indikatorn har redovisats under flera år och innefattar både konstaterade självmod och dödsfall med oklar avsikt. Tidigare redovisningar har visat att självmod är vanligare bland män än bland kvinnor. Det finns även ett tydligt mönster som visar att självmod oftare förekommer bland personer med kortare utbildning i jämförelse med bland dem med längre utbildning [15, 16]. Suicid är även vanligare bland äldre åldersgrupper än bland yngre.

Till skillnad från andra indikatorer som visar dödlighet i befolkningen, märks inte någon minskning av dödligheten för denna indikator, något som gör den än mer viktig att följa. För att få en tydligare koppling till sjukvårdens möjlighet att påverka kan man i en fördjupad analys studera suicid som har begåtts kort tid efter kontakt med somatisk och/eller psykiatrisk sjukvård. Begränsning: Internationellt följs ibland suicid som begåtts under slutenvård. Detta är inte möjligt att via register följa i Sverige på ett tillförlitligt sätt. En förändring av Lex Maria har också försvårat möjligheten att via dessa anmälningar följa självmod som begåtts inom ramen för en pågående vårdkontakt.

Hälsofrämjande/prevention

Enligt kapitel 3 § 2 i hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Preventivt arbete delas vanligen upp i två nivåer, primär- respektive sekundär. Ibland läggs också nivån tertiärprevention till. Primärprevention innebär förebyggande åtgärder för att förhindra uppkomst av sjukdom eller skador²⁰. Sekundärprevention innebär förebyggande åtgärder för att i tidigt skede förhindra en negativ utveckling av fysiska, psykiska eller sociala problem, förhindra återinsjuknande i tidigare genomliden sjukdom eller förhindra att latent sjukdomstillstånd utvecklas till kliniskt fastställd sjukdom²¹.

I många av de uppföljningar och utvärderingar som har gjorts de senaste åren har Socialstyrelsen kunnat konstatera att de preventiva åtgärder som rekommenderas i riktlinjer och andra dokument följs i mycket olika utsträckning i regionerna, men sammantaget finns en stor utvecklingspotential generellt sett. Vaccination är ett primärpreventivt område där Sverige har en god täckning, och därmed ett bra primärpreventivt arbete, när det gäller till exempel MPR-vaccination (mässling (morbilli), påssjuka (parotit) och röda hund (rubella)) av barn. Det primärpreventiva arbete som handlar om att förebygga ohälsosamma levnadsvanor visar inte samma goda resultat.

Indikator 5. Fysisk inaktivitet vid diabetes

- Datakälla: Nationella diabetesregistret.
- Tillgänglig redovisningsnivå: Kön, region.

Kommentar: Personer med diabetes kan sänka sitt HbA1c-värde och minska risken för komplikationer genom att kombinera fysisk aktivitet med bra kost. Fysisk aktivitet är en central del av diabetesbehandlingen och det är därför viktigt att vården ger stöd till patienten.

I kvalitetsregistret Nationella diabetesregistret (NDR) registreras uppgifter om fysisk aktivitet motsvarande 30 minuters promenad. Uppgifterna baseras inte på patientenkäter utan fångas upp genom att vårdgivaren anger det svarsalternativ av fem möjliga som passar bäst. Uppgiften kan därmed ses som en skattning som påverkas av både patientens och vårdgivarens definition av fysisk aktivitet. Indikatorn visar andelen patienter som är fysiskt inaktiva bland dem som det finns uppgift om. Att vara fysiskt inaktiv innebär här att man aldrig eller mindre än en gång i veckan utövar fysisk aktivitet motsvarande 30 minuters promenad.

Tidigare redovisningar har visat små skillnader mellan könen på riksnivå, där en något högre andel kvinnor än män är något mer fysiskt inaktiva. Skillnader finns även mellan regioner [15, 16].

Patientsäkerhet

I Patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL) finns mer specifika bestämmelser om patientsäkerhet i vården, där hälso- och sjukvårdslagen är mer övergripande. Definitionen av patientsäkerhet i lagen är ”skydd mot vårdskada”. Inom ramen för god vård-området säker vård har Socialstyrelsen valt att

²⁰ <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=407&SrcLang=sv>

²¹ <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=412&SrcLang=sv>

vidga perspektivet från att fokusera på förekomsten av vårdskador (resultatmätt) till att även inkludera processer som förebygger vårdskador (processmätt) vilket inkluderar strukturella förhållanden som kan påverka förekomsten (strukturmätt). I rapporten *Säker vård – en indikatorbaserad uppföljning (2016)* inkluderades även generella indikatorer som avspeglar förhållanden som kan påverka hur säkert vården bedrivs [20].

Indikator 6. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor (andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor)

- Datakälla: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.
- Tillgänglig redovisningsnivå: Region, sjukhus, utbildningsnivå, födelsebakgrund, ålder.

Kommentar: Indikatorn har redovisats regelbundet under flera år och har bland annat visat på variationer mellan olika regioner och sjukhus [6]. Variationerna tyder på att frekvensen för grad III och IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas. Indikatorn har även studerats i relation till kvinnors utbildningsbakgrund, vilket visat att bristningar är något vanligare bland förstföderskor med eftergymnasial utbildning än bland kvinnor med kortare utbildning [7, 16].

Det faktum att kvinnor med eftergymnasial utbildning i regel är äldre än andra när de föder sitt första barn och då ofta föder större barn kan troligtvis ligga bakom en del av skillnaden. Tidigare analyser visar även på skillnader med avseende på mödrars födelsebakgrund, där risken att drabbas av bristningar är signifikant högre (23 procent) bland förstföderskor födda utanför Norden i jämförelse med förstföderskor födda inom Norden [6]. Fördjupade analyser med ytterligare nedbrytning av kvinnornas födelsebakgrund visade bland annat att kvinnor födda i afrikanska och asiatiska länder, i högre utsträckning drabbas av bristningar än inrikes födda [7]. Också i en mer omfattande fördjupningsstudie av förlossningsvården i Sverige konstaterades att kvinnor födda i Afrika söder om Sahara löpte större risk att drabbas av svåra bristningar än andra grupper. Detta gällde även efter att man kontrollerat för maternella faktorer samt socioekonomisk bakgrund [21].

Indikator 7. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng hos nyfödda)

- Datakälla: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
- Tillgänglig redovisningsnivå: Region, födelsebakgrund

Kommentar: Indikatorn visar andelen barn som fem minuter efter födelsen har en poäng under 7 på den så kallade Apgar-skalan som används för att bedöma hälsotillstånd hos nyfödda. Indikatorn har redovisats regelbundet under flera år och har bland annat visat på variationer mellan olika regioner [15, 16]. Indikatorn har tidigare även analyserats i förhållande till kvinnors födelsebakgrund. Resultaten visade att andelen barn med låg Apgar-poäng (< 7) var något högre bland kvinnor födda utanför Norden jämfört med Nordenfödda kvinnor [7]. I en fördjupningsstudie av förlossningsvården i Sverige konstaterades också att barn till kvinnor födda i Afrika söder om Sahara hade

en kraftigt ökad risk för låg Apgar-poäng, även efter kontroll för socioekonomiska faktorer. Resultaten visade även på samband mellan moderns utbildning och låg Apgar-poäng, där barn till lågutbildade kvinnor löpte en större risk för låg Apgar-poäng i jämförelse med barn till högutbildade kvinnor [21].

Då data kommer från ett av hälsodataregistren finns goda möjligheter att göra fler fördjupade analyser med andra jämlikhetsaspekter i fokus.

Indikator 8. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter (antal överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser)

- Datakälla: Månadsvis datainsamling, Sveriges Kommuner och Landsting
- Tillgänglig redovisningsnivå: Region

Kommentar: Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en plats som inte uppfyller kraven för en disponibel vårdplats²². Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten²³.

Det finns flera patientsäkerhetsrisker kopplade till överbeläggningar och utlokaliseringar. Indikatorn följs regelbundet och har tidigare visat tydliga säsongsvariationer samt på variationer mellan regioner [15, 16]. Det finns flera patientsäkerhetsrisker kopplade till överbeläggningar och utlokaliseringar. En överbelagd vårdavdelning kan medföra att patienter vårdas på en plats som inte har den medicinska utrustning som behövs, samt en arbetsmiljö som ökar risken för vårdskador bland patienterna. Det är dubbelt så vanligt att en utlokaliserad patient drabbas av en vårdskada i jämförelse med icke utlokaliserade [22]. Markörbaserad journalgranskning har visat samvariation mellan vårdskador och utlokalisering [23].

Läkemedelsbehandlingar

Detta område är av en annan karaktär än de övriga. Läkemedelskonsumtion och behandlingspraxis är viktiga aspekter att följa av många olika anledningar. Dels ur ett patientsäkerhetsperspektiv men även utifrån att det ofta finns starka rekommendationer om hur läkemedel bör användas och att det finns goda möjligheter till uppföljningar med hjälp av register och stora skillnader har i vissa fall redan påvisats. Förutom detta är miljö- och kostnadsaspekter viktiga delar.

Indikator 9. Långvarig behandling med lugnande medel eller sömnmedel.

- Datakälla: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
- Tillgänglig redovisningsnivå: Region, kön, utbildningsnivå

Kommentar: Indikatorn visar antalet långvariga användare av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel i åldrarna 20–79 år per 1 000 invå-

²² <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=507>

²³ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fterm=dXRs2thbG1zZXJhZCBwYXRpZW50&fscLang=sv&trgLang=en&fSubject=>

nare. Med långvariga användare avses här individer som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad dygnsdos (DDD) per dag under ett år. I sammanhanget bör påpekas att det i dagsläget inte finns någon fastställd rekommenderad nivå för hur denna konsumtion bör se ut.

Indikatorn har följts under flera år och redovisningen från den senaste mätperioden visar att antalet långvariga användare av bensodiazepiner minskat något i riket som helhet [16]. Det finns dock stora skillnader mellan regioner och kommuner, liksom mellan könen och olika utbildningsgrupper. Långvarig behandling är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män, och förekommer oftare bland personer med endast förgymnasial utbildning i jämförelse med övriga utbildningsgrupper.

Analysen på kommun- och regionnivå har visat på låg samvariation mellan socioekonomiska förhållanden och långvarig förskrivning av lugnande medel och sömnmedel. Viss samvariation mellan socioekonomiska förhållanden och psykisk ohälsa har dock påvisats, men skillnader i förskrivningspraxis förklarar sannolikt en del av skillnaderna [16, 24].

Indikator 10. Äldre med läkemedel som bör undvikas (andel äldre i befolkningen 75+ med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger)

- Datakälla: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
- Tillgängliga redovisningsnivåer: Region, kön, hemtjänst/särskilt boende kommunredovisning.

Kommentar: Indikatorn är ett sammansatt mått bestående av ett antal läkemedel som Socialstyrelsen har definierat. I samband med en revidering av Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre har indikatorn utökats med ett antal läkemedel. Redovisningar har påvisat skillnader mellan olika regioner samt mellan könen, med en högre andel kvinnor än män med minst ett läkemedel som bör undvikas [16]. Den tidigare versionen av indikatorn har även redovisats uppdelad på personer med hemtjänst respektive i särskilt boende samt per kommun [25].

Bland relaterade mått finns indikatorer framtagna på en mer specifik nivå, till exempel långtidsverkande bensodiazepiner som även rapporteras av OECD.

Från indikator till fördjupad analys

Socialstyrelsen arbetar med fördjupade analyser baserade på olika typer av underlag. Indikatorer används ofta i uppföljningar för att jämföra grupper, visa på trender etc. Indikatorerna är av beskrivande karaktär och kräver stratifieringar och fördjupade analyser för att belägga skillnaderna och närma sig frågan om skillnaderna är signifikanta. Ibland stannar analysen med konstatandet att det finns signifikanta skillnader mellan grupper, ibland vill man också försöka ta reda på om en faktor påverkar mer än någon annan och om skillnaderna är omotiverade – det vill säga finns det något utanför vårdens kontroll som orsakar skillnaderna. Vad som ligger inom vårdens möjlighet att kontrollera eller påverka är heller inte alltid självklart.

I detta avsnitt redovisas två exempel på arbetssätt som använts i samband med fördjupade analysarbeten vid Socialstyrelsen. Det första exemplet på arbetssätt användes i ett arbete med somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom, medan det andra exemplet härrör från två arbeten med inriktning mot kvinnors hälso- och sjukvård.

