

Hälso- och sjukvård

Sammanfattande iakttagelser

- Läkarbesöken i primärvården fortsätter att öka och vårdvalsreformen i primärvården har inneburit att över 200 fler vårdenheter har etablerats. Fler personer har också fått närmare till närmaste vårdcentral, men fortfarande bedömer en femtedel av patienterna att väntetiden är för lång. Utvecklingen av väntetiderna till specialistsjukvården är fortfarande mer svårbedömda. Enligt den nationella patientenkäten uppger dock en fjärdedel att väntetiden till behandling är för lång.
- Under 2010 uppmärksammades och diskuterades socialt betingade skillnader i hälsa och vård, både på nationell och på regional nivå. Sjukvårdshuvudmännen kommer att fortsätta prioritera sociala aspekter av jämlik vård under 2011.
- Vårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete förefaller prioriteras i allt högre utsträckning. Under 2010 publicerades den preliminära versionen av Socialstyrelsens riktlinjer för hur sjukvården kan arbeta med metoder för hälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna diskuterades runt om i landet under hösten 2010 och kommer att ställa ytterligare krav på att hälso- och sjukvården omprioriterar sina resurser.
- Den nationella patientenkäten visar att de flesta patienter blir respektfullt bemötta, men att det finns brister när det gäller patienternas delaktighet, informationen till patienterna och helhetssynen i vården.
- Öppna jämförelser av vården visar på ett allt bättre resultat inom många områden, vilket successivt leder till en alltmer kunskapsbaserad vård.
- Den självrapporterade psykiska ohälsan är enligt folkhälsoenkäten fortsatt hög och inga förändringar kan ses 2010 jämfört med tidigare år. Antalet självmordsförsök och intag i psykiatrisk slutenvård är fortsatt hög bland unga kvinnor 15–24 år och det ökar bland unga män 15–24 år. För vissa grupper har dock tillgången på kognitiv beteendeterapi i primärvården ökat under de senaste två åren. Enligt en europeisk undersökning från 2010 uppger också svenskarna bättre psykisk hälsa än genomsnittet för Europa.
- Benägenheten att anmäla missöden ökar, vilket tyder på att vårdgivarna successivt blir mer benägna att rapportera missöden och att patientsäkerhetsfrågorna fått större uppmärksamhet. Samma utveckling har också skett när det gäller vårdgivarens benägenhet att rapportera om olika vårdskador till patientregistret på Socialstyrelsen. Under 2010 avstannade den minskning av antibiotikaförskrivning som observerats de senaste åren. Andelen personer med vårdrelaterade infektioner i slutenvården har eventuellt minskat något. Problemet med resistenta bakterier är fortfarande en betydande utmaning och mycket arbete återstår innan en fungerande säkerhetskultur genomsyrar sjukvården.

I kapitlet om hälso- och sjukvård beskrivs den övergripande utvecklingen inom de olika målområdena för God vård. Konceptet God vård introducerades av Socialstyrelsen i myndighetens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [1,2]. I lägesrapportens bilaga 1 återfinns Socialstyrelsens innebördsbeskrivningar för de olika målområdena.

Hälso- och sjukvård för barn och unga, äldre och personer med missbruk behandlas mer utförligt i särskilda kapitel.

Inledningsvis belyses några aktuella utvecklingstrender samt resurs- och personalutvecklingen i hälso- och sjukvården.

Aktuell utveckling

I detta avsnitt beskrivs den aktuella utvecklingen inom sjukvården med fokus på den allmänna hälsoutvecklingen, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal, landstingens kostnader och vårdtillfällen.

Fortsatt gynnsam hälsoutveckling – men inte för alla

Medellivslängden är ett sammanfattande mått på hur hälsan utvecklas och den fortsätter att öka för både kvinnor och män. 2009 var den 83,4 år för kvinnor och 79,4 år för män. Dessutom har svår sjuklighet som påverkar äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet förskjutits uppåt i åldrarna.

Den vanligaste dödsorsaken är sedan länge hjärt- och kärlsjukdomar, som år 2008 var dödsorsak för 42 procent av kvinnorna och för 41 procent av männen [3]. Både kvinnornas och männens dödstal sjönk kontinuerligt för dessa sjukdomar under perioden 1987–2008.

Tumörer fortsätter att vara den näst vanligaste dödsorsaken och svarade år 2008 för 23 procent av dödsfallen bland kvinnorna och 26 procent bland männen. Lungcancer har gått om bröstcancer som den vanligaste dödsorsaken för kvinnor. Dödligheten i lungcancer har för kvinnor stadigt ökat sedan slutet av 1980-talet medan den har sjunkit för män. Dödligheten i magsäckscancer har sjunkit kraftigt och halverades för både kvinnor och män mellan 1987 och 2008.

Demenssjukdomar uppges i allt större utsträckning som dödsorsak för både kvinnor och män.

Hälsan har inte utvecklats lika positivt för alla [4,5]. Skillnaderna i såväl dödlighet som självskattad hälsa har ökat mellan olika socioekonomiska grupper. Under de senaste 20 åren har exempelvis medellivslängden inte alls ökat bland kvinnor med endast grundskoleutbildning, samtidigt som den ökat bland kvinnor med längre utbildning och bland män med såväl kort som längre utbildning.

Risken för förtida död (före 65 års ålder) är mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning. Det gäller för både kvinnor och män. Stora skillnader i förtida död återfinns i samtliga stora dödsorsaker (hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, skador, alkoholrelaterad sjuklighet, diabetes och sjukdomar i andningsorganen).

Den ökande skillnaden i dödlighet mellan kvinnor med olika utbildningsnivåer har huvudsakligen berott på ökande skillnader i cancerdödlighet. Förkomsten av lungcancer ökar fortfarande bland kvinnor med kortare utbildning, men inte längre bland de med längre utbildning. Dessutom har överlevnaden i bröstcancer förbättrats i högre utsträckning bland dem med gymnasial och eftergymnasial utbildning än bland dem med enbart grundskoleutbildning. En i sammanhanget positiv utveckling är att det är ovanligare med rökare bland yngre generationer av kvinnor nu än tidigare. Detta börjar nu avspegla sig i lungcancerdödligheten i åldrarna 45–54 år, den minskar medan den fortfarande ökar bland äldre kvinnor.

Övervikt och ungas psykiska ohälsa är fortsatta utmaningar

Övervikt och fetma är riskfaktorer för flera stora folksjukdomar. Betydligt fler är överviktiga eller lider av fetma i dag jämfört med för 20 år sedan, även om det nu finns tecken på att den snabba viktökningstakten har avstannat något på befolkningsnivå [4]. Fetma och övervikt i yngre åldersgrupper har ökat snabbast de senaste 20 åren. Övervikt är dock fortfarande betydligt vanligare bland äldre än bland yngre eftersom övervikt i allmänhet tilltar med stigande ålder. Övervikt är också vanligare i socialt utsatta grupper: exempelvis är fetma ($BMI \geq 30$) i åldern 30–64 år dubbelt så vanligt bland kvinnor och tre gånger så vanligt bland män med förgymnasial utbildning jämfört med de som har eftergymnasial utbildning. De sociala skillnaderna är påfallande redan i barndomen, alltså långt tidigare än personen själv kan börja ta ansvar för sin hälsa på ett medvetet sätt.

I den nationella folkhälsoenkäten ställs frågor till ett urval i befolkningen om bland annat psykisk hälsa [6]. I den senaste enkäten, som genomfördes år 2010, uppgav 21 procent av kvinnorna och 14 procent av männen ett nedsett psykiskt välbefinnande. Dessa andelar har i stort sett varit oförändrade sedan den första folkhälsoenkäten som genomfördes år 2004. Resultatet från en jämförande undersökning mellan europeiska länder från år 2010, visade emellertid att svenskarna i högre grad uppgav positiva känslor och i lägre grad negativa känslor än genomsnittet för de deltagande EU-länderna [7].

Unga har under de senaste 20 åren haft en sämre hälsoutveckling än andra åldersgrupper. Det gäller särskilt för olika former av självrapporterade hälsoproblem. Det blir vanligare att unga rapporterar dåligt allmänt hälsotillstånd och tydligast är förändringen när det gäller självskattad psykisk ohälsa. Enligt Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökningar om levnadsförhållanden (ULF-undersökningen) har besvär av ångslan, oro och ångest ökat trefaldigt bland kvinnor i åldern 16–24 år. På liknande sätt har även självrapporterade besvär av värk ökat kraftigt bland unga, särskilt bland kvinnor. Numera upplever således stora ungdomsgrupper, ungefär 30 procent av kvinnorna och 15 procent av männen i åldern 16–24 år, ångslan, oro eller ångest.

Dessa iakttagelser ger emellertid inte en fullständig bild av ungas psykiska hälsa, bland annat saknas kunskap om barn och unga yngre än 13 år. Mer resonemang om detta förs i kapitel om vård, omsorg och stöd till barn och unga.

Fortsatt fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Socialstyrelsen har under de senaste åren pekat på betydelsen av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården [8]. I 2010 års lägesrapport konstaterades att allt fler landsting också lyfter fram de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna i sina förfrågningsunderlag och avtal med utförare i primärvården [5].

Riktlinjer avser att öka det sjukdomsförebyggande arbetet

Under hösten 2010 publicerade Socialstyrelsen en preliminär version av ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder” [9]. Riktlinjerna fokuserar på metoder för att förändra ohälsosamma levnadsvanor när det gäller tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat. I riktlinjerna rekommenderas olika former av rådgivning för att förbättra patienters levnadsvanor.

Under hösten 2010 höll samtliga sjukvårdsregioner seminarier för landstingen för att diskutera vad riktlinjerna innebär. Inför dessa seminarier fick landstingen inventera hur de i dagsläget försöker hjälpa patienterna att förbättra sina ohälsosamma levnadsvanor och i vilken mån landstingen behöver bygga ut denna verksamhet.

