

Rapport 2019:2

Med örat mot marken

Förslag på nationell uppföljning
av hälso- och sjukvården
Del 2: Resultatredovisning



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Getty Images International
ISBN 978-91-88935-01-04



Med örat mot marken

Förslag på nationell uppföljning
av hälso- och sjukvården
Del 2: Resultatredovisning



Innehåll

Inledning	5
Kvalitetsområden ur ett patientperspektiv	11
Hälsoutfall av vården	13
▶ <i>Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet</i>	
▶ <i>Hälsogap mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen</i>	
▶ <i>Patienters upplevelse av om deras vårdbehov har blivit tillgodosett</i>	
Personcentrering	19
▶ <i>Upplevelse av vårdmötet</i>	
▶ <i>Upplevd samordning</i>	
Väntetider	23
▶ <i>Vårdgarantins efterlevnad:</i>	
- <i>Andel patienter som fått ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar</i>	
- <i>Andel patienter som fått ett nybesök inom den specialiserade vården inom 90 dagar</i>	
- <i>Andel patienter som fått påbörja behandling inom 90 dagar</i>	
Tillgänglighetsbarriärer	29
▶ <i>Andel av befolkningen som anser att de har tillgång till den vård de behöver</i>	
▶ <i>Andel av befolkningen som har avstått vård eller mediciner p.g.a. hög kostnad, att man inte vet vart man ska vända sig eller långt avstånd till apotek</i>	
▶ <i>Telefontillgänglighet i primärvården</i>	
Struktur-, process- och systemperspektiv	33
Befolkningens hälsa och behov	35
Resurser	39
Vårdkonsumtion	43
Produktivitet	47
Effektivitet	51
Referenser	57
Bilagor	61
Bilaga 1 – Källor.....	61



REGERINGEN VILL FÖRBÄTTRA SIN UPPFÖLJNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Att hälso- och sjukvården fungerar väl är viktigt för patienter och befolkning. För att veta om så är fallet behövs en ändamålsenlig och systematisk uppföljning som regelbundet genomlyser hälso- och sjukvårdens funktionssätt och resultat. Trots att det finns mycket statistik och data om hälso- och sjukvårdens resultat, att sådan information blivit allt mer öppen och tillgänglig, och trots att mycket uppföljning redan görs, anser regeringen att oönskade variationer när det gäller god vård på lika villkor över hela landet inte har minskat tillräckligt. Regeringen efterfrågar därför en förbättrad nationell uppföljning, och har bitt Vårdanalys att lämna förslag på hur uppföljningen kan utvecklas för att ge regeringen ökade möjligheter att följa vårdens kvalitet och jämlikhet. De har bitt oss att redovisa vad som är särskilt viktigt att följa ur ett patientperspektiv och efterfrågar specifikt 5-10 indikatorer (mått) som är viktiga att följa ur detta perspektiv.

I den här delrapporten (del 2 av den samlade avrapporteringen) presenterar vi en resultatredovisning för de områden, indikatorer och förslag på analyser som vi ser ska ingå i uppföljningen. I delrapport 1 redogör vi för vårt arbete inom ramen för uppdraget, bland annat hur vi gått tillväga vid urvalet av indikatorer. I delrapport 1 diskuterar vi också alla de datakällor som ligger till grund för uppföljningen, inklusive diskussioner om datakvalitet, tillförlitlighet i datamaterialen och svagheter i de olika indikatorerna.

Målet med det förslag vi lämnar är att det på sikt ska ge regeringen en överskådlig, systematisk och regelbundet återkommande uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och jämlikhet. Det är ett konkret första förslag på hur regeringens uppföljning med hjälp av indikatorer skulle kunna se ut. Förhoppningen är att förslaget, tillsammans med det arbete som Socialstyrelsen bedrivit inom ramen för sitt motsvarande uppdrag, kan användas som utgångspunkt i det fortsatta arbetet med att utveckla regeringens uppföljning. Men vårt förslag ska inte ses som en slutlig modell, utan det behöver diskuteras, förankras och eventuellt omprövas.

Regeringsuppdraget i korthet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har i uppdrag (S2018/03916/FS) av regeringen att lämna förslag på hur den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården kan utvecklas för att ge regeringen bättre möjlighet att löpande följa vårdens kvalitet och jämlikhet. I uppdraget ingår bland annat att redovisa vad som är extra viktigt att följa utifrån ett patientperspektiv, och att välja ut 5-10 indikatorer som är av särskild vikt för jämlik vård ur ett patientperspektiv. För urvalet av indikatorer ingår det att presentera resultat, tillsammans med fördjupade analyser av och förklaringsfaktorer till utfallet. Urvalet av indikatorer ska vara av sådan karaktär att det redan i dag finns data av tillräcklig kvalitet för att följa upp, redovisa resultat och göra jämförelser mellan regioner.



SÄRSKILT FOKUS PÅ KVALITETSOMRÅDEN SOM ÄR VIKTIGA UR PATIENTERS PERSPEKTIV

Kvalitetsområden som är viktiga ur patienters och befolkningens perspektiv har en framträdande roll i vårt förslag. Utifrån återkommande diskussioner med Vårdanalys patient- och brukarråd, en fokusgrupp med patienter samt erfarenheter från våra tidigare arbeten om personcentrering har vi identifierat tre kvalitetsområden som bör ingå i en nationell uppföljning av vården från ett patient- och befolkningsperspektiv: hälsoutfallet av vården, personcentrering och tillgänglighet. Se rutan nedan för en kort beskrivning, och delrapport 1 för mer utförliga beskrivningar.

Hälsoutfallet av vården

Att hälso- och sjukvårdens insatser leder till ett så bra utfall som möjligt – givet patienternas individuella förutsättningar och behov – är självklart en central kvalitetsaspekt. Det behöver inte nödvändigtvis innebära att patienten kan botas eller blir friskare, men att den behandling, kontakt eller annan insats som hälso- och sjukvården bidrar med leder till ett så bra resultat och omhändertagande som möjligt. Ett gott hälsoutfall av vården inkluderar god medicinsk kvalitet, men kan innefatta mer än kliniskt mätbara aspekter. Ur patientens perspektiv är det av stor vikt att också se till det patientupplevda hälsoutfallet och att anta en större helhetssyn på den samlade hälsan.

Personcentrering – att man blir sedd, respekterad och inkluderad

Att patienten, och dennes närstående, blir sedda, respekterade och inkluderade i vården utifrån varje individs behov, preferenser och resurser är grunden i en personcentrerad vård. Det handlar till exempel om att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling, att vården stödjer patientens egenvård, samt att patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper tas tillvara i vårdmötet. Det inkluderar också att hälso- och sjukvården informerar patienten på ett sätt som patienten kan tillgodogöra sig. Om det är aktuellt med flera parallella insatser eller kontakter med hälso- och sjukvården (och omsorgen) ska dessa vara samordnade, det vill säga organiserade som en väl fungerande helhet ur personens perspektiv. Även behovet av kontinuitet ingår som en del i vårdens förmåga att vara samordnad.

Tillgänglighet

Tillgänglighet till hälso- och sjukvården är ett brett begrepp som omfattar flera aspekter. I arbetet med den här rapporten har särskilt två olika tillgänglighetsaspekter betonats. Den ena är hur lätt det är att söka och få kontakt med hälso- och sjukvården, det vill säga frånvaron av olika former av *tillgänglighetsbarriärer*. Höga barriärer gör det svårt för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe. Barriärerna kan vara av olika slag, exempelvis fysiska, kostnadsmissiga och informationsmissiga. Den andra tillgänglighetsaspekten är *väntetider* till olika insatser i vårdkedjan, när man väl har kommit i kontakt med hälso- och sjukvården. Långa väntetider till besök och behandling kan leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras. Men även om det medicinska resultatet inte påverkas kan väntetiden påverka den som väntar i form av oro, stress och obehag eller genom att vardagen påverkas negativt av den skada, sjukdom eller åkomma som man lider av. Ur ett patientperspektiv kan alltså rimliga väntetider vara önskvärdt, även om det inte är brådskande ur ett medicinskt perspektiv.

De tre kvalitetsområdena har stark förankring i hälso- och sjukvårdslagstiftningen (främst hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och patientlagen (2014:821), PL). För att lyckas leva upp till målen och kraven i hälso- och sjukvårdslagstiftningen krävs ett gediget samspel och samverkan mellan regionerna och regeringen. Genom en befolkningsundersökning har vi undersökt befolkningens syn på kvalitetsområdena. Resultaten visar att de som svarat värderar hälsoutfallet av vården högst. De andra områdena värderas lägre, och ungefär lika mellan sig.

Utifrån de data som är befintliga och tillgängliga i dag, ger vi förslag på nio indikatorer som avspeglar de tre kvalitetsområdena och som vi menar bör ingå i regeringens uppföljning. Målet är att indikatorerna sammantaget ska ge en god och översiktlig nationell bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet ur patienternas och befolkningens perspektiv.

Utöver att redovisa indikatorerna för riket som helhet över tid lägger vi också stor vikt vid att belysa jämlikhetsperspektivet. Det gör vi genom att resultatet för respektive indikator presenteras uppdelat på viktiga jämlikhetsdimensioner, exempelvis region ålder, kön och utbildningsnivå.

Förslag på nio indikatorer som är viktiga att följa ur ett patientperspektiv.

Hälsoutfallet av vården	Personcentrering
<ol style="list-style-type: none"> 1 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2 Hälsogap mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen (PROM) 3 Patienternas upplevelse av om deras vårdbehov har blivit tillgodosett (PROM) 	<ol style="list-style-type: none"> 4 Upplevelse av vårdmötet (PREM) 5 Upplevd samordning (PREM)
Tillgänglighet	
<ol style="list-style-type: none"> 6 Upplevelse av att ha tillgång till den vård man behöver (PREM) 7 Personer som uppger att de avstått läkarvård eller att hämta ut förskrivna läkemedel på grund av hög kostnad, att man inte vet vart man ska vända sig eller långt avstånd till apotek 8 Telefontillgänglighet i primärvården 	<ol style="list-style-type: none"> 9 Hur väl vårdgarantin efterlevs när det gäller <ul style="list-style-type: none"> • läkarbesök inom primärvården inom sju dagar (vårdgarantin t.o.m. 2018) • nybesök inom den specialiserade vården inom 90 dagar • påbörjad behandling inom 90 dagar

För varje indikator gör vi en jämlikhetsanalys där vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt. I den första delen av jämlikhetsanalysen analyserar vi med hjälp av regressionsanalys sambanden mellan individuella bakgrundsfaktorer (till exempel ålder, utbildning och kön) och utfallet i indikatorn, samtidigt som vi konstanthåller övriga bakgrundsfaktorer. Denna analys visar till exempel



sambandet mellan utbildningsnivå och upplevd samordning då vi tar hänsyn till att åldersfördelningen, könsammansättningen och hälsotillståndet inom respektive utbildningsnivå kan skilja sig åt. Diagrammet som presenterar regressionsresultaten visar om sambandet mellan till exempel kön, ålder och utbildning respektive utfallet på indikatorn är positivt eller negativt när vi har tagit hänsyn till de övriga bakgrundsfaktorerna. Till exempel visar regressionen för upplevd samordning att ju bättre den självskattade hälsan är, desto bättre upplever patienterna samordningen.

I den andra delen av jämlikhetsanalysen för vi in även kontextuella bakgrundsfaktorer, bland annat region, i analysen. Vi gör dels en regression som inte presenteras grafiskt men kommenteras i texten. Dels gör vi en analys där vi kombinerar flera av bakgrundsfaktorerna för att se vilka kombinationer av bakgrundsfaktorer som är kopplade till särskilda höga eller låga utfall. Jämlikhetsanalyserna görs i den mån data tillåter det. Vi använder data från senaste tillgängliga år, och vilket år detta avser skiljer sig för olika indikatorer.

RAMVERK SOM GRUND FÖR UPPFÖLJNINGEN OCH RESULTATREDOVISNINGEN

Utöver kvalitetsområden som patienter och befolkning särskilt värdesätter, finns det andra områden som behöver ingå i uppföljningen för att regeringen ska få en mer balanserad och heltäckande bild av hälso- och sjukvården. I genomförandet av regeringsuppdraget har vi därför breddat perspektivet och kompletterat kvalitetsindikatorerna med mått och analyser av hälso- och sjukvårdens resurser, vårdkonsumtion, produktivitet och effektivitet. Sådana aspekter är i förlängningen också viktiga för patienterna och befolkningen. Breddningen kan ses som försök att ytterligare fördjupa tolkningen av de nio huvudindikatorerna. Exempelvis anser vi att det är motiverat att komplettera beskrivningen av regionala skillnader i utfall med regionala skillnader i resursanvändning.

I figuren nedan presenteras ett översiktligt ramverk som ligger till grund för vårt förslag. Detta ramverk utgör också disposition för resultatredovisningen i den här delrapporten, där vi för ramverkets olika delar lämnar förslag på indikatorer och analyser.

Den översta delen av figuren består av de *kvalitetsområden* som är viktiga att följa ur ett patientperspektiv. *Tillgänglighetsbarriärer* illustreras som en ram runt vårdssystemet för att åskådliggöra att det handlar om barriärer att komma åt hälso- och sjukvårdens resurser och insatser. För att uppnå kvalitet används olika *insatser* (till exempel förebyggande insatser, besök, behandlingar, läkemedel, prover med mera), och för att kunna göra detta krävs *resurser* (vårdpersonal och ekonomiska medel).

Resurser, insatser, personcentrering och väntetider ska *anpassas efter individuella förutsättningar och behov* – det är en central utgångspunkt i hälso- och sjukvården och en nyckelfaktor för att uppnå personcentrering och jämlikhet. Jämlikhet i hälsoutfallet av vården uppnås genom anpassning efter förutsättningar och behov. Jämlikhet innebär att bemötandet, vården och behandlingen ska erbjudas alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, utbildning eller

Övergripande ramverk som ligger till grund för vårt förslag på indikatorbaserad uppföljning.



funktionsnedsättning. Alla individer med lika sjukvårdsbehov, oavsett individuella bakgrundsfaktorer, ska alltså ha samma tillgång till hälso- och sjukvård. Vården ska också ges efter behov där personer med större behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras framför andra. I figuren spänner jämlikhetspilen tvärs över kvalitetsområdena, processer och resurser. Det innebär att jämlikhet ska finnas i kvalitet, processer och resursanvändning. Även tillgängligheten i form av avsaknad av tillgänglighetsbarriärer ska vara jämlik.

Hälso- och sjukvården ska också vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. § 1 HSL). Effektivitet avser förhållandet mellan de resurser som används och nivån på de kvalitetsområden som vi har identifierat. Produktivitet kan beskrivas som en del av effektiviteten och avser förhållandet mellan resurserna och det som vården "presterar", exempelvis läkarbesök, operationer och behandlingar.

Längst ner i figuren finns en del som berör befolkningens hälsa och behov. Information om befolkningens hälsa och hälsoskillnader mellan grupper är grundläggande för att kunna identifiera befolkningens behov av hälso- och sjukvård och för att kunna avgöra i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdens utformning motsvarar behoven. Kunskap om behoven är också viktigt som bakgrund för tolkningen av övriga indikatorer.

GOD DATAKVALITET ÄR EN FÖRUTSÄTTNING FÖR EN BRA UPPFÖLJNING

God kvalitet i datamaterialen är en förutsättning för att dra rätt slutsatser, och bristande datakvalitet kan i förlängningen innebära en risk för att styra fel. Men kraven på data beror också på hur resultaten ska användas. För att få en övergripande bild av utvecklingen på nationell nivå kan mindre omfattande datamaterial ge värdefulla insikter, medan exempelvis verksamhetsnära uppföljning, jämförelser på verksamhetsnivå och resultatbaserad ersättning generellt ställer högre krav på datamängd och detaljrikedom i data.

Vår samlade slutsats är att datakvaliteten i de indikatorer som ingår i vårt urval är tillräckligt god för att ge en övergripande bild, men det finns tydliga brister som minskar tillförlitligheten och begränsar vad uppföljningen kan och bör användas till. Det finns också osäkerhet när det gäller hur väl indikatorerna matchar och täcker bredden i de kvalitetsområden som vi identifierat som viktiga att följa. I anslutning till respektive uppföljningsområde (och i delrapport 1) redovisar vi de osäkerheter som kan finnas i indikatorerna. I delrapport 1 föreslår vi att den samlade nationella uppföljningen bland annat ska innehålla fördjupade tematiska analyser för de olika uppföljningsområdena. I dessa finns det större utrymme att undersöka hur brister i data inverkar på uppföljningen.

Trots de brister som finns i indikatorerna och de underliggande datakällorna bedömer vi att dessa indikatorer är de främsta alternativ som finns tillgängliga i dag, vilket understryker behovet av att fortsätta utveckla uppföljningen av kvalitetsområdena. Som en del av den fortsatta utvecklingen av den nationella uppföljningen diskuterar vi i delrapport 1 också några förslag på hur bristerna kan åtgärdas.

FORTSATT ARBETE MED ATT UTVECKLA REGERINGENS UPPFÖLJNING

Vi har strävat efter att utforma en nationell uppföljning som utgår från regeringens mandat och de behov som kan uttolkas ur regeringsuppdraget. Vi menar att en överskådlig, systematisk och regelbundet återkommande uppföljning av kvalitet och jämlikhet i hälso- och sjukvården kan vara ett värdefullt stöd i regeringens arbete.

Vi ser det förslag vi lämnar inom ramen för detta regeringsuppdrag som ett viktigt första steg mot en förbättrad nationell uppföljning. Förhoppningen är att det förslag vi lämnar kan fungera som underlag för den fortsatta utvecklingen av ett ändamålsenligt uppföljningsverktyg. Hur uppföljningen är tänkt att användas påverkar bland annat både valet av indikatorer och de krav som ska ställas på data. Regeringen kan börja använda det förslag vi lämnar redan nu, och att börja använda det ser vi som ett sätt att testa om uppföljningen fyller det behov som den ämnar fylla. Men förslaget bör också bli föremål för öppen dialog, förankring och omprövning, och ska således inte ses som en färdig modell. Regeringen äger slutligen frågan om vilka indikatorer som ska följas upp inom de olika kvalitetsområdena som vi identifierat. Vi menar att det är viktigt att regeringen nu ser till helheten av indikatorerna, och säkerställer att dessa sammantaget ger en balanserad bild av hälso- och sjukvården, täcker alla de områden som bör ingå i uppföljningen och fyller det syfte regeringen har.

Kvalitetsområden ur ett patientperspektiv



Hälsoutfall av vården

Att hälso- och sjukvårdens insatser leder till ett så bra utfall som möjligt – givet patienternas individuella förutsättningar och behov – är en central kvalitetsaspekt. Det behöver inte nödvändigtvis innebära att patienten kan botas eller blir friskare, men att den behandling, kontakt eller annan insats som hälso- och sjukvården bidrar med leder till ett så bra utfall och omhändertagande som möjligt.

TRE INDIKATORER FÖR ATT FÖLJA UPP HÄLSOUTFALLET AV VÅRDEN

► Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet - åldersstandardiserad

Indikatorn utgörs av antalet dödsfall före en viss ålder som orsakats av sjukdomar som bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. För tre av sjukdomarna (sjukdomar i andningsorganen, kikhosta och mässling) ingår dödsfall bland barn 1–14 år. För övriga dödsorsaker ingår dödsfall för personer 1–79 år. Informationen hämtas från dödsorsaksregistret och datakvaliteten bedöms vara mycket god.

► Hälsogap mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen - åldersstandardiserad

Indikatorn baseras på frågor ur den nationella folkhälsoenkäten där de svarande fått ange hur de upplever sitt allmänna hälsotillstånd. Hälsogapet utgörs av skillnaden i andelen personer som anger att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd mellan en grupp som också angivit att de har någon långvarig sjukdom respektive gruppen övriga utan långvarig sjukdom. När hälsogapet följs över tid visar det hur hälsan hos personer som lever med någon sjukdom ändras i förhållande till den övriga befolkningen. Vi bedömer att datakvaliteten är god. Men i måttets nuvarande utformning kan vi inte ta hänsyn till att sammansättningen av sjukdomar bland gruppen med någon långvarig sjukdom förändras över tid, vilket medför att indikatorn bör tolkas med försiktighet.

► Patienters upplevelse av om deras behov av hälso- och sjukvård blivit tillgodosett

Indikatorn baseras på en fråga i nationell patientenkät där de svarande har fått ange hur väl de instämmer i påståendet att deras aktuella vårdbehov har blivit tillgodosett. Vi bedömer att datakvaliteten är god för uppföljning på övergripande nationell och regional nivå. Vi menar att i vilken utsträckning patienten anser att deras vårdbehov har blivit täckt kan ses som en indikation på hur hälsan påverkats efter kontakten med vården. Frågan är dock inte validerad och vi vet inte vad de svarande väger in när de besvarar frågan. Då svaren även kan avspegla skilda förväntningar bör resultaten tolkas med försiktighet.



RESULTAT I KORTHET

- ▶ Det finns skillnader mellan regioner, men det är inte samma regioner som ligger i toppen och botten i alla tre indikatorer. Resultaten visar också på utbildningsskillnader, där de med lägre utbildning har en högre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Dessutom är hälsogapet mellan de som lever med en långvarig sjukdom och den friska befolkningen större bland dem med lägre utbildning. De med högre utbildning anser dock i mindre utsträckning att deras vårdbehov har blivit täckt.

