



Kärnindikatorer för uppföljning av hälsa i det folkhälsopolitiska ramverket

Uppföljningssystemet som Folkhälsomyndigheten bygger inom ramen för stödstrukturen för det statliga folkhälsoarbetet är ett övergripande uppföljningssystem för god och jämlik hälsa. Det är ett ”paraply-uppföljningssystem”, vilket innebär att enbart ett begränsat antal indikatorer från respektive område kommer att ingå. Uppföljningssystemet består av cirka 130 målområdesindikatorer och ungefär 50 hälsoindikatorer.

Hälsa kan definieras både som avsaknad av ohälsa och som ett tillstånd av välbefinnande. För att belysa hälsoläget i befolkningen är det viktigt att följa såväl självskattad hälsa och välmående som diagnostiserad sjuklighet och dödlighet (mortalitet). Även hälsan i olika skeden av livet bör beaktas.

Valet av det större antalet hälsoindikatorer i stödstrukturen har tagits fram i en process där utgångspunkten har varit de indikatorer som finns i Folkhälsans utveckling och tillägg gjorts utifrån den nedan beskrivna urvalsprocessen.

Med utgångspunkt i det omfattande bruttomaterialet av indikatorer som beslutades av GD och återredovisades till regeringen i december 2020 i rapporten *På väg mot en god och jämlik hälsa – stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet* (Bilaga 5 till rapporten: Indikatorbeskrivningar) har ett antal generella hälsomått valts ut som kärnindikatorer för hälsa. Måtten ska täcka mortalitet, upplevelsen av hälsa och sjukdomsperspektivet, och såväl fysisk som psykisk hälsa.

Syftet med kärnindikatorer för hälsa

Kärnindikatorerna ska användas för att följa upp det övergripande folkhälsopolitiska målet: *Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.*

De ska indikera om målet nås genom att besvara frågorna

- Skiljer sig hälsan mellan olika grupper i befolkningen?
- Ökar eller minskar dessa skillnader över tid?

Kärnindikatorerna kommer att användas på liknande sätt som de tidigare indikatorerna i Folkhälsans utveckling, alltså för årlig uppföljning i en årsrapport och för publicering på webb. Samtliga kärnindikatorer för hälsa är möjliga att bryta ned på olika redovisningsgrupper, som t.ex. kön, ålder och utbildningsnivå, samt på regioner och kommuner förutsatt att det finns tillräckligt många observationer.

Urvalsprocess för hälsoindikatorerna

Processen för att ta fram det större antalet indikatorer för hälsa och för de åtta målområden är likartad. Gemensamt är att vi utgått från referenslitteratur på området god och jämlik hälsa, relevanta uppföljningssystem samt sakkompetens inom och utanför Folkhälsomyndigheten, inklusive den externa expertgruppen. Utöver det har även Global Burden of Disease (GBD) för Sverige använts vid valet av hälsoindikatorer.

Även de kriterier som använts för att välja ut indikatorerna är liknande, där både relevans och kvalitet tagits i beaktande. Vi har prioriterat datakällor med personnummerbaserad data såsom hälsodataregister (PAR, DoR) och nationella kvalitetsregister, men även data från HLV. Även andra nationella indikatorbaserade uppföljningssystem och framför allt de som används i den nationella uppföljningen av Agenda 2030 har prioriterats.

Kriterier för framtagande av hälsoindikatorer

Relevans

- Indikatorn mäter ett hälsoutfall som innebär en anseelig sjukdomsbörda.
- Indikatorn mäter ett hälsoutfall som bidrar till ojämlikhet i hälsa.
- Indikatorn anger riktning, d.v.s. höga/låga värden är uttryck för att något är bra/dåligt.
- Indikatorn mäter ett hälsoutfall som går att påverka med beslut och åtgärder.