Riktlinjerna har fått ett positivt mottagande och landstingen ger likartade beskrivningar av nuläget: sjukdomsförebyggande arbete pågår men det följs inte upp på ett systematiskt sätt och är därför svårsmitt.

Arbetet med rökslutarstöd är mest utbyggt, om än inte tillräckligt. Riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet arbetas med i olika grad i olika landsting och områden. För dessa tre levnadsvanor finns i viss utsträckning rutiner och strukturer, men ytterligare prioritering behövs för att rådgivning ska kunna ges enligt rekommendationerna i riktlinjerna.

Däremot bedömer de flesta landsting att de i för liten omfattning har kompetens, rutiner och strukturer för att kunna erbjuda rådgivning till alla patienter med ohälsosamma matvanor. En stor del av satsningen kommer därför sannolikt att avse utbildning av olika personalkategorier och utveckling av arbetet med ohälsosamma matvanor.

Behoven av harmonisering mellan landstingen ökar

Under år 2010 fortsatte landstingsledningarna att anpassa sig till den ökade statliga styrningen, i form av exempelvis vårdgarantin och den prestationsbaserade ersättningen ”kömiljarden”, rehabiliteringsgarantin, sjukskrivningsmiljarden och den nationella cancerstrategin. Genom dessa reformer och handlingsplaner vill regeringen bland annat utjämna skillnader mellan landstingen.

Kunskapsstyrning är något landstingen i allt ökad utsträckning arbetar gemensamt med, till exempel genom samordning av arbete för att täcka kunskapsluckor och genom arbete med nationella vårdprogram. För landstingen är det också av vikt med nationella medicinska indikationer, till exempel gemensamma indikationer för fetmakirurgi, på grund av de långa köerna. Arbetet med nationella medicinska indikationer tas från och med 2011 över av Socialstyrelsen.

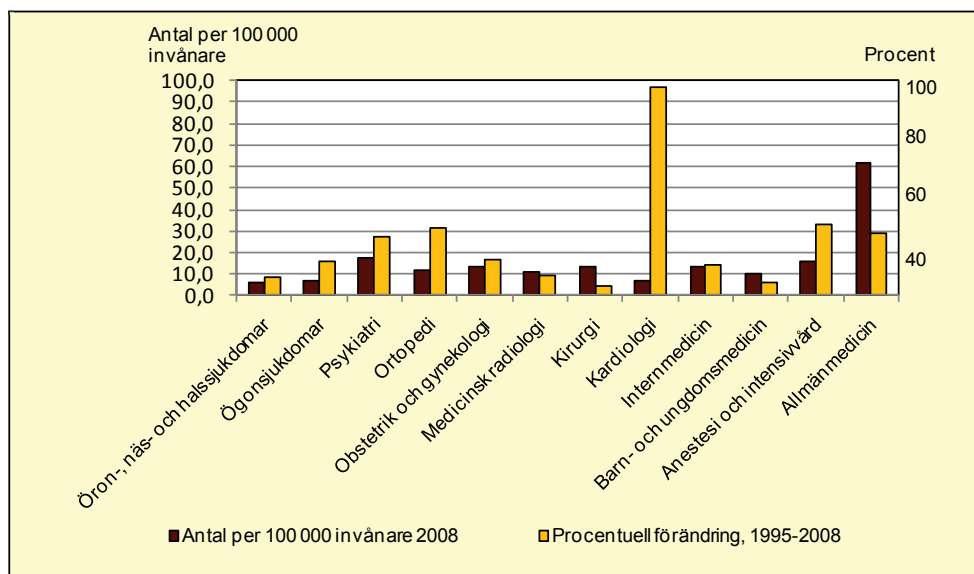
Tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal ökar – men fler behövs

Antalet läkare inom hälso- och sjukvården fortsätter att öka och en allt större andel av dessa är utbildade i andra länder [10]. Efterfrågan fortsätter trots det att överstiga tillgången, särskilt när det gäller specialistutbildade läkare. Detta visar Socialstyrelsens analys som bygger på sysselsättningsstatistik från november 2008, vilket är de senast tillgängliga uppgifterna. Med den nuvarande utbildningskapaciteten och dagens höga invandringsnivå kan tillgången på läkare i hälso- och sjukvården även fortsättningsvis förväntas öka.

Tillgången på vissa grupper av specialistläkare, till exempel i allmänmedicin, är relativt jämn över landet medan tillgången på psykiatriker varierar betydligt. Totalt sett har Stockholms sjukvårdsregion den högsta tätheten av specialistläkare som arbetar inom hälso- och sjukvården. År 2008 fanns där 317 specialistläkare per 100 000 invånare, jämfört med 263 för hela riket.

Tillväxten inom olika specialiteter varierar också. Exempelvis har antalet specialister i kardiologi per 100 000 invånare ökat kraftigt sedan 1995, med närmare 97 procent. Även inom allmänmedicin och psykiatri, två specialiteter som uppmärksammats på grund av rekryteringssvårigheter, har tillgången ökat under dessa år (figur 3:1).

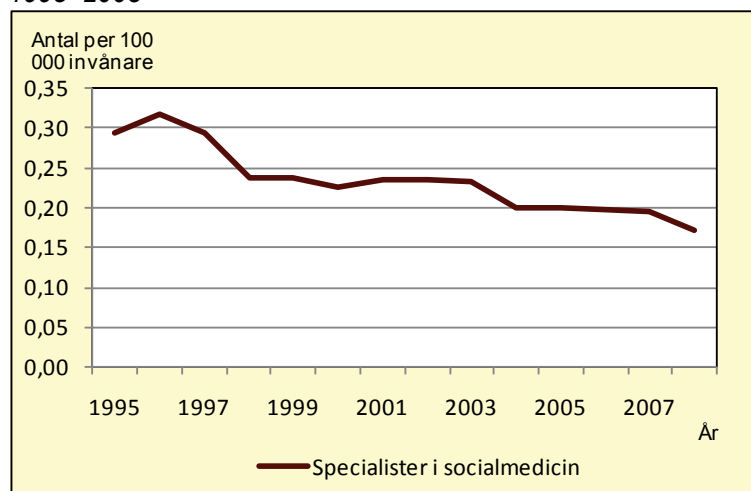
Figur 3:1. Antal specialistläkare per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården, november 2008, samt procentuell tillväxt åren 1995–2008



Källa: Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen.

En specialitet som däremot har minskat kraftigt är specialister i socialmedicin. Antalet är bara 0,17 per 100 000 invånare och under perioden 1995–2008 minskade de med 40 procent (figur 3:2). År 2008 fanns därmed endast verksamma 18 läkare med specialistkompetens i socialmedicin som var verksamma i hälso- och sjukvården.

Figur 3:2. Antal socialmedicinare per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården 1995–2008



Källa: Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen.

Vidare finns förhållandevis få verksamma specialister inom geriatrik, med tanke på nuvarande och kommande vård- och omsorgsbehov. Antalet är 4,9 per 100 000 invånare, vilket är en ökning med 29 procent åren 1995–2008 (återfinns inte i figur 3:1).

Majoriteten av landstingen bedömer att arbetsmarknaden för sjuksköterskor är i balans, men att det samtidigt är svårt att rekrytera sjuksköterskor med specialistkompetens. Det varierar dock mellan landstingen vilken eller vilka specialiteter som är svårrekryterade. Socialstyrelsens prognos visar att med dagens utbildningskapacitet förväntas tillgången på sjuksköterskor öka under de kommande 15 åren. Om tillgången är god är också möjligheterna goda att uppmuntra sjuksköterskor till specialistutbildning inom de områden som är önskvärda.

Det senaste åren har tillgången på barnmorskor ökat, men till följd av kommande pensionsavgångar kommer antalet yrkesverksamma barnmorskor troligen att minska de kommande åren. Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan på barnmorskor är något större än tillgången, samtidigt som landstingens bedömningar visar att det finns regionala skillnader. Ungefär hälften av landstingen bedömer att arbetsmarknaden är i balans.

Inom fem till tio år kommer det troligtvis att råda stor brist på yrkesverksamma biomedicinska analytiker, eftersom betydligt fler pensioneras än utexamineras varje år.

Genomsnittliga hälso- och sjukvårdskostnader jämfört med andra länder

Kostnaderna för hälso- och sjukvården har efter en minskning under 1990-talet ökat i samtliga OECD-länder, så även i Sverige. Andelen av bruttonationalprodukten har ökat kontinuerligt sedan 70-talet, då den var cirka 6 procent, och nu uppgår till ungefär 9,4 procent. Därmed ligger Sverige knappt över genomsnittet i OECD. Länder som uppvisar andelar på samma nivå som Sverige är bland annat Norge, Nederländerna och Danmark.

I en aktuell rapport från OECD, *Health at a Glance Europe*, jämförs de europeiska länderna avseende bland annat kostnader [11]. Rapporten konstaterar att EU:s medlemsländer år 2008 i genomsnitt avsatte 8,3 procent av BNP till hälso- och sjukvården — en ökning från 7,3 procent under 1998. Andelen varierar mellan ungefär 6 procent i Cypern och Rumänien till mer än 11 procent i Frankrike. I Schweiz, Österrike, Tyskland och Belgien är andelen av BNP som går till hälso- och sjukvården ungefär 10 procent.

Kostnaderna för primärvård och specialiserad somatisk vård ökar mest

Den hälso- och sjukvård som landstingen ansvarar för kostade 213 miljarder kronor år 2009. Specialiserad somatisk vård stod för 107 miljarder kronor, vilket motsvarar närmare 50 procent. Den näst största kostnadsposten samma år var primärvården med 17 procent av kostnaderna eller nästan 36 miljarder kronor.