MÖJLIGA FÖRKLARINGAR TILL UTFALLEN

Vi har sökt i litteraturen efter möjliga förklaringar till varför hälsoutfallet av vården skiljer sig mellan utbildningsgrupper och regioner. Ofta är det svårt att isolera hälso- och sjukvårdens påverkan på hälsoutfallet eftersom det finns många faktorer som påverkar, till exempel livsstilsfaktorer såsom mat-, alkohol- och rökvanor. Eftersom det är hälso- och sjukvårdens insatser som uppföljningen avser att fokusera på är det viktigt att försöka urskilja förklaringar som har med hälso- och sjukvården att göra. En sådan möjlig förklaring som kan påverka hälsoutfallet är i vilken utsträckning patienter i olika regioner och med olika utbildningsnivå får ta del av specifika vårdinsatser. Om exempelvis lågutbildade har sämre tillgång till en viss behandling kan det också innebära att hälsoutfallet blir sämre för de med lägre utbildning.

Vårdanalys (2014) har tidigare gjort en fördjupad analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Analysen utgick från fallstudier av åtta specifika skillnader mellan regioner och befolkningsgrupper (blad annat kön och utbildning). Skillnaderna rörde bland annat väntetid vid lungcancer, läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt, stroke och alkoholberoende, samt behandling med ballongutvidgning vid hjärtinfarkt – skillnader som vi menar att hälso- och sjukvården har mycket stor möjlighet att påverka.

Med hjälp av publicerade studier och rapporter, och genom intervjuer med ett antal verksamma inom de olika vårdområdena som fanns representerade bland de åtta skillnaderna, sökte vi efter möjliga orsaker till att skillnaderna uppstår.

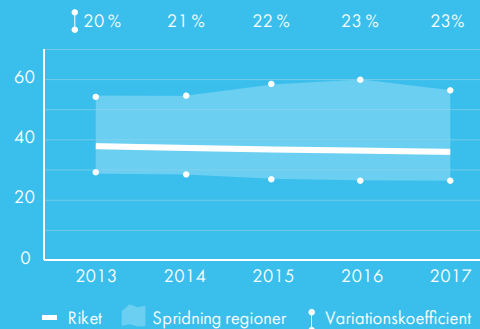
Resultaten visade bland annat att *skillnader i vårdens organisation, skillnader i tillgång till utrustning och personal* samt *lokala behandlingstraditioner* bidrar till ojämlikhet mellan regioner. När det gäller skillnader mellan utbildningsgrupper menade vi att vad som sker i själva *mötet mellan patient och vårdpersonal* är en central förklaringsfaktor. Vi såg bland annat att *otillräcklig kompensation och anpassning* efter patienters varierande egenskaper eller förutsättningar och felaktiga *generaliseringar* var möjliga förklaringar till att patienter med lägre utbildning fick en viss läkemedelsbehandling i mindre utsträckning än de med högre utbildning. Vi hittade också exempel på att *bristande kunskapsstyrning* kunde bidra. När det saknas tydliga riktlinjer eller kunskap om när en viss behandling ska ges är risken större att individfaktorer påverkar. Det kan också handla om att olika befolkningsgrupper behandlas på ställen med bland annat olika följsamhet till behandlingsriktlinjer.

Åtgärdbar dödlighet

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet
Ålderstandardiserade värden, fyraårsgenomsnitt 2014-2017

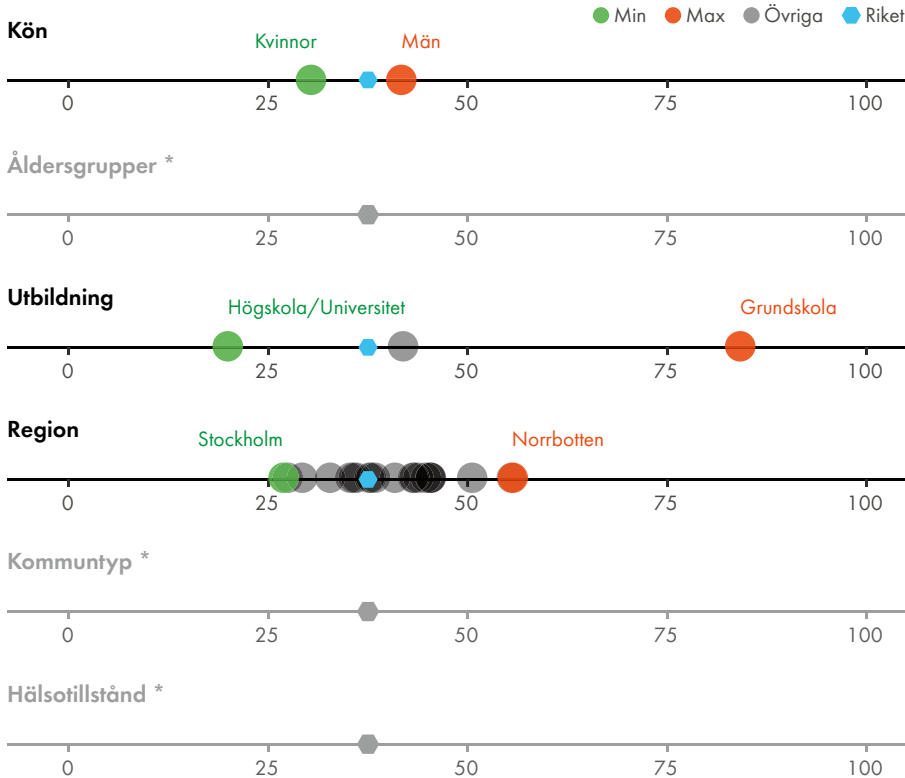
36

dödsfall per 100 000 invånare i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling



Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen) och egna beräkningar | År: 2014-2017

Resultatredovisning på enskilda bakgrundsfaktorer

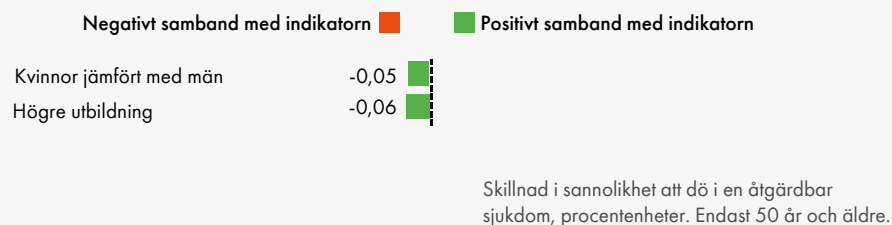


* Datakällan innehåller inte denna information och den har inte heller varit möjlig att länka samman. Färgmarkeringen i grönt och rött markerar endast relativt bättre versus sämre utfall. Den säger dock inget om utfallet i sig är bra eller dåligt.

- ▶ Något fler män än kvinnor dör i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling.
- ▶ Det är stora skillnader i dödlighet beroende på utbildningsnivå. Det är ungefär tre gånger så vanligt att personer som endast har grundskoleutbildning dör i åtgärdbara diagnoser jämfört med personer som har högskoleutbildning.
- ▶ Det är vissa skillnader mellan regioner, Norrbotten har högst dödlighet och Stockholm har den lägsta dödligheten. Skillnaderna mellan regioner har ökat sedan 2013.

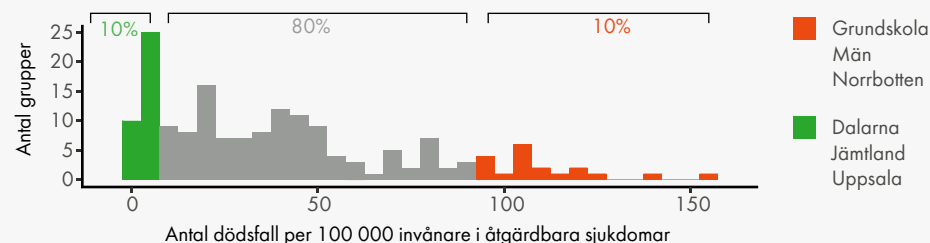
Jämlighetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

1. Samband mellan individuella bakgrundsfaktorer och indikatorn (regression)



- ▶ Skillnaderna mellan kön och mellan utbildningsnivåer till viss del kvarstår när de analyseras tillsammans. Resultatet ska dock tolkas med försiktighet då vi endast haft möjlighet att genomföra analysen för befolkningen 50 år och äldre. Det är möjligt att dessa skillnader ser annorlunda ut för hela befolkningen.

2. Individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer (interaktion och regression)



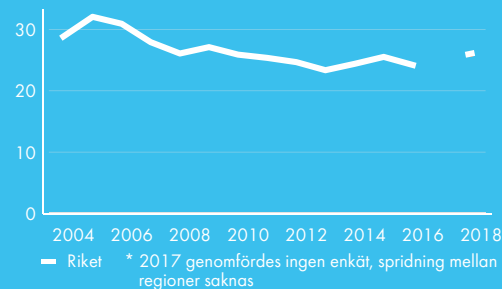
- ▶ När vi kombinerar olika bakgrundsfaktorer ser vi att spridningen blir större jämfört med en analys av enskilda bakgrundsfaktorer för sig. Vi ser också att skillnaderna mellan regioner till stora delar kvarstår när man tar hänsyn till ålder och utbildning. Enskilda regioners värden förändras dock, t.ex. Stockholm vars värde relativt sett försämrats något (gäller vid analys av befolkning 50 år och äldre).

Hälsogap

28

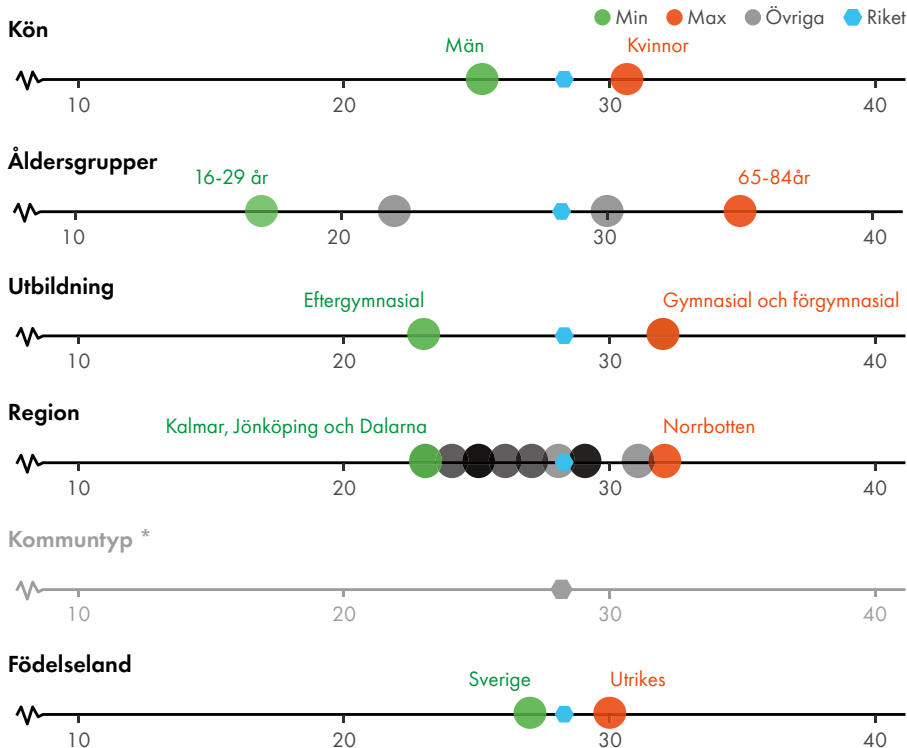
procentenheter är skillnaden i andelen med god hälsa mellan de som är friska och de som har en långvarig sjukdom

Skillnad i andel som bedömer sin hälsa som bra eller mycket bra mellan dem som har respektive inte har någon långvarig sjukdom, procentenheter. Ålderstandardiserade värden vid jämförelse över tid och mellan regioner.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsomyndigheten) och egna beräkningar | År: 2018

Resultatredovisning på enskilda bakgrundsfaktorer



* Vårdanalys har inte analyserat skillnader mellan kommuntyper på denna indikator. Färgmarkeringen i grönt och rött markerar endast relativt bättre versus sämre utfall. Den säger dock inget om utfallet i sig är bra eller dåligt.

- ▶ Skillnaden i självskattad hälsa mellan sjuka och friska har minskat över tid. Den självskattade hälsan har ökat för båda grupperna, men eftersom den självskattade hälsan bland personer med sjukdom har ökat mer än bland den friska gruppen så har skillnaden minskat. Det kan bero på att det skett en förbättring i de faktorer, däribland sjukvården, som påverkar hälsan hos personer med sjukdom.
- ▶ Skillnaden i upplevd hälsa mellan sjuka och friska är större bland kvinnor än män. Skillnaden är också större i de äldre åldersgrupperna än de yngre. Skillnaden är större bland personer med förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Skillnaden kvarstår när vi tar hänsyn till ålder (redovisas ej här).
- ▶ Indikatorn ska tolkas med försiktighet av flera anledningar. Dels kan vi inte ta hänsyn till sjukdomssammansättningen i gruppen långvarigt sjuka. Dels är enkätunderlaget för denna analys litet vilket medför vissa osäkerheter i skattningarna.

Jämlikhetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

1. Samband mellan individuella bakgrundsfaktorer och indikatorn (regression)

Vårdanalys har inte haft möjlighet att länka samman nödvändiga bakgrundsfaktorer för att möjliggöra denna analys.

2. Individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer (interaktion och regression)

Vårdanalys har inte haft möjlighet att länka samman nödvändiga bakgrundsfaktorer för att möjliggöra denna analys.

Tillgodosett vårdbehov

79%

av patienterna upplever att deras behov av vård har blivit tillgodosett

Tidserier saknas

Baseras på en fråga i patientenkät: "Anser du att ditt aktuella behov av vård har blivit tillgodosett?" Andel som svarat 4 eller 5 på en femgradig skala, där 5 innebär "ja, helt och hållet". Indikatorn har ej varit möjlig att ålderstandardisera.

Källa: Nationell patientenkät (SKL) och egna beräkningar | År: 2016 (Akutvård), 2017 (Primärvård), 2018 (Sluten- och öppenvård)

▶ Resultatredovisning på enskilda bakgrundsfaktorer



* data för akutvården och primärvården saknas
Färgmarkeringen i grönt och rött markerar endast relativt bättre versus sämre utfall. Den säger dock inget om utfallet i sig är bra eller dåligt.

- ▶ Män upplever i något högre grad än kvinnor att deras behov av vård har blivit tillgodosett, men denna skillnad kvarstår inte när vi tar hänsyn till andra bakgrundsfaktorer. Yngre och högtutbildade tenderar att i lägre utsträckning än äldre och lågutbildade uppleva att deras behov har tillgodosetts.
- ▶ Skillnaden mellan regioner och olika kommuntyper är förhållandevis små jämfört med t.ex. ålder. Patienter som vårdats inom slutenvården upplever i högst grad att deras behov tillgodoses.
- ▶ Patienter som uppgett ett gott allmänt hälsotillstånd upplever i betydligt högre grad att deras behov av vård tillgodoses än patienter som anger att deras allmänna hälsotillstånd är dåligt (avser endast den specialiserade vården).

▶ Jämlighetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

1. Samband mellan individuella bakgrundsfaktorer och indikatorn (regression)

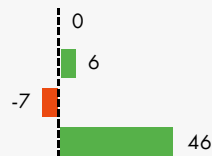
Negativt samband med indikatorn ■ Positivt samband med indikatorn ■

Kvinnor jämfört med män

Högre ålder

Högre utbildning

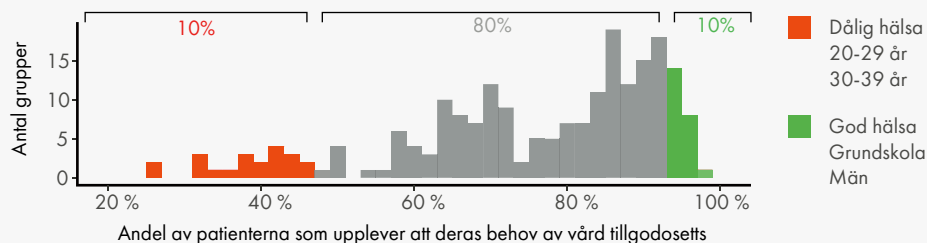
Bättre hälsa



Skillnad i sannolikhet att uppges att behovet blivit tillgodosett, procentenheter. Primärvården och akutvården ingår ej i analysen.

- ▶ Vi finner att skillnaderna inom de olika bakgrundsfaktorerna som redovisas ovan förändras när man tar hänsyn till fler faktorer samtidigt. Vi ser då inte längre en skillnad mellan kön och skillnaden mellan åldersgrupper minskar. Skillnaderna mellan olika utbildningsnivåer kvarstår dock och även skillnaden mellan dålig och god självskattad hälsa.

2. Individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer (interaktion och regression)



- ▶ När vi kombinerar olika bakgrundsfaktorer ser vi att spridningen blir större jämfört med en analys av enskilda bakgrundsfaktorer. Inom några kombinationer är det endast drygt 20% som uppger att deras behov tillgodosetts. Dålig hälsa ingår oftast i de kombinerade grupper som i lägst grad upplever att deras behov har blivit tillgodosett. Vi kan även se att variationen mellan regioner kvarstår när vi tar hänsyn till de individuella bakgrundsfaktorerna (redovisas ej här).

Personcentrering

Personcentrering innebär i korthet att patienten, och dennes närstående, blir sedda, respekterade och inkluderade i vården utifrån varje individs behov, preferenser och resurser. Delaktighet i beslut, stöd till egenvård, ett respektfullt bemötande samt god information och kommunikation samt samordning är viktiga dimensioner. Även behovet av kontinuitet ingår som en del i vårdens förmåga att vara samordnad.

TVÅ INDIKATORER FÖR ATT FÖLJA UPP PERSONCENTRERING

► Upplevelse av vårdmötet

Indikatorn baseras på en sammanvägning av fem enkätfrågor som tillsammans avspeglar fyra olika dimensioner av personcentrering, och som i sin tur kan förknippas med själva vårdmötet mellan patient och hälso- och sjukvården; delaktighet, medskapande och stöd till egenvård, bemötande samt kommunikation och information. Dimensionerna samlas i en gemensam indikator eftersom de är starkt förknippade med varandra och delvis överlappande. Resultatet anges på en skala mellan 0 och 100 där ett högre värde innebär en bättre upplevelse.

► Upplevd samordning

Indikatorn baseras på en enkätfråga där patienterna fått ta ställning till i vilken utsträckning de instämmer i påståendet att hälso- och sjukvården samordnar deras vårdkontakter i den utsträckning de behöver. Här handlar det alltså om patientens bedömning av hälso- och sjukvårdens arbetssätt snarare än innehållet i själva vårdmötet.

Båda indikatorerna baseras på nationell patientenkät. Frågorna som ingår i den första indikatorn ställs till patienter som har besökt primärvården, öppen och sluten specialiserad vård och akutmottagningar. Frågan om samordning ställs till endast till patienter som besökt primärvården samt öppen och sluten specialiserad vård, men inte till patienter som besökt en akutmottagning. Vi bedömer att datakvaliteten för uppföljning på övergripande nationell och regional nivå i sig är relativt god för dessa indikatorer. Däremot är det osäkert i vilken utsträckning frågorna och patienternas svar fångar det vi önskar. I delrapport 1 ger vi en närmare presentation och beskrivning av nationell patientenkät.



RESULTAT I KORTHET

- ▶ I genomsnitt instämmer patienterna helt eller delvis till drygt 80% i att vårdmötet är personcentrerat. Drygt 70 procent upplever att vården samordnar deras vårdkontakter i den utsträckning de behöver. Det finns vissa skillnader mellan regionerna (omkring tio procentenheter) men den mest framträdande skillnaden är mellan åldersgrupper, där äldre upplever vårdmötet mer personcentrerat och vården mer samordnad.
- ▶ I den specialiserade vården upplever patienter med sämre hälsa i betydligt mindre utsträckning att vården är personcentrerad och samordnad (för primärvården och akutmottagningar saknas information om hälsostatus). Det är problematiskt eftersom de med sämre hälsa kan tänkas ha stort behov av en personcentrerad och samordnad vård.
- ▶ Resultaten för upplevelsen av vårdmötet är betydligt sämre för primärvården och akutmottagningar än för den specialiserade vården. Resultaten för samordning är också betydligt sämre för primärvården jämfört med den specialiserade vården (information för akutmottagningarna saknas).

MÖJLIGA FÖRKLARINGAR TILL UTFALLEN

Alla personer, oavsett bland annat bostadsort, ålder, kön och utbildning, ska få ett bra bemötande, vara delaktiga i så stor utsträckning de önskar och få en samordnad vård efter deras behov. Mot den bakgrunden är det svårt att se att de skillnader vi observerar mellan regioner och befolkningsgrupper skulle vara motiverade. Men ett känt problem med PREMs är att svaren påverkas av förväntningar (KCE 2018). Om förväntningarna på hälso- och sjukvården skiljer sig mellan grupper kan det påverka upplevelsen av vårdmötet och samordningen. Det finns evidens för att förväntningarna anpassas i takt med stigande ålder, och att upplevelsen av vården då också blir mer i linje med förväntningarna (Jaipaul och Rosenthal 2003). En möjlig förklaring till att äldre rapporterar bättre upplevelser av vården än yngre är därmed att förväntningarna bland de yngre i vissa fall kan vara för höga. Det är också möjligt att patienter med högre utbildning har högre förväntningar på personcentrering och samordning.

Möjligheterna att uppnå god delaktighet och möjligheter till medskapande i vårdmötet beror i stor utsträckning på patienternas hälsokompetens. Vården kan öka förutsättningarna att förbättra hälsokompetensen, till exempel genom att tillhandahålla ändamålsenlig information (Vårdanalys 2018, Coulter m.fl. 2008).

