

Hälsa- och sjukvårds- rapporten 2019

Öppna Jämförelser

Förord

För andra året i rad publicerar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) aktuell rapport - *Hälso- och sjukvårdsrapporten – Öppna jämförelser*. Rapporten är årligen återkommande, och kommer att utvecklas över tid.

Sedan flera år tillbaka publicerar SKL en mängd kvalitetsdata och annan data kring hälso- och sjukvården på webbplatsen Vården i siffror, med kontinuerlig uppdatering. Utöver den löpande redovisningen av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet via Vården i siffror, finns det ett fortsatt behov av sammanställningar där resultat lyfts fram och uppmärksammas. Därför väljer SKL att årligen publicera aktuell rapport.

Syftet med rapporten är att beskriva den aktuella utvecklingen i hälso- och sjukvården men även att skapa överblick och jämföra regioners resultat med varandra, i den tradition av öppna kvalitetsjämförelser som sedan länge nu är etablerad i Sverige. Detta är ett stöd för regionerna i deras ledning, styrning och verksamhetsutveckling, men bidrar också till transparens om sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Årets rapport fokuseras på åtta olika, breda teman. Mer diagnosspecifika jämförelser och resultat återfinns på Vården i siffror.

Under 2019 har regionerna i samverkan, med stöd av SKL, fortsatt etablera 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.

En ambition är att respektive programområde beskrivs och resultat presenteras i så kallade områdesrapporter på Vården i siffror. Områdesrapporterna kan uppdateras löpande men även ligga till grund för olika typer av sammanställningar, som i denna, årligen återkommande rapport.

Stockholm, juni 2019

Fredrik Lennartsson

Direktör, Avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Omställning till Nära vård	6
Patienters och befolkningens syn på vården.....	6
Tillgänglighet och väntetider	6
Säker vård	7
Resultat för stora sjukdomsgrupper	7
Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer.....	7
Ekonomiska resultat och kostnader	7
Kompetensförsörjning.....	8
Inledning	9
Rapportens innehåll och övrigt underlag.....	9
God hälso- och sjukvård genom kunskapsstyrning	11
Förbättringsinsatser	11
Planerade insatser i nationella programområden och samverkansgrupper 2019.....	12
Den gemensamma nationella nivån speglas i det regionala arbetet	12
Ledning och stöd nationellt.....	12
Områdesrapporter	13
Nationell koncentration av högspecialiserad vård (nivåstrukturering).....	13
Omställning till Nära vård	14
Omställningen är komplex, uppföljning etableras stegvis	14
Rörelser i riktning mot en god och nära vård	14
Rörelsen från slutet till öppen vård.....	15
Rörelsen från reaktiv till proaktiv vård	16
Rörelsen mot bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård	17
Rörelse mot ökad tillgänglighet i den nära vården	18
Rörelse mot hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser.....	18
Uppföljningen av omställning till Nära vård	18
Patienters och befolkningens syn på vården	19
Sverige och andra länder	19
Nationell patientenkät	20
Hälso- och sjukvårdsbarometern.....	20
Tillgänglighet och väntetider	22
Tillgänglighetsmätningarna utvecklas	22
Stabil tillgänglighet i primärvård 2018 – nya mätningar 2019	22
Väntetidsutvecklingen under 2018 - inget trendbrott i specialiserad vård.....	23
Fler väntar på besök eller behandling	24
Fler vårdas enligt standardiserade vårdförlopp i cancersjukvård.....	24
Patienter positiva till sjukvårdens tillgänglighet – befolkningen mera skeptisk	25
Säker vård	27
Strukturerad journalgranskning	27

Mer om skador inom psykiatri	28
Överbeläggningar	29
Punktprevalensmätningar av vårdskador	29
Checklista för säker kirurgi – användningen ökar	30
Resultat för stora sjukdomsgrupper	32
Sjukdomsförekomsten minskar för viktiga sjukdomar	32
Färre påverkbara dödsfall, bättre resultat vid stroke och hjärtinfarkt	33
Överlevnaden vid cancer ökar	34
Diabetes – vanlig kronisk sjukdom med sjunkande överrisk för hjärtsjukdom	36
PROM – när patienten själv bedömer behandlingens resultat	36
Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer	39
Kunskapsbaserad sjukvård - följs nationella riktlinjer, nås målnivåer?	39
Måluppfyllelsen för stroke och hjärtinfarkt ökar	40
Cancersjukvårdens utveckling – en blandad bild	41
Diabetessjukvården förbättras, men få målnivåer nås	42
Ekonomiska resultat och kostnader	43
Resultaten försämrades i 16 av 20 regioner 2018	43
Investeringarna ökade dubbelt så snabbt	44
Demografiska förändringar medför påfrestningar	45
Regionernas sjukvårdskostnader ökar, men BNP-andelen är konstant	46
Kostnader och resurser i regionernas hälso- och sjukvård – utveckling över tid	47
Kompetensförsörjning	50
Rekryteringsutmaningen	50
Ingen flykt från hälso- och sjukvården	51
Strategier för att möta rekryteringsutmaningen	52
Fler jobbar mer	52
Förläng arbetslivet	53
Utbildning	54
Användning av inhyrd personal	55
Hållbart medarbetarengagemang	55
Sjukfrånvaro	56
Bilaga Resultattabblår	57
Metodbeskrivning för resultattabblår	57
Resultattabblå 1. Omställning till Nära vård	59
Resultattabblå 2. Patienters och befolkningens syn på vården	60
Resultattabblå 3. Tillgänglighet och väntetider	61
Resultattabblå 4. Säker vård	62
Resultattabblå 5. Resultat för stora sjukdomsgrupper	63
Resultattabblå 6. Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer	64
Resultattabblå 7. Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer – färgsättning baserad på målnivå	65
Resultattabblå 8. Ekonomiska resultat och kostnader	66
Resultattabblå 9. Kompetensförsörjning	67

Sammanfattning

Sammantaget finns det mycket att vara stolt över i den svenska hälso- och sjukvården. De medicinska resultaten visar på tydliga förbättringar för flera stora sjukdomsgrupperna så som cancer, hjärtinfarkt och stroke. Samtidigt finns det utmaningar med till exempel något minskat förtroende för vården och bristande tillgänglighet.

I denna rapport beskrivs utvecklingen i hälso- och sjukvården genom åtta tematiska avsnitt. Till respektive tema har ett urval kvalitets- och andra mått valt ut. De aktuella temaområdena är:

- Omställning till Nära vård
- Patienters och befolkningens syn på vården
- Tillgänglighet och väntetider
- Säker vård
- Resultat för stora sjukdomsgrupper
- Kunskapsbaserad vård - måluppfyllelse i riktlinjer
- Ekonomiska resultat och kostnader
- Kompetensförsörjning

Resultaten presenteras i en färglagd resultattabla för respektive tema, där samtliga regioners resultat redovisas. Senast tillgängliga data används, som regel 2018. Ingen sammanvägd ranking görs, vare sig inom ett tema eller totalt. Källorna är framförallt Socialstyrelsens hälsodataregister, nationella kvalitetsregister och de olika datainsamlingar SKL genomför tillsammans med regionerna. De allra flesta mått och indikatorer i rapporten visas på webbplatsen Vården i siffror. Där finns dessutom ett stort antal ytterligare mått som belyser hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Omställning till Nära vård

Omställningen till Nära vård kan uttryckas som olika rörelser, till exempel i riktning mot öppna vårdformer, proaktivt omhändertagande som minskar behovet av akuta inläggningar och generellt bättre samverkan i vård- och omsorgssystemet. Det finns en klar rörelse i riktning mot öppna vårdformer, som förefaller ha accelererat under senare år. Antalet slutenvårdsplatser och befolkningens slutenvårdsutnyttjande minskar. Detsamma gäller så kallad undvikbar slutenvård och andelen vårdplatser belagda med utskrivningsklara patienter som minskar kraftigt.

Patienters och befolkningens syn på vården

Den årliga befolkningsenkäten Hälso- och sjukvårdsbarometern visar att förtroendet för hälso- och sjukvården i sin helhet är oförändrat, med 61 procent positiva svar. Andelen som anser att de har tillgång till den vård man behöver har minskat något över tid. Det är även färre som uppfattar att väntetiden till besök och behandling är rimlig.

Samtidigt är resultaten i Nationell patientenkät överlag positiva. Patienter som vårdats i somatisk slutenvård, besökt primärvård eller specialiserade somatiska mottagningar har hög uppskattning av sitt besök. Skillnaderna mellan åren är små, likaså mellan regioner, medan resultaten varierar mera påtagligt mellan enheter.

Tillgänglighet och väntetider

För andelen patienter som väntat på eller genomfört nybesök eller behandling i den specialiserade somatiska vården har inget brett trendbrott skett. För nybesök till läkare är utvecklingen svagt positiv under 2018, medan det försämrades för behandlingar.

Inom primärvården är andelen som får telefonkontakt respektive läkarbesök inom vårdgarantins tidsgränser fortsatt stabila och höga under 2018.

Standardiserade vårdförlopp är ett nytt instrument i den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken. Nu finns det cirka 30 standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården, där ledtider mäts, lokalt och nationellt. Mätningarna är nya och datakvaliteten på nationell nivå är i nuläget osäker.

Säker vård

Överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat de senaste åren. Båda innebär en ökad risk för vårdskador, framför allt för utlokaliserade patienter.

Exempel på vanliga vårdskador är vårdrelaterade infektioner, trycksår och blåsöverfyllnad. Efter att ha legat tämligen konstant, ses nu en minskning av trycksår hos patienter i slutenvård.

Vid cirka 8 procent av 83 000 granskade vårdtillfällena drabbades patienter av undvikbara skador.

WHO har i internationell samverkan etablerat en checklista för säker kirurgi, som används inför, under och efter operationen. Den används sedan flera år i Sverige. Andelen operationer där den kompletta checklistan används har år för år ökat och uppgår 2018 till 76 procent.

Resultat för stora sjukdomsgrupper

För flera stora folksjukdomar är utvecklingen positiv. Både förekomst av och dödlighet i akut hjärtinfarkt har minskat påtagligt. Förekomsten per 100 000 invånare har nästan halverats de senaste tjugo åren.

Förekomsten av cancer har ökat de senaste 20 åren, men inte på senare år. Den relativa femårsöverlevnaden vid cancer ökar, och uppgår till närmare 60 procent i den senaste mätningen. För personer med diabetes, som är en kronisk sjukdom, har risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar minskat. Det finns tecken på att den psykiska ohälsan i befolkningen ökar.

Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer

Både Socialstyrelsen och Nationella Kvalitetsregister anger målnivåer för olika kvalitetsindikatorer, oftast så kallade processmått. Målen kan vara högt satta och att de inte nås behöver inte betyda att resultatet är dåligt, men det är viktigt att en förbättring sker.

Av Socialstyrelsens målnivåsatta mått fanns i april 2019 närmare 70 på Vården i Siffror. Målnivån nåddes i riket för 20 procent av dessa. För majoriteten av dessa, drygt 60 procent, skedde en förbättring under den senaste mätperioden. För kvalitetsregisters drygt 110 målnivåsatta indikatorer nåddes målnivån för cirka 25 procent, men närmare 60 procent av måtten uppvisade en förbättring den senaste mätperioden.

Grovt sett är bilden att för 20-25 procent av indikatorerna nås målnivåerna, och för en majoritet av dem sker en förbättring över tid.

Ekonomiska resultat och kostnader

Sex regioner redovisade underskott för 2018 och bara en region redovisade ett resultat som motsvarar minst 2 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag. Resultaten mätt som kronor per invånare försämrades i 16 av 20 regioner.

Resultatutvecklingen i regionerna förklaras huvudsakligen av kostnadsutvecklingen till följd av en växande och åldrande befolkning och inte av låga intäktsökningar. Inför kommande år, då prognoserna talar för långsammare skatteunderlagstillväxt och fortsatta demografiska utmaningar, kommer behovet av effektiviseringar att öka.

Sjukhus, vårdcentraler och andra vårdinrättningar byggs om för att motsvara kraven på dagens arbetsmiljö och riktlinjer. Behoven från befolkningsförändringar ökar snabbt och det betyder även att investeringarna ökar. Investeringsutgifterna 2018 ökade med 15 procent jämfört med 2017. I genomsnitt har investeringarna ökat med cirka 8 procent årligen under de senaste tio åren.

Kostnaderna per invånare för hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden ökar i olika takt. Den öppna vårdens kostnader ökar mer än slutenvårdens, inom både psykiatri och den somatiska specialiserade vården. Kostnaderna för allmänläkarvården inom primärvården ökar, men inte den samlade primärvårdens andel av regionernas hälso- och sjukvårdskostnad.

Kompetensförsörjning

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal ser olika ut i olika delar av landet, men rekryteringsläget till flera yrken inom hälso- och sjukvården är besvärligt, och har varit så en tid.

Trots att det är svårt att rekrytera utbildad personal till flera välfärdsyrken har antalet anställda inom hälso- och sjukvården i regionerna ökat med cirka 11 000 personer (7 procent) de senaste fem åren. Antalet anställda undersköterskor m.fl. har ökat med 5 700 personer (13 procent) och läkare har ökat med 3 400 personer (12 procent) medan antalet sjuksköterskor endast ökat med 200 personer.

Inledning

För andra året i rad publicerar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) aktuell rapport - *Hälso- och sjukvårdsrapporten – Öppna jämförelser*.

Syftet med den här rapporten är att beskriva den aktuella utvecklingen i hälso- och sjukvården, med stöd av tillgängliga sjukvårdsdata. Det gäller till exempel omställningen till nära vård, tillgänglighet, kostnader, patienternas erfarenheter och befolkningens syn på sjukvården, men också medicinska resultat för olika sjukdomsgrupper. Ett annat syfte är att genom resultatöversikter på olika områden skapa överblick och jämföra regioners resultat med varandra, i den tradition av öppna kvalitetsjämförelser som sedan länge nu är etablerad i Sverige. Detta är ett stöd för regionerna, men bidrar också till transparens om sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Årets rapport fokuserar på 8 olika breda teman. Mer diagnosspecifika jämförelser och resultat återfinns på webbplatsen Vården i siffror, vardenisiffror.se.

Statistiken i Vården i siffror kommer framför allt från de många diagnos- eller ingreppspecifika nationella kvalitetsregistren. Men data hämtas också från andra insamlingar, som till exempel Nationell Patientenkät, Väntetider i vården och Hälso- och sjukvårdsbarometern.

Under 2019 har ett arbete påbörjats med att skapa så kallade områdesrapporter på Vården i siffror, för de olika nationella programområdena inom regionernas system för kunskapsstyrning. Där kommer respektive programområde och deras arbete kunna beskrivas, både med text och med redovisning av kvalitetsmått för de aktuella sjukdomsgrupperna.

Ambitionen är att tillhandahålla en bred, översiktlig beskrivning av hälso- och sjukvårdens utveckling med hjälp av kvalitetsdata och andra data, i olika typer av rapporter och format, digitala och andra. Snabb återföring av resultat är viktigt för regionernas planering och prioriteringar. Rapporteringen blir därmed ett komplement till de mera omfattande utvärderings-, analys- och lägesrapporter om hälso- och sjukvården som till exempel olika myndigheter publicerar.

Rapportens innehåll och övrigt underlag

I nästa avsnitt beskrivs regionernas nya system för kunskapsstyrning. Det finns nu beslutade verksamhetsplaner för de nationella programområdena samt nationella samverkansgrupperna, som gör det möjligt att se vilka arbeten som bedrivs eller ska påbörjas.

Därefter presenteras och redovisas olika resultat för åtta tematiska områden:

- Omställning till Nära vård
- Patienters och befolkningens syn på vården
- Tillgänglighet och väntetider
- Säker vård
- Resultat för stora sjukdomsgrupper
- Kunskapsbaserad vård och- måluppfyllelse i riktlinjer
- Kompetensförsörjning
- Ekonomiska resultat och kostnader

För vart och ett av dessa finns även en färglagd resultattablå, där regionernas samt rikets resultat för ett urval mått och indikatorer redovisas. I tillhörande metodavsnitt beskrivs hur resultattablåerna tagits fram och vad färgsättningen betyder.

Resultattablåerna baseras som regel på 2018 års resultat. Allt underlagsdata finns i en Excelfil på skl.se, tillsammans med ett presentationsmaterial i PowerPoint.

Den här rapporten finns tillgänglig som PDF-rapport, samt som digital rapport. Dessutom återfinns den på vardenisiffror.se. Data i rapporten på Vården i siffror kommer att uppdateras löpande.

Vissa mått, främst de som avser regionernas ekonomiska ställning och personal- och arbetsgivarfrågor, finns enbart i Kommun- och landstingsdatabasen, Kolada.

God hälso- och sjukvård genom kunskapsstyrning

Det finns skillnader i vilken vård invånare får och resultatet för patienterna kan skifta över landet. Sveriges regioner, med stöd av SKL, etablerar nu ett Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Det är en viktig pusselbit för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

Största delen av arbetet inom kunskapsstyrningen sker i regionerna samt i landets sjukvårdsregioner. Arbetet pågår för att skapa samarbetsformer tillsammans med kommunerna och med pågående kunskapsstyrningsarbete inom socialtjänst. Samverkan med staten och patient- och professionsföreningar är en viktig del och framgångsfaktor.

OM KUNSKAPSSTYRNING

Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.

Läs mer

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

Visionen för det gemensamma arbetet med kunskapsstyrning är "Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika".

Målet är att möjliggöra en hälso- och sjukvård där bästa tillgängliga kunskap alltid används i varje möte mellan invånare och hälso- och sjukvårdens personal, och att genom uppföljning och analys av resultaten ständigt lära och förbättra vården för patienterna.

Förbättringsinsatser

Tjugofyra nationella programområden och sju nationella samverkansgrupper har börjat sitt arbete i Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. De nationella programområdena är både diagnos/sjukdomsbaserade, till exempel Nationellt programområde för hjärt- och kärlsjukdomar, samt av mer tvärgående karaktär, till exempel Nationellt programområde för levnadsvanor.

Ett nationellt programområde/nationell samverkansgrupp består av experter med bred kompetens inom fältet och representation från samtliga sjukvårdsregioner. Uppdraget för grupperna är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält.

Under 2019 startas en samverkansgrupp för strukturerad vårdinformation. Detta för att stärka regionernas arbete med nya vårdinformationssystem och skapa förutsättningar för att data kan användas över systemgränser och mellan organisation. Det är en avgörande del i att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården genom att följa och agera på resultat.

Planerade insatser i nationella programområden och samverkansgrupper 2019

De nationella programområdena och de nationella samverkansgrupperna har kommit olika långt. Grupperna har identifierat skillnader i hälso- och sjukvården med effekt på liv och jämlik hälsa. Ett fortsatt kartläggningsarbete kommer att äga rum under 2019, för att få en djupare förståelse för skillnader inom respektive område och hur de kan minskas. Deras planerade förbättringsinsatser 2019 för en god, jämlik och kunskapsbaserad vård finns samlade på skl.se.

Flera av grupperna har inlett samverkan med patient- och professionsorganisationer och denna samverkan behöver generellt fördjupas. Samarbete med kommunerna är påbörjat och ska byggas upp och stärkas. Detsamma gäller samverkan med myndigheter.

För de flesta nationella programområden och nationella samverkansgrupper är det aktuellt att tillsätta nationella arbetsgrupper (NAG) som kan vara bestående över tid eller tillfälliga. NAG kan till exempel arbeta med att fördjupa analyser av skillnader i vårdpraxis och omotiverade kvalitetsskillnader inom ett område, ta fram nationella vårdprogram och stärka arbetet med uppföljning och analys inom sina respektive områden.

Flera av de nationella programområdena planerar under 2019 att tillsätta NAG. Exempelvis inom Nationella programområdet för kvinnosjukdomar och förlossning har blödningsrubbnings- och fosterdiagnostik identifierats som två prioriterade områden för 2019 där NAG ska tillsättas. Inom programområdet för nervsystemets sjukdomar har en NAG för stroke tillsatts och flera andra arbetsgrupper planeras att starta under året, exempelvis inom smärta.

Ett annat insatsområde är att fortsätta uppbyggnaden av ett nationellt kliniskt kunskapsstöd. Nationellt kliniskt kunskapsstöd är regionernas gemensamma rekommendationer för utredning, behandling och uppföljning för alla som arbetar i hälso- och sjukvården. Hittills innehåller Nationellt kliniskt kunskapsstöd nationella rekommendationer och tillägg anpassade för patientmötet i primärvård. Utveckling sker för att ta fram en prototyp för kunskapsstöd för hela vårdkedjan.

Den gemensamma nationella nivån speglas i det regionala arbetet

I samtliga sex sjukvårdsregioner och 21 regioner pågår arbete med att anpassa och utveckla befintliga regionala kunskapsstyrningsorganisationer för att koppla samman med den nationella nivån. Det för att förbättringsinsatser ska ha relevans för och vara genomförbara i hälso- och sjukvården, och bästa möjliga kunskap ska nå hela vägen ut till och användas i mötet mellan hälso- och sjukvårdens personal och invånaren.

Ledning och stöd nationellt

Nationellt finns en ledningsfunktion, med styrgrupp och beredningsgrupp, ett nationellt nätverk för frågor som rör regional etablering (NSK-R) samt en nationell stödfunktion vid SKL för kunskapsstyrningssystemet.

Dessutom finns ett partnerskap med staten, till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Det är en modell för långsiktig samverkan på nationell nivå i kunskapsstyrningsfrågor. I partnerskapet ingår styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och myndigheter i Rådet för att styra med kunskap (Rådet). Rådet består av nio myndigheter varav fyra är aktiva i partnerskapet:

- Läkemedelsverket
- Socialstyrelsen
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Prioriterade fokusområden för partnerskapet 2019 är:

- Modell för behovs- och omvärldsanalys
- Patientdelaktighet i kunskapsstyrningen
- Stöd till nationella utvecklingsarbeten om digitalisering
- Tillfälliga regeringsuppdrag och satsningar

Områdesrapporter

De nationella programområdena kommer skapa så kallade områdesrapporter i Vården i siffror. Dessa rapporter kan spegla arbetet i nationella programområden och genom att redovisa kvalitetsmått underlätta för nationell och regional uppföljning inom respektive område. Arbetet påbörjas under 2019 och rapporterna kommer att lanseras löpande. Områdesrapporterna baseras bland annat på information från de nationella kvalitetsregistren, som är en avgörande källa för uppföljning av kvalitet och effektivitet inom hälso- och sjukvården.

Nationell koncentration av högspecialiserad vård (nivåstrukturering)

I februari 2017 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utforma en arbetsprocess för koncentration av högspecialiserad vård på nationell nivå. Målet är att hälso- och sjukvårdens kunskap, kvalitet och patientsäkerhet ska utvecklas och förbättras samtidigt som resurserna används på ett effektivt sätt.

Samtliga NPO arbetar tillsammans med Socialstyrelsen och ger förslag till Socialstyrelsen på områden för nationell koncentration av högspecialiserad vård. I de fall Socialstyrelsen väljer att vidare utreda om ett område bör nationellt nivåstruktureras bistår regionerna, med stöd av NPO, Socialstyrelsen med att nominera experter som kan ingå i så kallade sakkunnigrupper för arbetet.

Sedan hösten 2017 har NPO för nervsystemets sjukdomar samt NPO för kvinnosjukdomar och förlossning som pilotområden genomlyst ett antal områden för nationell nivåstruktureringsutredning. Mer om Socialstyrelsens arbete med nationell nivåstrukturering finns på socialstyrelsen.se.

Omställning till Nära vård

För att hälso- och sjukvården och den kommunala vård- och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet, och kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov, krävs en omställning i hela vårdkedjan. Det behövs en omställning, en förflyttning inom svensk hälso- och sjukvård: Från en reaktiv sjukhustung organisationsfokuserad vård till en proaktiv, relationsbaserad vård nära patienter och brukare.

Arbetet stöds av den statliga utredningen *God och nära vård* och av SKL:s arbete med Nära vård. Utredningen har presenterat en färdplan för god och nära vård, en förändrad vårdgaranti och förslag om ett nationellt grunduppdrag för primärvården. SKL:s arbete syftar till att stödja regioners och kommuners utvecklingsarbete i den önskade riktningen.

Omställningen är komplex, uppföljning etableras stegvis

Utredningens färdplan, tillsammans med SKL:s arbete och det regionala utvecklingsarbetet, anger en inriktning för omställningen. På flera håll i landet tas nu lokala målbilder och strategier fram och i regioner och kommuner pågår arbete med att ta fram mått för uppföljning. Utredningen har å sin sida föreslagit fyra breda storheter som bör följas.

Att följa vad den komplexa utveckling omställningen innebär är svårt och SKL arbetar därför tillsammans med företrädare för regioner och kommuner för att definiera möjliga gemensamma uppföljningsmått- och indikatorer för omställningen. Här beskrivs några viktiga rörelseriktningar och möjliga sätt att följa dessa. Måtten som ingår i denna rapportens resultattablå ska inte ses som SKL:s förslag till uppföljningsindikatorer för omställningen till nära vård – ett sådant förslag kommer att presenteras separat.

Både Socialstyrelsen och Myndigheten för Vårdanalys har nyligen, efter regeringsuppdrag, gett förslag på indikatorer som staten kan använda vid uppföljning av och dialog med regioner och kommuner. Förslagen kan komma att ingå i en fastare nationell uppföljningsmodell, och blir då relevanta även för uppföljningen av omställningen mot en god och nära vård, även om en sådan modell skulle ha ett vidare syfte.

Rörelser i riktning mot en god och nära vård

Omställningen sker inte från det ena året till det andra utan har karaktären av en långsiktig förändringsprocess, som redan pågår. Här beskrivs omställningen i termer av några olika rörelseriktningar. Det är rörelse i riktning:

- från sluten vård till öppen vård
- från akut och oplanerad vård till planerad vård
- mot bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård
- mot bättre tillgänglighet i primärvård/nära vård
- mot ökade hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser

- mot personcentrering och ökad delaktighet
- mot ökad jämlikhet

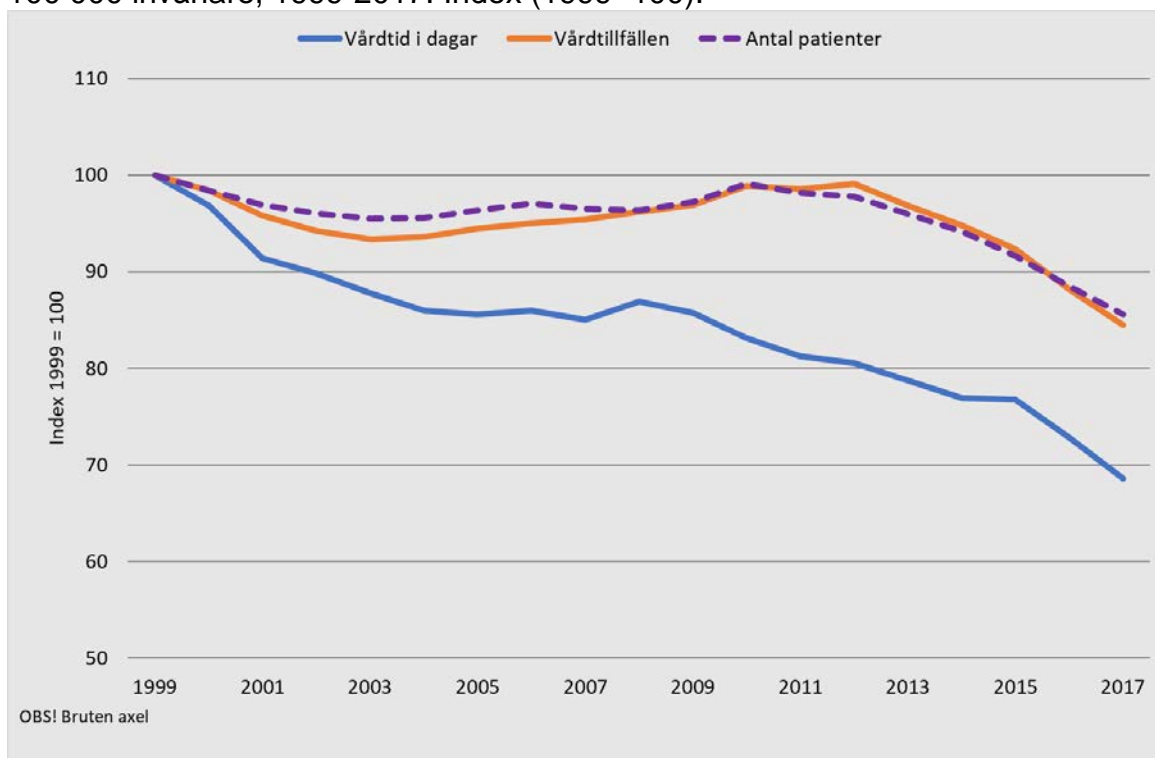
Flera mått och indikatorer beskrivs för de olika rörelserna. De har en beskrivande och övergripande karaktär. Det saknas ännu på nationell nivå systematisk, nationell uppföljning av primärvården inklusive den kommunala hälso- och sjukvården. Det gör att flertalet indikatorer speglar utvecklingen i den specialiserade, slutna vården. Regioner och kommuners egen uppföljning bör kunna svara mot lokala och regionala mål och planer.

