

Öppna jämförelser Jämlik vård 2013

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2013-12-28
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2013

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvård, inklusive jämlik vård och läkemedelsbehandlingar. Denna rapport är den första särskilda öppna jämförelsen av jämlik vård. Majoriteten av rapportens indikatorer har tidigare publicerats i *Öppna jämförelser 2013 – Hälso- och sjukvård*. I rapporten fördjupas beskrivningen av indikatorerna främst vad gäller kön, geografi och socioekonomi. Rapporten är att betrakta som en start på en mer utvecklad, återkommande rapportering av jämlik vård från Socialstyrelsen.

Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare i landstingen och till regeringen.

Arbetet har utförts av en arbetsgrupp bestående av Behzad Koucheqi, Martin Lindblom, Birgitta Lindelius och Petra Sundlöf. Birgitta Lindelius har sammanställt rapporten. Ansvarig enhetschef är Mona Heurgren.

Taina Bäckström
ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning.....	9
Vad är jämlik vård	9
Om öppna jämförelser	10
Förutsättningar för jämförelser	10
Strategi för en god och mer jämlik vård	11
Utveckling av området	11
Indikatorer och bakgrundsdata	12
Redovisning av indikatorer	13
Dödlighet	14
Undvikbar slutenvård och återinskrivning	29
Läkemedelsbehandlingar	44
Patientrapporterade erfarenheter	62
Bakgrund till jämförelserna	69
Socioekonomiska förutsättningar	69
Levnadsvanerelaterade faktorer	71
Behov av hälso- och sjukvård	76
Resurser för hälso- och sjukvård	81
Referenser	88

Sammanfattning

Rapporten är den första öppna jämförelsen av jämlik vård. Totalt redovisas 19 indikatorer varav alla, utom en, tidigare har publicerats i rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. I denna rapport kompletteras de tidigare redovisade landstingsjämförelserna med nationella trender och variationer mellan landstingen över tid samt med en redovisning av resultaten fördelat på utbildningsnivåer i befolkningen. Indikatorerna är uppdelade på områdena dödlighet, undvikbar slutenvård och återinskrivning, läkemedelsbehandling samt patienterfarenheter. För att underlätta tolkningen av resultaten presenteras även ett antal mått som avser att ge en bild av landstingens förutsättningar att kunna ge en jämlik vård. Avsnittet är uppdelat på fyra områden: socioekonomiska förutsättningar, levnadsvanerrelaterade faktorer, behov av hälso- och sjukvård samt resurser för hälso- och sjukvård.

I de indikatorer som redovisas framkommer att det finns skillnader mellan utbildningsnivåer när det gäller de flesta resultat för dödlighet och återinskrivningar. Lägre utbildningsnivå innebär en högre dödlighet. När det gäller läkemedelsbehandlingar är resultaten inte lika tydliga. Undantaget är regelbunden behandling med lugnande medel och sömnmedel där lågutbildade kvinnor har en avsevärt högre användning än andra grupper. När det gäller information, bemötande och delaktighet tycks åldern spela en större roll för resultatet än utbildningsnivån. Inom landstingen finns olika förutsättningar vad gäller exempelvis socioekonomi, sjuklighet, personaltillgång och vårdplatser. Detta kan påverka utfallen i jämförelserna och finns därför med i rapporten som stöd till tolkningen.

Rapportserien öppna jämförelser sträcker sig till att redovisa skillnader, inte analysera skälen till skillnaderna. En bedömning av om de redovisade skillnaderna beror på om vården har getts på ett ojämlikt sätt kräver en djupare kunskap om behoven. Socialstyrelsen kommer under de nästkommande åren utveckla rapporteringen om jämlik vård.

Inledning

Rapporterna *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* och *Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre* publiceras av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt sedan 2006 respektive 2010. Socialstyrelsen har av regeringen, utöver de gemensamma uppdragen, fått särskilda uppdrag att publicera öppna jämförelser inom områdena cancersjukvård (2011) och hälsoinriktad hälso- och sjukvård (2012) och läkemedelsområdet (2013). Från och med år 2013 har Socialstyrelsen fått ett samlat uppdrag från regeringen om att årligen, förutom den hälso- och sjukvårdsövergripande rapporten, fortsätta publicera öppna jämförelser av läkemedelsområdet och det hälsoinriktade området (S2013/1905/FS(delvis)). I uppdraget ingår även att ta fram särskilda öppna jämförelser om jämlik vård, där denna rapport är den första.

Vad är jämlik vård

Jämlik hälso- och sjukvård är en av sex dimensioner som definierats av Socialstyrelsen som viktiga förutsättningar för att nå en god vård. I § 2 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, slås fast att vården ska erbjudas på lika villkor och att de som har störst behov ska ha företräde. Socialstyrelsen har definierat [1] att en jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning kort uttryckt utan diskriminering. Det är dock därmed inte givet att vård ska ges på samma sätt och i samma utsträckning överallt. Landstingens resultat kommer att, och ska, se olika ut. Alla skillnader är inte omotiverade. Det ligger också i förbättringsarbetets natur att några landsting går före och visar på vilka möjligheter som finns. I rapporten 2009 betonades att jämlik vård beskrivs genom att koppla befintliga indikatorer till bakgrundsvariabler, som till exempel utbildningsnivå. Öppna jämförelser har hittills presenterat indikatorer utifrån bakgrundsvariablerna kön, bostadsort (i form av län), delvis ålder och även i vissa fall utbildningsnivå. På så sätt har jämlikhetsperspektivet delvis varit beaktat. Socialstyrelsen har i andra arbeten kunnat konstatera att vården inte bedrivs jämlikt om man jämför personer med psykiatrisk diagnos respektive utan diagnos [2,3,4]. I den här första särskilda öppna jämförelsen om jämlik vård kommer kön, geografi och utbildningsnivå att ligga i fokus.

Öppna jämförelser av folkhälsa

Parallellt med uppdraget om jämlik vård har Socialstyrelsen fått i uppdrag att göra en öppen jämförelse av folkhälsoområdet. Hälsan och vården är tätt kopplade till varandra och en samverkan kommer därför att ske mellan de olika rapportarbetena.

Om öppna jämförelser

Rapporttypen öppna jämförelser är beskrivande, inte analyserande, och har flera syften:

- Att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn.
- Att bidra med underlag för ledning och styrning av hälso- och sjukvården. När goda och mindre goda resultat lyfts fram uppmuntrar det till analyser och förbättringsarbeten.
- Att bidra till förbättrad datakvalitet och förenklad dataåtkomst.

En förutsättning för de öppna jämförelserna är att data kan presenteras på landstingsnivå. När uppgifter från register bryts ner i olika delmängder blir ibland antalet fall så pass få att det är svårt att göra säkra jämförelser. Alternativet kan vara att slå ihop data för flera år för att få säkrare värden. Resultatet av exempelvis ett förbättringsarbete kan då i stället vara svårt att utläsa. Skillnaderna inom landstingen, till exempel mellan olika socioekonomiska grupper, kan också vara större än skillnaden mellan landstingen.

Presentationsformen i en öppen jämförelse mellan landsting eller mindre geografiska enheter lämpar sig inte för uppföljning av vissa grupper av patienter, områden och frågeställningar inom hälso- och sjukvårdens område. Andra typer av uppföljningar, analyser och kartläggningar behöver därmed göras för att fördjupa perspektivet jämlik vård.

Förutsättningar för jämförelser

Det är viktigt att öppna jämförelser värderas, analyseras och utvecklas regionalt och lokalt. Vårdens insatser och resultaten av dessa påverkas av en mängd faktorer. Några av dem som styrs av landstingens olika prioriteringar och resursfördelning är vårdplatstillgång, personaltillgång, vårdkultur, tillgänglighet, kompetens och erfarenhet. De kan påverka såväl insatser som resultat. Andra faktorer som har betydelse i sammanhanget är invånarnas sjuklighet, levnadsvillkor och levnadsvanor samt sociala faktorer som utbildnings- och inkomstnivåer. Förekomsten av primärpreventiva insatser och sekundärprevention kan påverka sjukligheten i en befolkning vilket i sin tur påverkar behoven av vård. Det är därför viktigt att ha viss kunskap om dessa faktorer när indikatorer om jämlik vård bedöms och tolkas.

Det är också viktigt att tänka på att tidspannet mellan en åtgärd – eller utebliven åtgärd – och resultat (som till exempel upplevd hälsa, återinläggning, död) kan vara olika långt. Exempelvis ger många preventiva insatser inget omedelbart resultat. Ett av våra vanligaste resultatmått – överlevnad – påverkas främst på mycket lång sikt. Det är därför också viktigt att fortsätta att utveckla mått som ger möjlighet att snabbare och på ett mer patientnära sätt utläsa andra effekter av vårdens insatser, till exempel patientrapporterade utfallsmått.

Strategi för en god och mer jämlik vård

I december 2012 lanserade regeringen en strategi för jämlik vård [5] som bland annat omfattar insatser för följande fem fokusområden:

1. synliggörande och analys av skillnader i vård, behandling, bemötande och resultat
2. system, stödstrukturer och tjänster till vården och till enskilda
3. strategier och åtgärder inom särskilda områden
4. stöd och stimulans till utveckling i vården
5. samverkan och dialog med hälso- och sjukvårdens aktörer samt företrädare för olika grupper.

Strategin gäller fram till år 2016 och Öppna jämförelser avseende jämlik vård kan hänföras till fokusområde 1 i strategin. Strategin utgår till stora delar från rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* [6] från Socialstyrelsen som redovisar att vården har stora utmaningar, när det handlar om tillgänglighet, ökat patientinflytande och kunskapsbaserad vård. Man lyfter särskilt fram det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. De vårdområden som särskilt nämns är cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdom, vård vid psykisk ohälsa, missbruk och beroende samt tandvård.

Utveckling av området

Förutom att ta fram öppna jämförelser i år, har också regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ”vidareutveckla indikatorer för att följa utvecklingen av de utmaningar som redovisats för att uppnå en god och mer jämlik vård”. Samråd ska ske med berörda myndigheter. Inom ramen för denna rapport har kontakter tagits med Myndigheten för Vårdanalys och Diskrimineringsombudsmannen. Utöver att ta fram öppna jämförelser för området ska Socialstyrelsen även så långt det är möjligt analysera om skillnader i vårdens genomförande påverkar hälsan för patienten. Arbetet ska bedrivas under 2014 och inga resultat har därmed kunnat inkluderas i denna rapport. Endast redan befintliga indikatorer har därför använts. För att kunna tolka om vården har utförts på ett sätt som inte är jämlikt krävs en kunskap om vårdbehovet. Indikatorerna och de övriga måtten i denna rapport kan ligga som en grund för en vidare analys.

Indikatorer och bakgrundsdata

I denna öppna jämförelse används 19 olika indikatorer. Fokus ligger på kön, geografi och utbildningsnivå. Här presenteras urvalskriterierna. I nästa avsnitt redovisas varje indikator. För mer detaljer om indikatorerna hänvisas till Socialstyrelsens indikatorbibliotek [7].

Hur ska en indikator se ut?

Indikatorer som används i en öppen jämförelse ska visa olika aspekter av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet med hjälp av tillgängliga data. Vissa vägledande krav bör ställas på en indikator i öppna jämförelser. En indikator bör vara

- mätbar och tillgänglig
- vedertagen och valid
- relevant
- tolkningsbar
- påverkansbar.

Indikatorerna bör främst spegla processer och resultat. Att indikatorn ska vara tolkningsbar betyder bland annat att den ska ha en riktning. Man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde. Det kan dock finnas olika förklaringar till ett bra eller dåligt värde. För att ge landstingen en bättre möjlighet att tolka sina egna data presenteras sist i rapporten olika bakgrundsdata, som kan vara viktiga för utfall i vården. Dessa bakgrundsdata betraktas inte som indikatorer i denna rapport.

Indikatorer för öppna jämförelser av jämlik vård

Rapporten innehåller 19 indikatorer, fördelade på fyra huvudområden. Majoriteten har hämtats från *Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård 2013* [8]. I denna första jämförelse används endast indikatorer med data från Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregister, samt nationella patientenkäten som görs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Urvalet av indikatorer till denna rapport har gjorts med utgångspunkt från några av de vårdområden som lyfts fram i den nationella strategin och där det också finns tillförlitliga data tillgängliga i Socialstyrelsens register. Dessa data har samkörts med data från utbildningsregistret från Statistiska centralbyrån (SCB). I nationella patientenkäten ingår uppgifter om utbildningsnivå och dessa uppgifter har inte samkörts. Urvalet är därmed inte gjort utifrån en analys att just dessa indikatorer är mer lämpade än andra för att belysa hur jämlik vården är eller att de områden de belyser främst bör förbättras i detta avseende.

Redovisning av indikatorer

I det här avsnittet presenteras indikatorerna i ett antal diagram som visar olika perspektiv och typer av skillnader: mellan utbildningsnivåer, mellan landsting och utvecklingen över tid. Skillnader mellan kvinnor och män framgår också.

Så här läser du diagrammen

Indikatorerna presenteras på några olika sätt. Ett stapeldiagram eller två trenddiagram visar resultatet efter utbildningsnivå och kön. Utbildningsnivåerna är grundskola (eller motsvarande), gymnasial utbildning, samt eftergymnasial utbildning. I vissa fall används benämningarna förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial. Den senaste delas vid något tillfälle upp i två delar. Sättet att benämna utbildningsnivå kan variera med datakälla. Åldersindelningen för utbildningsnivåerna är något annorlunda än i landstingsjämförelserna, oftast 35–79 år.

Ett trenddiagram visar den nationella trenden och landstingens spridning kring denna över tid. Bedömningen i texten av hur variationen mellan landstingen förändrats baseras främst på standardavvikelsens förändring.

Landstingsjämförelsen visas i så kallade funnel-plotdiagram, ett för kvinnor och ett för män. Funnel-plotdiagram rekommenderas ofta som ett redovisningssätt. De underlättar en rättvisande tolkning av skillnader och illustrerar också hur osäkerheten i de observerade värdena på grund av slumpen varierar med underlagets storlek [9].

Fördelarna med detta (jämfört med till exempel ett rangordnat stapeldiagram) är att storleken på nämnaren visas och att de landsting som har värden som avviker signifikant från ett referensvärde framgår på ett tydligt sätt. I denna redovisning, som har ett jämlikhetsperspektiv, har genomgående rikets värde använts som referensvärde.

Landstingen är i funnel-plotdiagrammen inritade efter sina indikatorvärden på y-axeln och underlagets storlek på x-axeln, exempelvis antalet patienter. Referensvärdet visas med en orange linje. Kring referensvärdet finns två streckade linjer som visar gränserna för ett 95-procentigt konfidensintervall för referensvärdet. Ju större underlaget är desto mindre utrymme finns för slumpens inverkan. Därigenom bildar de två linjerna formen av en allt smalare ”tratt” åt höger i diagrammet där antalet observationer blir allt större.

Om man skulle göra slumpmässiga urval bland patienterna i riket och använda samma antal patienter som i något av landstingen skulle värdet för urvalen i enbart 5 procent av fallen hamna utanför gränslinjerna. Om ett landstings värde hamnar utanför linjerna kan man på ganska god grund anta att det där finns något som skiljer sig från förhållandet i riket och påverkar värdet (utöver den slumpmässiga variationen). Dessa fall är signaler om att landstingen kan behöva studera sitt resultat närmare, speciellt i de fall värdena går i negativ riktning. I diagrammen har gränslinjerna röd respektive svart färg för att visa den önskvärda riktningen för indikatorn.

I rapporten har enbart namn på de landsting som ligger utanför gränslinjerna skrivits ut, främst av utrymmesskäl men också för att ytterligare fokusera på de mer säkerställda skillnaderna. För den som önskar finns data för samtliga landsting redovisade i Socialstyrelsens webbaserade jämförelseverktyg [10].

Dödlighet

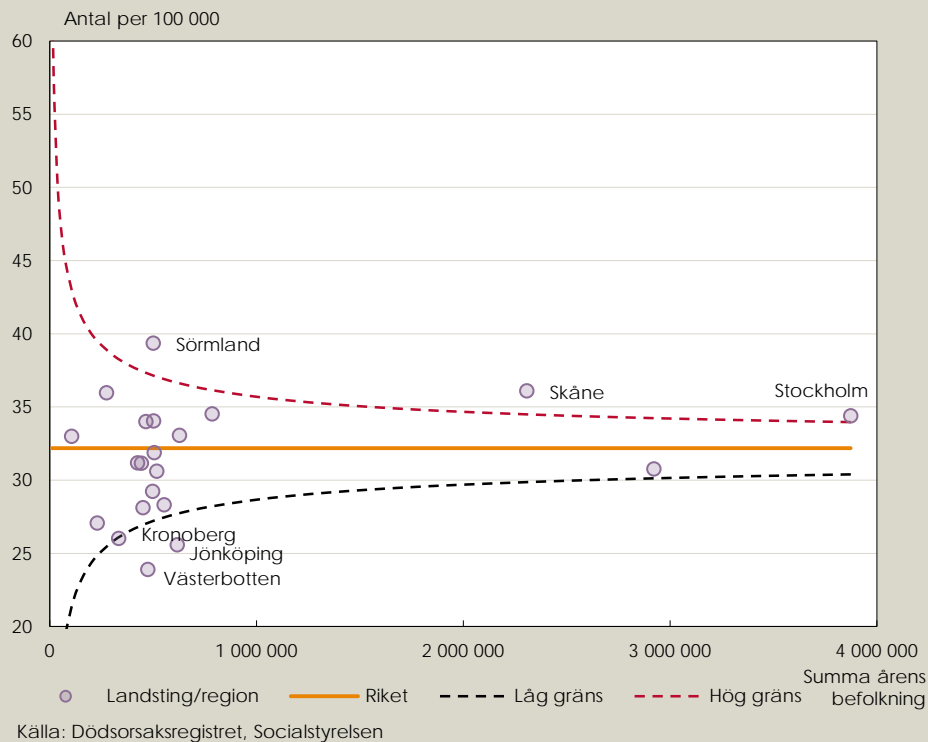
I detta avsnitt visas ett antal indikatorer som rör olika aspekter av dödlighet. Dödlighet i olika sjukdomar är ett vanligt resultatmått i jämförelser och i vissa fall det enda resultatmålet där det finns tillgänglig statistik. Det är dock ett trögrörigt mått, eftersom att det oftast tar lång tid innan en förändring kan ses. Sjukvårdens insatser påverkar dödligheten i olika hög grad. Det finns naturligtvis också många saker som ligger utanför sjukvårdens kontroll som påverkar dödligheten.

1 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

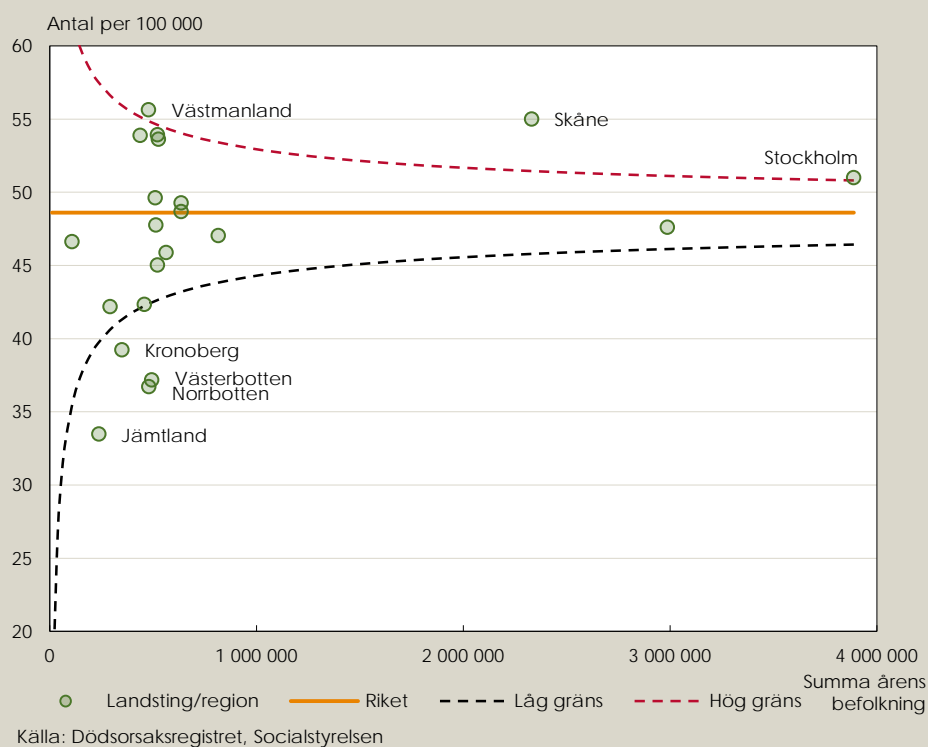
Indikatorn åtgärdbar dödlighet är uppdelad i tre varianter varav denna rör den dödlighet som bedöms kunna begränsas och påverkas med breda hälsopolitiska insatser. Det handlar därmed om en förtida död vilket gör att åldersgruppen som mäts är begränsad till att vara mellan 1–79 år. Indikatorn är internationellt använd och följer upp dödligheten i lungcancer, levercirros, cancer i matstrupe samt dödlighet till följd av skador orsakade av motorfordonsolycka. Exempel på insatser som kan påverka detta är kampanjer för rökavvänjning, arbete för förbättrade alkoholvanor samt trafiksäkerhetsarbete, framförallt primärpreventiva insatser. Men även preventiva insatser som rökavvänjning och missbruksvård skulle kunna påverka denna indikator. I den internationella användningen av indikatorn används begreppet ”avoidable” eller ”amenable” vilket pekar på att diagnoserna och därmed dödligheten ska vara möjliga att undvikas med rätt typ av behandling i rätt tid.

Indikatorn har funnits med i rapporteringen av öppna jämförelser samtliga år och det är möjligt att ta fram data för en mycket lång tidsserie. Nationellt märks en nedgång av dödligheten över tid. Skillnaderna har minskat mellan könen men är fortfarande stora, mycket beroende på den ökande dödligheten i lungcancer bland kvinnor. Skillnaderna mellan landstingen är betydande och tycks endast minska i liten utsträckning över tid. Över tid syns en ökande skillnad i dödligheten mellan utbildningsnivåerna, för både män och kvinnor. Bland män beror den ökande skillnaden främst på att dödligheten har minskat för den högst utbildade gruppen. Bland kvinnor beror den ökande skillnaden främst på att dödligheten har ökat för de kortast utbildade grupperna.

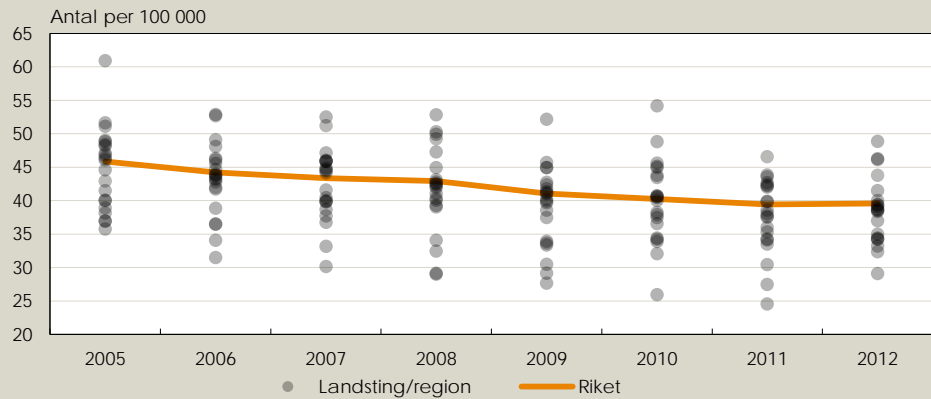
Figur 1.1. Kvinnor. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



Figur 1.2. Män. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.

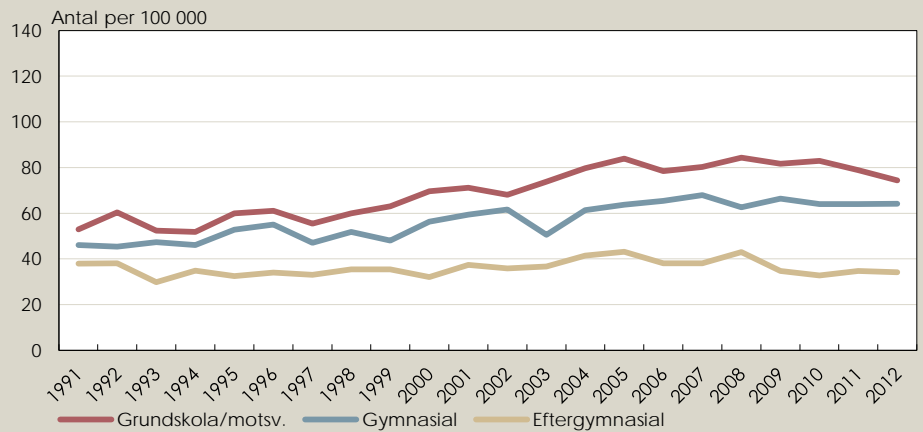


Figur 1.3. Totalt. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.



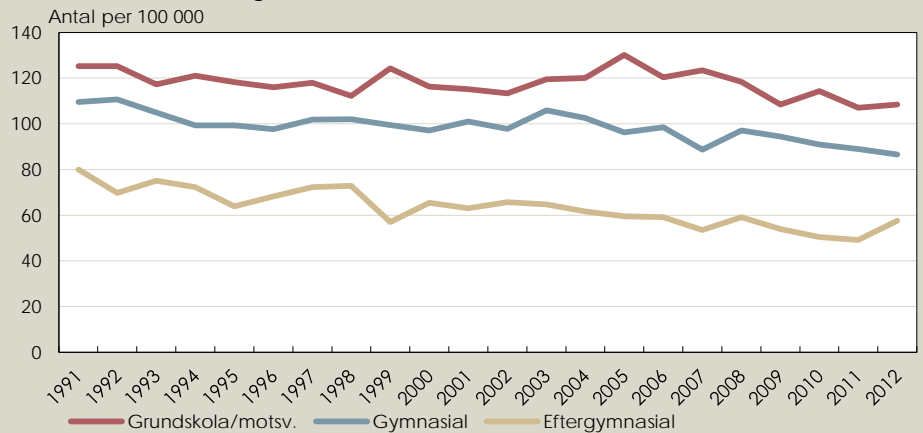
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 1.4. Kvinnor. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

Figur 1.5. Män. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

2 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Indikatorn innefattar dödlighet i diagnoser som bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, såväl genom tidig upptäckt som genom adekvat behandling. Diabetes och stroke är två diagnoser som har stor påverkan på utfallet av indikatorn. Även denna indikator är begränsad till att gälla dödlighet i åldersgruppen 1–79 år.

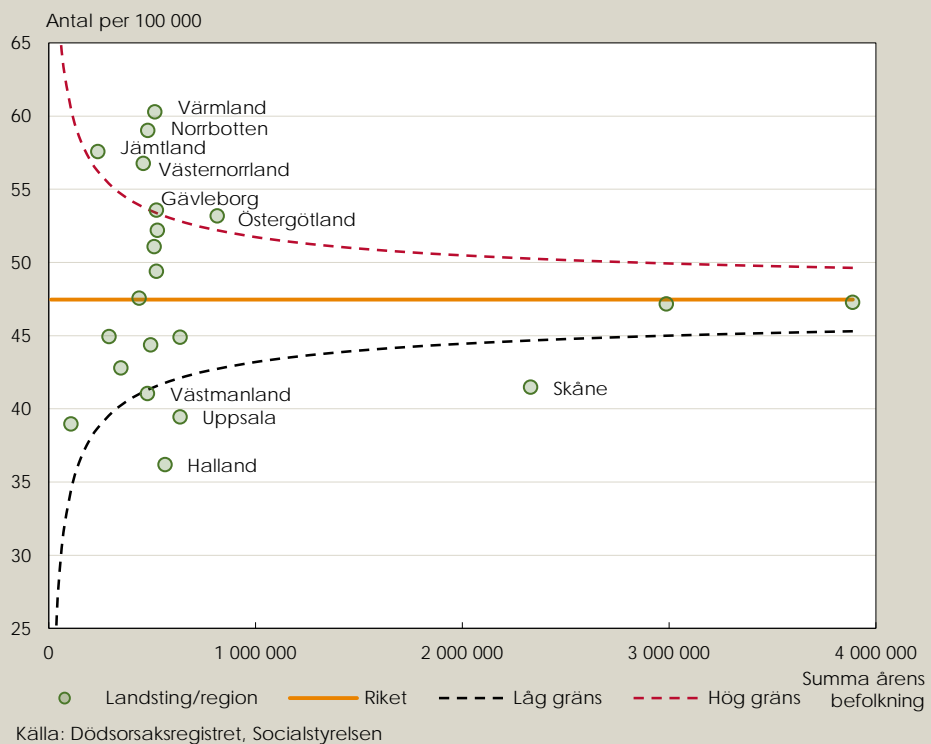
En trend med sjunkande dödlighet kan ses nationellt sett och variationen mellan landstingen tycks också ha minskat något, men trenden är inte helt tydlig. Män har en högre dödlighet i de diagnoser som ingår i indikatorn än kvinnor och skillnaderna mellan könen har inte ändrats nämnvärt de senare åren. För män ses också en större skillnad mellan landstingen.

Det finns en tydlig skillnad mellan utbildningsnivåerna, både bland män och kvinnor. De med kortare utbildning har en högre dödlighet, men dödligheten har dock minskat både bland kvinnor och män i alla tre utbildningsnivåerna. Vi kan konstatera att män med kortare utbildning har samma dödlighet i slutet av den 20-åriga tidsserien som de med längre utbildning hade i början.

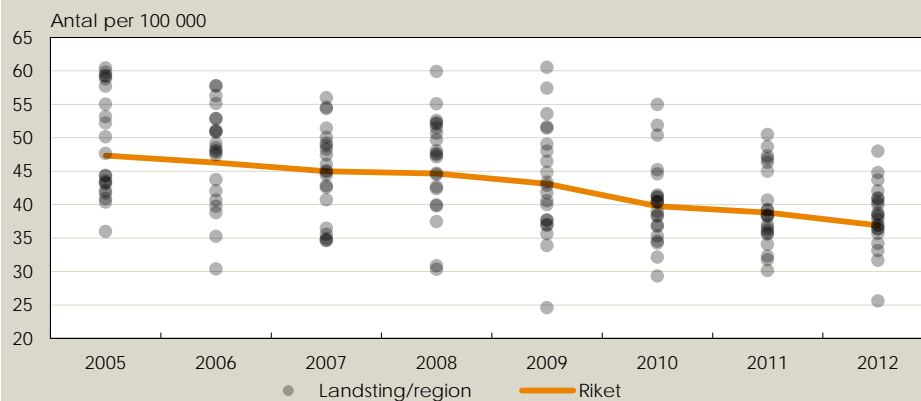
Figur 2.1. Kvinnor. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



Figur 2.2. Män. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.