En möjlig förklaring till att personcentreringen skiljer sig mellan regioner och vårdgivare är skillnader i arbetssätt, organisation och ledarskap. För att vården ska vara personcentrerad behöver det bland annat finnas en kultur och en organisation med rutiner, arbetssätt och ledarskap som genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt (Vårdanalys 2018, Alharbi m.fl. 2012 och 2014, Coulter 2012, GPCC 2019). I en tillsyn av vården för multisjuka äldre har IVO påpekat att bristande informationsöverföring, ansvarsfördelning och bristande läkemedelslistor bidrar till sämre kontinuitet och samordning (IVO 2018). Även ersättningsystemen kan påverka vårdens samordning (Vårdanalys 2017a, Kraus 2007).

Upplevelse av vårdmötet

83%

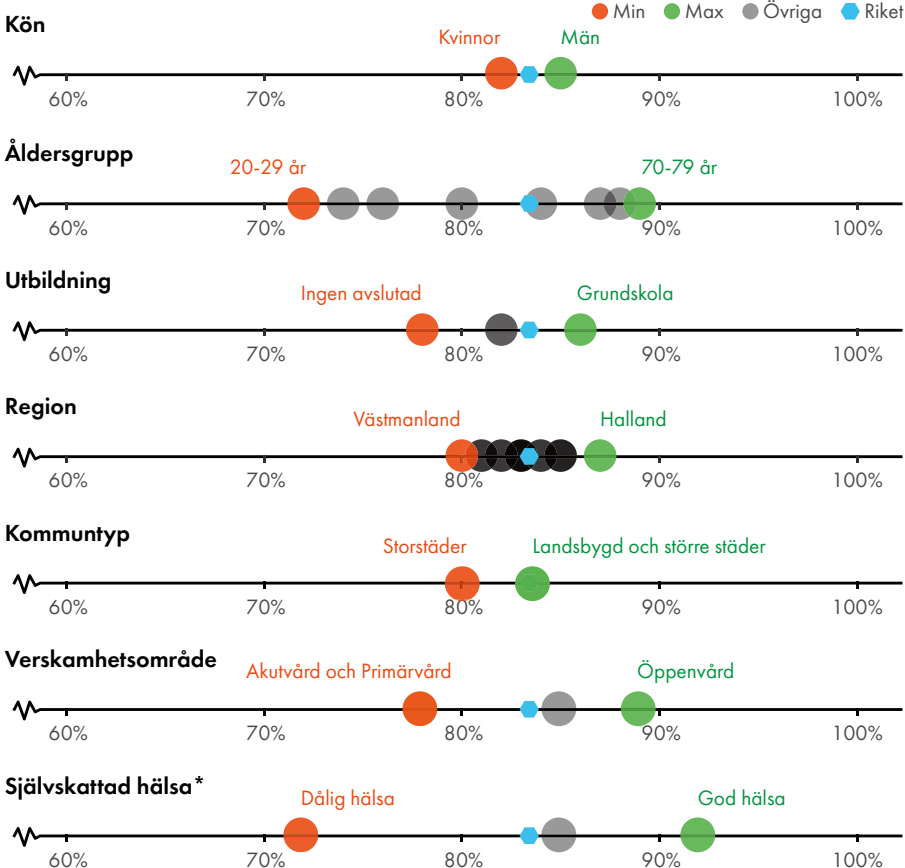
av patienterna upplever ett positivt vårdmöte avseende delaktighet, medskapande, bemötande och kommunikation

Indikatorn bygger på frågor i patientenkät och sammanfattar hur patienter upplever fyra olika aspekter: delaktighet, medskapande, bemötande och kommunikation. Indexet mäter hur många procent av de fyra aspekterna som respondenterna i genomsnitt svarar positivt på (se delrapport 1).

Tidserier saknas

Källa: Nationell patientenkät (SKL) och egna beräkningar | År: 2016 (Akutvård), 2017 (Primärvård), 2018 (Sluten- och öppenvård)

► Resultatredovisning på enskilda bakgrundsfaktorer

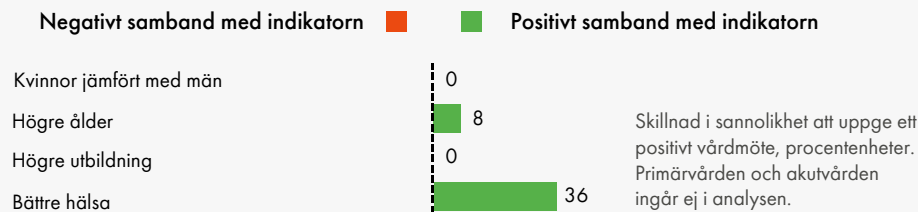


* data för akutvården och primärvården saknas
Färgmarkeringen i grönt och rött markerar endast relativt bättre respektive sämre utfall. Den säger dock inget om utfallet i sig är bra eller dåligt.

- Män upplever ett positivt vårdmöte i något högre grad än kvinnor, skillnaden kvarstår dock inte när vi kontrollerar för flera bakgrundsfaktorer. Det finns skillnader mellan åldersgrupper, där yngre är mindre positiva än äldre. Personer med endast grundskoleutbildning har i något större grad en positiv upplevelse av vårdmötet. Denna skillnad kvarstår inte när vi kontrollerar för fler bakgrundsfaktorer samtidigt.
- Skillnaderna mellan regioner och olika kommuntyper är förhållandesvis små jämfört med t.ex. ålder. Vi finner att variationen är större mellan verskamhetstyper.
- Patienter som upplever sin hälsa som god har en mer positiv upplevelse av vårdmötet än patienter med dålig hälsa (avser endast den specialiserade vården).

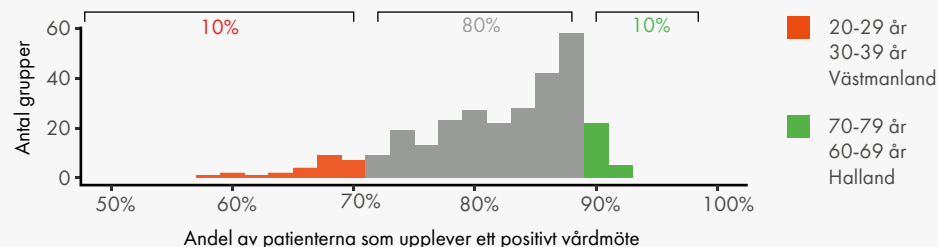
► Jämlighetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

1. Samband mellan individuella bakgrundsfaktorer och indikatorn (regression)



- Skillnaderna inom de olika bakgrundsfaktorerna som redovisas ovan förändras när man tar hänsyn till fler faktorer samtidigt. Skillnaden mellan kön och utbildning kvarstår inte och skillnaden mellan åldersgrupper minskar. Däremot kvarstår skillnaderna mellan dålig och god självskattad hälsa.

2. Individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer (interaktion och regression)



- De kombinerade grupperna som i högst grad upplever ett positivt vårdmöte är oftare personer mellan 60-80 år. De svarar i genomsnitt positivt på nästan alla aspekter. Sämst upplevelse uppger personer mellan 20-40 år, de svarar i genomsnitt positivt på hälften av aspekterna. Vi kan även se att variationen mellan regioner kvarstår när vi tar hänsyn till de individuella bakgrundsfaktorerna (redovisas ej här).

Upplevd samordning

73%

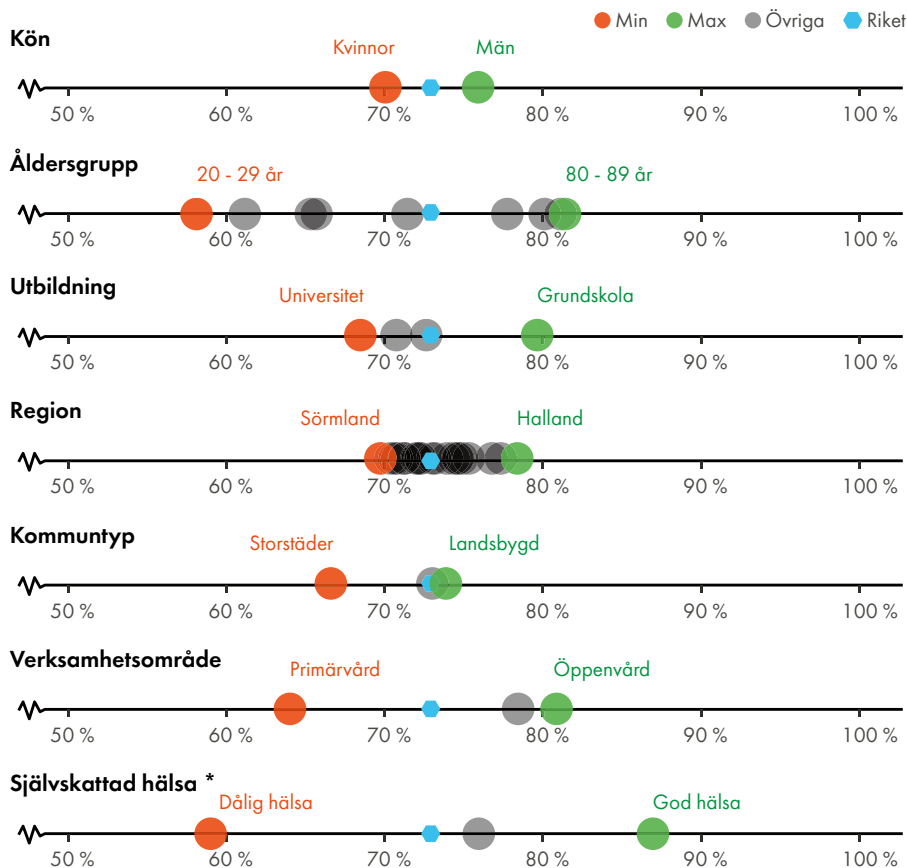
av patienterna upplever en god samordning av deras vårdkontakter

Tidserier saknas

Baseras på en fråga i patientenkät:
"Anser du att personalen i hälso- och sjukvården samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?"
Andel som svarat 4 eller 5 på en femgradig skala.

Källa: Nationell patientenkät (SKL) och egna beräkningar | År: 2016 (Akutvård), 2017 (Primärvård), 2018 (Sluten- och öppenvård)

▶ Resultatredovisning på enskilda bakgrundsfaktorer

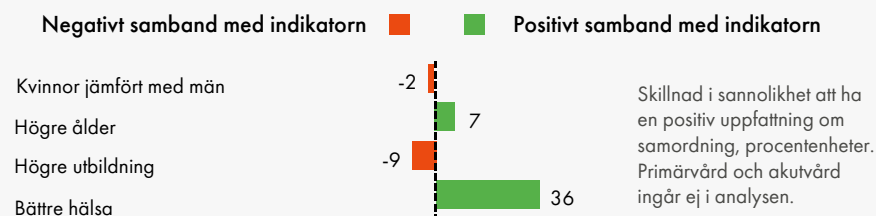


- ▶ Män upplever i något högre grad än kvinnor att vården samordnar deras vårdkontakter. Det är stora skillnader mellan åldersuppgrupper, yngre tenderar att i lägre utsträckning än äldre uppleva att vården är samordnad. Personer med endast grundskoleutbildning tenderar i något högre grad uppleva att vården samordnar deras kontakter.
- ▶ Skillnaden mellan regioner och olika kommuntyper är förhållandes små jämfört med andra bakgrundsfaktorer.
- ▶ Patienter som besökt primärvården upplever i lägre grad än andra att vården är samordnad. Personer som uppger att de har ett dåligt hälsotillstånd upplever också sämre samordning (avser endast den specialiserade vården).

* data för akutvården och primärvården saknas
Färgmarkeringen i grönt och rött markerar endast relativt bättre respektive sämre utfall.
Den säger dock inget om utfallet i sig är bra eller dåligt.

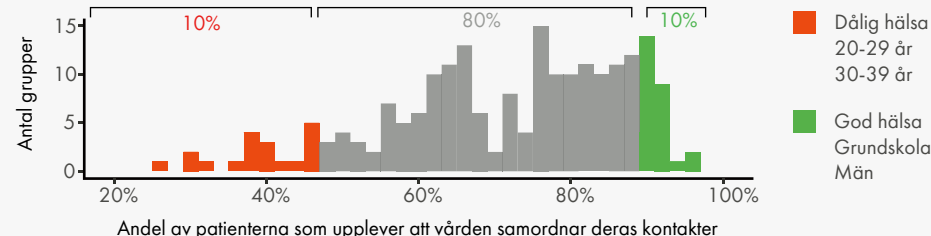
▶ Jämlighetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

1. Samband mellan individuella bakgrundsfaktorer och indikatorn (regression)



- ▶ Skillnaderna inom de olika bakgrundsfaktorerna som redovisas ovan kvarstår till stora delar när man tar hänsyn till fler faktorer samtidigt. Skillnaden mellan olika utbildningsnivåer och mellan åldersgrupper minskar. Däremot kvarstår skillnaderna mellan dålig och god självskattad hälsa.

2. Individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer (interaktion och regression)



- ▶ Det finns kombinationer av grupper där upplevelsen av samordningen är betydligt sämre än vad vi kan se från enskilda bakgrundsfaktorer. Bland grupperna med sämst resultat återfinns särskilt patienter som har dålig hälsa och patienter i åldern 20-39 år. Vi kan även se att variationen mellan regioner kvarstår när vi tar hänsyn till de individuella bakgrundsfaktorerna (redovisas ej här).

Det är ofta en viss väntetid till olika kontakter och insatser i vårdkedjan. Långa väntetider till besök och behandling kan leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras. Men även om det medicinska resultatet inte påverkas kan man som person påverkas av väntetiden, exempelvis via oro, stress och obehag.

EN INDIKATOR I TRE DELAR FÖR ATT FÖLJA UPP VÄNTETIDER

Den nationella vårdgarantin (9 kap. 1 § HSL, 6 kap. 1 § HSF) tydliggör hur länge man som patient som längst ska behöva vänta på vård. Patienter ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården). Man ska också få planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti). Fram till 1 januari 2019 fanns det en besöksgaranti inom primärvården som sa att man skulle få besöka läkare inom primärvården inom sju dagar från det att man har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att det finns behov av att besöka en läkare. Därefter är det en bedömningsgaranti med tidsgränsen tre dagar.

För att följa upp väntetider föreslår vi en indikator som tar fasta på tre delar i garantin: besöksgarantin inom primärvården (som den var formulerad före 2019), besöksgarantin inom den specialiserade vården och behandlingsgarantin.

► Väntetider: Hur väl vårdgarantin efterlevs när det gäller

- Andel patienter som fått ett läkarbesök inom primärvården inom sju dagar (besöksgarantin inom primärvården, som den var formulerad före 2019)
- Nybesök inom den specialiserade vården inom 90 dagar
- Påbörjad behandling inom 90 dagar

Informationen kommer från väntetidsdatabasen. Till följd av möjligheten att olika verksamheter tolkar och rapporterar på skilda sätt finns det osäkerhet i hur väl informationen avspeglar den verkliga väntetidssituationen. Att ekonomiska incitament under vissa tidsperioder kopplats till väntetiderna ökar också osäkerheten över tid samt mellan regioner. För uppföljning på nationell nivå bedömer vi att statistiken ändå bidrar med en övergripande bild, men det är svårare att använda informationen på lägre nivå. Det är också viktigt att ha i åtanke att måtten endast omfattar en del av vårdkedjan.



RESULTAT I KORTHET

- ▶ Många patienter får vänta längre än de tidsgränser som anges i vårdgarantin. Drygt 90 procent av läkarbesöken i primärvården genomförs inom sju dagar. För barn är andelen högre än för övriga åldersgrupper. När det gäller nybesök inom den specialiserade vården hålls tidsgränsen i 80 procent av fallen. För påbörjad behandling är efterlevnaden av vårdgarantin endast 70 procent.
- ▶ Andelen patienter som har väntat mer än 90 dagar på ett besök eller att få påbörja behandling i den specialiserade vården har ökat de senaste åren. Även andelen som har väntat mer än sju dagar på att få besöka läkare i primärvården har ökat.
- ▶ Skillnaderna mellan regionerna har ökat över tid.

MÖJLIGA FÖRKLARINGAR TILL UTFALLEN

Vi har sökt efter förklaringar till skillnader i väntetider utifrån forskning såväl som myndighetsrapporter. Utifrån sökningen går det inte att ge ett enskilt eller uttömmande svar på varför väntetiderna skiljer sig mellan regioner, verksamheter och vårdområden. Det finns flera faktorer som påverkar väntetiderna, vilket medför att det inte finns något enskilt nationellt recept för att korta detsamma. Åtgärderna måste anpassas efter den lokala situationen. Men det finns en rad möjliga mer generella förklaringar till långa väntetider.

Vårdanalys har i en tidigare uppföljning av den nationella vårdgarantin undersökt vad som kunde förklara skillnader i vårdgarantins efterlevnad mellan regioner när det gäller nybesök och påbörjad behandling inom den specialiserade vården (Vårdanalys 2015). Baserat på data på regionnivå (då landstingsnivå) för åren 2010–2012 fann vi att regioner som hade högre produktivitet, som köpte mer vård från andra landsting och som hade större personella resurser också hade en högre efterlevnad av vårdgarantin (Vårdanalys 2015). Större ekonomiska resurser hade i stället en signifikant negativ effekt, det vill säga det tenderade snarare att försämra väntetidssituationen.

Även olika arbetssätt och rutiner kan påverka väntetiderna. Att regelbundet gå igenom väntelistor och ha framförhållning i schemaläggning är exempel på hur väntetidsituationen kan förbättras (Vårdanalys 2015). Ekonomiska incitament kan påverka väntetiderna både positivt och negativt beroende på hur ersättningssystemet utformas (Lindgren 2014). Det är svårt att bortse från att de försämringar som ses blir särskilt tydliga någon gång kring 2014 och 2015, och alltså sammanfaller med att de ekonomiska incitamenten togs bort (Vårdanalys 2017b), men det är svårt att dra tydliga slutsatser om vad som beror på ekonomiska incitament och vad som beror på andra faktorer.

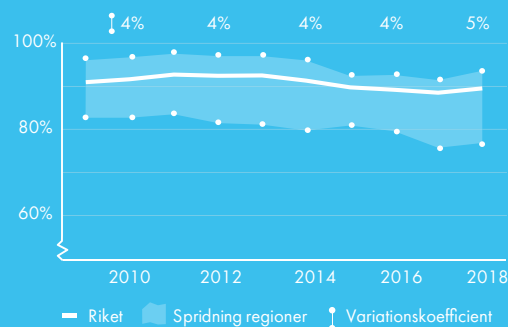
Inom viss typ av kirurgi har längre väntetider observerats på universitetssjukhus än på länsdelsjukhus. Det kan eventuellt bero på att planerade kirurgiska ingrepp bokas av eller på grund av akuta inkommande fall (Löfvendahl m.fl. 2005).

Väntetid till primärvård

Andel patienter som fått ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar. Patientvald väntan ingår ej.

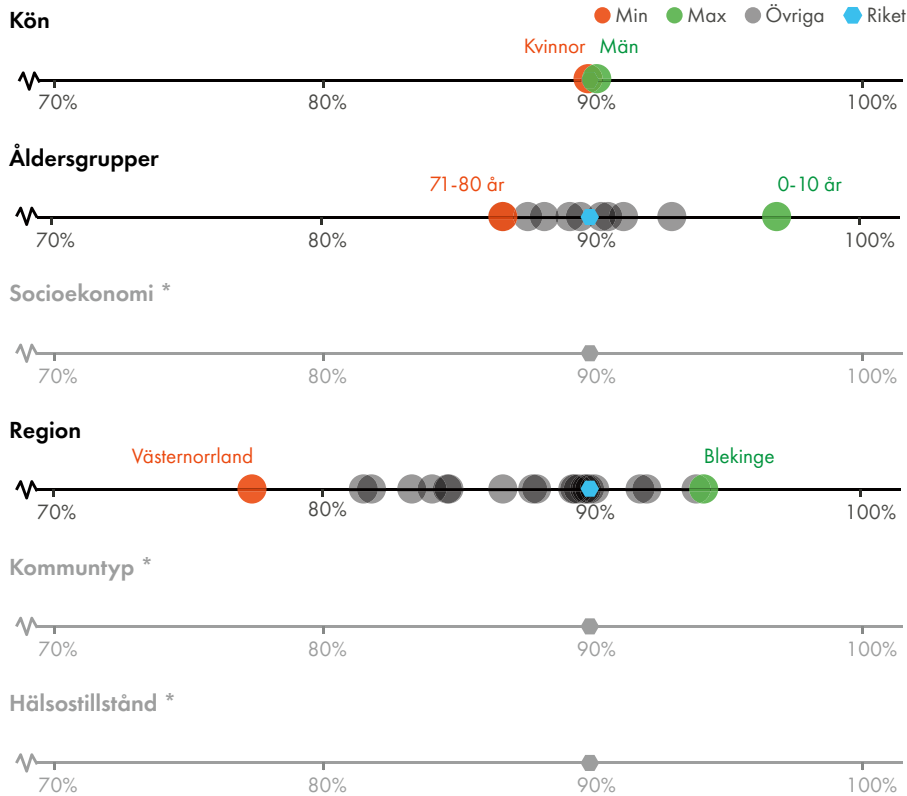
90%

av patienterna har fått ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar



Källa: Väntetidsdatabasen (SKL) och egna beräkningar | År: 2018

Resultatredovisning på enskilda bakgrundsfaktorer



* Datakällan innehåller inte denna information
Färgmarkeringen i grönt och rött markerar endast relativt bättre respektive sämre utfall. Den säger dock inget om utfallet i sig är bra eller dåligt.