Framöver kan uppföljningssystemet *Primärvårdskvalitet* ge bra mått att använda i uppföljningen. Patient- och befolkningsenkäter har data som redan idag kan användas för att belysa viktiga aspekter, men kan utvecklas vidare för uppföljning av omställningen till Nära vård.

Rörelsen från sluten till öppen vård

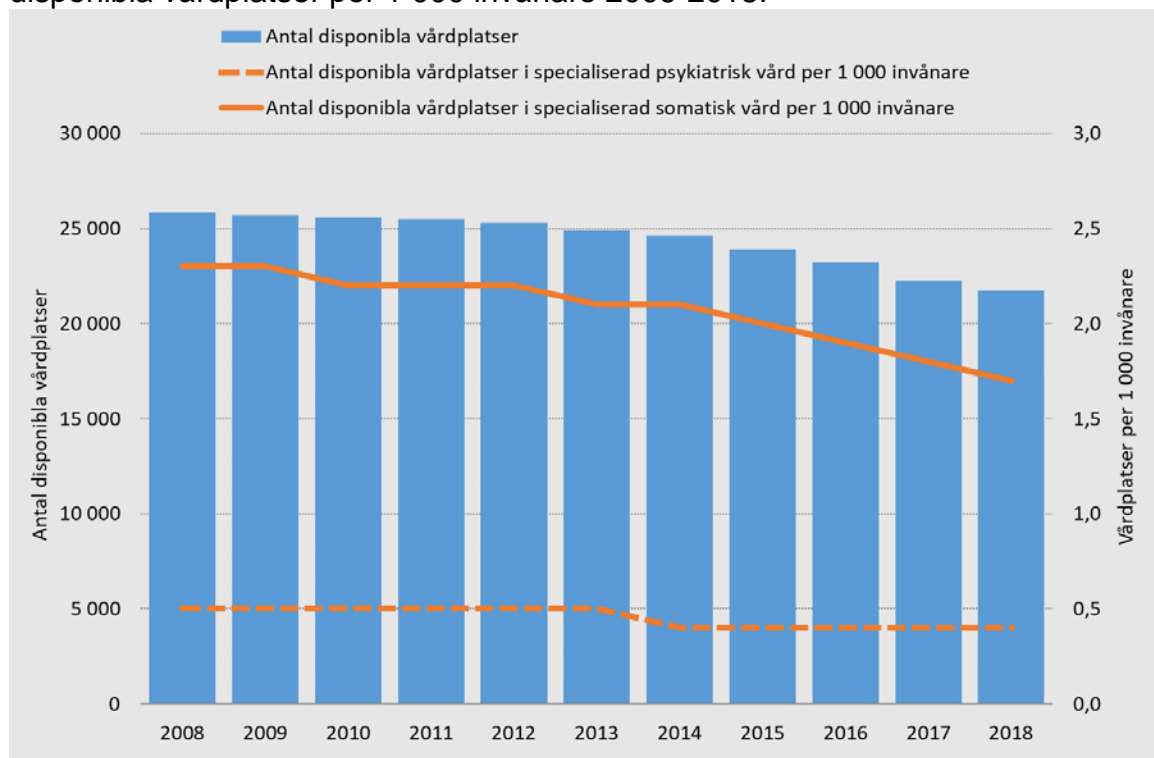
Sedan länge pågår en omställning med minskad användning av slutenvård, se diagram 1 och 2. Medelvårdtider har blivit kortare, behandlingar som tidigare gjordes i slutenvård görs i öppna vårdformer. Antalet vårdplatser i sjukvården har som en följd av detta minskat. Orsakerna till detta är framförallt den medicinska teknik- och kunskapsutvecklingen, men även ett bättre hälsoläge i befolkningen spelar roll, med fallande sjukdomsförekomst i vissa stora sjukdomsgrupper. I en internationell jämförelse har den svenska hälso- och sjukvården få vårdplatser och en hög kostnadsandel för öppen vård. Denna utveckling bör kunna fortsätta, i takt med kunskapsutvecklingen.

Diagram 1. Antal vård dagar, vårdtillfällen och vårdade personer i slutna vård per 100 000 invånare, 1999-2017. Index (1999=100).



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser

Diagram 2. Antal disponibla vårdplatser i somatisk och psykiatrisk sjukvård samt disponibla vårdplatser per 1 000 invånare 2006-2018.



Källa: Verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting

Samtidigt har vi sedan flera år en tendens till ökade överbeläggningar och utlokaliseringar. Vårdplatsknappheten är delvis orsakad av svårigheten att rekrytera personal till slutenvården. I den somatiska slutna vården fanns det 2018 totalt ungefär 17 500 disponibla vårdplatser, enligt preliminära uppgifter.

Målet är inte att antalet vårdplatser ska minska, utan istället att vården ska bedrivas så att vårdbehov i ökad utsträckning kan tillgodoses i öppna vårdformer. Demografiska faktorer ökar, allt annat lika, behovet av slutenvård. Omställningen till Nära vård kan bidra till att behovet av slutenvård hålls tillbaka.

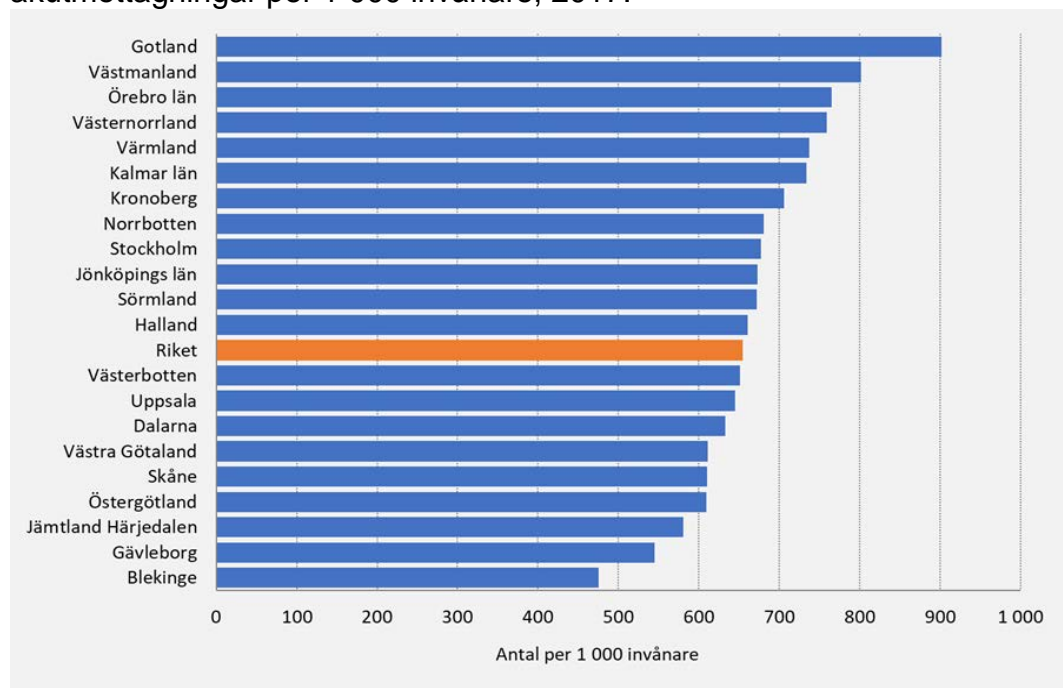
Flera olika mått kan användas för att beskriva denna rörelse. Vårdtillfällen och vårddygn per 100 000 invånare belyser trenden generellt, liksom medelvårdtid i slutenvård och antalet disponibla vårdplatser per invånare. Andel behandlingar som sker som dagkirurgi eller minimalinvasiv kirurgi är relevanta, beskrivande mått och används även ibland som uttryckliga kvalitetsmått. Även mått på kostnadernas fördelning mellan olika vårdformer är viktiga att följa: Om vårdansvar och vårdkontakter flyttas till den nära vården behöver resurser följa med.

Rörelsen från reaktiv till proaktiv vård

En utgångspunkt är det förändrade sjukdomspanoramat och en befolkning som lever allt längre. Antalet personer som har en eller flera långvariga eller kroniska sjukdomar i samhället ökar: Högt blodtryck, diabetes, KOL, förmaksflimmer och hjärtsvikt till exempel. Fler personer är i den riskzonen där försämring av ett sjukdomstillstånd kan leda till behov av akut sjukhusvård. Sociala faktorer, till exempel där de äldres geografiska närhet till vuxna barn eller andra nätverk, kan också spela roll. Hur väl primärvården och det vidare omsorgssystemet lyckas möta dessa behov påverkar behovet av akutsjukhusvård.

Flera mått kan användas. Besök på akutmottagning för personer 80 år och äldre per 1 000 invånare belyser den nära vårdens förmåga att ha ett proaktivt arbetssätt och att kunna samordna vård och omsorg, så att behov av insatser på akutmottagning och i slutenvård kan undvikas.

Diagram 3. Antal besök av personer 80 år eller äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare, 2017.



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser

Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom per 100 000 invånare är ett mått som syftar till att indirekt spegla kvaliteten i den öppna vårdens omhändertagande av personer med kronisk sjukdom – ju bättre öppen vård, desto mindre behov av slutenvård.

Förekomsten av återkommande sluten vård generellt och särskilt i livets slutskede kan vara en följd av att man i den nära vården inte har beredskap och kapacitet för att möta vårdbehov hos personer med omfattande och komplexa behov. Indirekt belyser sådana mått därmed den nära vårdens förmåga att hitta individuella lösningar för dessa patienter.

Årligen avlider ungefär 90 000 personer. En minoritet av dessa avlider i eget hem, trots att flesta dödsfall kan beskrivas vara förväntade. Orsakerna till detta kan vara många och den döendes och anhörigas önskemål är viktiga. Andelen som avlider på sjukhus kan vara ett möjligt mått på den nära vårdens kapacitet, men redovisas inte regelbundet idag.

Rörelsen mot bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beräknar att cirka en miljon personer har flera parallella behov och har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Ett vårdtillfälle på sjukhus innebär en möjlighet att fånga upp behov och planera för en bättre samordning av vård och omsorg för dessa personer. Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård förutsätter ökad medverkan av den öppna vården inför utskrivningen.

En samverkansaspekt rör förekomsten av patienter som är utskrivningsklara på sjukhus, men av olika andra skäl inte kunnat lämna sjukhuset. Två mått som belyser denna aspekt är antalet utskrivningsklara patienter per 1000 invånare och andelen vårdplatser på sjukhus som är belagda med utskrivningsklara patienter. Andelen vårdplatser som är belagda med utskrivningsklara patienter har tydligt minskat: Hösten 2018 var andelen strax under fyra procent, från väl över sex procent ett år tidigare.

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter följs ur ett patientsäkerhetsperspektiv då de ses som riskfaktorer för olika vårdskador. Som indikatorer belyser de också vårdens förmåga att prioritera användningen av sluten vård med bibehållen patientsäkerhet och förmågan att samordna vården för

enskilda patienter mellan den slutna och den öppna vården, både den inom specialiserad vård och den inom primärvård. Se vidare avsnittet Säker vård kan bli säkrare.

Både den allmänna knappheten på vårdplatser och regelverket för samverkan vid utskrivning, med ökade krav på att patienter ska kunna skrivas ut när de bedöms vara utskrivningsklara, har väckt frågor om risken för att återinskrivning i slutna vård skulle öka. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar har använts under många år, både nationellt och internationellt, som indikator för att belysa kvaliteten i utskrivningsprocessen och i samverkan i vårdssystemet.

Rörelse mot ökad tillgänglighet i den nära vården

Hög tillgänglighet i primärvården är viktigt i sig, men den kan även bidra till att resurserna inom den specialiserade vården och sjukhusens akutmottagningar används just för de vårdbehov där det behövs.

Sedan 1 januari 2019 gäller en förstärkt nationell vårdgaranti för primärvården. Resultaten redovisas successivt för allt flera regioner på vantetider.se. Det nya måttet visar andelen patienter som får medicinsk bedömning av legitimerad personal i primärvården inom tre dagar. Andel patienter som får kontakt med primärvården samma dag som kontakt tas visas sedan flera år. Se vidare avsnittet Tillgänglighet och väntetider.

Den nära vårdens tillgänglighet kan grovt speglas med traditionella, övergripande mått. Antalet besök per 1000 invånare på sjukhusens akutmottagningar är ett sådant. Andelen av befolkningens vårdkontakter som primärvården svarar för är ett annat. När uppföljningsmodellen *PrimärvårdsKvalitet* är etablerad kan flera mått på tillgänglighet och kontinuitet visas. Den nya datainsamlingen vid SKL för den nya vårdgarantin i primärvården kan också ge fördjupade möjligheter till uppföljning, till exempel för olika diagnosområden.

I allmänhet är det viktigt att inkludera användningen av traditionella och nya former av distanskontakter i diskussionen om tillgänglighet i den nära vården – både brev, telefon, video och andra lösningar, som via 1177 Vårdguiden.

Rörelse mot hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser

Folkhälsoutvecklingen beskrivs återkommande i nationell rapportering, och även med en Öppen jämförelse Folkhälsa. Det finns däremot ingen etablerad modell för att följa upp regioners och kommuners hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Det finns nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande insatser. Socialstyrelsen gör årliga enkäter om förekomsten av sjukdomsförebyggande åtgärder i primärvård.

I resultattabblån i bilagan till denna rapport syftar några mått till att indirekt spegla förebyggande insatser, mest specifikt förekomsten av vård för fallskador. Fallskador är vanligt bland äldre och kan orsaka förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. De går att förebygga och en rad insatser har visat sig vara framgångsrika när det gäller att skydda enskilda individer från att falla och skada sig. Ett annat exempel är mått som pekar på att personer med psykisk ohälsa har en förhöjd risk för somatisk sjukdom. Detta är en signal om ett ökat behov av förebyggande insatser.

Uppföljningen av omställning till Nära vård

När förslag på nationella uppföljningsmått för omställningen till Nära vård etablerats kommer uppföljningen stegvis att utvecklas. Regionernas egna uppföljningar kan innehålla mått som blir nationella, i takt med att datainsamlingar kan organiseras. Detsamma gäller uppföljningssystemet *PrimärvårdsKvalitet*, när det etablerats med nationell visning av kvalitetsmått. Även andra nationella modeller för uppföljning, till exempel Nationell patientenkät, kan komma att bidra.

Resultattablå 1 för jämförelser: [Se bilaga](#).

Patienters och befolkningens syn på vården

Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården ger en bild av 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.

Uppföljningen, analysen och dialogen utifrån patienter och invånares erfarenheter, kunskap och förväntningar är en viktig del i en lärande organisation, för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård.

Sverige och andra länder

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 2017 och riktade sig till befolkningen 65 år och äldre. Resultaten visar att de som är 65 år och äldre i den svenska befolkningen fortfarande upplever större problem med tillgänglighet, samordning av vårdens olika delar, kontinuitet och möjligheter till delaktighet jämfört med befolkningen i andra länder som är på en liknande välfärdsnivå som Sverige.

2018 gjorde Vårdanalys en fördjupad analys av svaren från IHP 2016 års mätning. I den konstaterar myndigheten att det behövs mer kunskap om varför vissa grupper har mindre positiva erfarenheter av vården. Deras analys visar att yngre patienter och patienter med låg självskattad hälsa upplever sina möten med vården som sämre än andra. Analysen visar också att patienter med högre inkomster i större utsträckning har en fast läkarkontakt. Det är, menar Vårdanalys, problematiskt ur jämlikhetssynpunkt, eftersom patienter med en regelbunden vårdkontakt har bättre erfarenheter av vården. För att tillgodose alla patienters behov av god vård och ett gott bemötande, utifrån patienternas individuella förutsättningar, behöver kunskapen öka om vad det är som gör att olika grupper har så olika erfarenheter av vården. Utan denna kunskap kommer det att vara svårt att förbättra situationen och jämna ut skillnaderna mellan grupperna.

Liknande slutsatser dras även i två andra studier från Vårdanalys; Förnuft och känsla, från 2018 samt Med örat mot marken, från 2019. Upplevelse av brister i tillgänglighet, kontinuitet och relationella faktorer som att bli lyssnad på och få tillräckligt med tid i mötet med vården är enligt dem vanliga skäl till att ha ett litet förtroende. Dessa områden brukar framhållas som svagheter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet generellt.

Resultaten gällande tillgänglighet, kontinuitet och relationella faktorer till trots, har svensk hälso- och sjukvård ett högt förtroende enligt Vårdanalys genomgång i Förnuft och känsla. Det övergripande förtroendet för hälso- och sjukvården är stort i jämförelse med både andra länder och andra offentliga verksamheter. Bakom det stora allmänna förtroendet döljer sig skillnader mellan olika delar av vården – sjukhusen åtnjuter större förtroende än vårdcentralerna.

Nationell patientenkät

Nationell patientenkät är en av Sveriges största undersökningar och varje år tillfrågas närmare 650 000 personer om sina upplevelser av hälso- och sjukvården. Syftet med Nationell patientenkät är i första hand att resultaten ska ligga till grund för lokalt förbättrings- och utvecklingsarbete utifrån ett patientperspektiv, men ger även underlag för ledning och styrning på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet.

I Nationell patientenkät får patienter bland annat värdera helhetsintrycket av olika former av vårdtillfällen. Enligt undersökningen 2018 har helhetsintrycket sjunkit marginellt sedan 2015 för besök på primärvårdsmottagning, den främsta förklaringsfaktorn är en försämrade upplevelse av tillgänglighet. Däremot har bedömningen avseende delaktighet och involvering stigit från 74 till 78,9. Helhetsintrycket av besök på öppenvårdsmottagning på sjukhus har också sjunkit något, liksom helhetsintrycket hos dem som varit inlagda på sjukhus. Inom alla undersökta områden; akutvården, primärvården, öppenvården och slutenvården finns stora variationer internt i varje region.

Även om resultaten i Nationell patientenkät överlag är goda så finns det förbättringsområden. Exempelvis inom den psykiatriska vården är patienterna betydligt mindre nöjda med områden som kontinuitet och koordinering samt information och kunskap jämfört med patienter inom den somatiska vården. Framför allt upplever dessa patienter inte att samordningen fungerar i den utsträckning det finns behov av. Patienterna upplever inte heller att de får tillräckligt med information om vården och medicinering. Generellt har män en något bättre upplevelse av vården än kvinnor.

Hälso- och sjukvårdsbarometern

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en årlig nationell undersökning som avser att fånga befolkningens syn på svensk hälso- och sjukvård. Målet är att resultaten ska fungera som underlag för uppföljning och förbättringsarbete såväl lokalt som nationellt. Att följa upp befolkningens förtroende, upplevelse av tillgång till sjukvård och inställningar i olika frågor är en viktig del för att kunna föra en demokratisk dialog och identifiera förbättringsområden. Hur invånarnas uppfattning utvecklar sig över tid är även intressant i relation till förändringar som görs, både lokalt och nationellt, i form av olika beslut, reformer och insatser som syftar till att förbättra för befolkningen.

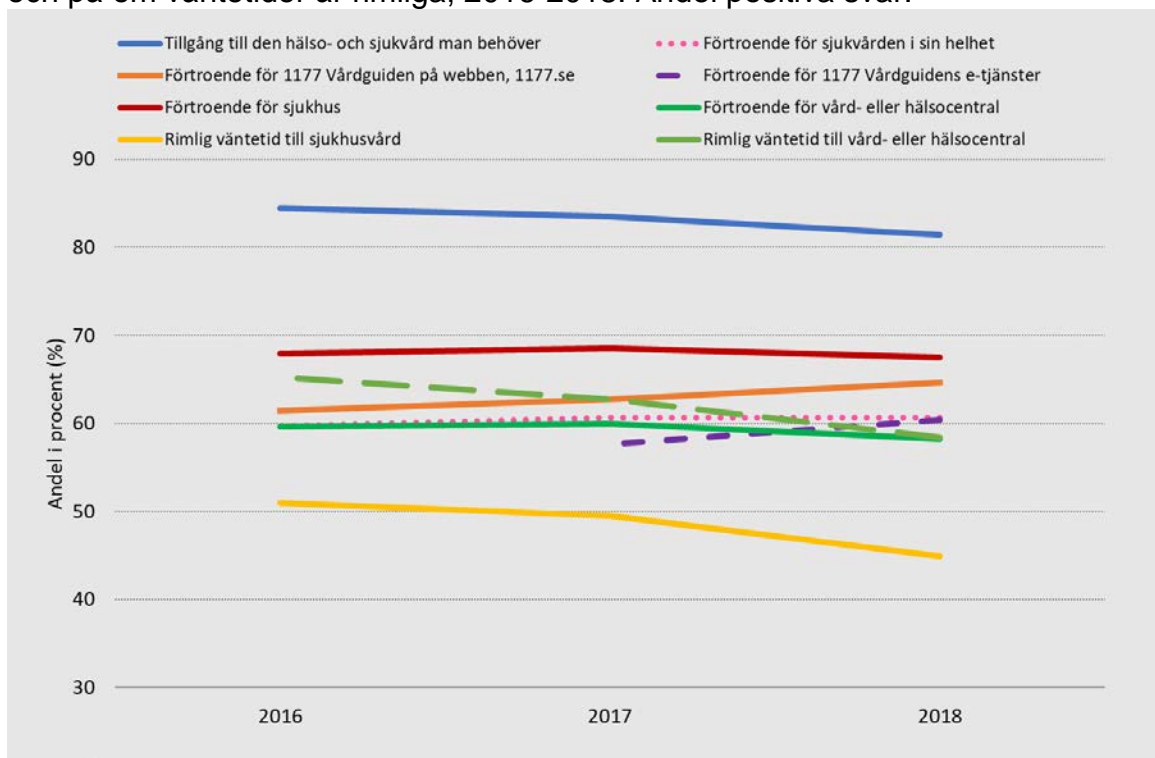
Resultaten från Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018 visar att sex av tio invånare har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården som helhet i den egna regionen. Andelen positiva svar, 61 procent, är oförändrat mot föregående års undersökning. Bland de som upplever att de har ett bra eller mycket bra hälsotillstånd svarar två av tre att de har förtroendet för hälso- och sjukvården medan motsvarande andel bland dem som anser att de har ett dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd är fyra av tio.

I så gott som alla regioner ligger invånarnas förtroende för sjukhusen på högre nivåer jämfört med motsvarande resultat för hälso-/vårdcentraler. Totalt i Sverige har 67 procent förtroende för sjukhusen medan motsvarande andel för hälso-/vårdcentraler uppgår till 58 procent. Det är större skillnader i attityder mellan regionerna vad gäller förtroendet för sjukhusen jämfört med förtroendet för hälso-/vårdcentraler.

Det finns skillnader i svaren mellan kvinnor och män. Män är överlag något mer positiva. Störst skillnad återfinns i frågan ”Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen levnadsvanor med dig?” där kvinnorna i mycket större utsträckning svarar nej på frågan.

Resultaten i Hälso- och sjukvårdsbarometern visar att de allra flesta invånare i Sverige anser sig ha tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver, även om andelen har sjunkit något under 2018 jämfört med föregående år. Det är en positiv utveckling i andelen som har förtroende för 1177 Vårdguiden via webben, samt 1177 Vårdguidens e-tjänster. Samtidigt är det en något lägre andel än tidigare år som har förtroende för såväl hälso-/vårdcentraler som sjukhus, andelen positiva svar har minskat med 2 procentenheter från föregående år. Det är även färre som uppger att de anser att väntetiderna är rimliga.

Diagram 4. Befolkningens förtroende för sjukvården, syn på sin tillgång till sjukvård och på om väntetider är rimliga, 2016-2018. Andel positiva svar.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern

RÖSTER FRÅN PATIENTER

I Nationell patientenkät beskriver en patient; *"Jag har fått ett enastående bra omhändertagande. Från sjuksköterskan på 1177 vårdguiden till ambulanssjukvården och vidare av alla kategorier personal från vaktmästare som skjutsade mig i sängen genom kulvertarna till röntgen, vars personal också var enastående till alla på avdelningen. Jag är tacksam att ha fått uppleva detta. Jag är stolt över Sverige".*

En annan beskriver; *"Den läkare som tog hand om mig var nonchalant och otrevlig och tänkte skicka hem mig utan röntgen eller annan analys trots att jag berättade om min cancerhistorik. Jag fick tjata mig till en röntgen som visade på ett akut återfall. Läkaren gav mig resultatet av röntgen på mindre än en minut och lämnade mig sedan ensam med en massa frågor. Det var en mycket traumatisk upplevelse".*

Resultattabla 2 med jämförelser: [Se bilaga.](#)

Tillgänglighet och väntetider

Tillgänglighet och väntetider framhålls ofta som problem i den svenska hälso- och sjukvården, medan kvaliteten i andra avseende beskrivs som hög. Att förbättra tillgängligheten har därför varit en högt prioriterad fråga i många år, bland annat med hjälp av nationella vårdgarantier. Här beskrivs främst aspekter av tillgänglighet som mäts inom ramen för vårdgaranti och vissa andra initiativ, där SKL i samarbete med regionerna samlar uppgifter om sjukvårdens tillgänglighet och väntetider.

Tillgänglighetsmätningarna utvecklas

Sjukvårdens tillgänglighet påverkas av flera aspekter än väntetider, flera som är svåra att mäta. Patientavgifter, geografiska avstånd och språkliga barriärer kan spela roll, liksom patienternas förväntningar. Det finns en tillgänglighetsaspekt även vid kronisk sjukdom. Dessa fångas inte av vårdgarantier för nybesök. Även överbeläggningar och utskrivningsklara patienter på sjukhus är aspekter på tillgänglighet. De senare är exempel på mätningar som SKL svarar för och som beskrivs i andra avsnitt i denna rapport.

Det sker nu en utveckling av SKLs mätningar av tillgänglighet, främst som följd av den nya vårdgarantin för primärvård. Nya datainsamlingar gör det möjligt att följa primärvårdens tillgänglighet i en bredare mening och även för patienter med olika sjukdomstillstånd. Även standardiserade vårdförlopp i cancervård och framöver även för flera andra sjukdomar är exempel på denna utveckling.