Åtgärdbar dödlighet

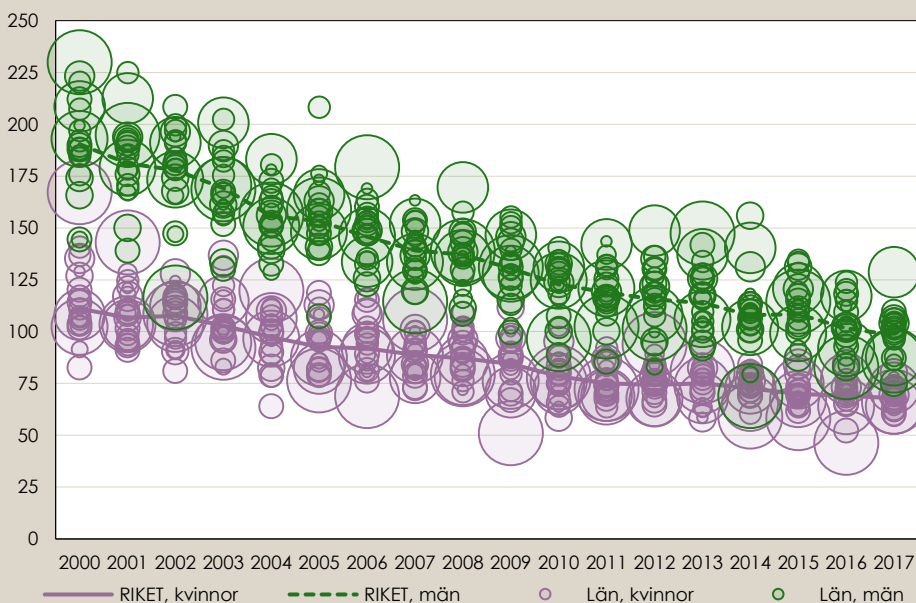
Sedan många år följer Socialstyrelsen indikatorn Åtgärdbar dödlighet. Historisk sett är den uppdelad i två delar, där den ena benämns Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet och den andra Sjukvårdsrelaterad dödlighet. Sjukvårdsrelaterad dödlighet rapporteras även internationellt till Eurostat och används vid internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdssystem. Principen är att indikatorn innefattar dödlighet i diagnoser som bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, såväl genom tidig upptäckt som genom adekvat akut och sekundärpreventiv behandling. Diabetes och stroke är två diagnoser som har stor påverkan på utfallet. Dödlighet i åldrarna 18-79 oftast när Sverige använder indikatorn, internationellt används ofta gränsen 74 år.

Indikatorn visar på en övergripande nivå en god utveckling – dödsfall per 100 000 invånare i dessa diagnoser och åldersgrupper har minskat successivt de senaste två decennierna. Varje bubbla i diagrammet står för en region, stora bubblor står för regioner med stor befolkning. Förbättringen tycks ses i alla regioner och för både män och kvinnor.

44.1. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (EUROSTAT)

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

Antal per 100 000 invånare

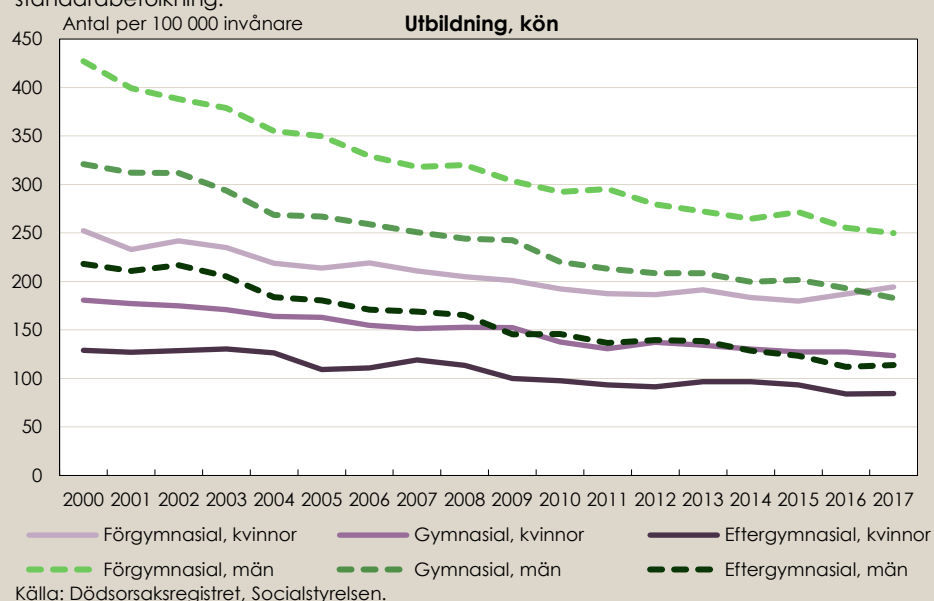


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Nästa steg i en analys kan då vara att försöka belägga om utvecklingen har gällt alla grupper. Ett sätt att göra det är att stratifiera indikatorn på till exempel utbildningsnivå. Den analysen gäller endast 35-79 år och ger delvis en litet annan bild.

44.2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (EUROSTAT)

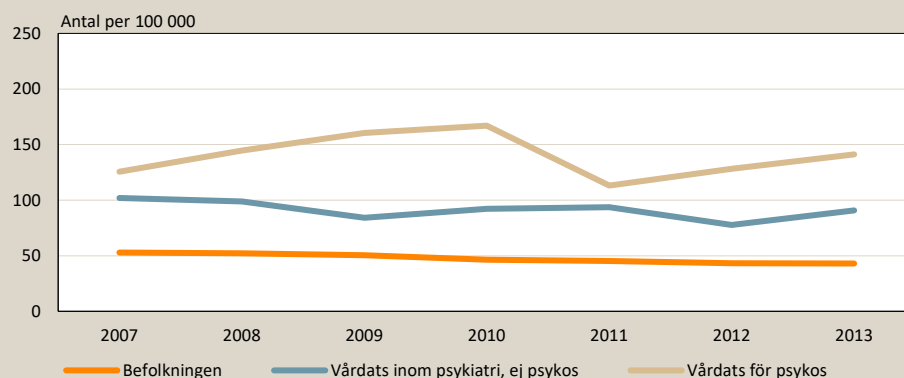
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt EUROSTAT:s urval för orsaker och åldrar – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardbefolkning.



När det gäller personer med psykisk sjukdom har det länge varit väl känt att det finns en överdödlighet. I den tidigare nämnda analysen valde myndigheten att dela upp den gruppen i två – patienter som vårdats för psykos respektive vårdats men ej med psykosdiagnos.

Diagram 2. Totalt. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

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

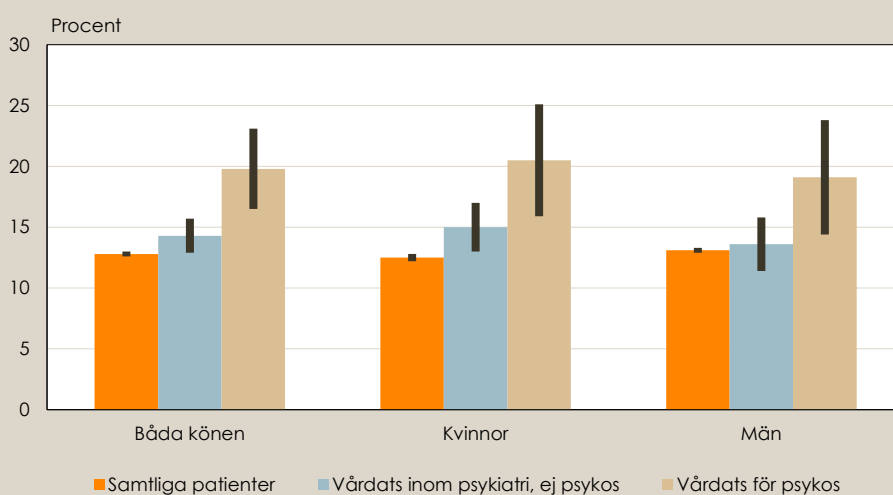


Här kunde vi se att överdödligheten i diagnoserna som ingår i indikatorn var särskilt stor i gruppen som vårdats för psykos men fanns även i den andra gruppen.

Nästa steg var att titta på indikatorn Dödlighet inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, som också är en känd välanvänd indikator. Hjärtinfarkt ingick inte i den tidigare indikatorn. Här snävar vi ner analysen från att gälla dödlighet generellt i ett antal diagnoser, d.v.s. oavsett om och när vård har givits, till att gälla dödlighet efter sjukhusvård för en specifik diagnos.

Diagram 4. Dödlighet inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt 2009-2013.
Åldersstandardiserade värden.



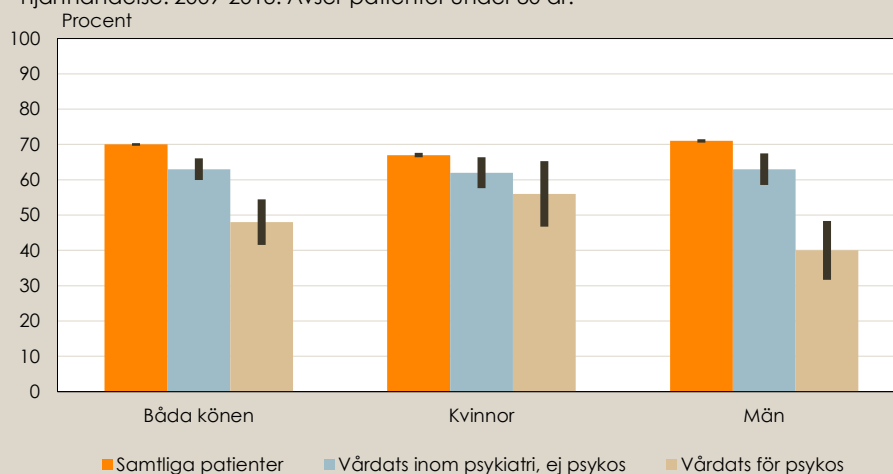
Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

Skillnaderna mellan patienter som vårdats respektive inte har vårdats för psykosjukdom är tydlig, dock med stora konfidensintervall som tyder på att gruppen är liten.

Efter detta resultat ställdes frågan om själva vårdåtgärderna skiljer sig åt mellan grupperna och om det då kunde påverka utfallet – en högre dödlighet? En i riktlinjerna högt prioriterad åtgärd för patienter med en icke-ST-höjningsinfarkt och måttlig eller hög risk för nya hjärthändelser är kranskärlsröntgen.

Diagram 12. Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och risk för ny hjärthändelse

Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor för ny hjärthändelse. 2009-2013. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDHEART/Riks-Hia och Patientregistret, Socialstyrelsen

Analysen visar att personer som vårdats med en psykiatrisk diagnos i lägre utsträckning får den högt prioriterade åtgärden.

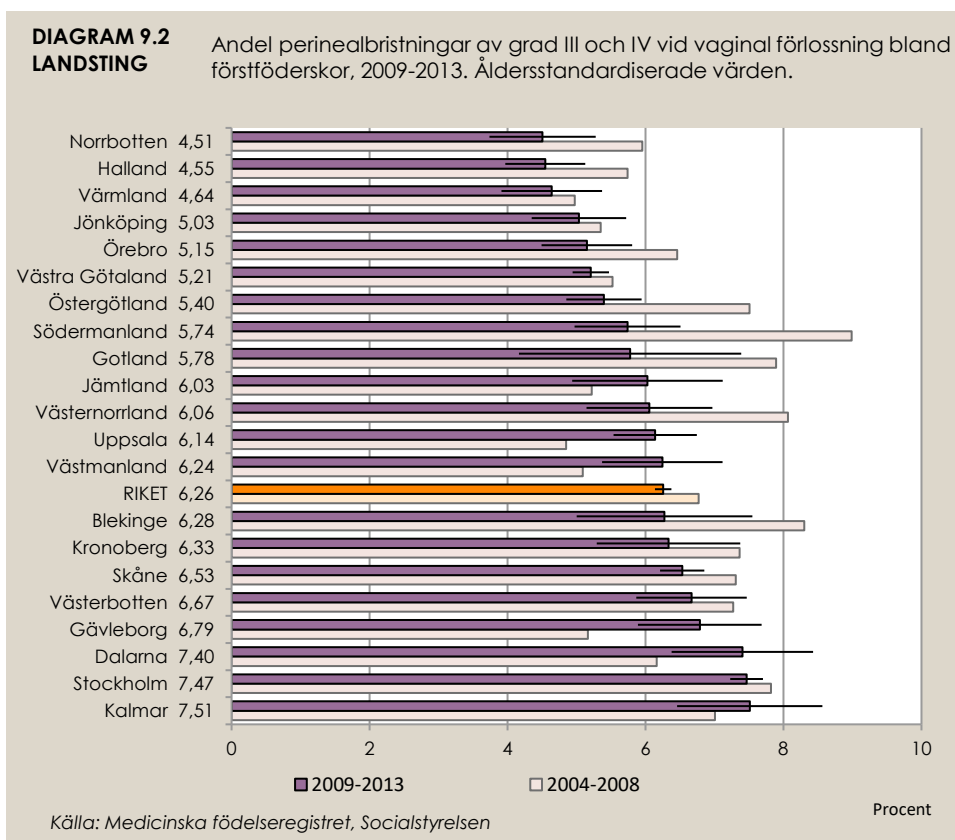
Ytterligare analyser genomfördes och Socialstyrelsen kunde sammanfattningsvis konstatera att det fortfarande finns utrymme för stora förbättringar när det gäller omhändertagandet av psykisk sjukas somatiska hälsa. Men finns det då skäl att tro att vissa skillnader mellan grupperna skulle kunna vara motiverade respektive omotiverade? Den frågan kräver ytterligare analyser som behöver utvecklas.

Nedan följer ett annat exempel på en fördjupad analys som genomfördes inom ramen för två regeringsuppdrag om Jämlig vård 2015 respektive 2016, med inriktning mot kvinnors hälso- och sjukvård [6,7].

Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Socialstyrelsen följer även sedan många år indikatorn ”Bristningar vid förlossning bland förstföderskor”. Uppgifter om bristningar rapporteras även internationellt till OECD och används vid internationella jämförelser [9]. Bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar, är vanligt förekommande och drabbar oftare förstföderskor än omföderskor. Perinealbristningar indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar ytliga vävnader i slidan och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning omfattar förutom ytliga vävnader även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel (sfinktermuskeln). Fjärde gradens bristning omfattar dessutom rektalslemhinnan. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan medföra allvarliga problem för de drabbade kvinnorna, till exempel i form av nedsatt psykologiskt välbefinnande, inkontinens, underlivssmärter, sexuell dysfunktion och oro för framtida graviditeter [26].