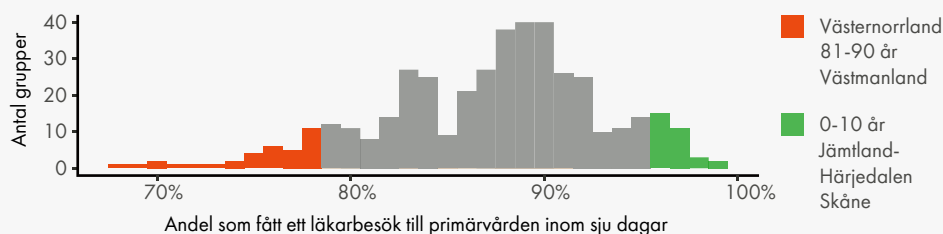
- ▶ Något fler män än kvinnor får vård inom vårdgarantin inom primärvården. Yngre får i större utsträckning än äldre ett besök inom sju dagar i primärvården.
- ▶ Blekinge är den region där högst andel, cirka 90% av patienterna, får ett besök i primärvården inom sju dagar. Det kan jämföras med Västernorrland där endast cirka 77% får ett besök inom sju dagar. Variationen mellan regionerna har varit relativt stabil under perioden men ökar något från 2016.
- ▶ Andelen patienter som väntat i mindre än sju dagar har legat på ungefär samma nivå under perioden.

Jämlighetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

1. Samband mellan individuella bakgrundsfaktorer och indikatorn (regression)

Datakällan innehåller inte individuella bakgrundsfaktorer vid sidan av ålder och kön. Datakällan kan heller inte länkas till annan information.

2. Individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer (interaktion och regression)



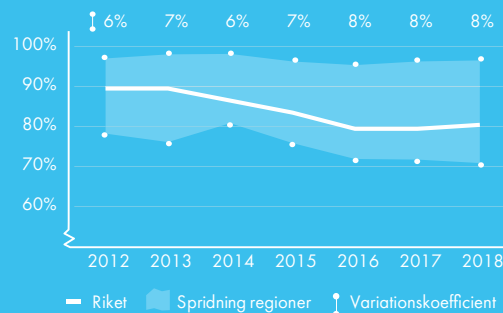
- ▶ Åldersgruppen 81-90 år och regionerna Västernorrland och Västmanland ingår oftare än andra grupper i de kombinerade grupper med lägst resultat. Yngre barn samt regionerna Jämtland-Härjedalen och Skåne ingår oftare i kombinationer med bäst resultat.

Väntetid till specialiserad vård

Andel patienter som fått ett nybesök i den specialiserade vården inom 90 dagar. Patientvald väntan ingår ej.

80%

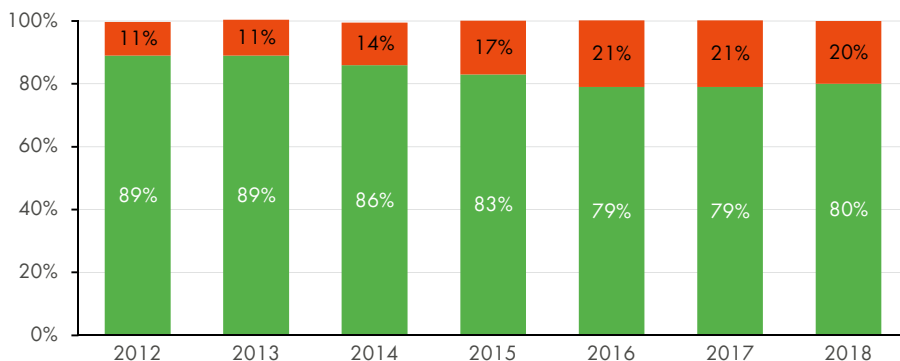
av patienterna har fått ett besök i den specialiserade vården inom 90 dagar



Källa: Väntetidsdatabasen(SKL) och egna beräkningar | År: 2018

► Resultatredovisning över tid och på enskilda bakgrundsfaktorer

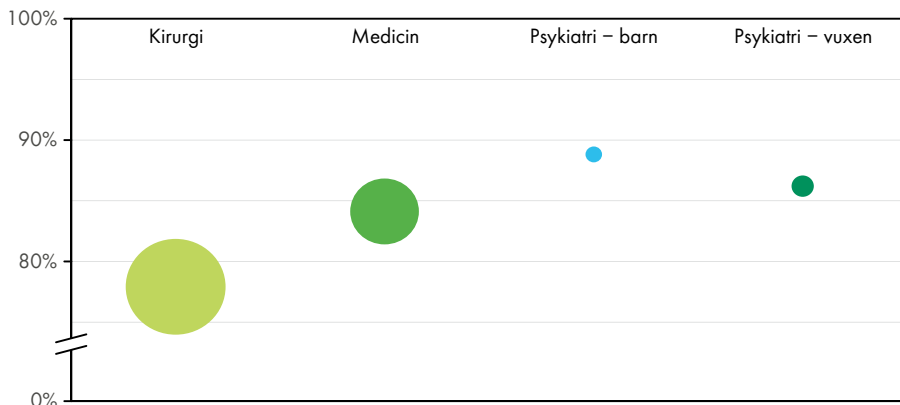
Jämförelse över tid, riket



■ Andel som väntat på ett nybesök mer än 90 dagar
■ Andel som väntat på ett nybesök inom 90 dagar

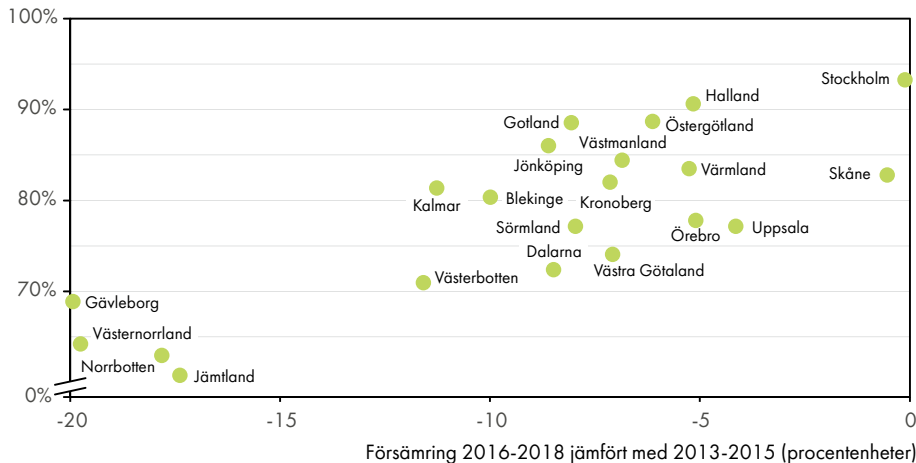
Jämförelse mellan verksamhetsområden

Andel som väntat på ett nybesök inom 90 dagar



Jämförelse mellan regioner för två tidsperioder

Andel som väntat på ett nybesök inom 90 dagar, 2018



► Andelen patienter som väntar på ett nybesök inom specialistvården och som har fått vänta längre än 90 dagar har ökat under tidsperioden 2012-2018.

► Måluppfyllelsen inom specialistvården, dvs. att patienten ska få ett nybesök inom 90 dagar, skiljer sig mellan olika vårdområden. För området med bäst måluppfyllelse (barnpsykiatri) får 89% ett besök inom 90 dagar. För området med sämst måluppfyllelse (kirurgi) får 78% ett nybesök inom 90 dagar. "Bubblornas" storlek indikerar antalet patienter som har fått ett nybesök inom 90 inom respektive vårdområde.

► Efterlevnaden av vårdgarantin varierade 2018 mellan 60-100%. Efterlevnaden har försämrats över tid för samtliga regioner, försämringen uppgår till 0-20 procentenheter mellan årsgenomsnitten 2013-2015 och 2016-2018. De fyra regioner med lägst måluppfyllelse under perioden 2016-2018 är också de landsting som försämrats sig mest.

► Jämlighetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

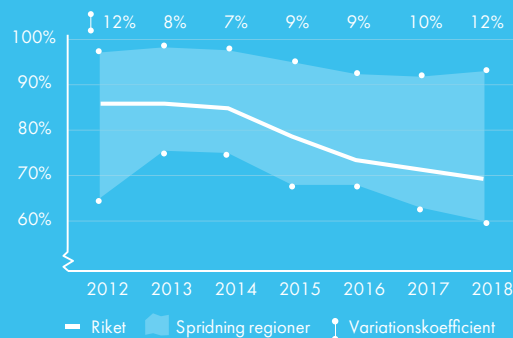
Jämlighetsanalyser har ej varit möjliga att genomföra för denna indikator då datakällan ej innehåller nödvändig bakgrundsinformation respektive ej heller kan länkas till sådan information.

Väntetid till behandling

Andel patienter som fått påbörja behandling inom 90 dagar. Patientvald väntan ingår ej.

70%

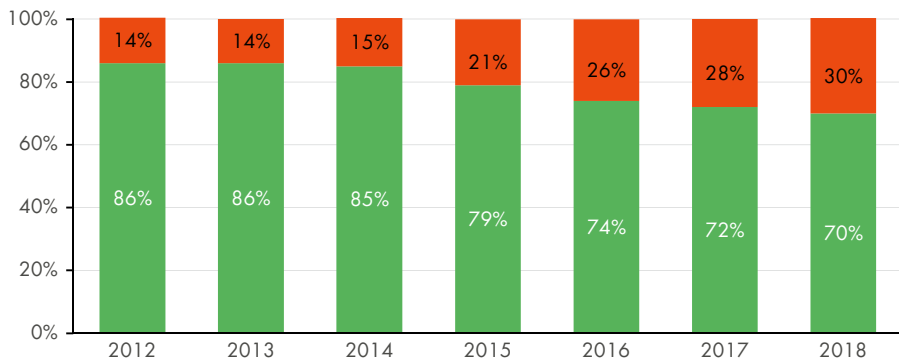
av patienterna har fått påbörja behandling inom 90 dagar



Källa: Väntetidsdatabasen(SKL) och egna beräkningar | År: 2018

► Resultatredovisning över tid och på enskilda bakgrundsfaktorer

Jämförelse över tid, riket

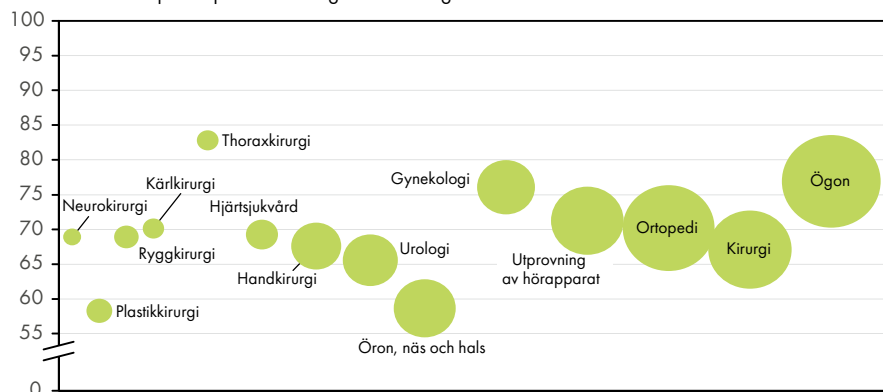


■ Andel som väntat på behandling mer än 90 dagar
■ Andel som väntat på börjad behandling inom 90 dagar

► Andelen patienter som väntar på att påbörja en behandling och som fått vänta längre än 90 dagar har ökat påtagligt under tidsperioden 2012-2018.

Jämförelse mellan verksamhetsområden

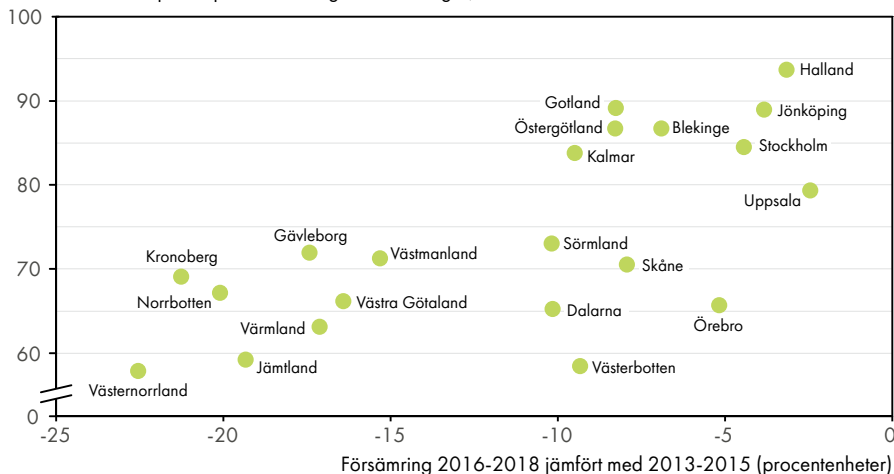
Andel som väntat på börjad behandling inom 90 dagar



► Måluppfyllelsen inom specialistvården, dvs. att patienten ska få påbörja en behandling inom 90 dagar, skiljer sig mellan olika vårdområden. Storleken på "bubblorna" indikerar hur många patienter som fått påbörja behandling inom 90 dagar.

Jämförelse mellan regioner för två tidsperioder

Andel som väntat på börjad behandling inom 90 dagar, 2018



► Efterlevnaden av vårdgarantin varierade 2018 mellan 60-100%. Efterlevnaden har försämrats över tid för samtliga regioner, försämringen uppgår till 0-25 procentenheter mellan års-genomsnitten 2013-2015 och 2016-2018.

► Jämlighetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

Jämlighetsanalyser har ej varit möjliga att genomföra för denna indikator då datakällan ej innehåller nödvändig bakgrundsinformation respektive ej heller kan länkas till sådan information.

Tillgänglighetsbarriärer

Med tillgänglighetsbarriärer menar vi hinder för att få tillgång till hälso- och sjukvården. Höga barriärer gör det svårt för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe. Barriärerna kan vara av olika slag, exempelvis fysiska, kostnadsmässiga, informationsmässiga eller språkliga.

TRE INDIKATORER FÖR ATT FÖLJA UPP TILLGÄNGLIGHETSBARRIÄRER

► Upplevelse av att ha tillgång till den vård man behöver

Indikatorn baseras på en enkätfråga i hälso- och sjukvårdsbarometern. Resultaten anger hur stor andel (i procent) som instämmer helt eller delvis i påståendet att de har tillgång till den vård de behöver. Vi bedömer att datakvaliteten i undersökningen är relativt god.

► Personer som uppger att de avstått läkarvård eller att hämta ut medicin

Indikatorn baseras på frågor ur den nationella folkhälsoenkäten. Vi bedömer att datakvaliteten i undersökningen är relativt god. Resultaten visar andelen av befolkningen (i procent) som uppger att de under de senaste tre månaderna har avstått läkarvård trots upplevt behov eller avstått att hämta ut mediciner på grund av kostnader, att man inte vet vart man ska vända sig eller på grund av avstånd till apotek.

► Telefontillgänglighet i primärvården

Indikatorn anger andelen (i procent) av telefonsamtalen som inkommer till vårdcentraler under ordinarie öppettider och som besvaras samma dag. Mätningarna görs under begränsade perioder som är på förhand kända, vilket gör att vårdcentralerna har möjlighet att anpassa sig efter det. Endast telefontillgänglighet mäts, medan det inte finns information om tillgängligheten för andra kontaktvägar.

RESULTAT I KORTHET

- En majoritet av befolkningen upplever att de i allmänhet har tillgång till den vård de behöver, men det finns skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Framförallt upplever de med ett sämre allmänt hälsotillstånd att de har tillgång till den vård de behöver. Bland äldre och personer med låg utbildningsnivå är det något fler som upplever att de har tillgång till den vård de behöver än bland yngre och personer med högre utbildningsnivå. I likhet med resultaten för personcentrering kan skilda förväntningar hos olika grupper vara en bidragande orsak till detta mönster.
- Vi ser också att det finns relativt stora regionala skillnader i förekomsten av tillgänglighetsbarriärer i hälso- och sjukvården.

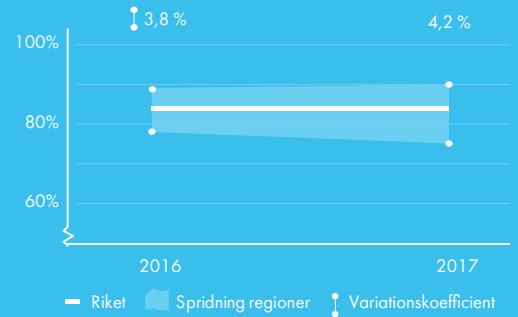


Tillgång till vård

Baseras på en fråga i medborgarenkät: "Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver" Andel som svarat "Instämmer helt" eller "Instämmer delvis".

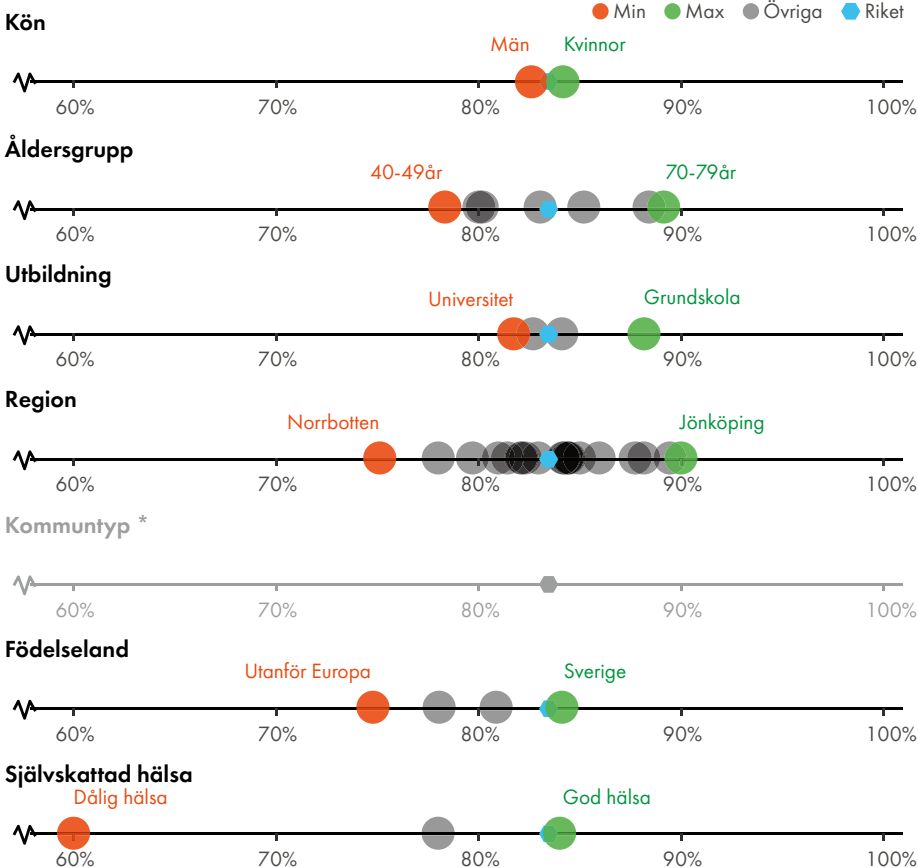
84%

av befolkningen anser att de har tillgång till den vård de behöver



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern (SKL) och egna beräkningar | År: 2017

Resultatredovisning på enskilda bakgrundsfaktorer

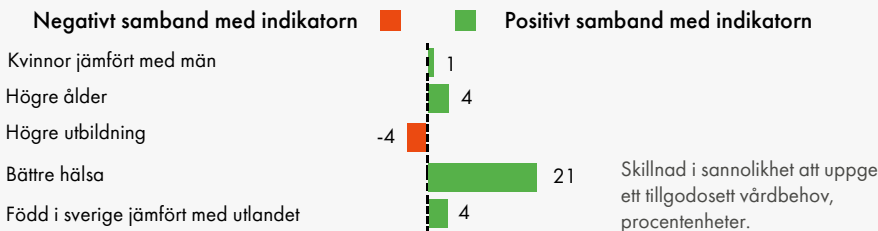


* datakällan innehåller inte denna information
Färgmarkeringen i grönt och rött markerar endast relativt bättre respektive sämre utfall. Den säger dock inget om utfallet i sig är bra eller dåligt.

- ▶ Kvinnor anser i något högre grad jämfört med män att de har tillgång till den vård de behöver. Det är relativt stor spridning mellan åldersgrupper, äldre personer uppger i större grad att de har tillgång till den vård de behöver jämfört med yngre. Personer med högst grundskoleutbildning anser i större utsträckning än personer med högskoleutbildning att de har tillgång till den vård de behöver.
- ▶ Det är stora skillnader mellan regionerna, personer som bor i Norrbotten uppger i lägst utsträckning att de har tillgång till den vård de behöver. Personer som är födda utanför Europa anser i lägre utsträckning att de har tillgång till den vård de behöver jämfört med personer som är födda i Sverige.
- ▶ Endast ca 60 % av de som uppger att de har dålig hälsa, anser också att de har tillgång till den vård de behöver.

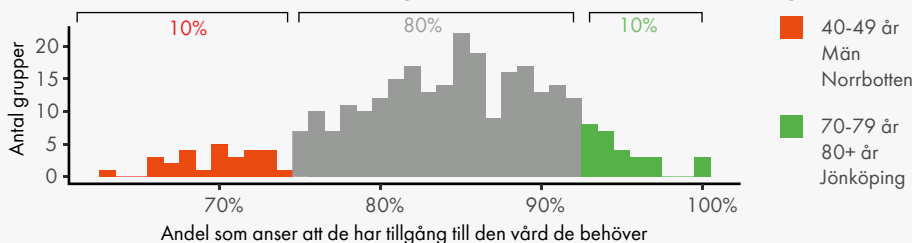
Jämlighetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

1. Samband mellan individuella bakgrundsfaktorer och indikatorn (regression)



- ▶ Vi finner att skillnaderna inom de olika bakgrundsfaktorerna som redovisas ovan till stora delar kvarstår när man tar hänsyn till fler faktorer samtidigt. Skillnaderna till följd av utbildning och födelseland minskar dock något och skillnaden mellan åldersgrupper mer än halveras. Däremot kvarstår skillnaderna mellan dålig och god självskattad hälsa nästan fullt ut.

2. Individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer (interaktion och regression)



- ▶ De två högsta åldersgrupperna ingår oftast i de kombinerade grupper som i högst grad upplever att de har tillgång till den vård de behöver. Män, personer i åldersgruppen 40-49 år och boende i Norrbotten ingår oftare i kombinationer som i låg grad upplever att de har tillgång till den vård de behöver. Vi kan även se att variationen mellan regioner kvarstår när vi tar hänsyn till de individuella bakgrundsfaktorerna (redovisas ej här).

Telefontillgänglighet

Andel av telefonsamtal till vårdcentraler under en månad som besvaras samma dag.

88%

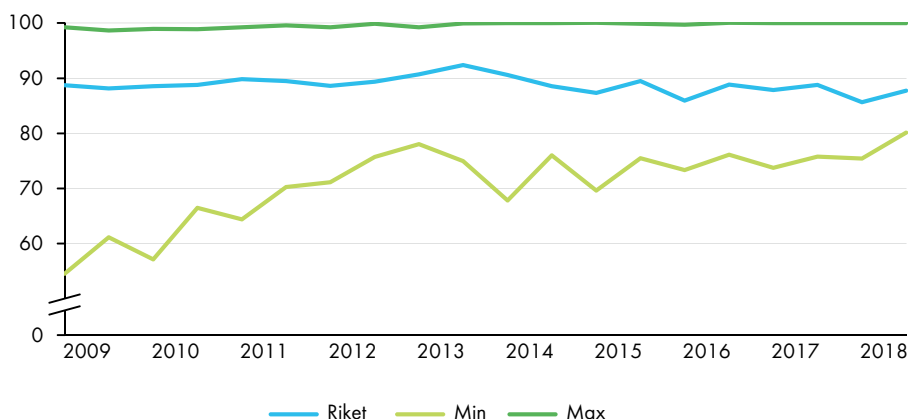
av telefonsamtalen till vårdcentraler besvaras samma dag.

Källa: Vänstetidsdatabasen(SKL) | År: Hösten 2018

► Resultatredovisning över tid och på enskilda bakgrundsfaktorer

Jämförelse över tid

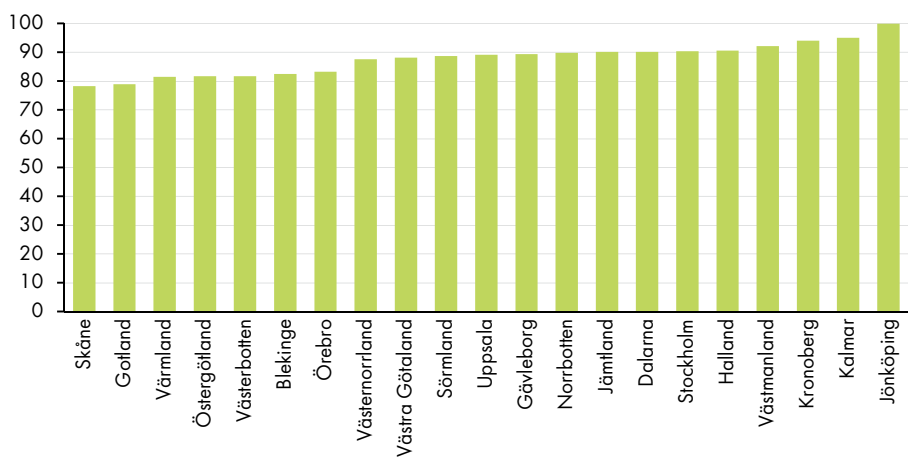
Andel besvarade samtal (%) 2009-2018



► Andelen telefonsamtal till primärvården som besvarades samma dag har legat mellan 86 och 92 procent under tidsperioden 2009-2018. Den lägsta uppnådda telefontillgängligheten har förändrats under tidsperioden från 55 till 80 procent medan den högst uppnådda telefontillgängligheten har varit stabil på 99 till 100 procent under hela tidsperioden.

Jämförelse mellan regioner

Andel besvarade samtal (%) 2018



► Andelen telefonsamtal till primärvården som besvarades samma dag varierade mellan regionerna under 2018. Region Jönköpings län visade upp högst telefontillgänglighet på 100 procent, medan telefontillgängligheten i Region Skåne var knappt 80 procent.

► Jämlighetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

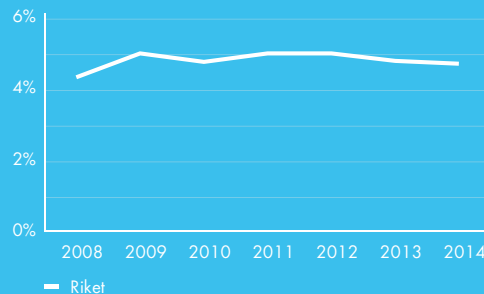
Jämlighetsanalyser har ej varit möjliga att genomföra för denna indikator då datakällan ej innehåller nödvändig bakgrundsinformation respektive ej heller kan länkas till sådan information.

Avstår från vård

Andel som avstått läkarvård eller att hämta ut förskrivna mediciner på grund av hög kostnad, att man inte vet vart man ska vända sig eller långt avstånd till apoteket. Baseras på flera frågor från patientenkät, se beskrivning i huvudrapporten.

5%

av befolkningen har avstått vård



Källa: Nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsomyndigheten) och egna beräkningar | År: 2014

Resultatredovisning på enskilda bakgrundsfaktorer



- ▶ Kvinnor uppger i något högre grad än män att de har avstått vård.
- ▶ Det är stor spridning mellan åldersgrupper, däremot är spridningen mellan utbildningsnivåer låg.
- ▶ Cirka 16% av de som uppger att de har dålig hälsa, uppger också att de har avstått vård.
- ▶ Indikatorn ska tolkas med försiktighet då enkätunderlaget för denna fråga är litet vilket medför vissa osäkerheter i skattningarna.

* enkätunderlaget är inte tillräckligt stort för att bryta ner på regionnivå och födelseland på ett tillförlitligt sätt
Färgmarkeringen i grönt och rött markerar endast relativt bättre respektive sämre utfall.
Den säger dock inget om utfallet i sig är bra eller dåligt.

Jämlighetsanalys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt

1. Samband mellan individuella bakgrundsfaktorer och indikatorn (regression)

Vårdanalys har inte haft möjlighet att länka samman nödvändiga bakgrundsfaktorer för att möjliggöra denna analys.

2. Individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer (interaktion och regression)

Vårdanalys har inte haft möjlighet att länka samman nödvändiga bakgrundsfaktorer för att möjliggöra denna analys.

Struktur-, process- och systemperspektiv



Befolkningens hälsa och behov

Hälso- och sjukvården har i uppgift att genom att förebygga, utreda och behandla sjukdom bidra till en god hälsa i befolkningen. För att kunna erbjuda en god vård, utifrån befolkningens behov, krävs därför kunskap om befolkningens grundläggande hälsa och behov. I detta avsnitt presenterar vi en översiktsbild av befolkningens hälsa och behov. Syftet är att ge en bakgrund till övriga indikatorer, till exempel när det gäller skillnader mellan grupper. De indikatorer som beskrivs är:

- Förväntad medellivslängd
- Självskattad hälsa
- Befolkningsutveckling och sjukdomsörda
- Kostnadsutjämnning för hälso- och sjukvården enligt befintlig och föreslagen modell

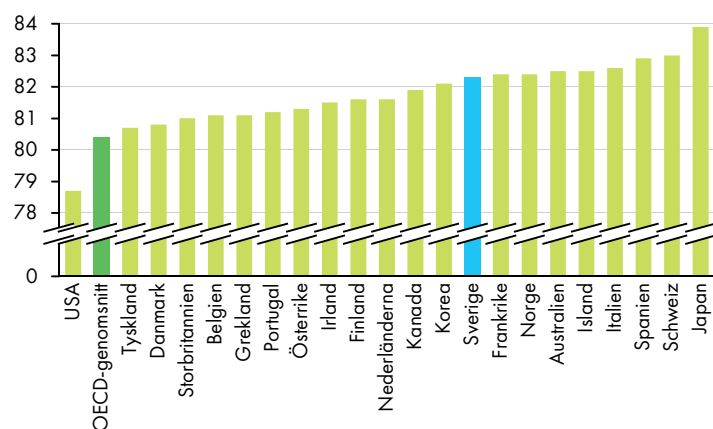
Sammantaget visar indikatorerna att befolkningens hälsa är god, men att hälsan är ojämnt fördelad mellan befolkningsgrupper och regioner både vad gäller dödlighet och självskattad hälsa. Kvinnor lever längre än män, men andelen kvinnor som uppger att deras hälsa är god är mindre än bland männen, även med hänsyn tagen till ålder. Det finns stora skillnader i hälsa mellan olika utbildningsgrupper. Såväl medellivslängd och självskattad hälsa är högre bland personer med hög utbildning än bland personer med lägre utbildning.

De demografiska förändringarna, med en allt större andel äldre, är ett resultat av att folkhälsan generellt har förbättrats, till följd av bland annat förbättrade metoder och ökad ambitionsnivå (i termer av andel av BNP) i hälso- och sjukvården. Samtidigt innebär en allt äldre befolkning utmaningar för hälso- och sjukvården. Till exempel förväntas andelen patienter med kroniska sjukdomar fortsätta att öka i takt med att allt fler blir äldre. Över hälften i åldersgruppen 65–74 år har minst två kroniska sjukdomar och bland personer över 85 år är andelen drygt 80 procent (SOU 2018:39). En stor del av sjukvården riktas till multistjuka; personer med minst två kroniska sjukdomar står exempelvis för 50 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar (SOU 2016:2). I takt med att gruppen (äldre) med flera kroniska sjukdomar ökar, ökar också behoven av samordning av vård och i många fall även med omsorgen.

Befolkningens hälsa och behov

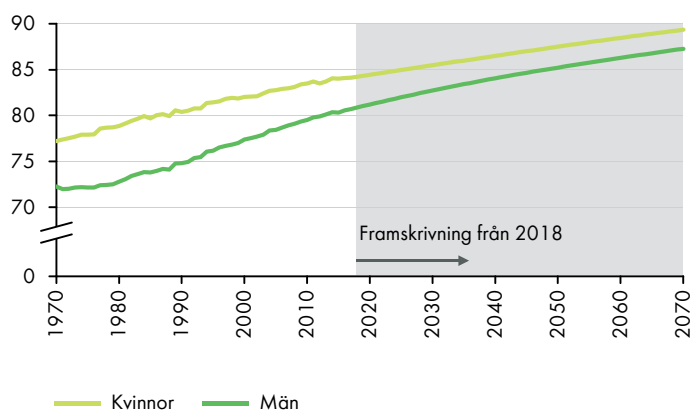
► Förväntad medellivslängd

Figur 1. Förväntad medellivslängd vid födseln i ett urval av OECD-länder, 2015.



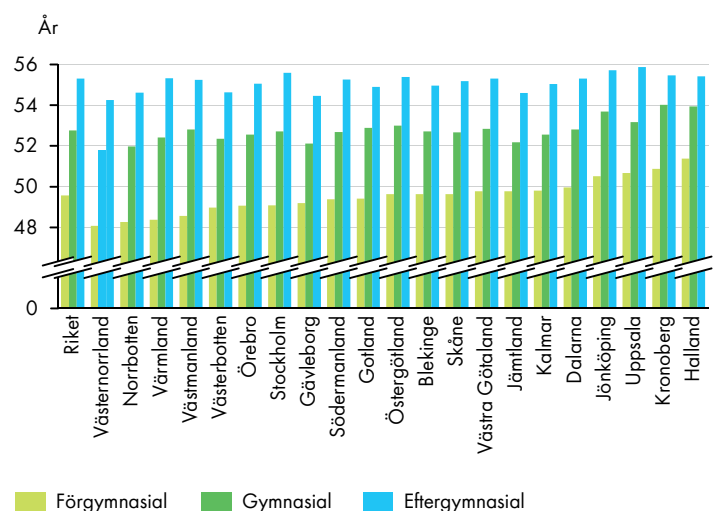
► I internationell jämförelse är Sveriges medellivslängd hög – för nyfödda var den förväntade medellivslängden den 10:e högsta inom OECD.

Figur 2. Förväntad medellivslängd vid födseln i Sverige, 1979–2040.



► Medellivslängden förväntas fortsätta öka och skillnaden mellan könen förväntas minska ytterligare.

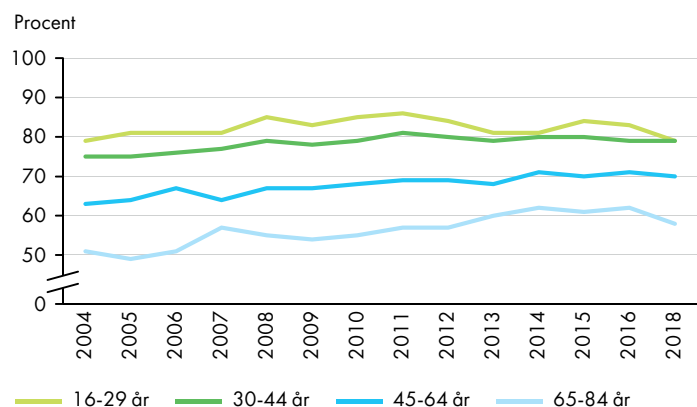
Figur 3. Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder, 2018.



- Den förväntade medellivslängden skiljer sig mellan utbildningsgrupper. Inom riket har 30-åringar med en eftergymnasial utbildning en förväntad återstående medellivslängd på cirka 55 år, vilket kan jämföras med 30-åringar med en förgymnasial utbildning som har en förväntad återstående medellivslängd på cirka 50 år.
- Däremot finns det inga större skillnader i den förväntade medellivslängden mellan inrikes och utrikes födda 30-åringar i Sverige.
- Den förväntade livslängden skiljer sig åt mellan regionerna. Mellan regionen med lägst respektive högst förväntad livslängd skiljer det cirka 2 år. Skillnaden kvarstår även om hänsyn tas till skillnader i utbildningssammansättning.

► Självskattad hälsa

Figur 4. Andel av befolkningen 16–84 år som uppger att hälsan är bra eller mycket bra, 2004–2018.



- Befolkningen uppger att hälsan har förbättrats kontinuerligt.
- En mindre andel kvinnor än män rapporterar att de har god eller mycket god hälsa, oberoende av åldersgrupp.
- En större andel av kvinnorna i åldersgruppen 16–29 uppger sig ha en dålig eller mycket dålig hälsa än någonsin tidigare: 7 procent år 2018 jämfört med 4 procent år 2004 och 2 procent år 2011.
- Det finns vissa skillnader i självskattad hälsa mellan regionerna (spridning på cirka 5 procentenheter), men skillnaderna mellan utbildningsgrupper är betydligt större.
 - Personer med en högre utbildning uppger oftare att de har god eller mycket god hälsa. Bland dem med en eftergymnasial examen anger 79 procent att de har god eller mycket god hälsa, jämfört med 54 procent bland dem med förgymnasial utbildning.

Befolkningens hälsa och behov

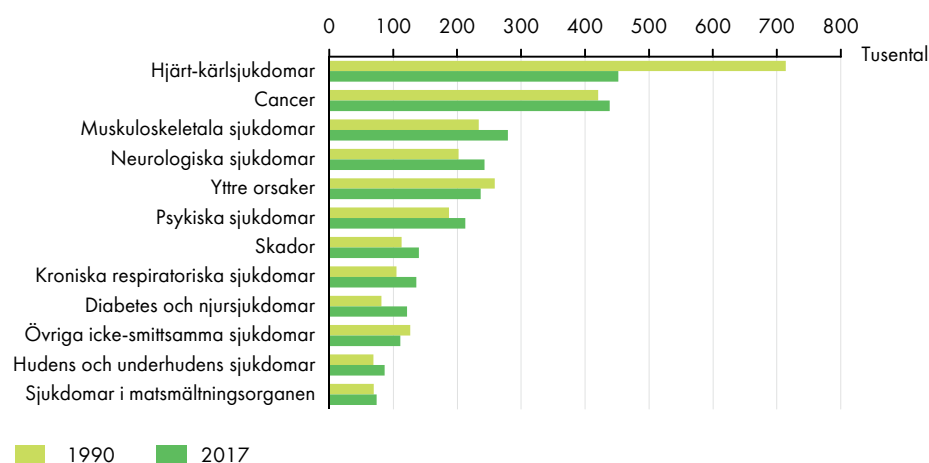
► Befolkningsutveckling och sjukdomsbörda

Figur 5. Befolkningsfördelning per åldersgrupp 2018 och 2040.



- Befolkningsprognosen visar en stark ökning i andelen personer över 70 år i befolkningen. År 2018 är de över 70 år drygt 5 procent av Sveriges befolkning, fram till år 2040 beräknas denna andel stiga till nästan 8 procent.
- Andelen äldre i befolkningen påverkar hälso- och sjukvårdssystemet eftersom denna grupp ofta har stora hälso- och sjukvårdsbehov.
- Framförallt bedöms antalet personer med flera kroniska sjukdomar öka, liksom personer i behov av insatser från både hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser, vilket medför att behoven av samordning kan förväntas öka ytterligare framöver.

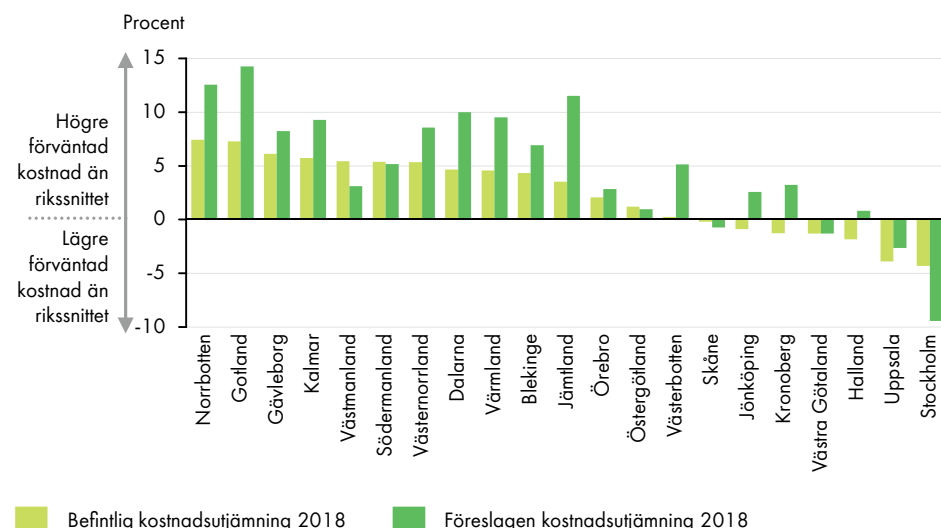
Figur 6. DALYs (Disability-adjusted life years, funktionsjusterade levnadsår) per sjukdomsgrupp, 1990 och 2017.



- DALYs är ett mått på förlorade levnadsår till följd av sjukdom och för tidig död.
- Cancer och hjärt-kärlsjukdomar är de sjukdomstillstånd som är förenade med störst sjukdomsbörda.
- Sjukdomsbördan förknippad med hjärt-kärlsjukdomar har minskat kraftigt sedan 1990, vilket framför allt avspeglar att överlevnaden i hjärt-kärlsjukdomar har förbättrats mycket.
- De sjukdomstillstånd där sjukdomsbördan ökat procentuellt mest är diabetes och njursjukdomar.
 - Överlevnaden i dessa sjukdomar har förbättrats, men samtidigt har förekomsten ökat.

► Skillnader i regionernas förutsättningar och behov

Figur 7. Kostnadsutjämning för hälso- och sjukvården enligt befintlig och föreslagen modell, 2018.



- De demografiska och strukturella skillnaderna mellan regionerna medför att kostnaderna för hälso- och sjukvården skiljer sig över landet.
- Kostnadsutjämningsystemet justerar för skillnader i demografiskt betingade behov (kön, ålder, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst och boendetyper), glesbygd/inte glesbygd, lön och befolkningsförändringar.
- I det nya förslaget till kostnadsutjämning (SOU 2018:74) utesluts bland annat kön och boendetyper medan utbildning och merkostnader för bemanning i glesbygd inkluderas.
- Regionerna med högre förväntad kostnad än rikssnittet är också de regioner med en kortare förväntad livslängd och sämre självsattad hälsa.

År 2016 utgjorde kostnaderna för hälso- och sjukvården (inklusive läkemedel, tandvård och omsorg) 10,9 procent av Sveriges BNP. Hälso- och sjukvården står inför en rad utmaningar där bland annat demografiska förändringar väntas öka behoven av hälso- och sjukvård framgent. Det innebär att beslutsfattare och verksamma i vården kontinuerligt bör sträva efter ökad effektivitet så att personella och ekonomiska resurser används på bästa möjliga sätt. Som en del i vårt förslag till förbättrad nationell uppföljning presenterar vi därför ett antal övergripande indikatorer på hälso- och sjukvårdens resursanvändning. För att övergripande beskriva denna ser vi till följande mått för perioden 2014–2017:

- Hälso- och sjukvårdskostnad (exklusive läkemedel) per invånare
- Läkemedelskostnad per invånare
- Personella resurser per 1 000 invånare
- Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare

Samtliga måtten tjänar även som underlag till produktivets- och effektivitetsberäkningarna som presenteras i resultatredovisningens avslutande del.

RESULTAT

Utslaget per invånare ökar regionernas hälso- och sjukvårdskostnader. Kostnadsökningen beror främst på ökade kostnader för specialiserad somatisk vård, men även kostnaden för primärvård har stigit. Kostnaden för specialiserad psykiatrisk vård per invånare har i stället varit relativt oförändrad under perioden. Regionernas sammantagna läkemedelskostnader per invånare för både förmåns- och sjukhusläkemedel har också i stort sett varit oförändrade sedan 2014, men de väntas öka framgent.

