

# Arbetsätt för jämlik vård

Redovisning av metodutvecklingsprojekt på  
Socialstyrelsen

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

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

Artikelnummer 2020-2-6636

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2019

# Förord

En jämlik hälso- och sjukvård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, socioekonomisk status, födelseland, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och etnisk eller religiös tillhörighet. Socialstyrelsen har i denna rapport beskrivit olika aspekter av jämlik vård utifrån patientgrupper med olika bakgrund.

I denna rapport redovisas inledningsvis en fördjupad analys av arbetssätt som kan användas för att åstadkomma en ökad jämlikhet i vården. Arbetssätten har analyserats i relation till regionernas styrning liksom i relation till de strukturella förutsättningar som vårdcentralerna befinner sig i.

I rapporten ingår dessutom ett avsnitt där sociodemografiska faktorer följs upp utifrån indikatorer med målnivåer i nationella riktlinjer inom några sjukdomsområden. Även patientrapporterade erfarenheter av vård och behandling har belysts utifrån några sociodemografiska faktorer med hjälp av Nationella patientenkäten.

Projektledare inom Socialstyrelsen har varit Katarina Fredriksson och Marianne Aggestam. Delar av rapporten har arbetats fram i samarbete med Shariyah Akhavan, Camilla Salomonsson, Rocio Winnersjö med flera. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Natalia Borg  
Avdelningschef  
Avdelningen för analys

Mona Heurgren  
Avdelningschef  
Avdelningen för register och statistik



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Inledning .....	10
Uppdraget .....	10
Syfte och mål .....	10
Avgränsningar .....	11
Bakgrund .....	11
Genomförande .....	13
Rapportens disposition .....	13
Ojämlig behandling? .....	15
Ojämlig läkemedelsbehandling .....	16
Personer med låg socioekonomisk status .....	18
Personer med funktionsnedsättning .....	18
Personer med psykisk ohälsa .....	20
Hbtq-personer .....	22
Personer med utländsk härkomst .....	22
Personer med missbruks- och beroendeproblematik .....	23
Organisationen och strukturens inverkan på jämlikhet i vården .....	25
Regionernas förutsättningar .....	27
Redovisning av resultat .....	30
Krav och handlingsplaner för ökad jämlikhet .....	31
Tillgänglighet till vård .....	33
Kommunikation och bemötande .....	40
Hälsöfrämjande arbete .....	47
Samarbete och samordning av vårdkontakter .....	49
Tillgång till resurser .....	54
Sammanfattande diskussion och analys .....	56
Hälsonavigatörens roll i vården .....	66
Fördelar och nackdelar .....	67
Kartläggning .....	67
Sammanfattning .....	69
En indikatorbaserad uppföljning inom några sjukdomsområden .....	70
Genomförande .....	71
Redovisning av resultat .....	75
Astma och KOL .....	76
Stroke .....	80

Diabetes.....	84
Övriga indikatorer .....	89
Sammanfattning .....	96
Patientrapporterade erfarenheter .....	100
Om Nationell patientenkät .....	100
Bortfallsanalys.....	100
Genomförande .....	102
Redovisning av resultat .....	104
Slutsatser och diskussion.....	114
Referenser .....	118
Bilaga 1. Dialoger om jämlik vård .....	125
Bilaga 2. Studiebesök vid Glesbygdsmedicinskt centrum.....	129
Bilaga 3. Tabeller till enkät om vårdcentralernas arbetssätt .....	130
Bilaga 4. Indikatorbaserad uppföljning: frekvenser för respektive patientpopulation .....	138
Bilaga 5. Indikatorbaserad uppföljning: regressionstabeller .....	183
Bilaga 6. Indikatorbaserad uppföljning: översikt multipel analys.....	215
Bilaga 7 Indikatorbaserad uppföljning: metodbeskrivning .....	218
Bilaga 8 Indikatorbaserad uppföljning: indikatorbeskrivningar.....	226
Bilaga 9. Patientrapporterade erfarenheter: metodbeskrivning .....	236
Bilaga 10. Patientrapporterade erfarenheter: regressionstabeller.....	240

# Sammanfattning

Socialstyrelsen har genomfört ett projekt där myndigheten fördjupat sitt arbete med metoder och andra angreppssätt med syfte att i framtiden kunna förbättra sin uppföljning om jämlik vård och behandling. Resultaten från projektet visar att vissa förbättringar har skett avseende jämlikhet i hälso- och sjukvården jämfört med myndighetens tidigare avrapporteringar, men trots det kvarstår alltså ojämlikheter. Nedan beskrivs några faktorer som kan påverka jämlikheten.

## *Om organisationens inverkan på jämlik vård*

Socialstyrelsen har i den här rapporten beskrivit vilka svårigheter som patienter med olika bakgrund kan stöta på när de söker vård och vad detta kan få för konsekvenser. Från enkätundersökningen till samtliga vårdcentraler i tre regioner framgår att det som lyfts fram i regionernas uppdragsbeskrivningar får inverkan på hur vårdcentralerna sedan arbetar och att det är procentuellt fler vårdcentraler som arbetar med jämlik vård om detta också framgår från uppdragsbeskrivningen, detta gäller framförallt i de mindre regionerna. Vårdcentralerna använder också sitt eget handlingsutrymme för att skapa en ökad jämlikhet i vården.

Det finns inom de områden som Socialstyrelsens enkät täcker förbättringspotential inom flera områden som skulle kunna bidra till att öka vårdens jämlikhet. Detta rör framförallt

- tillgänglighet i form av möjligheter att komma i kontakt och få en tid
- tillgänglig information
- tillgänglighet till lokalerna
- olika typer av bemötandaspekter.

Utifrån enkätresultaten och vad som identifierats vara viktigt för att öka jämlikheten i vården även för patienter med särskilda behov har Socialstyrelsen identifierat ett antal fokusområden som vårdgivare tillsammans med regionerna kan arbeta vidare med:

- Tillgänglighet till vård – både sätt att komma i kontakt med (utöver dator och telefon) och tillgänglighet till lokalerna behöver på många håll förbättras för personer med funktionsnedsättning.
- Information till patienterna – underlätta för personalen att delge patienterna tydlig information genom att ge tillgång till olika typer av kommunikationsstöd, så som bildkort eller metod för samtalsstöd.
- Bemötande – behovet av kontinuerligt arbete med bemötandefrågor är stort, men det är endast 25 procent av vårdcentralerna som uppgett att personalen deltagit i utbildning/seminarium om detta under 2018. Det saknas även rutiner för att personalen ska anpassa sitt bemötande utifrån patienternas individuella behov.
- Förebyggande arbete – även om majoriteten av vårdcentralerna uppgett att de arbetar förebyggande för sina patienters hälsa är detta ett arbete som

behöver utvecklas och då framförallt för att nå fler än de som redan besöker vårdcentralen idag.

- Samordning av vårdkontakter för patienter med särskilda vårdbehov – framförallt samordning där flera vårdkontakter är inblandade, vid informationsöverföring mellan olika vårdgivare och att arbetsfördelningen mellan olika vårdgivare som behöver tydliggöras och vidareutvecklas.
- Samarbetet med tandvården – tandvården kan göra mycket för att identifiera vårdbehov och lotsa patienter rätt i vården, men upparbetade kontaktvägar saknas på många håll idag.
- Tillgången till personal – adekvata personella resurser leder till att patienter med särskilda behov får bättre förutsättningar för att få tillgång till den vård som de behöver.

Socialstyrelsen konstaterar att de tre regioner som ingår i denna undersökning samtliga arbetar med olika strategier för att försöka överbrygga ojämlikheter i vården. Vidare kan konstateras att det finns skillnader i hur man arbetar på vårdcentralen beroende på om den ligger i storstad eller på landsbygden. Regionernas uppdragsbeskrivningar till vårdcentralerna är ett styrmedel som kan användas i högre grad för att påverka hur vårdcentralerna arbetar för att tillgodose befolkningens vårdbehov.

I rapporten finns en kartläggning av användandet av hälsonavigatörer i vården. Detta arbetssätt behöver utvärderas mer men skulle kunna vara till hjälp för att öka jämlikheten i vården.

### *Om rekommenderad vård och behandling är jämlik*

Socialstyrelsen redovisar resultat för 11 processindikatorer från nationella riktlinjer inom sex sjukdomsområden (exempelvis Astma och KOL, stroke, diabetes). Resultaten har analyserats utifrån sociodemografiska faktorer som kön, ålder, kommungrupp, födelseland, utbildning, disponibel inkomst och grad av etablering på arbetsmarknaden.

De skillnader som mest framträder berör den sociodemografiska faktorn typ av hemkommungrupp. Här analyseras tre typer av kommungrupper; storstadskommun, större stad/kommun och mindre stad/tätort/kommun. Resultatet visar att:

- Personer som bor i större stad/kommun och i mindre stad/tätort/kommun får ta del av vård och behandling i lägre utsträckning i jämförelse med personer som bor i en storstadskommun. Det handlar om patienter som bör få vård på strokeenhet som första vårdnivå, få bedömning av sväljförmåga vid akut stroke, få fot- och ögonbottenundersökning vid diabetes och få ett årligt besök hos läkare inom specialistvården vid MS och Parkinson.

Det andra området som därefter uppvisar fler skillnader i vård och behandling är kopplat till personens ålder. Åldersjämförelser gjordes inom gruppen 65 år och äldre, mellan personer som är i åldern 67–79 år i jämförelse med personer som är 80 år och äldre:

- Personer i åldern 65–79 år fick rekommenderad vård och behandling i större utsträckning jämfört med personer som är 80 år och äldre. Det handlar om äldre patienter som bör få spirometri som rekommenderas vid



astma, få vård på strokeenhet som första vårdnivå, få fot- och ögonbottenundersökning vid diabetes och få ett årligt besök hos läkare inom specialistvården vid MS och Parkinson.

Därefter återfinns några fler skillnader i vård och behandling som kan kopplas till individer som bor i hushåll med låg disponibel inkomst och till individens födelseland.

Det bör dock framhållas att den här redovisningen inte kan dra några slutsatser kring om de skillnader som redovisas kan anses vara omotiverade eller systematiska. För att göra den bedömningen behöver analyserna vidareutvecklas. De skillnader som har identifierats ger dock en signal som kan tyda på att vården inte är tillräckligt behovsanpassad och resultaten är därför viktiga för huvudmännen att uppmärksamma i prioriteringsdiskussioner om rekommenderade behandling inom de olika patientgrupperna.

### *Om patienternas erfarenheter av vård och behandling*

I syfte att belysa patienternas erfarenheter av vård och behandling har Socialstyrelsen bearbetat uppgifter från Nationell patientenkät för primärvården 2017 och den öppna specialiserade sjukhusvården 2018. Patienternas svar för några utvalda frågor har belysts utifrån kön, utbildning och sysselsättning. Frågorna rör bland annat om patienten anser att hens vårdbehov blivit tillgodosett, om samordning av vårdkontakterna skett i den utsträckning som behövs samt om patienten känner sig bemött med respekt och värdighet.

Socialstyrelsens genomlysning påvisar inte några omfattande skillnader mellan olika gruppers erfarenheter av och uppfattning om vården baserat på socioekonomisk bakgrund eller könstillhörighet. Vissa skillnader kan ses, såsom exempelvis att svarande med lägre utbildning på flera områden tenderar att vara mer nöjda med vården jämfört med svarande med högre utbildning. Endast vad gäller bemötande finns en tendens för såväl svarande med lägre utbildning som personer i arbetslöshet att vara mindre nöjda jämfört med sina respektive referensgrupper. Resultaten indikerar också att diskussioner om levnadsvanor i högre grad riktas mot riskgrupper.

Flera omständigheter gör att resultaten av genomlysningen bör tolkas med viss försiktighet. Bortfallet i enkäterna är förhållandevis stort (svarsfrekvensen för primärvården var 36 procent och 43 procent för specialiserad öppenvård vid sjukhus) och dessutom snedvridet med avseende på ålder. Vidare finns en risk att mindre resursstarka grupper i lägre grad besvarat enkäterna och att skillnader mellan grupper därför underskattas. Justeringen av resultaten i relation till bakgrundsfaktorer är slutligen begränsad till de frågor som inkluderas i enkäten. Resultaten gäller därför endast de personer som besvarat aktuella versioner av Nationell patientenkät. Vidare analys krävs för att kunna uttala sig om eventuella samband och orsaker till resultaten.

# Inledning

Ur ett internationellt perspektiv är folkhälsan i Sverige god och för stora delar av befolkningen utvecklas hälsan positivt. Exempelvis har den förtida dödligheten minskat under åren 2006 till 2017 och medellivslängden har under samma period ökat med 1,6 år i genomsnitt. Samtidigt kan konstateras att utvecklingen skiljer sig avsevärt mellan olika grupper i samhället. Exempelvis dör personer med låg socioekonomisk ställning oftare i förtid än personer med hög grad av socioekonomisk status [1, 2].

Kommissionen för jämlik hälsa konstaterar i sitt slutbetänkande 2017 att ojämlikhet i hälsa inte enbart kan lösas av hälso- och sjukvården, men understryker samtidigt att en jämlik hälsa inte kan uppnås utan att arbeta med en mer jämlik hälso- och sjukvård [3].

Den så kallade Marmotkommissionen lyfte 2008 också fram hälso- och sjukvårdens roll i arbetet för en mer jämlik hälsa i WHO-rapporten *Closing the gap in a generation* [4]. I rapporten lyfts bland annat följande faktorer fram:

- Solidariskt finansierad vård tillgänglig för alla.
- Uppmärksammande av särskilda behov hos utsatta grupper.
- Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård.
- Hög tillgänglighet för invånare, oavsett var man bor och om man har särskilda behov.

## Uppdraget

Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen initierat ett arbete med att belysa ojämlikheten i hälso- och sjukvården med utgångspunkt i de särskilda behov som olika utsatta grupper i samhället har av vård och behandling. Socialstyrelsen har vidare analyserat hur hälso- och sjukvården kan arbeta för att även dessa grupper ska få en jämlik vård.

## Syfte och mål

Syftet med Socialstyrelsens arbete med att beskriva ojämlikheter är att ge hälso- och sjukvården ett underlag för att stödja arbetet för en vård på lika villkor för hela befolkningen. Rapportens mål är:

- att ge en lägesbeskrivning av tidigare rapportering av ojämlikhet i vården med utgångspunkt i olika gruppers förutsättningar för att få den vård de behöver
- att stödja regionernas arbete med att uppnå jämlik vård genom att belysa ett urval av metoder, arbetssätt samt organisatoriska och strukturella förutsättningar som kan påverka jämlikheten i vården.

## Avgränsningar

Arbetet har inte genomförts med en heltäckande ansats men belyser områden som bedömts vara särskilt viktiga för hälso- och sjukvården att arbeta med.

I rapporten har endast de bestämningsfaktorer för jämlik hälsa som hälso- och sjukvården kan påverka analyserats. Andra faktorer som påverkar hälsan, så som exempelvis boendeförhållanden, arbetsmiljö, uppväxt och så vidare, har utlämnats. Socialtjänst, tandvård och barnhälsovård har inte närmare analyserats i denna rapport.

## Bakgrund

Förekomsten av skillnader i hälsa, sjuklighet, dödlighet och vårdutnyttjande i olika befolkningsgrupper efter exempelvis ålder, kön, socioekonomi är sedan 1980-talet väldokumenterat bland annat i den nationella folkhälsorapporteringen och annan rapportering [5, 6].

Under 1990-talet och framåt börjar även skillnader i vård och behandling mellan olika befolkningsgrupper uppmärksammas allt mer framförallt mellan män och kvinnor, men också regionala skillnader. Begrepp som åtgärdbar dödlighet introduceras i den nationella rapporteringen [7, 8]. Hälso- och sjukvårdens roll och möjligheter att bidra till att minska dessa skillnader börjar diskuteras allt mer nationellt [9].

År 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att beskriva kunskapsläget avseende jämlikheten i hälso- och sjukvården och de utmaningar som fanns för att uppnå en jämlik hälso- och sjukvård. Rapporten innehöll också ett flertal förslag och rekommendationer för fortsatt arbete. Dessa berörde den nationella nivån, sjukvårdshuvudmännen samt forskning/utbildning [10].

Myndigheten för vårdanalys fick därefter i uppdrag av regeringen att utifrån Socialstyrelsens rapport genomföra en fördjupad analys av skillnader i hälso- och sjukvården. År 2014 presenterades en analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Rapporten innehöll dessutom sex förslag till åtgärdsområden för att öka jämlikheten i vården [11].

## Hälso- och sjukvårdens mål

Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Det framgår också att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet<sup>1</sup>.

Att vården ska erbjudas befolkningen på lika villkor innebär enligt förarbetena till HSL att det i princip bör vara möjligt för alla, oavsett var i landet man bor, att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Det innebär att ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden inte får hindra den enskilde att erhålla vård. Möjligheterna att få vård vid behov får därmed inte påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsför-

---

<sup>1</sup> 3 kap.1§ HSL

måga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Eventuella väntetider får, enligt förarbetena, inte heller påverkas av sådana förhållanden<sup>2</sup>.

Att vården ska vara jämlik betyder inte att den ska ges på samma sätt och i samma utsträckning överallt. Av 7 kap. 2 § HSL framgår att landstingen<sup>3</sup> ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att landsting får planera verksamheten på det sätt som den finner mest ändamålsenlig, men att vården alltid måste vara utformad så att den strävar efter en vård på lika villkor för hela befolkningen<sup>4</sup>.

## Hälso- och sjukvårdens prioriteringar

Det är den som har det största behovet av hälso- och sjukvård som ska ges företräde till vården<sup>5</sup>. Av förarbetena till HSL framgår att behovet av vård, inom ramen för de ekonomiska resurserna, ensamt ska vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär. I detta uppges ligga att det vid prioritering mellan två patienter ska ges företräde till den som har det mest akuta behovet av vård<sup>6</sup>.

Prioriteringarna inom hälso- och sjukvården utgår från den så kallade etiska plattformen, som omfattar de grundläggande etiska principerna:

- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Dessa principer ska vara vägledande för dem som i olika sammanhang har att fatta beslut som rör prioriteringar i vården.

Människovärdesprincipen innebär att människovärdet inte är knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället utan till själva existensen. Innebörden av behovs- och solidaritetsprincipen är att om prioriteringar måste ske så ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de två andra principerna och får aldrig innebära en underlåtelse att ge vård till eller försämra kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, personer med funktionsnedsättning eller andra som är i liknande situationer.

Den etiska plattformen innebär en förstärkning och fördjupning av den svenska hälso- och sjukvårdens grundtema, en god vård på lika villkor för hela befolkningen<sup>7</sup>.

Prioriteringar äger rum hela tiden på alla plan inom vården. Det gäller allt från övergripande politisk resursprioritering till de beslut som fortlöpande tas i den kliniska vardagen. När det gäller prioriteringar av enskilda patienter är varje fall unikt och måste bedömas utifrån den enskilde patientens behov och

<sup>2</sup> Prop. 1981/82:97 Hälso- och sjukvårdslag, m.m. sid 27-28

<sup>3</sup> I lagstiftningen används fortfarande begreppet landsting, även om alla landsting sedan 1 januari 2019 är regioner

<sup>4</sup> Prop 1981/82:97, Hälso- och sjukvårdslag m.m. sid 122

<sup>5</sup> 3 kap. 1 § HSL

<sup>6</sup> Prop. 1981/82:97, sid 27-28

<sup>7</sup> Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, sid 18-24

de unika förutsättningarna i just den situationen, med vägledning av de etiska grundprinciperna<sup>8</sup>.

## Hälso- och sjukvårdens komplexa system

Hälso- och sjukvårdens komplexitet innebär att den måste analyseras ur olika dimensioner, som en helhet eller ett system, för att en bedömning om den når upp till målet om en vård på lika villkor låter sig göras.

Några grundförutsättningar som brukar nämnas för att utifrån ett systemperspektiv analysera om hälso- och vården är jämlik är hur den *finansieras*, hur *resurserna fördelas* och vilka *ersättningsformer* som används samt vilket *resultat* som uppnås. Likaså mekanismer för *reglering* och *styrning* och vad som *prioriteras*. Centralt är också hur den *organiseras*, vilket *utbud av hälso- och sjukvård* som tillhandahålls och dess *tillgänglighet för alla*. Dessutom att det finns system för *uppföljning, utvärdering och analys* av befolkningens hälsa, hälso- och sjukvårdens verksamheter och resultat. En analys av detta slag är central för att kunna ta ställning till vilka åtgärder och insatser som krävs för en vård på lika villkor i befolkningen [8, 12].

En sådan systemansats som beskrivs ovan faller utanför ramen för detta uppdrag, men den är likväl väsentlig för att fördjupa förståelsen för de mekanismer som påverkar hälso- och sjukvårdens utfall i olika riktningar. Kanske är den än mer central för att kunna ta ställning till vilka åtgärder och insatser som krävs för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

## Genomförande

Inledningsvis skedde dialoger med olika aktörer inom vården och dessa tillfrågades om vilka de största utmaningarna är för att åstadkomma en jämlik vård på lika villkor för hela befolkningen, se bilaga 1. I bilagan finns en utförligare beskrivning av vad respektive grupp har lyft fram.

Inom ramen för arbetet har även en kunskapssammanställning av litteratur inom området jämlik vård genomförts. Sammanställningen redovisas i nästa kapitel, *Ojämlik behandling?*. Dialogerna och kunskapssammanställningen har sedan använts för att identifiera områden för fördjupad analys. Framförallt följande två områden har identifierats kunna hjälpa hälso- och sjukvården i sitt arbete med att förbättra jämlikheten i vården:

- Att belysa arbetsätt som kan bidra till en mer jämlik vård.
- Att belysa organisationens betydelse för om personalen har möjlighet att möta patienterna utifrån deras egna förutsättningar och därmed åstadkomma en ökad jämlikhet i vården.

## Rapportens disposition

Rapporten inleds med en genomgång av arbetets genomförande med utgångspunkt i hur de mål som finns beskrivna i detta kapitel har identifierats och varför de har bäring på jämlikheten i vården.

---

<sup>8</sup> Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, sid 12

Rapporten omfattar följande kapitel som var och ett redovisar resultat från uppföljningar, kunskapssammanställningar respektive kartläggningar.

Det första kapitlet *Ojämlig behandling?* ger en beskrivning av vad som tidigare rapporterats om jämlikhet i vården och hur ojämlikheten slår mot olika grupper samt ett resonemang kring ojämlik läkemedelsbehandling och vad som behöver adresseras för att kunna sluta sig till om behandlingen är ojämlik eller inte.

I nästa kapitel presenteras organisatoriska och strukturella förutsättningar inom tre regioner samt resultatet av en enkätundersökning till de tre regionernas vårdcentraler. Resultaten har analyserats dels utifrån vilken region vårdcentralen ligger i, och hur regionen styr vårdcentralens arbetssätt, dels utifrån vilken kommungrupp vårdcentralen ligger i. Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion och analys.

Det tredje kapitlet är en kartläggning av hur vården använder hälsonavigatörer som en brygga mellan vården och patienter med sämre förutsättningar att själva söka hjälp

I det fjärde kapitlet redovisas resultatet av ett projekt som Socialstyrelsen genomfört. Projektet omfattar registerstudier där resultatet för några indikatorer med målnivåer från nationella riktlinjer för vissa sjukdomsområden har belysts utifrån sociodemografiska faktorer som exempelvis ålder, födelseland och utbildning.

I det avslutande kapitlet redovisas patientrapporterade erfarenheter från vård och behandling, t.ex. tillgodosett vårdbehov, samordning av vårdkontakter, respekt och bemötande i primärvården. Nationella patientenkäten har använts som underlag och patienternas svar i enkäten belyses utifrån sociodemografiska faktorer som kön, ålder, utbildning och sysselsättningsgrad.

Varje kapitel inleds med beskrivningar av hur uppföljningen har genomförts, vilket bland annat omfattar val av metod och urval av population. Därefter följer en resultatredovisning.

Rapporten kompletteras med 10 bilagor. Här redovisas bl.a. tabeller och figurer från enkätundersökningen och registerstudierna. För den som vill fördjupa sig finns samtliga underlag för resultaten som redovisas i den här rapporten samlade i bilagorna.

# Ojämlig behandling?

Patienter är i grunden individer med olika förutsättningar för att få sitt eventuella vårdbehov tillgodosett. Hälso- och sjukvården bygger på att en patient själv måste kunna identifiera ohälsa, söka sig till vården i rätt tid och kunna förklara vad problemet är för att få den hjälp de behöver. För vissa grupper av patienter är förutsättningarna för att detta ska lyckas sämre än för andra och i den här delen av rapporten beskrivs några grupper och vilka problem de kan stöta på i vården.

En av de vanligaste behandlingsmetoderna vid sjukdomar av olika slag är läkemedelsbehandlingar. Läkemedelsbehandling kan vara ojämnt fördelad mellan olika patientgrupper, men det är inte nödvändigtvis så att vården är ojämlig för det. Därför förs här ett resonemang om vilka faktorer som spelar in vid läkemedelsbehandling för olika grupper, hur man kan bedöma om läkemedelsbehandling är ojämlig och vilka faktorer som spelar in när olika grupper har påvisats få olika läkemedelsbehandlingar.

Socialstyrelsen har i många år publicerat öppna jämförelser, lägesrapporter och andra rapporter kring ojämlikheten i vården. Dessa rapporter har tillsammans med den kunskapsammansättning som genomförts inom ramen för uppdraget i detta kapitel sammanställts till en kort beskrivning av olika gruppers problematik i mötet med vården.

## Ett grupperspektiv

De grupper som beskrivs i detta kapitel har valts utifrån att det finns rapporter från myndigheter, forskning och andra aktörer som visar att dessa grupper inte alltid har tillgång till samma vård som andra grupper av patienter. Orsakerna till detta skiljer sig åt mellan respektive grupp. En avgränsning har dock gjorts och därför har inte exempelvis barn och äldre beskrivits separat, även om dessa båda grupper också kan stöta på problem vid kontakten med vården.

Flera aspekter spelar in i bestämmandet av en individs identitet och villkor, så kallad intersektionalitet. För enkelhetens skull har Socialstyrelsen beskrivit grupperna separat, men det är många som faller in i flera grupper och resonemangen kring varje enskild grupp går delvis in i varandra. Urvalet av grupper är baserat på att det finns många rapporter och studier som pekat på att dessa grupper får ojämlig behandling på ett eller annat sätt. Fler grupper skulle kunna beskrivas, såsom exempelvis skillnader mellan kvinnor och män, mellan barn och vuxna eller mellan äldre och yngre. Socialstyrelsen har dock valt att begränsa sig till följande grupper:

- personer som lever i socioekonomisk utsatthet
- personer med funktionsnedsättning
- personer med psykisk ohälsa
- hbtq-personer
- personer med utländsk bakgrund
- personer med missbruks- och beroendeproblematik.

## Kunskapssammanställningens genomförande

Inom ramen för arbetet har en kunskapssammanställning av litteratur inom området jämlik vård för åren 2012 till 2017 genomförts. Vid sökningen användes jämlik vård och interventioner som sökord på litteratur publicerad i Sverige och i några utvalda länder som har motsvarande sjukvårdssystem (eg Europa, Australien och Kanada). Sökningarna genererade 1100 artiklar, rapporter och forskningsstudier som har granskats utifrån relevans och sedan kategoriserats i ett antal olika kategorier. Kategoriseringen har lett till att artiklarna blir sökbara och dessa har sedan kunnat användas vid skrivandet av denna rapport.

## Ojämlik läkemedelsbehandling

Det finns många exempel på skillnader i läkemedelsanvändningen mellan olika grupper i samhället, exempelvis beroende av kön eller ålder. Skillnaderna är ofta motiverade – eftersom sjukligheten fördelar sig ojämnt i befolkningen kan det förväntas att även läkemedelsanvändningen gör det. Men det finns också omotiverade skillnader som beror på att läkemedelsbehandlingen inte är jämlik.

Läkemedelsanvändningen påverkas av många faktorer. Demografi och socioekonomiska faktorer påverkar sjukdomsburden i ett samhälle. Benägenheten och förmågan att söka vård varierar mellan individer och grupper. Dessutom kan tillgängligheten till vård skifta. Den medicinska bedömningen, som ligger till grund för val av behandling behöver utgå från den individuella patientens behov där hänsyn tas till exempelvis svårhetsgrad och samsjuklighet. Läkemedel kan ha egenskaper som gör dem olämpliga för en del patienter, såsom interaktioner med andra läkemedel eller biverkningar som inte kan tolereras. För varje enskild läkemedelsordination behöver därför en bedömning göras av om nyttan med behandlingen överstiger risken med densamma.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd<sup>9</sup> om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården finns bestämmelse om lämplighetsbedömning vid ordination av läkemedel. Enligt 6 kap. 2 § ska den som ordinerar ett läkemedel säkerställa att ordinationen är lämplig med utgångspunkt i patientens behov. Detta innebär att den som ordinerar särskilt ska göra en lämplighetsbedömning som tar hänsyn till patientens hälsotillstånd, ålder, kön, läkemedelsanvändning, pågående behandling och utredning, överkänslighet mot läkemedel och eventuell graviditet eller amning. Vid bedömningen ska även läkemedlets kontraindikation och andra viktiga faktorer för läkemedelsbehandlingen beaktas. Skillnader i läkemedelsanvändning behöver alltså inte tyda på ojämlikhet – det kan också vara ett uttryck för att vården är behovs- och individanpassad, och ur det perspektivet jämlik.

Det finns således flera olika aspekter att ta hänsyn till när man studerar och analyserar i vilken utsträckning läkemedelsanvändningen är ojämlik mellan individer eller grupper. Men ibland ses skillnader som är större än vad som

---

<sup>9</sup> HSLF-FS 2017:37



rimligtvis kan förklaras av variationer i medicinska förutsättningar och behov. Stora regionala skillnader kan t.ex. bero på att rekommendationer eller behandlingstraditioner varierar i landet eller att den kliniska nyttan av nya behandlingar värderas olika. Skillnader kan också avspegla en ojämlig tillgång till specialister eller väntetider till utredningsresurser.

Tillgängligheten till läkemedel påverkar också hur de används. Nya läkemedel kan ha en stor påverkan på landstingens och regionernas respektive läkemedelsbudget. Införandet av nya läkemedel ställer därför krav på att landstingen nogsamt planerar för introduktionen. Sedan några år tillbaka samarbetar landstingen och regionerna kring vilka nya läkemedel som ska införas i sjukvården för att bättre uppnå en jämlig, kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning över hela landet. Vid Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) finns 24 nationella programområden (NPO), ett nationellt primärvårdsråd och Nationella terapirådet (NT-rådet). De leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område på nationell nivå och lämnar rekommendationer om vilka läkemedel och behandlingar som regionerna bör införa men även fasa ut. Arbete inom NPO och NT-rådet bör på sikt medföra minskade geografiska ojämlikheter vid prioritering av exempelvis kostsamma läkemedel och behandlingar.

Särläkemedel utgör en särskild utmaning. Dessa används för behandling av sällsynta och allvarliga tillstånd hos mycket få patienter och kan vara mycket kostsamma. Eftersom det handlar om få fall är de ofta geografiskt ojämnt fördelade och introduktionen av nya särläkemedel kan ge mycket stor ekonomisk påverkan för enskilda regioner, vilket i förlängningen kan innebära risk för att patienter inte kan erbjudas behandling.

Socialstyrelsen har också påvisat skillnader i läkemedelsanvändning kopplat till socioekonomi. Exempelvis finns ett starkt samband mellan hushållens disponibla inkomster och andelen barn som förskrivs adhd-läkemedel. Ju lägre hushållets disponibla inkomst är, desto högre är andelen barn som behandlas med läkemedel. Samtidigt kan myndigheten påvisa att psykosociala och socioekonomiska faktorer inte ensamt kan utgöra förklaringar till de regionala skillnaderna i förskrivningen av adhd-läkemedel [13].

Det finns ett högkostnadsskydd som staten infört, det ger ett skydd mot höga sammanlagda kostnader för läkemedel, p-piller och stomiartiklar. Patienten betalar själv fullt pris upp till 1 150 kronor, därefter träder ett rabattsystem in som innebär att patienten stegvis betalar 50, 25 och 10 procent av läkemedelskostnaden. Högkostnadsskyddet betyder att patienten betalar som mest 2 300 kronor under en period på ett år räknat från första köpet, för receptbelagda läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen. Det är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som beslutar vad som ska omfattas av läkemedelsförmånen.

Läkemedel som förskrivits på recept hämtas inte alltid ut på apoteket. I Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät för 2014 uppgav ungefär sex procent av de tillfrågade att de avstått från att hämta ut läkemedel, varav ungefär en femtedel gjorde det för att de inte hade råd [14].

Socialstyrelsens läkemedelsregister innehåller endast information om uthämtade läkemedel. Den statistik som redovisas inom området, och som ofta ligger till grund för antaganden om läkemedelsanvändningen i samhället,

saknar alltså information om läkemedel som förskrivits men aldrig blivit ut-  
hämtade. Det gör att det är svårt att analysera vilka effekter det får att läke-  
medel inte används som det är tänkt.

## Personer med låg socioekonomisk status

Ett flertal rapporter har genom åren beskrivit hur personer med låg socio-  
ekonomisk status har en högre sjukdomsförekomst och en sämre hälsa i stort  
än andra grupper i samhället. Ett sätt att kunna mäta socioekonomisk status  
har länge varit att studera samvariationen mellan utbildningsnivå och hälsa  
eller sjukdomsförekomst. Det har visat sig att personer med låg utbildnings-  
nivå i högre utsträckning uppvisar en sämre hälsa och har en ökad risk för  
förtida död.

I kommissionen för jämlik hälsas delbetänkande [2] beskrivs en socioeko-  
nomisk gradient i förtida död, där andelen som dör i åldern 30 till 64 år ökar  
med en lägre utbildningsnivå. De med en utbildningsnivå motsvarande för-  
gymnasial utbildning (nio år eller lägre) dog i dubbelt så hög grad i förtid  
jämfört med de som har forskarutbildning. Gradienten är mest uttalad för  
män, men det är generellt en lägre andel kvinnor som dör i förtid, oavsett ut-  
bildningsnivå.

## Personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning har en sämre hälsa än övrig befolkning  
och den somatiska vården är inte alltid jämlik, det visar studier och analyser  
som bland annat Socialstyrelsen har gjort [15]. Exempelvis har:

- Kvinnor med insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, har visats löpa en nästan fördubblad risk att dö i bröstcancer jämfört med andra bröstcancerpatienter<sup>10</sup> [15].
- Personer med insatser enligt LSS som insjuknar i cancer visats löpa en fördubblad risk att dö i cancer jämfört med övriga cancerpatienter<sup>11 12</sup> [15].
- Barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning har ofta en långva-  
rig förskrivning av psykofarmaka trots avsaknad av psykiatrisk diagnos.  
Det gäller särskilt unga på LSS-boende [16].

Att personer med funktionsnedsättning får ett bra bemötande är en viktig för-  
utsättning för att vården ska bli mer jämlik. I sin handbok om patientfokuse-  
rad vård lyfter Socialstyrelsen fram vad som krävs av vårdpersonalen när pa-  
tienten har nedsatt autonomi, så som exempelvis intellektuell  
funktionsnedsättning (tidigare kallad utvecklingsstörning):

*”En utvecklingsstörning kan finnas samtidigt med flera andra typer av  
funktionsnedsättningar vilket ställer särskilda krav på både information*

---

<sup>10</sup> Riskkvot 1,66

<sup>11</sup> Den fördubblade risken kvarstod även när andra dödsorsaker än cancer har uteslutits (så kallad orsaksspecifik död-  
lighet)

<sup>12</sup> Riskkvot 2,17

*och kontinuitet. Ett gott bemötande förutsätter god kunskap om funktionsnedsättningens konsekvenser vid planering och genomförande av vården. Utvecklingsstörningen kan göra det svårt för personen att uttrycka sina symtom på ett tydligt sätt och här blir informationen från och till närstående, personal eller andra som känner personen viktig. All information behöver ges på ett så enkelt och konkret sätt som möjligt och utifrån patientens förmåga att förstå och ta del av information. I vissa situationer kan det vara aktuellt med tolkstöd eller olika kognitiva hjälpmedel. Det är ofta en fördel om besök i hälso- och sjukvården kan förberedas eller att man ibland överväger hembesök. Andra rutiner kan vara att sätta av extra tid för konsultation och undersökning eller dela upp åtgärderna på flera tillfällen” [17].*

För att hälso- och sjukvården ska bli mer jämlik för personer med funktionsnedsättning behöver den även vara tillgänglig, i bemärkelsen framkomlig miljö och att vårdens tjänster är användbara även vid funktionsnedsättning. Bristande tillgänglighet riskerar att försvåra för personer med funktionsnedsättning att söka och få vård. Det kan ta längre tid, och i värsta fall kan bristerna helt utestänga dessa personer från att söka vård och stöd på samma villkor som den övriga befolkningen.

Socialstyrelsen har tidigare uppmärksammat att tillgängligheten hos vårdcentraler är låg för många personer med fysiska funktionsnedsättningar [18, 19]. Tillgängligheten har förvisso förbättrats under de senaste tio åren, men samtidigt kvarstår många brister, vilket innebär fortsatt ojämlika förutsättningar för tillgång till vård och stöd.

Socialstyrelsens tidigare analyser från 2010 visade att 24 procent av vårdcentralerna hade en handlingsplan som angav hur vårdcentralens lokaler, verksamhet och information ska bli tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. Tillgängligheten var många gånger bättre för personer med nedsatt rörelseförmåga än för personer med syn- eller hörselnedsättning eller kognitiv funktionsnedsättning.

När det gäller den fysiska tillgängligheten så hade [18]:

- drygt 95 procent av vårdcentralerna möjliggjort för en person i rullstol att ta sig genom huvudentrén på egen hand
- omkring 70 procent av vårdcentralerna kontrastmarkerade huvudentréer
- 50 procent av vårdcentralerna förbud mot parfym i lokalerna
- 5 procent av vårdcentralerna hörselteknisk utrustning i sina distriktsläkarmottagningar.

År 2016 publicerade Socialstyrelsen en uppföljning av 2010 års kartläggning [19]. Resultaten visade bland annat att fler vårdcentraler tagit fram en handlingsplan för ökad tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning, 44 procent. Resultaten visade även på en fortsatt hög fysisk tillgänglighet för personer med nedsatt rörelseförmåga. Den fysiska tillgängligheten för personer med nedsatt syn- eller hörsel-förmåga var dock fortfarande lägre än för personer med nedsatt rörelseförmåga, men sedan 2010 hade vissa förbättringar skett. Till exempel uppgav 20 procent av vårdcentralerna att de hade

hörselteknisk utrustning i sina mottagningsrum, det vill säga en förbättring på 15 procentenheter.

Somatisk vård för personer med funktionsnedsättning är många gånger en angelägenhet för både vårdpersonal och personal inom socialtjänsten. Personer med insatsen bostad med särskild service enligt LSS ska förvisso ha tillgång till kommunal hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå<sup>13</sup>. De boende kan emellertid också behöva hälso- och sjukvårdsinsatser från andra vårdaktörer (till exempel läkare i primärvård och specialistvård).

Ett sätt att säkerställa att den enskilde får tillgång till hälso- och sjukvård efter behov är att ha tydliga rutiner i verksamheten. Rutinerna kan innehålla till exempel information om vem som ska kontaktas i olika situationer. Den enskilde kan exempelvis behöva hjälp att kontakta olika vårdaktörer och personalen kan behöva hjälpa den enskilde i mötet med dessa utifrån särskild kännedom om den enskildes situation och förutsättningar (till exempel stöd för kommunikation). Socialstyrelsens öppna jämförelser visar emellertid att endast 74 procent av landets boenden enligt LSS har rutiner i syfte att säkerställa den enskildes behov av hälso- och sjukvård [19, 20].

## Personer med psykisk ohälsa

För vissa grupper är det ohälsan i sig som begränsar tillgången till adekvat vård på lika villkor. En stor sådan grupp är personer med olika former av psykisk ohälsa. Här följer en kort genomgång av de kartläggningar som gjorts av Socialstyrelsen vad gäller ojämlig tillgång till adekvat somatisk vård för personer med psykisk ohälsa, under perioden 2010 till 2018.

Socialstyrelsen rapporterade 2010 att personer med både psykiatriska och somatiska diagnoser hade en ökad risk för sämre hälsa och högre dödlighet än befolkningen i stort [21]. Detta fick Socialstyrelsen att initiera en rad fördjupade studier om behandling och utfall vid olika somatiska tillstånd för patienter med en samtidig psykiatrisk diagnos, jämfört med patienter med samma somatiska diagnos men utan psykiatrisk diagnos:

- Diabetespatienter med samtidig psykisk sjukdom hade en ökad dödlighet, en förhöjd risk för amputation av delar av benet på grund av allvarliga komplikationer och hämtade ut blodfettssänkande läkemedel i lägre utsträckning än diabetespatienter utan samtidig psykiatrisk diagnos [22]. Socialstyrelsens slutsats var att diabetesjukdom upptäckts senare hos personer med psykisk sjukdom och att tillgången till diabetesvård och läkemedel av olika orsaker inte når dessa personer i samma utsträckning.
- Cancerpatienter med samtidig psykiatrisk sjukdom dog i högre grad av sin cancer än andra med samma cancerdiagnos [23]. Psykiskt sjuka kvinnor befann sig i ett senare stadium av sin bröstcancer än övriga bröstcancerpatienter när de fick sin diagnos och behandling. Socialstyrelsens slutsats var att psykiskt sjuka kvinnor troligen inte screenades i samma utsträckning som andra kvinnor och att bröstcancern därför upptäcktes senare.
- Psykiskt sjuka med akut hjärtinfarkt fick inte ballongvidgning av hjärtats kranskärl i samma omfattning som övriga patienter [24]. Psykiskt sjuka

---

<sup>13</sup> Se 12 kap. 1 och 3 §§ HSL

patienter hade också en ökad risk att avlida inom sex månader efter hjärtinfarkt. Uteblivet ingrepp med ballongvidgning var relaterat till en högre risk att avlida. Psykiskt sjuka hämtade även i lägre utsträckning ut läkemedel i sekundärpreventivt syfte.

- Psykiskt sjuka som insjuknade med en stroke fick inte halskärlskirurgi<sup>14</sup> i samma omfattning som övriga patienter [25]. Psykiskt sjuka patienter hade även en ökad risk att avlida sex månader efter en stroke.
- Förlossningsvården skiljde sig från de andra studerade områdena [26]. Psykiskt sjuka kvinnor fick i större utsträckning planerat kejsarsnitt jämfört med kvinnor utan psykisk sjukdom. De fick adekvat smärtlindring. Socialstyrelsens slutsats var att mödrahälsovården har beaktat både medicinska och psykosociala aspekter när det gäller förberedelser inför en förlossning.

År 2010 rapporterade Socialstyrelsen att den nationella patientenkäten riktad till patienter inom den psykiatriska vården visade att dessa genomgående gav lägre omdömen på övergripande frågor om personalens bemötande än vad patienter i primärvård och somatisk vård gjorde [15].

Socialstyrelsen rapporterade 2012 att psykiskt sjuka äldre inte hade tillgång till specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård i samma utsträckning som yngre [27]. Därmed riskerar äldre att underbehandlas inom vården. För äldre var det relativt vanligt med olämplig läkemedelsbehandling med ångstdämpande läkemedel och sömnmedel, samtidigt som underbehandling med psykofarmaka förekom. Trots att ångest och depression var vanligt förekommande bland äldre var psykologisk samtalsbehandling med exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT) i det närmaste obefintlig bland äldre. Socialstyrelsen konstaterade att resultaten stödjer uppfattningen att psykiskt sjuka äldre missgynnas och inte får tillgång till en evidensbaserad och adekvat psykiatrisk vård i samma utsträckning som yngre.

En rapport från Socialstyrelsen 2018 visade att bristerna i vård av äldre med psykisk ohälsa kvarstår [28]. Fortfarande vårdas psykisk ohälsa bland patienter som är 65 år och äldre oftast inom primärvården av läkare som inte är specialiserade på psykiatri. Äldre män är överrepresenterade bland de som själva avslutar sitt liv och har oftast vårdats enbart somatiskt utan kontakt med psykiatrin. Yngre som tar sina liv har oftare haft kontakt med psykiatrin före självmordet. Äldre föreskrivs bensodiazepiner och antipsykotiska läkemedel i högre grad än yngre och den förskrivs oftare av primärvården och mer sällan av psykiatriska specialister, jämfört med bland yngre.

Ytterligare en rapport publicerad av Socialstyrelsen visade att äldre som vårdas för psykisk sjukdom vid en somatisk klinik hade högre dödlighet inom ett år efter vårdtillfället jämfört med äldre som vårdas inom den psykiatriska vården [29]. Äldre som diagnostiseras med psykisk ohälsa vid en somatisk klinik har också en lägre användning av psykofarmaka och vårdades

---

<sup>14</sup> En orsak till hjärninfarkt kan vara att förkalkning (plack) orsakar en förträngning i halspulsådern. Halskärlskirurgi innebär ett ingrepp i halspulsådern och bör skyndsamt utföras inom två veckor efter en infarkt i hjärnan i syfte att minska risken för en svårare eller dödlig infarkt. Ingreppet genomförs då förträngning av halspulsådern (karotisstenos) konstaterats med exempelvis ultraljudsundersökning. Förutsättningen för skyndsamt halskärlskirurgi är att symtomen på hjärninfarkt behandlats akut.

inte lika ofta på nytt som äldre som hade fått tillgång till specialiserad psykiatrisk vård.

Socialstyrelsen konstaterade att äldre med psykisk sjukdom många gånger vårdas i sammanhang där vården inte är van att handskas med problematiken och att det finns ett behov av ett multidisciplinärt angreppssätt inom vården då somatisk och psykisk sjuklighet tydligt flätas samman bland äldre med psykisk sjukdom.

## Hbtq-personer

Rapporter visar att de flesta hbtq-personer har en god hälsa men att den är sämre i jämförelser med den övriga befolkningen [30]. I Socialstyrelsens rapport ”Psykiisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap”, 2016, redovisas en ökad förekomst av psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap jämfört med personer i olikkönade äktenskap [31]. Ett tydligt resultat var den ökade förekomsten av riskbruk och beroende bland kvinnor i samkönade äktenskap, i synnerhet bland yngre kvinnor i 30 årsåldern där förekomsten var upp till sex gånger högre jämfört med kvinnor i motsvarande ålder i olikkönade äktenskap. Riskbruket eller beroendet utgjordes framförallt av alkohol.

Resultaten är förenliga med resultat från tidigare publicerade vetenskapliga studier där alkoholbruk har visat sig vara ett sätt bland homo- och bisexuella kvinnor att hantera den stress de kan utsättas för på grund av sin sexuella läggning [32].

Socialstyrelsens tolkning av rapporter kring hbtq-personers ohälsa är att stressfaktorer av att befinna sig i en minoritetsposition påverkar gruppens psykiska och fysiska hälsa. Sådan stress benämns också ”minoritetsstress” i sammanhang där olika förklaringar till en ökad psykisk ohälsa bland hbtq-personer har diskuterats. Begreppet innefattar den tilläggsbelastning som individer från stigmatiserade grupper utsätts för; en stress som kommer av upplevelsen av att vara utsatt för fördomar, nedsättande tilltal, diskriminering, trakasserier och rädsla för våld. Och av att behöva förhålla sig till heteronormer om kvinnligt och manligt [33].

Det finns tecken på att hbtq-personer gör färre sjukvårdsbesök, trots att de upplever ett behov av vård på grund av rädsla för att få ett dåligt bemötande. Det finns också risk att hbtq-personer erbjuds felaktig, inadekvat eller otillräcklig vård på grund av att patienten inte känner sig bekväm med att vara öppen med sin sexuella läggning eller könsidentitet inför vårdpersonal [34]. I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning från 2015 anger mer än var fjärde person att de blivit dåligt bemötta inom sjukvården på grund av sin transerfarenhet. Totalt 40 procent har skjutit upp att söka vård på grund av oro för dåligt bemötande, och var fjärde respondent (23 procent) gjorde det på grund av tidigare erfarenheter av dåligt bemötande [35].

## Personer med utländsk härkomst

Drygt 20 procent av den svenska befolkningen är antingen födda utanför Sverige eller har minst en förälder som är född utanför Sverige [36]. Studier

har visat att utrikesfödda upplever sämre fysisk och psykisk hälsa jämfört med infödda svenskar [37, 38].

Studier pekar även på att utrikesfödda personer söker vård i lägre utsträckning än svenskfödda [37, 39, 40]. En studie visar exempelvis att en större andel utrikesfödda kvinnor (21 procent) uppgett att de inte sökt vård när de behövt det jämfört med kvinnor som är födda i Sverige (12 procent) [38]. Några av orsakerna till detta bedöms vara ett icke normkritiskt bemötande, dålig kunskap om vården och hur man kommer i kontakt och kan få hjälp, svårigheter att anpassa sig till ett nytt sjukvårdssystem, språkbarriärer och brist på kunskap om sin hälsa och hur man kan förbättra den [39].

De vanligaste orsakerna till att inte söka vård bland utrikesfödda rapporteras vara: språkproblem, brist på tillit till vården och brist på information om vårdens organisation [40].

## Personer med missbruks- och beroendeproblematik

Psykisk ohälsa är vanligt bland personer som har ett beroendeproblem. Många har också andra problem och sociala svårigheter som kan kräva vård, stöd och behandling från flera myndigheter och verksamheter. Det innebär att vissa personer med beroende behöver hjälp att samordna sina vård- och stödåtgärder. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör socialtjänsten erbjuda insatsen Case Management i form av integrerade team för personer med beroende som samtidigt har svår psykisk sjukdom och behöver samordning av sina vård- och stödinsatser [41]. År 2018 uppgav 37 procent av kommunerna att de erbjuder Case Management med integrerade team eller multiprofessionella team [42].

Socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde<sup>15</sup>. Den enskilde bör därför ges möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som personen får. I Socialstyrelsens öppna jämförelser 2018 redovisas flera indikatorer som belyser brukarinflytande på olika nivåer och det är generellt ett område för kommunerna att utveckla. Tio procent av kommunerna hade skriftliga och beslutade rutiner om att erbjuda enskilda att ta med sig stödperson till mötena och 29 av kommunerna hade inhämtat brukarorganisationers synpunkter på innehållet i överenskommelsen mellan kommun och landsting, vilket är en minskning från 2017 [43].

Delaktighet i utredningar och uppföljningar av insatser är en form av brukarmedverkan. Att medverka och få makt över beslut och insatser som rör det egna livet ökar självförtroendet och förändrar självbilden, vilket även kallas ”empowerment”. Brukarinflytande kan jämna ut maktbalansen mellan de aktörer som beslutar eller utför insatser, och de personer som får insatserna [44, 45].

Personer som injicerar droger hör till de mest utsatta i samhället. Sprututbytesverksamheter, utformade som lågröskelmottagningar, kan bidra till en mer positiv kontakt med vården för personer som injicerar droger. En lågröskelverksamhet utformas efter principen att det ska vara lätt att komma till

---

<sup>15</sup> Se 3 kap. 5 § Socialtjänstlagen (2001:453)

den. Skillnaden mot andra verksamheter är att en lågtröskelverksamhet erbjuder aktiviteter som är anpassade efter, och som i största möjliga mån täcker målgruppens specifika behov. Via sprututbyten kan man även nå ut med överdosprevention till målgruppen. Det kan exempelvis handla om informationsinsatser kring hur man kan agera om man bevittnar en överdos samt utdelning av naloxon vilket rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [46].



# Organisationen och strukturens inverkan på jämlikhet i vården

För att uppnå jämlik vård behöver hela hälso- och sjukvårdssystemet verka tillsammans. Patienterna behöver söka sig till vården när de har behov som vården kan hjälpa till med, men också veta när de inte behöver hjälp av vården. Personalen behöver kunna prioritera de patienter som har störst behov och ge patienterna möjlighet att diskutera sina vårdbehov på ett sätt som de förstår och kan ta till sig. Vårdgivare behöver ge personalen möjlighet att genomföra sitt arbete och stötta upp med resurser och utbildning. Regionerna behöver arbeta för att utjämna skillnaderna i vården och underlätta för vårdgivare och personal att göra ett bra arbete. Även myndigheter och statliga aktörer påverkar genom sina styrningsinsatser, så som lagstiftning, statsbidrag, rekommendationer och riktlinjer, för att utjämna skillnaderna mellan olika regioner. De statliga aktörerna bidrar även med att ta fram kunskapsunderlag, genomföra utvärderingar, föreslå förbättringsområden samt ta fram data och statistiskt jämförelsematerial som regioner och vårdgivare kan nyttja vid arbetet med att förbättra jämlikheten.

## Primärvårdens roll för att uppnå jämlikhet i vården

Den så kallade första linjens vård som vårdcentralerna är en del av är viktig för att uppnå jämlikhet i vården [47]. Det är hit merparten av patienterna söker sig och det är oftast den första kontakten som patienterna har med vården. Vård-/hälsocentralerna har också ett viktigt arbete med att förebygga sjukdomar och kommer i takt med införandet av en nära vård att få ett ännu större inflytande över jämlikheten i vården.

De strukturella förutsättningar som vårdcentralen har i det område den befinner sig i och omfattningen på patienternas vårdbehov spelar in på vilka strategier en vårdcentral behöver för att kunna tillhandahålla vård på lika villkor. I vissa områden bor det exempelvis många äldre i glesbygd som har ett stort vårdbehov, men svårt att ta sig till vården. I andra områden har patienterna möjlighet att välja mellan flera olika vårdcentraler och kan därför ställa högre krav på att få den vård de vill ha, utan att detta nödvändigtvis är den vård som vårdcentralen borde prioritera med tanke på att patienter med störst behov ska ges företräde.

## Urval av regioner för undersökningen

I olika rapporter har gång på gång påvisats att vården är ojämlig mellan regioner och mellan stad och landsbygd. För att kunna belysa dessa skillnader har Socialstyrelsen i den här rapporten valt ut tre regioner som exempel på hur organisation och struktur kan påverka de arbetssätt som vård-/hälsocentralerna använder för att åstadkomma jämlik vård.

Urvalet av de tre regionerna har gjorts utifrån att de:

- är spridda över landet

- har olika strukturella och befolkningsmässiga förutsättningar
- har olika organisatoriska förutsättningar.

I urvalet av region valdes först två regioner med universitetssjukhus ut, ett i söder och ett i norr. Dessa båda har helt olika befolkningsstruktur och olika förutsättningar i form av var befolkningen är bosatt. Därefter valdes ytterligare en region ut som inte har universitetssjukhus och där de befolkningsmässiga förutsättningarna skiljer sig från framförallt den största regionen. De tre regioner som analyseras i den här rapporten är Region Västerbotten, Region Dalarna och Region Skåne. Analyserna ska dock på intet sätt ses som ett utpekande av dessa tre regioner, utan används snarare som exempel på olika kulturer och styrningsmekanismer som kan påverka vårdcentralernas arbets sätt.

För att analysera om det finns skillnader mellan vårdcentralernas arbets sätt har enkätresultaten även analyserats utifrån kommungruppstillhörighet. De tre huvudgrupper för kommuntillhörighet som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) arbetat fram har använts [48]. Dessa grupper är:

- storstäder och storstadsnära kommuner (benämns här storstäder)
- större städer och pendlingskommuner nära större städer (benämns här större städer)
- mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner (benämns här mindre städer/landsbygd).

Västerbotten består av 15 kommuner, varav sex klassas som större städer och nio som mindre städer/landsbygd. Dalarna består av 15 kommuner, varav tre klassas som större städer och 12 som mindre städer/landsbygd. I Skåne finns 33 kommuner, varav nio klassas som storstäder, 15 klassas som större städer och nio som mindre städer/landsbygd.

## Enkätundersökning

Socialstyrelsen har valt att rikta en enkätundersökning till samtliga vårdcentraler inom de tre regionerna. Svaren har analyserats utifrån vilken region vårdcentralen ligger i och om den är belägen i en storstadskommun, kommun med större städer eller kommun med mindre städer/landsbygd.

Regionerna skriver kontrakt med de vårdcentraler som upphandlas att genomföra primärvård inom regionen. I dessa kontrakt finns uppdragsbeskrivningar som beskriver vad vårdcentralerna ska arbeta med och i vilken utsträckning. Dessa skiljer sig något mellan olika regioner. Socialstyrelsen har tidigare gjort en kartläggning av likheter och skillnader mellan dessa uppdragsbeskrivningar [49]. I den här rapporten har en granskning av uppdragsbeskrivningarna för 2018 gjorts för de tre regioner som ingår i studien. Granskningen har begränsats till de frågeområden som ingår i enkätundersökningen.

De frågeområden som valts ut till enkäten är framtagna utifrån de dialoger och workshops som hållits inom ramen för projektet liksom tidigare publicerade rapporter och forskningsartiklar inom området jämlik vård. Frågorna i enkäten berör följande områden:

- krav och handlingsplaner för jämlik vård

- tillgänglighet till vård
- kommunikation och bemötande
- hälsofrämjande arbete
- samarbete och samordning
- tillgång till resurser.

Enkäten skickades ut via mail till verksamhetscheferna på vårdcentraler i Västerbotten, Dalarna och Skåne. Mailadresserna till vårdcentralernas verksamhetschefer har inhämtades från respektive region.

Enkäten skickades ut via e-post till verksamhetschefer vid 217 olika vårdcentraler, varav sex skickades till en felaktig e-postadress och en gick till en kvälls- och helgmottagning.

Totalt inkom 80 fullständiga svar från motsvarande 89 vårdcentraler, några verksamhetschefer är chef över flera vårdcentraler och har lämnat svar för samtliga i en enkät. Detta motsvarar en svarsfrekvens på 42 procent, när felskicken är borträknade. Svarsfrekvensen var 48 procent för Västerbotten, 37 procent för Dalarna och 42 procent för Skåne.

Ytterligare 25 vårdcentraler har påbörjat enkäten, men inte besvarat alla frågor. Vid analys av resultaten har samtliga svar på respektive fråga inkluderats. Det totala antalet svarande för respektive fråga står angivet under respektive tabell/figur eller i fotnot. Svaren som redovisas kan dock inte generaliseras till att gälla samtliga vårdcentraler i regionen, eftersom färre än hälften av vårdcentralerna i de tre regionerna har besvarat enkäten. Svaren används som en indikation på hur vårdcentraler inom respektive region arbetar med frågor om jämlik vård.

### Tabell 1: Kommungrupp och region för de vårdcentraler som besvarat enkäten

Antal svarande vårdcentraler inom respektive kommungrupp och region. Endast de som besvarat hela enkäten redovisas.

	Västerbotten	Dalarna	Skåne
Storstäder och storstadsnära kommuner	0	0	26
Större städer och kommuner nära större städer	7	3	24
Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	8	7	14

Det var totalt 210 vårdcentraler som hade möjlighet att besvara enkäten. Fullständiga svar inkom från 15 av 31 vårdcentraler i Västerbotten, 10 av 27 vårdcentraler i Dalarna och 64 av 151 vårdcentraler i Skåne.

## Regionernas förutsättningar

Befolkningsmängd och befolkningsstruktur spelar in på regionens förutsättningar att tillhandahålla vård till befolkningen. En region med många tätbefolkade områden och en hög befolkningsmängd har helt andra förutsättningar att skapa jämlikhet i vården än en region med låg befolkningsmängd och glest befolkade områden.

En annan viktig faktor är invånarnas behov av vård som kan variera både mellan och inom en region. Ett sätt att mäta andelen personer med ett större

vårdbehov är genom Care Need Index (CNI), ett mått som används i regionernas ersättningsystem i varierande grad.

CNI tar hänsyn till sju olika riskfaktorer för ohälsa<sup>16</sup> och räknas fram av Statistiska centralbyrån (SCB). CNI är ett relativt mått där ett CNI över 1 indikerar en högre vårdtyngd och ett CNI under 1 indikerar en lägre vårdtyngd. I en nyligen publicerad rapport beskriver Socialstyrelsen hur andelen av dessa faktorer i befolkningen ser ut i landets 21 regioner [50]. Mellan de tre regioner som ingår i den här analysen skiljer sig befolkningsstrukturen för flera parametrar markant som framgår av tabellen nedan.

**Tabell 2: Befolkningsstruktur i de tre regionerna**

Antal eller andelar (procent)

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Riket
Befolkningsmängd 2017 [1]	269 835	287 040	1 358 637	10 120 242
Befolkningsmängd per kvadratkilometer 2017 [1]	5	10	120	22
Andel över 80 år [2]	7,4	6,5	5,5	6
Andel 0–4 år [2]	5,1	3,2	5,8	5,6
Andel utrikes födda [2]	9,9	11,2	16,8	15
Andel med ekonomiskt bistånd, 18–65+ år [3]	3,9	3,5	3,0	3,4
Ohälsotal, antal utbetalda frånvarodagar per befolkning i åldern 20–64 år [4]	31,7	30,7	27,9	26,9
Återstående medellivslängd vid 0 års ålder, män 2013–2017 [4]	79,4	79,7	80,6	80,1
Återstående medellivslängd vid 0 års ålder, kvinnor 2013–2017 [4]	83,2	83,5	83,9	83,7
Antal självmord per 100 000 invånare i åldern 15 år och äldre, 2012–2016 [4]	9,7	13,1	14,0	14,6

Källa: [1] [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0101/](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101/) hämtat 2019-11-26

[2] [https://www.kolada.se/?\\_p=index](https://www.kolada.se/?_p=index) , nedladdat 2018-10-26

[3] Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd, nedladdat 2018-10-26

[4]: Folkhälsomyndigheten. Kommunfakta. 2019. Hämtad 2019-02-28 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/kommunfakta>

Tabellen ovan visar att Västerbotten och Dalarna har ungefär lika stor befolkningsmängd, men att Dalarna har dubbelt så många invånare per kvadratkilometer. Skåne har en befolkningsmängd som är mer än fyra gånger högre och en befolkningstäthet som är mer än 10 gånger så hög som de två andra regionerna.

Andelen i befolkningen som är över 80, andelen biståndsmottagare och antalet utbetalda sjukpenningdagar är högre i Västerbotten än i de andra två regionerna och i riket i stort. Andelen utrikesfödda och den återstående medellivslängden vid födseln är högre i region Skåne än i de två andra regionerna och i riket i stort. Antalet självmord är även det högre i region Skåne än

<sup>16</sup> De sju faktorerna är: ålder över 65 år och ensamstående, utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika), arbetslös eller i åtgärd 16-64 år, ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, personer ett år eller äldre som flyttat in i området, lågutbildad 25-64 år samt yngre än fem år.

i de andra två regionerna, men i relation till riket har alla tre regioner lägre andel självmord i befolkningen.

## Organisatoriska förutsättningar inom regionen

I de tre regionerna finns olika förutsättningar att bedriva vård och de har också olika antal vårdinrättningar och ingår i olika sjukvårdsregioner. Inom en sjukvårdsregion har flera regioner gått ihop för att samarbeta kring att tillhandahålla vård till sina invånare. Samarbetet sker på olika sätt i varje sjukvårdsregion, men de flesta har samarbete kring den specialiserade vården som sker på universitetssjukhusen. Västerbotten tillhör Norra sjukvårdsregionen, Dalarna tillhör Uppsala/Örebro sjukvårdsregion, som är den enda sjukvårdsregionen med två universitetssjukhus, och Skåne hör till Södra sjukvårdsregionen.

I tabell 3 nedan finns en översikt över organisationen i de tre regionerna. De huvudsakliga skillnaderna mellan regionerna är att Skåne har fler sjukhus och fler vårdcentraler än de andra två regionerna, men också betydligt fler invånare. Sett till invånarantalet har Västerbotten cirka 7 500 invånare per vårdcentral, Dalarna cirka 10 000 och Skåne cirka 8 500 invånare per vårdcentral. I Dalarna finns en digital vårdcentral som drivs i regionens regi och det kan tänkas att den kan avlasta de fysiska vårdcentralerna för patienter med lättare åkommor.

**Tabell 3: Hälso- och sjukvårdens övergripande organisation i tre regioner**

	Västerbotten	Dalarna	Skåne
Antal sjukhus	3	6	9
Varav universitetssjukhus	Norrlands universitetssjukhus	inget	Skånes universitetssjukhus
Varav akutsjukhus	3	2 (+1)*	3
Antal vårdcentraler**	37	28	157

\* +1 innebär att sjukhuset endast har psykiatrisk akutmottagning

\*\*Antal beräknat från 1177 vårdguiden den 20181220, jourmottagningar inte inkluderade. I region Västerbotten är även sjukstugor inräknade. I region Dalarna är inte den digitala vårdcentral som drivs i regionens regi inräknad.

Förutom tabellens övergripande beskrivning av organisationen har Socialstyrelsen gjort ett studiebesök vid glesbygdsmedicinskt centrum i Västerbotten för att ta reda på hur vården kan organiseras för att komma invånare i glesbygd till del, se bilaga 2.

## Vårdcentralernas karaktäristika

På de vårdcentraler som besvarat hela enkäten finns totalt ca 670 000 listade patienter. Vårdcentralerna i Västerbotten har cirka 110 000 patienter listade, Dalarna har cirka 105 000 och Skåne har cirka 450 000 listade patienter på de besvarande vårdcentralerna.

Av de svarande verksamheterna drivs 27 procent i privat regi. Andelen är högst i Skåne med 35 procent och lägst i Dalarna med 6 procent. Närmare 40 procent av de verksamheter som ligger i storstadskommun drivs i privat regi, att jämföra med 20 procent i mindre städer/landsbygd.

För samtliga vårdcentraler i de tre regionerna har CNI begärts ut från regionerna för att ta reda på vårdcentralens vårdtyngd utifrån de listade patienterna.

Bland de som besvarat enkäten varierade CNI från 0,58, för en vårdcentral i Lomma kommun, upp till 2,3 för en vårdcentral i Malmö kommun, båda i Region Skåne. Medelvärdet för de tre regionerna skiljer sig inte nämnvärt utan ligger alla runt 1. De vårdcentraler som ligger i storstäder har en något högre CNI i snitt än de andra kommungrupperna, 1,19 jämfört med större städer som har 0,98 i snitt eller mindre städer/landsbygd som har ett CNI på 1,03 i snitt.

### *Patienternas åsikter om vårdcentralernas vård*

För att få en bild av patienternas intryck av vården de får på vårdcentraler inom de tre regionerna har Socialstyrelsen tagit del av den nationella patientenkäten som SKL skickar ut till patienter som besökt en vårdcentral varje år. Resultaten sammanställs utifrån respektive vårdcentral, på regional nivå och på riket som helhet.

Resultaten som redovisas här är för år 2017, då det inte fanns resultat från alla tre regionernas vårdcentraler för 2018. Som synes i tabellen skiljer sig inte resultaten nämnvärt mellan de tre regionerna eller riket i stort. Svarsfrekvensen var 36 procent.

**Tabell 4. Resultat av Nationell patientenkät, NPE, för vårdcentraler inom de tre regionerna och för riket som helhet, 2017**

Andelar (procent).

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Riket
Helhetsintryck	81	81	78	79
Emotionellt stöd	76	77	74	75
Delaktighet och involvering	79	79	78	78
Respekt och bemötande	85	85	83	83
Kontinuitet och koordinering	69	69	70	70
Information och kunskap	75	74	73	74
Tillgänglighet	83	82	80	81

Svarsfrekvensen på nationella patientenkäten år 2017 var 36 procent[50]

## Redovisning av resultat

Varje avsnitt i resultatredovisningen (Krav och handlingsplaner, Tillgänglighet, Kommunikation och bemötande osv.) är uppbyggt med en inledning till frågeområdet, vårdcentralernas svar, hur regionernas uppdragsbeskrivningar styr arbetssätten samt en avslutande sammanfattning. Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion och analys av resultaten utifrån de organisatoriska och strukturella förutsättningarna som vårdcentralen befinner sig i. Resultaten som redovisas gäller för år 2018 om inte annat anges.

Samtliga tre regioner kommer i resten av detta kapitel benämnas enbart med namn och inte regionsbetäckning.

Begreppet hälsocentral och vårdcentral används synonymt beroende på vilken region som undersöks. Socialstyrelsen har valt att i detta kapitel genomgående använda begreppet vårdcentral.

## Krav och handlingsplaner för ökad jämlikhet

Ett sätt för ledningen att bidra till en vård på lika villkor är att ställa särskilda krav inom olika områden eller att utarbeta handlingsplaner och policydokument. I det här avsnittet har verksamhetscheferna vid de olika vårdcentralerna fått besvara frågor kring krav från regionerna på att arbeta med jämlik vård och huruvida de utarbetat handlingsplaner för att kunna erbjuda sina patienter en jämlik vård.

På frågan om regionerna ställt särskilda krav på att vårdcentralen ska integrera ett jämlikhetsperspektiv har 63 procent av vårdcentralerna svarat ja<sup>17</sup>. Andelen i respektive region som svarat ja var:

- 71 procent av vårdcentralerna i Västerbotten
- 76 procent av vårdcentralerna i Dalarna
- 58 procent av vårdcentralerna i Skåne.

I verksamhetschefernas kommentarer framgår att HSLs målparagraf om att vården ska ges på lika villkor och att de med störst behov ska få företräde lyfts för samtliga regioner. Utöver de lagstadgade kraven på jämlikhet i vården har verksamheterna i kommentarer även svarat att regionerna ställt andra krav när det gäller jämlik vård. Dessa krav kan sammanfattas som:

- värdegrundsarbete och arbete med genus och likabehandling
- patientfokuserad vård
- uppföljning och statistik som beskriver jämlik och jämställd vård
- att följa policydokument om likabehandling och jämlik vård från regionen.

På frågan om verksamheterna har någon handlingsplan för hur samtliga deras patienter ska få en jämlik och jämställd vård har 44 procent svarat att de har eller håller på att utarbeta en handlingsplan<sup>18</sup>. I vilken mån vårdcentralerna har eller håller på att utarbeta en handlingsplan skiljer sig mellan de olika regionerna som ingår i enkätundersökningen.

---

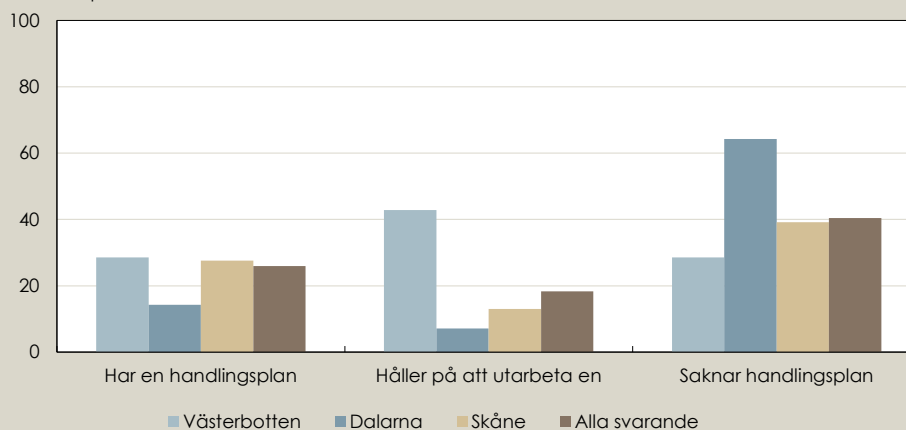
<sup>17</sup> Totalt har 114 vårdcentraler besvarat frågan, varav 24 ligger i Västerbotten, 17 i Dalarna och 73 i Skåne.

<sup>18</sup> Totalt har 104 vårdcentraler besvarat frågan, varav 21 ligger i Västerbotten, 14 i Dalarna och 69 i Skåne.

**Figur 1. Handlingsplan för jämlik och jämställd vård**

Andel vårdcentraler med eller utan handlingsplan för jämlik och jämställd vård

Andelar, procent



Av de som svarat att de har eller håller på att utarbeta en handlingsplan har närmare 60 procent uppgett att den innehåller särskilda grupper av patienter<sup>19</sup>. De grupper som nämns är framförallt äldre, barn, och personer med funktionsnedsättningar, men även patienter med vissa diagnoser så som kroniskt sjuka eller personer med psykisk ohälsa.

## Regionernas uppdragsbeskrivningar – krav och handlingsplaner

Vid granskningen av regionernas uppdragsbeskrivning framkom ett tydligt krav om att följa HSLs målparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Inga krav utöver det har specificerats, inte heller på att verksamheterna ska ha en handlingsplan för att öka jämlikheten och jämställdheten i vården.

I Västerbotten och Skåne finns en likabehandlingspolicy som används i patientarbetet. I Skåne finns även en strategi för ökad jämlikhet i vården [51]. I uppdragsbeskrivningarna från Västerbotten och Dalarna nämns jämlik vård specifikt i texten som en av utgångspunkterna i arbetet på vårdcentralerna och som en del av begreppet *god vård*.

## Sammanfattning – krav och handlingsplaner

- Närmare 65 procent av vårdcentralerna har uppgett att regionen ställt särskilda krav på att ett jämlikhetsperspektiv ska integreras i arbetet.
- Drygt 40 procent av vårdcentralerna har uppgett att de har eller håller på att utarbeta en handlingsplan för att ge alla patienter en jämlik vård och av dessa har 58 procent uppgett att handlingsplanen innehåller särskilda grupper av patienter.
- Andelen som har eller håller på att utarbeta en handlingsplan är högre i Västerbotten än i de andra två regionerna.

<sup>19</sup> 45 vårdcentraler har uppgett att de har eller håller på att utarbeta en handlingsplan och då fått besvara frågan om den innehåller särskilda grupper.



## Tillgänglighet till vård

Ofta används begreppet tillgänglighet för att beskriva väntetider och geografiskt avstånd till vården, men det är inte dessa aspekter på tillgänglighet som avses här. Istället beskriver begreppet i detta avsnitt möjligheten att komma i kontakt med vården, tillgången till tydlig patientinformation på hemsidor och i informationsmaterial, användbara tjänster och produkter samt framkomlighet i miljön för personer med funktionshinder.