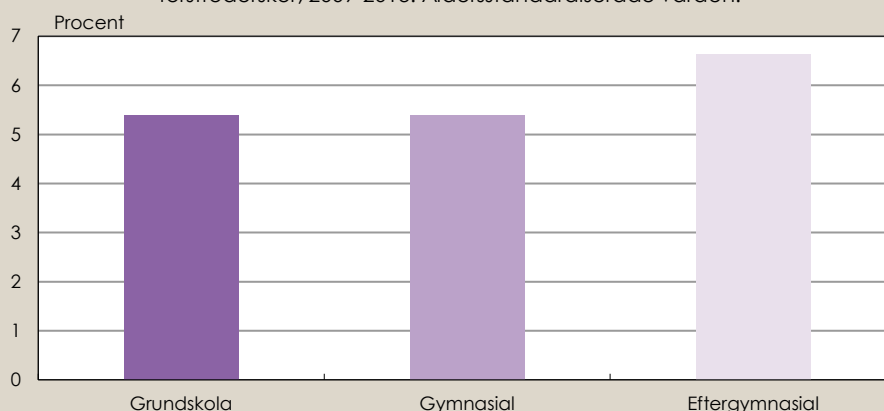
Indikatorn visar för riket som helhet på en positiv utveckling för den studerade perioden 2009–2013, då andelen bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar bland förstföderskor minskat något sedan föregående femårsperiod. En förbättring har skett i en majoritet av landstingen. Samtidigt varierade den totala andelen grad III och IV- bristningar mellan landstingen från 4,5 till 7,5 procent under den studerade perioden. Även mellan sjukhus uppvisade indikatorn skillnader (resultatet visas ej i diagram). Socialstyrelsen konstaterade att variationerna mellan landsting och mellan sjukhus tyder på att frekvensen för grad III och IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.



För att undersöka om en positiv utveckling skett i alla befolkningsgrupper studerades därefter indikatorn i relation till mödrarnas utbildningsbakgrund, genom att stratifiera indikatorn på utbildningsnivå. Bilden blir då delvis en annan. Analysen visade att andelen bristningar var något högre bland förstföderskor med eftergymnasial utbildning (6,6 procent) än bland kvinnor med högst grundskola eller gymnasial utbildning (5,4 procent).

DIAGRAM 7.2
UTBILDNING

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor, 2009-2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Vad dessa skillnader består i ger dock inte analysen svar på. Kända riskfaktorer för bristningar av grad III och IV är att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn samt att förlossningen avslutas instrumentellt, dvs. med sugklocka eller tång. Kvinnans ålder samt förlossningsställning har också betydelse [27]. För att få veta mer om orsakerna krävs dock sambandsanalyser där hänsyn tas till fler faktorer. Sådana analyser har dock inte varit i fokus inom ramen för arbetet.

Vid tidpunkten för dessa analyser hade en tidigare svensk studie konstaterats att utrikesfödda kvinnor i högre utsträckning än inrikes födda, ofta drabbades av komplikationer i samband med förlossningar [28]. Mot bakgrund av detta ville vi undersöka om förstföderskor kvinnor födda utanför Norden löpte en större risk att drabbas av allvarliga bristningar jämfört med förstföderskor födda i Norden. Resultatet visade att risken för perinealbristningar av grad III och IV i samband med förlossning var signifikant högre (23 procent) bland förstföderskor födda utanför Norden i jämförelse med förstföderskor födda inom Norden (Tabell 8).

Tabell 8. Andel bristningar (grad III och IV) bland förstföderskor fördelat på Nordenfödda respektive utom Norden födda kvinnor.

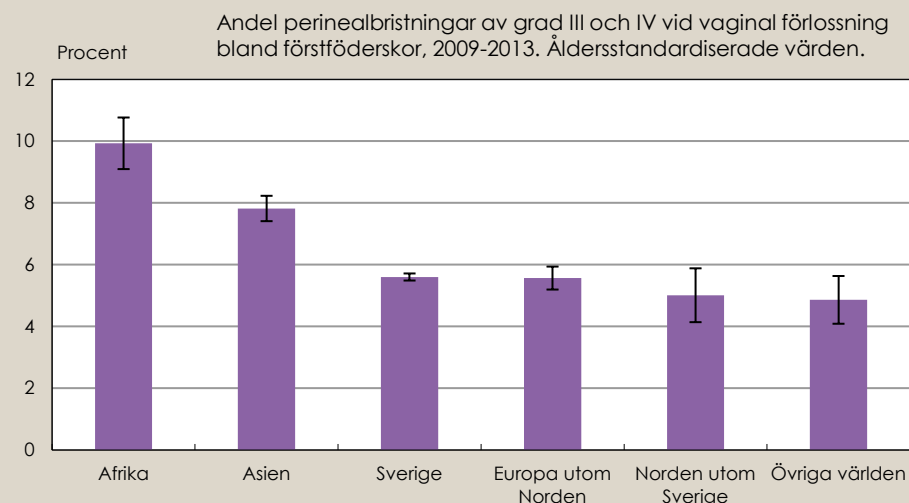
Födelsebakgrund	Antal bristningar	Andel bristningar	LCL	UCL	Risk-rate	Sd	RR under	RR över
Född i Norden	8 826	5,98	5,85	6,11				
Född utom Norden	2 752	7,37	7,07	7,66	1,23*	0,022543	1,14428	1,32732

Källa: Medicinska Födelseregistret, Socialstyrelsen.

*p = 0,01

Nästa steg blev att undersöka indikatorn vidare genom ytterligare nedbrytning på födelsebakgrund. Redovisningen av kvinnors födelseland skedde genom gruppering på världsdelar där vi skiljde mellan kvinnor födda i Sverige, övriga Norden, övriga Europa, Asien, Afrika samt övriga världen.

DIAGRAM 7.1
FÖDELSEBAKGRUND



Källa: Medicinska Födelseregistret, Socialstyrelsen

Resultatet visade att andelen bristningar av grad III och IV studerade perioden var högst bland kvinnor födda i afrikanska länder (10 procent), följt av kvinnor födda i Asien (7,8 procent). Bland kvinnor födda i Sverige uppgick andelen till drygt 5 procent. Resultatet överensstämmer med såväl tidigare som senare studier, som bland annat konstaterat att kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, Asien och Latinamerika löper en klart högre risk att drabbas av bristningar, stora blödningar och andra förlossningskomplikationer i jämförelse med kvinnor födda i Sverige [21, 28]

Vad dessa skillnader består i, ger dock inte analysen svar på. För att få veta något om orsakerna till skillnaderna krävs vidare analyser där man tar hänsyn till fler faktorer. För att blottlägga orsaksmekanismer kan med fördel både kvantitativa och kvalitativa metoder användas. Sådana utökade analyser har dock inte varit i fokus inom ramen för arbetet.

Tidigare studier på området har påvisat att skillnader mellan kvinnor med olika födelsebakgrund, ofta bottnar i bristande kommunikation mellan kvinnan och vården, vilket innefattar såväl språkproblem som strukturell diskriminering [28, 29,30]. Därtill kommer det faktum att utrikesfödda gravida kvinnor från vissa delar av världen inte alltid har lika nära och kontinuerlig kontakt med mödrhälsovården som svenskfödda gravida kvinnor [31]. Könstypade kvinnor födda i Afrika söder om Sahara samt Asien, tenderar också att ha en ökad risk för allvarliga bristningar [32].

Socialstyrelsen kunde sammanfattningsvis konstatera att det finns utrymme för stora förbättringar inom hälso- och sjukvården i syfte att undvika att allvarligare bristningar inträffar.

Referenser

1. Genomförandet av Agenda 2030. Underlag från Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
2. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. Strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016. Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2012.
4. Öppna jämförelser – jämlik vård 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
5. Öppna jämförelser 2014 - Jämlik vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
6. Öppna jämförelser 2015 - Jämlik vård - Kvinnors hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
7. Öppna jämförelser – Jämlik vård 2016 – Kvinnors hälso- och sjukvård. Fördjupningsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
8. Öppna jämförelser 2015. Hälso- och sjukvård. Övergripande indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
9. OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris/EU, Brussels.
10. En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Rapport 2017:7. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2014
11. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
12. Öppna jämförelser 2018– Vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
13. Äldres behov av vård och omsorg – Förslag till nya registeruppgifter från socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
14. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
15. Öppna jämförelser 2018. God vård? - Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
16. Öppna jämförelser 2017. God vård? - Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
17. Patientströmmar över landstingsgränsen. Februari 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
18. Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin. Rapport 2017:6. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
19. Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

20. Öppna jämförelser 2016 - Säker vård – En indikatorbaserad uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
21. Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
22. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter – Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
23. Skador i vården - utveckling 2013-2017. Markörbaserad journalgranskning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2017.
24. Öppna jämförelser 2014 – Folkhälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
25. Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
26. Villot A., Deffieux X., Demoulin G., Rivain A.L., Trichot C. & Thubert T. Management of third and fourth degree perineal tears: A systematic review. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015 Jul 1. pii: Sx
27. AM Friedman. Evaluation of third-degree and fourth-degree laceration rates as quality indicators. *Obstetrics and gynecology*, 2015, Vol. 125(4), p.927.
28. Robertson, E., Malmström, M. & Johansson, S-E. Do foreign born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84 (9): p.825 – 32).
29. Essén, B., Bodker, B., Sjöberg, N-O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S. & Östergren, P-O. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109(6): p. 677 – 82.
30. Johndotter, S. & Essén, B. Förhöjd förekomst av akuta kejsarsnitt bland kvinnor med ursprung i Somalia: Patientens eller vårdens ansvar? *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, Aarhus Universitet* 2007; 4 (7).
31. Ny, P. Swedish Maternal Health Care in a Multiethnic Society - Including the Fathers. Malmö University. Faculty of Health and Society. Doctoral Thesis; 2007:1.
32. Berggren V., Gottvall K., Isman E., Bergström S. & Ekéus C. Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: a population-based Swedish register study of 250 000 births. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013 Jan; 92(1): p. 101-8. doi: 10.1111/aogs.12010. Epub 2012 Nov 1.

Bilaga 1. Översikt rapportering hos Socialstyrelsen

Öppna jämförelser

Sedan 2006 har Socialstyrelsen återkommande publicerat indikatorbaserade jämförelser av kvalitet och resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och folkhälsa, redovisade på regional-, kommun-, eller enhetsnivå. Syftet är att ge stöd för beslutsfattande och förbättringsarbete på olika nivåer i hälso- och sjukvården, ytterst för 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.

Öppna jämförelser har utformats för att redovisa en lägesbild och visa på variationer vad gäller resultat för patientgrupper, samt strukturer och processer i de fall då de kan kopplas till kvalitet och effektivitet. Rapporteringen med utfall för indikatorer och jämförelser mellan regioner innehåller inte fördjupade analyser av skillnader eller resonemang om orsaker till observerade skillnader. Indikatorerna som används ska ge *indikationer* på bra/dåliga resultat, som kan analyseras vidare på lokal, regional eller nationell nivå.

Redovisning av resultat för indikatorer som rör uppföljning av hälso- och sjukvården sker tematiskt och återkommande för att belysa flera sjukdomsgrupper och olika aspekter av kvalitet i hälso- och sjukvården²⁴.

Den form av rapportering som sker med fokus god vård vänder sig mer tydligt till en bredare målgrupp än den detaljerade redovisningen av utfall för enskilda indikatorer som görs till exempel genom jämförelseverktyget på webben.

I dagsläget redovisar Socialstyrelsen utvecklingen i rapporten *Öppna jämförelser 2018. God vård? - Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*. I rapporten visas jämförelser mellan län, kön och utbildningsnivå, och även vissa jämförelser mellan länder [15].

Utvärdering av de nationella riktlinjerna

Nationella riktlinjer, och andra kunskapsstöd för hälso- och sjukvården är centrala komponenter i Socialstyrelsens verksamhet inom kunskapsstyrning. Processen för arbetet med att ta fram och uppdatera nationella riktlinjer är nära sammankopplad med planering och genomförande av utvärdering med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna.

Nationella riktlinjer vänder sig till beslutsfattare, som politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer beslutsfattare vid fördelning av resurser efter befolkningens behov och så att de gör största möjliga nytta och för att nå målet om en jämlik och god vård och socialtjänst. Riktlinjerna innehåller rekommendationer som är framtagna utifrån aktuell forskning och beprövad erfarenhet. Tillsammans med vetenskapligt välmeriterade experter tas

²⁴ <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser>

nationella riktlinjer fram inom olika områden (missbruk och beroende, rörelseorganens sjukdomar, sjukdomsförebyggande metoder, m.fl.).

Sedan 2009 har Socialstyrelsen utvärderat vården med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna. Hittills har följsamheten inom flertalet riktlinjeområden utvärderats, och flera riktlinjeområden har utvärderats vid flera tillfällen²⁵. Arbetet sker i samverkan med externa experter, och berörda patient- och brukarorganisationer ges möjlighet att lämna synpunkter. Målgruppen för utvärderingarna är densamma som för riktlinjerna, dvs. verksamheternas beslutsfattare. Utvärderingarna ska vara ett stöd för prioriteringar och beslut samt ge vägledning om vilka områden inom hälso- och sjukvården och i relevanta fall socialtjänsten som behöver förbättras. När resultaten visar att det finns en tydlig förbättringspotential, antingen för hela riket eller för enskilda regioner eller kommuner, lyfts detta område fram som ett förbättringsområde. Förbättringsområden identifieras i nära dialog med de experter som har deltagit i arbetet med utvärderingen. Syftet med att identifiera förbättringsområden är att ge landstingen och kommunerna vägledning om vilka åtgärder de bör vidta för att förbättra hälso- och sjukvården eller omsorgen, som ett stöd i deras eget förbättringsarbete.