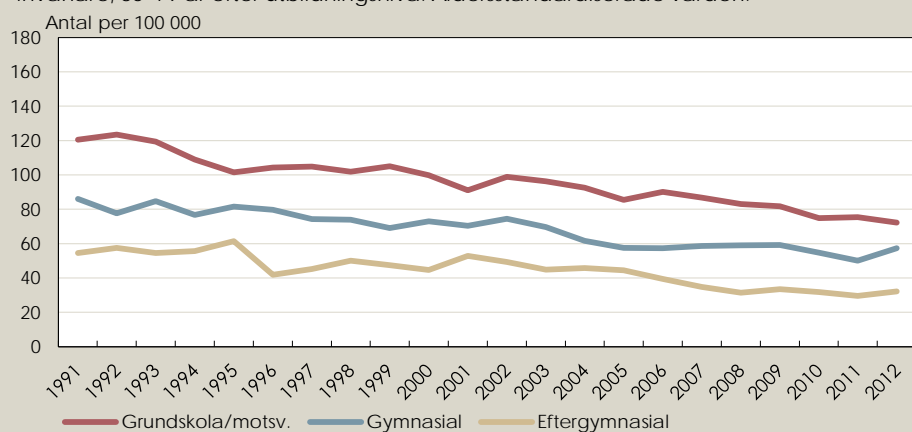


Figur 2.3. Totalt. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Ålderstandardiserade värden.



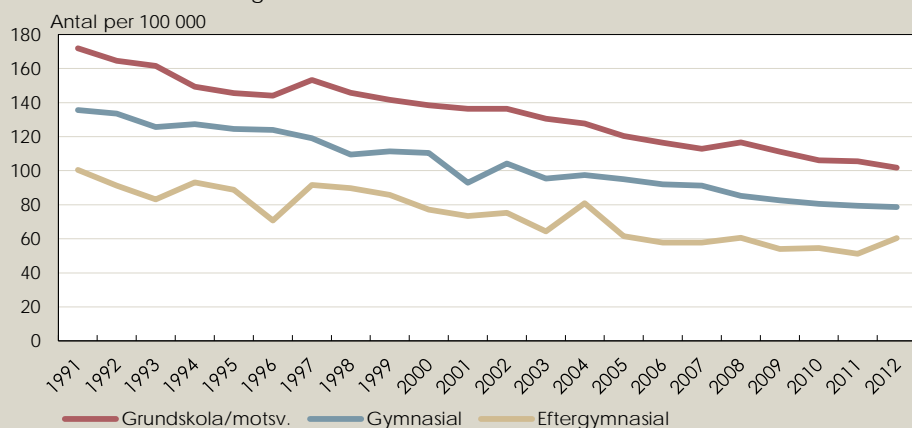
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 2.4. Kvinnor. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

Figur 2.5. Män. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Ålderstandardiserade värden.



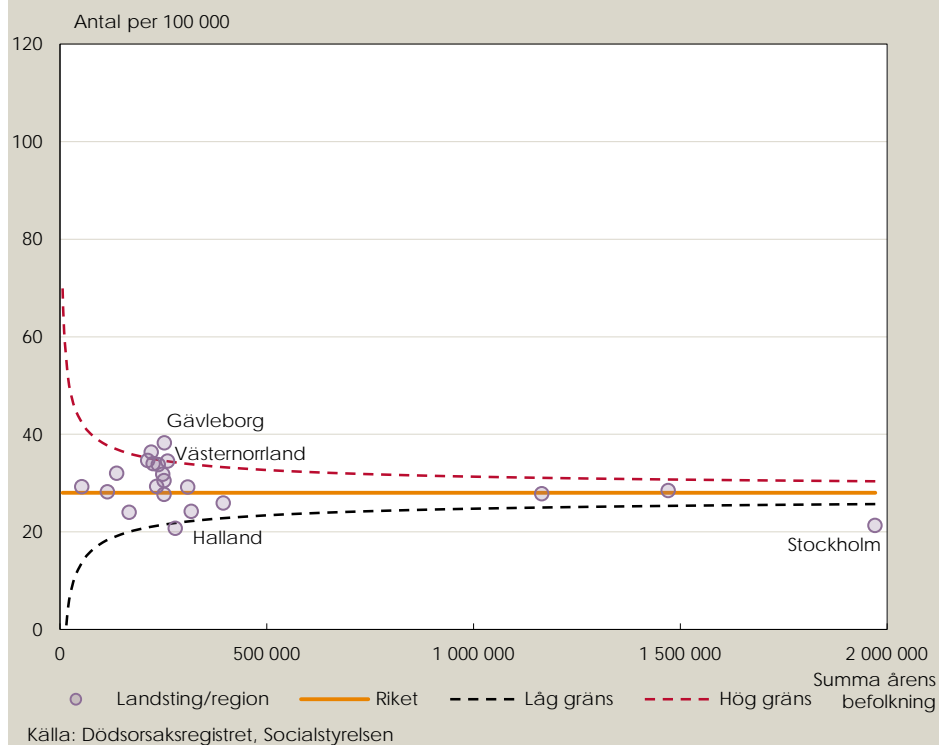
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

3 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

En annan indikator som utgår från dödlighet är den som gäller ischemisk hjärtsjukdom. I denna indikator inkluderas bland annat död genom hjärtinfarkt. Internationellt sett har många länder inte velat ha med hjärtdödlighet i de mer övergripande måtten om åtgärdbar dödlighet. Det har lett till att denna indikator redovisas separat i bland annat öppna jämförelser. Dödligheten har minskat kraftigt de senaste decennierna men minskningen ser ut att ha stannat upp de senaste åren. Totalt sett syns fortfarande en nedgång vid en jämförelse av de två senaste tvåårsperioderna (2009–2010 respektive 2011–2012). Även i denna indikator syns stora skillnader mellan könen, män har en betydligt högre dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. Stora skillnader ses även mellan landstingen, främst vad gäller män. För kvinnor finns dock en liten uppgång i vissa landsting (visas ej i diagram).

Utvecklingen av variationen mellan landsting är inte helt tydlig, den har såväl ökat som minskat under de redovisade åren. För samtliga utbildningsnivåer sjunker dödligheten över tid, men vissa skillnader består.

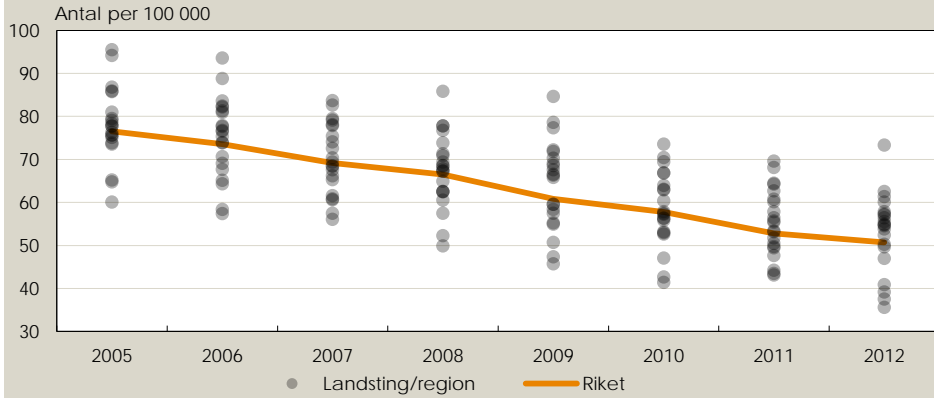
Figur 3.1. Kvinnor. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2011–2012. Ålderstandardiserade värden.



Figur 3.2. Män. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2011–2012. Ålderstandardiserade värden.

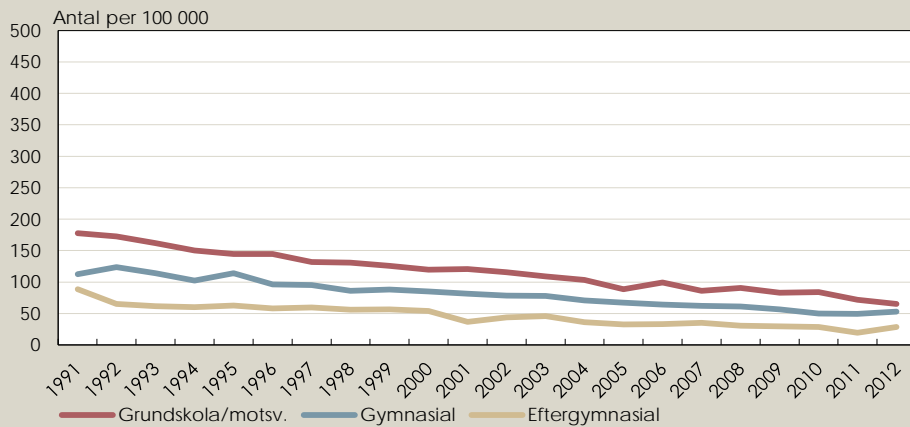


Figur 3.3. Totalt. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Ålderstandardiserade värden.



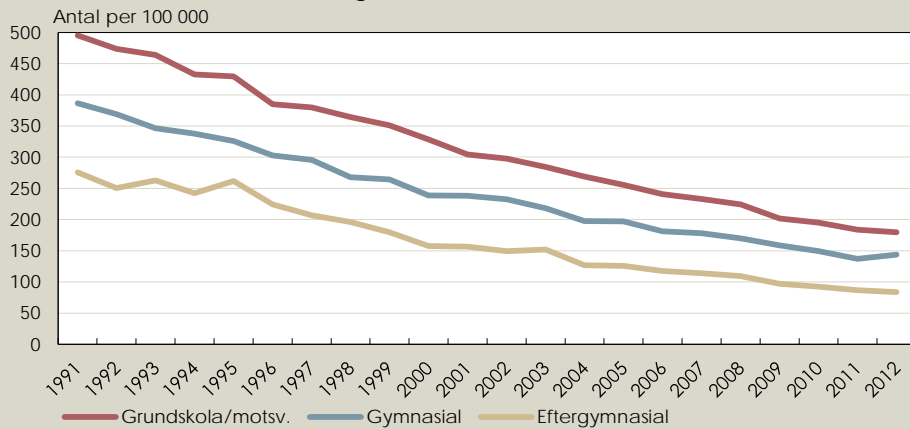
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 3.4. Kvinnor. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

Figur 3.5. Män. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

4 Själv mord

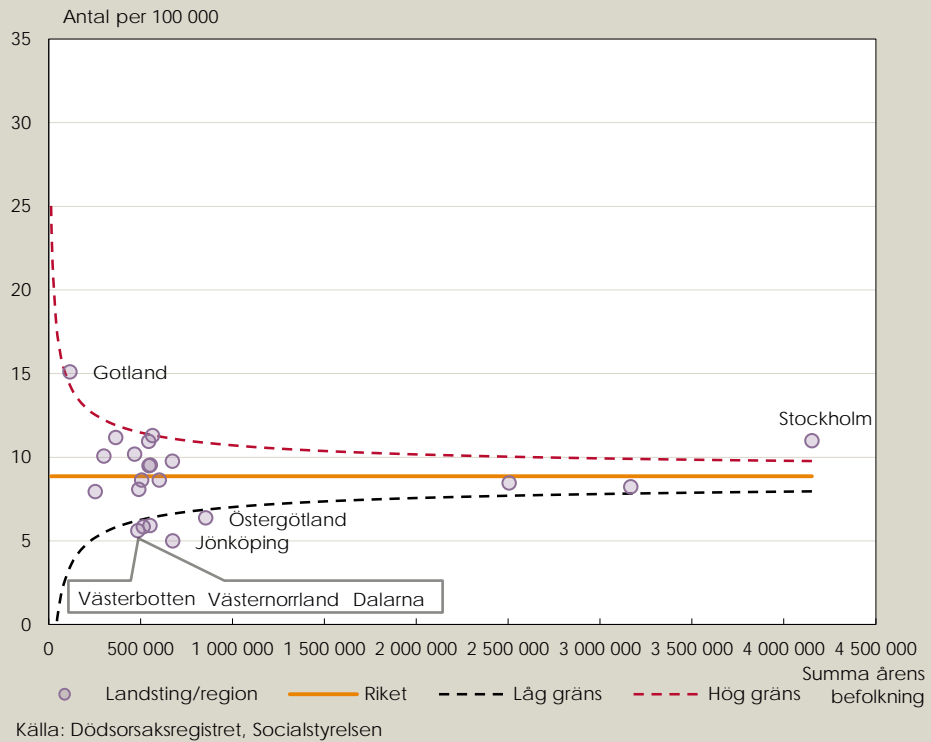
Själv mord är en angelägen fråga inte bara för den specialiserade psykiatriska vården, vilket visade sig i *Nationella utvärderingen av vård och insatser vid ångest, depression och schizofreni* [11]. Där redovisas att närmare 60 procent av de personer som begick själv mord under 2010 inte hade haft kontakt med psykiatri de närmaste 12 månaderna innan själv mordet.

Själv mordsstatistiken i Sverige innefattar ofta både så kallade säkra och osäkra själv mord. De osäkra, där uppsåtet är oklart, brukar uppskattas till cirka 20 procent av det totala antalet.

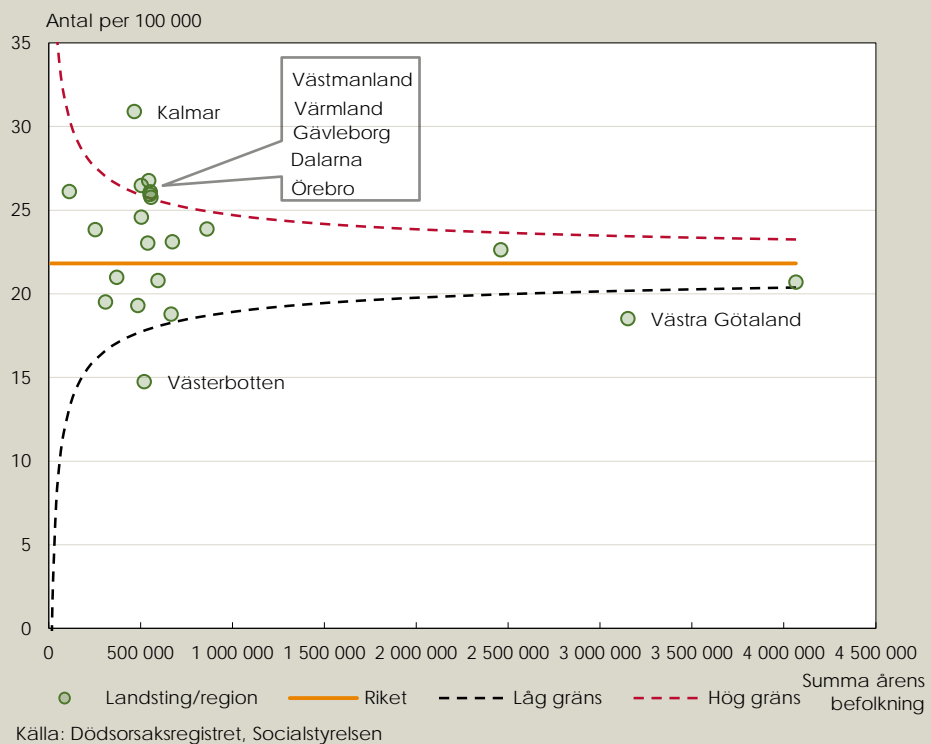
Trenden för antalet själv mord har generellt sett varit tämligen stabil det senaste decenniet. År 2012 begick 1530 själv mord, vilket är fler än 2011 och 2010 men färre än 2009. För att få ett bättre jämförelsematerial har tre års värden sammanslagits i landstingsdiagrammen. Alla åldrar ingår. Det är stora skillnader mellan könen, mer än dubbelt så många män som kvinnor begår själv mord. Det finns även stora skillnader mellan landstingen, framförallt när det gäller själv mord bland män.

Den årsvisa nationella trenden för de senaste åtta åren visar inte på någon förändring i själv mordsdödligheten och variationen mellan landstingen tycks bestå. Skillnaden syns tydligast för män i olika utbildningsnivåer. Män med kort utbildning har en betydlig högre själv mordsdödlighet. Skillnaderna har ökat jämfört med början av tidsserien.

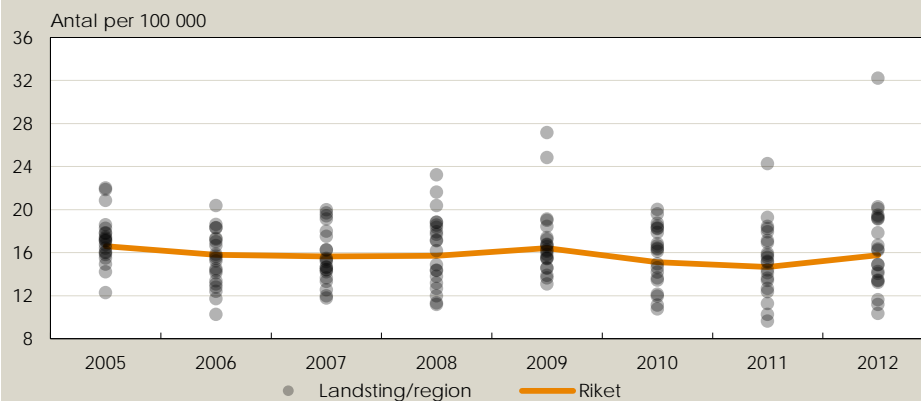
Figur 4.1. Kvinnor. Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Figur 4.2. Män. Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.

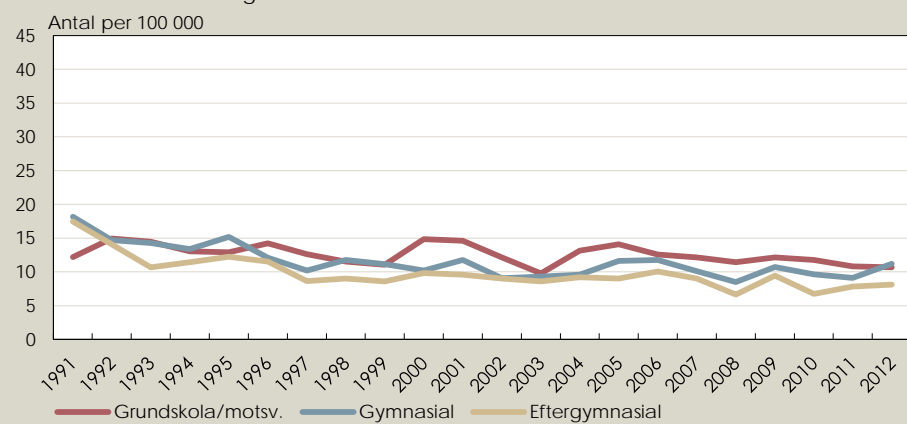


Figur 4.3. Totalt. Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



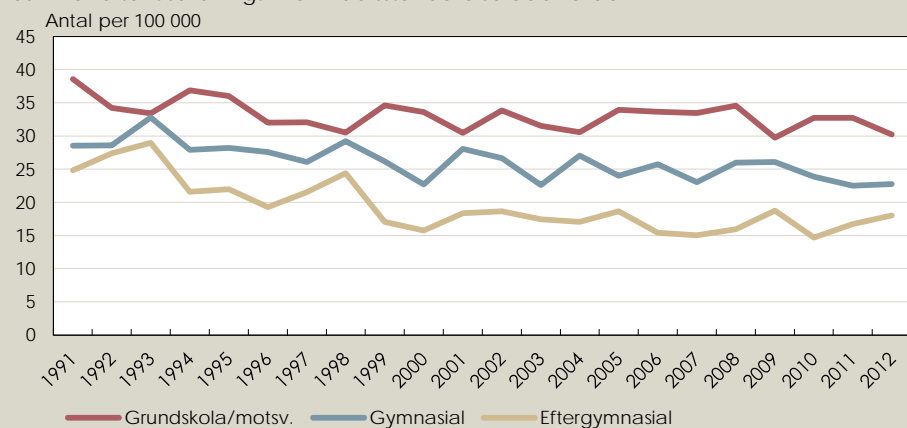
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 4.4. Kvinnor. Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare 35-79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

Figur 4.5. Män. Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare 35-79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

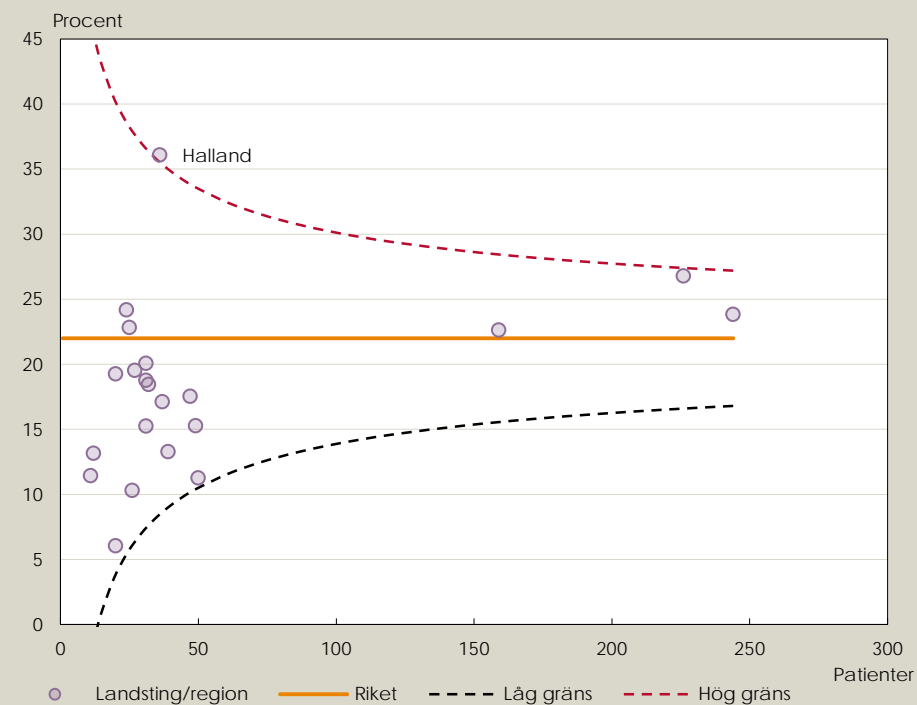


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

5 Dödlighet efter vård för blödande magsår

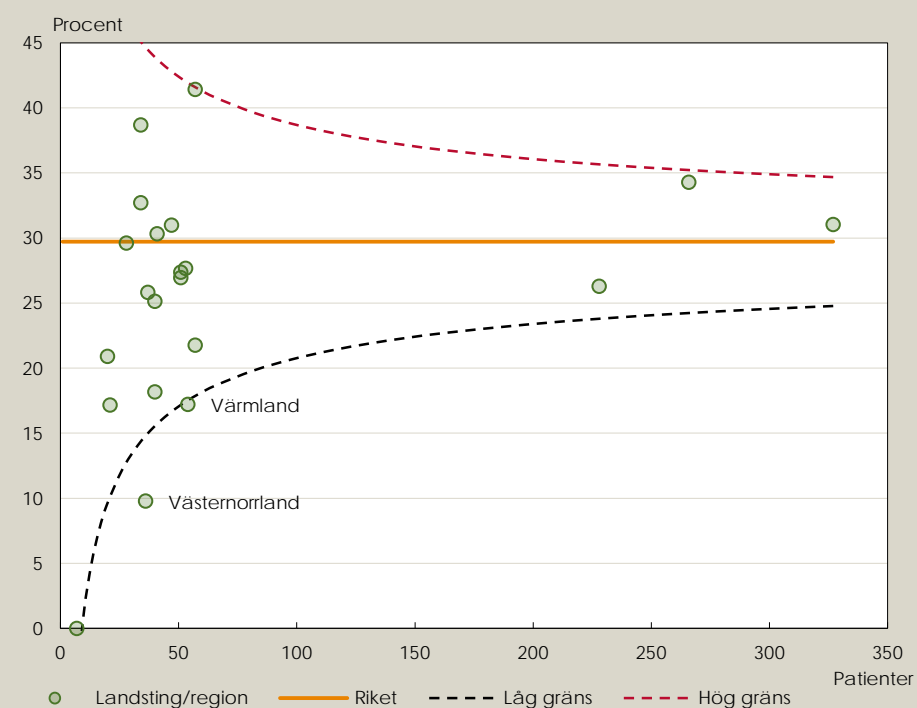
Denna indikator visar andelen patienter som avled inom ett år efter slutenvård vid sjukhus för blödande magsår under åren 2009–2011. Alla åldrar ingår. Blödande magsår är ett akut livshotande tillstånd som kräver sjukhusvård. Enligt en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) [12] från 2011 beräknas 7–10 personer insjukna per dag och varannan till var tredje dag avlider någon till följd av sjukdomen. Risken att dö inom ett år efter blödande magsår kan ses som en indikator på hur väl sjukvården klarar såväl det akuta omhändertagandet som uppföljningen efter att patienten skrivits ut från sjukhus. Trots att tre år har slagits ihop är underlaget litet vilket gör att gränserna för vilka värden som är signifikant skilda från genomsnittet blir vida i funnel-plotdiagrammet. Trenden för denna indikator är stabil, ingen tydlig utveckling kan ses. Dödligheten är även här högre bland män än bland kvinnor. Variationen mellan landsting tycks minska, vid en sammanslagning av de två senaste tvåårsperioderna. En skillnad kan ses mellan utbildningsnivåerna till de lägre utbildades nackdel.

Figur 5.1. Kvinnor. Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.



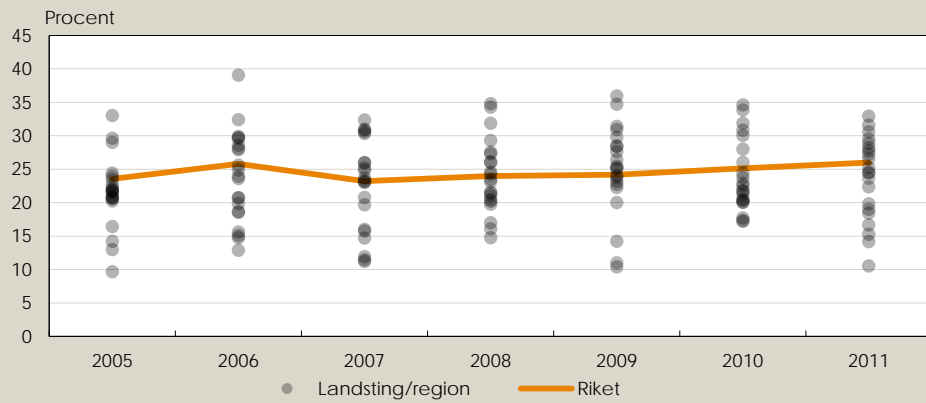
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 5.2. Män. Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.



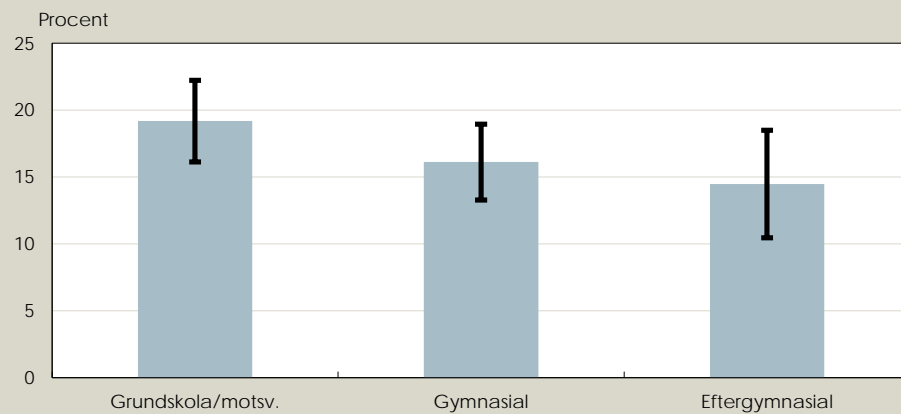
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 5.3. Totalt. Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 5.4. Totalt. Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår efter utbildningsnivå. Avser patienter 45–79 år, 2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Undvikbar slutenvård och återinskrivning

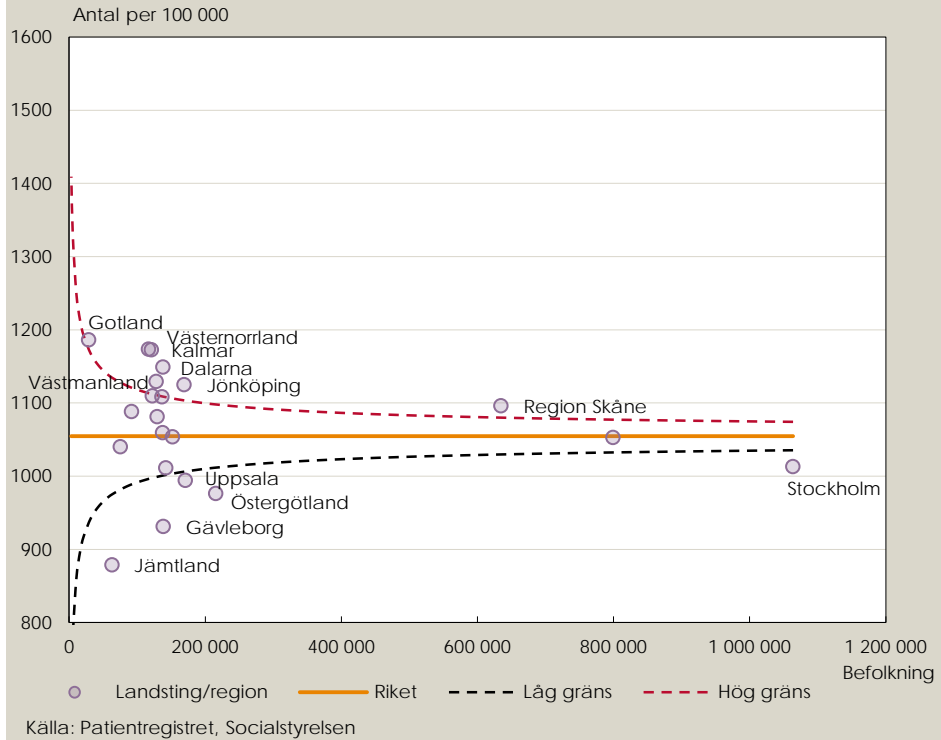
I detta avsnitt samlas ett antal indikatorer som beskriver olika aspekter av vårdens omhändertagande eller behandling av patienten. Om ett vårdtillfälle följs av en återinskrivning kan det bero på olika saker som att patienten skrivits ut för tidigt eller utan tillräckliga sekundärpreventiva insatser. I vissa fall ligger orsakerna inom ramen för sjukvårdens möjlighet till kontroll, i andra fall inte.