Mellan 2014 och 2017 ökade antalet årsarbetare i vården i förhållande till befolkningen. Ökningen kan ses både för läkare och sjuksköterskor. I princip äger hela ökningen rum utanför primärvården, vilket innebär att andelen årsarbetande läkare och sjuksköterskor inom primärvården i förhållande till samtliga årsarbetande läkare och sjuksköterskor minskat.

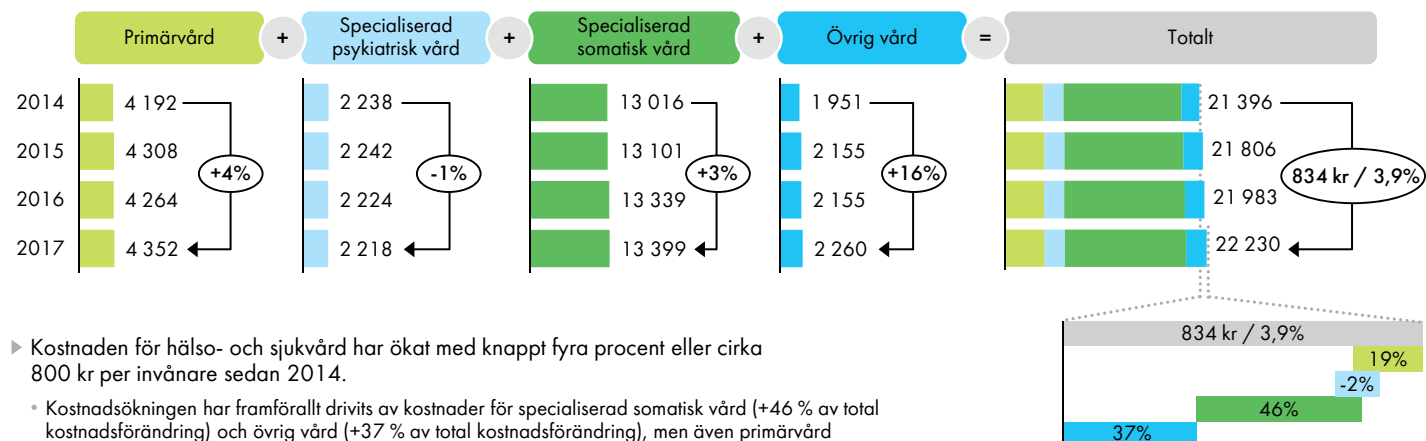
Antalet disponibla vårdplatser per 1 000 invånare har minskat med 12 procent sedan 2014. År 2016 hade Sverige lägst antal vårdplatser per invånare i EU. I samtliga regioner minskade antalet vårdplatser under perioden.



Resurser – ekonomiska

► Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare exklusive läkemedel

Figur 8. Kostnad (kronor) per invånare i 2017 års fasta priser, exklusive läkemedel per verksamhetsområde.



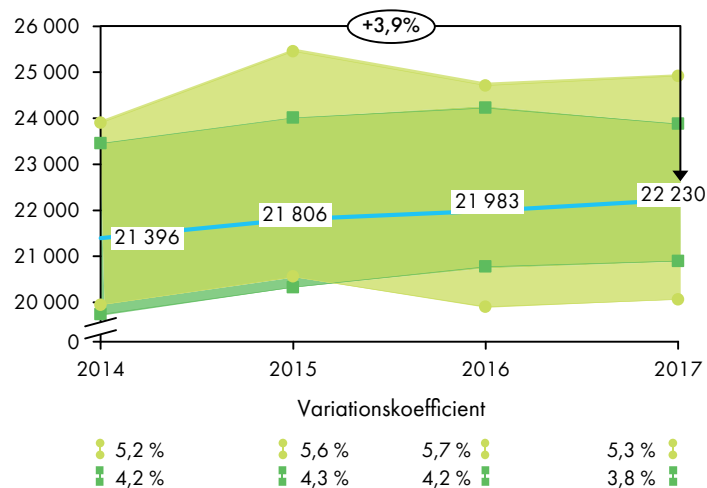
► Kostnaden för hälso- och sjukvård har ökat med knappt fyra procent eller cirka 800 kr per invånare sedan 2014.

• Kostnadsökningen har framförallt drivits av kostnader för specialiserad somatisk vård (+46 % av total kostnadsförändring) och övrig vård (+37 % av total kostnadsförändring), men även primärvård (+19 % av total kostnadsförändring).

• Övrig vård avser bland annat ambulans- och sjuktransporter samt funktionshinder- och hjälpmedelsverksamhet

► Kostnadsfördelningen mellan de olika vårdområdena har legat relativt stabilt sedan 2014.

Figur 9. Kostnad (kronor) per invånare i 2017 års fasta priser, exklusive läkemedel.



► Det finns skillnader i kostnader per invånare mellan regionerna.

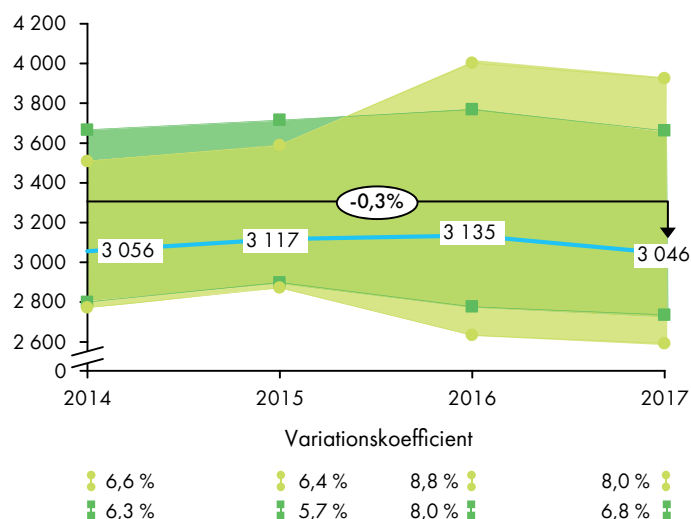
• Spridningen minskar med över en fjärdedel om vi justerar kostnaderna enligt utjämningsystemet jämfört med ojusterade kostnader.

• Resterande variationer kan bero på olika prioriteringar i regionerna eller varierande kostnadseffektivitet. Det kan också bero på att justeringen inte kompenserar för strukturella skillnader mellan regionerna i tillräcklig utsträckning.

► Det nya förslaget till kostnadsutjämning medför ingen större förändring i spridningen mellan regionerna. Däremot sker det en omfördelning mellan regionerna, till förmån för regioner med mer glesbygd.

► Läkemedelskostnader per invånare

Figur 10. Kostnader (kronor) för sjukhus- och förmånläkemedel per invånare i 2017 års fasta priser.



► År 2017 utgjorde läkemedelskostnaderna 12,1 procent av regionernas kostnader för hälso- och sjukvård.

► Läkemedelskostnaderna per invånare har i stort sett varit oförändrade sedan 2014 om vi ser till fasta kostnader för riket.

► Däremot har regionernas totala läkemedelskostnader ökat med cirka 3,5 procent under perioden.

► Det finns skillnader i läkemedelskostnader per invånare mellan regionerna.

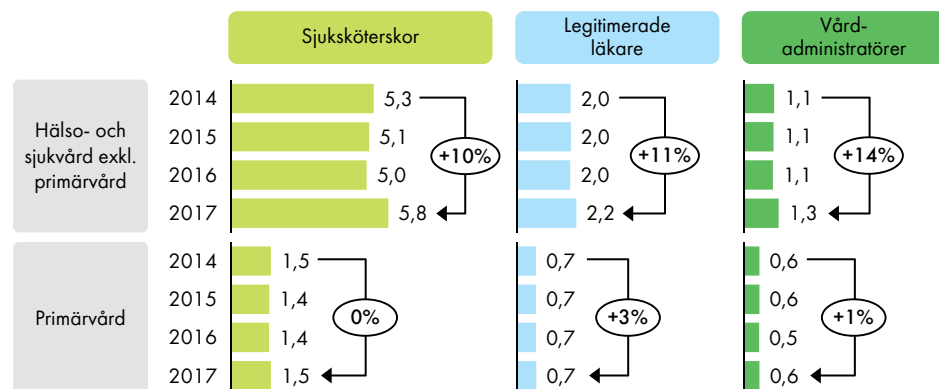
• Spridningen minskar med knappt 15 procent om vi justerar kostnaderna. Kostnaderna för sjukhusläkemedel justeras här enligt utjämningsystemet och kostnaderna för förmånläkemedel justeras här enligt behovsmodellen i läkemedelsbidraget.

• Resterande variationer kan bero på olika prioriteringar i regionerna eller varierande kostnadseffektivitet. En annan förklaring kan vara att justeringarna är otillräckliga när det gäller att kompensera för strukturella faktorer som löneläge, demografi och befolkningstäthet.

Resurser – reala

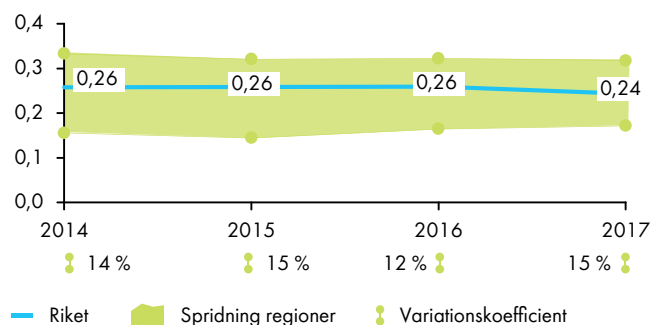
► Personella resurser per 1 000 invånare

Figur 11. Årsarbetare i hälso- och sjukvården per 1 000 invånare.



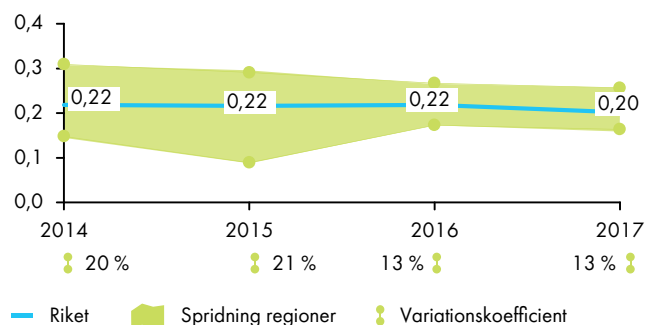
- Mellan 2016 och 2017 har antalet årsarbetare i vården ökat i förhållande till befolkningen. Ökningen har skett i samtliga redovisade yrkesgrupper.
 - I princip hela ökningen har skett utanför primärvården.
- Sverige har många verksamma läkare och sjuksköterskor i hälso- och sjukvården per invånare jämfört med andra OECD-länder, men statistiken medger inte jämförelser av antalet årsarbetare (OECD 2017).

Figur 12. Läkare, årsarbetare i primärvården i förhållande till årsarbetare i hälso- och sjukvården totalt



- Andelen årsarbetande läkare inom primärvården i förhållande till samtliga årsarbetande läkare har minskat.

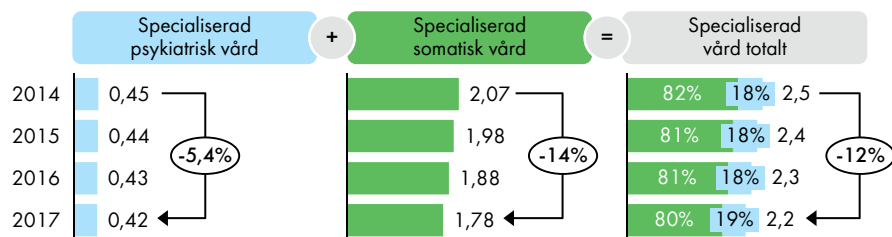
Figur 13. Sjuksköterskor, årsarbetare i primärvården i förhållande till årsarbetare i hälso- och sjukvården totalt



- Andelen årsarbetande sjuksköterskor inom primärvården i förhållande till samtliga årsarbetande sjuksköterskor har minskat.

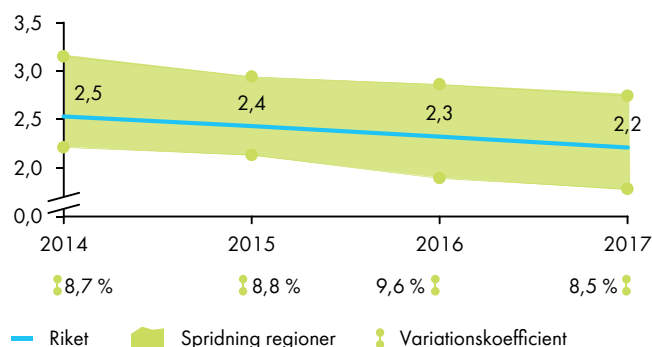
► Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare

Figur 14. Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare i specialiserad slutenvård.



- Antal disponibla vårdplatser per 1 000 invånare har minskat med 12 procent sedan 2014.
- Minskningen har framförallt skett inom specialiserad somatisk vård.
- År 2016 hade Sverige lägst antal vårdplatser per invånare i EU (OECD 2018).

Figur 15. Disponibla vårdplatser i specialiserad slutenvård.



- År 2017 varierade antalet vårdplatser per 1 000 invånare mellan 1,8 och 2,7 mellan regionerna.
- I samtliga regioner minskade antalet vårdplatser under perioden.
- Enligt Socialstyrelsen (2018a) har minskningen av vårdplatser drivits bland annat av skifte från slutenvård till öppenvård inom flera områden, strävan efter ökad produktivitet och teknologiska framsteg samt personalbrist (framförallt brist på sjuksköterskor).
- Färre vårdplatser kan också vara resultat av effektivare arbetsätt, men hög förekomst av överbeläggningar tyder på att tillgängliga vårdplatser inte motsvarar behovet (Socialstyrelsen 2018b).

Vårdkonsumtionens utveckling och fördelning är viktig att följa, även om denna i sig inte kan betraktas som ett mått på vårdkvalitet. På grund av tidsmässiga och praktiska hinder har fördjupade analyser av vårdkonsumtionens fördelning dock inte varit möjliga att genomföra. För att exempelvis kunna analysera omotiverade skillnader i vårdkonsumtion krävs i tillägg till information om patientkontakter även information om individuella bakgrundsfaktorer såsom kön, ålder och utbildningsnivå. Eftersom Vårdanalys idag har begränsade möjligheter att behandla personuppgifter har vi inom ramen för regeringsuppdraget inte kunnat ta del av sådant datamaterial. Men eftersom tidigare studier tyder på att det finns omotiverade skillnader i vårdkonsumtion vill vi betona vikten av att i ett senare skede även följa vårdkonsumtionen utifrån ett jämlikhetsperspektiv.

De indikatorer som beskrivs under dimensionen vårdkonsumtion under perioden 2014–2017 är:

- Antal viktade primärvårdsbesök per 1 000 invånare
- Antal digitala primärvårdsbesök per 1 000 invånare
- Antal läkarkontakter per 1 000 invånare
- Antal konsumerade DRG-poäng per 1 000 invånare
- Samlad utveckling av vårdkonsumtionen per 1 000 invånare

Två av indikatorerna gällande vårdkonsumtion (antal viktade primärvårdsbesök per 1 000 invånare och antal konsumerade DRG-poäng per 1 000 invånare) ingår även som underlag i produktivitetsberäkningarna, som presenteras i resultatredovisningens avslutande del.

RESULTAT

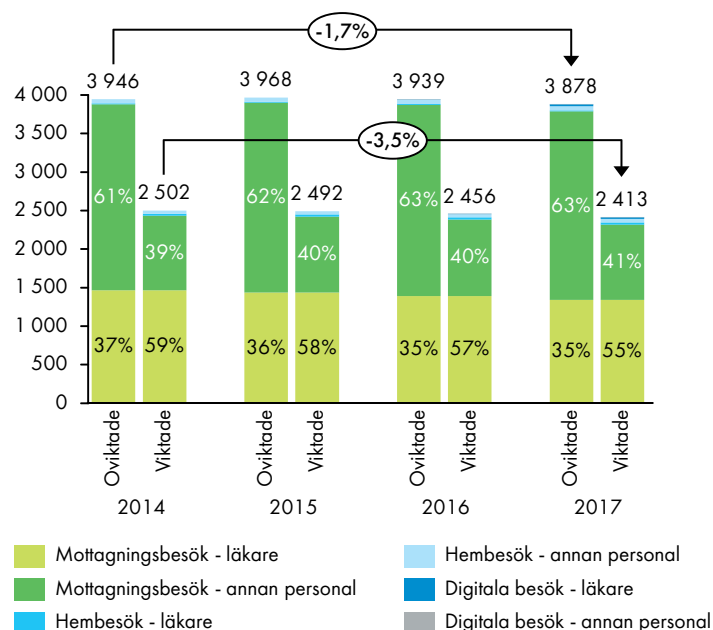
Antalet primärvårdsbesök minskar över tid. Minskningen beror på att antalet besök hos läkare går ner. Samtidigt sker en markant ökning av antalet digitala primärvårdsbesök.

Konsumtionen av somatisk slutenvård minskar också över tid. Samtidigt ökar konsumtionen av somatisk öppenvård. Under perioden har det också skett förändringar i inrapporteringen av öppenvårdsbesöken vilket påverkar statistiken, varför utvecklingen ska tolkas försiktigt i denna del.

Vårdkonsumtion

► Antal konsumerade primärvårdsbesök per 1 000 invånare

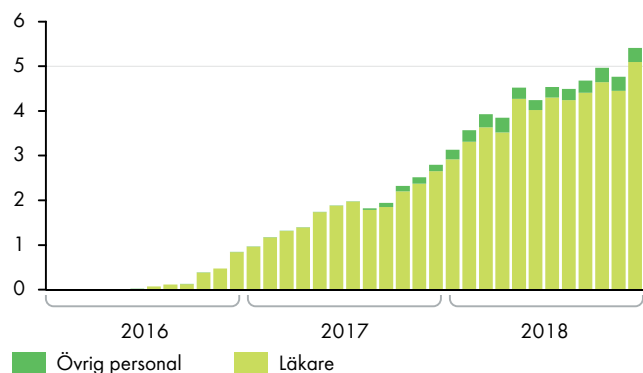
Figur 16. Öviktade och viktade primärvårdsbesök i riket per 1 000 invånare.



- Totalt har antalet primärvårdsbesök minskat över tid. Minskningen drivs av att antalet mottagningsbesök med läkare minskar. Övriga typer av besök ökar under perioden.
- Omkring två tredjedelar av primärvårdsbesöken utförs av annan personal än läkare.
- Om vi istället viktat primärvårdsbesöken utifrån vilken personalkategori som patienten träffar samt om besöket sker på primärvårdsmottagning eller i hemmet får vi en annan bild där läkarbesök utgör över hälften av besöken.
 - Vi använder oss av en viktningmodell utvecklad av SKL där besökstyperna viktas för att bättre spegla resursåtgången. Ett hembesök antas motsvara två mottagningsbesök. Ett besök av annan personalkategori än läkare antas motsvara 40 procent av ett läkarbesök.
- Endast digitala besök producerade i Region Jönköping ingår i jämförelsen.

► Antal konsumerade digitala primärvårdsbesök i riket per 1 000 invånare

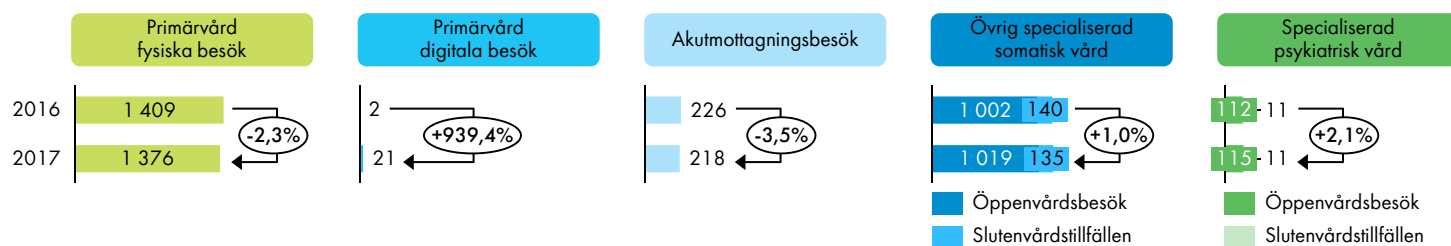
Figur 17. Nationellt konsumerade digitala besök producerade i Region Jönköping per 1 000 invånare.



- Antalet digitala primärvårdsbesök har ökat markant sedan 2016.
 - Uppgifter om digitala besök samlas inte in nationellt. För att få en uppskattning av antal digitala besök använder vi oss av verksamhetsstatistik från Region Jönköping, som tillhandahåller digitala vårdleverantörer med grund i underleverantörsavtal.
- I motsats till övriga primärvårdsbesök utförs majoriteten av besöken hos läkare.
- Antal vårdbesök per invånare varierar stort mellan åldersgrupper där yngre använder vården i större utsträckning. Gruppen 0–4 åringar har nära dubbelt så många besök som någon annan åldersgrupp (152 besök per 1 000 invånare per år).
- Kvinnor använder digitala vårdbesök i större utsträckning än män (65 jämfört med 39 besök per 1 000 invånare per år).