Ett viktigt syfte med utvärderingarna är att beskriva i vilken utsträckning vården och omsorgen använder de kunskapsbaserade metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Utvärderingarna utgår också från övriga kvalitetsdimensioner som ingår i begreppet god vård och omsorg, det vill säga om vården och omsorgen är individanpassad, säker, effektiv, tillgänglig och jämlik. Socialstyrelsen använder indikatorer som underlag för utvärderingar av hur riktlinjerna följs och i vilken grad de påverkar praxis. Utvecklingen av indikatorer och nationella målnivåer är centrala för utvärderingen. Indikatorerna tas fram av en grupp med både sakkunniga inom verksamhetsområdet och personer med expertkunskap om datakällor och register. Indikatorerna speglar såväl verksamheternas kvalitet som vårdresultaten (exempelvis dödlighet, överlevnad eller återinskrivning efter insats). Indikatorerna baserar sig på data ur verksamhetsregister och individbaserade register. Struktur-, process- och resultatmått används i utvärderingarna. De nationella målnivåerna anger hur stor andel av patientgruppen som bör få en viss behandling eller åtgärd. Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförfarande ingår.

I utvärderingarna används uppgifter från flera olika datakällor:

- Nationella kvalitetsregister
- Socialstyrelsens register (hälsodataregister, dödsorsaksregistret, register om kommunala insatser etc.)
- Andra myndigheters register
- Enkätundersökningar riktade till exempelvis landstings- respektive kommunledning, specialistverksamheter, primärvård och kommunala verksamheter

I utvärderingar med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna kan omotiverade skillnader som påverkar tillgången till insatser synliggöras genom att så

²⁵ <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/utvardering>

långt som möjligt analysera resultat utifrån utfall och variation, till exempel skillnader mellan landsting, kommuner, kön, ålder eller olika socioekonomiska grupper - i första hand utbildning och födelseland. När det finns nationella målnivåer inom området bedöms resultaten i relation till dessa. Det finns arbetsprocesser för att ta fram utvärderingar, indikatorer respektive målnivåer.

Socialstyrelsen hade med utgångspunkt i *Nationell strategi för en god och mer jämlik vård 2012-2016* i regeringsuppdrag att se över nationella riktlinjer och utvärdering med utgångspunkt från riktlinjerna ur ett jämlik vård-perspektiv och har sedan dess utvecklat arbetet i linje med uppdraget.

Lägesrapporter

Socialstyrelsen lämnar årligen redovisningar och analyser av tillståndet och utvecklingen över tid inom en rad områden utifrån de aspekter som ingår i god vård och omsorg.

Områdena är:

- Hälso- och sjukvård, inklusive tandvård
- Äldreomsorg och äldrevård
- Individ- och familjeomsorg
- Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Tidigare rapporterade myndigheten om utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet i en separat rapport, men den bevakningen är nu inarbetad i lägesrapporterna för respektive område.

Målgruppen för lägesrapporterna är beslutsfattare inom riksdag och regering samt beslutsfattare och ledningar för regionala och lokala verksamheter inom vård och omsorg.

Rapporteringen baseras i stor utsträckning på sammanställningar av statistik, epidemiologiska analyser, underlag från Inspektionen för vård och omsorg och publicerat material under året från Socialstyrelsen och andra nationella aktörer, till exempel Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Riksrevisionen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Arbetet med lägesrapporteringen regleras sedan 2017 i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Inriktningen på de årligen återkommande lägesrapporterna fastställs i myndighetens analysplan, som baseras på myndighetens strategiska färdplan. Både färdplan och analysplan revideras årligen av myndigheten.

Fördjupade analyser och utvärderingar

Socialstyrelsen gör årligen flera fördjupade analyser och utvärderingar. Det sker på uppdrag av regeringen och inom ramen för Socialstyrelsens instruktion, men också i arbeten initierade på myndighetens eget initiativ.

Utvärderingarna syftar till att skapa kunskap om vilka effekterna är av införda lagar och genomförda reformer samt om utfallet av statsbidrag för särskilda satsningar. Målgruppen för dessa utvärderingar är både de lagstiftande beslutsfattarna i riksdag och regering och beslutsfattare för de verksamheter

som berörs. Material och metod omfattar både kvalitativa källor, som intervjuer, öppna enkäter och dokumentanalys och kvantitativa källor som registerdata, data ur individbaserade register och slutna enkätfrågor.

Socialstyrelsens arbete med fördjupade analyser vägleds av uppdraget att bistå regeringen med underlag för utvecklingen mot god vård och omsorg. För att möta uppdraget har myndigheten utvecklat en strategisk färdplan för arbetet med uppdraget.

Baserad på den strategiska färdplanen har myndigheten utvecklat en analysplan som revideras löpande och omfattar analysarbetet under den följande treårsperioden. Planen beskriver planerade och pågående analyser och visar på ambitionsnivån i utveckling av utvärderings- och analysverksamhet. Den aktuella analysplanen avser perioden 2019-21²⁶.

Nationellt högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 ändrades paragraf 7 i hälso- och sjukvårdslagen och därmed har nationell högspecialiserad vård (NHV) formellt ersatt rikssjukvården. Målet är att hälso- och sjukvårdens kunskap, kvalitet och patientsäkerhet ska utvecklas och förbättras samtidigt som resurserna används på ett effektivt sätt. Med nationell högspecialiserad vård menas:

Offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare i landet kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära team.

Sjukvårdsregionerna ansvarar för årlig uppföljning av de tillstånd som ges och Socialstyrelsen ansvarar för utvärdering av tillstånden. I Socialstyrelsens arbete med nationellt högspecialiserad vård pågår utveckling av metoder för uppföljning och utvärdering, bland annat med stöd av indikatorer som tas fram särskilt för de aktuella tillstånden och verksamheterna. I detta arbete är jämlik vård en av de aspekter som ingår.

Uppföljningen av verksamheterna som omfattas kommer att ske huvudsakligen genom egenrapportering av utfall i en särskild tjänst som är under utveckling hos Socialstyrelsen.

²⁶ Analysplan för 2019-2021: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21252/2019-3-6.pdf>

Bilaga 2. Datakällor för kostnader

Datakällor som Socialstyrelsen använder för att tillföra kostnader till hälso- och sjukvårdsverksamheter

De datakällor som medarbetare lämnat uppgifter om att de använt när kostnader tillförts till verksamheter inom hälso- och sjukvården anges nedan:

- Statistiska Centralbyrån: vi beställer öppen data avseende kommunala kostnader för handikapp- äldre – och familjeområdet. Uppgifterna kommer från räkenskapsammandraget (RS) samt ett prisindex för landstingens kommunala sjukhus.
- Statistiska Centralbyråns lönestatistik för hälso- och sjukvården.
- Sveriges Kommuner och Landstings verksamhetsstatistik: innehåller uppgifter om regionernas finansieringsdel, hämtad från deras verksamhetsberättelser. Det finns exempel på rapporter där kostnaderna uttryckts som resurser i form av lokaler, personal, byggnader, it, vårdplatser m.m.
- Kolada, organisatoriskt hos Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA): innehåller egenuppgifter om kostnader från både kommuner och regioner.
- Sveriges Kommuner och Landstings kostnad per patient -databas för öppenvård och slutenvård.
- Uppgifter för privat och enskild verksamhet kan inhämtas från registerservice hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO), i andra fall hos Almega. Presenteras i form av exempelberäkningar och med komplettering av telefonintervjuer.
- Enkäter till regionerna om verksamheternas kostnader, journalsystem, utbildningskostnader mm, kompletterat med telefonintervjuer. Skräddarsys från uppdrag till uppdrag när det gäller konsekvensanalyser.

När kostnader beskrivs och beräknas framgår det att ofta tas även data från patientregistret och uppgifter baserat på diagnosrelaterade grupper (DRG).

Andra datakällor för att tillföra kostnader och uppgifter som kan länkas till uppföljning

Statistiska Centralbyrån ansvarar för flera register som skulle kunna användas i större utsträckning för att tillföra uppgifter om kostnader och uppgifter som kan länkas till uppföljningen av hälso- och sjukvården, exempelvis:.

- registret över totalbefolkningen (RTB)
- befolkningens utbildning (UREG)
- registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS)
- longitudinella databasen (LISA)
- undersökning om befolkningens levnadsförhållanden (ULF)
- hushållens ekonomi (HEK)
- arbetskraftsundersökningen (AKU)

Bilaga 3. Kommunal hälso- och sjukvård

Kommunal hälso- och sjukvård

För nationell uppföljning och analys av hur väl hälso- och sjukvårdssystemet som helhet uppfyller mål och krav i hälso- och sjukvårdslagen behöver vissa uppgifter från primärvården och angränsande verksamheter såsom den kommunala hälso- och sjukvården vara tillgängliga.

Socialstyrelsen har genomfört en förstudie för att undersöka hur myndigheten kan utöka och förbättra stödet till kommunal hälso- och sjukvård [11]. Inriktningen på arbetet har varit att förstärka stödet till kommunerna i rollen som huvudman för hälso- och sjukvården, men också till verksamheter som utför kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Arbetet har utförts i samverkan med Partnerskapet med Sveriges Kommuner och Landsting och de regionala samverkans- och stödstrukturerna.

Samtliga kommuner i landet förutom i Stockholms län med undantag för Norrtälje kommun har övertagit ansvaret för hälso- och sjukvård för personer i vissa boendeformer och verksamheter, utom sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare och som sjukvårdsregionerna ansvarar för. Omkring 400 000 personer per år får hälso- och sjukvård i kommunerna. Bland dessa är många svårt sjuka i en eller flera kroniska sjukdomar och många behöver hjälp med rehabilitering och habilitering. Det ställer höga krav på kommunerna att klara att ge en hälso- och sjukvård av god kvalitet. Patienterna har ofta komplexa hälsoproblem och en god vård fordrar ofta samverkan med många vård- och omsorgsgivare. Den tekniska utvecklingen gör att patienter med svåra medicinska problem oftare kan vårdas i hemmet än tidigare. Metoder för att följa upp den kommunala hälso- och sjukvården har inte utvecklats i samma takt som kommunernas uppgifter inom hälso- och sjukvårdssystemet har utvecklats.

Från den 1 januari 2019 ska kommunerna rapportera utförda vårdåtgärder till registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården hos Socialstyrelsen. Utvecklingen av registret innebär att det blir möjligt att beskriva vilka insatser patienter i den kommunala hälso- och sjukvården får och utvärdera den vård som ges. Uppgifterna omfattar dock endast vårdåtgärder som utförs i kommunal regi. Det saknas för närvarande legala möjligheter att samla in motsvarande uppgifter från privata utförare av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Sammantaget innebär det att registret på kort sikt inte kan användas för regionala jämförelser.

I förstudien om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård lyfter Socialstyrelsen behovet att synliggöra kommunernas roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Bland annat föreslås att en beskrivning på nationell nivå av den kommunala hälso- och sjukvården bör tas fram regelbundet.

Socialstyrelsen avser att synliggöra den kommunala hälso- och sjukvården genom att bland annat tydligare lyfta fram vilka behov patienter i kommunal hälso- och sjukvård har, vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder de får och resultatet av verksamheten, samt uppmärksamma kommunernas behov vid framtagande av kunskapsstöd och inkludera den kommunala hälso- och sjukvården i uppföljningar och utvärderingar.

I förstudien framhålls att mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård behöver utvecklas. Syftet är att nyckeltalen ska vara ett stöd för att följa kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården och vara ett underlag för prioriteringar.

En utgångspunkt för ett arbete med att utveckla nationell uppföljning som inkluderar kommunal hälso- och sjukvård bör vara modellen för god vård och omsorg, där god hälsa, god vård och god resursanvändning ingår. Det behövs utvecklingsarbete för datakällor, för att ta fram indikatorer och andra mått som kan belysa god vård och omsorg. De indikatorer som idag tas fram inom öppna jämförelser för kommunal hälso- och sjukvård bör finnas med som en utgångspunkt, men det bör även ingå att analysera behovet av att bredda uppföljningen med andra uppgifter för att belysa viktiga aspekter i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg. Det kan vara värdefullt att undersöka vilka uppföljningsmodeller som används internationellt, när förutsättningarna liknar svenska förhållanden.

Socialstyrelsen har ansökt om stöd från EU-kommissionen²⁷ för en kartläggning av erfarenheter av styrning och uppföljning i andra EU-länder när det gäller särskilda boenden, korttidsboenden och hemsjukvård i ordinarie boende. I ett svenskt sammanhang är det av intresse att använda internationella erfarenheter om modeller för att sätta mål, utforma indikatorer och uppföljningssystem för denna typ av verksamhet. Det är av intresse att kartlägga vilken typ av tjänster som tillhandahålls, hur de integreras med andra vårdgivares tjänster samt vilka mål och indikatorer som används för att följa upp kvalitet och resultat av vården.

Resultatet av kartläggningen och analyserna kommer att delas brett och diskuteras, med stöd av den särskilda arbetsgruppen för kommunal hälso- och sjukvård inom ramen för partnerskapet mellan Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och företrädare för de regionala samverkans- och stödstrukturerna.