De tillgänglighetsmått som idag förekommer på Vården i siffror kan användas för att ge en grov bild av den aktuella trenden, till och med 2018. Av 97 tillgänglighetsmått hade 61 procent försämrats, jämfört med föregående mätperiod. Då ingår mått både från SKLs väntetidsmätningar och från kvalitetsregister. Dessa är inte utvalda för att ge en samlad överblicksbild, men kan säga något om trenden.

Stabil tillgänglighet i primärvård 2018 – nya mätningar 2019

Andelen läkarbesök (nybesök) som sker inom sju dagar har under en följd av år legat konstant vid eller något över 90-procentsstrecket, vilket även gäller 2018. Någon procentenhets minskning har skett sedan 2015. Antalet allmänläkarbesök per 1000 invånare har minskat med över 15 procent sedan 2011, men sett för riket som helhet så verkar detta inte ha påverkat tillgängligheten i någon större grad, enligt det mått som använts inom vårdgarantiuppföljningen.

Alla som ringer ska få kontakt med vårdcentralen för rådgivning och/eller tidsbokning samma dag enligt den nationella vårdgarantin. Mätningen av andelen besvarade telefonsamtal i primärvården visar på stabila resultat, där 88 procent av samtalen besvarades samma dag hösten 2018. Positivt är att variationen mellan regioner också var låg – alla regioner hade andra halvåret 2018 minst 80 procent besvarade telefonsamtal.

Under 2019 har en ny datainsamling påbörjats, som ska stödja den nya vårdgarantin för primärvård. En person som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Denna bedömning behöver inte ske genom ett fysiskt besök, utan kan även ske via distansbesök och telefonkontakt. För 2018 finns inga resultat att redovisa, men från 2019 visas resultat från de regioner som påbörjat den nya rapporteringen på vantetider.se.

För februari 2019 fanns uppgifter från tio regioner och drygt 200 000 vårdkontakter. För 82 procent av dessa skedde vårdkontakten och den medicinska bedömningen inom vårdgarantitidens tre dagar; 70 procent skedde samma dag. Vid kontakt med läkare nåddes vårdgarantitiden för 87 procent av alla kontakter och 77 procent av de medicinska bedömningarna skedde samma dag. För sjuksköterskemottagningar var motsvande andelar 81 respektive 62 procent och för psykologer 73 respektive 65 procent. Under loppet av 2019 kommer fler regioner att rapportera data och det återstår att se om dessa resultat visar sig vara representativa.

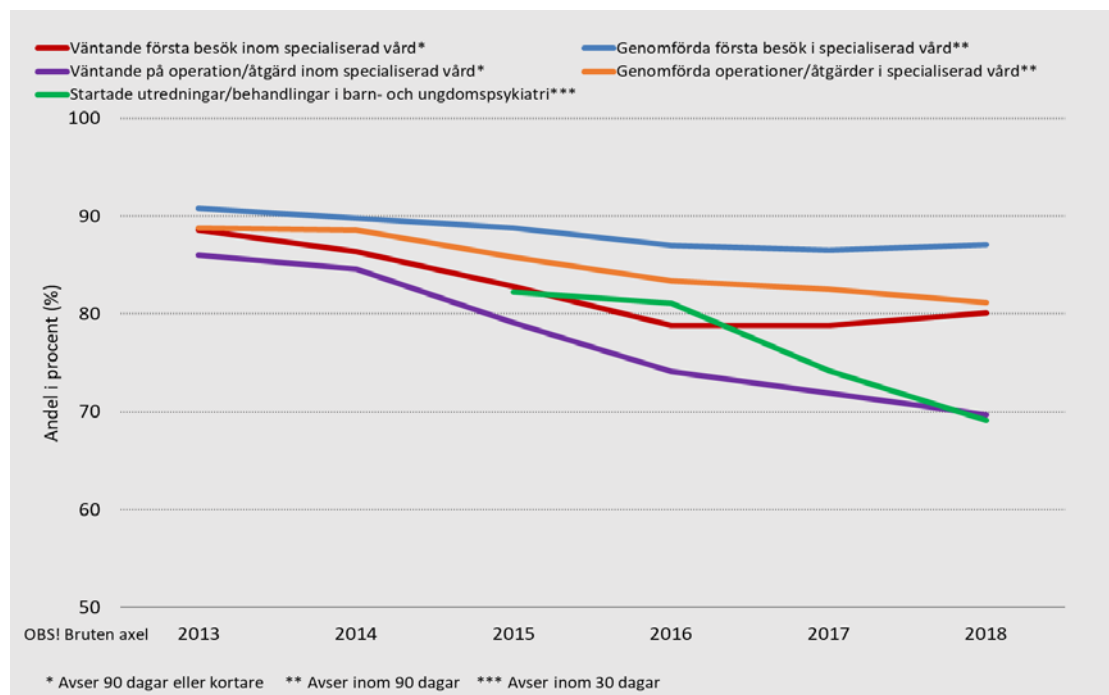
Flera andra aspekter av tillgänglighet ingår i uppföljningssystemet *PrimärvårdsKvalitet*. Dels ingår mått om andelen patienter med vissa diagnoser som får ett återbesök, dels ingår mått om kontinuitet i vårdkontakten, för olika patientgrupper; alla patienter, de med kronisk somatisk sjukdom, de med flera sjukdomar etc. Måtten i PrimärvårdsKvalitet tillämpas idag vid de vårdcentraler som anslutit sig, cirka 50 procent av alla. Nationell visning av resultat ska ske på Vården i siffror, och förbereds våren 2019.

Väntetidsutvecklingen under 2018 - inget trendbrott i specialiserad vård

Tillgängligheten till planerade behandlingar samt för nybesök till läkare i specialiserad vård fångas genom två slag av summerande överblicksmått, andelen patienter som genomfört eller väntat på besök respektive behandling inom vårdgarantitidens 90 dagar. En försämring av utfallet har skett de senaste åren. Som framgår av diagram 5 bröts inte denna utveckling under 2018.

De övergripande måtten är en summering av alla besök och behandlingar som ingår. En effekt blir att till exempel operation av grå starr, kataraktoperationer, där många operationer utförs, påverkar måttets utfall mer än stora hjärtkirurgioperationer, som är få. Skillnader i volym påverkar bilden av det samlade utfallet. Olika operationer kan dessutom vara olika viktiga ur väntetidssynpunkt, även om vårdgarantin gäller alla. Detta är skäl till att även analysera väntetiderna för olika behandlingar och mottagningar var för sig, inte enbart se till de summerande måtten.

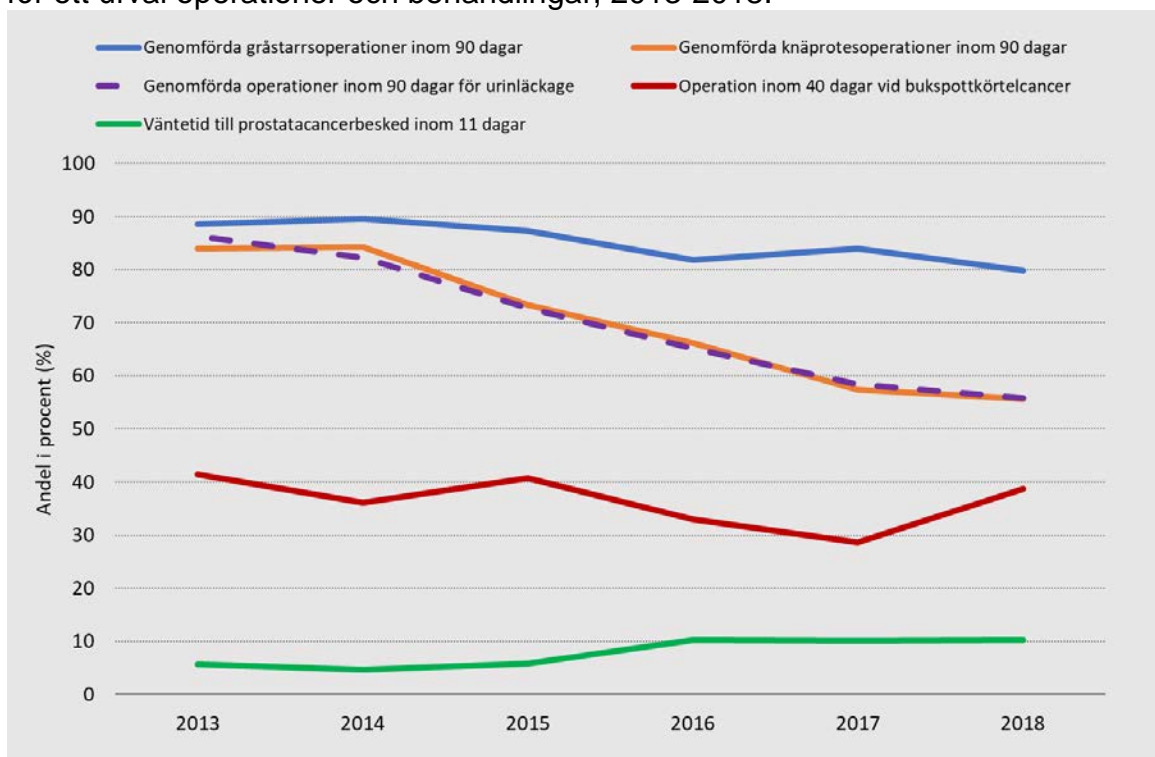
Diagram 5. Andel som når vårdgarantins tidsgränser - besök och operationer/åtgärder i specialiserad vård samt startade utredningar och behandlingar i barn- och ungdomspsykiatri, 2013-2018.



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

I diagram 6 visas väntetidsutvecklingen för några olika specifika sjukdomar och behandlingar, hämtade från både kvalitetsregister och den nationella väntetidsmätningen.

Diagram 6. Andel som når vårdgarantins tidsgränser respektive andra väntetidsmål för ett urval operationer och behandlingar, 2013-2018.



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting, Nationella prostatacancerregistret (NPCR) samt Nationellt kvalitetsregister för bukspottkörtelcancer

Fler väntar på besök eller behandling

Utvecklingen av väntetider och antalet som väntar på besök eller behandling beror på många faktorer, men ytterst på befolkningens vårdbehov och sjukvårdens kapacitet. En ökning av antalet nya patienter med behov av besök eller behandling måste mötas med ökad kapacitet. Det finns inget bra mått på kapacitet, men antalet genomförda besök och behandlingar ingår i den nationella väntetidsmätningen.

Antalet operationer och besök ökat med tre respektive 17 procent mellan 2013 och 2018. Antalet väntande har däremot ökat mer, 28 procent för besök och drygt 40 procent för operationer. Innebörden, enligt denna grova bild, är att volymen besök och behandlingar visserligen ökat, men inte i den grad som krävs för att hålla nere antalet väntande och andelen som väntat längre än vårdgarantitiden. Som jämförelse kan nämnas att befolkningen har ökat med sex procent mellan 2013 och 2018.

Den nationella väntetidsmätningen är en omfattande datainsamling, men det är osäkert om den innehåller alla besök och operationer som i princip ska ingå. Man får dock en bild av hur antalet besök och operationer utvecklats de senaste åren, hos de enheter som ingår i rapporteringen.

Fler vårdas enligt standardiserade vårdförlopp i cancersjukvård

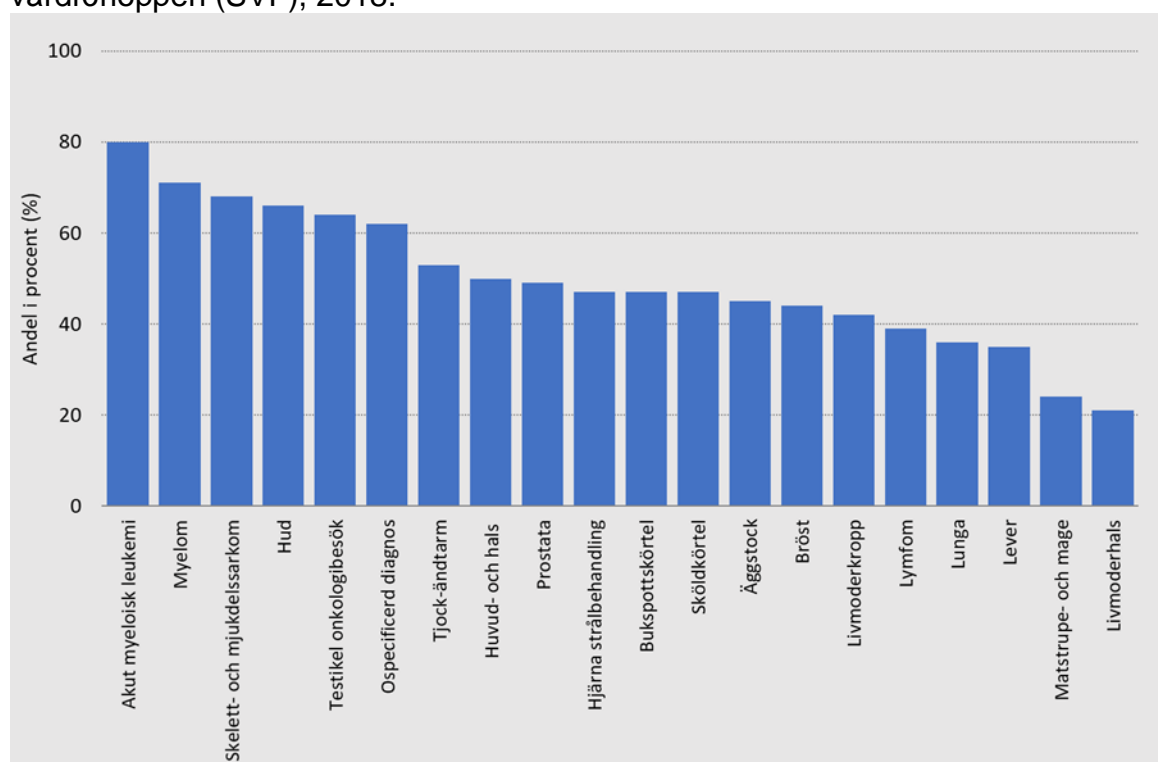
Inom cancervården har så kallade standardiserade vårdförlopp (SVF) införts. Detta är ett bra exempel på den utveckling av mer komplexa väntetidsmätningar som nu pågår. I dessa beskrivs för olika cancerdiagnoser de utredningar och första behandlingar som ska göras vid misstanke om cancer, liksom vilka tidsgränser som gäller för olika utredningsåtgärder och för hela förloppet. Tidsgränserna varierar mellan diagnoser och behandlingar. Ett nationellt mål är att under 2020 ska 70 procent av alla cancerpatienter utredas enligt SVF.

Nu finns det cirka 30 standardiserade vårdförlopp, där ledtider mäts, lokalt och nationellt. Mätningarna är nya och datakvaliteten på nationell nivå är i nuläget osäker.

Ett SVF startar med att det finns en välgrundad misstanke om cancer, som bör utredas. Under 2018 startades över 110 000 standardiserade vårdförlopp. Av dessa ledde ungefär 35 procent fram till att behandling påbörjades, vilket motsvarar cirka 38 000 fall. Övriga ledde inte till behandling, utan patienten friskrevs från misstanke om cancer. Totalt drabbas ungefär 60 000 personer varje år av cancer.

Andelen SVF som fullföljdes inom den maximala tiden under 2018 visas i diagram 7 för de 20 största patientgrupperna. Bara SVF som avslutats med att patienten har startat behandling ingår, exempelvis läkemedel, kirurgi eller symtomlindrande palliativ behandling. Det är svårt att dra slutsatser om utvecklingen över tid. Det är en framgång att så många patienter nu utreds inom SVF, men andelen SVF som fullföljs inom den uppsatta ledtiden behöver öka för att målen skall nås.

Diagram 7. Andel patienter inom maximal ledtid för de 20 största standardiserade vårdförloppen (SVF), 2018.



Källa: Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC)

Patienter positiva till sjukvårdens tillgänglighet – befolkningen mera skeptisk

Patienter ger sin syn på tillgänglighet i Nationell patientenkät. Patienter som besökt en öppenvårdsmottagning på sjukhus hade 2018 en positiv upplevelse av tillgängligheten, med ett indexvärde på 90 av 100 i denna dimension. Resultaten på regionnivå är påfallande jämna, medan variationen är större när mottagningar jämförs. Även personer som besökt akutmottagning har en positiv upplevelse av tillgänglighet, med ett indexvärde på 85 (avser 2016). Detta resultat är intressant i ljuset av den ofta negativa bilden av väntetider på akutmottagningar.

Patienters svar på frågor om upplevelse av tillgänglighet efter besök i primärvård summerade till ett indexvärde på 82 av 100 för 2018, vilket är en svag minskning jämfört med 2015. Även här är det förhållandevis små skillnader mellan regionerna (avser 2017, när data finns för alla regioner).

I befolkningsenkäten Hälsa- och sjukvårdsbarometern är bilden mera negativ. Färre än hälften av alla som svarar på frågan om väntetider till sjukhusvård tycker att de är rimliga, 45 procent, att jämföra med 51 procent 2016. Denna minskning kan hänga ihop med den politiska debattens stora

fokus på sjukvårdens tillgänglighet, vååret 2018. För tre av regionerna är det fyra av tio eller färre som anser att väntetiderna är rimliga.

För primärvården är svaren i Hälso- och sjukvårdsbarometern något bättre. 2018 svarade drygt 58 procent att väntetiderna till besök på vårdcentral eller hälsocentral är rimliga, en minskning från 65 procent 2016. Även detta är en klar skillnad mot de mer positiva svaren i patientenkäten. Dessutom är variationen mellan regionerna större i Hälso- och sjukvårdsbarometern. Befolkningen i storstadsregionerna (som dock inte bara består av storstadsmiljöer) är mindre nöjda med tillgängligheten, vilket väcker frågan om olika förväntningar på tillgänglighet och hur detta kan påverka mätningens resultat.

Resultattabla 3 med jämförelser: [Se bilaga.](#)

Säker vård

Patientsäkerhet och arbetet med att förebygga vårdskador har uppmärksammats i flera år, både i Sverige och internationellt. Att minska risken för undvikbara vårdskador är viktigt för att minska patienternas lidande, men leder också till att onödiga vårdkostnader kan undvikas. Regionerna gör genom SKL flera olika mätningar kring vårdhygien, och följer förekomsten av vårdrelaterade infektioner och andra vårdskador, liksom överbeläggningar och utlokaliseringar i slutenvården vid sjukhus.

VAD ÄR EN VÅRDSKADA?

Ibland är det oundvikligt att skador uppstår. Vid till exempel hjärt-lungräddning kan det hända att revben knäcks. Det går inte att undvika. Med vårdskada menar vi undvikbara skador. Det kan vara att en patient får en allergisk reaktion när hen får penicillin. Om det finns en anteckning i journalen att patienten inte tål penicillin och patienten trots det, får det och därefter drabbas av en allergisk reaktion är det en vårdskada.

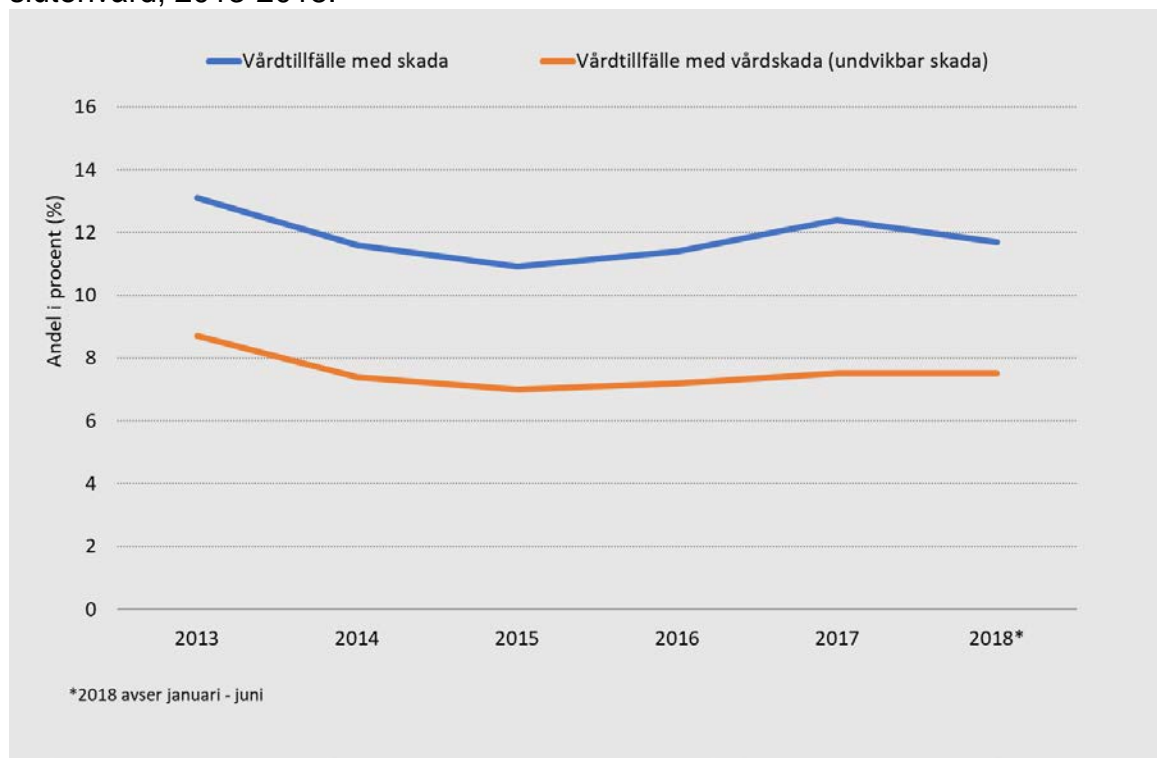
Strukturerad journalgranskning

Metoden baseras på att man vid journalgranskning identifierar journaluppgifter, som kan tyda på en skada och därefter bedömer om en skada inträffat och om den i så fall var undvikbar.

Hittills har närmare 83 000 journaler inom den somatiska sjukhusvården granskats. Vid cirka 8 procent av de granskade vårdtillfällena drabbades patienter av undvikbara skador. Då cirka 800 000 patienter varje år vid omkring 1,4 miljoner tillfällen vårdas på akutsjukhus kan det uppskattas att sådana skador inträffar vid drygt 110 000 vårdtillfällen per år. Vårdtiden för dessa patienter är cirka 8 dagar längre än för patienter som inte fått någon skada. Varje vårdag kostar i genomsnitt 10 000 kronor, lidandet för patienterna oräknat.

Den sammanlagda kostnaden för de närmare 900 000 extra vårddagar som beror på undvikbara skador beräknas till ungefär 9 miljarder kronor per år.

Diagram 8. Andel vårdtillfällena med skada respektive vårdskada i somatisk slutenvård, 2013-2018.



Källa: Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Landsting

Andelen vårdtillfällen med skador ökade signifikant mellan 2015 och 2017 enligt diagram 8. Skador har dock minskat något under första halvåret 2018.

Under 2017 granskades även vårdskador inom den psykiatriska vården. Undersökningen omfattar närmare 2 700 journaler och är internationellt sett den första mätningen av detta slag som genomförts på nationell nivå. Totalt identifierades 720 skador, varav närmare hälften bedömdes vara undvikbara.

Mer om skador inom psykiatri

Närmare hälften av skadorna bedömdes vara undvikbara eller sannolikt undvikbara. 86 procent av skadorna bedömdes som mindre eller måttligt allvarliga, 13 procent av skadorna bedömdes som betydande och 0,4 procent som katastrofala.

Patienterna inom den vuxenpsykiatriska vården är betydligt yngre än de som vårdas inom den somatiska slutenvården. Genomsnittsåldern för kvinnor är 46 år och för män 45 år. Könsfördelningen är jämn. Ingen signifikant skillnad sågs i de olika åldersgrupperna när det gäller skador och vårdskador. Detta fynd skiljer sig från förhållandet inom den somatiska vården, där både antalet skador och antalet vårdskador ökar med stigande ålder.

Förlängt sjukdomsförlopp var det vanligaste skadeområdet. Det kan vara svårt att bedöma om ett sjukdomsförlopp är förlängt enbart på grund av brister i vården eller om det också till viss del beror på det individuella sjukdomsförloppet. Skadeområdet kan ha flera orsaker, till exempel avbruten behandling, försämring av sjukdom, obehandlat sjukdomstillstånd, fel diagnos eller otillräcklig behandlingseffekt. I Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) granskning av enskildas klagomål från 2018 framkommer att ”utebliven eller fördröjd diagnos” respektive ”försenad eller utebliven behandling” hör till de vanligaste klagomålen. Resultaten i journalgranskningen ligger i linje med detta fynd. Andra vanliga skador var avsiktligt självdestruktiv handling, psykisk skada och läkemedelsrelaterad skada.

Överbeläggningar

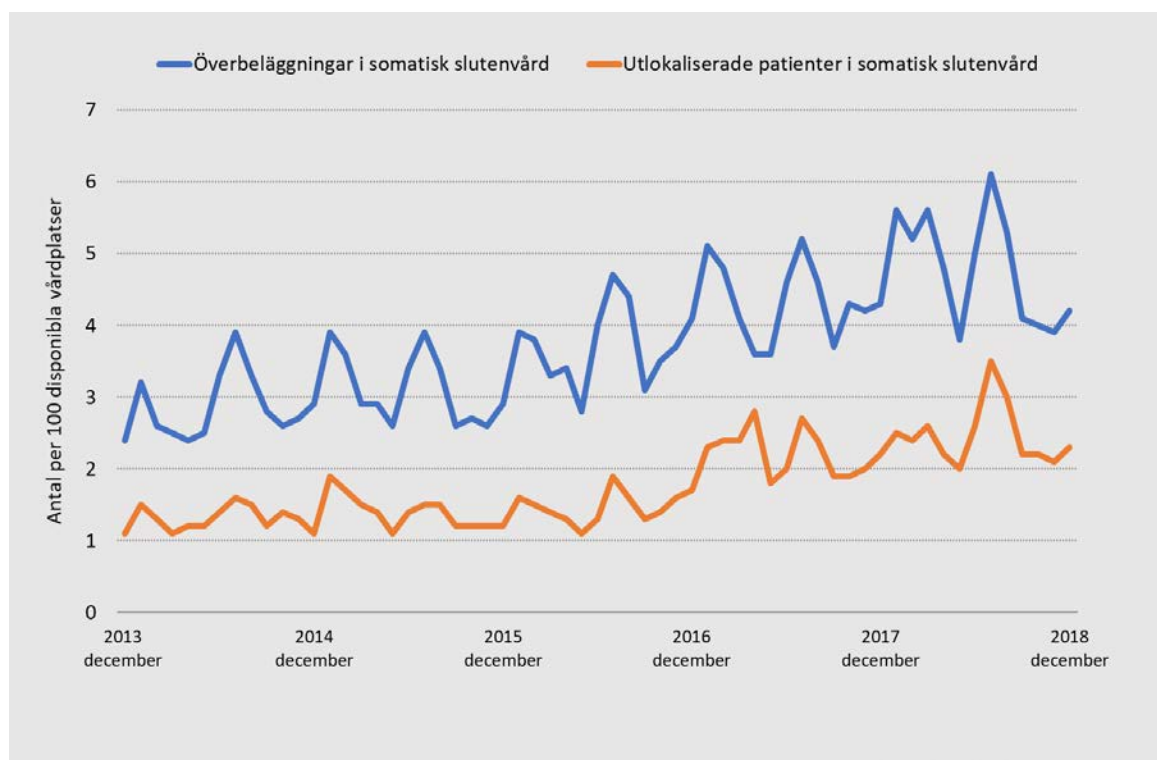
De senaste åren har såväl överbeläggningar som utlokaliseringar ökat. Båda innebär en ökad risk för vårdskador, framför allt för utlokaliserade patienter, alltså en inskriven patient som vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Som ett steg i arbetet för ökad patientsäkerhet har SKL och Socialstyrelsen tillsammans med regionerna därför utvecklat en modell för att varje månad följa upp förekomsten av överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Utvecklingen kan följas på vantetider.se.

Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Med disponibel vårdplats avses en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

En utlokaliserad patient definieras som en patient som är inskriven och vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Diagram 9. Antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser, december 2013-december 2018.



Källa: Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Landsting

Utvecklingen under 2018 innebär inget positivt trendbrott, utan både överbeläggningar och utlokaliseringar fortsätter att ligga på en hög nivå. Orsakerna till överbeläggningar och utlokaliseringar kan beskrivas på olika sätt. Utvecklingen av befolkningens vårdbehov spelar naturligtvis roll, liksom vårdplatskapaciteten. Samtidigt kan behovet av slutenvård påverkas, bland annat kan en väl fungerande primärvård påverka behovet. De senaste åren har antalet disponibla vårdplatser minskat i förhållande till befolkningens storlek, en utveckling som fortsatte under 2018, enligt preliminära uppgifter.

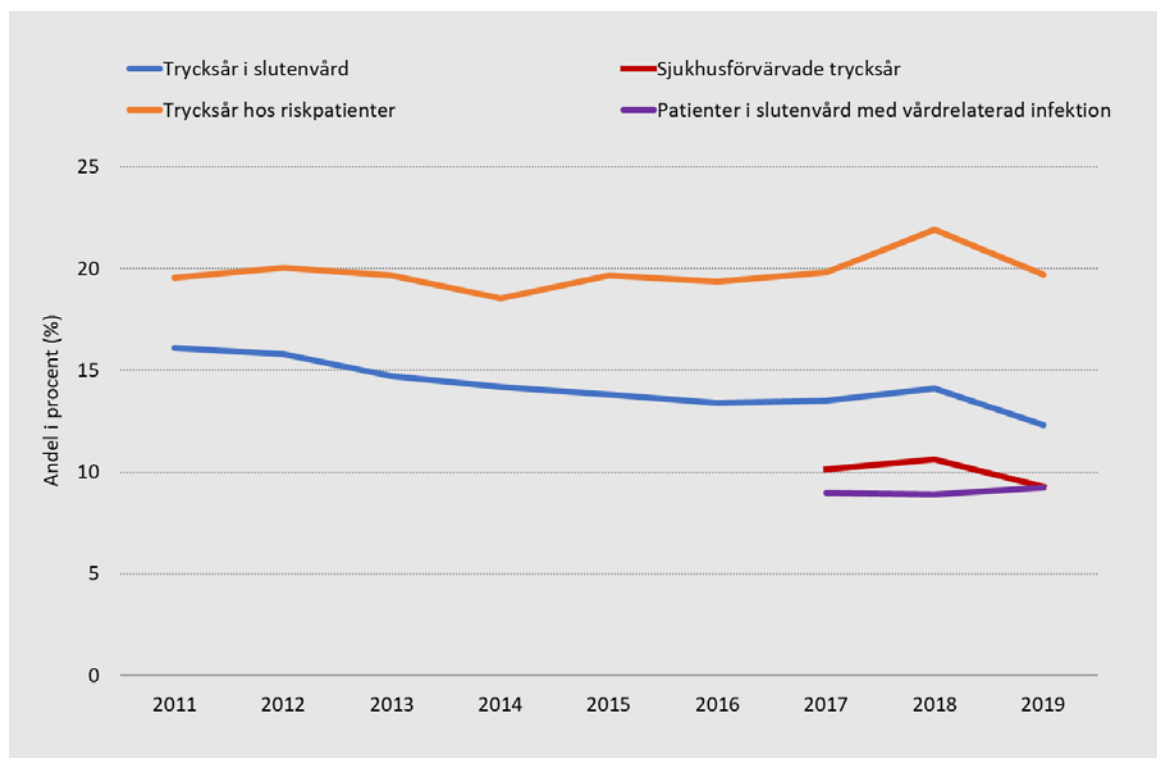
Punktprevalensmätningar av vårdskador

Det finns vårdskadetyper som förekommer oftare än andra. Exempel på vanliga vårdskador är vårdrelaterade infektioner, fallskador, trycksår, blåsöverfyllnad och avvikelser kring läkemedelsordinationer.

SKL administrerar 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.

Syftet är 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.

Diagram 10. Andel patienter med trycksår och vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård 2011-2019. Avser punktprevalensmätning en viss tidpunkt.



Källa: Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Landsting

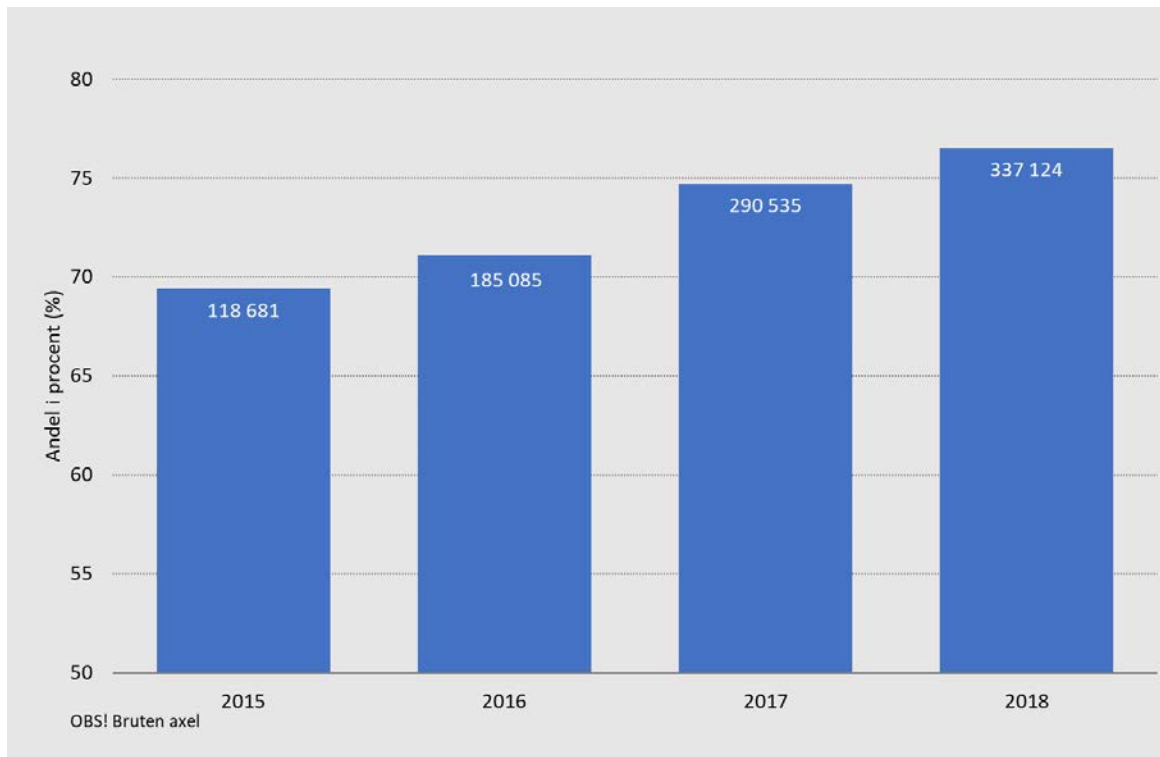
Checklista för säker kirurgi – användningen ökar

WHO har i ett internationellt samarbete etablerat en checklista för säker kirurgi, bland annat med checklistor från flygindustrin som inspiration. Användning av checklistan är ett vanligt förekommande mått på patientsäkerhet. I Sverige förvaltas checklistan av Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Löf. Användningen mäts av kvalitetsregistret för operationsverksamhet, SPOR. Måttet ingår i ett kvalitetsindex för operationsverksamhet, som lanseras under 2019.

Checklistan för säker kirurgi ställer olika frågor om patienten och operationen - rätt patient, rätt kroppsdel, inga instrument som saknas? Studier har visat att användning av checklistan kan sänka mortalitet och minska antalet komplikationer i samband med operationer.

Mellan 2015 och 2018 har andelen operationer där hela checklistan används ökat från 70 till 76 procent. Variationen mellan regioner sträcker sig från närmare 100 procent till flera regioner där andelen är 60 procent eller därunder. Inte alla regioners sjukhus är med, men allt fler operationsavdelningar har anslutit sig till SPOR. Volymen gör detta mått till en bred, övergripande indikator på säker på vård; under 2018 ingick närmare 441 000 operationer i underlaget till den.

Diagram 11. Andelen och antal operationer där hela WHO's checklista för säker kirurgi tillämpats, 2015-2018.



Källa: Svenskt perioperativt register (SPOR)

Resultattabla 4 med jämförelser: [Se bilaga.](#)

Resultat för stora sjukdomsgrupper

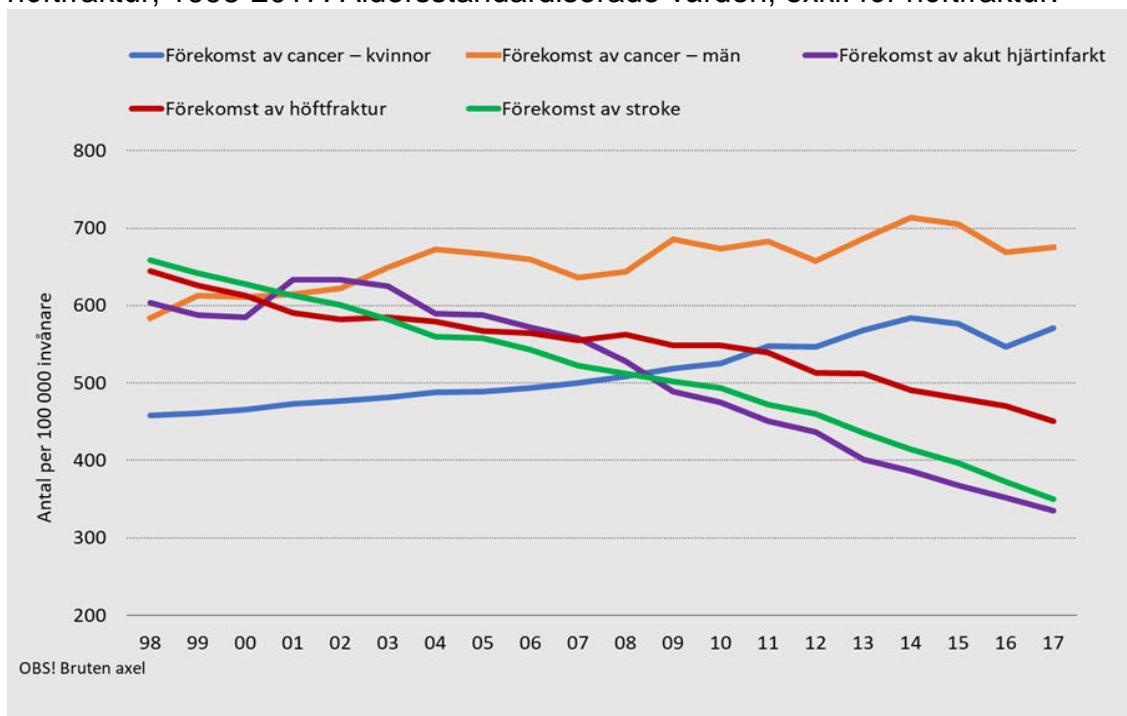
Ett centralt mått på hälso- och sjukvårdens kvalitet är det resultat den åstadkommer för befolkningens hälsa. Hälso- och sjukvårdens resultat i termer av överlevnad och risk för ny sjukdom förbättras över tid för flera stora sjukdomsgrupper, samtidigt som förekomsten minskar. Patientrapporterade resultatmått används allt oftare, för att mäta till exempel komplikationer, smärta och funktionsförmåga efter sjukdom och behandling. Detta avsnitt visar hur viktiga resultatmått utvecklats, för några stora sjukdomsgrupper.

Sjukdomsförekomsten minskar för viktiga sjukdomar

2017 dog 92 000 personer i Sverige. Cancer och hjärt-kärlsjukdom svarade för närmare 60 procent av dessa dödsfall. Sedan 1987 har antalet döda per 100 000 invånare i ischemiska hjärtsjukdomar, bland annat infarkt, minskat med 70 procent. För cancer har motsvarande minskning varit mindre, med 10 procent för kvinnor och 20 procent för män. De fallande dödstalen beror dels på minskad förekomst, dels på ökad överlevnad för personer som drabbas.

Det finns inga uppgifter om den samlade sjukdomsförekomsten på nationell nivå, bland annat beroende på att det inte finns något nationellt patientregister för personer som vårdats i primärvård. Detta gäller bland annat diagnoser som högt blodtryck, hjärtsvikt, artros, förmaksflimmer, njursvikt och även förekomsten av psykisk ohälsa. Många av dessa sjukdomar är långvariga eller kroniska sjukdomar.

Diagram 12. Antal fall per 100 000 invånare för stroke, hjärtinfarkt, cancer och höftfraktur, 1998-2017. Åldersstandardiserade värden, exkl. för höftfraktur.



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser

För vissa sjukdomar, där vården i akutskedet bedrivs vid sjukhus, kan utvecklingen däremot beskrivas. Sjukdomsförekomsten minskar för hjärtinfarkt, stroke och höftfraktur, medan antalet nya fall av cancer inte längre ökar. I diagram 12 framgår hur påtaglig minskningen i några fall är.

För hjärtinfarkt har antalet fall per 100 000 invånare nästan halverats mellan 1998 och 2017, från 650 till 350. För stroke är minskningen i princip identisk. Höftfraktur är en annan vanlig och vårdkrävande sjukdom som sätter ned funktionsförmågan och ökar risken för död. För höftfraktur är minskningen något mindre, men ändå tydlig, från 650 till 450. För cancer har det för både män och kvinnor skett en ökning sedan 1998, men på senare år har den planat ut. "Cancer" är ett samlingsnamn för många olika tumörtyper som har olika stor risk för död.

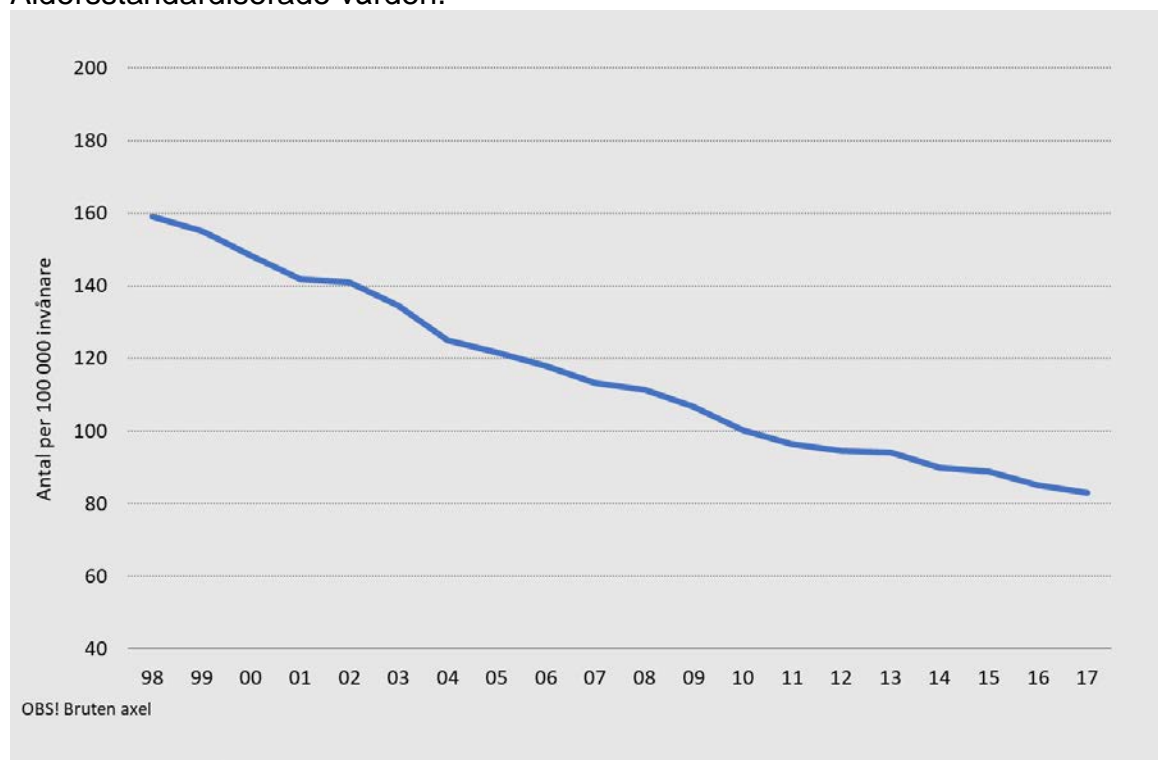
Den minskade förekomsten beror dels på befolkningens förbättrade hälsa, dels på sjukvårdens insatser, till exempel genom sekundärpreventiv behandling. Utan denna minskade förekomst hade resursbehoven i sjukvården varit mycket större. Antalet fall av stroke respektive hjärtinfarkt hade varit 65 000 per år istället för under 30 000 per år, om förekomsten idag varit densamma som för 20 år sen.

Färre påverkbara dödsfall, bättre resultat vid stroke och hjärtinfarkt

Ett brett mått på sjukvårdens resultat är den sjukvårdsrelaterade påverkbara dödligheten. Måttet används inom EU. Med sjukvårdsrelaterade påverkbara dödsfall avses dödsfall i sjukdomar som kan påverkas av sjukvården, med tidig upptäckt och behandling. I måttet ingår dödsfall orsakade av till exempel ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och cancer i livmoderhals. Bara dödsfall för jämförelsevis unga personer ingår, upp till 70 år.

I Sverige har antalet sådana dödsfall per 100 000 invånare minskat kraftigt de senaste tjugo åren. Minskningen gäller alla regioner. Det kan även finnas en tendens till minskande skillnader mellan regioner, vilket skulle tyda på sjukvårdens kvalitet blivit jämnare och/eller ett jämnare hälsoläge i befolkningarna.

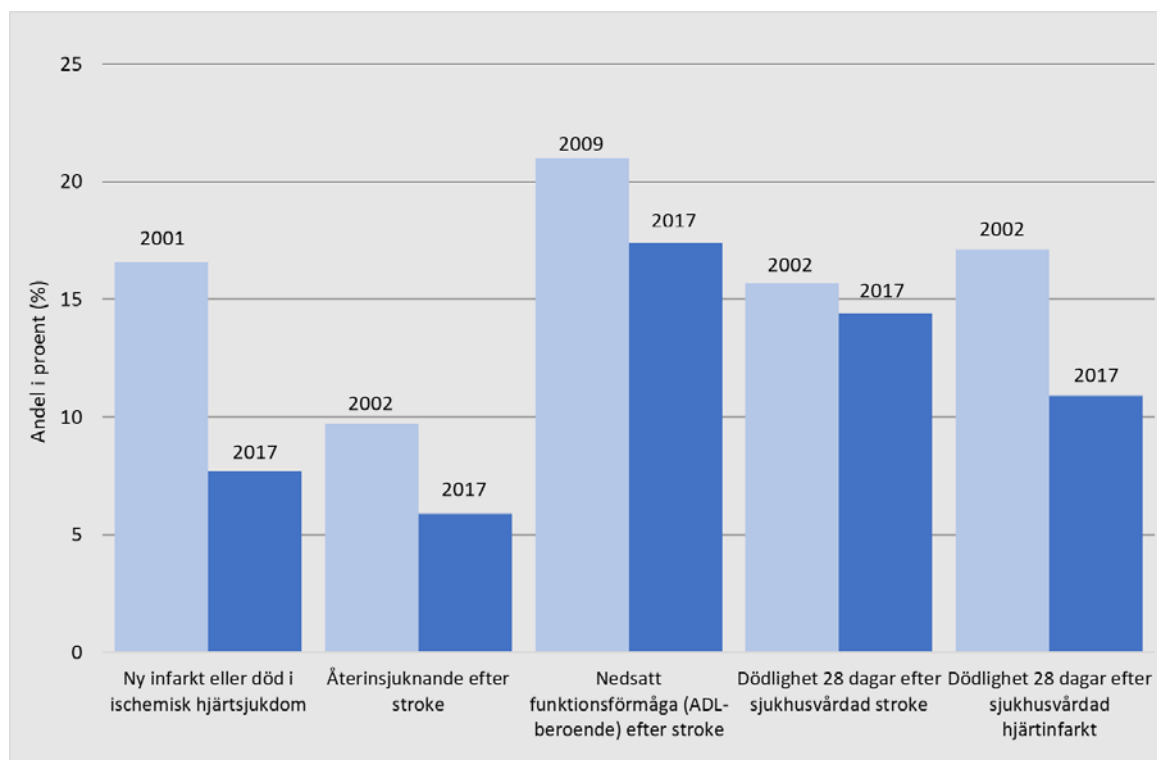
Diagram 13. Sjukvårdsrelaterad påverkbar dödlighet enligt EUROSTAT:s urval för orsaker och åldrar – dödsfall per 100 000 invånare, 1998-2017. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

För hjärtinfarkt vården har stora förändringar skett de senaste 20 åren. Nya behandlingsmetoder har införts, framförallt PCI-behandling vid stor hjärtinfarkt och nya läkemedel för att förhindra återförträngning av hjärtats kärl. För stroke har på senare år nya behandlingar införts, som propplösande läkemedelsbehandling och trombektomi, där man mekaniskt löser upp en proppbildning i hjärnan. Nyttan för de patienter som kommer ifråga för dessa behandlingar är stor, men andelen av alla patienter med stroke som är lämpade för behandling och som behandlas är mindre.

Diagram 14. Resultatmätt för stroke och hjärtinfarkt: Andel som avlider, drabbas av ny sjukdom eller har nedsatt funktionsförmåga. Förändring över tid, med 2017 som senaste år.



Källa: Riksstroke, SWEDHEART samt Patientregistret, Socialstyrelsen.

I diagram 14 visas flera resultatmätt för stroke och hjärtinfarkt, som pekar både på olikheter och på skillnader i utvecklingen. Andelen som dör inom 28 dagar efter stroke har minskat något över tid, detsamma gäller andelen som är personligt ADL-beroende (utförande av vardagliga sysslor) efter sin stroke.

Ett annat viktigt mått visar en stor förbättring – andelen som drabbas av en ny stroke inom 365 dagar har minskat från nära tio till sex procent på drygt 15 år. Detta tyder på att den sekundärpreventiva behandlingen förbättrats. Bland annat detta har regelbundets följt upp av kvalitetsregistret Riksstroke och genom Socialstyrelsens uppföljning av riktlinjer.

Även för hjärtinfarkt vården har det länge funnits en strukturerad kvalitetsuppföljning, genom kvalitetsregistret SWEDHEART och Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Förbättringarna i hjärtinfarkt vården kan spåras ända tillbaka till 1990, då 30 procent av alla som fick infarkt avled inom 28 dagar. 2017 är motsvarande tal cirka 11 procent. Andelen som får ny infarkt eller dör i ischemisk hjärtsjukdom har mer än halverats, från nära 17 till knappt 8 procent sedan 2001.

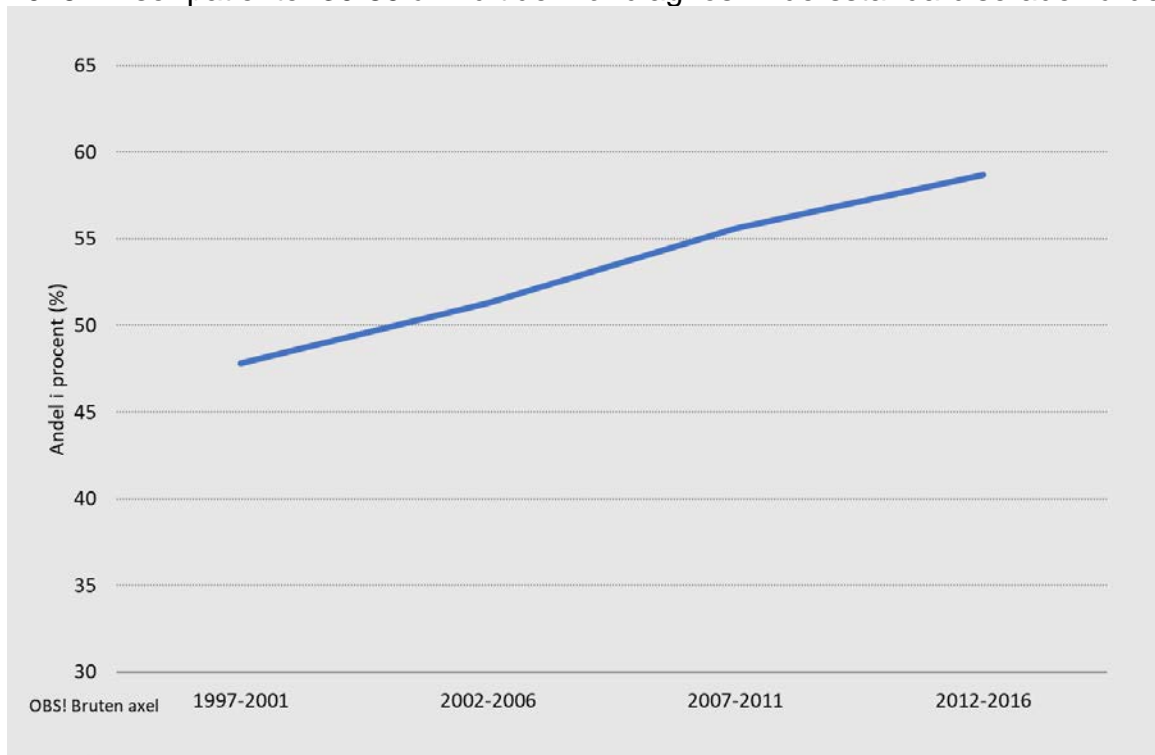
Överlevnaden vid cancer ökar

Varje år får ungefär 60 000 personer en cancerdiagnos, vilket är fler än det sammanlagda antalet som får en stroke eller hjärtinfarkt. Cancersjukvårdens kvalitet kan beskrivas med hjälp av både kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister. På Vården i Siffror finns närmare 80 mått om

cancer, både om förekomst och kvalitet. De flesta avser de vanligaste tumörtyperna som prostata-, bröst-, lung- samt tjock- och ändtarmscancer.

Ett vanligt övergripande mått på cancersjukvårdens resultat är överlevnad vid cancersjukdom, jämfört med de i befolkningen som inte har cancer. Relativ överlevnad på 100 procent skulle betyda att risken att avlida är lika stor för personer utan cancer som för de som har fått en cancerdiagnos. De senaste 20 åren finns en tydlig trend med en ökning av femårsöverlevnaden vid cancer, från under 50 procent till närmare 60 procent.

Diagram 15. Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom, 1997-2001 till 2012-2016. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.

