

*PROGRAM FÖR HÅLLBAR JÄMSTÄLLDHET*

# Indikatorer för jämställd hälsa och vård

ETT ANVÄNDARSTÖD FÖR [WWW.KOLADA.SE](http://WWW.KOLADA.SE)

## Innehåll

<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
Utgångspunkter .....	3
Jämlikhet, jämställdhet och genus .....	4
<b>Uppföljningsområden och indikatorer</b> .....	<b>5</b>
Bakgrundsdata och indikatorer för uppföljning av jämställd hälsa och vård .....	6
<b>Jämförelser i Kolada</b> .....	<b>7</b>
<b>Om urvalet av indikatorer</b> .....	<b>8</b>
Vad har vi valt bort och varför.....	9
<b>Analys i fem steg</b> .....	<b>10</b>
<b>Indikatorer för jämställd hälsa och vård</b> .....	<b>12</b>
Bakgrundsdata .....	12
Dödlighet.....	12
Läkemedelsbehandling.....	13
Rörelseorganens sjukdomar .....	13
Diabetesvård .....	15
Hjärtsjukvård.....	16
Strokesjukvård.....	17
Kirurgi .....	17
Psykiatrisk vård .....	17
Sjukskrivningar om minst 60 dagar .....	18
Självskattad hälsa.....	18
<b>Kolada – en lathund för användare</b> .....	<b>20</b>
Färdiga presentationer – så hittar du indikatorer för jämställd hälsa och vård .....	21
Fri sökning – skapa ditt eget urval för jämförelser och analys .....	22
<b>Lästips</b> .....	<b>23</b>
<b>Bilaga: Indikatorer för jämställd hälsa och vård</b> .....	<b>24</b>

# Inledning

”Jag ser inte till kön, jag ser till individen.” Så svarar många inom sjukvården på frågan om vården är jämställd. Ändå vet vi att vården inte alltid är likvärdig för kvinnor och män – ibland för att de inte behandlas lika, ibland för att de behandlas lika trots skilda behov. Det här dokumentet är tänkt som ett stöd för de landsting som vill integrera ett jämställdhetsperspektiv i sitt systematiska förbättringsarbete.

För att främja analyser och jämförelser i kommuner och landsting publicerar Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) ett stort antal nyckeltal och statistiska uppgifter i Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada), tillgänglig på [www.kolada.se](http://www.kolada.se).

I samråd med RKA har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och en arbetsgrupp med deltagare från tio landsting gemensamt kommit fram till ett urval av indikatorer för uppföljning av jämställd hälsa och vård. I detta dokument beskriver vi hur indikatorerna har valts ut, hur de kan användas och hur de kan tolkas. Förhoppningen är att det urval som gjorts ska kunna fungera som utgångspunkt eller inspiration för de landsting som vill värdera sin kvalitetsutveckling utifrån ett jämställdhetsperspektiv.

Det finns många fall där ett systematiskt kvalitetsarbete har lett till förbättringar när det gäller jämställdhet utan att något uttalat jämställdhetsarbete har bedrivits. Att vårdprocesser är standardiserade och bygger på senaste forskning och evidens bidrar till vård på mer lika villkor, även när det gäller kön. Ett systematiskt förbättringsarbete utan uttalade intentioner att främja jämställdhet kan ändå ha den effekten. Att använda de redskap som redan är i bruk för att upptäcka brister i vårdkvalitet är redskap som också kan användas i syfte att upptäcka brist på jämställdhet.

## Utgångspunkter

Jämställdhet är en fråga om rättvisa. Ingen människa ska behandlas sämre på grund av sitt kön. Men jämställdhet är också en fråga om kvalitet. En jämställd verksamhet tillvaratar samhällets resurser och invånarens resurser på ett bättre sätt.

Målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska vara lätt tillgänglig och ha god kvalitet. För att ge kvinnor och män likvärdig service, garantera en patientsäker vård likväl som att göra vården resurseffektiv måste ett jämställdhetsperspektiv in i det dagliga arbetet i kommuner och landsting.

Alla organisationer inom vården i Sverige har krav på att ha ett ledningssystem som främjar ett långsiktigt, målmedvetet och systematiskt arbetssätt med siktet inställt på ständiga förbättringar.

En viktig del i ledningssystemet är egenkontrollen, det vill säga att sammanställa information från olika källor för att ge beslutsfattare en övergripande bild av kvaliteten i vård och omsorg. Med hjälp av ledningssystemet kan ledningen se eventuella kvalitetsbrister och var dessa uppstår i verksamheten, samt vilka grupper av patienter och brukare som drabbas.

Informationskällor i ett ledningssystem är exempelvis patient- och brukarenkäter, kvalitetsregister, öppna jämförelser, rapporter från patientnämnder, avvikelserapporter med mera. Ett ledningssystem bör konstrueras och användas på ett sådant sätt att ojämställdhet i kvinnors och mäns hälsa och vård synliggörs och uppmärksammas. Detta användarstöd, samt en mall som hjälper dig att ta fram din egen organisations resultat, är tänkt att vara ett stöd i det arbetet.

I arbetet med att välja ut indikatorer för jämställd hälsa och vård har vi utgått från redan etablerade kvalitetsindikatorer i *Öppna jämförelser*, sjukskrivningsstatistik från Försäkringskassan samt uppgifter om självskattad hälsa från Folkhälsoinstitutet. Inkluderat finns även bakgrundsdata från Statistiska centralbyrån över folkmängd, förvärvsfrekvens, förvärvsinkomst och utbildningsnivå.

## Jämlikhet, jämställdhet och genus

Ibland är det svårt att hålla isär begrepp som liknar varandra. Här är en kort redogörelse för de som är centrala i arbetet med jämställd och likvärdig kvalitet och service.

- **Jämställdhet** avser rättvisa förhållanden mellan kvinnor och män, det vill säga jämlikhet mellan kvinnor och män.
- **Jämlikhet** avser rättvisa förhållanden mellan alla individer och grupper i samhället och utgår från alla människors lika värde oavsett kön, etnicitet, religion, social tillhörighet med mera.
- **Genus** är det skapade könet, till skillnad från det biologiska, det vill säga våra föreställningar om kvinnligt och manligt.
- **Genussystemet** är en teori som säger att alla samhällen skapar och upprätthåller en ordning där kvinnor och män tillskrivs olika uppgifter, roller och positioner. Systemet bygger på två principer, könets isärhållande och manlig överordning. Läs mer om genussystemet på webbportalen [Jämställ.nu](http://Jämställ.nu).

# Uppföljningsområden och indikatorer

Sedan 2006 publicerar Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting en årlig gemensam rapport med jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet mellan landsting. Rapporten innehåller idag 169 indikatorer som speglar medicinska resultat inom 12 sjukdomsspecifika eller behandlingsbaserade områden, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

Arbetsgruppen har i huvudsak valt att använda dessa indikatorer för uppföljning av jämställd hälsa och vård. Eftersom sjukskrivningar är både en del av behandlingen som ges i vården och samtidigt en indikator på ohälsa är även sjukskrivning med bland indikatorerna. Den självrapporterade hälsan är ytterligare en ledtråd till att få en samlad bild av kvinnors och mäns hälsa och eventuella vårdbehov. Därför har vi tagit med ett urval indikatorer ur folkhälsoundersökningen som görs på årsbasis av Folkhälsoinstitutet.