Tabell 3:1 Kostnadsutveckling av landstingens hälso- och sjukvård 2005–2009, miljoner kronor samt förändring i procent (2009 års priser)

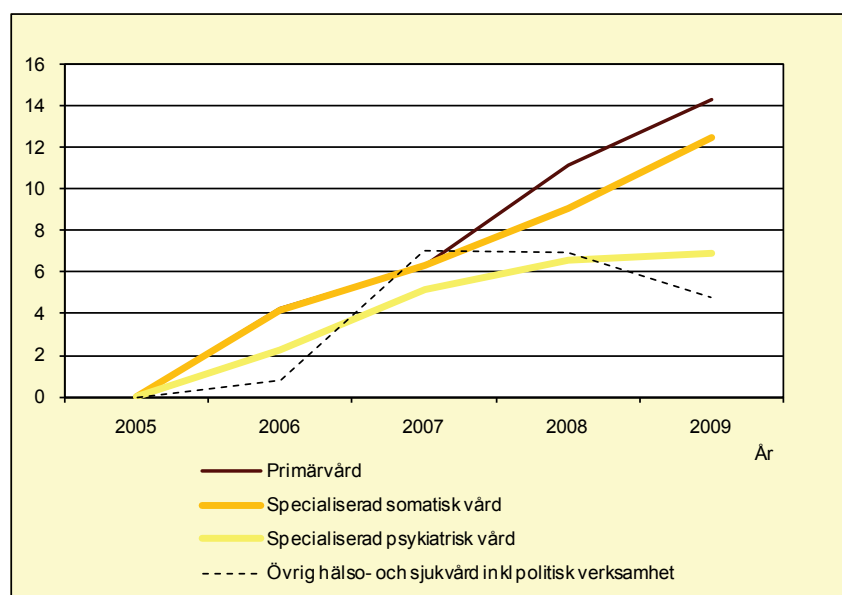
	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 2005–2009 mnkr	Förändring 2005–2009 %
Primärvård	31 342	32 680	33 325	34 829	35 816	4 474	14,3
Specialiserad somatisk vård	95 556	99 568	101 618	104 208	107 483	11 927	12,5
Specialiserad psykiatrisk vård	17 353	17 747	18 246	18 489	18 559	1 206	6,9
Tandvård*	8 876	8 882	8 842	8 916	9 026	150	1,7
Övrig hälso- och sjukvård inkl politisk verksamhet	17 943	18 093	19 207	19 186	18 796	853	4,8
Läkemedel	21 018	20 990	21 144	21 345	21 090	72	0,3
Hemsjukvård	3 209	3 115	2 889	2 739	2 828	–381	–11,9
Summa	195 296	201 075	205 271	209 712	213 598	18 301	9,4

* Avser barn- och ungdomstandvård och landstingens särskilda tandvårdsstöd.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005–2009, och Landstingens räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB.

Enligt tabell 3:1 ökade kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård med drygt 9 procent i fasta priser under 2005–2009. Störst var kostnadsökningen inom primärvården (14 procent) följt av den somatiska specialistvården (13 procent). Inom den specialiserade psykiatriska vården ökade kostnaderna med 7 procent jämfört med 2005, medan den övriga hälso- och sjukvården ökade med 5 procent. Landstingens hemsjukvård minskade däremot med nästan 12 procent. Det kan vara en effekt av att flera kommuner har tagit över en viss del av hemsjukvårdsansvaret från landstingen.

Figur 3:3. Kostnadsutveckling för landstingens olika vårdområden 2005–2009 (index 2005 = 0)



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005–2009, SKL.

Kostnaden för läkemedel var i stort oförändrad under perioden (tabell 3:1). Ökningstakten för receptförskrivna läkemedel har varit låg sedan 2002 då flera stora patent gick ut och generikareformen infördes [12,13]. De största procentuella ökningarna ses för läkemedel till slutenvården och för receptfria läkemedel. Läkemedelskostnadernas andel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård har varit i stort sett konstant under hela 2000-talet.

Kostnadsutvecklingen för läkemedel under 2009 präglades främst av det fortsatt kärva ekonomiska läget samt apoteksmarknadsomregleringen. Ett av kraven på omregleringen var att kostnaderna inte skulle öka för konsumenter eller samhället. För att uppnå detta mål fick Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ett utökat mandat gällande prissättning och utbyte av läkemedel med generisk konkurrens. TLV går även regelbundet igenom läkemedelssortimentet för att besluta om vilka läkemedel som ska subventioneras och vid vilka indikationer som subventionen ska gälla. För att dessa beslut ska få fullt genomslag måste dock förskrivarna följa TLV:s beslut om begränsad subvention. För närvarande samarbetar TLV och landstingen för att förskrivarna ska bli bättre på att följa subventionsbesluten. Detta samarbete och andra initiativ inom landstingen (från exempelvis läkemedelskommittéer och läkemedelsenheter) är viktiga för nå fram till en effektivare läkemedelsförskrivning.

De receptförskrivna läkemedelskostnadernas andel av BNP var i Sverige år 2008 något lägre (1,2 procent) än genomsnittet för de flesta EU-länder (1,7 procent) medan kostnaderna per capita låg något över genomsnittet [11]. Många europeiska länder har under 2000-talet, liksom Sverige, genomfört olika åtgärder för att begränsa samhällets kostnader för läkemedel.

År 2008 var de totala utgifterna för hälso- och sjukvården i riket var 296 miljarder kronor. Det beloppet inkluderar tandvård, den kommunala hälso-

och sjukvården och alla läkemedel samt hälso- och sjukvårdens investeringar¹ (figur 3:3). I denna siffra ingår således alla hälso- och sjukvårdsrelaterade utgifter, oavsett var och av vem de produceras och finansieras. Uppgifterna för 2009 publiceras av SCB den 31 mars 2011.

Andelen privat vård fortsätter att öka

Landstingen lägger ut allt fler verksamheter på entreprenad och år 2009 köpte de vårdtjänster för cirka 33 miljarder kronor vilket utgjorde 15,7 procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård. Det var en ökning med 17 procent från 2005.

Över hälften av alla köp gjordes från privata vårdgivare och företag och det gällde oftast vård inom primärvård och specialiserad somatisk vård. Köp från privata vårdgivare/företag utgjorde 8,5 procent och ökade med 15,4 procent sedan 2005 och andelen ökade mest inom primärvården.

Andelen vårdenheter i primärvården som drivs i privat regi var cirka 35–40 procent i landet och varierade mellan 9 procent i Dalarna och 63 procent i Stockholm under år 2010 [14,15]. Detta rapporterades av Vårdföretagarna, som också uppger målet att hälften av alla vårdaktörer ska vara privata. Motsvarande utveckling ses även för den kommunala äldreomsorgen, där andelen icke-offentliga utförare har ökat och numera utgör cirka 15–20 procent. Utvecklingen mot en allt högre andel privata utförare i vård och omsorg har gått snabbt under senare år och saknar tidigare motsvarighet i Sverige.

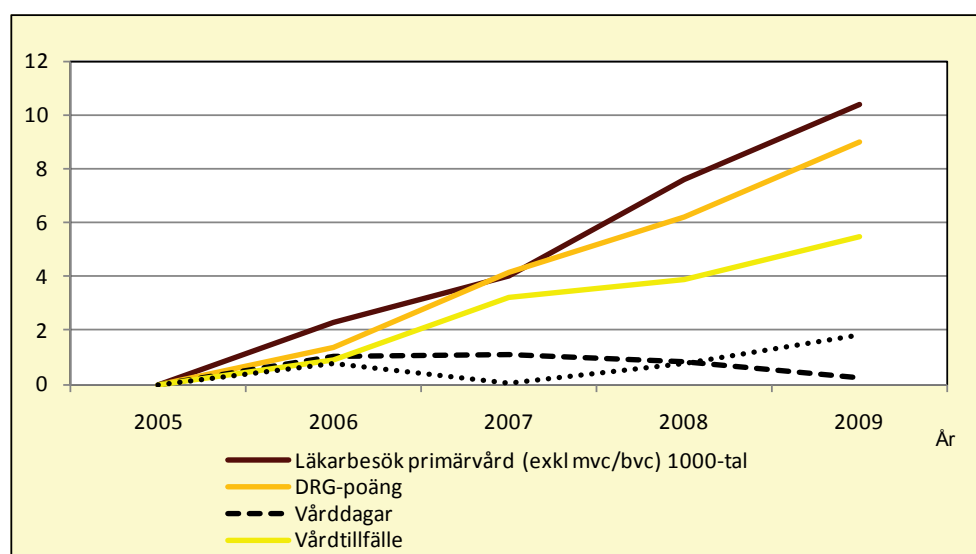
Inom den specialiserade somatiska vården köptes även en hel del vård från andra landsting samt från landstingsägda företag, men storleken på köpen var relativt konstant under perioden 2005–2009. Köpen från ideella organisationer ökade något.

Allt fler läkarbesök görs i primärvården

Antalet vårddagar i slutenvården har legat på ungefär samma nivå de senaste fem åren, samtidigt som antalet vårdtillfällen har ökat med över 5 procent. DRG-poäng är ett mått som används för att uppskatta vårdtyngden och poängen har sedan 2005–2009 ökat med 9 procent. Det indikerar att de patienter som vårdas inom den slutna vården har ett större vårdbehov än tidigare. När det gäller läkarbesök går utvecklingen mot allt fler besök i primärvården i förhållande till besök vid den specialiserade vården som bara har ökat marginellt.

¹ Enligt det internationella systemet för hälsoräkenskaper, A System of Health Accounts (SHA) OECD.