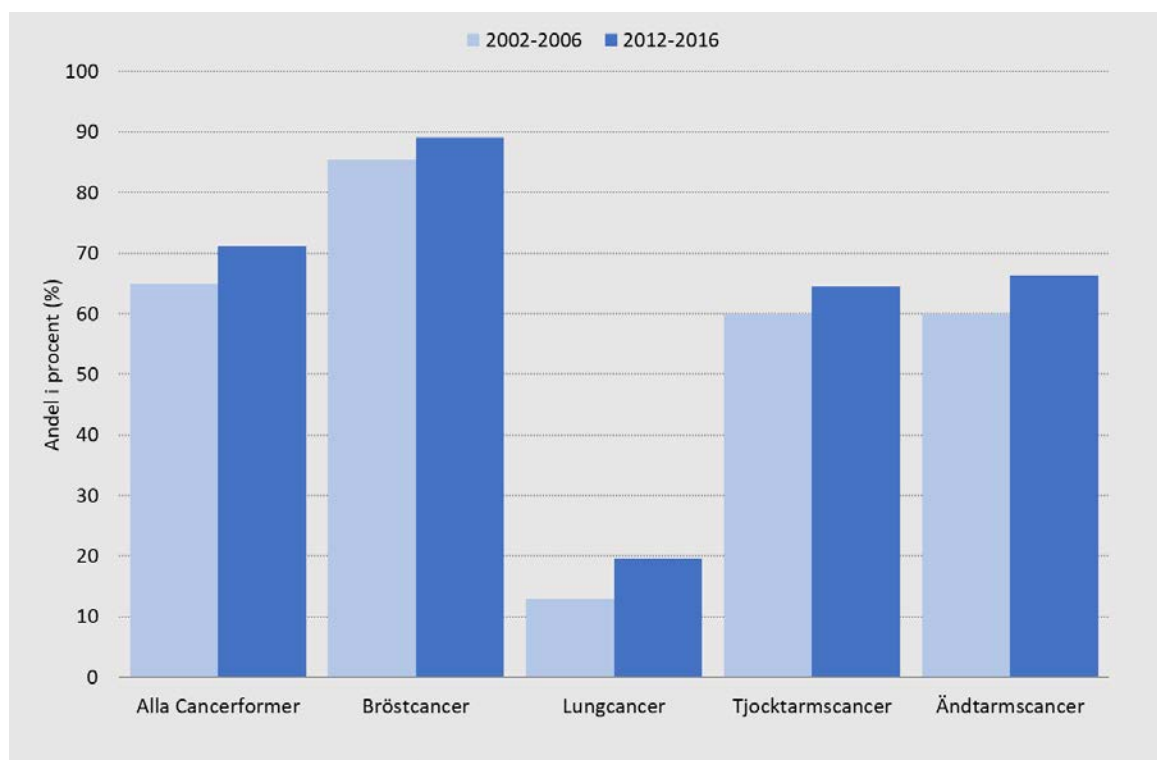


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Den relativa överlevnaden både är olika och har utvecklats olika för olika cancerformer. I diagram 15 visas överlevnaden dels för alla cancerformer, dels för ett urval med de vanligaste. Prostatacancer är tillsammans med bröstcancer vanligast, men ingår inte, eftersom detta mått blir missvisande för denna cancerform. Måttet skulle avspejla hur aktiv sjukvården är med att diagnostisera prostatacancer, som är långsamväxande och ofta inte dödlig, snarare än den aktiva behandlingens effekter.

För lungcancer är överlevnaden låg, men har ökat över tid. Högst relativ femårsöverlevnad är det för bröstcancer, medan övriga cancerformer har lägre men ökande överlevnad. På Vården i siffror kan man även jämföra överlevnaden i de olika regionerna. För bröstcancer är skillnaderna mellan regionerna jämförelsevis låg, medan den förefaller vara större för flera av de övriga sjukdomarna. Det finns inget etablerat mått för att mäta hur stora eller små skillnaderna mellan regioner är.

Diagram 16. Relativ femårsöverlevnad för alla cancerformer och för ett urval cancertyper, 2002-2006 till 2012-2016. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Diabetes – vanlig kronisk sjukdom med sjunkande överrisk för hjärtkärlsjukdom

Under tvåårsperioden 2017-2018 hade över 500 000 personer ett registrerat besök i Nationella diabetesregistret, NDR. Detta innebär att ungefär fem procent av befolkningen har diabetes. Antalet har ökat i takt med befolkningen, men förekomsten varierar stort mellan regionerna.

En viktig effekt av diabetes är att risken för hjärt-kärlsjukdom ökar. Ju bättre diabetesvården och personen med diabetes är på att kompensera för detta, desto mindre risk löper patienten med diabetes att få hjärt-kärlsjukdomar. Socialstyrelsen mäter denna aspekt med två olika indikatorer, som båda finns i Vården i Siffror. Antalet döda i hjärt-kärlsjukdomar bland 100 000 personer som behandlas med diabetesläkemedel har i riket minskat från över 600 till drygt 420, mellan 2007 och 2016-17. Denna dödlighet har dock minskat i hela befolkningen, inte bara för de med diabetes.

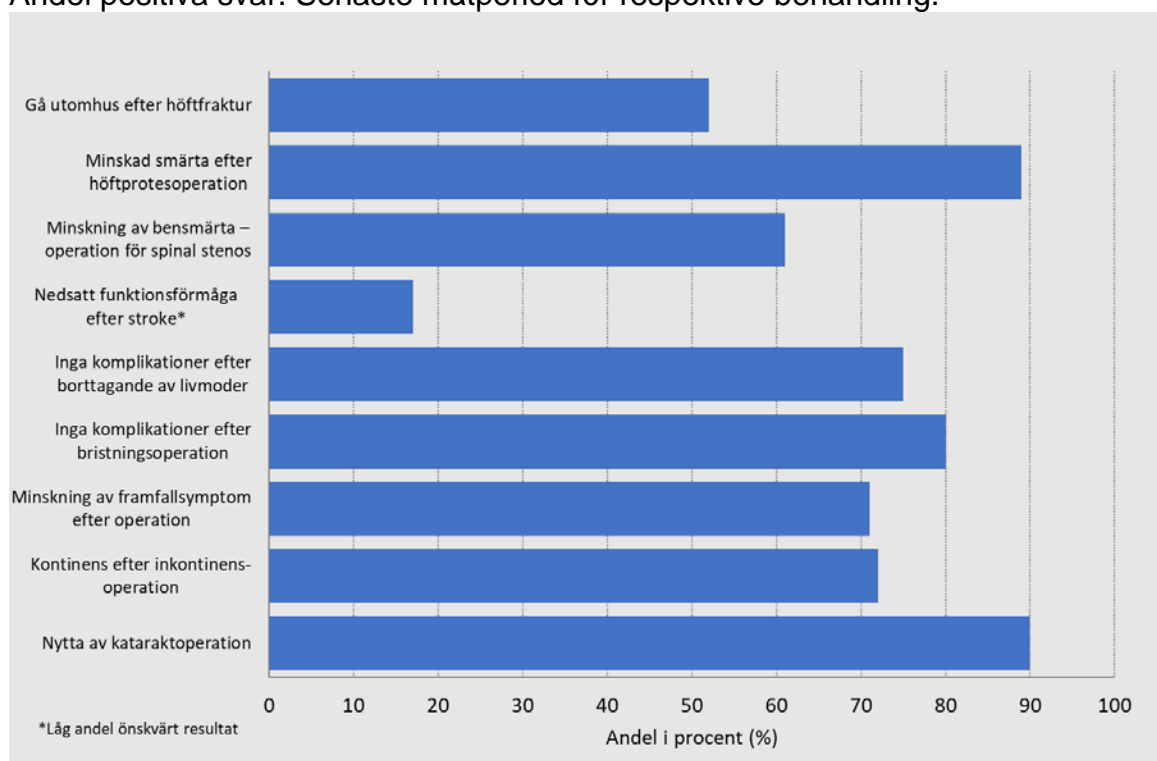
I det andra måttet jämförs dödligheten i de båda grupperna istället med varandra. Resultatet är att överdödligheten för personer med diabetes minskar över tid: Från en kvot på cirka 1,45 år 2007 till 1,35 år 2016-17. Om kvoten är 1,0 finns det ingen överrisk alls. Minskningen av överrisk tyder på att diabetesvårdens resultat blir bättre.

PROM – när patienten själv bedömer behandlingens resultat

Under senare år har det blivit vanligare att patienten själv rapporterar hur denne bedömer resultatet av en behandling och att detta redovisas i kvalitetsuppföljningen. Detta sker främst inom de nationella kvalitetsregistren. På Vården i siffror finns det över 30 mått med så kallade PROM-data (Patient Reported Outcome Measure), varav dock många avser rygckirurgi och kvinnosjukvård.

Motivet till att använda PROM är bland annat det uppenbara, att det är patienten som lever med sin sjukdom som bästa kan bedöma effekten av en behandling. Dessutom finns det för vissa behandlingar inga traditionella ”medicinska” mått som är lämpliga. Mycket talar för att användningen av patientrapporterade mått kommer att bli vanligare.

Diagram 17. PROM - Patientskattade resultat (PROM) för ett urval behandlingar. Andel positiva svar. Senaste mätperiod för respektive behandling.



Källa: Svenska Höftprotesregistret (SHPR), Swespine, Riksstroke, GynOp och Nationella kataraktregistret

I diagram 17 visas för ett urval olika behandlingar, hur patienterna svarar om effekten av behandlingen man fick. Syftet är att illustrera vilka mått som används och ge en grov bild av svaren, inte att jämföra nyttan med olika behandlingar. Om dessa mått, se vidare [Vården i siffror](#).

SKA SJUKVÅRDSKVALITET MÄTAS MED RESULTATMÅTT ELLER PROCESSMÅTT?

En vanlig distinktion när hälso- och sjukvårdens kvalitet är den mellan processmått och resultatmått. Processmått mäter vad sjukvården gör och hur det görs – vidtas rätt åtgärder, används rätt diagnostik och läkemedel, utförs operationen på det sätt som rekommenderas? Nationella riktlinjer och vårdprogram anger hur sjukvården skall bedrivas och följs upp med hjälp av processmått.

Resultatmått, å den andra sidan, syftar till att beskriva sjukvårdens resultat för en hel befolkning eller en patient: Effekten på hälsan, på kort eller lång sikt. Konkret kan det röra sig om överlevnad, att sjukdomens inte kommer tillbaka, komplikationer av behandlingen, smärta och funktionsförmåga. På senare år har det blivit vanligare att mäta hur patienterna själva bedömer resultatet av behandlingen, så kallade PROM (efter engelskans Patient Reported Outcome Measures).

Processmått är lättare att mäta och sätta mål för och är därför mycket vanliga i kvalitetsuppföljning. Det är viktigt att processmått har starkt kunskapsstöd; att de har visats leda till bättre resultat. Annars har ett processmått inget värde, utan kanske enbart leder till merkostnader och till att fokus riktas på fel frågor.

Resultatmått, som fångar hälsoeffekten för patienten, är i princip att föredra när man skall utvärdera ett sjukvårdssystem. När SKL gör sin återkommande jämförelse av Sverige och andra länder, så ingår enbart resultatmått i jämförelsen, med just dessa argument, som är lika giltiga för jämförelser mellan regionerna i Sverige.

Men resultat kan vara svårare att mäta och att tolka, jämfört med ett processmått. Andra faktorer än sjukvårdens insatser kan påverka ett resultat, som sjukdomens svårighetsgrad. En patient som röker har till exempel större risk för komplikationer av en operation, än en icke rökare. Långtidsuppföljning av hälsoeffekter är svår och dyrbar. I praktiken har vi inte tillgång till de ideala resultatmått. Båda typerna av kvalitetsmått måste användas. Men en möjlig utvecklingsuppgift är att ta fram en modell för jämförelser mellan regionerna som helt bygger på resultatmått.

Resultattabla 5 med jämförelser: [Se bilaga.](#)

Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer

Kunskapsbaserad vård är ett brett begrepp, men måluppfyllelse för kvalitetsmått ger en bild av om vårdriktlinjer följs – om hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad. Det finns nu målnivåer för ett stort antal kvalitetsmått från Socialstyrelsens nationella riktlinjer och från kvalitetsregister. För många sker förbättringar, men avståndet till målnivåerna kan vara betydande. Måluppfyllelsen för några stora sjukdomar med nationella riktlinjer beskrivs här – stroke, hjärtinfarkt, cancer och diabetes.

Kunskapsbaserad sjukvård - följs nationella riktlinjer, nås målnivåer?

Hälso- och sjukvården skall enligt Socialstyrelsens ramverk för God Vård vara Kunskapsbaserad och ändamålsenlig, vilket är ett av sex kvalitetsområden som ingår i ramverket. ”Kunskapsbaserad” betyder mer än att följa riktlinjer och nå mål om hur vården skall bedrivas, men det finns en tydlig koppling till riktlinjer.

Målnivåer anges dels i olika nationella politiska beslut och rekommendationer, dels i nationella riktlinjer och av kvalitetsregister. Politiskt beslutade målnivåer är till exempel väntetider enligt vårdgarantin, där målet är att 100 procent av patienterna ska få vård inom tidsgränserna. Även tidsgränserna i standardiserade vårdförlopp i cancervården hör till denna kategori. Vanligaste ”utgivare” av nationella målnivåer är Socialstyrelsen och nationella kvalitetsregister.

Det finns nationella riktlinjer från Socialstyrelsen för närmare 20 sjukdomsgrupper, inklusive indikatorer för uppföljning. För knappt 140 av dessa indikatorer finns målnivåer angivna, som en del i riktlinjearbetet. De allra flesta är processmått, men det finns även vissa resultatmått, till exempel om överlevnad vid cancer. Den stora fördelen med övervägda målnivåer är att alla resultat kan bedömas i ljuset av målnivån.

Det finns inte tillgängliga data för alla Socialstyrelsens 140 målnivåindikatorer, men i Vården i siffror är knappt hälften publicerade (april 2019). Det finns även en rapport på Vården i siffror med dessa kvalitetsmått.

En grov lägesbild kan fås via den översblicksfunktion som finns i Vården i siffror, Min översikt. Regionernas resultat varierar, men för riket som helhet nåddes målnivån för drygt 20 procent av de 66 indikatorer som är publicerade och möjliga att analysera.

Målnivåerna i många fall högt satta och att de inte nås behöver inte ses som ett dåligt resultat, särskilt om utvecklingen går åt rätt håll. För majoriteten, drygt 60 procent, av dessa mått skedde en förbättring mellan de senaste mätperioderna.

Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer per indikator, en för hög och en för måttlig måluppfyllelse. Den högre målnivån är som regel samma som Socialstyrelsens, om indikatorn är densamma. Den summerande bilden är snarlik den för Socialstyrelsens målnivåer. 113 indikatorer med målnivåer från kvalitetsregister finns i Vården i siffror (april 2019). För cirka 25 procent av dessa nåddes den högre målnivån. Precis som för Socialstyrelsens målnivåer sker en förbättring av resultaten för majoriteten av dessa. Närmare 60 procent av måtten hade förbättrats den senaste mätperioden.

Båda dessa bilder av utvecklingen över tid är grova. Men de är i linje med det som gäller för alla kvalitetsindikatorer i Vården i siffror. Det fanns 532 mått där utvecklingen kan beskrivas i termer av bättre/sämrre, inte bara som ökning/minskning, och där det fanns uppgifter om minst två mätperioder. Av dessa hade 60 procent förbättrats den senaste mätperioden, medan övriga försämrats.

Detta är intressant att notera och den bästa överblicksbild som är tillgänglig, men man bör vara försiktig med att av detta dra slutsatsen att hälso- och sjukvården som helhet förbättrats. Olika mått är olika viktiga och det är bara vissa kvalitetsaspekter som mäts och visas på Vården i siffror.

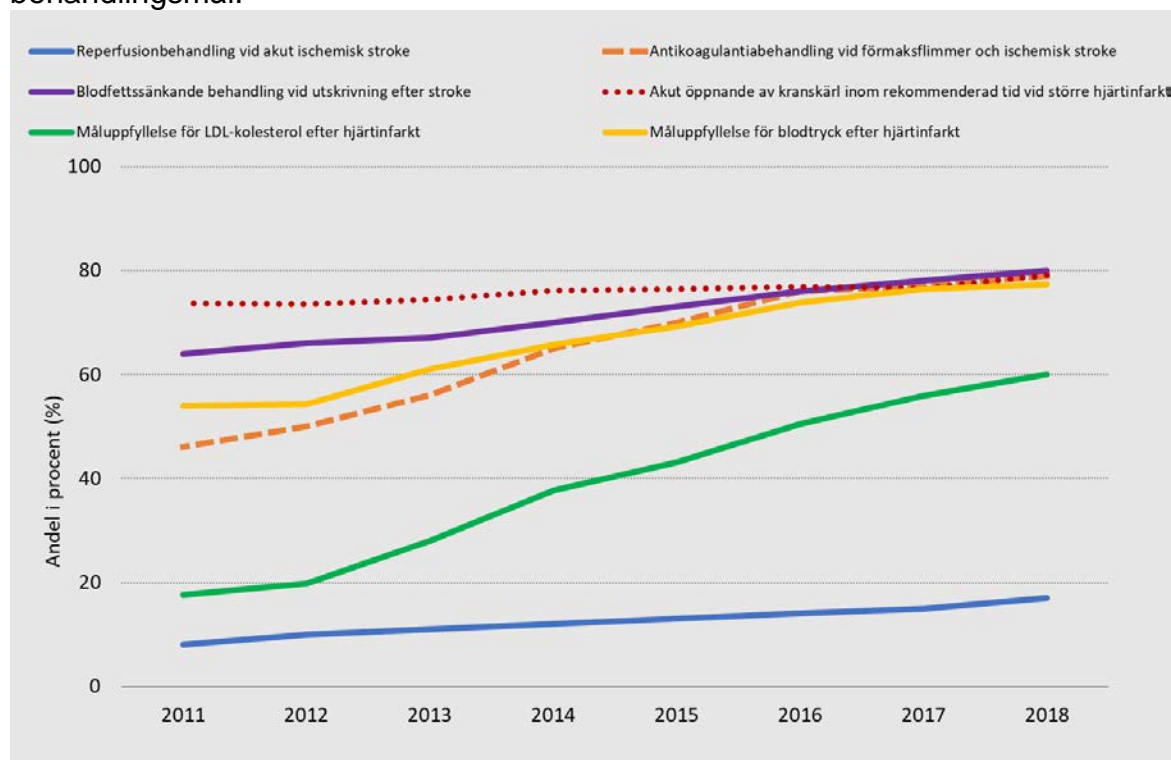
Måluppfyllelsen för stroke och hjärtinfarkt ökar

För hjärtinfarkt och stroke finns det många målnivåsatta kvalitetsmått, både genom Socialstyrelsens riktlinjer och genom kvalitetsregistren Riksstroke och SWEDEHEART. Kvalitetsregistren har tillsammans närmare 30 målnivåsatta kvalitetsindikatorer. Målnivåerna är satta så att de dels är förenliga med riktlinjer, dels stödjer kvalitetsförbättring och leder till minskade skillnader mellan sjukhusen.

För SWEDEHEARTs del är det i kvalitetsindex ökad fokus på sekundärprevention efter infarkt, som anses vara ett viktigt område att nå bättre resultat för. För hjärtinfarkt nås 2018 målnivån för 6 av 11 mått. Förbättring mellan 2017 och 2018 har skett för alla utom två mått. SWEDEHEARTS kvalitetsindex kan maximalt ge 11 poäng. 2018 nådde riket poängsumman 7, samma som för 2017, men en ökning jämfört med 2015, då poängsumman var 4,5.

För Riksstroke är utvecklingen snarlik. Man har 17 målnivåsatta mått, sedan 2018 flera indikatorer om TIA (stroke där symtomen försvinner inom 24 timmar) lagts till. För fem mått nåddes målnivån i riket 2018. 11 av 14 mått förbättrades eller var oförändrade 2018 jämfört med 2017, av de mått som hade data i Vården i siffror för båda åren.

Diagram 18. Utveckling över tid för ett urval kvalitetsmått för stroke- respektive hjärtinfarktvård, 2011-2018. Andel med önskad behandling eller som uppnått behandlingsmål.



Källa: SWEDEHEART och Riksstroke

I diagram 18 visas utvecklingen för ett urval mått om hjärtinfarkt och stroke.

Reperfusionsterapi - att öppna blockeringar i blodkärlen efter stroke ökar, andelen har fördubblats till 17 procent 2018, nära målnivån 20 procent.

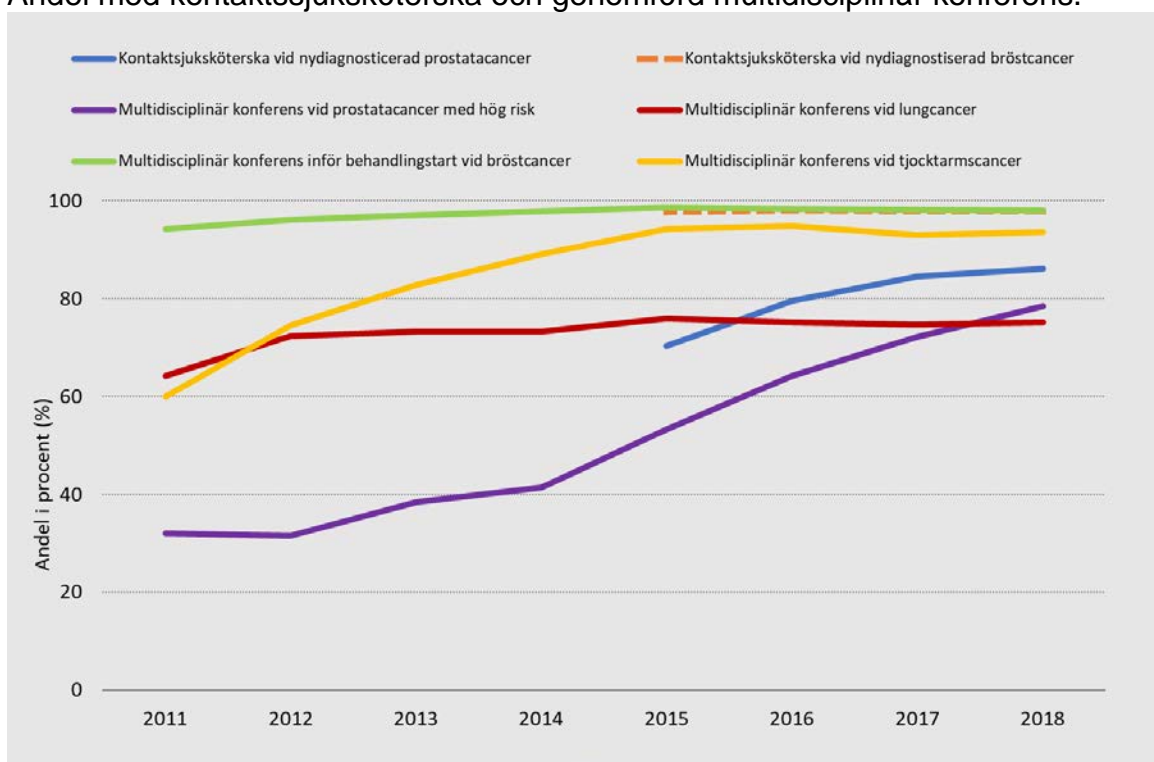
Antikoagulantibehandling, för patienter som också har förmaksflimmer, har ökat kraftigt över tid. Denna behandling minskar risken för att man drabbas av ny stroke. Detsamma gäller blodfettssänkande behandling, som ökat med 15 procentenheter sedan 2011. För hjärtinfarkt är det mest slående att de båda sjukdomsförebyggande måtten om måluppfyllelse för blodtryck och LDL-kolesterol utvecklas så positivt; allt fler patienter når målen och minskar sin risk för ny infarkt.

Cancersjukvårdens utveckling – en blandad bild

Inom cancersjukvården finns det väl utbyggda kvalitetsregister, som har bra täckningsgrad och fångar många kvalitetsaspekter. Det finns i Vården i siffror 44 kvalitetsmått med målnivåer satta av kvalitetsregister. De flesta avser de vanliga cancersjukdomarna, som bröst-, prostata-, lung- samt tjock- och ändtarmscancer.

De flesta av dessa mått är så kallade processmått, men även några resultatmått har målnivåer. Det senaste året med helårsdata (2018) nåddes målnivåerna för elva av dessa 44 indikatorer. 2018 förbättrades resultaten för nästan 70 procent av måtten, jämfört med året innan. Förbättringar och/eller försämringarna kan vara marginella. De kan också gälla mått där målnivåerna nås, vilket ger en annan tolkning av ett resultat. Summering kan ge en orientering om utvecklingen, men en tydligare bild kan bara fås om man studerar de olika indikatorerna och deras resultat var för sig.

Diagram 19. Utveckling över tid för ett urval kvalitetsmått vid cancer, 2011-2018. Andel med kontaktsjuksköterska och genomförd multidisciplinär konferens.



Källa: Nationella prostatacancerregistret (NPCR), Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer, Nationella lungcancerregistret samt Svenska kolorektalcancerregistret

Två olika mått på cancervårdens utveckling över tid visas i diagram 19, för olika cancerformer: Andelen patienter som vid diagnos får en kontaktsjuksköterska, respektive andelen patienter vars behandling diskuteras på så kallad multidisciplinär konferens.

I en multidisciplinär konferens deltar specialister från flera discipliner med syftet att diskutera och föreslå lämpligaste behandling för den individuella patienten. En kontaktsjuksköterska har rollen att

ge cancerpatienten psykosocialt stöd och vägledning, råd om symtomlindring, förmedla kontakter med andra vårdinstanser samt säkerhetsställa patientens delaktighet och inflytande i vården. Båda måtten har hög prioritet i nationella riktlinjer. För dessa processmått har utvecklingen över tid varit positiv.

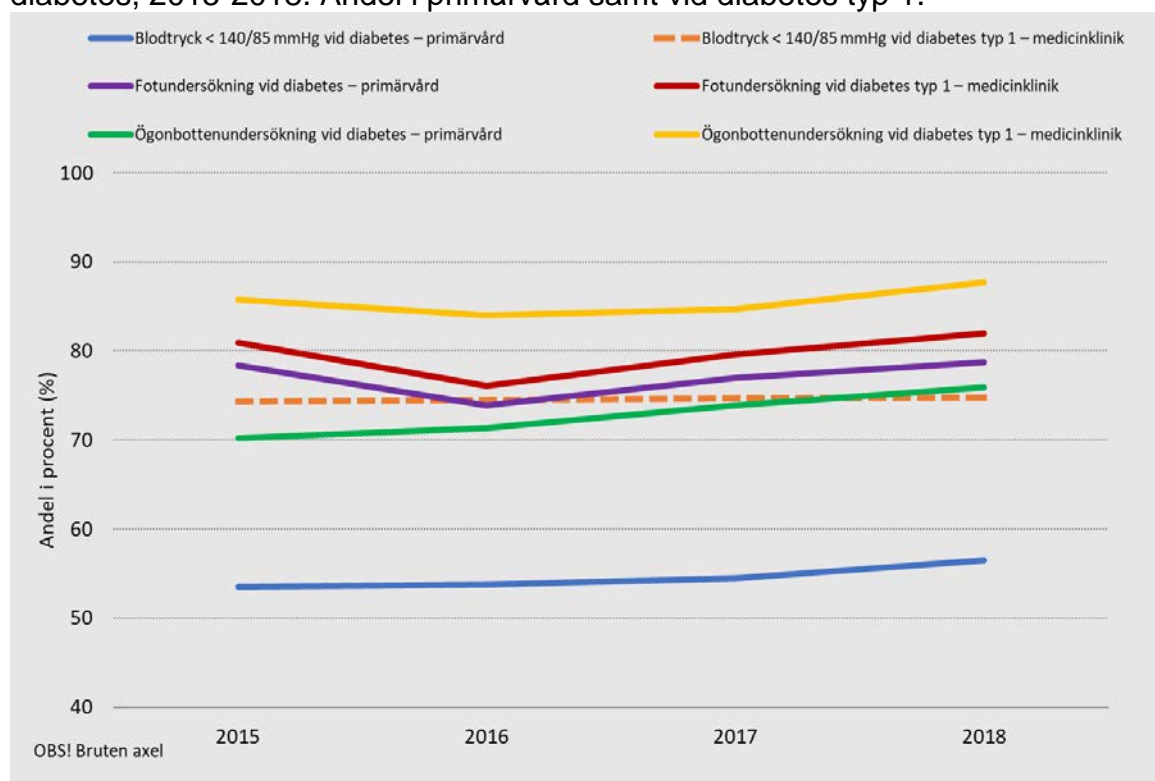
För flera mått som har med väntetider att göra är avståndet till målnivåer betydligt större. Arbetet med standardiserade vårdförlopp i cancervård syftar bland annat till att korta ledtiderna mellan olika steg från diagnostik till eventuell behandling.