Vi har eftersträvat ett urval om högst 20 indikatorer för att på en övergripande nivå kunna göra en sammanfattande bedömning av risk för ojämställd hälsa och vård. Tanken är att indikatorerna ska fungera som en varningssignal för att titta närmare på vården i ett specifikt område utifrån ett jämställdhetsperspektiv. I en fördjupad analys baserar man sin bedömning på samtliga tillgängliga indikatorer inom ett område med hjälp av exempelvis Öppna jämförelser eller kvalitetsregistren.

I nästa avsnitt presenteras de indikatorer som har valts ut som ett stöd för att styra mot jämställd hälsa och vård. Detta är förslag på indikatorer. Ett enskilt landsting kan naturligtvis göra ett eget urval av indikatorer för att få en övergripande bild av jämställd hälsa och vård. Andra indikatorer än de vi har valt kan vara lika relevanta.

Längre fram i dokumentet finns en instruktion för hur man söker i Kolada och skapar sitt eget urval av indikatorer för jämförelser och analys. Där beskrivs även hur man enkelt får fram en pdf-rapport baserad på detta urval. Resultaten för det egna landstinget kan på så sätt läsas på skärmen eller skrivas ut. I bilaga 1 listas indikatorerna med information om namn, datakällor och längden på dataserierna i Kolada.

## Bakgrundsdata och indikatorer för uppföljning av jämställd hälsa och vård

Bakgrundsdata	Folkmängd
	Förvärvsfrekvens
	Förvärvsinkomst
	Utbildningsnivå
Sjukdomsspecifika eller behandlingsbaserade områden	Dödlighet
	Läkemedelsbehandling
	Rörelseorganens sjukdomar
	Diabetesvård
	Hjärtsjukvård
	Strokesjukvård
	Kirurgi
	Psykiatrisk vård
Sjukskrivning	Långtidssjukskrivning med depressioner
	Långtidssjukskrivning med stressreaktion
Självskattad hälsa	Nedsatt psykiskt välbefinnande
	Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest

# Jämförelser i Kolada

Kolada är ett verktyg för jämförelser. Jämförelserna bygger på olika typer av data, och syftet är att se hur man ligger till i förhållande till andra likväl som i förhållande till sig själv över tid. Värdering av jämförelserna är det ofta bara den enskilda användaren som kan göra. Är t.ex. nedsatt psykiskt välbefinnande på 19 procent bra eller dålig? I inget fall gör Kolada en bedömning av vad som är ett bra eller ett dåligt värde. Kolada erbjuder jämförelser, men analys, avvägning och värdering är användarens bord. Däremot kan man få stor vägledning i sin bedömning på många områden inom hälso- och sjukvården från Socialstyrelsens nationella riktlinjer liksom Socialstyrelsens bedömningsinstrument för sjukskrivningar.

På Koladas startsida ([www.kolada.se](http://www.kolada.se)) finns rubriken ”Färdiga presentationer” där man finner ett antal områden av intresse för kommuner och landsting, varav ett är *Jämställdhet*. Går man in där finner man till exempel denna rapport med en beskrivning av indikatorer som är intressanta att använda i styrning mot jämställd hälsa och vård.

För att underlätta för användaren att få tillgång till indikatorerna har RKA förberett två typer av ”Färdiga presentationer” (en funktion som är valbar från Koladas startsida [www.kolada.se](http://www.kolada.se)). Dels finns det, för kommuner respektive landsting, färdiga urval som enkelt kan plockas fram. Med färdiga urval har man fri tillgång till databasens hela funktionalitet att jämföra, analysera, presentera och exportera data.

Det finns också s.k. ”rapportpaket”, dvs. av RKA förberedda pdf-rapporter, att hämta ut. Välj din kommun eller ditt landsting och öppna ett rapportpaket, så får du tidsserier och jämförelser för alla nyckeltal i urvalet i en rapport som går att läsa på skärmen eller skriva ut på papper. För ovana Kolada-användare återfinns en enkel instruktion i avsnittet [Kolada – en lathund för användare](#) längre fram i detta dokument.

# Om urvalet av indikatorer

Vi har eftersträvat att lyfta fram ett urval av områden inom hälso- och sjukvården som är relevanta ur ett genus- och jämställdhetsperspektiv och belysa dem med hjälp av redan etablerade indikatorer för kvalitet. Syftet är att uppmärksamma betydelsen av genus och jämställdhet för att nå goda resultat.

Indikatorerna är en blandning av processindikatorer (vad och hur vi gör) och resultatindikatorer (det vi åstadkommer). Majoriteten av indikatorerna beskriver därför sådant som i viss utsträckning är direkt påverkbart inom organisationen. Indikatorerna kan exempelvis vara underlag för resultatuppföljning i halvårs- och årsrapporter eller i ledningens interna resultatdialog/uppdragsdialog.

Skriften [Hälso- och sjukvård 2010](#) finns på RKA:s webbplats under *Skapa resultat med nyckeltal*. Den har varit en inspiration och utgångspunkt för arbetsgruppens urval av indikatorer för jämställd hälsa och vård. Där står bland annat att oberoende om man i den egna styrprocessen kallar det man mäter för nyckeltal, indikator, mätetal, mått, statistik eller något annat så är det viktigt att man strävar efter att de:

- har en tydlig koppling till uppdraget,
- fokuserar något väsentligt,
- är förankrade i organisationen,
- är lätta att förstå,
- är möjligt att skilja bra från dåliga värden,
- är möjliga att jämföra med andra,
- är anpassade efter den verksamhet och nivå som de ska spegla, och
- är påverkbara.

Vår ambition har varit att välja ut max 20 indikatorer som är av intresse för samtliga landsting att följa. Urvalet av indikatorer är framför allt baserat på hur vanligt förekommande diagnosen eller hälsotillståndet är. Till exempel är patientgrupperna inom diabetes, stroke samt hjärt- och kärlsjukdomar stora, liksom gruppen med psykisk ohälsa, inom samtliga landsting och därför relevanta att uppmärksamma. Att indikatorerna ges hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer har också varit vägledande.

Utifrån ett genusperspektiv har vi motiverat urvalet av indikatorer med att det åtminstone tidigare funnits tendenser att betrakta den manliga hjärt- och strokepatienten som norm även om senare tiders forskning har lyft fram även kvinnors hjärtsjukdom och risk för att drabbas av stroke. Ett område som däremot har dominerats av observationer och fokus på kvinnors symtom är depression.



Depressionsdiagnosen har från början varit baserad på kvinnors uttryck och tecken, vilket medför en risk för överdiagnostisering bland kvinnor och underdiagnostisering, likväl som underbehandling, bland män. Mäns högre självmordsfrekvens skulle kunna tolkas som en följd av en psykisk ohälsa som inte uppmärksammas av vården, därför att kunskapen om mäns psykiska ohälsa är för låg.