Figur 3:4. Vårdströmmar år 2005–2009, procentuell förändring i förhållande till 2005 för vårdtillfällen, vård dagar och läkarbesök samt DRG-poäng



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005–2009, SKL

Under 2009 gjorde svenskarna i genomsnitt 2,8 läkarbesök per person. Drygt hälften av besöken gjordes i primärvården och de stod också för större delen av den totala ökningen. I primärvården ökade läkarbesöken med över 10 procent och inom specialistvården ökade läkarbesöken med knappt 2 procent under perioden 2005–2009 (figur 3:4). Jämfört med 2008 ökade läkarbesöken i primärvården med 2,7 procent och läkarbesöken i specialistvården med 1 procent.

Sedan 2005 har andelen besök hos andra personalkategorier än läkare ökade totalt med 9 procent. Majoriteten av dessa besök (69 procent) skedde inom primärvården, hos exempelvis sjuksköterskor och sjukgymnaster. Besök i medicinsk korttidsvård ökade med 13 procent och besök i kirurgisk korttidsvård och geriatrisk vård ökade båda med 14 procent under perioden 2005–2009. Under samma period ökade även besöken hos andra personalkategorier inom den psykiatriska vården med 17 procent.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientens ställning och delaktighet i vården har uppmärksamats alltmer under senare år, bland annat tack vare en lagstiftning från 1999 och aktuella forskningsresultat. Forskningen visar bland annat på positiva effekter på patienternas tillfrisknande om de får ett gott bemötande och kan vara delaktiga i att välja och planera sin vård och behandling [16-19]. I detta avsnitt presenteras framförallt resultat från befolknings- och patientenkäter.

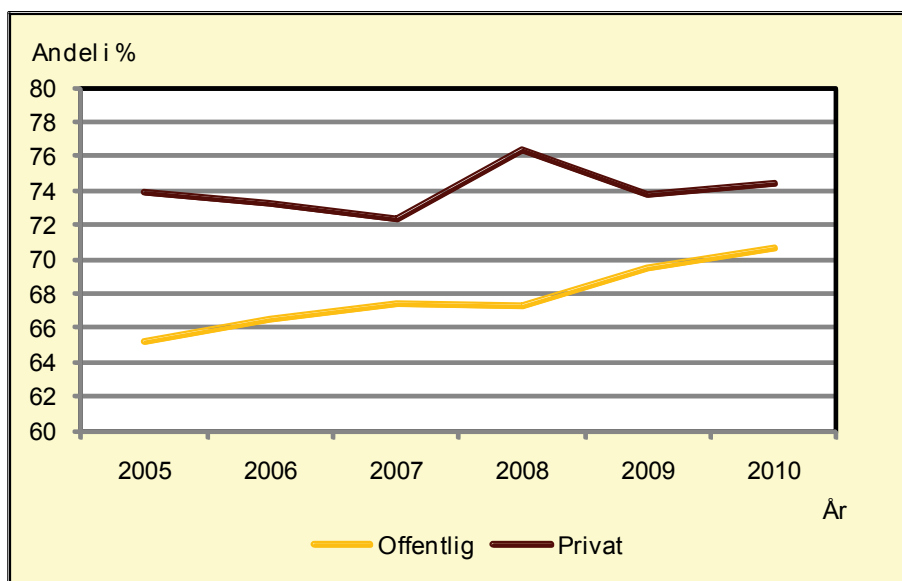
Ökat förtroende och minskade skillnader i nöjdhet mellan offentlig och privat vård

I vilken grad vården är patientfokuserad följs på nationell nivå med olika typer av enkäter. Traditionellt används ”Vårdbarometern”, en befolknings-

undersökning, som under 2000-talet har visat på successiva förbättringar på flera områden. Exempelvis uppger 70–80 procent av patienterna att de är mycket eller ganska nöjda med den vård de har fått [20].

Även Svenskt Kvalitetsindex (SKI) mäter regelbundet befolkningens övergripande ”nöjdhet” med bland annat hälso- och sjukvården [21] och enligt dessa mätningar har människor generellt ett gott förtroende för vården jämfört med andra välfärds- och samhällstjänster. Den senaste mätningen i början på november 2010 visar att medborgarna har blivit ännu nöjdare med vården under senare år och att skillnaderna mellan offentlig och privat vård har minskat (figur 3:5).

Figur 3:5. Andel av medborgarna som är nöjda med den offentliga respektive den privata vården (procent), observera bruten värdeskala



Källa: Svenskt Kvalitetsindex.

SKI:s mätningar stämmer relativt väl överens med mätningar i Vårdbarometern när det gäller övergripande bedömningar av förtroende och betyg satta på senaste besök i vården [20]. Däremot visar SKI:s mätning ett trendbrott när det gäller förväntningarna på hälso- och sjukvården. Tidigare har dessa också stigit men nu visar SKI:s mätning att förväntningarna på vården snarare minskar. Detta gäller framför allt den offentliga sjukvården. Enligt SKI har detta tidigare varit ett tecken på ett framtida negativt genomslag också på ”nöjdheten”.

Information, delaktighet och helhetssyn – stor potential för förbättringar

I arbetet med God vård definierade Socialstyrelsen följande sju nationella indikatorer för vad som kännetecknar vård av god kvalitet:

1. Patienten blir respektfullt bemött som individ.
2. Patientens egna kunskaper och erfarenheter tas till vara.

3. Patienten erbjuds individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, sin diagnos och metoderna för undersökning, vård och behandling.
4. Patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa.
5. Patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontaktarna.
6. Behandlingsmål sätts i samråd med patienten.
7. Patienten får delta i planeringen och genomförandet av sin vård [22].

Syftet är att dessa aspekter ska belysas i både lokala och nationella uppföljningar av vården. Sveriges första nationella patientenkät genomfördes hösten 2009 i primärvården och under våren och sommaren 2010 inom den slutna specialiserade somatiska vården samt den öppna och den slutna psykiatrien [23-27]. Frågorna handlar bland annat om bemötande, delaktighet, förtroende och information – frågor som ska återspegla de nationella indikatorerna som Socialstyrelsen har fastställt. Genom patientenkäten får patienterna möjlighet att berätta om och betygsätta sina erfarenheter. Resultaten ska sedan användas för att utveckla och förbättra vården utifrån ett patientperspektiv. Resultaten kan även fungera som ett underlag för jämförelser, ledning och styrning samt för patienternas vårdval. Undersökningen genomförs av SKL på uppdrag av Sveriges landsting och regioner.

Patientenkäten i primärvården – förtroendet gott men delaktigheten kan förbättras

Drygt 160 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som hade besökt en läkare inom primärvården. Enkäten besvarades av cirka 95 000 patienter (svarsfrekvens 60 procent). Resultatet visade att patienterna var mest nöjda med bemötandet på vårdcentralerna och därefter kom förtroendet och nyttan med besöket. Sämst var primärvården på att informera om orsakerna till förseningar om patienten fick vänta. I Halland och Kalmar gav patienterna goda omdömen på många av de 60 enkätfrågorna. De var nöjda med tillgängligheten och de patienterna fick också större möjlighet att påverka tidpunkten för sitt besök jämfört med riksgenomsnittet.

En ytterligare central aspekt av hur patientfokuserad vården är delaktighet. Över en tredjedel av de patienter som besvarade enkäten uppgav att de bara var delvis delaktiga under läkarbesöket och 7 procent kände sig inte delaktiga i den grad de önskade. Det fanns också vissa brister när det gällde hur patienterna bedömde informationen de fick vid besöket, bland annat avseende biverkningar av läkemedel och andra varningssignaler att vara uppmärksam på.

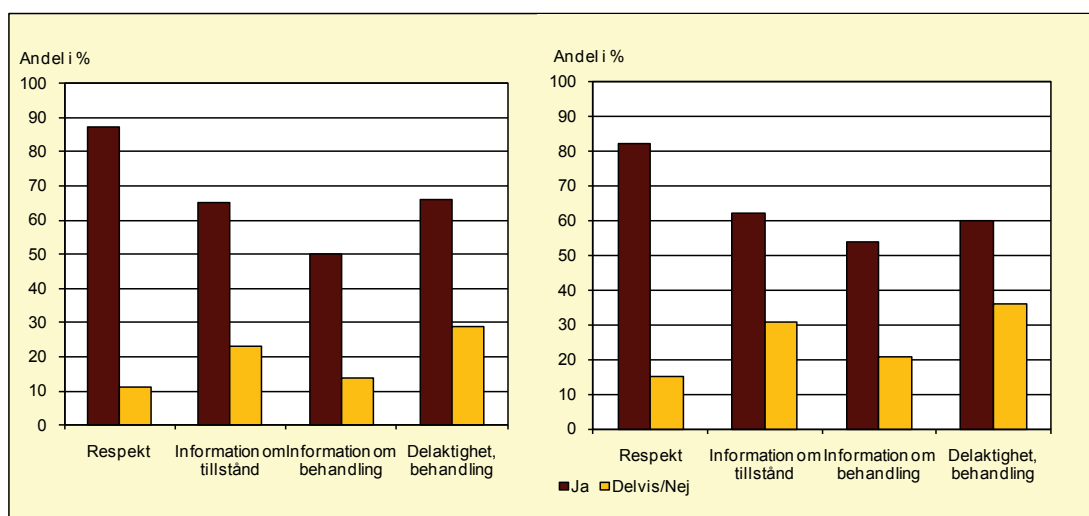
Förbättrad helhetssyn angeläget inom den specialiserade somatiska vården

För den specialiserade sjukhusvården skickades en enkät ut till 200 000 patienter med frågor om sitt senaste vårdtillfälle eller besök. Närmare 125 000 patienter besvarade enkäten vilket ger en svarsfrekvens på cirka 63 procent. Patienterna upplevde generellt att de fick ett gott bemötande och en majori-

tet skulle rekommendera den enhet som de hade besökt. Enligt enkätsvaren behövs däremot helhetssyn och kontinuitet i vården förbättras. Detta framgår till exempel av svaren på frågorna som rör huruvida behandlaren hade uppmärksammat kopplingen till tidigare sjukdomar och hälsotillstånd och hur svarspersonerna hade upplevt informationen kring vad de kan förvänta sig i det fortsatta sjukdomsförloppet. Patienterna ville också i högre utsträckning kunna påverka tidpunkten för besök eller vårdtillfälle och också få mer information om i vilken utsträckning de kan välja en annan vårdgivare.