6 Undvikbar slutenvård

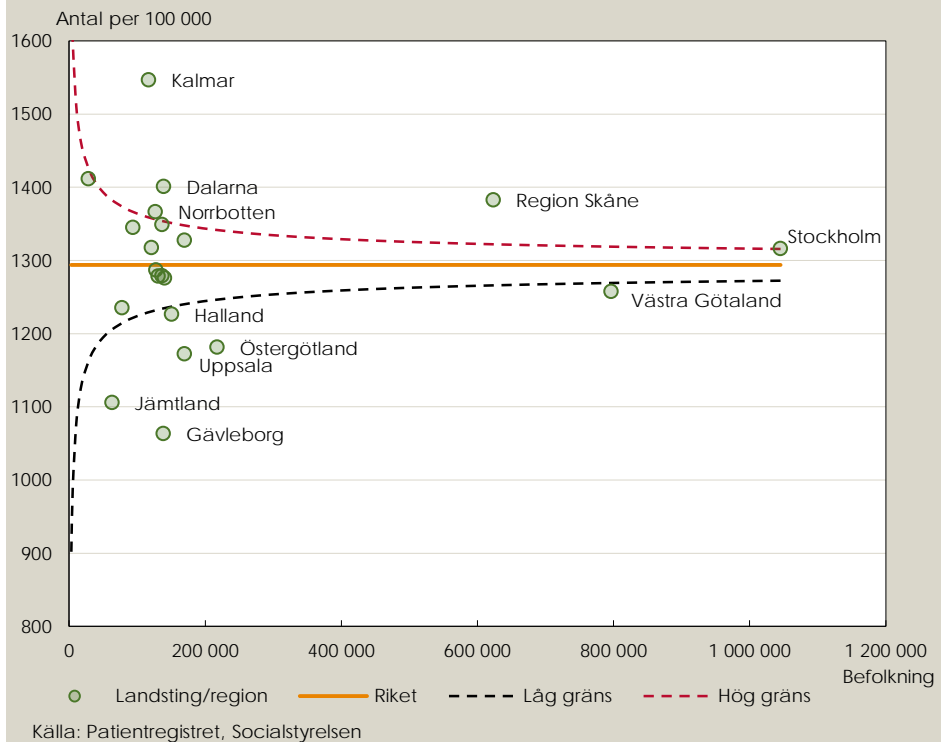
Att kunna undvika slutenvård är kostnadsmässigt fördelaktigt för landstinget, men framförallt en stor fördel för patienten. Om patienten blir så sjuk att slutenvård krävs, ska den naturligtvis inte undvikas. Indikatorn undvikbar slutenvård avser främst att mäta i vilken utsträckning slutenvård för vissa diagnoser kan undvikas genom preventivt arbete och omhändertagande i öppna vårdformer. Alla åldrar ingår i indikatorn. De diagnoser som rymms inom denna indikator är framförallt kroniska sjukdomar, som astma, diabetes och hjärtsvikt. Men även ett antal akuta tillstånd inkluderas, där rätt behandling given inom rimlig tid bedöms kunna förhindra inläggning på sjukhus. En annan möjlighet kan vara att det finns olika ”trösklar” för att skrivas in på sjukhus beroende på hur många vårdplatser som finns. En analys av de senaste årens värden visar att samma landsting ligger på den övre respektive undre halvan i jämförelserna (visas inte i diagram).

Över tid ses nationellt sett en liten minskning av undvikbar slutenvård i början av tidsserien. De sista åren har antalet vårdtillfällen dock legat på en relativt stabil nivå. Det finns skillnader såväl mellan könen som mellan landstingen. Män vårdas i högre utsträckning för de aktuella diagnoserna. Det finns tydliga skillnader mellan landstingen. Variationen mellan landstingen tycks inte minska. Både kvinnor och män med lägre utbildningsnivå slutenvårdas i högre utsträckning för dessa diagnoser.

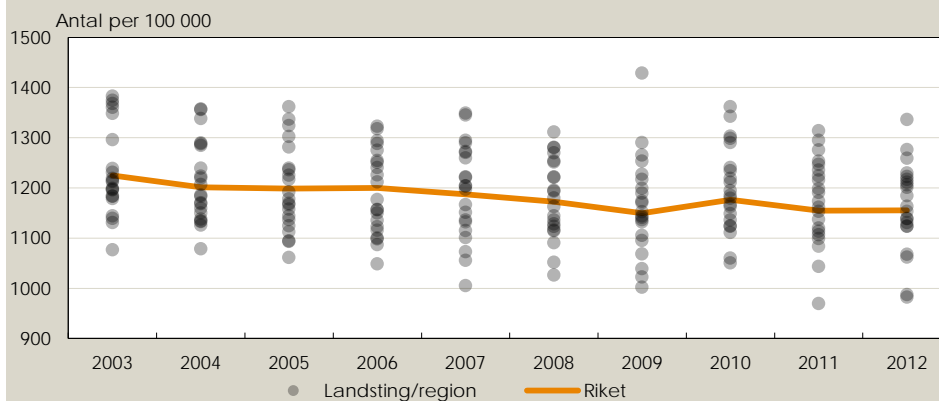
Figur 6.1. Kvinnor. Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2012. Åldersstandardiserade värden.



Figur 6.2. Män. Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2012. Åldersstandardiserade värden.

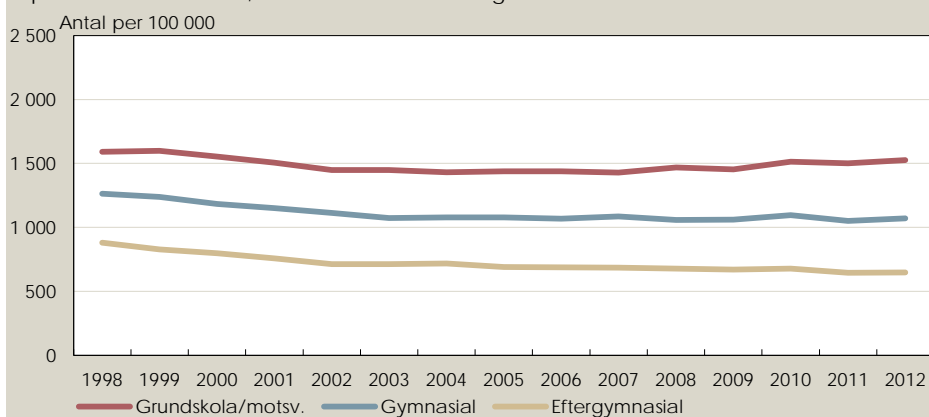


Figur 6.3. Totalt. Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



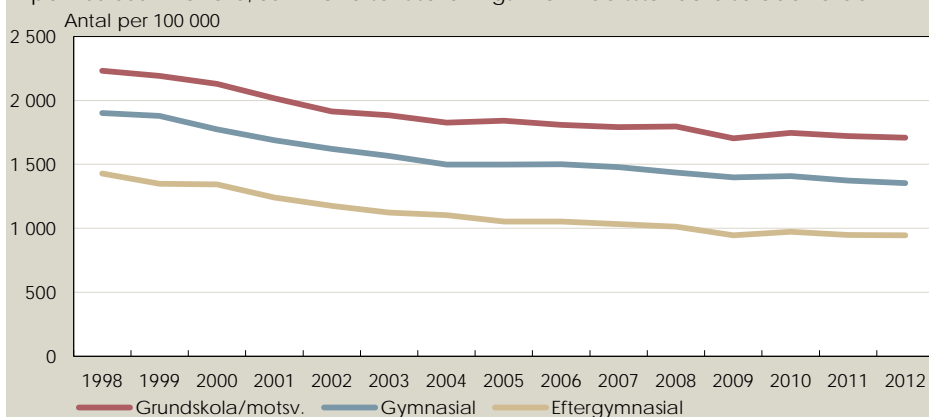
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 6.4. Kvinnor. Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Figur 6.5. Män. Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

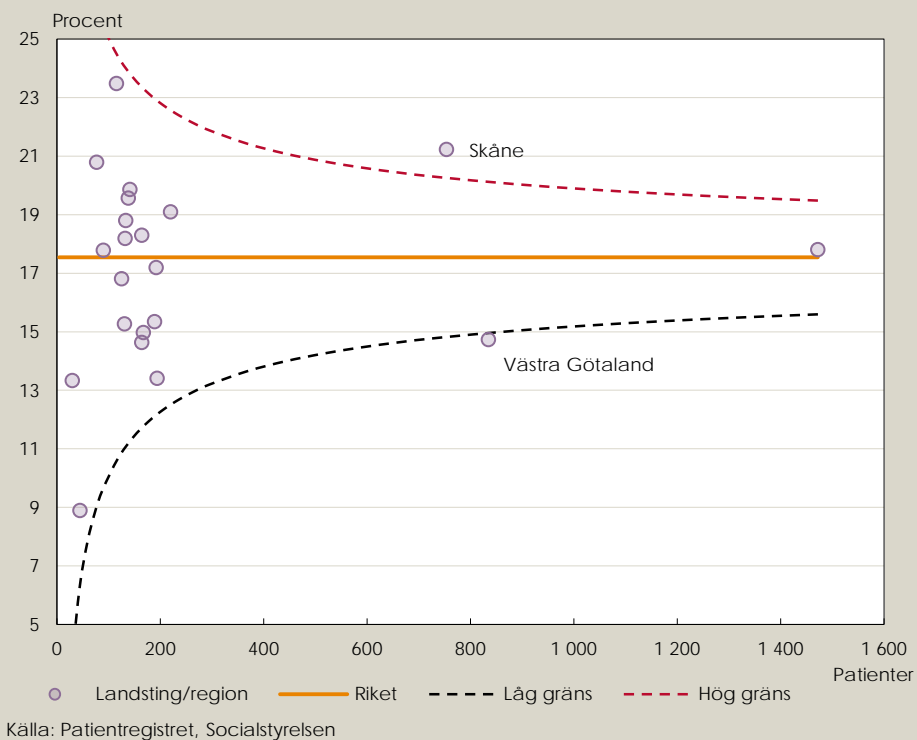


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

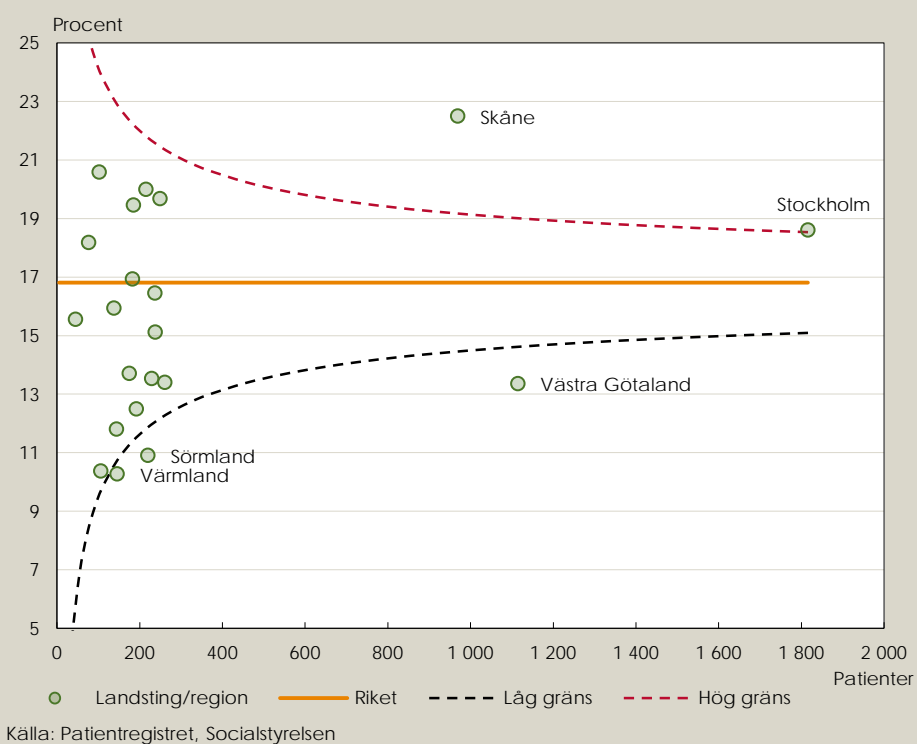
7 Återinskrivning inom 28 dagar efter vård för schizofreni

Återinsjuknande eller försämring av tillståndet som resulterar i en återinskrivning är ett viktigt område att rikta sekundärprevention mot. Enligt den nationella utvärderingen av riktlinjerna för depression, ångest och schizofreni är syftet med indikatorn att ”belysa otillräcklig vårdtid i den psykiatriska slutenvården, alternativt utskrivningar utan tillräcklig samordning kring uppföljning och det fortsatta omhändertagandet inom den specialiserade psykiatriska öppenvården”[11]. Återinskrivning är en indikator som kan följas upp med olika tidsperioder beroende på vilket fokus uppföljningen har. I så väl *Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård 2013* som i den nationella utvärderingen följs återinskrivning vid fyra olika tidpunkter upp, 14 dagar och 28 dagar samt 3 månader och 6 månader. Här väljer vi att titta på återinskrivning efter 28 dagar. Flera år är hopslagna för att få en bättre stabilitet i måttet. Åldern är avgränsad till 20–59 år. Över tid syns ingen förändring nationellt sett. Det syns inga skillnader mellan könen, både män och kvinnor återinskrivs i cirka 17 procent av fallen. Variationen mellan landstingen varierar mellan de presenterade perioderna, men visar tecken på att öka, snarare än att minska. Ett relativt litet antal personer ingår i måttet vilket gör att den statistiska osäkerheten blir stor för enstaka år. Den osäkerheten visar sig i diagrammen med utbildningsnivåer där värdena varierar mycket från år till år. Män med längre utbildning tycks dock återinskrivas i lägre utsträckning.

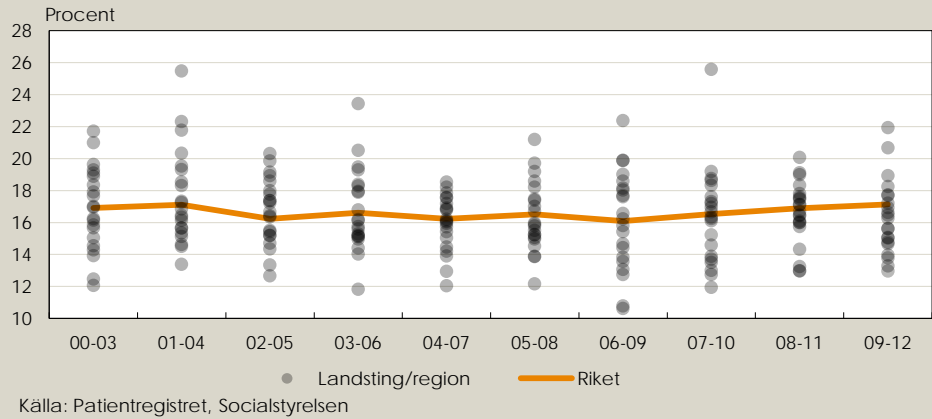
Figur 7.1. Kvinnor. Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar, 2009–2012. Avser patienter 20–59 år.



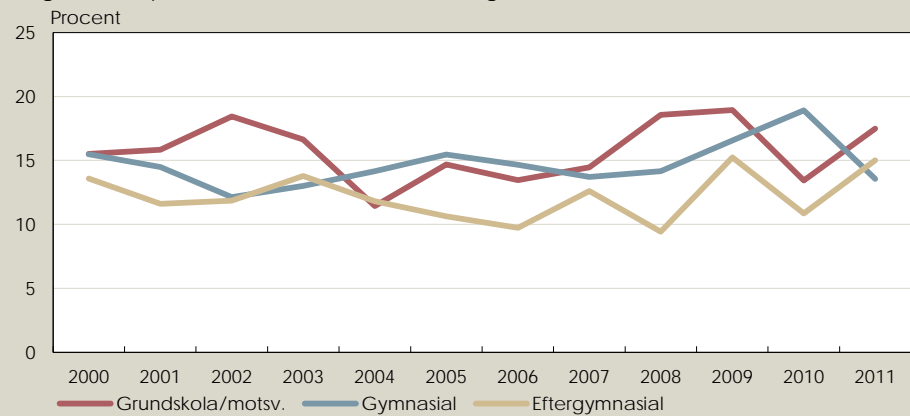
Figur 7.2. Män. Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar, 2009–2012. Avser patienter 20–59 år.



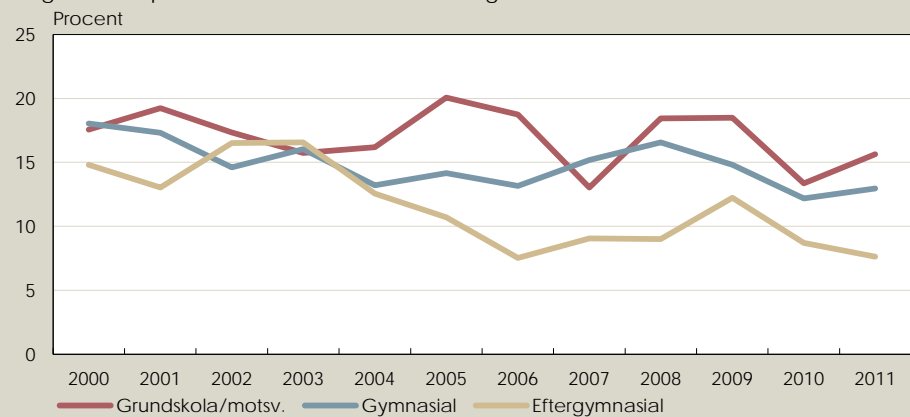
Figur 7.3. Totalt. Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar. Avser patienter 20–59 år.



Figur 7.4. Kvinnor. Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar. Avser patienter 35–59 år efter utbildningsnivå.



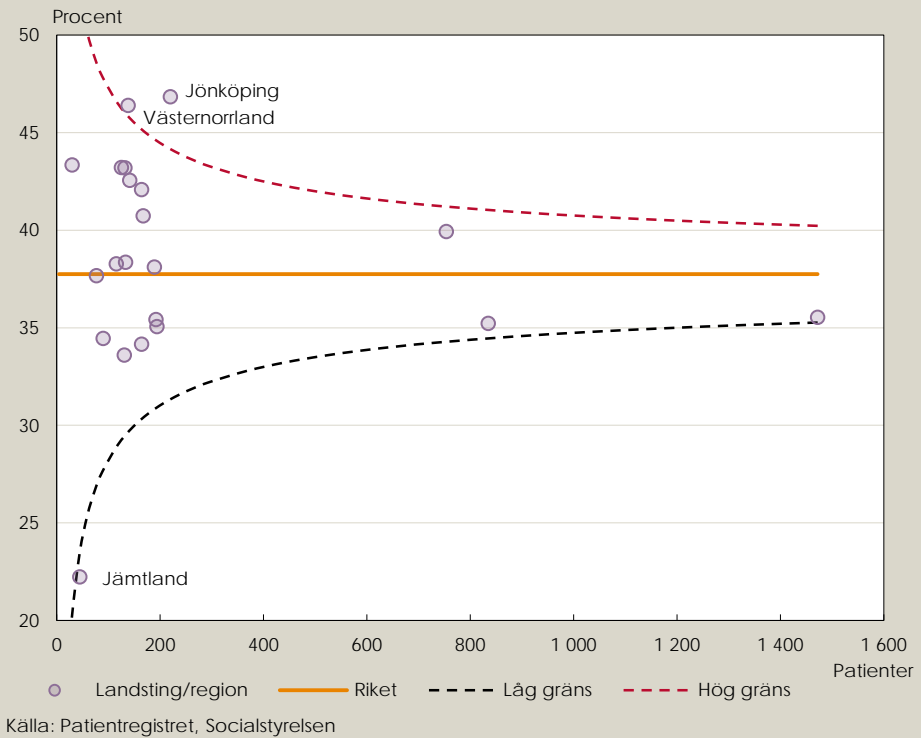
Figur 7.5. Män. Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar. Avser patienter 35–59 år efter utbildningsnivå.



8 Återinskrivning inom 6 månader efter vård för schizofreni

Återinskrivningar inom 6 månader kan belysa kvaliteten i såväl den psykiatriska öppenvården som i socialtjänstens insatser och i samspelet dem emellan. Även andra faktorer än dessa kan påverka denna indikator. Exempelvis tillgången till psykiatriska slutenvårdsplatser. Indikatorn visar inte på några större skillnader på något av de jämförda områdena. Över tid ses ingen förändring på nationell nivå och variationen mellan landstingen visar inga tydliga tecken på att minska. Ingen skillnad mellan könen förekommer. Inte heller några tydliga skillnader mellan landstingen. Även skillnaderna mellan utbildningsnivåerna är små men tydliga.

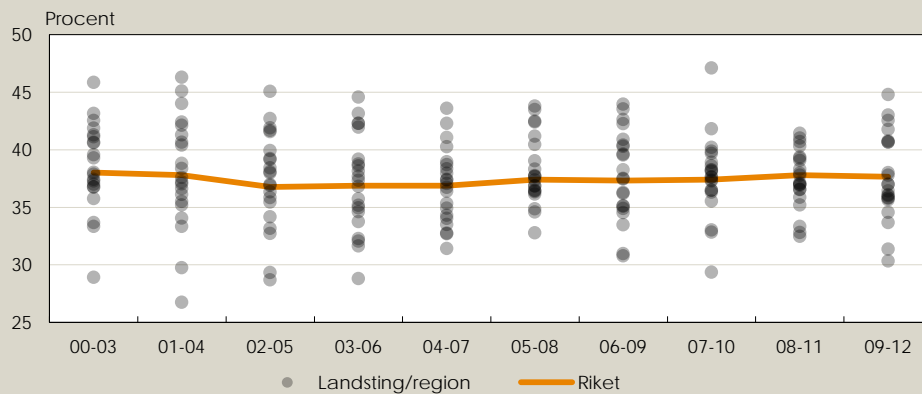
Figur 8.1. Kvinnor. Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 6 månader, 2009–2012. Avser patienter 20–59 år.



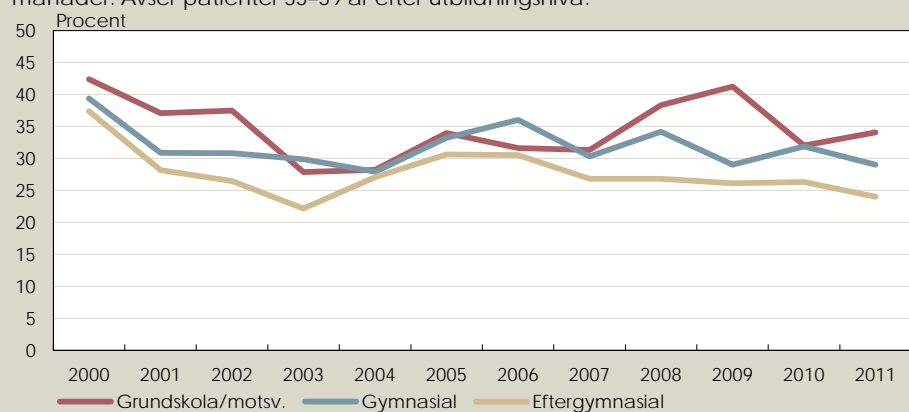
Figur 8.2. Män. Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 6 månader, 2009–2012. Avser patienter 20–59 år.



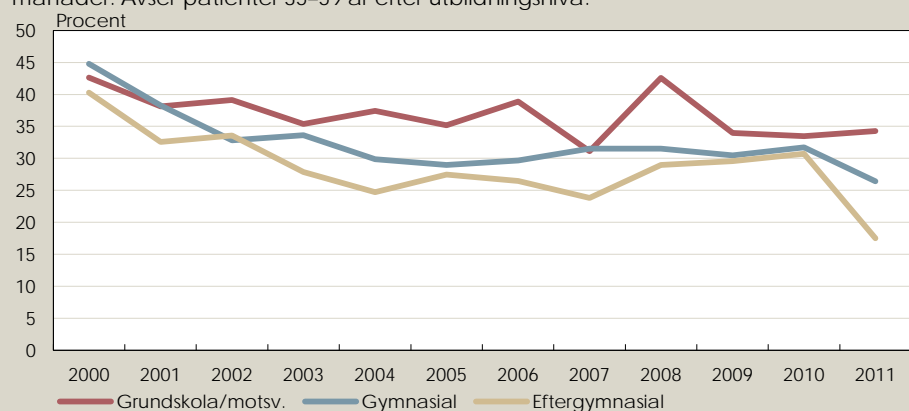
Figur 8.3. Totalt. Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 6 månader. Avser patienter 20–59 år.



Figur 8.4. Kvinnor. Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 6 månader. Avser patienter 35–59 år efter utbildningsnivå.



Figur 8.5. Män. Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 6 månader. Avser patienter 35–59 år efter utbildningsnivå.



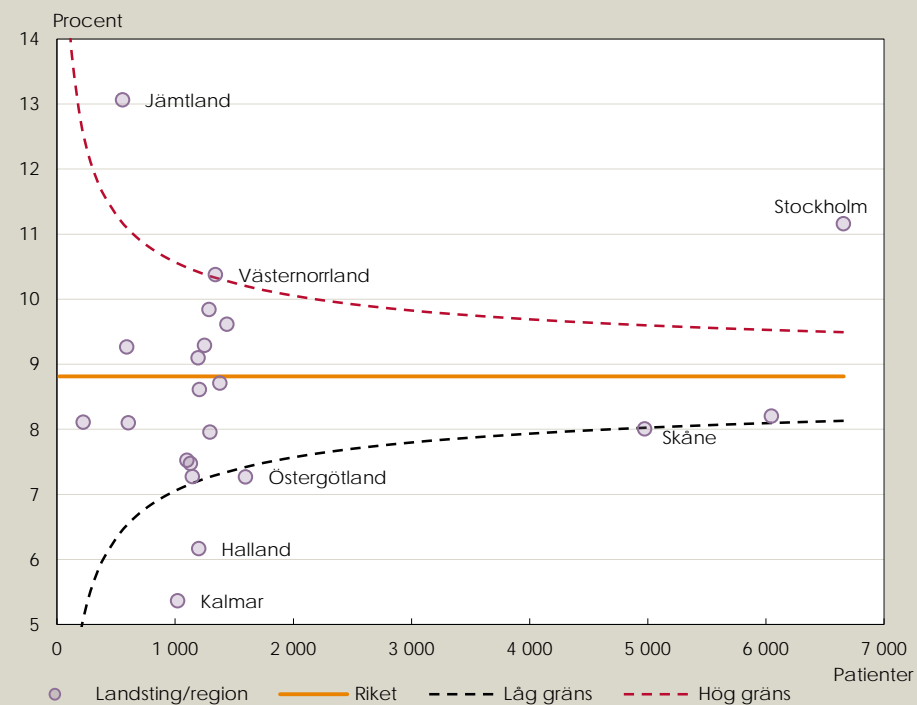
9 Återinskrivning efter stroke

Risken för återinsjuknande i stroke, eller annan hjärt-kärlsjukdom, är betydande. Återinskrivning (återinsjuknande) i stroke kan därför utgöra ett mått på hälso- och sjukvårdens samlade sekundärpreventiva insatser. Dessa insatser kan omfatta bland annat påverkan av livsstilsfaktorer som rökavvänjning, kostrådgivning och hjälp med fysisk aktivitet. Andra åtgärder är läkemedelsbehandling och karotiskirurgi vid förträngning av halspulsådern.

Indikatorn visar andelen strokepatienter som återinskrevs för en stroke inom ett år efter den initiala vårdepisoden. Bara förstagångsstroke och överlevande det första året ingår i uppföljningen. Patienter som insjuknat 2007–2011 ingår. En viss överskattning kan förekomma på grund av olika kodningspraxis.

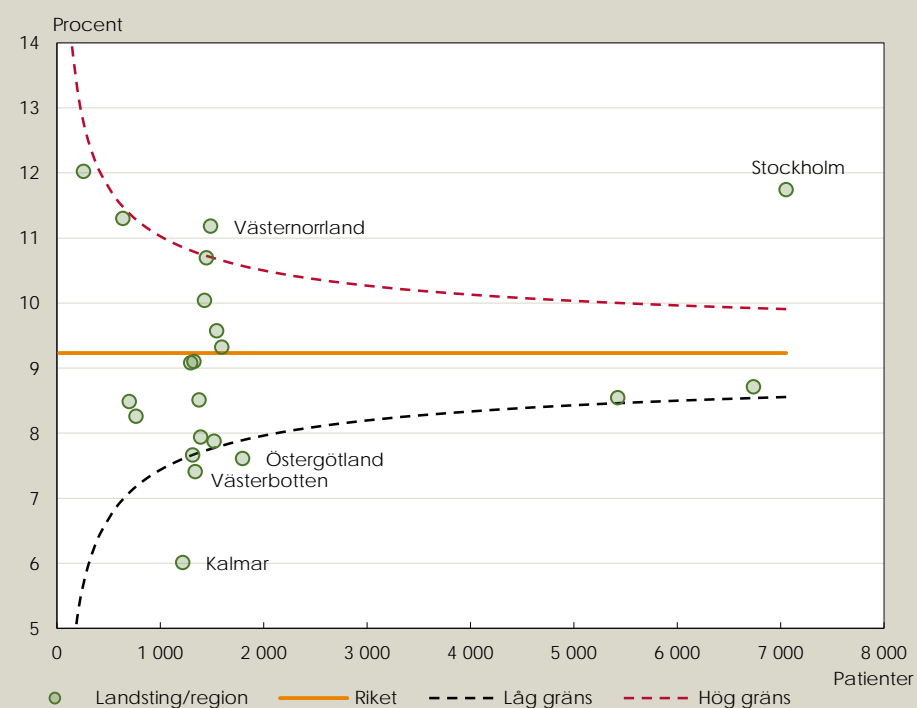
Andelen återinskrivna ligger på cirka 9 procent bland både män och kvinnor, men det finns stora skillnader mellan landstingen. Den nationella trenden visar en minskad andel återinskrivningar, medan variationen mellan landstingen har ökat. Andelen återinskrivningar har minskat för alla de tre utbildningsnivåerna och inga skillnader tycks finnas mellan dem.