## Vad har vi valt bort och varför

Ett uppmärksammat exempel på när en manlig norm kan vara farligt för kvinnor inom vården är ljumskbråcksoperationer. Till exempel är det mer än åtta av tjugo kvinnor som får komplikationer eller måste omopereras efter ljumskbråckoperationer i jämförelse med en av tjugo för män. Kunskapen om kvinnors bråck brister ofta hos kirurger och allmänläkare. Ett skäl är att ljumskbråck är en ovanlig förekomst hos kvinnor, då de endast utgör en tiondel av patienterna. Att kvinnorna utgör en sådan liten del av alla patienter med ljumskbråck är också skälet till att indikatorn för andel omoperationer vid ljumskbråck inte finns könsuppdelat i *Öppna jämförelser*. Därför finns den heller inte med i vårt urval av indikatorer för att styra mot jämställd hälsa och vård.

Ett område där nyare forskning pekar mot att mannen varit norm är dialysdos för njurpatienter. I *Öppna jämförelser* kommenteras det på följande vis: "Under senare år har nya rön framkommit som talar för att kvinnor behöver påtagligt högre dialysdos än män. Den till synes bättre målvärdeuppfyllelsen för kvinnor ska tolkas med hänsyn till detta." I detta fall borde målvärdena vara specifika för kvinnor och män för att kunna uttala sig om skillnader i målvärdeuppfyllelse. Då detta inte är fallet har vi valt att inte ta med målvärdeuppfyllelse för dialysdos även om det är ett viktigt område att uppmärksamma ur ett genusmedicinskt perspektiv.

*Öppna jämförelser* har gjorts för många områden, t.ex. för cancer, läkemedel, folkhälsa och psykisk ohälsa. I dessa rapporter finns utförligt med indikatorer, men då de inte följs upp på årsbasis har vi valt bort dem och koncentrerat vårt urval bland de indikatorer som årligen redovisas som kvalitetsindikatorer för hälsa- och sjukvård.

En viktig och stor patientgrupp inom samtliga landsting är de med någon typ av cancer. Dödligheten är hög och högre bland män än kvinnor generellt visar de resultatmått som används i *Öppna jämförelser*. Dock saknas det så gott som helt och hållet processmått för cancervården och det är också skälet till att vi inte inkluderat cancersjukvården i vårt urval av indikatorer.

Vårdens tillgänglighet är viktig ur ett patientperspektiv. Ett landstings egenkontroll som tar sikte på jämställd vård bör även synliggöra vårdens tillgänglighet för kvinnor och män. Därför är det önskvärt att dessa data på sikt blir redovisade fördelade på kön. I dagsläget återfinns uppgifter om tillgänglighet inom primärvården och specialistvården inte könsuppdelade i *Öppna jämförelser* och inte heller i SKL:s väntetidsdatabas, vilket är en brist utifrån ett jämställdhets- och kvalitetsperspektiv.

Den nationella patientenkäten är en viktig källa till information om patienters upplevelser av vården. Över lag visar den att kvinnor såväl som män är nöjda med både vård och bemötande i vården, även om det finns vissa könsskillnader avseende enskilda områden. Dock finns inget återkommande könsmonster i samtliga landsting. Därför har vi valt bort möjligheten att inkludera kvinnors och mäns bedömningar av vården bland vårt urval av indikatorer. Istället uppmanas alla landsting att göra egna analyser av könsskillnaderna i enkätsvaren.

# Analys i fem steg

Här kommer en beskrivning av hur man kan gå tillväga för att få en bild av jämställdhetsläget inom hälso- och sjukvården och hur den kan vara ett underlag för en dialog om åtgärder. I princip var det på dessa grunder som arbetsgruppen gjorde urvalet bland de indikatorer som *Öppna jämförelser* innehåller. Jämställdhetsläget skiljer sig mellan landsting på många områden. Därför kan det vara en poäng med att ett landsting gör sitt specifika urval av indikatorer som komplement för att styra mot jämställd hälsa och vård. I den urvalsprocessen kan detta vara ett stöd.

Steg 1: För att få en överblick av hur stora könsskillnader är inom ett område kan man inleda med att dela upp befintliga kvalitetsindikatorer i grupper baserade på grad av könsskillnad: större än 3 procentenheter, större än 5 procentenheter och större än 10 procentenheter.

Ex: Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1 diabetes i Stockholms läns landsting, kvinnor – män (51,4 % -37,3 % = 14,1 procentenheter).

Steg 2: För att ytterligare få en bild av könsskillnaderna är det nödvändigt att titta på samma indikator över tid och se hur mönstret utvecklats.

Ex: Måluppfyllelsen för blodtryck vid typ 1 diabetes i Stockholms läns landsting har ökat bland både kvinnor och män sedan 2005. Dock är ökningen något större för kvinnor vilket betyder att könsskillnaderna har vuxit över tid, även om det generellt sett skett en positiv utveckling.

Steg 3: Hittills är det bara en indikator på ett område som visar på könsskillnader. I detta läge kan det vara intressant att titta på övriga indikatorer inom området. Det kan handla om flera steg i vårdprocessen, såväl som det medicinska resultatet och det patientupplevda resultatet. Även sjukskrivningslängd är en intressant indikator när man är intresserad av ett helt händelseförlopp. Genom att jämföra utfallet för kvinnor och män på samtliga indikatorer inom ett område finns en möjlighet att få syn på vårdprocessens svaga länk utifrån ett könsperspektiv..

Ex: Inom strokevården finns processindikatorer som speglar insatser under det akuta skedet, indikatorer för både förebyggande och rehabiliterande insatser samt resultatindikatorer som speglar funktionsförmåga och patientens nöjdhet. Det går att urskilja att könsskillnaderna är mindre i vården under det akuta skedet än i det förebyggande och rehabiliterande arbetet.

Steg 4: Ytterligare ett steg i analysen är att jämföra det egna resultatet med andras. Antingen jämför man det egna resultatet med rikets eller på landstings- eller sjukhusnivå. Av särskilt intresse kan vara att se vilket landsting som har det bästa/sämsta utfallet för respektive kvinnor och män. Då får man en uppfattning om variationerna i utfallet. Bästa utfall ger även en riktning för vad som är möjligt att

uppnå likvärdighet som en antydning om var goda exempel kan hämtas för att inspirera det egna förbättringsarbetet inom ett område.

Ex: Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård, har Västra Götalandsregionen bäst utfall bland samtliga landsting för både kvinnor och män med 57,9 % respektive 56,5. Sämst måluppfyllelse för kvinnor uppmäts i Gotlands läns landsting med 38,5 % och motsvarande gäller för män i Västerbottens läns landsting med 35,8 %.

Steg 5: Det sista steget handlar om att använda indikatorer för att styra verksamheten så kvaliteten blir likvärdig för kvinnor och män. Använd indikatorer som underlag till målformuleringar på övergripande landstingsnivå eller på enhetsnivå, beroende på vilken nivå som är mest relevant för att åstadkomma förbättringar. Använd sedan samma indikatorer som underlag för uppföljning och dialog med verksamheterna. Könsskillnader som inte kan motiveras medicinskt måste analyseras och åtgärdas, genom ett aktivt förändringsarbete. Andra sammanhang där indikatorer kan vara vägledande är i framtagandet av standardiserade vårdplaner, strategier, avtal m.m.

Ex 1: I budgeten för 2014 har Västra Götalandsregionen beslutat att hälso- och sjukvården ska vara lättillgänglig och ges på jämlika och jämställda villkor. Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att vården är jämlik och jämställd. Könsskillnaderna ska minska i hjärtsjukvården (fem indikatorer) samt i strokesjukvården (fyra indikatorer).

