

Hälso- och sjukvårds- rapporten 2018

ÖPPNA JÄMFÖRELSER



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Förord

Från och med 2016 publicerar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en mängd kvalitets- och annan data på webbplatsen Vården i siffror, ofta med mer kontinuerlig uppdatering. Den grundläggande presentationen behöver inte längre ske genom tryckta rapporter. Däremot finns det fortsatt behov av sammanställningar där resultat lyfts fram och uppmärksammas. Denna rapport är den första i en årligen återkommande sådan rapportering.

Rapporten har ett par olika syften. Ett är att på några centrala områden ge en komprimerad bild av utvecklingen i svensk sjukvård, med stöd av så aktuella data som är möjligt – normalt till och med föregående år. Ett annat syfte är att presentera tematiska resultatöversikter, där landsting och regioner jämförs med varandra. Dessa återkommande öppna kvalitetsjämförelser blir ett stöd för landstingens och regionernas arbete med kvalitetsförbättringar i hälso- och sjukvården. De är också ett uttryck för den transparens kring hälso- och sjukvårdens resultat som landsting och regioner, nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsen sedan länge aktivt understödjer.

Under 2018 etablerar landsting och regioner, med stöd av SKL, ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Det är en viktig pusselbit för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Nationella programområden för olika sjukdomsområden har bildats, som bland annat har i uppgift att följa upp, analysera och bidra till utveckling inom sitt område.

Årets rapport speglar enbart vissa av de programområden som bildats, och utan att programområdena haft ansvar för beskrivning och andra underlag. En ambition är att respektive programområde svarar för bedömningar och urval av indikatorer och mått i kommande rapporter.

Stockholm, juni 2018

Hans Karlsson

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Summerande lägesbild	5
Inledning	11
Landsting och regioners system för kunskapsstyrning	13
Tematiska resultatöversikter	15
Metodbeskrivning för färglagd resultatöversikt	18
Sammanhållet vårdssystem – god och nära vård	21
Patientsäkerhet.....	25
Patienters och befolkningens syn på vården.....	28
Tillgänglighet – väntetider.....	32
Befolkningens vårdutnyttjande	37
Ekonomiska resultat, kostnader och produktivitet	41
Personal- och arbetsgivarfrågor.....	48
Hjärtsjukdom	52
Stroke	58
Cancer	64
Diabetes	69
Psykisk hälsa.....	74
Kvinnosjukdom och förlossning	78
Ortopedi – rörelseorganens sjukdomar.....	82
Njursjukdom	86

Summerande lägesbild

Öppna kvalitetsjämförelser ger en sjukvård med högre kvalitet

Att öppet publicera och jämföra resultat bidrar till transparens om hälso- och sjukvårdens kvalitet och är ett stöd för landsting och regioners utveckling av den. Kvalitetsjämförelser bidrar därför till en jämlik och likvärdig sjukvård.

För 15 tematiska områden respektive sjukdomsgrupper visas i denna rapport resultat för ett stort antal kvalitetsindikatorer och andra mått, för verksamhetsåret 2017 eller senast tillgängliga data. För vart och ett område sammanställs resultaten i en färglagd resultatöversikt, med jämförelser mellan alla landsting och regioner. Utvecklingen över tid beskrivs för flera kvalitetsmått.

Ingen sammanvägd ranking görs, vare sig inom ett område eller totalt. Källorna är framförallt Socialstyrelsens hälsodataregister, nationella kvalitetsregister och de olika datainsamlingar som SKL genomför tillsammans med landsting och regioner. De allra flesta mått och indikatorer visas på SKL:s webbplats [Vården i siffror](#).

Sverige har en stark tradition av att öppet jämföra kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården, jämfört med många andra länder. Detta kan ge ett intryck av att kvalitetsskillnader och bristande likvärdighet är vanligare hos oss. Men om man inte mäter och publicerar data upptäcks inte variation och förändringstrycket är svagare. Dessutom är variation en nödvändighet i en hälso- och sjukvård som utvecklas. Några går före, utprovar nya metoder och arbetssätt. Men bestående och hälsopåverkande skillnader i kvalitet utmanar likvärdigheten i hälso- och sjukvården.

De resultat som kommenteras i denna summerande lägesbild ingår, med några undantag, i rapportens resultatöversikter.

Sverige har goda medicinska resultat - men befolkningsenkäter ger en blandad bild

Svensk sjukvård har i viktiga avseenden mycket goda medicinska resultat, enligt flera av de internationella jämförelser som görs. Uppgifter från olika nationella kvalitetsregister talar för samma sak, även om det inte finns någon sammanställning av internationella jämförelser för dessa.

För överlevnad efter stroke, hjärtinfarkt och vid cancer har Sverige bra utfall. Dessa och andra mått ingår i det index som SKL redovisar i en nyligen publicerad internationell jämförelse, där Sverige hamnade i topp.

Men bilden är inte entydigt positiv. Framförallt enkätbaserade jämförelser av befolkningarnas uppfattningar om hälso- och sjukvården ger mera blandade resultat för Sverige.

Färre drabbas och avlider i stora folksjukdomar

Det finns tecken på att den psykiska ohälsan i befolkningen ökar, men för flera stora folksjukdomar är utvecklingen positiv. Både förekomst av och dödlighet i akut hjärtinfarkt har minskat påtagligt. Förekomsten per 100 000 invånare har minskat med närmast 40 procent de senaste tio åren. För stroke är utvecklingen snarlik.

Minskad förekomst kan både vara en effekt av förbättrad folkhälsa och av förbättrad förebyggande behandling, som lett till att färre infarkt- och strokepatienter drabbas av ny infarkt eller stroke. I Sverige har förekomsten av högt blodtryck kraftigt minskat sedan början av 1980-talet, enligt ett WHO-associerat samarbete om riskfaktorer. För stroke kan också ökningen av blodförtunnande behandling vid förmaksflimmer ha bidragit, genom att ha sänkt risken för stroke. Men hjärtinfarkt och stroke är fortfarande vanliga dödsorsaker.

Mindre uppmärksammat är att antalet personer som drabbas av höftfraktur, ett mycket vårdplats- och omsorgskrävande tillstånd, har minskat med närmare 20 procent sedan 2004, per 100 000 invånare.

Antalet fall av cancer har länge ökat, men andelen i befolkningen som drabbas av cancer ökar inte påtagligt under de senaste åren. Statistik för 2017 och 2018 kan visa om ett trendbrott kan vara på väg.

Bland dem som drabbas av cancer lever allt fler längre. Men bland patienter som sjukhusvårdats för stroke respektive hjärtinfarkt minskar inte längre andelen som avlider inom 28 dagar. En lång positiv trend förefaller ha brutits. Samtidigt finns det skillnader mellan sjukhus och mellan landsting och regioner, som kan ge vägledning vid analys av detta.

Patienterna är positiva, men befolkningsenkät ger blandade svar

Befolkningsenkäten Hälsa- och sjukvårdsbarometern visar små förändringar över tid i det breda måttet om man anser sig ha tillgång till den vård man behöver, med drygt 83 procent jakande svar. Men knappt 61 procent svarar att de har stort eller mycket stort förtroende för sjukvården i sitt eget landsting eller region. Fler har förtroende för sjukhus än för primärvård. Fem respektive sex av tio tycker att väntetider till besök och behandling är rimliga, för sjukhus respektive vårdcentraler. För de senare sker en försämring 2017.

Resultat från Nationell Patientenkät visar att i primärvården har 2017 närmare 80 procent av patienterna gett positiva svar om helhetsintrycket efter besöket. Förändringarna är små de senaste åren. Andelen positiva svar är för både akutmottagningar och öppenvårdsmottagningar 90 procent (2016). För patienter som varit inlagda på sjukhus är andelen positiva svar närmare 89 procent.

I resultat från Nationell Patientenkät har patienterna en mer positiv bild av tillgängligheten än vad befolkningen i stort har. Andelen positiva svar är 85 procent för akutmottagning, 81 procent för primärvård och 88 procent för öppenvårdsmottagning i specialiserad vård, enligt mätningar från 2016 och 2017.

Befolkningens lägre skattning av tillgängligheten till besök och behandling i primärvård och sjukhus kontrasterar på ett intressant vis mot de svar som ges i patientenkäterna.

Brist på kontinuitet beskrivs ofta som ett problem i svensk sjukvård. Patientupplevelsen av kontinuitet och samordning i primärvård är också något sämre, med knappt 71 procent positiva svar, och utan förändringar de senaste åren. Resultaten är bättre för akutmottagningar, öppenvårdsmottagning vid sjukhus och för patienter som varit inlagda, med andelar positiva svar på mellan 80-86 procent.

Patienterna ger i Nationell Patientenkät en ljus bild av sin upplevelse, även om det är svårt att veta hur högt ribban borde sättas. Skillnader mellan landsting och region är som regel små, men kan vara stora mellan olika vårdcentraler, mottagningar och sjukhus.

Patientsäkerhet är i fokus – men inget trendbrott för överbeläggningar

Landsting och regioner mäter tillsammans genom SKL bland annat förekomsten av vårdskador och överbeläggningar. Patientsäkerhet kan även innefatta många andra kvalitetsaspekter, som mäts på annat vis, oftast genom ett nationellt kvalitetsregister.

Överbeläggningar av vårdplatser på sjukhus medför en belastning på vårdavdelningar som i princip överstiger den planerade. Detta är ett uppmärksammat problem och följs upp med månadsvisa mätningar. Överbeläggningar i somatisk slutenvård var 2014-2015 cirka 3 procent, men uppgick 2017 till strax över 4 procent. Hittills under 2018 syns inget trendbrott.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner av grad 2-4 har i stort sett varit oförändrad de senaste åren, knappt 9 procent. Ingen långsiktig trend för riket kan skönjas. Det finns en variation mellan landsting och region, och det finns enskilda landsting eller regioner som under senare år har klart lägre andel än riket. Skillnaderna mellan landstingen och regionerna minskar inte över tid.

Andelen patienter med trycksår har sjunkit något sedan 2011, men andelen är konstant de senaste åren, knappt 7 procent. Även i övrigt är bilden snarlik den för vårdrelaterade infektioner.

Andelen vårdpersonal som följer grundläggande hygienrutiner och klädregler ökade klart från 2011 och stabiliserades vid 74 procent, innan andelen minskade något, till 71 procent 2017.

WHO har lanserat en checklista som man bör gå igenom i samband med en operation för att minska risken för misstag. Detta är en internationellt etablerad och viktig patientsäkerhetsindikator som mäts i Sverige inom kvalitetsregistret SPOR. Den ingår inte i dataunderlaget för denna rapport, men skall senare visas på Vården i siffror. Hittills under 2018 har WHO:s checklista använts vid förberedelse för operation vid nästan 9 av 10 operationer, en klar ökning jämfört med 2016.

I strokevård är det angeläget att patienten under hela vårdtiden vårdas på stroke-enhet, som har särskild kompetens för strokevård. Denna andel har under en följd av år varit oförändrad, strax under 80 procent. Detta är lägre än den målnivå på 90 procent som Socialstyrelsen angett, men man kan notera att de senaste årens överbeläggningar inte lett till försämringar för strokepatienterna i detta avseende.

Att snabbt få en operation vid förträngning av halspulsådern minskar risken för stroke. Andelen patienter som opereras inom 14 dagar har ökat till drygt 82 procent vid senaste mätningen, en ökning på över tio procent enheter sedan 2010.

Vårdgarantins väntetider ökade

Väntetider mäts både i anslutning till vårdgarantin och av olika nationella kvalitetsregister, till exempel inom cancervård. För andelen som får läkarbesök i primärvård inom 7 dagar är förändringarna sedan 2012 små. Från 93 procent som högst till under 89 procent 2017. Närmare 70 procent av patienterna får läkarbesök samma dag som man kontaktar primärvården. För andelen besvarade telefonsamtal är läget i princip oförändrat, med någon procentenhets lägre andel 2017.

Andelen som får ett första besök inom 90 dagar i specialiserad vård har sedan 2012 minskat något, från 91 till drygt 87 procent. Inom vuxenpsykiatri har andelen minskat tre procentenheter.

För operationer i specialiserad vård har andelen som sker inom 90 dagar minskat från toppårens knappt 89 till 82 procent 2017. Under 2017 skedde en tydlig minskning av andelen behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som startade inom 30 dagar.

Väntetidsmätningarna visar summeringsvis att den senaste femårsperioden har andelen genomförda besök och behandlingar som sker inom vårdgarantins tidsgränser minskat. För startade behandlingar inom BUP och för operationer i somatisk vård är minskningen 5-7 procentenheter. Antalet besök och operationer som ingår i väntetidsmätningarna minskar väsentligen inte, vilket antyder att det sker en ökad tillströmning av patienter.

De vårdgarantinära väntetidsmätningarna mäter tid till nybesök hos läkare. Detta är bara en aspekt av tillgänglighet till läkarbesök. Totala antalet besök hos läkare i primärvård och i specialiserad vård är fler än de som ingår i väntetidsmätningarna. Detsamma kan sägas om antalet utförda planerade operationer och behandlingar.

Inom bröst-, ändtarms- och tjocktarmscancer sker för tiden mellan diagnos och behandlingsstart ingen försämring under senare år, men andelen patienter som påbörjar behandling inom 28 dagar är för samtliga tre cancerformerna under 50 procent.

Landstingens befolkningar utnyttjar vård olika mycket

Det finns skillnader mellan landsting och region när det gäller befolkningens vårdutnyttjande, till exempel antal läkarbesök, vård dygn eller specifika operationer för invånare. Också detta hör till diskussionen om tillgänglighet och överbeläggningar, även om skillnaderna är svåra att tolka.

Antalet slutenvårddagar per 1 000 invånare skiljer sig kraftigt mellan landsting och regioner, även efter att hänsyn till kön och ålder tagits. Landstingen eller regionerna med högst slutenvårdsutnyttjande använde 2016 drygt 40 procent fler vård dagar än de med lägst.

Andelen nyfödda som efter förlossningen vårdas på neonatal vårdavdelning är i riket 9 procent. Variationen mellan landsting och regioner sträcker sig från knappt 6 till över 14 procent. Även om det kan finnas variation i behovet av neonatalvård, så talar mycket för att denna variation inte avspeglar skillnader i vårdbehov, utan har andra förklaringar.

Många kvalitetsmått visar förbättringar – men inte alla

De mått som avser processmått, specifika insatser för väl avgränsade patientgrupper, visar ofta en successiv förbättring. Men även frånvaro av förbättring bör lyftas fram och uppmärksammas.

En samlad bild av förbättring och ökad måluppfyllelse i hjärtinfarktvården stöds av rikets resultat för kvalitetsregistret Swedehearts kvalitetsindex, som förbättrats mellan 2014 och 2017. Andelen rökande hjärtinfarktpatienter som slutar röka är oförändrad, cirka 55 procent. Däremot sker en klar förbättring av andelen patienter som når behandlingsmålet för blodtryck efter infarkt.

För patienter med förmaksflimmer och riskfaktorer (för framtida stroke) sker förbättringar i läkemedelsanvändningen: En allt större andel av patienterna har den blodförtunnande läkemedelsbehandling Socialstyrelsens riktlinjer rekommendera.

Blodfettssänkande läkemedelsbehandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke har förbättrats, med en ökning av andelen behandlade på över tio procentenheter. Andelen som har nedsatt funktionsförmåga tre månader efter stroke har minskat de senaste 10 åren.

Överlevnaden ett respektive fem år efter cancerdiagnos har ökat över tid vid lung-, ändtarms-, tjocktarms- och bröstcancer. Variationer mellan landsting och region tyder på att det finns möjligheter till förbättring. Andelen patienter som diskuteras vid multidisciplinär konferens har klart ökat över tid, för samma diagnosgrupper och vid prostatacancer. Multidisciplinär konferens är en sedan länge etablerad rekommendation i riktlinjer.

För diabetesvård i primärvård är flera centrala kvalitetsmått oförändrade över tid. Det gäller andelen patienter som når mål för blodtryck och för blodglukos.

Andelen patienter som gör fotundersökning enligt de nationella riktlinjerna har minskat. De målnivåer som Socialstyrelsen har satt för diabetesvården är så höga att få landsting eller region når dem.

För vaginal förlossning uppstod 2017 bristningar av grad 3-4 i drygt 2 procent av förlossningarna, enligt Graviditetsregistret, medan en större blödning inträffar vid närmare 6 procent av de vaginala förlossningarna.

Kvalitetsuppföljning för operationer inom kvinnosjukvård består bland annat av patientskatningar av förekomst av komplikationer och av operationens effekter efter ett år. Tre av fyra kvinnor rapporterade minskning av framfallsymtom efter ett år och nästan sju av tio var helt kontinenta efter inkontinensoperation. I stort är resultaten oförändrade över tid.

För höft- och knäprotesoperationer är det klassiska resultatmålet hur länge en inopererad ledprotes kan vara kvar, innan den måste bytas ut. Svenska resultat brukas beskrivas vara mycket goda i en internationell jämförelse. Skillnaderna mellan landsting och regioner är små.

Andelen patienter som efter ett år anger att de är nöjda eller mycket nöjda med höftprotesoperationen uppgår till knappt 90 procent. Andelen höftopererade patienter som genomgått artrosskola har fördubblats de senaste fem åren, till 44 procent. Detta tyder på att de nationella riktlinjernas rekommendation om detta fått ett visst genomslag.

Njursvikt är en sjukdom som i avancerade stadier innebär att dialys eller njurtransplantation krävs för patientens överlevnad, men även då är risken hög. Överlevnaden har förlängts. Senast tillgängliga data, om än några år gamla, visar det inte finns stora skillnader mellan landsting och regioner – risken för död inom fem år för dessa patienter är likartad. Detta talar för att vården håller jämn kvalitet.

Sammantaget visar denna rapport på tydliga förbättringar i vården av dem som insjuknat i några av våra stora folksjukdomar som cancer, hjärtsjukvård och stroke. Samtidigt finns det också utmaningar med till exempel något minskat förtroende och bristande tillgänglighet. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas ännu bättre och därmed räcka till fler, samtidigt som de sjukaste fortsätter att få vård av mycket hög kvalitet.

Inledning

Syfte

Denna rapport är den första i en årlig, återkommande rapportering om hälso- och sjukvårdens kvalitet och utveckling. En stor mängd jämförelsedata finns på SKL:s webbplatsen Vården i siffror, varav ett urval väljs ut och presenteras i tematiska resultatöversikter. Syftena är flera.

Ett är att beskriva den aktuella utvecklingen i hälso- och sjukvården, med stöd av tillgängliga sjukvårdsdata. Det gäller till exempel tillgänglighet, kostnader, patienternas erfarenheter och befolkningens syn på sjukvården, men i lika hög grad medicinska resultat för olika sjukdomsgrupper.

Ett andra syfte är att genom resultatöversikter på olika områden skapa överblick och jämföra landstingens och regionernas resultat med varandra, i den tradition av öppna kvalitetsjämförelser som sedan länge är etablerad i Sverige. Detta är ett stöd för landsting och regioner, men bidrar också till transparens om sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Rapporteringen kan också bli ett instrument i det gemensamma system för kunskapsstyrning som landsting och regioner etablerat. Nationella programområden, och olika samverkansgrupper, har bildats under våren 2018. De nationella programområdena har som uppgift att bland annat beskriva läget inom "sitt" sjukdomsområde, peka på viktiga förbättringsbehov och bidra till uppföljning och utveckling.

Ambitionen är att stegvis etablera en bred, översiktlig beskrivning av hälso- och sjukvårdens utveckling med hjälp av kvalitets- och andra data. Rapporteringen ska komma så tidigt som möjligt efter ett avslutat verksamhetsår. Snabb återföring av resultat är viktigt för landsting och regioners planering och prioriteringar. Rapporteringen blir därmed ett komplement till de mera omfattande utvärderings-, analys- och lägesrapporter om hälso- och sjukvården som olika myndigheter och intresseorganisationer varje år publicerar.

Rapportens innehåll och övrigt underlag

I nästa avsnitt beskrivs landstingens och regionernas nya system för kunskapsstyrning och även hur olika grupperingar i det kan bidra till årliga resultatredovisningar och öppna kvalitetsjämförelser.

Det finns många olika sätt att presentera hälso- och sjukvårdsdata, för snarlika syften. Vi redovisar motiven till den modell med tematiska resultatöversikter som valts i denna rapport. Metoden för resultatöversikterna beskrivs, liksom den färgläggning av resultat som används.

För vart och ett av de tematiska områdena som ingår i årets rapport sker därefter en presentation med en inledande text och färglagda resultatöversikter för landsting och regioner, baserad på de utvalda indikatorerna inom varje område.

Rapporten finns tillgänglig på SKL:s webbutik. Färgöversikterna i rapporten baseras som regel på 2017 års resultat och finns endast tillgängliga i rapporten och i en presentation. Data har hämtats från Vården i siffror i slutet av april/början av maj. Vissa datakällor som uppdateras automatiskt kan ha uppdaterats i ett senare skede. Uppgifterna kan alltså skilja sig åt i några fall. All underlagsdata för de färglagda resultatöversikterna finns i en särskild excelbilaga på SKL:s webbsida. Utöver det finns även ett presentationsmaterial (PPT) med samtliga resultatöversikter och diagram som ingår i rapporten.

I Vården i siffror finns en spegling av rapporten uppdelad i samma tematiska områden och med samma indikatorer, med några undantag. Speglingen i Vården i siffror gör det möjligt att arbeta vidare med indikatorerna. I Vården i siffror finns oftast också utveckling över tid, data för mindre enheter och uppdelning på män och kvinnor tillgängligt. I Vården i siffror finns även information om indikatorns utformning, grundkälla, beräkningsgrunder, tidsperioder med mera.

Vissa mått, de som avser landsting och regioners ekonomiska ställning och personal- och arbetsgivarfrågor, finns enbart på Statistiska Centralbyrån (SCB) eller i Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada).

Länkar:

www.vardenisiffror.se

<https://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajokforelser/halsoochsjukvard.1563.html>

<https://www.kolada.se>

Landsting och regioners system för kunskapsstyrning

Efter att alla landsting och regioner under 2017 fattat beslut om sitt deltagande i ett gemensamt system för kunskapsstyrning sker nu en etablering, där nationella programområden och samverkansgrupper bildas. Systemet för kunskapsstyrning beskrivs på [SKL:s webbplats](#).

Målet är att via ett sammanhållet system för kunskapsstyrning få till stånd ett ökat genomslag av bästa tillgängliga kunskap och skapa bättre förutsättningar för att nå en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård. Dels finns en nationell [ledningsfunktion](#), med styrgrupp och beredningsgrupp, dels programområden och samverkansgrupper.

Nationella programområden och samverkansgrupper

Ett [nationellt programområde](#) (NPO) består av experter med bred kompetens inom området och representation från samtliga sjukvårdsregioner. Alla representanter företräder regionen inom det specifika sjukdoms-/organisatoriska området.

Det finns i nuläget närmare 18 nationella programområden. Dessa kan i sin tur skapa nationella arbetsgrupper (NAG) inom olika diagnosområden och vid behov för specifika frågor. Värdskapet för programområdena är fördelat mellan sjukvårdsregionerna. Värdskapet innebär att stödja NPO med processledare, kompetens och utvecklingskraft. Tidigare har det funnits programråd inom olika områden som har arbetet med kunskapsstyrning. Programråden för astma/KOL, diabetes, stroke, och strama ingår nu som NAG i ett respektive NPO.

Uppdragen för ett nationellt programområde är framförallt dessa:

- leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält
- följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser och GAP-analyser (till exempel identifiera när det saknas kunskapsstöd)
- bidra i arbetet med hur relevanta nationella kvalitetsregister utvecklas och används
- omvärldsbevaka
- ordnat införande/ordnad utfasning av läkemedel/behandlingar
- nivåstrukturering; bidra till en genomtänkt arbetsfördelning mellan vårdgivare/huvudmän
- bidra i arbetet med eventuella statliga satsningar

De nationella programområdena kommer bland annat att arbeta fram en lägesbeskrivning för sitt ”fält” och ha en drivande roll i utformningen av uppföljningen inom aktuellt område.

Ambitionen är att programområdena och deras arbete ska kunna ligga till grund för både årliga resultatöversikter och mer frekventa digitala rapporter på Vården i siffror.

Det har också bildats flera olika [samverkansgrupper](#) med representanter för landsting och regioner samt SKL - för metoder för kunskapsstöd; nationella kvalitetsregister; uppföljning och analys; läkemedel och medicinteknisk; forskning och Life Science samt för patientsäkerhet.

Samverkansgruppen för uppföljning och analys har ett ansvar för att leda och utveckla landsting och regioners nationellt gemensamma uppföljningsarbete i relation till kunskapsstyrningen. I uppdraget ingår till exempel följande:

- uppföljningsstöd både till huvudmän och nationella programområden
- förvaltning och utveckling av olika vårddatainsamlingar
- presentation av kvalitetsindikatorer och annan uppföljningsdata
- rapportering och analys av hälso- och sjukvårdens utveckling och kvalitet
- erfarenhetsutbyte mellan landsting och region

Ambitionen är att även samverkansgrupperna framöver, utifrån sina olika perspektiv, kan bidra i arbetet med årliga resultatredovisningar och öppna kvalitetsjämförelser.

SKL:s återkommande rapportering om utvecklingen i hälso- och sjukvården och kvalitetsjämförelser kommer att knyta an till det nya kunskapsstyrningssystemet och aktuella grupperingar.

Tematiska resultatöversikter

I årets rapportering ingår femton tematiska områden, sju övergripande och åtta sjukdomsgruppsspecifika. De senare är ett urval av stora sjukdomsgrupper inom respektive av de aktuella programområdena.

Figur 1 Rapportens 15 tematiska områden



Om urval och avgränsning av områden

En återkommande rapportering från SKL bör innehålla övergripande tematiska områden, som tillgänglighet och patienterfarenheter. Därtill och för att knyta an till kunskapsstyrningssystemet, bör den omfatta sjukdomsgruppsvisa områden. Bland de sjukdomsgruppsvisa ingår sådana som representerar stora patientgrupper.

Det finns många olika sätt att gruppera aspekter på kvalitet och effektivitet i ett hälso- och sjukvårdssystem. Socialstyrelsen använder i breda årliga rapporter kvalitetsdimensionerna enligt God Vård-modellen. Man kan räkna med att en stegvis utveckling av ett ramverk kommer att ske inom ramen för landsting och regioners kunskapsstyrningssystem.

Några kommentarer om ett par av områdena ges.

Området *Sammanhållet vårdssystem – god och nära vård* innehåller i nuläget ett antal etablerade övergripande mått på viktiga aspekter på vårdssystemet. I olika landsting och regioner och även på nationell nivå diskuteras den konkreta innebörden av färdplanen för en god och nära vård och vilka uppföljningsmått som kan vara lämpliga. Några av dessa mått kan komma att ingå i en eventuell formaliserad nationell uppföljning av Nära vård – utvecklingen. Om eller när detta sker revideras indikatorinnehållet i detta område.

Personal- och arbetsgivarfrågor är ett nytt område i dessa sammanhang. Statistik och mått inom detta område har tidigare inte förekommit i de olika öppna jämförelser som SKL har publicerat genom åren. Personalfrågor och frågor om kompetensförsörjning är uppenbart relevant, vilket motiverar dess plats i en återkommande rapportering.

Området *Ekonomi, kostnader och produktivitet* innehåller också för detta sammanhang nya typer av mått: Landstingens och regionernas resultat och soliditet, till exempel, är mått som inte förekommit i nationella redovisningar där kvalitet och effektivitet är tyngdpunkten. Motiven till att inkludera sådana mått är enkla. Dels är landstingsekonomi uppenbart relevant, dels är det en poäng att inte ha skarpa gränser mellan olika typer av uppföljningar.

Området *Befolkningens vårdutnyttjande* är motiverat bland annat av att tillgänglighetsfrågor är så uppmärksammade just nu. De mått som ingår där visar en aspekt på tillgänglighet som sällan diskuteras i den sjukvårdspolitiska debatten – antal behandlingar som görs för en viss befolkning. Måtten är relevanta i en bredare mening av tillgänglighet, än enbart väntetider.

Övriga områden eller teman som ingår behöver ingen närmare motivering.

Det är möjligt att till kommande år lyfta fram fler intressanta, tematiska områden. Till exempel om befolkningens nyttjande av digitala vårdtjänster; om PROM-mått, där patientens bedömning av en behandlings resultat är i fokus; om sjukdomsförekomst och hälsoläge i landstingens och regionernas befolkningar eller ett temaområde om hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande insatser/åtgärder.

Resultatöversikterna och deras syfte

Varje tematiskt område innehåller en kort beskrivning av vad som ingår, vilka riktlinjer och kvalitetsindikatorer som används vid uppföljning samt vilka datakällor som finns. Vidare, när möjligt, beskrivs utvecklingen över tid i vissa kvalitetsaspekter. Ambitionen har varit att ge en kortfattad beskrivning och referera till relevant kontext.

När respektive programområde eller annan sakkunniggrupp framöver får ett tydligare ägarskap över kvalitetsuppföljning för sitt område, kan lägesbeskrivningarna utvecklas. Framförallt är en viktig uppgift att bedöma vilka de viktigaste problemen eller förbättringsbehoven är. Urvalet av indikatorer som redovisas kan då knytas till detta och på detta vis ge landsting och regioner vägledning.