Svaren på några av frågorna illustreras nedan i figur 3:6. Frågor om delaktighet och information fick generellt lägre omdöme än frågor som rör personalens bemötande. När det gäller den somatiska öppenvården upplevde nästan 90 procent av de tillfrågade patienterna att bemötandet var respektfullt och hänsynsfullt. Cirka 33 procent kände sig bara delvis delaktiga i besluten om vård och behandling och enligt resultaten går det också att förbättra informationen om både patientens tillstånd och behandling. Mönstren är likartade för den öppna och slutna vården, men en något större andel upplever sig delaktiga i valet av behandling inom den öppna vården jämfört med slutenvården. Resultaten visar sammantaget att vården i större utsträckning behöver utgå ifrån varje enskild patients förutsättningar och förmåga att ta emot och ta till sig information.

Figur 3:6. Andel patienter som är nöjda eller delvis nöjda med olika aspekter av vården i somatisk specialiserad öppenvård respektive somatisk slutenvård (procent)



Sammanställningen bygger på följande frågor: Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt? Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd? Fick du tillräcklig information om din behandling? Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?

Källa: Nationella Patientenkät, 2010.

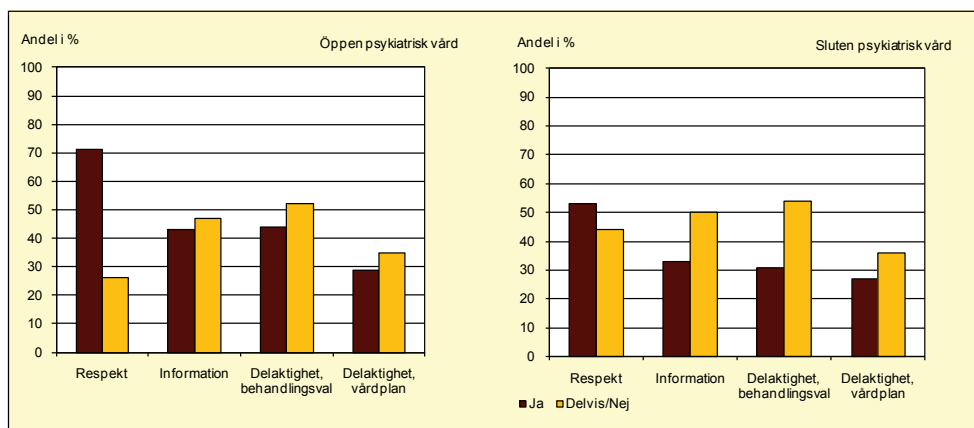
Låg svarsfrekvens inom allmän psykiatri

Den nationella patientenkäten skickades ut till 47 000 slumpvis utvalda vuxna patienter som hade besökt eller varit inlagda inom den allmänna psykiatrin i 19 landsting och regioner. Tyvärr var svarsfrekvensen låg – endast cirka 40 procent av målgruppen besvarade enkäten – vilket gör resultaten

osäkra. Det är känt sedan tidigare att personer med psykiska besvär eller funktionsnedsättningar ofta besvarar enkätundersökningar i lägre utsträckning än andra grupper [28,29].

En översiktlig bortfallsanalys visade att yngre personer och män är underrepresenterade i den här undersökningen, men utan en mer rigorös analys är det svårt att bedöma hur resultaten ska tolkas. Till exempel så påverkar sannolikt typ av sjukdom eller grad av funktionsnedsättning svarsbenägenheten. Trots att över hälften inte har svarat är uppgifterna ändå viktiga att redovisa. De frågor som enkäten tar upp har varit särskilt aktuella för patientgruppen under flera år. Trots begränsningarna kan svaren ge indikationer om problem och områden som kan förbättras.

Figur 3:7. Andel patienter som är nöjda eller delvis nöjda med olika aspekter av vården i psykiatrisk öppenvård respektive psykiatrisk slutenvård (procent)



Sammanställningen bygger på följande frågor: Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt? Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd? Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade? Kände du dig delaktig i utvecklingen av din vårdplan, så mycket som du önskade?
Källa: Nationell Patientenkät, 2010.

Genomgående ges något högre omdömen inom den psykiatriska öppenvården än inom den psykiatriska slutenvården.

De flesta patienter inom den psykiatriska öppenvården bedömde att de bemöttes med respekt, men inom den slutna psykiatriska vården andelen var lägre, se figur 3:7. Inom den slutna psykiatriska vården uppgav också drygt 40 procent att de inte hade, eller bara delvis hade, blivit bemötta på ett respektfullt och hänsynsfullt sätt. Nästan hälften svarade att de inte fick tillräckligt med information om sitt tillstånd och en ännu större andel (drygt 50 procent) uppgav att de inte var delaktiga i besluten om sin behandling. Över en tredjedel bedömde att de inte var delaktiga i utformningen av vårdplanen och över en tredjedel kände inte till någon vårdplan (ingår inte i figuren ovan).

Det går inte utesluta att de mest kritiska personerna är överrepresenterade, vilket skulle kunna förklara att andelarna som ger positiva omdömen generellt sett är lägre än för primärvården och den specialiserade kroppssjukvården. En annan möjlig förklaring till de mindre positiva omdömena kring till exempel information är att det inte är samma exakthet i diagnos och behandling som inom den somatiska vården (mätbara fysiska symtom och biomedicinska undersökningar med bestämda resultat). Detta kan innebära att det

är en större utmaning att kommunicera kring detta inom psykiatrin jämfört med övrig vård.

Svarsmönster för samtliga enkäter

Det fanns relativt små skillnader i mäns och kvinnors bedömningar i de olika enkäterna och det fanns inga tydliga tecken på att någon av dem behandlas sämre eller är mindre nöjda. I liknande undersökningar om vården var i allmänhet de äldre patienterna något mer nöjda med olika aspekter jämfört med yngre. Samtidigt upplevde de äldre i vissa avseenden att de var mindre delaktiga.

Det fanns vissa skillnader mellan patienter som inte har svenska som modersmål och de som hade svenska som modersmål. Av den förstnämnda gruppen ansåg en lägre andel att de hade fått tillräcklig information. De med svenska som modersmål upplevde också i större utsträckning att de hade varit delaktiga i beslut om behandlingen i den grad de önskade jämfört med de med ett annat modersmål (68 procent jämfört med 55 procent i den öppna somatiska vården).

För vissa frågor fanns det också skillnader mellan personer med grundskoleutbildning och de med högskoleutbildning. Också här gällde det främst frågor som rörde information och delaktighet. En större andel av de med högskoleutbildning uppgav att de hade fått information som de förstod och den gruppen kände sig i allmänhet mer delaktiga i beslutet om vård och behandling. I den öppna psykiatriska vården bedömde en större andel av dem med endast grundskoleutbildning att de bemöttes respektfullt och hänsynsfullt (77 procent jämfört med 69 procent bland högskoleutbildade).

Socialstyrelsen avser att göra fördjupade analyser av de Nationella patientenkäternas resultat – särskilt med fokus på jämlikhetsaspekterna.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännens arbete med styrning och uppföljning

Under hösten 2010 gjorde Socialstyrelsen en övergripande kartläggning av landstingens webbplatser. Den visade att de flesta landsting har övergripande riktlinjer och dokument som definierar området patientfokuserad vård och majoriteten uppger att de gör kontinuerliga uppföljningar genom bland annat olika typer av lokala enkäter. Allt fler använder också den nationella patientenkäten för att följa upp kvaliteten i vården. På de flesta webbplatser fanns även information om vart patienterna kan vända sig om de har några klagomål på vården. Genomgången indikerar att landstingen har prioriterat frågor som rör tillgänglighet och väntetider, medan bemötande och delaktighet i vården inte var lika framträdande. Det är också mer oklart i vilken utsträckning vårdgivarna har utvecklat verksamhetsspecifika uppföljningar kring olika frågor som rör bemötande, information och delaktighet. Enligt en revisionsrapport från Västra Götaland regionen saknas i princip sådana dokument (se även texten under Jämlik hälso- och sjukvård) [30].

I juni 2010 publicerade Socialstyrelsen en vägledning för huvudmännen och hälso- och sjukvårdspersonalen kring lagstiftning på området och hur man kan arbeta med bemötandefrågor i hälso- och sjukvården. Avsikten är

att vägledningen som ett underlag när hälso- och sjukvårdshuvudmännen ska utforma lokala riktlinjer på området [31]. Regeringen har också gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med de berörda aktörerna ta fram en patientbok om patientsäkerhet. Genom boken ska patienterna bli mer delaktiga i vården och på så sätt ska vården också bli säkrare. Uppdraget är en del i en nationell satsning på patientsäkerhet i vården. Bland annat har Patient-säkerhetsutredningen pekat på att patienter är en outnyttjad resurs i strävan att höja säkerheten i svensk hälso- och sjukvård.

Tillgänglig hälso- och sjukvård i rimlig tid

Tillgänglighet och väntetider i vården har varit i fokus under lång tid. En tillgänglig hälso- och sjukvård rymmer fler dimensioner än väntetider. Det handlar till exempel om vilka personer som omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet – och i vilken utsträckning vården faktiskt är tillgänglig för de med störst behov av vård. Det handlar också om tillgång till information och om fysisk och geografisk tillgänglighet. Målområdet tillgänglig vård har tydliga kopplingar till målområdet *jämlig vård* och målområdet *patientfokuserad vård*.

I detta avsnitt redogörs för nyetableringar av vårdcentraler och apotek, tillgång till rehabiliteringsgarantin, tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv och väntetider i vården.