Ex 2: Norrbottens läns landsting arbetar med standardiserade vårdplaner i motsats till individuella vårdplaner. Standardiserade vårdplaner innebär att man tar fram den form av vård och behandling som forskningen bedömt vara bäst vid olika sjukdomstillstånd och upprättar en plan utifrån detta. I detta arbete ingår att använda könsspecifik evidens i aktuell forskning.

Ex 3: SKL har nyligen beslutat att jämställdhetsintegrera de överenskommelser som tecknas med regeringen gällande hälso- och sjukvården. Det innebär att synliggöra kön i tre nivåer: 1) Synliggöra kön i text då det är relevant, 2) statistik och resultat ska i möjligaste mån redovisas könsuppdelat, 3) skapa indikatorer på områden där det råder omotiverade skillnader mellan könen.

# Indikatorer för jämställd hälsa och vård

## Bakgrundsdata

Individens hälsa påverkas av socioekonomiska faktorer som inkomst, ålder och utbildning. Därför ingår följande bakgrundsdata på övergripande nivå i sammanställningen.

- Folkmängd efter ålder. Valet av åldersgrupper är baserat på både hur vården är organiserad och att vårdbehovet skiftar i olika åldrar.
- Förvärvsfrekvens efter ålder. Uppgifterna visar hur stor andel av kvinnor och män i olika åldrar som förvärvsarbetar.
- Sammanräknad förvärvsinkomst. Sammanräknad förvärvsinkomst består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomst även inkomst från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från Försäkringskassan. Kapitalinkomster ingår inte.
- Utbildningsnivå efter ålder. Uppgifterna visar kvinnors och mäns högsta utbildningsnivå för två åldersgrupper.

## Dödlighet

### **Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden**

Antalet personer i Sverige som begår självmord har minskat sedan 1980-talet, framför allt bland män. Dock är det fortfarande dubbelt så vanligt bland män än kvinnor. Brister som identifierats i vården är till exempel att det inte gjorts systematiska riskbedömningar för självmord eller att verksamheten inte följt de egna regionala vårdprogrammen. Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport är de flesta män som tar sina liv 75 år eller äldre, bland kvinnor är det vanligast i åldrarna 46-64 år.

En förklaring till mäns överrepresentation är också att de sällan eller sent kommer till psykiatrisk vård. Det kan också handla om att kvinnor och män väljer olika sätt att ta sitt liv, där chanserna att bli räddad skiljer sig åt. Det speglas eventuellt i att kvinnor är kraftigt överrepresenterade bland dem som

gör självmordsförsök. Önskan om att dö kanske är likvärdig bland kvinnor och män, men beroende på tillvägagångssätt blir utgången olika. Könsmönstret är genomgående i samtliga landsting.

Indikatoren speglar hur öppenvården inom primär- och specialistvården förmår att fånga upp patienter som mår psykiskt dåligt och att ge dem stöd.

## Läkemedelsbehandling

### **Andel äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel**

Ett problem som i större utsträckning drabbar kvinnor än män är extrem polyfarmaci. Polyfarmaci innebär att en patient samtidigt använder många olika läkemedel. Polyfarmaci är ofta förenad med olämplig läkemedelsanvändning, exempelvis att preparat används utan indikation, eller på felaktig indikation, eller att olämpliga läkemedel eller läkemedel som motverkar varandra används.

Genusmedicinska forskare framhåller att det är viktigt att notera att majoriteten av biverkningarna som polyfarmaci orsakar anses vara möjliga att förebygga, och att de i många fall kan kopplas samman med brister i förskrivningen och uppföljningen av läkemedel. Studier har visat att polyfarmaci bland annat är förknippat med högre kostnader, risk för skadliga läkemedelsinteraktioner och med läkemedelsorsakad inläggning på sjukhus. Systematiska läkemedelsgenomgångar i primärvården är ett medel för att minska risken för polyfarmaci hos äldre.

Polyfarmaci är sedan 2010 en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Det är större andel äldre kvinnor än män som behandlas med tio läkemedel eller fler. Mönstret är genomgående i samtliga landsting.

### **Andel personer med fortsatt blodtryckssänkande behandling 12–18 månader efter första uttag. Avser personer i åldern 50–79 år med nyinsatt blodtrycksmedel**

Blodtryckssänkande behandling får patienter med högt blodtryck, hjärtsvikt och kärlkramp, tillstånd som är lika vanligt förekommande hos kvinnor som män. I regel är högt blodtryck ett livslångt tillstånd. Det är även en viktig åtgärd efter stroke eller hjärtinfarkt för att minska risken för att drabbas på nytt av hjärt- och kärlsjukdom, oavsett om patienten har högt blodtryck. Det ges även blodfettsänkande behandlingar i samma syfte

I samtliga landsting är det vanligare bland kvinnor än män med bristande uttagsföljsamhet både när det gäller blodtryckssänkande och blodfettssänkande behandling.

Indikatoren speglar uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter nyinsatt läkemedelsbehandling. Orsaker till bristande följsamhet kan ha att göra med bieffekter, patientens bristande information om behandlingen, eller brister i uppföljningen av patienter.

## Rörelseorganens sjukdomar

### **Andel protesopererade patienter vid höftfraktur. Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden**

Brott på lårbenshalsen har tidigare behandlats med spikning, en metod som har hög frekvens av komplikationer. Olika studier har visat att höftproteser vid höftfraktur ger ett betydligt bättre resultat, med mindre än 10 procent misslyckade fall, jämfört med 40–50 procent efter osteosyntes.

Protesoperation ger bättre resultat även för dementa patienter, som är en särskilt skör grupp bland höftfrakturpatienterna. Protesoperation medför visserligen förlängda operationstider och ökade proteskostnader, men denna fördyring av det första operationstillfället kompenseras av den betydligt

lägre frekvensen av omoperationer. Primär höftprotes leder också till mindre smärta, lättare rehabilitering och bättre hälsorelaterad livskvalitet för patienten.

Det är vanligare att kvinnor än män protesopereras vid höftfraktur i de flesta landsting, men könsskillnaderna varierar kraftigt mellan landsting liksom förekomsten av protesoperationer generellt.

### **Andel kvinnor 50 år och äldre med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling 6–12 månader efter fraktur**

Benskörhet (osteoporos) är en sjukdom som gör att benstommen förlorar en del av sin styrka. Förekomsten av benskörhet ökar kraftigt med åldern. Benskörhet är vanligast bland kvinnor men förekommer även hos män. Bland 70-åriga kvinnor förekommer benskörhet hos drygt 30 procent.

Det finns starka belägg i forskningen för att behandling med läkemedel efter en fraktur motverkar eventuella framtida frakturer, 60–70 procent av dessa patienter bör ha någon form av osteoporosförebyggande behandling. Med läkemedelsbehandling halverar man risken för nya frakturer och kan göra kraftiga besparingar för vårdkostnader likväl som minska patienters lidande.

Indikatorn visar att kvinnor som har haft benskörhetsfraktur behandlas med läkemedel i för liten omfattning. Mönstret är detsamma i samtliga landsting trots att *Öppna Jämförelser* uppmärksammat bristerna i flera års tid.