För varje tematiskt område har resultatöversikter skapats, med hjälp av ett urval indikatorer, 9-16 stycken. Landstingens och regionernas resultat för dessa jämförs och presenteras i en komprimerad översikt. Urvalet är gjort av redaktionen för rapporten, med en strävan att utgöra ett konventionellt urval, med etablerade indikatorer. Bland kriterierna har varit att det bör vara en blandning av resultat och processmått, att indikatorerna ingår i riktlinjer och att data är någorlunda färska. Datakällorna ska vara accepterade datakällor och måtten ska peka på viktiga frågeställningar för sjukdomsgruppen.

Syftet med resultatöversikter av olika slag är för det mesta att skapa överblick över en stor mängd vårddata. Vården i siffror innehåller nu över 600 indikatorer och mått, antalet växer kontinuerligt och ändå saknas det data för många viktiga kvalitetsaspekter i den svenska hälso- och sjukvården.

Resultatöversikter kan utformas på många olika sätt beroende på syftet. Det finns olika modeller för detta, både internationellt och i Sverige. Man kan bygga poängmodeller, skapa sammanslagna indikatorer som nya egna mått eller tvärtom göra ett litet urval av indikatorer man hoppas eller menar är representativa för vårdsystemets totala kvalitet. Man kan ha syftet att rangordna eller beskriva utvecklingen över tid. Alla syften och metoder för resultatöversikter har sina egna frågeställningar och problem.

Den viktigaste motiveringen för den modell som valts här är att läsaren ska kunna se vilka mått och indikatorer som ingår och vilket resultatet för respektive landsting eller region är. Inga summerande mått eller index har skapats. Dessutom ska måtten vara tillgängliga och beskrivna med förklarande text. Nästan alla indikatorer finns därför i Vården i siffror, och nås via den spegling av rapporten som finns där.

En andra viktig tanke är att när målnivåer finns, så ska de användas. Målnivåer kan sättas med olika syfte eller ambition, men i princip innebär en övervägd målnivå att läsaren får en bättre möjlighet att tolka ett resultat, jämfört med om man enbart jämför med riket eller med andra landsting och regioner. Både i nationella riktlinjer och i nationella kvalitetsregisters uppföljning har användningen av målnivåer ökat.

Syftet är alltså inte att göra en totalranking av landsting och regioner, utan istället att peka på resultaten för ett större urval indikatorer. Totalt ingår cirka 180 indikatorer i resultatöversikterna. Några indikatorer förekommer i fler än en översikt.

Metodbeskrivning för färglagd resultatöversikt

Resultatöversikterna består av färglagda tabeller med resultat för riket och samtliga landsting och regioner för de indikatorer och mått som ingår. Värden avser som regel helåret 2017. Även äldre data och andra mätperioder som halvårs-, månads- eller flerårsdata har använts. Mätperioden framgår i excelbilagan med alla dataunderlag. Data har hämtats från [Vården i siffror](#) i slutet av april/början av maj. Vissa datakällor som uppdateras automatiskt kan ha fått in kompletterande data i ett senare skede. Uppgifterna kan alltså skilja sig åt i några fall.

Färgläggningen syftar till att synliggöra respektive landstings eller regions utfall samt olika mönster av variation mellan landsting och regioner. Se exempel nedan.

Det finns två olika typer av resultatöversikter:

- för alla områden finns en resultatöversikt med ett urval indikatorer, där färgläggningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting och regioners utfall.
- för områden med flera målnivåsatta indikatorer finns det dessutom resultatöversikter med enbart dessa indikatorer, där färgläggningen baseras på måluppfyllelse.

Cellerna är färglagda med färger i flera olika nyanser av gult, grönt, rött och blått. Om uppgifter saknas eller om ett landsting eller region har för få fall för att redovisas är cellen vit. Gränsen är satt vid 10 fall.

Landsting/ regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Blue
Uppsala	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Blue
Sörmland	Green	Yellow	Red	Yellow	White	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Blue
Östergötland	Orange	Orange	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Red	Blue
Jönköping	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Blue
Kronoberg	Green	Green	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Red	Orange	Orange	White
Kalmar	Orange	White	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Red	Green	Yellow	Blue
Gotland	Red	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Blue
Blekinge	Green	Green	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Blue
Skåne	Green	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Red	Red	Orange	Green	Green	Blue
Halland	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Red	Yellow	Orange	Yellow	Green	Orange	Blue
Västra Götaland	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Orange	Green	Orange	Orange	Green	Yellow	Blue

Tre olika modeller för färgläggning har använts.

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting och regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting och regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

Blå skala i maximalt sex nyanser: När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat, exempelvis antal läkarbesök eller kostnader per invånare, används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

Grönt-gult-rött baserat på måluppfyllelse: Används i separata tabeller där färgläggningen baseras på målnivåer, satta av Socialstyrelsen eller av nationella kvalitetsregister. För vissa indikatorer finns bara en målnivå, som kan vara från Socialstyrelsens nationella riktlinjer eller från kvalitetsregister. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars röd.

Nationella kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikatorer, låg respektive hög målnivå. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts och gul färg om man nått den lägre målnivån. Har ingen av målnivåerna uppnåtts markerar cellen med röd färg.

Om Socialstyrelsen också har satt målnivå för samma indikator så är det oftast samma målnivå som den högre målnivån för kvalitetsregistret. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen är högre.

En förenkling är att ingen hänsyn tas till statistisk säkerhet. Ett alternativ till att visa sex färgnyanser hade varit att använda grönt och rött för resultat som är statistiskt säkerställt skilt från rikets värde. En sådan modell kan övervägas. I excelbilagan finns även respektive landsting och regioners procentuella avvikelse från rikets värde inlagt.

Att tänka på vid tolkning

Resultatöversikten består av ett urval av indikatorer – ett annat urval hade kunnat göras. Tillgången på data styr ofta urvalet.

Skillnader i patienternas sjukdomsgrad i de olika landstingen och regionerna (så kallad casemix) kan påverka resultaten.

Datakvaliteten varierar, liksom indikatorernas validitet, i vilken grad de verkligen mäter det de avser att mäta.

Indikatorerna speglar kvalitetsaspekter som är olika viktiga, vilket gör att det är svårt att väga samman flera olika resultat.

Ingen hänsyn tas till statistisk säkerhet eller hur nära ett resultat är en gräns för måluppfyllelse

Resultatöversikterna belyser variation mellan landsting och regioner, men det kan även finnas påtaglig variation inom ett landsting/region, mellan befolkningar, olika socioekonomiska grupper eller olika vårdgivare.

Sammanhållet vårdssystem – god och nära vård

Vid sidan av mera avgränsade kvalitetsindikatorer för specifika sjukdomstillstånd eller kvalitetsaspekter finns det ett behov av att kunna beskriva och värdera mera övergripande aspekter av hälso- och sjukvårdssystemet. Till exempel vårdinsatser för äldre patienter med flera samtidiga kroniska sjukdomstillstånd, som svarar för stora vårdbehov. Helst ska en sådan uppföljning vara baserad på en tydlig ide om önskvärd utveckling, en målbild.

Samverkan mellan primärvård och sjukhusvård och mellan landsting och regioners hälso- och sjukvård och kommunens hälso- och sjukvård samt äldreomsorg borde då speglas. I praktiken är detta svårt att göra på ett bra vis, med hjälp av nationellt tillgängliga data. Kvalitetsuppföljning är enklare när den avser väl avgränsade diagnoser och åtgärder, men svårare vid flera samtidiga kroniska sjukdomar. Legala aspekter påverkar, till exempel möjligheterna att beskriva patient- och vårdinsatser över olika vårdgivargränser med hjälp av vårddataregister.

Aktiviteter på området – god och nära vård

Det sker en förflyttning inom svensk hälso- och sjukvård från en reaktiv sjukhusvård till en mer proaktiv vård nära patienter och brukare. Arbetet stöds både av den statliga utredningen God och nära vård och inom ramen för [SKL:s Nära vård-arbete](#). Utredningen har presenterat en färdplan för god och nära vård, en förändrad vårdgaranti och ett nationellt grunduppdrag för primärvården. SKL:s arbete syftar till att understödja landstings/regioners och kommuners utvecklingsarbete. Flera landsting och regioner bedriver ett aktivt arbete för en omställning av hälso- och sjukvården, till exempel Uppsala och Västra Götalandsregionen.

Utredningens färdplan, tillsammans med SKL:s arbete och de regionala omställningsarbetena, anger en riktning, men det finns i nuläget ingen nationell modell för uppföljning av omstruktureringen. Utredningen har föreslagit fyra breda mått som bör följas och i några landsting och regioner pågår arbete med att ta fram egna mått för uppföljningen. SKL kommer att genomföra en inventering och tillsammans med landsting/regioner och kommuner föreslå mått och indikatorer.

Tillgång till data - övergripande mått och indikatorer för vårdssystemets utveckling

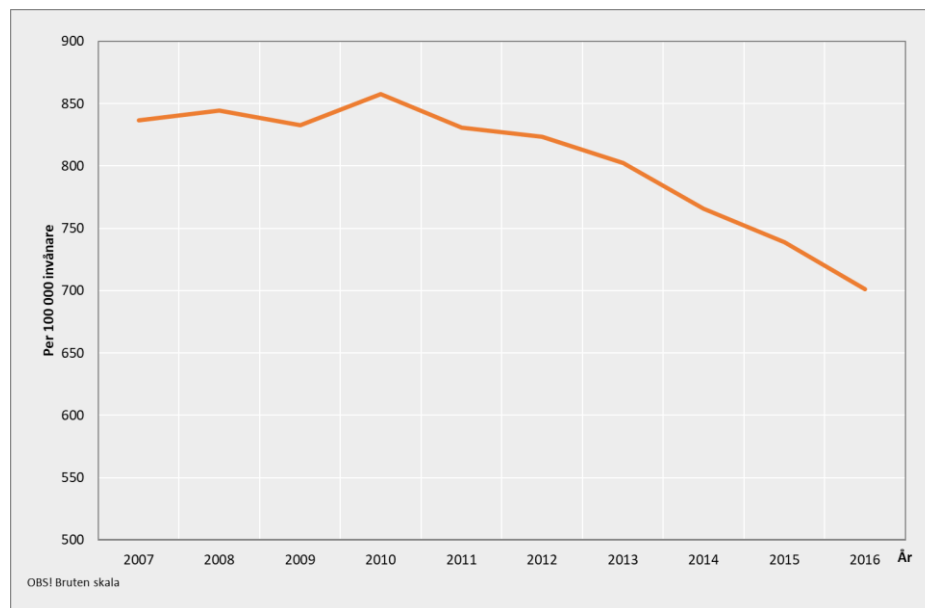
Det finns olika mått och indikatorer som i flera år använts i uppföljningar och som därmed etablerats, till exempel i olika öppna jämförelser från både SKL

och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen ger årligen ut en rapport [Öppna jämförelser – En god vård?](#) med syfte att övergripande beskriva och jämföra vårdsystemen i de olika landstingen och regionerna. Bland annat indikatorer om återinskrivning i slutenvård och undvikbar slutenvård i vissa diagnoser ingår i denna.

Dessa och andra mått användes även i den tidigare nationella satsningen Bättre liv för sjuka äldre. Andra mått med samma karaktär ingår de datainsamlingar som SKL genomför åt huvudmännen – om förekomsten av överbeläggningar och av patienter som är utskrivningsklara, men vårdas på sjukhus i avvaktan på att vård och omsorg i annan miljö ordnas. Flera mått och kvalitetsindikatorer som har relevans för dessa teman visas på Vården i siffror, till exempel äldres besök på akutmottagningar och slutenvårdsanvändningen för landstingens och regionernas befolkningar.

Resultat och tolkning av data – några nedslag

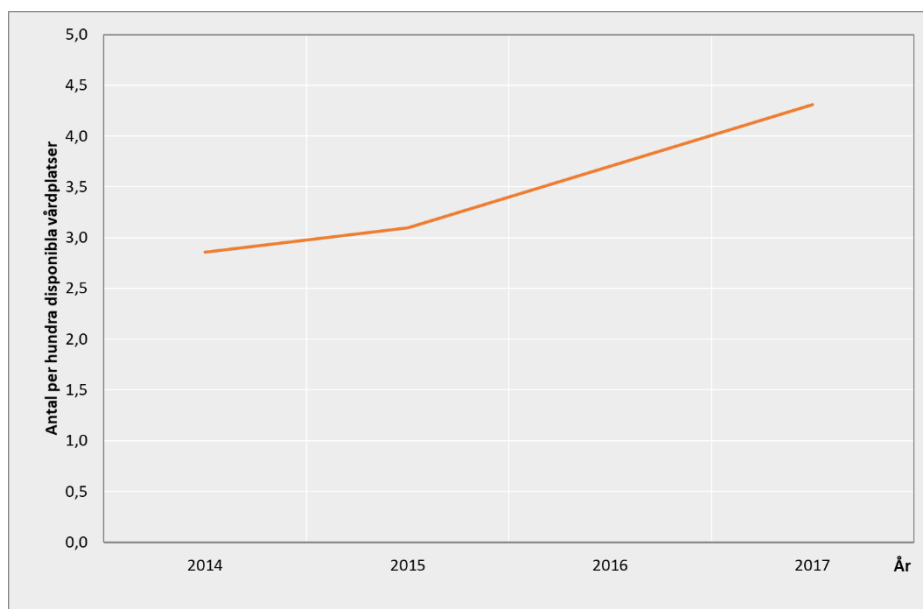
Diagram 1 Antal slutenvårdsperioder för hjärtsvikt, astma, KOL eller diabetes per 100 000 invånare 20 år och äldre, 2007-2016. 3 års rullande mätperiod



Källa: Hämtat från Vården i siffror

Ett exempel på en intressant utveckling är att antalet så kallade undvikbara slutenvårdstillfällen vid kronisk sjukdom har minskat ganska påtagligt sedan 2007, se Diagram 1. Detta kan tyda på förbättringar i den öppna vårdens insatser vid dessa sjukdomar, bland annat hjärtsvikt och KOL.

Diagram 2 Överbeläggningar i somatisk slutenvård, 2014-2017



Källa: Hämtat från *Vården i siffror*

Diagram 2 visar antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser. Överbeläggningar i somatisk slutenvård har ökat sedan 2014 och uppgick till 4,3 procent 2017. Den negativa trenden har ännu inte brutits, enligt mätningarna under vintern-våren 2018.

Andelen återinskrivningar till slutenvård inom 30 dagar för personer 65 år och äldre är de senaste åren i princip oförändrat i riket, knappt 10 procent. Variationerna är stora, några landsting och regioner ligger på 7-8 procent, medan andra har runt 12 procent återinskrivningar inom 30 dagar.

Däremot har måtten antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus (per 1 000 invånare) och tiden som utskrivningsklar på sjukhus inte försämrats, trots ökande överbeläggningar. Detta kan tyda på att samarbetet mellan landsting/regioner och kommuner utvecklats, liksom kommunens förmåga att tillgodose de äldres behov av stöd och omsorg efter en episod av sjukhusvård.

Antalet besök på akutmottagning av personer 80 år och äldre kan spegla förmågan i den öppna vården och i äldreomsorgen att tidigt upptäcka och tillmötesgå vårdbehov, och därmed minska akutmottagningsbesöken för de allra äldsta. Skillnaderna mellan landsting och regioner är förhållandevis stora, från under 600 besök per 1 000 invånare till över 800.

Måtten ovan ingår i resultatöversikten. Resultatöversiktens urval av indikatorer är sådana som pekar mot vårdsystemets funktionssätt i en vid mening. När en nationell indikatoruppsättning för nära vård-utvecklingen etablerats kan denna visas på *Vården i siffror*.

Resultatöversikt 1 Sammanhållet vårdssystem – god och nära vård

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	13,7	836,3	25,2	2,7	3,6	103,8	66	8,7	6 711	8,4	789,9	75,8
Uppsala	16,2	633,4	24,7	5,2	5,0	234,8		12,3	6 083	6,3	654,8	68,9
Sörmland	13,0	629,5	26,2	2,8	7,8	214,0	66	8,7	6 230	5,1	670,2	72,5
Östergötland	13,5	521,2	24,4	2,3	6,3	209,1	66	10,1	5 728	6,9	586,8	70,9
Jönköping	16,2	601,2	25,3	1,0	1,7	214,2	64	9,0	7 200	7,1	662,9	72,2
Kronoberg	15,8	740,5	23,6	0,1	4,1	132,5	69	8,5		9,1	669,6	64,4
Kalmar	12,3	712,0	25,0	0,3	2,2	152,1	70	7,3	7 302	9,2	743,0	72,8
Gotland	12,7	760,9	21,4	6,4	2,1	106,5	87	7,5	7 896	9,9	856,0	68,1
Blekinge	12,9	737,9	24,3	0,8	3,5	126,0	76	9,9	6 614	5,4	666,5	74,0
Skåne	13,9	709,5	25,2	1,5	5,0	181,9	73	12,0	7 063	6,3	601,9	75,5
Halland	14,1	635,8	24,5	1,8	2,9	106,3	72	9,8	7 426	9,8	669,9	70,4
Västra Götaland	13,8	657,2	24,5	2,2	4,9	319,0	73	10,0		8,4	540,9	69,1
Värmland	13,8	691,1	26,2	2,8	1,9	299,6	60	10,1	7 520	7,7	703,7	73,5
Örebro	12,9	634,8	28,0	1,8	4,2	261,5	66	7,0	6 198	6,9	763,4	75,4
Västmanland	13,6	900,7	26,1	1,4	4,5	129,1	71	9,6	7 091	9,1	823,0	70,7
Dalarna	12,7	718,3	25,7	1,1	1,8	98,0	66	8,8	7 617	7,2	652,9	68,7
Gävleborg	13,0	704,0	24,7	1,5	6,1	156,4	66	10,2	6 522	8,1	578,1	69,2
Västernorrland	12,8	638,2	26,9	0,7	6,9	96,7		7,7	7 251	7,3	753,3	72,8
Jämtland Härjedalen	13,6	538,9	25,3	1,5	3,8	193,4			5 405	6,9	566,5	63,1
Västerbotten	14,8	682,1	26,2	3,9	4,3	227,9	73	10,1	6 743	6,4	661,8	69,9
Norrbottnen	13,5	741,8	26,2	5,5	5,5	311,3		11,7	6 796	9,7	711,8	69,6
Riket	13,8	701,3	25,2	2,2	4,3	192,3	69	9,7	5 549	7,7	665,6	72,6

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

Blå skala i maximalt sex nyanser: När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A	Tio eller fler läkemedel samtidigt hos äldre, %	G	Åter till eget boende efter höftfraktur, %
B	Undvikbar slutenvård vid kronisk sjukdom per 100 000 inv.	H	Patienter med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar, %
C	Dödlighet efter höftfraktur 50 år-, %	I	Vårdtillfällen med undvikbar slutenvård i urval av diagnoser 65 år- per 100 000 inv.
D	Utlökaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser	J	Återkommande slutenvård i livets slutskede, %
E	Överbeläggningar i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser	K	Besök på akutmottagning – 80 år och äldre per 1 000 inv.
F	Utskrivningsklara patienter på sjukhus per 1 000 inv.	L	Operationer i dagkirurgi, %

Patientsäkerhet

Även om antalet vårdskador har minskat något över tid, finns en stor utvecklingspotential. Det totala antalet vårdtillfällen för somatisk vård av vuxna patienter är knappt 1,4 miljoner per år. Vid cirka 8 procent av de granskade vårdtillfällena drabbades patienter av vårdskador. Omkring 110 000 patienter på svenska sjukhus drabbas alltså av vårdskador av varierande allvarlighetsgrad.

Vårdtiden för patienter som får en vårdskada är nästan dubbelt så lång som för patienter som inte fått någon skada och kostnaden för de närmare 900 000 extra vård dagar som beror på vårdskador beräknas till ungefär 9 miljarder kronor.

Aktiviteter på området

I början av 2018 presenterade Socialstyrelsen en rapport [Kompetensförsörjning och patientsäkerhet](#) om hur brister i bemanning och kompetens påverkar risken för vårdskador i hälso- och sjukvården. Rapporten visar att sambanden är svåra att mäta och att indikatorer behöver utvecklas. Socialstyrelsen har tillsammans med SKL och tio andra myndigheter och organisationer även tagit fram en webbplats med ett samlat stöd för patientsäkerhet patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Tillgång till data

SKL administrerar flera olika mätningar inom patientsäkerhet. En är markör-baserad journalgranskning (MJG). MJG baseras på att man vid journalgranskning, tidigast 30 dagar efter att patienten avslutat ett slutenvårdstillfälle, identifierar journaluppgifter (markörer) som kan indikera en skada och därefter bedömer man om den var undvikbar, det vill säga en vårdskada.

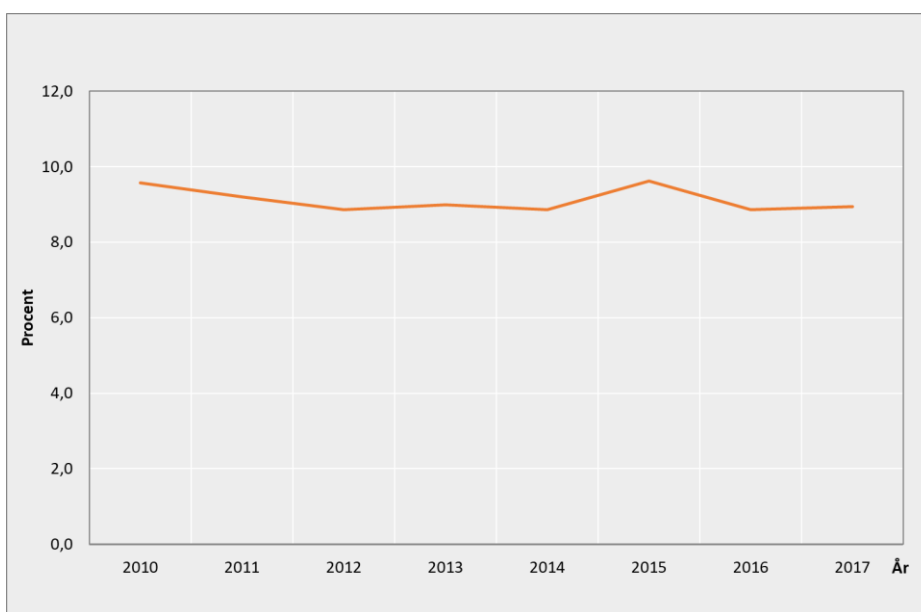
Registrering i SKL:s databas påbörjades 2012 och i december 2017 fanns över 77 000 granskade vårdtillfällen, vilket gör databasen till världens största med avseende på registrerade vårdskador. Nästa granskning publiceras i slutet av juni och presenteras på Vården i siffror och SKL:s webbplats.

SKL administrerar även nationella mätningar av vårdrelaterade infektioner, trycksår och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Mätningarna görs genom punktprevalensmätning (PPM), vilket innebär mätning av förekomst (prevalens) vid en bestämd tidpunkt. Vid mätningen av vårdrelaterade infektioner och trycksår ska samtliga inneliggande patienter observeras. Personalen som genomför mätningen fyller i formulär för varje inneliggande patient som vill/kan delta.

Resultat och tolkning av data

Det finns vårdskadetyper som förekommer oftare än andra. Dessa mäts via olika metoder för att ge vården ett stöd i patientsäkerhetsarbetet. Ofta är det brister i organisationen som är orsaken till att patienter skadas. Det kan handla om brister i rutiner, teknik, kommunikation och information. Exempel på vanliga vårdskador är vårdrelaterade infektioner, fallskador, trycksår, blåsöverfyllnad och avvikelser kring läkemedelsordinationer.

Diagram 3 Andel patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård, 2010-2017



Källa: Hämtat från Vården i siffror

Diagram 3 visar utvecklingen för en av de indikatorer som ingår i resultatöversikten, andelen patienter i slutenvård som drabbas av vårdrelaterade infektioner. Under 2016 och 2017 är andelen i stort sett oförändrad och ingen tydlig långsiktig trend kan utläsas.

Resultatöversikt 2 Patientsäkerhet

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	7,8	7,1	12,3	20,3	62,5	66,9	12,3	8,8	2,7	3,6	0,7
Uppsala	9,4	7,6	15,6	17,8	78,6	82,0	10,3	7,2	5,2	5,0	2,3
Sörmland	8,3	8,6	20,0	16,7	59,6	65,3	11,0	7,2	2,8	7,8	0,8
Östergötland	11,9	9,6	20,9	24,6	83,2	87,3	20,4	15,6	2,3	6,3	3,8
Jönköping	8,4	4,6	8,0	16,0		85,3	10,2	8,5	1,0	1,7	0,7
Kronoberg	13,9	6,2	10,7	19,0	74,3	75,7	15,6	9,6	0,1	4,1	0,3
Kalmar	8,3	4,1	10,1	14,5	71,2	75,3	5,6	3,0	0,3	2,2	1,9
Gotland	5,1	11,0	20,5	33,3	75,9	80,4	4,5	2,2	6,4	2,1	0,8
Blekinge	6,0	5,5	9,6	21,1	69,1	72,7	22,2	15,6	0,8	3,5	1,2
Skåne	8,9	6,7	11,1	19,5	81,6	85,9	11,1	3,8	1,5	5,0	1,1
Halland	7,2	5,5	11,1	18,5	65,6	69,8	7,9	4,5	1,8	2,9	2,1
Västra Götaland	10,5	7,3	14,3	20,6	72,7	74,9	14,5	8,7	2,2	4,9	1,8
Värmland	9,8	5,0	12,4	11,1	84,3	87,0	17,3	10,8	2,8	1,9	0,2
Örebro	8,7	7,4	11,1	20,0	73,2	76,2	8,4	6,1	1,8	4,2	0,3
Västmanland	5,7	7,5	13,1	20,2	68,3	75,5	12,0	7,0	1,4	4,5	5,1
Dalarna	9,7	5,7	11,1	17,3	65,5	70,7	6,7	3,8	1,1	1,8	3,2
Gävleborg	10,5	5,3	8,7	16,7	80,9	83,9	8,3	3,7	1,5	6,1	5,0
Västernorrland	11,3	10,1	25,7	23,1	71,6	75,4	20,2	11,0	0,7	6,9	2,1
Jämtland Härjedalen	7,5	5,7	15,1	11,1	82,7	89,8	8,9	4,4	1,5	3,8	3,5
Västerbotten	10,0	6,4	14,0	18,1			4,5	2,0	3,9	4,3	8,3
Norrbottnen	8,4	8,1	17,4	18,4	70,0	74,6	6,3	5,5	5,5	5,5	8,2
Riket	8,9	6,9	13,4	19,2	71,0	77,7	11,5	7,0	2,2	4,3	1,9

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelser från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård, %	G	Vårdtillfälle med skada - journalgranskning, %
B	Patienter med trycksår kategori 2-4 i slutenvård, %	H	Vårdtillfälle med vårdskada - journalgranskning, %
C	Patienter med trycksår i slutenvård, %	I	Utlökaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
D	Trycksår hos patienter med ökad risk, %	J	Överbeläggningar i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
E	Personal som följer grundläggande hygienrutiner och klädregler, %	K	Överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
F	Personal som följer grundläggande hygienrutiner, %		

Patienters och befolkningens syn på vården

Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården ger en indikation på hur väl vården fungerar. Patienternas åsikter och upplevelser av hälso- och sjukvården har också stor betydelse för den fortsatta utvecklingen av vården. Därför är det viktigt att kontinuerligt följa upp såväl befolkningens uppfattning som patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården.

Aktiviteter på området

Sverige deltar i den amerikanska stiftelsen Commonwealth Fund International Health Policy Survey (IHP) genom Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Resultaten från den internationella enkätundersökningen, där 10 länder deltar, ger goda möjligheter att beskriva patientcentreringen i svensk sjukvård genom jämförelse med andra länder.

Den senaste IHP undersökningen avsåg 2016. Undersökningen visar bland annat att patienter i Sverige upplever en sämre tillgänglighet jämfört med andra länder. Av de svarande i Sverige anger 70 procent att de fick tid hos läkare eller sjuksköterska inom sju dagar, jämfört med 80 procent eller mer i de flesta andra länder.

Undersökningen visar också att det finns stora utmaningar avseende information och patientens delaktighet i vården. Knappt 60 procent av de tillfrågade anger att vårdpersonal ofta eller alltid känner till viktig information om deras medicinska historia, jämfört med cirka 80 procent i de flesta andra länder. Fler patienter får däremot hjälp med att samordna sin vård.

En tredjedel av de svenska deltagarna anser att sjukvårdssystemet på det hela taget fungerar bra – vilket är en minskning med 13 procentenheter sedan 2010. IHP-studier från 2010 och 2013 visar på en liknande trend.

Tillgång till data

Nedan presenteras resultat från undersökningarna Nationell Patientenkät och Hälso- och sjukvårdsbarometern, som båda administreras av SKL på uppdrag av landsting och regioner. Nationell Patientenkät visar patienters upplevelser av olika delar av sjukvården. Hälso- och sjukvårdsbarometern redovisar befolkningens uppfattning om tillgång till vård och förtroende för vården.