### Kontaktvägar till vården

Att kunna komma i kontakt med vården på ett enkelt sätt är en förutsättning för att få vård efter sina behov. Patienter är olika och det behöver därför finnas flera möjligheter till kontakter med vården om allas behov av vård ska kunna bli tillgodosedda. För vissa patienter kan det vara svårt att använda dator och/eller telefon, medan det för andra istället underlättar att kunna använda digitala hjälpmedel. För vissa patienter är det lättare att komma i kontakt med vården om det finns möjlighet att få vård utan att behöva boka en tid i förväg. Så kallad öppen mottagning innebär att vårdcentralen håller öppet under en viss tid på dagen för att patienterna ska kunna få kontakt med vården utan att boka en tid i förväg.

Verksamhetscheferna ombads uppge om det gick att komma i kontakt med deras vårdcentral på annat sätt än genom dator eller telefon. I stort sett alla vårdcentraler (97 procent) erbjuder den möjligheten och drygt hälften av vårdcentralerna uppger att patienterna kan boka en tid i receptionen<sup>20</sup>. Det är 13 procent av vårdcentralerna som har svarat att det både går att boka tid i receptionen och att komma i kontakt på annat sätt. Några exempel på andra sätt att komma i kontakt var:

- rådgivning av sjuksköterska på plats under öppettiderna
- öppen mottagning/drop-in
- brev/fax
- lämna meddelande i receptionen om att patienten önskar bli kontaktad.

**Tabell 5: Kontaktvägar till vårdcentralen**

Andel vårdcentraler som erbjuder kontaktväg utan dator eller telefon 2018, region. Procent.

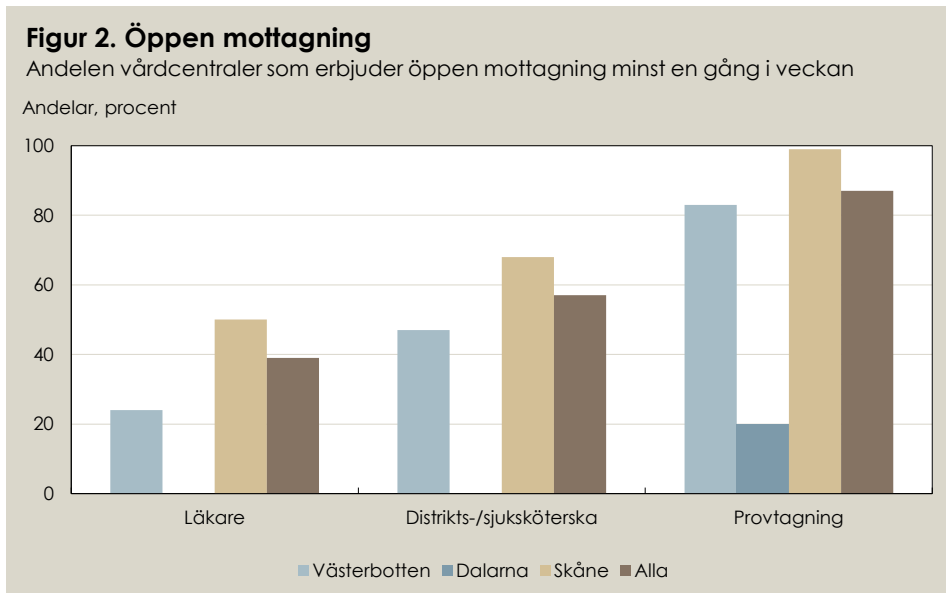
	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla*
Tidbokning i receptionen	82	70	49	58
Annat kontaktsätt möjligt	29	50	58	52
Telefon/dator krävs	0	0	5	3

\* Västerbotten n=17, Dalarna n=10 och Skåne är n=65, alla: n=92

Utifrån tabellen ovan går att utläsa att det är vanligare att patienterna kan boka en tid i receptionen i Västerbotten och Dalarna än i Skåne. Det är även vanligare att det går att boka tid direkt i receptionen i större städer och mindre städer/landsbygd än i storstäder (se tabell 1, bilaga 3).

<sup>20</sup> Totalt har 92 vårdcentraler besvarat frågan, varav 17 ligger i Västerbotten, 10 i Dalarna och 65 i Skåne, respektive 26 i storstäder, 35 i större städer och 31 i mindre städer/landsbygd.

Samtliga vårdcentraler som har öppen mottagning till distrikts-/sjuksköterska har svarat att mottagningen är öppen dagligen. I Dalarna har inga vårdcentraler svarat att de har öppen mottagning till varken läkare eller sjuksköterska, och endast en femtedel har det till provtagning. Det är vanligare med olika typer av öppen mottagning i Skåne än i de andra regionerna.



I kommentarerna till frågan går att läsa att det är många som har öppen mottagning till fysioterapeut/sjukgymnast och att många verksamheter erbjuder patienterna möjlighet till triagering (bedömning av vårdbehov) av sjuksköterska vid spontanbesök på vårdcentralen.

## Tillgänglig information

Tillgängligheten till information är en viktig pusselbit för att patienter ska kunna förstå sitt sjukdomstillstånd, vårdbehov och vad man själv som patient kan påverka när det kommer till den egna hälsan. För personer med vissa funktionsnedsättningar är tillgången till information i alternativa format en viktig förutsättning för att kunna ta till sig information såväl via webbplatser som i mötet med vården. Med information i alternativa format menas exempelvis att informationen finns på lättläst svenska, i stor stil, tillgänglig elektroniskt, i punktskrift, på teckenspråk eller genom så kallat Digital Accessible Information System (förkortat daisy)<sup>21</sup>. Patienter som saknar internet eller inte kan/vill lära sig använda datorer för att få tillgång till information har lika stort behov som andra att få information om sitt sjukdomstillstånd.

Verksamheterna tillfrågades huruvida de arbetar för att säkerställa att patienter som inte har tillgång till internet får tillgång till samma information som andra patienter. Av de svarande har<sup>22</sup>:

<sup>21</sup> Information i daisy-format går att ta del av genom en så kallad daisy-spelare. En daisy-spelare är anpassad för personer med läsnedsättning så som exempelvis synskadade eller dyslektiker. Information i daisy-format är sökbar och det går att bläddra mellan olika kapitel, till skillnad från material som finns i vanliga ljudböcker.

<sup>22</sup> Totalt har 92 vårdcentraler besvarat frågan, varav 17 ligger i Västerbotten, 10 i Dalarna och 65 i Skåne.

- 75 procent svarat att de arbetar för att säkerställa tillgången till information för patienter utan internet
- 14 procent svarat att de inte arbetar med att säkerställa att patienter som inte har internet får samma information
- 11 procent svarat att de inte vet eller inte kan ange.

I Västerbotten är andelen som arbetar med detta något högre än i de andra två regionerna: 88 procent jämfört med 70 procent i Dalarna och 72 procent i Skåne.

De flesta vårdcentraler uppger att de säkerställer att alla patienter får samma information genom att:

- dela ut skriftlig information utskrivna från internet,
- dela ut broschyrer eller
- att verksamheterna finns tillgängliga på telefon.

Flera vårdcentraler uppger att de annonserar i lokaltidningar, har broschyrer och affischer uppe i väntrummet eller skickar hem information till patienterna. En vårdcentral i Skåne uppger att de har en äldremottagning dit patienterna kan ringa direkt till distriktssköterska – utan att behöva göra några knappval.

Av de som svarat nej på frågan uppger flertalet att de inte stött på patienter som inte har internet eller att de inte har stött på patienter som uppgett att detta skulle vara ett problem.

Verksamheterna tillfrågades som de arbetar aktivt med information i alternativa format. Det är 35 procent av verksamheterna som säger att de arbetar aktivt med information i alternativa format och ytterligare 13 procent som planerar att göra det. Andelen vårdcentraler som arbetar aktivt med information i alternativa format är högst i Dalarna, följt av Skåne.

#### Tabell 6. Information i alternativa format

Andel vårdcentraler som under 2018 arbetade eller inte arbetade aktivt med information i alternativa format eller som ansåg att tillgängligheten var tillräcklig, region. Procent.

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
Ja, vi arbetar aktivt med detta	20	60	34	35
Nej, tillgängligheten är tillräcklig	20	0	14	13
Nej, men vi planerar att arbeta med detta	0	10	17	13
Nej	60	30	16	25
Vet inte/kan inte uppge	0	0	19	13

Västerbotten n=15, Dalarna n=10, Skåne n= 64, Alla n=89

På frågan om vårdcentralerna arbetar aktivt med kommunikation via e-tjänster har<sup>23</sup>:

- 63 procent svarat att de gör det
- 18 procent svarat att tillgängligheten är tillräcklig

<sup>23</sup> Totalt har 89 vårdcentraler besvarat frågan, varav 15 ligger i Västerbotten, 10 i Dalarna och 64 i Skåne

- 10 procent svarat att de planerar att arbeta med kommunikation via e-tjänster
- 9 procent har svarat nej eller vet inte.

I Västerbotten och Dalarna uppger närmare 90 procent av vårdcentralerna att de arbetar aktivt med kommunikation via e-tjänster, medan det i Skåne endast är runt hälften som gör det. I Skåne är det dock en högre andel vårdcentraler som uppgett att tillgängligheten till kommunikation via e-tjänster är tillräcklig 22 procent jämfört med 13 procent i Västerbotten och inga vårdcentraler i Dalarna.

I respektive kommungrupp arbetar runt 80 procent av vårdcentralerna aktivt med kommunikation via e-tjänster eller anser att kommunikationen är tillräcklig.

## Fysisk tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning

För personer med fysiska funktionsnedsättningar är en förutsättning för att få vård att kunna ta sig in i och runt i lokalerna.

På frågan om vårdcentralerna har en handlingsplan för att säkerställa tillgängligheten för patienter med någon funktionsnedsättning har<sup>24</sup>:

- 20 procent svarat att de har en sådan handlingsplan
- 15 procent svarat att de håller på att utarbeta en sådan handlingsplan
- 49 procent svarat att de varken har en handlingsplan eller håller på att utarbeta en
- 16 procent svarat att de inte vet eller inte kan uppge.

Det är ungefär 35 procent av vårdcentralerna i respektive kommungrupp som har eller håller på att utarbeta en handlingsplan för att säkerställa tillgängligheten för patienter med någon funktionsnedsättning. När frågan redovisas per region har:

- 53 procent av vårdcentralerna i Västerbotten uppgett att de har eller håller på att utarbeta en plan
- 40 procent av vårdcentralerna i Dalarna uppgett att de har eller håller på att utarbeta en plan
- 29 procent av vårdcentralerna i Skåne uppgett att de har eller håller på att utarbeta en plan.

Vidare tillfrågades verksamheterna om de arbetar aktivt med fysisk tillgänglighet för patienter med nedsatt rörelseförmåga, nedsatt syn, nedsatt hörsel med allergi eller överkänslighet.

<sup>24</sup> Totalt har 92 vårdcentraler besvarat frågan, av dessa ligger 17 i Västerbotten, 10 i Dalarna och 65 i Skåne

**Tabell 7. Fysisk tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning**

Andel vårdcentraler som under 2018 arbetat aktivt med respektive tillgänglighetsaspekt, region. Procent.

Fysisk tillgänglighet för patienter med...		Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
... nedsatt rörelseförmåga	Ja	27	30	34	33
	Nej tillgängligheten är tillräcklig	73	70	44	52
	Nej, men vi planerar att arbeta med detta	0	0	3	2
	Nej	0	0	9	7
	Vet ej	0	0	9	7
... nedsatt syn	Ja	13	10	24	20
	Nej tillgängligheten är tillräcklig	27	40	41	39
	Nej, men vi planerar att arbeta med detta	20	0	8	9
	Nej	40	40	17	24
	Vet ej	0	10	10	8
... nedsatt hörsel	Ja	20	10	25	22
	Nej tillgängligheten är tillräcklig	20	50	36	35
	Nej, men vi planerar att arbeta med detta	7	0	6	6
	Nej	53	30	19	26
	Vet ej	-	10	14	11
... allergi/överkänslighet	Ja	27	30	30	29
	Nej tillgängligheten är tillräcklig	67	40	36	42
	Nej, men vi planerar att arbeta med detta	0	0	6	4
	Nej	7	30	14	15
	Vet ej	0	0	14	10

Västerbotten n=15, Dalarna n=10 och Skåne n=64, alla: n=89

Det är en högre andel som svarat att de arbetar med fysisk tillgänglighet för personer med nedsatt rörelseförmåga än för de andra specificerade funktionsnedsättningarna. En fjärdedel (25 procent) av vårdcentralerna har svarat att de inte arbetar med fysisk tillgänglighet för varken syn- eller hörselskade. Andelen som svarat nej är högre i Västerbotten och Dalarna än i Skåne. Resultaten finns även redovisade per kommungrupp i tabell 4 i bilaga 3.

## Hembesök

Hemsjukvård sker idag i stor utsträckning i kommunal regi, men kommunerna har inga läkare anställda. Regionerna behöver därför tillgodose läkarbehovet till den kommunala vården. Detta löses ofta genom att vårdcentralernas läkare genomför läkarbesöken till patienter som ingår i den kommunala hälso- och sjukvården. Behov av hembesök kan också finnas för andra grupper av patienter än patienter som ingår i den kommunala hemsjukvården och det är ofta läkare från vårdcentralerna som genomför även dessa. För vissa patienter är hemsjukvård nödvändigt och det är därför en viktig parameter för

vårdens jämlikhet. I det här avsnittet har verksamheterna tillfrågats om de tillhandahåller hemsjukvård och i så fall för vilka patienter.

På frågan har i stort sett alla vårdcentraler svarat att de erbjuder hembesök till någon eller några grupper av patienter (99 procent)<sup>25</sup>. Andelen vårdcentraler som svarat att de erbjuder hembesök till respektive patient-grupp är följande:

- 74 procent erbjuder hembesök till patienter i särskild situation
- 20 procent erbjuder hembesök till alla barn
- 27 procent erbjuder hembesök till alla äldre
- 18 procent erbjuder hembesök till patienter med vissa funktionsnedsättningar
- 7 procent erbjuder hembesök till personer med särskilda diagnoser (egentligen: multisjuka, psykiatriska diagnoser och depression)
- 17 procent har uppgett att de kan erbjuda hembesök till andra grupper av patienter (framförallt till patienter i särskilt boende).

## Regionernas uppdragsbeskrivningar – tillgänglighet till vård

I uppdragsbeskrivningarna från samtliga tre regioner finns specificerat att vårdcentralerna ska finnas tillgängliga per telefon för rådgivning, bedömning och tidbokning samt finnas tillgängliga för kontakt via inloggning på 1177 Vårdguidens e-tjänster. Det står ingenting i någon av de tre regionernas uppdragsbeskrivningar om andra kontaktvägar eller att vårdcentralerna ska tillhandahålla öppen mottagning eller drop-in verksamhet.

Det finns inga krav i någon av uppdragsbeskrivningarna på att vårdcentralerna ska delge information i alternativa format, men det står att informationen ska göras tillgänglig för alla. I Västerbottens uppdragsbeskrivning står att vårdinformation som avser enskild patient ska vara kvalitetssäkrad, lättillgänglig och följa gemensam informationsstruktur.

I Västerbotten och Skåne står i uppdragsbeskrivningarna att det i vårdcentralens väntrum ska finnas tillgång till informationsbroschyrer som respektive region tagit fram. Om dessa broschyrer finns tillgängliga i alternativa format har dock inte gått att fastställa.

I samtliga tre uppdragsbeskrivningar står att lokalerna ska vara tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. I Västerbottens och Skånes uppdragsbeskrivningar står även att vårdcentralerna bör följa Boverkets vägledning *Enkelt avhjälpta hinder* respektive Myndigheten för delaktighets checklista för att följa upp tillgängligheten i byggnader och lokaler. Den checklista som tillhandahålls av Myndigheten för delaktighet innefattar tillgänglighetsaspekter som är viktiga för personer med vissa funktionsnedsättningar.

När det gäller hembesök står i samtliga uppdragsbeskrivningar att vårdcentralen ska tillhandahålla läkare till patienter som har kommunal hem-sjukvård

I Västerbottens uppdragsbeskrivning står även att vårdcentralen ska göra hembesök av läkare till patienter som på grund av allvarlig sjukdom alternativt fysisk eller psykisk funktionsnedsättning inte kan ta sig till vårdcentralen.

---

<sup>25</sup> Totalt har 89 vårdcentraler svarat på frågan

I region Skånes uppdragsbeskrivning står att vårdcentralens läkare ska göra hembesök när tillståndet kräver det, men att vårdcentralen kan välja att anlita regionens upphandlade hembesöksservice istället. I regionen finns även så kallade mobila vårdteam som har som mål att patienter ska kunna vårdas hemma i så hög utsträckning som möjligt och slippa läggas in på sjukhus. Vårdcentralen ska tillhandahålla läkarkompetens till dessa mobila vårdteam och kommunen ska tillhandahålla sjuksköterskekompetens. Verksamheten riktar sig till de mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård som har ett omfattande kontinuerligt och långvarigt vårdbehov samt de som tillfälligt har behov av en högre omhändertagandenivå för att minska undvikbar slutenvård.

## Sammanfattning – tillgänglighet till vården

Vårdcentralernas kontaktvägar:

- Närmare sextio procent av vårdcentralerna som besvarat enkäten har uppgett att det går att boka en tid direkt i receptionen utan förbokning.
- Närmare 40 procent av verksamheterna har uppgett att de har så kallad öppen mottagning till läkare varje vecka.
- Närmare 60 procent har öppen mottagning till sjuksköterska dagligen.
- Närmare 90 procent har öppen mottagning för provtagning varje vecka.

Tillgänglig information

- Det är en högre andel av vårdcentralerna i Dalarna som uppgett att de arbetar aktivt eller planerar att arbeta aktivt med tillgänglighet i alternativa format än i de andra regionerna (70 procent jämfört med 20 i Västerbotten och 53 i Skåne). Detta trots avsaknad av krav i uppdragsbeskrivningarna.
- 75 procent av de svarande har uppgett att de arbetar aktivt med att säkerställa att patienter som inte har tillgång till internet får tillgång till samma information som andra patienter.

Tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning:

- 20 procent av de verksamheter som besvarat enkäten har en handlingsplan för att säkerställa tillgängligheten för patienter med någon funktionsnedsättning. Ytterligare 15 procent håller på att utarbeta en, medan närmare hälften av verksamheterna varken har en eller håller på att utarbeta en.
- I Västerbotten och Dalarna är andelen verksamheter med handlingsplan högre än i Skåne.
- En högre andel av verksamheterna uppger att de arbetar aktivt med att förbättra den fysiska tillgängligheten för personer med nedsatt rörelseförmåga än för andra typer av funktionsnedsättning, så som nedsatt syn, hörsel eller allergi och överkänslighet.
- Samtidigt är andelen vårdcentraler som bedömer att tillgängligheten är tillräcklig högre för patienter med nedsatt rörelseförmåga.

Hembesök:

- 99 procent av vårdcentralerna kan erbjuda hembesök till någon grupp av patienter.
- Tre fjärdedelar av vårdcentralerna uppger att de erbjuder patienter i särskild situation hembesök.
- 27 procent av vårdcentralerna kan erbjuda alla äldre hembesök.
- En femtedel av vårdcentralerna kan erbjuda alla barn hembesök.
- En knapp femtedel kan erbjuda patienter med vissa funktionsnedsättningar hembesök.

## Kommunikation och bemötande

För att patienter ska kunna komma till tals och hinna berätta om sina besvär behöver kommunikationen och tiden för patientmötet kunna anpassas efter patientens behov och förutsättningar. Om vårdpersonalen inte kan förstå vad patienten har för problem blir det svårt att ställa rätt diagnos och om vårdpersonalen inte kan förmedla exempelvis hur patienten ska ta sin medicin på ett sätt som patienten förstår så blir behandlingen svår att genomföra. Att delge information på ett sätt som patienten förstår gör det möjligt att ge sitt samtycke till den behandling som erbjuds och därmed ökar delaktigheten i vården. Det kan också bidra till känslan av kontroll över situationen, minska patientens oro och bidra till ökad följsamheten till ordinationer. Sedan patientlagen (2014:821) trädde i kraft i januari 2015 finns ett krav på att den som ger hälso- och sjukvårdsinformationen så långt som möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen<sup>26</sup>.

## Anpassning av besökstiden i patientmötet

I de dialoger som hållits inom ramen för det här projektet lyftes tiden i patientmötet fram som en viktig aspekt för att uppnå en mer jämlik vård både av professionsföreträdare, patientföreträdare och verksamhetschefer i denna enkät se bilaga 1.

På frågan om vårdcentralen anpassar besökstidens längd utifrån patientens behov har<sup>27</sup>:

- 34 procent av vårdcentralerna svarat att de anpassar besökstiden för patienter som har behov av tolk
- 32 procent av vårdcentralerna svarat att de anpassar besökstiden för patienter som har någon funktionsnedsättning
- 15 procent av vårdcentralerna svarat att de anpassar besökstiden för en annan grupp av patienter. De grupper som specificerats av verksamhetscheferna var bland annat patienter med psykisk ohälsa, äldre och multisjuka.

Sammantaget har 43 procent av vårdcentralerna svarat att de anpassar besökstiden för minst en av ovan listade grupper. Utöver det har 54 procent svarat att de anpassar besökstiden för alla sina patienter.

---

<sup>26</sup> E 3 kap. 7 § patientlagen

<sup>27</sup> Frågan har besvarats av 92 vårdcentraler, varav 17 ligger i Västerbotten, 10 i Dalarna och 65 i Skåne



## Personalens bemötande

Bemötandet från personalen är viktigt för att möjliggöra patienternas delaktighet och öka patientsäkerheten. Patienter som får ett dåligt bemötande av vården drar sig i större utsträckning för att söka vård igen. Ett kontinuerligt arbete med personalens bemötande är därför viktigt både för att inte utestänga personer och för att förebygga ohälsa hos befolkningen.

Vårdcentralerna tillfrågades om de arbetar med att förbättra personalens möjligheter att kommunicera med patienterna på ett sådant sätt att informationen blir tydlig för patienten<sup>28</sup> och i så fall på vilket sätt. 26 procent uppgav att personalen någon gång under det senaste året deltagit i seminarium eller utbildning i syfte att förbättra sin förmåga att delge patienterna tydlig information.

Personalen hade under det gångna året deltagit i utbildning i följande utsträckning:

- 29 procent av vårdcentralerna i Västerbotten
- 60 procent av vårdcentralerna i Dalarna
- 20 procent av vårdcentralerna i Skåne.

Resultaten redovisas per kommungrupp i tabell 5 i bilaga 3.

### Tabell 8. Personalens möjlighet att delge tydlig information

Andel vårdcentraler som arbetar med att förbättra personalens möjlighet att kommunicera på ett sådant sätt att informationen blir tydlig för patienten 2018, region. Procent.

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
Personalen har tillgång till kommunikationsstöd, så som strukturerat samtalsstöd	41	50	18	26
Personalen har tillgång till kommunikationsstöd i form av bildkort	59	100	23	38
Personalen har tillgång till skriftlig information på andra språk eller på lättläst svenska	82	90	57	65

Västerbotten n=17, Dalarna n=10, Skåne n= 65, Alla n=92

Sammantaget har 76 procent av vårdcentralerna svarat att de arbetar med att förbättra personalens möjlighet att delge tydlig information på något av ovanstående sätt. Ytterligare tre vårdcentraler har svarat att de arbetar på annat sätt för att förbättra personalens bemötande och specificerat att detta är användning av tolk eller språkapp i mobilen. Slutligen är det 12 procent som har svarat att de inte arbetar med att förbättra personalens möjlighet att delge tydlig information och nio procent att de inte vet eller inte kan uppge något svar.

Av resultaten framgår att de vårdcentraler som ligger i Dalarna arbetar oftare med att förbättra personalens möjlighet att delge patienterna information än i de andra två regionerna. I mindre/städer landsort är även där andelen vårdcentraler som arbetar med att förbättra personalens möjligheter att kommunicera information högre än i storstadskommunerna, se vidare i bilaga 3.

<sup>28</sup> Det var 92 vårdcentraler som besvarat frågan, av dessa ligger 17 i Västerbotten, 10 i Dalarna och 65 i Skåne

Verksamheterna tillfrågades om de har en skriftlig rutin som beskriver hur vårdpersonalen ska anpassa sitt bemötande utifrån patienternas individuella förutsättningar, varav de svarade så här<sup>29</sup>:

- 37 procent av alla vårdcentraler svarade att de har en rutin
- 55 procent svarade att de inte har någon skriftlig rutin
- 8 procent svarade att de inte vet eller inte kan uppge.

I Västerbotten och Skåne har cirka 40 procent av vårdcentralerna svarat att de har en skriftlig rutin för att anpassa personalens bemötande. I Dalarna har en femtedel av vårdcentralerna svarat att de har en rutin. En stor andel av de vårdcentraler som ligger i Skåne och som har en skriftlig rutin hänvisar till Region Skånes värdegrund eller policy kring jämlik vård samt att de arbetar med värdegrundsarbete inom sin verksamhet.

Verksamhetscheferna ombads även göra en bedömning av hur ofta personalens bemötande fungerar oavsett patientens förutsättningar, där de allra flesta ansåg att det alltid, nästan alltid eller ofta fungerar (98 procent, n=89). Resultaten redovisas i tabell 6 och 7 i bilaga 3.

På frågan om vad som behöver förändras för att förbättra personalens bemötande lyftes bland annat följande:

- kontinuerligt värdegrundsarbete
- en ständigt levande dialog och diskussion om bemötande
- utbildning i lågaffektivt bemötande.

En förutsättning för att värdegrundsarbetet ska lyckas, som flera verksamheter lyft, är att personalen är fast anställd och stannar kvar på vårdcentralen under en längre tid.

## Patienternas delaktighet

Patienterna behöver vara delaktiga för att vården ska fungera. Detta gäller speciellt för kroniskt sjuka som själva behöver kunna sköta sin egen mediciner och förstå hur medicinerna fungerar och när dosen behöver ökas eller minskas. Det gäller även förebyggande vård där patienterna själva behöver vara motiverade för att kunna genomföra livsstilsförändringar.

Verksamhetscheferna ombads göra en bedömning av hur väl patienternas delaktighet fungerar inom deras verksamhet, där 91 procent uppgav att den alltid, nästan alltid eller ofta fungerar. Det var vanligast att de bedömde att delaktigheten fungerade ofta (67 procent). Resultaten redovisas per region respektive kommungrupp i tabell 8 respektive 9 i bilaga 3.

På frågan om vad verksamhetschefen bedömer behöver förändras för att förbättra patienternas delaktighet lyftes följande fram:

- kontinuitet i vårdkontakten
- mer tid i mötet med patienten
- pedagogisk utbildning av personalen
- samordning av patientens vård
- personalens förhållningssätt till patientens egen förmåga

---

<sup>29</sup> Totalt har 95 vårdcentraler besvarat frågan, varav 19 i Västerbotten, 11 i Dalarna och 65 i Skåne

- större krav på utbildning av tolkar och sekretess vid tolkningsuppdrag
- förtydligande av patienternas egenvårdsansvar.

## Kommunikation i vårdmötet vid bristfällig förståelse av svenska

I det här avsnittet redovisas hur vanligt förekommande det är att vårdcentralen har patienter som inte kan tillräckligt bra svenska för ett meningsfullt patientmöte och hur vårdcentralen vanligen löser denna typ av kommunikationsproblem.

Det är 52 procent av vårdcentralerna som har uppgett att de dagligen har besök av patienter som inte kan svenska tillräckligt bra för att kunna genomföra ett meningsfullt patientmöte. Ytterligare 31 procent har besök varje vecka. I de olika regionerna och kommungrupperna ser fördelningen av vårdcentraler som har besök av patienter med otillräckliga svenskkunskaper dagligen ut som följer:

- 53 procent av vårdcentralerna i Västerbotten
- 36 procent av vårdcentralerna i Dalarna
- 55 procent av vårdcentralerna i Skåne.
- 62 procent av vårdcentralerna i storstäder
- 53 procent av vårdcentralerna i större städer
- 44 procent av vårdcentralerna i mindre städer/landsbygd.

De verksamheter som uppgett att de hade besök av patienter med bristande förståelse av svenska minst en gång i månaden ombads besvara frågan om hur de löser kommunikationsproblemen. På frågan kunde flera svarsalternativ väljas.

I genomsnitt har 88 procent av verksamheterna uppgett att de alltid/nästan alltid använder en certifierad tolk för att överbrygga språkhindren, ytterligare 10 procent gör det ofta<sup>30</sup>. Tolken kan antingen delta fysiskt vid patientmötet, per telefon eller via videolänk. Medan:

- Närmare 14 procent av verksamheterna alltid/nästan alltid använder möjligheten att boka in patienten hos en personal som pratar patientens språk, ytterligare 16 procent gör det ofta.
- 3 procent har uppgett att patienten alltid/nästan alltid tar med en anhörig vuxen som tolk och ytterligare 37 procent att det ofta händer.
- Ingen verksamhet har angett att barn nästan alltid används som tolk, men 15 procent av verksamheterna har uppgett att barn tolkar ofta.
- 8 procent har svarat att vårdpersonalen nästan alltid eller ofta använt sig av bildkort i kommunikationen.

En svaghet med enkätsvaren är att vårdcentralerna kunnat ange alltid på flera svarsalternativ och det är därför svårt att dra några reella slutsatser utifrån svaren, mer än att tolk är det vanligaste sättet att överbrygga språkhindren på.

De svarande i Västerbotten och Skåne har i högre utsträckning uppgett att en vuxen anhörig tolkar än de vårdcentraler som ligger i Dalarna. Det är även

<sup>30</sup> Totalt har 88 vårdcentraler besvarat frågan, varav 17 ligger i Västerbotten, 11 i Dalarna och 60 i Skåne

fler vårdcentraler som ligger i mindre städer/landsbygd än i de övriga två kommungrupperna som uppgett att en vuxen anhörig tolkar. I Dalarna har fler verksamheter svarat att de använder bildkort än i övriga regioner – 36 procent jämfört med inga i Västerbotten och 8 procent i Skåne.

## Kommunikation vid vårdmötet för patienter med funktionsnedsättning

Även för patienter med vissa funktionsnedsättningar kan kommunikationen i vårdmötet vara svårare än för andra grupper av patienter.

Vårdcentralernas verksamhetschefer ombads göra en bedömning av hur vanligt det är att patienter med ett urval av funktionsnedsättningar besökte vårdcentralen. Andelen vårdcentraler som svarat att de hade besök av patienter med respektive funktionsnedsättning en eller fler gånger i veckan är enligt följande<sup>31</sup>:

- 76 procent svarade att de hade besök av patienter med kognitiva funktionsnedsättningar en eller fler gånger i veckan
- 55 procent svarade att de hade besök av patienter med hörselskada en eller fler gånger i veckan
- 15 procent svarade att de hade besök av patienter som var döva eller vuxendöva en eller fler gånger
- ingen av vårdcentralerna svarade att de hade besök av patienter som var dövblinda en eller flera gånger i veckan.

I drygt 80 procent av fallen svarar verksamhetscheferna att kommunikationen i vårdmötet fungerar när patienten har hörselskada eller kognitiv funktionsnedsättning<sup>32</sup>. Endast ett fåtal verksamheter har svarat att kommunikationen i vårdmötet sällan eller aldrig fungerar. För patienter som är döva är andelen vårdcentraler som svarat att kommunikationen fungerar något lägre (70 procent) och för dövblinda är andelen endast 30 procent. Det är också fler verksamheter som svarat att de inte vet om kommunikationen fungerar för patienter med dövblindhet. Detta kan hänga ihop med att vårdcentralerna sällan har besök av patienter som är dövblinda. Resultaten redovisas per region respektive kommungrupp i tabell 10 respektive 11 i bilaga 3.

Utifrån verksamhetschefernas kommentarer går att utläsa att patienter med kognitiva funktionsnedsättningar ofta har med sig omsorgspersonal eller anhöriga som kan assistera i patientmötet och att kommunikationen då fungerar bra. För personer med dövhet eller dövblindhet verkar kommunikationen fungera väl när en tolk har bokats i förväg.

## Hbtq-perspektivet

Hbtq-personer är en grupp som har sämre hälsa än befolkningen i stort och som i vissa fall undviker att besöka vården, på grund av tidigare erfarenhet av dåligt bemötande, se avsnittet om hbtq-personer tidigare i denna rapport.

<sup>31</sup> Totalt har 96 vårdcentraler besvarat frågan, varav 19 ligger i Västerbotten, 11 i Dalarna och 66 i Skåne

<sup>32</sup> Totalt har 94 vårdcentraler besvarat frågan, varav 17 ligger i Västerbotten, 11 i Dalarna och 66 i Skåne

I det här avsnittet har verksamheterna tillfrågats om de har någon långsiktig plan för att arbeta med hbtq-perspektivet samt vilka de viktigaste förändringar de gjort av sin verksamhet utifrån ett hbtq-perspektiv är.

På frågan om vårdcentralerna har en långsiktig plan för att arbeta med hbtq-perspektivet har<sup>33</sup>

- 35 procent av verksamheterna svarat ja
- 46 procent svarat nej
- 19 procent svarat att de inte vet eller inte kan uppge.

Svaren skiljer sig mellan de olika regionerna och kommungrupperna. Fördelningen av vårdcentraler som har en långsiktig plan för att arbeta med hbtq-perspektivet är följande:

- 82 procent av vårdcentralerna i Västerbotten
- 30 procent av vårdcentralerna i Dalarna
- 23 procent av vårdcentralerna i Skåne.
  
- 23 procent av vårdcentralerna i Storstäder
- 37 procent av vårdcentralerna i större städer
- 42 procent av vårdcentralerna i mindre städer/landsbygd.

Samtliga vårdcentraler ombads också uppge de tre viktigaste förändringar eller förbättringar som verksamheten gjort eller planerar att göra utifrån ett hbtq-perspektiv, varav 55 procent besvarade frågan.

Av de 51 vårdcentraler som uppgett att de gjort eller planerar att göra förändringar eller förbättringar har 57 procent svarat att de har en långsiktig plan, 25 procent svarat att de inte har en långsiktig plan och 18 procent att de inte vet eller inte kan uppge om de har en långsiktig plan.

De förbättringar och förändringar som vårdcentralerna uppgav sig ha gjort utifrån ett hbtq-perspektiv var följande:

- att personalen har eller ska genomgå en hbtq-utbildning och/eller certifiering
- att hbtq-perspektivet tas upp på arbetsplatsträffar
- att en handlingsplan och rutin tagits fram
- att regnbågsflaggan finns i lokalerna
- att nummerlappssystem har införts, istället för att ropa upp patientens namn
- att personalen frågar efter ”partner” istället för fru eller man
- att värdegrundsarbete sker fortlöpande
- att diskussioner om likabehandling sker fortlöpande.

## Regionernas uppdragsbeskrivningar – kommunikation och bemötande

Det finns ingen instruktion i någon av uppdragsbeskrivningarna som gäller hur lång besökstiden bör vara eller hur den ska anpassas efter patienternas behov.

---

<sup>33</sup> Totalt har 92 vårdcentraler besvarat frågan, varav 17 ligger i Västerbotten, 10 i Dalarna och 65 i Skåne

När det gäller tolk står i samtliga uppdragsbeskrivningar: att vårdcentralerna ska tillhandahålla tolk till patienter som inte förstår eller som inte kan uttrycka sig i svenska språket samt till döva/dövblinda patienter och till patienter med hörselnedsättning. I Skåne står att tolk ska tillhandahållas om det ligger utanför vårdcentralens kompetens.

Hbtq-perspektivet nämns inte uttryckligen i någon av uppdragsbeskrivningarna, men i både Västerbotten och Skåne finns lokala hbtq-utbildningar som riktar sig till verksamheter inom hälso- och sjukvården.

I Dalarna nämns bemötande som en del i jämlik vård begreppet. I Skånes uppdragsbeskrivning står att vårdcentralerna ska uppmuntra personalen till deltagande i utbildningar som syftar till att utveckla bemötandet till olika grupper. Vidare står att Skåne har rätt att säga upp avtalet med leverantören om det är uppenbart att utföraren inte uppfyller gällande medicinska krav på undersökning, vård och behandling samt krav avseende bemötande av patienter.

## Sammanfattning – kommunikation och bemötande

### Anpassning av besökstiden

- 97 procent av verksamheterna uppger att de anpassar besökstiden utifrån patienternas behov på ett eller annat sätt.
- Drygt hälften av vårdcentralerna har uppgett att de anpassar besökstiden efter patienternas behov för alla sina patienter.
- Ytterligare drygt 40 procent anpassar besökstiden för vissa grupper av patienter.

### Fungerande kommunikation

- Drygt hälften av vårdcentralerna i Västerbotten respektive Skåne har dagligen besök av patienter som inte förstår svenska tillräckligt bra för att kunna genomföra ett meningsfullt patientmöte. I Dalarna är andelen något lägre (36 procent).
- Det vanligaste sättet att överbrygga språkhindren är att boka en certifierad tolk, därefter följer att patienten själv tar med en anhörig vuxen som tolkar, att vårdcentralerna bokar in patienten hos personal som kan språket, att ett barn tolkar och slutligen att personalen använder bildkort. Användningen av bildkort i patientmötet är betydligt vanligare i Dalarna än i de andra regionerna.
- Kommunikationen vid kognitiva funktionsnedsättningar bedöms fungera bra och då framförallt när patienten har med omsorgspersonal eller anhörig vid patientmötet.

### Hbtq-perspektivet

- 35 procent av vårdcentralerna har uppgett att de har en långsiktig plan för att integrera ett hbtq-perspektiv i sitt arbetssätt.
- De största förändringar som verksamheterna har gjort är utbildningsinsatser, diskussion på arbetsplatsträffar om hbtq-frågor och likabehandlingsfrågor, införande av nummerlappssystem och att säga partner istället för man eller fru vid patientmötet.

## Bemötande och delaktighet

- Närmare 40 procent av verksamheterna har uppgett att de har en skriftlig rutin som beskriver hur vårdpersonalen ska anpassa sitt bemötande utifrån patienternas individuella behov.
- En fjärdedel av vårdcentralerna har, under det senaste året, skickat sin personal på utbildning eller seminarium för att förbättra personalens möjligheter att kommunicera på ett sådant sätt att patienten förstår informationen.
- Den vanligaste insatsen för att förbättra personalens möjlighet att delge patienterna tydlig information är att ta fram information på andra språk eller lättläst svenska.
- I Region Dalarna är användandet av bildkort mer utbrett och där har samtliga verksamheter svarat att personalen har tillgång till kommunikationsstöd i form av bildkort.
- Verksamhetscheferna bedömer att personalens bemötande i 98 procent av fallen fungerar ofta eller alltid. Siffrorna är något lägre i Dalarna än i de andra två regionerna.
- För att förbättra personalens bemötande har verksamhetscheferna föreslagit åtgärder såsom värdegrundsarbete på arbetsplatsen, utbildningsinsatser samt ökat tidsutrymme i patientmötet.
- 91 procent av verksamhetscheferna bedömde att patienternas delaktighet alltid, nästan alltid eller ofta fungerar.

## Hälsofrämjande arbete

En av hörnstenarna för att åstadkomma jämlikhet i hälsa och vård är förebyggande arbete. Både för patienter som redan är sjuka och för patienter som ännu inte fått några sjukdomssymtom, men kan ligga i riskzonen för att utveckla sjukdomar. Patienter som har en sämre hälsa kan vara svårare för vården att bota och det är därför viktigt att flera olika aktörer i samhället tillsammans med vården arbetar för att förbättra hälsan hos personer som ligger i riskzonen för att utveckla sjukdom.

Vårdcentralerna tillfrågades om och på vilket sätt de arbetar förebyggande för patienternas hälsa. Som helhet har 88 procent av vårdcentralerna svarat att de arbetar förebyggande på ett eller flera sätt. Medan nio procent har svarat att de inte arbetar förebyggande för sina patienters hälsa och tre procent har svarat att de inte vet eller inte kan uppge. Alla vårdcentraler i Dalarna har svarat att de arbetar förebyggande på ett eller annat sätt, medan det i Västerbotten och Skåne är 88 respektive 86 procent av vårdcentralerna som gör det. Drygt 80 procent av vårdcentralerna i storstadskommun rapporterar att de arbetar förebyggande, jämfört med omkring 90 procent i de båda andra kommungrupperna.

**Tabell 9. Förebyggande arbete för patienternas hälsa**

Andel vårdcentraler som under 2018 använt sig av respektive metod i förebyggande arbete, region. Varje vårdcentral kan använda sig av en eller flera metoder för förebyggande arbete. Procent

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
<b>Vårdcentralen håller i grupputbildningar eller informationsträffar...</b>				
... om hur patienterna kan förebygga ohälsa	59	80	32	42
... om vanliga hälsoproblem	53	60	26	35
... med patienter med kroniska sjukdomar	35	80	48	49
<b>Vårdcentralen genomför regelbundna och systematiska enskilda samtal ...</b>				
... med de patienter som själva efterfrågar information om hur de kan förebygga ohälsa	77	10	51	51
... med de patienter som av hälsoskäl har behov av information om hur de kan förebygga ohälsa	82	90	52	62
... med vissa grupper av patienter*	65	40	31	38
<b>Vårdcentralen arbetar förebyggande på annat sätt**</b>	0	0	9	7

Västerbotten n=17, Dalarna n=10, Skåne n= 65, Alla n= 92

\* De grupper som specificerats var exempelvis kroniskt sjuka, patienter med psykisk ohälsa, högt blodtryck, rökare och patienter med sömnsvårigheter och stressproblematik.

\*\* De andra arbetssätt som verksamhetscheferna specificerat var exempelvis gruppträffar i mindfulness, artrosskola, information i väntrummet, att vårdcentralen följer nationella riktlinjer kring kroniskt sjuka, information vid hälsosamtal till nyanlända

Sammantaget har 65 procent av vårdcentralerna i undersökningen svarat att de arrangerar någon form av grupputbildningar eller informationsträffar till sina patienter och 75 procent har svarat att de genomför regelbundna och systematiska enskilda samtal på något av de tre sätt som specificerats i tabellen ovan. Vidare har 53 procent av vårdcentralerna svara att de genomför både någon form av gruppsamtal eller informationsträffar samt regelbundna och systematiska enskilda samtalet till någon av de specificerade patientgrupperna. I tabell 12 i bilaga 3 redovisas resultaten per kommungrupp.

Redovisat på region respektive kommungruppsnivå genomför:

- 71 procent av vårdcentralerna i Västerbotten både grupp- eller informationsträffar och enskilda samtal
- 80 procent av vårdcentralerna i Dalarna både grupp- eller informationssträffar och enskilda samtal
- 45 procent av vårdcentralerna i Skåne genomför både grupp- eller träffar och enskilda samtal.
- 39 procent av vårdcentralerna i storstäder genomför
- 51 procent av vårdcentralerna i större städer genomför
- 68 procent av vårdcentralerna i mindre städer/landsbygd genomför både grupp- eller informationsträffar och enskilda samtal.



## Regionernas uppdragsbeskrivningar – hälsofrämjande arbete

I samtliga uppdragsbeskrivningar står att vårdcentralerna ska arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Alla tre regionerna har också tagit fram mål eller visioner om att förbättra hälsan hos befolkningen inom sin region.

I Västerbottens uppdragsbeskrivning står att vårdcentralen ska bedriva ett systematiskt arbete gällande livsstilsfrågor, arbeta för att tidigt upptäcka eventuella riskfaktorer samt arbeta med förebyggande insatser på individnivå och tillhandahålla såväl primär- som sekundärprevention. Vidare ska vårdcentralen genomföra Västerbottens hälsoundersökning (VHU) enligt fastställda riktlinjer och för de åldersgrupper som regionen beslutat eller kommer att besluta.

I Dalarnas uppdragsbeskrivning står att personal i primärvården ska ha ett hälsofrämjande förhållningssätt i syfte att stärka patientens tilltro till sin egen förmåga. Vidare står att primärvården ska ge kunskap, verktyg och ett sådant stöd som gör att patienten får en central roll i sin egen hälsoutveckling. Arbetet ska utgå från ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsätt och genomsyra hälso- och sjukvårdens arbete. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av att stödja och motivera individen att ta eget ansvar för sin hälsa. Det står även att regionen anordnar kurser och informationsträffar i motiverande samtal (MI) för att hälso- och sjukvårdspersonal i regionen ska kunna hjälpa patienterna till livsstilsförändringar.

I Skånes uppdragsbeskrivning står att uppdraget ska präglas av ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt med fokus på personcentrerad vård med sammanhållna vårdprocesser. Särskilt prioriterade grupper är personer med kronisk sjukdom, psykisk ohälsa, långvarig sjukskrivning, unga vuxna och personer som ska genomgå elektiv operation.

## Sammanfattning – hälsofrämjande arbete

- Drygt hälften av vårdcentralerna har uppgett att de använder både grupp- eller informationsträffar och enskilda samtal i sitt förebyggande arbete.
- Det är en högre andel som uppgett att de använder båda arbetssätten i Västerbotten och Dalarna än i Skåne.
- Det är en högre andel vårdcentraler som uppgett att de genomför enskilda samtal än som uppgett att de genomför gruppsamtal- eller informations- träffar med sina patienter.
- Nio procent av verksamheterna har uppgett att de inte arbetar förebyggande för patienternas hälsa.

## Samarbete och samordning av vårdkontakter

För att patienter ska kunna få den vård de behöver kan vården behöva samordnas över organisationsgränserna. I de workshops och dialoger som genomförts inom ramen för det här projektet har frågan om samordning och

samverkan lyfts som ett hinder för jämlikheten i vården. Personalen inom vården lyfte att det var svårt att veta var patienten skulle remitteras och att det kan varar svårt om patienten behöver vård av flera olika vårdgivare samtidigt, exempelvis vid samtidig psykisk och somatiskt sjukdom som bägge är behandlingskrävande.

Hälso- och sjukvården har ett särskilt ansvar för att samordna vårdkontakter efter utskrivning från slutenvård av en patient som behöver insatser från både landsting och kommun och för att se till att en patient som begär det eller har vissa behov får en fast vårdkontakt<sup>34</sup>. I det här avsnittet har vårdcentralerna tillfrågats om hur de arbetar med samordning av patienternas vård och hur samarbetet fungerar med andra vårdgivare.

## Samordning och hinder vid överföring av patientens vård

För att patienterna ska få sitt vårdbehov tillgodosett behöver regionerna i samarbete med vårdgivarna arbeta aktivt med att överbrygga de eventuella hinder som kan finnas för att patienten ska kunna överföras till en annan vårdinstans och lotsar patienten rätt i vården genom att samordna patientens vårdkontakter. Detta gäller framförallt patienter som har kontakt med flera vårdgivare samtidigt, som multisjuka äldre. Det här avsnittet kommer att handla om vårdcentralernas arbete med att samordna vårdkontakter till patienterna och vilka hinder som finns vid överföring av patientens vård till en annan vårdgivare.

Vårdcentralerna tillfrågades om de samordnar vårdkontakter när patienten behöver vård som vårdcentralen inte kan tillhandahålla. 96 procent av vårdcentralerna gör det på ett eller annat sätt. I tabellen nedan redovisas i vilka sammanhang vårdcentralen uppgett att de samordnar vårdkontakterna, flera svarsalternativ var möjliga.

### Tabell 10. Samordning av vårdkontakter

Andel vårdcentraler som samordnar vårdkontakter med andra vårdinrättningar i respektive situation 2018, region. Varje vårdcentral kan samordna flera olika situationer. Procent.

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
När flera vårdgivare är inblandade	93	40	63	65
För patienter med särskilda behov	60	80	58	61
För patienter som ber om det	53	50	39	43
På annat sätt*	0	0	6	4

Västerbotten n=15, Dalarna n=10, Skåne n= 64, Alla n= 89

\* I kommentarerna har verksamhetscheferna uppgett att de samordnar vårdkontakten med hemsjukvården, att de alltid har samordningsansvaret och att de samordnar när behov finns.

86 procent av vårdcentralerna har svarat att det finns någon form av hinder för patientens fortsatta vård när patienten ska överföras mellan vårdcentralen och andra vårdgivare. Elva procent har bedömt att det inte finns några hinder vid överföring av vården och två procent har svarat att de inte vet eller inte kan ange.

<sup>34</sup> Se 4 kap. 1 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård samt 6 kap. 2 § patientlagen

**Tabell 11. Hinder vid överföring till annan vårdgivare**

Andel vårdcentraler där det i respektive situation finns hinder för patienternas fortsatta vård, när vården ska överföras mellan vårdcentralen och en annan vårdgivare 2018, region. Varje vårdcentral kan ange flera olika situationer. Procent.

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
I samband med remittering från vårdcentralen till annan vårdgivare	87	70	58	64
I samband med remittering från annan vårdgivare till oss	40	40	39	39
Vid egenremiss	27	40	8	15
I samband med överföring av patientinformation	40	60	61	57
Det är ibland svårt att veta vart patienten ska remitteras	13	10	25	21
På annat sätt	0	10	2	2

Västerbotten n=15, Dalarna n=10, Skåne n= 64, Alla n=89

Vårdcentralerna i Västerbotten och Dalarna har i högre utsträckning än i Skåne uppgett att de har problem vid överföring av patientens vård till annan vårdgivare. Det är en högre andel av vårdcentralerna i Skåne som uppgett att det kan vara svårt att veta vart patienten ska remitteras, än i de andra två regionerna.

De verksamheter som ligger i mindre städer/landsbygd har i större utsträckning uppgett att det kan finnas hinder vid så kallad egenremiss, se tabell 13 i bilaga 3. Egenremiss innebär att patienten själv söker vård hos en specialist utan att ha blivit remitterad av en läkare. Ofta söker patienten specialistvård på rekommendation av primärvårdsläkare men patienten kan också själv söka upp specialistvården utan rekommendation.

Det är endast ett fåtal verksamheter som lämnat en kommentar, men samtliga av dessa har svarat att informationsöverföringen ofta ställer till problem på grund av att slutenvård, öppen vård och kommunal vård har olika journal-system samt att informationen som överförs inte alltid är komplett. En annan sak som flera tar upp är att slutenvården ofta inte skriver remisser till vårdcentralen och att det gör att vårdcentralen inte vet vilken behandling patienten fått eller vilken behandling patienten behöver framöver.

## Samarbete med andra vårdgivare

För att få till en bra samverkan kring patientens vård krävs samarbete med andra vårdgivare och att veta var patienten ska remitteras. Verksamhetscheferna har här tillfrågats hur ofta de anser att samarbetet med andra vårdgivare fungerar<sup>35</sup>.

- 17 procent av vårdcentralerna anser att samarbetet med andra vårdgivare fungerar alltid/nästan alltid
- 78 procent av vårdcentralerna har svarat att samarbetet ofta fungerar och
- 6 procent har svarat att samarbetet med andra vårdgivare sällan fungerar.

Ingen av vårdcentralerna har svarat att samarbetet aldrig fungerar. I både Västerbotten och Dalarna har samtliga vårdcentraler bedömt att samarbetet

<sup>35</sup> Totalt har 89 vårdcentraler besvarat frågan, varav 15 ligger i Västerbotten, 10 i Dalarna och 64 i Skåne

alltid/nästan alltid eller ofta fungerar, i Skåne är det 92 procent av vårdcentralerna som gjort samma bedömning. Resultaten uppdelade per kommungrupp redovisas i tabell 14 i bilaga 3.

Vårdcentralerna tillfrågades om hur samarbetet med andra vårdgivare ska kunna förbättras. Från alla tre regioner har flera verksamhetschefer lyft:

- behovet av en sammanhållen journal/gemensamt journalsystem
- förtydligande av gränssnittet och arbetsfördelningen mellan primärvården och andra vårdgivare.

## Samarbetet med tandvården

För att åstadkomma en jämlik hälsa behöver sjukvården samarbeta även med andra aktörer. En dålig munhälsa har kopplats både till en låg socioekonomi och till olika typer av sjukdomar, så som hjärtkärlsjukdom. Ett utökat samarbete mellan tandvård och hälso- och sjukvård skulle därför vara en fördel för många patienter.

När det gäller samarbetet med tandvården har<sup>36</sup>

- 18 procent av vårdcentralerna svarat att samarbetet alltid/nästan alltid eller ofta fungerar
- 30 procent svarat att det ofta fungerar
- 15 procent svarat att samarbetet med tandvården sällan fungera
- 2 procent att det aldrig/nästan aldrig fungerar.

35 procent av vårdcentralerna har svarat att de inte vet eller inte kan ange om samarbetet med tandvården fungerar.

I Västerbotten är det en betydligt högre andel verksamheter som uppgett att samarbetet fungerar alltid eller ofta (87 procent) än i Dalarna (30 procent) och Skåne (42 procent). Resultaten redovisas i tabell 15 i bilaga 3.

Verksamhetscheferna tillfrågades om vad som behöver förändras för att förbättra verksamhetens samarbete med tandvården. De flesta hade inga förslag alls, några uppgav att samarbete med tandvården ännu inte hade skett eller att det inte fanns några utarbetade kontaktvägar. Av de förslag som ändå framkom finns här ett urval:

- förbättrat informationsutbyte mellan tandvård och primärvård
- förbättrade kommunikationskanaler och kontaktvägar
- integrering av tandvården i hälso- och sjukvårdssystemet.

## Regionernas uppdragsbeskrivningar – samarbete och samordning

I alla tre uppdragsbeskrivningar lyfts den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt ansvaret för fast vårdkontakt. Mer specifikt nämns i samtliga tre uppdragsbeskrivningar att vårdcentralen ansvarar för att aktivt medverka i samordning, samarbete och informationsöverföring mellan specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård samt att vårdcentralen ansvarar för att tillgodose behovet av fast vårdkontakt.

<sup>36</sup> Totalt har 89 vårdcentraler besvarat frågan, varav 15 ligger i Västerbotten, 10 i Dalarna och 64 i Skåne

I Västerbottens uppdragsbeskrivning står vidare att vårdcentralen ska tillhandahålla en samordningsfunktion med ansvar att samordna vårdplaneringsprocessen samt behovet av fast vårdkontakt för äldre patienter i samband med utskrivning från sjukhus.

I Dalarnas uppdragsbeskrivning står att vårdcentralen ska eftersträva hög samverkanskompetens och aktivt bidra till samverkan för patienter som har behov av vård och omsorg från flera vårdgivare och huvudmän. Vårdkedjan ska säkerställas ur ett patient- och närståendeperspektiv och samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten upplever vården som en helhet.

I Skånes uppdragsbeskrivning står att försäkringsmedicinska aspekter ska samordnas och integreras i vården. Vårdcentralen ska vara samordnare av listade patienters samlade vårdbehov och de vårdinsatser som patienten behöver på olika vårdnivåer och av olika huvudmän.

Det är endast i Västerbottens uppdragsbeskrivning som tandvården nämns och då som en del i vårdcentralens samordningsansvar för rehabilitering och habilitering för brukare som har behov av omfattande eller långvariga insatser av hälso- och sjukvård, tandvård och Socialtjänst eller insatser enligt LSS.

## Sammanfattning – samarbete och samordning

- 96 procent av vårdcentralerna samordnar vård som inte kan tillhandahållas av vårdcentralen på något sätt.
- 65 procent samordnar vårdkontakter när flera vårdgivare är inblandade, 61 procent samordnar vårdkontakter för patienter med särskilda behov och 43 procent gör det om patienten ber om det.
- Närmare 90 procent av verksamheterna har uppgett att det finns hinder vid överföring av patientens vård till annan vårdgivare.
- De största hindren uppstår, enligt vårdcentralerna, då patienter ska remitteras från vårdcentralen till annan vårdgivare och i samband med överföring av patientinformation mellan olika vårdgivare.
- Hindren vid överföring till annan vårdgivare verkar vara större i Västerbotten, följt av Dalarna och därefter Skåne. Utifrån svaren är problem med egenremiss störst i Dalarna och minst i Skåne.
- Vårdcentralerna i Skåne har i högre utsträckning uppgett att det kan vara svårt att veta vart patienterna ska remitteras än i de andra två regionerna och det är framförallt de vårdcentraler som ligger i större städer som uppgett detta.
- De allra flesta vårdcentraler (94 procent) anser att samarbetet med andra vårdgivare fungerar alltid/nästan alltid eller ofta.
- De strategier som vårdcentralerna lyft för att förbättra samarbetet är framförallt behovet av sammanhållen journal och förtydligande av gränssnittet och arbetsfördelningen mellan olika vårdgivare.
- Vårdcentralerna i Västerbotten bedömer i högre grad att samarbetet med tandvården fungerar än vårdcentralerna i Dalarna och Skåne.
- För att förbättra samarbetet med tandvården föreslår verksamhetscheferna bland annat att kontakt-, informations och kommunikationsvägar behöver

förbättras samt att en integrering av tandvården i hälso- och sjukvårdssystemet skulle underlätta.

## Tillgång till resurser

En av de saker som lyfts, i exempelvis dialogerna som redovisas i bilaga 1, som viktig för att kunna arbeta med frågor om jämlikhet i vården är att verksamheten behöver ha tillräckligt med resurser, både personella och andra. Resursfördelningen och hur resurserna används är ett gemensamt ansvar för samtliga aktörer inom hälso- och sjukvården och verksamhetschefernas bedömning av tillgången till resurser ska därför ses som ett sätt att visa på var insatser kan behöva göras för att åstadkomma förbättringar.

Verksamhetscheferna ombads bedöma om de hade personella resurser i tillräckligt hög grad för att kunna bedriva en bra verksamhet.

**Tabell 12. Tillgång till personella resurser, region**

Verksamhetschefens bedömning av om verksamheten har tillgång till nedanstående personella resurser i tillräcklig utsträckning. Avser arbetet 2018. Procent.

		Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
Fast anställda läkare	Ja, helt	40	0	33	30
	Inte helt	13	70	53	48
	Nej, inte alls	47	30	14	21
	Vet ej	0	0	0	0
Fast anställda sjuksköterskor	Ja, helt	53	40	59	56
	Inte helt	47	60	39	43
	Inte alls	0	0	2	1
	Vet ej	0	0	0	0
Tillgång till kurator/psykolog	Ja, helt	47	80	52	54
	Nej, inte helt	27	20	44	38
	Nej, inte alls	27	0	3	7
	Vet ej	0	0	2	1
Tillgång till annan fast anställd vårdpersonal	Ja, helt	73	30	72	67
	Nej, inte helt	27	60	27	30
	Nej, inte alls	0	0	2	1
	Vet ej	0	10	0	1

Västerbotten n=15, Dalarna n=10, Skåne n= 64, Alla n=89

Utifrån tabellerna kan utläsas att problemen med brist på fast anställda läkare verkar vara störst i Västerbotten och i mindre städer/landsbygd. Vårdcentraler i mindre städer/landsbygd har överlag uppgett att de har sämre tillgång till fast anställd personal än vårdcentraler som ligger i storstäder eller större städer. Detta gäller alla yrkeskategorier som specificerats i enkätens frågeställning, se tabell 16 i bilaga 3.

Verksamhetscheferna har även ombetts bedöma om de har tillräckligt med andra typer av resurser för att kunna bedriva den vård som deras patienter är i behov av.

**Tabell 13. Tillgång till andra typer av resurser**

Verksamhetschefens bedömning av om verksamheten har tillgång till nedanstående resurser i tillräcklig utsträckning. Avser arbetet 2018. Procent.

		Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
Tillgång till administrativa stödfunktioner för personalen	Ja, helt	53	40	64	60
	Nej, inte helt	20	60	36	36
	Nej, inte alls	27	0	0	4
	Vet ej	0	0	0	0
Fasta vårdkontakter för patienterna	Ja, helt	60	0	34	35
	Nej, inte helt	40	90	53	55
	Nej, inte alls	0	10	13	10
	Vet ej	0	0	0	0
Ekonomiska resurser från huvudmannen som täcker patientgruppens medicinska behov	Ja, helt	0	20	5	6
	Nej, inte helt	80	70	45	54
	Nej, inte alls	20	10	47	38
	Vet ej	0	0	3	2
Modern teknisk och medicinsk utrustning	Ja, helt	20	0	38	30
	Nej, inte helt	73	100	44	55
	Nej, inte alls	7	0	19	15
	Vet ej	0	0	0	0
Digitala tjänster	Ja, helt	13	10	25	21
	Nej, inte helt	73	60	50	55
	Nej, inte alls	13	20	25	22
	Vet ej	0	10	0	1

Västerbotten n=15, Dalarna n=10, Skåne n= 64, Alla n=89

## Sammanfattning – tillgång till resurser

- Utifrån svaren i enkäten går att utläsa att verksamhetscheferna bedömer att bristen på läkare är som störst i mindre städer/landsbygd och i Västerbotten.
- En femtedel av vårdcentralerna har uppgett att de inte alls har tillgång till fast anställda läkare i tillräckligt hög utsträckning.
- Cirka 40 procent av vårdcentralerna är inte helt nöjda med tillgången till sjuksköterskor och kurator/psykolog.
- 30 procent av vårdcentralerna är inte helt nöjda med tillgången till annan fast anställd vårdpersonal.
- Bristen på fast anställd vårdpersonal är utifrån svaren störst i mindre städer/landsbygd och i Västerbotten.
- Drygt 25 procent av vårdcentralerna i Västerbotten bedömer att tillgången till administrativa stödfunktioner till personalen är otillräcklig, i de andra regionerna är det ingen vårdcentral som gjort den bedömningen.
- Bristen på fasta vårdkontakter är störst i Skåne och Dalarna där runt 10 procent av verksamheterna uppgett att de inte alls har tillräckliga resurser för fast vårdkontakt, jämfört med inga vårdcentraler i Västerbotten.
- De ekonomiska resurserna är närmare 40 procent av verksamheterna missnöjda med och missnöjet är störst i Skåne.
- En tredjedel av verksamheterna är helt nöjda med tillgången på teknisk och medicinsk utrustning.

- En femtedel är helt nöjda med tillgången till digitala tjänster.

## Sammanfattande diskussion och analys

Den här undersökningen visar att vårdcentralernas arbetssätt för jämlik vård skiljer sig åt mellan olika regioner och mellan olika kommungrupper. Regionerna kan själva göra mycket för att påverka vårdcentralernas arbetssätt, men området vårdcentralen befinner sig i behöver beaktas vid styrningen. Det finns inom en region skillnader mellan vårdcentralernas arbetssätt i storstad jämfört med mindre städer/landsort. Det finns givetvis även skillnader mellan vårdcentralernas arbetssätt inom exempelvis en storstad, vilket tyder på att vårdcentralernas eget handlingsutrymme även nyttjas.

### Krav och handlingsplaner för jämlik vård

För att uppnå jämlikhet i vården måste alla aktörer inom vården arbeta tillsammans med att belysa och motverka ojämlikheten. Från regionernas sida är det viktigt att detta belyses i deras avtal med vårdgivarna, policy dokument och att en kontinuerlig dialog och arbete kring frågan sker tillsammans med vårdgivarna.

I enkäten har verksamheterna i Västerbotten i högre grad uppgett att de har eller håller på att utarbeta en handlingsplan för hur patienterna ska få en jämställd och jämlik vård, än i de både andra regionerna. I Västerbottens och Dalarnas uppdrag till vårdcentralerna lyfts jämlikheten i vården genom hänvisning till de av Socialstyrelsen framtagna god vård parametrarna. En likabehandlingspolicy finns i både Västerbotten och Skåne. I Skåne finns även en strategi för jämlik vård och i uppdragsbeskrivningen lyfts HSLs målparagraf tydligt, men den är betydligt mer omfattande än de andra regionernas.

Hur och på vilket sätt dialogen mellan vårdcentralerna och regionen sker går inte att uttala sig om utifrån de frågor som ställts i denna enkätundersökning. Från regionernas sida handlar det framförallt om att tydliggöra frågan och att hjälpa vårdcentralerna i sitt arbete med att uppnå en ökad jämlikhet i vården. Socialstyrelsen konstaterar att jämlik vård genomsyrar regionernas uppdragsbeskrivningar och HSL:s mål om en god hälsa och en vård på lika villkor framgår tydligt. Det saknas dock hänvisningar till handlingsplaner för jämlik vård. En fjärdedel av vårdcentralerna har trots detta uppgett att de har en handlingsplan för att skapa jämlik och jämställd vård.

### Tillgänglighet till vård

Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig, oavsett patientens individuella förutsättningar<sup>37</sup>. Det gäller så väl tillgänglighet i bemärkelsen avstånd till vården som att patienter ska kunna få kontakt med vården även om de exempelvis inte klarar ny teknik, inte kan tala svenska obehindrat eller har någon funktionsnedsättning. Samtidigt är vårdkonsumtionen högre i storstadsområden än i landsbygd, vilket skulle kunna tyda på att de som har nära till vården också nyttjar den mer[52].

---

<sup>37</sup> Se 5 kap. 1 § HSL



I princip alla vårdcentraler i enkätundersökningen har svarat att det går att få kontakt med vårdcentralen även på annat sätt än genom dator eller telefon. Det är vanligare att vårdcentralerna erbjuder någon form av öppen mottagning om de ligger i Skåne än i de andra två regionerna, men i Västerbotten och Dalarna uppger vårdcentralerna i högre utsträckning att patienterna kan boka en tid direkt i receptionen. I regionernas uppdragsbeskrivningar finns inga instruktioner om att vårdcentralerna ska tillhandahålla andra kontaktvägar än telefon och dator, eller att de ska ha öppen mottagning.

Alla de aspekter som beskrivs ovan är viktiga för att öka den patientupplevda tillgängligheten till vården [53, 54]. Borgholmsmodellen visar att patienter som har en känsla av att vården är tillgänglig inte hamnar på sjukhus i lika hög grad [55]. Däremot kan en ökad tillgänglighet som inte är riktad leda till att fler söker vård och då för lättare åkommer. I delbetänkandet ”styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv” visades att det är framförallt de socioekonomiskt starkaste grupperna som söker mer vård upp till en viss ålder[52].

Det är därför viktigt att fundera över hur vården kan organiseras så att en ökad tillgänglighet framförallt hjälper de som har störst behov av vård. Det kan exempelvis vara genom att starta öppen mottagning för vissa specifika patientgrupper, så som kroniskt sjuka eller äldremottagning. Det kan också vara att erbjuda rådgivning eller triagering av sjuksköterska i högre grad. Bristen på personal kan dock vara ett hinder i arbetet med att öka tillgängligheten för de patienter som har störst behov. Verksamhetscheferna i den här enkätundersökningen har svarat att de har brist på framförallt läkare och att problemen är störst i Västerbotten och Dalarna samt i mindre städer/landsbygd.

För att uppnå jämlikhet i vården behöver patienterna kunna komma i kontakt på det sätt som fungerar för dem [53, 54]. Det är positivt att majoriteten av alla vårdcentraler går att kontakta utan tillgång till telefon eller dator. När det gäller öppen mottagning och tidbokning i receptionen finns en förbättringspotential för att öka tillgängligheten. Huruvida andra kontaktsätt kan kompensera för detta framgår inte i undersökningen, men Socialstyrelsen bedömer ändå att detta skulle kunna förbättras för att öka patienternas tillgänglighet till vården.

### *Tillgänglig information*

En patient ska få viss information, såsom information om sitt hälsotillstånd och de metoder som finns för undersökning, vård och behandling<sup>38</sup>. Informationen ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar, såsom ålder och språkliga bakgrund<sup>39</sup>. Informationen är sådan som behövs för att patienten ska kunna utöva sin självbestämmande och ta ställning till om han eller hon vill acceptera den vård som erbjuds<sup>40</sup>. Socialstyrelsen har tagit fram en handbok för vårdgivare, chefer och personal om informationsskyldigheten och där finns mer att läsa om vilka lagar och regler som gäller [17].

---

<sup>38</sup> Se 3 kap. 1-2b §§ patientlagen

<sup>39</sup> Se 3 kap. 6 § i patientlagen

<sup>40</sup> Prop. 2013/14:106 Patientlag, sid 47

Patienten har även behov av information om hur man kan komma i kontakt med vården. För de flesta patienter är teknikutvecklingen med möjlighet att komma i kontakt med vården genom inloggning via bank-id och/eller fler-  
valtelefon en fördel. För andra är det viktigt att kunna komma i kontakt med vårdcentralen även på annat sätt. Vissa personer kan sakna möjlighet att logga in på vårdcentralers hemsida för att exempelvis boka tid, läsa journal-  
anteckningar eller förnya recept. Äldre personer och personer med vissa funktionsnedsättningar kan ha problem med att använda datorer och om vården inte även har andra kontaktmöjligheter riskerar dessa grupper att hamna utanför.

För vissa patienter är information i alternativa format en förutsättning för att kunna ta till sig och förstå informationen, till exempel punktskrift eller lättläst svenska. Detta gäller exempelvis personer med läs och skrivsvårigheter, personer med nedsatt syn eller hörsel, vissa äldre samt patienter med intellektuell eller kognitiv funktionsnedsättning.

I Socialstyrelsens enkätundersökning uppgav endast 35 procent av vårdcentralerna att de arbetar aktivt med tillgänglighet till information i alternativa format, ytterligare 13 procent svarade att de planerar att göra det. I Västerbotten var det över hälften av vårdcentralerna som svarade att de inte arbetar med tillgänglighet i alternativa format, medan det i de andra två regionerna var betydligt färre som gav samma svar. I uppdragsbeskrivningarna ställs heller inga krav på att vårdcentralerna ska tillhandahålla information i alternativa format och den information som regionen tillhandahåller verkar inte heller finnas i alternativa format, däremot tillhandahåller både region Västerbotten och region Skåne informationsbroschyrer och affischer till vårdcentralernas väntrum.

Kontakt med vården handlar även om digital tillgänglighet. Den 1 januari 2019 trädde lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service i kraft<sup>41</sup>. Lagen omfattar bland annat beslutande församlingar i kommuner och landsting samt privata aktörer som med offentlig finansiering bedriver yrkesmässig verksamhet inom hälso- och sjukvård<sup>42</sup>. Hälso- och sjukvårdens digitala service, såsom webbplatser, ska vara möjliga att uppfatta, vara hanterbar, begriplig och robust<sup>43</sup>. Dessa krav ska, i vissa fall, tillämpas från september 2020<sup>44</sup>. Av förarbetena till regelverket framgår att regleringen bedöms leda till att digital offentlig service blir mer tillgänglig, framför allt för personer med funktionsnedsättning<sup>45</sup>.

Socialstyrelsen har undersökt den information som finns tillgänglig via 1177 om de vårdcentraler som ingår i undersökningen och kan konstatera att all information på webbplatsen går att få uppläst samt finns tillgänglig på lättläst svenska, teckenspråk och ett antal olika språk. De enskilda vårdcentralernas hemsidor har inte studerats.

---

<sup>41</sup> Lagen om tillgänglighet till digital offentlig service är en del av genomförandet av Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/2102 av den 26 oktober 2016 om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer (webbtillgänglighetsdirektivet)

<sup>42</sup> Se 1 och 4 §§ lagen om tillgänglighet till digital offentlig service

<sup>43</sup> Se 4 § Myndigheten för digital förvaltnings föreskrifter (MDFFS 2019:2) om tillgänglighet till digital offentlig service

<sup>44</sup> Se 7 § MDFFS 2019:2

<sup>45</sup> Prop. 2017/18:299 Genomförande av webbtillgänglighetsdirektivet, sid 73

Enkätundersökningen visar att mer än hälften av vårdcentralerna arbetar för att förbättra kommunikation via e-tjänster, och ytterligare 10 procent uppger att de planerar att påbörja ett sådant arbete. En bidragande faktor till detta utvecklingsarbete torde vara just de ökade kraven på digital tillgänglighet, som ska vara uppfyllda senast september 2020 för samtliga webb-platser.

Det arbete som pågår med att förbättra tillgängligheten till information på webbplatser är mycket positivt och kommer att öka tillgängligheten till vården framförallt för sårbara grupper. Det är viktigt för jämlikheten att informationen finns tillgänglig på ett sätt som patienten förstår och kan ta till sig, det gäller både via internet och lokalt på vårdcentralen. Arbetet med information för patienter som saknar internet, information i alternativa format och kommunikation via e-tjänster skulle behöva vidareutvecklas och förtydligas i regionernas uppdragsbeskrivningar.

### *Tillgänglighet för patienter med vissa funktionsnedsättningar*

När det gäller frågan om verksamheterna har en handlingsplan för att säkerställa tillgängligheten för patienter med fysisk funktionsnedsättning stämmer svaren överens med det som Socialstyrelsen tidigare visat och som redovisats i kapitlet *Ojämlig behandling?* i denna rapport. Andelen tycks med andra ord inte ha ökat nämnvärt under den senaste 10-årsperioden, men urvalet och frågeställningen i den här undersökningen är en annan och resultaten går därför inte att jämföra rakt av. Sammantaget uppger omkring var fjärde vårdcentral att de har en handlingsplan för tillgänglighet, andelen är högre i Västerbotten där strax över hälften uppgett att de har en sådan handlingsplan.

Omkring hälften av vårdcentralerna uppger att tillgängligheten för personer med nedsatt rörelseförmåga är tillräcklig. Tidigare kartläggningar visar att den fysiska tillgängligheten för personer med nedsatt rörelseförmåga många gånger är relativt bra, vilket kan förklara att så många vårdcentraler bedömer att tillgängligheten är tillräcklig. En handlingsplan är dock en viktig förutsättning för ett systematiskt tillgänglighetsarbete. Om en verksamhet har tagit fram en handlingsplan för ökad tillgänglighet så ökar förutsättningarna för att nya hinder identifieras, att miljön är framkomlig och att personer med funktionsnedsättning kan ta del av vården.