Figur 9.1. Kvinnor. Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar, 2007–2011. Åldersstandardiserade värden.



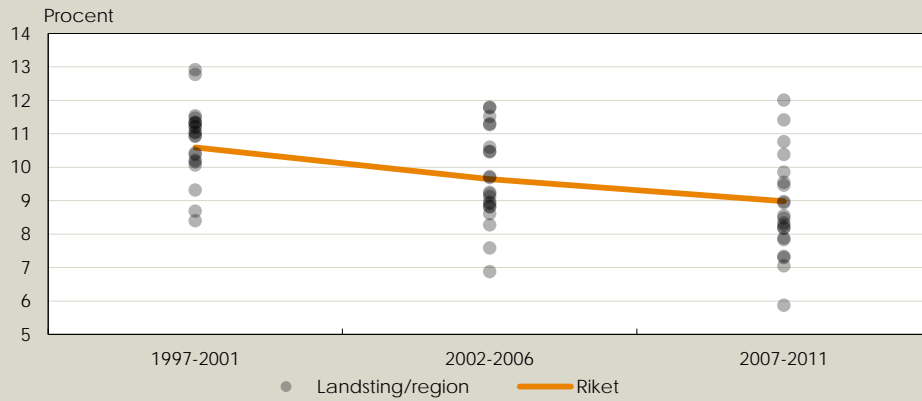
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 9.2. Män. Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar, 2007–2011. Åldersstandardiserade värden.



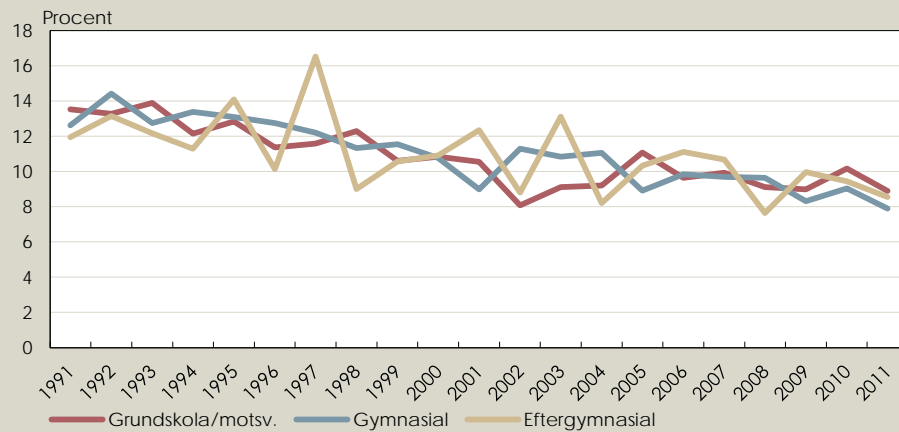
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 9.3. Totalt. Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar. Åldersstandardiserade värden.



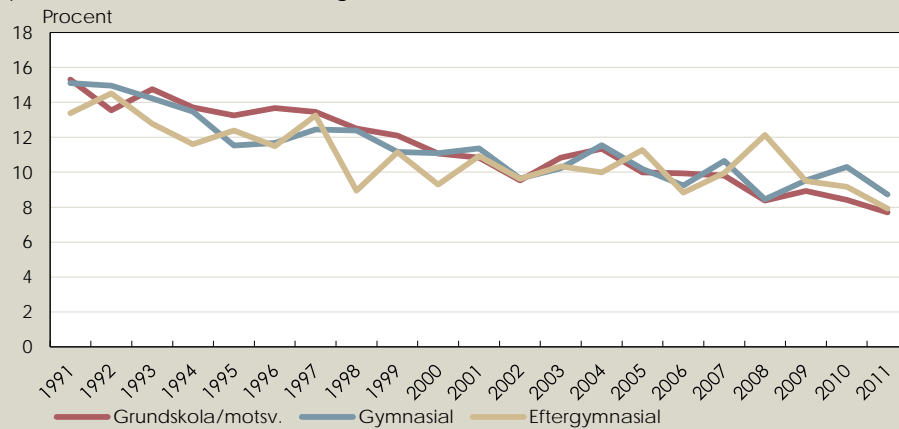
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 9.4. Kvinnor. Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar. Avser personer 35-79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

Figur 9.5. Män. Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar. Avser personer 35-79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



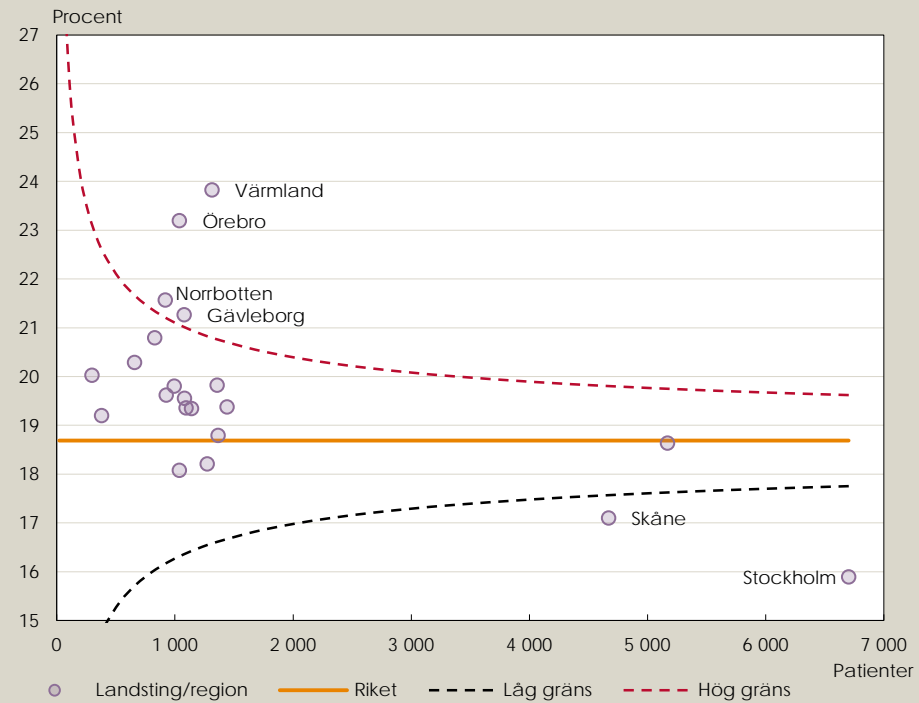
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

10 Återinskrivning eller död efter vård vid hjärtsvikt

Denna indikator visar andelen patienter som slutenvårdats för hjärtsvikt vid sjukhus och som inom 30 dagar efter utskrivning återinskrivits på sjukhus för hjärtsvikt eller avlidit. Måttet är komplicerat eftersom det innehåller två delar, men hjärtsvikt är ett kroniskt tillstånd, är mycket vanligt och allvarligt och medför en påtaglig risk för förtida död. Båda dessa händelser är oönskade och slås därför samman i ett mått. Orsaker till utfallet kan vara för tidig utskrivning med bristande uppföljning eller samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienten om sjukdomen.

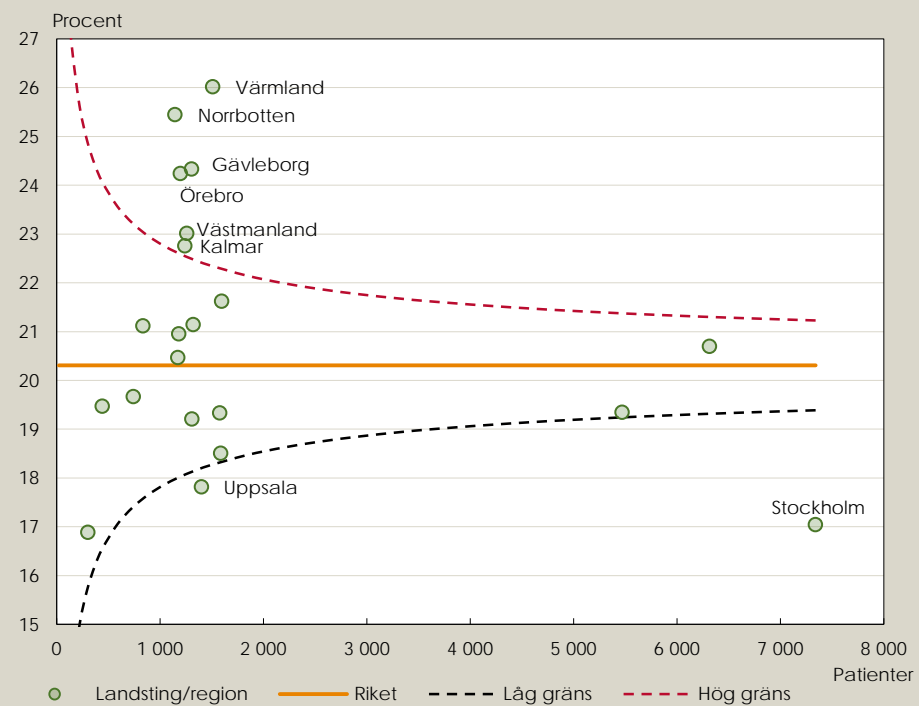
Den långa trenden visar på en stabil utveckling över tid, ingen tydlig ökning eller minskning kan ses. Män tycks drabbas i en något större utsträckning av dessa oönskade händelser än kvinnor. Trots de åldersstandardiserade värdena är variationen mellan landstingen stor och har ökat mellan de två jämförelseperioderna. Skillnaden kan, förutom kvalitetsskillnader, bestå i inskrivningsindikationer och diagnosättningspraxis. Inga skillnader kan ses mellan utbildningsnivåerna.

Figur 10.1. Kvinnor. Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



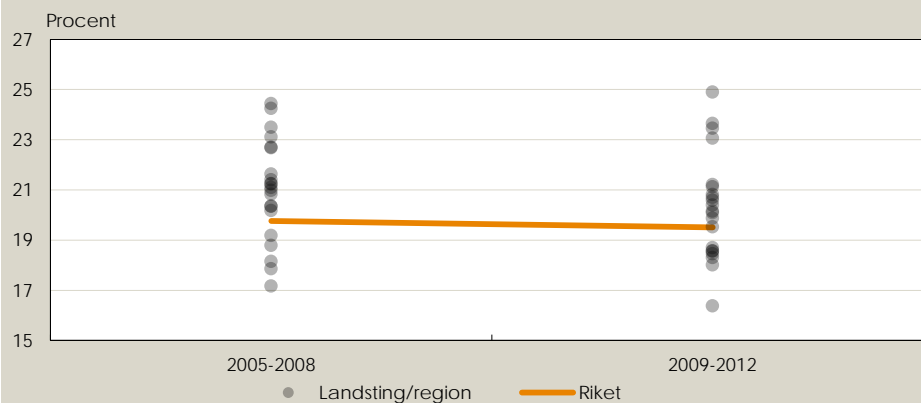
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 10.2. Män. Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



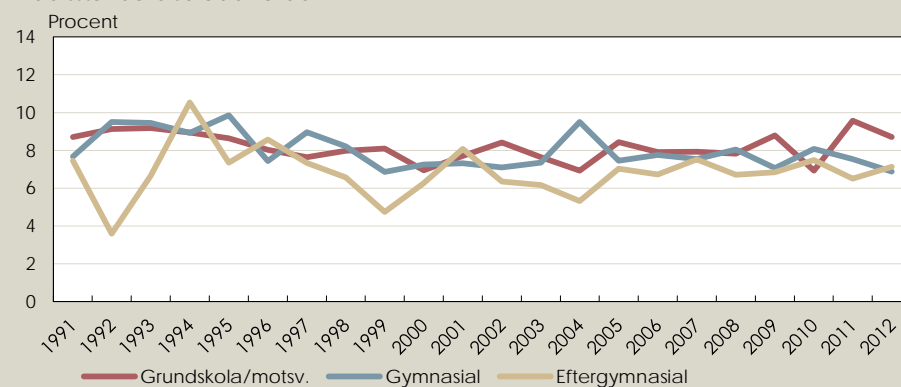
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 10.3. Totalt. Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt. Åldersstandardiserade värden.



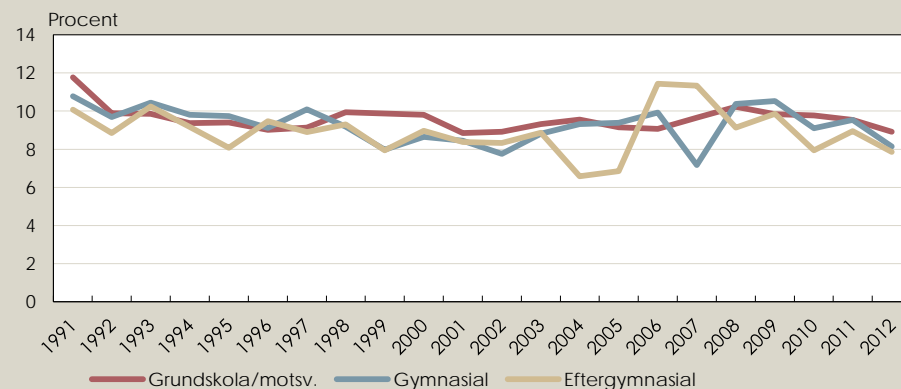
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 10.4. Kvinnor. Andel patienter 35-79 år som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

Figur 10.5. Män . Andel patienter 35-79 år som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

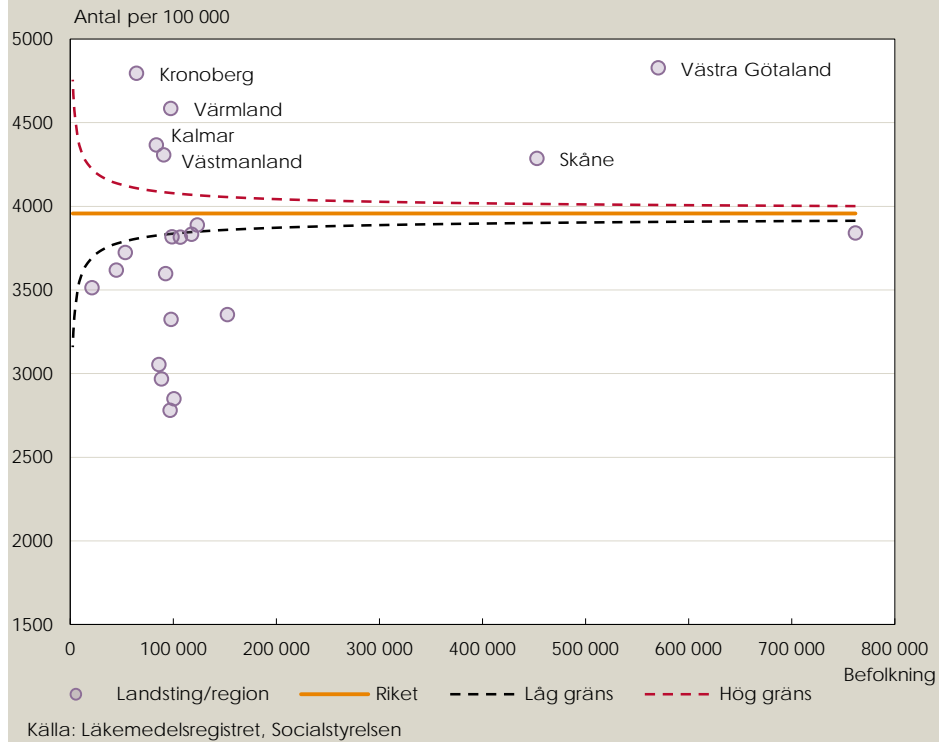
Läkemedelsbehandlingar

I detta avsnitt redovisas indikatorer om läkemedelsbehandlingar. Indikatorn om antipsykotisk läkemedelsbehandling är inte tidigare publicerad. Samtliga indikatorer baseras helt eller delvis på information från läkemedelsregistret som består av samtliga uthämtade recept i landet. Läkemedel som administreras på andra sätt finns inte med. Indikatorerna mäter därmed inte nödvändigtvis förskrivningar.

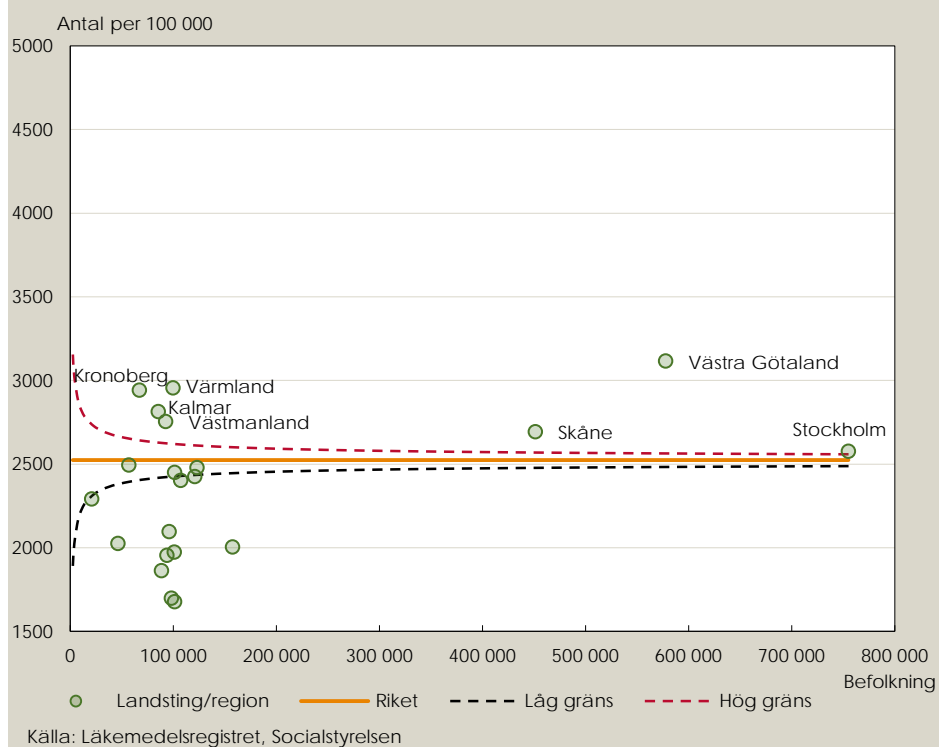
11 Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel

Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel är godkända för kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De används också för att behandla lindrigare former av oro och ångest. Bensodiazepiner kan ge biverkningar, speciellt vid hög konsumtion och långtidsbruk. Den kognitiva förmågan påverkas och medlen kan verka aggressivitetshöjande. De kan även framkalla beroende och missbruk och är narkotikaklassade. Det är viktigt att inte förskriva dessa läkemedel under längre perioder utan noggrant övervägande. Indikatorn redovisar antalet regelbundna användare av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel i åldrarna 20–79 år per 100 000 invånare. Regelbundna användare definieras som personer som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad dygnsdos (DDD) per dag under ett år. Det finns dock inte någon befolkningsrelaterad optimal nivå klarlagd. Inga förändringar kan ses nationellt över tid. Det finns tydliga könsskillnader i regelbunden användning av lugnande medel och sömnmedel, men även stora skillnader mellan landstingen. Att det finns skillnader i den regelbundna användningen, både vad gäller landsting och utbildningsnivå har troligen flera orsaker. Dels att den psykiska ohälsan är ojämnt fördelad men också att det finns tydliga praxisskillnader mellan landsting i hur man förskriver läkemedlen. Variationen mellan landstingen förändras inte nämnvärt. En mycket tydlig skillnad utifrån utbildningsnivå ses, särskild tydlig för kvinnor. Kvinnor med kort utbildning använder betydligt mer lugnande medel regelbundet än kvinnor med högre utbildning och män generellt gör.

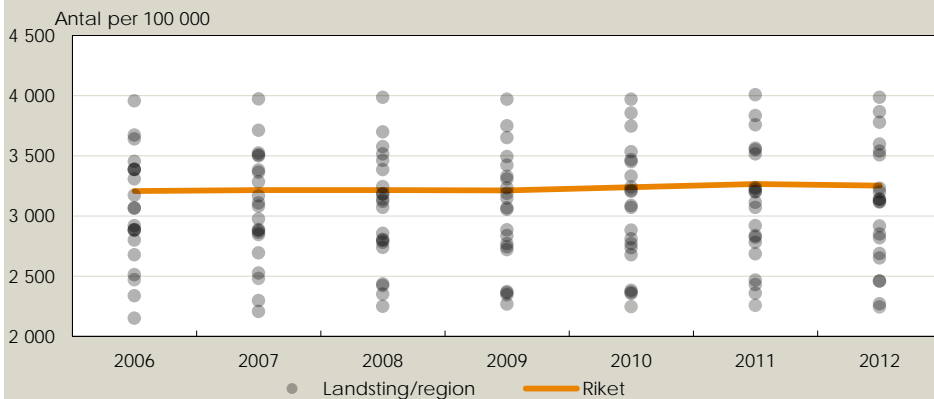
Figur 11.1. Kvinnor. Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, 2012. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Figur 11.2. Män. Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, 2012. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.

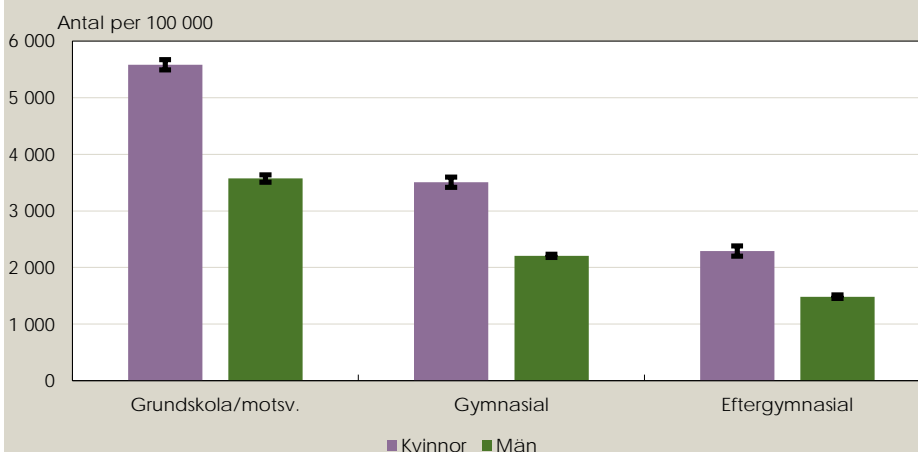


Figur 11.3. Totalt. Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 11.4. Antal med regelbunden användning, av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, 30-64 år efter utbildningsnivå, 2012. Åldersstandardiserade värden.



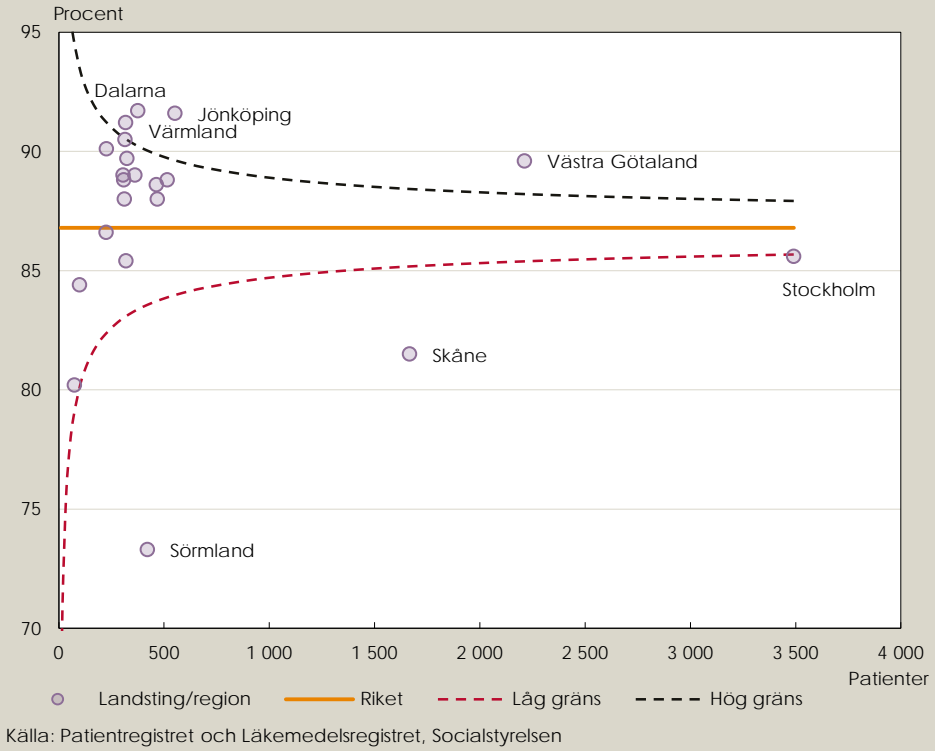
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

12 Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni

Denna indikator redovisar andelen patienter med schizofrenidiagnos som hämtat ut antipsykotiskt läkemedel (ATC-kod N05A, utom litium) inom 6 månader efter ett ha vårdats för schizofreni. Detta är den enda indikatorn i rapporten som inte förekommit i rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Den är istället hämtad från den av Socialstyrelsen nyligen publicerade preliminära *Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd* [13]. Den samlade forskningen ger belägg för att kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling har effekt på psykotiska symtom och minskar risken för för tidig död och har därför fått högsta prioritet i riktlinjernas rekommendationer.

Totalt har cirka 87 procent av patienterna hämtat ut ett antipsykotiskt läkemedel vid minst ett tillfälle inom 6 månader efter utskrivning. På nationell nivå syns inte någon tydlig förändring de senaste åren. Inga tydliga skillnader ses mellan könen, men det finns skillnader mellan landstingen. Sörmland har haft ett kraftigt avvikande värde de senaste två åren, men borträknat det har inte variationen mellan landstingen förändrats nämnvärt. När det gäller utbildningsnivåer kan vissa skillnader ses, främst bland kvinnor. Kvinnor med lägre utbildningsnivåer får antipsykotisk läkemedelsbehandling i något högre utsträckning än de med högre utbildningsnivå.

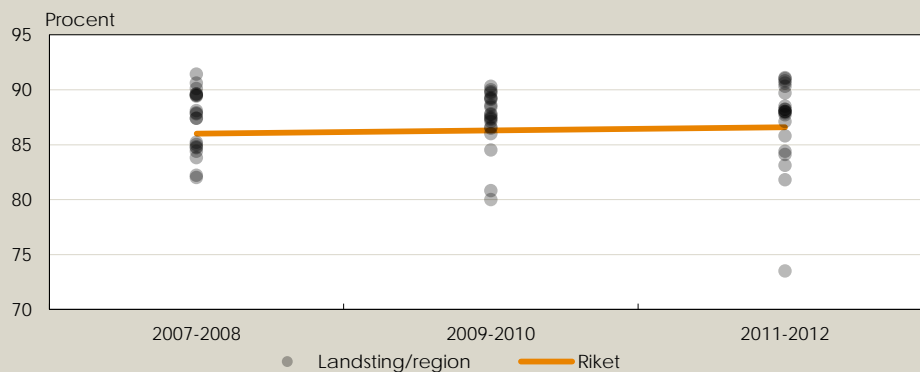
Figur 12.1. Kvinnor. Andel patienter med antipsykotiska läkemedel 6 månader efter vård för schizofreni eller schizofrenliknande tillstånd, 2011-2012. Avser patienter 17 år eller äldre, Åldersstandardiserade värden.



Figur 12.2. Män. Andel patienter med antipsykotiska läkemedel 6 månader efter vård för schizofreni eller schizofrenliknande tillstånd, 2011-2012. Avser patienter 17 år eller äldre, Åldersstandardiserade värden.

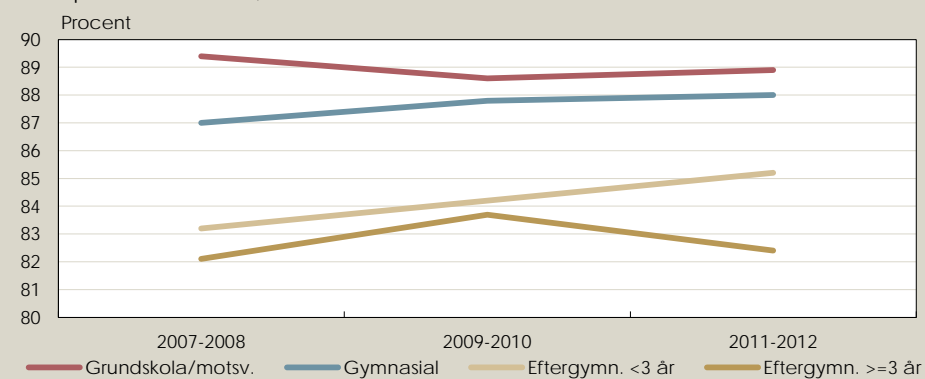


Figur 12.3. Andel patienter med antipsykotiska läkemedel 6 månader efter vård för schizofreni eller schizofrenliknande tillstånd. Avser patienter 17 år eller äldre, Åldersstandardiserade värden.