Kvalitet

- Bästa tillgängliga data eller statistik används, det vill säga register, enkäter eller insamlad statistik.
- Indikatorn går att bryta ner för relevanta indelningsgrunder såsom kön, ålder, geografiskt område, socioekonomisk bakgrund och andra betydelsefulla bakgrundsvariabler.
- Indikatorn går att följa över tid. Tidsserier finns eller kommer att finnas.
- Indikatorn går att följa på nationell nivå och helst även på regional och lokal nivå.
- Indikatorn speglar situationen för olika åldrar, vilket gör det möjligt att belysa livsloppsperspektivet.

En workshop med såväl interna som externa deltagare har genomförts som ett led i att besvara ett antal strategiska frågor inför beslut om hälsoindikatorer att följa. Deltagare och innehåll beskrivs nedan i bilaga 1. Diskussionen på workshopen innehöll centrala resonemang för området som har varit vägledande i framtagning av konkreta förslag på indikatorer. Här följer en sammanfattning i punktform.

- För det övergripande målet är *medellivslängd* och fördelningen av denna i befolkningen centralt. Därtill behöver vi fånga *upplevelsen av hälsa*, men också *sjukdomsperspektivet*.
- *Både fysiska och psykiska aspekter* på hälsa och sjukdom måste finnas med i uppföljningen.

- Viktigt att följa *påverkbar* hälsa och sjukdom. Särskild vikt kan också läggas vid indikatorer *där ojämlikheten är som störst*.
- Det behöver finnas *flexibilitet* i urvalet för att kunna följa förändringar i omvärlden.
- Det blir ofta ett fokus på områden där det finns bra data, men det är samtidigt viktigt att peka på *luckor* i uppföljningen.
- Det behövs en balans mellan att övergripande visa på utvecklingen med ett mindre antal indikatorer och att redovisa specifik ohälsa och vissa sjukdomar där vi har stora folkhälsoproblem. Endast övergripande mått hjälper oss inte att särskilja de grupper som inte fått ta del av den goda hälsoutvecklingen generellt.
- När det gäller mer specifika hälsoutfall bör vi fokusera de sjukdomar som *bidrar mest till sjukdomsbördan*, men också de som *bidrar mest till ojämlikhet i hälsa*.
- Det är viktigt att vi tar hänsyn till *Folkhälsomyndighetens uppdrag och mandat*, sjukvården hör t.ex. till Socialstyrelsen.
- Hur specifika vi ska vara i redovisningen är också en *pedagogisk fråga*. Den sammanfattande årliga rapporteringen ska fånga det breda, men det ska vara möjligt att se fördelningen i de underliggande diagnoserna, t.ex. via webbaserade ingångar.
- Det är ofta området som styr vad som är lämpligast av exempelvis självskattad eller diagnosticerad ohälsa och det bör därför kunna variera mellan områden.
- Man behöver ta hänsyn till *datakvalitet och selektion*.
- Ibland behövs både självskattad hälsa och vårduppgifter, i andra fall kan det räcka med ett mått. Ur ett folkhälsoperspektiv är de självupplevda delarna särskilt viktiga.
- Det finns sammansatta mått av värde. Ett exempel är aggregerade mått på påverkbar/undvikbar slutenvård, eller hälsopolitiskt undvikbar slutenvård (behöver ses över och valideras). Återstående hälsosamma levnadsår nämndes också som ett relevant mått.
- När det gäller Daly (disability adjusted life years) och liknande mått går åsikterna isär. En nackdel som nämns är att det är ett komplext mått och därmed svårt att ta till sig. En fördel är att det fångar både sjukdom och mortalitet och ger möjlighet att rangordna sjukdomar.
- Det är en fördel att använda mått som många enkelt kan förstå och det är viktigt att tänka på mottagarperspektivet. Generellt bör vi vara försiktiga med index då de kan vara svårtolkade.

Indikatorer för hälsa – övergripande och specifika

För att veta om vi är på väg mot att uppfylla det övergripande målet för folkhälsopolitiken ”att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” behöver vi följa ett antal mer övergripande indikatorer på hälsa som sammanfattar hälsotillståndet. Indikatorerna behöver redovisas enligt ett antal redovisningsgrupper som kön, ålder, utbildningsnivå, inkomst och födelseland för att kunna följa om ojämlikheten ökar eller minskar.