► Antal läarkontakter i riket per 1 000 invånare

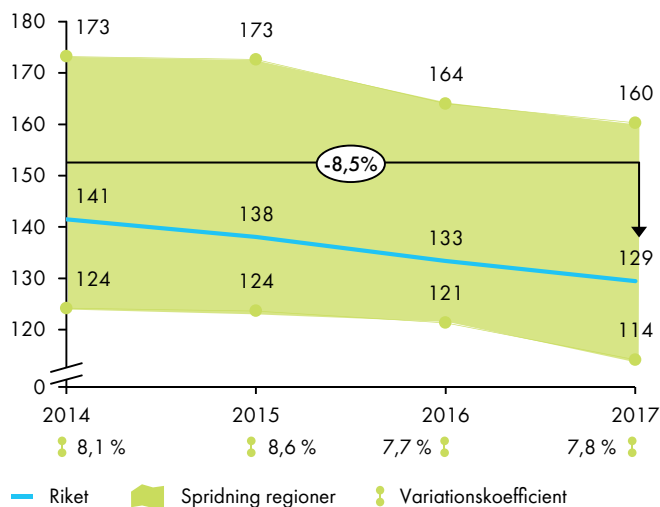
Figur 18. Antal läarkontakter per 1 000 invånare inom olika vårdområden.



- Det nationella patientregistret saknar uppgifter om primärvård samt övriga vårdtillfällen och besök som läkare inte varit inblandade i. Vi kompletterar därför med uppgifter om läkarbesök i primärvården.
- Fysiska besök i primärvård och på akutmottagning minskar mellan åren. Även somatiska slutenvårdstillfällen minskar under perioden.
- Digitala primärvårdsbesök ökar markant och fortsätter öka under 2018.
- Antalet psykiatriska slutenvårdstillfällen per invånare är oförändrat, medan psykiatriska öppenvårdsbesök ökar något.
- Förändringar i rapportering av akutmottagningsbesök i patientregistret gör att vi endast redovisar data från 2016 och framåt.

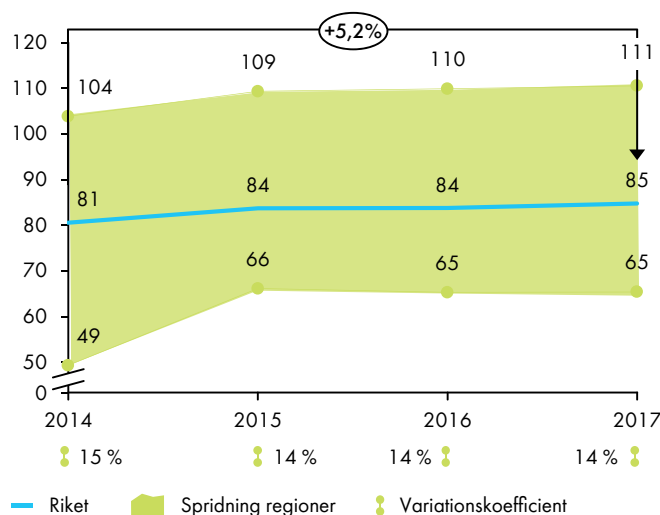
► Genomsnittligt antal konsumerade DRG-poäng i riket per 1 000 invånare

Figur 19. Konsumerade DRG-poäng i sluten specialiserad somatisk vård.



- På riksnivå minskar antalet konsumerade DRG-poäng i somatisk slutenvård med drygt åtta procent under perioden.
- Minskningen sker i samtliga regioner förutom Region Örebro län och Region Västmanland.
- Spridningen mellan regionerna är nära hälften så stor i jämförelse med öppen specialiserad somatisk vård, se figur 20.
- Statistiken utgår från vård som befolkningen i länet konsumerat, oavsett om det skett i hemregionen eller i en annan region.

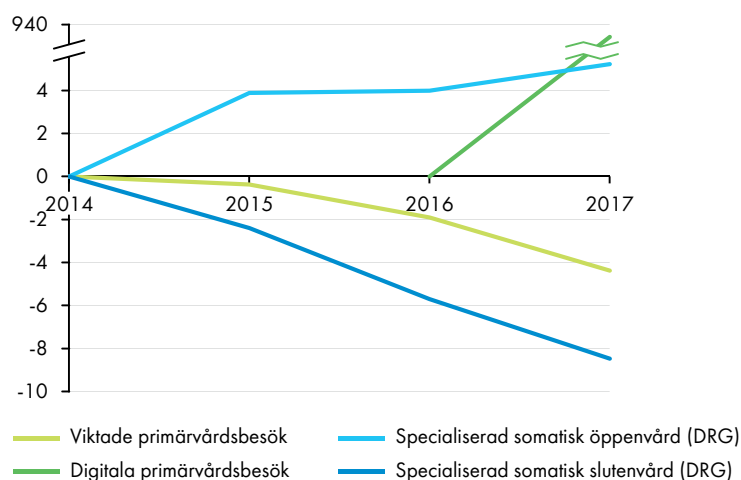
Figur 20. Konsumerade DRG-poäng i öppen specialiserad somatisk vård.



- På riksnivå ökar antalet konsumerade DRG-poäng i somatisk öppenvård under perioden.
 - Ökningen sker i samtliga regioner.
 - Ökningen beror till viss del på förändrad inrapportering till patientregistret.
 - Ökningen i öppenvårdskonsumtion motsvarar inte minskningen i slutenvårdskonsumtion.
- Det är en stor spridning i konsumerad öppenvård per invånare mellan regionerna.
- Under perioden har det skett förändringar i inrapportering för öppenvårdsbesök som påverkar DRG-statistiken, varför utvecklingen ska tolkas med försiktighet.

► Samlad utveckling av vårdkonsumtion per 1 000 invånare

Figur 21. Procentuell utveckling av vårdkonsumtionen sedan 2014.



- Figuren ger en översiktlig bild av den sammantagna förändringen av vårdkonsumtion i olika vårdformer de senaste åren.
- Viktade primärvårdsbesök minskar framförallt från och med 2015. Minskningen drivs av att antal mottagningsbesök hos läkare minskar.
- Ökningen av digitala primärvårdsbesök började ta fart under 2017. Under 2018 fortsatte ökningen, antalet digitala primärvårdsbesök mer än fördubblades jämfört med året innan.
- Under perioden ökar konsumtionen av somatisk öppenvård.
 - Ökningen påverkas av förändringar i hur akutmottagningsbesök rapporteras i patientregistret. Förändringen ska därför tolkas med försiktighet.
- Samtidigt minskar vårdkonsumtionen av somatisk slutenvård per invånare.

Produktivitet syftar till att mäta hur kostnaden för tillhandahållandet av olika prestationer inom hälso- och sjukvården utvecklas över tid. Hälso- och sjukvårdens prestationer är av många olika slag, till exempel olika former av vårdkontakter, läkemedelsbehandlingar, operationer eller andra insatser, exempelvis förebyggande. Produktivitet är ett intermediärt systemmått såtillvida att det bara ser till relationen mellan resurser och de insatser som vården ”presterar”, utan hänsyn till vilken kvalitet det resulterar i. Måttet är därför en del i att följa upp vårdens kostnadseffektivitet för vissa vårdinsatser, men måttet är samtidigt också relevant då det är kopplat till vårdens resultat, bland annat väntetidssituationen. I en nationell uppföljning av hälso- och sjukvården ser vi det därför som angeläget att följa kostnadsutvecklingen för några viktiga prestationer inom vården. Vi föreslår tre mått på produktivitet:

- Kostnad per viktat primärvårdsbesök
- Kostnad per prestation (DRG-poäng) i specialiserad somatisk vård
- Samlad produktivetsutveckling för de båda vårdområdena ovan.

RESULTAT

För primärvårdens del ses på riksnivå en produktivetsminskning där kostnaden per viktat besök per invånare ökat. Samtidigt minskar skillnaderna mellan regionerna något under perioden. För specialiserad somatisk vård ses istället att kostnaden per prestation (DRG) och invånare varit relativt oförändrad under perioden.

Genom en så kallad frontanalys kan vi skatta den samlade produktivetsutvecklingen i primärvård och specialiserad somatisk vård. Enligt resultaten av frontanalysen har det skett en samlad produktivetsförsämring om 1,4 procent sedan 2014. Utvecklingen drivs av att produktionsfronten försämrats i större utsträckning än vad samtliga regioner närmat sig fronten. Det vill säga, det finns inte någon region som tillhandahållit samma mängd prestationer som under tidigare år utan att kostnaderna samtidigt stigit.

I syfte att studera förklaringar till de skattade produktivetskillnaderna bland regionerna genomförs en regressionsanalys utifrån tänkbara påverkansfaktorer. På regionnivå visar resultaten att god produktivitet i primärvården har ett signifikant samband med lägre förväntat vårdbehov, lägre medelinkomst, *lägre* kostnadsandel i primärvård visavi specialiserad somatisk vård och högre andel privat producerad vård. För den specialiserade somatiska vården har god produktivitet signifikant samband med *högre* kostnadsandel i primärvård visavi specialiserad somatisk vård. Vid en samlad analys av god produktivitet i både primär- och specialiserad vård ses signifikanta samband med en *högre* kostnadsandel i primärvård visavi specialiserad somatisk vård och färre antal läkare per invånare. Resultaten ska dock tolkas med försiktighet, då det exempelvis kan förekomma rapporteringsskillnader både över tid och mellan regioner.

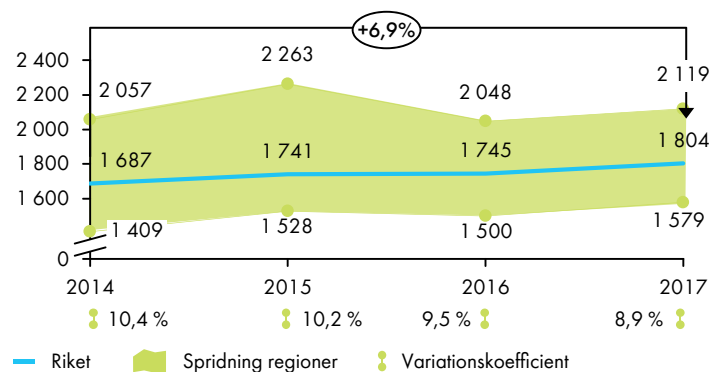


Produktivitet – kostnad per vårdkontakt

Källor: Anges i bilaga 1

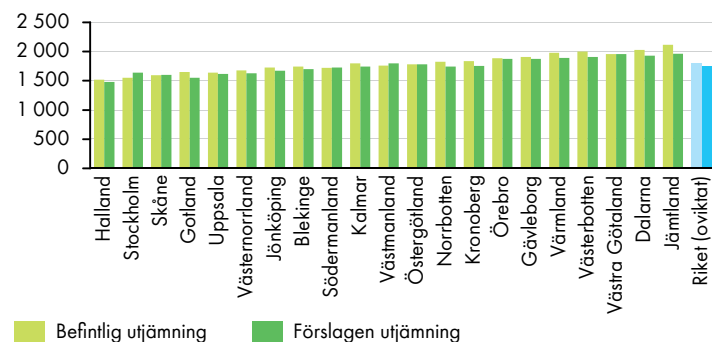
► Kostnad per viktat besök i primärvård per invånare

Figur 22. Utveckling i riket, befintlig kostnadsjustering i 2017 års fasta priser (kronor).



- Kostnaden per viktat besök per invånare i riket har ökat från 1 687 till 1 804 kronor under perioden, det vill säga en produktivitetsminskning om 6,9 procent.
- Kostnaden har främst drivits av att regionerna med lägst kostnader ökat sina kostnader. Skillnaderna mellan regionerna har minskat något under perioden.
- Då information om besökens innehåll eller svårighetsgrad saknas, kan vi inte uttala oss om skillnaderna avspeglar kvalitets- och effektivitetsskillnader. Regioner med förväntat högre vårdbehov och svårare strukturella förhållanden har dock kompensats för detta via utjämningsystemet.

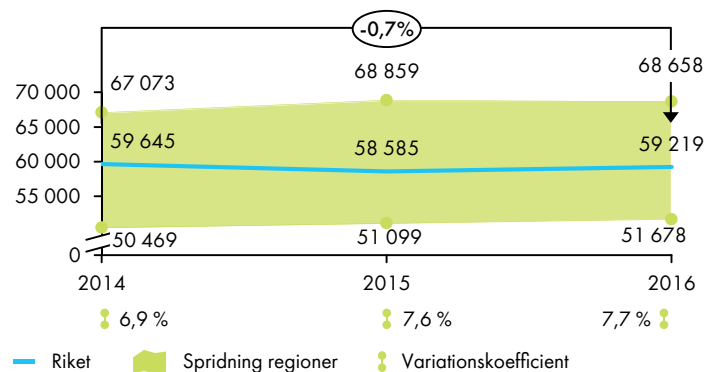
Figur 23. Kostnad (kronor) per region (genomsnitt för åren 2014–2017), befintlig och föreslagen kostnadsjustering.



- Halland, Stockholm och Skåne har i snitt lägst kostnader per viktat besök under perioden vid de två modellerna mot att Jämtland, Dalarna och Västra Götaland har högst kostnader.
- Vilken modell som används för att justera för icke-påverkbara strukturella skillnader har stor betydelse för utfallet mellan regionerna.
 - Vid den nya föreslagna utjämningsmodellen förbättras t.ex. Gotlands rangordning med 3 positioner mot att Stockholms och Västmanlands försämras med 4.
 - Variationen mellan regionerna minskar med cirka 10 procent vid den föreslagna nya utjämningsmodellen.

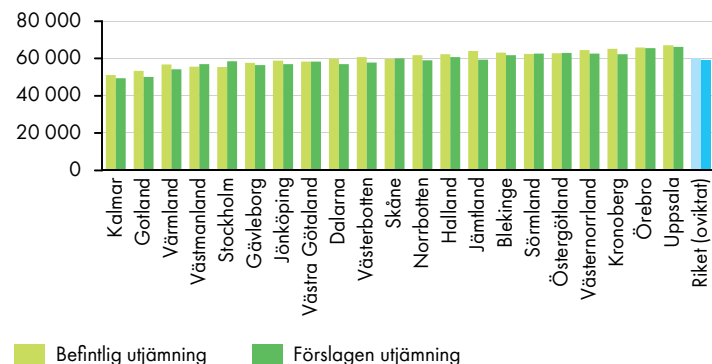
► Kostnad per prestation (konsumerad DRG-poäng) i specialiserad somatisk vård

Figur 24. Utveckling i riket, befintlig kostnadsjustering i 2017 års fasta priser (kronor).



- För riket som helhet har kostnaden per prestation i den specialiserade somatiska vården varit förhållandevis oförändrad under perioden.
- Skillnaderna mellan regionerna har dock ökat något under perioden.
- Måttet tar hänsyn till skillnader i regionernas patientmix, via ålder och sjukdomssvårighet, men inte andra faktorer. Även om måttet delvis avspeglar svårighetsgrad, säger det inget om kontaktens kvalitet.
- Regioner med förväntat högre vårdbehov och svårare strukturella förhållanden har dock kompensats för detta via utjämningsystemet.

Figur 25. Kostnad (kronor) per region (genomsnitt för åren 2014–2016), befintlig och föreslagen kostnadsjustering.



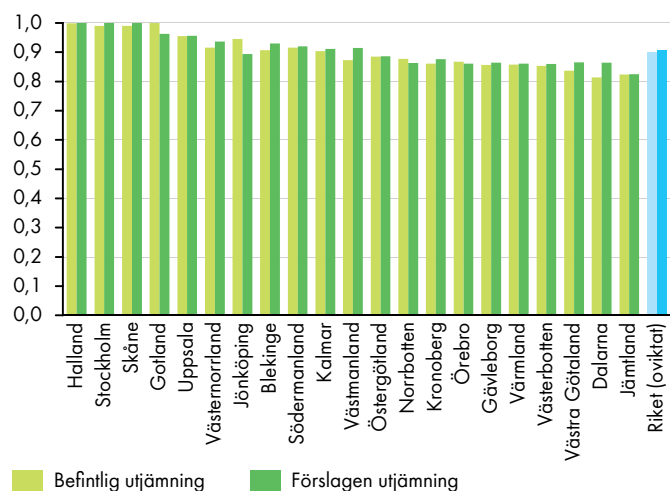
- Kalmar, Gotland och Värmland har i snitt lägst kostnader per prestation under perioden vid de två utjämningsmodellerna mot att Uppsala, Örebro och Kronoberg har högst kostnader.
- Vilken modell som används för att justera för icke-påverkbara strukturella skillnader i vårdbehov har stor betydelse för utfallet mellan regionerna.
 - Vid den nya föreslagna utjämningsmodellen förbättras t.ex. Jämtlands rangordning med 5 positioner mot att Stockholms försämras med 7.
 - Variationen mellan regionerna minskar något vid den föreslagna nya utjämningsmodellen.

Produktivitet – samlat för två vårdområden

Källor: Anges i bilaga 1

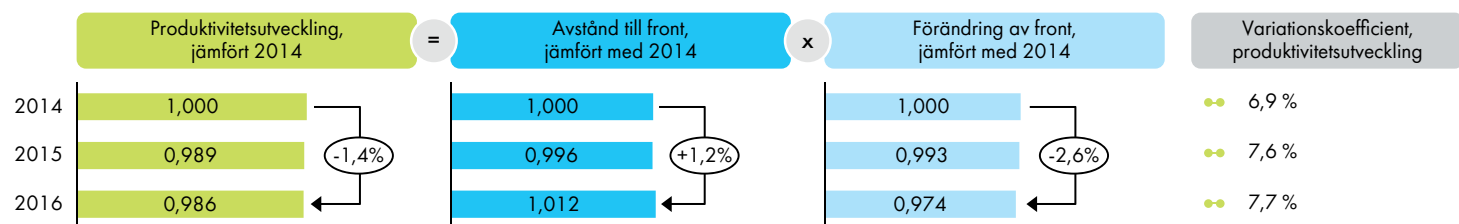
► Samlad produktivitet utveckling för primärvård och specialiserad somatisk vård

Figur 26. Produktivitet per region (genomsnitt för åren 2014–2016), befintlig och föreslagen kostnadsjustering.



- Vi har beräknat produktiviteten med så kallad frontanalys. I analysen identifieras en produktionsfront som uttrycker den relativt sett mest effektiva produktionen bland regionerna. Produktivitetsskillnader mellan regionerna mäts sedan som avvikelser från fronten uttryckt som ett index mellan 0 och 1, där 1 innebär högst produktivitet. 1 innebär dock inte att regionen saknar förbättringspotential, utan att det vid tidpunkten för analysen inte finns någon annan region med högre produktivitet.
- Skattningen visar att Kalmar, Gotland och Halland i snitt har högst produktivitet under perioden, medan Örebro, Jämtland och Kronoberg har lägst produktivitet.
- Vilken kostnadsjustering som används har stor betydelse. Vid den föreslagna förbättras till exempel Jämtlands rangordning med 6 positioner medan Västmanlands, Sörmlands och Östergötlands försämras med 5. Variationen mellan regionerna minskar något vid den föreslagna utjämningsmodellen
- Eftersom det saknas information om kontakternas innehåll eller svårighetsgrad, kan vi inte uttala oss om skillnaderna också avspeglar kvalitets- och effektivitetsskillnader.

Figur 27. Produktivitet utveckling i riket, befintlig kostnadsjustering.



- Produktivitet utvecklingen över tid består av en kombination av regionernas avstånd till fronten (som redovisas ovan) och hur produktionsfronten förändras. Om fronten flyttas utåt har produktionsmöjligheterna inom sektorn ökat genom att någon eller några regioner förmår att producera mer i relation till kostnaderna än vad någon region förmått tidigare. Om fronten flyttats inåt har produktionsmöjligheterna försämrats.
- Skattningen visar att den samlade produktiveten i primär- och specialiserad somatisk vård minskat med 1,4 procent under perioden.
- Produktivitet förändringen drivs av att regionernas gemensamma produktionsfront flyttats inåt i större utsträckning än vad regionerna närmade sig fronten.

► Förklaringsanalys – regressionsanalys med tänkbara påverkansfaktorer

Figur 28. Regressionsanalys med tänkbara påverkansfaktorer.

Analyserade påverkansfaktorer	Samband med högre produktivitet i		
	Primärvård	Specialiserad vård	Samlat (båda områdena)
Lägre vårdbehov (utj.mod.)	+	+	
Glesbygd (utj.mod.)			
Lägre löneförhållanden (utj.mod.)		+	
Högre självs kattade hälsa			
Lägre medelinkomst	+	+	
Antal spec. i allmänmedicin per invånare			
Antal övriga specialit läkare per invånare			
Totalt antal specialit läkare per invånare			-
Antal vårdplatser			
Större kostnadsandel för primärvård	-	+	+
Större andel köpt privat primärvård	+		
Större andel köpt relativt såld primärvård			
Större andel köpt relativt såld spec. vård			

- Skattningarna ska tolkas med försiktighet men visar på att det är viktigt att se till de båda vårdområdena samlat då en hög andel primärvård har samband med god produktivitet totalt sett, men att detta inte ses isolerat vid en analys av primärvården i sig. Resultaten är liknande vid de båda utjämningsmodellerna.
- Analysen har genomförts via en s.k. "random-effects-modell" för tillgängliga data under perioden 2014–2017.
- Förklaringsvariablerna har även testats för multi-kollinearitet via VIF-test.
- Nivåerna (1%, 5%, 10%) avser signifikansnivåer.

Befintlig utjämningsmodell: ● 1%-nivå ● 5%-nivå ● 10%-nivå
 Ny utjämningsmodell: ○ 1%-nivå ○ 5%-nivå ○ 10%-nivå
 + Positivt samband, - Negativt samband

På systemnivå syftar effektivitetsbegreppet till att fånga hur väl de övergripande målen med hälso- och sjukvården uppnås i relation till den resursinsats som används. Det finns inga fullständiga eller enskilda mått som mäter målen exakt. I stället beräknar vi effektiviteten genom att sätta hälso- och sjukvårdskostnaden (inklusive läkemedel) i relation till en sammanvägning av resultaten för åtta av de nio indikatorer som ingår i vårt urval av indikatorer som är särskilt viktiga ur ett patientperspektiv. Per region beräknas således indikatorn:

- Vägd procentuell kvalitetsavvikelse från rikssnitt i relation till justerad procentuell kostnadsavvikelse från rikssnitt

I sammanvägningen viktar vi kvalitetsområdena baserat på resultaten av en befolkningsenkät där respondenterna värderat de olika kvalitetsområdena gentemot varandra. Resultatet visade att hälsoutfallet av vården prioriterades högre än de andra kvalitetsområdena. I det sammanvägda måttet får därför indikatorerna för hälsoutfall en större vikt än övriga indikatorer.