Det är färre vårdcentraler som svarat att de arbetar aktivt med tillgänglighet för personer med nedsatt syn eller nedsatt hörsel än som angett detsamma för personer med nedsatt rörelseförmåga. Färre anger också att tillgängligheten är tillräcklig för dessa grupper. Detta resultat ligger i linje med Socialstyrelsens tidigare kartläggningar som visade att tillgängligheten för personer med dessa funktionsnedsättningar många gånger var låg, till exempel när det gäller tillgången till hörselslingor eller ljusmarkeringar i golvet på vårdcentraler [18]. Även om myndigheten i denna enkät inte frågat specifikt om hörselslingor så indikerar svaren att detta problem kvarstår. Det framgår heller inte tydligt ifrån regionernas uppdragsbeskrivningar vilka krav som ska ställas på lokalerna när det gäller hörselslingor eller liknande, endast en av regionerna (Skåne) rekommenderar vårdcentralerna att använda myndigheten för delaktighets checklista.

Utifrån svaren i enkäten verkar inte mycket ha hänt under den senaste 10 årsperioden kring tillgänglighet i lokalerna för framförallt personer med syn- eller hörselnedsättning. Detta skulle därför behöva förbättras för att även personer med syn- eller hörselnedsättning ska kunna ta sig runt i lokalerna och få tillgång till vård efter behov.

## Kommunikation och bemötande

För att vårdgivaren ska kunna hjälpa patienten att få sitt vårdbehov tillgodosett och utreda vilket detta vårdbehov är behöver kommunikationen i vårdmötet fungera väl. Vissa saker kan vara svåra att prata om som patient och för att göra det krävs att patienten har förtroende för vårdgivaren. Ett sätt att skapa förtroende är ett gott bemötande. En fungerande kommunikation är viktig både för att personalen ska förstå patientens problem och behov och för att patienten ska förstå vad personalen föreslår för behandlingsalternativ och hur patienten exempelvis ska använda sin medicin.

### *Besökstidens längd*

För vissa patienter behöver patientmötet få ta mer tid än för andra. Det gäller exempelvis då patienten har behov av tolk, om inte tolkningen sker simultant (vilket är ovanligt) kommer vårdmötet att ta ungefär dubbelt så lång tid eftersom all information behöver förmedlas två gånger. Även för exempelvis äldre och patienter med vissa funktionshinder kan besökstiden behöva förlängas för att patienten ska kunna få den hjälp som hen behöver.

I enkäten tillfrågades verksamhetscheferna om de anpassar besökstiden för sina patienter och majoriteten av vårdcentralerna har uppgett att de gör det antingen för alla patienter eller för en eller flera grupper av patienter. Det skiljer sig inte nämnvärt mellan regionerna eller mellan de olika kommungrupperna. Det är vanligast att vårdcentralerna svarat att de anpassar besökstiden för alla patienter och därefter för de som har behov av tolk, tätt följt av patienter med vissa funktionsnedsättningar.

I 2010 års kartläggning av tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning framkom att endast en tredjedel av vårdcentralerna hade skriftliga rutiner för att förlänga besökstiden för till exempel personer med kommunikationssvårigheter. Även om alltfler vårdcentraler i den här studien tycks anpassa besökstiden utifrån patienters behov finns det fortfarande vårdcentraler som inte gör det. Det är för vissa grupper särskilt viktigt att få en längre besökstid och därför skulle det vara bra att uppmärksamma dessa grupper av patienter specifikt i vårdcentralernas rutiner för att inte riskera att de får för kort tid i vårdmötet.

Det står ingenting i regionernas uppdragsbeskrivningar om att vårdcentralerna ska anpassa besökstiden efter patienternas behov eller att patienter med tolk eller vissa funktionsnedsättningar ska få mer tid i patientmötet. Regionerna kan behöva förtydliga när och på vilket sätt tiden i vårdmötet kan anpassas och vårdcentralerna behöver diskutera för vilka patienter detta kan vara aktuellt samt ta fram exempelvis handlingsplaner för hur detta ska genomföras. Annars är risken att det är beroende av vilken personal som sköter tidbokningen och/eller patientens förmåga att kräva mer tid, om patienter med behov av längre tid i vårdmötet faktiskt får det.

### *Personalens bemötande*

Enligt HSL ska vården bedrivas så att den främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen<sup>46</sup>. För att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård bör vårdpersonalen kunna delge patienten information på ett för patienten begripligt sätt. Enligt patientlagen ska den som ger information så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen<sup>47</sup>.

Över hälften av vårdcentralerna har svarat att de saknar en rutin för hur vårdpersonalen ska anpassa sitt bemötande utifrån patienternas individuella förutsättningar. Verksamhetscheferna bedömer dock att personalens bemötande fungerar oavsett patientens förutsättningar. För att bemötandet ska fungera har verksamhetscheferna uppgett vikten av ett kontinuerligt värdegrundarbete, levande dialog och kontinuitet i personalstyrkan. Viktigt att påpeka är dock att Socialstyrelsen inte har ställt frågor direkt till patienter på vårdcentralerna om hur bemötandet fungerar och det går därför inte att bedöma om patienterna delar verksamhetschefernas uppfattning.

För att information ska bli tydlig för patienten kan det behövas ett kontinuerligt arbete med att förbättra personalens kommunikationsförmåga. En majoritet av vårdcentralerna (närmare 80 procent) uppger att de arbetar med att förbättra personalens möjligheter att informera patienterna på ett sätt som patienten förstår.

Utifrån svaren på vilka arbetssätt som används går att utläsa att det finns förbättringspotential i alla regioner, men särskilt i Skåne. Samtidigt är Skåne den enda region som lyft bemötandefrågor och utbildningsinsatser i området i sin uppdragsbeskrivning, men det verkar trots detta inte fått genomslag i vårdcentralernas arbetssätt.

Det kan underlätta för vårdpersonalen att ha tillgång till bildkort med enklare symboler att hänvisa till för att kunna kommunicera kring var patienten har ont, hur medicineringen ska tas osv. I Dalarna har 36 procent av vårdcentralerna angett att det är vanligt att deras personal använder bildkort som stöd i kommunikationen, i de andra två regionerna verkar förekomsten av bildkort i patientmötet vara väldigt låg.

Det är viktigt att personalen har tillgång till bildkort och tolk i den utsträckning som behövs för att kunna genomföra ett meningsfullt patientmöte. Socialstyrelsen konstaterar att få verksamheter rapporterar att de använder sig av bildkort och att det är stora skillnader mellan vårdcentralerna i de olika regionerna. De flesta vårdcentraler i undersökningen har uppgett att de saknar en rutin för att anpassa personalens bemötande utifrån patientens individuella behov och på många håll saknas kommunikationsstöd och utbildningsinsatser för vårdpersonalen i bemötandefrågor. Det är endast i region Skånes uppdragsbeskrivning som bemötandefrågor lyfts fram och detta tyder på att området har utvecklingspotential och behöver arbetas mer med för att ge patienterna den vård som de behöver.

---

<sup>46</sup> Se 5 kap. 1 § 4 HSL

<sup>47</sup> Se 3 kap. 7 § patientlagen

### *Att möta patienter med viss funktionsnedsättning*

Merparten av vårdcentralerna uppger att de har besök av patienter med kognitiv funktionsnedsättning en eller flera gånger per vecka. Kommunikation i vårdmötet med dessa patienter tycks fungera bättre då en närstående eller omsorgspersonal följer med. En bidragande orsak är troligen att en tredje part som känner patienten kan underlätta kommunikationen.

Verksamhetscheferna har bedömt att kommunikationen fungerar bättre, oavsett om det finns tolk närvarande eller inte, då patienten har kognitiv funktionsnedsättning än då patienten är döv eller dövblind. En viktig aspekt för fungerande kommunikation med dessa patienter är tillgången till teckenspråks- och dövtolkar. En annan viktig aspekt handlar om att säkra att teknik för hörselslingor finns installerade i exempelvis mottagningsrum.

Socialstyrelsen konstaterar att en förbättringspotential finns för att utveckla bättre kommunikationsmöjligheter med patienter med funktionsnedsättning. Även här skulle vårdcentralerna kunna vara hjälpta av bildkort eller andra typer av kommunikationsstöd som komplement till tolkar.

### *Hbtq-perspektivet*

Som beskrivits tidigare i rapporten har hbtq-personer generellt en sämre hälsa än befolkningen i stort, ofta relaterad till så kallad minoritetsstress. För att öka kompetensen hos personalen kring hbtq-personers livsvillkor, normer kring kön och sexualitet, samt få verktyg för att främja ett inkluderande bemötande kan verksamheter genomföra en hbtq-certifiering genom RFSL (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande). Det är ingen av vårdcentralerna i någon av de tre regionerna som har genomfört en hbtq-certifiering via RFSL [55] dock finns det lokala initiativ. Både i Västerbotten och Skåne finns lokala hbtq-utbildningar som riktar sig till hälso- och sjukvårdsverksamheter.

I enkäten har vårdcentralerna tillfrågats om de har en långsiktig plan för att inkludera ett hbtq-perspektiv och 35 procent av vårdcentralerna har svarat ja, samtidigt har 55 procent av vårdcentralerna uppgett att de genomfört eller planerar att genomföra någon eller några förändringar utifrån ett hbtq-perspektiv.

I Västerbotten är andelen betydligt högre än i de andra två regionerna. Detta kan bero på att en satsning gjorts på att ta fram en egen hbtq-utbildning och att regionen inte har så många invånare. Det är generellt lättare att nå ut med ett budskap i en mindre region som styr över färre vårdgivare än i en stor. Svaren i enkäten tyder också på det eftersom Skåne också har arbetat fram en hbtq-utbildning, men knappt en fjärdedel av vårdcentralerna har uppgett att de har en plan för att integrera hbtq-perspektivet.

Att inkludera ett hbtq-perspektivet i verksamheten kan leda till att även andra grupper av patienter inkluderas och att frågor om likabehandling tas upp på arbetsplatsen. Socialstyrelsen bedömer därför att arbetet med hbtq-perspektivet behöver fortsätta att utvecklas och ser det som positivt att två av regionerna har pågående utbildningsinsatser inom området.

## Hälsofrämjande arbete

Förebyggande arbete är en förutsättning för jämlik vård då patienter som har en sämre hälsa när de kommer till vården också generellt har ett sämre utfall i vårdkontakten. För att alla patienter ska kunna arbeta med att förbättra sin egen hälsa krävs hjälp från experterna i vården. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor ger rekommendationer om åtgärder för att förebygga och behandla sjukdom. Riktlinjerna kan med fördel användas av beslutsfattare i regionerna och på de enskilda vårdcentralerna för att förbättra det förebyggande arbetet.

De allra flesta vårdcentraler har svarat att de arbetar förebyggande för sina patienters hälsa och det står i uppdragsbeskrivningarna från alla tre regioner att det ingår i vårdcentralens arbete. I Västerbotten står också att vårdcentralerna ska genomföra Västerbottens hälsoundersökning till alla listade patienter vid 40-, 50 och 60 års ålder. Arbetet med VHU startade 1984 i Norsjö och har sedan spridit sig till resten av regionen. Den modell som används har utvärderats senast 2015 [56] och visats minska risken för förtida död bland deltagarna. Data från dessa hälsoundersökningar finns även att studera online [57].

Utifrån svaren i enkäten arbetar vårdcentralerna i Dalarna och Västerbotten oftare på flera olika sätt förebyggande än vårdcentraler som ligger i Skåne. Det är även vanligare att vårdcentraler i mindre städer/landsbygd arbetar förebyggande än i de andra två kommungrupperna. Det är fler vårdcentraler som uppgett att de arbetar med systematiska enskilda samtal än med grupputbildningar eller informationsträffar.

Det är viktigt med förebyggande arbete och att arbeta med varje enskild patient som har en hälsoproblematik, men för att förebygga sjukdom behöver informationen komma människor som ännu inte är sjuka till del och då krävs även ett utåtriktat arbete. Även om detta inte nödvändigtvis behöver vara vårdcentralernas ansvar så kan vårdcentraler göra mycket, exempelvis genom att arrangera informationsträffar eller grupputbildningar riktade till allmänheten i närområdet.

Enkätundersökningen indikerar att det finns förbättringspotential i hur vårdcentralerna arbetar förebyggande och samarbete krävs mellan nationell nivå, regional nivå och de lokala aktörerna. Det kan tänkas att hälsonavigatörer kan hjälpa till med det förebyggande arbetet i regionerna, olika pågående projekt inom området beskrivs i nästa avsnitt i denna rapport.

## Samarbete och samordning

För att patienterna ska kunna få den vård de behöver krävs samordning och samarbete över organisationsgränserna. Inte ens väl insatta patienter kan alltid reda ut vart de ska söka sig för att få den bästa vården och det krävs därför att de som arbetar inom vården kan hjälpa till att lotsa patienterna rätt.

Majoriteten av alla vårdcentraler har svarat att de samordnar vården på ett eller annat sätt. Samtidigt har 85 procent av vårdcentralerna svarat att det finns hinder vid överföring av patienternas vård till andra vårdgivare. De största hindren verkar finnas i samband med remittering från vårdcentralen till annan vårdgivare och vid överföring av patientinformation mellan vårdgivarna.

Överföringen av patientinformation motverkas av att det finns olika journalsystem i olika delar av vården och att sekretessreglerna kring känsliga personuppgifter är så starka. Att olika journalsystem används är dock inget regionerna eller vårdgivarna själva kan lösa på ett enkelt sätt. Arbeta med frågan behöver genomföras på flera nivåer och vårdgivare försöker redan idag lösa frågan om överföring av patientinformation på ett säkert sätt genom lokala lösningar. Socialstyrelsen bedömer att det behövs lösningar som både säkrar att de gällande sekretessreglerna följs och att patientinformationen finns tillgänglig för de vårdgivare som ska ta hand om patienten.

Flera vårdcentraler har i enkäten lyft att gränssnittet mellan olika vårdgivares arbete inte är tydligt och att detta gör att patienterna kan skickas mellan olika vårdgivare i onödan eller falla mellan stolarna helt. Det är regionerna som beslutar om vilken vårdinstans som ska tillhandahålla vilken vård och vem som gör vad. Arbetet med att förbättra detta behöver därför initieras från regionerna i dialog med vårdgivare på olika nivåer, men då patienter idag rör sig mellan olika regionerna är det viktigt att den nationella nivån deltar i arbetet.

I det förebyggande arbetet och vid identifiering av patienter med risk för sjukdom är det viktigt med ett fungerande samarbete mellan framförallt primärvården och tandvården. Knappt hälften av vårdcentralerna har i enkäten svarat att samarbetet med tandvården fungerar alltid eller ofta. I Västerbotten är andelen högre och det är den enda region som i sin uppdragsbeskrivning nämner samarbete med tandvården specifikt. Utifrån kommentarerna kan utläsas att mycket av samarbetsproblematiken beror på att det inte finns upparbetade kontaktvägar mellan de olika vårdinstanserna.

## Tillgång till personal

För att vården ska fungera optimalt och alla patienter ska kunna få den vård de behöver och få tillräckligt med tid i vårdmötet är det viktigt att tillgången till resurser är optimerad utifrån vad vårdcentralen behöver för att kunna möta sina specifika patienters behov. Att tilldela resurser efter patientbehov är dock inte en lätt uppgift och det är något som lyftes av styrning/ledning i den dialog som genomförts inom projektet.

Utifrån svaren i enkäten är det tillgången till fast anställda läkare som är det största problemet med de personella resurserna. I Västerbotten har nästan hälften av vårdcentralerna svarat att de inte alls har tillgång till fast anställda läkare i tillräckligt hög grad, att jämföra med 30 procent i Dalarna och 14 procent i Skåne. För vårdcentraler i mindre städer/landsbygd har endast 10 procent uppgett att de är helt nöjda med tillgången på fast anställda läkare, medan motsvarande siffra i storstäder är 50 procent. Svårigheten med att rekrytera kompetent personal rapporteras gång på gång och utifrån svaren i enkäten är dessa svårigheter störst i landsbygd och glest befolkade regioner.

Socialstyrelsen har tillsammans med Universitetskanslersämbetet presenterat förslag på samverkansarenor på nationell och sjukvårdsregional nivå för kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården. Syftet med mer formaliserade, ändamålsenliga och välfungerande samverkansstrukturer är att åstadkomma en effektivare kompetensförsörjning för att bättre kunna möta hälso- och sjukvårdens behov av kompetens framåt. Ett annat syfte är att



denna samverkan ska stödja lärosätenas och huvudmännens planering av kompetensförsörjningen [58]. I september 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att förbereda inrättandet av ett nationellt råd för kompetensförsörjning av personal i hälso- och sjukvården. Rådet med ett tillhörande kansli ska placeras på Socialstyrelsen och ska vara inrättat senast den 1 januari 2020.

# Hälsonavigatörens roll i vården

I det här kapitlet av rapporten har användandet av olika typer av hälsonavigatörer i vården kartlagts och beskrivs kortfattat. Ordet hälsonavigatör används i den här rapporten som samlingsbegrepp för personer som arbetar som en länk mellan patienterna och hälso- och sjukvården. Det kan exempelvis vara kulturtolkar, doulor, hälsokommunikatörer, hälsoinformatörer, hälsokoordinatörer, patientnavigatörer, hälsoinspiratörer eller hälsoambassadörer.

Det pågår flera projekt och arbeten i olika delar av landet för att överbrygga ojämlikheten i vården för personer med utländsk härkomst. De allra flesta syftar till att öka patienternas hälsolitteracitet<sup>48</sup> eller stärka patientens ställning i vården. Socialstyrelsen har genomfört kartläggningen genom att kontakta Födelsehusets doula och kulturtolkförening samt Kunskapscentrum för jämlik vård i Göteborg. Ytterligare projekt har identifierats genom intervjuer och sökning i olika kanaler.

I de intervjuer som genomförts har verksamheterna tillfrågats vilka som är de största utmaningarna och de största fördelarna med användandet av hälsonavigatörer. Några av arbetssätten är utvärderade eller håller på att utvärderas, men Socialstyrelsen har inom ramen för projektet inte haft möjlighet att göra en egen bedömning av om användandet av hälsonavigatörer leder till en mer jämlik vård.

Vissa grupper av patienter har på ett eller annat sätt problem med att få den vård de behöver. Det kan bero på hur vården är organiserad och hur samverkan mellan olika aktörer i vården fungerar. Det kan också bero på att patienten själv har en bristande tillit till vården eller samhället i stort, brister i kommunikationen mellan patienter och vårdpersonal, olika övertygelse om vad vården kan eller ska göra för patienten och hur man ska bli bemött som patient.

För att få sitt vårdbehov tillfredsställt spelar även patientens (och i viss mån även hälso- och sjukvårdsorganisationens) så kallade hälsolitteracitet in. Studier har visat att hälsolitteracitet kan påverka i vilken utsträckning patienter söker vård, deltar i screeningprogram eller följer behandlingsrekommendationer [59, 60]. Hur patienten använder hälsoinformation påverkas dels av individuella förutsättningar, men även av hälso- och sjukvårdens förmåga att kommunicera och ge information på ett sätt som patienten förstår.

För att underlätta för dessa patienter att ta del av information om sitt hälsotillstånd, ta större ansvar för sin hälsa och att hitta rätt väg in i vården kan så kallade hälsonavigatörer användas som en brygga mellan patienterna och vården. Nedan följer en kartläggning och beskrivning av olika projekt i landet inom detta område.

---

<sup>48</sup> Hälsolitteracitet definieras som en persons förmåga att få tag på, förstå, värdera och använda sig av information för att bibehålla och främja sin egen hälsa

## Fördelar och nackdelar

Hälsonavigatörer är ett samlingsbegrepp som även kan benämnas patientnavigatörer, hälsokommunikatörer, hälsoinformatörer, kulturtolkar, hälsokoordinatorer, hälsoinspiratörer eller hälsoambassadörer. En hälsonavigator arbetar som en länk mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är ett relativt nytt yrke i Sverige och inbegriper både hälso- och sjukvårdspersonal med särskilt uppdrag och socialarbetare eller personer med förankring i lokalsamhället som fått en kortare utbildning.

Hälsonavigatörer kan användas som ett sätt att minska ojämlikhet inom vården, öka möjligheten att patienten söker vård vid behov samt ett sätt att förbättra individens och befolkningens hälsa [61-65].

Flera studier har utvärderat olika aspekter av användningen av hälsonavigatörer som komplement till hälso- och sjukvårdspersonal vid exempelvis förlossningsvård, inom cancervården (bland annat för att öka frekvensen av förebyggande screening), som länk till patienterna vid arbete med rökstopp och vid behandling av kroniska sjukdomar så som exempelvis diabetes [66-72]. Studierna pekar på att användandet av hälsonavigatörer lett till att mildra effekterna av ojämlikhet i vården, att förbättra tillgången till vård för sårbara grupper, att minska kostnaderna för hälso- och sjukvården samt att öka hälso-litteraciteten hos patienter som är utrikesfödda/nyanlända.

Riskerna med att använda hälsonavigatörer kan vara att de blir en ursäkt för att inte ta tag i de verkliga problemen med ojämlikhet i vården eller att de används som substitut till hälso- och sjukvårdspersonal och en billigare arbetskraft [68, 73]. I de intervjuer som genomförts med olika hälsonavigatörer lyfts att vården även behöver mer personal, mer tid för patientmötet, högre andel personal med kulturkompetens och olika etnisk bakgrund samt ökad kontinuitet mellan patient och vårdgivare.

De projekt och uppdrag som hälsonavigatörerna arbetar med inom denna kartläggning riktar sig framförallt till utrikesfödda.

## Kartläggning

En kartläggning av användandet av hälsonavigatörer inom vården i Sverige har genomförts. Det finns i huvudsak två modeller för att arbeta med hälsonavigatörer i vården i Sverige idag, en som drivs av projektmedel och en som är en integrerad del av hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Inom ramen för kartläggningen har intervjuer genomförts med företrädare för den första modellen, men inte med personer som företräder den andra. Av det skälet görs ingen jämförelse mellan de båda modellerna inom ramen för projektet.

### Modell 1

Den första modellen drivs framförallt utifrån behov som identifierats i lokalsamhället, av eldsjälur, och finansieras genom projektmedel av olika slag.

I kartläggning av projekt som arbetar med hälsonavigatörer enligt modell 1 finns hälsoinformatörer som arbetar i områden med många utrikesfödda, men även doulor/kulturtolkar som arbetar inom förlossningsvården och kvinnor

med utländsk bakgrund i andra delar av vården. Även de arbetar i områden med många utrikesfödda.

Inom ramen för Regionalt Cancercentrum (RCC) Stockholm-Gotland drogs ett projekt igång 2016 för att öka deltagandet i cancerscreening i områden med många utrikesfödda och informera om hur cancer kan förebyggas med hjälp av goda levnadsvanor. Den första kommunen som deltagit i projektet var Botkyrka, men det har nu spridit sig även till andra delar av Stockholm.

Arbetet med doulor/kulturtolkar finns över större delen av landet, däribland i Västerbotten och Skåne, och startades i Göteborg 2008. Syftet med användningen av doulor/kulturtolk i förlossningsvården är att stärka utlandsfödda kvinnor, ge dem tillgång till en säkrare förlossningsvård och att skapa ett förtroende mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

En doula/kulturtolk arbetar med att hjälpa gravida kvinnor att förbereda sig inför en svensk förlossning och deltar även under förlossningen för att underlätta för förståelsen mellan barnmorskor och patient. En doula/kulturtolk är en kvinna med samma språkliga och/eller kulturella bakgrund som patienten och kan översätta både språk och förklara skillnader i kultur mellan vården i Sverige och vården i patientens hemland. Utbildningen till doula/kulturtolk skiljer sig något mellan olika delar av landet och varierar mellan 6–8 dagars utbildning samt att bistå 3 kvinnor vid förlossningen och 14 dagars utbildning samt bistå 4 kvinnor före, under och efter förlossningen.

Inom ramen för kartläggning har intervjuer genomförts med företrädare för doula/kulturtolksverksamheterna i Göteborg, Stockholm och Halmstad. En intervju med företrädare för projektet med hälsoinformatörer i Stockholm och ett studiebesök vid Kunskapscentrum för jämlik vård i Göteborg har även genomförts.

Enligt de som intervjuats kan användandet av doulor/kulturtolkar minska andelen kejsarsnitt, användandet av sugklocka och smärtlindring under förlossningen. De fördelar med hälsonavigatörer som framkommit i intervjuerna är en ökad personcentrering i vården, skapa kontinuitet, tillit, fånga in individens särskilda behov och erbjuda tillgänglighet. Vidare lyfts att det är en kostnadseffektiv verksamhet som även inbegriper hälsoinformation och hjälp att hitta rätt till barnhälsovården. En verksamhet önskar att doulor även skulle kunna användas för ensamstående svenska kvinnor, gravida med missbruksproblematik och kvinnor som saknar socialt nätverk. För de som arbetar som doulor/kulturtolkar och hälsoinformatörer har projekten även fungerat som ett sätt att integreras i det svenska samhället genom att skapa motivation till högre utbildning och referenser när kvinnorna vill söka annat arbete. De som arbetar enligt modell 1 har i intervjuer lyft att framförallt finansieringen är ett problem för att kunna vidareutveckla verksamheten, då projektmedlen tilldelas på årsbasis. Efterfrågan på doulor/kulturtolkar är stor och i både Göteborg och Stockholm tvingas verksamheterna tacka nej till uppdrag och göra prioriteringar kring vilka patienter som kan få tillgång till doula/kulturtolk vid förlossningen. Ett annat problem som identifierats under intervjuerna är arbetssituationen för framförallt doulor/kulturtolkar som arbetar mycket obekväma arbetstider för att kunna delta vid förlossningarna och ofta har timanställning istället för månadslön.

## Modell 2

Den andra modellen är till skillnad från modell 1 initierad av hälso- och sjukvården, drivs av regioner och har fast anställd personal. I kartläggning av projekt som arbetar enligt modell 2 finns sjukvårdspersonal som arbetar som hälsonavigatörer, men även så kallade hälsokommunikatörer som oftast är personer med utländsk bakgrund som har en hälso- och sjukvårdsutbildning med sig från sitt hemland.

För Hälsokommunikatörer finns idag dels en yrkesutbildning i Uppsala som riktar sig till utrikesfödda med en hälso- och sjukvårdsutbildning i hemlandet. Det finns även en utbildningsplattform för samhälls- och hälsokommunikatörer inom ramen för etableringsprogrammet för nyanlända<sup>49</sup>. Dessa samhälls- och hälsokommunikatörer är anställda inom kommunal verksamhet och ska hjälpa till att lotsa nyanlända in i det svenska samhället som en del av etableringsprogrammet. I utbildningen ingår förutom samhällsorientering också information om hälsokommunikation för att kunna hjälpa nyanlända att hitta till vården och öka hälsolitteraciteten hos de nyanlända.

Den första verksamheten med hälsokommunikatörer startades i Malmö år 2001. Initialt användes titeln hälsoinformatörer. Ett liknande projekt följde i Blekinge år 2006 och i Östergötland 2007 vilket i dag är en permanent verksamhet. I Dalarna pågick ett projekt i Borlänge åren 2009–2010. Hälsokommunikatörsarbetet har sammantaget startat i projektform i sex regioner. I Stockholm startade hälso- och sjukvårdsförvaltningen en verksamhet med hälsokommunikatörer år 2010 i form av ett tvåårigt projekt som delfinansierades av EU:s flyktingfond. Arbetet med hälso-kommunikatörer har sedan början av år 2012 fortsatt i permanent verksamhet. Också i Östergötland ingår hälsokommunikatörerna i den ordinarie verksamheten. I Skåne har arbetet inordnats i samhällsorientering för nyanlända invandrare och bedrivs av samhälls- och hälsokommunikatörer i länsstyrelsens regi. En nationell utvärdering har gjorts som visar förbättrad tandhälsa och bättre förtroende för hälso- och sjukvården bland deltagarna i län där hälsokommunikatörer arbetat jämfört med andra län [74].

## Sammanfattning

Det kan antas att hälsonavigatörer skulle kunna underlätta vårdens arbete med att ge alla patienter en jämlik vård på lika villkor. Använda på rätt sätt skulle de kunna hjälpa till med att komplettera vårdpersonalen så att deras kunskaper används på bästa sätt i vårdmötet. Internationell forskning tyder på att användandet av hälsonavigatörer inom vården bidrar till att öka jämlikheten i vården, men på vilket sätt de ska användas och hur detta ska organiseras på bästa sätt är ännu inte klarlagt. En mer genomgripande utvärdering av de arbetssätt som presenterats här behöver genomföras för att kunna göra en rekommendation om hälsonavigatörernas roll i arbetet med jämlikhet i vården.

---

<sup>49</sup> Referens: <https://www.mah.se/Forskning/Inaktiva-forskningsprojekt/Stodplattform-for-migration-och-halsa-MILSA/>

# En indikatorbaserad uppföljning inom några sjukdomsområden

Flera aktuella offentliga utredningar och rapporter pekar på vikten av att följa upp vården ur ett socioekonomiskt perspektiv. I slutbetänkandet från Kommissionen för jämlik hälsa [75] påpekas att det för de flesta diagnoser finns omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat mellan olika sociala grupper. Enligt den statliga utredningen *Kunskapsbaserad och jämlik vård* har skillnaderna i vårdens resultat inte minskat i den omfattning som är önskvärt för att nå målsättningen om en god vård på lika villkor över hela landet [76]. I delbetänkandet *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv* [77] påpekas att det finns ett samband mellan socioekonomi, hälsa och vårdbehov. Slutligen föreslås i rapporten *En mer jämlik vård är möjlig* [78] att öppna jämförelser bör utgöra en grund för att belysa och följa ojämlikheter i vården genom följande inriktning:

1. Koppling till kunskapsbaserade målnivåer
2. Urval av särskilt prioriterade indikatorer utifrån ett jämlikhetsperspektiv
3. Vikten av att fokusera på skillnader som reflekterar ojämlik vård
4. Studera skillnader med hänsyn till flera faktorer på samma gång
5. Skillnader som berör patientmötet och bemötande

Mot bakgrund av detta beslutade Socialstyrelsen att undersöka utfallet för några indikatorer i relation till ett antal sociodemografiska faktorer. Ansatsen skiljer sig från en traditionell öppen jämförelse då medicinska resultat för patientpopulationen redovisas som helhet i jämförelse mellan olika huvudmän i de olika regionerna.

Projektet har följande frågeställning för respektive indikator.

- Finns det några sociodemografiska skillnader vid vård och behandling enligt gällande nationella riktlinjer?

De nationella riktlinjerna är framtagna utifrån aktuell forskning och beprövad erfarenhet och har som ändamål att visa på nyttan och riskerna med olika åtgärder. De avser också att vara ett stöd vid prioriteringar av behandlingar och metoder på gruppnivå.

Endast ett mindre urval av indikatorer från några av de olika nationella riktlinjerna och utvärderingarna visas här. För den som är intresserad av att få en heltäckande bild av följsamheten till de nationella riktlinjerna samt tillhörande målnivåer inom respektive sjukdomsområde hänvisas till Socialstyrelsens nationella riktlinjer och utvärderingar inom respektive område.

I rapporten undersöks i huvudsak skillnader i rekommenderad behandling som har hög prioritet inom nationella riktlinjer med ett antal sociodemografiska variabler på individnivå. Det är viktigt att påpeka att några slutsatser

inte kan dras om skillnaderna som ses här är omotiverade eller ej. De samband som identifierats ger dock en signal om att det kan finnas resultat som tyder på att vården kan behöva anpassas ytterligare för de olika patientpopulationerna och för att bättre kunna rikta rekommenderad behandling till alla som bör få ta del av den.

Socialstyrelsen har valt att definiera det här arbetet som ett pilotprojekt eftersom projektet bedömt att metoder och modeller behöver vidareutvecklas för att kunna dra slutsatser om systematiska och omotiverade skillnader.

Inledningsvis beskrivs genomförandet, urvalet av indikatorer, de sociodemografiska faktorerna samt metod. Därefter följer resultatredovisningen.

## Genomförande

### Urval av indikatorer

Som kunskapssamordnande myndighet ansvarar Socialstyrelsen för att ta fram nationella riktlinjer samt utvärderingar av följsamheten till de nationella riktlinjerna och hur tillgänglig kunskap tillämpas i vården. Projektet belyser ett urval av indikatorer från några nationella riktlinjer och utvärderingar.

Urvalet av indikatorer som ingår här identifierats på följande sätt:

- Indikatorerna fokuserar på ett antal processer inom några sjukdomsområden där vård och behandling är riktad till patientpopulationer med en fastställd diagnos som har hög prioritet enligt gällande nationella riktlinjer. Merparten av indikatorerna har fastställda målnivåer som anger hur många som bör omfattas av insatsen på gruppnivå.

Projektet har även i sitt upplägg tagit sin utgångspunkt från den modell som beskrivs i rapporten *En mer jämlik vård är möjlig*, av Myndigheten för vård och omsorgsanalys [78]. Där påpekats bl.a. att uppföljningen av hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att kunna identifiera omotiverade och väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande. Enligt rapporten kan omotiverade skillnader bland annat identifieras med hjälp av följande kriterier<sup>50</sup>:

- Skillnader i medicinska förutsättningar kan påverka val av behandlingsmetod och därmed även utfallet som sedan redovisas. Inom projektet identifieras patientpopulationer som bör omfattas av olika behandlingar enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Det finns emellertid alltid medicinskt motiverade skäl till att vissa patienter som ingår i patientpopulationen inte bör omfattas av den rekommenderade behandlingen. Därför har projektet valt att fokusera på indikatorer i de nationella riktlinjerna med målnivåer på gruppnivå, dvs. då det görs en bedömning av medicinsk expertis av hur många som teoretiskt bör omfattas av den aktuella behandlingen. Problemet kvarstår dock att det fortfarande kan finnas patienter

---

<sup>50</sup> Därutöver inkluderar modellen även ett fjärde kriterium i den första delen av modellen som berör bedömning av om en skillnad är omotiverad eller ej, även *påverkan av patientens egna preferenser*. Den medicinska behandlingen kan påverkas av patientens preferenser, exempelvis genom att vissa patienter tackar nej till en rekommenderad behandling. Socialstyrelsen har dock i dagsläget små möjligheter att via hälsodataregister följa påverkan av patienters preferenser på vården.

som inte kan ta del av behandlingen vilket är viktigt att vara uppmärksam på.

- Skillnader i vårdbehov är svårare att identifiera i uppföljnings-sammanhang och är något som behöver utvecklas mer. Skillnaderna i utfall som kan ses inom en patientpopulation kan även påverkas av ålder, annan sjuklighet, grad av följsamhet till behandling och hur skyndsamt en person söker vård. Den här typen av justeringar inom patientpopulationen av till exempel sjukdomstyngd (s.k. casemix-justering) ökar validiteten och reliabiliteten. Någon sådan justering har inte gjorts i indikatorseten som ingår i den här rapporten.
- Grad av evidens för att behandlingen gör nytta. De behandlingar som ingår har en hög rekommendation i de nationella riktlinjerna och har stark evidens. Dessutom bidrar de fastställda målnivåerna med att ge tydliga och mätbara kvalitetsmål och som även har en vetenskaplig förankring.

Ytterligare två rapporter från Socialstyrelsen, *Ojämna villkor för hälsa och vård* samt en fördjupningsrapport från 2012 *Fördjupad redovisning utifrån rapporten ojämna villkor för hälsa och vård* [79, 80] har varit viktiga i det här arbetet. I rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* belystes följande jämlikhetsaspekter:

- regionala skillnader i hälsa och vård
- sociala skillnader i hälsa och vård (socioekonomiska faktorer)
- skillnader i utfall inom några vårdområden

I rapporten påpekades att sociala skillnader i hälsa och vård ofta är större än de regionala skillnaderna [79].

Socialstyrelsen har i utvärderingarna av de nationella riktlinjerna gjort fler analyser utifrån jämlikhetsaspekter enligt tidigare regeringsuppdrag [81]. Följande urval av indikatorer har gjorts i denna rapport.



## Urval av indikatorer

Indikatorbeskrivningar finns i bilaga 8.

Indikator	Typ av indikator	Målnivå (andel på gruppnivå)
<b>Astma och KOL</b>		
1. Spirometri vid astma	Process	
2. Patientutbildning vid astma	Process	≥ 80 procent
3. Patientutbildning vid KOL	Process	≥ 80 procent
<b>Stroke</b>		
4. Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus	Process	
5. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke	Process	≥ 90 procent
6. Bedömning av sväljförmåga	Process	100 procent
<b>Diabetes</b>		
7. Fotundersökning	Process	≥ 95 % typ 1-diabetes ≥ 99 % typ 2-diabetes
8. Ögonbottenundersökning Typ 1 diabetes – undersökning de senaste <u>två åren</u> Typ 2-diabetes – undersökning de senaste <u>tre åren</u>	Process	≥ 98 % typ 1 diabetes ≥ 96 % typ 2-diabetes
<b>Övriga indikatorer</b>		
9. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, MS	Process	≥ 80 % procent
10. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, Parkinson	Process	≥ 90 procent
11. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom	Process	≤10 procent

## Sociodemografiska faktorer

Socialstyrelsens utvärderingar av nationella riktlinjer redovisar i större utsträckning olika utfall för olika sjukdomsområden indelade efter ålder, kön, geografisk och organisatorisk nivå, utbildning samt födelse-land. Flera utvärderingar har konstaterat att det finns skillnader såväl mellan regioner som mellan olika befolkningsgrupper inom de olika patientpopulationerna.

Socialstyrelsen har för närvarande nationella riktlinjer inom 18 områden och inom ramen för dessa har merparten utvärderats och målnivåer finns i allt större omfattning inom flera områden. Ett antal processindikatorer har valts inom några riktlinjeområden i det här pilotprojektet.

Som Myndigheten för vård och omsorgsanalys [78] konstaterar i sin rapport så är det viktigt att studera flera jämlikhetsdimensioner på samma gång snarare än en jämlikhetsdimension i taget.

I denna rapport görs analyserna där vi lägger till flera sociodemografiska faktorer. Disponibel inkomst, etablering på arbetsmarknaden samt kommungrupp ingår och redovisas nedan.

## Sociodemografiska faktorer

Datakällor samt variabler beskrivs mer utförligt i bilaga 7.

Variabler	Indelning	Källa
Kön	Kvinna Man	Se datakälla för den aktuella indikatorbeskrivningen.
Ålder	Se stratifiering i bilagorna 4 och 5.	
Födelseland	Svenskfödd Ej svenskfödd  Födda i övriga Norden Födda i övriga EU28-länder Födda i övriga världen	Registret över totalbefolkningen (RTB) SCB.
Kommungrupp*	A. Storstad och storstadsnära kommun B. Större stad och kommun nära större stad C. Mindre stad/tätort och landsbygdskommun	Registret över totalbefolkningen (RTB) SCB.
Utbildning	Förgymnasial Gymnasial Eftergymnasial	Utbildningsregistret, SCB.
Hushållets disponibla inkomst som individen bor i	Låg disponibel inkomst Varken låg eller hög disponibel inkomst Hög disponibel inkomst	Inkomst- och taxeringsregistret (IoT), SCB
Grad av etablering på arbetsmarknaden	Svag etablering Etablerad Ej förvärvsarbetande	Registerbaserad aktivitetsstatistik (RAKS), SCB

\*Personernas hemkommuner är indelade i tre kategorier utifrån SKRs kommungruppsindelning (januari 2017) [82]

## Analysmetod och resultatredovisning

För att studera relationen mellan indikatorns utfall och de olika sociodemografiska faktorerna har analysen genomförts i två steg:

- i de bivariata analyserna, har varje sociodemografisk faktor undersökts i relation till indikatorns utfall,
- i de multipla analyserna, har analyserna justerats för övriga faktorer samt region för att identifiera kvarstående skillnader i vård och behandling som kan relateras till de sociodemografiska faktorerna.

Resultaten av analyserna redovisas som oddskvoter med 95-procentiga konfidensintervall. Ett odds för en händelse är sannolikheten för att händelsen äger rum delat med sannolikheten att händelsen inte äger rum. När jämförelser görs mellan två grupper odds beräknas en oddskvot (OR) genom att dela oddset för den ena gruppen med oddset för den andra gruppen. En oddskvot med värde 1 innebär att ingen skillnad påvisats mellan grupperna som jämförs. Ett värde över 1 innebär att i relation till referensgruppen har den aktuella gruppen högre odds för det utfall som studeras. Motsatsen gäller om oddskvoten är under 1. Om konfidensintervallet för oddskvoten innefattar värdet 1 tolkas det som att ingen statistiskt signifikant skillnad kan påvisas.

Analyserna har stratifierats utifrån ålder och så långt det varit möjligt har resultat tagits fram för åldersgrupperna 18–29, 30–64 samt 65 år och äldre.

Signifikanta oddskvoter med signifikansnivåer under 0,001 har markerats med fet stil och är de resultat som lyfts fram i resultatdelen.

Analysmetod och tillvägagångssätt beskrivs även mer i detalj i bilaga 7, indikatorbaserad uppföljning – metodbeskrivning.

## Datakällor

Följande datakällor har använts i denna rapport:

### **Socialstyrelsens register**

Socialstyrelsens register

Patientregistret

Läkemedelsregistret

### **Nationella kvalitetsregister**

Luftvägsregistret

Riksstroke

Nationella diabetesregistret

### **Statistiska Centralbyrån**

Register över totalbefolkningen (RTB)

Inkomst- och taxeringsregistret (IoT)

Registerbaserad aktivitetsstatistik (RAKS)

## Begränsningar i uppföljningen

För att öka stabiliteten och kvaliteten i dataunderlaget har utgångspunkten varit att välja indikatorer där det finns ett större patientunderlag och därav görs analyserna endast på hela patientpopulationen i riket som helhet.

Alla sociodemografiska faktorer har inte prövats genomgående för alla indikatorer eftersom viss vård och behandling exempelvis till större delen omfattar äldre patienter och då ingår inte individer i arbetsför ålder.

Vidare har inte någon justering för samsjuklighet gjorts som nämnts tidigare.

När det gäller data från kvalitetsregister är det viktigt att ta hänsyn till registrens täckningsgrader. Ett kvalitetsregister kan trots detta ha andra kvalitetsbrister som inte alltid är uppenbara. Till exempel har inte typ av hemkommun eller kommungrupp tagits med i analyserna inom området astma/KOL eftersom Luftvägsregistret har ett bortfall från regionerna Norrbotten, Västerbotten, Dalarna, Kalmar och Gotland.

## Redovisning av resultat

Figurer med frekvenser för respektive patientpopulation redovisas som helhet samt för de olika åldersgrupperna i bilaga 4, dvs. de ojusterade utfallen.

Resultatet av regressionsanalyserna redovisas i rapporten som oddskvoter med 95-procentiga konfidensintervall. De signifikanta oddskvoter med signifikansnivå  $<0,001$  har markerats med fet stil i regressionstabellerna och är de resultat som lyfts fram här i text i resultatavsnittet

Det vill säga det är de resultat som framkommit mellan de sociodemografiska faktorerna (dvs. de oberoende variablerna) och rekommenderad vård och behandling (dvs. den beroende variabeln) inom respektive patientpopulation. Regressionstabellerna redovisas i bilaga 5.

I detta avsnitt redovisas endast ett begränsat urval av några indikatorer. Flera liknande analyser finns publicerade i Socialstyrelsens utvärderingar av de nationella riktlinjerna.

## Astma och KOL

Astma är en kronisk inflammatorisk luftvägssjukdom som orsakar ökad känslighet i luftvägarna. Andningsbesvären vid astma är intermittenta, det vill säga periodvist återkommande. Ofta yttrar sig astma genom anfall eller episoder av andnöd. Astma är lika vanligt hos både barn och vuxna. Totalt lever i dag ungefär 800 000 svenskar med astma.

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en kronisk inflammation i luftvägar och lungor som medför att lungvävnaden och lungblåsorna förstörs. Andnöden vid KOL utvecklas långsamt, under många års tid. Besvären är kroniska, det vill säga ihållande. KOL drabbar främst personer som röker eller som har rökt och är vanligare hos äldre vuxna. I dag uppskattas att 400 000 – 700 000 svenskar har KOL, men förekomsten i befolkningen ökar [83].

I Luftvägsregistrets årsrapport framgår att cirka 27 000 manuellt registrerade patienter, varav ca 17 000 med astma och cirka 10 000 med KOL. Av dessa har cirka 2 000 samtidigt astma och KOL. Därtill registrerades genom direktöverföring cirka 41 000 med astma och cirka 20 000 med KOL varav cirka 2 000 med både astma och KOL (totalt cirka 61 000). Ett omfattande förändringsarbete har genomförts under 2017 där både andelen ökat och kvaliteten förbättrats [84].

För en heltäckande redovisning av området astma och KOL, hänvisas till utvärderingen av följsamheten till de nationella riktlinjerna för astma och KOL [83, 85, 86].

Eftersom det finns ett bortfall i Luftvägsregistret från regionerna Norrbotten, Västerbotten, Dalarna, Kalmar och Gotland ingår inte faktorn typ av hemkommungrupp i analyserna för de indikatorer som redovisas för astma och KOL här.

### 1. Spirometri vid astma

Grundläggande vid astma är korrekt anamnes, riktad allergiutredning och lungfunktionsundersökning (spirometri) med reversibilitetstest. Symtomen vid astma kan vara samma som vid andra sjukdomar. Socialstyrelsen bedömer att merparten av personer med misstänkt astma bör genomgå spirometri som en del av diagnostiken.

Rekommendationen är central och har fått prioritet ett i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att redovisa i uppföljningssammanhang.

Indikatorn visar andelen personer 18 år eller äldre med astma som har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest enligt Luftvägsregistrets definition.

### *Patientpopulationen som helhet*

Nästan hälften av patientgruppen (43 procent) har genomgått spirometri av de som har en konstaterad astma (41 640 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 1.4).

### *Personer i åldern 18–29 år*

Likaså här har nästan hälften (45 procent) har genomgått spirometri av de med astma (5 694 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 1.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för de sociodemografiska faktorerna gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland de som genomgått spirometri i den här åldern (se analys i bilaga 5, tabell 1.1, tredje kolumnen).

### *Personer i åldern 30–64 år*

Något under hälften (42 procent) har genomgått spirometri av de med astma (22 559 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 1.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för de sociodemografiska faktorerna samt region gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland de som genomgått spirometri (se analys i bilaga 5, tabell 1.2, tredje kolumnen).

### *Personer i åldern 65 år och äldre*

Något under hälften (42 procent) har genomgått spirometri av de med astma (13 347 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 1.3).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer i åldern 65-79 år har högre odds** att ha genomgått spirometri jämfört med personer som är 80 år och äldre (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 1.3, tredje kolumnen).

## 2. Patientutbildning vid astma

Hos vuxna med astma ger patientutbildning i kombination med stöd till egenvård minskad risk för sjukhusinläggningar, akutbesök och sjukfrånvaro, en förbättrad skattning av livskvalitet samt en förbättrad astmakontroll.

Patientutbildning är en viktig komponent i behandlingen och vården av astma samt för att hjälpa personer med astma att hantera sina symtom, sitt dagliga liv och sin sjukdom. Patientutbildning i kombination med stöd till egenvård förbättrar patientens hälsotillstånd jämfört med sedvanlig vård. Exempel på olika områden berörs såsom stöd till egenvård, rökstopp, sjukdomskunskap, åtgärder vid försämring, instruktion i inhalationsteknik, läkemedel samt ofta i kombination med en skriven behandlingsplan.

Rekommendationen är central och har fått prioritet tre i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att redovisa i uppföljningssammanhang. Önskvärd riktning är ett högt utfall både inom primärvård och specialiserad öppenvård för patientgruppen som helhet. Indikatorn bygger på kunskap från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, utvärdering och målnivåarbete om astma och KOL.

Indikatorn visar andelen personer 18 år och äldre med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning. Utbildningen bör innefatta kunskap om sjukdomen och information om läkemedelsbehandling inklusive inhalationsteknik, egenvård samt riskfaktorer, antingen individuellt i samband med besök och eller i grupp.

### **Målnivå**

För indikatorn *Patientutbildning vid astma* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\geq 80$  procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt har 77 procent genomgått en strukturerad patientutbildning av de med astma (10 184 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 2.4). Utfallet på gruppnivå ligger nära den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet.

### *Personer i åldern 18–29 år*

Totalt 78 procent har genomgått en strukturerad patientutbildning i den yngre åldern av de med astma (1 477 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 2.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för de sociodemografiska faktorerna gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland dem som deltagit i en strukturerad patientutbildning (se analys i bilaga 5, tabell 2.1, tredje kolumnen).

### *Personer i åldern 30–64 år*

Totalt 79 procent har genomgått en strukturerad patientutbildning av de med astma (5 457 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 2.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för de sociodemografiska faktorerna gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland dem

som deltagit i en strukturerad patientutbildning (se analys i bilaga 5, tabell 2.2, tredje kolumnen).

### *Personer i åldern i 65 år och äldre*

Totalt 74 procent har genomgått en strukturerad patientutbildning av de med astma (3 250 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 2.3).

Resultaten från analysen visar då justeringar för de sociodemografiska faktorerna gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland dem som deltagit i en strukturerad patientutbildning (se analys i bilaga 5, tabell 2.3).

## 3. Patientutbildning vid KOL

Vid KOL ger patientutbildning i kombination med stöd till egenvård minskat antal exacerbationer och minskat antal sjukhusvistelser. Den ger också förbättrad livskvalitet, minskad dyspné, ökad sjukdomskunskap samt förbättrad förmåga till aktiviteter i det dagliga livet.

Patientutbildning är en viktig komponent i behandlingen och vården av KOL samt för att hjälpa personer med KOL att hantera sina symtom, sitt dagliga liv och sin sjukdom. Patientutbildning i kombination med stöd till egenvård förbättrar patientens hälsotillstånd jämfört med sedvanlig vård. Exempel på olika områden berörs såsom stöd till egenvård, rökstopp, sjukdomskunskap, åtgärder vid försämring, instruktion i inhalationsteknik, läkemedel samt ofta i kombination med en skriven behandlingsplan.

Rekommendationen är central och har fått prioritet tre i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att redovisa i uppföljningssammanhang. Önskvärd riktning är ett högt utfall både inom primärvård och specialiserad öppenvård för patientgruppen som helhet. Indikatorn bygger på kunskap från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, utvärdering och målnivåarbete om astma och KOL.

Indikatorn visar andelen personer 18 år och äldre med KOL som har genomgått strukturerad patientutbildning. Utbildningen bör innefatta kunskap om sjukdomen och information om läkemedelsbehandling inklusive inhalationsteknik, egenvård samt riskfaktorer, antingen individuellt i samband med besök och eller i grupp.

### **Målnivå**

För indikatorn *Patientutbildning vid KOL* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\geq 80$  procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt har 73 procent har genomgått en strukturerad patientutbildning av de med KOL (9 050 personer) under 2016 (dvs. se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 3.3). Det är 7 procentenheter från den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet.

### *Personer i åldern 30–64 år*

Totalt 75 procent har deltagit i en strukturerad patientutbildning av de med KOL (2 122 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 3.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för de sociodemografiska faktorerna gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland dem som deltagit i en patientutbildning (se analys i bilaga 5, tabell 3.1).

### *Personer i åldern 65 år och äldre*

Totalt 73 procent har genomgått en strukturerad patientutbildning av de med KOL (6 927 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 3.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för de sociodemografiska faktorerna gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland dem som deltagit i en patientutbildning (se analys i bilaga 5, tabell 3.1).

## Stroke

Här redovisas ett mindre urval av indikatorer för stroke. För en heltäckande redovisning hänvisas till Socialstyrelsens utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjerna för stroke [87-89].

### 4. Tid mellan symptomdebut och ankomst till sjukhus

Indikatorn visar andel av strokefall där patienten anländer till sjukhus inom 3 timmar efter debut av strokesymtom. Vid akut ischemisk stroke är det av högsta prioritet att återställa blodflödet och syretillförseln till den del av hjärnan som drabbats. Detta kan göras antingen med intravenös behandling med trombolys eller med interventionell behandling med trombektomi. En tidig behandling leder i de flesta fall till bättre resultat.

Indikatorn speglar såväl allmänhetens kunskaper om vikten av att snabbt söka vård vid strokesymtom som den prehospitala vårdens organisation och kvalitet vid misstänkt stroke. En person som insjuknar i stroke förutsätter att någon ringer efter ambulans samt att allmänheten vet hur stroke yttrar sig, och att personer med strokesymtom genast får vård.

En annan viktig faktor i vårdkedjan är larmcentralens och ambulans-sjukvårdens agerande. Att korta tiden från insjuknandet till den första vårdinsatsen kan ges genom att sätta en hög prioritet när ambulansen larmas ut är av stor vikt. Ambulanspersonalen kan i sin tur förvarna det mottagande sjukhuset om att en person med misstänkt stroke är på väg in.

Önskvärd riktning är ett högt utfall för patientgruppen som helhet, dvs. att personer med symtom för stroke anländer till sjukhus inom 3 timmars tid. Indikatorns utfall är möjligt att påverka genom att tillämpa de rekommendationer och kunskap som kommer från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, utvärdering och målnivåarbete om strokevården.



### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt 38 procent anländer till sjukhuset inom 3 timmar av personer som uppvisade debut av strokesymtom (17 950 personer) under 2016 i riket som helhet (dvs. se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 4.3).

### *Personer i åldern 30–64 år*

Merparten av de som insjuknar är oftast äldre men bland personer i arbetsför ålder anlände 42 procent till sjukhuset inom 3 timmar av personer som uppvisade debut av strokesymtom (2 859 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 4.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland dem som anländer till sjukhuset inom 3 timmar (se analys i bilaga 5, tabell 4.1).

### *Personer i åldern 65 år och äldre*

Totalt 37 procent har anlämt till sjukhuset inom 3 timmar av personer som uppvisade debut av strokesymtom (15 091 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 4.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland dem som anländer till sjukhuset inom 3 timmar (se analys i bilaga 5, tabell 4.2).

## 5. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

Indikatorn visar andelen fall av stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet, vård på intensivvårdsavdelning (IVA) och inte på en annan vårdavdelning.

Vård på strokeenhet minskar dödlighet, funktionsberoende och behov av institutionsvård. Vård på strokeenhet som första vårdnivå innebär högre vårdkvalitet oavsett ålder vid insjuknandet, kön samt sjukdomens allvarlighetsgrad.

Indikatorns utfall är möjligt att påverka genom att tillämpa de rekommendationer och kunskap som kommer från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, utvärdering och målnivåarbete om stroke.

### **Målnivå**

För indikatorn *Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\geq 90$  procent.

### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt 75 procent vårdades på strokeenhet av de som insjuknat (20 587 personer) under 2016 i riket som helhet (dvs. se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 5.3). Det är 15 procentenheter från den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet.

### *Personer i åldern 30–64 år*

Totalt 79 procent vårdades på strokeenhet av de som insjuknade i arbetsför ålder (3 220 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 5.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland dem som vårdas på strokeenhet (se analys i bilaga 5, tabell 5.1).

### *Personer i åldern 65 år och äldre*

Totalt 75 procent vårdades på strokeenhet av de som insjuknade i åldern 65 år och äldre (17 275 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 5.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer i åldern 65-79 år har högre odds** att vårdas på strokeenhet jämfört med personer som är 80 år och äldre (dvs. referensgruppen).
- **personer som bor i större stad/kommun har lägre odds** att vårdas på strokeenhet jämfört med personer boende i storstad eller storstadskommun (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 5.2, tredje kolumnen).

## 6. Bedömning av sväljförmåga

Indikatorn visar andel sjukhusvårdade strokefall där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts hos patienten efter ankomst till sjukhus.

Stroke kan leda till nedsatt förmåga att svälja, vilket i sin följd kan leda till komplikationer, till exempel aspiration och lunginflammation. Vid stroke görs en bedömning av sväljförmågan vilket ligger till grund för ställningstagande hur patienter fortsatt ska tillföras vätska och mat. En bedömning av sväljförmågan är därför aktuellt hos samtliga patienter med stroke. Ett praktiskt sväljtest, där förmågan att svälja vatten undersöks på ett standardiserat sätt, görs hos patienter som är vakna och kan medverka i undersökningen. Ett praktiskt sväljtest är inte lämpligt att genomföra hos patienter som uppenbarligen saknar förmåga att svälja, till exempel på grund av sänkt vakenhetsgrad eller annan orsak till att inte kunna medverka. I sådana fall görs endast en bedömning av sväljförmågan (utan ytterligare testning) att det inte är lämpligt att ge vätska och mat genom munnen. Resultatet av en sväljbedömning dokumenteras i journal.

Syftet med indikatorn är att följa upp i vilken utsträckning sjukvården har procedur för genomförandet av sväljbedömning i det akuta skedet vid insjuknande i stroke. Indikatorn omfattar bedömning med praktiskt test hos patienter som kan medverka i undersökningen, och bedömning utan praktiskt test

hos patienter som är vakenhetssänkta eller av annan anledning inte kan medverka i undersökningen.

Indikatorns utfall är möjligt att påverka genom att tillämpa de rekommendationer och kunskap som kommer från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, utvärdering och målnivåarbete om stroke.

### Målnivå

För indikatorn *Bedömning av sväljförmåga* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till 100 procent.

### Patientpopulationen som helhet

Totalt 87 procent har fått sin sväljförmåga bedömd (20 888 personer) av patientpopulationen 2016. Det är 13 procentenheter från den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet (se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 6.3).

### Personer i åldern 30–64 år

Totalt fick 86 procent sin sväljförmåga bedömd av de som insjuknat i stroke i arbetsför ålder (3 278 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 6.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer som bor i större stad/kommun har lägre odds** att få sin sväljförmåga bedömd jämfört med personer som bor i en storstadskommun (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 6.1, tredje kolumnen).

### Personer i åldern 65 år och äldre

Totalt fick 87 procent sin sväljförmåga bedömd av de som insjuknat i stroke (17 514 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 6.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer som bor i större stad/kommun samt mindre stad/tätort och landsbygdskommun har lägre odds** att få sin sväljförmåga bedömd av de som insjuknat jämfört med personer som bor i en storstadskommun (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 6.2, tredje kolumnen).

## Diabetes

Här redovisas två indikatorer för diabetes. För en heltäckande redovisning hänvisas till Socialstyrelsens utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjerna för diabetes samt översyn av de nationella målnivåerna för diabetesvården [90, 91].

### 7. Fotundersökning

Indikatorn visar andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som genomgått enkel fotundersökning.

Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet, eftersom sjukdomen kan leda till allvarliga problem som svårsläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter. Indikatorn mäter andelen personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, vilken omfattar ett test av känseln, palpation av pulsar, en inspektion och en undersökning för att finna felställningar i foten. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. Åtgärden har fått en hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 2 och 3 i tillstånds- och åtgärdslistan).

#### Målnivå

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

#### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt genomgick 89 procent en enkel fotundersökning av de med typ 1 diabetes (35 845 personer) under 2016 i riket som helhet (se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 7.4). Det är 6 procentenheter från den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet.

#### *Personer i åldern 18–29 år*

Totalt genomgick 87 procent en enkel fotundersökning av de med typ 1 diabetes (6 441 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 7.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer som bor i större stad/kommun har lägre odds** att få en enkel fotundersökning jämfört med personer som bor i storstadskommun (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 7.1, tredje kolumnen)

#### *Personer i åldern 30–64 år*

Totalt genomgick 89 procent en enkel fotundersökning med typ 1 diabetes (21 346 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 7.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer som bor i mindre stad/glesbygdskommun har högre odds** att få en enkel fotundersökning jämfört med personer som bor i en storstadskommun (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 7.2, tredje kolumnen).

#### *Personer i åldern 65 år och äldre*

Totalt genomgick 91 procent en enkel fotundersökning av de med typ 1 diabetes (8 058 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 7.3).

Resultaten från analysen då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts visar att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland dem som har fått en fotundersökning (se analys i bilaga 5, tabell 7.3).

#### **Målnivå**

För indikatorn *Fotundersökning av personer med typ 2-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\geq 99$  procent.

#### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt genomgick 87 procent en enkel fotundersökning av de med typ 2 diabetes (304 264 personer) under 2016 för riket som helhet (se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 7.8). Det är 8 procentenheter från den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet.

#### *Personer i åldern 18–29 år*

Totalt genomgick 85 procent en enkel fotundersökning av de med typ 2 diabetes (806 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 7.5).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att det inte finns några sociodemografiska skillnader bland dem som fått en fotundersökning (se analys i bilaga 5, tabell 7.4).

### Personer i åldern 30–64 år

Totalt genomgick 86 procent en enkel fotundersökning av de med typ 2 diabetes (99 923 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 7.5).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer som bor i mindre stad/tätort och landsbygdskommun har högre odds** att få en enkel fotundersökning jämfört med de som bor i storstadskommun (dvs. referensgruppen).
- **personer som bor i hushåll med låg disponibel inkomst har lägre odds** en enkel fotundersökning jämfört med personer som bor i hushåll med hög disponibel inkomst (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 7.5, tredje kolumnen).

### Personer i åldern 65 år och äldre

Totalt genomgick 87 procent en enkel fotundersökning av de med typ 2 diabetes (203 535 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 7.7).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer mellan 65-79 år har högre odds** att få en enkel fotundersökning jämfört med personer som är 80 år och äldre (dvs. referensgruppen).
- **personer som bor i mindre stad, tätort/kommun har högre odds** att få en enkel fotundersökning jämfört med de som bor i storstadskommun (dvs. referensgruppen).
- **personer födda i övriga EU 28 länderna har lägre odds** att få en enkel fotundersökning jämfört med personer som är födda i Sverige (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 2, tabell 7.6, tredje kolumnen).

## 8. Ögonbottenundersökning

Indikatorn visar andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som genomgått ögonbottenundersökning inom av de nationella riktlinjerna angivna tidsintervall (2 år för typ 1-diabetes och 3 år för typ 2-diabetes). Endast patienter utan dokumenterad retinopati ingår i indikatorns underlag.

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av att diabetesjukdomen leder till skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skador på näthinnan, retinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar går det dock att tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. Åtgärden har fått en hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 1 av 10, i tillstånds- och åtgärdslistan).

### Målnivå

För indikatorn *Ögonbottenundersökning av personer med typ 1 diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\geq 98$  procent.

#### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt genomgick 94 procent en ögonbottenundersökning av de med typ 1 diabetes (41 114 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 8.3) för riket som helhet. Det är 4 procentenheter från den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet.

#### *Personer i åldern 30–64 år*

Totalt genomgick 95 procent en ögonbottenundersökning av de med typ 1 diabetes (24 348 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 8.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer som bor i mindre stad/tätort och landsbygdskommun har lägre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört med dem som bor i en storstadskommun (dvs. referensgruppen).
- **personer som bor i hushåll med låg disponibel inkomst också har lägre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört med personer som bor i hushåll med hög disponibel inkomst (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 8.1, tredje kolumnen).

#### *Personer i åldern 65 år och äldre*

Totalt genomgick 93 procent en ögonbottenundersökning av de med typ 1 diabetes (8 968 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 8.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer mellan 65-79 år har högre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört med personer som är 80 år och äldre (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 8.2, tredje kolumnen).

### **Målnivå**

För indikatorn *Ögonbottenundersökning av personer med typ 2 diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\geq 96$  procent.

#### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt genomgick 90 procent en ögonbottenundersökning av de med typ 2 diabetes (282 309 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 8.6) för riket som helhet. Det är 6 procentenheter från den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet.

#### *Personer i åldern 30–64 år*

Totalt genomgick 93 procent en ögonbottenundersökning av de med typ 2 diabetes (92 140 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 8.4).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer som bor i större stad och kommun nära större stad samt personer som bor i mindre stad/tätort och landsbygds kommun har lägre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört de som bor i en storstadskommun (dvs. referensgruppen).
- **person som ej förvärvsarbetar har lägre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört med personer som är etablerade på arbetsmarknaden.
- **personer födda i övriga världen har lägre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört med personer som är födda i Sverige (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 8.3, tredje kolumnen).



## Personer i åldern 65 år och äldre

Totalt genomgick 89 procent en ögonbottenundersökning av de med typ 2 diabetes (189 500 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 8.5).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **kvinnor har lägre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört med män (dvs. referensgruppen).
- **personer i åldern 65-79 år har högre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört med personer som är 80 år och äldre (dvs. referensgruppen) att ha deltagit.
- **personer som bor i större stad och kommun nära större stad samt personer som bor i mindre stad/tätort och landsbygdskommun har lägre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört med de som bor i en storstadskommun (dvs. referensgruppen).
- **personer som bor i hushåll med låg disponibel inkomst har lägre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört med personer som bor i hushåll med hög disponibel inkomst.
- **personer med förgymnasial utbildning har lägre odds** att få en ögonbottenundersökning jämfört med personer som har eftergymnasial utbildning (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 8.4, tredje kolumnen).

## Övriga indikatorer

9. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, MS  
MS är en förkortning av multipel skleros som är en autoimmun sjukdom där immunsystemet av okänd anledning angriper den egna nervvävnaden [92]. Det är en kronisk, neurologisk sjukdom där områden i det centrala nervsystemet (hjärnan och ryggmärgen) drabbas av återkommande inflammationer. I samband med detta uppstår störningar av neurologiska funktioner, där de specifika symtomen beror på var den aktuella inflammationshärden sitter. Förloppet vid MS varierar men oftast leder MS slutligen till betydande funktionshinder [92]. Redan tidigt påverkas ofta arbetsförmåga av återkommande symtom och en typisk trötthet ("fatigue") leder till en påtaglig minskning av livskvaliteten.

I Sverige insjuknar närmare 1 000 personer varje år i MS [92]. Vården av MS sker framför allt inom den öppna specialistvården i neurologi, men beroende på vilka symtom som utvecklas kan många andra insatser engageras, exempelvis inom rehabiliteringsmedicin [92]. De fyra viktiga hörnstenarna i diagnostiken av MS är patientens beskrivning av sina symtom, neurologisk undersökning, magnetkameraundersökning och ryggvätskeanalys.

Behandlingen av MS inriktar sig framför allt på att förhindra uppkomsten av de skadliga inflammationerna med hjälp av specifika läkemedel, så kallade sjukdomsmodifierande behandlingar [92]. Dessutom inriktar den sig på medicinering och åtgärder för att lindra eller minska konsekvenserna av olika symtom och funktionsnedsättningar som kan följa med sjukdomen, så kallade symtomatiska behandlingar och rehabilitering.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med MS återkommande uppföljningsbesök [92]. Hur ofta detta ska ske påverkas dock av patientens sjukdomstillstånd och de individuella behoven. De allra flesta som har MS bör dock få minst ett uppföljningsbesök per år, rekommendationen har hög prioritet (2) i riktlinjerna.

För att kunna bestämma när sjukdomsmodifierande behandling ska sättas in eller ändras samt kunna erbjuda bästa möjliga symtomlindrande behandling är det nödvändigt att kontinuerligt övervaka sjukdomsaktiviteten [92].

Att återkommande undersökas av en läkare med betydande erfarenhet av MS är därför en förutsättning för att få rätt sjukdomsmodifierande och symtomlindrande behandling.

För en heltäckande redovisning av MS och Parkinson hänvisas till Socialstyrelsens utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjerna [92-94].

### **Målnivå**

För indikatorn *Årligt besök hos läkare inom specialistvården* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\geq 80$  procent.

Att målnivån inte är högre beror på att alla personer med MS inte behöver årliga besök [94]. Det gäller till exempel personer som inte längre har inflammatorisk aktivitet och som även i övrigt har en symtomatiskt välbehandlad sjukdom. Det kan också finnas personer som står på stabil behandling och som har en låg inflammatorisk aktivitet, och som därför inte behöver årlig uppföljning hos neurolog. Istället kan uppföljningen i dessa fall ske hos en MS-sjuksköterska.

Indikatorns utfall är möjligt att påverka genom att tillämpa de rekommendationer och kunskap som kommer från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, utvärdering och målnivåarbete om MS [92-94].

Indikatorn visar andelen personer med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året.

#### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt fick 63 procent ett årligt läkarbesök av de med MS (19 175 personer) under 2016 i riket som helhet (se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 9.4). Det är 17 procentenheter från den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet.

#### *Personer i åldern 18–29 år*

Totalt 83 procent fick ett årligt läkarbesök av de med MS (1 075 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 9.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **kvinnor har högre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med män (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 9.1, tredje kolumnen).

#### *Personer i åldern 30–64 år*

Totalt 70 procent fick ett årligt läkarbesök av de med MS (13 387 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 9.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer som bor i större stad och kommun nära större stad samt i mindre stad/tätort och landsbygdskommun har lägre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer som bor i storstadskommun (dvs. referensgruppen).
- **personer som inte förvärvsarbetar har lägre odds** att ha fått ett läkarbesök jämfört med dem som är etablerade på arbetsmarknaden (dvs. referensgruppen).
- **personer med förgymnasial utbildning har lägre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (dvs. referensgruppen).
- **personer födda i övriga världen har högre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer födda i Sverige (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 9.2, tredje kolumnen).

#### *Personer i åldern 65 år och äldre*

Totalt 37 procent fick ett årligt läkarbesök av de med MS (4 688 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 9.3).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer i åldern 65-79 har högre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer som är 80 och äldre (dvs. referensgruppen).
- **personer som bor i hushåll med låg disponibel inkomst har lägre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer som bor i hushåll med hög disponibel inkomst (dvs. referensgruppen).
- **personer med förgymnasial och gymnasial utbildning har lägre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 9.3, tredje kolumnen).

## 10. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, Parkinson

Vid Parkinsons sjukdom förstörs de nervceller som tillverkar dopamin, vilket leder till att hjärnan får svårare att kontrollera de nervsignaler som styr kroppens rörelser. Sjukdomen kännetecknas av olika motoriska symtom, som minskad rörlighet, skakningar och balanssvårigheter, men personerna kan också drabbas av en mängd icke-motoriska symtom. De flesta insjuknar i 65-årsåldern, men det förekommer att de motoriska symtomen uppstår redan i 40-årsåldern. I Sverige finns det uppskattningsvis mellan 18 000 och 20 000 personer med Parkinsons sjukdom [92].

Det finns ingen botande behandling för Parkinsons sjukdom men det finns symtomlindrande behandlingar med en starkt positiv effekt på funktion och välbefinnande, både vad gäller de motoriska och de icke-motoriska symtomen [92]. Behandlingen blir alltmer komplex ju längre sjukdomen fortskrider.

Att återkommande undersökas av en läkare med betydande erfarenhet av Parkinsons sjukdom är en förutsättning för att nya symtom ska kunna identifieras och rätt symtomlindrande behandling ska kunna sättas in [92]. I dagsläget går det inte att mäta hur stor andel av besöken som sker hos en läkare med erfarenhet av att arbeta med Parkinsonpatienter, verksam inom en neurologiverksamhet eller motsvarande.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med Parkinsons sjukdom återkommande kontrollundersökningar hos en läkare med betydande erfarenhet av Parkinsons sjukdom minst två gånger per år [92]. Läkarkontakten kan i perioder av stabil sjukdom ibland ersättas av kontakt med en Parkinsonsjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som ingår i det multidisciplinära teamet. Alla personer med Parkinsons sjukdom bör dock få minst ett läkarbesök per år.

Flertalet patienter med Parkinsons sjukdom bör behandlas inom specialistvården. Det finns dock personer som av olika anledningar kan tas

omhand inom primärvården [92]. Det kan till exempel handla om äldre, multijuka personer bosatta i glesbygdsområden, med långa avstånd till specialiserad vård. Målnivån är därför fastställd till 90 procent [94].

### Målnivå

För indikatorn *Årligt besök hos läkare inom specialistvården* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\geq 90$  procent.

Indikatorns utfall är möjligt att påverka genom att tillämpa de rekommendationer och kunskap som kommer från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, utvärdering och målnivåarbete om vård vid MS och Parkinsons sjukdom [92-94].

Indikatorn visar andelen personer med Parkinsons sjukdom som har haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året.

#### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt fick 62 procent ett årligt läkarbesök av de med Parkinson (17 639 personer) under 2016 i riket som helhet (se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 10.3). Det är 28 procentenheter från den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet.

#### *Personer i åldern 30–64 år*

Totalt fick 79 procent ett årligt läkarbesök av de med Parkinson (2 571 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 10.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer som bor i större stad och kommuner nära större stad har lägre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer som bor i storstadskommun (dvs. referensgruppen).
- **personer med låg disponibel inkomst samt som varken har hög eller låg disponibel inkomst har lägre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer som bor i hushåll med hög disponibel inkomst (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 10.1, tredje kolumnen).

#### *Personer i åldern 65 år och äldre*

Totalt fick 59 procent ett årligt läkarbesök av de med Parkinson (15 068 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 10.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **personer i åldern 65-79 år har högre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer som är 80 år och äldre (dvs. referensgruppen).
- **personer som bor i större stad/kommun samt landsbygds kommun har lägre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med dem som bor i storstadskommun (dvs. referensgruppen).
- **personer som bor i hushåll med låg disponibel inkomst har lägre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer som bor i hushåll med hög disponibel inkomst (dvs. referensgruppen).
- **personer med förgymnasial samt gymnasial utbildning har lägre odds** att få ett årligt läkarbesök jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 10.2, tredje kolumnen).

## 11. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

Depression och ångest kan drabba människor i alla åldrar och risken för att insjukna i en depression är cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män [95].

Tillfällig behandling med bensodiazepiner har ofta god effekt på dessa symtom, men samtidigt finns det risk för betydande biverkningar. Vid längre tids behandling finns en stor risk för utveckling av allvarliga biverkningar i form av tolerans och beroende. Vidare medför utsättningen av läkemedlen risk för abstinenssymtom.

Enligt riktlinjerna är det viktigt att behandlingstiden är så kort som möjligt och att behandlingen kontinuerligt följs upp med en förnyad bedömning av nytta och risk. För en heltäckande redovisning hänvisas till Socialstyrelsens utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjerna inom området [95, 96].

### Målnivå

För indikatorn *Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\leq 10$  procent. Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Indikatorns utfall är möjligt att påverka genom att tillämpa de rekommendationer och kunskap som kommer från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, utvärdering och målnivåarbetet för depression och ångest [95-97].

Indikatorn visar andelen personer med ångestsyndrom som har fått läkemedelsbehandling med bensodiazepiner. Socialstyrelsens läkemedelsregister innehåller uppgifter om de läkemedel som hämtats ut mot recept och här ingår alltså inte läkemedel som ges i den slutna vården och som tas ur läkemedelsförråd.