Följande kärnindikatorer för hälsa kommer att följas:

- Återstående medellivslängd
- Förtida dödlighet
- Självskattat allmänt hälsotillstånd
- Samlat mått på psykisk hälsa
- Samlat mått på sjuklighet alternativt god hälsa

Som komplement till de övergripande måtten på hälsa föreslås en mer detaljerad uppföljning av olika hälsotillstånd för att bättre avgöra vad som ligger bakom den generella hälsoutvecklingen. Det kan besvara frågor kring vilka hälsoaspekter som förklarar en ökning eller minskning av ojämlikheten i hälsa och vilka grupper i befolkningen som är särskilt berörda av en specifik aspekt av hälsa, eller en kombination av olika hälsoaspekter. Följande domäner med underliggande indikatorer för hälsa beslutades enligt regeringsuppdraget ”En stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet”:

- Psykisk hälsa
- Cirkulationsorganens sjukdomar
- Cancer
- Yttre orsaker
- Kroniska sjukdomar
- Alkoholrelaterad sjukdom samt läkemedels- och narkotikaförgiftningar
- Tandhälsa
- Mellanliggande riskfaktorer för ohälsa
- Smittsamma sjukdomar
- Övriga tillstånd

Vi har med hjälp av intern expertis satt ihop ”paket” kring t.ex. psykisk hälsa och smittsamma sjukdomar (se återredovisningen till regeringen om stödstrukturen december 2020), men eventuellt behöver vi ta kontakt med externa experter på vissa av övriga områden.

Bilaga 1: Workshop kring hälsoindikatorer

Som led i processen att bestämma vilka hälsoindikatorer som ska följas genomfördes en workshop med såväl interna som externa deltagare.

Datum: 24/9 2021.

Plats: mötet hölls över länk.

Externa deltagare: Bertil Lindahl (Umeå universitet), Kristoffer Lundberg (Socialdepartementet), Fredrik Westander (SKR) och Sofia Dahlin (Region Jönköping). Mona Heurgren (Socialstyrelsen) och PO Östergren (Lunds universitet) hade förhinder och deltog istället i enskilda samtal.

Från Folkhälsomyndigheten deltog Maria Axelsson, Anna Månsdotter, Johanna Ahnquist, Anders Wallensten och Anders Tegnell.

Frågor som diskuterades:

1. Hur väljer vi vilka aspekter av hälsa som ska väljas?
 - Ex 1. Ska vi täcka alla aspekter a hälsa, som till exempel psykisk hälsa, kroniska ohälsa, smittsamma sjukdomar etc.? Eller ska vi fokusera på några särskilda områden?
2. Vad avgör om vi ska välja självskattad hälsa/ohälsa, diagnostiserad ohälsa eller mortalitet?
 - Ex 1. Ska vi vad gäller exempelvis psykisk hälsa följa den självskattade mätt med olika instrument, diagnostiserad ohälsa som till exempel depression och ångest eller död i form av suicid? De olika källorna kan ju här stå för både hur allvarligt problemet är och formen av ohälsa.
 - Ex 2. Ska vi följa cancer som diagnostiserad sjuklighet eller död? Eller båda för att kunna bedöma om till exempel det ena ökar medan det andra minskar?
3. Hur specifika hälsoutfall ska vi välja?
 - Ex 1. Vad gäller cancer kan det finnas ett problem i att slå ihop olika former då fördelningen ser så olika ut i befolkningen – vissa former är könsberoende, vissa är ojämnt fördelade utifrån till exempel utbildningsnivå medan andra är relativt jämt fördelade.
 - Ex 2. För olika hjärt- och kärlsjukdomar ser fördelningen istället mer likartad ut oberoende av diagnos.
4. Ska vi använda sammansatta mått som komplement till specifika?
 - Ex. När det gäller mortalitet och självskattad hälsa har vi mått som är mer övergripande, medan detta saknas för diagnostiserad sjuklighet. Som komplement till enskilda diagnoser kan ett mer samlat mått på sjuklighet vara intressant.