Kvinnor i åldrarna 50 år och över som slutenvårdats med huvuddiagnos för fraktur i höft, knä, ländkotpelare, bäcken, bröstkotpelare, handled eller axel följdes upp med avseende på osteoporosförebyggande läkemedel under perioden 6–12 månader efter sjukhusvård. Endast patientens första vårdtillfälle sedan 1998 med någon av diagnoserna ingår i beräkningarna.

### **Andel patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit**

Sjukskrivning på grund av artros belastar sjukförsäkringssystemet med 1,4 miljarder kronor per år. Artros är den näst vanligaste sjukdomen hos kvinnor över 60 år och den fjärde vanligaste bland män. Det finns uppskattningsvis cirka 90 000 personer i Sverige som lever med inflammatorisk ledsjukdom, av vilka cirka 60 000 har reumatoid artrit. Det är en livslång sjukdom som ger sämre hälsorelaterad livskvalitet och förkortad livslängd.

Hos rätt patient vid rätt tillfälle kan behandling med biologiska läkemedel göra att den kroniska inflammationen går helt tillbaka. Det är viktigt att alla patienter som behöver får dessa läkemedel, men också att patienter som klarar sig bra med annan behandling inte utsätts för dessa medel då de är förenade med vissa biverkningar. Biologiska läkemedel mot reumatoid artrit är även dyra, cirka 70 000–150 000 kr per patient och år.

Indikatorn visar att det är större andel kvinnor än män som har kronisk ledgångsreumatism, reumatoid artrit som behandlas med biologiskt läkemedel. Mönstret är detsamma i samtliga landsting utom två. Därtill finns stora variationer mellan landsting i vilken grad patienter behandlas med biologiska läkemedel.

### **Andel personer med reumatoid artrit med låg eller ingen sjukdomsaktivitet 4–12 månader efter start av behandling med första biologiska läkemedel**

När patienter med reumatoid artrit har hög sjukdomsaktivitet mäts denna med ett internationellt överenskommet index, Disease Activity Score – DAS28, en kombination av läkarundersökning, blodprov och patientens egen bedömning. Enligt DAS28 är nivån på sjukdomsaktivitet låg vid 2,6–3,2 och ingen sjukdomsaktivitet finns vid mindre än 2,6.

Indikatorn visar att i riket är det större andel män än kvinnor som uppnår låg aktivitet eller får en inaktiv sjukdom när behandlingen med biologiska läkemedel startar. Det finns stora variationer i resultat mellan landsting både vad gäller kön och förminskad sjukdomsaktivitet. Det betyder att det finns en förbättringspotential hos många.

## Diabetesvård

### **Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 52 mmol/mol). Avser patienter yngre än 80 år**

Cirka 450 000 personer i Sverige har diabetes som är en kronisk sjukdom. Av dessa har 85–90 procent typ 2-diabetes. Diabeteskomplikationer kan fördröjas eller förhindras. Ett högt blodsockervärde är på sikt skadligt för kroppens blodkärl. Skador i de små blodkärlen kan leda till nedsatt syn, nedsatt njurfunktion och försämrad känsel i fötterna. Skador i de stora blodkärlen kan orsaka hjärtinfarkt, stroke och kärlkramp. Risken för hjärt-kärlsjukdom är två-tre gånger högre hos patienter med diabetes. För kvinnor gäller att deras risk för hjärt-kärlsjukdom sexfaldigas jämfört med kvinnor utan diabetes.

Balansen av blodsockret är en stor utmaning och kräver en individualiserad behandling. Ett gränsvärde över 63 mmol/mol är för högt för de allra flesta.

Indikatorn visar att kvinnors måluppfyllelse är genomgående högre än mäns i samtliga landsting. Skillnaderna är inte så stora men signifikanta. *Öppna jämförelser* förordar lokala analyser, strukturerade program för intensiv påverkan på levnadsvanor och eventuellt mer aktiv läkemedelsbehandling.

### **Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för LDL-kolesterol (< 2,5 mmol/l)**

Höga blodfetter hos patienter med diabetes ökar risken för hjärtsjukdomar, stroke och nedsatt cirkulation i benen. Förebyggande behandling med blodfettsänkande läkemedel minskar påtagligt riskerna för detta.

Indikatorn visar att kvinnor med diabetes typ 2 uppnår målvärdet för LDL-kolesterol, det så kallade ”onda kolesterolet”, i mindre utsträckning än män. Variationerna mellan landstingen är stora och enligt *Öppna jämförelser* råder en klar underbehandling med blodfettsänkande läkemedel och det finns anledning att skärpa vårdens följsamhet till riktlinjerna.

### **Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodtryck (< 130/80 mmHg)**

Högt blodtryck hos personer med typ 1-diabetes ökar risken för stroke, hjärtinfarkt, kärlkramp, njurskada, perifer kärlsjukdom och död. Högt blodtryck kan medföra stort lidande för individerna och en stor kostnad för samhället.

Betydligt fler kvinnor än män når behandlingsmålet i samtliga landsting. Samtidigt finns stora variationer mellan landsting samt mellan sjukhus inom ett landsting. Det betyder att det finns en förbättringspotential inom vården att ge stöd till patienter utifrån patienters skilda livsvillkor.

Indikatorn mäter andelen patienter som nått målvärdet vid senaste besöket. Låg måluppfyllelse kan indikera underbehandling av blodtryck likväl som brister i följsamhet till behandling. Förhållningssätt till sjukdomen likväl som livsstilsförändringar påverkas sannolikt av normer och föreställningar som styr kvinnor och män.

### **Andel barn och unga med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 57 mmol/mol). Avser barn yngre än 18 år**

Diabetes är den näst vanligaste kroniska sjukdomen hos barn och ungdomar i Sverige. Fler pojkar än flickor insjuknar i diabetes. Sjukdomen riskerar att medföra allvarliga komplikationer senare i livet. Behandlingen är en balans mellan kost, motion och insulinbehandling.

Fyra gånger per år kontrolleras blodsockret vid barndiabetesmottagningar. Flickor och pojkar i yngre åldrar har generellt sett relativt lika HbA1c. I tonåren däremot har flickorna oftast högre värden än pojkarna. Denna skillnad kan vara hormonellt betingad. Skillnaderna mellan flickor och pojkars mätvärdena för HbA1c kan dock jämnas ut. Det finns kliniker med barndiabetesteam där patienterna uppvisar mycket liten eller ingen skillnad alls.

Måluppfyllelsen varierar stort mellan landsting och olika sjukhus vilket tyder på att det finns utrymme för förbättringar. Det är rimligt att förvänta sig att flickornas behandling ska nå samma resultat som pojkarnas. Flickor och pojkar bör alltså kunna uppnå samma mätvärden.

### **Hjärtsjukvård**

#### **Andel hjärtinfarktpatienter 40–79 år som fått blodfettssänkande behandling efter 12–18 månader**

Hjärt-kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken och en av de vanligaste orsakerna till invaliditet i Sverige. Patientens ålder, hjärtsjukdomens svårighet och annan samtidig sjukdom påverkar risken att dö.

Efter hjärtinfarkt, liksom efter stroke, är för höga nivåer för blodtryck och blodfetter (kolesterol) riskfaktorer för förnyad hjärt-kärlsjukdom. Statiner sänker kolesterolvärdet och minskar därmed risken för nya förträngningar av kranskärlen. Behandling med lågkostnadsstatin har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Indikatoren visar om patienter har blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus. Andelen behandlade kvinnor är lägre än andelen behandlade män. Om man jämför andel patienter med blodfettssänkande behandling under perioden 0–4 månader så är det tydligt att fler kvinnor än män upphör med behandlingen innan 12–18 månader har passerat.