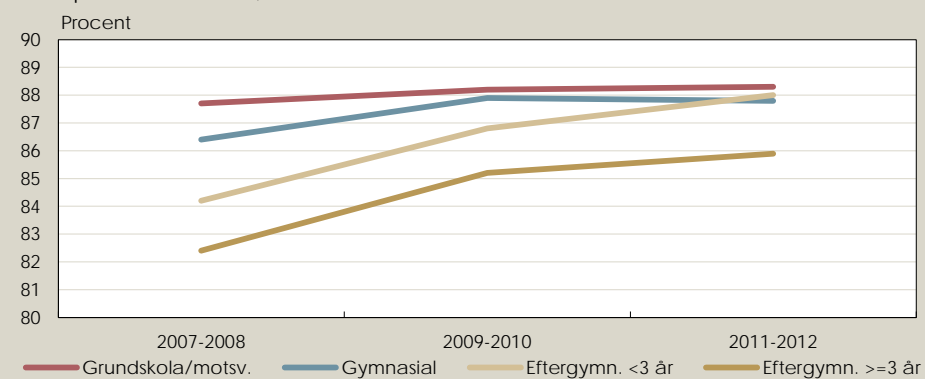
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 12.4. Kvinnor. Andel patienter med antipsykotiska läkemedel 6 månader efter vård för schizofreni eller schizofrenliknande tillstånd efter utbildningsnivå. Avser patienter 35-79 år, Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB

Figur 12.5. Män. Andel patienter med antipsykotiska läkemedel 6 månader efter vård för schizofreni eller schizofrenliknande tillstånd efter utbildningsnivå. Avser patienter 35-79 år, Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB

13 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt

Indikatoren redovisar hur stor andel patienter som efter en hjärtinfarkt har hämtat ut blodfettssänkande läkemedel 12–18 månader efter sjukhusvistelsen. Hög blodfettsnivå är en viktig riskfaktor för förnyad hjärt-kärlsjukdom. God kostföreling och annan livsstilsrelaterad prevention är naturliga delar av behandlingen av hjärtinfarkt men en betydande andel av patienterna kan förväntas ha behov av blodfettssänkande läkemedelsbehandling.

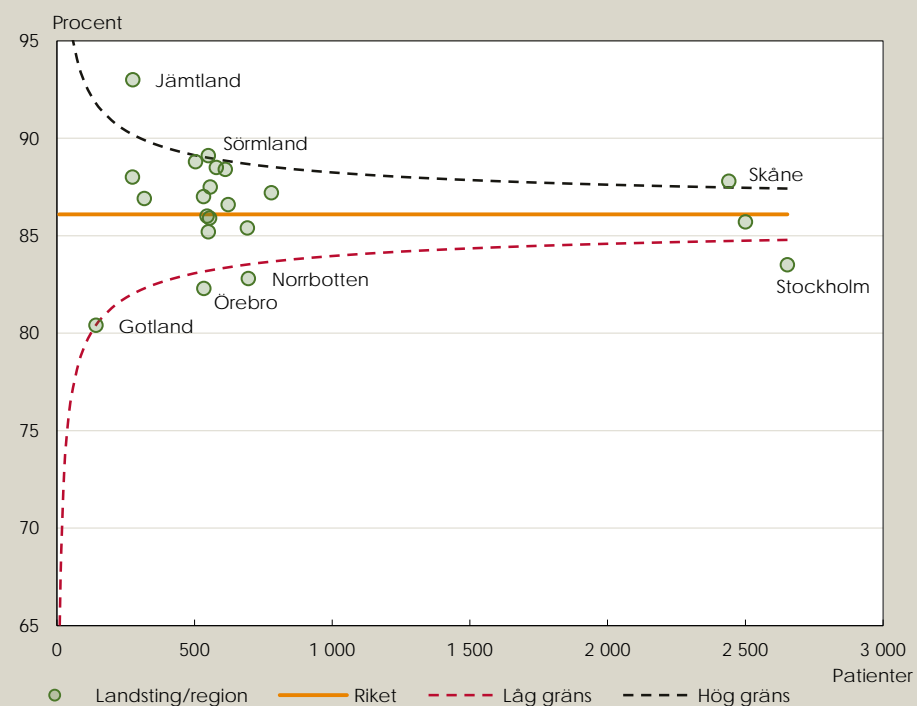
Det nationella kvalitetsregistret för hjärtinfarkt, Riks-Hia, har bedömt att 80 procent av patienterna bör få en blodfettssänkande behandling om man utgår ifrån att bara patienter med förhöjt kolesterolvärde ska behandlas. Totalt är det endast ett landsting som ligger under den nivån. Om man bara tittar på kvinnor ligger flera landsting signifikant under den gränsen. Det skiljer cirka sex procent mellan män och kvinnor. En liten ökning kan ses på nationell nivå över tid. Variationen mellan landstingen över tid ger ingen tydlig bild av någon förändring. En jämförelse mellan utbildningsnivåerna tyder endast på små skillnader när det gäller blodfettssänkande behandling.

Figur 13.1. Kvinnor. Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter hjärtinfarkt, 2010–2011. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.



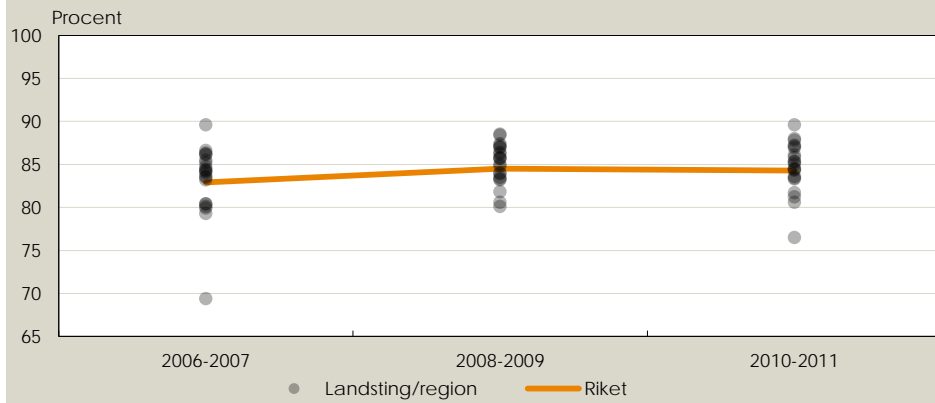
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 13.2. Män. Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter hjärtinfarkt, 2010–2011. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.



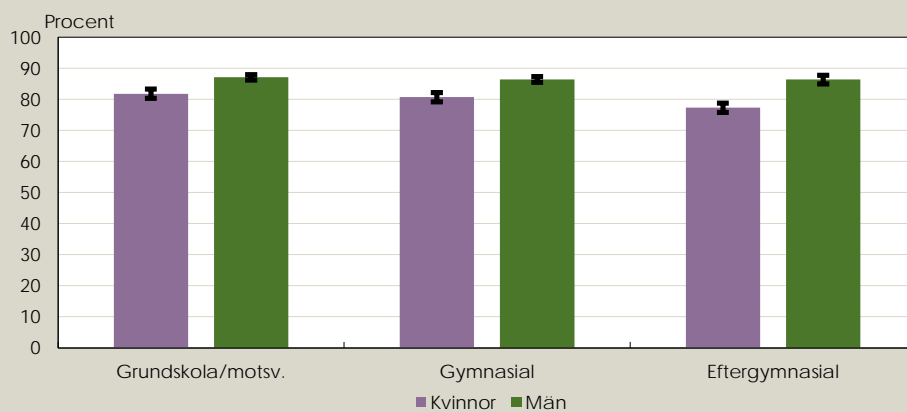
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 13.3. Totalt. Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12-18 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter 40-79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 13.4. Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12-18 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter 40-79 år efter utbildningsnivå, 2011. Åldersstandardiserade värden.

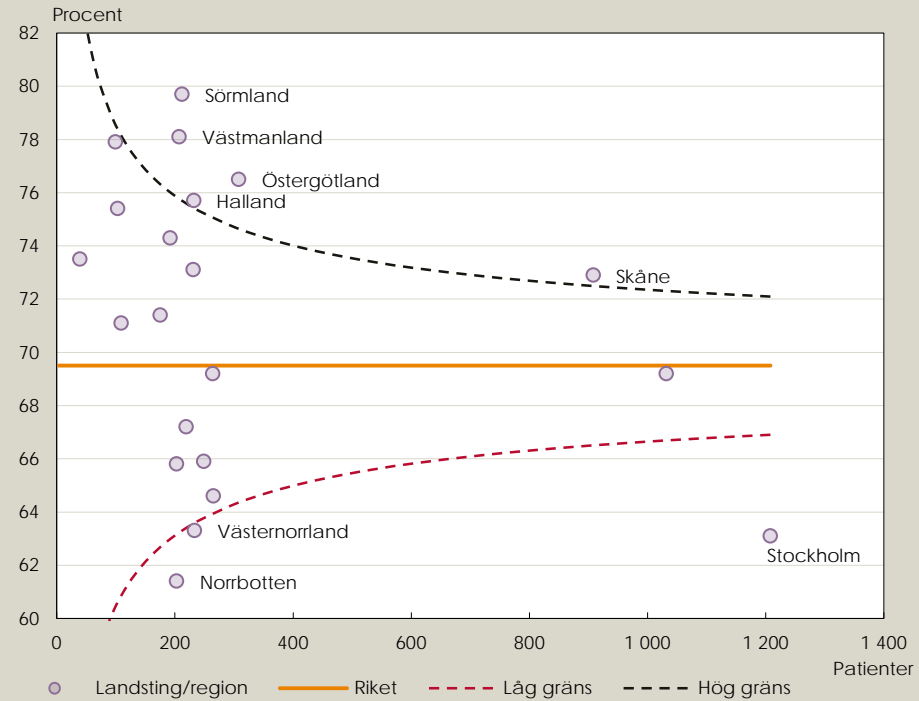


Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

14 Blodfettssänkande behandling efter stroke

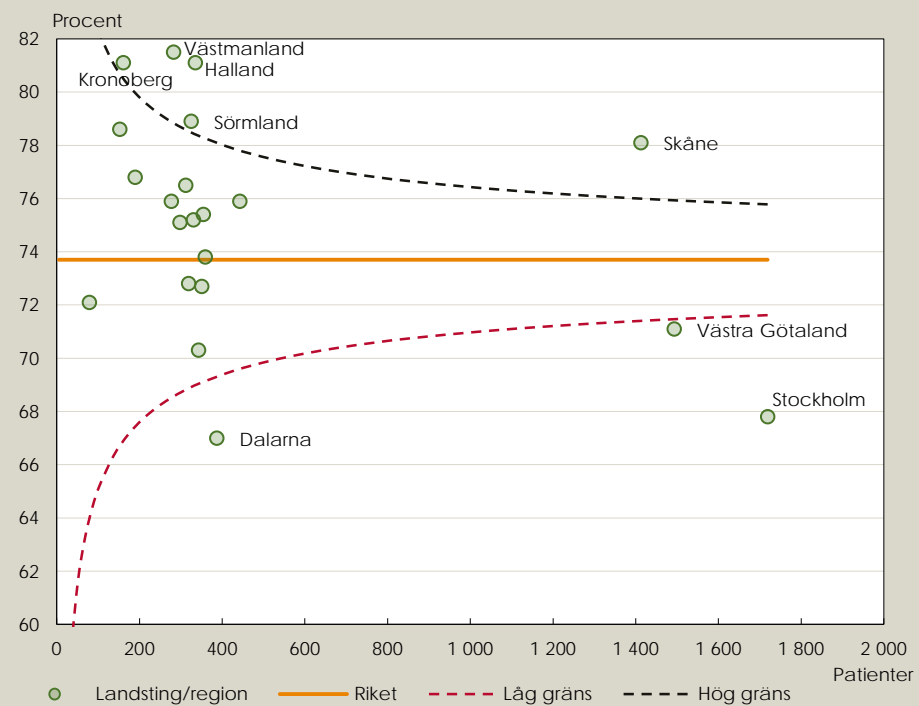
Denna indikator visar andelen patienter som har behandlats med blodfettssänkande medel, statiner, 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus efter vård för stroke (hjärninfarkt). Behandlingen har en god sekundärpreventiv effekt och kan därmed förhindra ett återinsjuknande. Trenden över tid visar på en ökning på nationell nivå. Variationen har minskat jämfört med perioden 2006–2007. Män använder i något högre utsträckning dessa läkemedel än kvinnor. Det förekommer också stora skillnader mellan landsting såväl när det gäller män som kvinnor. Detta tyder troligen på olika forskrivningspraxis. Endast små skillnader ses mellan utbildningsnivåerna.

Figur 14.1. Kvinnor. Andel patienter med blodfettsänkande behandling 12–18 månader efter stroke, 2010–2011. Avser patienter 50–79 år. Åldersstandardiserade värden.



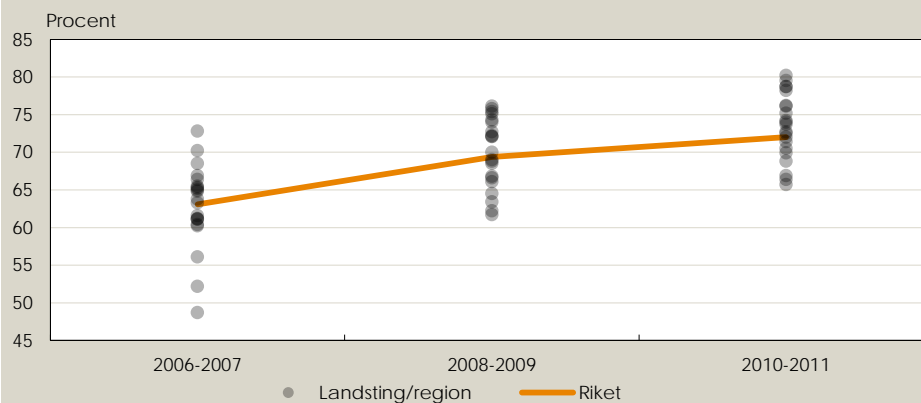
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 14.2. Män. Andel patienter med blodfettsänkande behandling 12–18 månader efter stroke, 2010–2011. Avser patienter 50–79 år. Åldersstandardiserade värden.



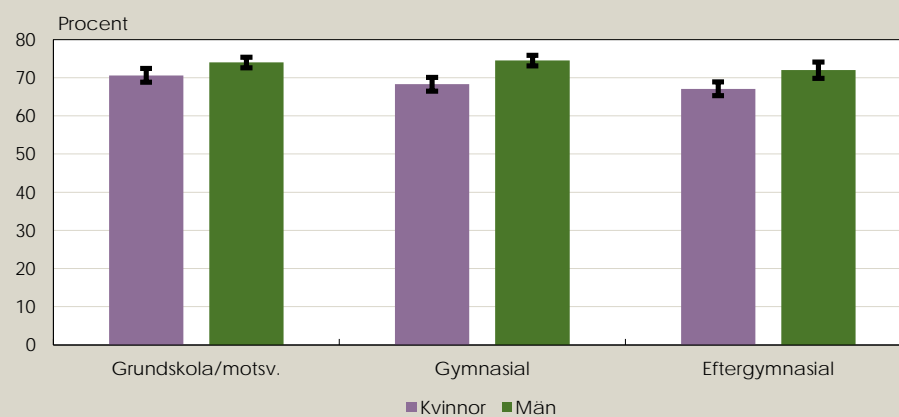
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 14.3. Totalt. Andel patienter med blodfettsänkande behandling 12-18 månader efter stroke. Avser patienter 50-79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 14.4. Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12-18 månader efter stroke. Avser patienter 50-79 år efter utbildningsnivå, 2011. Åldersstandardiserade värden.

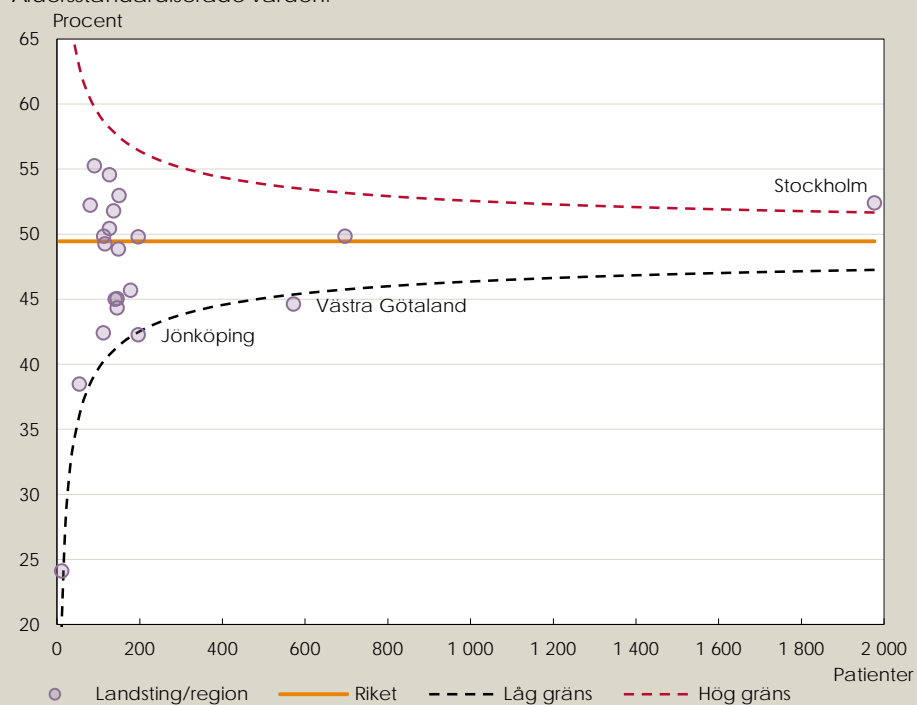


Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

15 Kombinationspreparat vid astma

Ungefär en av tio svenskar har astma. Läke­medelsverkets rekommenderade be­handlings­trappa vid astma innebär att fasta kombinationer av beta-2-stimulerare och inhalationsstero­ider endast ska användas efter noggrann ut­prövning var för sig. I princip ska alla patienter som förskrivs kombina­tionspreparat ha prövat annat astmaläkemedel först. Detta innebär att ett lågt värde är ett positivt värde för denna indikator. Underlaget för indikatorn är begränsat till att innefatta åldrarna 25–44 år för att minska risken att inkludera patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). I Läke­medels­registret är det svårt att särskilja dessa från astmapatienter. Den nationella tren­den tyder på en liten ökning av behandling med kombinationspreparat som förstahandsval dvs. i strid mot den generella rekommendationen. Det finns en tendens att män får kombinationspreparat som förstahandsval i högre ut­sträckning än kvinnor. Inga stora skillnader ses mellan landstingen. Varia­tionen mellan landstingen ser olika ut under de redovisade åren, men inte med någon tydlig trend. En viss tendens till ökande skillnader mellan utbildningsnivåerna kan dock ses.

Figur 15.1. Kvinnor. Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel, 2012. Avser personer 25–44 år. Ålderstandardiserade värden.



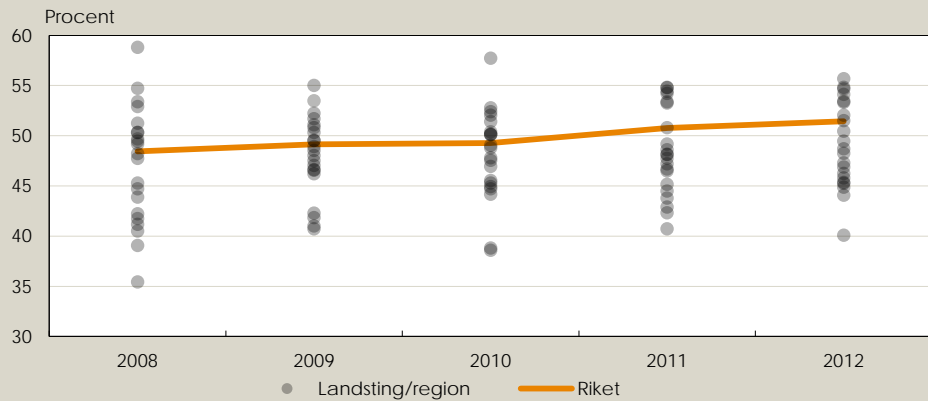
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 15.2. Män. Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel, 2012. Avser personer 25–44 år. Ålderstandardiserade värden.



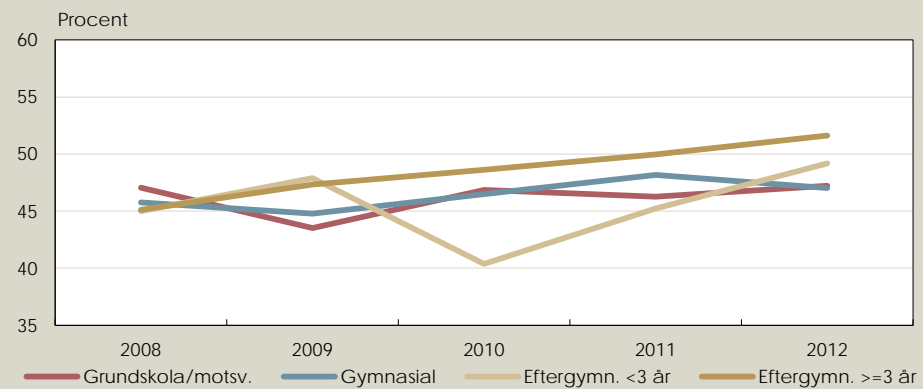
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 15.3. Totalt. Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel. Avser personer 25–44 år. Ålderstandardiserade värden.



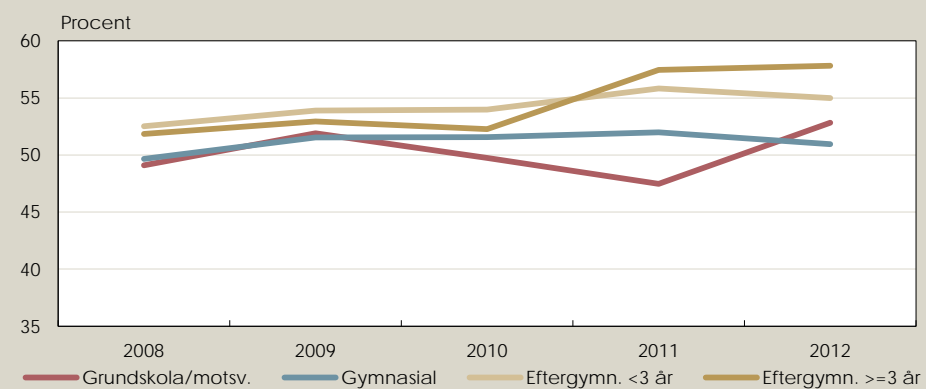
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 15.4. Kvinnor. Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel efter utbildningsnivå. Avser personer 25–44 år. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

Figur 15.5. Män. Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel efter utbildningsnivå. Avser personer 25–44 år. Ålderstandardiserade värden.

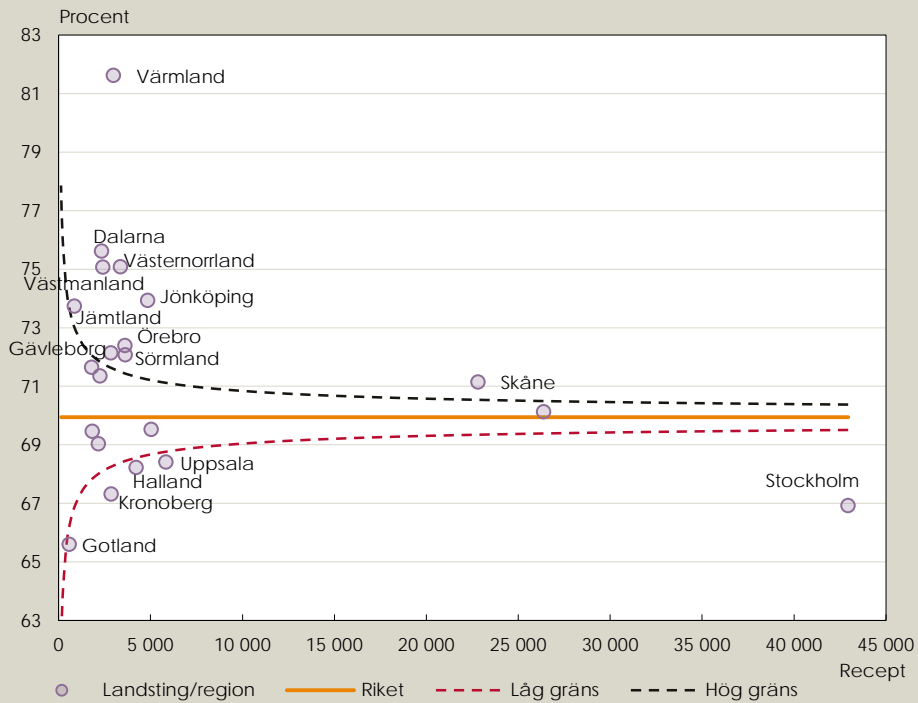


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

16 Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika

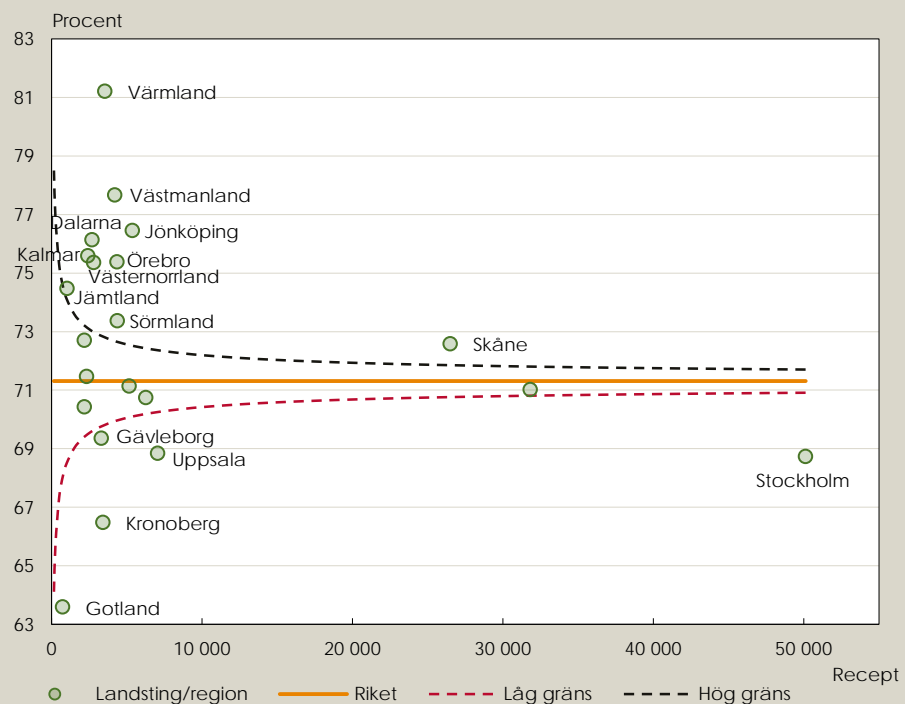
Penicillin V är ett så kallat smalspektrumantibiotika som är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta är penicillin V (Fenoximetylpenicillin) förstahandsval. Denna indikator visar andelen barn 0–6 år som vid första förskrivning under perioden fick något av de penicillin V-antibiotika som vanligen används vid luftvägsinfektion. Eftersom det är den rekommenderade behandlingen är ett högt värde ett positivt värde i denna indikator. Andelen uthämtade recept med penicillin V har ökat med 10 procentenheter de senaste 10 åren på nationell nivå. Variationen mellan landstingen har minskat vid en jämförelse mellan början av den redovisade tidsserien och år 2012. Nästan ingen skillnad ses mellan könen, däremot är det stora skillnader mellan landstingen. Det finns en liten men tydlig skillnad mellan utbildningsnivåer, som i detta fall är föräldrarnas utbildningsnivå. Barn till föräldrar med kortare utbildning får i något högre utsträckning smalspektrumantibiotika.

Figur 16.1. Flickor. Andel recept med penicillin V av alla recept med luftvägsantibiotika, 2012. Avser barn 0–6 år. Åldersstandardiserade värden.



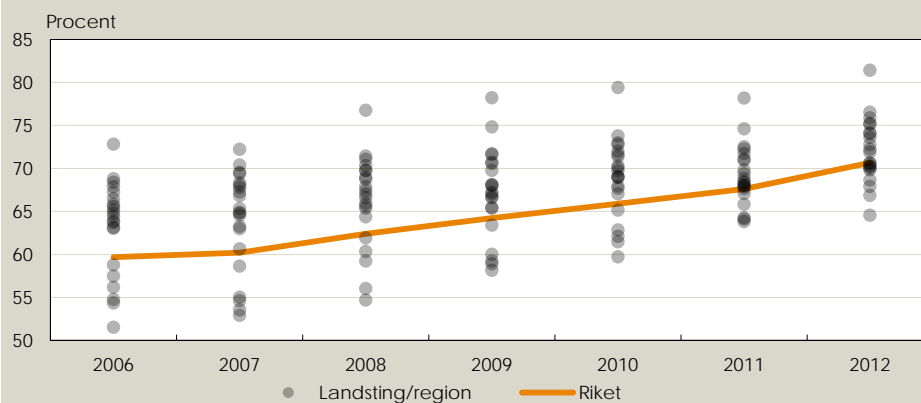
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 16.2. Pojkar. Andel recept med penicillin V av alla recept med luftvägsantibiotika, 2012. Avser barn 0–6 år. Åldersstandardiserade värden.