Diabetessjukvården förbättras, men få målnivåer nås

För diabetesvården finns det tio mått med målnivåer från Socialstyrelsen, fem för primärvård (diabetes typ 2) och fem för diabetes typ 1. Alla måtten utom ett förbättrades under 2019; undantaget var andel personer med diabetes som röker, som ökade marginellt. Men som framgår av diagram 20 nedan är förbättringen för några av måtten måttlig, vilket tyder på att målnivåerna kommer att vara svåra att nå. Målnivåerna för måtten i diagrammet är 90 procent för blodtryck och 98-99 procent för de övriga.

Nationella diabetesregistret har inga egna målnivåer, men om man bortser från de mått som avser förekomst av diabetes, så förbättrades nästan alla Vården i siffrors mått på diabetesvårdens kvalitet den senaste mätperioden (oftast 2018), närmare trettio stycken. Då ingår både resultat och processmått.

Diagram 20. Blodfettssänkande behandling, ögonbotten- och fotundersökning vid diabetes, 2015-2018. Andel i primärvård samt vid diabetes typ 1.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR)

Resultattabla 6 och 7 med jämförelser: [Se bilagor.](#)

Ekonomiska resultat och kostnader

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

SKLs bedömningar av samhällsekonomi och det ekonomiska läget för kommuner och regioner redovisas främst i den ekonomirapport, som utkommer två gånger om året. Den senast publicerades den 13 maj 2019. 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 regionernas finansiella ställning och utveckling har regionernas ekonomidirektörer tagit fram en uppsättning nyckeltal. De publiceras årligen i Kolada, och flera av de mått som redovisas i resultattablån i denna rapport ingår bland nyckeltalen. De beskrivs närmare i SKLs ekonomirapport från april 2014.

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

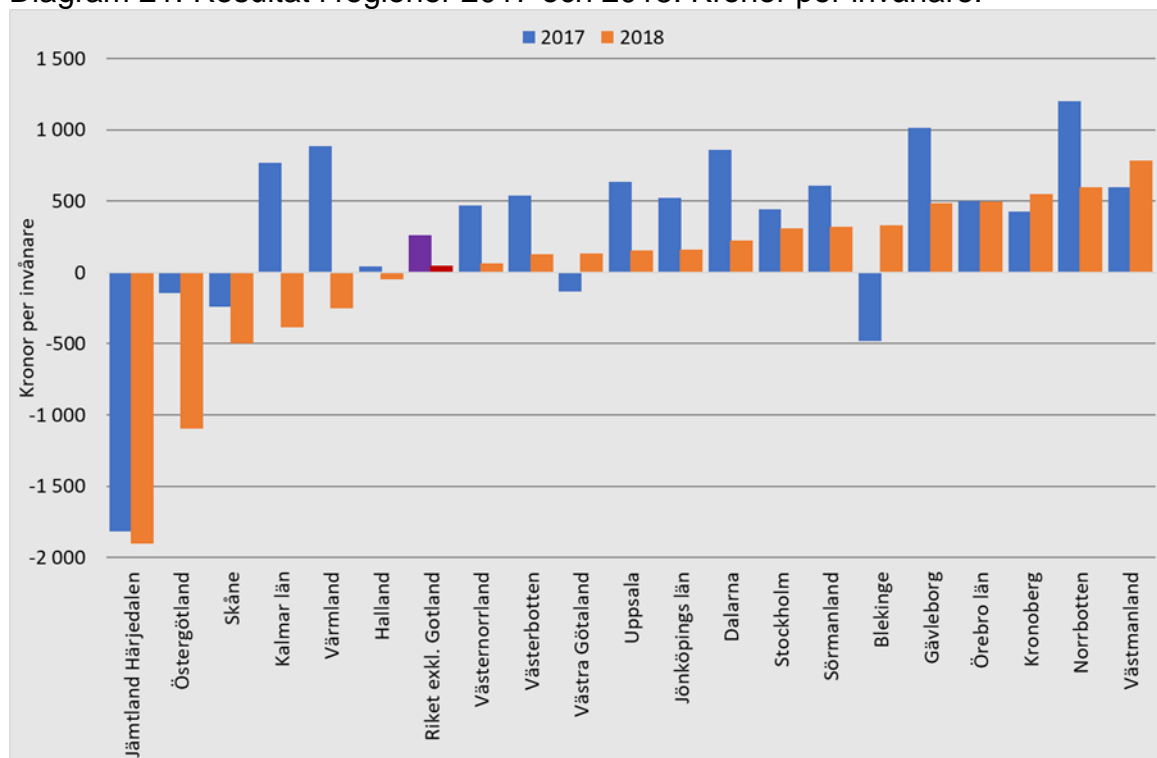
Resultaten försämrades i 16 av 20 regioner 2018

Sex regioner redovisade underskott för 2018 och bara en region redovisade ett resultat som motsvarar minst 2 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag. Resultaten mätt som kronor per invånare försämrades i 16 av 20 regioner. Åtta regioner har haft överskott varje år de senaste fem åren. Av dessa åtta har alla utom Region Stockholm ett positivt tillskott från finansiella poster.

Regionerna redovisade ett sammantaget resultat på 0,5 miljarder kronor 2018. Resultatet motsvarar endast 0,2 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag, vilket är långt ifrån de 2 procent som brukar anges som tumregel för god ekonomisk hushållning. Resultatet i regionerna har under de senaste tio åren i genomsnitt uppgått till knappt 2 miljarder kronor eller 0,7 procent av skatter och statsbidrag.

Resultatutvecklingen i regionerna förklaras inte huvudsakligen av kostnadsutvecklingen till följd av en växande och åldrande befolkning och inte av låga intäktsökningar. Det är i stället kostnadsutvecklingen som orsakar den nuvarande situationen. Inför kommande år, då prognoserna talar för långsammare skatteunderlagstillväxt och fortsatta demografiska utmaningar, kommer behovet av effektiviseringar att öka.

Diagram 21. Resultat i regioner 2017 och 2018. Kronor per invånare.



Källa: Statistiska Centralbyrån

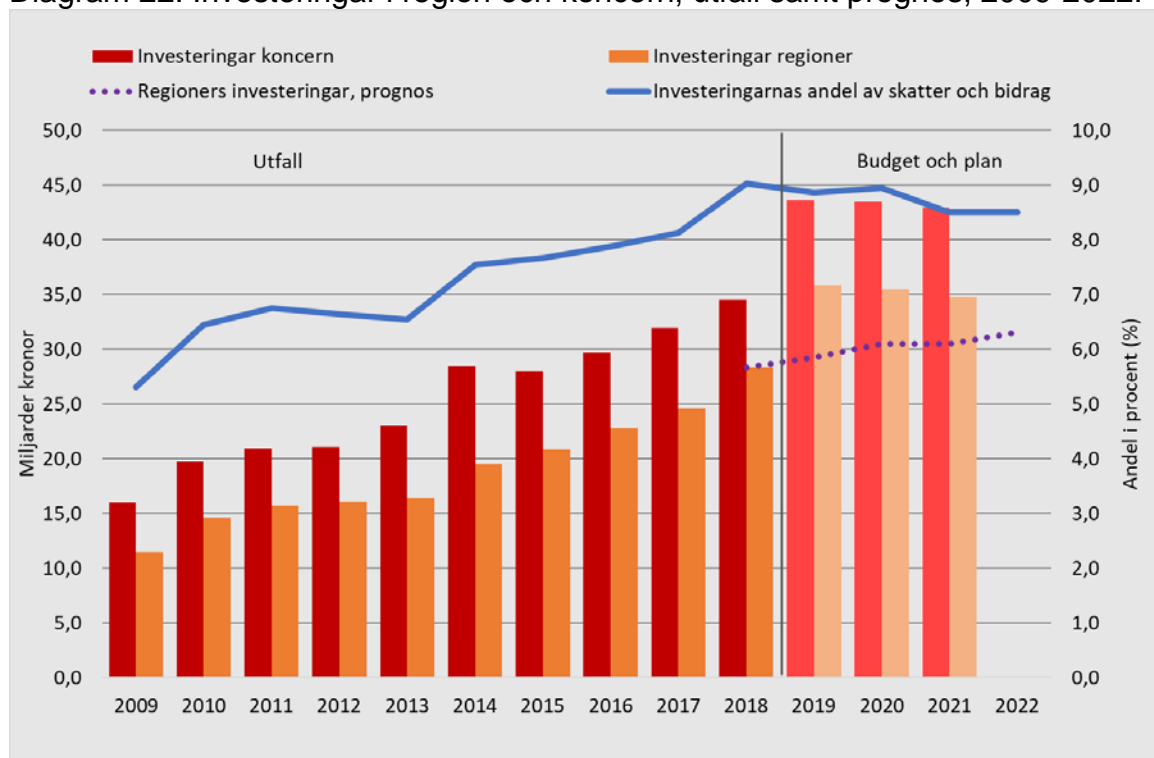
Investeringarna ökade dubbelt så snabbt

Sjukhus, vårdcentraler och andra vårdinrättningar byggs om för att motsvara kraven på dagens arbetsmiljö och riktlinjer för dagens vård och arbetsmiljö. Behoven från befolkningsförändringar ökar snabbt och det betyder även att investeringarna ökar. Befolkningstillväxten och ambitionen att öka andelen kollektivt resande ger upphov till stora investeringar i kollektivtrafik. Det ställs också höga krav på tillgänglighet och miljöanpassning, vilket bidrar till ökade investeringsutgifter och driftskostnader.

Investeringsutgifterna uppgick till 28,3 miljarder kronor 2018, en ökning med 15 procent jämfört med 2017. I genomsnitt har investeringarna ökat med cirka 8 procent årligen under de senaste tio åren.

Regionernas investeringar inklusive de regionägda bolagen uppgick till 34,5 miljarder kronor 2018. Region Stockholm står för ungefär hälften av investeringsutgifterna. Investeringsutgifterna per invånare är betydligt högre i Region Stockholm än i någon annan region. Med högre investeringsnivåer ökar finansieringsbehovet utöver det som täcks av årets resultat och avskrivningar.

Diagram 22. Investeringar i region och koncern, utfall samt prognos, 2009-2022.



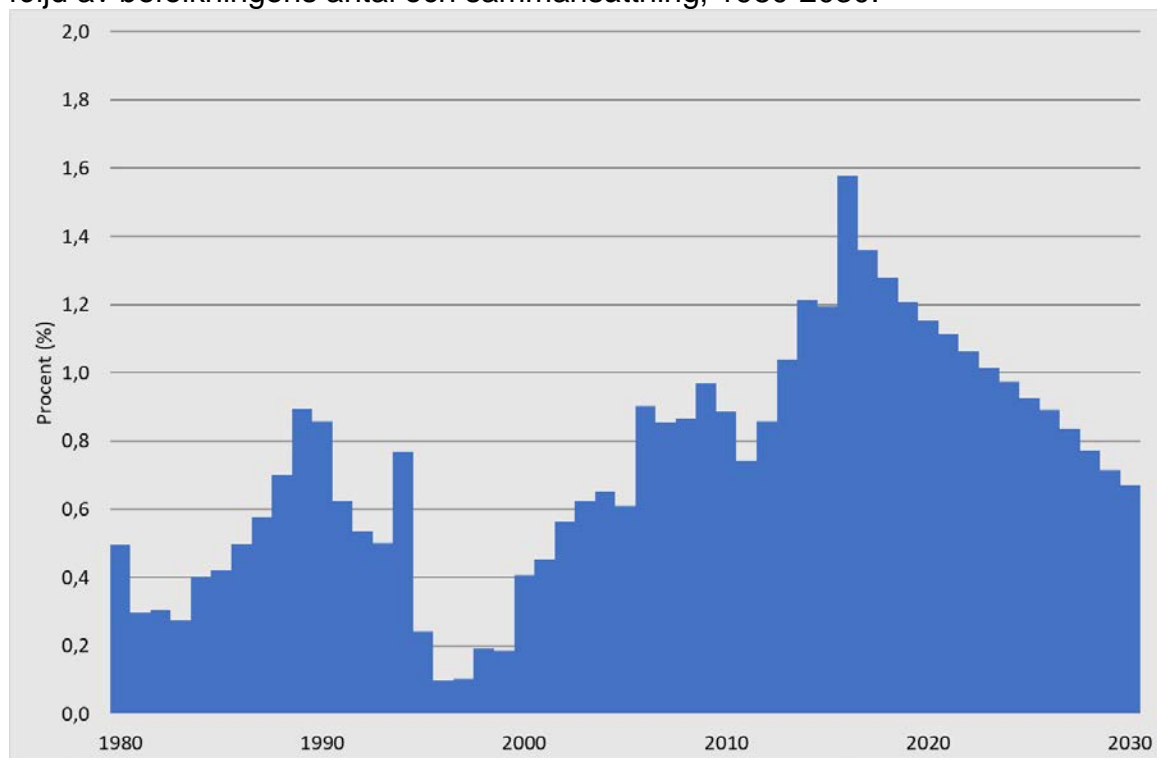
Källa: Statistiska centralbyrån

Demografiska förändringar medför påfrestningar

En del av de ökade kostnaderna i förklaras av förändringar i befolkningens storlek och sammansättning. Under perioden 2000-2017 ökade antalet invånare med i genomsnitt 0,7 procent per år, men även befolkningens sammansättning har förändrats. Detta påverkar, visar beräkningar från SKL, sjukvårdsbehovet i befolkningen. Från 2000 till 2010 ökade de sammantagna demografiska behoven med i genomsnitt 0,7 procent per år och sedan 2010 fram till 2020 är ökningstakten 1,2 procent per år. Därefter beräknas ökningstakten avta igen, men från en hög nivå.

Den demografiska utvecklingen innebär att antalet personer över 80 år ökar med 47 procent de närmaste tio åren. Även antalet barn och unga ökar starkt. Däremot är ökningen av antalet personer i arbetsför ålder bara cirka 5 procent. Det innebär att de växande behoven inte kommer att motsvaras av en lika stor ökning av sysselsättning och skatteintäkter. Det kommer inte heller att gå att rekrytera personal i samma takt som behoven växer. Istället kommer det att krävas att tillgängliga resurser utnyttjas effektivare.

Diagram 23. Demografiska behov i regionerna – årlig resursbehovsförändring som följd av befolkningens antal och sammansättning, 1980-2030.



Källa: Statistiska Centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting

Regionernas sjukvårdskostnader ökar, men BNP-andelen är konstant

Uppgifter för regionernas hälso- och sjukvårdskostnader för 2018 kan ännu inte redovisas, men under perioden mellan 2009 och 2017 ökade regionernas totala nettokostnader per invånare för hälso- och sjukvård inklusive tandvård med knappt 24 procent, eller med tre procent per år i genomsnitt. I fasta priser, det vill säga efter att hänsyn tagits till pris- och lönestegringar, var kostnadsökningen per invånare under perioden närmare sex procent, eller 0,7 procent per år.

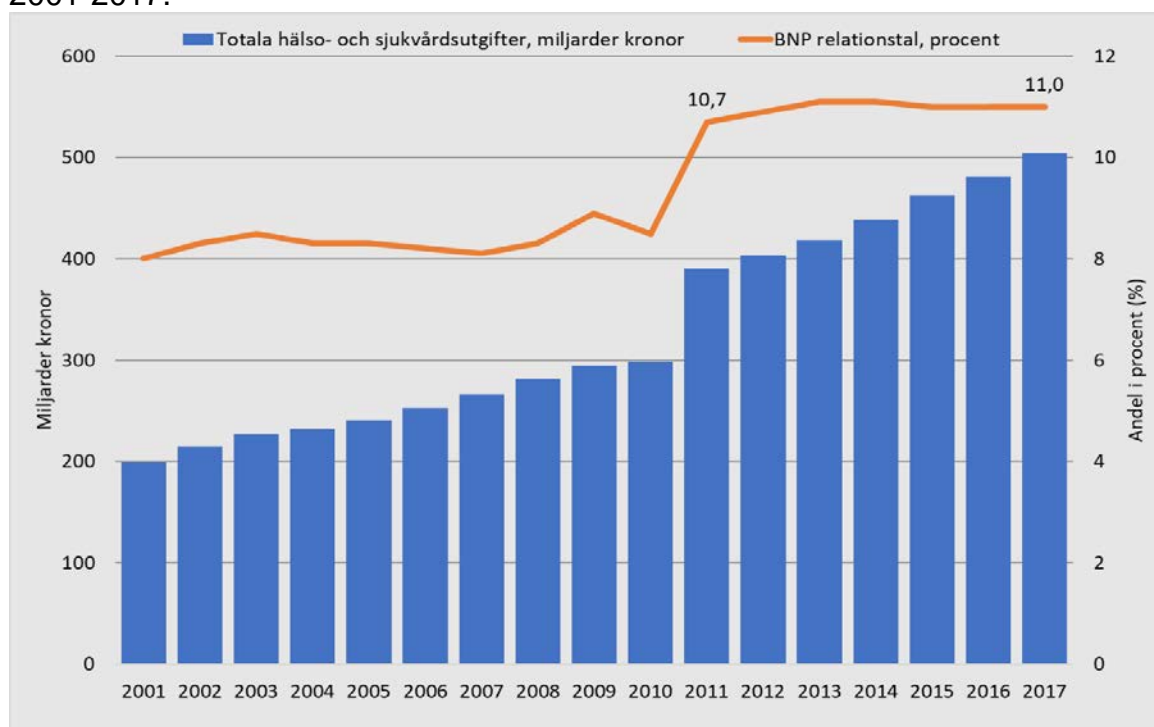
Kostnaderna för den hälso- och sjukvård regionerna ansvarar för finansieras av de intäkter man har. Det ekonomiska resultatet måste därför vara i fokus för regionernas styrning. Men det är även relevant att betrakta hälso- och sjukvårdskostnaderna i ett bredare samhällsperspektiv.

SCB redovisar i hälsoräkenskaperna de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna, inklusive till exempel det som anges som kommunal hälso- och sjukvård och kostnaderna för privata vårdförsäkringar. 2017 var de totala kostnaderna något över 500 miljarder, vilket i löpande priser är mer än en fördubbling sedan 2001. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP uppgår till 11,0 procent. Förändringarna av andelen har dock varit små över tid, en effekt av att även BNP ökat.

Den ökning som skedde 2011 beror på att OECDs nya definition av hälso- och sjukvård tillämpades från detta år. Den innebar att en del av det vi i Sverige betraktar som omsorg för äldre och för personer med funktionsnedsättning inkluderas i hälso- och sjukvården.

2017 uppgick regionernas totala kostnad för hälso- och sjukvård enligt SCBs hälsoräkenskaper till 286 miljarder kronor. Kommunerna motsvarande kostnad var cirka 129 miljarder. För kommunerna svarar hälso- och sjukvård enligt OECD-definitionen, det vill säga inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning, för knappt 123 av dessa 129 miljarder. Det man normalt avser när man talar om kommunerna som hälso- och sjukvårdshuvudman ingår i den övriga delen.

Diagram 24. Hälsa- och sjukvårdsvårdkostnader totalt och som andel av BNP, 2001-2017.



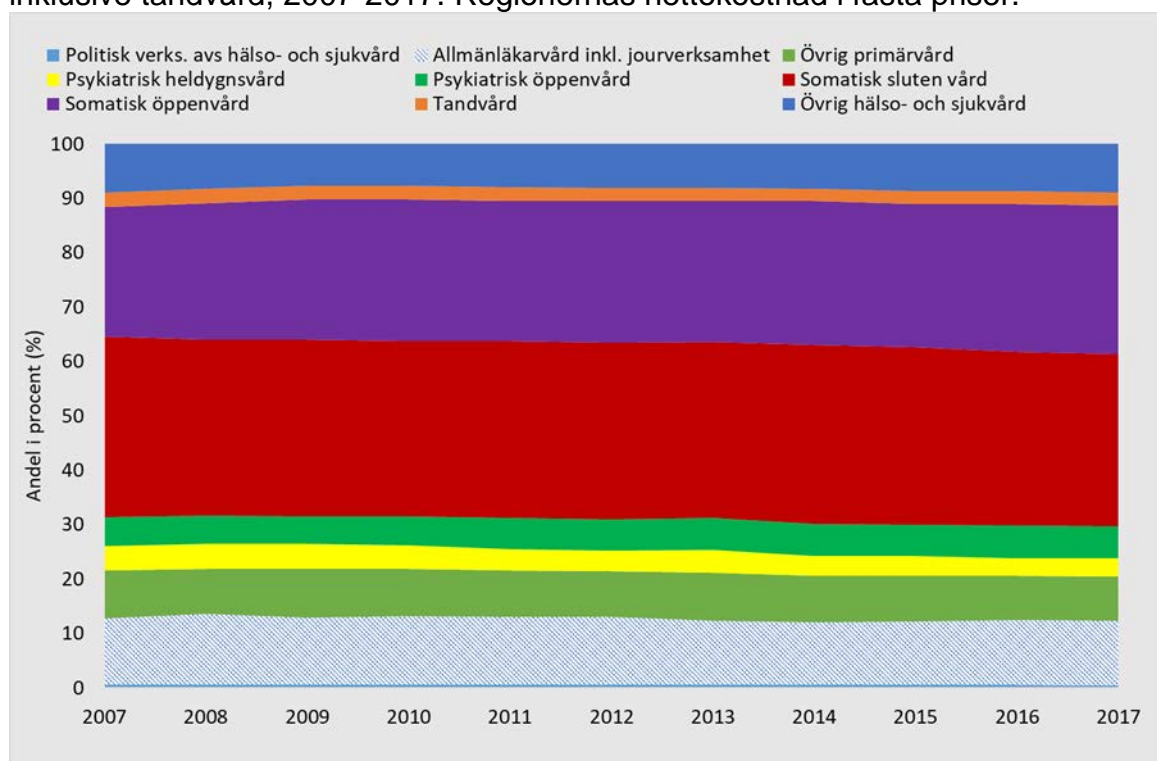
Källa: Statistiska Centralbyrån

Kostnader och resurser i regionernas hälso- och sjukvård – utveckling över tid

Det vore en fördel om omställningen till Nära vård kan uttryckas även i ekonomiska termer, som kostnader/resurser eller med hjälp av andra, till exempel befolkningsrelaterade resursmått. Det finns dock ingen given definition av vilka sjukvårds- och omsorgsfunktioner som ingår i den Nära vården. Dessutom medför kostnadsredovisningens uppbyggnad begränsningar.

Den verksamhetsindelning som används i för Regionernas verksamhets- och ekonomistatistik kan i viss mån användas för att belysa utvecklingen i denna dimension. Huvudindelningen är primärvård, somatisk specialiserad vård och specialiserad psykiatrisk vård. Dessutom delas kostnaderna på öppen och slutna vård. Det gör det möjligt att bedöma kostnadsandelen för den slutna vården.

Diagram 25. Delverksamheters andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna inklusive tandvård, 2007-2017. Regionernas nettokostnad i fasta priser.



Källa: Statistiska Centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting

I diagram 25 visas hur regionernas totala nettokostnader för hälso- och sjukvård inklusive tandvård fördelar sig på olika delverksamheter och hur stora andelarna varit sedan 2007. I procentenheter är andelsförändringarna begränsade, men kan ändå vara av betydelse för det enskilda verksamhetsområdet. En procentenhet motsvarade 2017 cirka 2,6 miljarder kronor.

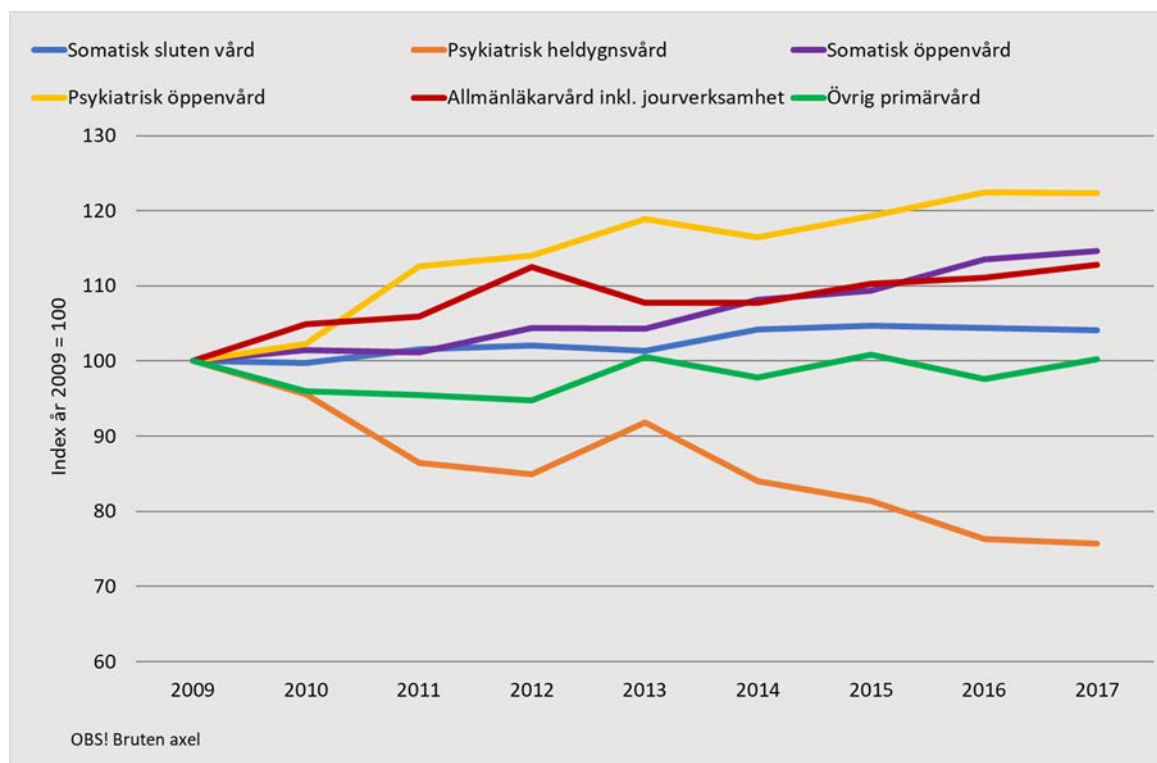
Primärvårdens kostnadsandel var 20 procent 2017, varav allmänläkarvård inklusive jourverksamhet svarade för knappt 12 procent (av totalen). Primärvårdens kostnadsandel har inte ökat över tid. Den var under några år i början av jämförelseperioden något över 21 procent, således högre än vad den var 2017. Dock har allmänläkarvårdens kostnader ökat mer än helheten.

Den specialiserade psykiatrins kostnadsandel var 9,1 procent 2017. Den slutna psykiatriska vården svarade för 3,3 procent, vilket är en minskning jämfört med de första åren under perioden. Inom psykiatrin har således en klar förskjutning mot öppna vårdformer skett, även i kostnadstermer.

Den specialiserade somatiska vården, öppen och sluten, svarade tillsammans för 59 procent av kostnaderna 2017. Den slutna somatiska vårdens kostnadsandel var 31,7 procent och tenderar att minska, medan den öppna vårdens kostnadsandel ökat de senaste åren, till över 27 procent 2017.

Sammantaget har den specialiserade slutna psykiatriska och somatiska vårdens kostnadsandel minskat med drygt 2 procentenheter sedan de första åren under jämförelseperioden, vilket är i linje med den utveckling som önskas för omställningen till Nära vård. Däremot har i regionerna primärvårdens kostnadsandel således inte ökat under perioden.