Det är färre kvinnor än män som når behandlingsmålet på 80 procent. Könsskillnaderna mellan landsting varierar kraftigt.

#### **Andel patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som under påföljande halvår behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare**

Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB) minskar risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och död hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad. Betablockerare sänker blodtryck, puls och hjärtminutvolym, vilket ger ett skydd mot bland annat farliga arytmier och hjärtstopp. På lång sikt har betablockerare även en positiv effekt på hjärtats pumpförmåga hos patienter med hjärtsvikt.

Behandling med dessa båda typer av läkemedel har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. I princip bör alla hjärtsviktpatienter behandlas, om inga medicinska hinder finns.

Enligt *Öppna jämförelser* bör minst 80 procent av patienterna behandlas med båda typer av läkemedel. Inget landsting når målnivån och variationerna är stora. Andelen kvinnor som behandlas är något lägre än män. Hur stora könsskillnaderna är varierar kraftigt mellan landstingen i den senaste mätningen. Inga könsskillnader är signifikanta med undantag för Stockholms läns landsting och riket.



## Strokesjukvård

### **Andel strokepatienter som är ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen. Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet**

Stroke är en av våra stora folksjukdomar, varje år drabbas ungefär 29 000 personer av stroke, ungefär lika många kvinnor som män. Patienter som överlever stroke återfår i olika grad sin funktionsförmåga (Aktiviteter i Dagliga Livet, ADL) så som förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning.

Indikatorn speglar sjukvårdsinsatser under akutfasen och i den fortsatta rehabiliteringen efter utskrivning från akutsjukhus. Den visar att kvinnors funktionsförmåga (ADL) är något lägre än mäns. Könsmönstret är genomgående i samtliga landsting och skillnaderna är i så gott som samtliga landsting signifikanta i den senaste mätningen. Skillnaderna mellan landsting är måttliga.

## Kirurgi

### **Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation**

Under 2011 opererades 91 000 patienter för gråstarr. Det är 1,5 gånger vanligare att kvinnor opereras än män. Dock har det uppmärksammats att kvinnor har sämre syn när de opereras än vad män har. Tolkning av könsskillnaderna försvåras av att kvinnor och män som opereras skiljer sig åt, till exempel med avseende på ålder, operation av andra ögat, och om landstinget har riktlinjer som prioriterar personer med körkort, jaktlicens etc. För att få köra bil är 0,5 på bästa ögat en gräns, förutsatt att synfunktionen i övrigt är normal.

Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation är ett mått på tillgänglighet. Det indikerar att ju högre andel patienter som har en synskärpa under 0,5 på bästa ögat ju sämre är tillgängligheten till operation. Ju färre som har under 0,5 på bästa ögat ju fler patienter som ser bättre vid operationstillfället.

## Psykiatrisk vård

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

Knappt 207 000 personer i åldern 20–79 år hämtar regelbundet ut benzodiazepiner visar statistik från 2011. Av dessa är 62 procent kvinnor och 38 procent män. Bensodiazepiner och bensodiazepinlika läkemedel används för att motverka ångesttillstånd och sömnstörningar.

Till oönskade biverkningar efter långtidsbruk eller hög konsumtion hör risk för höjd aggressivitet liksom beroende och missbruk. Den kognitiva förmågan kan också påverkas (exempelvis ökar risken för demens).

Att kvinnor oftare får sömnmedel eller lugnande medel än män är ett återkommande mönster i samtliga landsting. Det kan bero på att det är vanligare med ångesttillstånd hos kvinnor än hos män. Dock är variationerna mellan landsting påtagliga. Det landsting som förskriver mest lugnande medel/sömnmedel förskriver dubbelt så mycket som det landsting som förskriver minst.

Det finns inga angivna nivåer i nationella riktlinjer, men de stora variationerna mellan landsting generellt och mellan kvinnor och män kan peka på att det finns olika behandlingstraditioner. Man kan också fråga sig om kvinnor överdiagnostiseras för psykiska besvär och om män underdiagnosticeras.

### **Andel med tre eller fler psykofarmaka bland personer 80 år och äldre**

Andelen äldre kvinnor med tre eller fler psykofarmaka uppgår till 5,6 procent och andelen män till 3,2 procent visar statistik från 2011. Totalt motsvarar det drygt 23 000 personer. Variationerna mellan landsting är påtaglig och kan till viss del förklaras med att många använder ApoDos där risken finns att nya läkemedel läggs till utan att den samlade användningen revideras.

Det är ett känt problem att äldre ofta har många pågående behandlingar och medicinerings samtidigt, med risk för olämpliga kombinationer och olämpliga läkemedel.

Ett annat problem skulle kunna vara att läkemedel sätts in istället för annan behandling såsom stöd eller terapi. Medicin för äldre skrivs oftare ut via vårdcentraler än via specialistvården. Ett vanligt fenomen är att journalanteckningar skrivs in i olika journalsystem som inte kan läsas från annan vårdnivå vilket sannolikt medför en risk för överutskrivning till både kvinnor och män.

Uppföljning av behandlingar är standard inom psykiatri för att se om funktionaliteten förbättrats, men detta är mindre vanligt inom primärvården. Det är mycket ovanligt med gamla patienter inom vuxenpsykiatri, de återfinns istället inom primärvården.

Indikatorn speglar risken för läkemedelsinteraktion och överförskrivning.

### **Sjukskrivningar om minst 60 dagar**

#### **Andel sjukfall om minst 60 dagar med depression m.m. (diagnoskapitel F30-F39)**

De psykiska diagnoserna ökar och psykisk ohälsa är vanligare bland kvinnor än män, både vad gäller förekomst, självrapporterade besvär och konsumtion av läkemedel. Samtidigt finns ingen vetenskaplig evidens om psykisk ohälsa är vanligare bland kvinnor eller om detta oftare leder till arbetsoförmåga.

En teori är att ohälsan kan vara kopplad till den arbetsmarknad som kvinnor befinner sig på. I vissa fall finns dessutom mindre kunskap om kvinnors sjuklighet och sjukdomar, vilket betyder att det är lättare att sätta diagnos och sätta in behandlingar på män, något som slår igenom även i sjukskrivningsfrågor. Det finns mer forskning om män, med undantag för vissa diagnoser, så kunskapen är större om män. Sedan är det också möjligt att både egna och andras attityder kring kvinnor och män påverkar orsak och längd till sjukskrivning.

Indikatorerna visar hur vanlig diagnosen depression m.m. är bland kvinnor och män som är långtidssjukskrivna.

#### **Andel sjukfall om minst 60 dagar med stressreaktioner/ångestsyndrom (diagnoskapitel F40-F48)**

Stress och psykisk ohälsa står för en allt större del av sjukskrivningarna. Stressproblematik beror ofta på en kombination av stressfaktorer både privat och på arbetsplatsen. Viktigt är därför att uppmärksamma potentiella stressfaktorer även utanför arbetet.