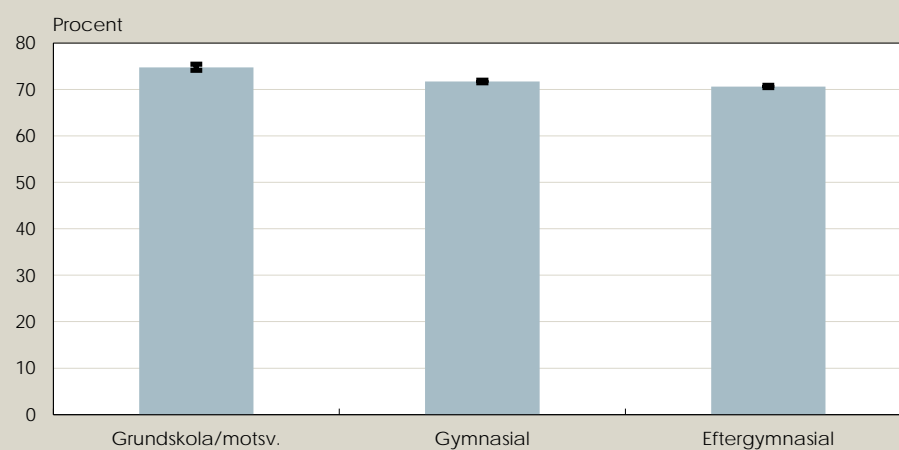
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 16.3. Totalt. Andel recept med penicillin V av alla recept med luftvägsantibiotika. Avser barn 0–6 år. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 16.4. Andel recept med penicillin V av alla recept med luftvägsantibiotika, 2012. Avser barn 0–6 år, efter föräldrars utbildningsnivå. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

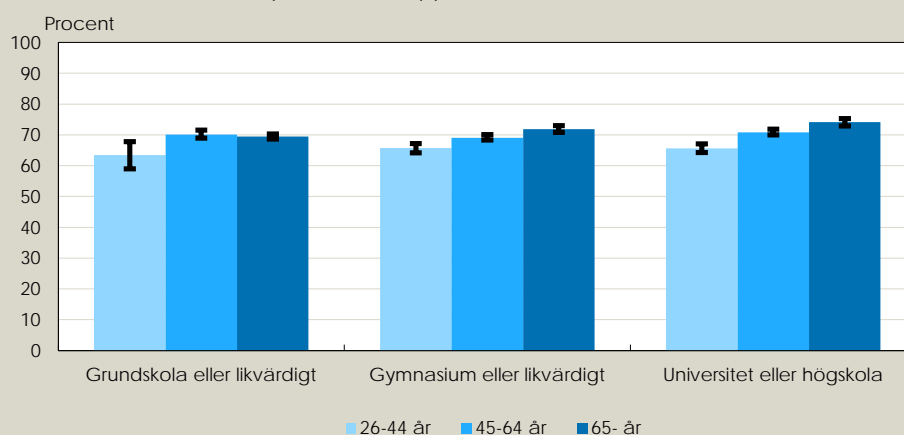
Patientrapporterade erfarenheter

Sedan 2009 har den nationella patientenkäten regelbundet samlat in patienters erfarenheter av hälso- och sjukvårdens olika delar. Enkäten administreras av SKL och finansieras av landstingen. Resultat på klinik eller vårdcentralsnivå publiceras på bland annat 1177.se. I öppna jämförelser har landstingsjämförelser av resultat från de olika enkäterna inkluderats sedan 2010. Låga svarsfrekvenser är ett generellt problem för enkäter av denna karaktär. För nationella patientenkäten varierar svarsfrekvenserna mellan vårdområden. Nedanstående indikatorer baseras på enkäten till besökare på somatiska öppenvårdsmottagningar (ej primärvård). Svarsfrekvensen var 59 procent på riksnivå vilket gör att försiktighet krävs vid tolkning av resultatet. Patienternas erfarenheter är dock en viktig aspekt av hälso- och sjukvården och bör redovisas med detta förbehåll. Indikatorerna presenteras med könsfördelad landstingsjämförelse och med utbildningsnivåerna uppdelade på tre olika åldersgrupper. All information kommer från enkäten.

17 Delaktighet

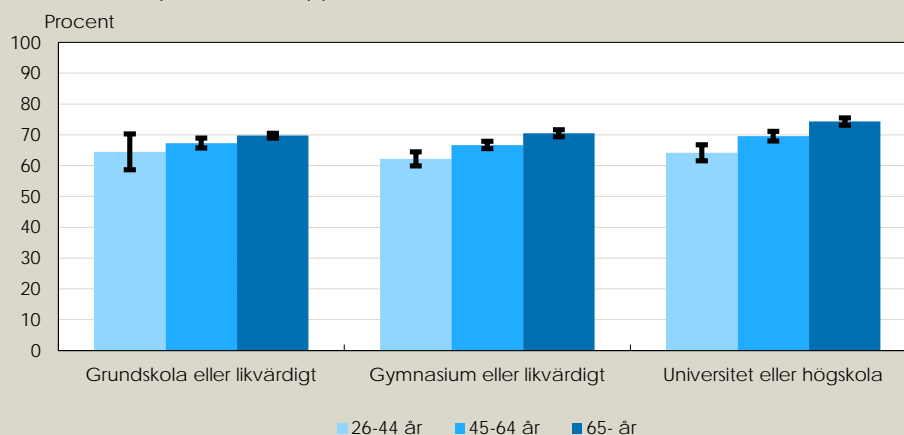
Indikatorn delaktighet redovisar andelen som svarat ”Ja, helt och hållet” på frågan ”Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?”. Resultaten visar att män och kvinnor anser sig delaktiga i lika hög utsträckning, cirka 69 procent. Det finns en variation mellan landstingen på några procentenheter. Vad gäller utbildningsnivå ses inga tydliga skillnader, mer tydlig är skillnaden mellan åldersgrupperna.

Figur 17.1. Kvinnor. ”Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?” Andel som svarat ”Ja, helt och hållet”. Efter utbildningsnivå och ålder. Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.



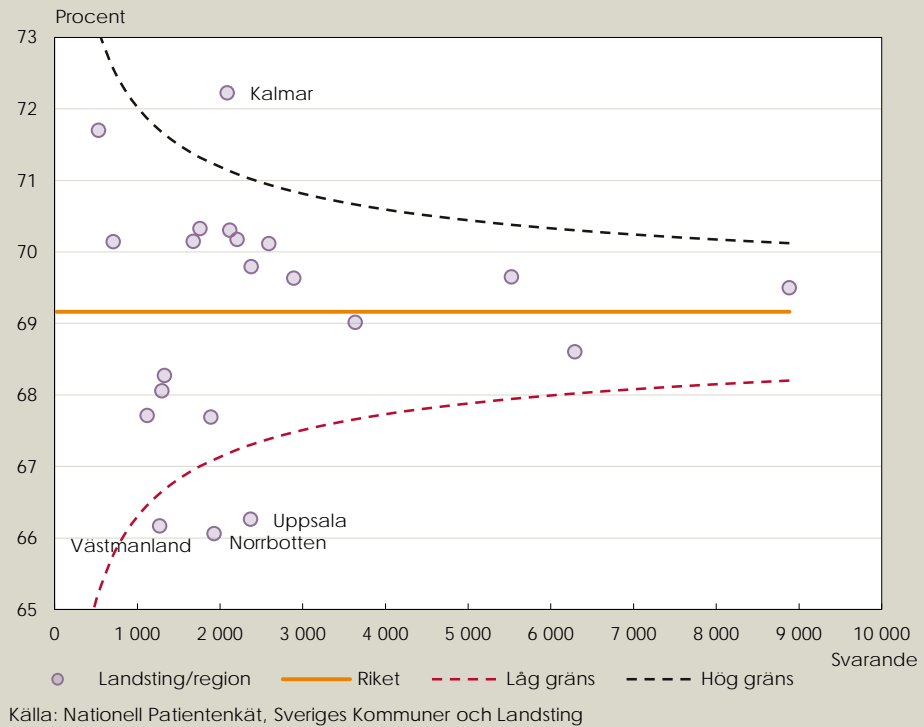
Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 17.2. Män. ”Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?” Andel som svarat ”Ja, helt och hållet”. Efter utbildningsnivå och ålder. Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.

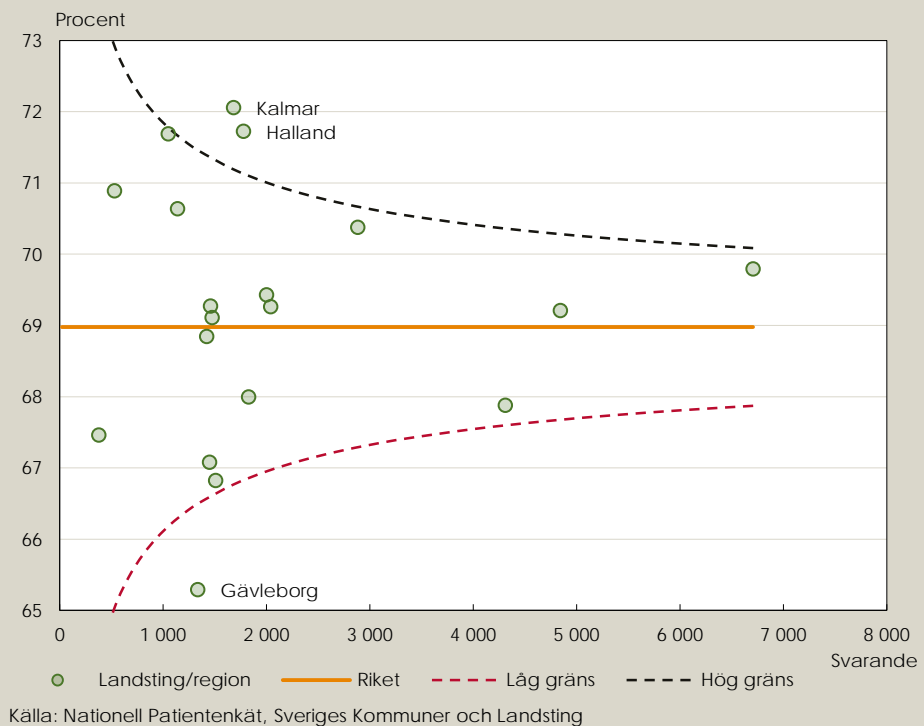


Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 17.3. Kvinnor. "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Andel som svarat "Ja, helt och hållet". Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.



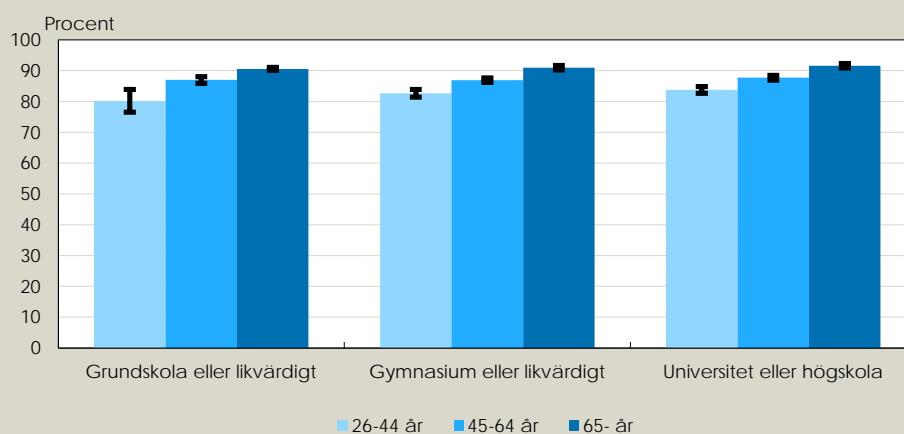
Figur 17.4. Män. "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Andel som svarat "Ja, helt och hållet". Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.



18 Bemötande

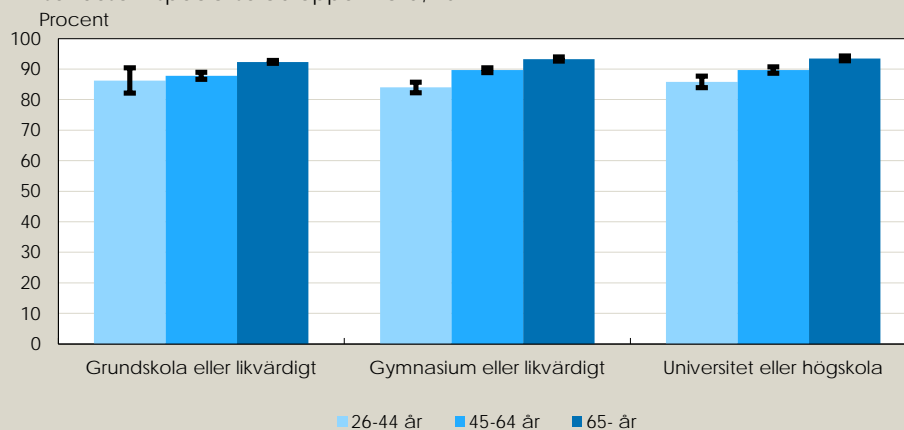
Denna indikator redovisar andelen som svarat på ”Ja, helt och hållet” på frågan ”Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt”. Resultaten visar en något större skillnad mellan könen än i indikatorn om delaktighet. Män känner sig i något högre utsträckning respektfullt bemötta, knappt 91 procent jämfört med 88 procent av kvinnorna. Totalt sett är andelen som känner sig väl bemötta högre än de som känner sig delaktiga. Spridningen mellan landstingen är mindre än i indikatorn om delaktighet, men samma tendens ses när det gäller utbildningsnivåer respektive åldersgrupper. Större skillnader ses mellan åldersgrupperna än mellan utbildningsnivåerna.

Figur 18.1. Kvinnor. ”Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?” Andel som svarat ”Ja, helt och hållet”. Efter utbildningsnivå och ålder. Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.



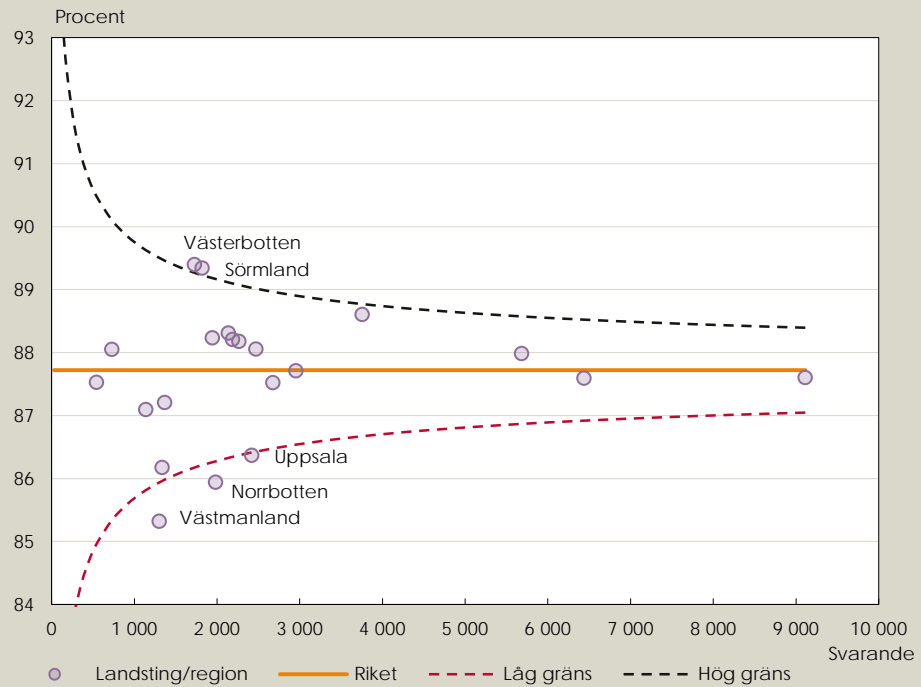
Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 18.2. Män. ”Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?” Andel som svarat ”Ja, helt och hållet”. Efter utbildningsnivå och ålder. Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.



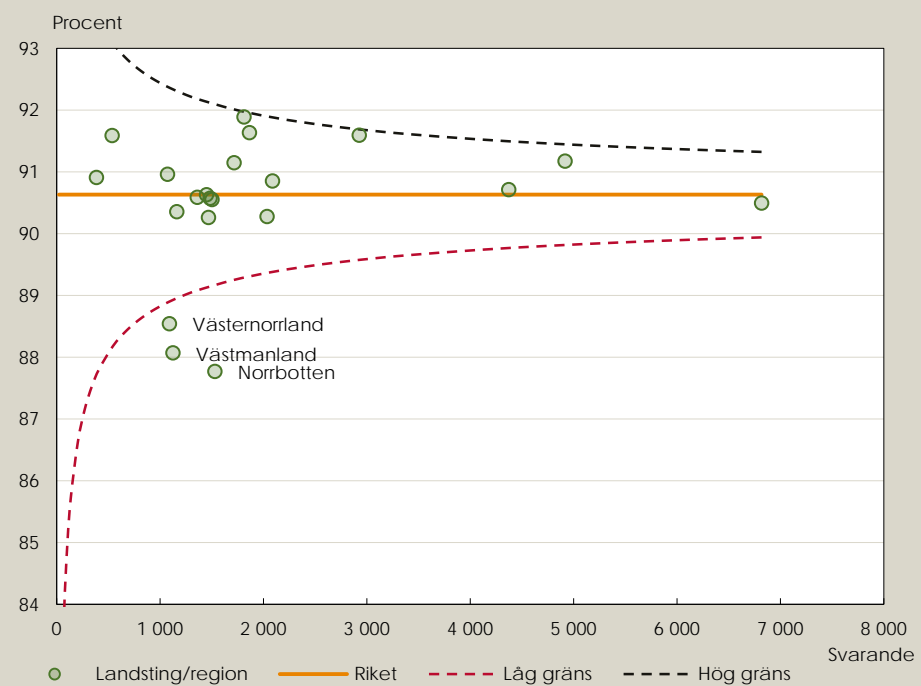
Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 18.3. Kvinnor. "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" Andel som svarat "Ja, helt och hållet". Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 18.4. Män. "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" Andel som svarat "Ja, helt och hållet". Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.

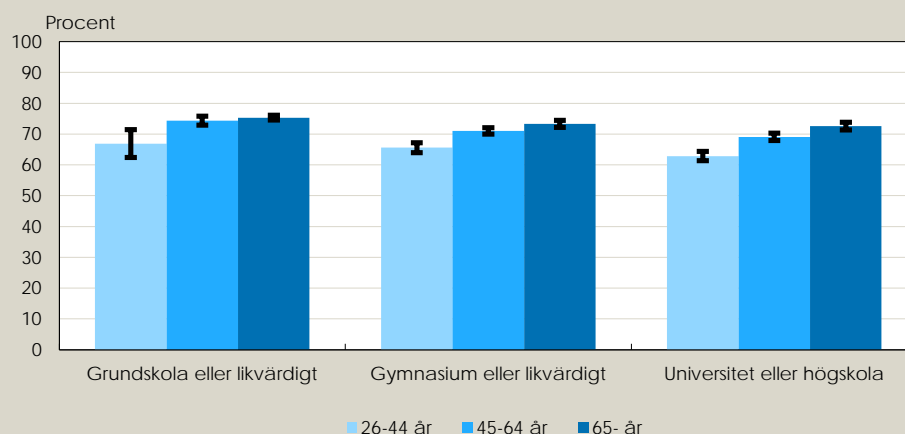


Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

19 Information

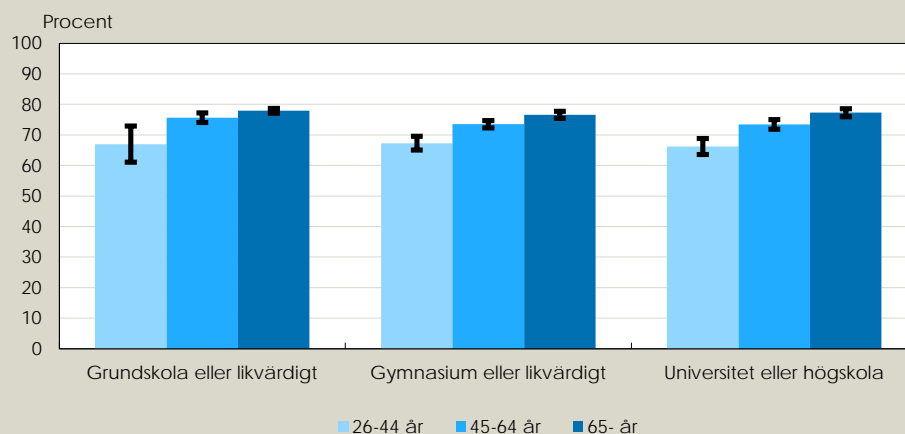
Denna indikator redovisar andelen som svarat "Ja, helt och hållet" på frågan "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd". Andelen män som ansåg att de fått tillräcklig information var något högre än andelen kvinnor, 75 procent jämfört med 71 procent. Värdena är lägre än för frågan om bemötande. Skillnaden mellan utbildningsnivåerna är liten.

Figur 19.1. Kvinnor. "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Andel som svarat "Ja, helt och hållet". Efter utbildningsnivå och ålder. Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.



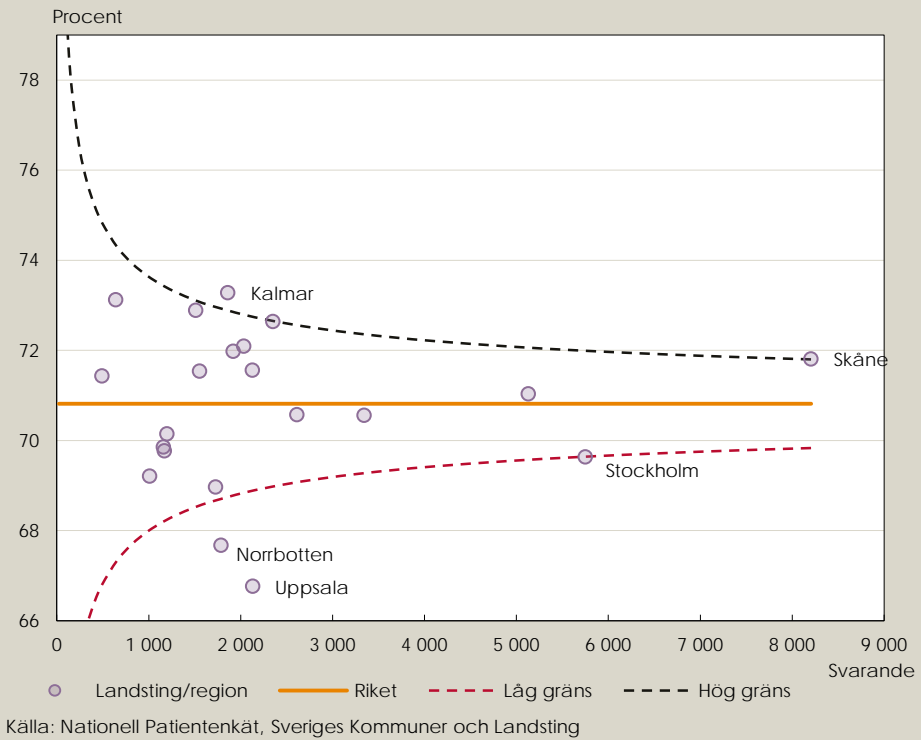
Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 19.2. Män. "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Andel som svarat "Ja, helt och hållet". Efter utbildningsnivå och ålder. Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.

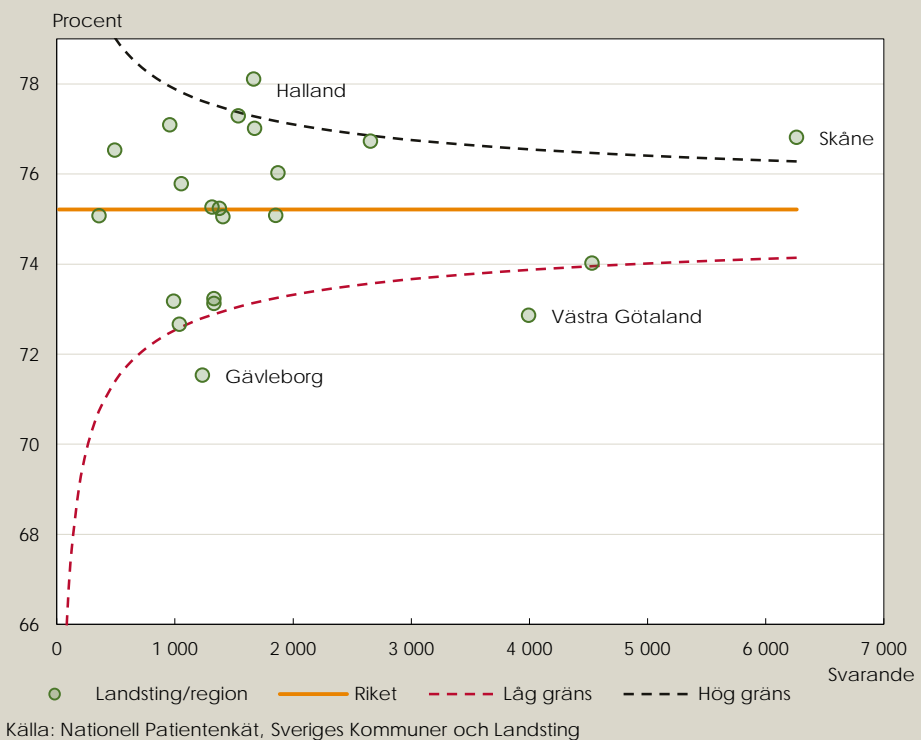


Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 19.3. Kvinnor. "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Andel som svarat "Ja, helt och hållet". Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.



Figur 19.4. Män. "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Andel som svarat "Ja, helt och hållet". Avser besök i specialiserad öppen vård, 2012.



Bakgrund till jämförelserna

För att ge beslutsfattare bättre möjligheter att tolka jämförelserna redovisas här några exempel på förutsättningar som kan ha betydelse för hälsa, sjuklighet och vårdens genomförande och som varierar i olika grad mellan landstingen. De områden som tas upp är socioekonomiska förutsättningar (utbildningsnivå och arbetslöshet), levnadsvanerelaterade faktorer, behov av hälso- och sjukvård samt resurser för hälso- och sjukvården.

Socioekonomiska förutsättningar

Hälsoskillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper är stora. Detta avspeglar sig bland annat i den återstående medellivslängden i olika grupper. Enligt SCB, är medellivslängden fem år längre för eftergymnasialt utbildade, jämfört med de som enbart har förgymnasial utbildning. Hälsoskillnader pekar också på olika behov av både vård och preventiva åtgärder.

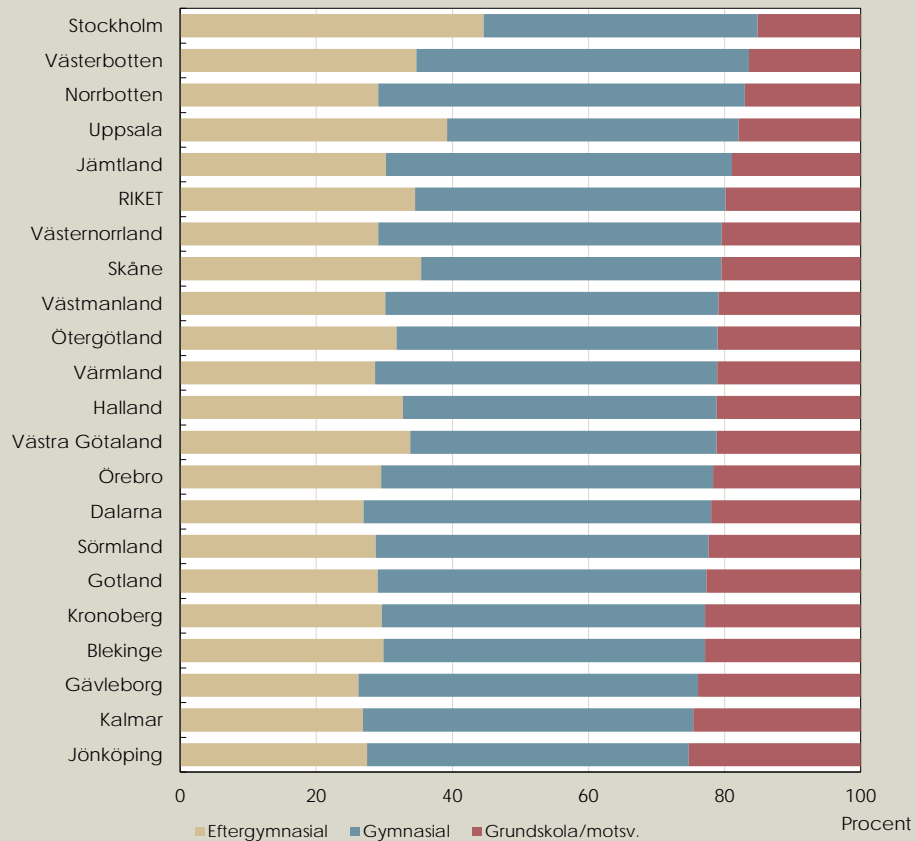
I rapporten används genomgående utbildningsnivå som mått på individers socioekonomiska situation. Över tid har en allt större andel av befolkningen längre utbildning. När i tiden utbildningen genomfördes är därför av betydelse när det gäller förutsättningarna för ekonomisk och social ställning. I syfte att förbättra möjligheten att använda utbildning som ett mått för socioekonomiska förutsättningar görs därför en åldersavgränsning.

I detta avsnitt redovisas två socioekonomiska faktorer per landsting – utbildning och arbetslöshet – vilka här får illustrera socioekonomiska förutsättningar. Andra viktiga faktorer som kan vara av betydelse för ett landstings socioekonomiska förutsättningar men som inte redovisas här är medelinkomst, befolkningsstruktur, befolkningstäthet, arbetsmarknadsstruktur samt bostadsmarknad. Ofta finns dock större skillnader i de socioekonomiska förutsättningarna inom ett landsting än mellan olika landsting, något som inte framgår av landstingsjämförelser. Inte sällan finns exempelvis stora skillnader mellan storstads- och landsbygdsområden när det gäller genomsnittlig utbildningsnivå och medelinkomst.

Utbildningsnivå

Knappt en femtedel av Sveriges befolkning i åldern 35–79 år har enbart förgymnasial utbildning år 2012. Drygt 45 procent har gymnasieutbildning medan närmare 35 procent även har eftergymnasial utbildning. Av figur 20 framgår att andelen individer med förgymnasial, gymnasial respektive eftergymnasial utbildning skiljer sig mellan olika landsting.

Figur 20. Utbildningsnivå. Andel individer 35–79 år med högst grundskola/motsvarande, gymnasial respektive eftergymnasial utbildning 2012.



Källa: Utbildningsregistret, Statistiska Centralbyrån

De landsting där andelen med endast förgymnasial utbildning är störst är Jönköping (25 procent) följt av Kalmar och Gävleborg (24 procent). Den högsta andelen högutbildade finns i Stockholms län, där drygt 44 procent har eftergymnasial utbildning. Den höga genomsnittliga utbildningsnivån i Stockholmsområdet kan förklaras till stor del av att där finns många arbetsplatser inom branscher som kräver hög utbildning. I området finns dessutom ett stort utbud av utbildningsmöjligheter samt en relativt ung befolkning, som normalt sett har en högre formell utbildningsnivå än äldre [14]. Även i Uppsala är andelen med eftergymnasial utbildning hög (39 procent).