²⁷ EU-kommissionen, "Structural reform support programme 2017-2020"

Bilaga 4. Diagrambilaga för indikatorer

Indikatorer

Tillgänglighet	77
1. Operation inom 90 dagar	77
Hälsoutfall/dödlighet	78
2. Sjukvårdsrelaterad dödlighet.....	78
3. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer	80
4. Suicid i befolkningen	82
Hälsofrämjande/Prevention	84
5. Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetestyper)	84
Patientsäkerhet	85
6. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	85
7. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)	86
8. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	87
Läkemedel	89
9. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel	89
10. Äldre med läkemedel som bör undvikas	91

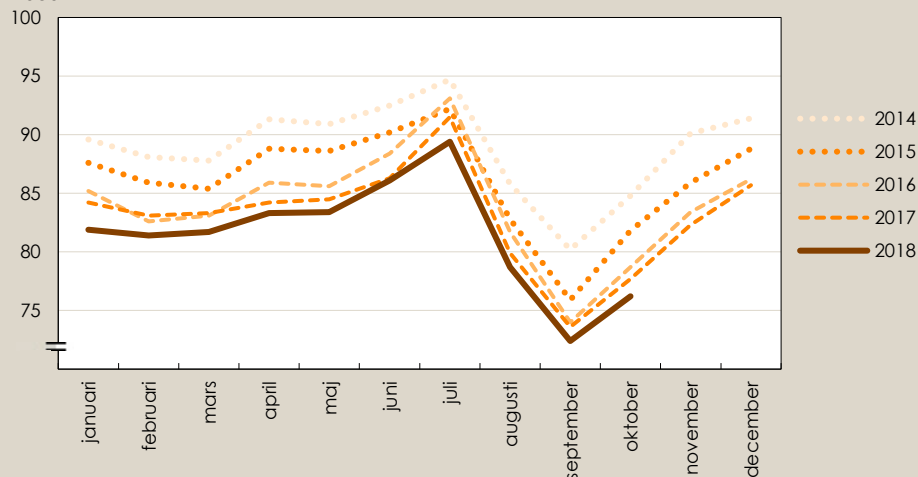
Tillgänglighet

1. Operation inom 90 dagar

1.1. Operation inom 90 dagar

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

Procent

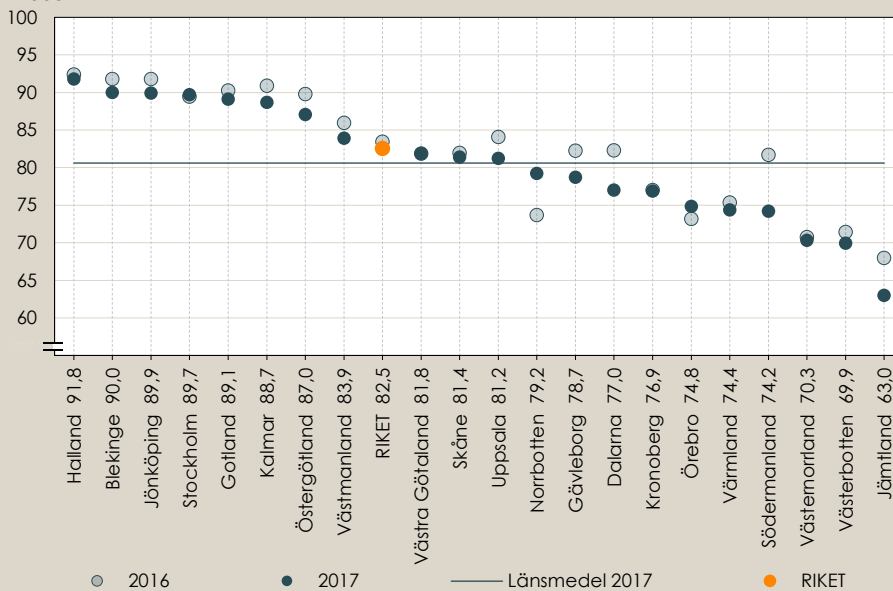


Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

1.2. Operation inom 90 dagar

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

Procent



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Hälsoutfall/dödlighet

2. Sjukvårdsrelaterad dödlighet

2.1. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

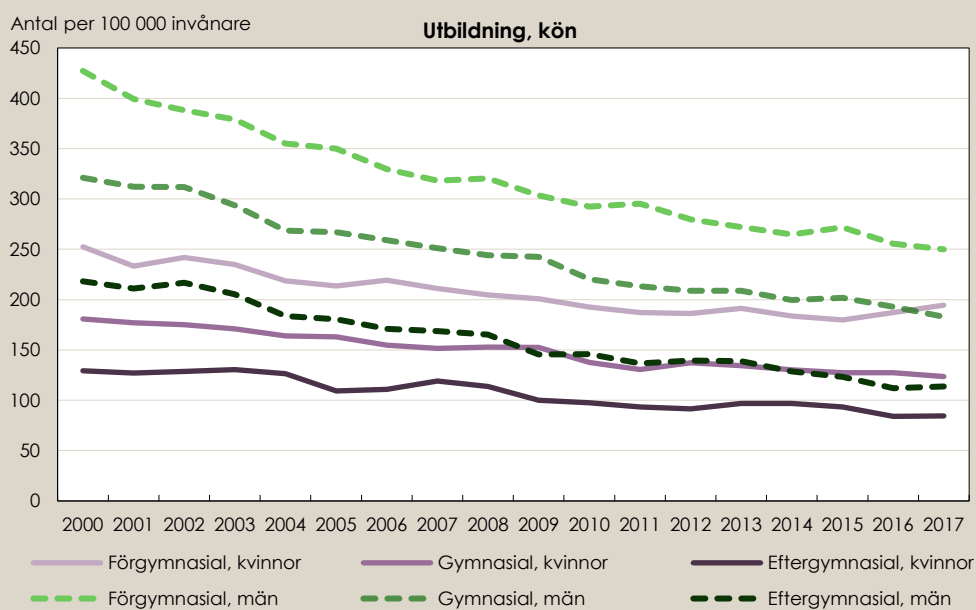
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt EUROSTAT:s urval för orsaker och åldrar (vanligen 0–74 år) – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardbefolkning.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

2.2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt EUROSTAT:s urval för orsaker och åldrar – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk



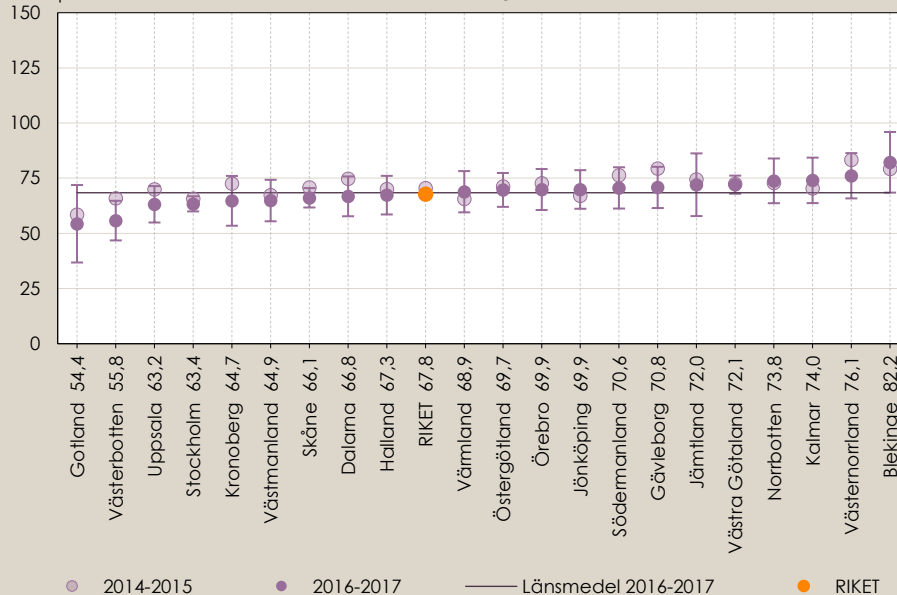
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

2.3. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

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

Antal per 100 000 invånare

Kvinnor



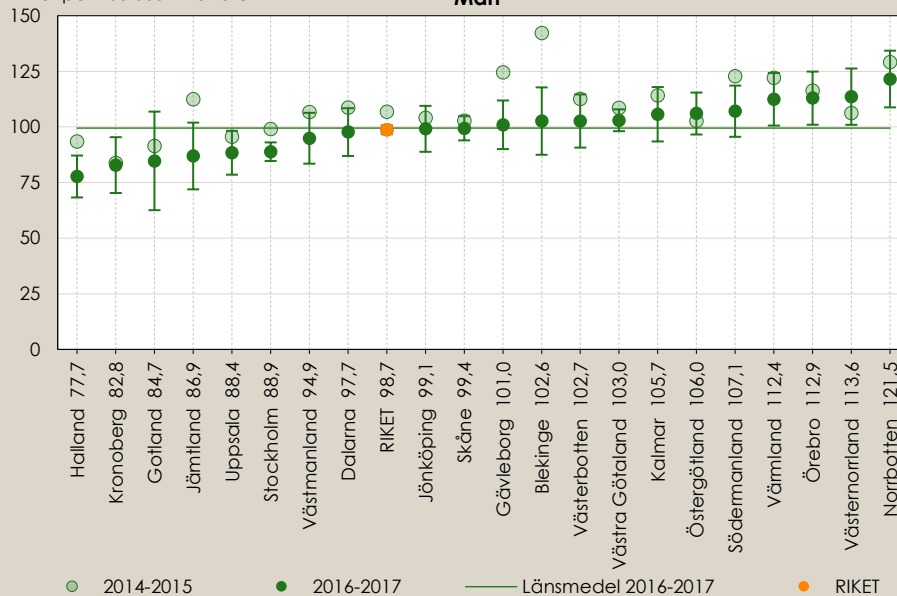
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

2.4. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

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

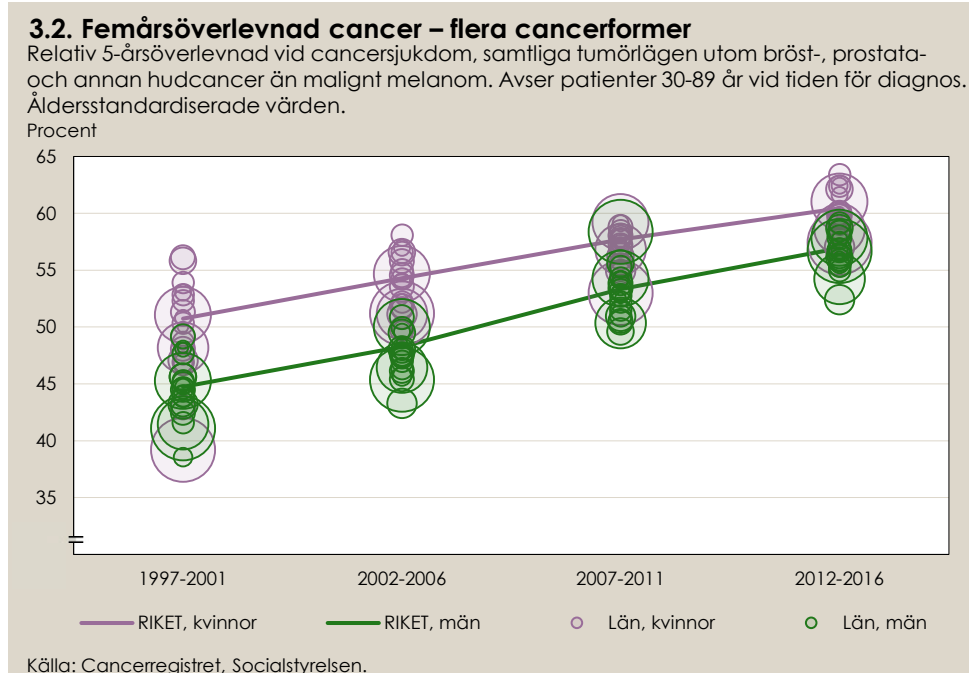
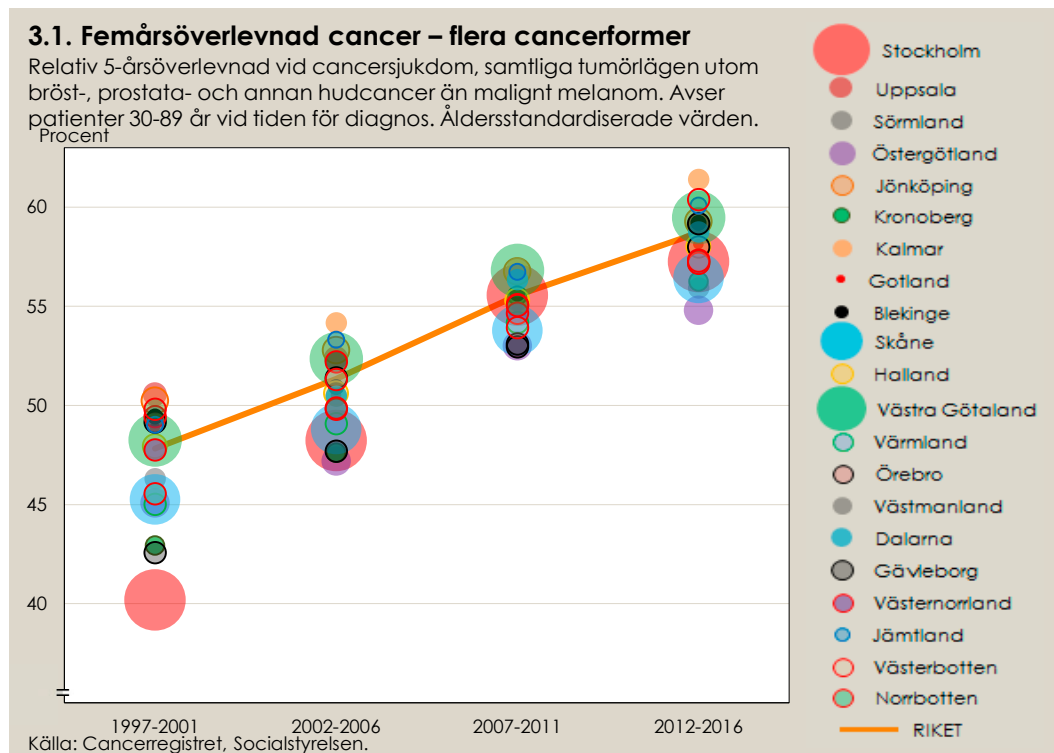
Antal per 100 000 invånare