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Patienter får möjlighet att berätta om och svara på frågor rörande sina erfarenheter och upplevelser av vården. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården, som ett underlag för jämförelser mellan vårdenheter och som ett redskap för styrning och ledning.

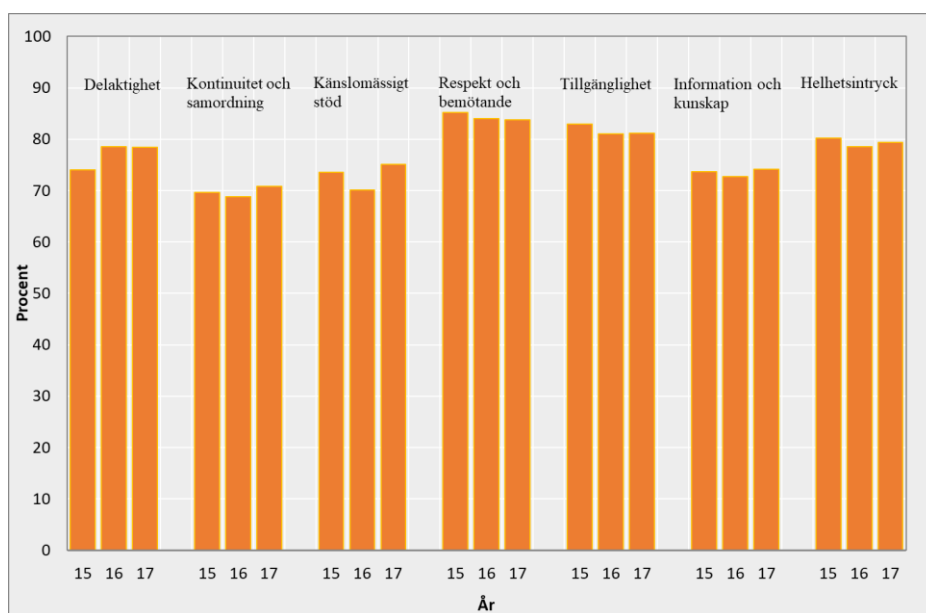
Mätningarna genomförs med olika metoder, från sedvanlig pappersenkät till webbenkät och andra digitala undersöknings-metoder.

Målet med Hälso- och sjukvårdsbarometern är att fånga attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter och närstående. Från och med 2016 har Hälso- och sjukvårdsbarometern ett upplägg med en mixad datainsamlingsmetod. Syftet med förändringen är att få ett mer modernt insamlingssätt som bidrar till att få bättre representativitet i olika befolknings-grupper.

Resultat och tolkning av data

Några exempel på hur befolkningen uppfattar vården i sina landsting och regioner ges nedan.

Diagram 4 Resultat för sju dimensioner i Nationell Patientenkät i primärvård, 2015-2017



Källa: Hämtat från *Vården i siffror*

Majoriteten av de tillfrågade om sina besök i primärvården är positiva, de känner sig väl bemötta och är i högre grad än tidigare delaktiga och involverade, se Diagram 4. Resultatet visar även att upplevelsen av kontinuitet och koordinering förbättrats något. Resultatet visar övergripande på en svag försämring av helhetsintrycket av vårdmötet. En stor del av förklaringen är att upplevelsen av tillgänglighet har försämrats, framför allt bland äldre patienter som utgör en majoritet av patienterna i primärvården.

I Nationell Patientenkät ingår även akutmottagningar. Resultaten visar att patienterna överlag ger ett gott betyg åt sin upplevelse från akutmottagningarna. 91 procent av patienterna upplevde att de bemöttes med respekt och värdighet.

Skillnaden i upplevelse skiljer sig dock kraftigt mellan de som fått vänta mer eller mindre än en timme.

Enligt hälso- och sjukvårdsbarometern anser 84 procent av befolkningen att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Resultatet ligger på en oförändrad nivå jämfört med 2016. 61 procent av invånarna i Sverige har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt egna landsting eller region, ett resultat som är marginellt högre jämfört med för ett år sedan (60 procent). Andelen invånare som har förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet skiljer sig emellertid stort mellan de olika landstingen och regionerna.

Invånarnas förtroende för sjukhusen i sitt egna landsting eller region ligger på högre nivåer jämfört med motsvarande resultat för hälso-/vårdcentraler. I riket har 69 procent förtroende för sjukhusen medan motsvarande andel för hälso-/vårdcentraler uppgår till 60 procent.

Resultatöversikt 3 Patienters och befolkningens syn på vården

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Stockholm	84,1	59,8	68,3	61,1	60,6	79,8	79,9	89,6	97,8
Uppsala	85,0	69,0	74,9	64,0	69,1	81,0	79,6	91,0	86,7
Sörmland	84,5	57,5	62,2	61,1	64,8	80,8	79,8	86,4	83,0
Östergötland	84,2	67,3	76,7	61,2	59,7	77,2	83,0	89,8	89,9
Jönköping	90,0	72,0	75,5	70,8	60,8	82,0	84,4	91,3	90,8
Kronoberg	84,4	63,1	71,6	62,9	69,6	82,2	86,7	88,9	90,0
Kalmar	89,4	72,2	78,4	68,8	62,2		87,3	92,9	91,0
Gotland	88,2	63,8	72,7	59,3	67,1	76,8	88,3		
Blekinge	82,3	59,0	64,8	60,0	67,7	76,4	74,1	90,9	89,9
Skåne	81,5	56,9	64,9	55,6	58,6	79,0	81,5		
Halland	89,3	71,2	77,7	69,5	64,2	84,4	83,9	92,6	89,8
Västra Götaland	81,9	56,7	65,8	56,6	65,1	77,4	81,7	88,9	86,0
Värmland	81,1	61,5	68,1	55,8	63,3		81,7	90,1	89,8
Örebro	84,4	71,9	78,9	61,9	67,7	76,6	86,0	90,4	89,8
Västmanland	84,2	65,0	70,8	60,4	62,7	75,7	83,2	89,4	88,6
Dalarna	82,1	58,3	68,3	55,6	63,2	78,8	88,4	91,3	91,2
Gävleborg	82,5	51,5	56,4	59,8	59,5	80,1	81,8	88,6	86,5
Västernorrland	79,6	46,2	52,5	55,4	62,6	77,8	87,0		
Jämtland Härjedalen	81,4	60,7	69,6	59,5	68,7	83,5	87,2	89,4	91,3
Västerbotten	86,0	66,5	76,0	61,0	71,2	81,2	88,0	90,7	89,4
Norrbottnen	78,1	55,2	63,4	56,8	57,7	78,0	88,5	88,4	89,2
Riket	83,5	60,7	68,5	60,0	62,8	79,4	82,8	90,1	88,6

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver, %	F	Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning, %
B	Förtroende för sjukvården i sin helhet, %	G	Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en akutmottagning, %
C	Förtroende för sjukhus, %	H	Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en öppenvårdsmottagning på sjukhus, %
D	Förtroende för vård- eller hälsocentral, %		
E	Förtroende för 1177 Vårdguiden via telefon, %	I	Positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagd på sjukhus, %

Tillgänglighet – väntetider

Med tillgänglighet avses ofta i den sjukvårdspolitiska debatten väntetider till besök och behandling. Men sjukvårdens tillgänglighet påverkas av många olika aspekter: patientavgifter, geografiska avstånd och språkliga barriärer kan spela roll. Även överbeläggningar och utskrivningsklara patienter på sjukhus är aspekter på tillgänglighet. Väntetider, som belyses här, är en viktig aspekt på tillgänglighet, men inte den enda.

Nationell vårdgaranti och nationell mätning av väntetider

Sedan 2015 är vårdgarantin en del av patientlagen. Vårdgarantin styr inte om vård ska ges eller inte, utan anger inom vilka tidsgränser vård ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats. Återbesök eller akut vård omfattas inte. Den nationella vårdgarantin beskrivs på SKL:s webbplats Vantetider.se.

Riksdagen har under våren 2018 beslutat om införande av ny garanti i primärvården, en så kallad professionsneutral vårdgaranti. Garantin innebär att patienten inom tre dagar ska få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad personal. Dagens garanti gäller enbart läkarbesök.

Kopplat till vårdgarantin rapporterar landsting och regioner in uppgifter till SKL om väntetider som redovisas på Vantetider.se och på Vården i siffror.

För primärvården mäts telefontillgänglighet och tiden till ett nybesök hos en läkare i primärvården, från det att en patient söker vård. För den specialiserade somatiska vården är det två typer av mått som redovisas. Det ena utgår från de som väntar på besök eller behandling, medan det andra utgår från genomförda besök eller behandlingar. De visar olika aspekter, men kompletterar varandra:

- det egentliga vårdgarantimåttet visar andelen väntande som väntat längre än 90 dagar, av alla som är på väntelistan. Via detta mått kan man även se hur många som är uppsatta på väntelista vid en viss tid.
- den andra typen av mått visar andelen genomförda besök eller behandlingar som skedde inom 90 dagar från att beslutet fattades. Via detta mått kan man även se hur många behandlingar och besök som faktiskt genomfördes under en viss period.

Under 2018 påbörjas mätning av väntetider till besök för flera olika mottagningar (professioner) i primärvården, som en anpassning till den nya vårdgarantin. Motivet är bland annat att läkarbesöken bara svarar för cirka en tredjedel av de 45 miljoner patientbesök som varje år sker i primärvården. Från två pilotlandsting visas nu data på Vantetider.se från denna utvidgade mätning av tillgänglighet i primärvården.

Övriga mätningar av väntetider

Flera nationella kvalitetsregister har väntetidsmått, som regel från ankomst av remiss eller beslut om behandling till start av behandling, till exempel för de patienter som visar sig ha cancer. Det finns ingen aktuell samlad översikt av dessa mätningar och deras resultat, men flera kvalitetsregister visar väntetidsmått på Vården i siffror och ännu fler i årsrapporter och i annan presentation.

Inom cancervården har så kallade standardiserade vårdlopp införts. Där beskrivs för olika cancerdiagnoser de utredningar och första behandlingar som ska göras vid misstanke om cancer, liksom vilka tidsgränser som gäller för olika utredningsåtgärder. Tidsgränserna varierar mellan diagnoser och behandlingar. 2018 finns det närmare 30 standardiserade vårdförlopp, där ledtider mäts. Mätningarna är nya och datakvaliteten är i nuläget osäker.

Patienters och befolkningens uppfattning om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet fångas med hjälp av Nationell patientenkät (NPE) och Hälso- och sjukvårdsbarometern. I Nationell patientenkät ingår patientens bild av tillgänglighet som en av sju dimensioner och mäts för primärvård och för specialiserad somatisk vård.

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en befolkningsundersökning och innehåller flera frågor om tillgänglighet och väntetider. Metoden har skiftat, men flera av frågorna har ingått i en tidigare enkät och det finns därför vissa möjligheter att jämföra resultaten över längre tidsperioder.

Socialstyrelsen har ett uppdrag att göra årliga mätningar av väntetider inom hälso- och sjukvården och en särskild mätning av väntetiderna vid sjukhusbundna akutmottagningar. En årlig rapport ska analysera orsaker till och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet. Den senaste rapporten, [Tillgänglighet i hälso- och sjukvården](#), kom i februari 2018.

Internationella jämförelser av tillgänglighet och väntetider

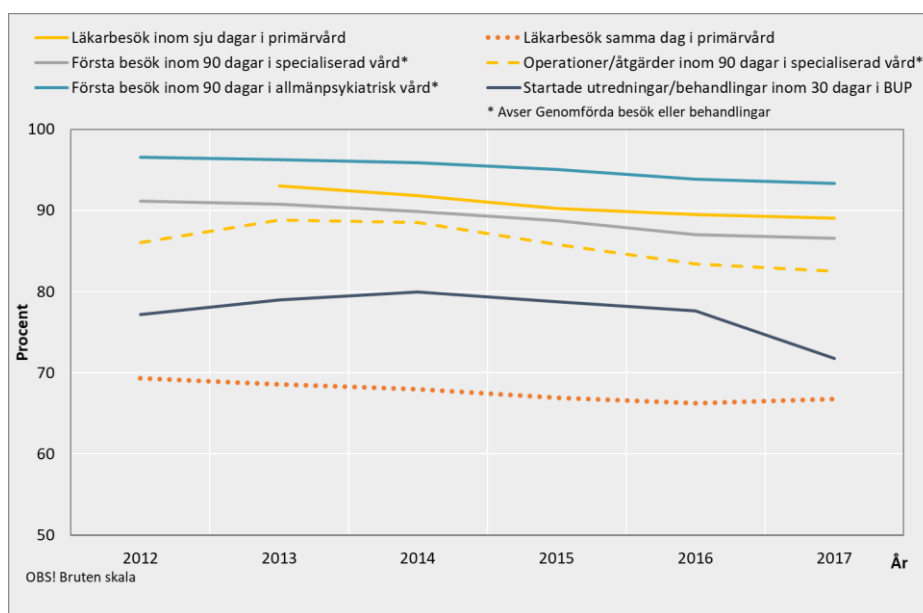
Det finns olika internationella jämförelser som, främst via enkäter, speglar befolkningens uppfattning om hur tillgänglig hälso- och sjukvården är och om olika hinder för tillgänglighet. Ett exempel är EU-organet Eurofound's enkät om livskvalitet 2016.

Sverige deltar i en internationell enkätbaserad jämförelse av hälso- och sjukvård, tillsammans med tio andra länder, International Health Policy Survey. Den görs av Commonwealth Fund, och den senaste sammanställningen innehåller under rubriken tillgänglighet dels väntetidsfrågor, dels frågor om andra mått på tillgång till vård.

Tillgången på internationella jämförelser av faktiska väntetider är mycket knapp. OECD:s löpande datainsamling om hälso- och sjukvård, Health At a Glance, har uppgift om väntetider för ett par behandlingar. För 2017 rapporterar Sverige data om faktiska väntetider för fem av dessa, som kommer att publiceras av OECD under 2018.

Resultat – de senaste årens utveckling

Diagram 5 Tillgänglighet i primärvård, specialiserad somatisk och psykiatrisk vård – ett urval resultat, 2012-2017



Källa: Hämtat från *Vården i siffror*

Diagram 5 visar utvecklingen i riket mellan 2012 och 2017 för flera mått som ingår i väntetidsmätningen. Måtten visar genomförda besök och behandlingar och hur lång tid dessa patienter hade fått vänta.

För andelen som får läkarbesök i primärvård inom sju dagar är förändringarna små. Från 93 procent som högst till under 89 procent 2017. Närmare 70 procent av patienterna får läkarbesök samma dag som man kontaktar primärvården.

För andelen besvarade telefonsamtal (ingår ej i diagrammet) är läget i princip oförändrat, med någon procentenhets lägre andel 2017.

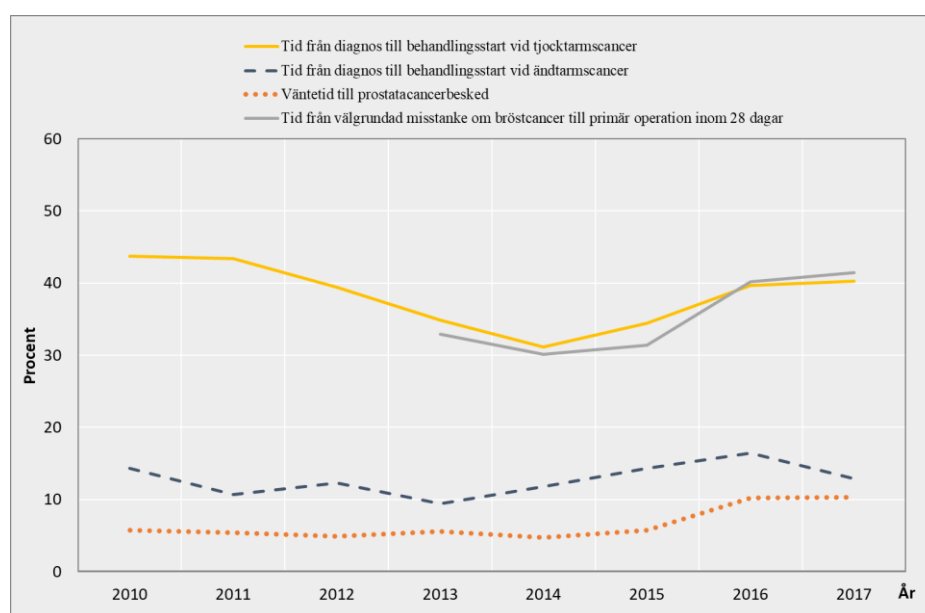
Andelen som får ett första besök inom 90 dagar i specialiserad vård har minskat något, från 91 till drygt 87 procent. Inom vuxenpsykiatri har andelen minskat tre procentenheter.

För operationer i specialiserad vård har andelen minskat från toppårens knappt 89 till 82 procent 2017, med 6-7 procentenheter. 2017 minskade andelen behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri som startade inom 30 dagar tydligt. Antalet startade behandlingar är ungefär konstant, vilket antyder att det sker en ökad tillströmning av patienter.

Väntetidsmätningarna visar att andelen genomförda besök och behandlingar som sker inom vårdgarantins tidsgränser har minskat under den senaste femårsperioden. För startade behandlingar inom BUP och för operationer i somatisk vård är minskningen drygt fem procentenheter.

Den totala volymen besök/behandlingar har för de flesta måtten ökat över tid eller varit konstanta, men tillflödet av patienter har varit större och andelen som når vårdgarantins tidsgränser har därför minskat.

Diagram 6 Väntetider inom cancersjukvård – ett urval resultat, 2010-2017



Källa: Hämtat från *Vården i siffror*

I Diagram 6 visas ett urval indikatorer om olika väntetider från nationella kvalitetsregister för några stora sjukdomsgrupper inom cancerområdet. Tre av dem avser tiden till behandlingsstart. Alla indikatorerna är konstruerade så att ett högt värde är en förbättring. Sedan 2013/14 ses en klar förbättring för tjocktarms- och bröstcancer. En viss förbättring ses för prostatacancer, men det är få patienter som får besked om prostatacancer efter biopsi inom 11 dagar, cirka 10 procent.

Resultatöversikt 4 Tillgänglighet - väntetider

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
Stockholm	93,7	92,9	96,3	89,7	93,9	84,4	99,3	79,9	60,4	52,1	81,7	84,4	89,7
Uppsala	86,0	84,2	79,4	81,2	78,8	80,3	82,9	91,3	59,3	47,3	81,5	83,4	89,1
Sörmland	91,7	91,2	84,2	74,2	75,0	74,4	86,3	75,1	64,3	49,6	81,6	84,7	84,7
Östergötland	87,8	89,6	89,8	87,0	87,1	86,1	98,7	64,1	69,1	54,2	80,4	83,4	88,0
Jönköping	100,0	88,0	88,6	89,9	86,3	89,4	95,2	51,4	77,3	65,7	83,8	84,5	89,5
Kronoberg	94,4	87,0	89,4	76,9	83,4	67,9	92,4	47,7	67,3	50,2	84,0	86,9	87,9
Kalmar	96,5	83,8	86,0	88,7	79,2	84,1	96,9	49,6	79,1	66,7		86,9	90,7
Gotland	85,5	91,1	90,5	89,1	85,2	88,8	78,4	95,2	68,7	63,8	78,4	86,3	
Blekinge	86,3	87,4	83,2	90,0	81,4	84,5	99,4	74,7	65,8	52,5	79,0	80,7	88,4
Skåne	82,5	90,3	87,2	81,4	83,8	72,5	86,7	88,0	56,3	43,9	80,3	85,9	
Halland	95,9	87,7	93,1	91,8	92,2	94,1	88,0	61,3	66,4	60,4	84,4	86,0	90,5
Västra Götaland	90,4	91,7	83,0	81,8	73,9	65,0	91,2	61,6	60,1	42,0	79,8	83,9	86,8
Värmland	81,4	89,0	72,6	74,4	82,2	62,6	96,5	39,3	59,2	48,3		82,1	87,4
Örebro	82,1	85,3	83,5	74,8	77,5	64,9	97,4	74,4	66,0	54,0	79,2	86,0	87,1
Västmanland	94,7	82,4	82,4	83,9	83,0	71,6	94,9	29,1	65,1	52,0	79,5	85,7	87,9
Dalarna	92,8	78,0	78,3	77,0	69,9	63,9	80,0	30,9	62,2	46,9	80,3	87,9	86,9
Gävleborg	91,4	89,7	80,1	78,7	67,5	71,3	91,3	49,7	71,5	51,0	83,1	84,5	87,1
Västernorrland	87,3	73,0	74,6	70,3	62,2	58,1	86,0	74,6	61,7	42,4	81,2	86,4	
Jämtland Härjedalen	87,9	83,3	74,9	63,0	60,7	63,8	97,4		63,4	49,5	83,3	87,7	85,7
Västerbotten	75,7	82,3	74,7	69,9	68,2	58,3	80,9	42,3	63,7	48,0	82,9	89,5	89,1
Norrbottnen	87,4	89,1	71,7	79,2	60,1	68,2	85,1	55,8	62,1	45,1	80,1	84,4	87,3
Riket	88,7	89,0	86,5	82,5	78,8	71,9	93,3	71,8	62,7	49,5	81,2	85,0	88,2

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelser från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A Primärvårdens tillgänglighet per telefon, %	H Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri, %
B Genomförda läkarbesök inom sju dagar i primärvård, %	I Rimlig väntetid till vård- eller hälsocentral, %
C Genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård, %	J Rimlig väntetid till sjukhusvård, %
D Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård, %	K Positiv upplevelse av tillgänglighet hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning, %
E Väntande 90 dagar eller kortare på första besök inom specialiserad vård, %	L Positiv upplevelse av tillgänglighet hos patienter som besökt på akutmottagning, %
F Väntande 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom specialiserad vård, %	M Positiv upplevelse av tillgänglighet hos patienter som besökt öppenvårdsmottagning på sjukhus, %
G Genomförda första besök inom 90 dagar i allmänpsykiatrisk vård, %	

Befolkningens vårdutnyttjande

Det finns ofta stora variationer mellan hur mycket vård landsting och regioners befolkningar tar i anspråk – exempel läkarbesök, operationer eller undersökningar. Hade jämförelserna också gällt mindre geografiska områden, inom landsting och region, hade variation varit ännu större. Det finns goda skäl för att följa upp befolkningens vårdutnyttjande, som en del i en större uppföljning av tillgänglighet, kvalitet och resursutnyttjande.

Skillnader i vårdutnyttjande är relevant vid tolkning av tillgängligheten i sjukvården, som ett komplement till väntetidsuppföljning. Om vårdutnyttjandet är högt och väntetiderna långa, kan det betyda att tillgängligheten ändå är hög – sjukvården är ”generös” med att föreslå behandling. Det omvända gäller också. Korta väntetider och lågt vårdutnyttjande kan betyda att tröskeln för att få behandling är för hög. Då är tillgängligheten låg.

Tillgång till data

Obligatoriska hälsodataregister, personnummer och mantalsskrivningsort ger i princip bra förutsättningar att följa upp och analysera variation i vårdutnyttjande. Att det finns 21 sjukvårdshuvudmän skulle kunna vara en pådrivande faktor. I debatten framförs ibland att decentraliserade vårdssystem som det svenska kan öka risken för önskad variation.

Det finns däremot inte någon stark tradition av uppföljning och analys av befolkningars vårdutnyttjande i Sverige, till exempel återkommande rapporter på nationell nivå om variation. När SKL och Socialstyrelsen gemensamt årligen publicerade rapporten Öppna Jämförelser från 2006 och framåt ingick ett begränsat urval jämförelser av vårdutnyttjande i bakgrunds-materialet, ofta för olika kirurgiska operationer. Dessa jämförelser finns nu i Vården i siffror.

I nationella kvalitetsregisters årsrapporter och annan presentation ingår ibland befolkningsbaserade jämförelser. Socialstyrelsens statistikdatabaser kan användas för att jämföra vårdutnyttjande för olika landsting och regioners befolkningar – läkarbesök i specialiserad vård, operationer med vissa diagnoser och åtgärds-koder.

SKL ger årligen ut verksamhetsstatistik om den sjukvård som landsting och regioner finansierar, bland annat med uppgifter om slutenvårdstillfällen och besök per invånare, även för andra personalkategorier än läkare.

Det är möjligt att utveckla en mer omfattande återkommande och fördjupad redovisning av vårdutnyttjande.

Resultat och tolkning av variation i vårdutnyttjande

Mått som speglar vårdutnyttjande är sällan egentliga kvalitetsindikatorer. Om det råder uppenbar över- eller underanvändning av en behandling, kan sådana mått ses som en kvalitetsindikator som kan tolkas i termer av bra-dåligt. Dessutom är vårdutnyttjande en faktor som påverkar hälso- och sjukvårdens kostnader.

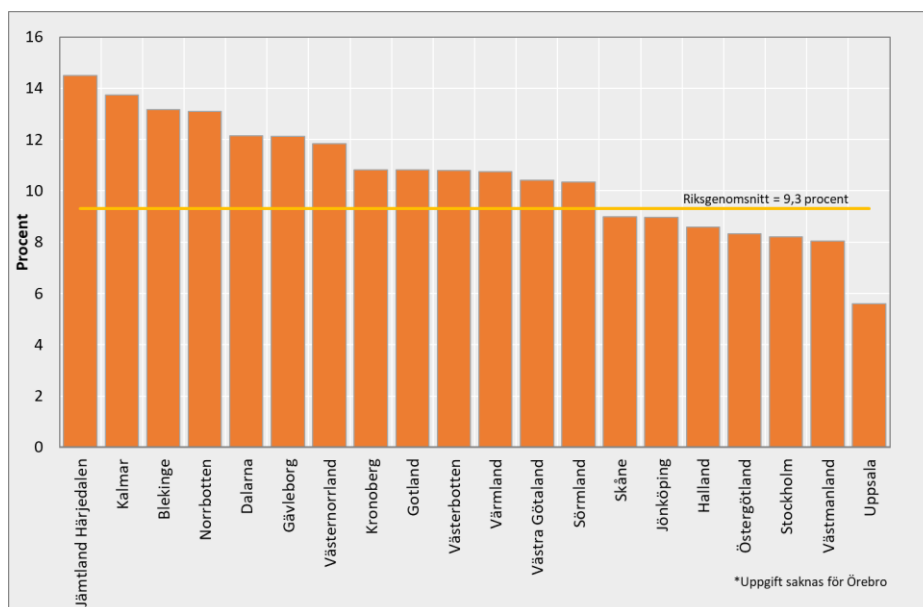
Det är inte lätt att tolka variation i vårdutnyttjande. Högt vårdutnyttjande är inte självklart positivt. Lågt vårdutnyttjande kan vara ett uttryck för under-behandling, men behöver inte vara det. Bedömningar av sjukvårdsbehov och beslutet att avstå eller genomföra behandlingar omgärdas av stora gråzoner.

Variationer kan bero på skillnader i sjukdomsbehov i en befolkning, eller på olika benägenhet hos patienter att behandlas eller ej. Om det är attityder, traditioner eller resurser hos vårdgivarna – inte behovet hos befolkningen – som ger upphov till variationen så får befolkningen inte tillgång till likvärdig vård.

Det centrala är vilka kriterier vårdgivaren har för att ge eller inte ge viss behandling. Om dessa varierar mellan vårdgivare brister sjukvården i likvärdighet. Denna information ska i princip finnas i journalen, men inte tillgängliga i vårddataregister. Istället är vi nästan alltid hänvisade till att enbart jämföra antalet behandlingar för befolkningar i samma ålder.

I Diagram 7 och Diagram 8 ges två exempel på variation i vårdutnyttjande, som båda ingår i resultatöversikten.

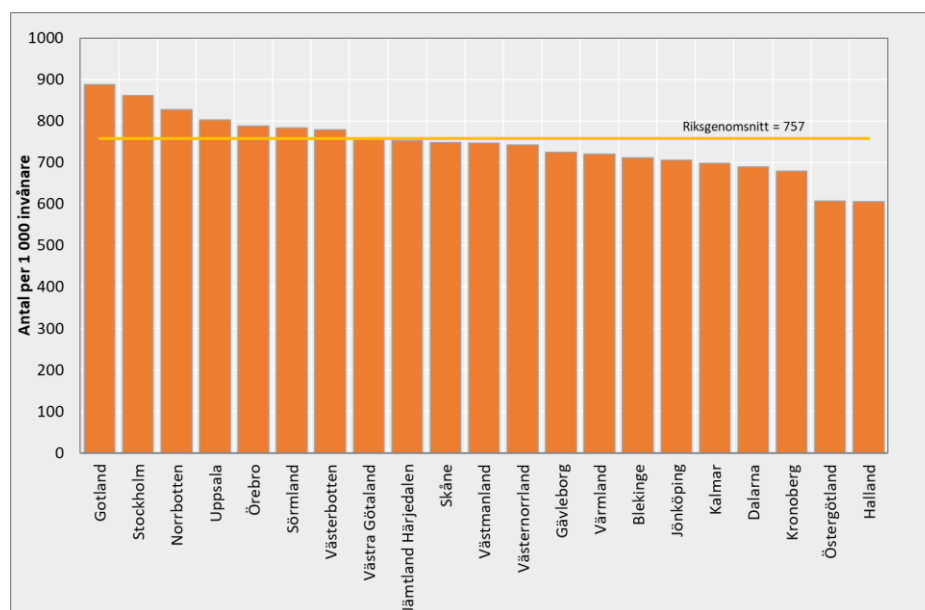
Diagram 7 Andel nyfödda som vårdas i neonatalvård, 2016



Källa: Hämtat från Vården i siffror

Det föds årligen cirka 120 000 barn i Sverige. Andelen nyfödda som efter förlossningen vårdas på neonatal vårdavdelning är i riket 9 procent. Variationen mellan landsting och regioner sträcker sig från knappt 6 till över 14 procent. Även om det kan finnas variation i behovet av neonatalvård, så talar mycket för att denna variation inte avspeglar skillnader i vårdbehov, utan har andra förklaringar.