### *Patientpopulationen som helhet*

Totalt stod 32 procent på en långvarig läkemedelsbehandling av bensodiazepiner av de med ångestsyndrom (26 921 personer) under 2016 för riket som helhet (se ojusterat utfall för patientgruppen som helhet i bilaga 4, figur 11.4). Det är 22 procentenheter från den fastställda målnivån för patientgruppen som helhet. Det är betydligt fler personer som står på en långvarig behandling än den rekommenderade maxtiden på fyra veckor.

### *Personer i åldern 18–29 år*

Totalt stod 18 procent står på en långvarig läkemedelsbehandling av bensodiazepiner av de med ångestsyndrom (8 648 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 11.1).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **ej svenskfödda personer har lägre odds** att stå på en långvarig behandling än den rekommenderade maxtiden på fyra veckor jämfört med svenskfödda personer (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 11.1, tredje kolumnen).

### *Personer i åldern 30–64 år*

Totalt stod 36 procent på en långvarig läkemedelsbehandling av bensodiazepiner av de med ångestsyndrom (16 442 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 11.2).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **kvinnor har högre odds** att stå på en långvarig behandling än den rekommenderade maxtiden på fyra veckor jämfört med män (dvs. referensgruppen).
- **personer som är svagt etablerade på arbetsmarknaden samt som ej förvärvsarbetar har högre odds** att stå på en långvarig behandling än den rekommenderade maxtiden på fyra veckor jämfört med personer som är etablerade på arbetsmarknaden (dvs. referensgruppen).
- **personer födda i övriga världen har lägre odds** att stå på en långvarig behandling än den rekommenderade maxtiden på fyra veckor jämfört med svenskfödda personer (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 11.2, tredje kolumnen).

### *Personer i åldern 65 år och äldre*

Totalt stod 64 procent på en långvarig läkemedelsbehandling av bensodiazepiner av de med ångestsyndrom (1 831 personer) under 2016 (se ojusterat utfall för åldersgruppen i bilaga 4, figur 11.3).

Resultaten från analysen visar då justeringar för sociodemografiska faktorer samt region gjorts att:

- **kvinnor har högre odds** att stå på en långvarig behandling än den rekommenderade maxtiden på fyra veckor jämfört med män (dvs. referensgruppen).

Här uppmärksammas resultat på signifikansnivå 0,001 (se analys i bilaga 5, tabell 11.3, tredje kolumnen).

## Sammanfattning

Ett urval av processindikatorer som berör vård och behandling enligt rekommendationer från några nationella riktlinjer har undersökts i relation till ett antal sociodemografiska faktorer på individnivå.

De sjukdomsområden som studeras är astma/KOL, stroke, diabetes, MS, Parkinson samt ångestsyndrom. De sociodemografiska faktorer som ingår i analyserna är kön, ålder, utbildning, födelse-land, etablering på arbetsmarknaden, disponibel inkomst samt typ av hemkommungrupp som personen bor i. I rapporten analyserades totalt 11 processindikatorer. Analyserna har stratifierats utifrån ålder. Så långt det varit möjligt har resultat tagits fram för åldersgrupperna 18–29, 30–64 samt 65 år och äldre. Här är några resultat i korthet.



- För 8 av 11 indikatorer finns sociodemografiska skillnader vid vård och behandling.
- För 3 indikatorer finns det inte några sociodemografiska skillnader vid vård och behandling.

De skillnader som är mest framträdande berör den sociodemografiska faktorn **typ av kommungrupp**. Här analyserades tre typer av kommungrupper; – storstadskommun, -större stad eller kommun samt -mindre stad, tätort/kommun.

- Personer som bor i **större stad/kommun** samt i **mindre stad, tätort/kommun** får ta del av vård och behandling i lägre utsträckning i jämförelse med personer som bor i en storstadskommun (dvs. referensgruppen). Det handlar om att patienter bör få vård på strokeenhet som första vårdnivå, bedömning av sväljförmåga vid stroke, fot- och ögonundersökning vid diabetes samt att få ta del av ett årligt läkarbesök inom öppenvården vid MS och Parkinson.

Det andra området som därefter uppvisar fler skillnader i vård och behandling är kopplat till personens ålder. **Åldersjämförelsen** gjordes inom gruppen 65 år och äldre, mellan personer som är i åldern 65–79 år med personer som är 80 år och äldre.

- Personer i **åldern 65–79 år** fick rekommenderad vård och behandling i större utsträckning jämfört med personer som är 80 år och äldre. Det handlar om äldre patienter som bör få spirometri vid astma, få vård på strokeenhet som första vårdnivå, få fot- och ögonbottenundersökning vid diabetes och få ett årligt besök hos läkare inom specialistvården vid MS och Parkinson.

Därefter återfinns något fler skillnader i vård och behandling som kan kopplas till individer som **bor i hushåll med låg disponibel inkomst** samt till individens **födelse**land.

Det här projektet kan inte dra några slutsatser kring om de skillnader som redovisas kan anses vara omotiverade eller systematiska. För att göra den bedömningen behöver analyserna vidareutvecklas. De skillnader som har identifierats ger dock en signal som kan tyda på att vården inte är tillräckligt behovsanpassad och resultaten är därför viktiga för huvudmännen att uppmärksamma i prioriteringsdiskussioner om rekommenderad behandling inom de olika patientpopulationerna.

**Tabell 1.a. Sammanfattande resultat avseende multipel regressionsanalys**

Färgschemat anger skillnader i odds på signifikansnivå <0,001 för respektive sociodemografisk grupp i relation till referensgruppen för respektive ålderstrata. Resultaten är justerade för övriga ingående faktorer i respektive analys samt region

Grupp (referensgrupp)	Kön (Man)	Ålder (80+ år)			Kommungrupp (A. Storstads kommun)		Utbildning (Eftergymnasial)	
		18-29	30-64	65-79	B. Större stad eller kommun	C. Mindre stad, tätort, kommun	Förgymnasial	Gymnasial
Inget samband <sup>1</sup>								
Lägre odds än referensgrupp	Kvinnor							
Högre odds än referensgrupp								
Ingår ej i analys								
<b>Spirometri vid astma</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Patientutbildning vid astma</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Patientutbildning vid KOL</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Stroke - tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Stroke - bedömning av sväljförmåga</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Diabetes - fotundersökning diabetes typ 1</b>								
18-29 år typ 1								
30-64 år typ 1								
65+ år typ 1								
<b>Diabetes - fotundersökning diabetes typ 2</b>								
18-29 år typ 2								
30-64 år typ 2								
65+ år typ 2								
<b>Diabetes - ögonbottenundersökning diabetes typ 1</b>								
30-64 år -typ 1								
65+ år typ 1								
<b>Diabetes - ögonbottenundersökning diabetes typ 2</b>								
30-64 år typ 2								
65+ år typ 2								
<b>Bensodiazepiner vid ångestsyndrom (långvarig)</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>MS - årligt besök hos läkare inom specialistvården</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Parkinson - årligt besök hos läkare inom specialistvården</b>								
30-64 år								
65+ år								

<sup>1</sup>Det är viktigt att påpeka att flertalet resultat var signifikanta enligt den mer traditionella signifikansnivån 0,05, för detta hänvisas läsaren till respektive resultatstabell. Vidare är det viktigt att tänka på ett icke signifikant resultat innebär det att det i denna analys inte går att utesluta att det inte finns något samband.

**Tabell 1.b. Sammanfattande resultat avseende multipel regressionsanalys**

Färgschemat anger skillnader i odds på signifikansnivå <0,001 för respektive sociodemografisk grupp i relation till referensgruppen för respektive ålderstrata. Resultaten är justerade för övriga ingående faktorer i respektive analys samt region

Grupp (referensgrupp)	Disponibel inkomst i hushållet (Hög)		Etablering arbetsmarknaden (etablerad)		Födelseland (Sverige)			
	Låg	Varken låg/hög	Svagt etablerad	Ej förvärvs- arbete	Övriga Norden	Eu28	Övriga världen	Ej svensk- född
Inget samband <sup>1</sup>								
Lägre odds än referensgrupp								
Högre odds än referensgrupp								
Ingår ej i analys								
<b>Spirometri vid astma</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Patientutbildning vid astma</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Patientutbildning vid KOL</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Stroke - tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Stroke - bedömning av sväljförmåga</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Diabetes - fotundersökning diabetes typ 1</b>								
18-29 år typ 1								
30-64 år typ 1								
65+ år typ 1								
<b>Diabetes - fotundersökning diabetes typ 2</b>								
18-29 år typ 2								
30-64 år typ 2								
65+ år typ 2								
<b>Diabetes - ögonbottenundersökning diabetes typ 1</b>								
30-64 år -typ 1								
65+ år typ 1								
<b>Diabetes - ögonbottenundersökning diabetes typ 2</b>								
30-64 år typ 2								
65+ år typ 2								
<b>Bensodiazepiner vid ångestsyndrom (långvarig)</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>MS - årligt besök hos läkare inom specialistvården</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Parkinson - årligt besök hos läkare inom specialistvården</b>								
30-64 år								
65+ år								

<sup>1</sup>Det är viktigt att påpeka att flertalet resultat var signifikanta enligt den mer traditionella signifikansnivån 0,05, för detta hänvisas läsaren till respektive resultattabell. Vidare är det viktigt att tänka på ett icke signifikant resultat innebär det att det i denna analys inte går att utesluta att det inte finns något samband.

# Patientrapporterade erfarenheter

Detta kapitel i Socialstyrelsens projekt om jämlik vård avser att särskilt lyfta fram patientperspektivet.

Nationell patientenkät (NPE) utgör idag den huvudsakliga källan till att inhämta information om patienternas erfarenheter och upplevelser av vården. Socialstyrelsen har sammanställt och analyserat statistik från två av enkäterna: primärvård och öppen specialiserad sjukhusvård. Patienternas svar på frågor inom olika dimensioner av enkäten har undersökts tillsammans med bakgrundsvariabler<sup>51</sup> som kan knytas till individen såsom utbildning och sysselsättning. Syftet har varit att närmare studera patienters erfarenheter av vården i relation till deras socioekonomiska position och om det finns några samband som är viktiga att uppmärksamma.

Huvudfokus i denna underlagsrapport är primärvården men vissa resultat från specialiserad öppenvård har också inkluderats. Primärvården utgör befolkningens första vårdinstans och spelar en viktig roll för att uppnå en jämlik vård.

## Om Nationell patientenkät

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Resultaten är tänkta att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv, samt avser att vara ett underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning. Nationella gemensamma undersökningar genomförs vartannat år inom primärvård, somatisk öppen- och slutenvård, akutmottagningar, psykiatrisk öppen- och slutenvård, barnsjukvård öppen- och slutenvård samt barn- och ungdomspsykiatri. Enkätens frågor belyser i huvudsak sju dimensioner av den undersökta vården: helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap samt tillgänglighet.

I denna undersökning har data från NPE för primärvården 2017 och öppen specialiserad vård på sjukhus 2018 använts. Svarsfrekvenserna i dessa enkäter var 36 respektive 43 procent. Dessa svarsfrekvenser avser andelen som besvarat någon del av respektive enkät. Därutöver förekommer partiellt bortfall på enskilda frågor vilket gör att den faktiska svarsfrekvensen på enskilda frågor är något lägre.

## Bortfallsanalys

Den låga andelen svarande i Nationell patientenkät innebär en uppenbar risk att svaren inte är representativa för den patientgrupp vars åsikter man velat undersöka. Därför har en översiktlig bortfallsanalys genomförts i syfte att undersöka huruvida bortfallet är snedvridet, det vill säga om de personer som

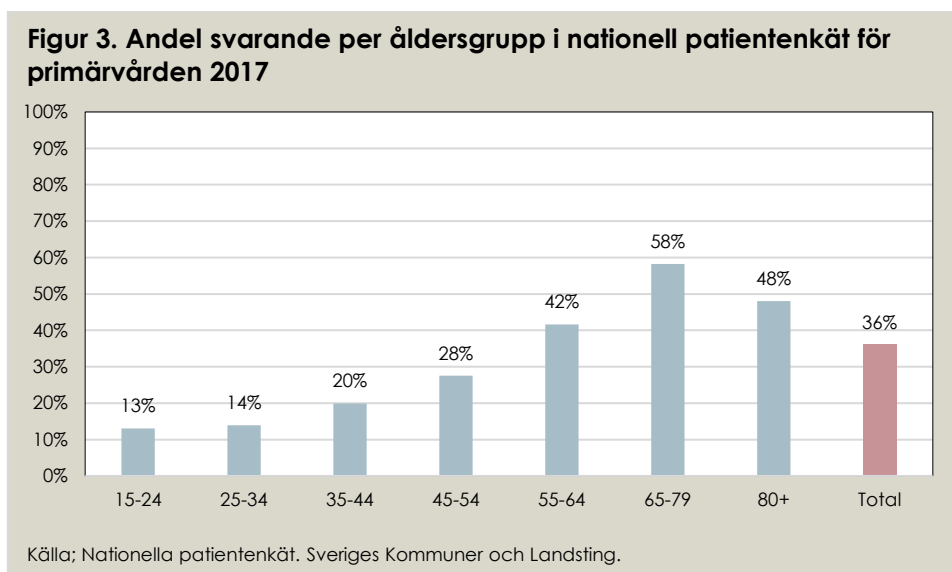
---

<sup>51</sup> Dessa bakgrundsvariabler är egenrapporterade

svarat skiljer sig från dem som inte svarat vad gäller kända bakgrundsvariabler. Bortfallsanalysen inom primärvården omfattar bakgrundsvariablerna ålder, kön, län och kommungrupp. Motsvarande analys för specialiserad öppenvård på sjukhus omfattar ålder, kön och län<sup>52</sup>.

## Bortfall i primärvårdsenkäten

Den största skillnaden i svarsfrekvenser inom primärvården återfinns mellan olika åldersgrupper (se figur nedan), vilka varierar mellan 13 procent och 58 procent.



Vad gäller övriga analyserade bortfallsfaktorer inom primärvården hade kvinnor mellan fyra och sex procentenheter högre svarsfrekvens än männen i samtliga åldersgrupper (10-årsintervall) från 15 till 64 år. I gruppen 65–79 år skilde det endast en procentenhet mellan könen, medan andelen svarande bland män i gruppen 80 år eller äldre var tio procentenheter högre jämfört med kvinnor.

Mellan länen varierade svarsfrekvensen i samma enkät mellan 33 procent och 41 procent. Mellan kommungrupper<sup>53</sup> varierade svarsfrekvensen mellan 35 procent och 38 procent.

De låga svarsfrekvenserna, framför allt i yngre åldersgrupper, riskerar att snedvrider resultaten så att de inte är representativa för åldersgruppen som helhet. Upplevelsen av besöket kan ha påverkat svarsbenägenheten, exempelvis så att de mer missnöjda var mer benägna att svara i syfte att delge sina synpunkter och förbättra vården. Grupper som vanligtvis har högt bortfall,

<sup>52</sup> Uppgifter om patientens hemkommun fanns inte tillgängliga i data från denna enkät.

<sup>53</sup> Med kommungrupper avses här Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning, vilken består av totalt nio grupper fördelade på tre huvudgrupper, där kommunerna grupperats utifrån vissa kriterier som tätortsstorlek, närhet till större tätort och pendlingsmönster. I bortfallsanalysen har de tre huvudgrupperna använts, vilka är: A. Storstäder och storstadsnära kommuner; B. Större städer och kommuner nära större stad; och C. Mindre städer/tätorter och Landsbygdskommuner. Mer information finns i dokumentet [Kommungruppsindelning 2017](#).

som yngre åldersgrupper, kan därmed komma att domineras av mer missnöjda patienter. Generellt gör det stora bortfallet att jämförelserna mellan grupperna är osäkra och resultaten bör tolkas med försiktighet.

En viktig utgångspunkt för denna undersökning är därför att den endast ger uttryck för upplevelsen hos de personer som svarat på enkäten. En annan utgångspunkt är att jämförelser mellan patientgrupper görs inom respektive åldersgrupp. Detta för att åtminstone delvis hantera risken för snedvriden statistik. Emellertid går det inte att fullt ut att korrigera för denna risk. Skillnaden i svarsfrekvens mellan kvinnor och män, framför allt i de yngre åldersgrupperna med generellt låga svarsfrekvenser, innebär också begränsningar i jämförbarhet mellan kvinnor och män i dessa åldersgrupper. Skillnaderna i andel svarande mellan län respektive kommungrupper bedöms vara tillräckligt små för att inte innebära någon omfattande risk för snedvridning av statistiken. Vid bedömning av resultaten är det emellertid viktigt att ha i åtanke att de som svarat kan skilja sig från dem som inte svarat vad gäller andra bakgrundsvariabler, vilka inte varit möjliga att undersöka. Dessutom begränsas primärvårdsenkätens representativitet ytterligare genom att den skickats ut till proportionellt fler patienter vid mindre vårdcentraler jämfört med större vårdcentraler. Något som inte varit möjligt att justera för i denna genomlysning.

## Bortfall i enkäten inom specialiserad öppenvård

Bortfallsmönstret inom den specialiserade öppenvården liknar det inom primärvården. Även här är de största skillnaderna i svarsfrekvenser de mellan olika åldersgrupper. Andelen svarande varierar mellan 19 procent för den yngsta undersökta åldersgruppen (15–24 år) och 65 procent för den näst äldsta åldersgruppen (65–79 år).

Kvinnor hade i åldersgrupperna 15–64 år mellan fyra och åtta procentenheter fler svarande. I gruppen 65–79 år hade kvinnor endast en procentenhet högre svarsfrekvens, medan männen i den äldsta åldersgruppen hade sju procentenheter fler svarande.

Mellan de olika länen varierade andelen svarande mellan 41 procent och 52 procent.

De slutsatser som dras ovan angående risker för snedvridning samt behov av att begränsa jämförelser till respektive åldersgrupp bedöms gälla även för specialiserad öppenvård.

## Genomförande

Genomlysningen av data från primärvårdsenkäten omfattar en fråga per dimension samt en sammanvägd fråga om levnadsvanor.

I ett första steg har beskrivande statistik i form av andelar som besvarat respektive fråga i nationell patientenkät positivt (svarsalternativ 4 eller 5 på en skala från ett till fem) tagits fram. Utifrån denna beskrivande statistik har fyra angelägna frågor valts ut i syfte att genomlysna svaren mer i detalj. Frågan om patientens behov av vård blivit tillgodosett har valts ut i syfte att belysa de svarandes helhetsintryck av vården. Vidare har frågan om samordning valts ut då denna fråga fått relativt låga betyg i samtliga åldersgrupper och därmed

bedöms utgöra ett område med förbättringspotential. Därutöver har frågan om bemötande med respekt oavsett bakgrund valts ut, då denna fråga är central för jämlik vård. Även den sammanvägda frågan om diskussion om levnadsvanor har tagits med i genomlysningen, då det förebyggande och hälsofrämjande arbetet är intressant att belysa ur ett jämlikhetsperspektiv. För specialiserad öppenvård har motsvarande frågor valts ut för att se om eventuella mönster återfinns även i denna del av vården.

För respektive utvald fråga har beskrivande statistik i form av andelar tagits fram uppdelat på åldersgrupper, kön, utbildning och sysselsättning. Där signifikanta skillnader noterats mellan olika utbildnings- eller sysselsättningsgrupper och andelen positiva svar på aktuell fråga har resultaten analyserats med logistisk regression. Detta i syfte att se om skillnaderna kvarstår vid justering för befintliga bakgrundsvariabler.

Mer information om använd metod återfinns i bilaga 9.

**Tabell 14. Deskriptiv statistik över respondenterna utifrån bakgrundsvariabler**

Avser svarande 15 år och äldre i nationell patientenkät för primärvården 2017

		15-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-79 år	80 år eller äldre	Antal obser- vat- ioner
Kön	Kvinnor	68 %	72 %	68 %	65 %	59 %	53 %	54 %	48 688
	Män	32 %	28 %	32 %	35 %	41 %	47 %	46 %	35 089
Utbildning	Ingen avslutad utbildning	6 %	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	2 %	1 372
	Grundskola	28 %	5 %	6 %	8 %	17 %	31 %	45 %	20 698
	Gymnasium	48 %	30 %	28 %	37 %	37 %	29 %	22 %	25 904
	Eftergymnasial utbildning	16 %	62 %	64 %	52 %	44 %	36 %	25 %	33 656
	Uppgift saknas	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	3 %	6 %	2 147
Sysselsättning	Arbetar	28 %	73 %	82 %	83 %	68 %	4 %	0 %	28 059
	Studerar	61 %	12 %	5 %	2 %	0 %	0 %	0 %	2 619
	Pensionär	0 %	0 %	1 %	4 %	18 %	94 %	98 %	47 390
	Arbetslös	4 %	5 %	4 %	4 %	5 %	0 %	0 %	1 740
	Övrig sysselsättning	4 %	7 %	7 %	6 %	7 %	0 %	0 %	2 578
	Uppgift saknas	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	1 391
	Observationernas fördelning per åldersgrupp	3 %	5 %	7 %	12 %	18 %	42 %	14 %	100 %
	Antal observationer	2 662	3 787	5 682	9 682	15 315	35 011	11 638	83 777

Källa: Nationell patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting

## Redovisning av resultat

Nedan redovisas de huvudsakliga resultaten i form av sammanfattande beskrivande statistik för respektive delfråga inom nationell patientenkät avseende primärvården samt i viss mån specialiserad öppenvård på sjukhus<sup>54</sup>, uppdelat på olika undersökningsvariabler. Observera att svarsfrekvensen skiljer sig mellan olika åldersgrupper, varför jämförelse endast bör ske inom respektive åldersgrupp.

### Primärvården

#### *Tillgodosett vårdbehov i primärvården*

Frågan ”Anser du att ditt aktuella behov av vård blivit tillgodosett” utgör en central fråga i nationell patientenkät. Den tillhör också de undersökta frågor<sup>55</sup> som får lägre andel positiva svar i nationell patientenkät för primärvården i samtliga åldersgrupper. Av samtliga respondenter besvarade 74 procent frågan om deras aktuella behov av vård hade blivit tillgodosett positivt. I den yngsta undersökta åldersgruppen (15–24 år) var motsvarande andel 57 procent.

Det går inte att se någon entydig samvariation mellan utbildningsnivå och patienternas syn på huruvida deras aktuella vårdbehov inom primärvården blivit tillgodosett i de olika åldersgrupperna. Det finns en svag tendens till att personer med grundskoleutbildning är mer nöjda jämfört med personer med eftergymnasial utbildning men resultaten är endast signifikanta i en åldersgrupp (65–79 år).

Motsvarande resultat avseende sysselsättning indikerar vissa mindre skillnader. I figuren nedan syns resultatet för åldersgruppen 25–64 år, uppdelat på sysselsättning. Av de svarande har en högre andel av de som arbetar besvarat frågan positivt jämfört med de som uppgett arbetslös som huvudsaklig sysselsättning. Skillnaden var signifikant i tre av de fyra undersökta åldersgrupperna (ej i gruppen 25–34 år) och resultaten kvarstod vid justering för kön, utbildningsnivå och län<sup>56</sup>.

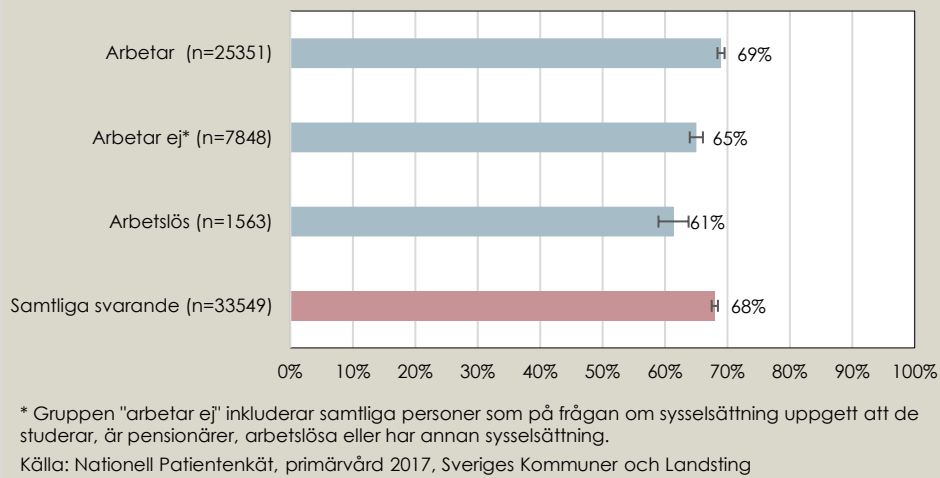
<sup>54</sup> Observera att resultaten för specialiserad öppenvård på sjukhus endast presenteras i textform.

<sup>55</sup> Observera att skrivningen avser en central fråga per dimension i nationell patientenkät.

<sup>56</sup> Vid motsvarande jämförelse mellan gruppen som arbetar respektive samtliga som uppgett annan huvudsaklig sysselsättning än arbetar påvisades signifikanta skillnader i samma tre åldersgrupper, där de som arbetade i högre grad än de som inte arbetade ansåg att deras behov av vård blivit tillgodosett. Detta såväl med som utan justering för ovan nämnda bakgrundsfaktorer. Observera att ”annan sysselsättning” inkluderar följande svarsalternativ: arbetslös, studerar, pensionär och övrig sysselsättning.



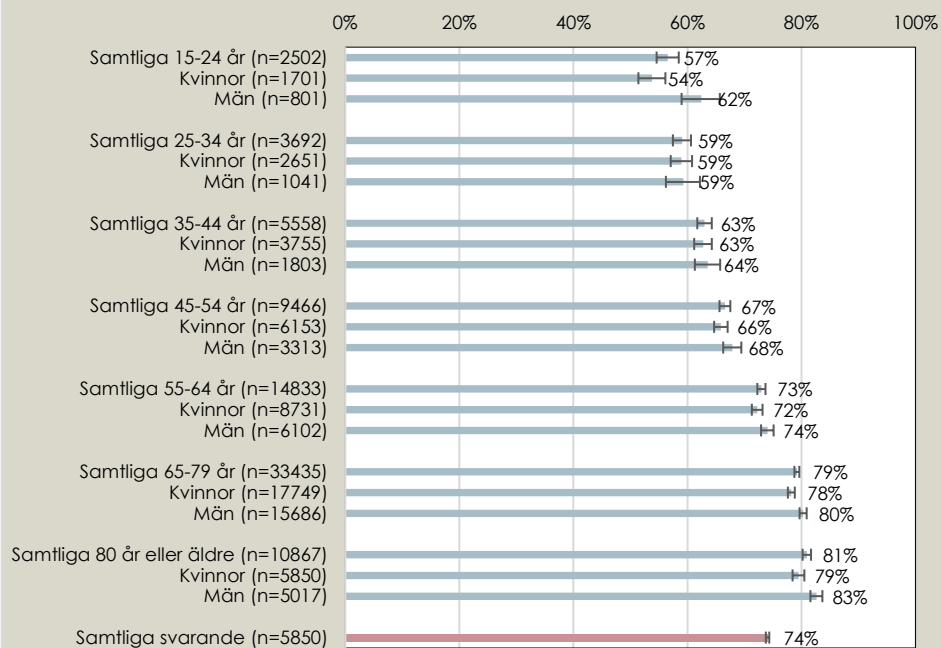
**Figur 4. Andel som besvarat frågan "Anser du att ditt aktuella behov av vård blivit tillgodosett" positivt bland arbetande respektive arbetslösa i åldersgruppen 25–64 år**



En jämförelse av resultaten mellan män och kvinnor i respektive åldersgrupp, visar en tendens för kvinnor att i något lägre grad än män anser att de fått sitt aktuella behov av vård tillgodosett. Skillnaderna var dock endast signifikanta i tre av sju åldersgrupper (bland annat i de äldre åldersgrupperna där män har högre svarsfrekvens än kvinnor). Då resultaten justerades för bakgrundsvariabler (utbildningsnivå, sysselsättning och län<sup>57</sup>), uppgav kvinnor i de tre äldre åldersgrupperna samt den yngsta åldersgruppen att deras vårdbehov blivit tillgodosett i lägre utsträckning än vad männen uppgav, medan skillnaderna i övriga åldersgrupper inte var signifikanta (se figur nedan).

<sup>57</sup> Observera att i åldersgruppen 15-24 år har justering endast gjorts för bakgrundsvariabeln län; i åldersgrupperna 25-64 år har justering gjorts för utbildning, sysselsättning och län; och i åldersgrupperna från 65 år och uppåt har justering endast gjorts för utbildning och län. Resultaten av de olika regressionerna är därför inte helt jämförbara.

**Figur 5. Andel svarande i olika åldersgrupper som besvarat frågan om tillgodosett vårdbehov i primärvården positivt, uppdelat på kön**



Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting

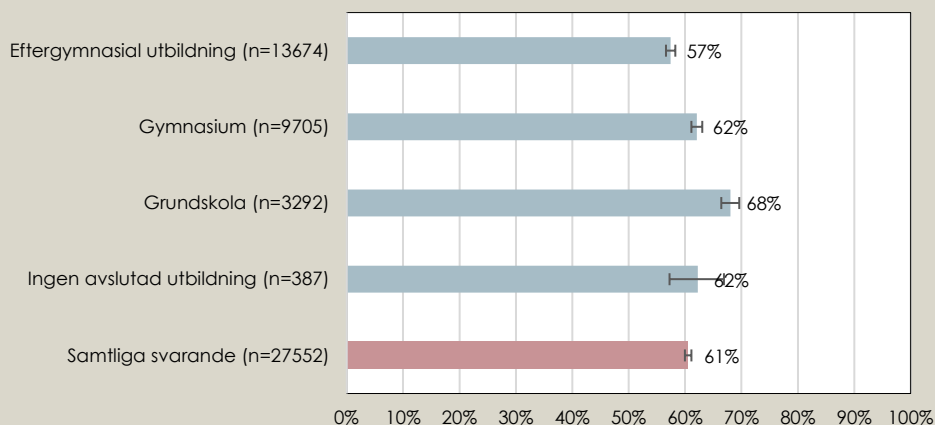
### Samordning av vårdkontakter i primärvården

Frågan ”Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?” är den fråga som i samtliga åldersgrupper fått lägst andel positiva svar i primärvårdsenkäten. Av samtliga svarande var 69 procent nöjda med samordningen. I den yngsta undersökta åldersgruppen (15–24 år) var motsvarande andel 51 procent.

Vid genomlysning av statistiken fördelat på utbildningsnivå, finns en tendens för personer utan avslutad utbildning respektive med grundskoleutbildning att vara mer nöjda med vårdens samordning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Resultaten var signifikanta för gruppen med grundskoleutbildning i fem av sex undersökta åldersgrupper (alla utom åldersgruppen 25–34 år) men inte i någon av åldersgrupperna vad gäller personer utan avslutad utbildning<sup>58</sup>. Det fanns också en tendens för svarande med gymnasieutbildning att vara något mer nöjda med samordningen jämfört med referensgruppen, men i lägre grad än de med grundskoleutbildning. Resultaten kvarstod då de justerades för kön, sysselsättning och län, med undantag för åldersgruppen 55–64 år där resultaten för gruppen utan avslutad utbildning vid justering för bakgrundsvariabler blev signifikant.

<sup>58</sup> I gruppen 25-34 år var tendensen att gruppen var något mer mindre nöjd än referensgruppen med eftergymnasial utbildning. Resultatet var dock inte signifikant.

**Figur 6. Andel som besvarat frågan "Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?" positivt, uppdelat på utbildningsgrupp i åldrarna 25–64 år**



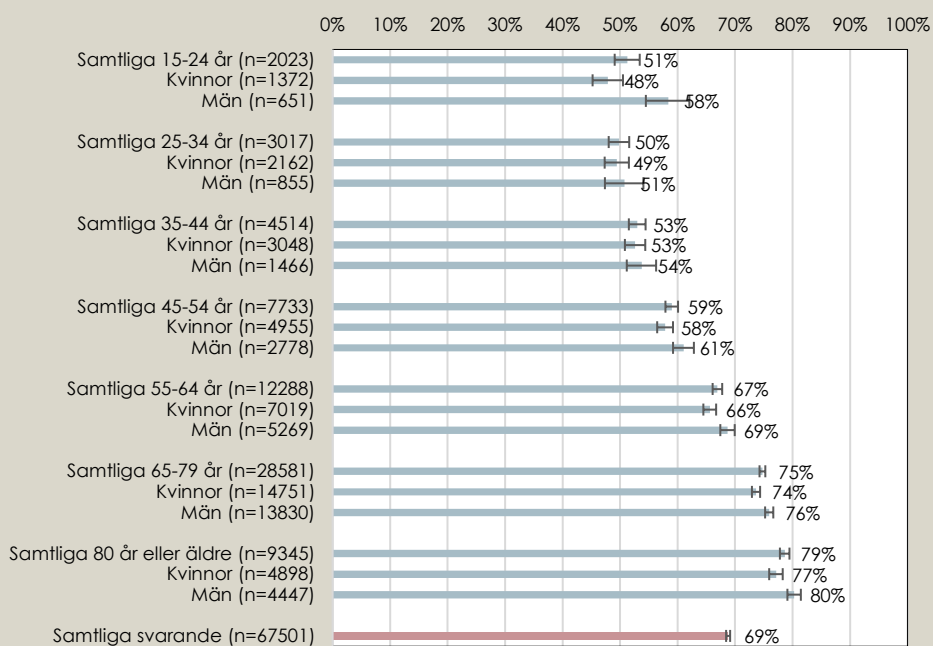
Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting

Motsvarande resultat avseende sysselsättning visar en svag tendens för personer i arbetslöshet att vara något mindre nöjda med samordningen bland de äldre åldersgrupperna i förvärvsarbetande ålder (35–44, 45–54 och 55–64 år), medan mönstret är det motsatta i den yngsta gruppen förvärvsarbetande (25–34 år). Inga av resultaten var dock signifikanta<sup>59</sup>.

Kvinnor var överlag något mindre nöjda med samordningen av vården jämfört med män. Skillnaden var signifikant i fyra av sju åldersgrupper, varav en är den yngsta åldersgruppen där problemet med jämförbarhet mellan könen är som störst på grund stor relativ skillnad i svarsfrekvens (se bortfallsanalys ovan). Då resultaten justerades för utbildning, sysselsättning och län tenderade kvinnor fortfarande att vara något mindre nöjda med samordningen än män. Resultatet var då signifikant i de två äldre åldersgrupperna (vilka givet bortfallsproblematiken bedöms vara mer jämförbara än de yngre åldersgrupperna), samt i den yngsta åldersgruppen (där jämförbarheten bedöms vara sämre).

<sup>59</sup> Detsamma gällde vid jämförelse mellan grupperna som arbetar respektive inte arbetar. (Den senare gruppen inkluderar arbetslösa, studerande, pensionärer och personer med övrig sysselsättning).

**Figur 7. Andel svarande i olika åldersgrupper som besvarat frågan om samordning av vården positivt, uppdelat på kön**



Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting

### Respekt och bemötande i primärvården

Följande fråga bedöms ha direkt bäring på jämlik vård och har därför inkluderats i denna genomgång av nationell patientenkät inom primärvården:

”Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?” För denna fråga är andelen positiva bland samtliga svarande i enkäten högre än för övriga frågor: 89 procent. I den yngsta gruppen är motsvarande andel 78 procent.

Svaren på frågan om respekt och bemötande uppvisar i relation bakgrundsvariabeln utbildning delvis ett annat mönster än flertalet övriga undersökta frågor<sup>60</sup>. I samtliga åldersgrupper där sambandet mellan utbildning och upplevelse av bemötande varit möjligt att undersöka, har svarande utan avslutad utbildning en lägre andel positiva svar än svarande med eftergymnasial utbildning. Ett liknande mönster syns för gruppen med grundskoleutbildning. Resultaten är dock endast signifikanta i tre av sex undersökta åldersgrupper<sup>61</sup>. Resultaten kvarstod vid justering för kön, sysselsättning och län.

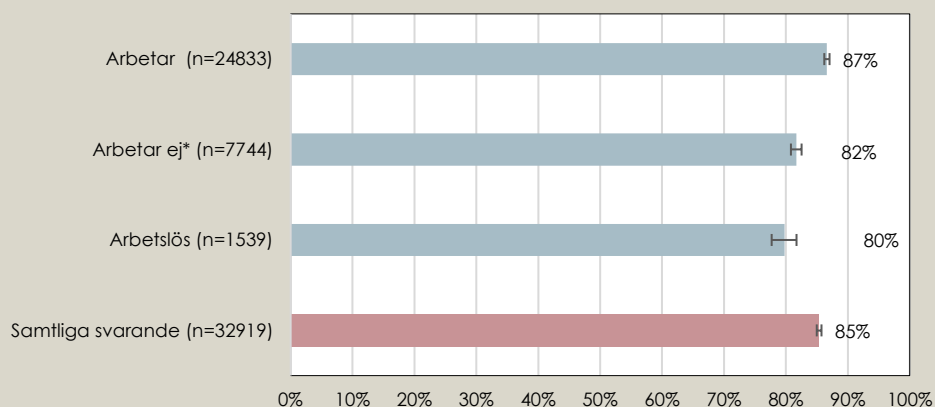
Vad gäller bakgrundsvariabeln sysselsättning var de svarande i förvärvsarbetsbetande ålder (25–64 år) som uppgett arbetslös som huvudsaklig sysselsättning mindre nöjda med bemötandet jämfört med referensgruppen som arbetade i samtliga fyra undersökta åldersgrupper. Resultaten var signifikanta i

<sup>60</sup> Inom respektive område av nationell patientenkät har en fråga valts ut per dimension. Jämförelsen avser dessa utvalda frågor.

<sup>61</sup> För gruppen utan avslutad utbildning var resultaten signifikanta i grupperna 35-44 år, 65-79 år samt 80+år. För gruppen med högst grundskoleutbildning var resultaten signifikanta i åldersgrupperna 25-34 år, 35-44 år samt 80+ år.

tre av fyra åldersgrupper (alla utom den yngsta åldersgruppen, 25–34 år). Resultaten kvarstod vid justering för bakgrundsvariablerna kön, utbildning och län<sup>62</sup>.

**Figur 8. Andel som besvarat frågan om respektfullt bemötande positivt, fördelat på sysselsättning i åldrarna 25–64 år**



\* Gruppen "arbetar ej" inkluderar samtliga personer som på frågan om huvudsaklig sysselsättning uppgett att de studerar, är pensionärer, arbetslösa eller har annan sysselsättning.

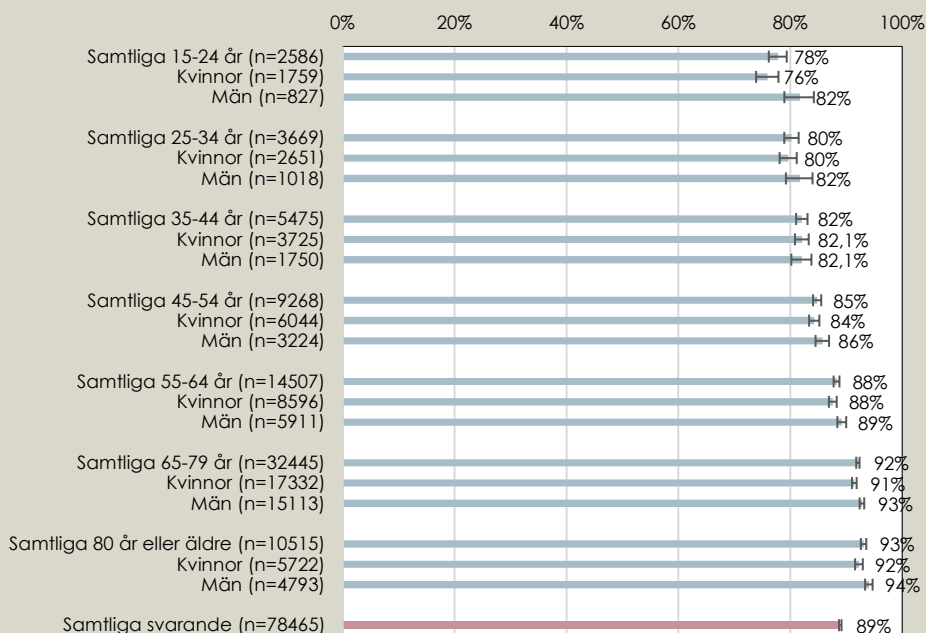
Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting

Slutligen hade kvinnor i sex av sju undersökta åldersgrupper en något lägre andel positiva svar på frågan om respekt och bemötande jämfört med män. Resultaten var dock endast signifikanta i fyra av sju åldersgrupper (varav en utgjorde den yngre åldersgruppen där jämförbarhet mellan könen på grund av låg svarsfrekvens är begränsad). Resultaten kvarstod med ett undantag vid justering för utbildning, sysselsättning och län<sup>63</sup>.

<sup>62</sup> Motsvarande jämförelse mellan gruppen som arbetar och gruppen som inte arbetar justerad för samma bakgrunds-faktorer, påvisades signifikanta skillnader i alla fyra åldersgrupper, där de som inte arbetade i lägre grad än de som arbetade besvarat frågan positivt. (Gruppen som inte arbetar inkluderar här samtliga som angett annan sysselsättning än arbetar: arbetslös, studerar, pensionär och övrig sysselsättning).

<sup>63</sup> De fyra åldersgrupperna var 15-24 år, 55-64 år, 65-79 år och 80+ år. Vid justering för bakgrundsvariabler kvarstod dessa resultat i alla åldersgrupper utom gruppen 15-24 år.

**Figur 9. Andel svarande i olika åldersgrupper som besvarat frågan om bemötande i primärvården positivt, uppdelat på kön**



Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting

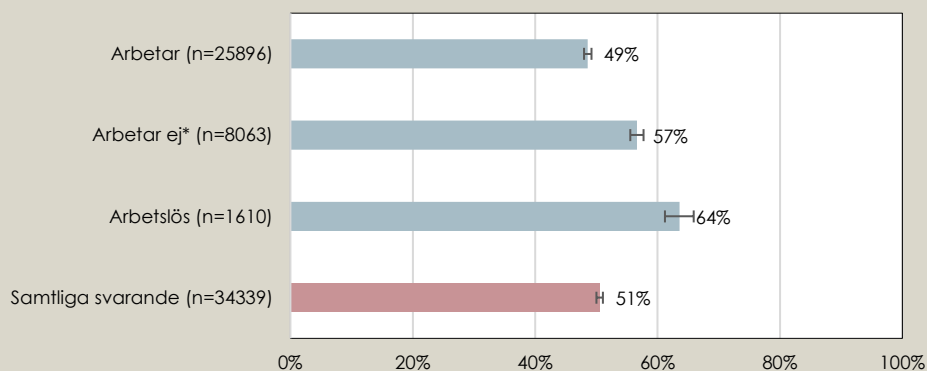
*Förekomst av diskussion om levnadsvanor i primärvården*  
 Denna genomlysning av nationell patientenkät inkluderar också en sammanställning av i vilken utsträckning personal vid vårdcentralen diskuterat alkohol-, mat-, motions- eller tobaksvanor med de svarande. Observera att patienternas svar på fyra olika frågor lagts samman till en ny variabel som mäter huruvida vårdpersonalen diskuterat minst en av dessa levnadsvanor med den svarande. I primärvårdsenkäten finns inte någon fråga om självskattat hälsotillstånd, vilket gör att det inte går att analysera eventuella samband mellan individens egen bedömning av sin hälsostatus och förekomst av denna typ av diskussion i primärvården. I genomsnitt har cirka 50 procent av de svarande på enkäten uppgett att vårdpersonalen diskuterat minst en av de fyra levnadsvanorna med dem. I den yngsta åldersgruppen var motsvarande andel 54 procent.

Personer med grundskoleutbildning eller utan avslutad utbildning har i betydligt högre grad uppgett att personalen diskuterat minst en av levnadsvanorna med dem jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Detta gäller i samtliga undersökta åldersgrupper för personer utan avslutad utbildning, och i fem av sex undersökta åldersgrupper för personer med grundskoleutbildning (Undantaget utgörs av den äldsta gruppen, 80+ år, där inget samband kunde noteras). Resultaten var signifikanta i fyra av sex åldersgrupper för personer med grundskoleutbildning, och i tre av sex åldersgrupper för personer utan avslutad utbildning<sup>64</sup>. Resultatet kvarstod vid justering för bakgrundsvariablerna kön, sysselsättning och län.

<sup>64</sup> Resultaten för personer utan avslutad utbildning var signifikanta i åldersgrupperna 45-54 år, 55-64 år och 65-79 år. Resultaten för personer med högst grundskoleutbildning var signifikanta i åldersgrupperna 25-34 år, 35-44 år, 55-64 år och 65-79 år.

Vidare har vårdpersonalen i betydligt högre grad diskuterat minst en av aktuella levnadsvanor med personer som är arbetslösa jämfört med de som arbetar<sup>65</sup>. Resultaten var signifikanta i alla fyra undersökta åldersgrupper och kvarstod vid justering för bakgrundsfaktorerna kön, ålder och utbildning.

**Figur 10. Andel som uppgett att vårdpersonalen diskuterat minst en av fyra levnadsvanor med dem, fördelat på sysselsättningsgrupp i åldrarna 25–64 år**



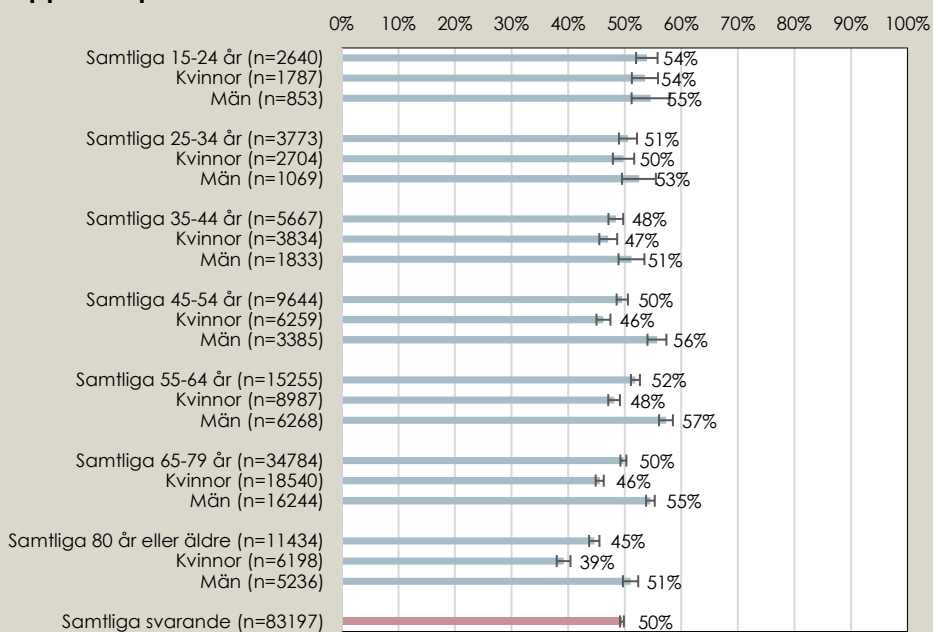
\* Gruppen "arbetar ej" inkluderar samtliga personer som på frågan om sysselsättning uppgett att de studerar, är pensionbärer, arbetslösa eller har annan sysselsättning.

Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting

Slutligen hade vårdpersonalen diskuterat levnadsvanor med män i högre grad än med kvinnor i samtliga åldersgrupper. Resultaten var signifikanta i fem av sju åldersgrupper (inte i de två yngsta åldersgrupperna 15–24 år samt 25–34 år) och kvarstod vid justering för bakgroundsvariablerna utbildning, sysselsättning och län.

<sup>65</sup> Ett liknande mönster gick att avläsa för gruppen som inte arbetar i jämförelse med de som arbetar. Även dessa resultat var signifikanta i alla fyra undersökta åldersgrupper.

**Figur 11. Andel svarande i olika åldersgrupper inom primärvården som uppgett att personalen diskuterat levnadsvanor med dem, uppdelat på kön**



Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting

### Resultat avseende övriga undersökta dimensioner inom primärvården

Utöver de fyra områden som lyfts fram ovan har även en fråga per övrig dimension av nationell patientenkät inom primärvården undersökts. De gäller dimensionerna emotionellt stöd, delaktighet, kunskap och information samt tillgänglighet.

Vad gäller frågan om *emotionellt stöd* ses en svag tendens för personer med lägre utbildning (grundskoleutbildning eller ej avslutad utbildning) att vara något mer positiva till frågan jämfört med personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Det går inte att påvisa någon skillnad mellan arbetslösa och de som arbetar<sup>66</sup>.

Vad gäller *delaktighet* finns en tendens för personer utan avslutad utbildning att vara mindre positiva jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Detta mönster syns dock inte för personer med högst grundskoleutbildning. Arbetslösa är något mindre nöjda med delaktigheten jämfört med de som arbetar.

Beträffande *information och kunskap* respektive *tillgänglighet*, finns en svag tendens för personer med högst grundskoleutbildning att vara mer nöjda än personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning. För dessa frågor finns också en tendens för de som arbetar att vara mer nöjda än de som är arbetslösa. För personer utan avslutad utbildning syns ingen skillnad mot referensgruppen vad gäller frågan om information medan denna grupp är mindre nöjd än referensgruppen vad gäller frågan om tillgänglighet.

<sup>66</sup> Observera att frågan är svåranalyserad då en hög andel svarat "ej aktuellt" på denna fråga.



## Specialiserad öppenvård på sjukhus

Nedan följer en kort sammanfattning av resultaten för utvalda frågor i nationell patientenkät inom den specialiserade öppenvården på sjukhus. Observera att dessa resultat endast presenteras i textform.

### *Tillgodosett vårdbehov inom specialiserad öppenvård på sjukhus*

I likhet med inom primärvården går det inte inom den specialiserade öppenvården på sjukhus att notera några tydliga samband mellan utbildningsnivå och i vilken utsträckning de svarande anser att deras aktuella behov av vård blivit tillgodosett. I ungefär hälften av åldersgrupperna ansåg personer utan avslutad utbildning eller med grundskoleutbildning att deras vård blivit tillgodosett, medan sambandet var det motsatta i de övriga åldersgrupperna. Resultaten var endast signifikanta i två av grupperna avseende grundskoleutbildning och i en av grupperna för personer utan avslutad utbildning.

Inom den specialiserade öppenvården var de svarande som uppgett att de var arbetslösa mindre nöjda med bemötandet jämfört med referensgruppen som arbetade i samtliga fyra undersökta åldersgrupper. Dock var resultaten i likhet med inom primärvården inte signifikanta i den yngsta åldersgruppen (25–34 år).

### *Samordning av vårdkontakter inom specialiserad öppenvård på sjukhus*

Inom specialiserad öppenvård på sjukhus fanns en svag tendens för personer utan avslutad utbildning att vara mindre nöjda med vården jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning. Personer med grundskoleutbildning däremot visar en svag tendens att vara mer nöjda med samordningen jämfört med referensgruppen. Skillnaderna var dock endast statistiskt signifikanta för gruppen med grundskoleutbildning i de två äldsta åldersgrupperna (65–79 och 80+ år).

Vidare hade personer som uppgett arbetslös som huvudsaklig sysselsättning en svag tendens att vara mindre nöjda med samordningen av vården jämfört med referensgruppen som arbetade. Detta gällde i samtliga fyra undersökta åldersgrupper. Resultaten var dock endast signifikanta i den äldsta undersökta åldersgruppen av de förvärvsarbetande (55–64 år).

Kvinnor var slutligen inom den specialiserade öppenvården på sjukhus något mindre nöjda med samordningen av vården jämfört med män i samtliga undersökta åldersgrupper. Skillnaden var dock endast signifikant i tre av sju åldersgrupper (15–24, 25–34 samt 80+ år).

### *Respekt och bemötande inom specialiserad öppenvård på sjukhus*

Inom den specialiserade öppenvården på sjukhus påminner mönstret vad gäller frågan om bemötande om det inom primärvården. Personer med lägre utbildning (ingen avslutad utbildning eller högst grundskoleutbildning) ansåg genomgående i lägre grad att de blivit bemötta med respekt jämfört med referensgruppen med eftergymnasial utbildning. Resultatet var signifikant i fem av sex åldersgrupper.

Vidare ansåg personer i arbetslöshet i lägre grad att de blivit bemötta med respekt jämfört med de som arbetade. Resultatet var signifikant i tre av fyra åldersgrupper (utom i åldersgruppen 25–34 år).

Kvinnor hade en tendens att vara något mindre nöjda med bemötandet jämfört med män. Emellertid var inte skillnaden signifikant i någon av de sju undersökta åldersgrupperna.

### *Förekomst av diskussion om levnadsvanor inom specialiserad öppenvård på sjukhus*

Inom den öppna specialistvården på sjukhus är tendensen liknande den inom primärvården. I samtliga åldersgrupper uppger en högre andel av svarande med lägre utbildning (högst grundskoleutbildning eller ingen avslutad utbildning) att vårdpersonalen diskuterat levnadsvanor med dem jämfört med svarande med eftergymnasial utbildning. Resultatet var signifikant i fem av sju åldersgrupper (utom den yngsta och den äldsta gruppen).

Vad gäller sysselsättning hade svarande som saknar arbete i högre utsträckning diskuterat minst en av aktuella levnadsvanor jämfört med de som arbetar. Resultatet var signifikant i samtliga åldersgrupper.

Slutligen hade män har i samtliga sju åldersgrupper i högre grad än kvinnor haft samtal om minst en av de aktuella levnadsvanorna.

## Slutsatser och diskussion

Resultaten av genomlysningen pekar på att de svarandes upplevelse av vården i nationell patientenkät i viss mån skiljer sig mellan olika utbildningsgrupper respektive sysselsättningsgrupper. Vissa skillnader återfinns också mellan kvinnor och män. De skillnader som noteras är dock små, vanligen ett fåtal procentenheter.

### *Tillgodosett vårdbehov*

Vad gäller frågan om *tillgodosett vårdbehov* syntes inga entydiga samband med utbildningsnivå. Det fanns dock en svag tendens för svarande med lägre utbildning att vara mer nöjda jämfört med svarande med högre utbildning. Vidare ansåg svarande som arbetade i högre grad att deras behov av vård blivit tillgodosett jämfört med personer i arbetslöshet. Ett liknande mönster, det vill säga att svarande som arbetar hade en mer positiv upplevelse av vården, framkom inom i fem av sju undersökta dimensioner av nationell patientenkät inom primärvården. Män ansåg i något högre grad att deras behov av vård blivit tillgodosett jämfört med kvinnor.

### *Bemötande*

Vad gäller frågan om *bemötande* var en större andel av de svarande positiva till denna fråga jämfört med andra frågor i nationell patientenkät. Något som i sig kan ses som en indikator på att vården erbjuder ett relativt jämlikt bemötande oavsett den svarandes bakgrund. Vid jämförelse mellan olika socioekonomiska grupper skilde sig emellertid resultaten från de andra undersökta dimensionerna. Detta genom att såväl svarande med högre utbildning som svarande som arbetade var mer positiva till bemötandet. Frågan om bemötande var därmed den enda undersökta frågan där personer som kan anses ha

en högre socioekonomisk position (såväl vad gäller utbildning som sysselsättning) genomgående var mer positiva. Män tenderade också att vara något mer positiva till bemötandet jämfört med kvinnor.

### *Diskussion om levnadsvanor*

Vad gäller *levnadsvanor* uppgav svarande med lägre utbildningsnivå i högre grad att personalen diskuterat minst en av aktuella levnadsvanor med dem jämfört med personer med högre utbildning. Vidare uppgav svarande i arbetslöshet i högre grad att de haft en diskussion om aktuella levnadsvanor jämfört med de som arbetade. Kvinnor uppgav också i lägre grad än män att vårdpersonalen diskuterat levnadsvanor med dem. I sammanhanget kan nämnas att förekomsten av aktuella ohälsosamma levnadsvanor är högre bland personer med lägre utbildning och något högre bland män, jämfört med personer med högre utbildning respektive kvinnor [98, 99]. Resultatet skulle kunna indikera att primärvården, i enlighet med nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [100], prioriterar diskussion om aktuella levnadsvanor i relation till vuxna med särskild risk, däribland personer med social sårbarhet.

### *Samordning av vårdkontakter*

Vad gäller frågan om *samordning av vårdkontakterna* syntes inga tydliga samband med sysselsättning, men däremot med utbildning. Personer med lägre utbildningsnivå var mer nöjda med samordningen av vården och tvärtom. För grundskoleutbildade syntes ett liknande mönster för flertalet undersökta dimensioner, där dessa var mer positiva jämfört med personer med högre utbildning. Resultatet skulle eventuellt kunna bero på att personer med olika utbildningsnivå skiljer sig i sina förväntningar och/eller krav på sjukvården, exempelvis vad gäller samordning. I rapporten *Förnuft och känsla från 2018* [101] beskrivs exempelvis att hög utbildning hänger samman med lägre förtroende för hälso- och sjukvården. Kvinnor tenderade slutligen att vara något mindre nöjda med samordningen jämfört med män.

### *Specialiserad öppenvård*

Vid genomlysning av motsvarande frågor inom den specialiserade öppenvården vid sjukhus var mönstren vad gäller de undersökta frågorna mycket likt det inom primärvården. Det enda undantaget utgjordes av frågan om samordning, där personer som arbetade var mer positiva till samordningen av vården jämfört med personer i arbetslöshet.

### *Sammanvägt resultat*

Sammanfattningsvis går det inte med befintliga resultat från nationell patientenkät att påvisa några omfattande skillnader mellan olika gruppers erfarenheter av och uppfattning om vården baserat på deras socioekonomiska bakgrund eller könstillhörighet. Vissa skillnader kan ses, såsom exempelvis att svarande med lägre utbildning på flera områden tenderar att vara mer nöjda med vården jämfört med svarande med högre utbildning. Endast vad gäller bemötande finns en tendens för såväl svarande med lägre utbildning som personer i arbetslöshet att vara mindre nöjda jämfört med sina respektive referensgrupper. Det skulle kunna indikera att skillnaderna i upplevelse av vården mellan olika socioekonomiska grupper är större vad gäller bemötande

jämfört med övriga undersökta dimensioner av primärvården. Resultaten indikerar också att diskussioner om levnadsvanor i högre grad riktas mot riskgrupper såsom personer med lägre socioekonomisk position.

Det är inte möjligt att jämföra resultaten i denna rapport med motsvarande genomlysning som Socialstyrelsen gjorde i sin rapport om ojämna villkor för vård och hälsa 2011 [102]. Detta på grund av att svarsfrekvenserna sjunkit, dels på grund av att ett antal bakgrundsvariabler bytts ut eller tagits bort sedan dess. Exempelvis inkluderar inte primärvårdsenkäten längre frågor om modersmål eller självskattad hälsa. I ovan nämnda rapport från 2011 var skillnaderna i upplevelse av vården störst mellan grupperna med respektive utan svenska som modersmål.

### *Begränsningar i genomlysningen*

Ett antal omständigheter gör att resultaten som presenteras ovan bör tolkas med försiktighet. För det första gäller sambanden som presenteras i denna rapport endast de personer som besvarat aktuella versioner av nationell patientenkät. Det faktum att bortfallet i enkäterna är omfattande, och dessutom snedvridet med avseende på ålder, innebär en begränsning i möjligheten att dra slutsatser. Det finns också en risk att mindre resursstarka grupper i lägre grad besvarat enkäterna och att skillnader mellan grupper därför underskattas. Vidare är justeringen i relation till bakgrundsfaktorer begränsad till de frågor som finns inkluderade i nationell patientenkät.

Dessutom bör man vid bedömning av hur väsentliga sambanden är, beakta att flera av de grupper som i mindre utsträckning är nöjda med vården, t ex gruppen arbetslösa eller gruppen utan avslutad utbildning, är mycket få till antalet i relation till populationen som helhet och/eller jämförelsegruppen. Därutöver är de skillnader som noteras mellan grupper i flertalet fall små, vanligen ett fåtal procentenheter.

Djupare analyser och kompletterande undersökningar krävs för att identifiera vilka av dessa samband som eventuellt speglar en faktisk ojämlikhet i vården, liksom undersökningar som kan ge kunskap om vad eventuella oönskade samband beror på och vilka åtgärder som i så fall skulle behöva vidtas.

<b>Sammanfattning av resultat avseende andelen positiva svar på fyra undersökta frågor i nationell patientenkät för primärvården 2017, uppdelat på åldersgrupper.</b>				
<b>Dimension</b>	<b>Kvinna</b>	<b>Utan avslutad utbildning</b>	<b>Grundskoleutbildning</b>	<b>Arbetslös</b>
<b>Tillgodosett vårdbehov</b>				
1. Helhetsintryck: 25–34 år			*	
2. Helhetsintryck: 35–44 år				*
3. Helhetsintryck: 45–54 år		*		*
4. Helhetsintryck: 55–64 år	*			*
5. Helhetsintryck: 65–79 år	*		*	
6. Helhetsintryck: 80 år el äldre	*			
<b>Samordning</b>				
1. Samordning: 25–34 år				
2. Samordning: 35–44 år			*	
3. Samordning: 45–54 år			*	
4. Samordning: 55–64 år		*	*	
5. Samordning: 65–79 år	*		*	
6. Samordning: 80 år el äldre	*		*	
<b>Bemötande</b>				
1. Bemötande: 25–34 år			*	
2. Bemötande: 35–44 år		*	*	*
3. Bemötande: 45–54 år				*
4. Bemötande: 55–64 år	*			*
5. Bemötande: 65–79 år	*	*		
6. Bemötande: 80 år el äldre	*	*	*	
<b>Förekomst av diskussion om levnadsvanor</b>				
1. Diskussion om levnadsvanor: 25–34 år				*
2. Diskussion om levnadsvanor: 35–44 år	*		*	*
3. Diskussion om levnadsvanor: 45–54 år	*	*	*	*
4. Diskussion om levnadsvanor: 55–64 år	*	*	*	*
5. Diskussion om levnadsvanor: 65–79 år	*	*	*	
6. Diskussion om levnadsvanor: 80 år el äldre	*			
Resultaten avser aktuella grupperns oddskvoter för ett positivt resultat i förhållande till respektive referensgrupp.				
* Resultatet är signifikant på 5-procentnivån	Lägre odds	Högre odds	Ingen skillnad	Ingår ej i analysen

# Referenser

1. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2019. Folkhälsomyndigheten.
2. Kommissionen för jämlik, h. Det handlar om jämlik hälsa : utgångspunkter för kommissionens vidare arbete : delbetänkande / av Kommissionen för jämlik hälsa, Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2016:55.
3. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa : förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa, slutbetänkande SOU 2017:47. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
4. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
5. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1987. Spånga: Kundtjänst, Socialstyrelsen; 1987.
6. SPRI. Hur mår du Sverige? : ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige - undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) som underlag för planering. Stockholm: Spri; 1982.
7. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1994. Spånga: Kundtjänst, Socialstyrelsen; 1994.
8. Socialstyrelsen. Hälsa- och sjukvårdsrapport. 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
9. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1997. Spånga: Kundtjänst, Socialstyrelsen; 1997.
10. Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård : jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
11. Myndigheten för vårdanalys. En mer jämlik vård är möjlig : analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.
12. Utredning av hur hälsan för personer med låg utbildning, utifrån fördelning av hälsans bestämningsfaktorer för dessa, kan främjas av insatser inom hälso- och sjukvården för en jämlik hälsa. Deluppdrag 5. PM. dnr 01046-2014. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten; 2016-11-10
13. Socialstyrelsen. Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn – en fråga om psykosocial miljö? . 2018.
14. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten 2014. 2014.
15. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst : lägesrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
16. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning : lägesrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.

17. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2015.
18. Socialstyrelsen. Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv : en undersökning bland socialkontor och vårdcentraler. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
19. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning : lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
20. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning; 2017.
21. Socialstyrelsen. Psykiatrisk vård : ett steg på vägen : öppna jämförelser och utvärdering 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
22. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - diabetes; 2011.
23. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - cancer; 2011.
24. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - akut hjärtinfarkt; 2011.
25. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - stroke; 2011.
26. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - förlossning; 2011.
27. Socialstyrelsen. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
28. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre - uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
29. Socialstyrelsen. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
30. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. 2014.
31. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
32. Bos, HMW, Boschloo, L, Schoevers, RA, Sandfort, TGM. Depression and anxiety in patients with and without same-sex attraction: differences in clinical expression, lifestyle factors, and vulnerability indicators. *Brain and behavior*. 2015; 5(9):e00363-e.
33. Meyer, IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*. 2003; 129(5):674-97.
34. Forte. Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?; 2018.
35. Folkhälsomyndigheten, Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. Folkhälsomyndigheten. 2015.
36. Statistiska centralbyrån, S. Sverige i siffror. 2018. Hämtad 2018-10-12 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/utrikes-fodda/>

37. Statistiska centralbyrån, S. Ohälsa och sjukvård 1980-2005 = [Health and medical care 1980-2005]. Stockholm ;; Statistiska centralbyrån (SCB); 2006.
38. Akhavan, S. The health and working conditions of female immigrants in Sweden. Stockholm; 2006.
39. Mangrio, E, Sjögren Forss, KJBHSR. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. 2017; 17(1):814.
40. Wångdahl, J, Lytsy, P, Mårtensson, L, Westerling, R. Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees: a Swedish cross-sectional study. International Journal of Public Health. 2018; 63(3):409-19.
41. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende : stöd för styrning och ledning: Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
42. Vård och omsorg till personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser : öppna jämförelser av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser: Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
43. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser - Missbruks och beroendevården; 2018.
44. Socialstyrelsen. Att ge ordet och lämna plats : vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
45. Metoder för brukarinflytande och brukarmedverkan inom socialtjänst och psykiatri : en kartläggning av forskning och praktik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
46. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
47. Vårdval och jämlik vård inom primärvården : en jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande: Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
48. Sveriges Kommuner och Landsting. Kommungruppsindelning 2017 - Omarbetning av Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning 2016.
49. Socialstyrelsen. Primärvårdens uppdrag: en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
50. Öppna jämförelser 2018 - En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat: Socialstyrelsen. 2019.
51. Region Skåne. Strategi för jämlik vård 2016-2017. Koncernkontoret, Avd för hälso- och sjukvård. PM, dnr 1502601. 2015.
52. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv : kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning. Stockholm: Norstedts juridik; 2018.
53. Glengård, AH, Anell, A. Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? Solna: Myndigheten för vårdanalys; 2012.



54. Landsting, SKo. Patientupplevd tillgänglighet - Ett delprojekt i syfte att fånga och förstå patientens upplevelse av tillgänglighet; 2016.
55. RFSL. Hbtq-certifierade verksamheter. 2018. Hämtad från: <https://www.rfsl.se/certifiering-och-utbildning/certifierade-verksamheter/>
56. Blomstedt, Y, Norberg, M, Stenlund, H, Nystrom, L, Lonnberg, G, Boman, K, et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Vasterbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ open*. 2015; 5(12):e009651.
57. VHU. VHU. Hämtad 2018-12-10 från: <https://public.tableau.com/profile/epiglobe#!/vizhome/VHU1990-2014/Adderatdeltagande>
58. Vårdkompetens, F. Samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården – Årsrapport 2018; 2019.
59. Mantwill, S, Monestel-Umana, S, Schulz, PJ. The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *PloS one*. 2015; 10(12):e0145455.
60. Wångdahl J., Lytsy P., Mårtensson L., Westerling R. Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees: a Swedish crosssectional study. *International Journal of Public Health*, 2018. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1074-2>
61. Parker VA, Lemak CH. Navigating Patient Navigation: Crossing Health Services Research and Clinical Boundaries, in John D. Blair, Myron D. Fottler (ed.) *Biennial Review of Health Care Management (Advances in Health Care Management, Volume 11)* Emerald Group Publishing Limited, 2011; pp. 149- 183.
62. Bush M.L., Taylor Z.R., Noblitt B., Shackelford T., Gal, T.J., Shinn J.B. Creel L.M., Lester C., Westgate P.M., Jacobs, J.A., Studts C.R. Promotion of Early Pediatric Hearing Detection Through Patient Navigation: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Laryngoscope* 2017 Nov;127(Suppl 7): S1–S13. doi: [10.1002/lary.26822]
63. Bush M.L., Kaufman M.R., Shackelford T. Adherence in the Cancer Care Setting: A Systematic Review of Patient Navigation to Traverse Barriers. *J Cancer Educ*. 2017 Jun 1. doi: 10.1007/s13187-017-1235-2.
64. Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E, et al. Patient navigation: state of the art or is it science? *Cancer* 2008;113(8):1999-2010. Epub 2008/09/10. doi: 10.1002/cncr.23815.
65. Freeman HP. The history, principles, and future of patient navigation: commentary. *Seminars in oncology nursing* 2013;29(2):72–5. Epub 2013/05/09. doi: 10.1016/j.soncn.2013.02.002
66. Thom DH, Ghorob A, Hessler D, De Vore D, Chen E, Bodenheimer TA. Impact of peer health coaching on glycemic control in low-income patients with diabetes: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2013;11(2):137–44. doi: 10.1370/afm.1443.
67. Lasser KE, Kenst KS, Quintiliani LM, Wiener RS, Murillo J, Pbert L, et al. Patient navigation to promote smoking cessation among low-

- income primary care patients: a pilot randomized controlled trial. *J Ethn Subst Abuse* 2013; 12(4):374–90. doi: 10.1080/15332640.2013.819311.
68. Quintiliani LM, Russinova ZL, Bloch PP, Truong V, Xuan Z, Pbert L, et al. Patient navigation and financial incentives to promote smoking cessation in an underserved primary care population: A randomized controlled trial protocol. *Contemp Clin Trials* 2015; 45 (Pt B):449–57. doi: 10.1016/j.cct.2015.09.005.
  69. Enard KR, Nevarez L, Hernandez M, Hovick SR, Moguel MR, Hajek RA, et al. Patient navigation to increase colorectal cancer screening among Latino Medicare enrollees: a randomized controlled trial. *Cancer Causes Control* 2015; 26(9):1351-9. doi: 10.1007/s10552-015-0620-6.
  70. Meredith S., Disparities in breast cancer and the role of patient navigator programs” clinical journal of oncology nursing”. *Clinical Journal of Oncology Nursin.* February 2013; 17 (1): 54-59.
  71. Kelly E., Ivers N., Zawi R., Barnieh L., Manns B., Lorenzetti D., Nicholas D., Tonelli M., Hemmelgarn B., Lewanczuk R., Edwards A., Braun T., McBrien K.A. Patient navigators for people with chronic disease: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews* 2015; 4(28):2-6. Doi: 10.1186/s13643-015-0019-1.
  72. Akhavan S. Midwives’ views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International journal for equity in health.* 2012; 11:47. doi: 10.1186/1475-9276-11-47.
  73. Akhavan S., Tillgren P., Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: A mixed methods study. *International Journal for Equity in Health,* 2015; 14:65. doi: 10.1186/s12939-015-0196-5.
  74. Löthberg K, FB, Westerling R, et al. Hälsokommunikation på modersmål – gör den någon skillnad? Etablering, utveckling och utvärdering. *Socialmedicinsk tidskrift.* 2012; 89(2):131-9.
  75. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete: delbetänkande. Stockholm: Regeringskansliet; 2016.
  76. Kunskapsbaserad och jämlik vård: förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Stockholm: Regeringskansliet; 2017.
  77. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Delbetänkande, SOU:2018:55.
  78. En mer jämlik vård är möjlig : analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.
  79. Ojämna villkor för hälsa och vård : jämlikhetsperspektv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
  80. Fördjupad redovisning utifrån rapporten ojämna villkor för hälsa och vård. Socialstyrelsen. 2012.
  81. Jämlikhetsperspektivet i nationella riktlinjer. Socialstyrelsen. Hämtad 2019 0411 från: <https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/jamlikhetsperspektivet>.

82. Från medel till mål : att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
83. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning [Elektronisk resurs]. 2018.
84. Årsrapport 2017. Luftvägsregistret; 2018.
85. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård vid astma och KOL – Huvudrapport med förbättringsområden Socialstyrelsen; 2018.
86. Nationella riktlinjer - Målnivåer - Vård vid astma och KOL [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2015
87. Nationella riktlinjer. Vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen; 2018.
88. Utvärdering av vård vid stroke. Nationella riktlinjer – Utvärdering. Huvudrapport med förbättringsområden. Socialstyrelsen; 2018.
89. Nationella riktlinjer – Målnivåer. Vård vid stroke. Målnivåer för indikatorer. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
90. Nationella riktlinjer för diabetesvård Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen; 2018.
91. Diabetesvård : rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015
92. Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom - Stöd för styrning och ledning. . Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
93. Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom: Indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen; 2016.
94. Målnivåer – vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016
95. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019 – Vård vid depression och ångestsyndrom Socialstyrelsen; 2019
96. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019 – Vård vid depression och ångestsyndrom – Underlagsrapport Socialstyrelsen; 2019.
97. Vård vid depression och ångestsyndrom: målnivåer för indikatorer: nationella riktlinjer - målnivåer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
98. Utbildningsnivå och hälsa – hur hänger de ihop?. Folkhälsomyndigheten; 2015.
99. Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018 [Elektronisk resurs]. 2018.
100. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning [Elektronisk resurs]. 2018.
101. Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården [Elektronisk resurs]. 2018.
102. Ojämma villkor för hälsa och vård : jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
103. Rothman, KJ, Greenland, S, Lash, TL. Modern epidemiology; 2008.
104. Venkatapuram, S, Bell, R, Marmot, M. The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice. Health and human rights. 2010; 12(2):3-16
105. Galobardes, B, Shaw, M, Lawlor, DA, Lynch, JW, Davey Smith, G. Indicators of socioeconomic position (part 1). Journal of epidemiology and community health. 2006; 60(1):7-12.