Fler vårdcentraler...

Socialstyrelsen har länge framhållit att primärvården och närvården behöver stärkas i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Bland annat har tillgängligheten varit ett problem, både när det gäller att nå fram via telefon och hur långt avståndet är till närmaste vårdcentral. I de stora städerna, exempelvis Stockholm, har det länge funnits flest läkarmottagningar i områdena där de boende har bäst hälsa.

I november 2010 presenterade Konkurrensverket sin slutrapport om införandet av vårdval i primärvården [32]. Med hjälp av olika underlag har man bland annat analyserat medborgarnas avstånd till en vårdcentral. Resultaten visar att antalet personer som har mer än 30 minuters bilresa till närmaste vårdcentral nu har minskat med 44 000 och att förbättringen är störst i Värmland och Västerbotten. Verket bedömer också att cirka 500 000 fler medborgare nu har möjlighet att välja mellan minst två vårdcentraler inom 5 minuters bilresa. Enligt rapporten har det tillkommit 223 vårdmottagningar så att det totalt nu finns drygt 450 stycken. Andelen privata mottagningar har ökat från 28 procent till 37 procent.

Konkurrensverket konstaterar dock, i likhet med internationell forskning på området, att data från några olika landsting tyder på att endast ett fåtal utnyttjar möjligheten att välja.

Under 2010 presenterade Karolinska Institutet en utvärdering av vårdvalet i Stockholm [33]. I rapporten konstateras att läkarbesöken har ökat totalt sett, även i så kallat utsatta områden. Mellan 2006 och 2009 bedöms läkarbesöken ha ökat med drygt 550 000 medan besöken hos sjuksköterskor däremot minskat med 60 000. Denna omfördelning kan vara bekymmersam och

leda till dyrare vård eftersom ersättningen för läkarbesök är betydligt högre än för sjuksköterskebesök. Forskarna framhåller också att det inte nödvändigtvis behövs fler läkarbesök i områden med stora folkhälsoproblem, utan snarare större fokus på det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Traditionellt är det just distriktssköterskor och andra sjuksköterskor som har arbetat med detta.

... och fler apotek i tätorter

Apoteksomregleringen har inneburit att det har öppnats många nya apotek runt om i Sverige [15]. Myndigheten för tillväxtanalys bedömning var att 150 nya apotek skulle ha startats vid 2010 års slut, vilket motsvarar en ökning med cirka 15 procent. De flesta nya apotek har dock etablerats i områden eller på orter där det finns apotek sedan tidigare och där tillgängligheten i de flesta fall redan innan varit relativt god. Endast ett fåtal apotek har etablerats på orter där det tidigare saknades apotek.

I många gles- och landsbygder är medborgarna därför även fortsättningsvis beroende av nätet av så kallade apoteksombud. Före avregleringen hade dessa en stor betydelse i många gles- och landsbygder där de kompletterat apotekens verksamhet. En förutsättning för att ombuden ska kunna ses som fullvärdiga komplement till apoteken är dock att deras service inte försämras.

Antalet försäljningsställen för receptfria läkemedel har ökat kraftigt. Enligt Läkemedelsverket fanns det i mitten av november 2010 över 6 000 försäljningsställen som hade anmält handel med vissa receptfria läkemedel. Försäljningsställena tycks också ha en god spridning över landet.

Den ökade tillgängligheten av receptfria läkemedel är inte oproblematisk. Det handlar framför allt om den ökade användningen av smärtstillande läkemedel bland ungdomar som nyligen har uppmärksammats. Några sjukhus och akutmottagningar har rapporterat att dessa läkemedel i ökad omfattning används i självmordsyfte bland unga – en utveckling man också har sett i andra länder [34]. Det är därför angeläget att noga följa upp handeln med receptfria läkemedel i detta avseende.

Socialstyrelsen har tagit del av erfarenheter som indikerar att det sedan omregleringen varit problem med tillgång till läkemedel för vissa patientgrupper och sämre möjligheter till distribution av produkter mellan olika apoteksaktörer. Omregleringen har ännu inte utvärderats ur ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv.

Rehabiliteringsgarantin – tillgång på behandling ökar

Rehabiliteringsgarantin är en överenskommelse mellan regeringen och SKL som inleddes 1 juli 2008 och som fortsätter även 2011. Syftet med garantin är att göra vissa behandlingar mer tillgängliga för personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna till följd av ospecifika smärttillstånd i rörelseorganen eller till följd av lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. De behandlingar som omfattas av garantin är multimodal rehabilitering (MMR) och psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT).

Tillgången på MMR har ökat i samtliga landsting sedan 2008 och har förbättrats framför allt i primärvården. Tillgången på KBT i primärvården har också ökat och fortsätter att öka [35,36]. Skattningar talar för att de behandlingar som genomfördes under 2009 motsvarade mer än 60 procent av det behov som fanns vid årsskiftet 2008/2009 [37].

Socialstyrelsens uppföljning av resultaten för år 2009 visade att på en övergripande nivå (när det exempelvis gäller behandlarnas kompetens och behandlingarnas omfattning) verkade landstingen leva upp till de kvalitetskrav som överenskommelsen anger. Tre fjärdedelar av KBT-behandlingarna genomfördes av psykoterapeuter med minst steg 1-utbildning i psykoterapi och 92 procent av den multimodala rehabiliteringen genomfördes av sammanhållna team med läkare, psykolog och sjukgymnast. Däremot fanns det inget underlag för att bedöma insatsernas faktiska innehåll. Det var dock endast hälften av landstingen som använde något slags formaliserat godkännandeförfarande och det godkännande som skedde innehöll sällan någon tydlig kvalitetskontroll. Den kvalitetskontroll som gjordes gällde till exempel om intyg på KBT-kompetens fanns eller granskning av MMR-program. Brist på kvalitetskontroll gällde i viss mån också de enskilda vårdenheterna – endast drygt hälften av KBT-behandlingarnas resultat följdes upp av den behandlande enheten. Samtliga landsting vidtog under 2010 olika åtgärder för att öka tillgången till KBT-kompetens [36].

Karolinska Institutet har gjort en första uppföljning av rehabiliteringens effekter på sjukfrånvaron för de första tre kvartalen 2009 och den visar en tendens till minskad sjukfrånvaro [38]. Minskningen var något mer markant hos de personer som har fått en psykologisk behandling jämfört med personerna i multimodal rehabilitering. Rehabiliteringens effekt är mest påtaglig om insatsen sätts in under sjukfrånvarons två första månader.

I Region Skåne har man följt ett urval av patienter inom rehabiliteringsgarantin under det andra halvåret 2009 för att se vilken effekt insatserna hade på patienternas hälsorelaterade livskvalitet. Deras hälsotillstånd var kraftigt nedsatt före behandlingen men blev påtagligt bättre efter rehabiliteringen, både för de som led av psykisk ohälsa och de med smärtproblematik.

Rehabiliteringsrådet har i ett delbetänkande föreslagit att rehabiliteringsgarantin på sikt bör inkludera fler medicinska tillstånd och insatser [39].

Minskar köerna?

Den nuvarande formen av vårdgarantin infördes år 2005 och täcker i stort sett alla icke-akuta besök inom primärvården samt planerade nybesök och behandlingar inom den specialiserade vården. Enligt en överenskommelse mellan staten, landstingen och SKL, som kallas ”kömiljarden”, får landstingen ett resurstillskott om vissa mål uppnås. Utöver denna överenskommelse finns en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa, och en uppföljning av denna beskrivs i kapitlet om barn och unga.

Den 1 juli 2010 blev en informationsskyldighet om vårdgarantin lagstadgad (2b § 4 HSL), vilket innebär att patienten ska ges individuellt anpassad information om vårdgarantin. I Socialstyrelsens uppföljning från år 2010 [40], som bygger på väntetidsutvecklingen mellan november 2008 och no-

vember 2009 gjordes följande bedömning: Under det första året med "kömiljarden", år 2009, minskade andelen patienter som väntade längre än 90 dagar på besök eller behandling i den planerade specialiserade vården avsevärt. Samtidigt skedde en kraftig ökning av andelen patienter som registrerades som patientvalt väntande. Detta innebär att det totala antalet väntande inte minskade i lika hög grad som antalet patienter som väntade längre än 90 dagar.

Problematiken med den ökade registreringen av patientvald väntan ledde till att SKL i samråd med de olika landstingen tog fram regler som på ett mer stringent sätt styr när patienter kan registreras som patientvalt väntande. I rapporter från väntetidsdatabasen särredovisas patientvald väntan fortfarande. Men sedan den 1 september 2010 ingår patienter som frivilligt valt att vänta längre än vårdgarantins gränser i det totala antalet väntande i beräkningen av "kömiljarden". Jämförbarheten mellan landstingens väntetidssiffror har därmed också blivit avsevärt mycket bättre. En konsekvens av förändringarna i reglerna och i principerna för fördelningen av "kömiljarden" är att andelen patienter som väntar längre än vårdgarantins gränser ser ut att ha ökat under 2010, medan det i själva verket handlar om ändrade rutiner kring inrapportering och redovisning [41].

Enligt Socialstyrelsens pågående analys av väntetiderna baserad på tillgängliga dataunderlag tycks det totala antalet väntande patienter har minskat på lång sikt, det vill säga sedan vårdgarantin infördes år 2005. Men även denna bedömning måste tolkas med försiktighet. Väntetidsrapporteringen blir visserligen allt bättre och dataunderlaget mer tillförlitligt, men det finns ändå tecken på att landstingen inte rapporterar alla patienter som söker vård eller har fått en remiss. Det kan handla om att patienten inte sätts upp för ett läkarbesök utan hänvisas till någon annan mottagning, att remisser inte tas emot om man inte kan ge patienten en tid inom vårdgarantins gränser eller att patienter blir ombedda att ringa senare utan att de registreras som aktivt väntande.