Jämförelsen görs med två olika justeringar av skillnader i sjukvårdsbehov och strukturella förutsättningar, där hälso- och sjukvårdskostnaderna per regionen justeras utifrån både befintlig och föreslagen utjämningsmodell.

Det är viktigt att komma ihåg att denna form av jämförelser endast utgör en grov uppskattning, och att det finns en rad felkällor som kan påverka utfallet. Tolkning ska således ske med försiktighet. Men en styrka med jämförelsen är att den tar fasta på systemets funktionssätt som helhet, snarare än att fokusera på enskilda delar. Vi bedömer därför att denna typ av övergripande mått är viktiga för att understödja ett helhetsfokus. Metoden och regionernas relativa position kan, och bör, i sin tur vara föremål för diskussion.

RESULTAT

När regionernas resultat för de olika kvalitetsområden vägs samman får Uppsala, Halland och Jönköping bäst samlat resultat. Halland och Jönköping har samtidigt lägre totala hälso- och sjukvårdskostnader per invånare än vad som är förväntat – det vill säga de ingår i gruppen regioner med relativt sett högst effektivitet. Avslutningsvis ser vi inget samband mellan höga resultat på kvalitetsindexet och den justerade kostnadsnivån bland regionerna, det vill säga att god kvalitet tenderar att kunna uppnås utan höga kostnader. I linje med detta ser vi ett positivt signifikant samband mellan högre resultat på kvalitetsindexet och bättre produktivitet i primär- och specialiserad somatisk vård bland regionerna.

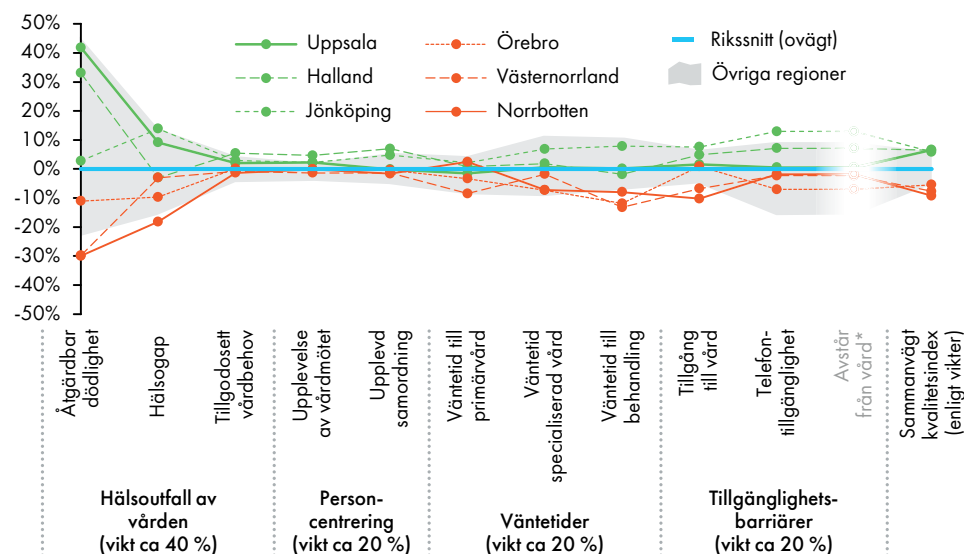


Effektivitet – effektivitetsmatris för regionerna

Källor: Anges i bilaga 1

► Kvalitetsavvikelse från rikssnitt

Figur 29. Procentuell kvalitetsavvikelse per indikator och sammanvägt kvalitetsindex



► Grafen visar regionernas procentuella avvikelse från rikssnittet för åtta av de nio kvalitetsindikatorer som ingår i uppföljningen. Positiva värden innebär bättre resultat än rikssnittet, omvänt gäller för negativa värden.

► Längst till höger i figuren har resultaten för de åtta indikatorerna viktats samman till ett sammanfattande kvalitetsindex. Viktningen baseras på patienternas och befolkningens värdering av de olika kvalitetsområdena.

► I grafen illustreras de tre regioner med bäst resultat för det sammanvägda kvalitetsindexet med grön färg. De tre regioner med sämst resultat ges röd färg.

► Ingen region presterar bäst på samtliga indikatorer och motsvarande gäller dåliga utfall. Vi kan se att variationen är störst mellan regionerna för de indikatorer som rör hälsoutfallet och minst för de indikatorer som rör personcentrering.

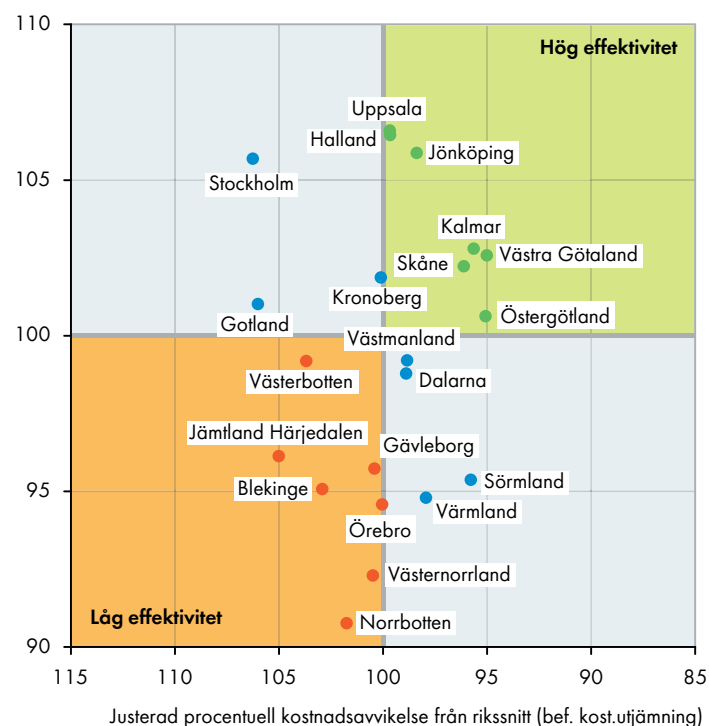
* Uppgift för regioner saknas för denna indikator

Tidsperioden för respektive indikator här har justerats för att så långt som möjligt motsvara perioden för kostnaderna som används i effektivitetsmatrisen nedan.

► Relativ effektivitetsmatris för regionerna

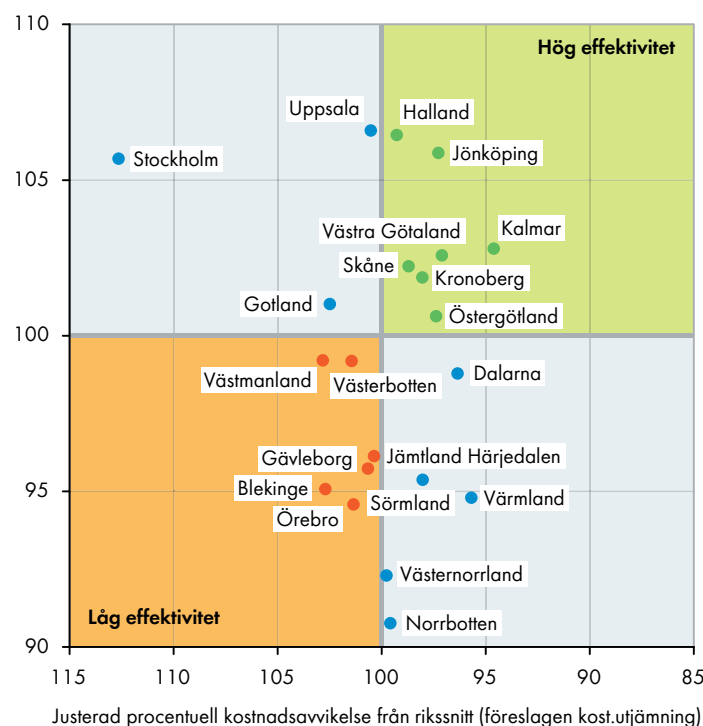
Figur 30. Effektivitetsmatris befintlig kostnadsjustering

Vägd procentuell kvalitetsavvikelse från rikssnitt



Figur 31. Effektivitetsmatris föreslagen kostnadsjustering

Vägd procentuell kvalitetsavvikelse från rikssnitt



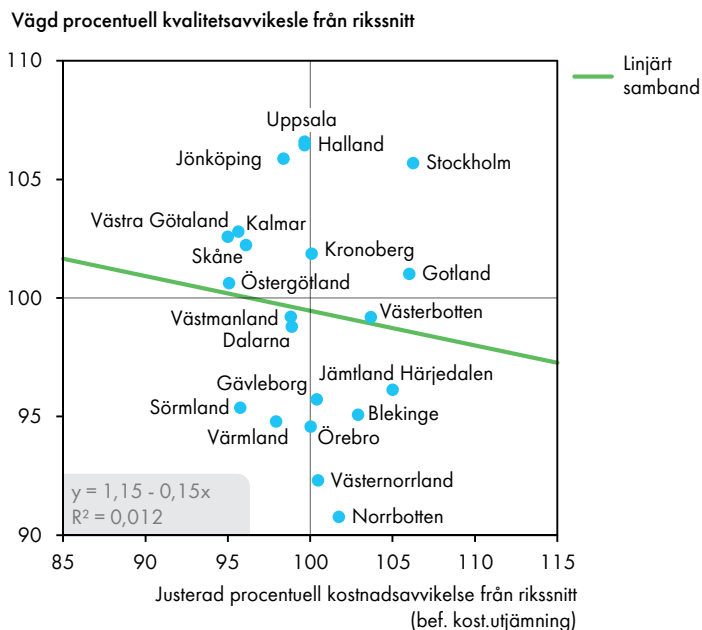
► Den vägda kvalitetsavvikelsen är samma i både figur 30 och 31 (dvs. positionen på den vertikala axeln är konstant). Skillnaden består i stället i att i figur 30 korrigeras kostnadsavvikelsen per region utifrån förväntat vårdbehov och strukturella förutsättningar utifrån befintlig kostnadsutjämningsmodell. I figur 31 sker istället denna justering utifrån den nya föreslagna kostnadsutjämningsmodellen. Betydelsen av denna justering illustreras av att regionerna förflyttar sin horisontella position mellan figur 30 och 31.

► Resultaten visar att vilken kostnadsutjämningsmodell som används för att justera för icke-påverkbara faktorer på regionnivå har stor betydelse för regionernas utfall i relativt effektivitetshänseende. Exempelvis byter ett antal regioner ruta. Sammantaget ser vi dock ett kluster av regioner, däribland Halland, Jönköping, Kalmar, Skåne, Västra Götaland och Östergötland som i relation till riket både har högre sammanvägda kvalitetsutfall och samtidigt lägre totala hälso- och sjukvårdskostnader per invånare än vad som är förväntat - dvs. de uppvisar relativt sett god effektivitet.

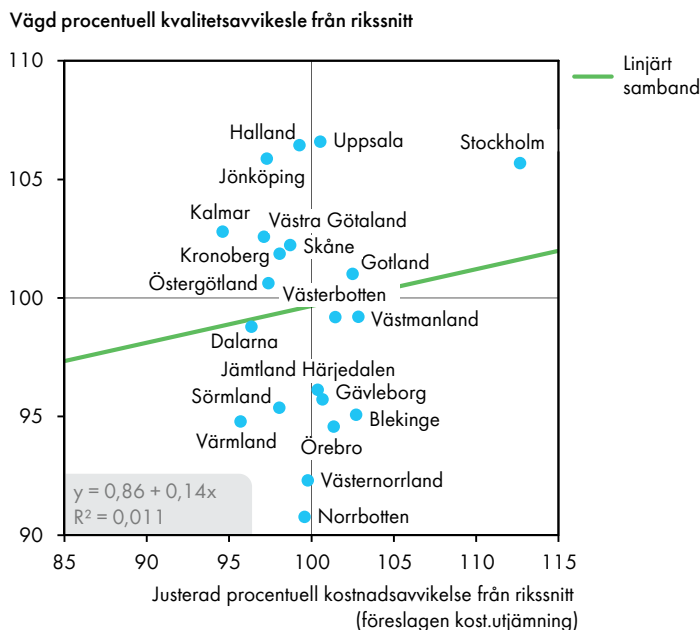
Effektivitet – sambandsanalys

► Samband mellan vägt kvalitetsindex och justerade kostnader

Figur 32. Sambandsanalys befintlig kostnadsjustering



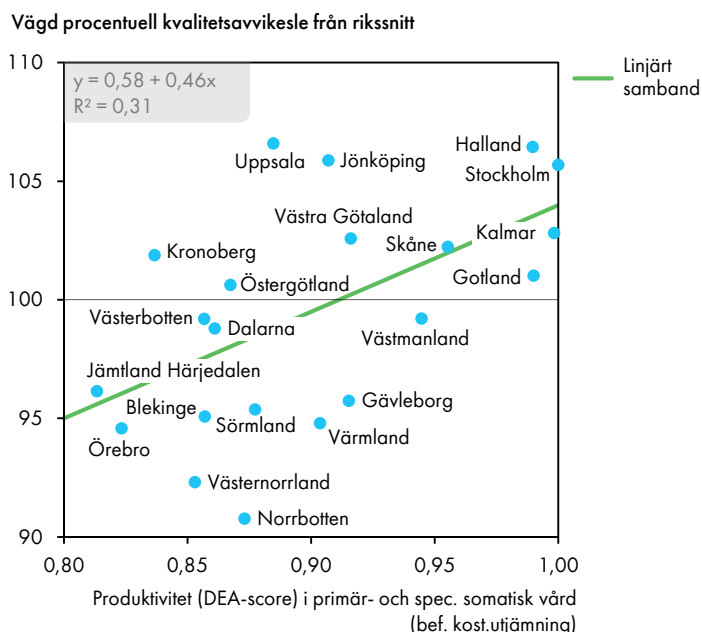
Figur 33. Sambandsanalys föreslagen kostnadsjustering



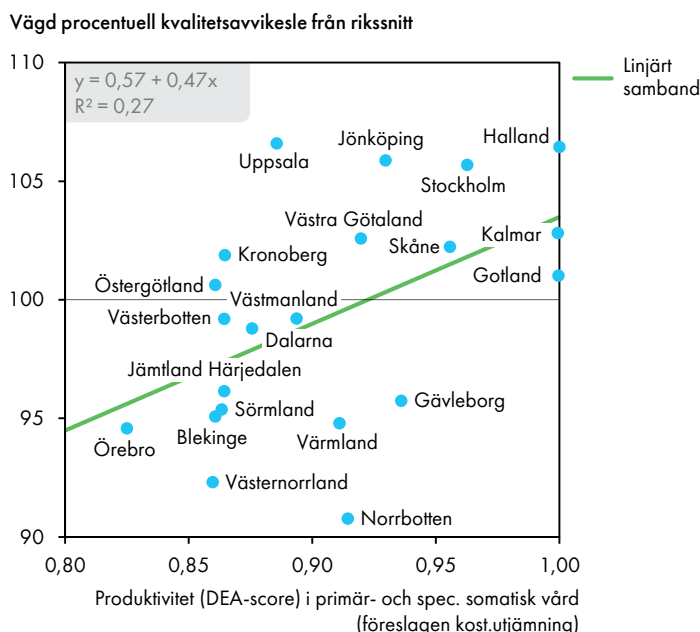
- Vi ser inget signifikant samband mellan relativt sett höga resultat för kvalitetsindexet och den justerade kostnadsnivån bland regionerna, vare sig när kostnadsjusteringen görs enligt befintlig utjämningsmodell eller den nya föreslagna modellen. Visserligen ändras riktningen på sambandet vid de olika kostnadsjusteringarna. Denna förändring drivs av Stockholms förändrade position.
- Sambandsanalysen indikerar att det är möjligt att förena höga resultat för kvalitetsindexet och en kostnadsnivå som är i linje med den förväntade, det vill säga god kvalitet tenderar att kunna uppnås utan höga kostnader. Underliggande osäkerhet i data gör dock att resultaten ska tolkas med försiktighet.

► Samband mellan vägt kvalitetsindex och produktivitet

Figur 34. Sambandsanalys befintlig kostnadsjustering



Figur 35. Sambandsanalys föreslagen kostnadsjustering



- Vi ser ett signifikant samband mellan relativt sett höga resultat för kvalitetsindexet och högre samlad produktivitet i primär- och specialiserad somatisk vård (se figur 26), oavsett om kostnadsjustering av produktivitetsskattningen görs enligt befintlig eller föreslagen utjämningsmodell.
- Sambandsanalysen visar att det inte finns ett motsatsförhållande mellan relativt sett god produktivitet och höga kvalitetsutfall på systemnivå bland regionerna, utan snarare verkar bättre produktivitet driva mot relativt sett bättre kvalitetsutfall. I relation till den ovanstående sambandsanalysen (figur 32 och 33) indikerar detta att det är kostnadseffektiviteten i vad som utförs – det vill säga antalet insatser, behandlingar och kontakter som utförs i relation till en viss resursram – som är av betydelse snarare än den totala resursramens storlek. Enklare uttryckt, det finns utrymme för effektivitetsförbättringar på systemnivå bland regionerna.



- Alharbi, T. S., Ekman, I., Olsson, L. E., Dudas, K., Carlström, E. (2012). Organizational culture and the implementation of person centered care: results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy*, vol. 203 nr 2-3 s. 294 – 301.
- Alharbi, T.S., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A., Olsson, L.E. (2014). Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study. *BMC Nursing*, vol. 13 nr 28.
- Coulter, A., Parsons, S., Askham, J. (2008). *Where are the patients in decision-making about their own care? in Conference on Health Systems, 25-27 June 2008*. 2008. Tallin, Estonia: Policy brief for the WHO European Ministerial.
- Coulter, A. (2012). *Leadership for patient engagement*. The Kings Fund, www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/leadership-patient-engagement-angela-coulter-leadership-review2012-paper.pdf. [Hämtat 2018-12-21].
- GPCC – Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (2019). *Personcentrerad vård*. <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-vard>. [Hämtat 2018-12-21].
- IVO – Inspektionen för vård- och omsorg (2018). *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande*. Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017. Stockholm: IVO.
- Jaipaul, C.K., Rosenthal, G.E. (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18 nr 1 s 23–30.
- KCE – Belgian Health Care Knowledge Centre (2018). *Use of Patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*. KCE-report 303. Bryssel: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Kraus, K. (2007). *Sven, inter-organisational relationships and control : a case study of domestic care of the elderly*. Diss. Stockholm: Economic Research Institute, Stockholm School of Economics (EFI).
- Lindgren, P. (2014). *Ersättning I sjukvården: modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS.
- Löfvendahl, S., Eckerlund, I., Hansagi, H., Malmqvist, B., Resch, S., Hanning, M. (2005). Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17, nr 2 s 133–140.
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD/EU (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Socialstyrelsen (2018a). *Kapaciteten i sjukvården: Att hantera kritiska lägen*. Stockholm: Socialstyrelsen.



- Socialstyrelsen (2018b). *En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Öppna jämförelser 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2016:2 *Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården*.
- SOU 2018:39 *En god och nära vård. En primärvårdsreform*.
- SOU 2018:74 *Lite mer lika. Översyn av kostnadsutjämnningen för kommuner och landsting*.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande* (rapport 2014:7). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2015). *Variierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* (rapport 2015:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv* (rapport 2017:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin* (rapport 2017:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård* (rapport 2018:8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.



BILAGA 1 – KÄLLOR

Figur	Källa
Figur 1	OECD
Figur 2	SCB
Figur 1	OECD
Figur 2	SCB
Figur 3	SCB
Figur 4	Folkhälsomyndigheten
Figur 5	SCB
Figur 6	Global Health Data Exchange
Figur 7	SCB, SOU 2018:74
Figur 8	SKL, SCB och egna beräkningar
Figur 9	SKL, SCB och egna beräkningar
Figur 10	SKL, SCB och egna beräkningar
Figur 11	SKL
Figur 12	SKL
Figur 13	SKL
Figur 14	SKL
Figur 15	SKL
Figur 16	SKL
Figur 17	Region Jönköping
Figur 18	SKL, Region Jönköping och Socialstyrelsen
Figur 19	Socialstyrelsen
Figur 20	Socialstyrelsen
Figur 21	SKL, Region Jönköping och Socialstyrelsen
Figur 22	SCB, SKL, Region Jönköping och egna beräkningar
Figur 23	SCB, SKL, SOU 2018:74, Region Jönköping och egna beräkningar
Figur 24	SCB, SKL och egna beräkningar

forts.



Figur	Källa
Figur 25	SCB, SKL, SOU 2018:74 och egna beräkningar
Figur 26	SCB, SKL, Socialstyrelsen, SOU 2018:74, Region Jönköping och egna beräkningar
Figur 27	SCB, SKL, Socialstyrelsen, Region Jönköping och egna beräkningar
Figur 28	SCB, SKL, Socialstyrelsen, SOU 2018:74, Region Jönköping och egna beräkningar
Figur 29	Se respektive kvalitetsindikator
Figur 30	Se respektive kvalitetsindikator. Kostnadsutjämning enl. SCB.
Figur 31	Se respektive kvalitetsindikator. Kostnadsutjämning enl. SOU 2018:74.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)

uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

 **vårdanalys**