Diagram 26. Kostnadsutvecklingen för delverksamheter i hälso- och sjukvården, 2009-2017. Nettokostnad per invånare i fasta priser, exklusive läkemedelskostnader enligt förmånen. 2009=100.



Källa: Statistiska Centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting

I diagram 26 visas istället kostnaderna per invånare för ett urval delverksamheter, uttryckt som den procentuella förändringen sedan 2009. Läkemedelskostnaden enligt förmånen är exkluderade och kostnaderna är fastprisberäknade, alltså justerade för löne- och prisökningar. Den totala kostnaden ökade med åtta procent under perioden (visas ej i diagrammet).

Kostnadsminskningen för den slutna psykiatrins verksamhet är tydlig och 2017 var kostnaderna 76 procent av motsvarande kostnad 2009. Den slutna specialiserade somatiska vårdens kostnader har ökat med fyra procent per invånare, medan den öppna vårdens kostnader ökat med närmare 15 procent. Kostnaderna för allmänläkardelen av primärvården har ökat med nära 13 procent. Den övriga primärvården har oförändrade kostnader, jämfört med 2009. Diagrammet illustrerar att de öppna vårdformernas kostnader har ökat mer än den slutna vårdens, vilket är förväntat och i linje med sjukvårdens förändrade behandlingsmetoder och även med Nära vård-omställningen.

Resultattabla 8 med jämförelser: [Se bilaga.](#)

Kompetensförsörjning

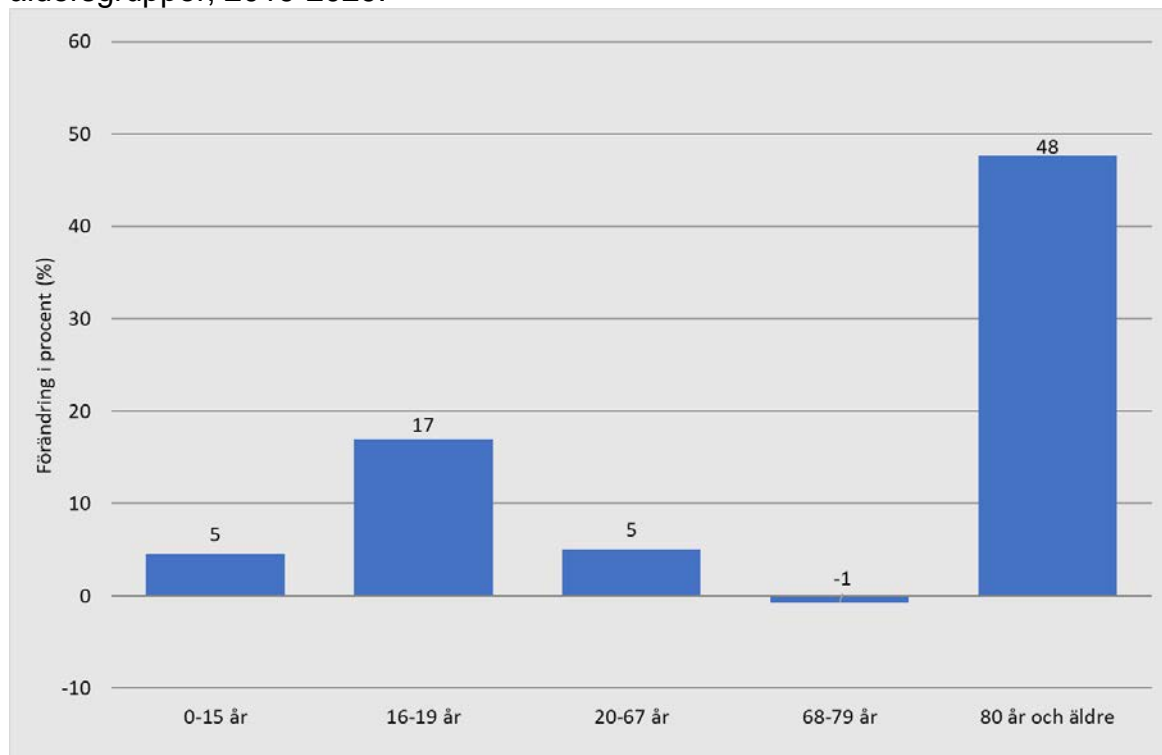
Att hälso- och sjukvårdens personal har bra förutsättningar för att utföra sitt arbete är avgörande för hälso- och sjukvårdens kvalitet. Kompetensförsörjningen måste också vara långsiktig och anpassad till förändringar i befolkningens behov av sjukvård.

Rekryteringsutmaningen

Demografiska förändringar gör att hälso- och sjukvårdens arbetsgivare, enligt SKLs rekryteringsrapport från 2018, behöver öka antalet anställda med drygt 4 000 personer per år under en tioårsperiod om inga förändringar i arbetssätt görs. Därutöver förväntas knappt 8 000 medarbetare gå i pension årligen under perioden. Därtill kommer den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunerna. Med tanke på omställningen av vården till en mer personcentrerad och nära vård, samtidigt som antalet och andelen äldre ökar kraftigt, kommer behovet av flera yrkesgrupper, exempelvis undersköterskor, sjuksköterskor och arbetsterapeuter att öka även i kommunerna.

Att antalet i arbetsför ålder ökar betydligt mindre än behoven av välfärdstjänster medför krav på effektivisering och andra sätt att arbeta än idag.

Diagram 27. Procentuell förändring av antal personer i befolkningen i några åldersgrupper, 2019-2029.



Källa: Statistiska Centralbyrån

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal ser olika ut i olika delar av landet, men rekryteringsläget till flera yrken inom hälso- och sjukvården är besvärligt, och har varit så en tid.

Trots att det är svårt att rekrytera utbildad personal till flera välfärdsyrken har antalet anställda inom hälso- och sjukvård i regionerna ökat med cirka 11 000 personer (sju procent) de senaste fem åren. Antalet anställda undersköterskor m.fl. har ökat med 5 700 personer (13 procent) och läkare har ökat med 3 400 personer (12 procent) medan antalet sjuksköterskor endast ökat med 200 personer.

Ingen flykt från hälso- och sjukvården

Rekryteringsläget är och har varit besvärligt gällande sjuksköterskor, både med och utan specialistutbildning, vilket är en förklaring till att andra personalgrupper ökat mer i antal. Det finns dock ingen flykt från sjuksköterskeyrket. Ungefär nio av tio utbildade sjuksköterskor arbetar som sjuksköterska eller inom branschen vård och omsorg. Andelen har endast förändrats marginellt under perioden 1996 till 2016, enligt studien *Bristyrken i offentlig verksamhet* från IFAU - Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. Det är dock fler sjuksköterskor som arbetar som exempelvis vårdutvecklare eller chefer än tidigare. Enligt SCBs Arbetskraftsbarometer, december 2018, har andelen arbetsgivare som uppger brist på sökande ökat kraftigt särskilt för tandhygienister, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

SKL:s personalstatistik visar att 10 procent av de månadsavlönade tillsvidareanställda lämnade regionsektorn mellan 2017 och 2018. Det handlar om såväl pensionsavgångar som de som går till privat eller kommunal sektor eller lämnar av andra skäl. Ungefär en tredjedel av de som lämnade var över 60 år medan var tionde började arbeta i en kommun. Utöver de som lämnade sektorn var det 1 procent som bytte region inom sektorn och 12 procent som bytte arbetsställe inom sin region. I regionerna är det vanligast att lämna regionsektorn bland psykoterapeuter, psykologer och tandläkare. Psykoterapeuter är dock en relativt liten grupp (cirka 300 månadsavlönade). Av de grupper som redovisas i tabellen nedan så är det fysioterapeuter, sjuksköterskor och psykologer som i högst utsträckning byter från region till kommun. En annan grupp som ofta byter till kommun är arbetsterapeuter.

Tabell 1. Andel avgångar från några personalgrupper i regionsektorn, 2018. Avser månadsavlönade, tillsvidareanställda.

Region	lämnat sektorn	varav bytt till kommun	varav 60 år eller äldre	bytt inom sektorn
Läkare	8%	0,1%	2%	2%
därav specialistkompetent	9%	0,1%	4%	2%
därav icke specialistkomp	7%	0,0%	0%	2%
Psykologer	13%	1,7%	3%	2%
Barnmorskor	10%	0,4%	4%	2%
Sjuksköterskor	10%	1,8%	3%	2%
Undersköterskor, skötare m.fl.	9%	0,8%	4%	1%
Biomedicinska analytiker	12%	0,0%	5%	1%
Tandläkare	13%	0,0%	3%	3%
Tandsköterskor	10%	0,2%	5%	1%
Fysioterapeuter	10%	2,2%	2%	1%
Städ, tvätt, renhållningsarbete	9%	0,4%	4%	0%
Totalt	10%	1,1%	3%	1%

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, personalstatistik

Strategier för att möta rekryteringsutmaningen

SKL har formulerat nio strategier för att möta rekryteringsutmaningen, med åtgärder som kan minska rekryteringsbehovet och öka arbetsgivarens attraktionskraft. Exempelvis arbetar flera regioner med strategin ”Använd kompetensen rätt” där arbetsuppgifter omfördelas mellan olika yrkesgrupper eller till nya yrkesgrupper, exempelvis personer som utför vårdnära servicetjänster.

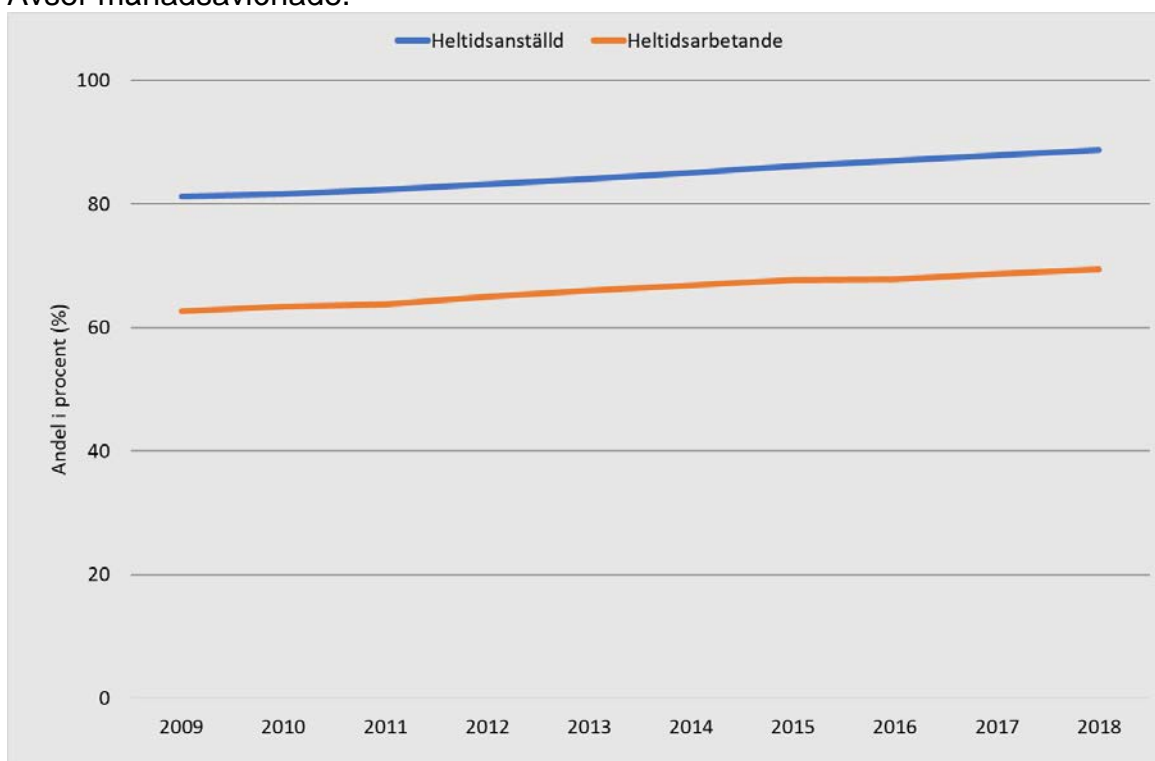


I rapporten *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden* beskrivs att rekryteringsbehovet (behoven av välfärd plus pensioneringarna bland anställda i välfärden) kan minska med cirka en tredjedel med hjälp av de tre strategierna: Fler arbetar mer, Förläng arbetslivet och Utnyttja tekniken.

Fler jobbar mer

Ett sätt att minska rekryteringsbehoven till hälso- och sjukvården är att öka heltidsarbetet och arbeta för ett förlängt arbetsliv. Andelen heltidsarbetande har ökat från 63 till 69 procent sedan år 2009.

Diagram 28. Andel heltidsanställda och heltidsarbetande i riket, 2009-2018. Avser månadsavlönade.

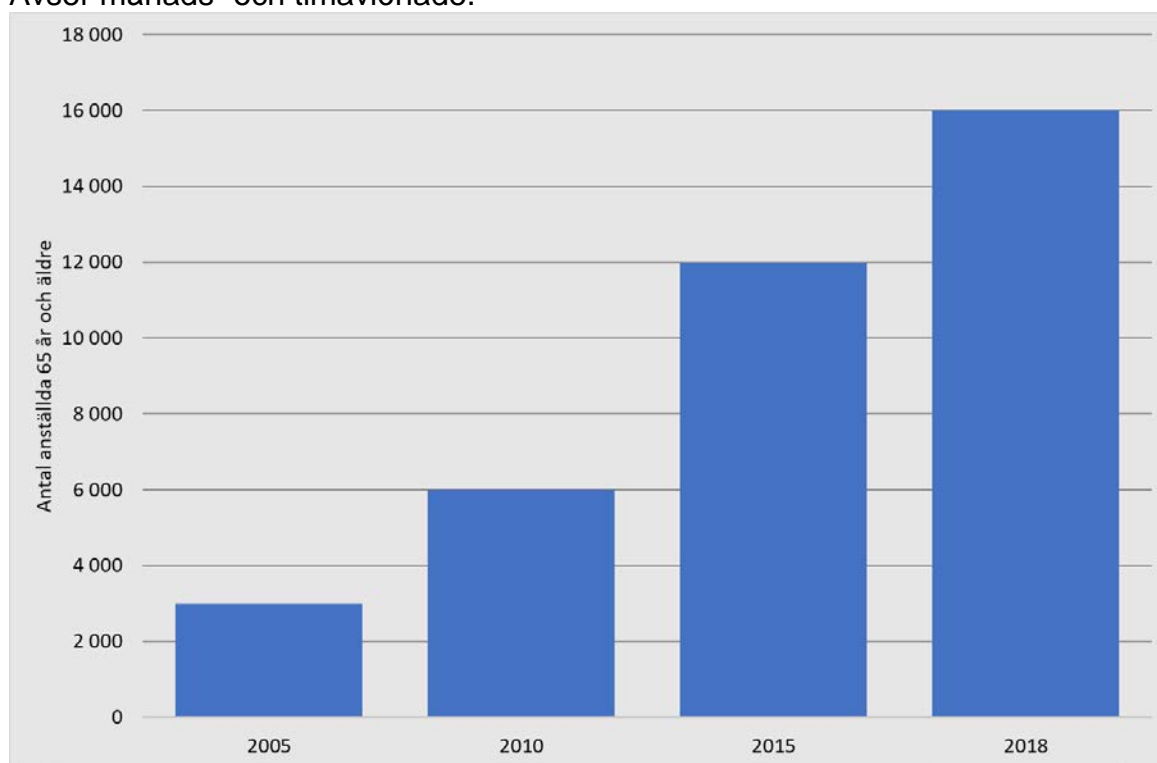


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, personalstatistik

Förläng arbetslivet

Av de 7 900 månadsavlönade som var över 60 år och lämnade regionsektorn 2018 var den genomsnittliga avgångsåldern 63,8 år. År 2010 var motsvarande siffra 63,5 år, så arbetslivet förlängs relativt långsamt. Ökningen av antalet 65 år och äldre som arbetar kvar, eller kommer tillbaka efter pensionering, är däremot större. Under år 2005 till 2018 har antalet anställda i regionerna ökat från 3 000 till 16 000 personer för denna grupp. Detta avser både månads- och timavlönade.

Diagram 29. Antalet anställda 65 år och äldre i regionerna 2005-2018. Avser månads- och timavlönade.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, personalstatistik

Utbildning

För att kunna attrahera och rekrytera personer med rätt kompetens är det viktigt att utbildningarna är utformade för att möta behoven i vården. För att utbildningarna inom hälso- och sjukvårdens område ska matcha dagens och framtidens behov, snarare än gårdagens, behöver utbildningarna utvecklas i linje med hälso- och sjukvårdssystemets utvecklingsbehov. Utbildningar som förändras i samklang med utvecklingen kan stödja systemförändringar och bidra till att möta de förändrade behoven. Kompetensförsörjning och utveckling är viktiga medel i utvecklingen av en Nära Vård, kunskapsstyrning och en högspecialiserad vård.

Högskolor och andra utbildningsanordnare ansvarar för utbildningens innehåll och upplägg medan hälso- och sjukvård har ett stort utbildningsuppdrag reglerat i lag, som innebär att tillhandahålla utbildningstjänstgöring för AT- och ST-läkare, ST-tandläkare och PTP-psykologer. Vården har också ett stort uppdrag gentemot lärosätena att tillhandahålla verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och verksamhetsintegrerat lärande (VIL), för studenter på högskole- och YH-utbildningar. Hälso- och sjukvården ansvarar för att skapa goda förutsättningar för ett dagligt lärande för såväl blivande som nuvarande medarbetare.

Den kraftiga utbyggnaden av sjuksköterskeutbildningen och barnmorskeutbildningen de senaste åren har i kombination med stora pensionsavgångar i samma yrkesgrupper gjort att så gott som samtliga regioner idag rapporterar problem med tillgången till handledarresurser och VFU-platser. Regionerna rapporterar också större svängningar i behovet av VFU-platser än tidigare, ofta med kort varsel, då utökningen av utbildningsplatser verkar ha gjort det svårare för lärosätena att förutse hur stor andel av de antagna studenterna som kommer att slutföra sin utbildning.

Den allt större utbildningsvolymen av ett utökat antal studenter, AT, ST och andra adepter kräver utöver handledarresurser också utökning av andra viktiga funktioner såsom studierektorer, VFU-ansvariga och kliniska adjunkter. För att klara utbildningsuppdraget utvecklas på flera håll utbildningsenheter där handledarresurserna förstärks, miljöerna bli mer attraktiva och fungerar som ”magneter”.

År 2017 och 2018 riktades 300 miljoner kronor per år i SKLs överenskommelse med regeringen om ”professionsmiljarden” till att möjliggöra för sjuksköterskor att specialistutbilda sig inom prioriterade områden utifrån verksamhetens behov. Regionerna hade tidigare erbjudit olika former av studielön och/eller studieförmåner under studietiden liksom särskilda utbildningsanställningar för sjuksköterskor. Då satsningen gjordes ökade antalet som fick ersättning från arbetsgivaren. Utbildningsanställningarna ökade med cirka 700 tjänster. Flera regioner beskriver också att utbildningsanställningarna har haft positiva effekter på möjligheterna att rekrytera sjuksköterskor.

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 psykiatrin.

Samtliga regioner har sedan 2016 arbetat gemensamt med stöd av SKL för att nå ett oberoende av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården. Kostnader för hyrpersonal har rapporterats och publicerats kontinuerligt av SKL.

Under de gångna tre åren finns det många goda exempel på framgångsrikt arbete för att minska beroendet av inhyrd personal. Ett stort antal åtgärder görs i alla regioner baserat på den lista av i dagsläget ett 100-tal förslag till åtgärder som tagits fram gemensamt. Till exempel nya effektivare arbetsätt och arbetsflöden, ökad satsning på specialistutbildning av sjuksköterskor, AT-läkare och ST-läkare och inrättande av bemanningspooler. Flera av åtgärderna är långsiktiga och det kommer att ta tid innan full effekt uppnås.

Vid senaste rapporteringen, för första kvartalet 2019, hade 12 av 21 regioner minskat sina kostnader, jämfört med motsvarande period året innan. Kostnaderna ökar totalt sett fortfarande, men kostnadsökningstakten har planat ut. Sedan augusti 2017 är kostnadsandelen för hyrpersonal i relation till egen personal konstant, knappt 4 procent.

Hållbart medarbetarengagemang

Ett tydligt engagemang bland medarbetarna är en viktig förutsättning för att säkra en högkvalitativ, effektiv och hållbar hälso- och sjukvård nu och i framtiden. Flera undersökningar har genom åren visat att arbetsplatserna i regionerna står sig bra i jämförelse med andra arbetsgivare i andra sektorer. Det beror både på att jobben i sig är meningsfulla och engagerande, men också på att arbetsgivarna är bra på att tillvarata och utveckla medarbetarnas engagemang och arbeta systematiskt med styrningen och arbetsmiljön.

Enligt Arbetsmiljöundersökningen 2017 (SCB/Arbetsmiljöverket) anser ungefär fyra av fem medarbetare i regionerna (82 procent) att de har ett mycket meningsfullt arbete. Det är betydligt mer än de 69 procent på arbetsmarknaden totalt som uppger detta. Drygt fyra av fem medarbetare i regionerna anser även att de i det stora hela är nöjda med arbetet, vilket också är betydligt mer än genomsnittet på arbetsmarknaden.

En central uppgift för arbetsgivare är att skapa förutsättningar för engagemang bland medarbetarna och att omsätta engagemanget i bra verksamhet. För att främja och tillvarata medarbetarengagemanget är det viktigt att primärt arbeta med att skapa förståelse för verksamhetens uppdrag och mål samt inspirera till att nå dessa. Helt enkelt att bidra till att ge medarbetarna ett djup och en trygghet i sitt och organisationens arbete och uppmuntra ett väl utvecklat medarbetarskap. Dessa delar försöker SKL fånga i en modell och enkät som används av kommuner och regioner för att kontinuerligt utvärdera arbetsgivarpolitiken – Hållbart medarbetarengagemang (HME).

Genom HME-modellen erbjuder SKL en enkät innehållande nio frågor som speglar tre olika perspektiv som alla tre har inverkan på medarbetarengagemanget – motivation, ledarskap och styrning. Den primära avsikten med HME-enkäten är att mäta organisationens och chefernas förmåga att ge förutsättningar för, tillvarata och upprätthålla ett stort medarbetarengagemang.

Sjukfrånvaro

Svängningarna i sjukfrånvaro bland anställda inom hälso- och sjukvård följer samma mönster som sjukfrånvaron totalt sett i Sverige. Efter en uppgång från rekordlåga nivåer 2010 pågår sedan 2017 en period av svag nedgång. Men fortfarande motsvarar sjukfrånvaron längre än 30 dagar i regionerna, på hel- eller deltid, cirka 7 300 årsarbetare år 2018. Hälso- och sjukvården gick därför miste om arbetskraft som i årsarbetare motsvarade 2 700 sjuksköterskor, 2 500 undersköterskor och 470 specialistutbildade läkare på grund av sjukfrånvaro längre än 30 dagar.

För mer information se rapporten Sjukfrånvaro i kommuner och landsting. Vad är problemet?

I resultattabla 9 visas de nyckeltal för sjukfrånvaro som regionerna sedan över tio år tillbaka har en skyldighet att redovisa i sina årsredovisningar: [Se bilaga.](#)

Bilaga Resultattabläer

Metodbeskrivning för resultattabläer

Resultattabläerna består av färglagda tabeller med resultat för riket och samtliga regioner för de indikatorer och mått som ingår. Värden avser senaste tillgängliga mätperiod, i många fall år 2018. Även halvårs-, månads- eller flerårsdata har använts. Data har hämtats från Värden i siffror under april månad. 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 regions utfall samt olika mönster av variation mellan regionerna. Se exempel nedan. Skillnaderna i färger baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga regioners utfall.

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

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 regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Om värdet ligger inom eller nära den 10:e eller 90:e percentilen, dvs. bland det tio procent som avviker mest mot medianvärdet desto starkare röda eller gröna nyanser. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

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 regioners procentuella avvikelse från rikets värde inlagt.

Blå skala i maximalt sex nyanser: När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat, exempelvis antal läkare 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. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om värdet ligger inom eller nära den 10:e percentilen dvs. bland det tio procent som avviker mest mot medianvärdet desto svagare färg. För värden inom eller nära den 90:e percentilen desto mörkare färg.

Grönt-gult-rött baserat på målfyllelse: Används i kapitlet Kunskapsbaserad vård där färgläggningen även 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 upp-fyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars röd.

Nationella kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, 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 markeras 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.

ATT TÄNKA PÅ VID TOLKNING

Resultattablåerna 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 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.

Tablåerna belyser variation mellan regionerna, men det kan även finnas påtaglig variation inom en region, mellan befolkningar, olika socioekonomiska grupper eller olika vårdgivare.

Resultattabla 1. Omställning till Nära vård

Resultattablån består av 12 indikatorer inom området god och nära vård. Indikatorerna är hämtade från Socialstyrelsens statistikdatabaser, Patientregistret, Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting samt Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Landsting. Data avser för en indikator 2016, sex stycken för 2017 samt 5 stycken för 2018.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	842,7	8,6	113,5	13,0	3,7	4,8	3,8	8,8	5 869	15 761	2,2	677
Uppsala	629,5	6,1	69,6	15,5	2,2	6,3	3,6	12,1	4 867	12 861	2,3	645
Sörmland	624,1	5,8	138,5	12,7	6,1	6,0	2,5	8,8	5 044	13 424	2,3	672
Östergötland	522,4	7,1	118,3	12,7	5,1	6,5	2,7	10,3	5 499	12 782	2,1	609
Jönköpings län	646,2	5,8	121,5	15,5	4,2	1,4	1,2	9,8	4 944	15 253	2,1	673
Kronoberg	652,0	8,2	95,5	15,2	4,0	2,7	0,1	9,8	5 138	13 957	2,5	706
Kalmar län	699,4	9,5	108,0	11,7	3,8	1,4	0,2	8,1	4 968	15 995	2,3	734
Gotland	587,9	8,9	195,0	12,1	6,2	1,5	6,7	6,5	5 720	16 726	2,5	902
Blekinge	705,3	5,2	66,4	12,4	2,2	2,4	1,0	9,5	4 730	13 487	2,4	475
Skåne	686,7	7,5	121,4	13,6	4,3	6,0	1,3	12,0	5 561	13 358	2,2	610
Halland	634,6	9,7	125,5	13,5	5,1	2,6	1,3	9,4	4 733	13 661	1,8	661
Västra Götaland	626,8	8,2	411,9	13,4	11,7	6,7	2,3	10,0	5 100	13 558	2,2	611
Värmland	739,2	8,7	111,0	13,2	4,1	1,4	2,0	11,9	5 599	14 067	2,3	737
Örebro län	589,8	6,9	123,5	12,7	4,1	3,0	2,0	6,1	5 291	13 469	2,2	765
Västmanland	808,5	10,4	135,4	13,4	4,9	5,1	1,6	9,4	5 717	14 769	2,1	802
Dalarna	718,9	7,3	64,0	11,9	2,7	1,9	1,9	8,3	5 400	14 168	2,3	633
Gävleborg	694,9	8,3	78,4	12,9	3,3	6,2	1,3	11,2	4 416	14 218	2,0	545
Västernorrland	639,2	7,7	130,7	12,5	5,1	5,5	1,0	7,7	5 748	13 906	2,5	759
Jämtland Härjedalen	541,2	3,5	118,6	13,0	4,0	3,1	2,2	4,6	5 779	13 789	2,2	581
Västerbotten	661,0	6,5	215,5	14,6	5,8	3,9	6,5	10,8	5 533	15 163	2,7	651
Norrbottn	650,2	9,7	162,7	13,2	5,6	4,2	2,7	10,1	5 083	15 019	2,4	681
Riket	685,9	7,8	131,9	13,3	4,9	4,8	2,4	9,8	5 352	14 189	2,2	655

A	Undvikbar slutenvård vid kronisk sjukdom per 100 000 invånare	G	Utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
B	Återkommande slutenvård i livets slutskede, %	H	Patienter med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar, %
C	Utskrivningsklara patienter på sjukhus per 1 000 invånare	I	Fallskador bland äldre per 100 000 invånare
D	Tio eller fler läkemedel samtidigt hos äldre, %	J	Vårdtillfällen per 100 000 invånare
E	Vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter %	K	Disponibla vårdplatser i slutenvård per 1 000 invånare
F	Överbeläggningar i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser	L	Besök på akutmottagning – 80 år och äldre per 1 000 invånare

Resultattablå 2. Patienters och befolkningens syn på vården

Resultattablåen består av 10 indikatorer inom området patienterfarenheter. Indikatorerna är hämtade från Hälso- och sjukvårdsbarometern samt Nationell patientenkät (NPE), Sveriges Kommuner och Landsting. Data avser 2018 med undantag för Nationell patientenkät avseende akutmottagning (2016), primärvårdsmottagning samt standardiserade vårdförlopp cancer (2017).