Män



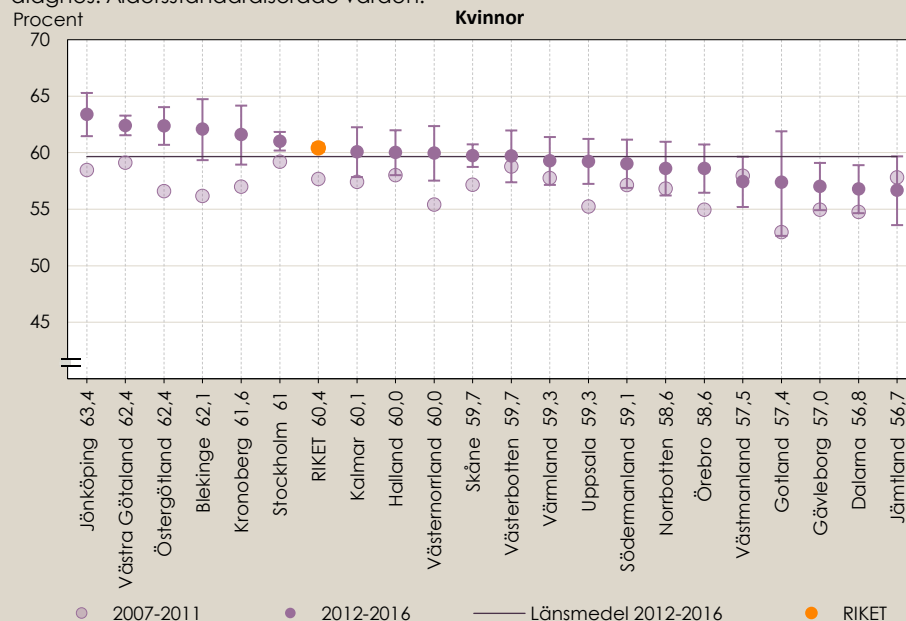
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

3. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer



3.3. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

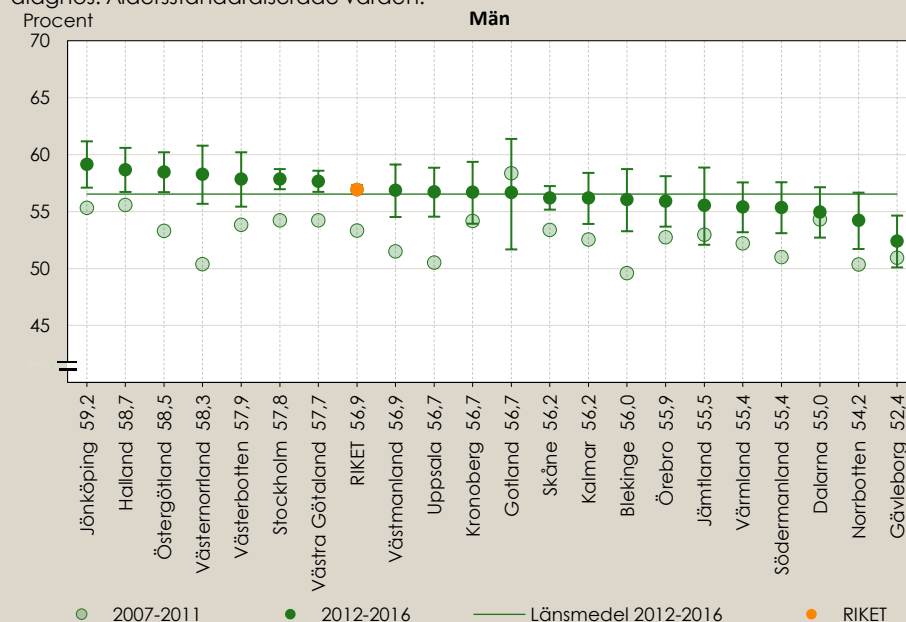
Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

3.4. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

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



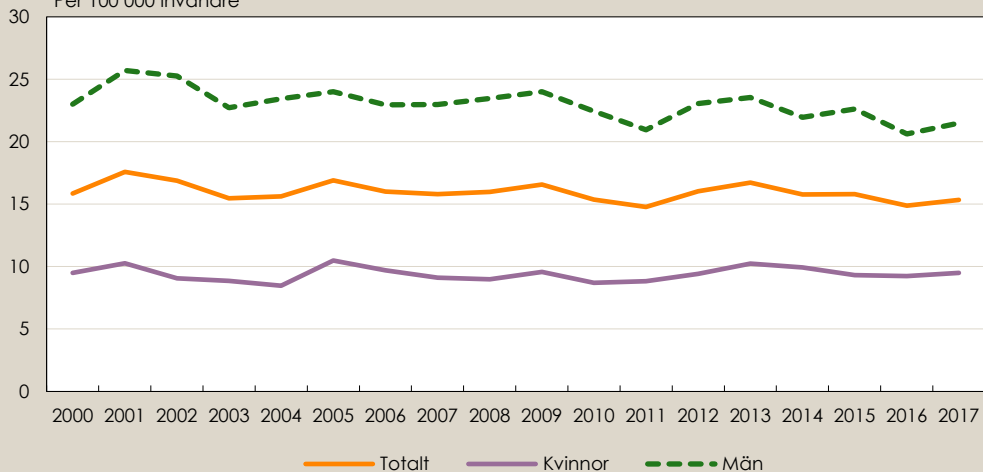
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

4. Suicid i befolkningen

4.1. Suicid i befolkningen

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

Per 100 000 invånare



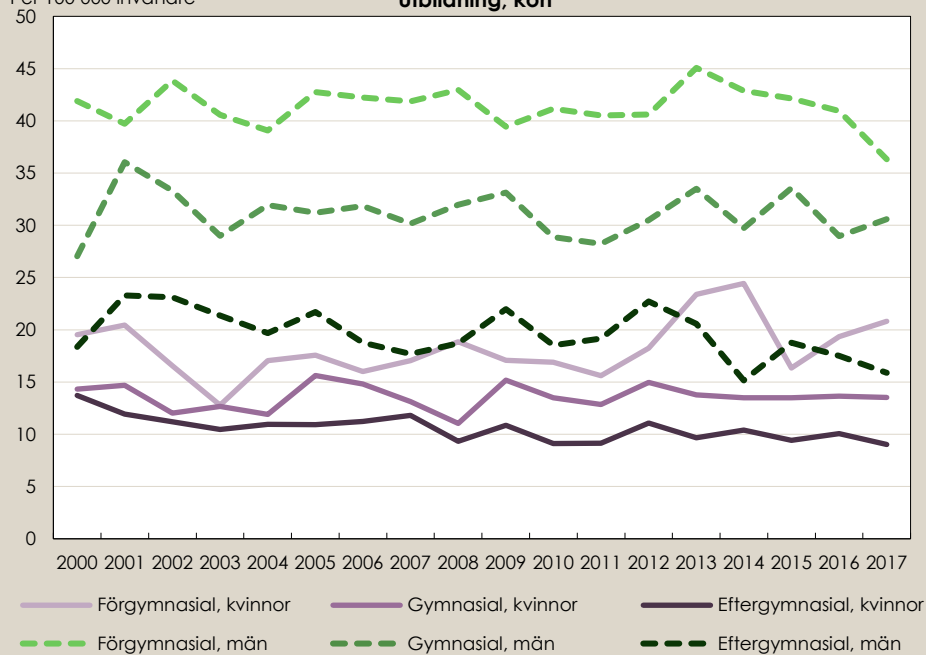
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

4.2. Suicid i befolkningen

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

Per 100 000 invånare

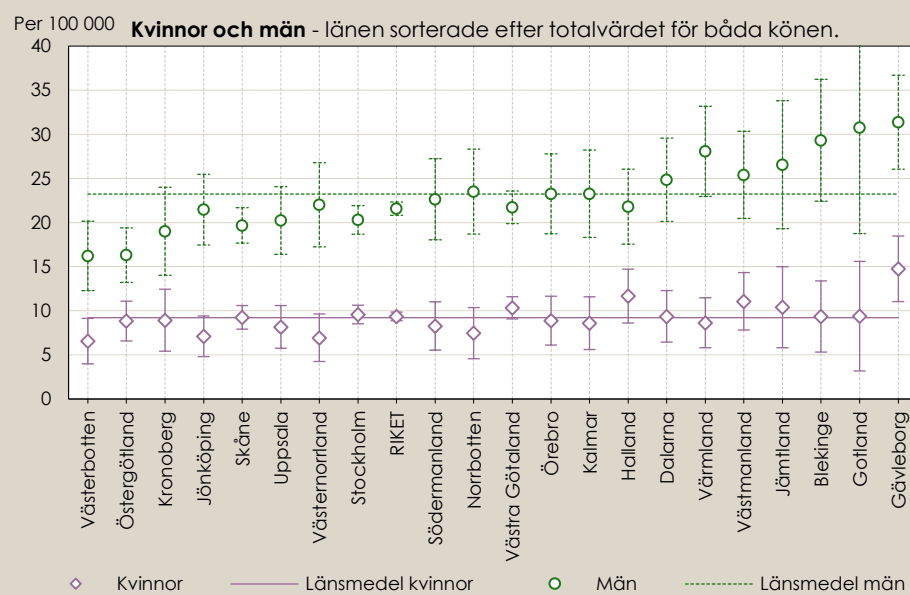
Utbildning, kön



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

4.3. Suicid i befolkningen

Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden, 2015-2017.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

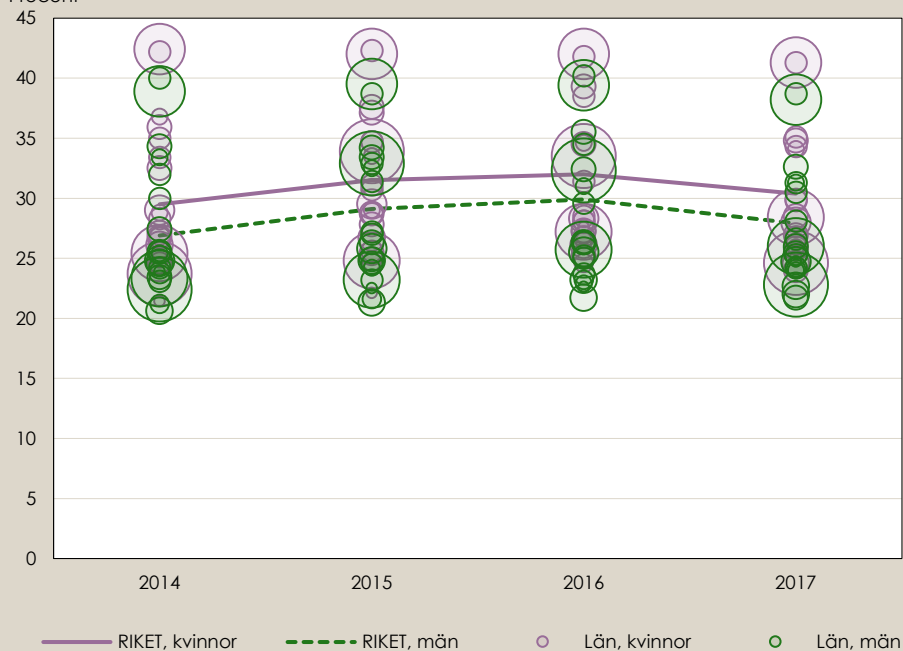
Hälsofrämjande/Prevention

5. Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetestyper)

5.1. Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetestyper)

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

Procent



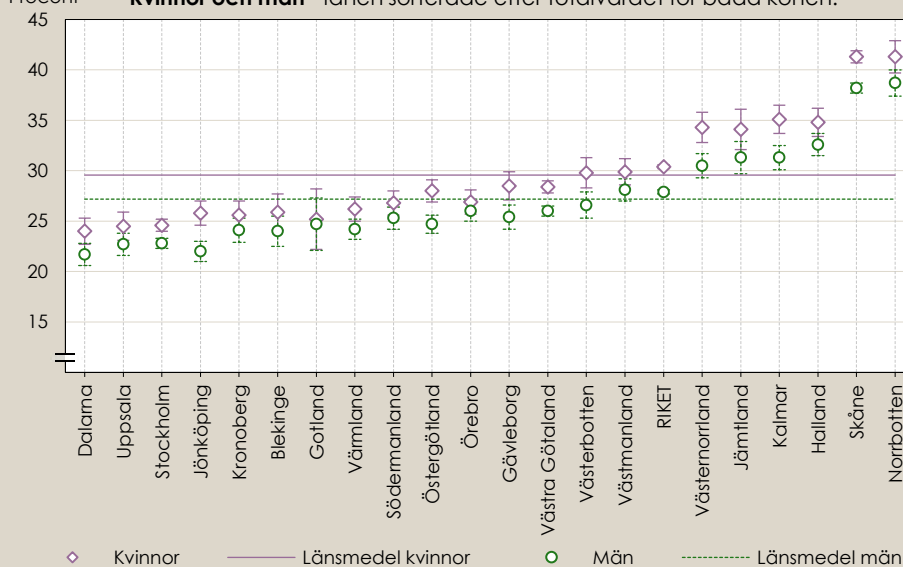
Källa: Nationella Diabetesregistret.