Diagram 8 Antal vård dagar per 1 000 invånare, 2016



Källa: Hämtat från Vården i siffror

Vårdplatsknapphet är ett återkommande tema i sjukvårdsdebatten. Mindre uppmärksammat är att antalet slutenvårddagar per 1 000 invånare skiljer sig kraftigt mellan landsting och regioner, även efter att hänsyn till kön och ålder tagits. Snittet är 757 dagar, men landstingen eller regionerna med högst slutenvårdsutnyttjande använde drygt 40 procent fler vård dagar än de med lägst.

Resultatöversikt 5 Befolkningens vårdutnyttjande

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	262,4	3 697,9	5 002,0	861,3	15 761,2	45,5	61,0	13,3	302,8	142,6	8,2
Uppsala	226,6	2 899,6	4 088,4	802,2	12 861,1		59,2	11,4	192,9	147,7	5,6
Sörmland	289,0	2 419,7	3 708,1	783,9	13 424,0	51,6	46,2	11,5	131,9	147,0	10,3
Östergötland	246,4	2 278,7	4 083,0	606,7	12 781,8	48,0	76,1	8,2	157,1	158,8	8,3
Jönköping	249,6	2 612,4	3 787,9	705,8	15 253,0	46,0	40,5	12,3	122,8	147,1	9,0
Kronoberg	248,0	2 434,1	3 320,3	678,9	13 957,3	47,4	46,2	9,9	121,3	147,1	10,8
Kalmar	295,3	2 663,7	3 639,3	697,8	15 995,2	57,1	73,5	8,8	172,3	159,8	13,7
Gotland	406,4	2 964,1	3 902,6	887,0	16 726,1	51,7	50,0	10,6	231,9	194,8	10,8
Blekinge	255,0	2 463,8	3 904,4	711,0	13 487,4	56,4	65,0	14,1	95,1	117,3	13,2
Skåne	218,3	2 894,4	4 265,3	748,1	13 358,3	50,4	48,2	14,4	99,7	145,2	9,0
Halland	248,9	2 880,4	3 930,8	606,2	13 661,2	46,4	59,6	14,0	168,0	127,1	8,6
Västra Götaland	201,7	2 554,8	3 568,8	754,8	13 557,6	51,7	49,2	12,0	90,3	120,5	10,4
Värmland	286,1	2 407,8	3 324,8	719,5	14 067,3	49,4	69,1	9,3	77,2	146,5	10,8
Örebro	294,4	2 529,0	3 587,4	787,5	13 468,9	44,0	58,3	8,6	121,5	185,0	
Västmanland	293,1	2 485,5	3 713,8	746,6	14 769,2		57,2	11,5	87,7	156,8	8,0
Dalarna	255,9	2 318,8	3 502,9	689,0	14 168,0	36,2	96,3	12,9	144,6	162,9	12,1
Gävleborg	218,5	2 601,8	3 595,3	724,8	14 217,6	55,0	65,4	13,0	188,2	166,4	12,1
Västernorrland	298,3	2 304,8	3 579,8	742,0	13 906,1	51,2	32,2	11,3	84,7	165,2	11,8
Jämtland Härjedalen	244,6	2 329,9	3 370,3	751,8	13 789,4	46,9	42,7	10,2	34,7	213,8	14,5
Västerbotten	237,2	2 302,5	4 012,5	779,6	15 163,1	41,2	48,5	10,3	136,9	180,9	10,8
Norrbottnen	263,9	2 358,8	3 670,0	827,7	15 018,6	43,0	52,3	10,4	119,7	170,2	13,1
Riket	246,6	2 836,3	4 064,5	757,0	14 188,9	45,2	56,4	12,0	161,1	147,1	9,3

Blå skala i maximalt sex nyanser:

När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A	Besök på akutmottagning – 19 år- per 1 000 inv.	G	Operationer per 100 000 invånare - obesitasoperation
B	Läkarbesök i hälso- och sjukvård per 1 000 inv.	H	Operationsfrekvens - kataraktoperation per 1 000 inv.
C	Andra besök än läkarbesök i hälso- och sjukvård per 1 000 inv.	I	Operationsfrekvens - artroskopi i knäled per 100 000 inv.
D	Vård dagar per 1 000 invånare	J	Operationsfrekvens - höftprotes per 100 000 inv.
E	Vårdtillfällen per 100 000 invånare	K	Neonatalvård efter förlossning, %
F	Ambulanslarm per 1 000 invånare – prio1-larm		

Ekonomiska resultat, kostnader och produktivitet

Ekonomiska aspekter på hälso- och sjukvården har en given plats i beskrivning av sjukvårdens läge och utveckling och vid jämförelser mellan landsting och regioner, parallellt med olika mått på kvalitet och resursanvändning.

SKL:s bedömningar av samhällsekonomi och det ekonomiska läget för kommuner och landsting och regioner redovisas främst i Ekonomirapporten, som utkommer två gånger om året. Fokus är olika ekonomiska beskrivningar och analyser. I rapporterna finns även inslag av analys av hälso- och sjukvården, om till exempel resursanvändning och vårdbehov.

För att jämföra landstingens och regionernas finansiella ställning och utveckling har landstingens och regionernas ekonomidirektörer tagit fram en uppsättning nyckeltal. De publiceras årligen i Kolada, och flera av de mått som redovisas i resultatöversikten här ingår de så kallade finansiella spindlarna. Nyckeltalen beskrivs närmare i ekonomirapporten från april 2014.

Statistiska centralbyrån (SCB) samlar årligen uppgifter om landstingens och regionernas kostnader, det så kallade räkenskapssammandraget. En rad av dessa uppgifter redovisas också i SKL:s ekonomistatistik för landsting och region. Kostnader per invånare för sjukvårdens olika delverksamheter (primärvård, somatisk specialiserad vård etcetera) ingår också som nyckeltal i Vården i siffror och i Kolada. Kostnadsuppgifter på diagnos- och åtgärdsnivå finns i KPP-databasen (Kostnad per Patient) vid SKL.

Resultatöversiktens mått A-F beskrivs i senaste ekonomirapporten från SKL. De baseras på 2017 års bokslut och innehåller all landstingsverksamhet, inte bara hälso- och sjukvård. Observera att hela verksamheten i Gotlands kommun ingår. Inga av dessa mått finns på Vården i siffror. Måtten G-J avser 2016 och finns däremot på Vården i siffror.

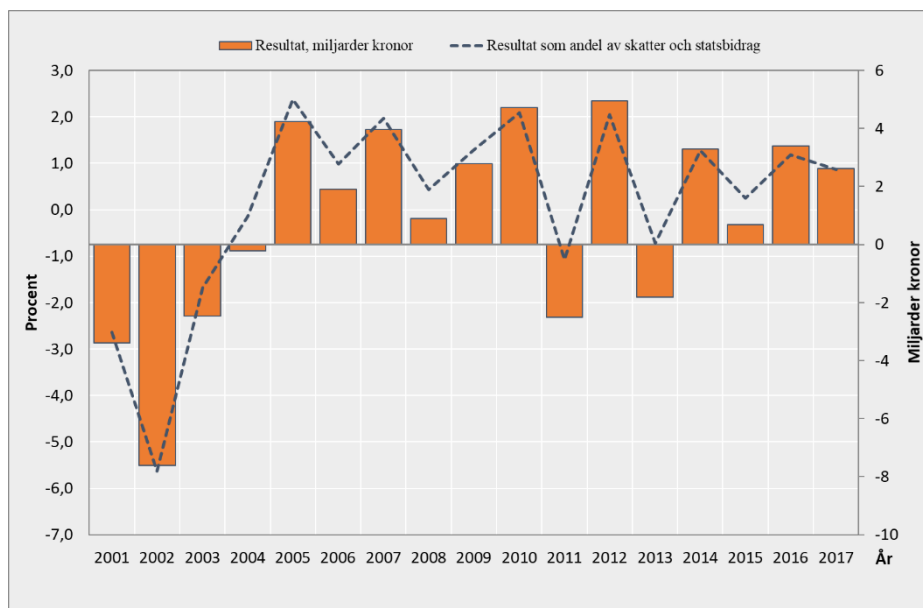
God ekonomisk hushållning – landstingens och regionernas ekonomiska resultat

Ekonomi i balans och en sund finansiell ställning är en förutsättning för att finansiera investeringar och de variationer i behov som följer av befolkningsförändringar. Det lagstadgade balanskravet innebär att intäkterna måste överstiga kostnaderna och att ett negativt resultat ska återställas inom tre år.

Mål för god ekonomisk hushållning ska fastställas årligen för att säkra eller sträva mot en sund ekonomisk ställning. Som tumregel brukar anges att man ska nå ett positivt resultat som motsvarar två procent av skatteintäkter och generella statsbidrag. I respektive landsting och region ska det ekonomiska läget och finansiella ställningen ligga till grund för målen och fullmäktige fastställer finansiella mål för god ekonomisk hushållning.

Landsting och regioner redovisade ett sammantaget resultat på 2,6 miljarder kronor 2017, vilket är en försämring jämfört med föregående år med nära 1 miljard kronor. Resultatet motsvarade knappt en procent av skatteintäkter och generella statsbidrag. Detta är i linje med genomsnittet för de senaste tio åren och klart lägre än tumregelns två procent.

Diagram 9 Landstingens och regionernas resultat i miljarder kronor samt som andel av skatter och statsbidrag, 2001-2017



Källa: Statistiska centralbyrån

Soliditet, självfinansiering av investeringar

Soliditeten visar hur stor del av tillgångarna som har finansierats med upp-arbetade resultat. Ju högre soliditet, desto mindre skuldsättning har landstingen och regionerna.

Soliditeten exklusive pensionsskuld före 1998 har sjunkit sedan 2010 från 23 procent till 18 procent 2017. Räknas pensionsskulden som intjänats före 1998 in i nyckeltalet har det istället stärkts från -48 till -26 procent. Det senare måttet ger en bild av landstingens och regionernas totala långsiktiga finansiella handlingsutrymme. Inom hälso- och sjukvården väntar stora investeringar på grund av den växande befolkningen och för att äldre byggnader behöver moderniseras.

Nyckeltalet självfinansiering av investeringar visar hur stor andel av årets investeringar som finansieras av avskrivningar på befintliga tillgångar samt resultatet i landstinget eller regionen. En hög självfinansiering innebär lägre behov av försäljning av tillgångar eller upplåning för att finansiera nya investeringar.

Justerad skattesats

Skattesatsen i landstingen och regionerna har ökat med i genomsnitt 5 öre per år sedan 2008, och uppgick 2017 för riket till 11,42 procent, exklusive Gotland. Skatteunderlagets tillväxt har inte varit tillräcklig för att finansiera kostnadsutvecklingen.

För att man ska kunna jämföra skattesatserna mellan landsting och regioner måste man justera för att de har olika åtagande, till exempel vad gäller kollektivtrafik och även hemsjukvård. SKL gör en sådan justering av de faktiska skattesatserna varje år.

Kostnadsutveckling för hälso- och sjukvård

Nettokostnader för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård och hemsjukvård) uppgick 2016 till 24 480 kronor per invånare. Detta är en ökning med 29 procent sedan 2007, i löpande priser. I fasta priser är ökningen istället 8 procent eller 0,8 procent per år. De så kallade strukturjusterade kostnaderna per invånare innebär att hänsyn tagits till skilda vårdbehov och används när landstingen och regionerna jämförs med varandra. Detta mått ingår i resultat-översikten.

Man kan skatta den kostnadsökning som följer av att vi blir fler och att en större andel av befolkningen befinner sig i kostsamma åldrar. Dessa demografiska behov har sedan 2008 ökat med knappt en procent årligen fram till 2013. Åren därefter har de ökat snabbare och som snabbast år 2016 då ökningstakten i kostnadstermer var 1,6 procent.

Kostnaderna ökade i fasta priser med 2,2 procent per år i genomsnitt under perioden 2008-2017. Det är drygt 1 procent utöver den skattade kostnadsökning som följer av demografiska förändringar.

Hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP beräknas varje år av SCB och används ofta vid internationella jämförelser inom OECD. Även den privatfinansierade sjukvården ingår men svarar för en liten andel, cirka 1 procent. 2011 inkluderades vissa kostnader för framförallt äldreomsorg. Bortsett från detta har andelen varit i stort sett konstant sedan 2001, trots att landstingens och regionernas kostnadsökningar har varit högre än de borde, sett till kraven på god ekonomisk hushållning.

Soliditet, självfinansiering av investeringar

Soliditeten visar hur stor del av tillgångarna som har finansierats med upparbetade resultat. Ju högre soliditet, desto mindre skuldsättning har landstingen och regionerna.

Soliditeten exklusive pensionsskuld före 1998 har sjunkit sedan 2010 från 23 procent till 18 procent 2017. Räknas pensionsskulden som intjänats före 1998 in i nyckeltalet har det istället stärkts från -48 till -26 procent. Det senare måttet ger en bild av landstingens och regionernas totala långsiktiga finansiella handlingsutrymme.

Inom hälso- och sjukvården väntar stora investeringar på grund av den växande befolkningen och för att äldre byggnader behöver moderniseras.

Nyckeltalet självfinansiering av investeringar visar hur stor andel av årets investeringar som finansieras av avskrivningar på befintliga tillgångar samt resultatet i landstinget eller regionen. En hög självfinansiering innebär lägre behov av försäljning av tillgångar eller upplåning för att finansiera nya investeringar.

Justerad skattesats

Skattesatsen i landstingen och regionerna har ökat med i genomsnitt 5 öre per år sedan 2008, och uppgick 2017 i riket till 11,42 procent, exklusive Gotland. Skatteunderlagets tillväxt har inte varit tillräcklig för att finansiera kostnadsutvecklingen.

För att man ska kunna jämföra skattesatserna mellan landsting och regioner måste man justera för att de har olika åtagande, till exempel vad gäller kollektivtrafik och även hemsjukvård. SKL gör en sådan justering av de faktiska skattesatserna varje år.

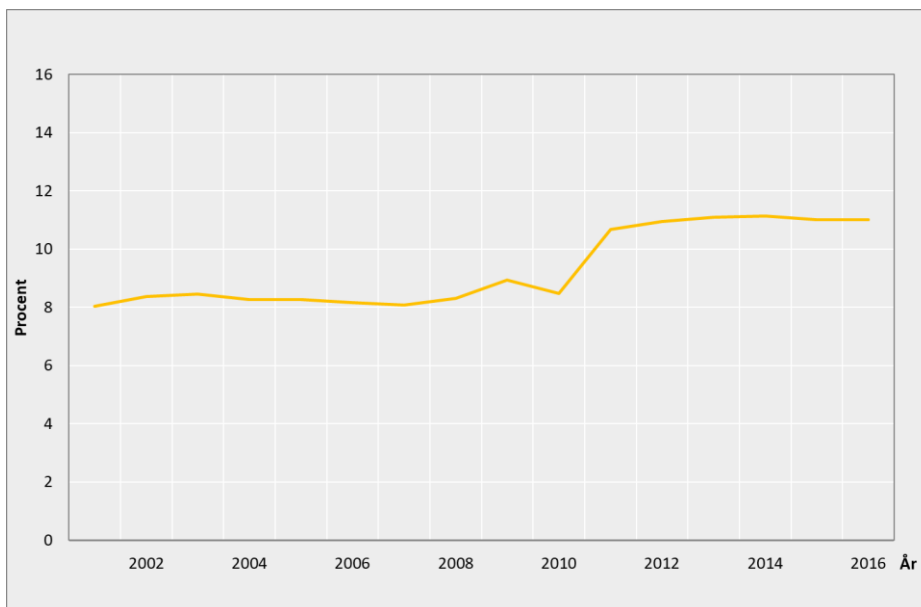
Kostnadsutveckling för hälso- och sjukvård

Nettokostnader för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård och hemsjukvård) uppgick 2016 till 24 480 kronor per invånare. Detta är en ökning med 29 procent sedan 2007, i löpande priser. I fasta priser är ökningen istället 8 procent eller 0,8 procent per år. De så kallade strukturjusterade kostnaderna per invånare innebär att hänsyn tagits till skilda vårdbehov och används när landstingen och regionerna jämförs med varandra. Detta mått ingår i resultatöversikten.

Man kan skatta den kostnadsökning som följer av att vi blir fler och att en större andel av befolkningen befinner sig i kostsamma åldrar. Dessa demografiska behov har sedan 2008 ökat med knappt en procent årligen fram till 2013. Åren därefter har de ökat snabbare och som snabbast år 2016 då ökningstakten i kostnadstermer var 1,6 procent.

Kostnaderna ökade i fasta priser med 2,2 procent per år i genomsnitt under perioden 2008-2017. Det är drygt 1 procent utöver den skattade kostnadsökning som följer av demografiska förändringar.

Diagram 10 Hälsa- och sjukvårdskostnader som andel av BNP, 2001-2016



Källa: Statistiska centralbyrån

Hälsa- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP beräknas varje år av SCB och används ofta vid internationella jämförelser inom OECD. Även den privatfinansierade sjukvården ingår men svarar för en liten andel, cirka 1 procent. 2011 inkluderades vissa kostnader för framförallt äldreomsorg. Bortsett från detta har andelen varit i stort sett konstant sedan 2001, trots att landstingens och regionernas kostnadsökningar har varit högre än de borde, sett till kraven på god ekonomisk hushållning.

Produktivitet i hälsa- och sjukvård

Med produktivitet menas kostnad per prestation för sjukvårdens tjänster - en diagnostisk undersökning, ett mottagningsbesök eller en operation/ behandling. Tillsammans med mått på kvalitet/resultat kan effektiviteten i princip beskrivas. Det finns i Sverige ingen etablerad återkommande nationell mätning av hälsa- och sjukvårdens produktivitet, vilket det gör i till exempel England.

Med hjälp av KPP-databasen vid SKL kan kostnader för vårdkontakter och DRG-grupperade vårdtillfällen följas vid framförallt sjukhus. För den somatiska hälsa- och sjukvården är täckningsgraden god. Vissa landsting och regioner har KPP-redovisning för psykiatri och för primärvård. Det pågår en diskussion om ett nationellt arbete med KPP-redovisning i primärvård.

En modell för en månadsvis, gemensam produktivetsmätning har diskuterats i kretsen av landstingens och regionernas ekonomidirektörer. Sedan flera år analyseras vissa vårdprocesser i ett benchmarkingarbete, med hjälp av KPP-data och även kvalitetsmått.

Ett urval produktivetsmått visas på Vården i siffror. Vissa av dessa, till exempel kostnad per vårdkontakt i primärvård, har flitigt förekommit i den offentliga debatten om nätläkartjänster. En annan aktuell fråga är om nuvarande kapacitetsproblem (stängda vårdplatser, sköterskebrist med mera) också innebär att produktiviteten i sjukvården minskar. Bättre underlag i dessa frågor kan ge ett stöd för tolkning och diskussion.

Resultatöversikt 6 Ekonomiska resultat, kostnader och produktivitet

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Stockholm	1,4	302	7,7	-11,5	46	11,59	25 962	49 684	48 896	51 223
Uppsala	2,2	442	32,1	-4,2	43	11,20	23 945	54 169	54 857	63 974
Sörmland	2,1	661	32,8	-9,2	59	11,23	23 517	56 040	50 129	64 158
Östergötland	-0,5	104	48,2	6,4	42	10,80	23 656	48 534	51 077	63 223
Jönköping	1,8	542	47,0	4,7	77	11,06	24 183	44 461	52 290	57 329
Kronoberg	1,5	386	32,0	-32,3	93	11,71	24 769	59 302	55 606	62 774
Kalmar	2,5	456	38,1	-26,5	127	11,21	23 850	52 612	44 321	53 061
Gotland	3,0	964	42,0	-8,5	100	11,58	25 986			54 679
Blekinge	-1,6	-217	32,2	-41,1	52	11,50	25 556	53 300	56 205	66 649
Skåne	-0,9	-379	-11,5	-76,8	37	10,93	23 802	47 775	54 923	59 069
Halland	0,1	21	37,6	-7,7	88	11,19	24 399	51 921	48 693	57 855
Västra Götaland	-0,4	362	19,1	-40,6	53	11,30	23 222	53 752	49 887	55 638
Värmland	3,0	297	17,4	-58,6	171	11,73	23 907	51 935	46 551	57 847
Örebro	1,6	638	25,6	-40,0	49	11,74	24 476	51 965	52 504	61 643
Västmanland	2,0	628	30,7	-24,7	122	11,45	24 382	47 901	51 046	55 490
Dalarna	2,9	387	0,7	-99,0	147	11,66	23 805	49 472	49 294	60 215
Gävleborg	3,2	614	34,5	-37,9	294	11,71	24 645	51 044	49 272	60 124
Västernorrland	1,6	102	25,0	-61,7	103	11,81	25 077	55 473	51 364	68 966
Jämtland Härjedalen	-6,0	-1 726	-14,9	-123,0	-118	11,39	25 854	53 714	53 158	63 269
Västerbotten	1,8	312	24,2	-43,9	46	11,84	25 492	50 926	51 832	60 893
Norrbottnen	3,8	344	36,9	-27,2	195	11,93	25 654	55 026	51 544	64 048
Riket	0,9	224	17,8	-25,9	56	11,42	24 480	51 173	50 891	56 686

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

Blå skala i maximalt sex nyanser: När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A	Resultat 2017 % av skatter o bidrag	F	Justerad landstingskattesats, %
B	Resultat kr/inv 2015-2017	G	Strukturjusterad kostnad hälso- och sjukvård, kr
C	Soliditet koncern landsting	H	Kostnad per DRG-poäng i öppenvård, kr
D	Soliditet inkl. pensioner för 1998	I	Kostnad per DRG-poäng i slutenvård, kr
E	Självfinansiering av investeringar	J	Kostnad per konsumerad DRG-poäng, kr

Personal- och arbetsgivarfrågor

Att hälso- och sjukvårdens personal har bra förutsättningar för att utföra sitt arbete är avgörande för hälso- och sjukvårdens kvalitet. Kompetens-försörjningen måste också vara långsiktig och anpassad till förändringar i befolkningens behov av sjukvård.

Detta avsnitt beskriver några aspekter med fokus på de mått som ingår i resultatöversikten, där landstingen och regionerna jämförs med varandra för några personalrelaterade mått. Fokus är här också på landstingen och regionerna som arbetsgivare, inte bara som finansiär och huvudman för sjukvården.

Personalpolitiska mål finns tydligt uttalade i många landsting och region. Det finns däremot ingen tidigare tradition av öppna jämförelser av personalförhållanden mellan olika landsting och regioner.

De flesta måtten i resultatöversikten visas i [Kolada](#), men inte på Vården i siffror.

Kompetensförsörjning - rekryteringsutmaningen

Demografiska förändringar gör att hälso- och sjukvårdens arbetsgivare, enligt en färsk SKL-rapport, behöver öka antalet anställda med drygt 40 000 personer fram till och med år 2026, om inga förändringar sker. Därutöver förväntas knappt 80 000 medarbetare gå i pension under perioden.

Landsting och regioner arbetar med att möta rekryteringsutmaningen. SKL har formulerat nio strategier för detta, med åtgärder som kan minska rekryteringsbehovet och öka arbetsgivarens attraktionskraft.

Ett exempel – strategin *Använd kompetensen rätt* – är att många arbetsgivare ser över arbetsorganisationen och identifierar arbetsuppgifter som kan utföras av andra kompetenser/yrkesgrupper. En konsekvens av det blir också att medarbetare i de nämnda yrkesgrupperna får använda sin kompetens till uppgifter som de utbildat sig för och som inte kan utföras av andra.

Personaltäthetsmodellen – vårdpersonal per 1 000 invånare

Personalresurser för den egna befolkningens hälso- och sjukvård är ingen indikator, men ett intressant mått vid jämförelser mellan landsting och region. SKL har tillsammans med landsting och regioner utarbetat en personal-täthetsmodell. Utifrån enhetliga definitioner beräknas personalresurser för den hälso- och sjukvård som produceras av det egna landstinget eller regionen och för den vård som konsumeras av de egna invånarna.

En rad nyckeltal kan då skapas, varav två visas här: Helårsarbetande läkare och sjuksköterskor i primärvården, per 1 000 invånare. Även privata vårdgivares personalresurser ingår, genom att skattningar av dessa gjorts.

I riket uppgick 2017 antalet läkare (så kallade helårsekvivalenter) i primärvård till 0,71 per 1 000 invånare, med en variation mellan landsting och region från 0,52 till 0,97. Antalet i riket motsvarar en läkare per 1 400 invånare, vilket kan jämföras med riksdagens mål från 2002 om att vi ska ha en läkare per 1 500 invånare. Riksdagsbeslutet avsåg specialister i allmänmedicin, medan alla legitimerade läkare ingår i personaltäthetsmodellen.

Användning av inhyrd personal

Användningen av bemanningsbolag är ett uttryck för personalbrist och svårigheterna att rekrytera. Bland annat är användningen av ”hyrläkare” i primärvården uppmärksammas, där kontinuitet i relationen vårdgivare-patient är en viktig kvalitetsaspekt. Andelen hyrpersonal är störst i primärvård och inom psykiatri.

Samtliga landsting och regioner arbetar nu gemensamt med stöd av SKL för att nå ett oberoende av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården senast den 1 januari 2019. Kostnader för hyrpersonal rapporteras och publiceras kontinuerligt av SKL. Måttet ingår i resultatöversikten.

Vid senaste rapporteringen, för första kvartalet 2018, hade 9 av 21 landsting och regioner minskat sina kostnader, jämfört med motsvarande period året innan. Kostnaderna ökar totalt sett fortfarande, men takten i ökningen har minskat. 2017 uppgick kostnader för hyrpersonal till 5,2 miljarder, vilket motsvarar 3,8 procent av den egna personalkostnaden i landsting och regioner.

Personalrörlighet

Personalrörlighet påverkar såväl rekryteringsbehovet som kvaliteten i verksamheten, och både för hög och för låg rörlighet kan vara en utmaning. I resultatöversikten visas den externa personalrörligheten bland tillsvidareanställda inom respektive landsting eller region. Beräkningarna av rörlighet utgår från huruvida personer tillkommit eller slutat i organisationen som helhet mellan två mät-tillfällen. Ett nyckeltal visar andelen nyanställda och det andra visar andelen som avslutat sin anställning.

Hållbart medarbetarengagemang

SKL erbjuder ett enkätverktyg för att kontinuerligt utvärdera arbetsgivarpolitiken med bäring på Hållbart medarbetarengagemang (HME). Medarbetarenkäten innehåller nio frågor som speglar olika perspektiv. Den primära avsikten med HME-enkäten är att mäta organisationens och chefernas förmåga att ge förutsättningar för, tillvarata och upprätthålla ett stort medarbetarengagemang. Alla landsting eller regioner rapporterar inte sina resultat i Kolada och är därför inte med i resultatöversiktens tre mått från HME-enkäten. HME-måtten avser senast rapporterade värde sedan 2015.

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaro innebär påfrestningar för såväl individen, arbetsgivaren som kollegor och påverkar också möjligheterna att bedriva verksamheten på ett effektivt sätt.

I landstingen och regionerna motsvarade sjukfrånvaron längre än 30 dagar, på hel- eller deltid, drygt 7 700 årsarbetare år 2017. Hälso- och sjukvården ”gick miste” om årsarbetare motsvarande 2 000 sjuksköterskor, 1 900 undersköterskor och 330 specialistutbildade läkare på grund av sjukfrånvaro längre än 30 dagar. För mer information se rapporten

[Sjukfrånvaro i kommuner och landsting. Vad är problemet?](#)

I resultatöversikten visas de nyckeltal för sjukfrånvaro som landsting och region sedan över tio år tillbaka har en skyldighet att redovisa i sina årsredovisningar.

Anställningsförhållanden

I flera landsting och regioner är det ett uttalat politiskt mål att erbjuda medarbetarna så attraktiva anställningar om möjligt. I resultatöversikten ingår tre nyckeltal om andelen tillsvidare- respektive visstidsanställda bland månadsavlönade respektive timavlönade.

Många arbetsgivare strävar inte bara efter att erbjuda personalen heltidsanställning, utan också att de faktiskt ska arbeta heltid. Ett nyckeltal i resultatöversikten redovisar andelen heltidsarbetande bland månadsavlönade. I Kolada finns ytterligare mått på andelen deltidsarbetande.