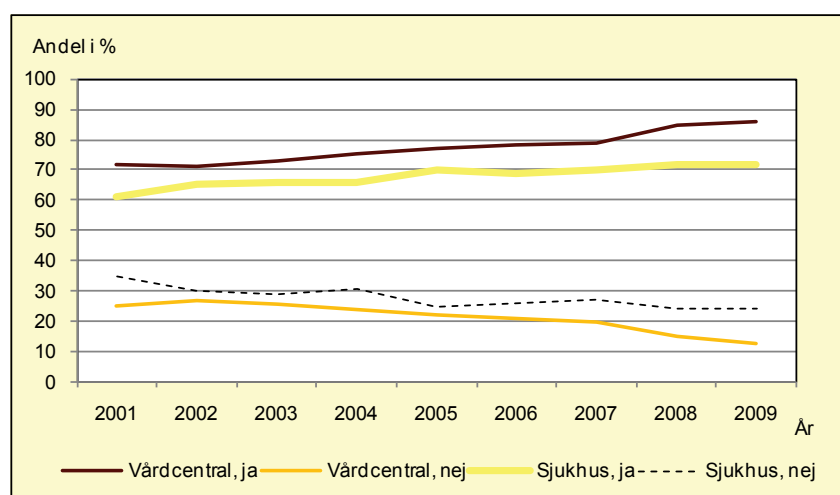
Fler patienter bedömer väntetiderna som rimliga – men utmaningar kvarstår

Patientens egen upplevelse av väntetiderna är en av de nationella indikatorerna för vård i rimlig tid som Socialstyrelsen har definierat [22]. Detta kan följas med bland annat Vårdbarometern och de Nationella patientenkäterna.

Enligt Vårdbarometern upplever allt fler patienter väntetiderna som rimliga [20]. Av dem som besökt en vårdcentral och fått vänta en dag eller mer, har andelen som ansåg att väntetiden var rimlig ökat kontinuerligt sedan 2001 och var 86 procent år 2009 (figur 3:8).

Undersökningen från år 2009 visade också att 60 procent ansåg att det var lätt att komma fram på telefon till en vårdcentral medan 20 procent upplevde att det var svårt. Ungefär lika stor andel, 59 procent, tyckte att det var lätt att komma fram till sjukvårdsrådgivningen.

Figur 3:8. Patienternas uppfattning om väntetiden till besök på en vårdcentral eller ett sjukhus – rimlig eller inte (procent)



Källa: Vårdbarometern, SKL.

Även i den nationella patientenkäten ställdes frågor om väntetider och tillgänglighet [23-27]. 18 procent tyckte att väntetiden var för lång till ett besök i primärvården och 26 procent tyckte att väntetiden till behandling på sjukhus var för lång. När det gällde besök i specialistsjukvården ansåg 10 procent att de inte fick tid så snart de önskade och i öppenvård psykiatri var det 6 procent som tyckte att tillgängligheten var dålig.

Väntetider vid akutmottagningar

Socialstyrelsen har under 2010 utrett förutsättningarna för att kunna följa väntetiderna vid sjukhusens akutmottagningar [42]. I en första delrapport visades att den genomsnittliga genomloppstiden, dvs. tiden ”från dörr till dörr”, för patienter vid sex studerade akutmottagningar varierade från 2 timmar och 45 minuter till 4 timmar och 15 minuter. Vid den mottagning som hade längst genomsnittlig genomloppstid hade var fjärde patient vistats mer än 7 timmar på akuten.

Brister i tillgänglighet för funktionshindrade

År 2010 undersökte Socialstyrelsen tillgängligheten till vårdcentraler ur ett funktionshinderperspektiv och konstaterade att tillgängligheten är hög för personer med rörelsehinder [43]. Men hos majoriteten av de undersökta vårdcentralerna fanns det brister i tillgängligheten för personer med andra typer av funktionsnedsättningar, i synnerhet synnedsättningar, hörselnedsättningar och kognitiva funktionsnedsättningar. Ytterligare resonemang om denna studie förs i kapitlet om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Nationellt utvecklingsarbete och uppföljning

Tack vare "kömiljarden" har tillgänglighetsfrågorna fått en betydligt högre prioritet i landstingen. I många landsting pågår också utvecklingsprojekt för

att skapa effektivare processer och göra andra logistikförbättringar. Socialstyrelsens uppföljning visade till exempel att den nuvarande kortsiktiga schemalaggningsen av läkarnas arbetstid är problematisk. Ett annat förbättringsområde för landstingen är att se till att till hälso- och sjukvårdspersonalen blir bättre informerade om vårdgarantin.

Landstingen rapporterar sina väntetider i SKL:s databas "Väntetider i vården" som för närvarande är den enda datakälla som innehåller rikstäckande uppgifter om väntetiderna i primärvården och den planerade specialiserade vården. Det är svårt att tolka tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård eftersom dataunderlaget inte är jämförbart mellan olika tidpunkter. Olikheter i inrapporteringsrutiner, datakvalitet och regler försvårar jämförelser. Socialstyrelsen anser att inrapporteringen av väntetidsdata bör ingå i det nationella patientregistret. Då får man en mer komplett registrering av patientens väg genom vården och en bättre bild av både väntetiderna och vårdförloppet. Dessutom blir det lättare att se om vissa sjukvårdsinsatser eller patientgrupper trängs undan, exempelvis kroniskt sjuka.

Socialstyrelsen fortsätter att följa tillgänglighetsfrågor och väntetider och kommer under 2011 bland annat rapportera om "kömiljarden", vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa och väntetider inom akutsjukvården. Ett arbete med att följa väntetider i cancersjukvården har också inletts [44].

Säker hälso- och sjukvård

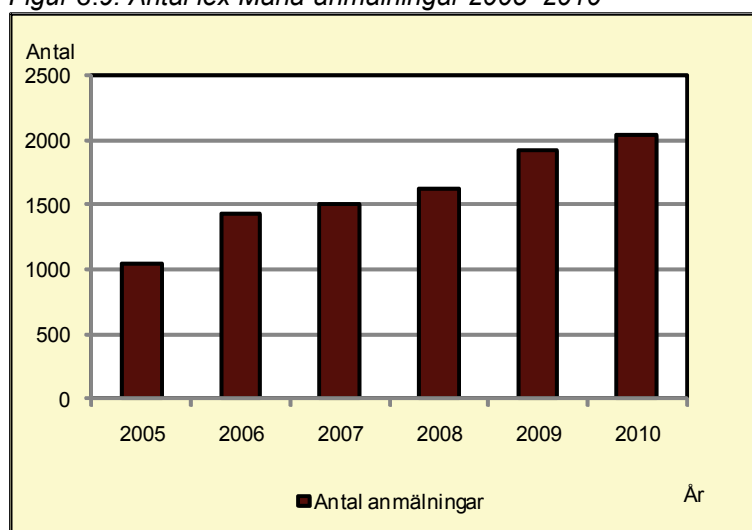
Socialstyrelsens tidigare undersökningar har visat att nästan 10 procent av alla patienter drabbas av någon vårdskada [45]. Trots de senaste årens satsningar och ökade uppmärksamhet är det systematiska patientsäkerhetsarbetet i Sverige ännu bara i början av sin utveckling [46]. Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag som bland annat innebär att vårdgivaren har ett större och tydligare ansvar för arbetet med patientsäkerheten. Regeringen har för år 2011 också avsatt 500 miljoner kronor för att utveckla patientsäkerheten, där huvuddelen av satsningen utgörs av ett prestationsbaserat stimulansbidrag till landstingen.

Nedan beskrivs utvecklingen av säker hälso- och sjukvård vad gäller anmälningar av missöden i vården, nationella patientsäkerhetssatsningar, antibiotikaresistenta bakterier och antibiotikaförskrivning, personalkontinuitet samt antal vårdplatser.

Benägenheten att anmäla missöden ökar

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren anmäla till Socialstyrelsen händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria). Antalet anmälningar fortsätter att öka, men det är ändå bara en mindre del av vårdskadorna som anmäls (figur 3:9). Ökningen av anmälda fall kan tolkas som att vårdgivarna är mer benägna att anmäla sådana händelser och att patientsäkerhetsfrågorna får allt större uppmärksamhet.

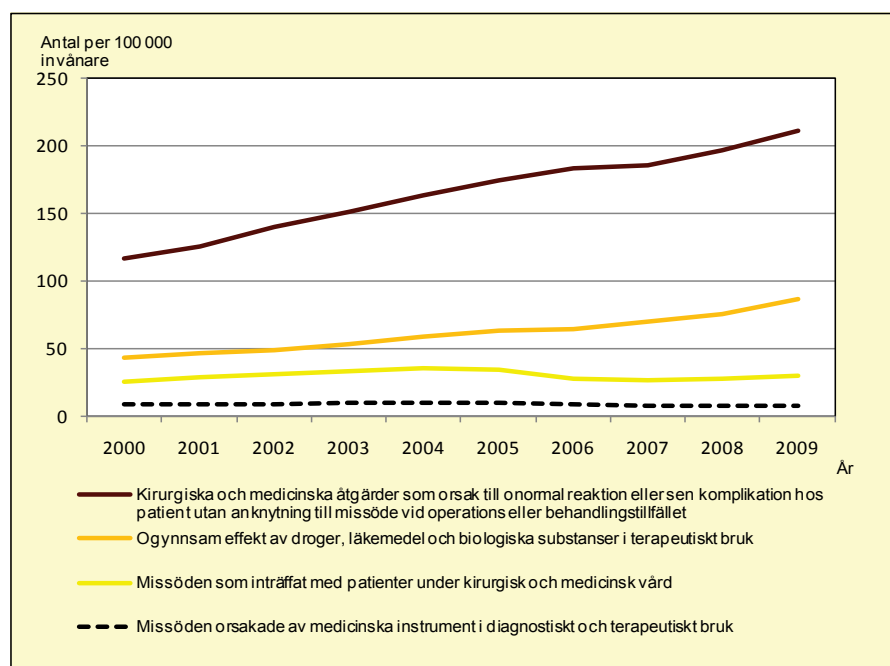
Figur 3:9. Antal lex Maria-anmälningar 2005–2010



Källa: Socialstyrelsen.