106. Walander, A, Ålander, S, Burström, B. Sociala skillnader i vårdutnyttjande : yrkesverksamma åldrar. Stockholm: Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2004.
107. Geyer, S, Hemstrom, O, Peter, R, Vagero, D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of epidemiology and community health*. 2006; 60(9):804-10.
108. Green, MJ, Popham, F. Interpreting mutual adjustment for multiple indicators of socioeconomic position without committing mutual adjustment fallacies. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):10.
109. Cook, TD. Advanced statistics: up with odds ratios! A case for odds ratios when outcomes are common. *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*. 2002; 9(12):1430-4.
110. Malmquist, J. Risk and odds--how to calculate with events. *Lakartidningen*. 2002; 99(8):751-3, 6.
111. Norton, EC, Dowd, BE, Maciejewski, ML. Odds Ratios-Current Best Practice and Use. *JAMA*. 2018; 320(1):84-5.
112. Norton, EC, Dowd, BE, Maciejewski, ML. Odds Ratios vs Risk Ratios-Reply. *JAMA*. 2018; 320(19):2041-2.

# Bilaga 1. Dialoger om jämlik vård

Socialstyrelsen genomförde under våren 2018 workshops och dialogmöten med företrädare för olika funktioner som verkar inom hälso- och sjukvården. Syftet med dessa dialoger var att identifiera vilka de största utmaningarna för att uppnå jämlik vård var och vilka de viktigaste insatserna för att uppnå jämlik vård är. Resultatet från dialogerna användes sedan för att identifiera vilka områden som krävde en fördjupad analys och där Socialstyrelsen med denna rapport kunde hjälpa regionerna på bästa sätt i arbetet med att uppnå jämlik vård på lika villkor.

Vid samtliga dialogmöten diskuterades dessa tre frågeställningar:

1. Vad är jämlik vård?
2. Vilka är de största utmaningarna, och orsakerna till dessa?
3. Vad behöver göras för att öka jämlikheten i vården?

Sammanlagt hölls två workshops, en med representanter för styrning/ledning inom regionerna och en med representanter för yrkesgrupper verksamma inom vården, samt dialogmöten med representanter för patient- och brukarperspektivet.

## Representanter för regionernas styrning och ledning

I dialogen med representanter för regionernas styrning/ledning deltog representanter från nio regioner. Det var verksamhetschefer, enhetschefer, personer som satt på central nivå och arbetade med verksamhetsutveckling och uppföljning. Representanterna kom från akut-, sluten-, och öppenvård samt primärvård.

### **De största utmaningarna**

- Vårdval och ersättningssystem
- Prioritering av resurser
- Brist på gemensamma begrepp och kunskapssammanställningar
- Bristande hälsolitteracitet

### **Viktiga insatser för att förbättra jämlik vård**

- Ledningssystem, beslutsstöd, indikatorer och data
- Ändra resursfördelning till förmån för jämlik vård
- Utveckla verksamheternas kompetens och arbetssätt för jämlik vård
- Professionellt kunnande.
- Kontinuitet
- Lokal samverkan
- Nationell styrning
- Nationell kunskapsstyrning

## Representanter för vårdens professioner

Deltagare från olika professioner bjöds in via de olika yrkesförbunden. De professioner som fanns representerade var undersköterskor, distriktssköterskor, sjukgymnaster, dietister, sjuksköterskor, skolsköterskor, överläkare, barnmorskor, enhetschefer, kuratorer, skolöverläkare, läkare, socionomer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, ST-läkare och logopedier.

### **De största utmaningarna**

- Tillgängligheten för grupper med större behov, omfattande behov och oklar diagnos
- Tillgängligheten för grupper med otillräckliga kunskaper i svenska
- Tillgängligheten för grupper med psykiska eller kognitiva funktionsnedsättningar
- Bristande kontroll och inflytande över patientmötet och de egna arbetsinsatserna
- Tidsbrist i patientmötet
- Brist på reflektion och uppföljning
- Personalens vårdutbildningar
- Bemötande och tillgänglighet
- Styrmekanismer
- Administration och e-stöd

### **Viktiga insatser för att förbättra jämlik vård**

- Anpassa styrmekanismerna
- Använd vårdpersonalens kompetens
- Tillgänglighet
- Samverka lokalt

## Representanter för patienter och brukare

Inom Socialstyrelsen finns tre råd och nämnder som samlat representanter från olika patient, brukar organisationer och civilsamhället. Socialstyrelsens Nämnd för funktionshinderfrågor, Äldrerådet och Missbruks- och beroende rådet fick efter en kort introduktion diskutera samma frågeställningar som de som diskuterats med representanter för styrning/ledning respektive yrkesverksamma inom vården.

### **De största utmaningarna**

- Tillgänglighet, både framkomlighet, väntetider och att kunna få kontakt
- Vårdgivarnas informationsskyldighet följs inte
- Ojämlig tillgång till behandling mellan regionerna
- Multisjuka äldre missgynnas av ersättningsystemen
- Behov av geriatrisk kompetens i primärvården
- Stora skillnader i beroendevården mellan kvinnor och män
- Upphandlingsprocessen leder till tvång i missbruksvården

## Förbättringsförslag från verksamhetschefer på vårdcentral

I enkäten som genomförts med vårdcentraler i tre regioner ombads verksamheterna ange vilka de största hindren var för att kunna ge patienterna en jämlik vård samt vilka förbättringar som skulle behöva göras för att åstadkomma detta.

### Verksamhetschefernas förbättringsförslag utifrån enkätresultaten

- förbättring av de administrativa systemen
- ökade personalresurser och att förmå personalen att stanna
- ökade utbildningsinsatser till personal i olika former, exempelvis kring personcentrerad vård, funktionsvariationer och lågaffektivt bemötande
- minskat arbetstryck för att ha tid till patientmötet
- bättre digitala lösningar (e-hälsa, distansteknik, för analys av patienternas vårdbehov) som är anpassade efter personalens behov
- bättre anpassade lokaler och hjälp med att åstadkomma detta

Förutom ovanstående svarade verksamhetscheferna i Västerbotten även förbättrat samarbete med andra vårdgivare, koordinator, tydligare prioriteringsordning för röstsvaga patientgrupper och tolk även vid akuta besök.

Verksamhetscheferna i Dalarna svarade även att en kontinuerlig diskussion i arbetsgruppen med tillhandahållet diskussionsmaterial skulle underlätta och behovet av tillgång till specialistkompetens i glesbygd skulle kunna leda till en mer jämlik vård.

Verksamhetscheferna i Skåne svarade att införande av vårdteam och bättre samverkan mellan olika professioner inom verksamheten skulle kunna bidra till jämlikhet i vården, tydligare vårdprogram och handlingsplaner, attitydförändringar, prioriteringsfrågor måste vara en aktuell diskussion, förbättra personalens kunskaper om triagering och medicinsk prioritering samt acceptans om att allt inte handlar om produktion i vården.



# Bilaga 2. Studiebesök vid Glesbygdsmedicinskt centrum

## Glesbygdsmedicinskt centrum

Region Västerbotten består till stora delar av glesbygd och för att kunna tillhandahålla vård till patienter i dessa områden har ett Glesbygdsmedicinskt Centrum (GMC) etablerats. GMC är sedan 2014 en Forsknings och utvecklingsenhet inom Västerbottens primärvård med fokus på utvärdering och utveckling av landstingskommunala samverkansprojekt, samisk hälsa, forskning och utveckling kring sjukstugemodellen samt distansöverbryggande teknik.

Syftet med arbetet på GMC är att öka kunskapen om hur sjukvårds- och omsorgsbehoven på bästa sätt kan tillgodoses för befolkningen i glesbygd samt att öka rekryteringen av läkare och annan sjukvårdspersonal till glesbygd. GMC har en grundfinansiering från regionen, men finansieras i huvudsak av diverse projektmedel.

## Sjukstugemodellen

Det finns idag sju sjukstugor som betecknas som minisjukhus med en bred kompetens för att kunna ta hand om akut sjuka patienter. Vid sjukstugorna finns möjlighet att lägga in patienterna och användandet av olika telemedicinska lösningar gör det möjligt att ta emot i stort sett alla patientkategorier. Sjukstugorna har i regel en utvecklad samverkan med kommunen och på vissa sjukstugor finns vårdavdelningar där patienten kan överföras från den regionala till kommunala vården inom samma byggnad.

## Samhällsbaserade virtuella rum

I Slussfors i Storumans kommun finns sedan 2013 ett virtuellt hälsorum och 2016 fick GMC pengar för att etablera ytterligare åtta hälsorum, sju i Västerbotten och ett i Norrbotten. Dessa startade sin verksamhet under 2017 och benämns nu som samhällsbaserade virtuella rum då det, förutom kontakt med hälso- och sjukvården, även ska finnas möjlighet att kontakta exempelvis arbetsförmedlingen och försäkringskassan.

Till samhällsrummen kan befolkningen gå för att genomföra enklare hälsoundersökningar, så som exempelvis blodtrycksmätning, och för att få kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal via videolänk. Rummen är öppna dygnet runt och kan besökas utan tidbokning. De är till stora delar obemannade, men på vissa håll kommer en undersköterska för att hjälpa patienterna med provtagning och kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal någon eller några gånger i veckan.

# Bilaga 3. Tabeller till enkät om vårdcentralernas arbetssätt

## Tillgänglighet till vård

**Tabell 1: Kontaktvägar till vårdcentralen**

Andel vårdcentraler som erbjuder kontaktväg utan dator eller telefon 2018, kommungrupp. Procent.

	A. Storstäder	B. Större städer	C. Mindre städer/ landsbygd	Alla
Ja, det går att boka en tid i receptionen	46	63	61	58
Ja, på annat sätt	58	46	55	52
Nej	8	3	0	3

Aorstäder n=26, B större städer n=35, C mindre städer/landsbygd n= 31, Alla n=92

**Tabell 2. Öppen mottagning**

Andel vårdcentraler som erbjuder öppen mottagning, region. Procent.

Öppen mottagning till		Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
Läkare	Varje dag	18	0	48	37
	Varje vecka	6	0	2	2
	Nej, erbjuder inte	76	100	51	61
Distrikts-/sjuksköterska	Varje dag	47	0	68	57
	Varje vecka	0	0	0	0
	Nej, erbjuder inte	53	100	32	43
Provtagning	Varje dag	65	20	97	83
	Varje vecka	18	0	2	4
	Nej, erbjuder inte	18	80	2	13

Västerbotten n=17, Dalarna n=10, Skåne n=65, Alla n=92

**Tabell 3. Öppen mottagning**

Andel vårdcentraler som erbjuder öppen mottagning 2018, kommungrupp. Procent.

Öppen mottagning till		Aorstäder	B. större städer	C mindre städer/ landsbygd	Alla
Läkare	Varje dag	58	29	29	37
	Varje vecka	0	3	3	2
	Nej, erbjuder inte	42	69	68	61
Distrikts-/sjuksköterska	Varje dag	69	54	48	57
	Varje vecka	0	0	0	0
	Nej, erbjuder inte	31	46	52	43
Provtagning	Varje dag	92	86	71	83
	Varje vecka	4	6	3	4
	Nej, erbjuder inte	4	9	26	13

Aorstäder n=26, B större städer n=35, C mindre städer/landsbygd n=31, Alla n=92

#### Tabell 4 Fysisk tillgänglighet

Andel vårdcentraler som under 2018 arbetat aktivt med respektive tillgänglighetsaspekt, kommungrupp. Procent.

Fysisk tillgänglighet för patienter med...		A storstäder	B. större städer	C mindestäder/landsbygd	Alla
... nedsatt rörelseförmåga	Ja	35	38	24	33
	Nej tillgängligheten är tillräcklig	35	53	66	52
	Nej, men vi planerar att arbeta med detta	4	3	0	2
	Nej	15	3	3	7
	Vet ej	12	3	7	7
... nedsatt syn	Ja	23	24	14	20
	Nej tillgängligheten är tillräcklig	38	38	39	39
	Nej, men vi planerar att arbeta med detta	8	12	7	9
	Nej	19	21	32	24
	Vet ej	12	6	7	8
... nedsatt hörsel	Ja	23	24	21	22
	Nej tillgängligheten är tillräcklig	35	35	34	35
	Nej, men vi planerar att arbeta med detta	4	12	0	6
	Nej	19	21	38	26
	Vet ej	19	9	7	11
... allergi/överkänslighet	Ja	35	35	17	29
	Nej tillgängligheten är tillräcklig	27	41	55	42
	Nej, men vi planerar att arbeta med detta	4	6	3	4
	Nej	19	9	17	15
	Vet ej	15	9	7	10

Västerbotten n=15, Dalarna n=10 och Skåne n=64, alla: n=89

# Kommunikation och bemötande

**Tabell 5. Personalens möjlighet att delge tydlig information**

Andel vårdcentraler som arbetar med att förbättra personalens möjlighet att kommunicera på ett sådant sätt att informationen blir tydlig för patienten 2018, region. Procent.

	A	B	C	Alla
Personalen har tillgång till kommunikationsstöd, så som strukturerat samtalsstöd	19	34	23	26
Personalen har tillgång till kommunikationsstöd i form av bildkort	19	20	39	26
Personalen har tillgång till skriftlig information på andra språk eller på lättläst svenska	19	37	55	38
Personalen har tillgång till kommunikationsstöd, så som strukturerat samtalsstöd	50	63	81	65

A storstäder n=26, B större städer n=35, C mindre städer/landsbygd n= 31, Alla n=92

10

**Tabell 6: Bemötande från personalen**

Andel vårdcentraler där verksamhetschefen bedömt att personalens bemötande, oavsett patienternas förutsättningar, fungerar 2018, region. Procent.

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
Alltid/nästan alltid	80	30	75	71
Oftra	20	60	23	27
Sällan	0	10	0	1
Vet inte/kan inte uppge	0	0	2	1

Västerbotten n=15, Dalarna n=10, Skåne n= 64, Alla n=89

**Tabell 7: Bemötande från personalen**

Andel vårdcentraler där verksamhetschefen bedömt att personalens bemötande, oavsett patienternas förutsättningar, fungerar 2018, kommungrupp. Procent.

	A Storstäder	B större städer	C mindre städer/landsbygd	Alla
Alltid/nästan alltid	81	59	76	71
Oftra	19	38	21	27
Sällan	0	3	0	1
Vet inte/kan inte uppge	0	0	3	1

A storstäder n=26, B större städer n=34, C mindre städer/landsbygd n= 29, Alla n=89

### Tabell 8: Patienternas delaktighet

Andel vårdcentraler där verksamhetschefen bedömt att patienternas delaktighet fungerar 2018, region. Procent.

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
Alltid/nästan alltid	27	0	27	24
Ofta	73	90	63	67
Sällan	0	10	8	7
Vet inte/kan inte uppge	0	0	3	2

Västerbotten n=15, Dalarna n=10, Skåne n= 64, Alla n=89

### Tabell 9: Patienternas delaktighet

Andel vårdcentraler där verksamhetschefen bedömt att patienternas delaktighet fungerar 2018, kommungrupp. Procent.

	A Storstäder	B större städer	C mindre städer/landsbygd	Alla
Alltid/nästan alltid	31	21	21	24
Ofta	65	65	72	67
Sällan	4	9	7	7
Vet inte/kan inte uppge	0	6	0	2

A storstäder n=26, B större städer n=34, C mindre städer/landsbygd n= 29, Alla n=89

### Tabell 10. Kommunikation vid funktionsnedsättning

Andel vårdcentraler där kommunikationen med patienter med någon av nedanstående funktionsnedsättningar fungerade tillräckligt bra för att skapa meningsfulla patientmöten, region. Gäller för 2018. Procent.

Kommunikation med patienter som har...		Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla svar
... kognitiva funktionsnedsättningar	Nästan alltid/ofta	88	91	76	80
	Sällan/nästan aldrig	12	0	8	7
	Vet inte/kan inte uppge	0	9	17	13
... hörselskada	Nästan alltid/ofta	100	82	80	84
	Sällan/nästan aldrig	0	0	0	0
	Vet inte/kan inte uppge	0	18	20	16
... dövhet	Nästan alltid/ofta	82	54	66	68
	Sällan/nästan aldrig	6	0	8	6
	Vet inte/kan inte uppge	12	45	26	26
... dövblindhet	Nästan alltid/ofta	53	9	32	33
	Sällan/nästan aldrig	12	0	17	14
	Vet inte/kan inte uppge	35	91	52	53

Västerbotten n=17, Dalarna n=11, Skåne n=66, Alla n=94

**Tabell 11. Kommunikation vid funktionsnedsättning**

Andel vårdcentraler där kommunikationen med patienter med någon av nedanstående funktionsnedsättningar fungerade tillräckligt bra för att skapa meningsfulla patientmöten, region. Gäller för 2018. Procent.

Patienter med...		A. Stor- städer	B. Större städer	C. Mindre städer/ landsbygd	Alla svar
... kognitiva funktions- nedsättningar	Nästan alltid/oftra	76	78	84	80
	Sällan/nästan aldrig	7	5	10	7
	Vet inte/kan inte uppge	015	16	6	13
... hörselskada	Nästan alltid/oftra	81	81	90	84
	Sällan/nästan aldrig	0	0	0	0
	Vet inte/kan inte uppge	19	19	10	16
... dövhet	Nästan alltid/oftra	62	65	77	68
	Sällan/nästan aldrig	15	3	3	6
	Vet inte/kan inte uppge	23	32	19	26
... dövblindhet	Nästan alltid/oftra	19	41	35	33
	Sällan/nästan aldrig	27	8	10	14
	Vet inte/kan inte uppge	54	51	55	53

A storstäder n= 26, B större städer n= 37, C mindre städer/landsbygd n= 31, Alla n=94

# Hälsöfrämjande arbete

**Tabell 12. Förebyggande arbete för patienternas hälsa**

Andel vårdcentraler som under 2018 använt sig av respektive metod i förebyggande arbete, kommungrupp. Procent

	A storstäder	B större städer	C mindre städer/landsbygd	Totalt
<b>Vårdcentralen håller i grupputbildningar/informationsträffar ...</b>				
... om hur patienterna kan förebygga ohälsa	31	43	52	42
... om vanliga hälsoproblem	23	40	39	35
... med kroniska sjukdomar	42	57	45	49
<b>Vårdcentralen genomför regelbundna och systematiska enskilda samtal ...</b>				
... med de patienter som själva efterfrågar information om hur de kan förebygga ohälsa	10	20	17	47
... med de patienter som av hälsoskäl har behov av information om hur de kan förebygga ohälsa	11	23	23	57
... med vissa grupper av patienter*	9	15	11	35
<b>Vårdcentralen arbetar förebyggande på annat sätt**</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>

A storstäder n=26, B större städer n=35, C mindre städer/landsbygd n= 31, Alla n=92

\* De grupper som specificerats var exempelvis kroniskt sjuka, patienter med psykisk ohälsa, högt blodtryck, rökare och patienter med sömnsvårigheter och stressproblematik.

\*\* De andra arbetssätt som specificerats var exempelvis gruppträffar i mindfulness, artrosskola, information i väntrummet, att vårdcentralen följer nationella riktlinjer kring kroniskt sjuka, information vid hälsosamtal till nyanlända

# Samarbete och samordning av vårdkontakter

**Tabell 13: Hinder vid överföring till annan vårdgivare**

Andel vårdcentraler där det i respektive situation finns hinder för patienternas fortsatta vård, när vården ska överföras mellan vårdcentralen och en annan vårdgivare 2018, kommungrupp. Varje vårdcentral kan ange flera olika situationer. Procent.

	A. Storstäder	B. Större städer	C. Mindre städer/landsbygd	Alla
I samband med remittering från vårdcentralen till annan vårdgivare	62	74	55	64
I samband med remittering från annan vårdgivare till oss	35	38	45	39
Vid egenremiss	4	9	31	15
I samband med överföring av patientinformation	58	56	59	57
Svårt att veta vart patienten ska remitteras	19	29	14	21
På annat sätt	0	3	3	2

Aorstäder n=26, B större städer n=34, C mindre städer/landsbygd n= 29, Alla n=89

**Tabell 14: Samarbete med andra vårdgivare**

Andelen vårdcentralens där samarbetet med andra vårdgivare fungerar alltid/nästan alltid, ofta respektive sällan 2018, region. Procent.

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
Alltid/nästan alltid	13	0	20	17
Ofra	87	100	72	78
Sällan	0	0	8	6

Västerbotten n=15, Dalarna n=10, Skåne n= 64, Alla n=89

**Tabell 15: Samarbete med tandvården**

Andelen vårdcentralens där samarbetet med tandvården fungerar alltid/nästan alltid, ofta respektive sällan 2018, region. Procent.

	Västerbotten	Dalarna	Skåne	Alla
Alltid/nästan alltid	47	30	9	18
Ofra	40	0	33	30
Sällan	7	10	17	15
Aldrig/nästan aldrig	0	0	3	2
Vet inte/kan inte uppge	7	60	38	35

Västerbotten n=15, Dalarna n=10, Skåne n= 64, Alla n=89



## Tillgång till resurser

**Tabell 16. Tillgång till personella resurser**

Verksamhetschefens bedömning av om verksamheten har tillgång till nedanstående personella resurser i tillräcklig utsträckning. Avser arbetet 2018. Procent.

		A. Storstäder	B. Större städer	C. Mindre städer/landsbygd	Alla
Fast anställda läkare	Ja, helt	50	32	10	30
	Nej, inte helt	31	53	59	48
	Nej, inte alls	19	15	31	21
	Vet ej	0	0	0	0
Fast anställda sjuksköterskor	Ja, helt	69	62	38	56
	Nej, inte helt	31	35	62	43
	Nej, inte alls	0	3	0	1
	Vet ej	0	-	0	0
Kurator/psykolog	Ja, helt	65	56	41	54
	Nej, inte helt	35	38	41	38
	Nej, inte alls	0	6	14	7
	Vet ej	0	0	3	1
Annan fast anställd vårdpersonal	Ja, helt	77	79	45	67
	Nej, inte helt	23	18	52	30
	Nej, inte alls	0	3	0	1
	Vet ej	0	0	3	1

Aorstäder n=26, B större städer n=34, C mindre städer/landsbygd n= 29, Alla n=89

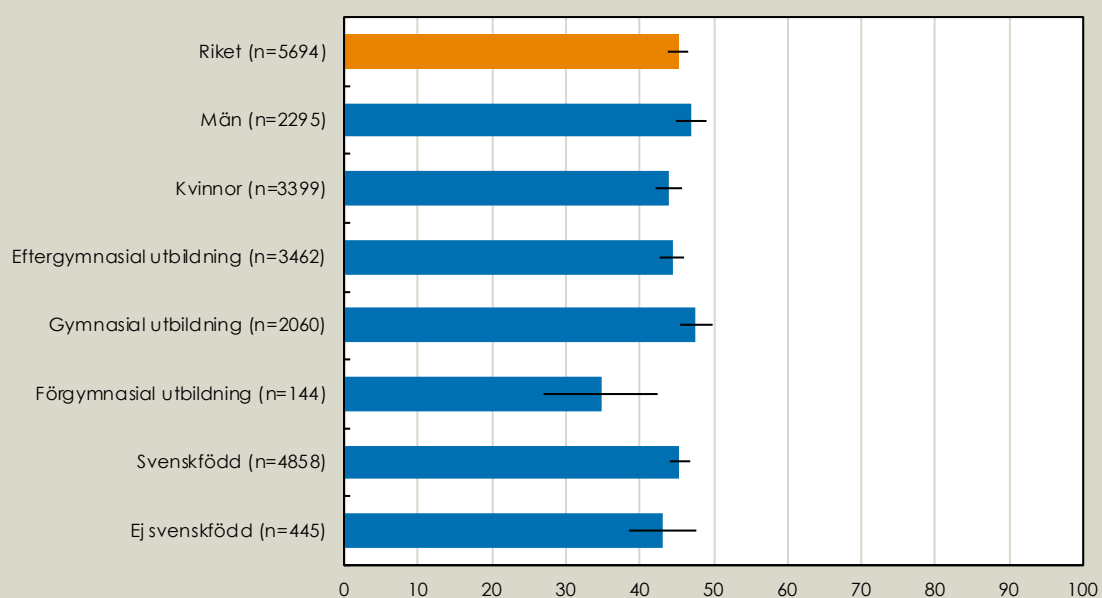
# Bilaga 4. Indikatorbaserad uppföljning: frekvenser för respektive patientpopulation

## Astma och KOL

### 1. Spirometri vid astma

**Figur 1.1. Spirometri vid astma, 18-29 år**

Andel personer i åldern 18-29 år och äldre med astma som har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest, 2016

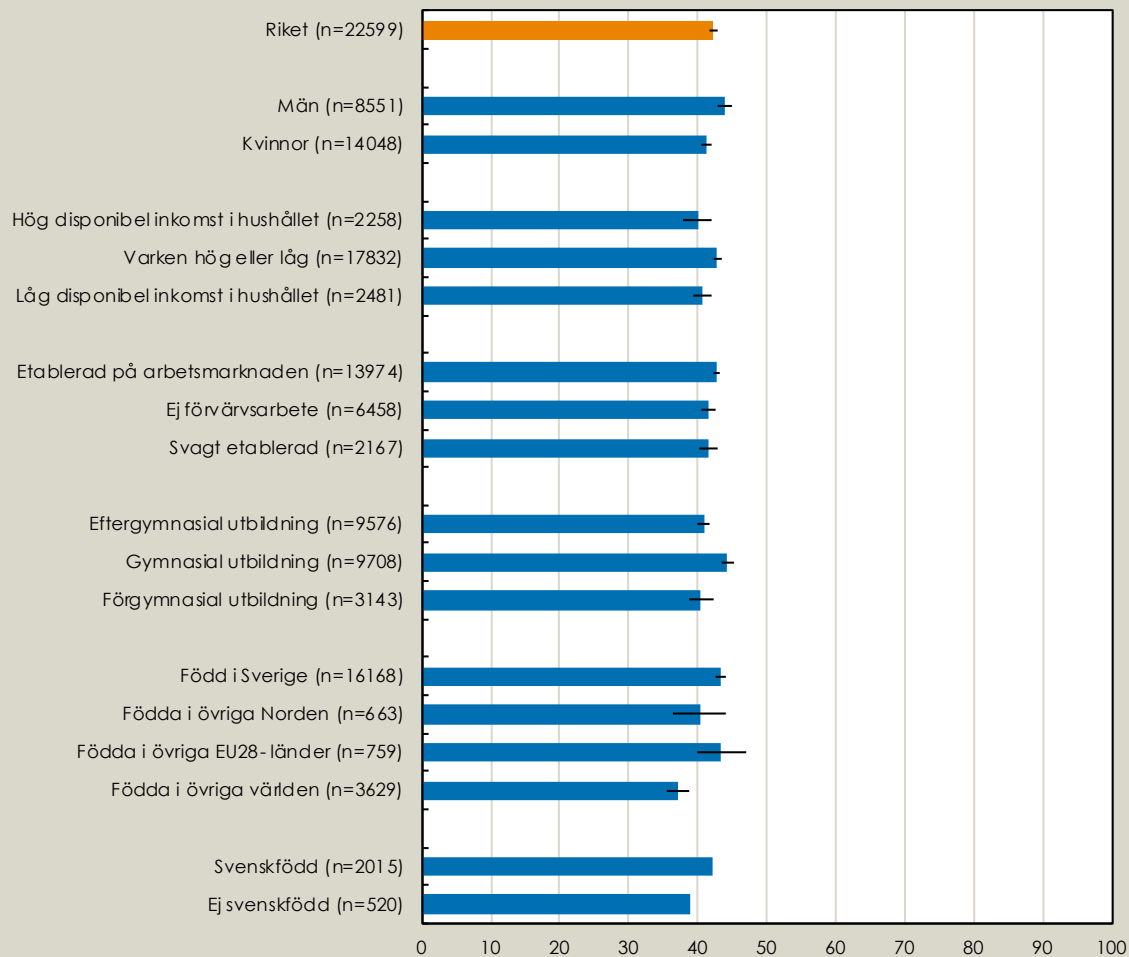


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. Utbildning avser föräldrarnas. n: nämnare. Bortfall: utbildning n: 28; födelseland n: 391

Källa: Luftvägsregistret och utbildningsregistret (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## Figur 1.2. Spirometri vid astma, 30-64 år

Andel personer i åldern 30-64 år med astma som har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest, 2016



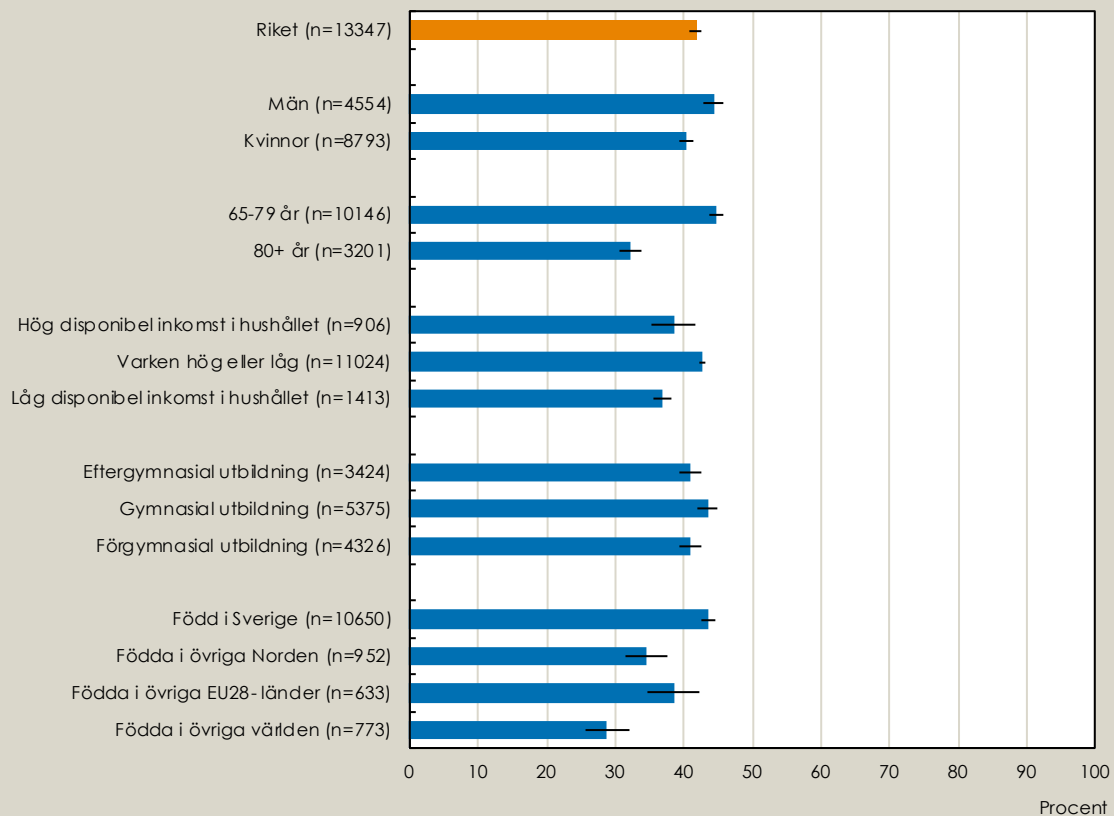
\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.  
n: nämnare. Bortfall: 28; utbildning n: 172; födelseland n: 1380.

Procent

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 1.3. Spirometri vid astma, 65+ år

Andel personer i åldern 65 år med astma som har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest, 2016

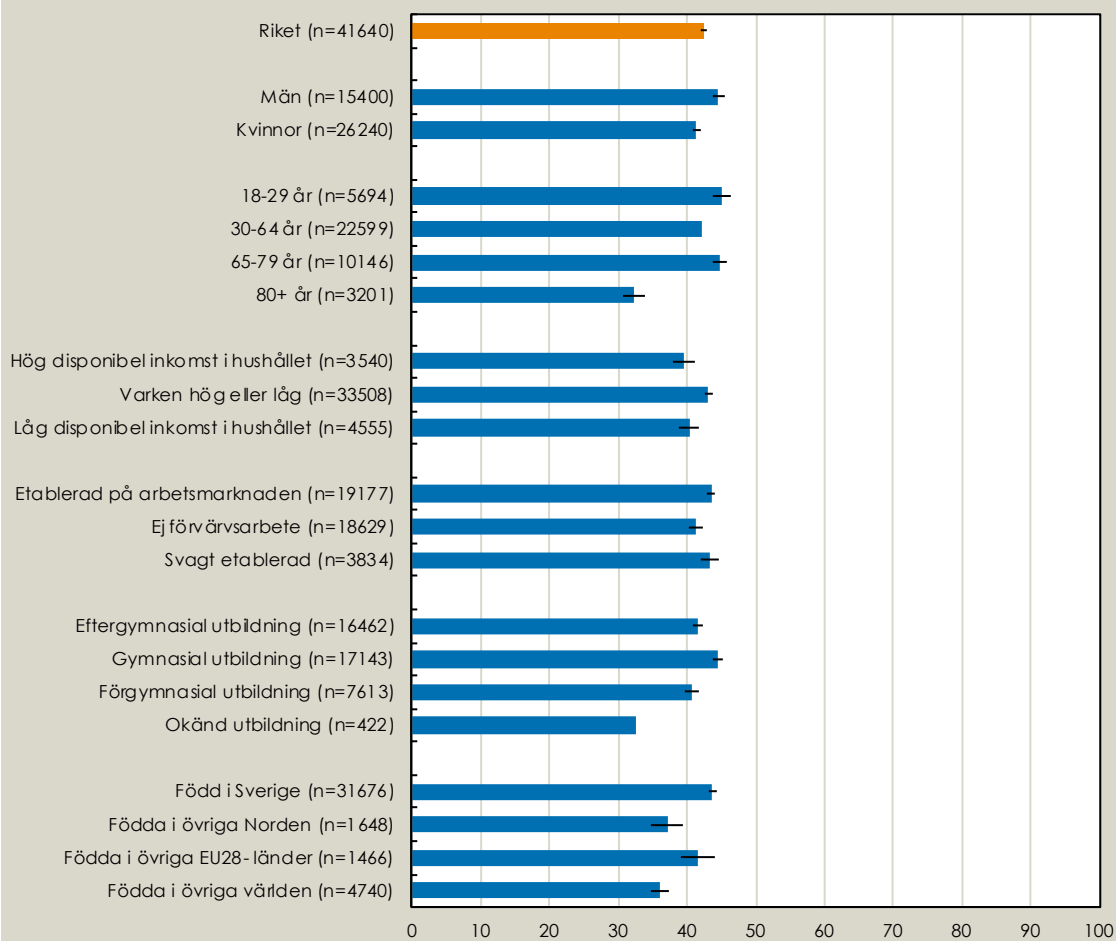


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: <10; utbildning n: 222; födelseland n: 339.

Källa: Luftvögsregistret, utbildningsregistret och IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 1.4. Spirometri vid astma, 18+ år

Andel personer i åldern 18 år och äldre med astma som har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 37; utbildning n: 422; födelseland n: 2110.

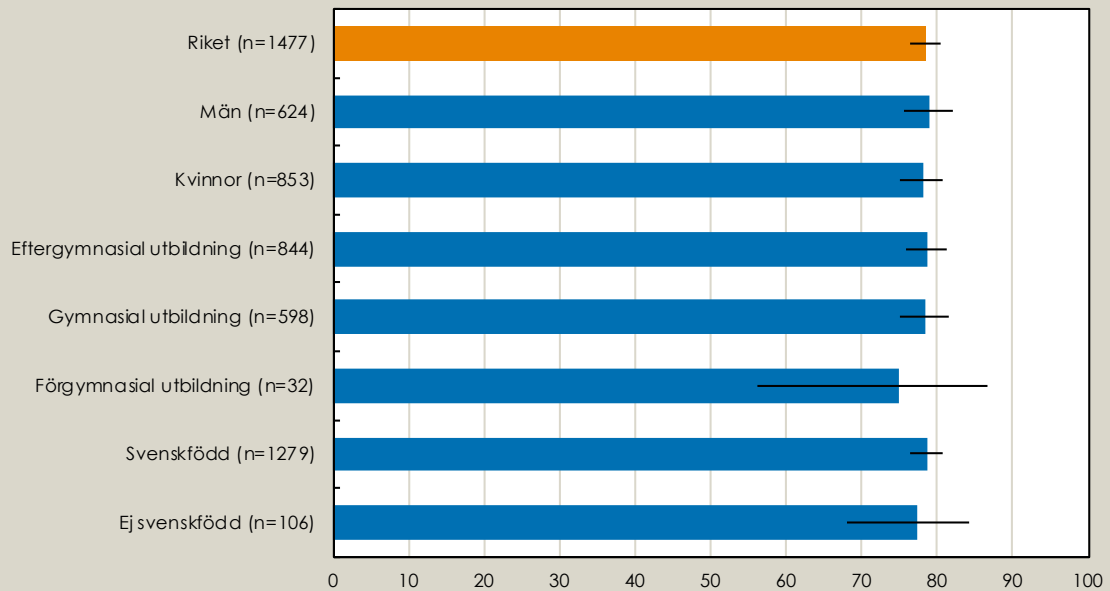
Procent

Källa: Luftvägsregistret och utbildningsregistret (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## 2. Patientutbildning vid astma

**Figur 2.1. Patientutbildning vid astma, 18-29 år**

Andel personer 18-29 år med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning, 2016

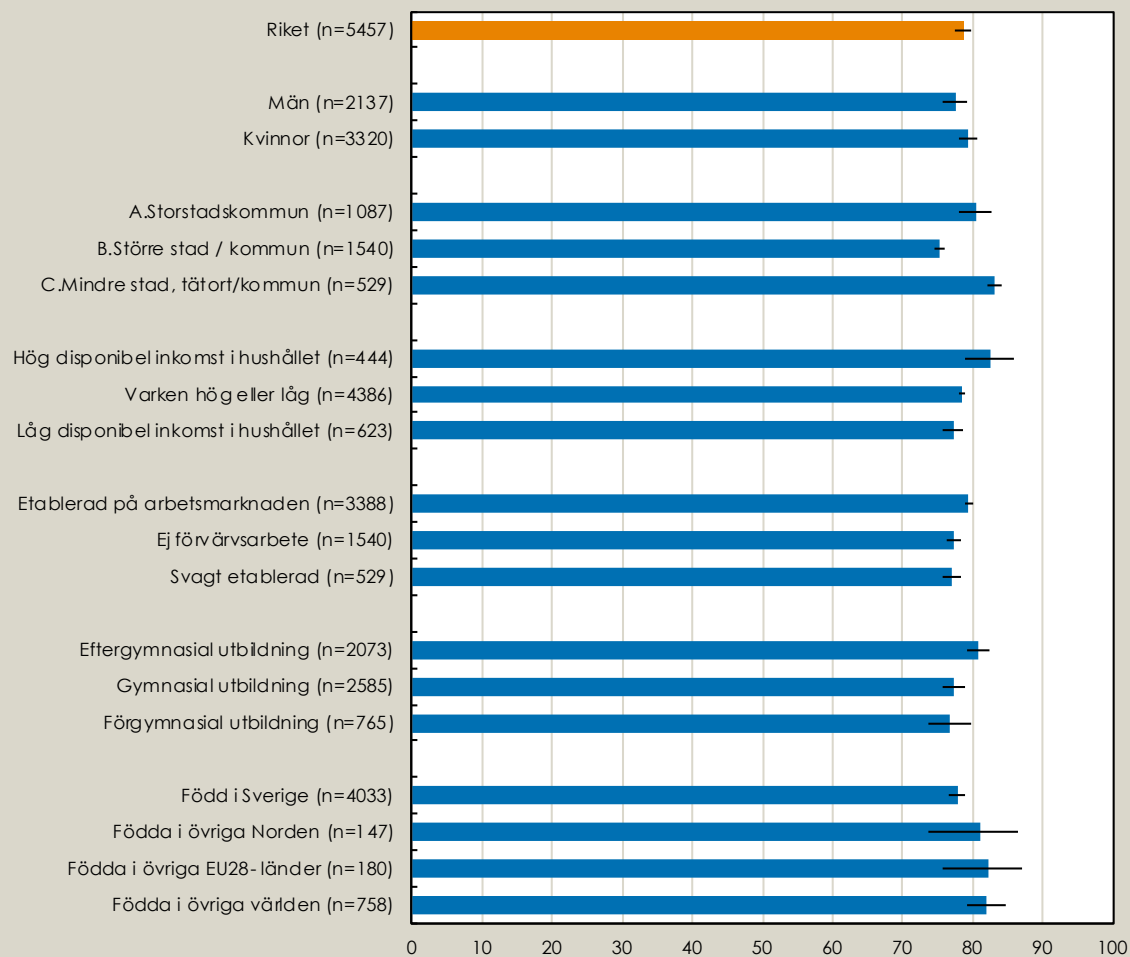


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. Utbildning avser föräldrarnas. Procent n: nämnare. Bortfall: utbildning n:<10; födelseland n: 92.

Källa: Luftvägsregistret och utbildningsregistret (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## Figur 2.2. Patientutbildning vid astma, 30-64 år

Andel personer 30-64 år med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.

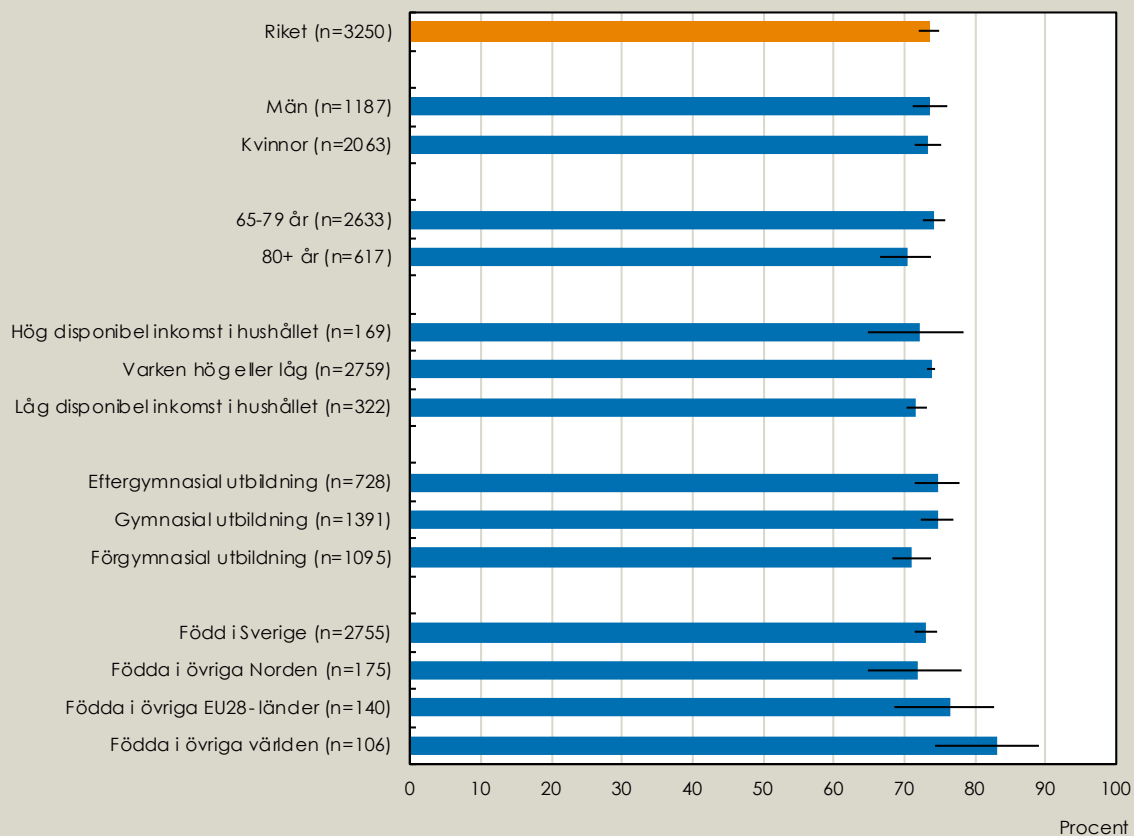
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: <10; utbildning n: 34; födelseland n: 339.

Procent

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 2.3. Patientutbildning vid astma, 65+ år

Andel personer 65 år med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning, 2016



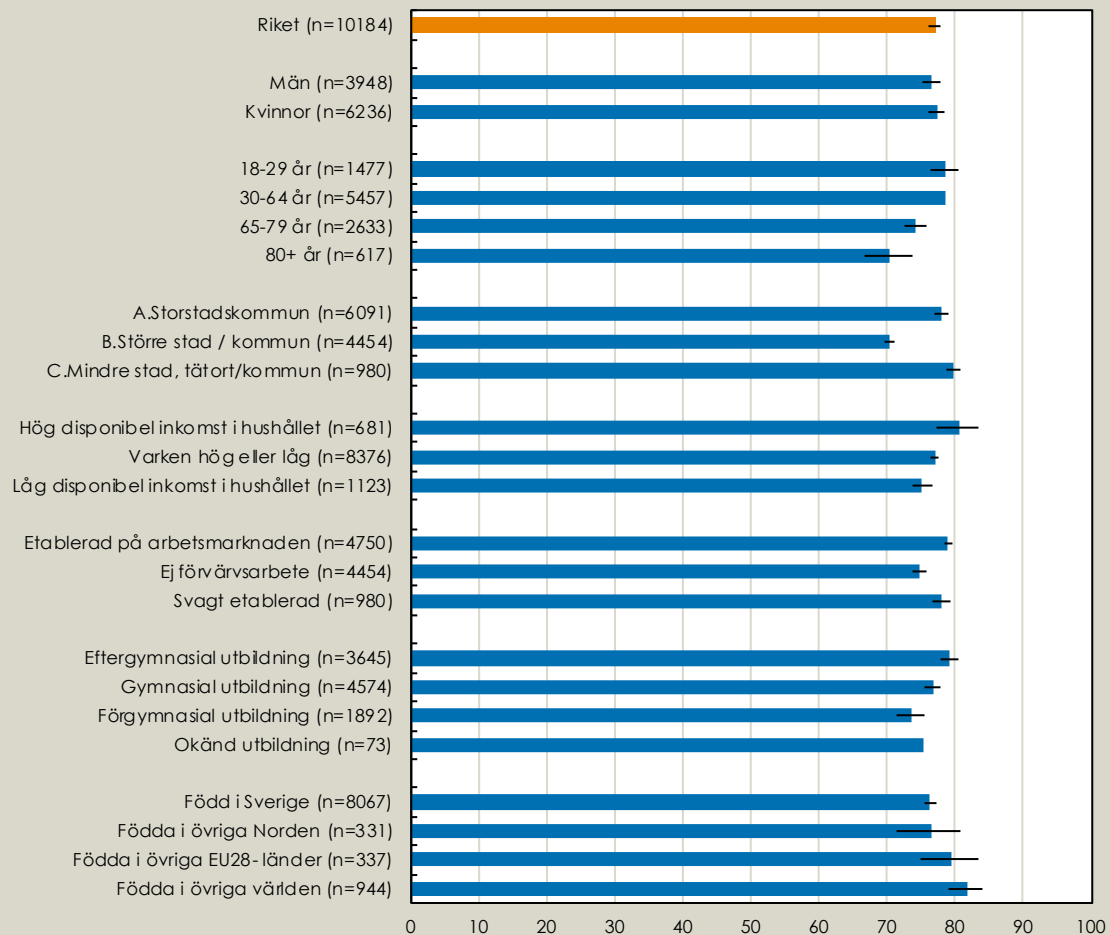
\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.  
n: nämnare. Bortfall: ; utbildning n: 36; födelseland n: 74.

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret och IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).



## Figur 2.4. Patientutbildning vid astma, 18+ år

Andel personer 18 år och äldre med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.  
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: <10; utbildning n: 73; födelseland n: 505.

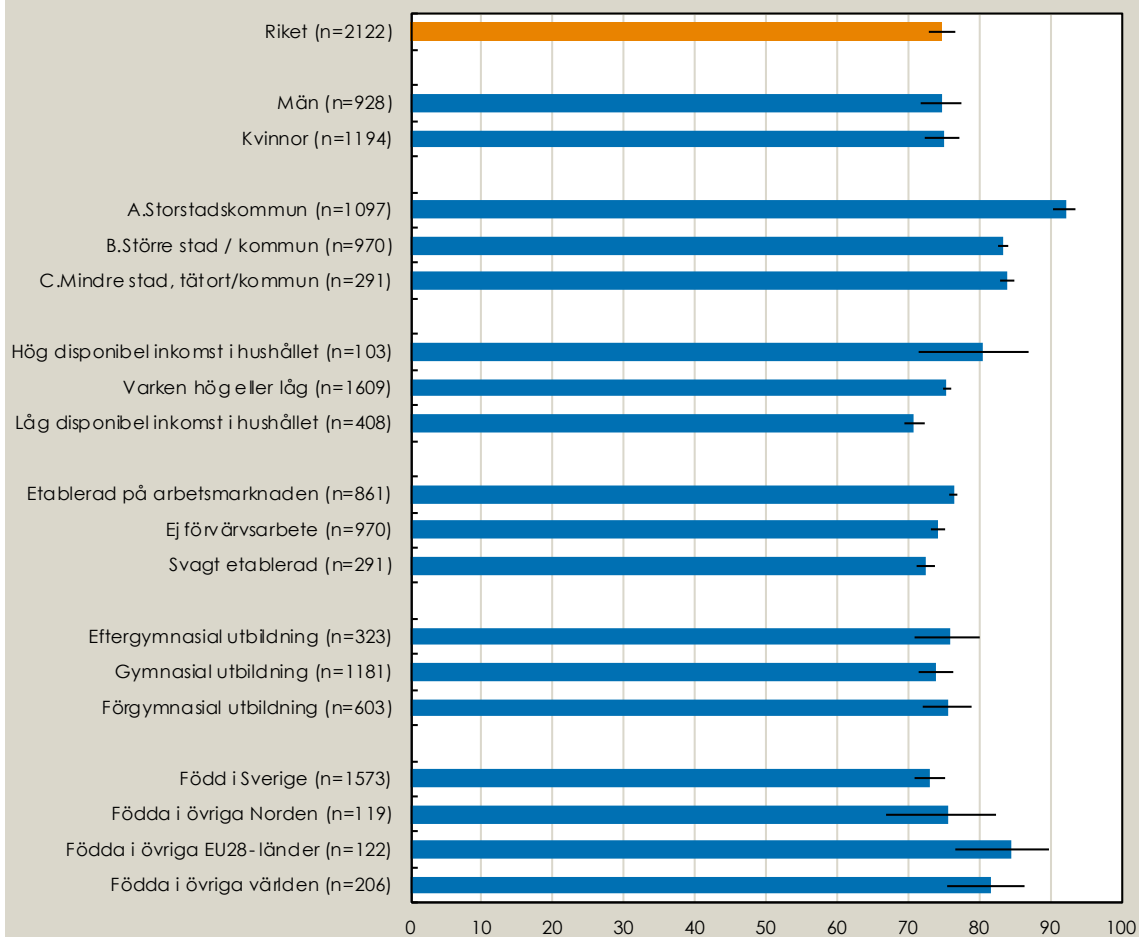
Procent

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### 3. Patientutbildning vid KOL

**Figur 3.1. Patientutbildning vid KOL, 30-64 år**

Andel personer 30-64 år med KOL som har genomgått strukturerad patientutbildning, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.

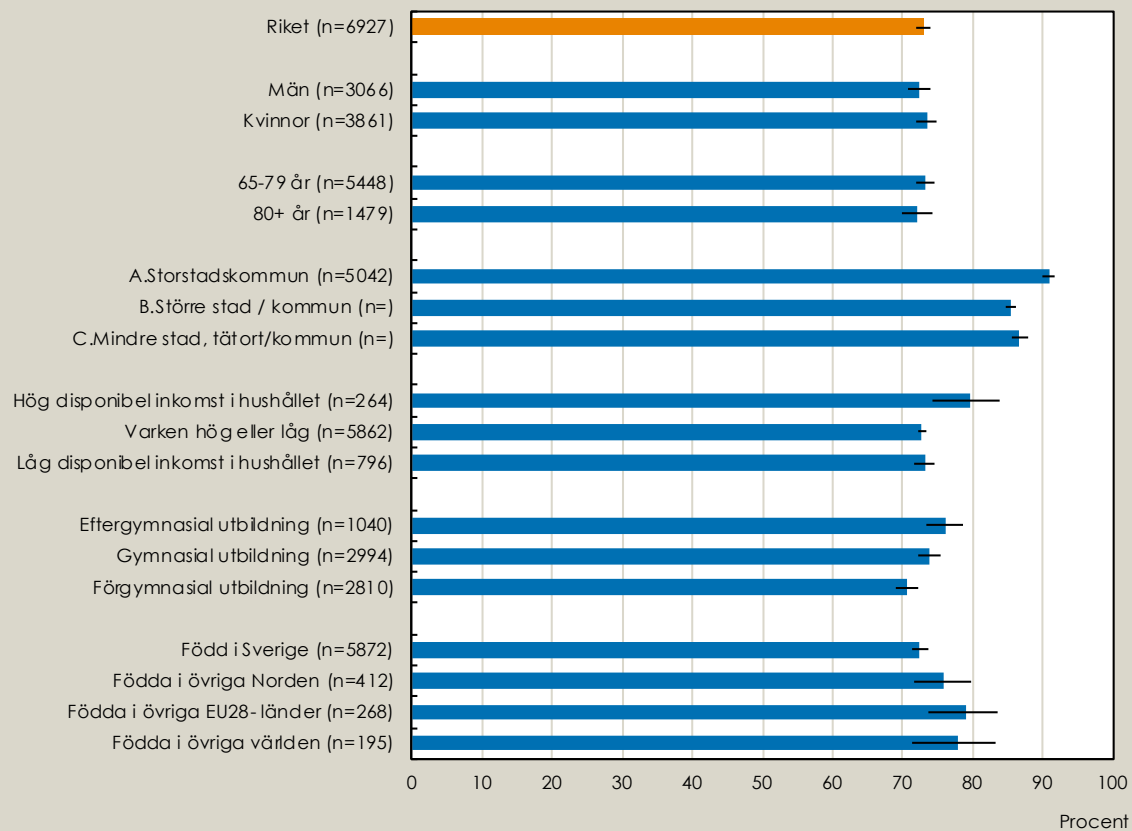
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: <10; utbildning n: 15; födelseland n: 102.

Procent

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 3.2. Patientutbildning vid KOL, 65+ år

Andel personer 65 år med KOL som har genomgått strukturerad patientutbildning, 2016

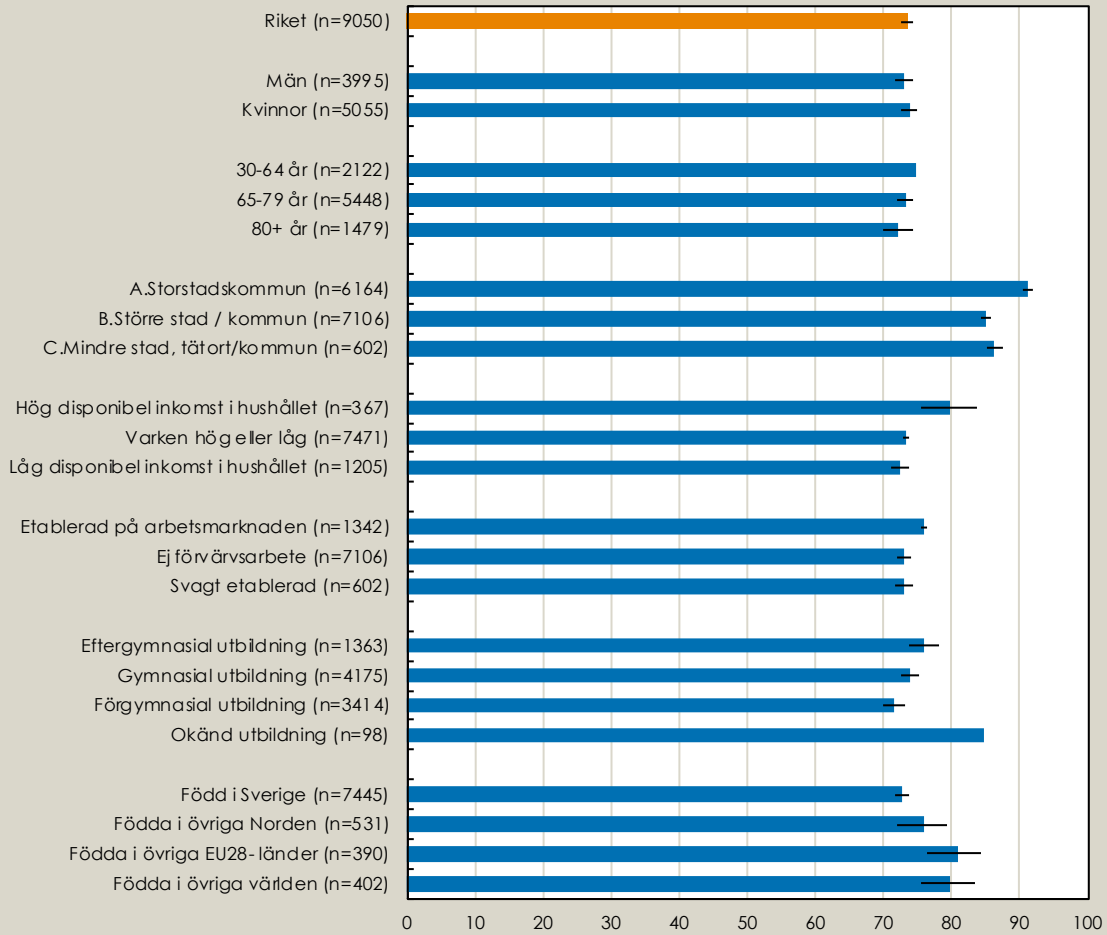


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.  
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: <10; utbildning n: 83; födelseland n: 180.

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret och IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 3.3. Patientutbildning vid KOL, 18+ år

Andel personer 30 år och äldre med KOL som har genomgått strukturerad patientutbildning, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: <10; utbildning n: 98; födelseland n: 282.

Procent

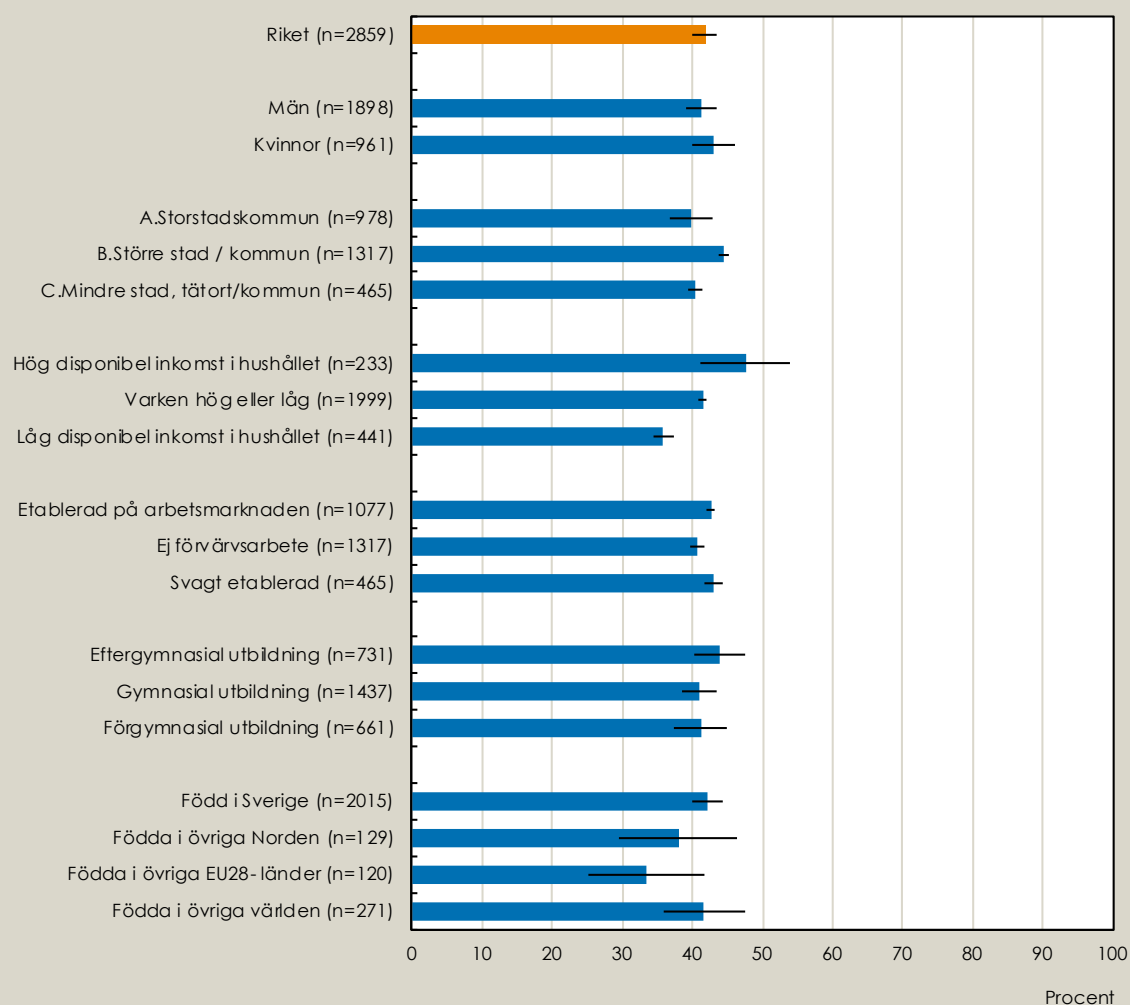
Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

# Stroke

## 4. Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus

**Figur 4.1. Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus, 30-64 år**

Andel personer 30-64 år med stroke som anländer till sjukhus inom 3 timmar efter debut av strokesymtom

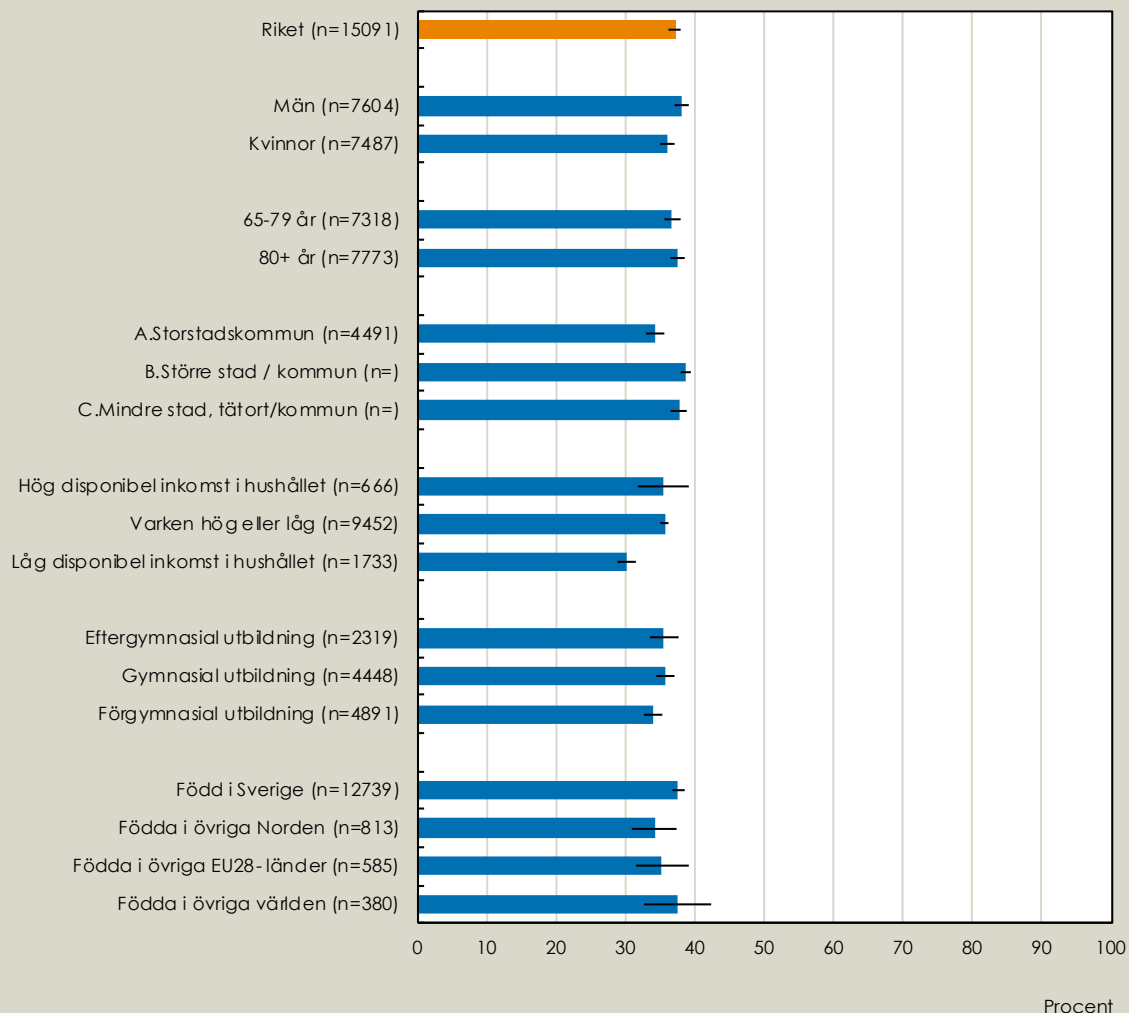


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 186; utbildning n: 30; födelseland n: 324.

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Figur 4.2. Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus, 65+ år**

Andel personer 65 år och äldre med stroke som anländer till sjukhus inom 3 timmar efter debut av strokesymtom

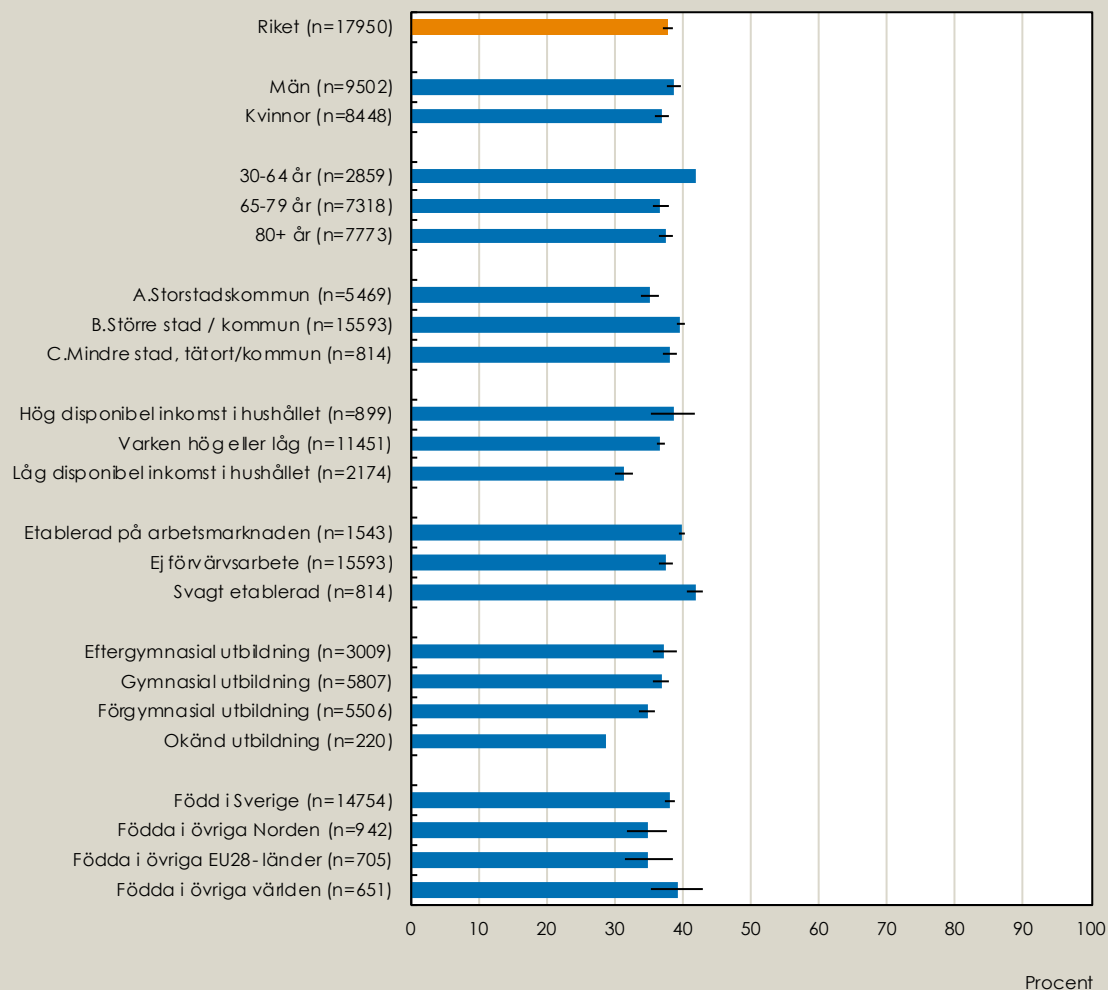


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 3240; utbildning n: 3237 ; födelseland n: 574.

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret och IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Figur 4.3. Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus, 30+ år**

Andel personer 30 år och äldre med stroke som anländer till sjukhus inom 3 timmar efter debut av strokesymtom

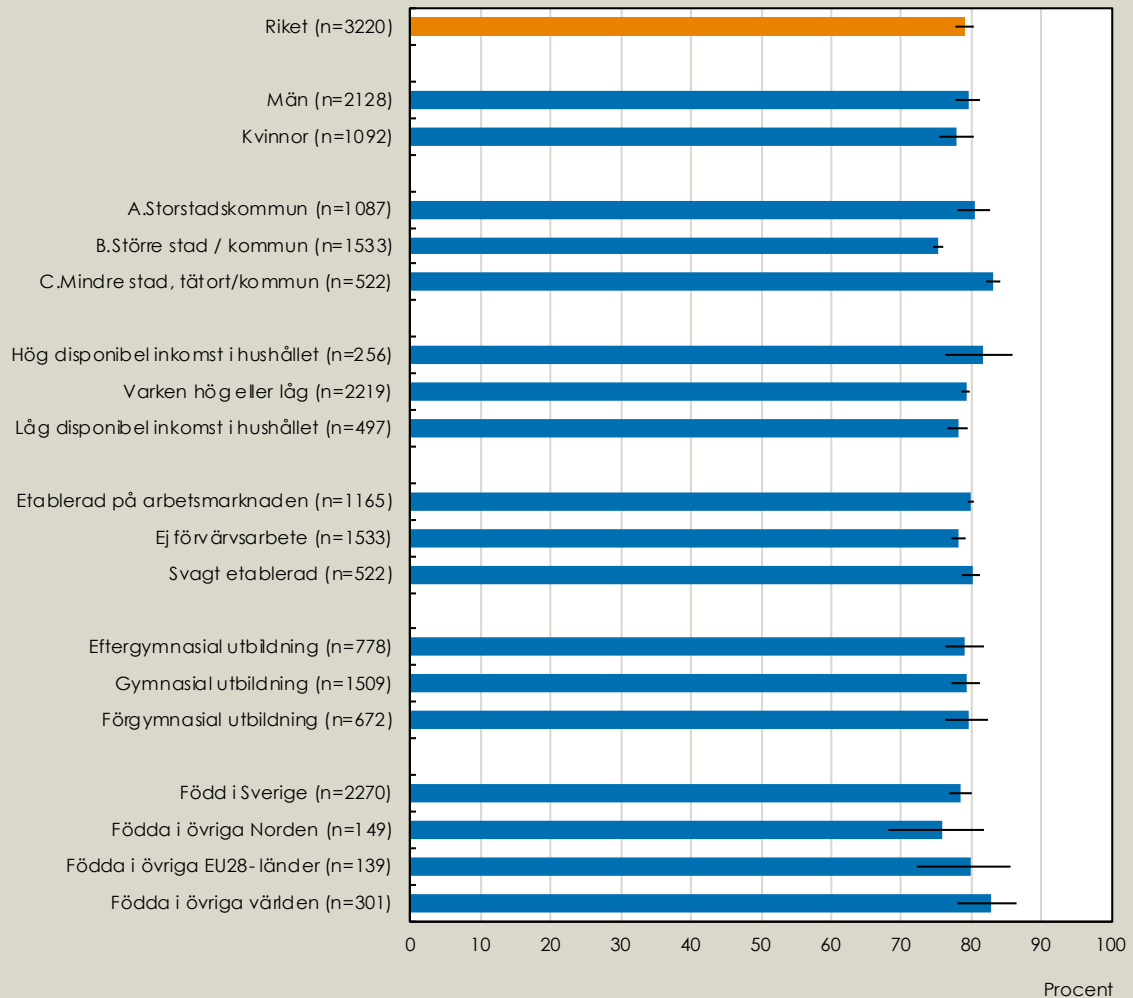


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 3426; utbildning n: 3408; födelseland n: 898.  
 Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## 5. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

**Figur 5.1. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke, 30-64 år**

Andel personer 30-64 år med stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning, 2016.