Resultatöversikt 7 Personal- och arbetsgivarfrågor

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Stockholm	0,64	1,53	2,2	17	17				6,3	1,9	74	16	10	72
Uppsala	0,52	1,25	2,7	11	14	78	77	73	5,4	2,0	85	7	8	67
Sörmland	0,71	1,32	6,9	10	15	79	77	75	6,7	2,0	82	7	10	69
Östergötland	0,76	1,49	1,6	9	11				5,1	2,2	87	8	5	69
Jönköping	0,67	1,31	4,3	9	10	77	82	75	5,6	2,1	87	6	7	59
Kronoberg	0,70	1,23	6,7	8	12	78	76	75	5,4	2,0	85	7	7	63
Kalmar	0,83	1,52	4,6	9	11	78	76	74	5,4	1,7	85	8	7	65
Gotland			9,7			79	76	70	5,7	1,7				
Blekinge	0,64	1,40	5,5	8	8	79	78	73	5,6	2,1	89	5	6	71
Skåne	0,70	1,38	1,6	9	11				5,6	1,8	86	7	7	69
Halland	0,65	1,44	4,5	10	12				5,2	1,8	86	7	7	60
Västra Götaland	0,67	1,49	2,6	9	12	78	77	74	6,6	1,8	86	7	7	68
Värmland	0,72	1,20	5,4	9	12				5,4	1,8	84	6	10	67
Örebro	0,72	1,34	3,4	8	12	78	79	74	5,6	1,9	86	8	7	72
Västmanland	0,67	1,41	5,5	10	13				7,1	1,8	85	7	7	68
Dalarna	0,66	1,81	5,4	10	11				6,4	1,7	86	8	6	68
Gävleborg	0,77	1,77	8,8	10	13	78	76	73	5,8	1,8	85	6	9	75
Västernorrland	0,65	1,41	13,8	10	11	76	77	70	6,1	1,8	82	8	9	77
Jämtland Härjedalen	0,97	1,21	8,3	8	12				5,5	1,8	85	7	8	70
Västerbotten	0,74	1,43	5,1	8	11				6,0	1,9	85	9	6	69
Norrbottn	0,83	1,36	8,6	11	11	80	78	74	5,4	1,8	83	8	9	74
Riket/genomsnitt	0,71	1,42	3,8	11	13	78	77	73	6,0	1,9	83	9	8	69

Blå skala i maximalt sex nyanser:
När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A	Antal helårsanställda läkare i primärvården per 1000 invånare	F	Hållbart medarbetarengagemang - Motivation, Index	K	Andel tillsvidareanställda månadsavlönade, %
B	Antal helårsanställda sjuksköterskor i primärvården per 1000 invånare	G	Hållbart medarbetarengagemang - Ledarskap, Index	L	Andel visstidsanställda månadsavlönade, %
C	Hyrkostnader andel av egna personalkostnader, %	H	Hållbart medarbetarengagemang - Styrning, Index	M	Andel visstidsanställda timavlönade, %
D	Andel avgångna tillsvidareanställda, %	I	Sjukfrånvaro bland landstingsanställd, totalt, %	N	Andel heltidsarbetande månadsavlönade, %
E	Andel nyanställda tillsvidareanställda, %	J	Kvot mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro		

Hjärtsjukdom

I detta avsnitt behandlas några av de hjärtsjukdomar som ingår i Socialstyrelsens riktlinjer: kranskärlsjukdom, hjärtsvikt och förmaksflimmer.

2016 fanns det närmare knappt 27 000 fall av kranskärlssjukdomen hjärtinfarkt, där nära 23 000 sjukhusvårdades. Övriga avled i hjärtinfarkt utan att ha sjukhusvårdats. Antalet fall har tydligt minskat den senaste 10-årsperioden – från 570 till 352 fall per 100 000 invånare. Förekomsten ökar kraftigt med åldern och varierar mellan landsting och region.

Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom som förekommer hos ungefär 2 procent av befolkningen, det vill säga ungefär 200 000 personer. Hos personer över 80 år är förekomsten cirka 10 procent. Slutenvård vid hjärtsvikt svarade 2016 för 2,7 procent av alla slutenvårdsdygn i sjukvården och är därmed en av de mest slutenvårdskrävande diagnoserna, även om det skett en minskning de senaste åren.

Förmaksflimmer är den vanligaste arytmisjukdomen. 2-3 procent av den vuxna befolkningen i Sverige uppskattas ha förmaksflimmer. Förekomsten av förmaksflimmer ökar också mycket kraftigt med åldern. Symtomen av förmaksflimmer varierar från ringa eller inga besvär till handikappande besvär i form av kraftlöshet, andnöd och yrsel. Förmaksflimmer innebär, tillsammans med andra riskfaktorer, också en ökad risk för ischemisk stroke.

Indikatorer i riktlinjer och i nationella kvalitetsregister

Socialstyrelsen arbetar under våren 2018 med en översyn av de [Nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård](#). Revideringen berör enbart ett urval frågeställningar. Den senaste nationella utvärderingen kom 2015. Det finns ett 30-tal indikatorer för hjärtsjukvård i riktlinjerna, varav 12 med målnivåer. De flesta av de senare avser processmått vid hjärtinfarktvård och ingår i resultatöversikten. Målnivåer anges även av kvalitetsregistren.

För delar av hjärtsjukvården är tillgången på kvalitetsdata och indikatorer för uppföljning mycket god, för andra mera begränsad. Socialstyrelsens dödsorsaks- och hälsoregister är en viktig källa. Man sammanställer årligen statistik över hjärtinfarkter, som publiceras i statistikdatabaserna på webbsidan.

Kvalitetsregistren inom hjärtsjukvården är flera, varav några nämns här. Swedeheart har flera delregister som innefattar ischemisk hjärtsjukdom, med god täckningsgrad: RIKS-HIA har fokus på akutskedet vid hjärtinfarkt; hjärtkirurgiregistret täcker den öppna hjärtkirurgin; SCAAR avser ballongvidgning av hjärtats kärl och Sephia registrerar sekundärpreventiv uppföljning efter hjärtinfarkt. SWENTRY är ett register för främst klaffoperationer.

Svenska ICD- och Pacemakerregistret är ett eget register, liksom Svenska hjärt-lungräddningsregistret, som registrerar vård vid hjärtstopp.

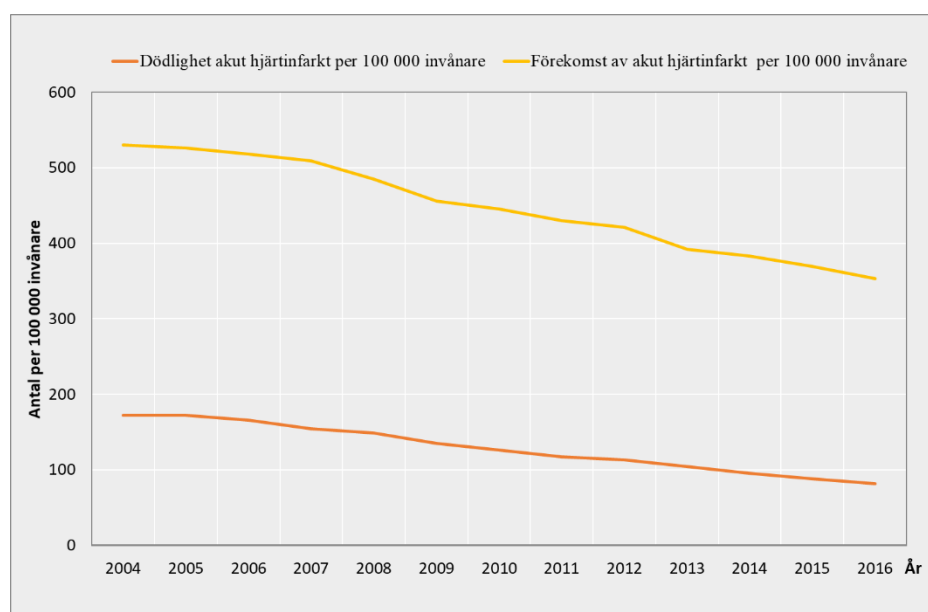
För hjärtinfarkt finns Swedehearts kvalitetsindex, med 11 indikatorer och en poängmodell där sjukhus (och indirekt landsting och region) får poäng efter hur väl man når målnivåer. Hjärtkirurgiregistret publicerade i april 2018 ett eget kvalitetsindex. Inom SCAAR och SWENTRY pågår diskussioner om kvalitetsindex, som kan ses som en metod att sätta ljuset på viktiga kvalitetsaspekter.

Behandling med blodförtunnande läkemedel vid förmaksflimmer följs i kvalitetsregistret AURICULA och via Socialstyrelsens hälsodataregister.

Några indikatorer i riktlinjerna avser hjärtsvikt, där tillgången på data är sämre. Hälsodataregistren kan spegla läkemedelsbehandling för en del av dessa patienter, vilket också fångas i kvalitetsregistret RiksSvikt. Registret har en lägre täckningsgrad, 25 procent av nyregistrerade patienter i specialiserad vård 2016, enligt Socialstyrelsens senaste rapport om detta. Detta gör att data från RiksSvikt inte är representativa för hela hjärtsviktspopulationen.

Utvecklingen inom hjärtsjukvården

Diagram 11 Akut hjärtinfarkt - förekomst och dödlighet per 100 000 invånare, 2004-2016

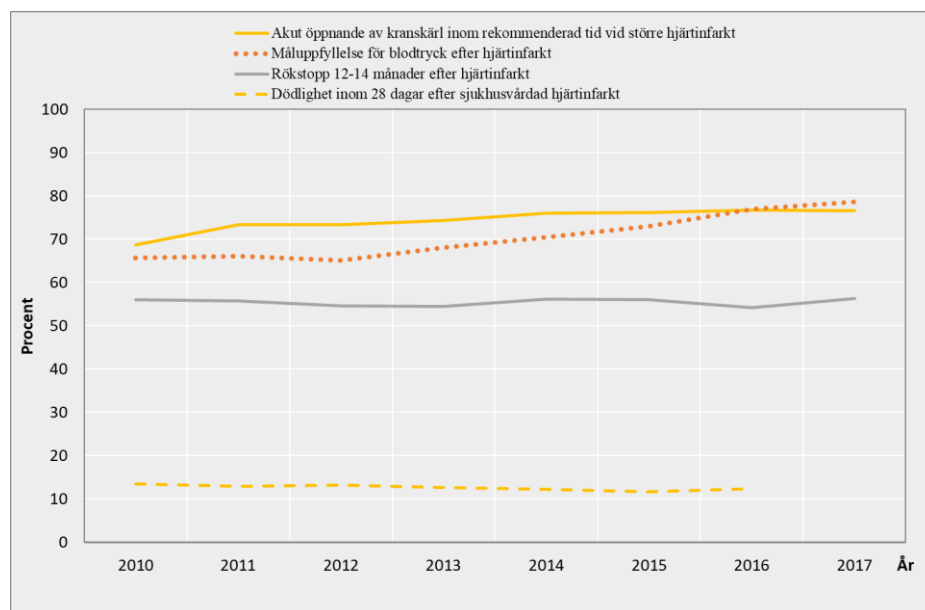


Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser

Både förekomst av och dödlighet i akut hjärtinfarkt har minskat påtagligt – se Diagram 11. Minskad förekomst kan både vara en effekt av förbättrad folkhälsa och av förbättrad förebyggande behandling, som lett till att färre infarktpatienter drabbas av ny infarkt. Hjärtinfarkt är dock fortfarande en av de vanligaste dödsorsakerna.

En samlad bild av förbättring och ökad måluppfyllelse i infarktvården understöds av att rikets resultat för Swedehearts kvalitetsindex förbättrats mellan 2014 och 2017.

Diagram 12 Hjärtinfarktvårdens utveckling - ett urval resultat, 2010-2017



Källa: Hämtat från *Vården i siffror*

I Diagram 12 visas flera mått om hjärtsjukvård. Andelen patienter som avlider inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt har minskat i tre decennier, men under de senaste åren sker inte längre någon förbättring. Andelen som får kärlöppnande behandling vid större hjärtinfarkt inom rekommenderad tid har ökat sedan 2010, men inte de senaste åren. Swedehearts högre målnivå är satt till 90 procent; medan rikets resultat är knappt 77 procent.

Andelen rökande hjärtinfarktpatienter som slutar röka är oförändrad, trots att riskerna med fortsatt rökning är väl kända. Däremot sker en klar förbättring av andelen patienter som når behandlingsmålet för blodtryck efter infarkt.

För patienter med förmaksflimmer och riskfaktorer (för framtida stroke) sker förbättringar i läkemedelsanvändningen: En allt större andel av patienterna har den läkemedelsbehandling med antikoagulantia som Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar. Detta är en kvalitetsindikator som innefattar primärvårdens läkemedelsförskrivning.

Det har de senaste åren skett en viss försämring av andelen besök inom hjärtsjukvård som genomfördes inom 90 dagar, medan för genomförda behandlingar är andelen oförändrad. 2017 var andelarna drygt 80 respektive 85 procent.

Vidare finns det klar variation mellan landsting och regioner för hur många behandlingar som utförs vid vissa sjukdomstillstånd, som insättning av svikt-pacemaker (CRT) respektive klaffoperationen TAVI. Överhuvudtaget är det viktigt att uppmärksamma variation i vårdutnyttjande-behandlingar mellan de olika landstingens och regionernas befolkningar. Även om detta inte är egentliga kvalitetsmått, så kan måtten spegla tillgänglighet till behandling i en vid mening.

Resultatöversikt 8 Hjärtsjukdom

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Stockholm	93,5	94,2	75,5	59,6	85,3	61,9	94,0	80,6	64,0	60,2	88,7	89,5	42,0	11,1	12,5
Uppsala	84,5	89,0	78,3	65,3	82,0	28,8	95,7	78,3	59,8	55,6	91,7	75,8	43,9	13,3	9,1
Sörmland	67,7	94,5	78,0	66,5	87,7	61,7	94,1	86,2	77,2	56,5		99,5	52,5	12,2	8,9
Östergötland	82,4	91,5	80,6	64,7	88,1	46,7	94,4	74,9	67,9	58,5	96,1	80,0	47,3	13,4	11,7
Jönköping	78,0	92,0	76,5	61,6	88,9	51,7	96,3	84,8	61,1	50,8	84,6	100,0	45,1	10,7	10,3
Kronoberg	53,3	84,6	82,8	62,0	82,4	62,2	95,5	75,2	80,3	63,2	96,3	100,0	35,9	8,0	11,0
Kalmar	67,3	85,3	74,2	59,3	85,5	60,2	91,2	79,6	63,1	50,0	75,4	96,2	49,1	10,5	11,1
Gotland	59,1	75,9	81,9	63,7	82,5	79,0	94,2	68,8	33,8	36,4	33,4	99,6	47,0	12,5	10,2
Blekinge	81,2	94,5	77,8	54,7	83,0	50,8	94,5	87,1	66,4	59,0	73,1	99,6	56,5	5,8	11,5
Skåne	71,0	96,0	77,7	55,8	86,1	54,5	96,6	77,7	71,8	51,4	63,8	56,6	43,7	12,5	11,3
Halland	54,1	84,1	82,7	55,6	88,8	50,4	92,1	72,6	60,3	54,7	64,8	97,7	38,4	11,2	12,2
Västra Götaland	76,0	91,3	80,3	61,8	86,2	48,8	94,7	75,8	65,5	53,8	79,8	89,8	46,1	10,0	11,5
Värmland	69,1	93,1	73,5	62,8	84,4	48,6	94,1	81,4	65,2	54,1	93,9	97,5	49,1	8,8	11,8
Örebro	90,0	93,8	77,3	69,2	89,7	46,2	96,2	82,3	60,4	59,2	88,0	81,7	47,4	11,7	12,2
Västmanland	92,9	93,3	83,3	60,1	86,3	66,7	94,8	81,0	66,9	60,9	96,4	100,0	44,2	13,3	8,9
Dalarna	74,8	96,5	79,2	63,9	85,0	28,5	88,7	82,0	58,2	53,3	80,7	99,8	43,1	12,9	10,3
Gävleborg	63,6	89,6	77,3	60,8	88,1	76,1	96,4	81,8	80,1	64,9	82,5	100,0	55,1	9,4	12,0
Västernorrland	80,4	91,5	78,4	64,6	82,4	57,1	95,0	84,5	55,6	66,0	88,7		49,2	10,2	11,4
Jämtland Härjedalen	75,3	93,9	83,7	60,5	82,7	20,6	98,1	55,8	41,0	40,9	89,0	100,0	52,7	17,4	11,0
Västerbotten	58,5	93,1	78,7	68,9	85,3	73,8	96,2	77,3	67,1	68,4	90,8		49,6	10,4	11,8
Norrbottnen	65,5	90,3	75,9	63,6	86,0	54,0	92,5	70,8	52,5	62,2	94,1	91,1	62,8	11,9	12,4
Riket	76,6	92,3	78,1	61,1	85,9	53,7	94,6	78,6	65,0	56,3	80,9	87,8	46,0	11,1	11,3

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Akut öppnande av kranskärl inom rekommenderad tid vid större hjärtinfarkt, %	F	Fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter hjärtinfarkt, %	K	Genomförda första besök inom 90 dagar i hjärtsjukvård, %
B	Akut öppnande av kranskärl vid större hjärtinfarkt, %	G	Kranskärilsröntgen vid mindre hjärtinfarkt, %	L	Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i hjärtsjukvård, %
C	Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktorer, %	H	Måluppfyllelse för blodtryck efter hjärtinfarkt, %	M	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 inv.
D	Basbehandling vid hjärtsvikt, %	I	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt, %	N	Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus, %
E	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt, %	J	Rökstopp 12-14 månader efter hjärtinfarkt, %	O	Dödlighet 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, %

Resultatöversikt 9 Målnivå Hjärtssjukdom

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Stockholm	93,5	94,2	75,5	59,6	85,3	61,9	94,0	80,6	64,0	60,2
Uppsala	84,5	89,0	78,3	65,3	82,0	28,8	95,7	78,3	59,8	55,6
Sörmland	67,7	94,5	78,0	66,5	87,7	61,7	94,1	86,2	77,2	56,5
Östergötland	82,4	91,5	80,6	64,7	88,1	46,7	94,4	74,9	67,9	58,5
Jönköping	78,0	92,0	76,5	61,6	88,9	51,7	96,3	84,8	61,1	50,8
Kronoberg	53,3	84,6	82,8	62,0	82,4	62,2	95,5	75,2	80,3	63,2
Kalmar	67,3	85,3	74,2	59,3	85,5	60,2	91,2	79,6	63,1	50,0
Gotland	59,1	75,9	81,9	63,7	82,5	79,0	94,2	68,8	33,8	36,4
Blekinge	81,2	94,5	77,8	54,7	83,0	50,8	94,5	87,1	66,4	59,0
Skåne	71,0	96,0	77,7	55,8	86,1	54,5	96,6	77,7	71,8	51,4
Halland	54,1	84,1	82,7	55,6	88,8	50,4	92,1	72,6	60,3	54,7
Västra Götaland	76,0	91,3	80,3	61,8	86,2	48,8	94,7	75,8	65,5	53,8
Värmland	69,1	93,1	73,5	62,8	84,4	48,6	94,1	81,4	65,2	54,1
Örebro	90,0	93,8	77,3	69,2	89,7	46,2	96,2	82,3	60,4	59,2
Västmanland	92,9	93,3	83,3	60,1	86,3	66,7	94,8	81,0	66,9	60,9
Dalarna	74,8	96,5	79,2	63,9	85,0	28,5	88,7	82,0	58,2	53,3
Gävleborg	63,6	89,6	77,3	60,8	88,1	76,1	96,4	81,8	80,1	64,9
Västernorrland	80,4	91,5	78,4	64,6	82,4	57,1	95,0	84,5	55,6	66,0
Jämtland Härjedalen	75,3	93,9	83,7	60,5	82,7	20,6	98,1	55,8	41,0	40,9
Västerbotten	58,5	93,1	78,7	68,9	85,3	73,8	96,2	77,3	67,1	68,4
Norrbottn	65,5	90,3	75,9	63,6	86,0	54,0	92,5	70,8	52,5	62,2
Målnivå utgiven av										
Socialstyrelsen	90,0	85,0	80,0	65,0	90,0				60,0	75,0
Kvalitetsregister hög	90,0	85,0				60,0	80,0	75,0	60,0	70,0
Kvalitetsregister låg	75,0	80,0				50,0	75,0	70,0	40,0	60,0

A	Akut öppnande av kranskärl inom rekommenderad tid vid större hjärtinfarkt, %	F	Fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter hjärtinfarkt, %
B	Akut öppnande av kranskärl vid större hjärtinfarkt, %	G	Kranskärldröktgen vid mindre hjärtinfarkt, %
C	Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktorer, %	H	Målluppfyllelse för blodtryck efter hjärtinfarkt, %
D	Basbehandling vid hjärtsvikt, %	I	Målluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt, %
E	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt, %	J	Rökstopp 12-14 månader efter hjärtinfarkt, %

Målnivå – färger efter målluppfyllelse: För vissa indikatorer finns **endast en målnivå**. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars blir det röd färg. Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, så kallad **låg respektive hög målnivå**. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts, gul färg om man ligger mellan låg respektive hög målnivå. Har ingen av målnivåerna uppnåtts så blir det röd färg. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen brukar vara högre.

Stroke

Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. 2016 drabbades enligt Socialstyrelsens statistik drygt 28 000 personer av stroke. Cirka 4 000 av dem avled utan att ha sjukhusvårdats. Antalet fall av stroke har minskat kraftigt den senaste 10-årsperioden. Från förekomst år 2000 på över 600 fall till 370 fall per 100 000 invånare år 2016. Även 2017 har antalet fall av stroke minskat, till 21 200 sjukhusvårdade fall, enligt kvalitetsregistrets Riksstroke. Även återinsjuknande i ny stroke minskar. Både hälsosammare livsvillkor, bättre levnadsvanor och förebyggande läkemedelsbehandling kan ha bidragit till detta.

Antalet vårddagar i slutenvård för stroke var 2016 drygt 280 000, en minskning med 200 000 vårddagar sedan år 2000. 2016 svarade vården vid stroke för 3,7 procent av alla slutenvårdsdagar. Detta gör stroke till en av de enskilt mest slutenvårdskrävande sjukdomsgrupperna. Efter den akuta fasens behov av sjukhusvård kvarstår ofta ett långvarigt behov av rehabilitering och ett omsorgsbehov inom kommunens äldreomsorg.

Nationella riktlinjer och nationellt programråd för stroke

Våren 2018 presenterade Socialstyrelsen den senaste, uppdaterade versionen av sina [Nationella riktlinjer för vård vid stroke](#). Rekommendationerna gäller hela vårdkedjans insatser, från primärprevention, insatser i det akuta skedet, diagnostik, akut behandling och omhändertagande, rehabilitering i tidig och sen fas till uppföljning och sekundärprevention.

Riktlinjerna innehåller ett stort antal, 110 stycken rekommendationer. Åtgärderna har olika prioritet. Särskilt viktiga, centrala rekommendationer ges bland annat om prehospitala insatser och telemedicin; om snabbt insatt trombolysbehandling; om trombektomi, om strokeenhet som första vårdenhet vid stroke och TIA; om läkarbedömning vid misstänkt stroke till multisjuka äldre med stort omvårdnadsbehov, liksom om strukturerad uppföljning med återbesök i öppen vård efter behov.

Sedan 2014 har det också funnits ett nationellt programråd för stroke, som nu ombildats till en nationell arbetsupp för stroke, under det nationella programområdet för nervsystemets sjukdomar.

Programrådet har bland annat haft uppgifter att ta fram nationella beslutsstöd; konkretisera Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke och identifiera prioriterade områden som Socialstyrelsen inte täckt in i sina riktlinjearbeten.

Tillgång till data och kvalitetsindikatorer i strokesjukvård

Tillgången på kvalitetsdata för vården vid stroke är jämförelsevis bra. Uppgifter om kvalitet i vården vid stroke finns framförallt i Socialstyrelsens hälsodataregister och i kvalitetsregistret Riksstroke. Socialstyrelsen sammanställer årligen uppgifter om förekomst av och död i stroke. Genom att kombinera uppgifter i register om diagnos och uttag av läkemedel kan Socialstyrelsen också följa upp läkemedelsbehandling hos personer som haft en stroke.

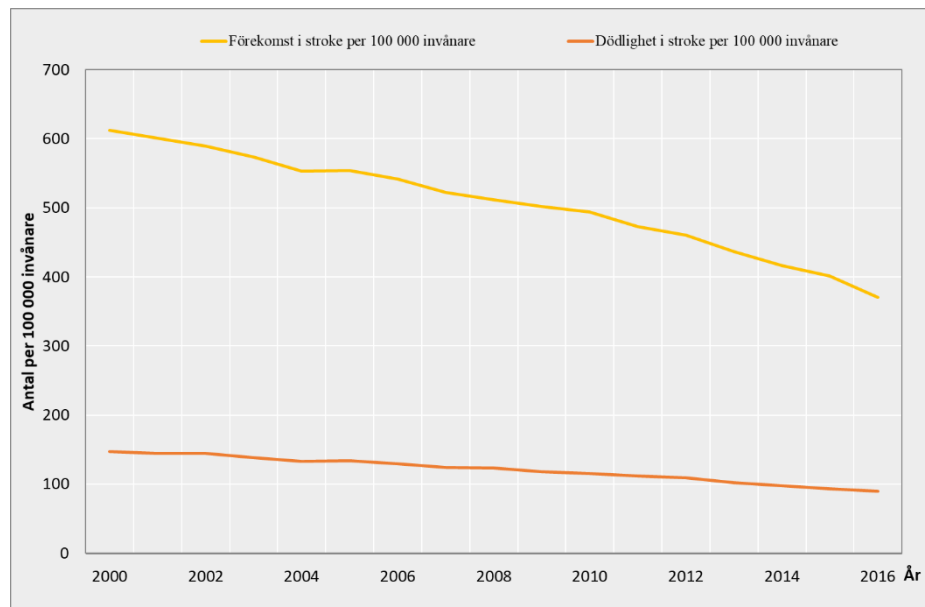
Riksstroke fångar uppgifter från akutskedet vid en stroke men gör också enkätbaserade uppföljningar om funktionsförmåga och nöjdhet med vård och stöd efter 3 månader respektive 12 månader. Anhörigas situation efter 3 och 5 år följs upp. Riksstroke har också uppgifter om strokevårdens struktur, om bemanning och kompetens på strokeenheter med mera. Riksstroke samlar även uppgifter om patienter med så kallad TIA, där strokesymptom uppträder men går över av sig själv inom ett dygn. Riksstroke är frivilligt att medverka i, men har hög täckningsgrad, i riket 89 procent för alla förstagångsfall av stroke, 2016, jämfört med patientregistret.

Socialstyrelsen anger i sina riktlinjer för stroke 36 indikatorer för uppföljning. För 17 av dessa anger man också målnivåer. De målnivåsatta indikatorerna är processmått (beskriver vad vården gör), inte resultatmått. Det är av flera skäl svårt att ange målnivåer för resultatmått, till exempel för andelen patienter som avlider efter stroke.

Riksstroke anger målnivåer för 13 av sina kvalitetsmått. Revidering planeras ske under 2018. Riksstroke styrgrupp ger årligen utmärkelser till sjukhus som har hög grad av måluppfyllelse för de utvalda måtten. Under 2018 kommer Riksstroke att börja publicera data om kvalitetsindikatorer för TIA.

Strokesjukvårdens utveckling – några exempel

Diagram 13 Stroke - förekomst och dödlighet per 100 000 invånare, 2000-2016

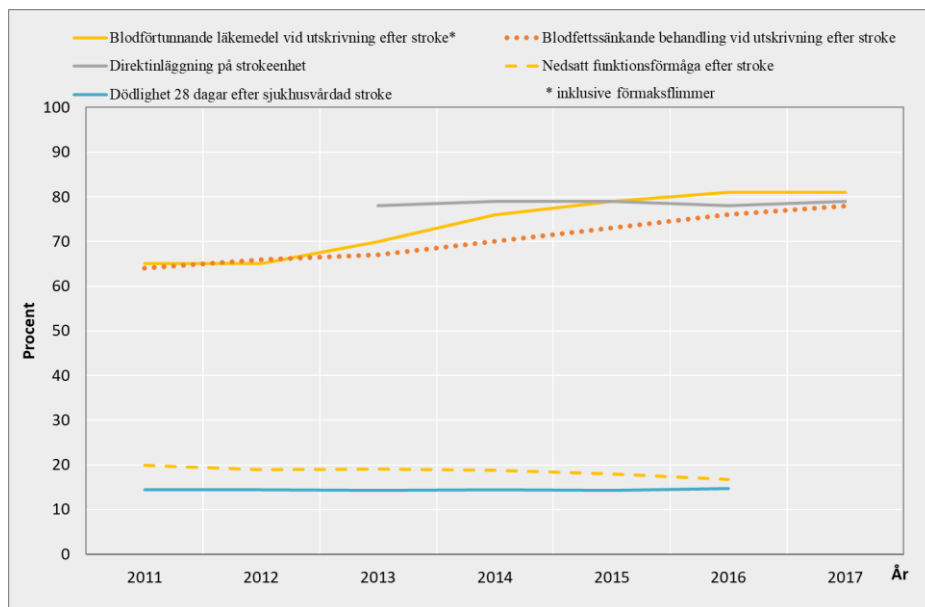


Källa: Hämtat från *Vården i siffror*

På samma vis som för hjärtinfarkt sker det en påtaglig minskning av antalet fall av stroke. Antalet personer som avlider efter stroke minskar därmed också – se Diagram 13. Även andelen strokepatienter som får ny stroke inom ett år minskar.