### **Självskattad hälsa**

#### **Andel som enligt beräkningsmetoden utifrån 12 besvarade frågor har nedsatt psykiskt välbefinnande. Åldersstandardiserade värden**

Psykisk hälsa eller ohälsa är svårdefinierat och dess utbredning i befolkningen är svår att mäta, men räknas idag som ett av de stora folkhälsoproblemen. För att mäta psykiskt välbefinnande använder Folkhälsoinstitutet (FHI) frågeinstrumentet GHQ12 (General Health Questionnaire) som beskriver psykiskt välbefinnande och mäter psykiska reaktioner på påfrestningar snarare än psykisk ohälsa. Det

är vanligare att kvinnor än män skattar sitt psykiskt välbefinnande lågt och speciellt bland unga kvinnor.

**Andel som upplever svåra besvär av ängslan oro eller ångest. Åldersstandardiserade värden**

Indikatorn speglar *graden* av upplevelsen av besvär av ängslan, oro eller ångest som avses.

# Kolada – en lathund för användare

Börja med att gå till Kolada på [www.kolada.se](http://www.kolada.se).

På [www.kolada.se](http://www.kolada.se) kan du välja mellan *Fri sökning*, där du får göra ditt urval själv, och att via *Färdiga presentationer* ta fram de färdiga urval eller rapportpaket RKA har förberett för Jämställdhet.

The screenshot shows the Kolada website interface. At the top, there is a navigation bar with tabs: Start, Gör så här, Analysera, Nyckeltalslista, Publiceringskalender, Publicera nyckeltal, Frågor & svar, Om Kolada, API, and Länkar. Below the navigation bar is a main menu with four large red buttons: 'Färdiga presentationer' (with a pie chart icon), 'Fri sökning' (with a magnifying glass icon), 'Enhetsnivå' (with a house icon), and 'Verktyg' (with a gear icon). Below the main menu, there is a section titled 'Nyckeltal för kommuner och landsting' with a date '2013-10-23' and a 'Nyheter från RKA' section. There is also a 'Välj fokus' section with the text 'Gör din kommun/ditt landsting förvalt i alla rap'.

På kommande sidor beskrivs hur du arbetar med *Färdiga presentationer* och i *Fri sökning*.

## Fakta om Kolada

Kolada kan användas kostnadsfritt och kräver ingen inloggning.

Statistiken som ligger till grund för Koladas nyckeltal kommer i huvudsak från olika statliga myndigheter och Sveriges Kommuner och Landsting.

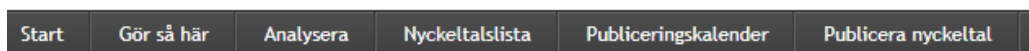
Kolada ägs av den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA), som har svenska staten och Sveriges Kommuner och Landsting som medlemmar och finansiärer.

Har du frågor om Kolada kan du maila till [rka@rka.nu](mailto:rka@rka.nu), eller ringa till RKA:s medarbetare. Du hittar kontaktuppgifter på sidan *Om Kolada*.

Färdiga presentationer – så hittar du indikatorer för jämställd hälsa och vård

1. Börja med att välja ”fokus”, dvs. det landsting du vill se data för.

## Kommun- och landstingsdatabasen



Välj fokus  
Gör din kommun/ditt landsting förvalt i alla rapporter

Landstinget i Östergötland

**Kategorier**

- Öppna jämförelser, kommun
- Öppna jämförelser, landsting
- Vad kostar verksamheten i Din kommun?
- Kommunens kvalitet i korthet
- Personalstatistik, kommun
- Kommunala jämförelsetal Mönsterby
- Kvalitet i verksamheten (egen inmatning)
- Nyckeltal hälso- och sjukvård
- Enhetsdata
- Personalstatistik, landsting
- Barn och unga i fokus
- Hållbar utveckling
- Jämställdhet
- Rapportpaket

### Färdiga presentationer



Öppna jämförelser, kommun

**Öppna jämförelser - Stöd till pers**  
Samtliga nyckeltal från Socialstyrelsen med psykisk funktionsnedsättning.

**Öppna Jämförelser - Ekonomiskt**  
Samtliga nyckeltal från Socialstyrelsen bistånd

**Öppna jämförelser - Folkhälsa, k**  
Samtliga nyckeltal från SKLs "Öppna j på nyckeltal där fler decimaler finns i färgsättas med en annan färg i Kolada

**Öppna Jämförelser - Företagsklin**  
Samtliga nyckeltal från SKLs "Öppna j

**Öppna jämförelser - Grundskola**  
Samtliga nyckeltal från SKLs "Öppna j där fler decimaler finns lägrade än de

#### Färdigt urval

2. Klicka på kategorin *Jämställdhet*, och välj *Jämställdhet – landsting*.

3. När du får upp tabellen befinner du dig i Koladas fria sökning, och kan lägga till fler landsting för jämförelser, ändra år, visa data i diagram eller karta eller använda andra inställningsmöjligheter som finns på sidan. Prova!

#### Rapportpaket

2. Klicka på kategorin *Rapportpaket* och välj *Jämställdhet – landsting*.

3. Nedladdning av pdf-rapporten påbörjas och tar ca. 30 sekunder. Du kan behöva klicka på knappen *Öppna* i nedkantens av ditt webbläsarfönster, då nedladdningen är klar.

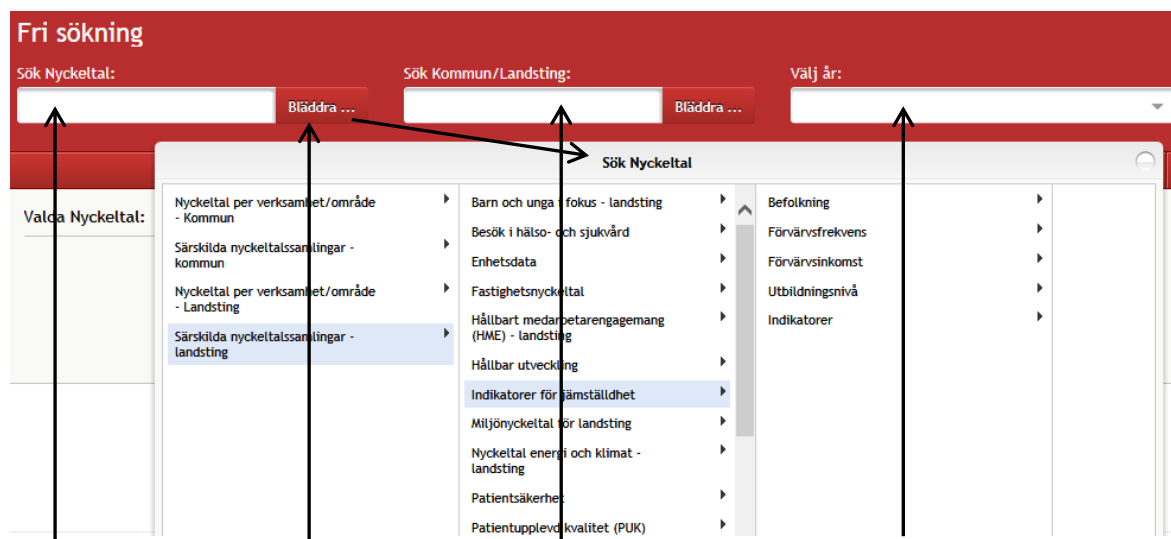
RKA  
RKA är en ideell förening med svenska staten och Sveriges Kommuner och Landsting som medlemmar.  
© RKA Rådet för främjande av kommunala analyser

 RKA  
Rådet för främjande av kommunala analyser

Kontakt  
Besöksadress: Hornsgatan 15 Stockholm  
Postadress: c/o SKL 118 82 Stockholm  
08-452 70 00 rka@rka.nu

Om...  
Vill du öppna eller spara rapportpaket\_2.pdf (3,46 MB) från www.kolada.se?  
Öppna Spara Avbryt

## Fri sökning – skapa ditt eget urval för jämförelser och analys



1. Sök nyckeltal via sökfältet *Sök nyckeltal*, eller genom att klicka på *Bläddra*-knappen. Läg till dina nyckeltal genom att klicka på dem i nyckeltalslistan som kommer upp.