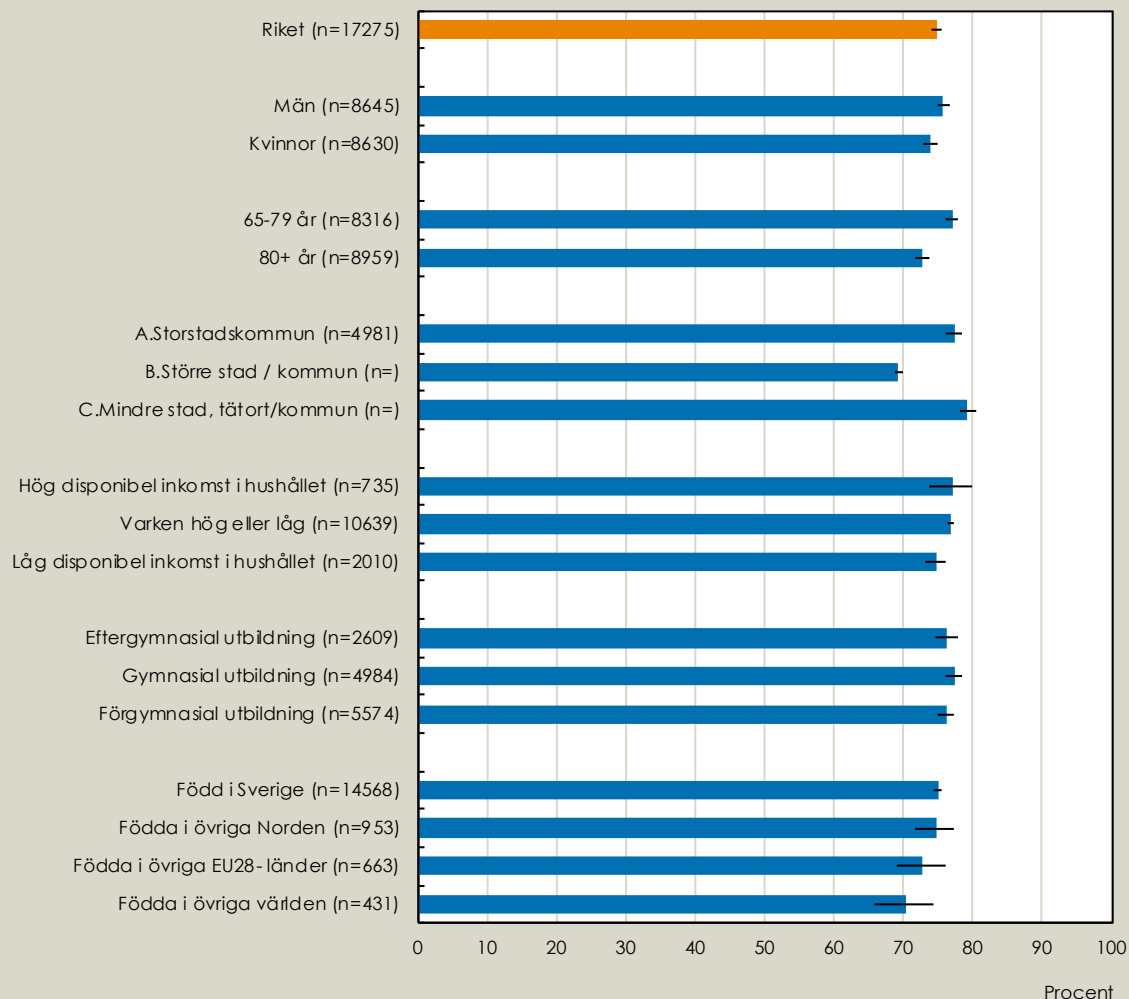
\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 348; utbildning n: 231; födelseland n: 361.

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).



**Figur 5.2. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke, 65+ år**

Andel personer 65 år med stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning, 2016.

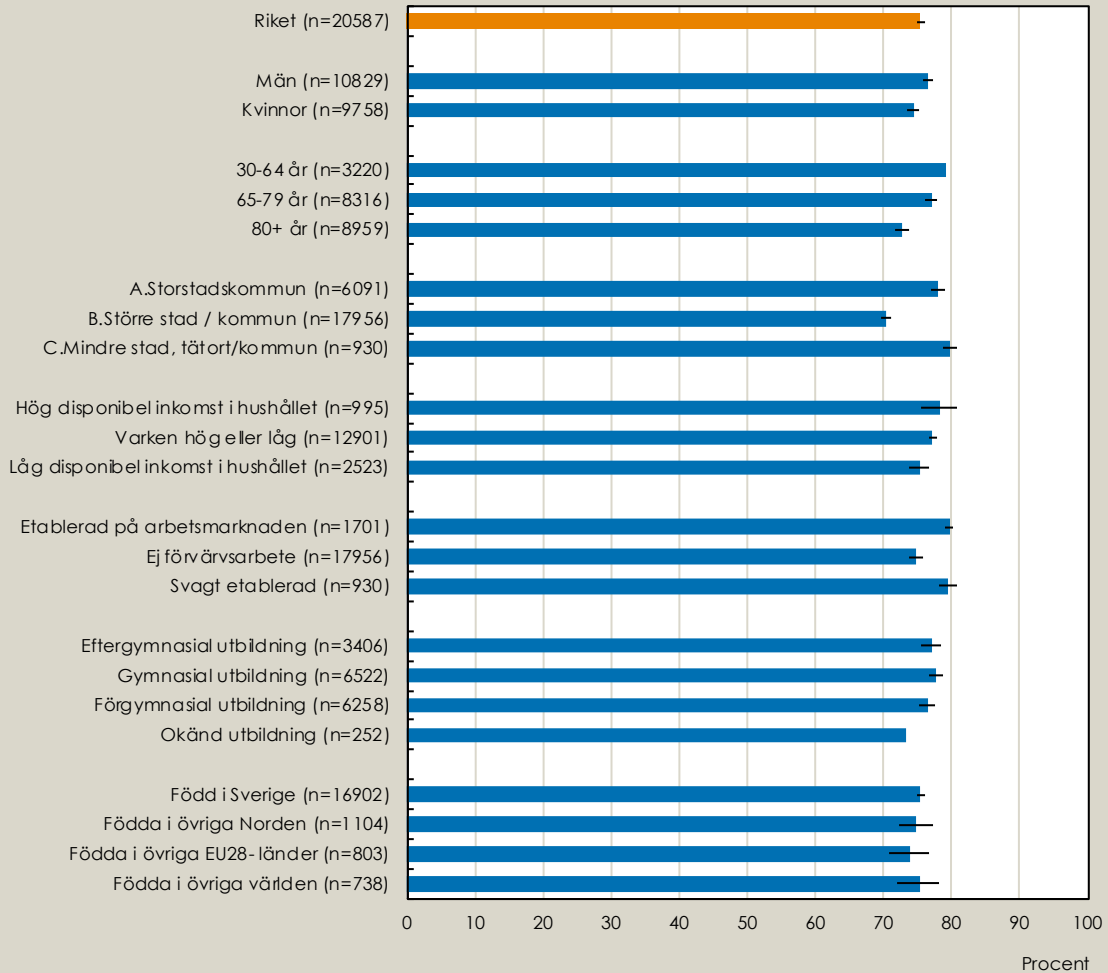


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 3891; utbildning n: 3889; födelseland n: 660.

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret och IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 5.3. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke, 30+ år

Andel personer 30 år och äldre med stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning, 2016.



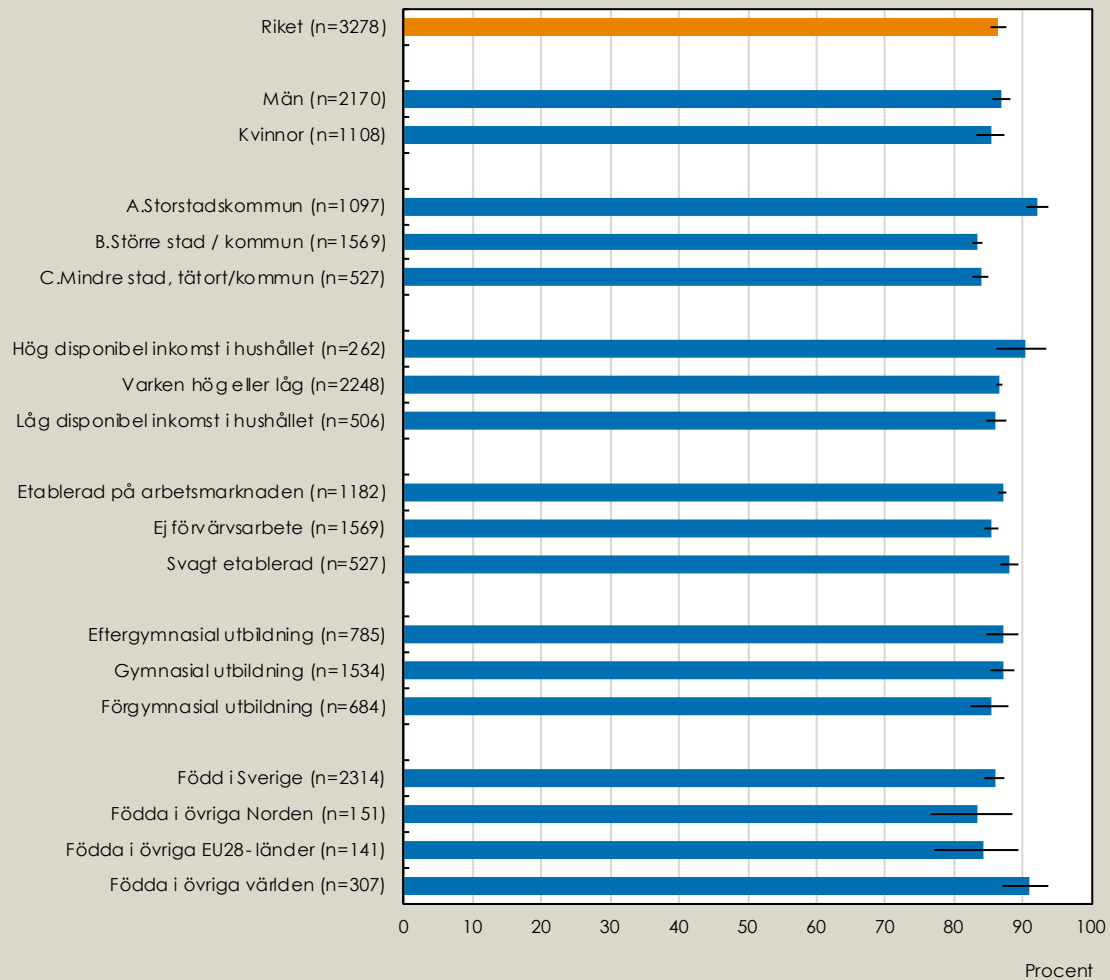
\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal n: nämnare. Bortfall: Inkomst n:4168; utbildning n: 4149; födelseland n:1040.

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## 6. Bedömning av sväljförmåga

**Figur 6.1. Bedömning av sväljförmåga, 30-64 år**

Andel sjukhusvårdade personer 30-64 år med stroke där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts, 2016

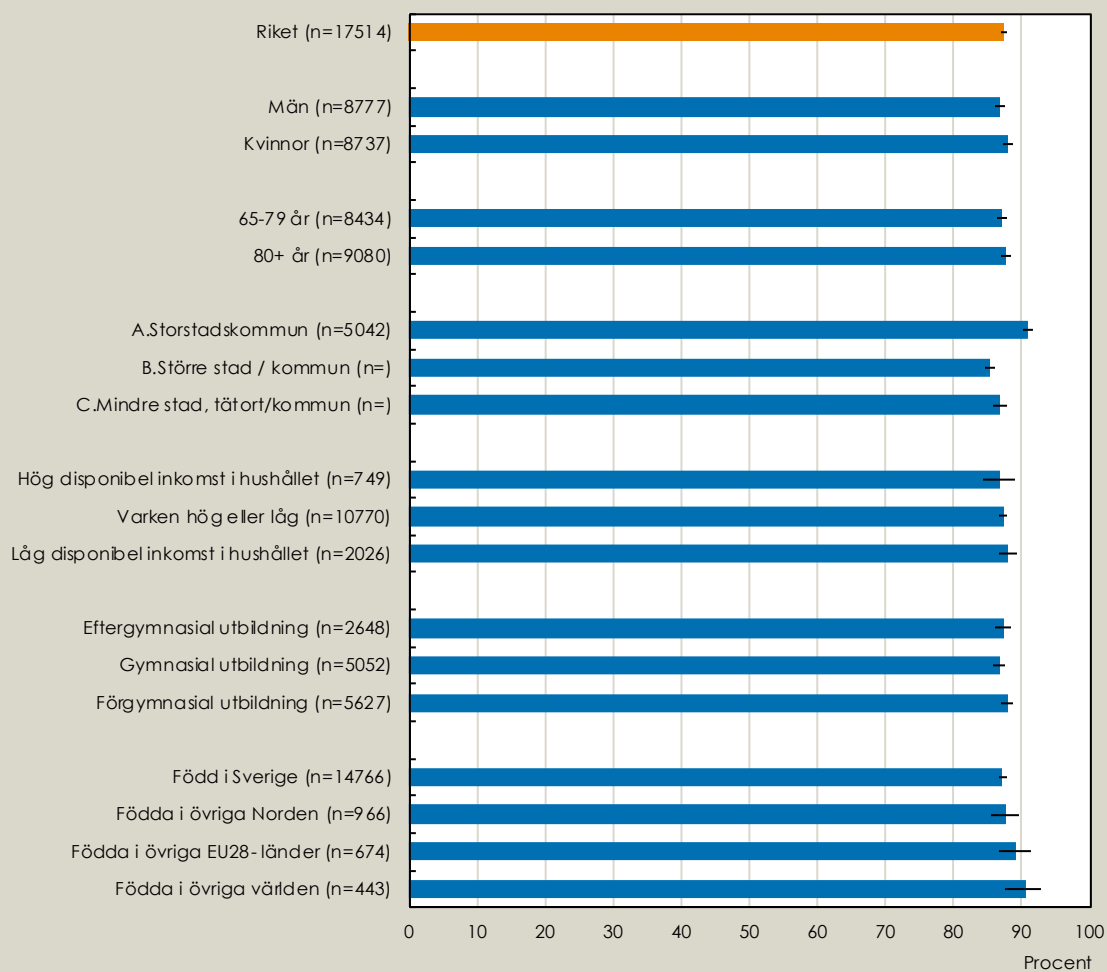


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 262; utbildning n: 244; födelseland n: 365.

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## Figur 6.2. Bedömning av sväljförmåga, 65+ år

Andel sjukhusvårdade personer 65 år och äldre med stroke där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts, 2016

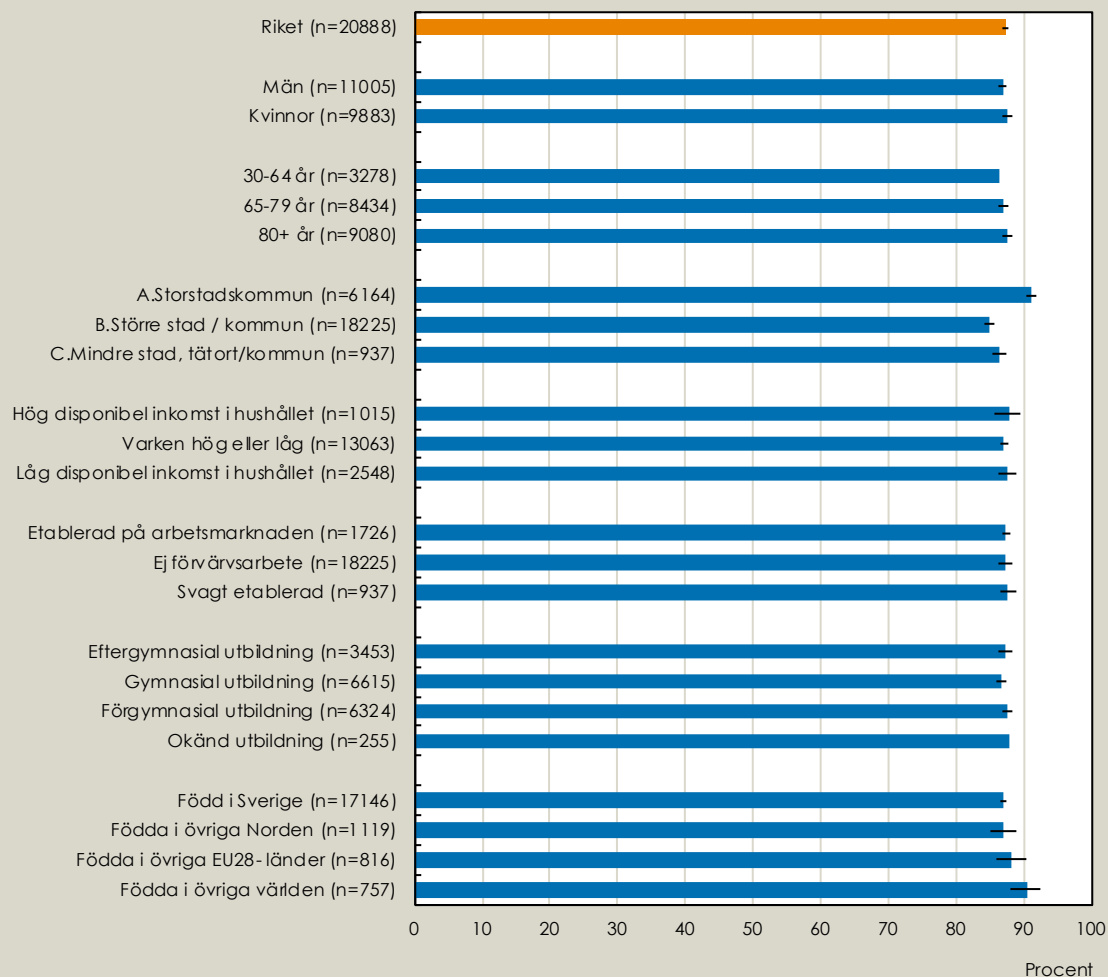


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 3969; utbildning n: 3966; födelseland n: 665.

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret och IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 6.3. Bedömning av sväljförmåga, 30+ år

Andel sjukhusvårdade personer 30 år och äldre med stroke där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 4262; utbildning n: 4241; födelseland n: 1050.

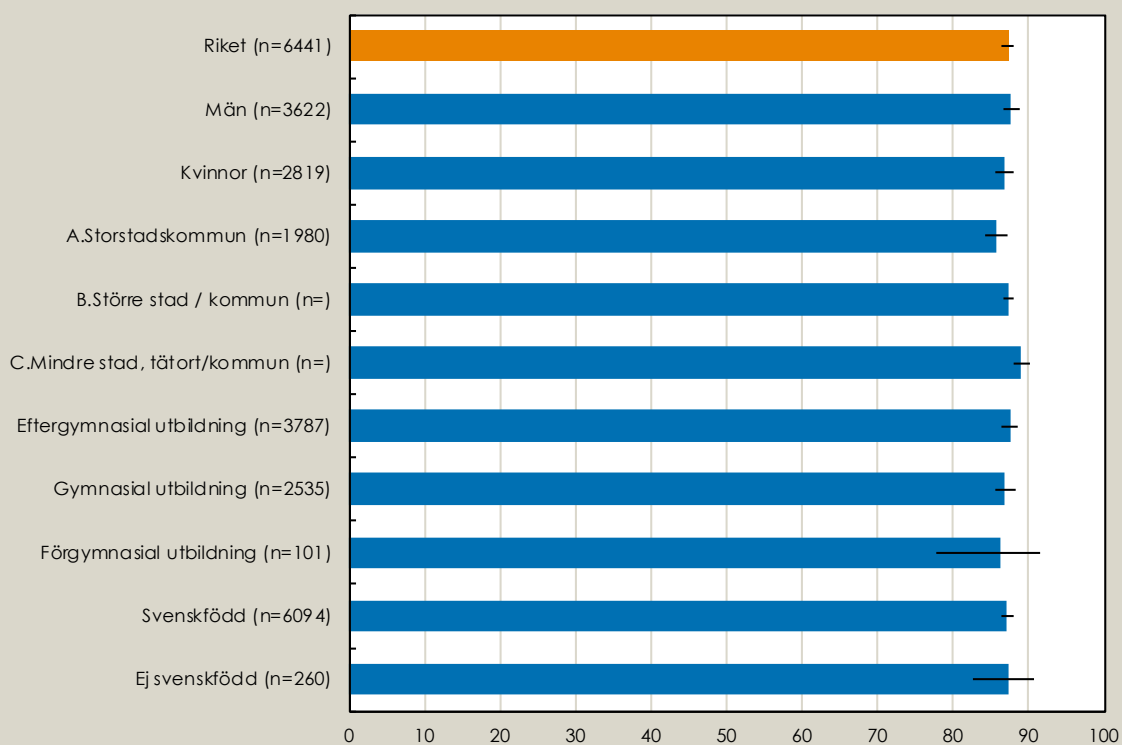
Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

# Diabetes

## 7. Fotundersökning

**Figur 7.1. Fotundersökning diabetes typ 1, 18-29 år**

Andel personer 18-29 år med typ 1 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, under det senaste året, 2016

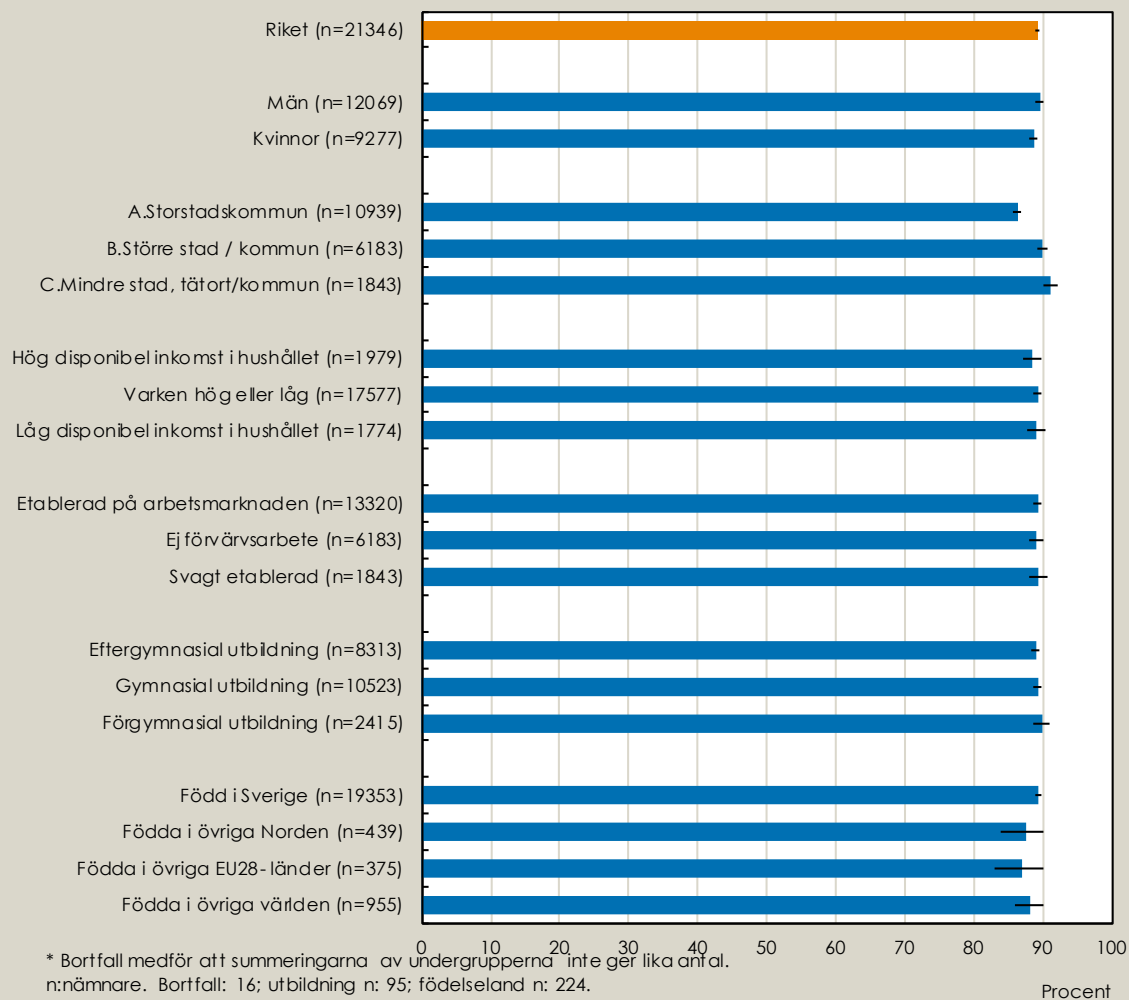


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. Utbildning avser föräldrarnas n:nämnare. Bortfall: utbildning n: 18; födelseland n: 87. Procent

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret och utbildningsregistret (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## Figur 7.2. Fotundersökning diabetes typ 1, 30-64 år

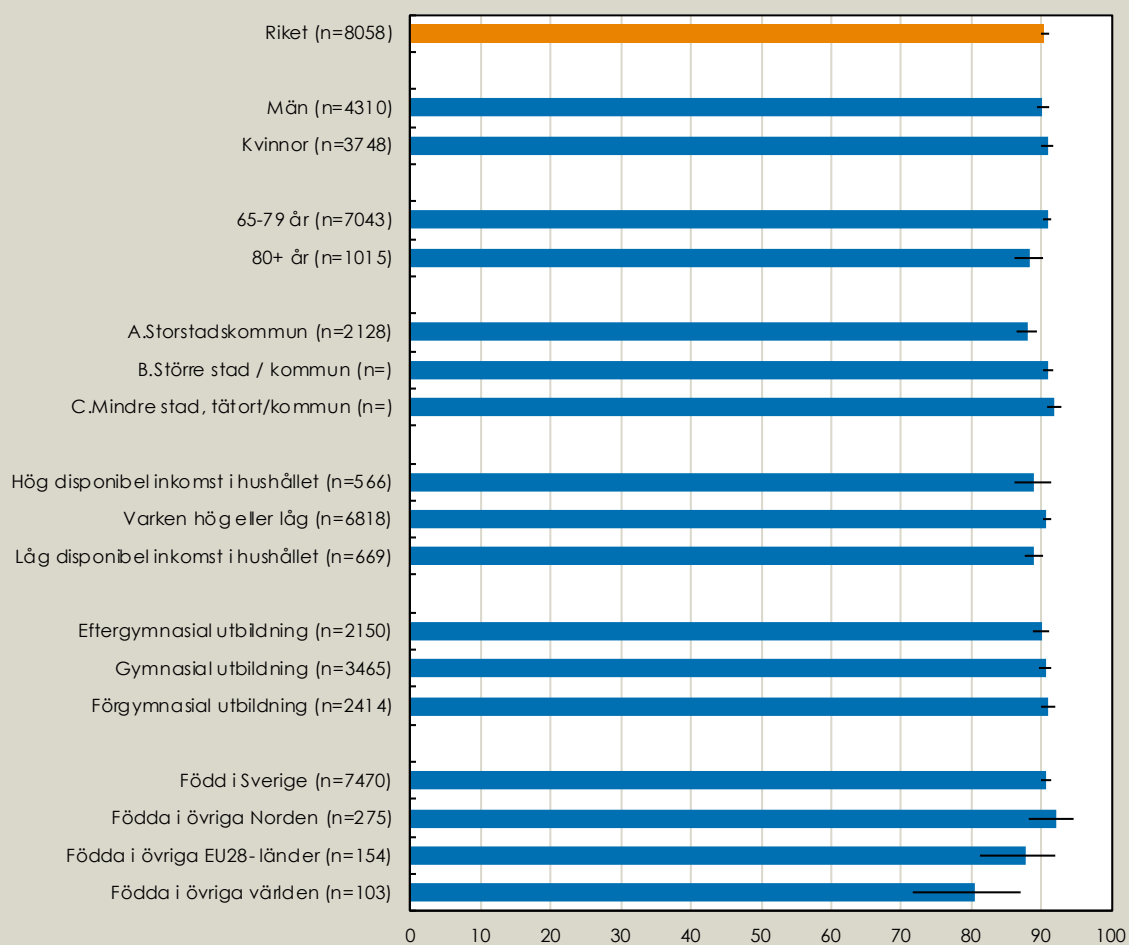
Andel personer 30-64 år med typ 1 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, under det senaste året, 2016



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 7.3. Fotundersökning diabetes typ 1, 65+ år

Andel personer 65 år och äldre med typ 1 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, under det senaste året, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n:nämnare. Bortfall: <10; utbildning n: 29; födelseland n: 56.

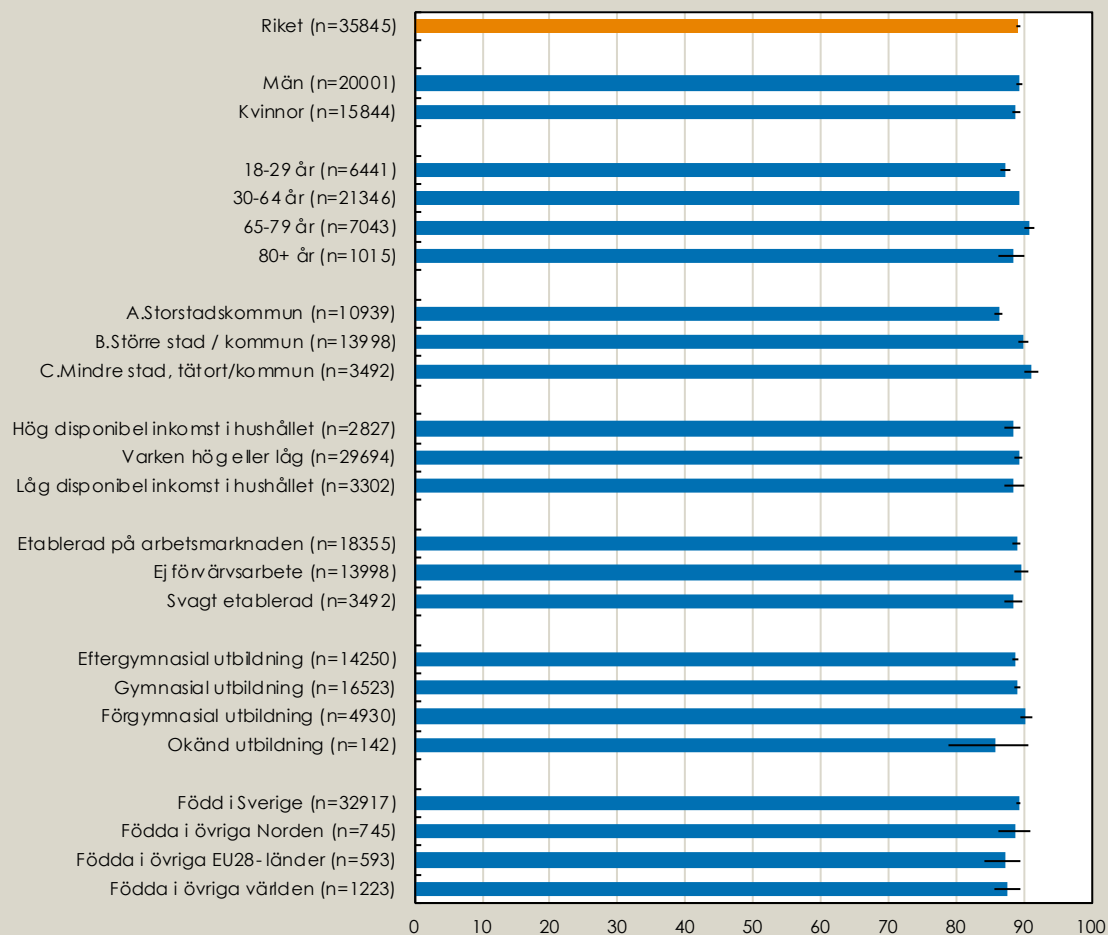
Procent

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret och lot (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).



### Figur 7.4. Fotundersökning diabetes typ 1, 18+ år

Andel personer 18 år och äldre med typ 1 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, under det senaste året, 2016



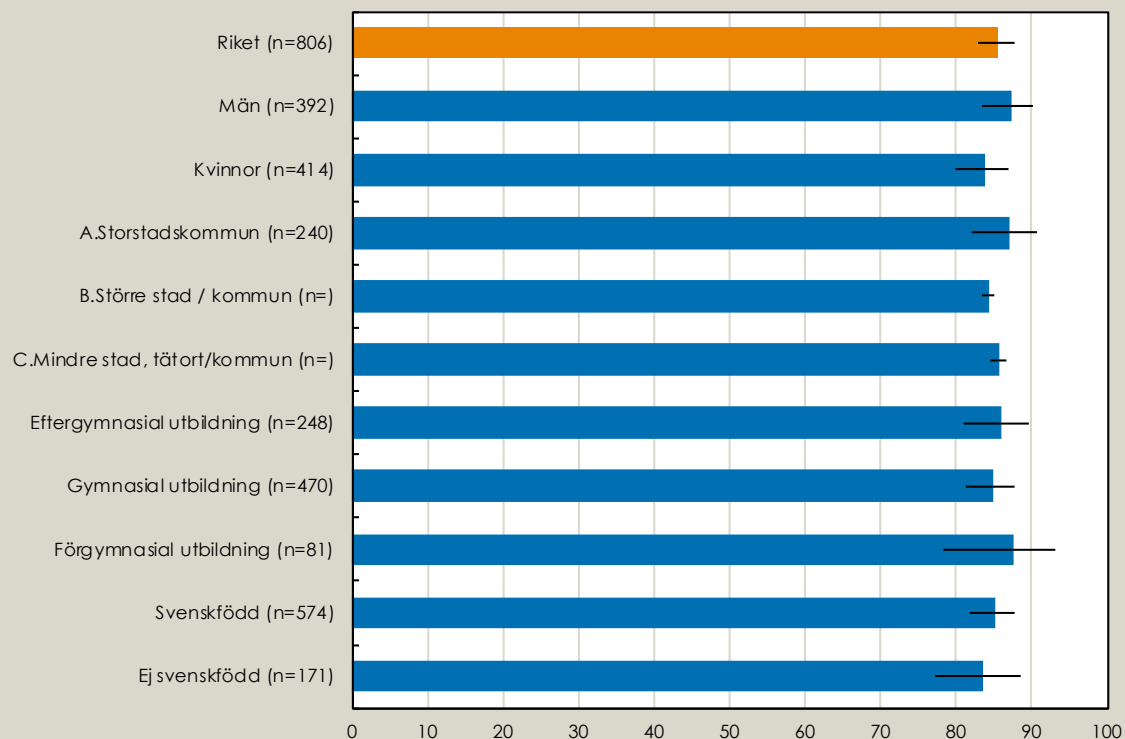
\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal n:nämnare. Bortfall: Inkomst n: 22; utbildning n: 142; födelseland n: 367.

Procent

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 7.5. Fotundersökning diabetes typ 2, 18-29 år

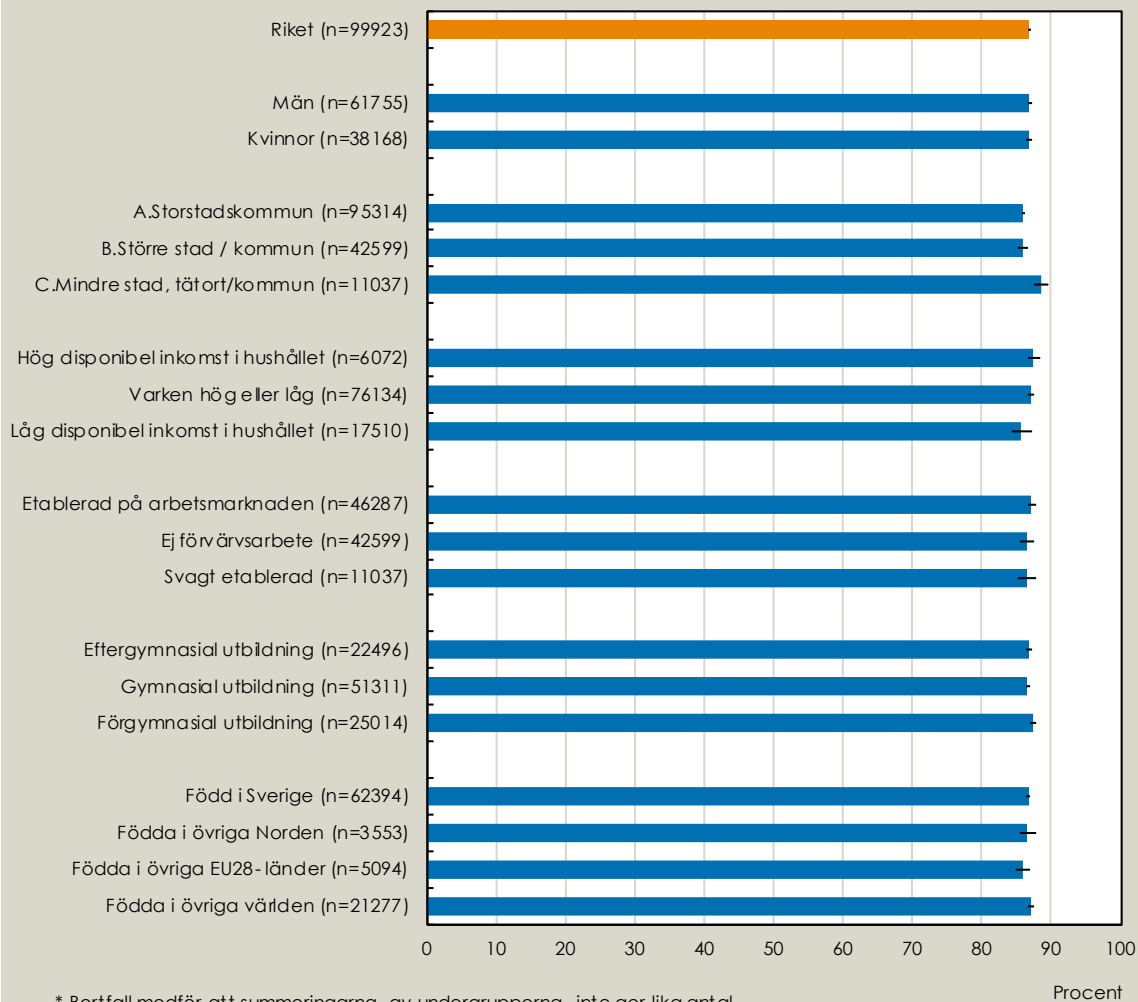
Andel personer 18-29 år med typ 2 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, under det senaste året, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. Utbildning avser föräldrarnas. n:nämnare. Bortfall: Inkomst n; utbildning n: <10; födelseland n:61.  
Källa: NDR - Nationella diabetesregistret och utbildningsregistret (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 7.6. Fotundersökning diabetes typ 2, 30-64 år

Andel personer 30-64 år med typ 2 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, under det senaste året, 2016

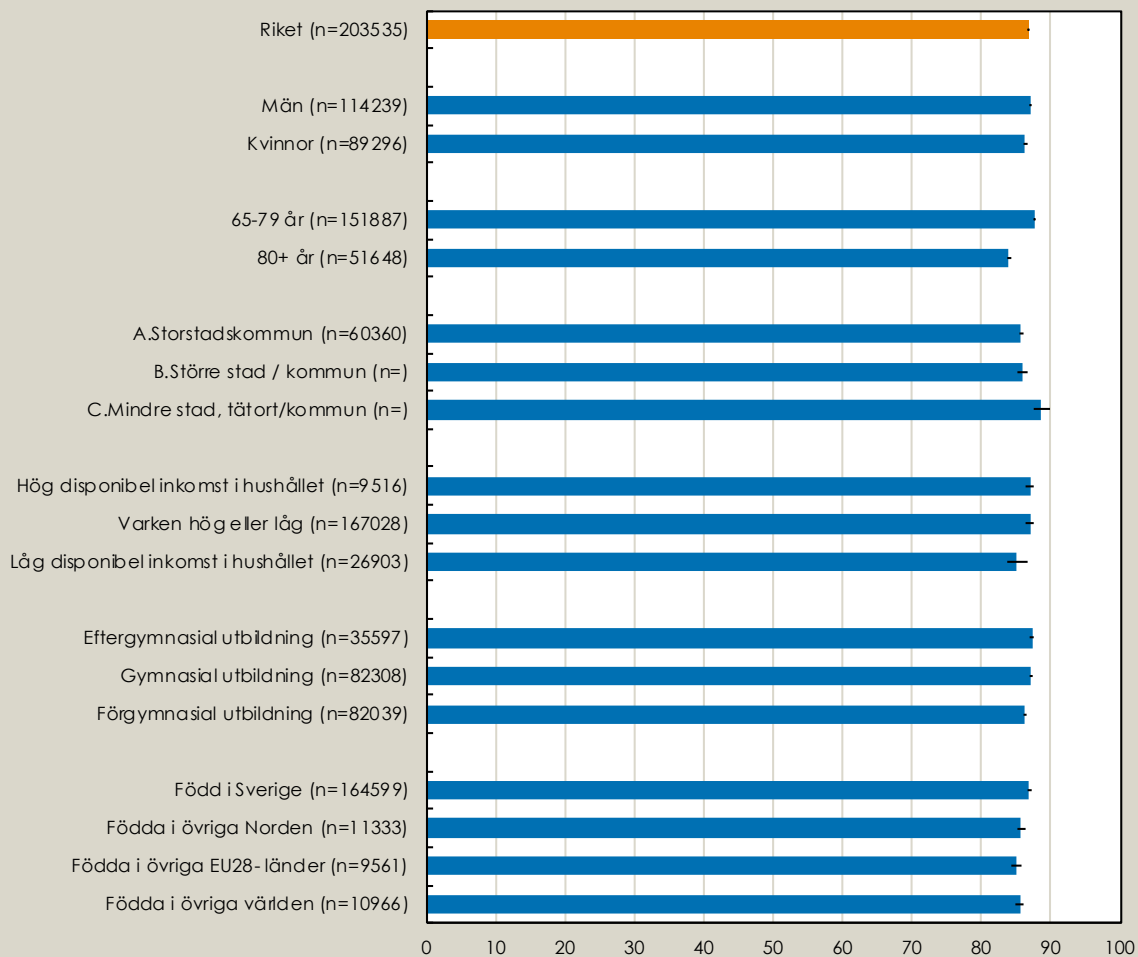


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n:nämnare. Bortfall: Inkomst n:207; utbildning n: 1102; födelseland n:7605.

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 7.7. Fotundersökning diabetes typ 2, 65+ år

Andel personer 65 år och äldre med typ 2 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, under det senaste året, 2016

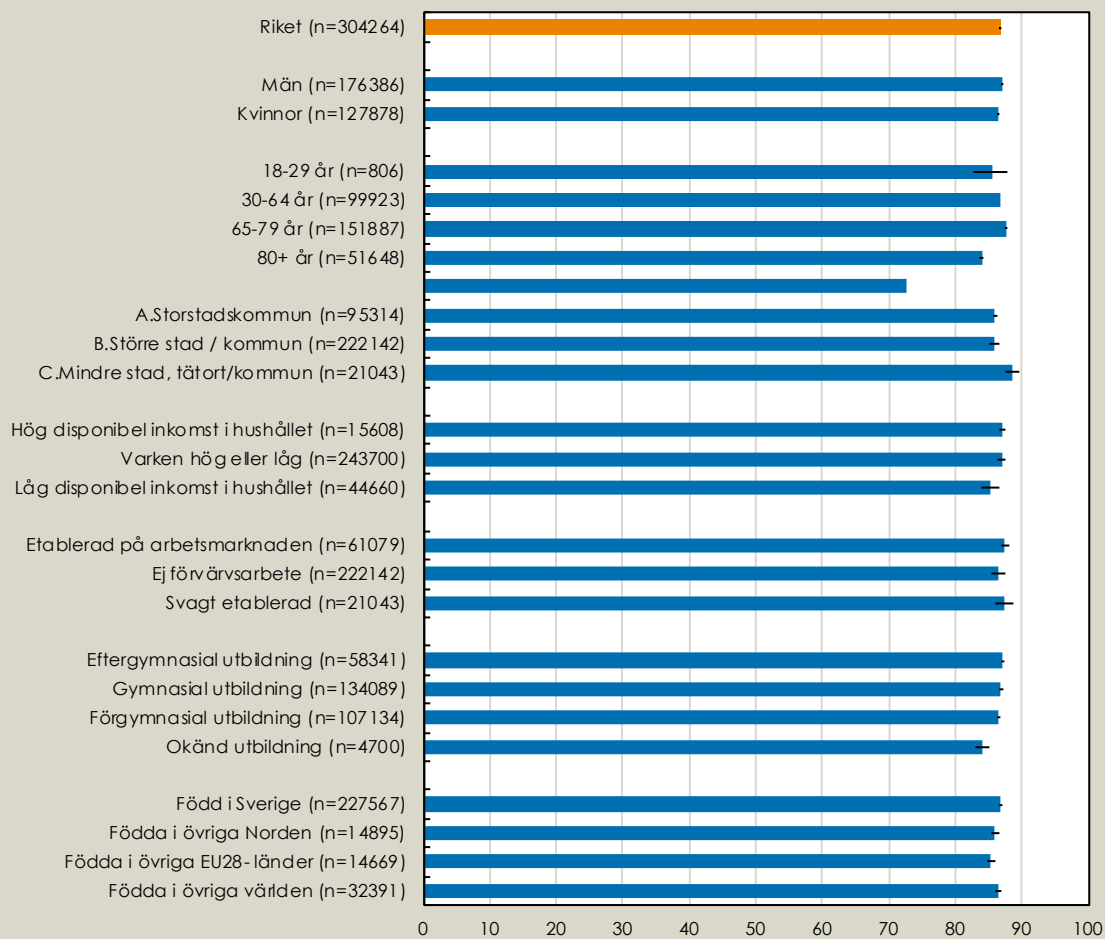


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n:nämnare. Bortfall: Inkomst n: 88; utbildning n: 3591; födelseland n: 7076.

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret och IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 7.8. Fotundersökning diabetes typ 2, 18+ år

Andel personer 18 år och äldre med typ 2 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, under det senaste året, 2016



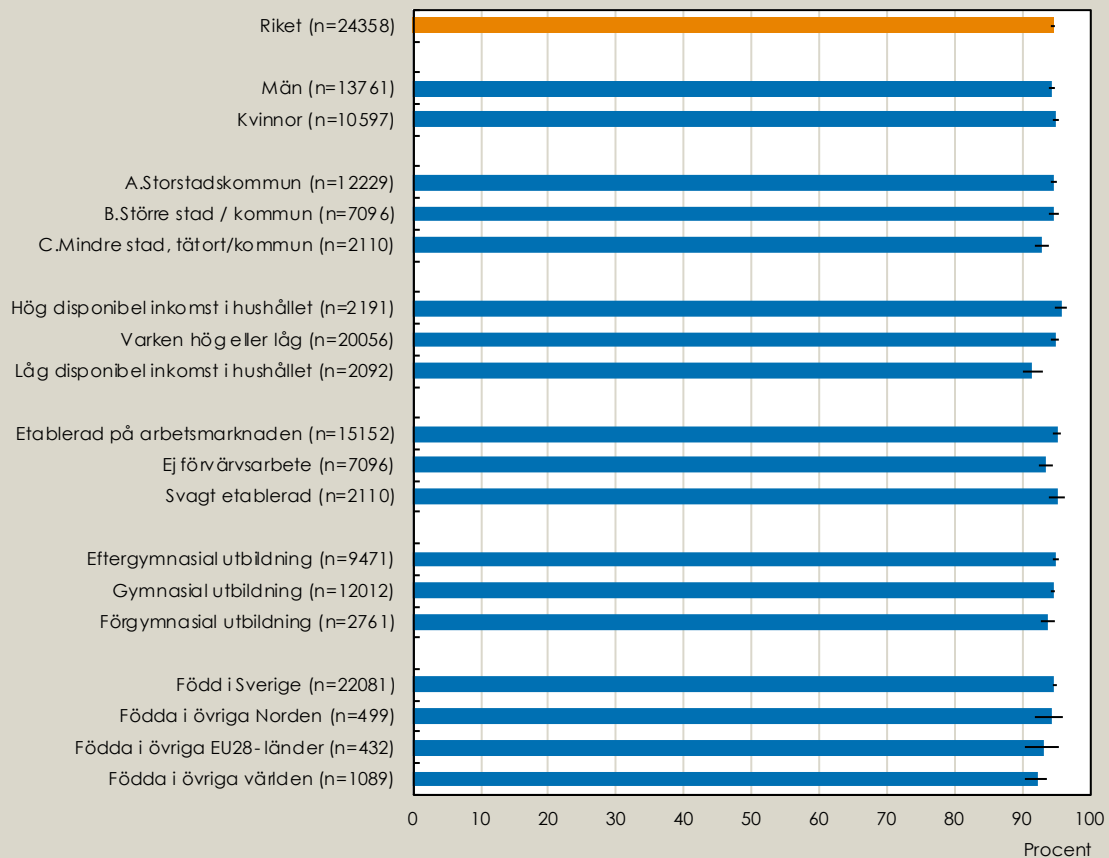
\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n:nämnare. Bortfall: Inkomst n: 296; utbildning n: 4700; födelseland n: 14742.

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## 8. Ögonbottenundersökning

**Figur 8.1. Ögonbottenundersökning diabetes typ 1, 30-64 år**

Andel personer 30-64 år med typ 1 diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning under de två senaste åren, 2016



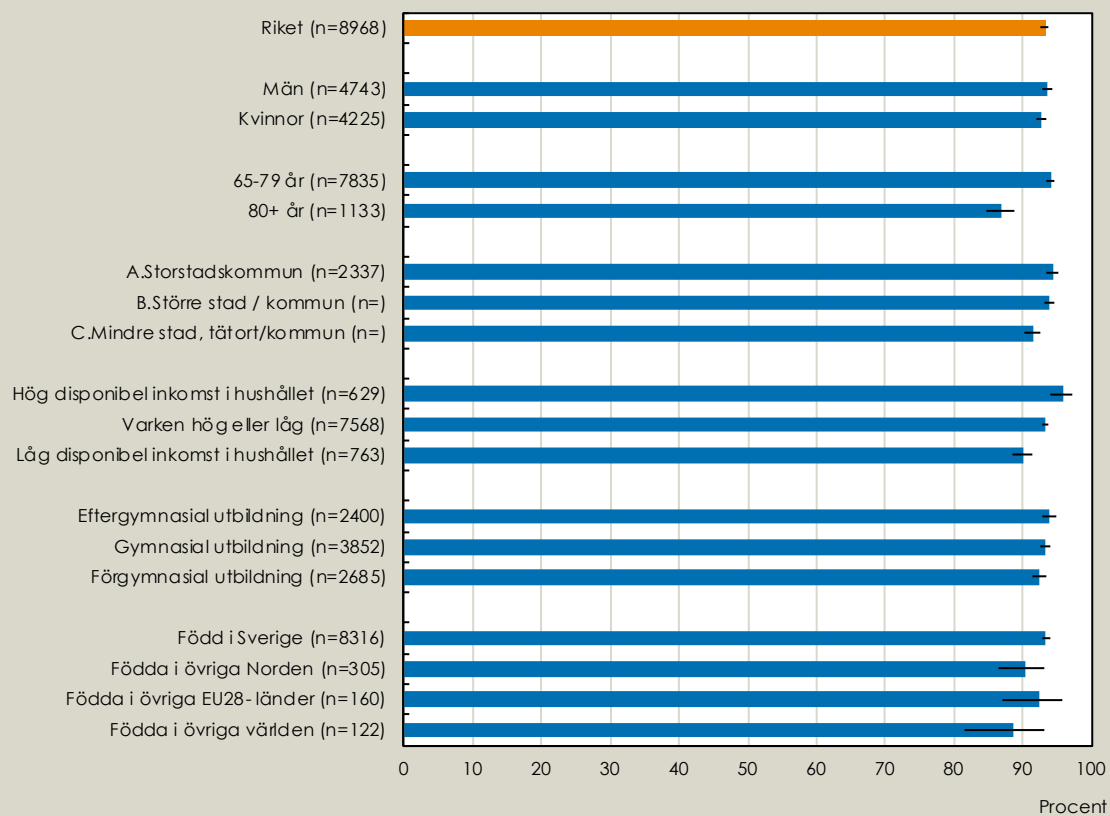
\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.

n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 19; utbildning n: 114; födelseland n: 257.

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## Figur 8.2. Ögonbottenundersökning diabetes typ 1, 65+ år

Andel personer 65 år med typ 1 diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning under de två senaste åren, 2016

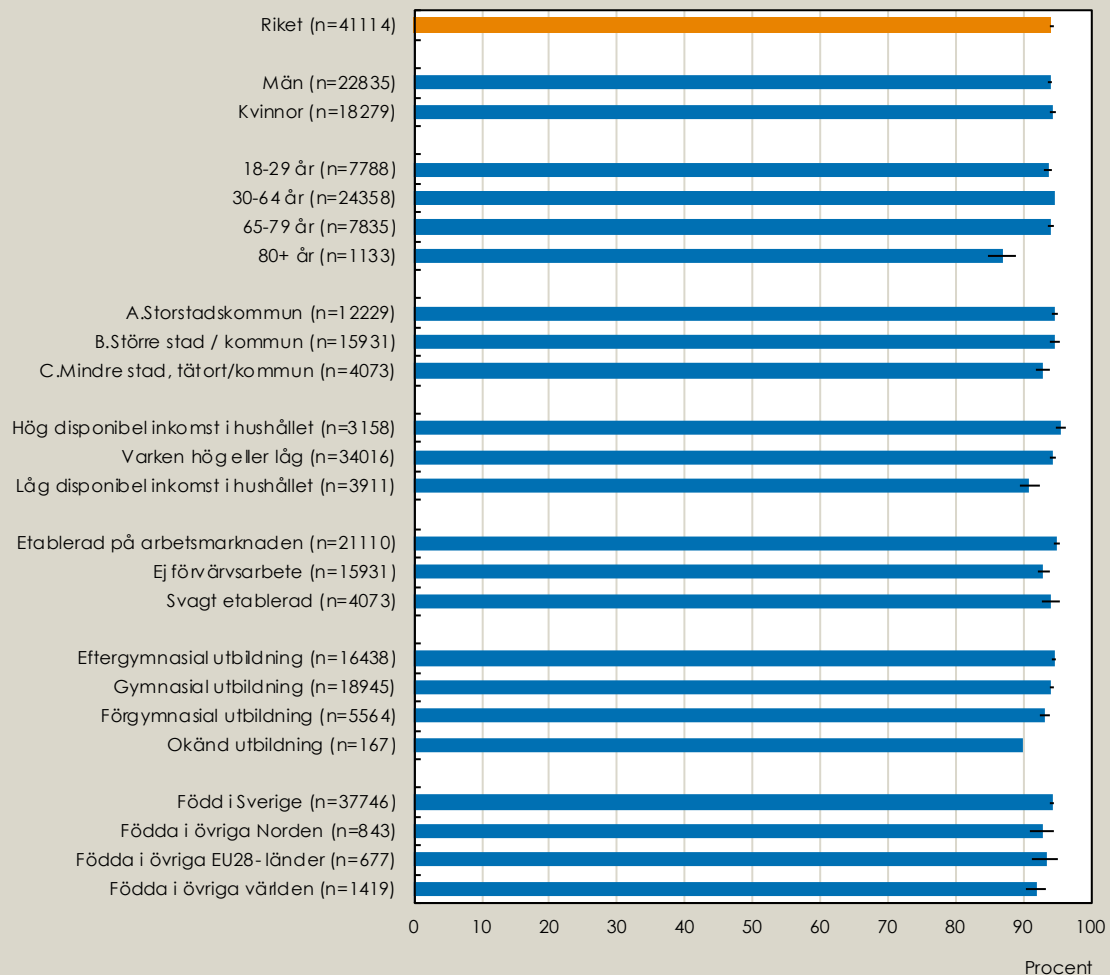


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.  
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: <10; utbildning n: 31; födelseland n: 65.

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret och IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 8.3. Ögonbottenundersökning diabetes typ 1, 18+ år

Andel personer 18 år och äldre med typ 1 diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning under de två senaste åren, 2016



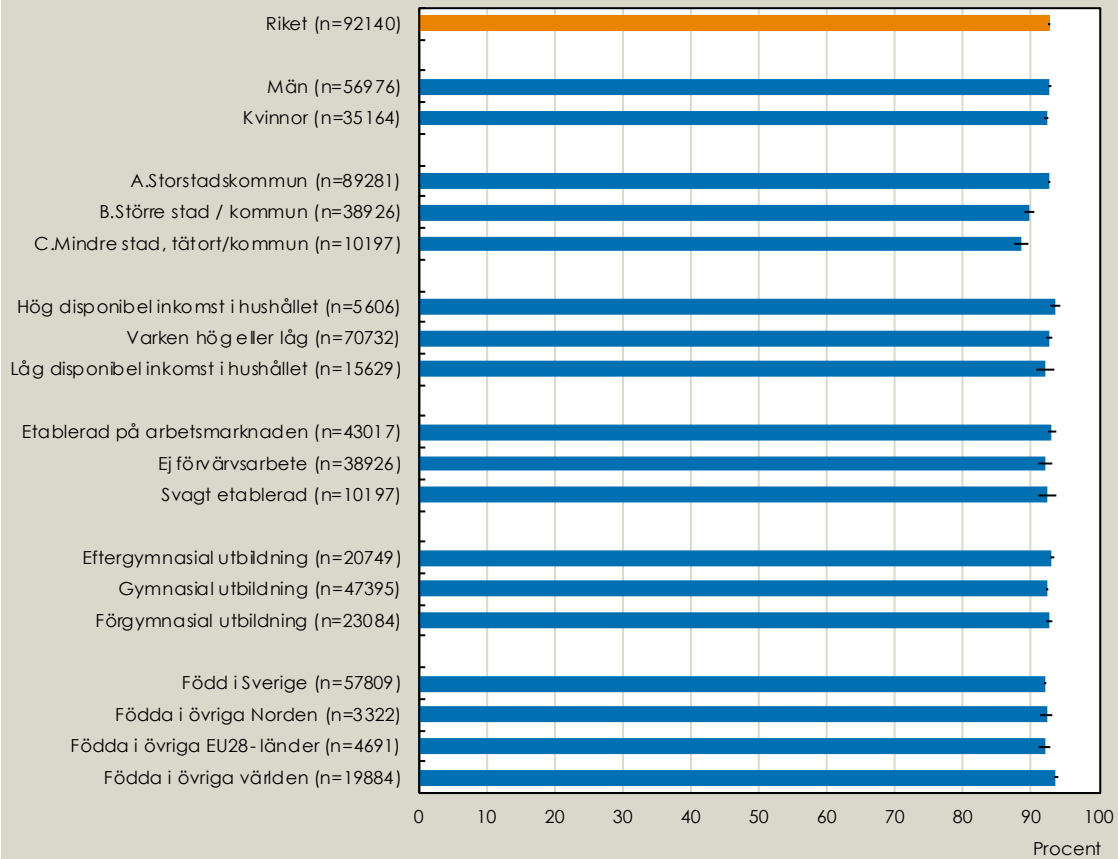
\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 29; utbildning n: 167; födelseland n: 429.

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).



### Figur 8.4. Ögonbottenundersökning diabetes typ 2, 30-64 år

Andel personer 30-64 år med typ 2 diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning under de två senaste åren, 2016

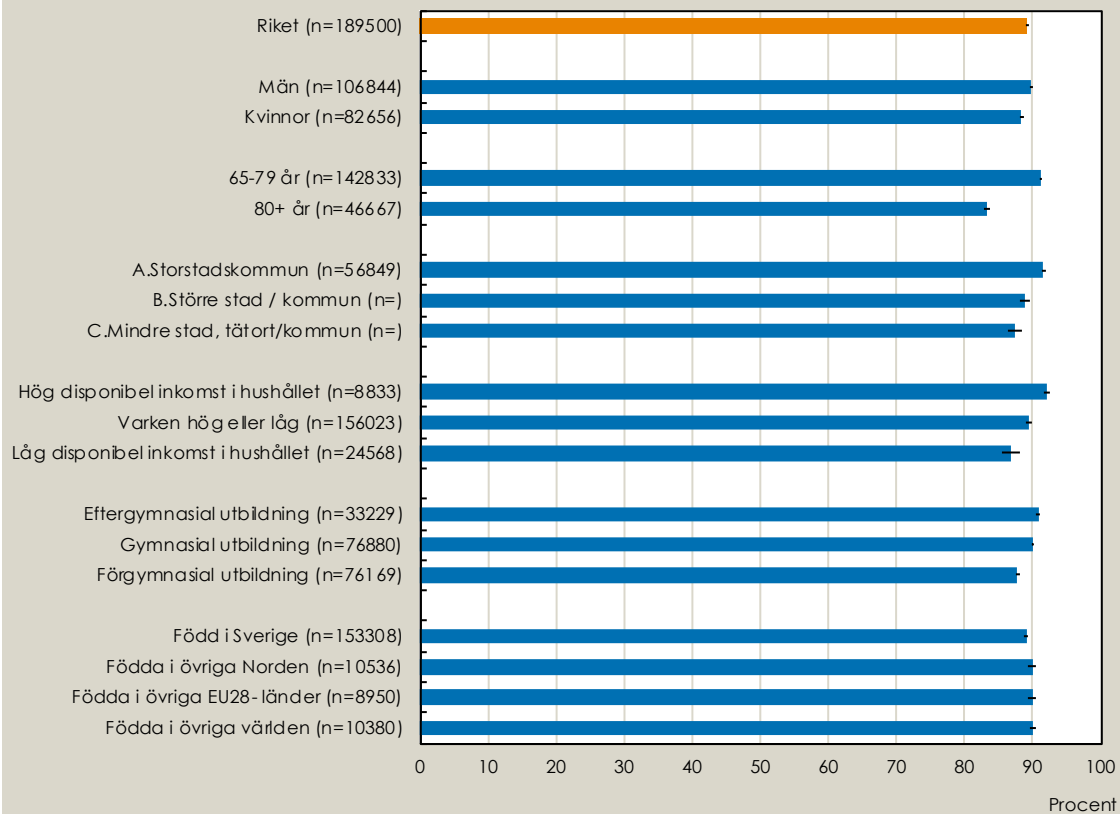


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.  
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 173; utbildning n: 840; födelseland n: 6082.

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### Figur 8.5. Ögonbottenundersökning diabetes typ 2, 65+ år

Andel personer 65 år med typ 2 diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning under de två senaste åren, 2016

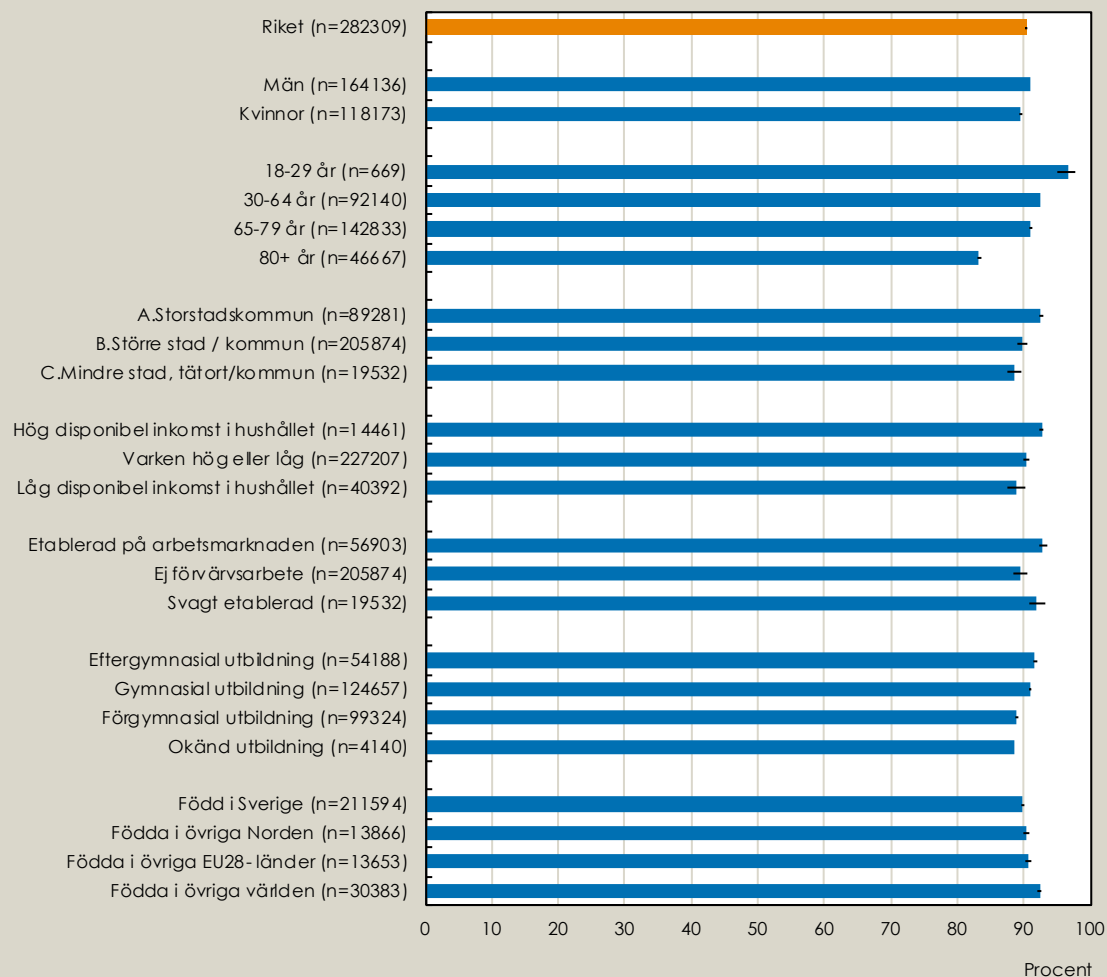


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.  
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 76; utbildning n: 3222; födelseland n: 6326.

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret och IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## Figur 8.6. Ögonbottenundersökning diabetes typ 2, 18+ år

Andel personer 18 år och äldre med typ 2 diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning under de två senaste åren, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.  
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n:219; utbildning n: 4140; födelseland n:12813.

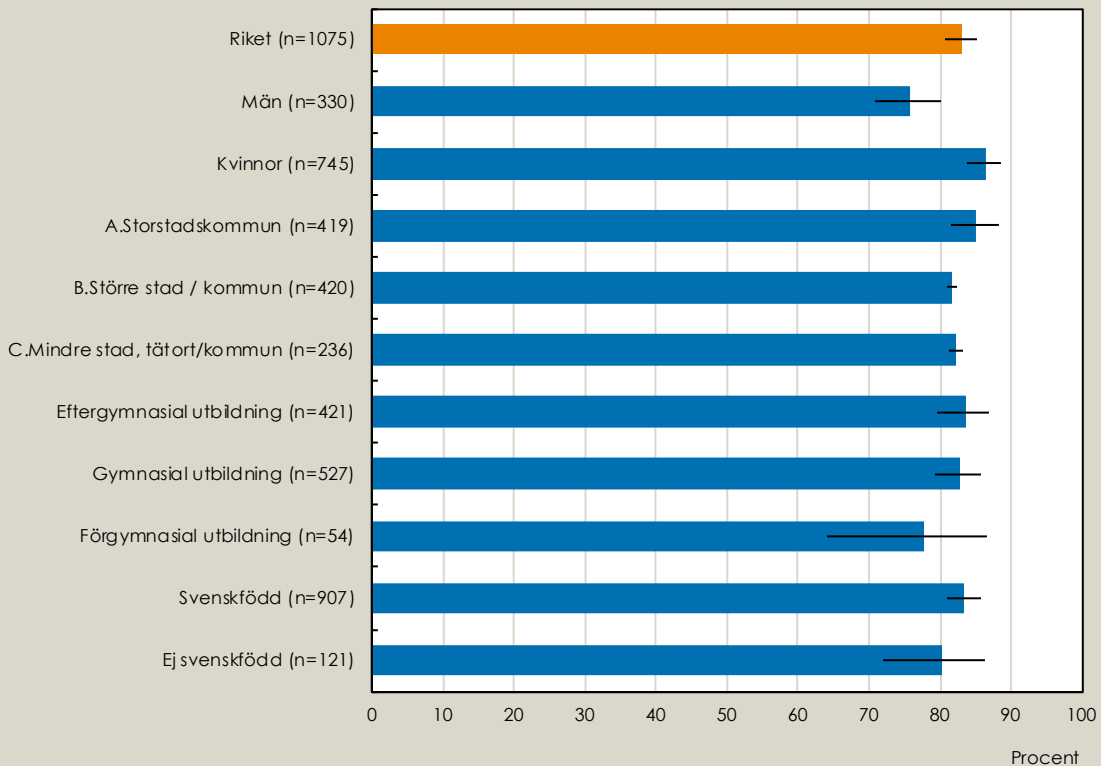
Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

# Övriga indikatorer

## 9. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, MS

**Figur 9.1. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, 18-29 år**

Andelen personer 18-29 år med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året, 2016

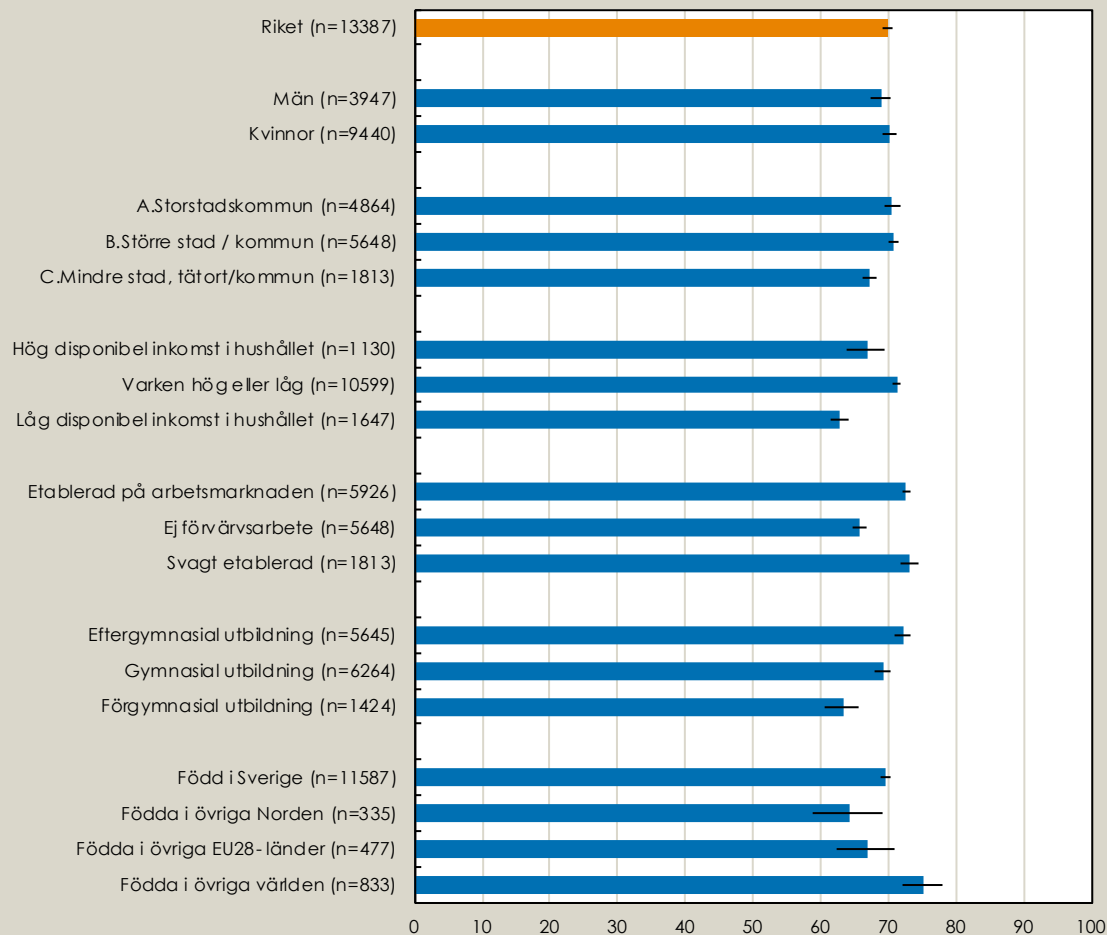


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. Utbildning av ser föräldrarnas. n:nämndare. Utbildning n: <10; födelseland n: 47.

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), och utbildningsregistret (SCB)

## Figur 9.2. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, 30-64 år

Andelen personer 30-64 år med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året, 2016



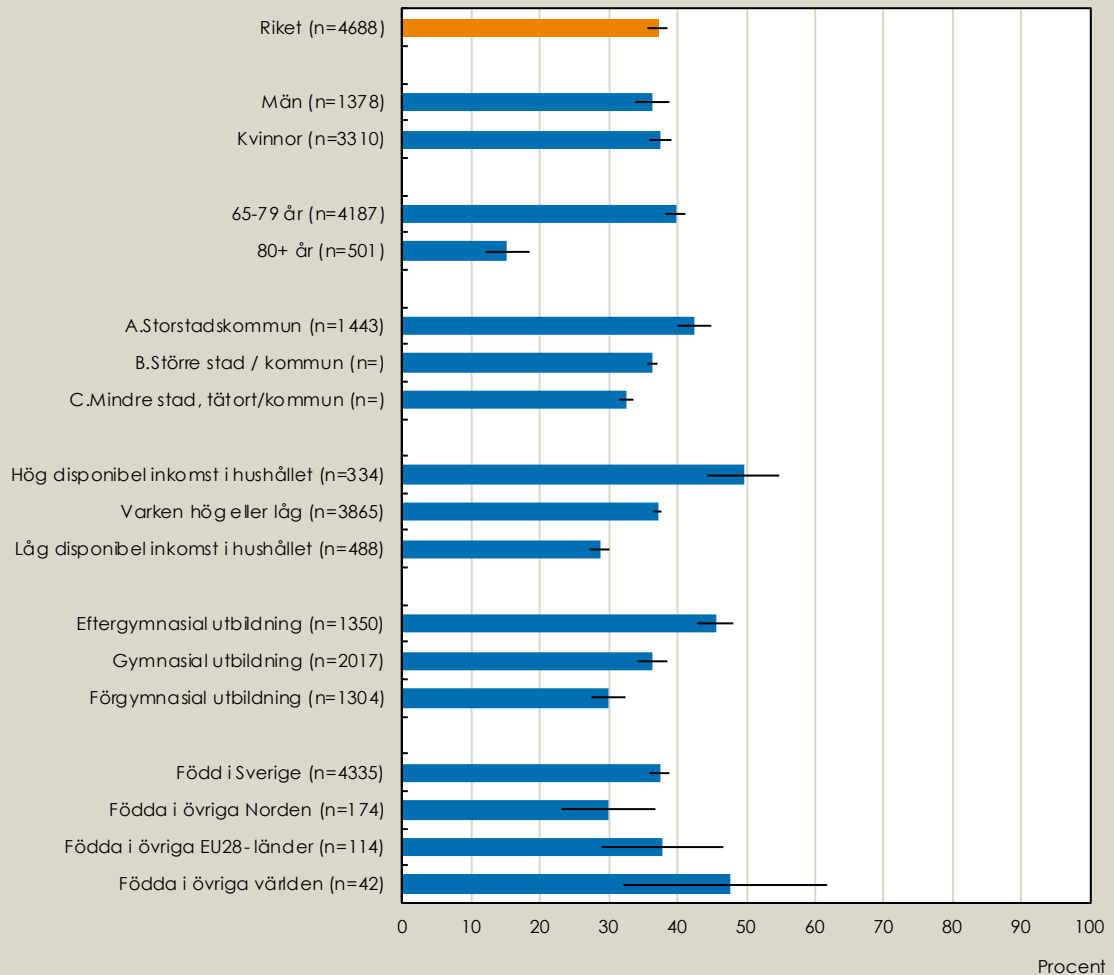
\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n:nämnare. Inkomst n: 11; utbildning n: 54; födelseland n: 155.