Förmodligen är orsakerna till minskningen samma som för hjärtinfarkt: Olika riskfaktorer, som rökning, minskar i befolkningen. Även den ökande antikoagulantibehandlingen vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke kan ha påverkat förekomsten.

Diagram 14 Strokesjukvårdens utveckling - ett urval resultat, 2011-2017



Källa: Hämtat från *Vården i siffror*

Utvecklingen för ett urval kvalitetsmått från den direkta strokevården visas i Diagram 14. Andelen patienter som direktinläggs på strokeenhet ökar inte och därmed nås heller inte målnivån på 90 procent. Detta är en viktig indikator där ingen förbättring sker. Å andra sidan har inte de senaste årens knapphet på vårdplatser lett till att andelen minskat.

Andelen som får reperfusionsterapi för att lösa upp en propp i hjärnan ökar. Dessutom har den kritiska tiden till insatt trombolysbehandling förkortats från 64 till 39 minuter mellan 2011 och 2017, ingår inte i Diagram 14.

Läkemedelsbehandling vid utskrivning från sjukhus har förbättrats både för blodfettssänkande behandling och blodförtunnande behandling vid förmaksflimmer. Den senare behandlingen är viktig för att minska risken för framtida stroke. Andelen döda inom 28 dagar har varit i stort sett oförändrad, medan andelen som har nedsatt funktionsförmåga tre månader efter stroke minskat.

Både för stroke och hjärtinfarkt gäller att andelen som avlider inom 28 dagar efter att ha vårdats på sjukhus för dessa sjukdomar inte längre tydligt minskar, efter flera decenniers minskning.

Resultatöversikt 10 Stroke

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	45	56	75	17	39,0	77	82	72,0	76	18,2	7,7	13,8
Uppsala	51	54	87	16	44,0	70	88	71,2	83	13,5	6,9	13,1
Sörmland	50	61	83	16	44,0	51	75	78,4	82	19,1	4,7	17,8
Östergötland	47	61	84	9	50,0	89	95	80,9	88	14,7	3,8	14,7
Jönköping	48	62	82	12	37,0	71	89	77,6	69	17,3	6,2	15,2
Kronoberg	38	58	80	16	60,5	64	78	77,8	77	16,9	7,5	13,6
Kalmar	48	78	78	9	38,0	88	96	82,0	73	18,9	3,2	18,0
Gotland		71	71	9		67	73	74,6	56	16,7	10,5	14,8
Blekinge	38	58	79	8	41,0	55	86	76,5	69	16,1	4,5	14,1
Skåne	33	63	78	21	45,0	81	79	76,9	85	18,4	6,7	13,9
Halland	53	53	79	19	35,0	84	82	79,1	94	20,2	6,0	14,7
Västra Götaland	42	57	78	15	33,0	82	87	75,9	85	13,7	6,0	13,8
Värmland	44	61	80	10	33,0	80	75	75,0	84	14,2	3,5	15,0
Örebro	39	59	77	6	41,0	82	85	70,5	81	21,1	4,5	17,2
Västmanland	30	52	81	18	45,0	84	91	83,6	82	16,1	2,9	13,1
Dalarna	49	55	82	8	45,5	81	96	77,6	79	12,2	6,5	12,8
Gävleborg	55	58	81	11	42,0	89	91	77,1	84	18,1	7,9	15,1
Västernorrland	33	57	83	19	31,0	88	94	76,5	74	14,2	7,2	16,1
Jämtland Härjedalen	60	61	76	21	26,0	76	88	73,7	89	16,3	5,1	13,7
Västerbotten	56	54	82	17	32,0	88	86	78,3	77	15,4	6,3	13,9
Norrbotten	37	53	82	17	29,0	81	88	75,5	88	18,9	5,9	16,2
Riket	43	58	79	15	39,0	79	85	76,0	81	16,7	6,1	14,5

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A Rökstopp efter stroke, %	G Test av sväljförmåga vid akut stroke, %
B Tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke, %	H Blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter stroke, %
C Blodtryckssänkande behandling vid utskrivning efter stroke, %	I Blodförtunnande läkemedel vid utskrivning efter stroke och förmaksflimmer, %
D Reperfusionbehandling vid stroke, %	J Nedsatt funktionsförmåga efter stroke, %
E Tid till trombolys vid stroke, minuter	K Återinsjuknande efter stroke, %
F Direktinläggning på strokeenhet, %	L Dödlighet 28 dagar efter sjukhusvårdad stroke, %

Resultatöversikt 11 Målnivå Stroke

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Stockholm	45	56	75	17	39,0	77	82	72,0	76
Uppsala	51	54	87	16	44,0	70	88	71,2	83
Sörmland	50	61	83	16	44,0	51	75	78,4	82
Östergötland	47	61	84	9	50,0	89	95	80,9	88
Jönköping	48	62	82	12	37,0	71	89	77,6	69
Kronoberg	38	58	80	16	60,5	64	78	77,8	77
Kalmar	48	78	78	9	38,0	88	96	82,0	73
Gotland		71	70	10		68	73	74,6	56
Blekinge	38	58	79	8	41,0	55	86	76,5	69
Skåne	33	63	78	21	45,0	81	79	76,9	85
Halland	53	53	79	19	35,0	84	82	79,1	94
Västra Götaland	42	57	78	15	33,0	82	87	75,9	85
Värmland	44	61	80	10	33,0	80	75	75,0	84
Örebro	39	59	77	6	41,0	82	85	70,5	81
Västmanland	30	52	81	18	45,0	84	91	83,6	82
Dalarna	49	55	82	8	45,5	80	96	77,6	79
Gävleborg	55	58	81	11	42,0	89	91	77,1	84
Västernorrland	33	57	83	19	31,0	88	94	76,5	74
Jämtland Härjedalen	60	61	76	21	26,0	76	88	73,7	89
Västerbotten	56	54	82	17	32,0	88	87	78,3	77
Norrbottn	37	53	82	17	29,0	81	88	75,5	88
Målnivå utgiven av									
Socialstyrelsen	80,0	75,0			40,0	90,0		75,0	
Kvalitetsregister hög		75,0	80,0	15,0	40,0	90,0	95,0		70,0
Kvalitetsregister låg		60,0	70,0	10,0		80,0	90,0		55,0

Målnivå – färger efter måluppfyllelse: För vissa indikatorer finns **endast en målnivå**. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars blir det röd färg. Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, så kallad **låg respektive hög målnivå**. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts, gul färg om man ligger mellan låg respektive hög målnivå. Har ingen av målnivåerna uppnåtts så blir det röd färg. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen brukar vara högre.

A	Rökstopp efter stroke, %	F	Direktinläggning på strokeenhet, %
B	Tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke, %	G	Test av sväljförmåga vid akut stroke, %
C	Blodtryckssänkande behandling vid utskrivning efter stroke, %	H	Blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter stroke, %
D	Reperfusionbehandling vid stroke, %	I	Blodförtunnande läkemedel vid utskrivning efter stroke och förmaksflimmer, %
E	Tid till trombolys vid stroke, minuter		

Cancer

Cancer är ett samlingsnamn för cirka 200 olika sjukdomar som kan drabba i princip alla organ i kroppen. Varje år får drygt 60 000 personer i Sverige en cancerdiagnos. De vanligaste cancerformerna är prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, hudcancer och lungcancer. Sedan registreringen av cancersjukdom startade på 1970-talet har insjuknandet ökat medan dödligheten långsamt minskar. Lungcancer är den cancerform som orsakar flest dödsfall. Olika typer av cancer har olika prognos och att cancers upptäcks tidigt spelar stor roll för möjligheten att kunna bota den som drabbas. Idag botas mer än två tredjedelar av all cancer.

Utvecklingsarbete inom cancerområdet

Inom cancerområdet pågår en rad olika arbeten för att förbättra vården. SKL arbetar tillsammans med landsting och region och regionala cancercentrum (RCC) för att göra cancervården mer patientfokuserad, tillgänglig och jämlik. De nationella vårdprogrammen ger behandlingsrekommendationer och ska bidra till att alla patienter, oavsett bostadsort, kön och socioekonomiska status, ska få tillgång till samma goda och likvärdiga vård.

Arbetet med standardiserade vårdförlopp ska ge kortare väntetider och minskade regionala skillnader i cancervården. År 2020 ska 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser utredas via ett standardiserat vårdförlopp (SVF) och 80 procent av dessa patienter ska utredas inom vårdförloppens maxtider. Väntetider inom SVF används inte i resultatöversikten då det pågår ett kvalitets-säkringsarbete av väntetidsdata och täckningsgraden är lägre än i kvalitetsregistren. För den som vill läsa mer finns resultat och statistik på cancercentrum.se.

Inom RCC pågår också arbete med att utreda förutsättningar för nivå-strukturering inom cancervården. Arbetet syftar till att åstadkomma en mer jämlik vård och till att säkerställa att alla patienter får tillgång till den allra bästa expertisen i landet när deras sjukdom kräver komplicerade och komplexa åtgärder, som också förutsätter extra resurser.

Tillgång till data, riktlinjer och indikatorer

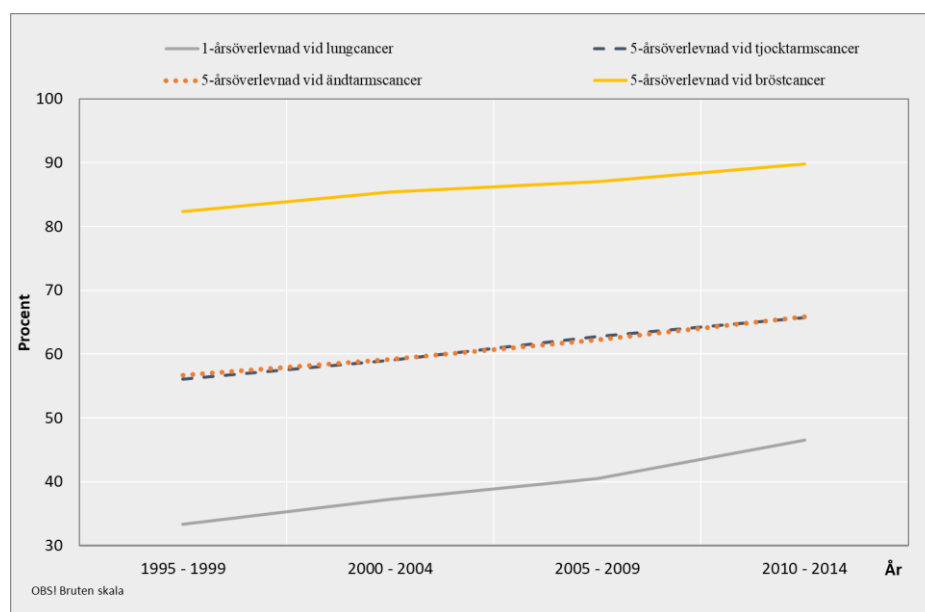
Det finns en förhållandevis god tillgång på kvalitetsdata för cancerområdet. För de fem diagnosgrupper som ingår med indikatorer i resultatöversikten, bröst-, prostata, tjock- och ändtarmscancer samt lungcancer, finns data dels i Socialstyrelsens hälsodataregister, dels i nationella kvalitetsregister. Samtliga kvalitetsregister har hög täckningsgrad och de innehåller mycket data som kompletter till hälsodataregistren. Flera av kvalitetsregistren uppger att täckningsgraden för uppföljning är lägre och att den kan variera över landet.

Det finns idag nationella riktlinjer och nationella vårdprogram för samtliga fem diagnosgrupper som ingår här. Riktlinjerna är samlade i publikationerna [Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms och ändtarmscancervård](#), samt [Nationella riktlinjer för lungcancervård](#). Riktlinjerna innehåller 42 indikatorer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård samt 17 för lungcancer, både övergripande och tumorspecifika. För flera av dem finns det angivna målnivåer. De flesta indikatorer går att mäta med hjälp av befintliga datakällor. De indikatorer som saknar nationella datakällor går i många fall att följa upp på lokal eller regional nivå. Kvalitetsindikatorer för de fem cancerdiagnoserna visas öppet i Vården i siffror, i Socialstyrelsens nationella utvärderingar av nationella riktlinjer och i registrens egna rapporter.

Resultat och tolkning av data

Diagram 15 och Diagram 16 visar utvecklingen för två slag av kvalitetsmått, överlevnad och användande av multidisciplinär konferens vid cancerbehandling.

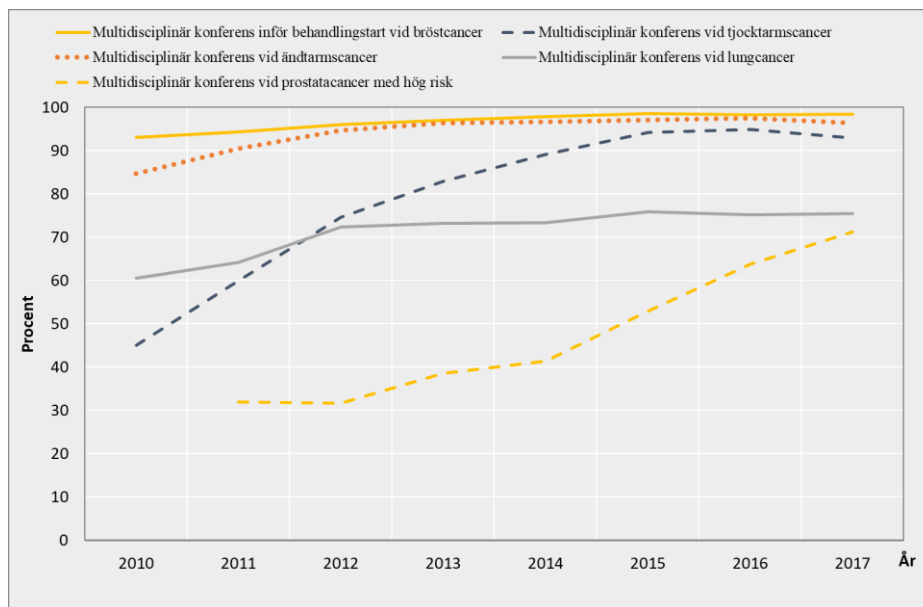
Diagram 15 Överlevnad vid olika cancerdiagnoser, 1995-2014



Källa: Hämtat från Vården i siffror

Den relativa överlevnaden ett respektive fem år efter cancerdiagnos har ökat över tid för alla fem diagnosgrupperna. Variationer mellan landsting och region tyder på att det finns möjligheter till förbättring och att fler kan nå de uppsatta målnivåerna.

Diagram 16 Multidisciplinär konferens om patientens behandling vid cancer, 2010-2017



Källa: Hämtat från *Vården i siffror*

Ett viktigt mått för vårdprocessen för jämlik och kunskapsstyrd vård och för kvalitetssäkring är bedömning vid multidisciplinär konferens. Andel fall som diskuteras vid multidisciplinär konferens har ökat för samtliga fem diagnosgrupper över tid, men framförallt prostatacancer- och lungcancervården uppvisar fortsatt stora regionala skillnader.

I avsnittets resultatöversikt visas ett urval av mått för några av de vanligaste cancerformerna. Måtten är väl etablerade i riktlinjer och hos nationella kvalitetsregister. Vad gäller väntetider i cancervården finns det stor förbättringspotential bland de flesta landsting och regioner, få når upp till de målnivåer som satts upp. Det finns också stora regionala skillnader.

Alla cancerpatienter som önskar ska erbjudas en fast vårdkontakt på den vårdande kliniken. Syftet är att förbättra informationsflödet och kommunikationen mellan patienten och vårdenheten, att skapa tillgänglighet, kontinuitet och trygghet och att stärka patientens delaktighet i vården.

I riket har idag (2017) omkring 98 procent av patienterna med nydiagnostiserad bröstcancer erbjudits kontaktsjuksköterska. De regionala skillnaderna är förhållandevis små. Vid nydiagnostiserad prostatacancer har omkring 86 procent av patienterna en namngiven kontaktsjuksköterska, med stora regionala skillnader.

Resultatöversikt 12 Cancer

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
Stockholm	70,4	97,9	98,8	94,4	56,5	96,0	96,9	13,3	46,9	21,0	32,0	49,7	91,3	66,9	65,6	59,4
Uppsala	93,3	100,0	99,7	72,3	65,5	89,1	94,2	22,8	12,9	6,7	37,5	48,6	88,8	63,7	67,0	56,8
Sörmland	88,4	99,6	100,0	94,7	92,9	93,5	98,4	1,8	40,4	8,6	29,2	46,0	89,3	67,4	68,1	57,4
Östergötland	89,6	92,5	91,1	76,3	70,9	81,4	96,0	1,7	30,6	6,9	29,6	48,3	86,7	65,6	68,9	59,8
Jönköping	77,2	97,0	97,7	72,4	77,2	94,2	94,1	6,3	65,7	13,6	42,7	47,1	88,2	66,3	67,7	61,5
Kronoberg	96,8	95,2	98,8	44,1	100,0	96,5	94,4	52,0	54,2	6,9	97,9	48,4	91,8	65,0	59,0	59,3
Kalmar	84,2	99,5	99,5	57,1	85,0	94,0	98,1	11,1	49,1	28,1	46,6	41,7	90,8	71,5	62,7	59,3
Gotland	92,9	98,6	97,1		57,1	100,0	100,0	11,0	40,9		84,5	43,6	87,7	77,0	68,5	58,1
Blekinge	85,9	99,3	100,0	38,2	85,2	94,5	96,1	24,5	24,6	9,7	71,3	41,2	92,8	60,0	63,1	59,2
Skåne	88,4	99,5	99,5	74,8	53,0	93,8	98,5	5,9	22,2	8,0	44,2	44,9	89,7	65,4	65,5	57,7
Halland	97,9	99,7	98,3	91,4	74,5	94,0	93,8	15,6	44,6	15,4	45,7	51,1	89,4	65,6	70,3	59,2
Västra Götaland	90,0	97,8	98,2	60,0	65,9	92,0	93,2	7,2	38,0	11,8	27,3	44,9	86,9	64,3	67,8	60,1
Värmland	97,3	95,0	99,5	89,2	96,9	92,4	100,0	7,9	26,4	2,4	68,0	40,1	92,1	67,3	61,6	59,0
Örebro	79,6	98,1	94,7	91,2	68,0	92,4	96,2	4,8	21,7	17,2	54,4	47,1	90,9	62,2	65,2	56,4
Västmanland	94,7	99,5	100,0	91,4	71,8	93,6	96,8	14,7	56,0	13,2	61,6	41,8	91,8	69,9	69,2	57,4
Dalarna	56,1	99,0	98,5	31,5	75,6	91,6	96,0	8,8	54,5	13,0	39,0	48,3	92,5	67,2	58,7	56,4
Gävleborg	89,4	95,1	100,0	84,5	94,5	94,8	96,3	1,4	44,8	29,7	40,8	43,3	88,7	61,4	65,2	54,7
Västernorrland	83,3	97,7	100,0	44,4	78,3	92,4	97,8	7,2	41,1	3,4	28,9	41,7	91,3	68,3	66,6	59,1
Jämtland Härjedalen	92,2	100,0	97,1	69,6	51,3	80,4	96,4	8,6	38,7	12,5	63,0	43,0	87,7	60,9	67,4	57,4
Västerbotten	89,3	98,5	99,0	89,4	69,8	95,1	98,1	9,7	55,1	2,9	47,3	51,9	88,1	64,8	62,7	57,9
Norrbottnen	79,0	100,0	100,0	85,5	68,4	95,5	100,0	13,5	62,5	21,6	87,4	49,1	93,6	67,2	65,6	56,5
Riket	86,1	98,0	98,5	75,5	71,2	93,0	96,3	10,3	40,3	13,1	41,5	46,5	89,7	65,7	65,8	58,7

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad prostatacancer, %	G	Multidisciplinär konferens vid ändtarmscancer, %	L	1-årsöverlevnad vid lungcancer, %
B	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad bröstcancer, %	H	Väntetid till prostatacancerbesked, %	M	5-årsöverlevnad vid bröstcancer, %
C	Multidisciplinär konferens inför behandlingstart vid bröstcancer, %	I	Tid från diagnos till behandlingsstart vid tjocktarmscancer, %	N	5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer, %
D	Multidisciplinär konferens vid lungcancer, %	J	Tid från diagnos till behandlingsstart vid ändtarmscancer, %	O	5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer, %
E	Multidisciplinär konferens vid prostatacancer med hög risk, %	K	Tid från välgrundad misstanke om bröstcancer till primär operation, %	P	5-årsöverlevnad vid cancersjukdom – flera cancerformer, %
F	Multidisciplinär konferens vid tjocktarmscancer, %				

Resultatöversikt 13 Målnivå Cancer

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Stockholm	70,4	97,9	98,8	94,4	56,5	96,0	96,9	13,3	46,9	21,0	32,0	49,7	91,3	66,9	65,6
Uppsala	93,3	100,0	99,7	72,3	65,5	89,1	94,2	22,8	12,9	6,7	37,5	48,6	88,8	63,7	67,0
Sörmland	88,4	99,6	100,0	94,7	92,9	93,5	98,4	1,8	40,4	8,6	29,2	46,0	89,3	67,4	68,1
Östergötland	89,6	92,5	91,1	76,3	70,9	81,4	96,0	1,7	30,6	6,9	29,6	48,3	86,7	65,6	68,9
Jönköping	77,2	97,0	97,7	72,4	77,2	94,2	94,1	6,3	65,7	13,6	42,7	47,1	88,2	66,3	67,7
Kronoberg	96,8	95,2	98,8	44,1	100,0	96,5	94,4	52,0	54,2	6,9	97,9	48,4	91,8	65,0	59,0
Kalmar	84,2	99,5	99,5	57,1	85,0	94,0	98,1	11,1	49,1	28,1	46,6	41,7	90,8	71,5	62,7
Gotland	92,9	98,6	97,1		57,1	100,0	100,0	11,0	40,9		84,5	43,6	87,7	77,0	68,5
Blekinge	85,9	99,3	100,0	38,2	85,2	94,5	96,1	24,5	24,6	9,7	71,3	41,2	92,8	60,0	63,1
Skåne	88,4	99,5	99,5	74,8	53,0	93,8	98,5	5,9	22,2	8,0	44,2	44,9	89,7	65,4	65,5
Halland	97,9	99,7	98,3	91,4	74,5	94,0	93,8	15,6	44,6	15,4	45,7	51,1	89,4	65,6	70,3
Västra Götaland	90,0	97,8	98,2	60,0	65,9	92,0	93,2	7,2	38,0	11,8	27,3	44,9	86,9	64,3	67,8
Värmland	97,3	95,0	99,5	89,2	96,9	92,4	100,0	7,9	26,4	2,4	68,0	40,1	92,1	67,3	61,6
Örebro	79,6	98,1	94,7	91,2	68,0	92,4	96,2	4,8	21,7	17,2	54,4	47,1	90,9	62,2	65,2
Västmanland	94,7	99,5	100,0	91,4	71,8	93,6	96,8	14,7	56,0	13,2	61,6	41,8	91,8	69,9	69,2
Dalarna	56,1	99,0	98,5	31,5	75,6	91,6	96,0	8,8	54,5	13,0	39,0	48,3	92,5	67,2	58,7
Gävleborg	89,4	95,1	100,0	84,5	94,5	94,8	96,3	1,4	44,8	29,7	40,8	43,3	88,7	61,4	65,2
Västernorrland	83,3	97,7	100,0	44,4	78,3	92,4	97,8	7,2	41,1	3,4	28,9	41,7	91,3	68,3	66,6
Jämtland Härjedalen	92,2	100,0	97,1	69,6	51,3	80,4	96,4	8,6	38,7	12,5	63,0	43,0	87,7	60,9	67,4
Västerbotten	89,3	98,5	99,0	89,4	69,8	95,1	98,1	9,7	55,1	2,9	47,3	51,9	88,1	64,8	62,7
Norrbottn	79,0	100,0	100,0	85,5	68,4	95,5	100,0	13,5	62,5	21,6	87,4	49,1	93,6	67,2	65,6
Målnivå utgiven av															
Socialstyrelsen	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0					47,0	88,0	67,0	67,0
Kvalitetsregister hög	80,0	95,0	99,0	74,0	80,0			60,0	80,0	80,0	90,0				
Kvalitetsregister låg	40,0	80,0	90,0		40,0			30,0			75,0				

Målnivå – färger efter måluppfyllelse: För vissa indikatorer finns **endast en målnivå**. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars blir det röd färg. Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, så kallad **låg respektive hög målnivå**. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts, gul färg om man ligger mellan låg respektive hög målnivå. Har ingen av målnivåerna uppnåtts så blir det röd färg. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen brukar vara högre.

A	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnosticerad prostatacancer, %	G	Multidisciplinär konferens vid ändtarmscancer, %	L	1-årsöverlevnad vid lungcancer, %
B	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad bröstcancer, %	H	Väntetid till prostatacancerbesked, %	M	5-årsöverlevnad vid bröstcancer, %
C	Multidisciplinär konferens inför behandlingstart vid bröstcancer, %	I	Tid från diagnos till behandlingsstart vid tjocktarmscancer, %	N	5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer, %
D	Multidisciplinär konferens vid lungcancer, %	J	Tid från diagnos till behandlingsstart vid ändtarmscancer, %	O	5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer, %
E	Multidisciplinär konferens vid prostatacancer med hög risk, %	K	Tid från välgrundad misstanke om bröstcancer till primär operation, %		
F	Multidisciplinär konferens vid tjocktarmscancer, %				

Diabetes

2017 hämtade drygt 470 000 personer ut läkemedel mot diabetes, enligt uppgifter i läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Därtill finns det personer med diabetes som inte har läkemedelsbehandling. Totalt uppgår antalet personer med diabetes i Sverige till väl över 500 000 personer, motsvarande drygt 5 procent av befolkningen. Ungefär 7 000 barn och unga upp till 18 år har diabetes.

Antalet som behandlas med diabetesläkemedel har ökat, vilket kan bero på både ökad läkemedelsbehandling och på ökad förekomst. Andelen personer med läkemedelsbehandlad diabetes varierar mellan landstingen och regionerna, från Stockholms knappt 4 procent till Västernorrlands 6 procent av befolkningen.

Den stora förekomsten av diabetes och risken för diabeteskomplikationer i form av hjärt-kärlsjukdom, njursvikt och ögonsjukdom med mera, gör diabetes till en viktig sjukdom, sett till den totala sjukdomsördan i befolkningen.

Nationella riktlinjer och nationellt diabetesråd

Diabetes är ett av de områden där Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer [Nationella riktlinjer för diabetesvård](#). 2017 gjordes en översyn av dessa och några rekommendationer uppdaterades. 2015 publicerade Socialstyrelsen en nationell utvärdering för diabetesvård, där indikatorer och resultat för diabetesvården presenterades.

Socialstyrelsen anger 21 indikatorer för diabetes i sina riktlinjer, bland dessa ingår övergripande resultatmått och riktlinjespecifika processmått för diabetesvården. En del av dessa är löpande tillgängliga via Nationella diabetesregistret (NDR) och publiceras även i Vården i siffror. Andra indikatorer uppdateras med några års intervall, i samband med att Socialstyrelsen publicerar sina uppföljningsrapporter. Som en del i riktlinjearbetet har man också angett målnivåer för diabetesvården.

Sedan 2014 har det funnits ett nationellt diabetesråd, som under 2018 ombildats till en nationell arbetsgrupp för diabetes, inom det nya kunskapsstyrningssystemet. Rådet har tagit fram flera olika kunskapsunderlag, som vårdprogram och behandlingsstrategier, liksom utbildningsmaterial för personer med diabetes. En aktuell fråga rör den ökande användningen av insulinpump och kontinuerlig glukosmätning vid diabetes typ 1. Rådet har tagit fram ett vårdprogram för detta.

Tillgång på data för uppföljning

NDR är den väsentliga källan till kvalitetsdata om diabetesvård. Både primärvård (främst diabetes typ 2), medicinkliniker (diabetes typ 1) och barn- och ungdomskliniker ingår i NDR.

Över 1 100 vårdcentraler registrerar i och har tillgång till sina data från NDR. Täckningsgraden bedöms i riket vara cirka 90 procent, baserat på jämförelser med läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen.

NDR redovisar resultat på flera vis. I deras årliga årsrapport presenterar de utöver fördjupningsmaterial profiler för landsting och regionernas resultat jämfört med riket. På webbsidan finns också en resultatöversikt där användaren kan välja landstingens och regionernas respektive vårdgivare och se resultat för tolv indikatorer, bland dem Socialstyrelsens målnivåindikatorer. På Vården i siffror visar NDR över 30 indikatorer, uppdaterade varje kvartal. Även på 1177 visas kvalitetsmått från NDR.