2. Sök landsting via sökfältet eller *Bläddra*-knappen.

3. Tre år ligger förvalda, vill du ändra så skriv t.ex. 2006-2012 i fältet *Välj år* och tryck på *Enter* på ditt tangentbord.

4. Då ditt urval är klart, stäng eventuella öppna *Bläddra*-fönster och klicka på *Verkställ*.

5. Data visas först i tabell. Du kan ändra inställningar eller välja att visa diagram eller karta. Vill du arbeta vidare i Excel exporterar du data via Excelknappen. Genom att klicka i check-boxen *Könsuppdelat* kan du se uppgifter fördelade på kvinnor och män, för de nyckeltal där det är möjligt.

► Mina val Fokus: Landstinget i Östergötland Återställ val Sparade val ... Mina grupper

Alternativ

Visat värde:  Värde  Index (ovägt riket=100)  Rangordning  Index (basår=100)

Medelvärden:  Alla kommuner/landsting, ovägt medel  Alla kommuner/landsting, vägt medel  Valda kommuner/landsting, ovägt medel  Valda kommuner/landsting, vägt medel

Sortering:  Nyckeltalsnamn  Kommun/landsting  Värde  Fallande

Alternativ:  Könsuppdelat  Fänoter  Färsätt tabell

Värde

			2010	2011	2012
U. Patienter efter hjärtinfarkt som behandlas m blodfetsänk beh (statiner), andel (%)	Landstinget i Östergötland	Kvinnor	85.0		
		Män	90.6		
		Totalt	88.9		
U. Patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 52 mmol/n	Landstinget i Östergötland	Kvinnor	48.9	50.7	
		Män	47.6	49.4	
		Totalt	48.2	50.0	
U. Patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som under påföljande halvår behandlas med både f	Landstinget i Östergötland	Kvinnor	73.0	73.6	
		Män	76.9	77.8	
		Totalt	75.3	76.1	
U. Patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodtryck (< 130/80 mmHg), andel (%)	Landstinget i Östergötland	Kvinnor	58.2	53.0	
		Män	46.7	42.7	

### Nyckeltalsinformation

**U. Patienter efter hjärtinfarkt som behandlas m blodfetsänk beh (statiner), andel (%) (U72428)**  
Antal hjärtinfarktpatienter under en 2-årsperiod (år T-1 till år T) i åldern 40-79 år som hämtat ut blodfetsänkande medel (statiner) under följande halvårsperiod, dividerat med samtliga individer som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt under 2-årsperioden. Källa: Patientregistret, Läkemiddelsregistret, Epidemiologiskt centrum (Epc), Socialstyrelsen.

**U. Patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 52 mmol/mol), andel (%) (U71426)**  
Antal patienter med diabetes, 80 år och yngre inom primärvården med HbA1c lägre än 52 mmol/mol dividerat med antal patienter med diabetes, 80 år och yngre inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret. Källa Nationella diabetesregistret (NDR).

# Lästips

*Barndiabetes – skillnader i HbA1c och body mass index (BMI) mellan flickor och pojkar i Västra Götaland, Kunskapscentrum för Jämlik vård, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen, oktober 2012.*

*Genusskillnader i diabetesvården, Kunskapscentrum för Jämlik vård, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen, november 2012.*

*Medicinska riktlinjer och antagna vårdprogram – vilken utsträckning bidrar dessa till en jämlik vård? Kunskapscentrum för Jämlik vård, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen, juli 2012.*

# Bilaga: Indikatorer för jämställd hälsa och vård

Område	Indikator	ID Kolada	Källa
Bakgrundsdata	Folkmängd efter ålder	N61964- N61969, N61902, N61905- N61907	SCB
	Förvärvsfrekvens efter ålder	N60922, N60926- N60927, N60943- N60944	SCB
	Sammanräknad förvärvsinkomst efter ålder	N60945- N60949	SCB
	Utbildningsnivå efter ålder	N61972- N61979	SCB
<b>Sjukdomsspecifika eller behandlingsbaserade områden</b>			
Dödlighet	Själv mord i befolkningen	U70406	Öppna jämförelser
Läkemedelsbehandling	Tio eller fler läkemedel bland äldre	U20453	Öppna jämförelser
	Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling	U77409	Öppna jämförelser
Rörelseorganens sjukdomar	Protesoperationer vid höftfraktur	U72515	Öppna jämförelser
	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	U72608	Öppna jämförelser
	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	U72550	Öppna jämförelser
	Effekt vid behandlingsstart med biologiska läkemedel	U72521	Öppna jämförelser
Diabetesvård	Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes - primärvård	U71426	Öppna jämförelser
	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol - primärvård	U71404	Öppna jämförelser
	Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes	U71429	Öppna jämförelser
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn	U71400	Öppna jämförelser



Område	Indikator	ID Kolada	Källa
Hjärtsjukvård	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	U72428	Öppna jämförelser
	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt	U72528	Öppna jämförelser
Strokesjukvård	Funktionsförmåga efter stroke	U72405	Öppna jämförelser
Kirurgi	Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation	U72475	Öppna jämförelser
Psykiatrisk vård	Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel	U77407	Öppna jämförelser
	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	U77404	Öppna jämförelser
<b>Sjukskrivning</b>			
Långtidssjukskrivning med depressioner	Pågående sjukfall om minst 60 dagar med depressioner m.m.	N74812	Försäkringskassan
Långtidssjukskrivning med stressreaktion	Pågående sjukfall om minst 60 dagar med stressreaktioner/ångestsyndrom	N74813	Försäkringskassan
Självskattad hälsa	Nedsatt psykiskt välbefinnande	U60433	Folkhälsoinstitutet
	Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	U60446	Folkhälsoinstitutet

## Indikatorer för jämställd hälsa och vård

### Ett användarstöd för [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

I samråd med RKA har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och en arbetsgrupp med deltagare från tio landsting under 2012–2013 valt ut en uppsättning indikatorer för uppföljning av jämställd hälsa och vård. I detta dokument beskriver vi hur indikatorerna har valts ut, hur de kan användas och hur de kan tolkas. Förhoppningen är att det urval som gjorts ska kunna fungera som utgångspunkt eller inspiration för de landsting som vill värdera sin kvalitetsutveckling utifrån ett jämställdhetsperspektiv.

Upplysningar om innehållet  
Marie, Trollvik, [marie.trollvik@skl.se](mailto:marie.trollvik@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013  
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7164-990-4

Beställ eller ladda ner på [webbutik.skl.se](http://webbutik.skl.se). ISBN/Beställningsnummer 978-91-7164-990-4