5.2. Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetestyper)

Andel personer med diabetes som är fysiskt inaktiva, alla typer av diabetes 18 år eller äldre, 2017.

Procent

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



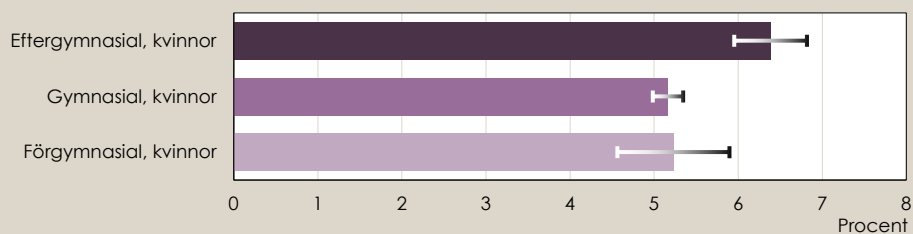
Källa: Nationella Diabetesregistret.

Patientsäkerhet

6. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

6.1. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

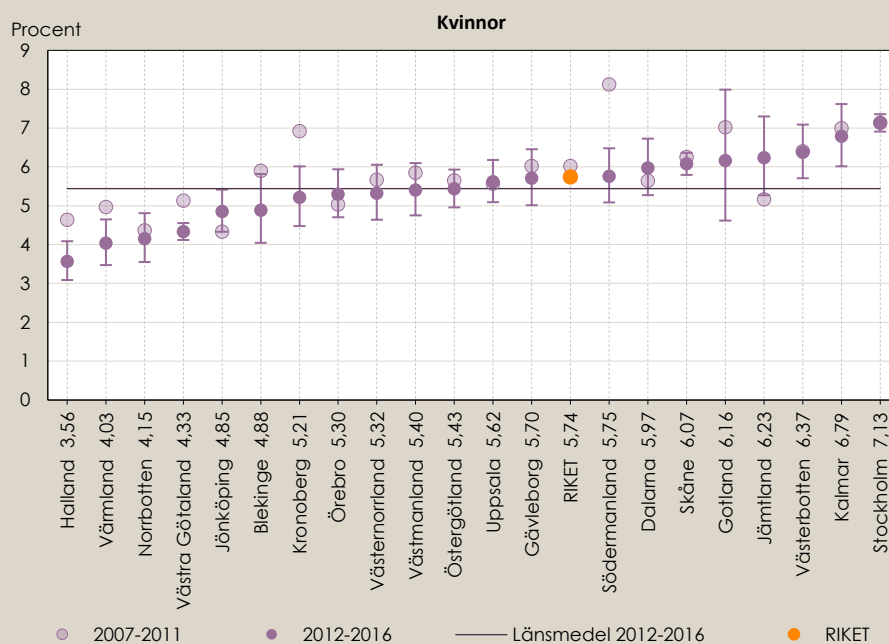
Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor, 30 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden, 2012–2016.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

6.2. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

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

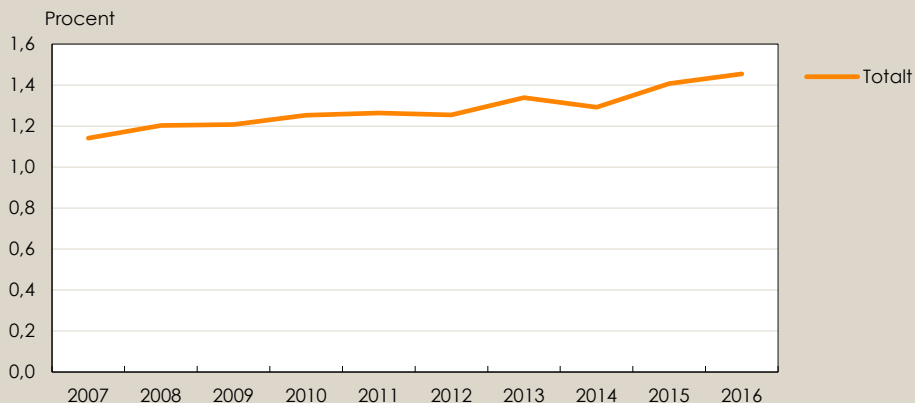


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

7. Hälsofällstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

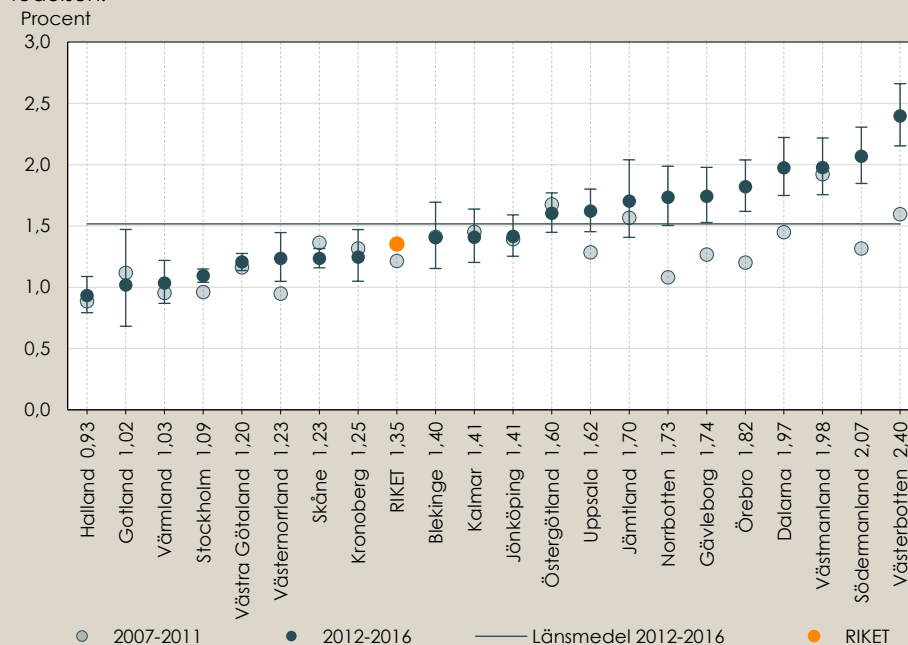
7.1. Hälsofällstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

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



7.2. Hälsofällstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

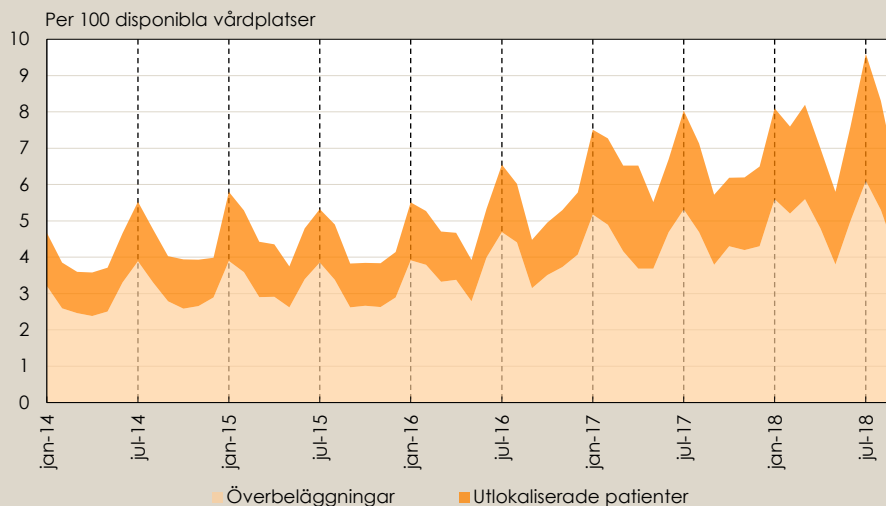
Andel nyfödda med låg (lägre än sju) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.



8. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

8.1. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

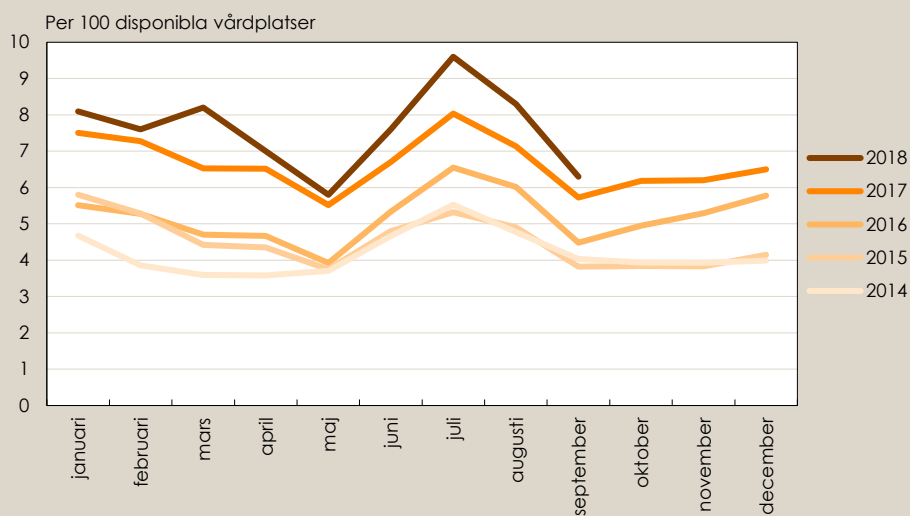
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården, månadsdata för riket.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

8.2. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

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

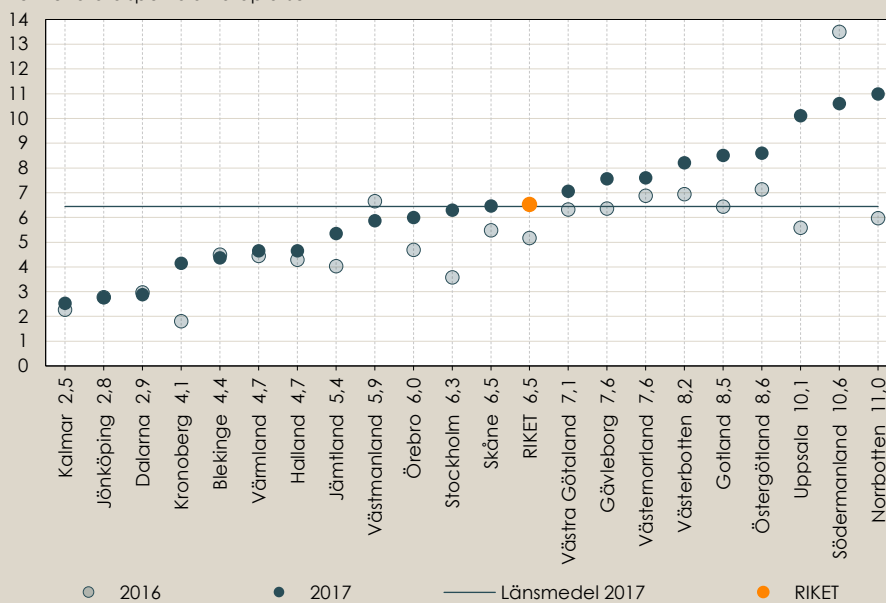


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

8.3. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

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

Per hundra disponibla vårdplatser



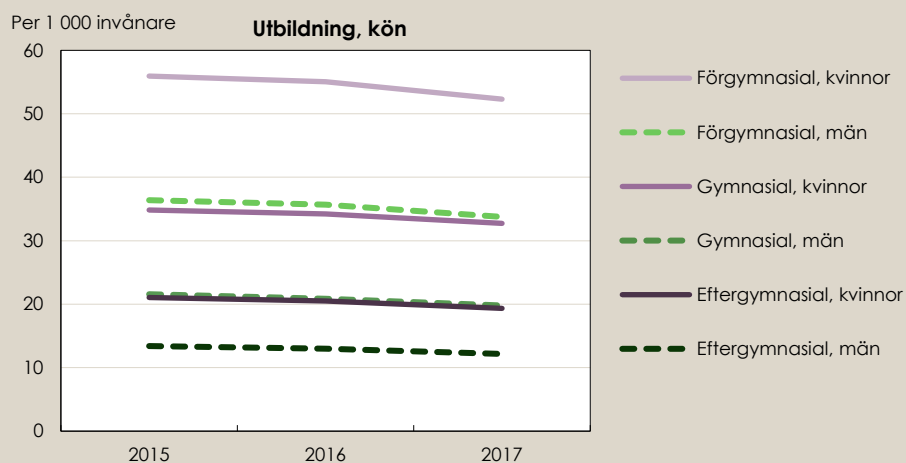
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Läkemedel

9. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

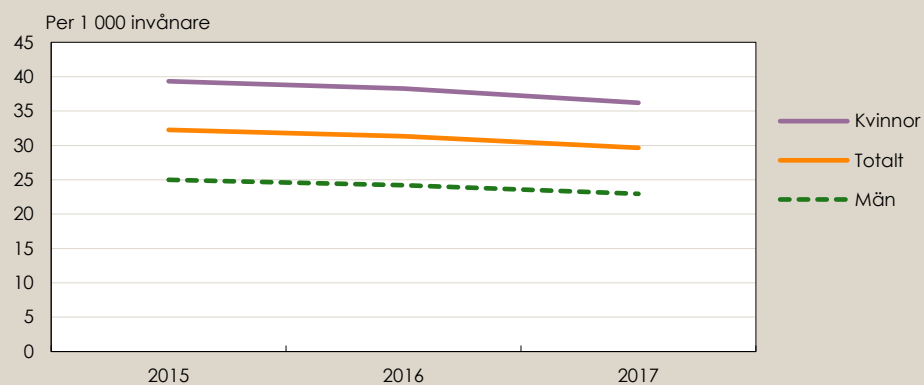
9.1. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

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



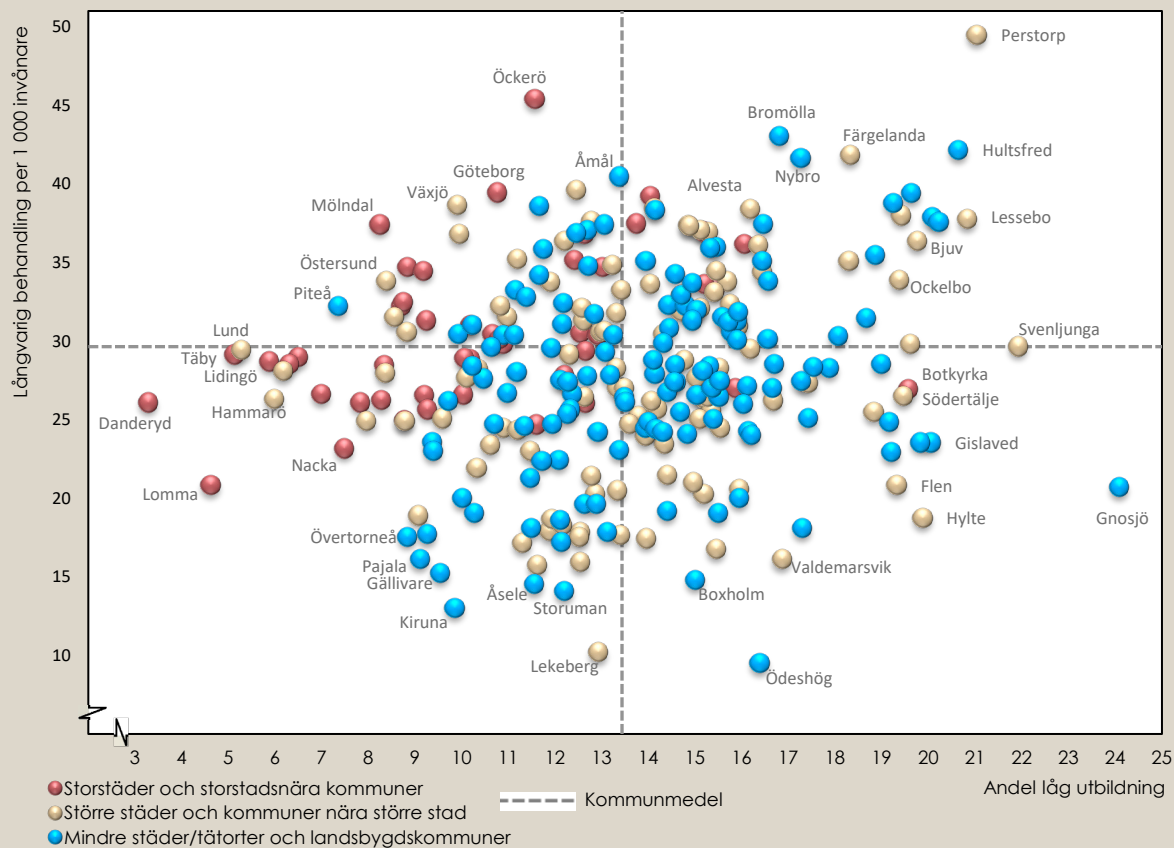
9.2. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

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



9.3. Kommuner. Långvarig behandling med bensodiazepiner och andel med låg utbildning

Antal personer med regelbunden användning av bensodiazepin/-liknande läkemedel, per 1 000 invånare 20-79 år. Åldersstandardiserade värden. Samt andel av befolkningen 25-64 år med högst förgymnasial utbildning, 2017.

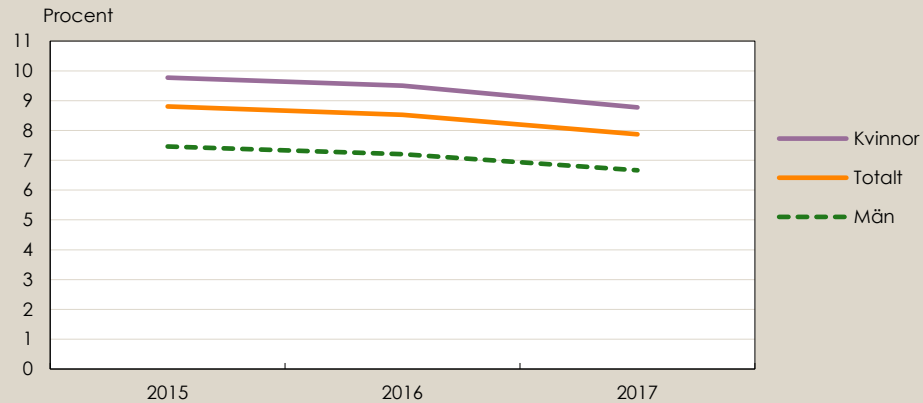


Källa: SCB och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

10. Äldre med läkemedel som bör undvikas

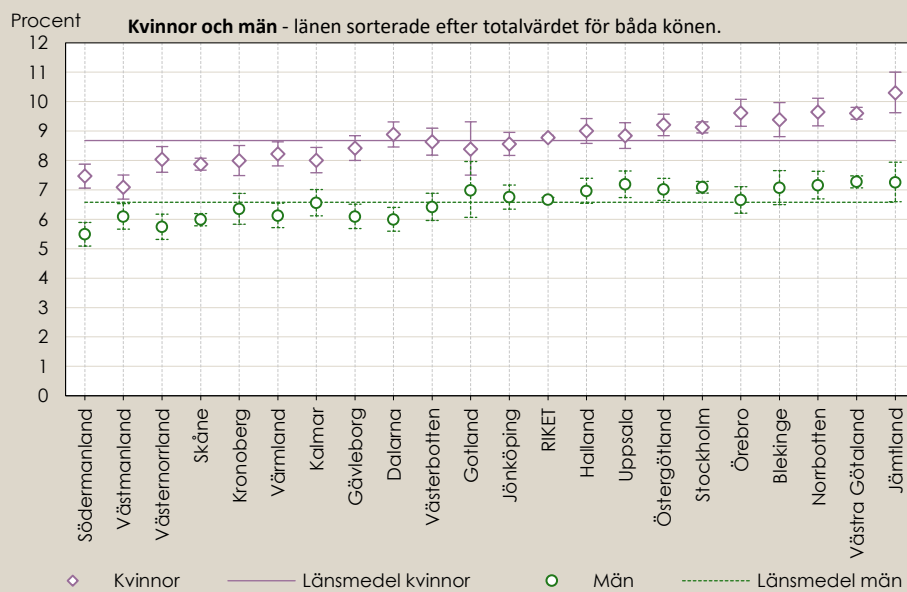
10.1. Äldre med läkemedel som bör undvikas

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



10.2. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december, 2017.



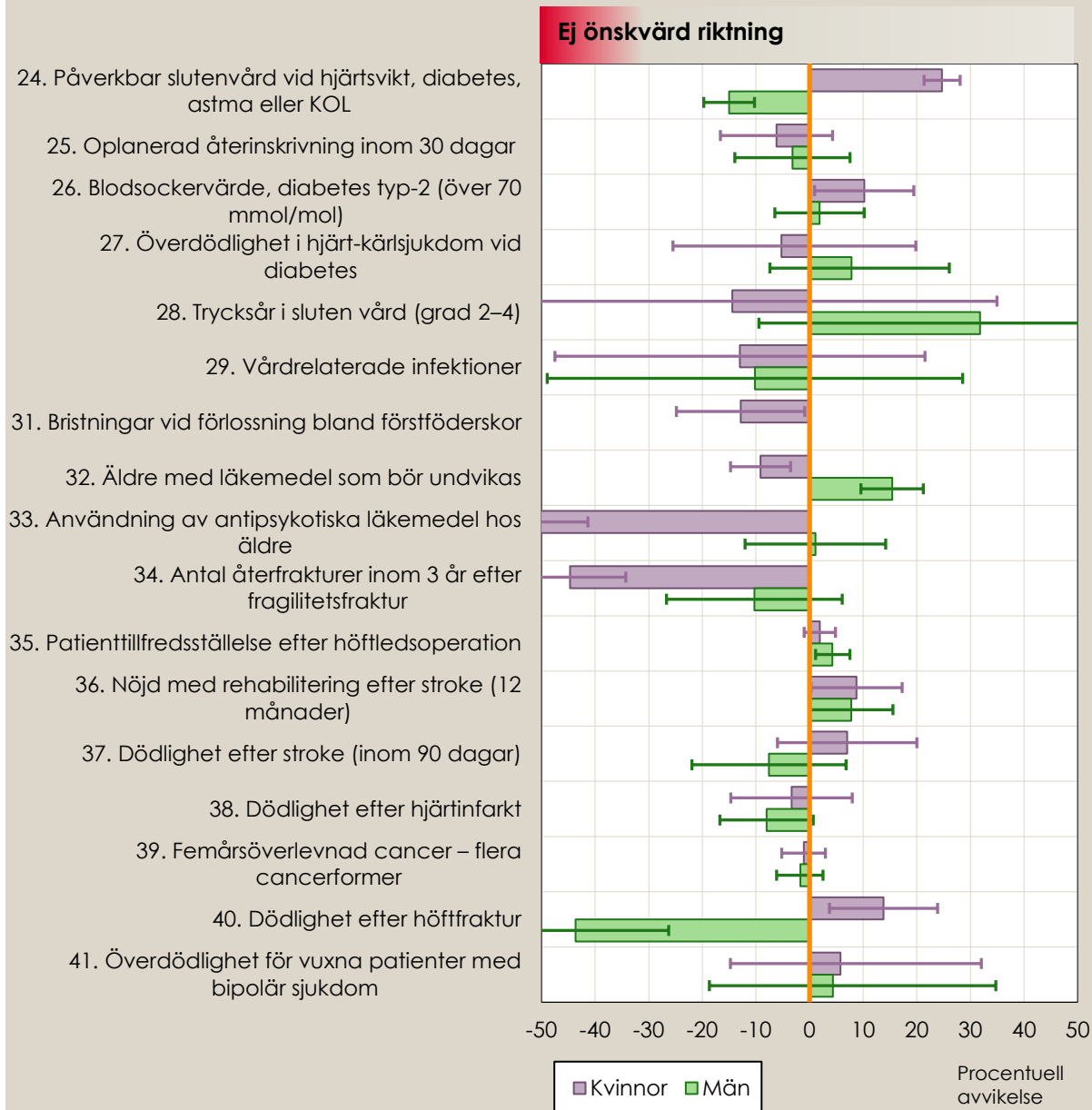
Indikatorer

Nr	Område	Namn	Mått/rubrik	Källa
1	Tillgänglighet	Operation inom 90 dagar	Andel operationer/åtgärder i planerad specialiserad somatisk vård inom 90 dagar	Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting
2	Hälsoutfall	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	Antal döda per 100 000 invånare 0-74 år för ett urval av dödsorsaker	Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen
3	Hälsoutfall	Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer	Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden	Cancerregistret, Socialstyrelsen
4	Hälsoutfall	Suicid i befolkningen	Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden	Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen
5	Hälsöfrämjande	Fysisk inaktivitet vid diabetes	Andel personer med diabetes som är fysiskt inaktiva. Avser individer 18 år och äldre. Samtliga diabetestyper.	Nationella Diabetesregistret
6	Patientsäkerhet	Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
7	Patientsäkerhet	Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)	Andel nyfödda med låg (lägre än sju) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
8	Patientsäkerhet	Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården	Sveriges Kommuner och Landsting
9	Läkemedel	Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel	Antal personer med regelbunden användning, ($\geq 0,5$ DDD/dag under ett år), av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, per 1 000 invånare. Avser personer 20-79 år. Åldersstandardiserade värden	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
10	Läkemedel	Äldre med läkemedel som bör undvikas	Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Bilaga 5. Exempel visualisering

Skåne – Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?

Procentuell avvikelse mot rikets värde, kvinnor och män.



Profildiagram utifrån socialstyrelsens rapport: Öppna jämförelser 2017 – En god vård? – Övergripande uppföljning utifrån

Källa: Öppna jämförelser 2017 – En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2018.

Bilaga 1. Indikatordata, länsprofiler och indikatorbeskrivningar [<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2018-1-4-bilaga1-Indikatordata-lansprofiler-indikatorbeskrivningar.xls>]