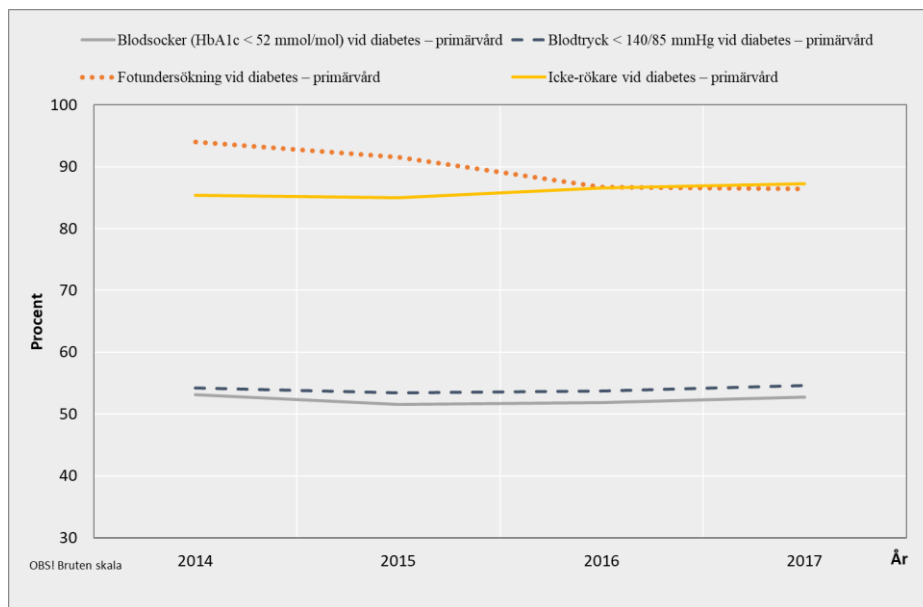
För att fånga effekterna av diabetesvårdens utveckling kan man jämföra olika hälsoutfall hos personer med diabetes med den befolkning som inte har diabetes. Det finns flera sådana resultatmått, med Socialstyrelsens hälsodata-register och dödsorsaksregistret som källor.

Slutligen finns det data om diabetesvård i SKL: s projekt PrimärvårdsKvalitet (PVQ), hämtade från journalsystemen. PVQ är i nuläget en modell där olika indikatorer definieras nationellt men beräknas och visas i lokala system, där man på vårdcentraler kan se sina resultat. Hösten 2017 var 40 procent av vårdcentralerna anslutna. Indikatorer planeras även att visas på Vården i siffror.

Resultat och tolkning av data

En viktig framgång är att det i Sverige finns ett väl utbyggt nationellt kvalitetsregister och även andra datakällor för att kunna beskriva diabetesvårdens utveckling. NDR publicerade våren 2015 en översikt om utvecklingen i ett 20-årsperspektiv.

Diagram 17 Diabetessjukvårdens utveckling – ett urval resultat, 2014-2017



Källa: Hämtat från *Vården i siffror*

I Diagram 17 visas utvecklingen sedan 2014 för några kvalitetsindikatorer. Förändringarna är små. Andelen som når behandlingsmålet för blodtryck i primärvård är i stort oförändrat de senaste åren, drygt 54 procent. Inget landsting eller region når Socialstyrelsens mål, vilket dock ett antal vårdcentraler gör. Andelen patienter som når behandlingsmålet för blodsockerkontroll (HbA1c < 52 mmol/l) är också oförändrad över tid, något över 50 procent.

Att resultaten är oförändrade över tid och att en stor andel patienter inte når behandlingsmålen väcker frågan om hur de ska tolkas.

Andelen som genomgår fotundersökning har klart minskat sedan 2014. Det sker en viss ökning av andelen som har insulinpump vid diabetes typ 1. Det finns stora skillnader mellan landstingen och regionerna, med en spridning på 12 till 33 procent.

Målnivåer i Socialstyrelsens riktlinjer finns för fem indikatorer för diabetes typ 1 och fem indikatorer för typ 2: Blodsockerkontroll, blodtryck, fotundersökning, ögonbottenundersökning samt rökning hos personer med diabetes. I resultatöversikten visas resultat för 2017 för samtliga dessa indikatorer. Den resultatöversikt som baseras på måluppfyllelse visar ett påtagligt negativt resultat – inte många landsting eller regioner når målen. Detta tyder på att Socialstyrelsens mål är högt satta.

Resultatöversikt 14 Diabetes

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	89,5	78,8	55,2	73,2	86,7	85,6	85,1	87,9	21,5	47,6	83,4	1,45
Uppsala	89,2	80,8	54,1	73,5	96,2	91,2	87,2	87,4	29,3	62,9	70,4	1,41
Sörmland	89,3	77,0	56,3	77,3	94,1	92,5	88,7	88,5	24,8	57,9	48,1	1,38
Östergötland	89,3	79,1	64,7	81,4	90,6	96,5	89,0	90,1	12,4	57,4	69,7	1,33
Jönköping	89,7	76,2	56,4	78,3	93,7	92,9	89,8	92,3	25,6	48,7	69,8	1,40
Kronoberg	89,1	80,2	54,0	72,6	92,2	88,8	87,8	91,4	25,8	65,8	72,7	1,50
Kalmar	90,9	79,9	51,1	68,8			87,4	89,0	26,0	59,8	65,3	1,31
Gotland	90,4	85,3	50,9	73,4	86,1	97,0	88,2	86,7	26,5	52,0	85,0	1,38
Blekinge	89,6	83,1	47,2	75,9	94,0	96,1	87,9	89,7	18,9	58,3	70,5	1,48
Skåne	90,1	78,2	49,8	73,1	84,4	93,1	86,2	87,2	25,4	55,5	71,2	1,31
Halland	93,3	84,7	56,7	77,4	87,4	91,5	88,2	89,6	24,1	55,8	70,6	1,43
Västra Götaland	89,8	82,8	55,6	77,5	85,5	85,1	86,6	91,0	23,3	57,7	85,6	1,45
Värmland	89,0	78,2	54,5	75,1	73,8	87,0	94,4	90,0	24,5	45,8	54,0	1,41
Örebro	91,8	83,8	57,0	74,0	95,5	85,7	87,4	92,1	23,5	61,8	69,6	1,27
Västmanland	90,7	79,9	53,7	74,4	89,1	95,8	87,2	87,2	20,0	51,8	74,9	1,36
Dalarna	90,7	79,5	54,9	73,7	90,7	88,8	87,6	89,2	29,5	56,7	81,3	1,37
Gävleborg	88,2	78,4	53,7	73,5	85,4	76,6	86,7	91,7	33,4	53,5	64,4	1,28
Västernorrland	89,5	83,4	55,5	65,5	92,9	96,2	89,2	92,6	24,9	65,7	57,2	1,37
Jämtland Härjedalen	91,2	82,2	52,5	71,4	96,6	96,0	88,3	92,1	21,8	50,9	87,9	1,21
Västerbotten	92,4	76,7	60,5	73,2	80,6	84,6	91,5	95,4	24,9	56,0	74,4	1,42
Norrbottnen	87,1	76,0	53,5	72,2	82,6	89,8	86,3	89,1	29,8	55,6	73,7	1,36
Riket	89,9	80,0	54,6	74,7	86,5	88,0	87,3	89,6	23,6	54,9	74,6	1,39

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Blodsocker (HbA1c ≤ 70 mmol/mol) vid diabetes – primärvård, %	G	Icke-rökare vid diabetes – primärvård, %
B	Blodsocker (HbA1c ≤ 70 mmol/mol) vid diabetes typ 1 – medicinklinik, %	H	Icke-rökare vid diabetes typ 1 – medicinklinik, %
C	Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes – primärvård, %	I	Insulinpump vid diabetes typ 1 – medicinklinik, %
D	Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes typ 1 – medicinklinik, %	J	Blodsocker (HbA1c < 57 mmol/mol) hos barn och unga med diabetes, %
E	Fotundersökning vid diabetes – primärvård, %	K	Ögonbottenundersökning hos barn och unga med diabetes typ 1 – medicinklinik, %
F	Fotundersökning vid diabetes typ 1 – medicinklinik, %	L	Överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdom vid diabetes, kvot

Resultatöversikt 15 Målnivå Diabetes

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H
Stockholm	89,5	78,8	55,2	73,2	86,7	85,6	85,1	87,9
Uppsala	89,2	80,8	54,1	73,5	96,2	91,2	87,2	87,4
Sörmland	89,3	77,0	56,3	77,3	94,1	92,5	88,7	88,5
Östergötland	89,3	79,1	64,7	81,4	90,6	96,5	89,0	90,1
Jönköping	89,7	76,2	56,4	78,3	93,7	92,9	89,8	92,3
Kronoberg	89,1	80,2	54,0	72,6	92,2	88,8	87,8	91,4
Kalmar	90,9	79,9	51,1	68,8			87,4	89,0
Gotland	90,4	85,3	50,9	73,4	86,1	97,0	88,2	86,7
Blekinge	89,6	83,1	47,2	75,9	94,0	96,1	87,9	89,7
Skåne	90,1	78,2	49,8	73,1	84,4	93,1	86,2	87,2
Halland	93,3	84,7	56,7	77,4	87,4	91,5	88,2	89,6
Västra Götaland	89,8	82,8	55,6	77,5	85,5	85,1	86,6	91,0
Värmland	89,0	78,2	54,5	75,1	73,8	87,0	94,4	90,0
Örebro	91,8	83,8	57,0	74,0	95,5	85,7	87,4	92,1
Västmanland	90,7	79,9	53,7	74,4	89,1	95,8	87,2	87,2
Dalarna	90,7	79,5	54,9	73,7	90,7	88,8	87,6	89,2
Gävleborg	88,2	78,4	53,7	73,5	85,4	76,6	86,7	91,7
Västernorrland	89,5	83,4	55,5	65,5	92,9	96,2	89,2	92,6
Jämtland Härjedalen	91,2	82,2	52,5	71,4	96,6	96,0	88,3	92,1
Västerbotten	92,4	76,7	60,5	73,2	80,6	84,6	91,5	95,4
Norrbottn	87,1	76,0	53,5	72,2	82,6	89,8	86,3	89,1
Målnivå utgiven av								
Socialstyrelsen	90,0	80,0	65,0	90,0	99,0	99,0	95,0	95,0

Målnivå – färger efter måluppfyllelse: För vissa indikatorer finns **endast en målnivå**. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars blir det röd färg. Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, så kallad **låg respektive hög målnivå**. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts, gul färg om man ligger mellan låg respektive hög målnivå. Har ingen av målnivåerna uppnåtts så blir det röd färg. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen brukar vara högre.

A	Blodsocker (HbA1c ≤ 70 mmol/mol) vid diabetes – primärvård, %	E	Fotundersökning vid diabetes – primärvård, %
B	Blodsocker (HbA1c ≤ 70 mmol/mol) vid diabetes typ 1 – medicinklinik, %	F	Fotundersökning vid diabetes typ 1 – medicinklinik, %
C	Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes – primärvård, %	G	Icke-rökare vid diabetes – primärvård, %
D	Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes typ 1 – medicinklinik, %	H	Icke-rökare vid diabetes typ 1 – medicinklinik, %

Psykisk hälsa

Psykisk ohälsa är ett växande problem i samhället. Under de senaste åren har sjukfrånvaron på grund av psykisk ohälsa ökat, liksom den rapporterade psykiska ohälsan. I dag insjuknar nästan en tredjedel av befolkningen någon gång i en depression och cirka en fjärdedel drabbas någon gång i livet av ett ångestsyndrom. I Sverige står psykiska diagnoser för cirka 45 procent av alla pågående sjukskrivningar. Problemen är något vanligare bland kvinnor.

Särskilt oroande är en ökad psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. I en genomlysning 2016 uppgav Socialstyrelsen att omkring 10 procent av flickor, pojkar och unga män har någon form av psykisk ohälsa. Motsvarande siffra för unga kvinnor är 15 procent. De diagnoser som främst bidrar till ökningen bland unga är depressioner och olika ångestsyndrom. Diagnoser som tyder på skadligt bruk och beroende av olika substanser ökar också, särskilt bland unga män. Samtidigt är det på många håll i landet långa väntetider för att komma i kontakt med barn- och ungdomspsykiatri.

Aktiviteter på området

Extra samhällsinsatser för att förbättra levnadsvillkor och vård för personer med allvarliga psykiska sjukdomar har pågått de senaste 20 åren. Vård och omhändertagande i landsting och regioner och kommuner har förändrats i positiv riktning och fler än någonsin får hjälp av socialtjänst och sjukvård. Samtidigt har efterfrågan på insatser ökat kraftigt.

Socialstyrelsen reviderade 2017 sina nationella riktlinjer för [Vård vid depression och ångestsyndrom](#), under 2018 kommer myndigheten att följa upp de nya indikatorerna och målnivåerna i riktlinjerna. Under 2018 kommer Socialstyrelsen även att publicera två särskilda genomlysningar av den psykiska hälsan hos barn och unga vuxna, samt hos äldre.

Tillgång till data

Vid uppföljning av den psykiska hälsan är såväl statistikens kvalitet som mätningarnas täckning problematisk. Eftersom enbart läkarbesök har kunnat rapporteras in till patientregistret, och att mer än hälften av besöken inom psykiatri sker till andra personalgrupper blir Socialstyrelsens statistik ofullständig. Den 15 mars 2017 beslutade regeringen om ändringar i författningen som gör det möjligt för Socialstyrelsen att även ta emot statistik för öppenvårdsbesök hos annan personalkategori än läkare. System för den inrapporteringen är under utveckling.

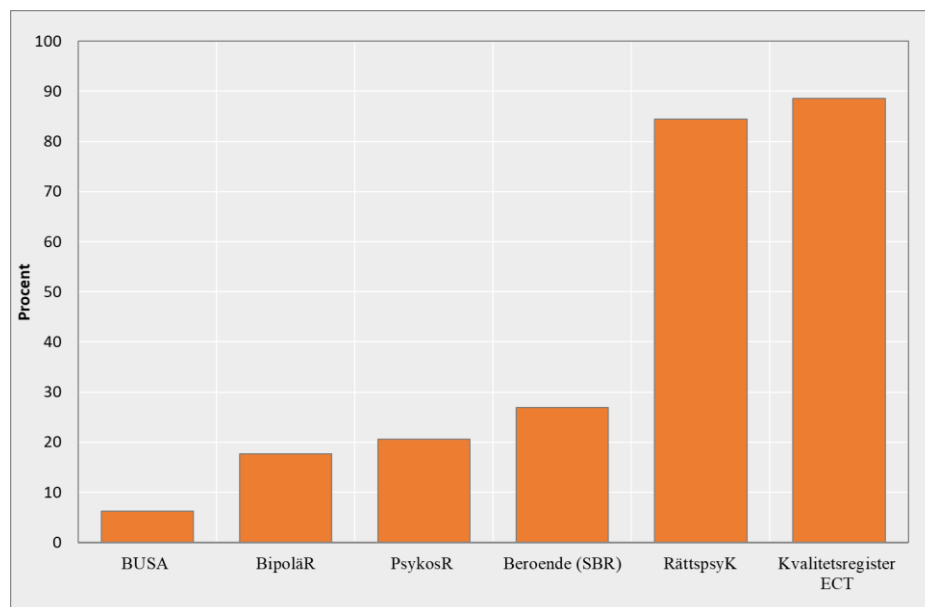
De nationella kvalitetsregister som finns för psykisk ohälsa är enbart ett fläckvis komplement till Socialstyrelsens hälsoregister.

För stora sjukdomsgrupper, som till exempel för de som drabbas av ångest och depression, finns inte några heltäckande kvalitetsregister.

Resultat och tolkning av data

De nationella kvalitetsregister som finns och har god täckningsgrad ger dock en relativt god möjlighet att följa resultat för särskilda diagnoser eller behandlingar inom psykiatrin, som till exempel elbehandling eller rättspsykiatri. Täckningsgraden av den definierade patientpopulationen varierar stort mellan de olika kvalitetsregistren, se Diagram 18.

Diagram 18 Täckningsgrad nationella kvalitetsregister inom psykiatrisk verksamhet, 2016



Källa: Socialstyrelsen; Täckningsgrader 2017

Resultatöversikt 16 Psykisk hälsa

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	65,1	41,6	86,5	52,4	42,2	99,3	79,9	75,9	12,1	16	13,6
Uppsala	57,9	49,0	95,8	53,4	45,0	82,9	91,3	84,0	9,4	13	14,3
Sörmland	68,8	40,5	85,9	53,0	45,9	86,3	75,1	66,9	10,7	13	14,4
Östergötland	82,8	54,4	92,4	53,5	53,3	98,7	64,1	78,7	7,4	13	13,6
Jönköping	66,2	33,7	89,0	53,9	46,9	95,2	51,4	80,6	11,3	13	12,9
Kronoberg	68,2	42,2	97,6	53,8		92,4	47,7	80,8	11,6	12	15,5
Kalmar	70,0	60,0	72,3	53,3	41,7	96,9	49,6	81,2	10,8	10	18,5
Gotland	68,8	34,2		51,9	27,8	78,4	95,2	73,9	13,0	12	24,4
Blekinge		44,4		55,4	56,3	99,4	74,7	79,0	17,1	11	21,9
Skåne	69,1	37,8	90,8	52,0	38,5	86,7	88,0	72,1	10,4	14	13,7
Halland	48,3	58,6	100,0	53,6	48,9	88,0	61,3	76,9	13,3	14	19,3
Västra Götaland	70,4	28,4	87,3	51,3	37,1	91,2	61,6	80,5	10,8	14	16,2
Värmland		31,4		52,6	38,9	96,5	39,3	80,5	10,5	12	14,8
Örebro	58,0	35,0	90,0	51,5	67,4	97,4	74,4	80,2	11,2	15	14,1
Västmanland		56,8	88,4	52,8	37,5	94,9	29,1	83,6	9,0	13	18,6
Dalarna	86,4	44,4	84,6	54,0	46,7	80,0	30,9	83,0	10,4	11	16,6
Gävleborg	58,7	41,9	91,8	53,4	46,6	91,3	49,7	79,2	10,7	10	22,8
Västernorrland	64,0	29,9	66,4	51,4	57,1	86,0	74,6	77,5	9,2	12	13,1
Jämtland Härjedalen	72,0	39,5	73,2	55,2	35,0	97,4		80,0	7,9	12	19,7
Västerbotten		23,4		52,5	38,2	80,9	42,3	79,3	10,7	13	7,9
Norrbottnen		31,9		54,0	23,1	85,1	55,8	83,1	9,8	11	12,1
Riket	66,0	38,0	88,0	52,6	42,6	93,3	71,8	77,9	11,0	14	14,9

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelser från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Behandling med litium vid bipolär sjukdom typ 1, %	G	Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri, %
B	Elbehandling vid svår depression, %	H	Behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, %
C	Läkemedelsuppföljning vid schizofreni och psykossjukdom, %	I	Återinskrivning inom 28 dagar efter vård för schizofreni, %
D	Följsamhet till läkemedelsbehandling vid depression, %	J	Nedsatt psykiskt välbefinnande, %
E	Symtomfrihet efter elbehandling, %	K	Själv mord i befolkningen, %
F	Genomförda första besök inom 90 dagar i allmänpsykiatrisk vård, %		

Resultatöversikt 17 Målnivå Psykisk hälsa

Landsting/regioner	A	B	C
Stockholm	65,1	41,6	86,5
Uppsala	57,9	49,0	95,8
Sörmland	68,8	40,5	85,9
Östergötland	82,8	54,4	92,4
Jönköping	66,2	33,7	89,0
Kronoberg	68,2	42,2	97,6
Kalmar	70,0	60,0	72,3
Gotland	68,8	34,2	
Blekinge		44,4	
Skåne	69,1	37,8	90,8
Halland	48,3	58,6	100,0
Västra Götaland	70,4	28,4	87,3
Värmland		31,4	
Örebro	58,0	35,0	90,0
Västmanland		56,8	88,4
Dalarna	86,4	44,4	84,6
Gävleborg	58,7	41,9	91,8
Västernorrland	64,0	29,9	66,4
Jämtland Härjedalen	72,0	39,5	73,2
Västerbotten		23,4	
Norrbottn		31,9	
<i>Målnivå utgiven av</i>			
Socialstyrelsen		40,0	
Kvalitetsregister	70,0		90,0

Målnivå – färger efter måluppfyllelse: För vissa indikatorer finns **endast en målnivå**. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars blir det röd färg. Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, så kallad **låg respektive hög målnivå**. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts, gul färg om man ligger mellan låg respektive hög målnivå. Har ingen av målnivåerna uppnåtts så blir det röd färg. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen brukar vara högre.

A	Behandling med litium vid bipolär sjukdom typ 1, %
B	Elbehandling vid svår depression, %
C	Läkemedelsuppföljning vid schizofreni och psykossjukdom, %

Kvinnosjukdom och förlossning

I detta avsnitt presenteras resultat för ett urval av indikatorer för fyra vanliga sjukdomstillstånd inom kvinnosjukvård där operationer utförs samt för graviditet och förlossning.

Under 2016 utfördes omkring 4 600 borttagningar av livmoder (hysterektomi) och lite drygt 4 900 kvinnor genomgick en operation av äggstockar och äggledare (adnexoperation). Omkring 4 900 kvinnor opererades för inkontinens och omkring 6 600 för livmoderframfall.

Det föds ungefär 115 000 – 120 000 barn i Sverige varje år och av dessa är cirka 3 400 flerbörder (främst tvillingar). 2016 skedde närmare 18 procent av alla förlossningar med kejsarsnitt. Andelen kejsarsnitt skiljer sig stort mellan landsting och regioner.

Aktiviteter på området

Regeringen och SKL slöt i december 2015 en överenskommelse om [en förbättrad förlossningsvård och andra insatser för kvinnors hälsa](#).

En kartläggning har gjorts under 2016 för att identifiera konkreta utmaningar och förbättringsområden utifrån överenskommelsens fokus. Förbättringsområden som identifieras för kvinnors hälsa är bland annat anpassad vård och läkemedelsförskrivning i primärvården, ökad kunskap om smärttillstånd hos kvinnor, utökat och mer jämlikt stöd i frågor som rör den sexuella- och reproduktiva hälsan, samt ett utökat fokus på äldre och yngre kvinnors fysiska och psykiska hälsa.

Regeringen och SKL har också träffat en tilläggsöverenskommelse om en extramiljard per år till mödrahälsovården och förlossningsvården under 2018-2022. Medlen ska öka tryggheten för blivande föräldrar i samband med graviditet, förlossning och eftervård.

I nära dialog med nyblivna föräldrar, vårdpersonal, forskare samt landsting och regioner har SKL genomfört en nationell kartläggning i syfte att stödja utvecklingen mot en sammanhållen vårdkedja som bättre svarar mot patienternas behov och olika förutsättningar. I mars 2018 publicerade SKL rapporten [Trygg hela vägen – Kartläggning av vården före, under och efter graviditet](#) som presenterar utvecklingsområden och förbättringsområden för svensk förlossningsvård. Nu pågår ett omfattande förbättringsarbete i landsting och regioner för att blivande föräldrar, såväl kvinnans som hennes partner/närstående, ska känna sig trygga hela vägen.

Det saknas idag nationella riktlinjer från Socialstyrelsen för kvinnosjukvård och förlossning och därmed också nationella indikatorer och målnivåer. Graviditetsregistret har tagit fram målvärden för några kvalitetsindikatorer.

Professionsföreningar inom området, exempelvis Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) tar dock fram riktlinjer inom respektive område. Bland annat kan nämnas ett gemensamt projekt, *Säker förlossningsvård*, där SFOG och SBF tillsammans med Svenska Barnläkarföreningens neonatalsektion och Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) har tagit fram rekommendationer och råd.

SBF och SFOG har i samarbete med Psykologer för Mödrahälsovård och Barnhälsovård tagit fram riktlinjer kring mödravård, sexuell och reproduktiv hälsa.

Tillgång till data och kvalitetsindikatorer

Kvalitets- och annan data för kvinnosjukvård och förlossning hämtas idag från olika datakällor, som Medicinska födelseregistret vid Socialstyrelsen, nationella kvalitetsregistren Graviditetsregistret, GynOp och Svenskt neonatalt kvalitetsregister samt i statistikdatabaser som tillhandahålls av SKL (Väntetider i vården, KPP-databasen). Kvalitetsindikatorer visas öppet bland annat i Vården i siffror, av Socialstyrelsen och i kvalitetsregisters rapporter. Det finns en jämförelsevis god tillgång på kvalitetsdata för kvinnosjukvård och förlossning.

Resultat och tolkning av data

I resultatöversikten visas ett urval av indikatorer för fyra vanliga sjukdomstillstånd inom kvinnosjukvård där operationer utförs samt för graviditet och förlossning.

Inom kvinnosjukvården syns skillnader mellan landstingen och regionerna, bland annat för borttagande av livmoder med titthålskirurgi och vaginal operation där andelen 2016 varierade mellan knappt 17 och 89 procent. För äggstocks- och äggledaroperationer som påbörjats med titthålskirurgi varierar andelen mellan knappt 64 och 98 procent samma år. Skillnaderna har dock minskat över tid.

Den svenska mödrahälso- och förlossningsvården håller hög kvalitet men det finns utvecklingsområden. Inom förlossningsvården finns det skillnader mellan landsting och regioner, bland annat vad gäller andel kvinnor som har varit på eftervårdsbesök efter förlossningen och andel kvinnor som screenas för riskbruk av alkohol före graviditet. Skillnaderna minskar något över tid. Få landsting eller regioner når de målnivåer som finns uppsatta av Graviditetsregistret.

Andelen planerade kejsarsnitt varierar mellan landstingen och regionerna. Kejsarsnittsfrekvensen kan inte direkt ses som ett kvalitetsmått för mödrahälsovård och förlossningsvård men kostnadsaspekten och variationen i medicinsk praxis mellan olika sjukhus och landsting och regioner gör frågeställningen intressant.

Faktorer som bland annat BMI (Body Mass Index) och föderskors ålder kan ha inverkan på både kvinnans och barnets hälsa. På Vården i Siffror finns mått som visar BMI och medelålder för förstföderskor i de olika landstingen och i de olika landstingen och regionerna.

Resultatöversikt 18 Kvinnosjukdom och förlossning

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Stockholm	3,2	73,7	88,7	7,5	95,0	98,2	87,3	95,3	67,2	75,9	69,3	0,094	11,5	56 613
Uppsala		84,5	85,5		98,2	97,4	98,3	95,8	78,2	73,8	60,2	0,155	8,4	61 141
Sörmland	2,5	81,6	88,0	4,2	87,3	93,9	92,6	86,3	73,0	70,9	50,7	0,095	10,2	37 539
Östergötland	2,1	88,9	90,5	3,3	98,6	98,6	98,6	84,0	63,9	82,4	21,1	0,178	6,2	48 949
Jönköping	2,0	84,8	94,3	5,5	91,8	98,3	97,7	88,7	72,4	78,4	38,0	0,038	7,0	50 128
Kronoberg		87,8	83,1		94,2	92,8	99,3	72,7	68,1	76,5	31,0		6,7	54 279
Kalmar	1,8	90,8	93,2	3,8	86,6	91,7	97,2	89,9	52,6	72,7	32,4	0,055	6,9	38 247
Gotland	3,3	90,0	94,6	4,8	96,0	99,1	8,1	72,4		82,4	16,7	0,145	7,3	
Blekinge	1,7	81,6	78,6	5,0	95,8	96,4	98,9	90,0	85,0	57,9	47,5	0,032	10,3	50 595
Skåne	2,3	89,5	83,6	5,3	89,4	91,6	94,9	85,4	68,3	73,5	57,4	0,106	7,3	50 576
Halland	1,2	96,5	93,4	4,4	91,2	95,6	96,7	98,0	77,6	82,3	89,0	0,026	7,0	62 776
Västra Götaland	1,8	84,3	55,8	6,1	84,7	88,9	95,5	94,4	64,4	72,6	55,3	0,107	8,1	43 333
Värmland		88,0			81,0	60,9	84,0	97,2	76,7	65,5	76,5	0,236	8,6	47 896
Örebro	2,4	83,3	93,9	7,2	88,1	93,5	84,3	87,6	76,9	80,4	63,9	0,169	8,5	48 942
Västmanland	2,0	75,1	87,6	6,2	94,2	96,1	96,1	89,4			38,5		7,3	49 400
Dalarna	2,1	78,0	79,8	4,4	92,5	88,2	97,0	95,7	62,3	56,9	65,3	0,042	7,1	45 917
Gävleborg	1,3	87,3	87,3	4,7	80,8	81,8	97,0	80,9	60,2	63,3	18,8	0,053	9,4	47 277
Västernorrland	2,1	76,8	87,8	3,7	86,1	93,6	87,8	92,7	70,0	77,4	79,0	0,026	7,9	53 100
Jämtland Härjedale	2,1	78,0	81,0	6,0	80,7	87,3	100,0	63,9	74,3	65,1	31,0	0,103	7,4	51 207
Västerbotten	2,8	82,6	75,4	5,2	85,2	89,9	98,0	83,5	70,0	82,5	30,9	0,162	9,4	53 275
Norrbottnen		82,4	86,6		77,9	88,8	87,5	85,9	59,7	77,2	26,2	0,025	6,5	51 639
Riket	2,3	82,6	81,8	5,9	89,0	93,6	93,2	91,8	67,7	74,1	55,2	0,113	8,7	50 887

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelser från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

Blå skala i maximalt sex nyanser: När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A	Bristningar vid icke instrumentell förlossning, %	F	Genomförda första besök inom 90 dagar i gynekologisk vård, %	K	Borttagande av livmoder med minimalinvasiv teknik, %
B	Eftervårdsbesök på barnmorskemottagning, %	G	Klinikbedömning av patientens enkätsvar efter gynekologisk operation, %	L	Verifierade vårdrelaterade infektioner i neonatalvård, per hundra vårddygn
C	Screening för riskbruk av alkohol före graviditet, %	H	Operation av äggledare och äggstockar med titthålskirurgi, %	M	Planerade kejsarsnitt, %
D	Stor blödning vid vaginal förlossning, %	I	Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation, %	N	Kostnad per producerad DRG-poäng – Vaginal förlossning, kr
E	Väntande 90 dagar första besök inom gynekologisk vård, %	J	Patientrapporterad minskning av framfallssymtom ett år efter operation, %		

Resultatöversikt 19 Målnivå Kvinnosjukdom och förlossning

Landsting/regioner	A	B	C	D
Stockholm	3,2	73,7	88,7	7,5
Uppsala		84,5	85,5	
Sörmland	2,5	81,6	88,0	4,2
Östergötland	2,1	88,9	90,5	3,3
Jönköping	2,0	84,8	94,3	5,5
Kronoberg		87,8	83,1	
Kalmar	1,8	90,8	93,2	3,8
Gotland	3,3	90,0	94,6	4,8
Blekinge	1,7	81,6	78,6	5,0
Skåne	2,3	89,5	83,6	5,3
Halland	1,2	96,5	93,4	4,4
Västra Götaland	1,8	84,3	55,8	6,1
Värmland		88,0		
Örebro	2,4	83,3	93,9	7,2
Västmanland	2,0	75,1	87,6	6,2
Dalarna	2,1	78,0	79,8	4,4
Gävleborg	1,3	87,3	87,3	4,7
Västernorrland	2,1	76,8	87,8	3,7
Jämtland Härjedalen	2,1	78,0	81,0	6,0
Västerbotten	2,8	82,6	75,4	5,2
Norrbottnen		82,4	86,6	
<i>Målnivå utgiven av</i>				
Kvalitetsregister	1,9	85,0	95,0	5,5

Målnivå – färger efter måluppfyllelse: För vissa indikatorer finns **endast en målnivå**. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars blir det röd färg. Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, så kallad **låg respektive hög målnivå**. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts, gul färg om man ligger mellan låg respektive hög målnivå. Har ingen av målnivåerna uppnåtts så blir det röd färg. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen brukar vara högre.