Procent

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, IoToch RAKS (SCB)

### Figur 9.3. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, 65+ år

Andelen personer 65 år och äldre med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året, 2016

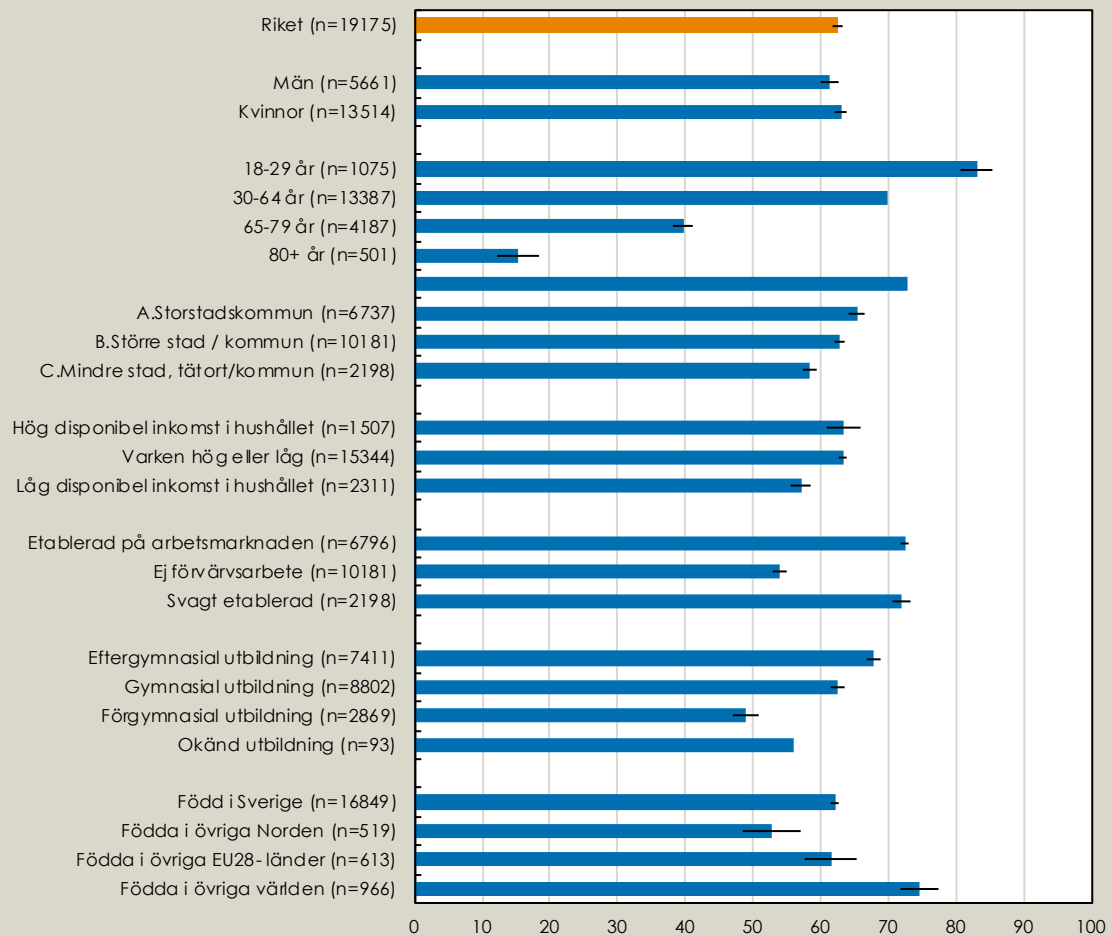


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n:nämnare. Inkomst n: <10; utbildning n: 17; födelseland n: 23.

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistre och, IoT (SCB)

### Figur 9.4. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, 18+ år

Andelen personer 18 år och äldre med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n:nämnare. Inkomst n: 13; utbildning n: 93; födelseland n: 228.

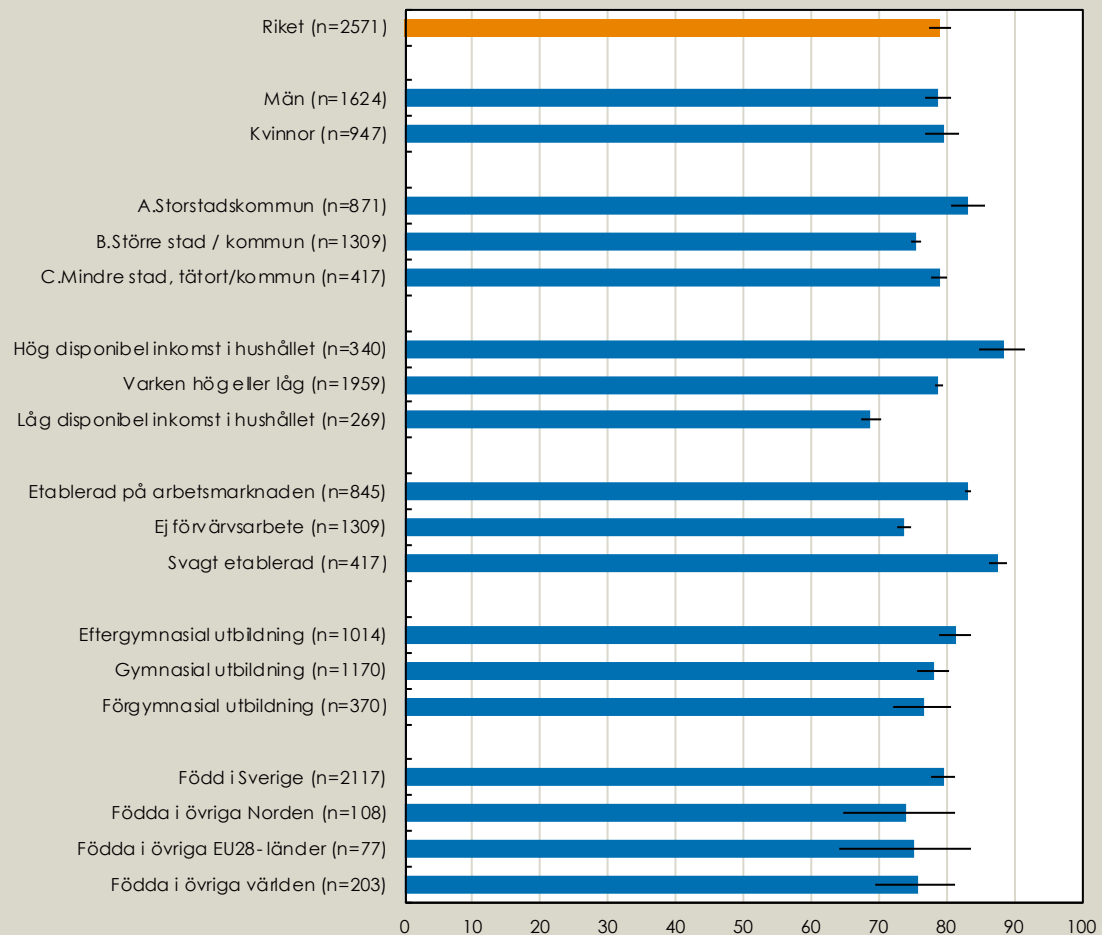
Procent

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, IoToch RAKS (SCB)

## 10. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, Parkinson

**Figur 10.1. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, 30-64 år**

Andelen personer 30-64 år med Parkinson som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n:nämnare. Inkomst n: <10; utbildning n: 17; födelseland n: 66.

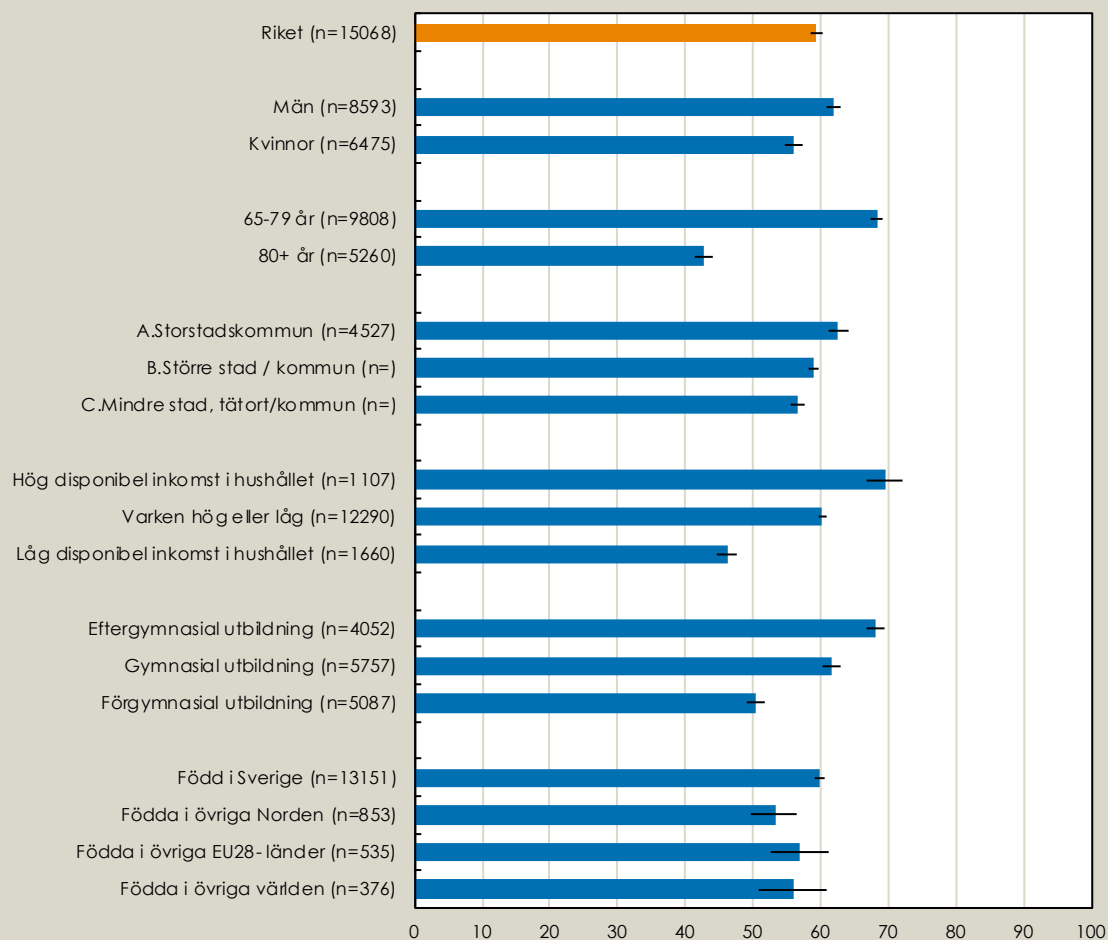
Procent

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, IoT och RAKS (SCB)



## Figur 10.2. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, 65+ år

Andelen personer 65 år och äldre med Parkinson som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året, 2016



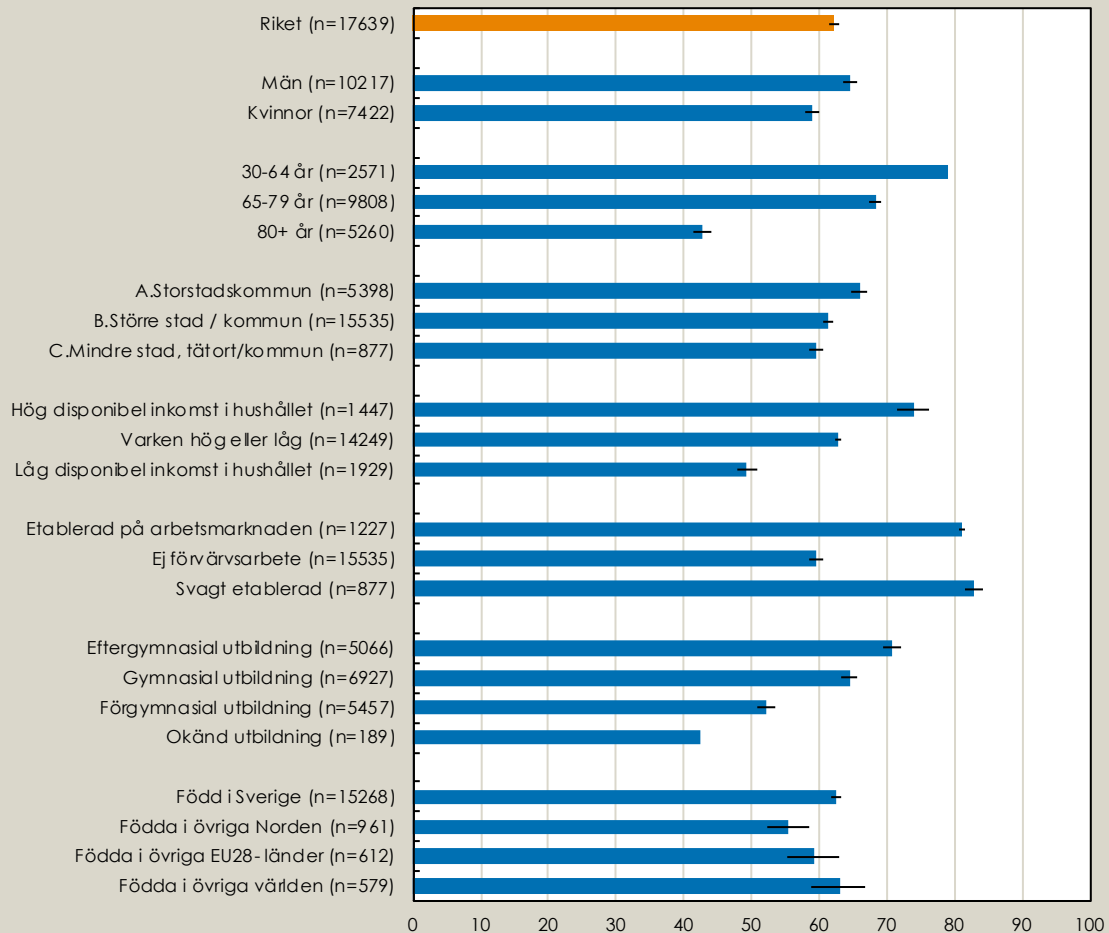
\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n:nämndare. Inkomst n: 11; utbildning n: 172; födelse land n: 153.

Procent

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, och IoT (SCB)

### Figur 10.3. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, 30+ år

Andelen personer 30 år och äldre med Parkinson som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. n:nämnare. Inkomst n: 14; utbildning n: 189; födelseland n: 219.

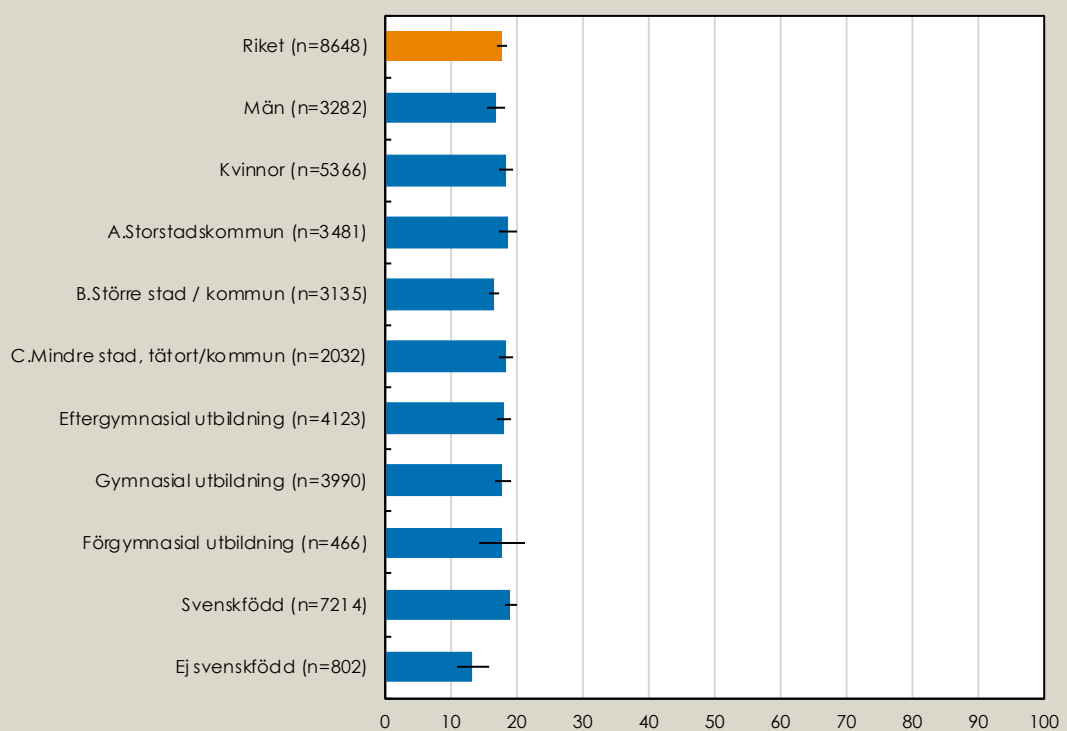
Procent

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, IoT och RAKS (SCB)

## 11. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

**Figur 11.1. Bensodiazepiner vid ångestsyndrom, 18-29 år**

Andel personer 18-29 år med ångestsyndrom som har hämtat ut bensodiazepiner för längre tid än fyra veckors behandling, 2016

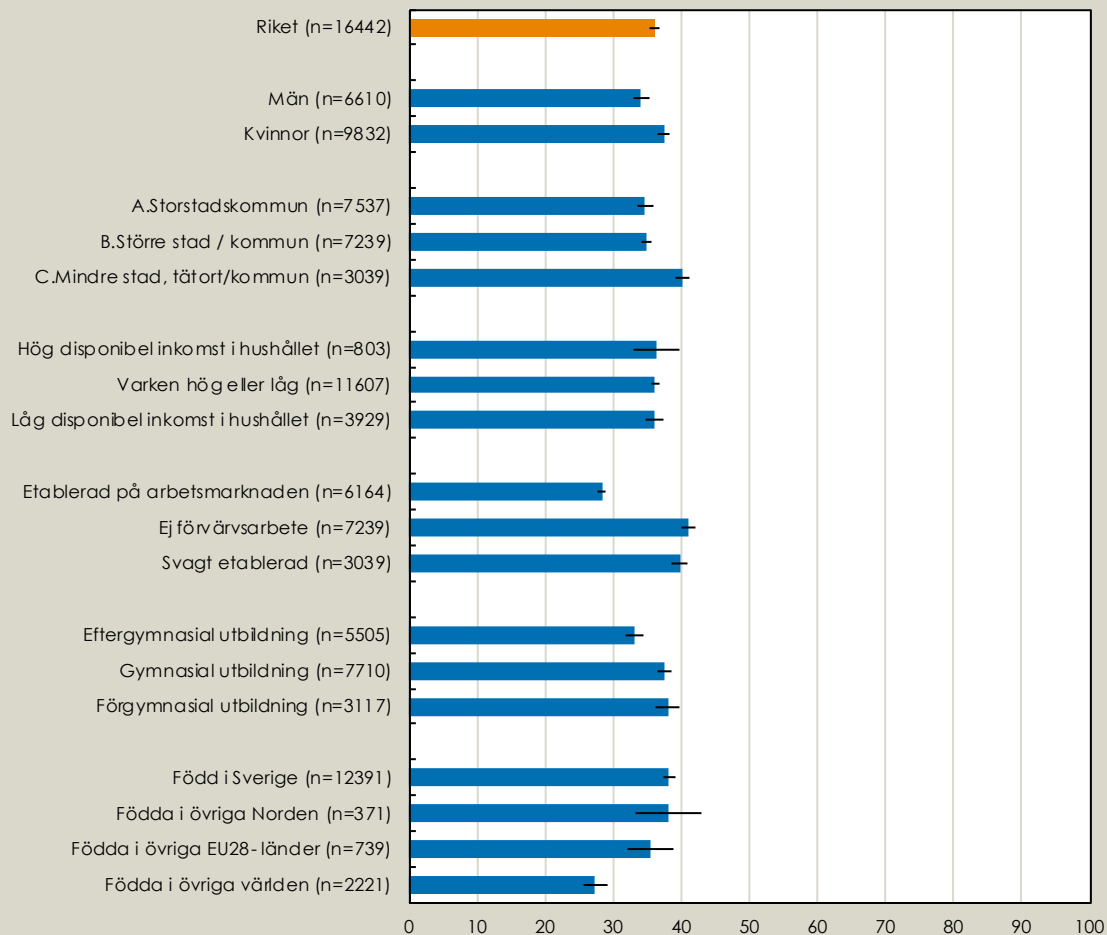


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal. Utbildning avser föräldrarnas.  
n: nämnare. Bortfall: utbildning n: 69; födelseland n: 632.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret (Socialstyrelsen) och utbildningsregistret (SCB).

## Figur 11.2. Bensodiazepiner vid ångestsyndrom, 30-64 år

Andel personer 30-64 år med ångestsyndrom som har hämtat ut bensodiazepiner för längre tid än fyra veckors behandling, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.

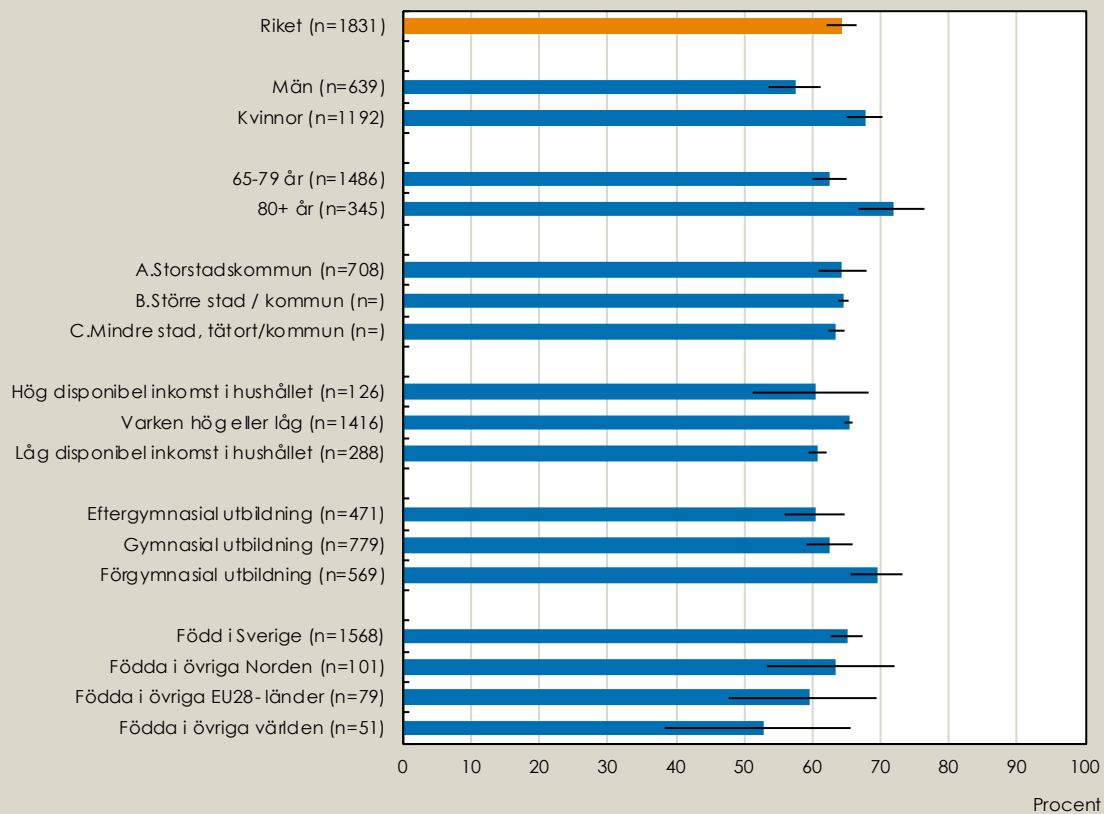
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 28; utbildning n: 29; födelseland n: 185.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB).

Procent

### Figur 11.3. Bensodiazepiner vid ångestsyndrom, 65+ år

Andel personer 65 år och äldre med ångestsyndrom som har hämtat ut bensodiazepiner för längre tid

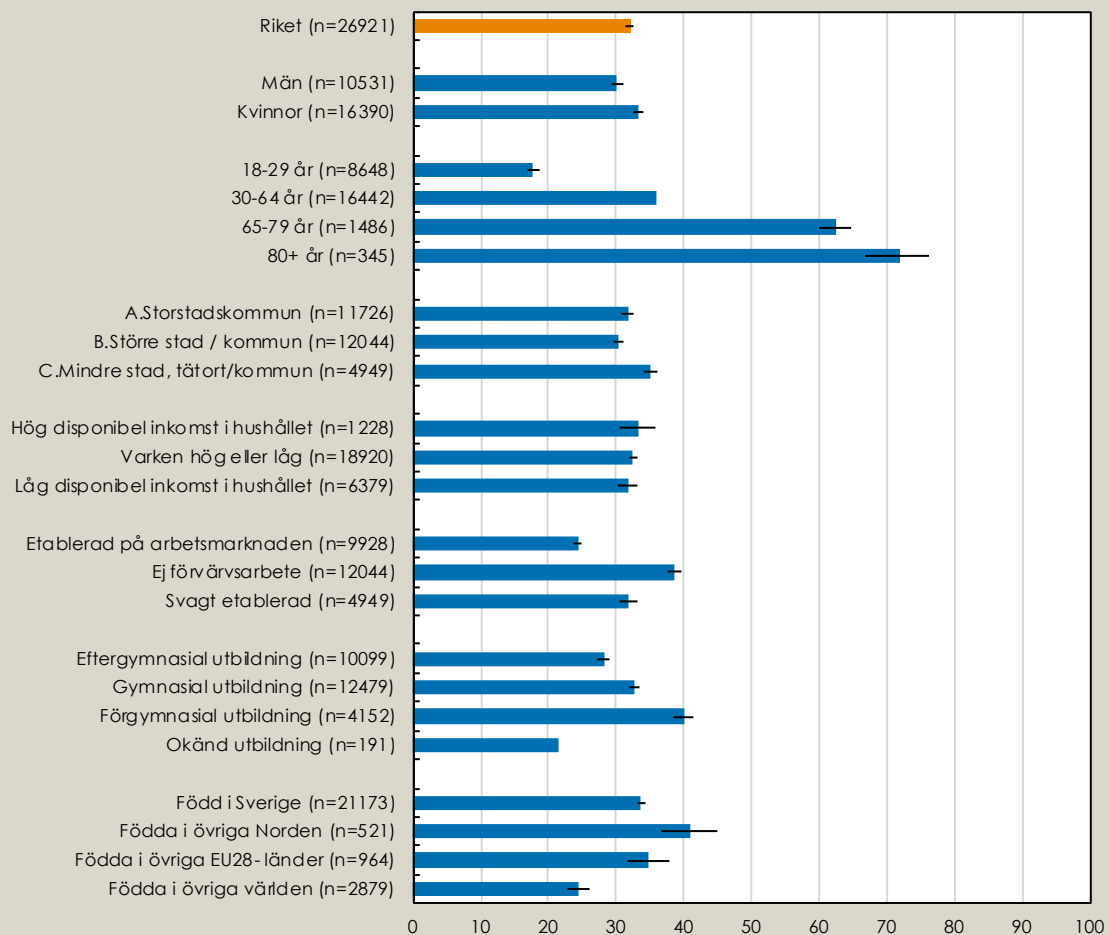


\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.  
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: <10; utbildning n: 12; födelseland n: 32.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret och Iot (SCB).

### Figur 11.4. Bensodiazepiner vid ångestsyndrom, 18+ år

Andel personer 18 år och äldre med ångestsyndrom som har hämtat ut bensodiazepiner för längre tid än fyra veckors behandling, 2016



\* Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.  
n: nämnare. Bortfall: Inkomst n: 394; utbildning n: 191; födelseland n: 1384.

Procent

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

# Bilaga 5. Indikatorbaserad uppföljning: regressionstabeller

## Astma och KOL

### 1. Spirometri vid astma

**Tabell 1.1. Logistisk regressionsanalys av spirometri vid astma, 18-29 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelse land, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 18-29 år med astma som har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI) (n=5093)
<b>Riket</b>	2572 (45,2)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	1493 (43,9)	0,88(0,79-0,98)	0,91(0,8-1,03)
Män	1079 (47)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Föräldrars utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	50 (34,7)	0,67(0,47-0,95)	0,59(0,38-0,92)
Gymnasial utbildning	980 (47,6)	1,14(1,02-1,27)	1,03(0,91-1,17)
Eftergymnasial utbildning	1536 (44,4)	1	1
<b>Födelse land</b>			
Svenskfödd	2206 (45,4)	1	1
Ej svenskfödd	192 (43,1)	0,91(0,75-1,11)	1,12(0,89-1,4)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
ratio test	1318,13	24	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemenshow	6,67	7	0
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,22 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,295 c -statistic 0,72			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen.

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 1.2. Logistisk regressionsanalys av spirometri vid astma, 30-64 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 30-64 år med astma som har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI) (n=21103)
<b>Riket</b>	9556 (42,3)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	5792 (41,2)	<b>0,89(0,85-0,94)</b>	0,9(0,85-0,96)
Män	3764 (44)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	1010 (40,7)	1,03(0,92-1,16)	0,97(0,84-1,13)
Varken hög/låg disponibel inkomst	7636 (42,8)	1,13(1,03-1,23)	0,99(0,89-1,09)
Hög disponibel inkomst	1	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden	900 (41,5)	0,95(0,87-1,04)	0,94(0,84-1,05)
Ej förvärvat arbete	2680 (41,5)	0,95(0,89-1,01)	0,93(0,86-1,01)
Etablerad	5976 (42,8)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	1273 (40,5)	0,99(0,91-1,07)	0,9(0,81-0,99)
Gymnasial utbildning	4307 (44,4)	<b>1,16(1,09-1,22)</b>	1(0,94-1,07)
Eftergymnasial utbildning	3911 (40,8)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	6994 (43,3)	1	1
Övriga Norden	267 (40,3)	0,88(0,76-1,04)	1,11(0,93-1,32)
Övriga EU28	330 (43,5)	1,01(0,87-1,17)	1,06(0,89-1,25)
Övriga världen	1346 (37,1)	<b>0,77(0,72-0,83)</b>	0,98(0,89-1,06)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	5194,13	30	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	12,40	8	0,13
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,218 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,294 c -statistic0,724			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen.

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).



**Tabell 1.3. Logistisk regressionsanalys av spirometri vid astma, 65+ år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelse land, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 65 år och äldre med astma som har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=13805)
<b>Riket</b>	5575 (41,8)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	3555 (40,4)	<b>0,85(0,79-0,92)</b>	0,86(0,79-0,94)
Män	2020 (44,4)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	4545 (44,8)	<b>1,71(1,57-1,86)</b>	<b>1,63(1,47-1,81)</b>
80+ år	1030 (32,2)	1	
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	521 (36,9)	0,93(0,79-1,11)	1,03(0,83-1,28)
Varken hög/låg disponibel inkomst	4705 (42,7)	1,19(1,03-1,37)	1,2(1,02-1,42)
Hög disponibel inkomst i hushållet	349 (38,5)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	1772 (41)	1(0,92-1,1)	0,9(0,8-1,01)
Gymnasial utbildning	2335 (43,4)	1,11(1,02-1,21)	1(0,9-1,11)
Eftergymnasial utbildning	1401 (40,9)	1	1
<b>Födelse land</b>			
Sverige	4644 (43,6)	1	1
Övriga Norden	328 (34,5)	<b>0,68(0,59-0,78)</b>	0,89(0,76-1,05)
Övriga EU28	244 (38,6)	0,81(0,69-0,96)	0,89(0,73-1,09)
Övriga världen	223 (28,9)	<b>0,53(0,45-0,62)</b>	0,77(0,63-0,93)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	3926,01	28	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	10,22	8	0,25
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,264 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,355 c -statistic0,766			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## 2. Patientutbildning vid astma

**Tabell 2.1. Logistisk regressionsanalys av patientutbildning vid astma, 18-29 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 18-29 år med astma och som har genomgått patientutbildning, 2016

	Antal i följaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI) (n=1384)
<b>Riket</b>	1159 (78,5)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	666 (78,1)	0,95(0,74-1,22)	0,99(0,75-1,3)
Män	493 (79)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Föräldrars utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	24 (75)	0,81(0,36-1,84)	1,33(0,47-3,78)
Gymnasial utbildning	469 (78,4)	0,99(0,76-1,27)	1,02(0,77-1,35)
Eftergymnasial utbildning	664 (78,7)	1	
<b>Födelseland</b>			
Svenskfödd	1006 (78,7)	1	
Ej svenskfödd	82 (77,4)	0,93(0,58-1,49)	0,79(0,47-1,31)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	118,78	24	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	11,87	9	0,22
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,082 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,127 c -statistic0,681			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 2.2. Logistisk regressionsanalys av patientutbildning vid astma, 30-64 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 30-64 år med astma och som har genomgått patientutbildning, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=5089)
<b>Riket</b>	4292 (78,7)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	2636 (79,4)	1,12(0,98-1,28)	1,03(0,89-1,19)
Män	1656 (77,5)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	481 (77,2)	0,71(0,52-0,97)	0,86(0,6-1,23)
Varken hög/låg disponibel inkomst	3441 (78,5)	0,76(0,59-0,99)	0,88(0,66-1,17)
Hög disponibel inkomst	367 (82,7)		
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden	407 (76,9)	0,86(0,69-1,07)	0,93(0,72-1,18)
Ej förvärvat arbete	1192 (77,4)	0,88(0,76-1,02)	0,9(0,76-1,07)
Etablerad	2693 (79,5)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	588 (76,9)	0,79(0,64-0,96)	
Gymnasial utbildning	2001 (77,4)	0,81(0,7-0,94)	
Eftergymnasial utbildning	1676 (80,9)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	3137 (77,8)	1	1
Övriga Norden	119 (81)	1,21(0,8-1,84)	1,23(0,78-1,94)
Övriga EU28	148 (82,2)	1,32(0,9-1,95)	1,21(0,8-1,83)
Övriga världen	622 (82,1)	1,31(1,07-1,6)	1,03(0,82-1,29)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	493,20	29	<.0001
Goodness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	2,65	8	0,95
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,092 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,143 c -statistic0,698			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 2.3. Logistisk regressionsanalys av patientutbildning vid astma, 65+ år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 65 år och äldre med astma och som har genomgått patientutbildning, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=3147)
<b>Riket</b>	2390 (73,5)		
<b>Kön</b>			
Kv inno	1515 (73,4)	0,99(0,84-1,16)	1,02(0,86-1,22)
Män	875 (73,7)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	1956 (74,3)	1,22(1-1,48)	1,18(0,95-1,46)
80+ år	434 (70,3)		
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	231 (71,7)	0,98(0,65-1,48)	1,17(0,73-1,88)
Varken hög/låg disponibel inkomst	2037 (73,8)	1,09(0,77-1,54)	1,28(0,87-1,89)
Hög disponibel inkomst i hushållet	122 (72,2)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	779 (71,1)	0,83(0,67-1,02)	0,94(0,74-1,2)
Gymnasial utbildning	1040 (74,8)	1(0,81-1,22)	1,05(0,84-1,32)
Eftergymnasial utbildning	545 (74,9)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	2012 (73)	1	1
Övriga Norden	126 (72)	0,95(0,68-1,34)	0,92(0,63-1,35)
Övriga EU28	107 (76,4)	1,2(0,8-1,79)	0,94(0,61-1,44)
Övriga världen	88 (83)	1,81(1,08-3,02)	1,21(0,68-2,15)
<b>Födelseland</b>			
Svenskfödd	2012 (73)	1	1
Ej svenskfödd	321 (76,3)	1,19(0,93-1,51)	
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	350,36	28	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	8,32	8	0,40
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,105 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,154 c -statistic0,702			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

### 3. Patientutbildning vid KOL

**Tabell 3.1. Logistisk regressionsanalys av patientutbildning vid KOL, 30-64 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelse-land, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 30-64 år med KOL och som har genomgått patientutbildning, 2016

	Antal i följaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=3008)
<b>Riket</b>	1588 (74,8)		
<b>Kön</b>			
Kv in nor	895 (75)	1,02(0,83-1,24)	1,01(0,81-1,27)
Män	693 (74,7)	1 (Referensgrupp)	1
Disponibel inkomst i hushållet			
<b>Låg disponibel inkomst i hushållet</b>	289 (70,8)	0,59(0,34-1)	0,59(0,32-1,08)
Varken hög/låg disponibel inkomst	1214 (75,5)	0,74(0,45-1,22)	0,77(0,44-1,33)
Hög disponibel inkomst	83 (80,6)	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden	211 (72,5)	0,81(0,6-1,1)	0,95(0,68-1,34)
Ej förvärvat arbete	719 (74,1)	0,88(0,71-1,09)	0,99(0,76-1,28)
Etablerad	658 (76,4)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	456 (75,6)	0,99(0,72-1,35)	1,09(0,77-1,56)
Gymnasial utbildning	873 (73,9)	0,9(0,68-1,2)	0,94(0,68-1,3)
Eftergymnasial utbildning	245 (75,9)	1	1
<b>Födelse-land</b>			
Sverige	1150 (73,1)	1	1
Övriga Norden	90 (75,6)	1,14(0,74-1,76)	1,16(0,73-1,86)
Övriga EU28	103 (84,4)	1,99(1,21-3,29)	1,66(0,97-2,84)
Övriga världen	168 (81,6)	1,63(1,12-2,35)	1,22(0,82-1,82)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	242,57	29	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	5,11	8	0,75
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,114 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,168 c -statistic0,701			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 3.2. Logistisk regressionsanalys av patientutbildning vid KOL, 65+ år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 65 år och äldre med KOL och som har genomgått patientutbildning, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=6677)
<b>Riket</b>	5059 (73)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	2836 (73,5)	1,05(0,94-1,17)	1,05(0,94-1,19)
Män	2223 (72,5)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	3992 (73,3)	1,06(0,93-1,2)	1,08(0,94-1,25)
80+ år	1067 (72,1)	1	1
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	582 (73,1)	0,7(0,5-0,98)	0,84(0,58-1,22)
Varken hög/låg disponibel inkomst	4263 (72,7)	0,69(0,51-0,93)	0,83(0,59-1,15)
Hög disponibel inkomst i hushållet	210 (79,6)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	1986 (70,7)	0,76(0,64-0,89)	0,84(0,7-1,01)
Gymnasial utbildning	2213 (73,9)	0,89(0,76-1,05)	0,92(0,77-1,11)
Eftergymnasial utbildning	791 (76,1)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	4255 (72,5)	1	1
Övriga Norden	313 (76)	1,2(0,95-1,52)	1,1(0,85-1,42)
Övriga EU28	212 (79,1)	1,44(1,07-1,94)	1,09(0,79-1,5)
Övriga världen	152 (78)	1,34(0,95-1,89)	0,92(0,62-1,36)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	918,07	28	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	8,52	8	0,38
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,129 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,187 c -statistic0,719			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen

Källa: Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

# Stroke

## 4. Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus

**Tabell 4.1. Logistisk regressionsanalys av tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus, 30-64 år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 30-64 år med stroke som anländer till sjukhus inom 3 timmar efter debut av strokesymtom, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=3363)
<b>Riket</b>	1 195 (41,8)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	413 (43)	1,08(0,92-1,26)	1,03(0,86-1,22)
Män	782 (41,2)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	389 (39,8)	1	
B. Större stad/kommun	487 (44,6)	1,22(1,02-1,45)	1,03(0,77-1,39)
C. Mindre stad, tätort/kommun	319 (40,4)	1,03(0,85-1,24)	0,91(0,67-1,25)
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	<b>158 (35,8)</b>	0,61(0,44-0,85)	0,65(0,44-0,96)
Varken hög/låg disponibel inkomst	830 (41,5)	0,78(0,59-1,02)	0,83(0,61-1,13)
Hög disponibel inkomst	111 (47,6)	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden	200 (43)	1,02(0,82-1,27)	1,08(0,85-1,37)
Ej förvärvat arbete	536 (40,7)	0,92(0,79-1,09)	0,89(0,73-1,08)
Etablerad	459 (42,6)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	250 (40,7)	0,89(0,72-1,11)	0,95(0,74-1,22)
Gymnasial utbildning	546 (40,2)	0,89(0,74-1,06)	0,88(0,71-1,08)
Eftergymnasial utbildning	299 (43,3)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	849 (42,1)	1	1
Övriga Norden	49 (38)	0,84(0,58-1,21)	0,92(0,62-1,37)
Övriga EU28	40 (33,3)	0,69(0,47-1,01)	0,78(0,52-1,18)
Övriga världen	113 (41,7)	0,98(0,76-1,27)	1,07(0,8-1,43)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	56,05	32	0,01
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	4,80	8	0,78
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,023 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,032 c -statistic0,589			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 4.2. Logistisk regressionsanalys av tid mellan symptomdebut och ankomst till sjukhus, 65+ år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 65 år och äldre med stroke som anländer till sjukhus inom 3 timmar efter debut av strokesymtom, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=14385)
<b>Riket</b>	5589 (37)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	2694 (36)	0,91(0,86-0,98)	0,89(0,82-0,97)
Män	2895 (38,1)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	2684 (36,7)	0,97(0,91-1,04)	0,97(0,89-1,05)
80+ år	2905 (37,4)	1	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	1536 (34,2)	1	1
B. Större stad/kommun	2251 (38,7)	<b>1,22(1,12-1,32)</b>	1,1(0,96-1,26)
C. Mindre stad, tätort/kommun	1802 (37,6)	<b>1,16(1,07-1,26)</b>	1,02(0,88-1,18)
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	523 (30,2)	0,79(0,65-0,95)	0,83(0,67-1,01)
Varken hög/låg disponibel inkomst	3367 (35,6)	1,01(0,86-1,19)	1(0,84-1,19)
Hög disponibel inkomst i hushållet	236 (35,4)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	1662 (34)	0,97(0,89-1,07)	0,93(0,83-1,04)
Gymnasial utbildning	1589 (35,7)	1,03(0,94-1,13)	1,01(0,91-1,13)
Eftergymnasial utbildning	824 (35,5)		
<b>Födelseland</b>			
Sverige	4780 (37,5)	1	1
Övriga Norden	278 (34,2)	0,87(0,75-1,01)	0,9(0,75-1,08)
Övriga EU28	206 (35,2)	0,91(0,76-1,08)	0,92(0,75-1,14)
Övriga världen	142 (37,4)	0,99(0,81-1,23)	1,15(0,87-1,52)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	143,20	31	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	2,91	8	0,94
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,013 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,018 c -statistic0,564			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).



## 5. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

**Tabell 5.1. Logistisk regressionsanalys av strokeenhet som första vårdnivå vid strokeankomst till sjukhus, 30-64 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 30-64 år med stroke som vårdats på strokeenhet eller IVA som första vårdnivå, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=3633)
<b>Riket</b>	1195 (41,8)		
<b>Kön</b>			
Kv inor	413 (43)	0,91(0,76-1,08)	1(0,82-1,23)
Män	782 (41,2)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstads kommun	389 (39,8)	1	1
B. Större stad/kommun	487 (44,6)	0,74(0,61-0,9)	
C. Mindre stad, tätort/kommun	319 (40,4)	1,2(0,95-1,51)	
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	158 (35,8)	0,8(0,55-1,17)	0,85(0,54-1,35)
Varken hög/låg disponibel inkomst	830 (41,5)	0,86(0,62-1,2)	0,9(0,62-1,32)
Hög disponibel inkomst	111 (47,6)	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden	200 (43)	1,01(0,78-1,31)	0,88(0,66-1,17)
Ej förvärvat arbete	536 (40,7)	0,9(0,75-1,08)	0,92(0,73-1,17)
Etablerad	459 (42,6)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	250 (40,7)	1,03(0,76-1,24)	1,03(0,76-1,39)
Gymnasial utbildning	546 (40,2)	1,01(0,81-1,24)	0,97(0,76-1,24)
Eftergymnasial utbildning	299 (43,3)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	849 (42,1)	1	1
Övriga Norden	49 (38)	0,86(0,58-1,27)	0,94(0,61-1,45)
Övriga EU28	40 (33,3)	1,09(0,71-1,66)	1,03(0,65-1,62)
Övriga världen	113 (41,7)	1,31(0,96-1,8)	1,29(0,91-1,84)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	204,82	32	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	3,38	8	0,91

Cox and Snell R<sup>2</sup>-0,074 Nagelkerke R<sup>2</sup>(max rescaled R<sup>2</sup>)-0,136 c -statistic0,725

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 5.2. Logistisk regressionsanalys av strokeenhet som första vårdnivå vid strokeankomst till sjukhus 65+ år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 65 år och äldre med stroke som vårdnivå på strokeenhet eller IVA som första vårdnivå, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=13633)
<b>Riket</b>	12923 (74,8)		
<b>Kön</b>			
Kv inor	6378 (73,9)	0,91(0,85-0,97)	0,93(0,86-1,02)
Män	6545 (75,7)	1 (Referensgrupp)	
<b>Ålder</b>			
65-79 år	6409 (77,1)	<b>1,26(1,18-1,35)</b>	<b>1,19(1,09-1,3)</b>
80+ år	6514 (72,7)	1	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	3851 (77,3)	1	
B. Större stad/kommun	4693 (69,3)	<b>0,66(0,61-0,72)</b>	<b>0,73(0,63-0,84)</b>
C. Mindre stad, tätort/kommun	4379 (79,3)	1,12(1,02-1,23)	1,3(1,11-1,53)
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	1501 (74,7)	0,88(0,72-1,07)	0,92(0,74-1,15)
Varken hög/låg disponibel inkomst	8173 (76,8)	0,99(0,83-1,18)	1,03(0,85-1,25)
Hög disponibel inkomst i hushållet	566 (77)	1	
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	4242 (76,1)	0,94(0,85-1,03)	1,03(0,91-1,16)
Gymnasial utbildning	3850 (77,3)	0,99(0,9-1,1)	1,06(0,94-1,19)
Eftergymnasial utbildning	1990 (76,3)	1	
<b>Födelseland</b>			
Sverige	10915 (74,9)	1	
Övriga Norden	711 (74,6)	0,98(0,85-1,14)	1,03(0,85-1,24)
Övriga EU28	482 (72,7)	0,89(0,75-1,06)	0,97(0,78-1,21)
Övriga världen	303 (70,3)	0,79(0,64-0,98)	0,91(0,67-1,22)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	1016,74	31	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	21,86	8	0,01
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,077 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,116 c -statistic0,672			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## 6. Bedömning av sväljförmåga

**Tabell 6.1. Logistisk regressionsanalys av bedömning av sväljförmåga, 30-64 år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 30-64 år med stroke där bedömning av sväljförmågan har utförts, 2016

	Antal i följaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n= 3671 )
<b>Riket</b>	2833 (86,4)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	946 (85,4)	0,88(0,71-1,08)	0,92(0,72-1,17)
Män	1887 (87)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	1011 (92,2)	1	1
B. Större stad/kommun	1062 (83,3)	<b>0,42(0,33-0,55)</b>	<b>0,47(0,32-0,7)</b>
C. Mindre stad, tätort/kommun	760 (83,9)	<b>0,44(0,33-0,59)</b>	0,5(0,33-0,76)
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	436 (86,2)	0,66(0,41-1,07)	0,94(0,53-1,65)
Varken hög/låg disponibel inkomst	1946 (86,6)	0,68(0,44-1,04)	0,87(0,54-1,4)
Hög disponibel inkomst	237 (90,5)		
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden	464 (88,1)	1,09(0,79-1,49)	1,15(0,81-1,64)
Ej förvärvat arbete	1339 (85,3)	0,86(0,69-1,07)	0,99(0,75-1,31)
Etablerad	1030 (87,1)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	584 (85,4)	0,85(0,67-1,18)	
Gymnasial utbildning	1336 (87,1)	0,99(0,76-1,27)	
Eftergymnasial utbildning	685 (87,3)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	1989 (86)	1	1
Övriga Norden	126 (83,4)	0,82(0,53-1,29)	0,9(0,53-1,53)
Övriga EU28	119 (84,4)	0,88(0,55-1,41)	0,75(0,45-1,25)
Övriga världen	279 (90,9)	1,63(1,09-2,44)	1,28(0,82-2,01)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	204,82	32	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	3,38	8	0,91
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,074 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,136 c -statistic0,725			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 6.2. Logistisk regressionsanalys av bedömning av sväljförmåga, 65+ år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 65 år och äldre med stroke där bedömning av sväljförmågan har utförts, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=13788)
<b>Riket</b>	15304 (87,4)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	7684 (88)	1,11(1,01-1,21)	1,15(1,03-1,28)
Män	7620 (86,8)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	7344 (87,1)	0,95(0,87-1,04)	1,02(0,91-1,14)
80+ år	7960 (87,7)		
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	4581 (90,9)	1	1
B. Större stad/kommun	5861 (85,4)	<b>0,59(0,52-0,66)</b>	<b>0,58(0,48-0,7)</b>
C. Mindre stad, tätort/kommun	4862 (86,7)	<b>0,66(0,58-0,74)</b>	<b>0,61(0,5-0,74)</b>
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	1782 (88)	1,11(0,87-1,43)	1,14(0,87-1,5)
Varken hög/låg disponibel inkomst	9396 (87,2)	1,04(0,84-1,3)	1,11(0,88-1,4)
Hög disponibel inkomst i hushållet	650 (86,8)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	4945 (87,9)	1,05(0,98-1,25)	1,09(0,94-1,27)
Gymnasial utbildning	4380 (86,7)	0,95(0,82-1,09)	0,96(0,83-1,12)
Eftergymnasial utbildning	2312 (87,3)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	12872 (87,2)	1	1
Övriga Norden	847 (87,7)	1,05(0,86-1,28)	1,08(0,85-1,38)
Övriga EU28	601 (89,2)	1,21(0,95-1,55)	1,17(0,87-1,57)
Övriga världen	401 (90,5)	1,4(1,02-1,94)	1,19(0,78-1,81)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	556,66	31	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	8,48	8	0,39
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,043 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,08 c -statistic0,672			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Riksstroke, utbildningsregistret, IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

# Diabetes

## 7. Fotundersökning

**Tabell 7.1. Logistisk regressionsanalys av fotundersökning diabetes typ 1, 18-29 år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad på arbetsmarknaden och inkomst för personer 18-29 år med typ 1 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning under det senaste året, 2016

	Antal i följaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI) (n=7214)
<b>Riket</b>	5623 (87,3)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	2448 (86,8)	0,92(0,8-1,05)	0,9(0,78-1,03)
Män	3175 (87,7)	1 (Referensgrupp)	
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	1699 (85,8)	1	1
B. Större stad/kommun	2347 (87,3)	1,14(0,98-1,34)	<b>0,66(0,53-0,83)</b>
C. Mindre stad, tätort/kommun	1577 (89,1)	<b>1,38(1,15-1,65)</b>	0,85(0,66-1,08)
<b>Föräldrars utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	87 (86,1)	0,88(0,53-1,45)	0,77(0,45-1,31)
Gymnasial utbildning	2202 (86,9)	0,94(0,82-1,08)	0,9(0,78-1,04)
Eftergymnasial utbildning	3317 (87,6)	1	
<b>Födelseland</b>			
Svenskfödd	5312 (87,2)	1	
Ej svenskfödd	227 (87,3)	0,99(0,71-1,39)	1,01(0,71-1,44)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	267,40	27	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	8,59	8	0,38
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,036 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,067 c -statistic0,659			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 7.2. Logistisk regressionsanalys av fotundersökning diabetes typ 1, 30-64 år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad på arbetsmarknaden och inkomst för personer 30- 64 år med typ 1 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning under det senaste året, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=33333)
<b>Riket</b>	19044 (89,2)		
<b>Kön</b>			
Kv inno	8229 (88,7)	0,9(0,83-0,98)	0,9(0,83-0,98)
Män	10815 (89,6)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	9438 (86,3)	1	1
B. Större stad/kommun	12917 (89,9)	<b>1,58(1,43-1,73)</b>	1,12(0,97-1,28)
C. Mindre stad, tätort/kommun	9606 (91,2)	<b>1,79(1,61-1,99)</b>	<b>1,32(1,14-1,53)</b>
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	1580 (89,1)	0,97(0,8-1,17)	0,86(0,7-1,06)
Varken hög/låg disponibel inkomst	15695 (89,3)	1,07(0,93-1,23)	0,96(0,83-1,11)
Hög disponibel inkomst i hushållet	1753 (88,6)	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Sv agt etablerad	1646 (89,3)	0,97(0,83-1,12)	0,96(0,83-1,12)
Ej förv ärv sarbete	5515 (89,2)	0,99(0,9-1,08)	0,98(0,89-1,09)
Etablerad	11883 (89,2)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	2171 (89,9)	1,04(0-1,19)	0,97(0,84-1,12)
Gymnasial utbildning	9394 (89,3)	1,03(0-1,12)	0,96(0,88-1,05)
Eftergymnasial utbildning	7397 (89)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	17278 (89,3)	1	1
Övriga Norden	384 (87,5)	0,78(0,6-1,01)	0,83(0,63-1,08)
Övriga EU28	326 (86,9)	0,85(0,63-1,13)	1(0,74-1,36)
Övriga världen	843 (88,3)	0,91(0,76-1,11)	1,05(0,86-1,28)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	662,21	32	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	8,90	8	0,35
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,028 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,056 c -statistic0,651			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 7.3. Logistisk regressionsanalys av fotundersökning diabetes typ 1, 65+ år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad på arbetsmarknaden och inkomst för personer 65 år och äldre med typ 1 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning under det senaste året, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=8913)
<b>Riket</b>	7294 (90,5)		
<b>Kön</b>			
Kv inno	3406 (90,9)	1,04(0,9-1,19)	1,05(0,91-1,21)
Män	3888 (90,2)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	6397 (90,8)	1,35(1,12-1,64)	1,35(1,11-1,64)
80+ år	897 (88,4)	1	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstads kommun	1873 (88)	1	1
B. Större stad/kommun	3003 (91)	<b>1,43(1,22-1,69)</b>	0,98(0,78-1,24)
C. Mindre stad, tätort/kommun	2418 (91,9)	<b>1,62(1,36-1,94)</b>	1(0,79-1,28)
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	595 (88,9)	0,93(0,67-1,3)	0,9(0,63-1,29)
Varken hög/låg disponibel inkomst	6190 (90,8)	1,18(0,91-1,53)	1,12(0,85-1,46)
Hög disponibel inkomst i hushållet	504 (89,1)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	2198 (91,1)	1,05(0,87-1,26)	1,04(0,85-1,27)
Gymnasial utbildning	3138 (90,6)	1,01(0,85-1,2)	0,98(0,82-1,16)
Eftergymnasial utbildning	1935 (90)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	6777 (90,7)	1	1
Övriga Norden	253 (92)	1,01(0,69-1,5)	1,1(0,74-1,63)
Övriga EU28	135 (87,7)	0,79(0,49-1,29)	1,03(0,62-1,73)
Övriga världen	83 (80,6)	0,46(0,29-0,73)	0,54(0,32-0,89)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	244,14	31	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	2,79	8	0,95
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,027 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,057 c -statistic0,655			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 7.4. Logistisk regressionsanalys av fotundersökning diabetes typ 2, 18-29 år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad på arbetsmarknaden och inkomst för personer 18- 29 år med typ 2 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning under det senaste året, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>5</sup> (95 procent KI)
<b>Riket</b>	689 (85,4)		
<b>Kön</b>			
Kv innor	347 (83,8)	0,76(0,51-1,13)	0,74(0,48-1,14)
Män	342 (87,2)	1 (Referensgrupp)	
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	209 (87)	1	
B. Större stad/kommun	278 (84,2)	0,79(0,49-1,28)	0,84(0,44-1,6)
C. Mindre stad, tätort/kommun	202 (85,5)	0,88(0,52-1,49)	0,87(0,43-1,73)
<b>Föräldrars utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	71 (87,6)	1,17(0,55-2,48)	1,17(0,51-2,69)
Gymnasial utbildning	399 (84,8)	0,92(0,6-1,43)	0,88(0,54-1,43)
Eftergymnasial utbildning	213 (85,8)	1	
<b>Födelseland</b>			
Svenskfödd	488 (85)	1	
Ej svenskfödd	143 (83,6)	0,9(0,57-1,43)	0,76(0,44-1,29)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	80,19	27	
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemenshow	2,11	7	
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,102 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,178 c -statistic0,731			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).



**Tabell 7.5. Logistisk regressionsanalys av fotundersökning diabetes typ 2, 30-64 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelse land, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad på arbetsmarknaden och inkomst för personer 30- 64 år med typ 2 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning under det senaste året, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=91363)
<b>Riket</b>	86754 (86,8)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	33123 (86,7)	1 (0,96-1,03)	1 (0,96-1,04)
Män	53631 (86,8)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	81924 (85,9)	1	1
B. Större stad/kommun	99915 (85,9)	0,97(0,93-1,01)	1,02(0,96-1,08)
C. Mindre stad, tätort/kommun	82099 (88,5)	<b>1,19(1,14-1,25)</b>	<b>1,29(1,21-1,38)</b>
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	15006 (85,6)	<b>0,86(0,79-0,94)</b>	<b>0,84(0,76-0,93)</b>
Varken hög/låg disponibel inkomst	66270 (87)	0,96(0,89-1,04)	0,96(0,88-1,04)
Hög disponibel inkomst i hushållet	5310 (87,4)	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden	9549 (86,5)	0,94(0,89-1)	0,96(0,9-1,02)
Ej förvärvat arbete	36845 (86,4)	0,94(0,9-0,98)	0,97(0,93-1,02)
Etablerad	40360 (87,1)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	21874 (87,4)	1,06(1-1,12)	1,04(0,99-1,11)
Gymnasial utbildning	44414 (86,5)	0,98(0,93-1,03)	0,98(0,93-1,03)
Eftergymnasial utbildning	19529 (86,8)	1	1
<b>Födelse land</b>			
Sverige	54057 (86,6)	1	1
Övriga Norden	3077 (86,6)	1(0,9-1,1)	1,01(0,91-1,12)
Övriga EU28	4374 (85,8)	0,94(0,86-1,02)	0,98(0,9-1,07)
Övriga världen	18522 (87)	1,04(0,99-1,09)	1,05(1-1,1)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	2427,29	32	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	20,19	8	0,01
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,026 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,048 c -statistic0,631			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 7.6. Logistisk regressionsanalys av fotundersökning diabetes typ 2, 65+ år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad på arbetsmarknaden och inkomst för personer 65 år och äldre med typ 2 diabetes som genomgått en enkel fotundersökning under det senaste året, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=193347)
<b>Riket</b>	176495 (86,7)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	77047 (86,2)	<b>0,94(0,91-0,96)</b>	0,97(0,94-1)
Män	99448 (87)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	133131 (87,6)	<b>1,36(1,32-1,4)</b>	<b>1,33(1,29-1,37)</b>
80+ år	43364 (83,9)	1	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstads kommun	51718 (85,6)	1	1
B. Större stad/kommun	67196 (85,9)	1,02(0,99-1,05)	0,98(0,94-1,02)
C. Mindre stad, tätort/kommun	57581 (88,6)	<b>1,31(1,26-1,35)</b>	<b>1,31(1,25-1,37)</b>
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	22887 (85)	<b>0,86(0,8-0,92)</b>	0,97(0,9-1,04)
Varken hög/låg disponibel inkomst	145255 (86,9)	1(0,94-1,06)	1,07(1-1,14)
Hög disponibel inkomst i hushållet	8275 (86,9)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	70714 (86,1)	<b>0,91(0,88-0,94)</b>	0,94(0,91-0,98)
Gymnasial utbildning	71705 (87,1)	0,99(0,95-1,02)	0,99(0,95-1,03)
Eftergymnasial utbildning	31070 (87,2)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	143046 (86,9)	1	1
Övriga Norden	9714 (85,7)	<b>0,9(0,86-0,96)</b>	0,94(0,89-1)
Övriga EU28	8129 (85)	<b>0,86(0,81-0,91)</b>	<b>0,89(0,84-0,94)</b>
Övriga världen	9377 (85,5)	<b>0,89(0,84-0,94)</b>	0,91(0,85-0,97)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	6016,94	31	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	11,90	8	0,16
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,031 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,056 c -statistic0,645			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## 8. Ögonbottenundersökning

**Tabell 8.1. Logistisk regressionsanalys av ögonbottenundersökning diabetes typ 1, 30-64 år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 30-64 år med typ 1 diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning, 2016

	Antal i följaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=33979)
<b>Riket</b>	23057 (94,7)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	10069 (95)	1,14(1,01-1,27)	1,14(1,01-1,28)
Män	12988 (94,4)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	11581 (94,7)	1	1
B. Större stad/kommun	15989 (94,6)	1,01(0,88-1,16)	0,87(0,7-1,08)
C. Mindre stad, tätort/kommun	11139 (92,9)	<b>0,75(0,65-0,86)</b>	<b>0,65(0,53-0,81)</b>
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	1914 (91,5)	<b>0,47(0,36-0,61)</b>	<b>0,53(0,4-0,7)</b>
Varken hög/låg disponibel inkomst	19029 (94,9)	0,81(0,65-1,01)	0,83(0,67-1,04)
Hög disponibel inkomst i hushållet	2099 (95,8)	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden		1(0,81-1,23)	1,1(0,88-1,36)
Ej förvärvat arbete	6637 (93,5)	<b>0,74(0,66-0,84)</b>	0,84(0,74-0,96)
Etablerad	14413 (95,1)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	2591 (93,8)	0,79(0,66-0,95)	0,96(0,79-1,16)
Gymnasial utbildning	11357 (94,6)	0,9(0,8-1,02)	0,97(0,86-1,1)
Eftergymnasial utbildning	9003 (95,1)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	20931 (94,8)	1	1
Övriga Norden	471 (94,4)	0,92(0,63-1,36)	0,89(0,6-1,31)
Övriga EU28	403 (93,3)	0,76(0,52-1,12)	0,76(0,52-1,12)
Övriga världen	1005 (92,3)	<b>0,66(0,52-0,83)</b>	0,72(0,57-0,92)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	209,01	32	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	7,18	8	0,52
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,009 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,026 c -statistic0,609			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 8.2. Logistisk regressionsanalys av ögonbottenundersökning diabetes typ 1, 65+år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 65 år och äldre med typ 1 diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=8867)
<b>Riket</b>	8358 (93,2)		
<b>Kön</b>			
Kv inno	3920 (92,8)	0,88(0,75-1,04)	0,92(0,77-1,09)
Män	4438 (93,6)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	7373 (94,1)	<b>2,4(1,97-2,92)</b>	<b>2,39(1,94-2,93)</b>
80+ år	985 (86,9)		
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	2206 (94,4)	1	1
B. Större stad/kommun	3486 (93,8)	0,9(0,73-1,13)	1,01(0,75-1,36)
C. Mindre stad, tätort/kommun	2666 (91,4)	<b>0,63(0,51-0,79)</b>	0,68(0,5-0,92)
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	687 (90)	<b>0,39(0,25-0,62)</b>	0,6(0,37-0,97)
Varken hög/låg disponibel inkomst	7061 (93,3)	0,6(0,4-0,9)	0,76(0,5-1,15)
Hög disponibel inkomst i hushållet	603 (95,9)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	2485 (92,6)	0,8(0,64-1)	1,04(0,82-1,31)
Gymnasial utbildning	3594 (93,3)	0,9(0,73-1,11)	0,98(0,79-1,22)
Eftergymnasial utbildning	2255 (94)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	7770 (93,4)	1	1
Övriga Norden	276 (90,5)	0,67(0,45-0,99)	0,66(0,44-1)
Övriga EU28	148 (92,5)	0,87(0,48-1,57)	0,78(0,42-1,42)
Övriga världen	108 (88,5)	0,54(0,31-0,95)	0,52(0,28-0,97)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	182,84	31	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	8,19	8	0,42
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,02 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,053 c -statistic	0,651		

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 8.3. Logistisk regressionsanalys av ögonbottenundersökning diabetes typ 2, 30-64 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelse land, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 30-64 år med typ 2 diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=84783)
<b>Riket</b>	85276 (92,6)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	32457 (92,3)	0,94(0,9-0,99)	0,96(0,92-1,02)
Män	52819 (92,7)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	82683 (92,6)	1	1
B. Större stad/kommun	97971 (89,7)	<b>0,66(0,62-0,7)</b>	<b>0,85(0,78-0,92)</b>
C. Mindre stad, tätort/kommun	74225 (88,6)	<b>0,62(0,58-0,66)</b>	<b>0,77(0,7-0,83)</b>
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	14388 (92,1)	<b>0,8(0,71-0,9)</b>	0,81(0,71-0,93)
Varken hög/låg disponibel inkomst	65489 (92,6)	0,86(0,77-0,96)	0,89(0,79-1)
Hög disponibel inkomst i hushållet	5244 (93,5)	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden	9421 (92,4)	0,91(0,84-0,99)	0,91(0,84-1)
Ej förvärvat arbete	35829 (92)	<b>0,87(0,82-0,91)</b>	<b>0,87(0,82-0,93)</b>
Etablerad	40026 (93,1)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	21386 (92,6)	0,95(0,88-1,02)	1,04(0,97-1,13)
Gymnasial utbildning	43750 (92,3)	0,9(0,85-0,96)	1,02(0,95-1,09)
Eftergymnasial utbildning	19300 (93)	1	1
<b>Födelse land</b>			
Sverige	53200 (92)	1	1
Övriga Norden	3066 (92,3)	1,04(0,91-1,18)	1,01(0,88-1,16)
Övriga EU28	4312 (91,9)	0,99(0,88-1,1)	1,01(0,9-1,13)
Övriga världen	18616 (93,6)	<b>1,27(1,19-1,36)</b>	<b>1,14(1,06-1,22)</b>
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	1626,57	32	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	7,79	8	0,45
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,019 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,046 c -statistic0,645			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

**Tabell 8.4. Logistisk regressionsanalys av ögonbottenundersökning diabetes typ 2, 65+år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 65 år och äldre med typ 2 diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=180314)
<b>Riket</b>	168956 (89,2)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	73008 (88,3)	<b>0,86(0,84-0,89)</b>	<b>0,93(0,9-0,96)</b>
Män	95948 (89,8)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	130117 (91,1)	<b>2,06(2-2,13)</b>	<b>2,01(1,94-2,07)</b>
80+ år	38839 (83,2)	1	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	52049 (91,6)	1	1
B. Större stad/kommun	65534 (88,7)	<b>0,72(0,7-0,75)</b>	<b>0,89(0,85-0,94)</b>
C. Mindre stad, tätort/kommun	51373 (87,4)	<b>0,64(0,62-0,67)</b>	<b>0,78(0,74-0,82)</b>
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	21320 (86,8)	<b>0,57(0,52-0,62)</b>	<b>0,75(0,69-0,83)</b>
Varken hög/låg disponibel inkomst	139440 (89,4)	<b>0,73(0,67-0,79)</b>	0,87(0,8-0,95)
Hög disponibel inkomst i hushållet	8132 (92,1)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	66823 (87,7)	<b>0,73(0,7-0,76)</b>	<b>0,92(0,88-0,96)</b>
Gymnasial utbildning	69157 (90)	<b>0,91(0,87-0,95)</b>	1(0,95-1,04)
Eftergymnasial utbildning	30157 (90,8)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	136405 (89)	1	1
Övriga Norden	9471 (89,9)	1,1(1,03-1,18)	1,03(0,97-1,11)
Övriga EU28	8045 (89,9)	1,1(1,03-1,18)	1,03(0,95-1,11)
Övriga världen	9344 (90)	1,12(1,05-1,19)	0,96(0,88-1,04)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	6125,59	31	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	39,99	8	<.0001
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,033 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,067 c -statistic0,665			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).

## Övriga indikatorer

### 9. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, MS

**Tabell 9.1. Logistisk regressionsanalys av årligt besök hos läkare inom specialistvården vid MS, 18-29 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelse land, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 18-29 år med MS som fått ett årligt besök hos läkare inom specialistvården, 2016

	Antal i följaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI) (n=983)
<b>Riket</b>	894 (83,2)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	644 (86,4)	<b>2,04(1,47-2,83)</b>	<b>2,23(1,57-3,17)</b>
Män	250 (75,8)	1 (Referensgrupp)	
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	357 (85,2)	1	
B. Större stad/kommun	343 (81,7)	0,77(0,54-1,12)	0,51(0,28-0,94)
C. Mindre stad, tätort/kommun	194 (82,2)	0,8(0,52-1,23)	0,5(0,25-0,98)
<b>Föräldrars utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	42 (77,8)	0,69(0,34-1,37)	0,83(0,4-1,71)
Gymnasial utbildning	436 (82,7)	0,94(0,67-1,32)	0,95(0,66-1,37)
Okänd utbildning	62 (87,3)	1,35(0,64-2,84)	
Eftergymnasial utbildning	352 (83,6)	1	
<b>Födelse land</b>			
Svenskfödd		1	
Ej svenskfödd		0,8(0,5-1,29)	0,7(0,39-1,24)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio <sup>27</sup>		0	
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	7,14	1	
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,052 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,086 c -statistic0,669			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen) utbildningsregistret (SCB).

**Tabell 9.2. Logistisk regressionsanalys av årligt besök hos läkare inom specialistvården vid MS, 30-64 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 30-64 år med MS som fått ett årligt besök hos läkare inom specialistvården, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=13177)
<b>Riket</b>	9343 (69,8)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	6623 (70,2)	1,06(0,98-1,15)	1,03(0,95-1,12)
Män	2720 (68,9)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	3434 (70,6)	1	1
B. Större stad/kommun	3579 (70,8)	1,01(0,93-1,1)	<b>0,71(0,62-0,81)</b>
C. Mindre stad, tätort/kommun	2330 (67,2)	<b>0,85(0,78-0,94)</b>	<b>0,64(0,56-0,74)</b>
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	1034 (62,8)	0,84(0,72-0,98)	0,92(0,78-1,09)
Varken hög/låg disponibel inkomst	7548 (71,2)	1,23(1,08-1,4)	1,25(1,09-1,43)
Hög disponibel inkomst i hushållet	755 (66,8)	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden	1327 (73,2)	1,03(0,92-1,16)	1,07(0,94-1,2)
Ej förvärvat arbete	3713 (65,7)	<b>0,72(0,67-0,78)</b>	<b>0,8(0,73-0,87)</b>
Etablerad	4303 (72,6)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	901 (63,3)	<b>0,67(0,59-0,75)</b>	<b>0,73(0,64-0,83)</b>
Gymnasial utbildning	4336 (69,2)	<b>0,87(0,8-0,94)</b>	0,93(0,85-1,01)
Eftergymnasial utbildning	4072 (72,1)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	8067 (69,6)	1	1
Övriga Norden	215 (64,2)	0,78(0,62-0,98)	0,84(0,66-1,06)
Övriga EU28	319 (66,9)	0,88(0,73-1,07)	0,9(0,74-1,1)
Övriga världen	627 (75,3)	<b>1,33(1,13-1,56)</b>	<b>1,47(1,24-1,74)</b>
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	384,95	32	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	7,97	8	0,44
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,029 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,041 c -statistic0,604			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen) utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB).



**Tabell 9.3. Logistisk regressionsanalys av årligt besök hos läkare inom specialistvården vid MS, 65+ år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 65 år och äldre med MS som fått ett årligt besök hos läkare inom specialistvården, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=4647)
<b>Riket</b>	1741 (37,1)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	1241 (37,5)	1,05(0,92-1,2)	1,03(0,9-1,19)
Män	500 (36,3)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	1665 (39,8)	<b>3,69(2,87-4,75)</b>	<b>3,58(2,77-4,64)</b>
80+ år	76 (15,2)		
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstads kommun	613 (42,5)	1	1
B. Större stad/kommun	671 (36,4)	<b>0,78(0,67-0,89)</b>	0,78(0,63-0,97)
C. Mindre stad, tätort/kommun	457 (32,6)	<b>0,66(0,56-0,76)</b>	0,72(0,58-0,9)
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	140 (28,7)	<b>0,41(0,3-0,55)</b>	<b>0,56(0,41-0,76)</b>
Varken hög/låg disponibel inkomst	1435 (37,1)	<b>0,6(0,48-0,75)</b>	0,7(0,55-0,88)
Hög disponibel inkomst i hushållet	166 (49,7)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	389 (29,8)	<b>0,51(0,43-0,6)</b>	<b>0,61(0,52-0,73)</b>
Gymnasial utbildning	733 (36,3)	<b>0,68(0,59-0,79)</b>	<b>0,74(0,64-0,86)</b>
Eftergymnasial utbildning	615 (45,6)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	1623 (37,4)	1	1
Övriga Norden	52 (29,9)	0,71(0,51-0,99)	0,83(0,59-1,18)
Övriga EU28	43 (37,7)	1,01(0,69-1,49)	0,9(0,61-1,35)
Övriga världen	20 (47,6)	1,52(0,83-2,79)	1,36(0,72-2,56)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	400,03	31	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	9,40	8	0,31
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,083 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,113 c -statistic0,664			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen) utbildningsregistret, IoT (SCB).