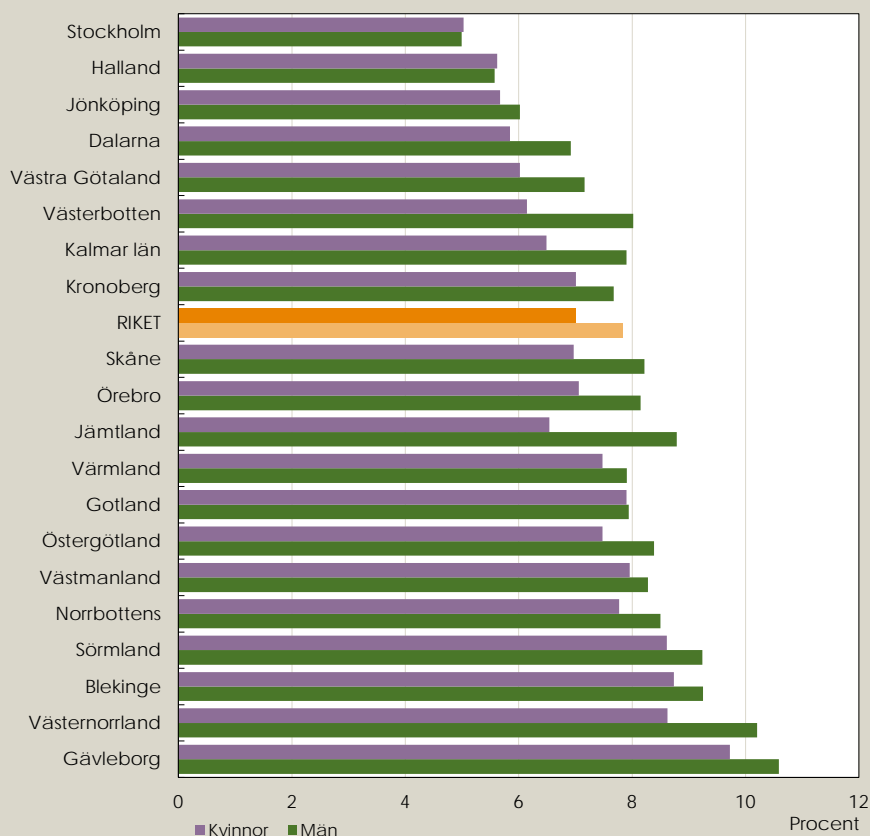
Totalt sett är det en högre andel män än kvinnor som endast har förgymnasial utbildning, ett förhållande som gäller i samtliga landsting (visas ej i diagram). Kvinnor har också generellt en högre genomsnittlig utbildningsnivå än män.

Arbetslöshet

Sedan 1990-talets början har den svenska arbetsmarknaden förändrats rejält. Från att ha haft mycket låga arbetslöshetsnivåer i förhållande till omvärlden, steg andelen arbetslösa kraftigt under hela decenniet, för att därefter återigen långsamt sjunka ned mot lägre nivåer. År 2012 uppgick den öppna arbetslösheten enligt Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) till drygt sju procent av arbets-

kraften. Utvecklingen de senaste decennierna har även resulterat i en ökad geografisk obalans på arbetsmarknaden vad gäller arbetstillfällen.

Figur 21. Andel öppet arbetslösa och personer i program med aktivitetsstöd. Avser invånare 18–64 år, mars 2012.



Källa: Arbetsförmedlingen och Statistiska centralbyrån

Figur 21 visar andelen öppet arbetslösa samt individer i program med aktivitetsstöd i åldern 18–64 år fördelat på landsting.¹ Av figuren framgår att arbetslösheten är ojämnt fördelad, såväl mellan landsting som mellan män och kvinnor. Störst andel arbetslösa finns i Gävleborg och Västernorrlands län, där över 10 procent av männen var utan arbete i mars 2012. Motsvarande värde för kvinnorna i dessa landsting var vid mättidpunkten 9,7 respektive 8,6 procent. Arbetslösheten är genomgående något högre bland män med undantag för Stockholm och Halland, där andelen arbetslösa är lika hög för män och kvinnor. Dessa landsting uppvisar även de lägsta andelarna arbetslösa totalt sett (5,0 respektive 5,6 procent).

Levnadsvanerelaterade faktorer

Socialstyrelsen publicerade under 2011 *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* [15]. Där konstateras bland annat att sunda levnads-

¹ Aktivitetsstöd är en ekonomisk ersättning som ges till den som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program.

vanor, enligt WHO, kan förebygga 80 procent av all kranskärslsjukdom och stroke, och 30 procent av all cancer. Hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes. Även den som redan är sjuk kan snabbt göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor. Trots de påtalade vinsterna, och trots att det sjukdomsförebyggande arbetet är en del av hälso- och sjukvårdens uppgift enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)², har det sjukdomsförebyggande arbetet generellt ingen självklar ställning i hälso- och sjukvården. Det råder stora variationer mellan olika landsting och vårdenheter när det gäller sjukdomsförebyggande åtgärder.

Därför rekommenderar Socialstyrelsen i riktlinjerna olika metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja patienten i dennes arbete med att förändra ohälsosamma levnadsvanor. De levnadsvanor som riktlinjerna tar upp är

- tobaksbruk
- riskbruk av alkohol
- tillräcklig fysisk aktivitet
- hälsosamma matvanor.

Ett exempel på levnadsvanors påverkan på sjukvården är resultatet från Socialstyrelsens alkoholindex för den slutna vården. Indexet visar att alkoholrelaterade diagnoser genererade cirka 109 000 vård dagar (vårdtid i dagar) totalt i Sverige år 2011.

Nedan presenteras två levnadsvanerelaterade variabler som kan ha betydelse för hälsa, sjuklighet och vårdens genomförande, och som varierar i olika grad mellan landsting.

Daglig rökning

Sambandet mellan tobaksrökning och ohälsa, sjukdom och död är väl känt. Rökning ökar risken för att drabbas av en rad olika sjukdomstillstånd, så som cancersjukdom, särskilt lungcancer, hjärt- och kärlsjukdom samt kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Vissa hälsoproblem visar sig i ett tidigt skede av ”rökarkarriären”, medan andra tar längre tid att manifesteras och kan uppstå långt efter det att man slutat röka. Det innebär att den nuvarande andelen rökare i ett landsting inte behöver vara det viktigaste måttet för att bedöma befolkningens risk att drabbas av rökrelaterade sjukdomar. Tidigare levnadsförhållanden och levnadsvanor har också betydelse. Att arbeta för en rökfri befolkning är ett sätt att påverka den framtida sjukvårdskonsumtionen och öka medellivslängden.

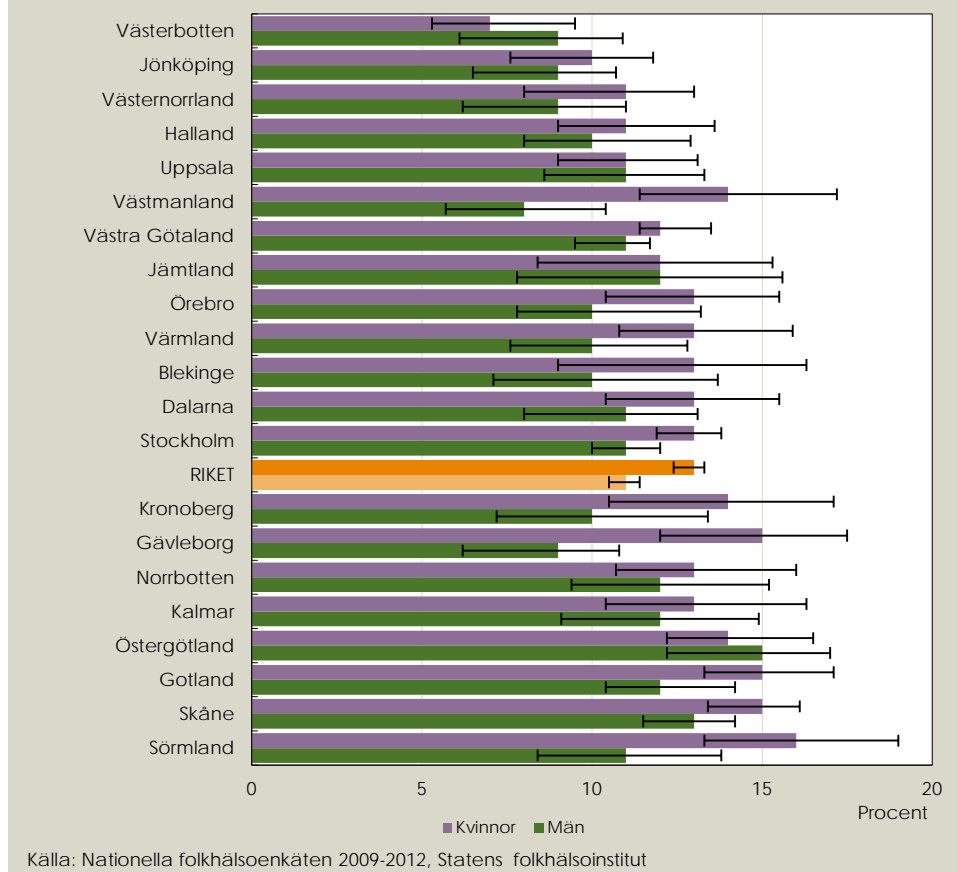
Daglig rökning har länge följts i nationella folkhälsoenkäter. I figur 22 redovisas förekomsten av dagligrökare åren 2009–2012 fördelat på landsting och kön, enligt uppgifter från nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”.

Trots rökningens väl kända skadeverkningar röker i genomsnitt omkring 12 procent av befolkningen dagligen. Flest dagligrökare finns i Sörmland,

² Se t.ex. 2 c § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Skåne, Gotland och Östergötland (14 procent) medan Västerbotten och Jönköping uppvisar lägst andelar dagligrökare (8 respektive 9 procent).

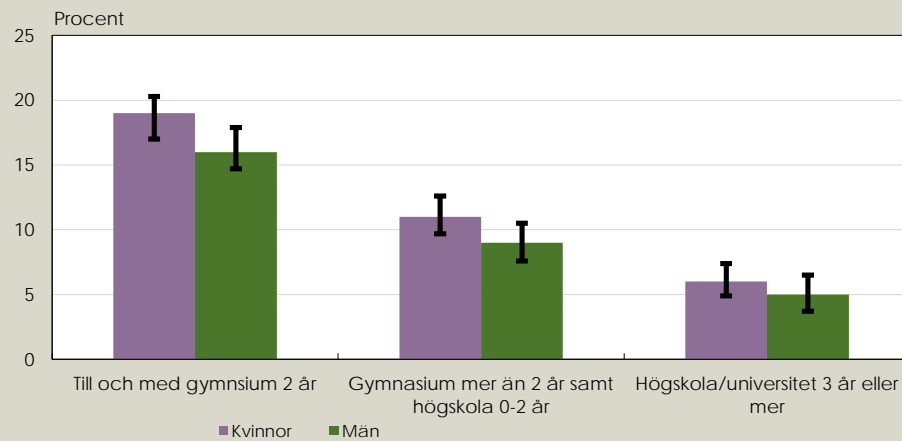
Figur 22. Andel dagligrökare 2009–2012.
Ålderstandardiserade värden.



Kvinnor röker i något högre utsträckning än män – ett förhållande som gäller i flertalet landsting. Endast Västerbotten och Östergötland har fler dagligrökare bland männen än bland kvinnorna. I Uppsala och Jämtland är andelarna rökande kvinnor och män lika stora.

Figur 23 visar andelen dagligrökare år 2012 fördelade på olika utbildningsgrupper enligt Folkhälsoinstitutets indelning. Av figuren framgår tydligt att dagligrökning varierar med utbildningsnivå och är betydligt vanligare bland korttidsutbildade än bland långtidsutbildade.

Figur 23. Andel dagligrökare 2012. Efter utbildningsgrupper. Avser personer 16–84 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Att kvinnor röker i något högre utsträckning än män blir också tydligt när män och kvinnor med olika utbildningsbakgrund jämförs. Allra flest rökare finns bland de korttidsutbildade kvinnorna där närmare var femte kvinna röker varje dag. Lägst andel rökare finns bland långtidsutbildade män där endast 5 procent är dagligrökare. Skillnaden mellan könen är minst i gruppen långtidsutbildade.

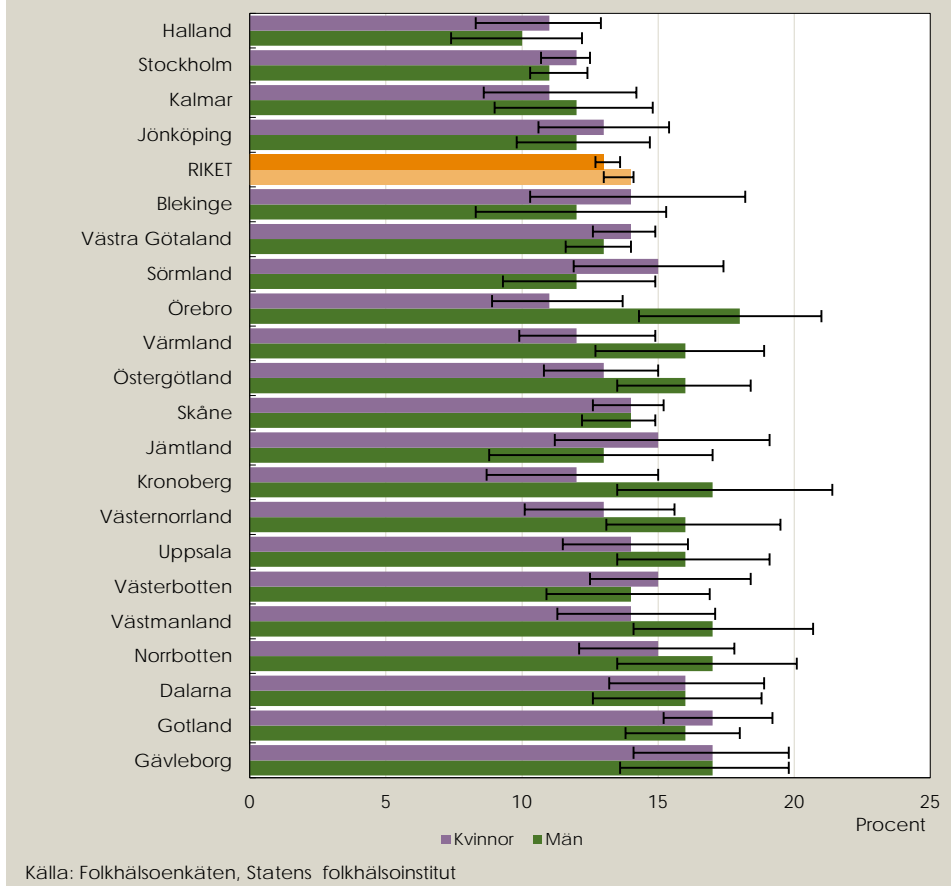
Fetma

Fetma är en sjukdom som blivit allt vanligare i befolkningen de senaste två decennierna [16]. Levnadsvanor som fysisk aktivitet och matintag är av stor betydelse för utvecklingen av övervikt och fetma. Enligt WHO som definierat gränserna för fetma med utgångspunkt från kroppsmasseindex (BMI) så föreligger fetma vid ett BMI på 30 eller mer.

Fetma ökar risken för ett stort antal sjukdomar, däribland olika former av cancer. Ett högt BMI ökar också risken att drabbas av diabetes, högt blodtryck och höga blodfetter. I kombination med bland annat rökning medför fetma även en ökad risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom [17,18]. Figur 24 visar andelen individer med fetma per landsting fördelat på kön, perioden 2009–2012.

Drygt 13 procent av de svarande under perioden 2009–2012 har uppgivit att de har ett BMI på 30 eller högre, dvs. lider av fetma. De högsta andelarna individer med fetma totalt sett, finns i Gävleborg och Gotland (17 procent i bägge), medan Halland och Stockholm har lägst andelar (10 respektive 11 procent).

Figur 24. Andel med fetma (BMI 30 och högre) 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



I riket som helhet är andelen feta män något högre än andelen feta kvinnor, men på landstingsnivå ser förhållandena delvis annorlunda ut. Sammanlagt 9 av de 21 landstingen har en högre andel feta män än feta kvinnor. I lika många landsting råder det motsatta förhållandet, dvs. en högre andel feta kvinnor än feta män, och i de resterande 3 landstingen är andelarna feta män respektive feta kvinnor lika stora. Högst andel feta män finns i Örebro (18 procent), medan Gävleborg och Gotland har de högsta andelarna feta kvinnor (17 procent). Fetma är även vanligare bland korttidsutbildade än bland långtidsutbildade (visas ej i diagram).

Förekomsten av fetma är starkt kopplat till fysisk inaktivitet. För att främja en god fysisk och psykisk hälsa rekommenderas för vuxna i allmänhet fysisk aktivitet under minst 30 minuter per dag, alternativt intensiv fysisk aktivitet minst tre gånger per vecka. Under perioden 2009–2012 anger en något högre andel män än kvinnor (14, respektive 13 procent) att de har en i huvudsak stillasittande fritid. Stillasittande fritid är även vanligare bland korttidsutbildade i jämförelse med långtidsutbildade [19].

Behov av hälso- och sjukvård

Ett sätt att närma sig en bedömning av behovet av hälso- och sjukvård och dess möjliga variationer är att studera förekomsten av vissa sjukdomar. En annan möjlighet är att beräkna sjukdomsburden i en befolkning med hjälp av olika mått, som exempelvis måtten ”funktionsjusterade levnadsår” (Disability-adjusted life year – DALY) eller ”kvalitetsjusterade levnadsår” (Quality-adjusted life year – QALY). Dessa mått är utvecklade av WHO. I likhet med de socioekonomiska förutsättningarna varierar även sjukdomsförekomsten samt behovet av sjukvård mellan olika delar av landet.

Eftersom det inte finns uppgifter om all sjuklighet och ohälsa, kan inte heller det samlade behovet av hälso- och sjukvård mätas direkt. Vårdkonsumtionen i landstingen kan ses som en indikation på det underliggande behovet hos befolkningen. Vårdkonsumtionen påverkas dock även av annat än det direkta vårdbehovet. Det kan till exempel skilja mellan landsting vilka indikationer som ska föreligga för att en viss behandling ska ges. Även patientens önskemål och kunskap kan påverka vilken behandling som ges eller inte ges. Styrmedel, såsom landstingens ersättningssystem eller riktade statsbidrag kan påverka konsumtionens nivå och sammansättning. Personer kan också uppleva hinder och har olika preferenser för när de söker vård som inte direkt är givna av behovet till exempel förtroende för vården eller språksvårigheter. Eller faktorer kring individens situation exempelvis tillgång till tid, pengar och transportmöjligheter. Det kan också bero på hur tillgänglig vården är eller upplevs vara. I följande två avsnitt redovisas insjuknande i två av de vanligaste sjukdomarna: akut hjärtinfarkt och cancer. Utöver detta innehåller avsnittet statistik om övergripande vårdkonsumtion. Detta är exempel kopplade till sjuklighet och behov av sjukvård i landstingen.

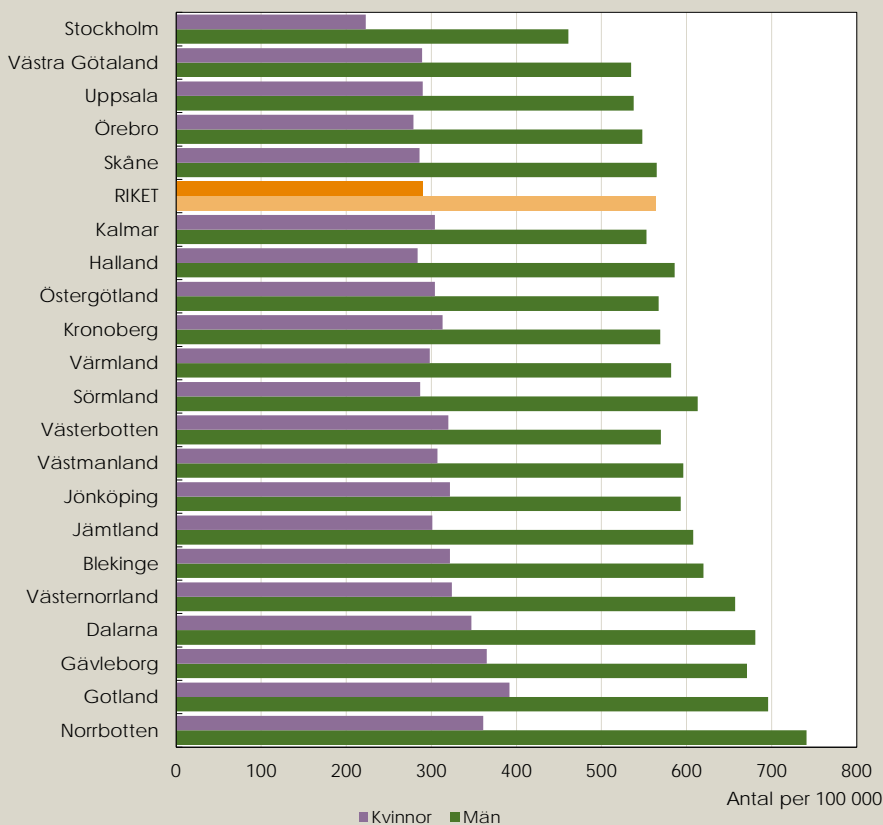
Akut hjärtinfarkt

Hjärt- och kärlsjukdomar beräknas stå för närmare en fjärdedel av sjukdomsburden i Sverige [20]. Det är också den vanligaste dödsorsaken i vårt land. Socialstyrelsen publicerar regelbundet officiell statistik om förekomsten av hjärtinfarkt i Sverige, bland annat fördelat på landsting. Över tid märks en nedåtgående trend när det gäller insjuknandefrekvens [21].

Figur 25 visar insjuknande (incidens) i akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare (20 år och äldre) år 2012 fördelat på landsting och kön. Av denna framgår att det finns stora skillnader i hjärtinfarktsjukligheten mellan könen, med betydligt fler fall av akut hjärtinfarkt bland män än bland kvinnor.

Skillnader i incidens finns också mellan landsting. Flest insjuknanden i akut hjärtinfarkt uppvisar Norrbotten med 542 infarkter per 100 000 invånare, följt av Gotland och Gävleborg (531 respektive 505 hjärtinfarkter per 100 000 invånare). Det lägsta antalet hjärtinfarkter per 100 000 invånare har Stockholm (329). I flera landsting är antalet insjuknade män mer än dubbelt så många som antalet insjuknade kvinnor.

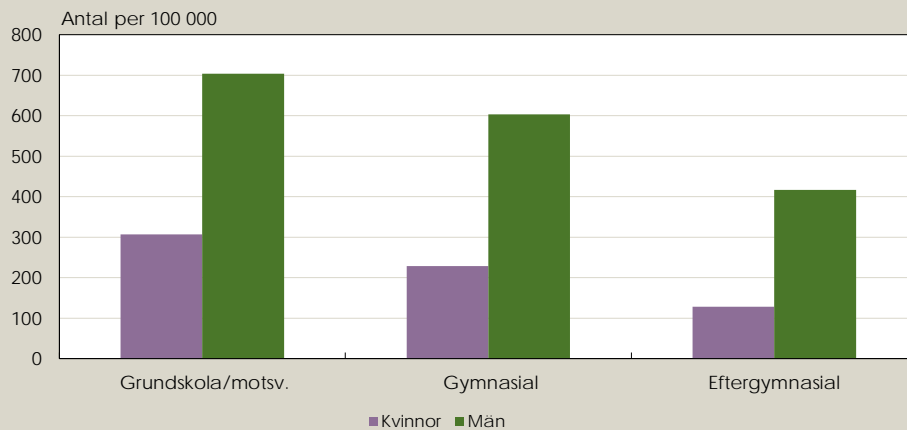
Figur 25. Insjuknande i akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare 20 år och över 2012. Åldersstandardiserade värden. (Preliminärt, patienter utskrivna under 2013 ingår ej).



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Det föreligger också stora skillnader i hjärtinfarktsincidens mellan individer med olika utbildningsbakgrund. De lågutbildade har högst förekomst.

Figur 26. Insjuknande i akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare 45–74 år, efter utbildningsnivå 2008–2012. Åldersstandardiserade värden.



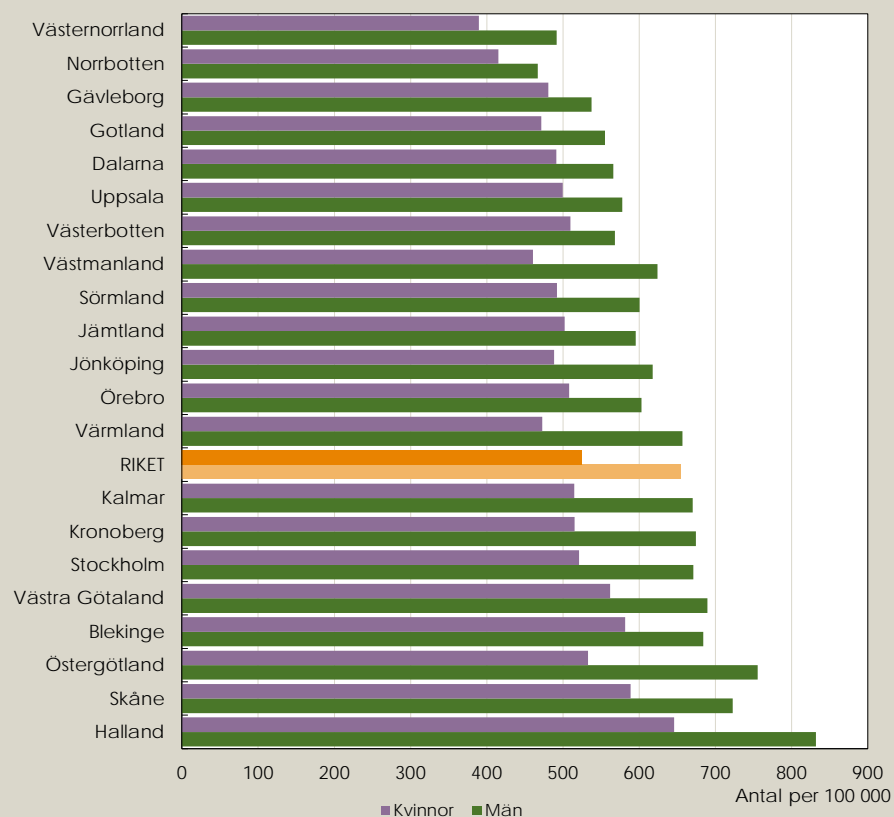
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen samt Utbildningsregistret Statistiska centralbyrån

För män i åldern 45–74 år med endast grundskoleutbildning uppgick antalet insjuknanden i akut hjärtinfarkt perioden 2008–2012 till 704 per 100 000 invånare (motsvarande värde för kvinnor var 307). För män med eftergymnasial utbildning var antalet insjuknanden 417 per 100 000 invånare (för kvinnor 127).

Cancer

Maligna tumörer – dvs. elakartade cancertumörer – står för en stor del av landets sjukdomsburda. Antalet insjuknade ökar stadigt och idag räknar man med att ungefär var tredje person i Sverige kommer att få en cancerdiagnos någon gång i sitt liv [22]. Samtidigt ökar överlevnaden. Socialstyrelsen ansvarar för den officiella statistiken över cancerincidens i Sverige. Enligt denna, insjuknade i genomsnitt 590 individer per 100 000 invånare i cancer under 2011. Av figur 27 framgår att Halland är det landsting som har högst cancerincidens för både män och kvinnor (totalt 739 insjuknanden per 100 000 invånare). Norrbotten och Västernorrland har lägst cancerincidens (totalt 440 respektive 441 insjuknanden per 100 000 invånare).

Figur 27. Antal personer insjuknade i cancer per 100 000 invånare 2011. Åldersstandardiserade värden.



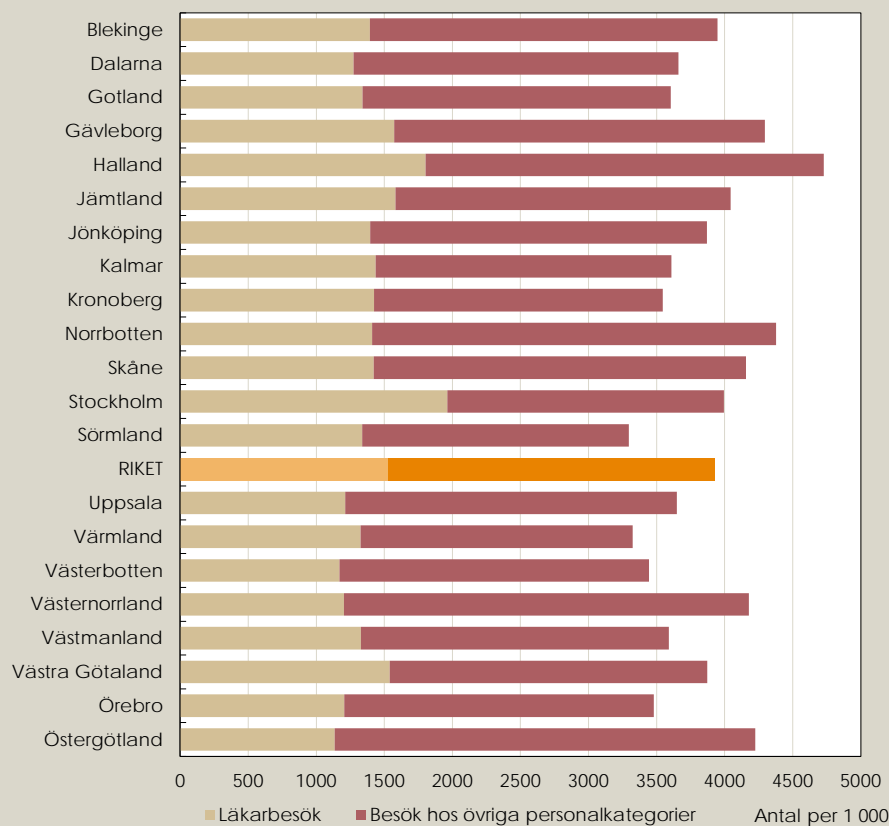
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Vilka cancerformer som är vanligast för såväl insjuknande som död varierar också mellan könen. När det gäller kvinnor är insjuknande i bröstcancer vanligast medan lungcancer orsakar flest dödsfall. Bland män är prostatacancer vanligast både när det gäller insjuknande och dödsfall [21].

Övergripande vårdkonsumtion i landstingen

Nedan visas vårdkonsumtionen i landstingen på ett övergripande sätt genom antalet besök som utförts inom primärvård och specialiserad öppenvård eller hemsjukvård. Besöksuppgifterna avser respektive landstings totala produktion samt de besök som köpts från andra vårdgivare än landsting. För den slutna vården visas den totala vårdtiden i dagar för det egna länets invånare, oavsett var vården har producerats.