A	Bristningar vid icke instrumentell förlossning, %
B	Eftervårdsbesök på barnmorskemottagning, %
C	Screening för riskbruk av alkohol före graviditet, %
D	Stor blödning vid vaginal förlossning, %

Ortopedi – rörelseorganens sjukdomar

Här redovisas ett urval indikatorer och resultat för artros och osteoporosrelaterad fraktur, främst höftfraktur. Till rörelseorganens sjukdomar hör, utöver övrig ortopedisk sjukvård, även till exempel den inflammatoriska ledsjukdomen reumatoid artrit.

Artros i höft och knä är vanliga sjukdomstillstånd. I SKL-rapporten [Kronisk sjukdom i primärvården](#) skattas förekomsten av artros till över 300 000 personer eller sju procent av befolkningen över 45 år. Fysisk träning och annan livsstilspåverkan kan mildra besvären, minska vårdutnyttjande och sjukskrivningar och leda till att kirurgiska ingrepp kan skjutas upp eller undvikas.

Den vanligaste orsaken till att man behöver få en ledprotesoperation är artros. Antalet höft- och knäprotesoperationer har stadigt ökat. Under 2016 genomfördes drygt 17 000 primära totala höftprotesoperationer och över 16 000 knäprotesoperationer (år 2017).

Osteoporos eller benskörhet gör att skelettet blir skörare och lättare att bryta. Enligt en skattning är förekomsten av osteoporos i befolkningen 50 år och äldre nästan 15 procent. Socialstyrelsen bedömer att det årligen förekommer 70 000 osteoporosrelaterade frakturer. Förekomsten av höftfrakturer i Sverige är bland de högsta i världen, cirka 17 500 per år.

Nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer

Socialstyrelsens [Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar](#) innehåller rekommendationer om osteoporos, artros och inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Socialstyrelsen reviderar för tillfället riktlinjerna och indikatorerna, en översikt som beräknas vara klar 2019. Socialstyrelsens [Utvärdering av de nationella riktlinjerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar](#) innehåller 16 indikatorer. I [Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar](#) anges målnivåer för sex indikatorer om artros och osteoporos.

Socialstyrelsen publicerar löpande data för ytterligare några indikatorer inom området ortopedisk sjukvård.

Flera nationella kvalitetsregister finns inom artros- och fraktursjukvård. Till registret Bättre Omhändertagande vid Artros (BOA), rapporterar mottagningar som bedriver artrosskola. Cirka 75 000 patienter har börjat i artrosskola och finns i registret. Man redovisas resultat för flera kvalitetsindikatorer, även några på Vården i siffror.

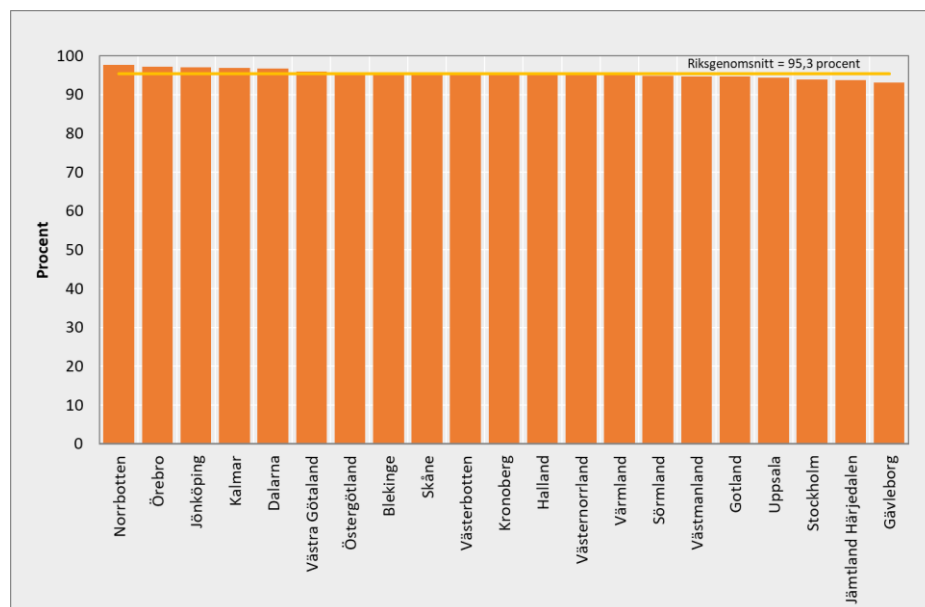
Svenska Höftprotesregistret och Svenska Knäprotesregistret har en omfattande och täckande registrering av protesoperationer i höft- och knäled.

Man publicerar sedan länge resultat för ett antal indikatorer, både på egna webbsidor, årsrapporter och på Vården i siffror. Det gäller både traditionella resultatmätt som protesöverlevnad, komplikationer och patientskattade resultat av operationen (PROM).

Kvalitetsregistret Rikshöft avser vård vid höftfraktur och publicerar flera kvalitetsindikatorer, både för den akuta fasen och olika resultat vid en uppföljning efter fyra månader. Slutligen finns bland de större registren Svenska Frakturregistret, ett relativt nytt register, dit tre av fyra berörda kliniker rapporterar. Registret är stort, med 60 000 registrerade frakturer under 2016. Samtliga frakturtyper för vuxna ingår.

Resultat och tolkning av data

Diagram 19 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation 10 år efter operation, 2017



Källa: Hämtat från Vården i siffror

Höft- och knäprotesregistren redovisar resultat för det klassiska resultatmättet protesöverlevnad (hur länge en inopererad ledprotes kan vara kvar, innan den måste bytas ut), där svenska resultat brukas beskrivas vara mycket goda i en internationell jämförelse.

I riket är sedan flera år resultaten stabilt goda och skillnaderna mellan landsting och region är små – för höftprotes, enligt Diagram 19.

Andelen omoperationer för höftprotes inom två år är stabilt låga. Andelen som drabbas av oönskade händelser (komplikationer), inom 90 dagar minskar. Andelen patienter som efter ett år anger att de är nöjda eller mycket nöjda med höftprotesoperationen uppgår till knappt 90 procent.

Andelen höftopererade patienter som genomgått artrosskola har fördubblats de senaste fem åren, till 44 procent. Detta tyder på att riktlinjernas rekommendation om detta fått ett visst genomslag.

För både knä- och höftprotesoperationer har andelen som genomförs inom vårdgarantins 90 dagar minskat tydligt de senaste åren. Dessa operationer görs i slutenvård och är förhållandevis vårdplatskrävande. Knapphet på vårdplatser för planerad vård kan därför ha bidragit till längre väntetider. Dock ökade antalet knäprotesoperationer påtagligt under 2017. Det finns även en klar men svårtolkad variation mellan landstingen och regionerna i antalet operationer per invånare. Antalet knäprotesoperationer per invånare som genomfördes i Östergötland 2016 var nästan hälften så få som i Gävleborg. Se vidare avsnittet om befolkningens vårdutnyttjande.

En viktig kvalitetsaspekt vid höftfraktur är att den akuta operationen inte dröjer. Under en följd av år har mediantiden till operation efter ankomst till sjukhus minskat från över 30 timmar till under 25, och nu planat ut. En ökad andel höftfrakturpatienter får nu protesoperation.

Antalet återfrakturer efter förstagångsfraktur visar en viss försämring över tid. Förebyggande läkemedelsbehandling vid benskörhetsfraktur har uppmärksamats som ett exempel på underbehandling, i förhållande till Socialstyrelsens målnivå. I nuläget är bara äldre data tillgängliga för denna indikator. När riktlinjerna revideras kommer frågan att belysas på nytt.

Resultatöversikt 20 Ortopedi - rörelseorganens sjukdomar

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Stockholm	97,1	37,3	86,5	24,7	66,2	98,8	2,2	94,0	66	48,5	10 683,8	38,2	95,5	48 118
Uppsala	63,4	42,3	86,2	30,7	69,3	95,1	2,5	94,3			4 780,3	37,7	96,1	56 599
Sörmland	63,1	37,8	76,3	23,6	62,5	95,6	3,3	94,8	66	53,8	10 492,4	51,2	96,3	50 722
Östergötland	95,7	61,6	90,4	21,9	67,9	99,2	1,6	95,7	66	57,6	11 789,4	41,7	95,8	55 923
Jönköping	91,6	31,5	85,0	22,2	60,0	98,3	2,2	97,0	64	59,1	12 116,2	58,0	97,0	54 120
Kronoberg	84,6	32,7	66,9	30,2	71,3	97,9	2,6	95,4	69	46,3	5 338,5	56,0	95,6	53 209
Kalmar	99,6	45,9	95,7	18,0	63,1	100,4	1,1	96,9	70	51,8	17 335,2	35,9	97,5	48 285
Gotland	91,9	45,9	82,8	20,6	59,2	99,8	2,2	94,6	87	59,3	4 136,9	45,3	94,3	
Blekinge	78,9	52,8	90,9	22,6	74,8	96,2	3,2	95,6	76	40,8	8 892,5	23,9	95,4	57 122
Skåne	87,2	31,8	64,6	22,8	69,8	102,3	1,5	95,4	73	57,7	6 755,7	39,4	95,8	49 175
Halland	97,5	30,3	91,9	23,1	69,4	98,8	2,4	95,3	72	45,3	7 276,5	28,2	95,2	49 063
Västra Götaland	68,6	48,2	70,7	24,9	68,9	95,6	2,0	95,9	73	48,1	7 677,7	51,3	96,0	50 711
Värmland	60,6	63,0	74,7	23,9	70,3	95,8	3,6	95,1	60	43,9	8 218,6	53,5	96,5	51 573
Örebro	88,3	45,3	92,8	28,3	56,1	96,3	1,8	97,2	66	45,3	7 664,3	39,7	96,6	54 412
Västmanland	57,3	64,1	77,3	21,5	61,4	95,3	3,1	94,6	71	46,0	4 289,4	50,2	94,9	50 387
Dalarna	63,2	53,7	74,4	18,8	73,0	97,1	1,8	96,8	66	58,8	6 336,0	47,0	96,1	45 605
Gävleborg	82,3	40,5	75,5	19,5	64,0	99,1	1,7	93,0	66	50,0	9 431,7	40,8	94,9	53 365
Västernorrland	54,8	51,4	71,6	19,1	70,9	102,1	1,5	95,3			10 752,1	64,2	96,7	58 021
Jämtland Härjedalen	45,7	68,8	76,0	21,3	63,4	99,6	2,5	93,7			6 206,6	44,0	96,3	52 370
Västerbotten	60,2	68,8	55,7	23,1	60,4	98,3	2,0	95,4	73	57,2	13 986,0	39,3	96,3	51 988
Norrbottnen	44,2	41,6	73,2		66,5	99,4	0,6	97,6			14 358,5	28,9	97,3	48 550
Riket	81,6	43,6	78,5	23,5	67,0	100,0	2,0	95,3	69	51,2	9 422,9	42,2	96,0	50 885

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

Blå skala i maximalt sex nyanser: När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A	Genomförda första besök inom 90 dagar i ortopedisk vård, %	H	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation, %
B	Artrosskola före höftprotesoperation, %	I	Åter till eget boende efter höftfraktur, %
C	Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i ortopedisk vård, %	J	Gå utomhus efter höftfraktur, %
D	Tid till operation vid höftfraktur, timmar	K	Återfraktur inom 3 år efter fragilitetsfraktur, antal per 100 000 levnadsår
E	Protesoperation vid höftfraktur, %	L	Antibiotika i rätt tid vid knäprotesoperation, %
F	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, index	M	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation, %
G	Omoperation efter total höftprotesoperation, %	N	Kostnad per producerad DRG-poäng – Primära ledproteser i höft, kr

Njursjukdom

Kronisk njursjukdom (chronic kidney disease, CKD) indelas i fem stadier efter sjukdomsgrad, från njurskada utan påverkan på njurfunktion till terminal njursvikt, där njurfunktionen försvagats så mycket att dialys eller transplantation krävs för att patienten ska överleva. Högt blodtryck och framförallt diabetes är viktiga bakomliggande orsaker till nedsatt njurfunktion.

Tio procent av befolkningen bedöms ha kronisk njursjukdom, men det är bara en liten andel av dessa personer som får avancerad njursvikt och blir aktuella för aktiv uremivård (CKD stadium 4-5) med dialys eller njurtransplantation. Knappt 9 700 patienter har antingen transplanterad njure eller behandlas i dialys, enligt Svenskt Njurregister.

Det är stor variation i sjukdomsförekomst mellan landstingen och regionerna. Årligen tillkommer cirka 1 100 patienter i aktiv uremivård, vilket gällt i 20 år. Den tidigare befarade ökningen av nyinsjuknande i avancerad njursvikt har uteblivit. Däremot växer antalet patienter i behandling, som följd av ökad överlevnad.

I den del av kvalitetsregistret Svenskt Njurregister som avser patienter med kronisk sjuksjukdom i stadium 4 eller högre, som följs upp vid specialiserade njurmedicinska mottagningar, finns det drygt 13 000 patienter (31 dec 2016). Cirka 3 000 nya patienter tillkommer varje år. Totala antalet ökar, men i avtagande takt – en del patienter startar behandling i aktiv uremivård, andra avlider.

Nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer

Socialstyrelsen har inga nationella riktlinjer för kronisk njursjukdom och därmed finns det heller inga av Socialstyrelsen fastslagna indikatorer för uppföljning. Några indikatorer som avser diabetesvård har relevans för njursjukdom.

Rekommendationer/vårdprogram arbetas fram av landsting och regioner. Svensk Njurmedicinsk förening stödjer genom bland annat rekommendationer tillämpningen av internationella riktlinjer i svensk njursjukvård. Det finns väl etablerade njurmedicinska nätverk, med professionsorganisationer, Svenskt Njurregister och patientorganisationen Njurförbundet.

För aktiv uremivård finns även ett internationellt registersamarbete, där det svenska kvalitetsregistret medverkar med data om sjukdomsförekomst, behandling och överlevnad, Registry of the European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association. De svenska resultaten står sig väl i en internationell jämförelse, enligt kvalitetsregistrets årsrapport från 2017.

Tillgång till data

Hälsodataregister vid Socialstyrelsen är för njursjukvård en osäker källa till indikatorer för uppföljning eller studier av sjukdomsförekomst. Det kan finnas en betydande underdiagnostisering: Andelen patienter med kronisk njursvikt stadium 3 eller lägre som fått en ICD 10 diagnos för sjuksjukdom är mycket låg, skriver man i kvalitetsregistrets årsrapport.

Inte heller Svenskt Njurregister fångar alla patienter som enligt rekommendationer borde remitteras till njurmedicinsk mottagning, även om alla landets njurmedicinska kliniker deltar i kvalitetsregistret. Arbete med att öka medvetenheten om kronisk sjuksjukdom, som ofta inte ger symtom förrän i sena stadier, pågår på flera olika nivåer, i samarbete med primärvården. För aktiv uremivård (dialys, transplantation) är täckningsgraden mycket hög.

Svenskt Njurregister har i flera år medverkat med kvalitetsindikatorer i Öppna jämförelser och därefter i Vården i siffror. I registrets senaste årsrapport redovisar man ytterligare indikatorer, och även målnivåer för dessa. Flera av dessa ingår i resultatöversikten.

Utveckling över tid – några resultat

Överlevnad är ett viktigt resultatmått för aktiv uremivård. Risken för död under det första behandlingsåret har minskat med 60 procent mellan 1990 och 2014. Framförallt för de dialysbehandlade har mortaliteten minskat kraftigt sedan 1990-talets början, men ökad tillgång till njurtransplantation är viktig, eftersom transplantation ger bättre livskvalitet och klart ökad överlevnad.

En indikator som visar risken för att avlida inom fem år efter start av aktiv uremivård, visar att skillnaderna mellan landsting och region är måttliga: Inget landsting eller region har en statistiskt säkerställd större risk att dö, jämfört med risken för riket som helhet. Måttet, som ingår i resultatöversikten, har data till och med 2014, men består av 10 års patienter, vilket gör det robust.

För den indikator som mäter hur tillgång till blodbanan vid bloddialys skapas, är däremot skillnaderna större. Det sker heller ingen stor förbättring över tid. För drygt 70 procent av patienterna skapas access till blodbanan med någon av de två rekommenderade metoderna.

Resultatöversikt 21 Njursjukdom

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	89,8	78,7	57,9	66,0	84,9	53,1	74,3	70,0	38,6	98,9	90,9
Uppsala	90,5	84,2	54,3	65,1	87,3	60,0	67,5	53,8	35,6	98,0	104,1
Sörmland	90,1	81,6	53,9	75,7	85,5	50,0	79,7	55,4	35,9	101,7	169,1
Östergötland	90,8	72,0	53,0	59,1	80,6	52,0	69,4	69,9	20,8	107,8	103,3
Jönköping	90,4	67,7	52,2	68,6	85,6	54,2	76,3	72,5	29,7	101,3	121,1
Kronoberg	88,5	53,6	53,7	70,9	84,9	65,0	86,7	66,7	29,2	102,4	137,7
Kalmar	89,3	55,8	57,8	59,2	87,9	70,0	86,0	74,0	42,4	100,0	156,4
Gotland	88,4	85,0	71,9	50,8	89,2	65,4	80,8	80,8	30,8	98,8	171,5
Blekinge	86,5	68,3	56,9	70,7	82,9	67,9	85,7	60,7	28,6	99,1	69,2
Skåne	67,7	62,3	42,8	69,4	88,4	59,9	63,9	70,9	41,4	95,7	125,1
Halland	84,4	69,0	53,9	64,0	89,9	67,1	75,9	55,7	56,3	102,5	120,9
Västra Götaland	84,9	63,6	64,1	65,3	86,7	50,5	76,8	66,1	40,7	98,2	101,7
Värmland	98,6	80,9	44,0	67,3	82,4	63,6	75,2	81,8	19,6	99,0	175,1
Örebro	76,7	68,1	59,5	71,4	84,5	61,1	84,1	63,7	30,8	94,4	148,2
Västmanland	94,7	68,8	49,0	66,7	84,9	53,8	76,3	76,3	31,4	101,2	118,8
Dalarna	94,5	82,1	46,3	47,4	81,3	70,0	76,4	58,2	26,6	97,3	164,7
Gävleborg	65,8	90,9	53,0	65,0	93,4	79,8	90,5	82,1	47,9	103,8	133,3
Västernorrland	91,8	65,1	53,6	51,5	85,1	68,5	80,6	71,3	28,6	101,9	146,5
Jämtland Härjedalen	84,8	79,2	55,9	61,7	83,0	63,3	57,1	73,5	47,5	98,2	131,5
Västerbotten	95,3	92,3	52,9	60,0	92,8	58,1	85,1	55,4	29,7	97,2	74,9
Norrbottnen	70,8	58,3	57,8	53,6	86,6	69,9	45,8	75,9	37,3	102,5	111,6
Riket	85,7	72,5	54,2	65,6	85,8	58,6	74,3	68,7	36,5	100,0	115,2

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

Blå skala i maximalt sex nyanser: När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A	Registrerad diagnos vid njursjukdom, %	G	Måluppfyllelse för behandlingsdos vid dialys vid njursvikt, %
B	RAAS-hämmande läkemedelsbehandling vid diabetesrelaterad njursvikt, %	H	Tillgång till blodbanan vid bloddialys vid njursvikt, %
C	Måluppfyllelse vid ESL-behandlad njursvikt, %	I	Självdialys vid påbörjande dialys vid njursvikt, %
D	Måluppfyllelse för blodtryck vid njursvikt, %	J	Risk för död vid svår njursvikt, relativ risk
E	Måluppfyllelse för fosfatnivå vid njursvikt av grad 4-5, %	K	Nya patienter i aktiv uremivård (svår njursvikt) - ojusterat, antal per miljoner invånare
F	Måluppfyllelse för fosfatnivå vid njursvikt, %		

Resultatöversikt 22 Målnivå Njursjukdom

Landsting/regioner	A	B	C	D	E
Stockholm	89,8	78,7	57,9	66,0	84,9
Uppsala	90,5	84,2	54,3	65,1	87,3
Sörmland	90,1	81,6	53,9	75,7	85,5
Östergötland	90,8	72,0	53,0	59,1	80,6
Jönköping	90,4	67,7	52,2	68,6	85,6
Kronoberg	88,5	53,6	53,7	70,9	84,9
Kalmar	89,3	55,8	57,8	59,2	87,9
Gotland	88,4	85,0	71,9	50,8	89,2
Blekinge	86,5	68,3	56,9	70,7	82,9
Skåne	67,7	62,3	42,8	69,4	88,4
Halland	84,4	69,0	53,9	64,0	89,9
Västra Götaland	84,9	63,6	64,1	65,3	86,7
Värmland	98,6	80,9	44,0	67,3	82,4
Örebro	76,7	68,1	59,5	71,4	84,5
Västmanland	94,7	68,8	49,0	66,7	84,9
Dalarna	94,5	82,1	46,3	47,4	81,3
Gävleborg	65,8	90,9	53,0	65,0	93,4
Västernorrland	91,8	65,1	53,6	51,5	85,1
Jämtland Härjedalen	84,8	79,2	55,9	61,7	83,0
Västerbotten	95,3	92,3	52,9	60,0	92,8
Norrbottn	70,8	58,3	57,8	53,6	86,6
<i>Målnivå utgiven av</i>					
Kvalitetsregister	75,0	75,0	60,0	70,0	75,0

Målnivå – färger efter måluppfyllelse: För vissa indikatorer finns **endast en målnivå**. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars blir det röd färg. Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, så kallad **låg respektive hög målnivå**. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts, gul färg om man ligger mellan låg respektive hög målnivå. Har ingen av målnivåerna uppnåtts så blir det röd färg. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen brukar vara högre.

A	Registrerad diagnos vid njursjukdom, %	C	Måluppfyllelse vid ESL-behandlad njursvikt, %
B	RAAS-hämmande läkemedelsbehandling vid diabetesrelaterad njursvikt, %	D	Måluppfyllelse för blodtryck vid njursvikt, %
		E	Måluppfyllelse för fosfatnivå vid njursvikt av grad 4-5, %

Figur-, resultat- och diagramförteckning

<i>Figur 1 Rapportens 15 tematiska områden</i>	15
--	----

<i>Resultatöversikt 1 Sammanhållet vårdssystem – god och nära vård</i>	24
<i>Resultatöversikt 2 Patientsäkerhet</i>	27
<i>Resultatöversikt 3 Patienters och befolkningens syn på vården</i>	31
<i>Resultatöversikt 4 Tillgänglighet - väntetider</i>	36
<i>Resultatöversikt 5 Befolkningens vårdutnyttjande</i>	40
<i>Resultatöversikt 6 Ekonomiska resultat, kostnader och produktivitet</i>	47
<i>Resultatöversikt 7 Personal- och arbetsgivarfrågor</i>	51
<i>Resultatöversikt 8 Hjärtsjukdom</i>	56
<i>Resultatöversikt 9 Målnivå Hjärtsjukdom</i>	57
<i>Resultatöversikt 10 Stroke</i>	62
<i>Resultatöversikt 11 Målnivå Stroke</i>	63
<i>Resultatöversikt 12 Cancer</i>	67
<i>Resultatöversikt 13 Målnivå Cancer</i>	68
<i>Resultatöversikt 14 Diabetes</i>	72
<i>Resultatöversikt 15 Målnivå Diabetes</i>	73
<i>Resultatöversikt 16 Psykisk hälsa</i>	76
<i>Resultatöversikt 17 Målnivå Psykisk hälsa</i>	77
<i>Resultatöversikt 18 Kvinnsjukdom och förlossning</i>	80
<i>Resultatöversikt 19 Målnivå Kvinnsjukdom och förlossning</i>	81
<i>Resultatöversikt 20 Ortopedi - rörelseorganens sjukdomar</i>	85
<i>Resultatöversikt 21 Njursjukdom</i>	88
<i>Resultatöversikt 22 Målnivå Njursjukdom</i>	89

<i>Diagram 1 Antal slutenvårdsperioder för hjärtsvikt, astma, KOL eller diabetes per 100 000 invånare 20 år och äldre, 2007-2016. 3 års rullande mätperiod</i>	22
<i>Diagram 2 Överbeläggningar i somatisk slutenvård, 2014-2017</i>	23
<i>Diagram 3 Andel patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård, 2010-2017</i>	26
<i>Diagram 4 Resultat för sju dimensioner i Nationell Patientenkät i primärvård, 2015-2017</i>	29
<i>Diagram 5 Tillgänglighet i primärvård, specialiserad somatisk och psykiatrisk vård – ett urval resultat, 2012-2017</i>	34
<i>Diagram 6 Väntetider inom cancersjukvård – ett urval resultat, 2010-2017</i>	35
<i>Diagram 7 Andel nyfödda som vårdas i neonatalvård, 2016</i>	38
<i>Diagram 8 Antal vårddagar per 1 000 invånare, 2016</i>	39
<i>Diagram 9 Landstingens och regionernas resultat i miljarder kronor samt som andel av skatter och statsbidrag, 2001-2017</i>	42
<i>Diagram 10 Hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP, 2001-2016</i>	45
<i>Diagram 11 Akut hjärtinfarkt - förekomst och dödlighet per 100 000 invånare, 2004-2016</i>	53
<i>Diagram 12 Hjärtinfarktvårdens utveckling - ett urval resultat, 2010-2017</i>	54
<i>Diagram 13 Stroke - förekomst och dödlighet per 100 000 invånare, 2000-2016</i>	60
<i>Diagram 14 Strokesjukvårdens utveckling - ett urval resultat, 2011-2017</i>	61
<i>Diagram 15 Överlevnad vid olika cancerdiagnoser, 1995-2014</i>	65
<i>Diagram 16 Multidisciplinär konferens om patientens behandling vid cancer, 2010-2017</i>	66
<i>Diagram 17 Diabetessjukvårdens utveckling – ett urval resultat, 2014-2017</i>	71
<i>Diagram 18 Täckningsgrad nationella kvalitetsregister inom psykiatrisk verksamhet, 2016</i>	75
<i>Diagram 19 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation 10 år efter operation, 2017</i>	83

Hälso- och sjukvårdsrapporten 2018

Rapporten beskriver den aktuella utvecklingen i hälso- och sjukvården, med stöd av tillgängliga sjukvårdsdata. Det gäller till exempel tillgänglighet, kostnader, patienternas erfarenheter och befolkningens syn på sjukvården, men i lika hög grad medicinska resultat för olika sjukdomsgrupper.

Genom resultatöversikter på olika områden ger rapporten överblick. Landstingens och regionernas resultat jämförs, i den tradition av öppna kvalitetsjämförelser som sedan länge är etablerad i Sverige. Detta är ett stöd för landsting och regioner, men bidrar också till transparens om sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Rapporten är den första i en serie årliga rapporter.

Upplysningar om innehållet
Fredrik, Westander, fredrik.westander@skl.se
Camilla Eriksson, camilla.b.eriksson@skl.se (data)
Siv-Marie Lindquist, siv-marie.lindquist@skl.se (data)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
ISBN: 978-91-7585-637-7