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Stockholm	81,4	58,4	65,1	58,3	62,4	79,8	79,9	90,2	89,0	85,9
Uppsala	82,3	65,1	72,3	61,4	64,7	81,0	79,6	90,0	86,2	85,7
Sörmland	82,2	57,3	60,2	59,2	63,8	80,8	79,8	87,4	83,9	87,7
Östergötland	82,1	68,2	75,0	58,5	60,4	77,2	83,0	89,9	89,2	88,6
Jönköpings län	87,3	74,3	76,0	66,8	55,2	82,0	84,4	90,7	89,6	87,0
Kronoberg	83,5	67,3	71,6	61,9	66,9	82,2	86,7	89,9	88,4	87,6
Kalmar län	87,3	72,3	78,8	67,7	60,2	82,1	87,3	91,4	91,2	88,5
Gotland	83,5	65,4	77,0	56,0	73,5	76,8	88,3	90,4	92,6	88,4
Blekinge	81,0	58,1	64,0	58,0	60,0	76,4	74,1	90,3	88,0	87,4
Skåne	80,1	57,7	65,8	55,8	62,2	79,0	81,5	89,6	87,0	86,8
Halland	86,3	68,0	74,4	68,3	63,3	84,4	83,9	92,1	89,0	89,7
Västra Götaland	79,0	57,4	65,3	53,4	64,7	77,4	81,7	89,5	85,8	85,8
Värmland	79,0	59,7	67,2	53,4	64,6	78,1	81,7	89,5	88,8	86,6
Örebro län	84,2	68,1	76,8	57,8	63,3	76,6	86,0	89,4	89,8	87,4
Västmanland	83,3	63,7	71,0	56,3	64,4	75,7	83,2	89,9	87,2	82,7
Dalarna	81,2	61,7	70,5	61,3	61,5	78,8	88,4	90,8	90,2	85,6
Gävleborg	82,2	54,7	57,0	60,9	61,1	80,1	81,8	89,1	85,8	87,6
Västernorrland	78,9	51,2	55,7	54,8	62,5	77,8	87,0	89,7	88,2	84,2
Jämtland Härjedalen	81,8	59,6	66,5	62,0	70,9	83,5	87,2	89,5	89,9	86,8
Västerbotten	82,4	67,6	73,4	62,3	73,7	81,2	88,0	89,7	90,6	85,7
Norrbottnen	76,7	54,0	61,7	56,0	59,3	78,0	88,5	88,4	89,4	86,6
Riket	81,4	60,7	67,5	58,2	63,1	79,5	82,8	89,9	88,0	86,7

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

Resultattablå 3. Tillgänglighet och väntetider

Resultattablåen består av 12 indikatorer inom området tillgänglighet och väntetider. Indikatorerna är hämtade från Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting, Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting samt Hälso- och sjukvårdsbarometern. Data avser 2018 (halvårsdata förekommer) med undantag för Nationell patientenkät avseende akutmottagning (2016) och primärvårdsmottagning.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	93,8	96,6	89,5	93,0	99,0	82,4	81,7	84,4	89,9	55,2	47,0	93,3
Uppsala	83,4	82,4	80,5	81,6	84,3	69,1	81,6	83,4	89,4	55,9	38,5	89,7
Sörmland	89,0	86,1	63,3	83,0	79,1	65,0	81,6	84,7	86,4	58,8	45,4	89,6
Östergötland	89,6	89,7	84,5	86,5	99,0	50,6	80,4	83,4	88,7	61,1	49,5	83,4
Jönköpings län	89,1	84,7	88,3	83,0	95,6	37,0	83,8	84,5	89,3	71,3	60,1	99,9
Kronoberg	85,9	87,9	80,7	81,9	95,3	30,9	84,0	86,9	89,1	64,4	51,1	94,9
Kalmar län	83,7	87,7	83,1	84,1	95,1	63,4	84,4	86,9	90,2	73,3	60,0	94,8
Gotland	89,5	89,8	78,8	90,7	83,0	96,8	78,4	86,3	90,0	61,7	57,7	80,1
Blekinge	88,3	76,3	89,6	77,6	97,7	69,8	79,0	80,7	88,5	63,3	46,9	86,8
Skåne	89,6	86,0	79,4	81,8	80,4	88,6	80,3	85,9	88,8	54,4	40,6	81,2
Halland	87,9	92,5	93,1	90,0	98,1	70,1	84,4	86,0	91,4	63,2	53,6	90,4
Västra Götaland	92,0	83,4	80,6	78,9	89,4	53,2	79,8	83,9	88,1	54,1	37,8	88,4
Värmland	86,3	74,1	72,0	83,9	95,2	40,2	76,6	82,1	88,4	52,5	39,9	82,9
Örebro län	82,3	80,8	71,0	78,4	93,6	82,6	79,2	86,0	88,3	61,7	48,9	84,0
Västmanland	82,5	81,0	83,4	79,9	94,8	41,5	79,5	85,7	88,7	66,9	48,6	91,3
Dalarna	80,4	77,2	81,4	76,9	84,8	66,3	80,3	87,9	89,1	60,1	44,1	89,2
Gävleborg	90,0	81,3	78,2	62,7	87,2	41,6	83,1	84,5	87,4	66,3	45,7	90,9
Västernorrland	77,6	71,6	65,3	61,1	74,2	74,8	81,2	86,4	88,2	61,8	42,2	89,1
Jämtland Härjedalen	97,2	76,3	60,8	58,7	89,3		83,3	87,7	88,9	64,9	44,6	90,4
Västerbotten	79,8	78,7	63,7	74,5	84,0	46,7	82,9	89,5	88,5	62,0	45,8	81,6
Norrbottnen	89,4	75,1	73,1	60,3	87,1	33,3	80,1	84,4	87,6	58,7	40,9	89,6
Riket	89,5	87,1	81,2	80,1	92,1	69,1	81,2	85,0	88,7	58,4	44,9	87,7

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

Resultattablå 4. Säker vård

Resultattablåen består av 10 indikatorer inom området patientsäkerhet. Indikatorerna är hämtade från Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Landsting. Data avser 2018 med undantag för indikatorer för trycksår samt vårdrelaterade infektioner som avser 2019.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Stockholm	7,6	9,0	13,0	20,5	62,4	66,7	3,8	0,4	4,8	83,5
Uppsala	10,5	11,4	14,7	19,0	82,9	84,3	3,6	2,4	6,3	17,7
Sörmland	9,6	12,6	15,1	20,4			2,5	0,6	6,0	85,6
Östergötland	10,8	9,1	11,8		82,9	87,6	2,7	5,2	6,5	
Jönköpings län	8,9	5,6	9,6	16,6	86,5	87,4	1,2	0,5	1,4	
Kronoberg	12,3	6,2	10,9	22,5	71,8	72,3	0,1	0,2	2,7	98,9
Kalmar län	10,5	2,6	4,8	18,3	70,6	79,5	0,2	1,6	1,4	89,7
Gotland	5,2	6,6	13,1	20,6	69,8	72,5	6,7	0,5	1,5	
Blekinge	8,4	3,8	7,6	14,7	75,4	78,1	1,0	0,6	2,4	
Skåne	11,0	9,2	11,2	18,6	81,7	86,2	1,3	1,4	6,0	96,1
Halland	11,3	4,5	6,8	16,7	63,1	67,3	1,3	0,9	2,6	79,4
Västra Götaland	7,0	10,6	13,0	18,1	71,5	74,2	2,3	3,3	6,7	79,0
Värmland	9,7	10,4	12,9	24,2	79,4	82,7	2,0	1,0	1,4	62,1
Örebro län	9,4	6,3	9,5	20,9	77,0	79,7	2,0	0,2	3,0	50,0
Västmanland	8,8	11,1	15,3	24,5	68,0	75,7	1,6	5,9	5,1	61,8
Dalarna	8,9	11,5	15,1	19,7	65,9	69,9	1,9	2,7	1,9	66,2
Gävleborg	6,5	11,2	12,8	19,1	79,6	83,8	1,3	5,2	6,2	80,7
Västernorrland	10,0	7,2	9,8	23,1	78,6	82,1	1,0	1,2	5,5	93,4
Jämtland Härjedalen	8,2	9,7	15,3	14,6	70,1	73,2	2,2	1,3	3,1	
Västerbotten	9,8	10,9	12,0	22,1			6,5	9,6	3,9	66,0
Norrbottn	10,6	14,1	19,9	24,7	64,9	69,5	2,7	3,2	4,2	94,0
Riket	9,2	9,3	12,3	19,7	74,1	77,9	2,4	2,1	4,8	76,5

A	Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård, %	F	Följsamhet till grundläggande hygienrutiner, %
B	Patienter med sjukhusförvärvade trycksår, %	G	Utlökaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
C	Patienter med trycksår i slutenvård, %	H	Överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
D	Trycksår hos riskpatienter, %	I	Överbeläggningar i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
E	Följsamhet till grundläggande hygienrutiner och klädregler, %	J	Användning av WHO:s checklista för säker operation, %

Resultattablå 5. Resultat för stora sjukdomsgrupper

Resultattablåen består av 11 indikatorer inom området stora sjukdomsgrupper. Indikatorerna är hämtade från Dödsorsaksregistret, Dödsorsaks- och läkemedelsregistret, Patientregistret och dödsorsaksregistret, Patientregistret, Cancerregistret, Socialstyrelsen samt Riksstroke. Data avser 2017 för 5 indikatorer, 2011-2017 för en indikator, 2012-2016 för en indikator, 2015-2017 för två indikatorer samt 2016-2017 för två indikatorer.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	75,4	11,5	6,7	33,3	59,5	23,6	10 790	842,7	1,31	14,4	1,75
Uppsala	74,8	8,5	9,0	30,4	58,0	26,7	4 881	629,5	1,45	14,2	1,52
Sörmland	85,3	9,1	9,0	32,5	57,2	16,4	10 288	624,1	1,32	13,7	1,71
Östergötland	85,3	10,6	9,3	31,8	60,4	25,2	10 656	522,4	1,35	13,3	1,96
Jönköpings län	86,5	9,6	8,7	30,1	61,4	21,2	10 096	646,2	1,34	16,1	2,04
Kronoberg	74,4	11,4	5,4	30,2	59,2	24,6	5 460	652,0	1,52	12,6	1,87
Kalmar län	89,5	11,1	6,9	40,0	58,1	24,8	13 105	699,4	1,40	12,8	1,49
Gotland	75,3	10,3	9,1	26,4	57,3	24,0	6 263	587,9	1,43	16,3	1,62
Blekinge	93,0	11,6	7,9	35,4	59,1	23,2	7 106	705,3	1,41	18,0	1,60
Skåne	84,9	10,6	7,1	33,0	58,0	27,3	6 894	686,7	1,31	13,7	1,87
Halland	70,9	11,5	8,7	32,1	59,3	24,0	6 634	634,6	1,42	14,8	1,49
Västra Götaland	88,7	11,4	7,9	31,7	60,1	24,9	8 131	626,8	1,37	16,3	1,76
Värmland	83,2	12,0	6,0	31,6	57,3	30,1	9 771	739,2	1,25	22,6	2,15
Örebro län	88,4	11,4	7,6	33,4	57,3	23,6	7 405	589,8	1,35	17,6	1,61
Västmanland	77,8	8,9	7,0	33,2	57,2	26,5	5 180	808,5	1,27	16,9	1,60
Dalarna	80,0	10,3	8,2	29,9	55,9	27,3	6 549	718,9	1,34	15,6	1,68
Gävleborg	86,7	12,2	8,7	31,7	54,8	28,3	9 260	694,9	1,31	22,1	1,80
Västernorrland	91,3	11,5	10,6	28,7	59,2	23,6	13 310	639,2	1,37	15,0	1,65
Jämtland Härjedalen	78,8	12,2	5,4	26,2	56,2	25,3	6 675	541,2	1,29	20,0	1,78
Västerbotten	79,9	10,1	7,0	29,7	58,8	24,4	10 264	661,0	1,32	13,7	1,75
Norrbottnen	101,1	12,2	7,5	31,9	56,4	27,4	6 751	650,2	1,44	17,6	2,02
Riket	82,9	10,9	7,7	32,3	58,7	25,1	8 862	685,9	1,35	15,4	1,76

A	Sjukvårdsrelaterad påverkbar dödlighet per 100 000 invånare	G	Återfraktur efter fragilitetsfraktur antal per 100 000 levnadsår
B	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt 28 dagar, %	H	Undvikbar slutenvård vid kronisk sjukdom per 100 000 invånare
C	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, %	I	Överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdom vid diabetes, kvot
D	Död eller ADL-beroende efter stroke, %	J	Själv mord i befolkningen per 100 000 invånare
E	Överlevnad vid cancersjukdom – flera cancerformer, %	K	Överdödlighet vid bipolär sjukdom, kvot
F	Dödlighet efter höftfraktur, %		

Resultattablå 6. Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer

Resultattablåen består av 12 indikatorer inom området kunskapsbaserad vård. Indikatorerna är hämtade från Riksstroke, SWEDEHEART, Patient- läkemedelsdödsorsaksregistret, Patient- och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen, Nationella diabetesregistret (NDR), Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer, Nationella prostatacancerregistret (NPCR), Svenska kolorektalcancerregistret (SCRCR), Nationella lungcancerregistret samt Graviditetsregistret. Data avser 2018 med undantag för antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktorer (2016-2017) samt basbehandling vid hjärtsvikt (2015-2016).

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	77	79,6	60,0	59,6	96,7	56,0	9,8	97,6	90,2	95,7	94,9	78,7
Uppsala	73	83,4	56,2	65,3	88,1	54,2	9,9	99,3	92,1	96,5	68,8	87,5
Sörmland	71	82,2	63,3	66,5	91,6	59,5	7,1	97,6	87,6	96,0	92,3	81,7
Östergötland	89	83,2	61,7	64,7	95,9	66,1	8,2	98,5	93,8	85,6	75,7	88,6
Jönköpings län	77	80,0	65,7	61,6	89,8	55,7	10,6	96,3	78,1	92,8	80,0	86,4
Kronoberg	52	84,1	69,7	62,0	88,1	54,8	11,0	88,9	97,0	100,0	33,3	88,9
Kalmar län	74	78,4	41,5	59,3	86,0	53,2	9,1	98,1	90,0	89,6	41,4	94,1
Gotland	75	83,7	51,0	63,7	88,0	52,8	9,9	95,8	98,6	100,0	51,9	90,7
Blekinge	62	81,2	59,4	54,7	94,4	52,2	10,3	99,2	99,0	94,7	57,1	87,0
Skåne	81	81,9	68,4	55,8	94,4	52,3	9,7	99,0	76,8	92,5	78,5	89,8
Halland	86	85,2	59,7	55,6	91,7	59,0	6,0	99,7	97,7	93,2	77,0	94,7
Västra Götaland	86	82,9	58,9	61,8	93,1	58,0	9,6	98,0	79,2	93,1	57,8	83,0
Värmland	80	77,4	52,6	62,8	93,2	56,5	9,6	96,9	97,1	93,6	86,0	89,4
Örebro län	88	79,4	56,3	69,2	90,7	59,2	7,9	97,6	82,6	98,6	89,3	86,1
Västmanland	77	84,3	64,3	60,1	94,2	58,3	7,8	98,7	92,7	93,4	92,2	75,2
Dalarna	80	82,4	59,0	63,9	93,4	55,7	9,4	99,5	69,2	95,2	48,9	81,5
Gävleborg	90	80,0	67,6	60,8	84,6	55,4	10,3	94,0	92,8	94,6	91,2	88,6
Västernorrland	89	80,3	61,5	64,6	95,3	57,2	9,3	98,5	80,1	96,3	59,2	73,2
Jämtland Härjedalen	79	84,8	36,5	60,5	95,7	53,6	7,0	99,2	99,0	90,8	52,4	81,3
Västerbotten	75	83,1	56,1	68,9	92,0	62,4	6,9	98,6	72,3	93,6	83,0	82,9
Norrbotten	86	79,5	48,5	63,6	87,4	56,2	11,4	100,0	75,3	82,3	91,8	81,7
Riket	80	81,4	60,0	61,1	92,8	56,5	9,3	97,9	86,1	93,6	75,1	84,1

A	Strokeenhet som första vårdenhet vid stroke, %	G	Blodsocker (HbA1c > 70 mmol/mol) vid diabetes – primärvård, %
B	Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer och riskfaktorer, %	H	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad bröstcancer, %
C	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt, %	I	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnosticerad prostatacancer, %
D	Basbehandling vid hjärtsvikt, %	J	Multidisciplinär konferens vid tjocktarmscancer, %
E	Akut öppnande av kranskärl vid större hjärtinfarkt, %	K	Multidisciplinär konferens vid lungcancer, %
F	Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes – primärvård, %	L	Eftervårdsbesök på barnmorskemottagning, %

Resultattablå 7. Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer – färgsättning baserad på målnivå

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	77	79,6	60,0	59,6	96,7	56,0	9,8	97,6	90,2	95,7	94,9	78,7
Uppsala	73	83,4	56,2	65,3	88,1	54,2	9,9	99,3	92,1	96,5	68,8	87,5
Sörmland	71	82,2	63,3	66,5	91,6	59,5	7,1	97,6	87,6	96,0	92,3	81,7
Östergötland	89	83,2	61,7	64,7	95,9	66,1	8,2	98,5	93,8	85,6	75,7	88,6
Jönköpings län	77	80,0	65,7	61,6	89,8	55,7	10,6	96,3	78,1	92,8	80,0	86,4
Kronoberg	52	84,1	69,7	62,0	88,1	54,8	11,0	88,9	97,0	100,0	33,3	88,9
Kalmar län	74	78,4	41,5	59,3	86,0	53,2	9,1	98,1	90,0	89,6	41,4	94,1
Gotland	75	83,7	51,0	63,7	88,0	52,8	9,9	95,8	98,6	100,0	51,9	90,7
Blekinge	62	81,2	59,4	54,7	94,4	52,2	10,3	99,2	99,0	94,7	57,1	87,0
Skåne	81	81,9	68,4	55,8	94,4	52,3	9,7	99,0	76,8	92,5	78,5	89,8
Halland	86	85,2	59,7	55,6	91,7	59,0	6,0	99,7	97,7	93,2	77,0	94,7
Västra Götaland	86	82,9	58,9	61,8	93,1	58,0	9,6	98,0	79,2	93,1	57,8	83,0
Värmland	80	77,4	52,6	62,8	93,2	56,5	9,6	96,9	97,1	93,6	86,0	89,4
Örebro län	88	79,4	56,3	69,2	90,7	59,2	7,9	97,6	82,6	98,6	89,3	86,1
Västmanland	77	84,3	64,3	60,1	94,2	58,3	7,8	98,7	92,7	93,4	92,2	75,2
Dalarna	80	82,4	59,0	63,9	93,4	55,7	9,4	99,5	69,2	95,2	48,9	81,5
Gävleborg	90	80,0	67,6	60,8	84,6	55,4	10,3	94,0	92,8	94,6	91,2	88,6
Västernorrland	89	80,3	61,5	64,6	95,3	57,2	9,3	98,5	80,1	96,3	59,2	73,2
Jämtland Härjedalen	79	84,8	36,5	60,5	95,7	53,6	7,0	99,2	99,0	90,8	52,4	81,3
Västerbotten	75	83,1	56,1	68,9	92,0	62,4	6,9	98,6	72,3	93,6	83,0	82,9
Norrbotten	86	79,5	48,5	63,6	87,4	56,2	11,4	100,0	75,3	82,3	91,8	81,7
Socialstyrelsen	90,0	80,0	60,0	65,0	85,0	65,0	10,0	100,0	100,0	100,0	74,0	
Kvalitetsregister hög	90,0		60,0		85,0			95,0	90,0	90,0	95,0	85,0
Kvalitetsregister låg	80,0		40,0		80,0			80,0	70,0		70,0	

A	Strokeenhet som första vårdenhet vid stroke, %	G	Blodsocker (HbA1c > 70 mmol/mol) vid diabetes – primärvård, %
B	Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer och riskfaktorer, %	H	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad bröstcancer, %
C	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt, %	I	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad prostatacancer, %
D	Basbehandling vid hjärtsvikt, %	J	Multidisciplinär konferens vid tjocktarmscancer, %
E	Akut öppnande av kranskärl vid större hjärtinfarkt, %	K	Multidisciplinär konferens vid lungcancer, %
F	Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes – primärvård, %	L	Eftervårdsbesök på barnmorskemottagning, %

Resultattabla 8. Ekonomiska resultat och kostnader

Resultattablån består av 9 indikatorer inom området ekonomi. Indikatorerna är hämtade från Statistiska Centralbyrån (SCB), Statistiska Centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting samt KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting. Data avser 2018 för fem indikatorer, en indikator avser 2016-2018 och tre indikatorer avser 2017.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Stockholm	0,9	314	8,5	-9,4	66	11,65	26 298	52 405	53 382
Uppsala	0,5	593	30,3	-3,4	40	11,08	24 625	57 632	59 484
Sörmland	1,1	544	29,5	-14,8	37	11,27	24 859	55 456	57 075
Östergötland	-3,8	-349	44,4	4,6	16	10,80	24 641	53 218	54 389
Jönköpings län	0,5	378	45,2	6,1	50	11,05	24 782	52 140	53 675
Kronoberg	1,8	479	30,6	-25,4	55	12,06	25 870		
Kalmar län	-1,3	239	35,3	-25,8	29	11,20	24 427	56 547	46 789
Gotland	3,5	2371	42,8	-3,2	59	11,58	26 994		
Blekinge	1,1	-70	31,4	-35,4	54	11,52	26 606	57 008	58 189
Skåne	-1,7	-402	-12,0	-67,9	18	11,01	24 515	52 673	59 674
Halland	-0,2	30	35,7	-6,1	91	11,17	25 373	52 539	51 302
Västra Götaland	0,4	287	17,4	-35,9	42	11,36	24 730	58 660	54 406
Värmland	-0,8	385	15,7	-55,6	94	11,74	24 943	57 426	50 610
Örebro län	1,6	628	25,2	-32,4	32	11,64	25 510	56 359	56 113
Västmanland	2,6	671	31,7	-17,2	160	11,41	25 155	53 291	54 735
Dalarna	0,7	580	1,1	-87,8	92	11,67	24 596	52 065	53 458
Gävleborg	1,5	711	34,3	-31,5	181	11,67	26 028	52 264	53 669
Västernorrland	0,2	307	23,9	-56,8	98	11,78	25 553	63 629	54 699
Jämtland Härjedalen	-6,1	-1751	-26,2	-126,5	-71	11,41	26 979	58 238	53 455
Västerbotten	0,4	345	20,4	-33,1	31	11,85	26 774	57 035	56 782
Norrbottnen	1,8	864	36,7	-22,2	89	11,92	25 579	59 707	55 477
Riket	0,2	217	16,9	-23,1	49	11,44	25 332	55 021	54 937

A	Resultat 2018 % av skatter o bidrag	F	Justerad landstingskattesats, %
B	Resultat kr/inv 2016-2018	G	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kronor
C	Soliditet koncern landsting, %	H	Kostnad per producerad DRG-poäng i öppen sjukhusvård, kronor
D	Soliditet inkl. pensioner före 1998, %	I	Kostnad per producerad DRG-poäng i sluten sjukhusvård, kronor
E	Självfinansiering av investeringar, %		

Resultattablå 9. Kompetensförsörjning

Fokus är på regionerna som arbetsgivare, inte bara som huvudman och finansiär för sjukvården. Personalpolitiska mål finns tydligt uttalade i många regioner. Det finns däremot ingen långvarig tradition av öppna jämförelser av personalförhållanden mellan olika regioner. Resultattablå består av 13 indikatorer inom området kompetensförsörjning. Indikatorerna är hämtade från Sveriges Kommuner och Landsting och avser 2018 med undantag för antal helårsanställda läkare i primärvård (2017) samt indikatorerna för HME (medarbetarengagemang) som avser 2015-2018. Alla mått i resultattablå (utom hyrkostnad) visas i Kolada, men inte på Vården i siffror. Alla regioner rapporterar inte sina resultat i Kolada och är därför inte med i resultattablåns tre mått från HME-enkäten. HME-måtten avser senast rapporterade värde sedan 2015.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
Stockholm	0,6	2,5						6,2	1,8				
Uppsala	0,5	3,5	12	14	79	77	73	5,4	2,0	85	7	8	68
Sörmland	0,8	6,2	10	13	78	77	74	6,5	1,8	82	8	10	70
Östergötland	0,7	2,1	8	11				5,7	2,0	87	7	6	69
Jönköpings län	0,7	3,8	9	11	79	82	76	5,8	2,0	87	6	7	60
Kronoberg	0,7	5,3	8	12				5,4	1,8	86	7	7	63
Kalmar län	0,8	5,8	8	12	81	83	76	5,3	2,1	86	7	7	66
Gotland		8,2			79	76	70	5,8	1,7				
Blekinge	0,7	4,2	9	10				5,4	1,9	89	5	6	72
Skåne	0,8	1,8	10	11				5,5	1,8	85	7	8	70
Halland	0,6	3,8	9	13				5,2	1,7	86	7	8	61
Västra Götaland	0,7	2,5	9	11	77	74	70	6,5	1,8	86	6	8	68
Värmland	0,8	6,2	9	11	80	80	76	5,3	1,6	84	6	10	68
Örebro län	0,7	3,2	9	11	79	79	74	5,3	1,8	86	7	7	73
Västmanland	0,7	6,0	10	13	79	76	74	7,0	1,8	85	7	8	70
Dalarna	0,7	5,6	10	13				6,4	1,8	85	7	7	69
Gävleborg	0,8	9,0	9	12	79	79	76	5,7	2,0	85	5	10	75
Västernorrland	0,6	13,1	11	11	78	78	72	5,2	1,7	81	9	9	77
Jämtland Härjedalen	1,0	5,8	10	10				5,1	1,9	87	6	7	69
Västerbotten	0,8	3,8	8	10				5,4	1,7	86	8	6	70
Norrbotten	0,9	9,1	11	12				5,0	1,9	84	8	8	75
Riket	0,7	3,8	11	13	77	74	74	5,7	1,9	83	8	8	69

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

Hälso- sjukvårdsrapporten 2019

Öppna jämförelser

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 och även utveckling och resultat för stora sjukdomsgrupper.

Regionernas resultat jämförs med resultattabblår, i den tradition av öppna kvalitetsjämförelser som sedan länge är etablerad i Sverige. Detta är ett stöd för regionerna, men bidrar också till transparens om sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Rapporten är den andra 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, 2019

ISBN: 978-91-7585-729-9