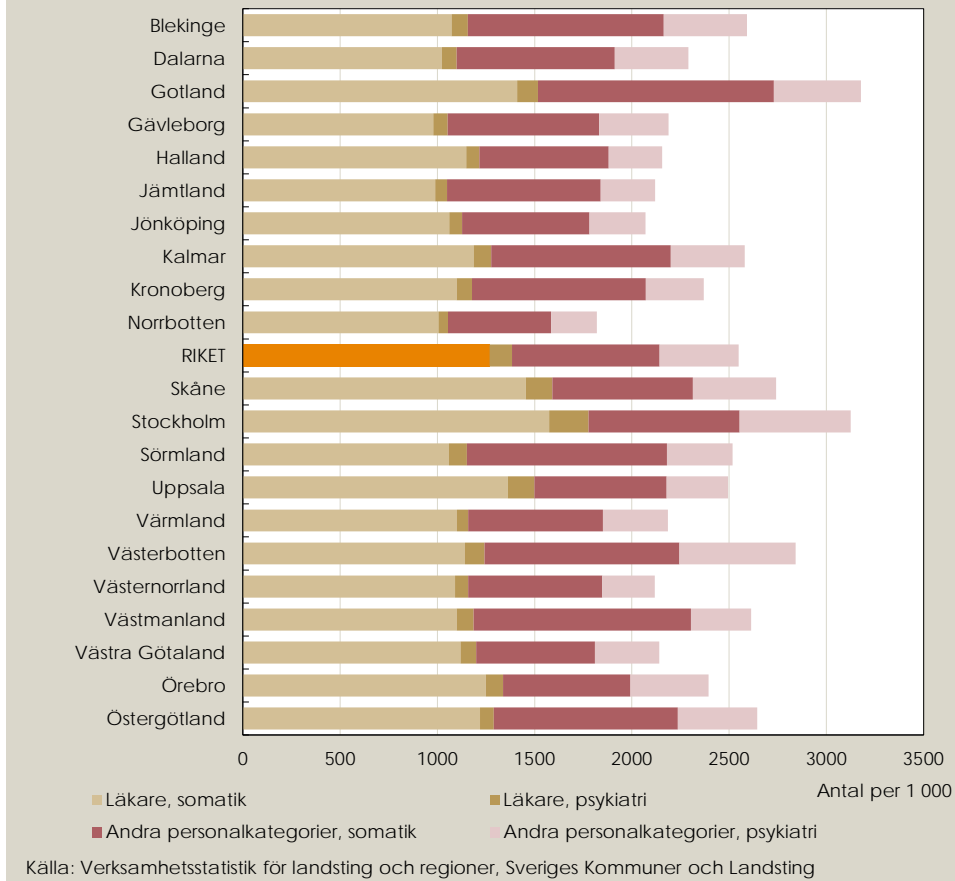
Figur 28. Primärvård exklusive hemsjukvård. Läkarbesök och besök hos andra personalkategorier per 1 000 invånare 2012.



Källa: Verksamhetsstatistik för landsting och regioner, Sveriges Kommuner och Landsting

Flest primärvårdsbesök per invånare görs i Halland. Även Norrbotten, Gävleborg, Västernorrland och Östergötland har många primärvårdsbesök per invånare. Samtidigt har Östergötland lägst antal besök hos primärvårdsläkare per invånare av alla landstingen. Där utförs alltså mycket av primärvården av andra personalkategorier än läkare. Stockholm hade flest läkarbesök per invånare inom primärvården.

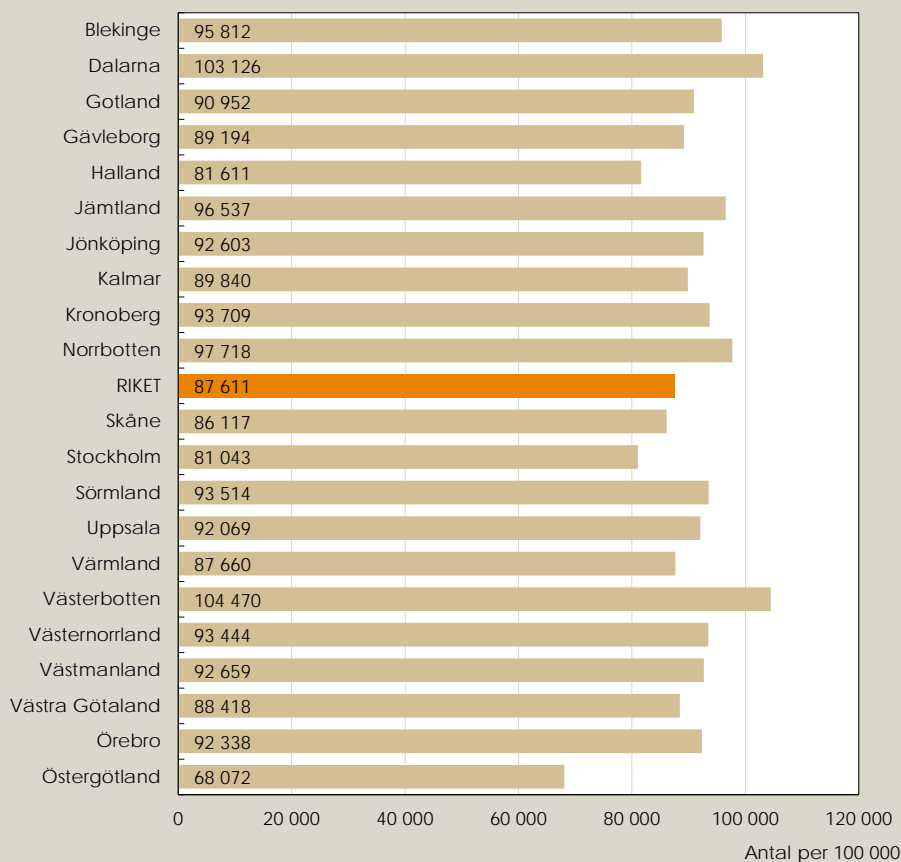
Figur 29. Specialiserad somatisk och psykiatrisk vård. Läkarbesök och besök hos andra personalkategorier per 1 000 invånare 2012.



Även inom den specialiserade vården har Stockholm flest läkarbesök per invånare, både för somatisk och psykiatrisk vård. I Stockholm sker även många besök inom psykiatrin hos andra personalkategorier än läkare. Även för slutenvård har Stockholm en hög vårdkonsumtion inom psykiatri. I resursavsnittet framgår att Stockholm har högst kostnader av alla landsting för sluten psykiatrisk vård (figur 32, sida 83).

Klart lägst antal besök i specialiserad öppenvård per invånare finns i Norrbotten. Speciellt få var de besök som gjordes med andra personalkategorier än läkare. Norrbotten har däremot en hög andel som vårdas i slutenvård. Befolkningen i Västerbotten följt av Dalarna slutenvårdades mest räknat i vårdtid i dagar.

Figur 30. Vårdtid i dagar, antal per 100 000 invånare 2012.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Även om fler faktorer än antalet dagar påverkar resursåtgången för slutenvård verkar det för flera av landstingen finnas ett samband mellan vårdtid i dagar per invånare och resurser som används för slutenvård. Till exempel har Östergötland lägst antal dagar i slutenvård per invånare, låga kostnader per invånare i somatisk slutenvård liksom ett lågt antal vårdplatser per invånare.

Om mängden producerad eller konsumerad vård ska beräknas mer noggrant och rättvisande, till exempel för att direkt kunna jämföras med insatta resurser, behöver de olika typerna av prestationer viktas med hänsyn till resursåtgång eller nytta. Ett öppenvårdsbesök kan exempelvis innebära så skilda saker som flera timmars psykiatrisk behandling, omfattande kirurgi eller en vaccination.

Resurser för hälso- och sjukvård

Det är viktigt att det finns tillräckliga resurser för att bedriva en god och jämlik vård. Framförallt är det viktigt att använda och fördela resurserna på ett sätt så att de möter de behov som finns på ett så effektivt sätt som möjligt för att nå målen för verksamheten. Många olika typer av resurser behövs till sjukvården, till exempel utbildad personal, vårdcentraler, läkemedel, teknisk utrustning och disponibla vårdplatser.

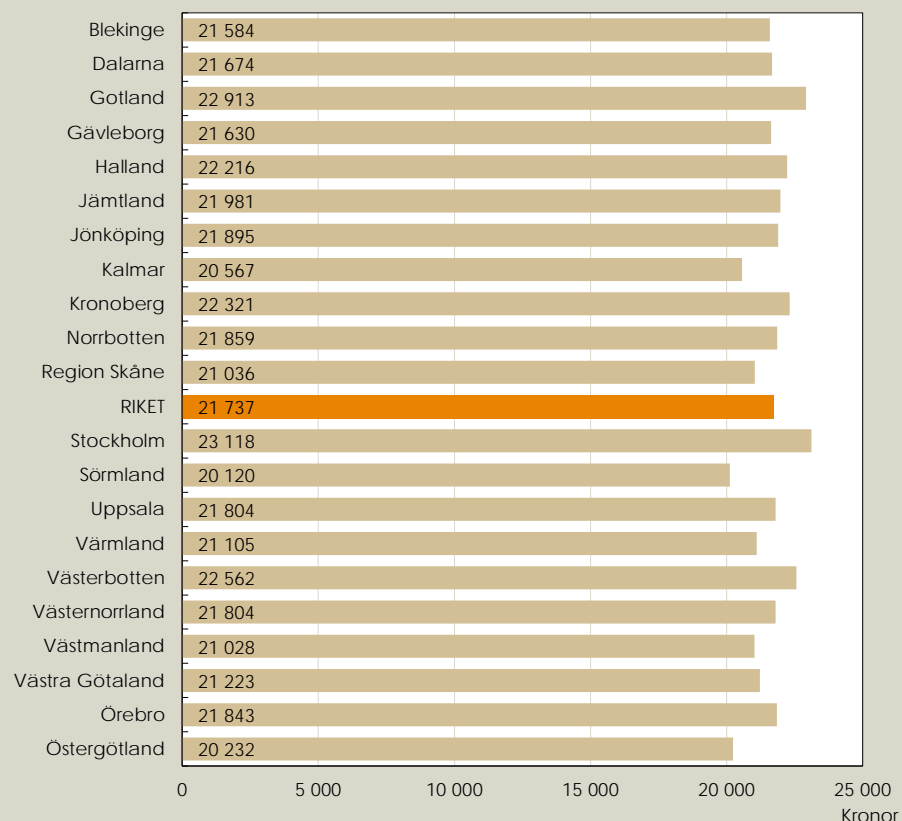
Detta avsnitt redovisar statistik över kostnader, personaltillgång och vårdplatser som exempel på olika typer av resurser.

Nettokostnad per invånare

Vårdens nettokostnader kan ses som ett samlat mått på alla de resurser som har satts in av landstingen för att bedriva hälso- och sjukvård. Nettokostnaden är de kostnader som ska täckas av skatteintäkter, generella statsbidrag och finansnetto.

Kostnadsnivån påverkas av ambitionsnivån och effektiviteten i respektive landsting men också av strukturella faktorer såsom socio-ekonomi, befolkningens åldersstruktur samt förekomsten av vissa sjukdomar. För att ta hänsyn till sådana faktorer som landstingen inte kan påverka beräknas en strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare (med grund i de beräkningar som görs för kostnadsutjämnningen och fördelning av statsbidraget för läkemedel) [23].

Figur 31. Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2012. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.



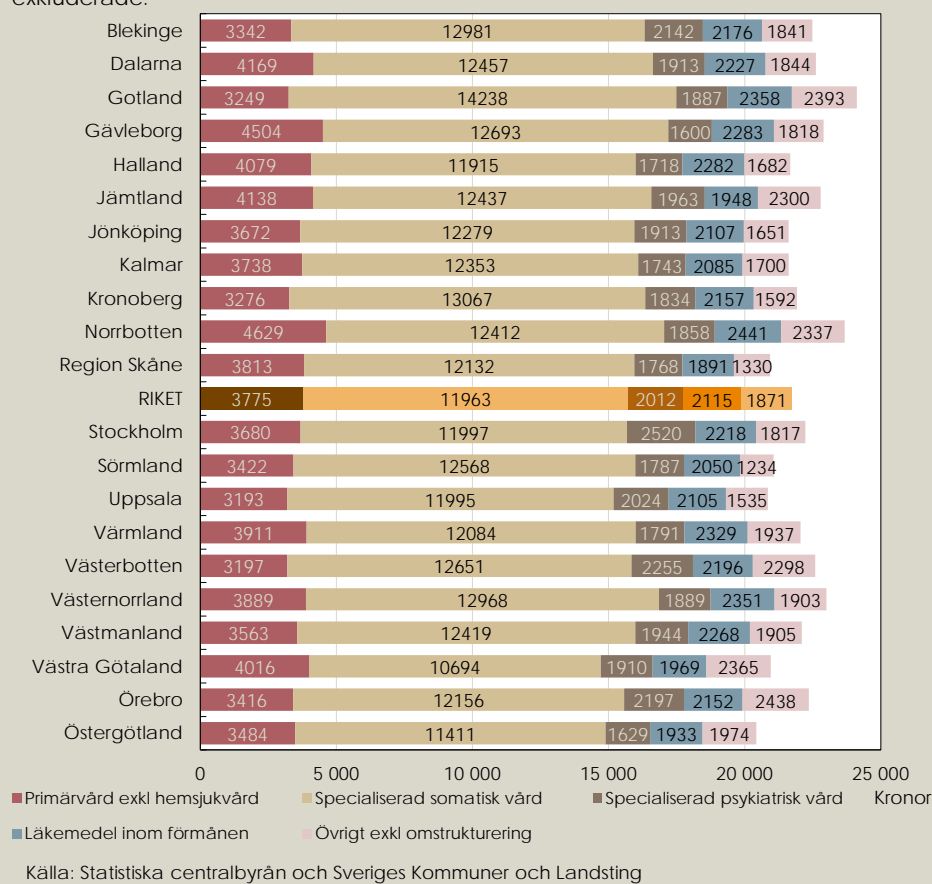
Källa: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting

För till exempel Norrbotten är skillnaden mellan det justerade värdet och det faktiska värdet stort. I figur 32 framgår att den faktiska kostnadsnivån för Norrbotten är jämförelsevis hög, näst högst i landet efter Gotland. Det är

dock i linje med vad som förväntas av strukturberäkningen, efter justering hamnar Norrbotten väldigt nära riksnivån, vilket kan ses i figur 31. För Stockholm gäller istället att den justerade kostnaden är högre än den ojusterade.

I figur 31 framgår att i förhållande till de förutsättningar som strukturjusteringen tar hänsyn till lägger Stockholm och Gotland mycket resurser på hälso- och sjukvård medan Sörmland och Östergötland lägger minst resurser.

Figur 32. Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren, 2012. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.

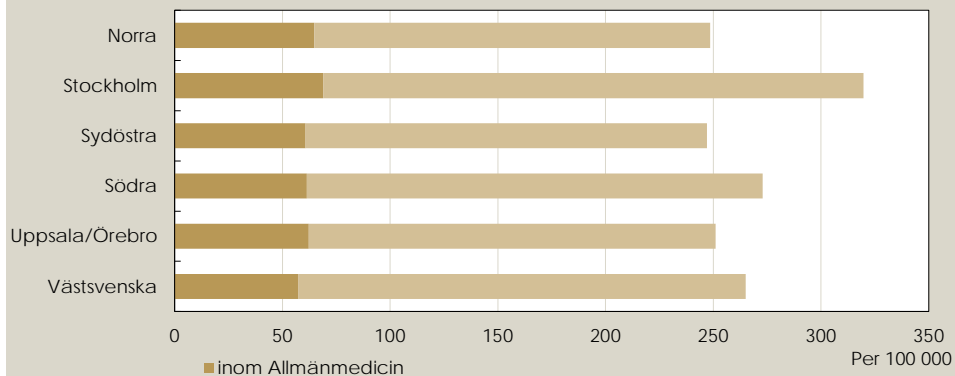


I figur 32 delas kostnaderna upp efter olika verksamhetsområden. Stockholm har en jämförelsevis stor andel resurser som går till psykiatrisk vård. I Gävleborg och Norrbotten går en stor andel av resurserna till primärvården. I Västra Götaland har man lägsta kostnader per invånare i den specialiserade somatiska vården medan primärvården har relativt stor del. Med framväxt av det som ofta kallas närsjukvård integreras på flera håll den specialiserade vården och primärvården med varandra samt ibland även med andra områden inom övrig hälso- och sjukvård och den kommunala äldreomsorgen.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

En viktig faktor för hälso- och sjukvården är hur tillgången till personal ser ut. Hälso- och sjukvård är en verksamhet som kräver mycket högutbildad personal. Tillgången till rätt utbildad arbetskraft varierar över landet och mellan olika delar av verksamheten. När det gäller den specialiserade vården är behovet större av personal med särskild kompetens i de landsting som har regionsjukhus eftersom dessa landsting säljer vård till andra. Uppgifterna redovisas här därför på sjukvårdsregioner istället för landstingsnivå. Med ”sysselsatta inom hälso- och sjukvård” avses inte enbart verksamhet under landstingens ansvar utan den verksamhet som åsyftas i hälso- och sjukvårdslagen. Även anställda i exempelvis bemanningsföretag, staten och framförallt primärkommunerna ingår.

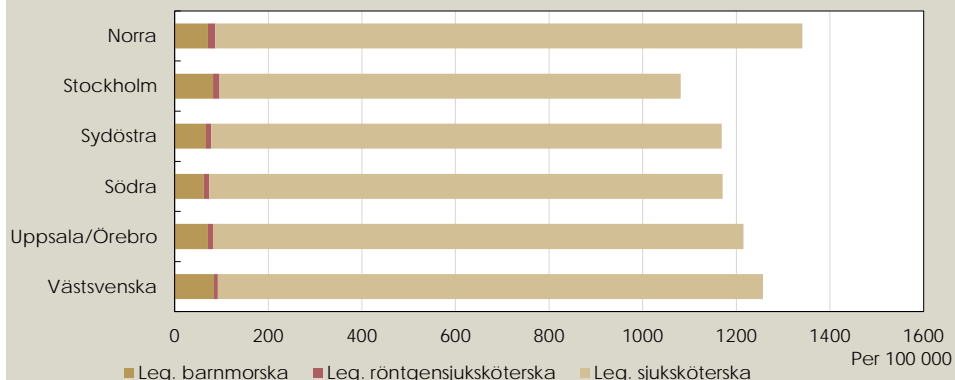
Figur 33. Specialistläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare november 2011 efter sjukvårdsregioner.



Källa: Rapport "Tillgång på: barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2011", Socialstyrelsen

Sammansättningen av yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården ser olika ut mellan sjukvårdsregionerna. På en övergripande nivå syns detta på andelen läkare respektive sjuksköterskor.

Figur 34. Legitimerade sjuksköterskor, barnmorskor och röntgensjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare november 2011 efter sjukvårdsregioner.



Källa: Rapport "Tillgång på: barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2011", Socialstyrelsen

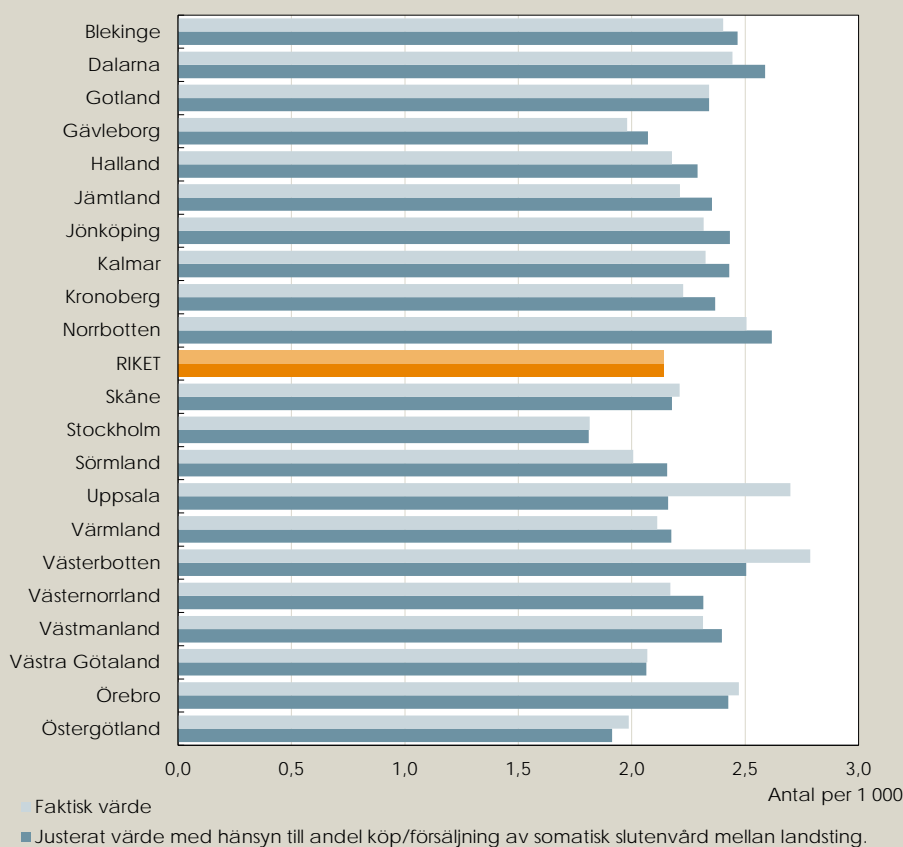
Flest läkare per invånare finns i Stockholmsregionen, samtidigt finns där lägst antal sjuksköterskor per invånare. Den norra sjukvårdsregionen har istället högst antal sjuksköterskor per invånare men ett lågt antal läkare.

Den västsvenska sjukvårdsregionen har lägst antal läkare med allmänmedicinsk specialitet per invånare. Detta trots att Västra Götaland sett till sin nettokostnadsfördelning har en stor andel primärvård. Den västsvenska sjukvårdsregionen har dock näst flest sjuksköterskor per invånare.

Disponibla vårdplatser

Disponibla vårdplatser är ett mått som används för att beskriva resurstillgången i slutenvård. En disponibel vårdplats utgörs av en kombination av flera olika resurser såsom: lokaler, utrustning och tillräckligt med personal för att säkert kunna vårda en patient dygnet runt.

Figur 35. Genomsnittligt disponibla vårdplatser per 1 000 invånare inom specialiserad somatisk vård. Faktiskt och justerat antal 2012.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån

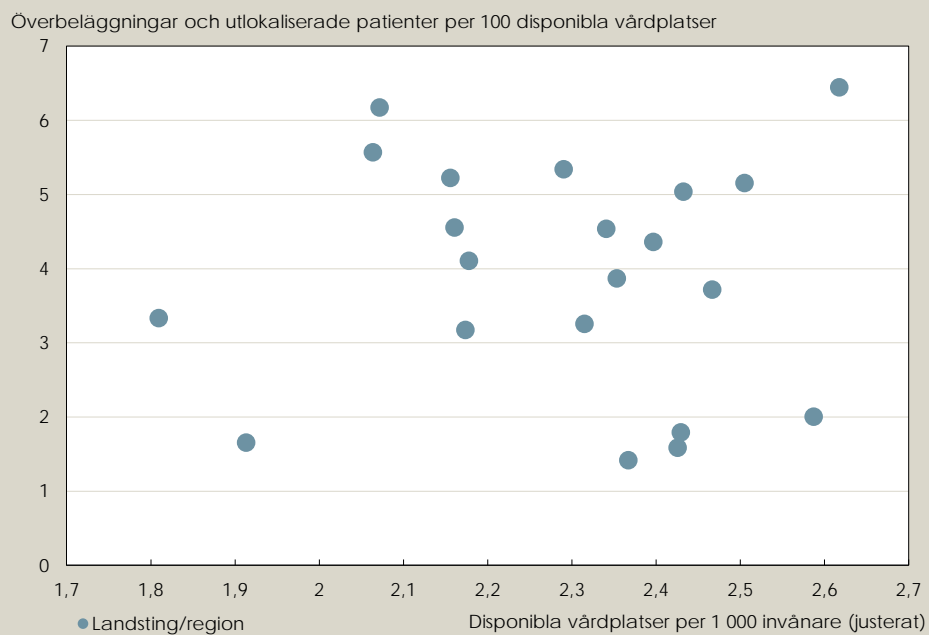
Landstingen köper och säljer slutenvård. De landsting som har regionsjukhus säljer inom landet mer vård än andra. För att bättre matcha vårdplatser mot invånarna i ett län, oavsett var vården sker, har i figur 35 en justering gjorts efter nettoförsäljningen av slutna somatisk vård. När exempelvis en andel vårdplatser räknas bort, motsvarande den vård Uppsala och Västerbotten

utför för andra än länets egna invånare, blir antalet disponibla vårdplatser lägre för den egna befolkningen.

I Sverige har antalet vårdplatser i relation till befolkningen minskat under lång tid. De behov som förut krävde slutenvård behandlas i dag ofta i öppen vård. Medelvårdtiden har också blivit kortare. För att klara en tillfällig ökning av behovet måste sjukvården dock ha en viss överkapacitet. Marginalerna mellan resurser och behov har också blivit mindre över tiden vilket kräver allt större flexibilitet och bättre logistik. Enligt Socialstyrelsens beräkningar har beläggningsgraden mellan 2001 och 2011 ökat från 80 till 88 procent totalt för den somatiska vården [24]. Denna beräkning avser riket totalt vilket innebär att det inom olika landsting, sjukhus och kliniker finns exempel där marginalerna är mindre.

Den slutna vårdens olika delar ingår i ett samspel där även övriga verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården samt kommunernas omsorg ingår. Hur stort behovet av hälso- och sjukvård är och i vilken utsträckning just den slutna vårdens resurser behövs i respektive län för att täcka behovet är svårt att beräkna. Mätningar av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter har nyligen påbörjats av SKL. Överbeläggning innebär en händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven som finns på en disponibel vårdplats. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Figur 36. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser (genomsnitt april-juli 2013) i relation till genomsnittligt disponibla vårdplatser per 1 000 invånare inom specialiserad somatisk vård (justerat för köp och försäljning mellan landsting) 2012.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Statistiska centralbyrån

I figur 36 visas uppgifter från dessa mätningar tillsammans med uppgifter om antalet disponibla vårdplatser per invånare, justerat med hänsyn till köp och försäljning av slutenvård mellan landstingen. Det verkar inte finnas något direkt samband mellan ett lågt antal disponibla vårdplatser per invånare och antalet fall med överbeläggningar och utlokaliseringar per disponibel vårdplats.

Det landsting som, efter justeringen för nettoförsäljning, har flest disponibla vårdplatser per invånare har också flest överbeläggningar och utlokaliseringar. Detta tyder på ett, i jämförelse, mycket stort behov av slutenvård som resurserna inte räckt till för, trots att man har fler vårdplatser per invånare i relation till andra landsting. De två landsting som har lägst antal vårdplatser per invånare har ett lågt antal överbeläggningar och utlokaliseringar per disponibel vårdplats eller ett antal nära medelvärdet.

Antalet invånare är alltså ett ganska trubbigt mått på vårdbehovet i respektive landsting. Bristen på samband mellan vårdplatser och överbeläggningar kan också indikera att landstingen arbetar på olika sätt, och har olika förutsättningar, för effektivt vårdplatsutnyttjande.

Värt att notera är att uppgifterna i figur 36 avser olika perioder. Detta beror på att det ännu inte finns data som avser samma perioder. Antalet disponibla vårdplatser per invånare är dock i stort trögrörligt även om större förändringar kan ske ”stötvis” i enskilda landsting genom exempelvis organisationsförändringar. Vid justering av antal vårdplatser används uppgifter från räkenskapssammandraget om köpt och såld verksamhet. Dessa uppgifter kan förbättras, till exempel saknas uppgifter om Gotland.

Mätningarna av överbeläggningar och utlokaliseringar är relativt nystartade och det finns säkert utrymme att förbättra eller säkerställa kvaliteten i dessa siffror med hänseende på jämförbarhet, till exempel i hur definitioner av begrepp tillämpas lokalt i mätningarna. Det finns anledning att följa dessa frågor vidare över tid.

Referenser

1. Nationella indikatorer för god vård. Socialstyrelsen; 2009.
2. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
3. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Socialstyrelsen; 2011.
4. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen; 2011.
5. Strategi för en god och mer jämlik vård 2012-2016. Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2012.
6. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2011.
7. Socialstyrelsens indikatorbibliotek.
<http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket>
8. Öppna jämförelser. Hälso- och sjukvård 2013. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
9. A M van Dishoeck, C W N Looman, E C M van der Wilden-van Lier, J P Mackenbach, E W Steyerber. Displaying random variation in comparing hospital performance. *BMJ Qual Saf* 2011; 20:8 651-657.
10. Jämförelseverktyg för öppna jämförelser.
<http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/halso-och-sjukvard/jamfor>. Socialstyrelsen.
11. Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Socialstyrelsen; 2013.
12. Blödande magsår. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2011. SBU-rapport nr 206.
13. Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (preliminär). Socialstyrelsen 2013.
14. Befolkningens utbildning. Statistiska Centralbyrån; 2012.
15. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen; 2011.
16. Norberg, M., & Danielsson, M. Overweight, cardiovascular disease and diabetes: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012, Chapter 7. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(9): 135-163.
17. Haslam, D.W., & James, W.P. Obesity. *Lancet* 2005;366 (9492): 1197-1209.
18. Guh, D.P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C.L., & Anis, A.H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 9:88.

19. Folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut [http://www.fhi.se/Statistik-
uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Overvikt-och-
fetma](http://www.fhi.se/Statistik-
uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Overvikt-och-
fetma)
20. Allebeck, P. Moradi, T, & Jacobsson, A. Sjukdomsördan i Sverige och dess riskfaktorer. Statens Folkhälsoinstitut. Rapport nr A 2006:4.
21. Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2013. Socialstyrelsen.
22. Cancer i siffror. Socialstyrelsen; 2013.
23. Öppna jämförelser 2013. Hälsa- och sjukvård. Bilaga 1. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
24. Öppna jämförelser av hälsa- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2012. Bilaga 2. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.