## 10. Årligt besök hos läkare inom specialistvården, Parkinson

**Tabell 10.1. Logistisk regressionsanalys av årligt besök hos läkare inom specialistvården vid Parkinson, 30-64 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 30-64 år med Parkinson som fått ett årligt besök hos läkare inom specialistvården, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=3488)
<b>Riket</b>	2033 (79,1)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	753 (79,5)	1,04(0,86-1,27)	0,99(0,8-1,22)
Män	1280 (78,8)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	725 (83,2)	1	1
B. Större stad/kommun	747 (75,5)	<b>0,62(0,49-0,78)</b>	<b>0,53(0,38-0,75)</b>
C. Mindre stad, tätort/kommun	561 (78,9)	0,75(0,59-0,97)	0,64(0,45-0,92)
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	185 (68,8)	<b>0,29(0,19-0,44)</b>	<b>0,38(0,24-0,6)</b>
Varken hög/låg disponibel inkomst	1545 (78,9)	<b>0,48(0,34-0,69)</b>	<b>0,54(0,37-0,77)</b>
Hög disponibel inkomst i hushållet	301 (88,5)	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svag etablering på arbetsmarknaden	365 (87,5)	1,42(1,01-2)	1,72(1,21-2,46)
Ej förvärvat arbete	965 (73,7)	<b>0,57(0,46-0,71)</b>	0,7(0,55-0,89)
Etablerad	703 (83,2)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	284 (76,8)	0,75(0,56-1)	0,96(0,7-1,31)
Gymnasial utbildning	915 (78,2)	0,82(0,66-1,01)	0,98(0,78-1,23)
Eftergymnasial utbildning	826 (81,5)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	1684 (79,6)	1	1
Övriga Norden	80 (74,1)	0,74(0,47-1,14)	0,72(0,45-1,15)
Övriga EU28	58 (75,3)	0,79(0,46-1,33)	0,9(0,51-1,57)
Övriga världen	154 (75,9)	0,81(0,58-1,13)	0,92(0,63-1,35)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	32,00	8	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	9,99	0	0,27

Cox and Snell R<sup>2</sup>-0 Nagelkerke R<sup>2</sup>(max rescaled R<sup>2</sup>)-0 c -statistic0

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen) utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB).

**Tabell 10.2. Logistisk regressionsanalys av årligt besök hos läkare inom specialistvården vid Parkinson, 65+ år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, typ av hemkommun, utbildning, etableringsgrad arbetsmarknad och inkomst för personer 65 år och äldre med Parkinson som fått ett årligt besök hos läkare inom specialistvården, 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=14745)
<b>Riket</b>	8948 (59,4)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	3628 (56)	<b>0,78(0,73-0,84)</b>	0,9(0,84-0,97)
Män	5320 (61,9)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	6696 (68,3)	<b>2,87(2,68-3,08)</b>	<b>2,65(2,46-2,85)</b>
80+ år	2252 (42,8)	1	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstads kommun	2835 (62,6)	1	1
B. Större stad/kommun	3502 (59,1)	<b>0,86(0,8-0,93)</b>	<b>0,73(0,65-0,83)</b>
C. Mindre stad, tätort/kommun	2611 (56,6)	<b>0,78(0,72-0,85)</b>	<b>0,68(0,6-0,77)</b>
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	766 (46,1)	0,38(0,32-0,44)	<b>0,63(0,53-0,75)</b>
Varken hög/låg disponibel inkomst	7410 (60,3)	<b>0,67(0,58-0,76)</b>	0,88(0,77-1,02)
Hög disponibel inkomst i hushållet	769 (69,5)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	2566 (50,4)	0,48(0,44-0,52)	<b>0,62(0,56-0,68)</b>
Gymnasial utbildning	3549 (61,7)	<b>0,75(0,69-0,82)</b>	<b>0,82(0,75-0,9)</b>
Eftergymnasial utbildning	2761 (68,1)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	7875 (59,9)	1	1
Övriga Norden	454 (53,2)	0,76(0,66-0,88)	0,83(0,71-0,96)
Övriga EU28	305 (57)	<b>0,89(0,75-1,06)</b>	0,9(0,74-1,08)
Övriga världen	211 (56,1)	0,86(0,7-1,05)	0,91(0,72-1,16)
<b>Test</b>	<b>chi-två<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio	1357,73	31	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	9,90	8	0,27
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,088 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,119 c -statistic0,673			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen) utbildningsregistret, IoT (SCB).

## 11. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

**Tabell 11.1. Logistisk regressionsanalys av bensodiazepiner vid ångestsyndrom, 18-29 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelse land, kommungrupp och utbildning för personer i åldern 18-29 år med ångestsyndrom som har hämtat ut bensodiazepiner för längre tid än fyra veckors behandling 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=8016)
<b>Riket</b>	1538 (17,8)		
<b>Kön</b>			
Kv in nor	987 (18,4)	1,12(1-1,25)	1,13(1-1,27)
Män	551 (16,8)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun		1	1
B. Större stad/kommun	1755 (34,9)	0,87(0,76-0,99)	0,99(0,8-1,22)
C. Mindre stad, tätort/kommun	1755 (34,9)	0,98(0,85-1,13)	0,99(0,79-1,23)
<b>Föräldrars utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	82 (17,6)	0,97(0,76-1,25)	1,09(0,83-1,45)
Gymnasial utbildning	710 (17,8)	0,99(0,88-1,11)	0,96(0,86-1,09)
Okänd utbildning	<10	0,28(0,1-0,77)	0,32(0,04-2,4)
Eftergymnasial utbildning	742 (18)	1	1
<b>Födelse land</b>			
Svenskfödd	106 (13,2)	1	1
Ej svenskfödd	1374 (19,1)	<b>0,65(0,52-0,8)</b>	<b>0,63(0,5-0,78)</b>
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio test	113,00	27	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	6,47	8	0,60
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,014 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,023 c -statistic0,585			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret (SCB).

**Tabell 11.2. Logistisk regressionsanalys av bensodiazepiner vid ångestsyndrom, 30-64 år**

Oddsquoter (95% KI) för kön, födelseland, hemkommungrupp, utbildning, etableringsgrad och inkomst för personer i åldern 30-64 år med ångestsyndrom som har hämtat ut bensodiazepiner för längre tid än fyra veckors behandling 2016

	Antal i täljaren (procent) <sup>1</sup>	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=15545)
<b>Riket</b>	5923 (36)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	3673 (37,4)	<b>1,16(1,08-1,23)</b>	<b>1,18(1,1-1,26)</b>
Män	2250 (34)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	2613 (34,7)	1	1
B. Större stad/kommun	1755 (34,9)	1,01(0,94-1,09)	0,89(0,79-1,01)
C. Mindre stad, tätort/kommun	1555 (40,1)	<b>1,26(1,17-1,37)</b>	1,03(0,9-1,17)
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	1416 (36)	0,99(0,84-1,16)	0,77(0,65-0,92)
Varken hög/låg disponibel inkomst	4187 (36,1)	0,99(0,85-1,15)	0,94(0,81-1,1)
Hög disponibel inkomst i hushållet	292 (36,4)	1	1
<b>Etablering på arbetsmarknaden</b>			
Svagt etablerad	1206 (39,7)	<b>1,67(1,52-1,83)</b>	<b>1,73(1,57-1,91)</b>
Ej förvärvat arbete	2973 (41,1)	<b>1,77(1,64-1,9)</b>	<b>1,92(1,77-2,09)</b>
Etablerad	1744 (28,3)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	1183 (38)	<b>1,24(1,13-1,36)</b>	1,12(1,02-1,24)
Gymnasial utbildning	2891 (37,5)	<b>1,22(1,13-1,31)</b>	1,08(1-1,16)
Eftergymnasial utbildning	1820 (33,1)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	4730 (38,2)	1	1
Övriga Norden	141 (38)	0,99(0,8-1,23)	0,93(0,75-1,16)
Övriga EU28	262 (35,5)	0,89(0,76-1,04)	0,85(0,72-0,99)
Övriga världen	606 (27,3)	<b>0,61(0,55-0,67)</b>	<b>0,62(0,56-0,69)</b>
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio test	589,11	32	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	13,07	8	0,11
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,037 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,051 c -statistic0,615			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddsquoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB).

**Tabell 11.3. Logistisk regressionsanalys av bensodiazepiner vid ångestsyndrom, 65+ år**

Oddskvoter (95% KI) för kön, födelseland, ålder, kommungrupp, utbildning och inkomst för personer i åldern 65 år och äldre med ångestsyndrom som har hämtat ut bensodiazepiner för längre tid än fyra veckors behandling 2016

	Antal i följaren (procent) <sup>1</sup>	Oddskvoter <sup>2</sup> (95 procent KI)	Oddskvoter <sup>3</sup> (95 procent KI) (n=1788)
<b>Riket</b>	1176 (64,2)		
<b>Kön</b>			
Kvinnor	808 (67,8)	<b>1,55(1,27-1,89)</b>	<b>1,58(1,29-1,95)</b>
Män	368 (57,6)	1 (Referensgrupp)	1
<b>Ålder</b>			
65-79 år	928 (62,5)	0,65(0,5-0,84)	0,73(0,55-0,95)
80+ år	248 (71,9)	1	1
<b>Kommungrupp</b>			
A. Storstadskommun	456 (64,4)	1	1
B. Större stad/kommun	391 (64,6)	1,01(0,81-1,27)	0,86(0,58-1,27)
C. Mindre stad, tätort/kommun	329 (63,5)	0,96(0,76-1,22)	0,98(0,67-1,46)
<b>Disponibel inkomst i hushållet</b>			
Låg disponibel inkomst i hushållet	175 (60,8)	1,02(0,66-1,56)	0,9(0,57-1,44)
Varken hög/låg disponibel inkomst	925 (65,3)	1,24(0,85-1,8)	1,16(0,78-1,73)
Hög disponibel inkomst i hushållet	76 (60,3)	1	1
<b>Utbildning</b>			
Förgymnasial utbildning	396 (69,6)	1,49(1,16-1,93)	1,34(1,01-1,78)
Gymnasial utbildning	487 (62,5)	1,09(0,86-1,38)	1,02(0,79-1,31)
Eftergymnasial utbildning	285 (60,5)	1	1
<b>Födelseland</b>			
Sverige	487 (62,5)	1	1
Övriga Norden	64 (63,4)	0,93(0,61-1,41)	0,95(0,62-1,47)
Övriga EU28	47 (59,5)	0,79(0,5-1,25)	0,84(0,51-1,36)
Övriga världen	27 (52,9)	0,6(0,34-1,06)	0,72(0,4-1,32)
<b>Test</b>	<b>chi-två</b> <sup>2</sup>	<b>df</b>	<b>p</b>
Övergripande modellutvärdering - Likelihood ratio test	93,45	31	<.0001
Godness-of-fit test - Hosmer & Lemeshow	9,21	8	0,33
Cox and Snell R <sup>2</sup> -0,051 Nagelkerke R <sup>2</sup> (max rescaled R <sup>2</sup> )-0,07 c -statistic0,633			

<sup>1</sup>Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal

<sup>2</sup>Oddskvoter utan justering för övriga variabler

<sup>3</sup>Oddskvoter justerade för övriga faktorer i tabellen samt region

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, IoT (SCB).

# Bilaga 6. Indikatorbaserad uppföljning: översikt multipel analys

**Tabell 1.a. Sammanfattande resultat avseende multipel regressionsanalys**

Färgschemat anger skillnader i odds på signifikansnivå <0,001 för respektive sociodemografisk grupp i relation till referensgruppen för respektive ålderstrata. Resultaten är justerade för övriga ingående faktorer i respektive analys samt region

Grupp (referensgrupp)	Kön (Man)	Ålder (80+ år)			Kommungrupp (A. Storstadskommun)		Utbildning (Eftergymnasial)	
		18-29	30-64	65-79	B. Större stad eller kommun	C. Mindre stad, tätort, kommun	Förgymnasial	Gymnasial
Inget samband <sup>1</sup>								
Lägre odds än referensgrupp	Kvinna							
Högre odds än referensgrupp								
Ingår ej i analys								
<b>Spirometri vid astma</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Patientutbildning vid astma</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Patientutbildning vid KOL</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Stroke - tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Stroke - bedömning av sväljförmåga</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Diabetes - fotundersökning diabetes typ 1</b>								
18-29 år typ 1								
30-64 år typ 1								
65+ år typ 1								
<b>Diabetes - fotundersökning diabetes typ 2</b>								
18-29 år typ 2								
30-64 år typ 2								
65+ år typ 2								
<b>Diabetes - ögonbottenundersökning diabetes typ 1</b>								
30-64 år -typ 1								
65+ år typ 1								
<b>Diabetes - ögonbottenundersökning diabetes typ 2</b>								
30-64 år typ 2								
65+ år typ 2								
<b>Bensodiazepiner vid ångestsyndrom (långvarig)</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>MS - årligt besök hos läkare inom specialistvården</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Parkinson - årligt besök hos läkare inom specialistvården</b>								
30-64 år								
65+ år								

<sup>1</sup> Det är viktigt att påpeka att flertalet resultat var signifikanta enligt den mer traditionella signifikansnivån 0,05, för detta hänvisas läsaren till respektive resultatstabell. Vidare är det viktigt att tänka på ett icke signifikant resultat innebär det att det i denna analys inte går att utesluta att det inte finns något samband.



**Tabell 1.b. Sammanfattande resultat avseende multipel regressionsanalys**

Färgschemat anger skillnader i odds på signifikansnivå  $<0,001$  för respektive sociodemografisk grupp i relation till referensgruppen för respektive ålderstrata. Resultaten är justerade för övriga ingående faktorer i respektive analys samt region

Grupp (referensgrupp)	Disponibel inkomst i hushållet (Hög)		Etablering arbetsmarknaden (etablerad)		Födelse land (Sverige)			
	Låg	Varken låg/hög	Svagt etablerad	Ej förvärvsarbete	Övriga Norden	Eu28	Övriga världen	Ej svensk född
Inget samband <sup>1</sup>								
Lägre odds än referensgrupp								
Högre odds än referensgrupp								
Ingår ej i analys								
<b>Spirometri vid astma</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Patientutbildning vid astma</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Patientutbildning vid KOL</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Stroke - tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Stroke - bedömning av sväljförmåga</b>								
30-64 år								
65+ år								
<b>Diabetes - fotundersökning diabetes typ 1</b>								
18-29 år typ 1								
30-64 år typ 1								
65+ år typ 1								
<b>Diabetes - fotundersökning diabetes typ 2</b>								
18-29 år typ 2								
30-64 år typ 2								
65+ år typ 2								
<b>Diabetes - ögonbottenundersökning diabetes typ 1</b>								
30-64 år -typ 1								
65+ år typ 1								
<b>Diabetes - ögonbottenundersökning diabetes typ 2</b>								
30-64 år typ 2								
65+ år typ 2								
<b>Bensodiazepiner vid ångestsyndrom (långvarig)</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>MS - årligt besök hos läkare inom specialistvården</b>								
18-29 år								
30-64 år								
65+ år								
<b>Parkinson - årligt besök hos läkare inom specialistvården</b>								
30-64 år								
65+ år								

<sup>1</sup> Det är viktigt att påpeka att flertalet resultat var signifikanta enligt den mer traditionella signifikansnivån 0,05, för detta hänvisas läsaren till respektive resultatstabell. Vidare är det viktigt att tänka på ett icke signifikant resultat innebär det

att det i denna analys inte går att utesluta att det inte finns något samband.

# Bilaga 7 Indikatorbaserad uppföljning: metodbeskrivning

För de indikatorbaserade analyserna har uppgifter från kvalitetsregister samt register vid Socialstyrelsen samkörts med uppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB). Socioekonomisk position (SEP) har undersökts genom variablerna utbildning, inkomst och sysselsättning. De demografiska variablerna som undersökts inkluderar kön, ålder, födelseland och kommungrupp. Eftersom utbildning, etablering på arbetsmarknaden och inkomst varierar utifrån ålder och inte är relevanta i alla åldersgrupper har analyserna stratifierats utifrån ålder. För närmare beskrivning de demografiska faktorerna se avsnitt längre ned.

För att studera relationen mellan indikatorresultaten och de olika sociodemografiska faktorerna har logistisk regressionsanalys använts. Analysen har utförts i två steg. I steg ett har samband mellan varje enskild sociodemografisk variabel i relation till respektive indikatorutfall undersökts. I steg två har motsvarande samband undersökts justerat för övriga inkluderade variabler samt region.

Resultatet av regressionsanalysen redovisas i rapporten som oddskvoter med 95-procentiga konfidensintervall. Dock är det endast signifikanta oddskvoter med signifikansnivå  $<0,001$  som markerats med fet stil och lyfts fram text i resultatavsnittet.

## Sociodemografiska faktorer och datakällor

I denna rapport undersöks i en definierad sjukdomspopulation om sociodemografiska egenskaper har något samband med utfallet för några utvalda indikatorer inom några sjukdomsområden. Indikatorerna har fokus på tillgång till vården och består enbart av processindikatorer och inga resultatindikatorer.

Social position på individnivå mäts ofta genom kön, inkomst, utbildningsnivå inkomst/förmögenhet, sysselsättning, ras/etnicitet [103, 104].

Även andra faktorer som bland annat civilstånd och socialt stöd kan även användas men är mindre vanliga.

Socioekonomisk position (SEP) handlar om de sociala och ekonomiska faktorer som påverkar vilken position individer och grupper innehar i samhällsstrukturen [105]. De vanligaste måtten är utbildning, inkomst och sysselsättning [105]. Utbildning kan utöver att vara en indikator på socioekonomisk position även utgöra en viktig resurs i sig i en persons kontakter med sjukvården [106]. Inkomst är den indikator för SEP som mest direkt mäter materiella resurser och den kan även förändras inom en kort tidsperiod [105]. Det kan tänkas att en högre inkomst möjliggör att man har råd, och kanske större intresse av att investera i sin hälsa [106]. Det finns många faktorer som

påverkar inkomsten, exempelvis situationen på arbetsmarknaden, lågkonjunktur, möjlighet till avancemang, sjukdom med flera [106].

Även om det, beroende hur man mäter, finns en samvariation i varierande grad mellan utbildning och inkomst speglar de i viss mån olika dimensioner av en persons sociala situation [105, 106]. Exempelvis medför inte en hög utbildning automatiskt en hög inkomst och vice versa. Utbildning, inkomst och sysselsättning mäter inte samma underliggande sociala dimensioner och kan därmed inte helt ersätta varandra i analyser [107]. Därför rekommenderas, om möjligt, att använda fler än ett mått på SEP i analyser [105, 108].

I denna rapport har utbildning, inkomst, sysselsättning och de demografiska faktorerna kön, ålder, födelseland och kommungrupp undersökts i relation till de olika indikatorernas utfall. Justering har även gjorts för region. En översikt över variablerna ges i tabellen nedan och mer detaljerade beskrivningar finns efter tabellen.

**Tabell 1. Sociodemografiska faktorer som undersöks inom de olika patientpopulationer åldersindelad**

Variabel	Riket	18–29 år	30–64 år	65 + år
	Kvinnor resp. män	Kvinnor resp. män	Kvinnor resp. män	Kvinnor resp. män
Ålder	18+/30+			65–79 år/80 år
Utbildning	Förgymnasial Gymnasial Eftergymnasial Okänd	Föräldrars utbildning <sup>67</sup> Förgymnasial Gymnasial Eftergymnasial	Förgymnasial Gymnasial Eftergymnasial	Förgymnasial Gymnasial Eftergymnasial
Hushållets disponibla inkomst	Personer som bor i hushåll med – låg inkomst – varken låg eller hög inkomst – hög inkomst		Personer som bor i hushåll med – låg inkomst – varken låg eller hög inkomst – hög inkomst	Personer som bor i hushåll med – låg inkomst – varken låg eller hög inkomst – hög inkomst
Grad av etablering på arbetsmarknaden	Svag etablering Etablerad Personer som ej förvärvsarbetar		Svag etablering Etablerad Personer som ej förvärvsarbetar	
Kommungrupper enligt SKL	A. Storstäder och storstadsnära kommuner, B. Större städer och kommuner nära större stad, C. Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	A. Storstäder och storstadsnära kommuner, B. Större städer och kommuner nära större stad, C. Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	A. Storstäder och storstadsnära kommuner, B. Större städer och kommuner nära större stad, C. Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	A. Storstäder och storstadsnära kommuner, B. Större städer och kommuner nära större stad, C. Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner
Födelse land	Svenskfödd Född i Norden Född i EU28- länder Född i övriga världen	Svenskfödd Född i Norden Född i EU28- länder Född i övriga världen	Svenskfödd Född i Norden Född i EU28- länder Född i övriga världen	Svenskfödd Född i Norden Född i EU28- länder Född i övriga världen

<sup>67</sup> För individer 18-29 år som har lägre utbildning än den förälder som har högst utbildning har barnens utbildning ersatts med den förälder som har högst utbildning.

## Ålder och kön

I alla analyser ingår kön. Eftersom utbildning, etablering på arbetsmarknaden och inkomst varierar utifrån ålder och inte är relevanta i alla åldersgrupper har analyserna stratifierats utifrån ålder. Generellt har tre grupper använts 18–29 år, 30–64 år samt 65 år och äldre. Etablering på arbetsmarknaden har exkluderats för gruppen 18–29 år respektive 65 år och äldre. Inkomst har exkluderats för gruppen 18–29 år. För sjukdomsområdena KOL, Parkinson och Stroke har gruppen 18–29 år exkluderats på grund av låg förekomst av aktuella diagnoser. För alla sjukdomsområden har ålder vid årets slut används utifrån registeruppgifter vid Socialstyrelsen som hämtats från Registret över totalbefolkningen hos SCB.

## Utbildning

Uppgift om utbildning har hämtats från registret Befolkningens utbildning (utbildningsregistret) hos SCB som även finns vid Socialstyrelsen. Indelning av utbildningsnivå i denna rapport är:

- förgymnasial utbildning
- gymnasial utbildning
- eftergymnasial utbildning
- okänd (endast för riket)

## Födelseland

Uppgifter om födelseland har hämtats från Patientregistret vid Socialstyrelsen, vilka i sin tur har hämtats från Registret över totalbefolkningen hos SCB. På grund av bristande kvalitet i data för år 2015 och 2016 har födelseland hämtats från tidigare år. Det innebär att endast de individer som finns i Patientregistret kommer att ha en uppgift för födelseland. Födelseland har grupperats enligt följande grupper:

- Svenskfödd/ej svenskfödd gäller personer 18–29 år pga. småtal
- Födda i Sverige
- Födda i övriga Norden (Danmark, Finland, Island ,Norge)
- Födda i övriga EU25-länder (Belgien, Bulgarien, Cypern, Estland, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Polen, Portugal, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Tjeckien, Tyskland, Ungern och Österrike)
- Födda i övriga världen

## Hushållets disponibla inkomst

- Inkomst är uppdelat i låg-, varken låg eller hög-, respektive hög disponibel inkomst i hushållet som individen bor i. Variabeln baseras på data från Inkomst- och taxeringsregistret (IoT) vid SCB.
- Indelningen låg respektive hög inkomst har skett enligt definitionen i den officiella statistiken. **Hög inkomst** avses personer som lever i ett hushåll som har en disponibel inkomst per konsumtionsenhet som är mer än dubbelt så hög som medianinkomsten. **Låg inkomst** avser personer som lever i ett hushåll som har en disponibel inkomst per konsumtionsenhet som är

mindre än 60 procent av medianvärdet för samtliga. Underlaget kommer från två variabler i registret *LagInk* respektive *HogInk* med värdet ja/nej. I denna rapport har dessa slagits samman för att erhålla en variabel med tre ömsesidigt uteslutande grupper.

- När det gäller indikatorerna inom stroke saknas uppgifter om inkomst för ca 3 000 — 4 000 individer vilka, avlidit under 2016. För att minska bortfallet har inkomstuppgifter från år 2015 (där de funnits tillgängliga) använts och bortfallet kunde därmed minskas med ca 1000 individer.

## Individens etablering till arbetsmarknaden

Uppgifter om individens etablering till arbetsmarknaden har hämtats från Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAKS) hos SCB. Uppdelningen anger om en person är svagt etablerad eller etablerad till arbetsmarknaden enligt SCB:s definition vid beställningen av data.

Det är endast personer som är anställda (helårsanställd, nyanställd, av- gången eller delårsanställd) som kan få en markering om etableringsgrad. Egna företagare ingår inte. Det är viktigt att komma ihåg att en individ kan vara svagt etablerad på arbetsmarknaden ett visst år på grund av att han eller hon haft andra kompletterande inkomster under det året såsom sjuk- eller för- äldrapenning. En individ kan klassificeras in under en huvudsaklig inkomst- källa under året utifrån nio inkomstkällor och den inkomstkälla som står för den högsta andelen av det totala beloppet utgör en individs huvudsakliga in- komstkälla.

För att få fram gränsvärdet för svag etablering har medianinkomster be- räknats för de individer som har förgymnasial utbildning 9 (10) år eller kor- tare för varje åldersgrupp och kön. Medianvärdena multipliceras sedan med 0,6 (60 procent) för att få fram gränsvärdet för respektive grupp. Har en per- son lägre inkomst av förvärvsarbete än denna gräns, klassas denne som svagt etablerad.

Att 60 procent används som gräns är kopplats till litteraturen om ekono- misk utsatthet och då används denna gräns (av disponibel inkomst) för att be- räkna om ett hushåll ska definieras som att leva i ekonomisk utsatthet eller inte.

## Kommungrupp och län

Syftet med att använda kommungrupp är att försöka belysa eventuella skill- nader hänger samman med glesbygd respektive storstadsregioner. Uppgift om kommungrupp har hämtats från Registret över totalbefolkningen på SCB som även finns vid Socialstyrelsen. Individens hemkommun den sista decem- ber 2015, har använts i denna rapport. I rapporten används Sveriges kommu- ner och landstings kommungruppsindelning 2017. Kommungruppsindel- ningen består av totalt nio grupper fördelade på tre huvudgrupper, där kommunerna grupperats utifrån vissa kriterier som tätortsstorlek, närhet till större tätort och pendlingsmönster. I denna rapport har de tre huvudgrup- perna: storstäder och storstadsnära kommuner (A); större städer och kommu- ner nära större stad (B) samt mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner

(C) använts.<sup>68</sup> Att skillnader i sjukvårdens utfall finns mellan regionerna har konstaterat i åtskilliga rapporter och därför justeras i analyserna även för region (f.d. landsting).

**Tabell 2.**

A. Storstäder och storstadsnära kommuner	A1. Storstäder	Minst 200 000 invånare i kommunens största tätort	3
	A2. Pendlingskommun nära storstad	Minst 40 % utpendling till storstad eller storstadsnära kommun	43
	B3. Större stad	Minst 40 000 och mindre än 200 000 invånare i kommunens största tätort	21
B. Större städer och kommuner nära större stad	B4. Pendlingskommun nära större stad	Minst 40 % utpendling till större stad	52
	B5. Lågpendlingskommun nära större stad	Mindre än 40 % utpendling till större stad	35
	C6. Mindre stad/tätort	Minst 15 000 och mindre än 40 000 invånare i kommunens största tätort	29
C. Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	C7. Pendlingskommun nära mindre stad/tätort	Minst 30 % ut- eller inpendling till mindre ort	52
	C8. Landsbygdskommun	Mindre än 15 000 inv i kommunens största tätort, lågt pendlingsmönster	40

## Analysmetod

För att studera relationen mellan indikatorresultaten och de olika sociodemografiska faktorerna har binär logistisk regressionsanalys använts. Resultatet av analysen redovisas som oddskvoter med 95-procentiga konfidensintervall. Ett odds för en händelse är sannolikheten för att händelsen äger rum delat med sannolikheten att händelsen inte äger rum. När jämförelser görs mellan två grupper odds beräknas en oddskvot (OR) genom att dela oddset för den ena gruppen med oddset för den andra gruppen. En oddskvot med värde 1 innebär att ingen skillnad påvisats mellan grupperna som jämförs. Ett värde över 1 innebär att i relation till referensgruppen har den aktuella gruppen högre odds för det utfall som studeras. Motsatsen gäller om oddskvoten är under 1. Om konfidensintervallet för oddskvoten innefattar värdet 1 tolkas det som att ingen statistiskt signifikant skillnad kan påvisas.

Analysen har utförts i två steg. I steg ett studeras varje enskild sociodemografisk variabel i relation till respektive indikatorutfall. I steg två har utfallet justerats för övriga faktorer samt region. Eftersom utbildning, etablering på arbetsmarknaden och inkomst varierar utifrån ålder och inte är relevanta i alla åldersgrupper har analyserna stratifierats utifrån ålder. Resultat för hela populationen har också tagits fram men redovisas inte i tabell utan kommenteras i text när det är relevant.

## Redovisning av resultat

Resultaten från de bivariata och den multipla analysen av *indikatorer* presenteras i en gemensam tabell tillsammans med täljare och andel för de som fått

<sup>68</sup> För en mer utförlig och detaljerad beskrivning, se publikationen Kommungruppsindelning 2017, <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/kommungruppsindelning-2017.html>

insats/behandling med mera. Resultatet av regressionsanalysen redovisas i rapporten som oddskvoter med 95 procentiga konfidensintervall. Dock är det endast signifikanta oddskvoter med signifikansnivå 0,001 som markerats med fet stil i tabellerna som lyfts fram text i resultatavsnittet. Då de olika oddskvoterna mellan modellerna inte är jämförbara och för att inte fästa allt för stor vikt vid storleken på benämns eventuella skillnader med termer att oddset är högre respektive lägre alternativt att utfallet förekommer i högre eller lägre utsträckning.

I indikatordelen redovisas resultat av olika tester för utvärdering av regressionsmodellerna längst ned i tabellen. De tester/mått som redovisas är: Likelihood-kvot, Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit, associationsmättet  $c$  samt två mått på pseudo- $R^2$  i form av Cox and Snell och Nagelkerke  $R^2$  (Max rescaled  $R^2$ ).

## Övriga kommentarer till analys

När det gäller signifikanta skillnader mellan grupper är det viktigt att ha i åtanke att ett signifikant resultat inte automatiskt innebär att skillnaden är relevant. Statistisk signifikans beror till stor del på antalet observationer.

Det är även viktigt att tänka på att de samband som lyfts kan bero på en eller flera andra variabler som inte inkluderas i analysen, bortfall samt andra felkällor. Exempelvis har inga interaktionsvariabler ingått i analyserna, inget mått på samsjuklighet tagits med etcv.

Utifrån testerna av regressionsmodellerna är det tydligt att en majoritet av dem inte håller för att användas för prediktion. Det är inte heller syftet i denna rapport.

Eftersom testernas signifikans mer eller mindre påverkas av antalet observationer uppmanas läsaren att inte jämföra de olika regressionstabellerna med varandra med avseende på tester och dess storlekar.

Ingen av modellerna visade på hög grad av kollinearitet, vilket innebär att två eller flera oberoende variabler samvarierar med varandra. Om samvariationen är hög går det inte att separera deras enskilda samband med det utfall som studeras. Ingen analys av inflytelserika observationer har gjorts. Alla analyser som presenteras i rapporten är utförda i SAS Enterprise Guide 7.1.

I denna rapport redovisas oddskvoter men riskkvoter hade lika gärna kunnat användas. Sannolikhet för något oönskat benämns i termer av risk. I denna rapport redovisas oddskvoter men riskkvoter hade lika gärna kunnat användas. Sannolikhet för något oönskat benämns i termer av risk. I likhet med oddskvoter kan kvoten mellan två sannolikheter beräknas genom riskkvoter (RR). En risk kan variera mellan 0–1 (0–100 procent). Det finns en utbredd kritik mot oddskvoter, bland annat för att de är mer svårtolkade än riskkvoter samt och att deras värden skiljer sig markant [109, 110]. En oddskvot över 1 motsvaras alltid av en lägre riskkvot och en oddskvot under 1 motsvaras alltid av en högre riskkvot. En annan kritik är att det inte går att jämföra storleken på oddskvoter mellan olika urval och olika regressionsmodeller [111].

En fördel med oddskvoter i relation till riskkvoter är att värdet på oddskvoter kan inverteras men inte riskkvoter [110, 111]. Även storleken på riskkvoten är avhängig vilken sannolikhet som studeras exempelvis sannolikheten att



bli sjuk eller sannolikheten att inte bli sjuk. Detta innebär att riskkvoten för det ena utfallet kan vara signifikant medan riskkvoten för det alternativa utfallet inte är det eftersom olika sannolikheter studeras [110, 112]. Rekommendationen är att en förklaring till val av sannolikhet ges samt att den ”alternativa” riskkvoten även redovisas [112]. Mot bakgrund av detta redovisas oddskvoter i denna rapport och för att inte fästa allt för stor vikt vid storleken på oddskvoterna benämns eventuella skillnader med termer att oddset är högre respektive lägre (högre eller mindre utsträckning).

# Bilaga 8 Indikatorbaserad uppföljning: indikatorbeskrivningar

## Astma och KOL

### 1. Spirometri vid astma

A.2.1.	Spirometri vid astma
Mått	Andel personer 18 år eller äldre med astma som vid diagnostisering har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitets-test, procent.
Syfte	Vid misstänkt astma är spirometri en viktig åtgärd för att ställa korrekt diagnos. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 1, rad D00.04 i fillstånds- och åtgärdslistan). Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	-
Typ av indikator	Process
God vård och omsorg	Kunskapsbaserad vård
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal personer med astma som vid diagnostisering har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest. Nämnare: Antal personer 18 år eller äldre med astma registrerade i Luftvägsregistret, som diagnostiserats under mätperioden.
Datakällor	Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).
Felkällor	Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret.

### 3. Patientutbildning vid astma

A.2.7	Patientutbildning vid astma
Mått	Andel personer 18 år eller äldre med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning. Utbildningen bör innefatta kunskap om sjukdomen och information om läkemedelsbehandling inklusive inhalationsteknik, egenvård samt riskfaktorer, antingen individuellt i samband med besök och eller i grupp.
Syfte	Hos vuxna med astma ger patientutbildning i kombination med stöd till egenvård minskad risk för sjukhusinläggningar, akutbesök och sjukfrånvaro, en förbättrad skattning av livskvalitet samt en förbättrad astma-kontroll. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 3, rad A03.03 i fillstånds- och åtgärdslistan). Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	≥ 80 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.
Typ av indikator	Process
God vård och omsorg	Kunskapsbaserad vård
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal personer med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning individuellt och eller i grupp, inom 12 månader efter diagnostisering.

Datakällor	Nämnamn: Antal personer 18 år eller äldre med astma registrerade i Luftvägsregistret, som diagnostiserats under mätperioden. Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).
Felkällor	Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret. Då patientutbildning vid astma kan ha organiserats olika mellan regionerna bör historiska data tolkas med försiktighet. Indikatorn är utformad som ett resultatmått där patientens eget val har stort inflytande på resultatet. Detta måste vägas in vid tolkning av data.

### 3. Patientutbildning vid KOL

A.4.10	Patientutbildning vid KOL
Mått	Andel personer 18 år eller äldre med KOL som har genomgått strukturerad patientutbildning. Utbildningen bör innefatta kunskap om sjukdomen och information om läkemedelsbehandling inklusive inhalations-teknik, egenvård samt riskfaktorer, antingen individuellt i samband med besök och eller i grupp.
Syfte	Vid KOL ger patientutbildning i kombination med stöd till egenvård minskat antal exacerbationer och minskat antal sjukhusvisningar. Den ger också förbättrad livskvalitet, minskad dyspné, ökad sjukdomskunskap samt förbättrad förmåga till aktiviteter i det dagliga livet. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 3, rad K03.03 i tillståndsoch åtgärdslistan). Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	≥ 80 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.
Typ av indikator	Resultat
God vård och omsorg	Kunskapsbaserad vård
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal personer med KOL som har genomgått strukturerad patientutbildning individuellt och eller i grupp, inom 12 månader efter diagnostisering. Nämnamn: Antal personer 18 år eller äldre med KOL registrerade i Luftvägsregistret, som diagnostiserats under mätperioden.
Datakällor	Luftvägsregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).
Felkällor	Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret. Då patientutbildning vid KOL kan ha organiserats olika mellan regionerna bör historiska data tolkas med försiktighet. Indikatorn är utformad som ett resultatmått där patientens eget val har stort inflytande på resultatet. Detta måste vägas in vid tolkning av data.

# Stroke

## 4. Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus

S1	Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus								
Mått	Andel av strokefall där patienten anländer till sjukhus inom 3 timmar efter debut av strokesymtom.								
Syfte	Vid akut ischemisk stroke är det av högsta prioritet att återställa blodflödet och syretillförseln till den del av hjärnan som drabbats.  Detta kan göras antingen med intravenös behandling med trombolys eller med interventionell behandling med trombektomi. En tidig behandling leder i de flesta fall till bättre resultat. Indikatorn speglar såväl allmänhetens kunskaper om vikten av att snabbt söka vård vid strokesymtom som den prehospitala vårdens organisation och kvalitet vid misstänkt stroke.								
Riktning	Hög andel eftersträvas								
Målnivå	-								
Typ av indikator	Process								
God vård och omsorg	Kunskapsbaserad vård.								
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal strokefall med nämnares definition där patienten anländer till sjukhus inom 3 timmar från symtomdebut. Nämnare: Antal strokefall där patienten vårdas på sjukhus och som registrerats i Riksstroke med någon av diagnoserna i tabellen nedan.								
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Huvud- eller bidiagnos</td> <td>ICD-10</td> </tr> <tr> <td>Intracerebral blödning</td> <td>I61</td> </tr> <tr> <td>Ischemisk stroke</td> <td>I63</td> </tr> <tr> <td>Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi</td> <td>I64</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD-10	Intracerebral blödning	I61	Ischemisk stroke	I63	Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64
Huvud- eller bidiagnos	ICD-10								
Intracerebral blödning	I61								
Ischemisk stroke	I63								
Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64								
Datakällor	Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).								
Felkällor	Svårigheter att ange exakt tid för insjuknandet kan leda till bortfall i registreringen. Svårt att registrera tidpunkter för så kallad "wake-up" stroke.  Patienter som inte skrivs in på sjukhus, eller som insjuknar inläggande på sjukhus, omfattas inte av mätningen.								

## 5. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

S8	Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke								
Mått	Andel fall av stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning.								
Syfte	Vård på strokeenhet minskar dödlighet, funktionsberoende och behov av institutionsvård. Vård på strokeenhet som första vårdnivå innebär högre vårdkvalitet oavsett ålder vid insjuknandet, kön samt sjukdomens allvarlighetsgrad.								
Riktning	Hög andel eftersträvas								
Målnivå	≥ 90 % av patientgruppen								
Typ av indikator	Process								
God vård och omsorg	Kunskapsbaserad vård								
Teknisk beskrivning	Töjljare: Antal strokefall som under det akuta vårdtillfället vårdats på en strokeenhet eller IVA utan att först vårdats på en annan vårdavdelning vid inskrivning på sjukhus.  Nämnare: Samtliga sjukhusvårdade fall med stroke.								
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Huvud- eller bidiagnos</td> <td>ICD-10</td> </tr> <tr> <td>Intracerebral blödning</td> <td>I61</td> </tr> <tr> <td>Ischemisk stroke</td> <td>I63</td> </tr> <tr> <td>Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi</td> <td>I64</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD-10	Intracerebral blödning	I61	Ischemisk stroke	I63	Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64
Huvud- eller bidiagnos	ICD-10								
Intracerebral blödning	I61								
Ischemisk stroke	I63								
Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64								
Datakällor	Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).								
Felkällor	Varierande täckningsgrad till kvalitetsregistret i regionerna.								

## 6. Bedömning av sväljförmåga

S9	Bedömning av sväljförmåga								
Mått	Andel sjukhusvårdade strokefall där en initial bedömning av svälj-förmågan har gjorts hos patienten efter ankomst till sjukhus.								
Syfte	Stroke kan leda till nedsatt förmåga att svälja, vilket i sin följd kan leda till komplikationer, till exempel aspiration och lunginflammation. Vid stroke görs en bedömning av sväljförmågan vilket ligger till grund för ställningstagande hur patienter fortsatt ska tillföras vätska och mat. En bedömning av sväljförmågan är därför aktuellt hos samtliga patienter med stroke. Ett praktiskt sväljtest, där förmågan att svälja vatten undersöks på ett standardiserat sätt, görs hos patienter som är vakna och kan medverka i undersökningen. Ett praktiskt sväljtest är inte lämpligt att genomföra hos patienter som uppenbarligen saknar förmåga att svälja, till exempel på grund av sänkt vakenhetsgrad eller annan orsak till att inte kunna medverka. I sådana fall görs endast en bedömning av sväljförmågan (utan ytterligare testning) att det inte är lämpligt att ge vätska och mat genom munnen. Resultatet av en sväljbedömning dokumenteras i journal. Syftet med indikatorn är att följa upp i vilken utsträckning sjukvården har procedur för genomförandet av sväljbedömning i det akuta skedet vid insjuknande i stroke. Indikatorn omfattar a) bedömning med praktiskt test hos patienter som kan medverka i undersökningen, och b) bedömning utan praktiskt test hos patienter som är vakenhetsänkta eller av annan anledning inte kan medverka i undersökningen.								
Riktning	Hög andel eftersträvas								
Målnivå	100 % av patientgruppen								
Typ av indikator	Process								
God vård och omsorg	Kunskapsbaserad vård, säker vård.								
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal strokefall med nämnares definition där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts hos patienten med praktiskt test, eller utan praktiskt test i de fall patienten bedömts inte kunna genomföra ett praktiskt test. Nämnare: Samtliga strokefall som sjukhusvårdats för stroke med någon av nedanstående diagnoser.								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intracerebral blödning</td> <td>I61</td> </tr> <tr> <td>Ischemisk stroke</td> <td>I63</td> </tr> <tr> <td>Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi</td> <td>I64</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD-10	Intracerebral blödning	I61	Ischemisk stroke	I63	Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64
Huvud- eller bidiagnos	ICD-10								
Intracerebral blödning	I61								
Ischemisk stroke	I63								
Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64								
Datakällor	Riksstroke, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).								
Felkällor	Fall där uppgifter om sväljtest inte finns angivna räknas som att bedömning med sväljtest inte har genomförts. Riksstroke har meddelat att de tyvärr inte kan se om sväljtestet genomfördes inom 1 dygn. Frågan i formuläret lyder "Sväljförmåga testat" utan tidsangivelse.								

# Diabetes

## 7. Fotundersökning

D.C1	Fotundersökning
Mått	Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, under det senaste året i procent.
Syfte	Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet, eftersom sjukdomen kan leda till allvarliga problem som svårtäckta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter. Indikatorn mäter andelen personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, vilken omfattar ett test av känseln, palpation av pulsar, en inspektion och en undersökning för att finna felställningar i foten. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. Åtgärden har fått en hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 2 och 3 rad E20 och E22 i tillstånds- och åtgärdslistan).
Riktning	Hög andel eftersträvas
Målnivå	Typ 1-diabetes $\geq 99\%$ Typ 2-diabetes $\geq 99\%$ .
Typ av indikator	Process
God vård och omsorg	Kunskapsbaserad vård
Teknisk beskrivning	Töjljare: Antal personer med diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) som genomgått en enkel fotundersökning under det senaste året. Nämnare: Antal personer med uppgift om fotundersökning ja/nej registrerat i NDR under det senaste året. Typ 1- och typ 2-diabetes redovisas separat.
Datakällor	NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).
Felkällor	Undersökningsmetoder kan variera, vilket kan påverka regionernas registrering och det kan påverka resultatet. Monofilamenttest, stämgaffel-prov, Ipswich touch test och vibrometer skiljer sig något och mäter olika kvaliteter av känsel. Det stora flertalet undersöks sannolikt med monofilamenttest. Täckningsgraden för denna indikator varierar mellan region. Vid tolkning av resultatet bör detta tas i beaktande.

## 8. Ögonbottenundersökning

D.C2	Ögonbottenundersökning
Mått	Andel personer med diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning, i procent.
Syfte	Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av att diabetessjukdomen leder till skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skador på näthinna, retinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar går det dock att tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna. Indikatorn mäter andel personer med diabetes och som inte har utvecklat retinopati som genomgått kontroll av ögonbottenstatus under de senaste två åren för typ 1-diabetes vid medicinkliniker och under de senaste tre åren för typ 2-diabetes vid medicinkliniker samt inom primärvården. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. Åtgärden har fått en hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 1 av 10, rad E2 i tillstånds- och åtgärdslistan).
Riktning	Hög andel eftersträvas
Målnivå	Typ 1 diabetes $\geq 98$ % Typ 2-diabetes $\geq 96$ %.
Typ av indikator	Process
God vård och omsorg	Kunskapsbaserad vård
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal personer med diabetes utan dokumenterad retinopati registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste två åren för typ 1-diabetes och under de senaste tre åren för typ 2-diabetes. Nämnare: Antal personer med diabetes utan dokumenterad retinopati registrerade i NDR under respektive tidsperiod med typ 1- respektive typ 2-diabetes.
Datakällor	NDR - Nationella diabetesregistret, utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB), Patientregistret, (Socialstyrelsen).
Felkällor	Regionerna använder olika intervall för ögonbottenundersökning samt olika åldersgränser för undersökningen. Detta kan påverka registreringsgraden i NDR för denna variabel. Bättre täckningsgrad senaste tre åren vilket får tas i beaktande när tidstrender analyseras. Dessutom kan en förskjutning på någon månad för besöket leda till att registrering inte sker under mätåret.



# Övriga indikatorer

## 9. Årligt besök hos läkare inom specialistvården

M6A	Årligt besök hos läkare inom specialistvården				
Mått	Andelen personer med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året.				
Syfte	För att kunna bestämma när sjukdomsmodifierande behandling ska sättas in eller ändras är det nödvändigt att kontinuerligt övervaka sjukdomsaktiviteten. En kontinuerlig uppföljning av sjukdomen är också nödvändig för att kunna erbjuda bästa möjliga symtomlindrande behandling. Att återkommande undersökas av läkare med betydande erfarenhet av MS är därför en förutsättning för att få rätt sjukdomsmodifierande och symptomlindrande behandling. Indikatorn är intressant ur ett professionsperspektiv.				
Riktning	Hög andel eftersträvas				
Målnivå	≥ 80 % på gruppnivå.				
Typ av indikator	Process				
God vård och omsorg	Tillgänglig vård.				
Teknisk beskrivning	<p>Täljare: Antal personer med minst ett vårdtillfälle inom den öppna specialiserade vården med MS som huvuddiagnos under det senaste året.</p> <p>Nämnare: Antal personer med MS.</p> <p>Med "antal personer med MS" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen MS (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och 2016 och som inte har avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga regioner började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.</p>				
	<table border="1"><thead><tr><th>Diagnos</th><th>ICD 10</th></tr></thead><tbody><tr><td>Multipel skleros</td><td>G35.9</td></tr></tbody></table>	Diagnos	ICD 10	Multipel skleros	G35.9
Diagnos	ICD 10				
Multipel skleros	G35.9				
Datakällor	Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, IoT och RAKS (SCB)				
Felkällor	<p>I patientregistret går det att registrera vårdtillfällen på verksamhetsområdet neurologi, men ungefär hälften av regionerna använder inte denna verksamhetskod. Med anledning av detta baseras indikatorn på data från samtliga öppenvårdsverksamheter.</p> <p>I indikatorn går det inte att särskilja vilka besök som är planerade eller akuta. Eftersom en del av besöken sannolikt inte är planerade innebär detta att data som redovisas visar på överskattning av antalet uppföljningsbesök. Det kan också finnas en del besök där huvuddiagnosen är en annan än MS, men där patienten ändå får en mer generell uppföljning vid besöket.</p> <p>I populationen ingår alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen MS (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och 2016 och som inte har avlidit. Att endast personer med två vårdtillfällen eller mer ingår i populationen beror på att vi har velat exkludera personer med osäker diagnos. Detta innebär dock att personer som faktiskt har MS, men som enbart har ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen, inte ingår i populationen. I populationen kan det också felaktigt ingå personer som inte har MS, trots att de har minst två vårdtillfällen med denna diagnos. Sannolikt rör det sig dock om mycket få personer.</p>				

## 10. Årligt besök hos läkare inom specialistvården

P6	Årligt besök hos läkare inom specialistvården				
Mått	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året.				
Syfte	Det finns ingen botande behandling för Parkinsons sjukdom. Däremot finns symtomlindrande behandlingar med en stor effekt på funktion och välbefinnande. Behandlingen blir alltmer komplex ju längre sjukdomen fortskrider. Ett kontinuerligt och individanpassat omhändertagande med återkommande undersökningar hos en läkare med betydande erfarenhet av Parkinsons sjukdom är grunden för en god vård av patientgruppen.				
Riktning	Hög andel eftersträvas				
Målnivå	≥ 90 % på gruppnivå				
Typ av indikator	Process				
God vård och omsorg	Tillgänglig vård.				
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal personer med minst ett vårdtillfälle inom den öppna specialiserade vården med Parkinsons sjukdom som huvuddiagnos under det senaste året. Nämnare: Antal personer med Parkinsons sjukdom.				
	<p>Med "antal personer med Parkinsons sjukdom" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och 2016 och som inte har avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga regioner började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Parkinsons sjukdom</td> <td>G20.9</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnos	ICD 10	Parkinsons sjukdom	G20.9
Diagnos	ICD 10				
Parkinsons sjukdom	G20.9				
Datakällor	Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, IoT och RAKS (SCB)				
Felkällor	<p>I patientregistret går det att registrera vårdtillfällen på verksamhetsområdet neurologi, men ungefär hälften av regionerna använder inte denna verksamhetskod. Med anledning av detta baseras indikatorn på data från samtliga öppenvårdsverksamheter.</p> <p>I indikatorn går det inte att särskilja vilka besök som är planerade eller akuta. Eftersom en del av besöken sannolikt inte är planerade innebär detta att data som redovisas visar på överskattning av antalet uppföljningsbesök. Det kan också finnas en del besök där huvuddiagnosen är en annan än Parkinsons sjukdom, men där patienten ändå får en mer generell uppföljning vid besöket.</p> <p>För att identifiera personer med Parkinsons sjukdom har vi valt att inkludera alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och 2016 och som inte har avlidit. Att endast personer med två vårdtillfällen eller mer ingår i populationen beror på att vi har velat exkludera personer med osäker diagnos. Detta innebär dock att personer som faktiskt har Parkinsons sjukdom, men som enbart har ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen, inte ingår i populationen.</p> <p>Parkinsons sjukdom kan vara svårt att diagnostisera eftersom det finns flera diagnoser med en likartad sjukdomsbild, som till exempel sekundär eller vaskulär parkinsonism. I populationen kan det därför felaktigt ingå personer som inte har Parkinsons sjukdom, trots att de har minst två vårdtillfällen med denna diagnos. Sannolikt rör det sig dock om relativt få personer.</p>				

## 11. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

V2.4	Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom										
Mått	Andel personer med ångestsyndrom som fått läkemedelsbehandling med bensodiazepiner, procent.										
Syfte	<p>Vid olika ångestsyndrom hos vuxna har åtgärden, trots god effekt och god evidens, betydande ogynnsamma biverkningar (toleransutveckling, risk för beroende och kognitiv nedsättning). För långvariga ångestsyndrom som generaliserad ångest, paniksyndrom och social fobi är bensodiazepiner, som enskild eller huvudsaklig behandling därför inte motiverad och det finns annan behandling för tillståndet.</p> <p>Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet icke-göra, rad 99, 109, 120, 137, i tillstånds- och åtgärds-listan).</p> <p>Indikatorn är intressant ur ett professionsperspektiv.</p>										
Riktning	Låg andel eftersträvas										
Målnivå	≤ 10 procent på gruppnivå										
Typ av indikator	Process										
God vård och omsorg	Kunskapsbaserad vård.										
Teknisk beskrivning	<p>Täljare: Antal personer med ångestsyndrom som har hämtat ut bensodiazepiner för längre tid än fyra veckors behandling.</p> <p>Nämnare: Totalt antal personer 18 år äldre med ångestsyndrom som vårdats under mätperioden.</p>										
	<table border="1" data-bbox="520 1048 1161 1211"> <thead> <tr> <th data-bbox="520 1048 970 1077">Diagnos</th> <th data-bbox="970 1048 1161 1077">ICD-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="520 1077 970 1106">Generaliserat ångestsyndrom</td> <td data-bbox="970 1077 1161 1106">F41.1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 1106 970 1135">Paniksyndrom</td> <td data-bbox="970 1106 1161 1135">F41.0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 1135 970 1164">Social fobi</td> <td data-bbox="970 1135 1161 1164">F40.1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 1164 970 1193">Akut stressyndrom</td> <td data-bbox="970 1164 1161 1193">F43.0</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnos	ICD-10	Generaliserat ångestsyndrom	F41.1	Paniksyndrom	F41.0	Social fobi	F40.1	Akut stressyndrom	F43.0
Diagnos	ICD-10										
Generaliserat ångestsyndrom	F41.1										
Paniksyndrom	F41.0										
Social fobi	F40.1										
Akut stressyndrom	F43.0										
	<table border="1" data-bbox="520 1245 1161 1317"> <thead> <tr> <th data-bbox="520 1245 970 1274">Läkemedel</th> <th data-bbox="970 1245 1161 1274">ATC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="520 1274 970 1303">Bensodiazepiner</td> <td data-bbox="970 1274 1161 1303">N05BA, N05CD</td> </tr> </tbody> </table>	Läkemedel	ATC	Bensodiazepiner	N05BA, N05CD						
Läkemedel	ATC										
Bensodiazepiner	N05BA, N05CD										
Datakällor	Läkemedelsregistret, Patientregistret (Socialstyrelsen), utbildningsregistret, IoT, och RAKS (SCB).										
Felkällor	Uppgifter från primärvården saknas										

# Bilaga 9. Patientrapporterade erfarenheter: metodbeskrivning

## Urval av frågor i nationell patientenkät

För att ge en så heltäckande bild som möjligt har en fråga per dimension<sup>69</sup> i nationell patientenkät för primärvården valts ut. Därutöver har frågan om diskussion om levnadsvanor inkluderats. För fyra av frågorna har resultaten analyserats litet närmare. Resultaten för dessa frågor har också jämförts med resultaten för motsvarande frågor inom specialiserad öppenvård på sjukhus.

Svarsalternativen för merparten av de enskilda frågorna i Nationell patientenkät består vanligen av en femgradig skala från 1 = ”nej, inte alls” till 5 = ”ja, helt och hållet”. I rapporten redovisas andelen positiva svar av alla patienter som svarat på frågan. Positiva svar har beräknats som svarsalternativ 4 och 5. Alternativet ”ej aktuellt” har exkluderats ur beräkningarna. Vissa frågor, såsom exempelvis frågorna om levnadsvanor, har endast tre svarsalternativ (”ja”, ”nej” och ”vet ej/ej aktuellt”). I dessa fall räknas antalet positiva svar som antalet ”ja”, och alternativet ”vet ej/ej aktuellt” har exkluderats.

## Urval av socioekonomiska variabler för analys av patientrapporterade erfarenheter

Valet av analysens oberoende variabler har utgått från syftet att undersöka eventuella skillnader i patientupplevelse baserat på framför allt socioekonomi. Av de variabler som finns inkluderade i nationell patientenkät är det variabeln högst avslutade utbildning (”utbildning”) respektive huvudsaklig sysselsättning (”sysselsättning”) som använts i detta syfte. Därutöver har följande variabler använts i genomlysningen: kön, åldersgrupp, län, hälsotillstånd och kronisk sjukdom. De två sistnämnda variablerna har dock endast funnits tillgängliga inom specialiserad sjukhusvård öppenvård.

I tabell 1 nedan finns information om vilka bakgrundsvariabler som använts för respektive enkät/område.

---

<sup>69</sup> Frågorna i Nationell patientenkät kan delas in i sju dimensioner: helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap, och tillgänglighet. Resultatet för varje dimension utgörs av ett sammanvägt svar för ett antal specifika enkätfrågor. I de fall svar saknas för en specifik delfråga beräknas resultatet för dimensionen baserat på svaren på övriga delfrågor.

**Tabell 1: Oberoende variabler inom respektive patientenkät**

Variabel		
Kön	X	X
Ålder	X	X
Utbildning	X	X
Sysselsättning	X	X
Allmänt hälsotillstånd		X
Kronisk sjukdom		X

## Beskrivning/definition av oberoende variabler i analys av patientrapporterade erfarenheter

I tabell 2 nedan finns information om exakt frågeformulering som ligger till grund för respektive oberoende variabel, svarskategorier för respektive fråga i nationell patientenkät samt information om hur variabeln delats upp (i de fall uppdelningen inte är identisk med enkätens svarsalternativ).

**Tabell 2: Beskrivning av oberoende variabler i nationell patientenkät**

Oberoende variabel		
Utbildning	Vänligen ange din högsta avslutade utbildning.	Grundskola, folkskola eller motsvarande; Gymnasium, realskola eller motsvarande; Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola (referens); Ingen avslutad utbildning <sup>70</sup> .
Sysselsättning	Vänligen ange din huvudsakliga sysselsättning.	Arbetar (referens), arbetslös, studerar, pensionär, övrigt.
Allmänt hälsotillstånd	Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?	5-gradig skala från mycket dåligt (1) till mycket bra (5) samt ej aktuellt. Svaren har delats upp i följande två kategorier: Bra hälsa (svarsalternativ 4-5, referens) respektive ej bra hälsa (svarsalternativ 1-3).
Kronisk sjukdom	Var det här besöket en del av en behandling för kronisk sjukdom/hälsotillstånd?	Ja (referens), nej, ej aktuellt.

Utöver dessa används kön, åldersgrupp och län/landsting som oberoende variabler i samtliga analyser. Åldersgrupperna som använts är 15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–79 och 80+ år.

## Datakälla för analys av patientrapporterade erfarenheter

I analysen av patientrapporterade erfarenheter används data från NPE för primärvården 2017 och öppen specialiserad vård på sjukhus 2018. Dessa år är de senaste där respektive undersökning genomfördes i samtliga landsting. Svarsfrekvensen i undersökningarna är 36 procent (primärvården) respektive 43 procent (specialiserad sjukhusvård öppenvård). Samtliga data i analysen baseras på patienternas egenrapporterade uppgifter. Inom primärvården har endast svar som gäller besök till läkare inkluderats. Detta då uppgifter om sjuksköterskebesök inte finns tillgängliga för samtliga landsting. Observera att för enskilda frågor kan svarsfrekvensen vara lägre än vad som anges i tabellen.

<sup>70</sup> I regressionstabellerna omnämns har några av utbildningskategorierna förkortats: Grundskola, folkskola eller motsvarande kallas "grundskola" och Gymnasium, realskola eller motsvarande kallas "gymnasium". Dessutom används endast rubriken "utbildning" för det som avser svar på frågan om "högsta avslutade utbildning".

**Tabell 3. Svarsfrekvenser Nationell patientenkät**

Enkätområde				
Primärvård	2017	1 149	83 777	36 %
Specialiserad öppenvård	2018	1 488	102 675	43 %

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

## Redovisning och folkning av resultat

Resultaten för respektive fråga presenteras som andelar av de svarande i olika grupper som besvarat respektive fråga i nationell patientenkät positivt, med femprocentiga konfidensintervall.

För några frågor där signifikanta skillnader mellan olika grupper identifierats presenteras också resultat som justerats för ett antal bakgrundsvariabler. Justering har då gjorts genom logistisk regression. Skrivningen ”resultaten kvarstod vid justering för aktuella bakgrundsvariabler” betyder att skattningen av oddskvoter i regressionsanalysen bekräftar sambandet även när man tar hänsyn till dessa bakgrundsvariabler.

Samtliga resultat redovisas per åldersgrupp. Resultat i förhållande till bakgrundsvariabeln utbildning presenteras endast för svarande över 24 år. På motsvarande sätt presenteras resultat i förhållande till sysselsättning för de åldersgrupper som befinner sig i förvärvsarbetande ålder (25–64 år). För den yngsta gruppen som ingår i denna genomlysning, 15–24 år, presenteras endast det totala resultatet. För att skapa överblick presenteras dock resultat i diagramform samlat för gruppen 25–64 år, i de fall där detta bedöms spegla det underliggande mönstret i samtliga underliggande grupper.

För bakgrundsvariabeln sysselsättning presenteras en jämförelse mellan personer som angett ”arbetar” respektive ”arbetslös” som huvudsaklig sysselsättning. Därutöver presenteras för primärvården också en jämförelse mellan de som arbetar och samtliga grupper som inte arbetar (”arbetar ej”), vilket definieras som samtliga övriga sysselsättningsalternativ inklusive studerar, pensionär, arbetslös och övrig sysselsättning.

Resultaten för primärvården presenteras i form av diagram och tabeller, medan resultaten för öppen specialiserad vård på sjukhus endast presenteras i textform.

## Logistisk regression

Resultaten från ett urval av ovan nämnda regressioner presenteras i bilaga 2 i form av oddskvoter. Ett odds för en händelse är sannolikheten för att händelsen äger rum delat med sannolikheten att händelsen inte äger rum<sup>71</sup>. Ett odds har lägsta värde 0 och har inget maximalt värde. När jämförelser görs mellan två gruppers odds beräknas en oddskvot (OR) genom att dela oddset för den ena gruppen med oddset för den andra gruppen. En oddskvot med värde 1 innebär att ingen skillnad påvisats mellan grupperna som jämförs. Ett värde över 1 innebär att i relation till referensgruppen har den aktuella gruppen högre odds för det utfall som studeras. Motsatsen gäller om oddskvoten är

<sup>71</sup> Observera att detta matematiska odds skiljer sig från det som i dagligt tal avses med odds (proportionen mellan vinst och insats).

under 1. Om konfidensintervallet för oddskvoten innefattar värdet 1 tolkas det som att ingen statistiskt signifikant skillnad kan påvisas. Oddskvoterna tabellerna presenteras med 95-procentigt konfidensintervall. Signifikanta resultat är markerade med fetstil.

När det gäller signifikanta skillnader mellan grupper är det viktigt att ha i åtanke att ett signifikant resultat inte automatiskt innebär att skillnaden är relevant. Statistisk signifikans beror till stor del på antalet observationer. Även det motsatta kan gälla: ett resultat kan vara relevant trots att det inte är statistiskt signifikant. Undersökta grupper såsom t ex personer som uppgett att de är arbetslösa eller har övrig sysselsättning är ofta få till antalet, vilket ger för liten statistisk styrka för att kunna få signifikanta resultat.

## Bilaga 10. Patientrapporterade erfarenheter: regressionstabeller

<b>Tabell 1: Skillnader mellan olika grupper avseende andel positiva svar på frågan "Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?" inom primärvården i åldersgrupperna 25–64 år</b>				
<b>Kön</b>				
Kvinna	0,99 (0,85–1,15)	0,97 (0,86–1,09)	0,94 (0,86–1,03)	<b>0,91 (0,85–0,98)</b>
Man	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Utbildning</b>				
Ingen avslutad utbildning	0,88 (0,56–1,38)	1,05 (0,68–1,61)	<b>1,74 (1,16–2,61)</b>	1,11 (0,81–1,53)
Grundskola	<b>0,71 (0,52–0,98)</b>	1,1 (0,86–1,42)	1,19 (1–1,4)	1,09 (0,98–1,22)
Gymnasium	0,94 (0,81–1,09)	0,96 (0,85–1,09)	0,99 (0,9–1,09)	<b>1,1 (1,01–1,19)</b>
Eftergymnasial utbildning	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Sysselsättning</b>				
Studerar	0,99 (0,81–1,22)	<b>0,66 (0,51–0,85)</b>	<b>0,63 (0,45–0,86)</b>	<b>0,54 (0,33–0,89)</b>
Pensionär	1,38 (0,49–3,85)	0,74 (0,45–1,24)	<b>0,76 (0,61–0,96)</b>	<b>0,9 (0,81–0,99)</b>
Arbetslös	0,77 (0,57–1,05)	<b>0,67 (0,51–0,87)</b>	<b>0,63 (0,51–0,77)</b>	<b>0,67 (0,57–0,79)</b>
Övrigt	1,03 (0,79–1,34)	<b>0,73 (0,59–0,92)</b>	<b>0,74 (0,62–0,88)</b>	<b>0,66 (0,57–0,75)</b>
Arbetar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Observationer där frågan besvarats med 'ej aktuell' har exkluderats. Resultaten är justerade för kön, utbildning, sysselsättning och län.				
Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting				

<b>Tabell 2: Skillnader mellan olika grupper avseende andel positiva svar på frågan "Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?" inom primärvården i åldersgrupperna 65–79 och 80+ år</b>		
<b>Kön</b>		
Kvinna	<b>0,88 (0,84–0,93)</b>	<b>0,82 (0,74–0,9)</b>
Man	Ref.	Ref.
<b>Utbildning</b>		
Ingen avslutad utbildning	0,94 (0,72–1,21)	0,92 (0,68–1,26)
Grundskola	<b>1,2 (1,13–1,28)</b>	1,13 (1–1,27)
Gymnasium	1,06 (0,99–1,13)	0,97 (0,85–1,12)
Eftergymnasial utbildning	Ref.	Ref.
Observationer där frågan besvarats med 'ej aktuell' har exkluderats. Resultaten är justerade för kön, utbildning och län.		
Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting		



**Tabell 3: Skillnader mellan olika grupper avseende andelen positiva svar på frågan "Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vårderna i den utsträckning du behöver?" inom primärvården i åldersgrupperna 25–64 år**

<b>Kön</b>				
Kvinna	0,97 (0,82–1,14)	0,99 (0,87–1,12)	0,92 (0,84–1,01)	0,89 (0,82–0,96)
Man	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Utbildning</b>				
Ingen avslutad utbildning	1,45 (0,91–2,32)	1,54 (1–2,36)	1,34 (0,93–1,95)	<b>1,61 (1,15–2,24)</b>
Grundskola	0,91 (0,65–1,28)	<b>1,57 (1,21–2,04)</b>	<b>1,68 (1,41–2,01)</b>	<b>1,36 (1,22–1,52)</b>
Gymnasium	1,12 (0,95–1,32)	<b>1,24 (1,08–1,42)</b>	<b>1,15 (1,05–1,28)</b>	<b>1,16 (1,07–1,27)</b>
Eftergymnasial utbildning	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Sysselsättning</b>				
Studerar	<b>1,3 (1,03–1,64)</b>	1,14 (0,86–1,51)	0,78 (0,56–1,09)	0,81 (0,48–1,36)
Pensionär	0,65 (0,21–2)	<b>0,52 (0,3–0,9)</b>	0,88 (0,7–1,12)	0,91 (0,82–1,01)
Arbetslös	1,05 (0,76–1,45)	0,91 (0,69–1,21)	0,89 (0,71–1,1)	<b>0,82 (0,69–0,97)</b>
Övrigt	1,12 (0,85–1,48)	0,89 (0,71–1,12)	0,83 (0,69–1)	<b>0,77 (0,67–0,89)</b>
Arbetar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Observationer där frågan besvarats med 'ej aktuell' har exkluderats. Resultaten är justerade för kön, utbildning, sysselsättning och län.				
Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting				

**Tabell 4: Skillnader mellan olika grupper avseende andelen positiva svar på frågan "Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vårderna i den utsträckning du behöver?" inom primärvården i åldersgrupperna 65–79 och 80+ år.**

<b>Kön</b>		
Kvinna	<b>0,9 (0,85–0,95)</b>	<b>0,82 (0,74–0,91)</b>
Man	Ref.	Ref.
<b>Utbildning</b>		
Ingen avslutad utbildning	1 (0,78–1,28)	1,2 (0,86–1,68)
Grundskola	<b>1,43 (1,34–1,53)</b>	<b>1,27 (1,12–1,44)</b>
Gymnasium	<b>1,23 (1,15–1,31)</b>	1,05 (0,91–1,21)
Eftergymnasial utbildning	Ref.	Ref.
Observationer där frågan besvarats med 'ej aktuell' har exkluderats. Resultaten är justerade för kön, utbildning och län.		
Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting		

**Tabell 5: Skillnader mellan olika grupper avseende andel positiva svar på frågan "Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?" inom primärvården i åldersgrupperna 25-64 år**

<b>Kön</b>				
Kvinna	0,84 (0,69–1,02)	0,96 (0,82–1,12)	0,91 (0,8–1,03)	<b>0,85 (0,77–0,95)</b>
Man	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Utbildning</b>				
Ingen avslutad utbildning	0,68 (0,4–1,14)	<b>0,54 (0,34–0,85)</b>	0,86 (0,55–1,33)	0,89 (0,6–1,34)
Grundskola	<b>0,47 (0,34–0,67)</b>	<b>0,71 (0,53–0,95)</b>	0,9 (0,73–1,12)	0,92 (0,8–1,07)
Gymnasium	0,88 (0,73–1,07)	<b>0,77 (0,66–0,9)</b>	1,04 (0,91–1,18)	0,97 (0,86–1,09)
Eftergymnasial utbildning	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Sysselsättning</b>				
Studerar	0,93 (0,72–1,2)	<b>0,7 (0,52–0,96)</b>	<b>0,61 (0,42–0,9)</b>	<b>0,39 (0,21–0,69)</b>
Pensionär	<b>0,31 (0,11–0,86)</b>	<b>0,39 (0,23–0,65)</b>	<b>0,5 (0,39–0,66)</b>	<b>0,73 (0,64–0,83)</b>
Arbetslös	0,79 (0,55–1,13)	<b>0,49 (0,36–0,66)</b>	<b>0,63 (0,48–0,81)</b>	<b>0,61 (0,49–0,76)</b>
Övrigt	<b>0,71 (0,52–0,95)</b>	0,78 (0,59–1,02)	<b>0,63 (0,51–0,79)</b>	<b>0,6 (0,5–0,73)</b>
Arbetar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Observationer där frågan besvarats med 'ej aktuell' har exkluderats. Resultaten är justerade för kön, utbildning, sysselsättning och län.				
Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting				

**Tabell 6: Skillnader mellan olika grupper avseende andel positiva svar på frågan "Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?" inom primärvården i åldersgrupperna 65-79 och 80+ år**

<b>Kön</b>		
Kvinna	<b>0,81 (0,75–0,89)</b>	<b>0,77 (0,66–0,9)</b>
Man	Ref.	Ref.
<b>Utbildning</b>		
Ingen avslutad utbildning	<b>0,46 (0,34–0,63)</b>	<b>0,42 (0,27–0,64)</b>
Grundskola	0,96 (0,87–1,06)	<b>0,63 (0,51–0,78)</b>
Gymnasium	1,08 (0,98–1,2)	<b>0,71 (0,56–0,9)</b>
Eftergymnasial utbildning	Ref.	Ref.
Observationer där frågan besvarats med 'ej aktuell' har exkluderats. Resultaten är justerade för kön, utbildning och län.		
Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting		

**Tabell 7: Skillnader mellan olika grupper avseende andel som uppgett att läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat alkohol-, mat-, motions- eller tobaksvanor med dem. Primärvård, åldersgrupperna 25–64 år.**

<b>Kön</b>				
Kvinna	0,9 (0,78–1,04)	<b>0,84 (0,75–0,94)</b>	<b>0,69 (0,63–0,75)</b>	<b>0,69 (0,65–0,74)</b>
Man	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Utbildning</b>				
Ingen avslutad utbildning	1,44 (0,91–2,27)	1,37 (0,91–2,07)	<b>1,71 (1,18–2,47)</b>	<b>1,78 (1,31–2,41)</b>
Grundskola	1,26 (0,92–1,73)	<b>1,53 (1,2–1,95)</b>	<b>1,58 (1,35–1,86)</b>	<b>1,17 (1,06–1,28)</b>
Gymnasium	1,06 (0,92–1,23)	1,11 (0,98–1,25)	1,02 (0,94–1,12)	1 (0,93–1,07)
Eftergymnasial utbildning	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Sysselsättning</b>				
Studerar	<b>1,3 (1,06–1,59)</b>	<b>1,47 (1,14–1,9)</b>	1,32 (0,96–1,82)	<b>2,75 (1,58–4,79)</b>
Pensionär	0,67 (0,24–1,82)	0,69 (0,41–1,14)	<b>1,43 (1,14–1,78)</b>	<b>1,11 (1,02–1,21)</b>
Arbetslös	<b>1,56 (1,14–2,13)</b>	<b>1,51 (1,16–1,98)</b>	<b>2,03 (1,64–2,51)</b>	<b>1,69 (1,44–1,98)</b>
Övrigt	0,94 (0,73–1,21)	<b>1,47 (1,19–1,83)</b>	<b>1,57 (1,32–1,88)</b>	<b>1,24 (1,09–1,41)</b>
Arbetar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Observationer där frågan besvarats med 'ej aktuell' har exkluderats. Resultaten är justerade för kön, utbildning, sysselsättning och län.				
Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting				

**Tabell 8: Skillnader mellan olika grupper avseende andel som uppgett att läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat alkohol-, mat-, motions- eller tobaksvanor med dem. Primärvård, åldersgrupperna 65–79 och 80+ år.**

<b>Kön</b>		
Kvinna	<b>0,7 (0,67–0,73)</b>	<b>0,62 (0,57–0,67)</b>
Man	Ref.	Ref.
<b>Utbildning</b>		
Ingen avslutad utbildning	<b>1,49 (1,2–1,84)</b>	1,2 (0,93–1,53)
Grundskola	<b>1,15 (1,09–1,21)</b>	1,04 (0,94–1,14)
Gymnasium	<b>1,08 (1,02–1,14)</b>	1 (0,9–1,12)
Eftergymnasial utbildning	Ref.	Ref.
Observationer där frågan besvarats med 'ej aktuell' har exkluderats. Resultaten är justerade för kön, utbildning och län.		
Källa: Nationell Patientenkät, primärvård 2017, Sveriges Kommuner och Landsting		