Ett annat mått på hur många patienter som skadas i samband med sjukhusvård är de uppgifter som rapporteras till Socialstyrelsens patientregister om skador till följd av missöden samt om övriga skador och komplikationer på grund av kirurgiska och medicinska åtgärder.

Figur 3:10. Antal patienter per 100 000 invånare med olika typer av skador eller komplikationer som orsakades av missöden eller av komplikationer i vården



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Rapporteringen av ogynnsamma effekter av läkemedel har ökat, liksom rapporteringen av onormala reaktioner eller komplikationer som inte beror på något missöde (figur 3:10). Det är oklart vad dessa ökningar beror på, men

kan antas bero på en ökad benägenhet att rapportera även denna typ av händelser.

Nationella patientsäkerhetssatsningar fortsätter

År 2008 påbörjade SKL en nationell satsning för att förbättra patientsäkerheten [47] och man tog fram åtgärds paket inom sex prioriterade områden för att förebygga

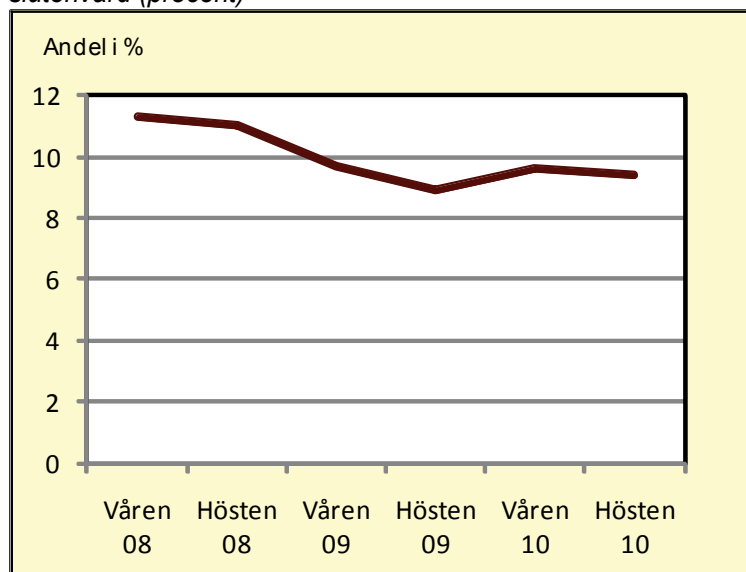
- vårdrelaterade urinvägsinfektioner
- infektioner vid centrala venösa infarter (katetrar i stora blodkärl)
- postoperativa sårinfektioner
- läkemedelsfel i vårdens övergångar
- fall- och fallskador i samband med vård
- trycksår i samband med vård.

För varje åtgärds paket finns en mall för uppföljning av den egna verksamheten. I uppföljningen ingår bland annat att man systematiskt och regelbundet genomför journalgranskningar. På så sätt får varje verksamhet se sina egna resultat och får därmed en grund för att analysera och förbättra sin egen verksamhet.

Även resultaten för patienterna följs upp, exempelvis genom andelen vårdrelaterade infektioner som redovisas här nedan. Fall, fallskador, trycksår och läkemedelsindikatorer redovisas i kapitlet ”Vård och omsorg om äldre”.

En vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som patienter får till följd av en sjukhusvistelse eller en behandling i öppenvården. Sådana infektioner förlänger vårdtiden, ökar användningen av antibiotika och är resurskrävande. Smittspridningen kan dock minska om vårdpersonalen alltid följer de grundläggande hygienrutinerna och klädreglerna. Våren 2008 började SKL mäta andelen patienter som drabbas av VRI, med mätningar två gånger per år inom den somatiska och psykiatriska slutenvården. De sex mätningar som hittills har genomförts visar att de registrerade infektionerna minskat något sedan den första mätningen, från knappt 12 procent av alla patienter våren 2008 till knappt 10 procent hösten 2010 (figur 3:11). Inom den psykiatriska slutenvården drabbades 1,2 procent av patienterna av en VRI under våren 2010.

Figur 3:11. Andel patienter med en vårdrelaterad infektion inom somatisk slutenvård (procent)



Källa: SKL.

Under år 2010 har SKL utökat den nationella satsningen med mätning av basala hygienrutiner och klädregler, där den första mätningen hösten 2010 visade att endast 56 procent av personalen uppfyllde alla kraven. Ytterligare satsningar gällde planering av ett registreringssystem för kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner (VRI), patientmedverkan och stöd till kommuner och primärvård.

Förutom SKL:s satsning arbetar landstingen även med andra projekt för att förbättra patientsäkerheten. Ett exempel är tillämpningen av Världshälsoorganisationens (WHO) checklista för säker kirurgi, ett projekt som startades av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag [48]. Denna checklista har anpassats till svenska förhållanden och lanserades i mars 2009. I juni 2010 uppgav samtliga operationsavdelningar att de använde checklistan och på vissa sjukhus hade den använts vid samtliga ingrepp.

Antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka

Problemet med bakterier som är resistenta mot antibiotika har förekommit sedan antibiotika infördes som behandling vid infektioner hos människor. För att begränsa resistensutvecklingen är det viktigt att den totala antibiotikaanvändningen minskar och att antibiotika används rationellt. En viktig del i arbetet mot antibiotikaresistens är också att förebygga spridningen av resistenta bakterier, inte minst i riskmiljöer som inom vården och omsorgen.

Det finns i dag fyra sorters resistenta bakterier som är så allvarliga att de är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen (2004:168). Det är meticillin-resistenta staphylococcus aureus (MRSA), tarmbakterier som producerar extended spectrum betalactamase (ESBL), vancomycinresistenta enterokocker (VRE) och pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (PNSP).

Under 2009 anmäldes 1 480 fall av MRSA, vilket var en ökning med 13 procent sedan 2008 [49]. Cirka hälften av dessa hade smittats i Sverige, och

till största delen ute i samhället och inte inom vård och omsorg. Drygt hälften (88 fall) av de som smittades inom vård och omsorg hade smittats inom äldreomsorgen eller i öppenvården och resterande (85 fall) hade smittats på sjukhus. Socialstyrelsen har under 2010 publicerat rekommendationer för bedömning och handläggning av MRSA [50].

Under 2009 rapporterades 3 754 fall med ESBL. Vid jämförelse av andra halvåret 2009 och samma period 2008 ökade fallen med 27 procent. Under 2009 skedde också flera utbrott inom sjukvården på barnkliniker och neonatalavdelningar runt om i landet.

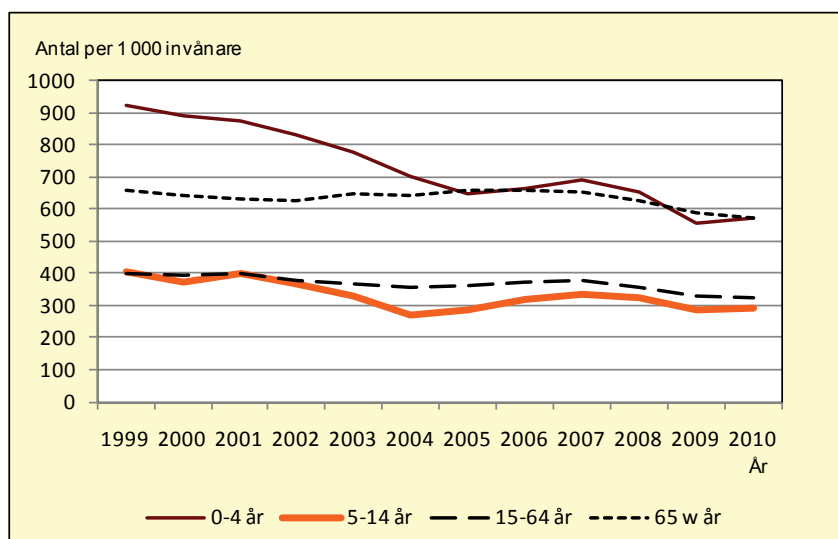
Sjukvårdsrelaterade VRE-utbrott har varit vanliga i många delar av världen men ovanliga i Sverige fram till 2007. Under 2008 rapporterades 618 fall och under 2009 402 fall [51]. Intensiva åtgärder medverkade till att antalet nya fall minskade under 2009.

Under 2009 rapporterades 446 fall av PNSP, vilket var en minskning med 21 procent sedan 2008. Trenden har i stort sett varit minskande sedan 1997.

Antibiotikaanvändningen

Antibiotikaförsäljningen har minskat sedan början av 90-talet. Försäljningen ökade något under åren 2004-2007, för att därefter minska igen under 2008-2009. För år 2010 sågs ingen ytterligare minskning, antalet recept per 1000 invånare låg på samma nivå som 2009.

Figur 3:12. Recept på antibiotika i olika åldersgrupper, 1999–2009 (antal recept per tusen invånare)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Under 2009 minskade antibiotikaförsäljningen med 6 procent (mätt i dygnsdoser) jämfört med 2008 [52]. Minskningen var markant i alla landsting men varierade stort mellan olika regioner i Sverige och dessa skillnader kan inte förklaras med att sjukdomsbilden varierade i landet. Skillnaderna gällde både den totala mängden antibiotika samt de typer av antibiotikapreparat som används. Den största minskningen av antibiotikarecept år 2009 gällde barn i åldern 0–4 år (figur 3:12). Den kan bland annat bero på att fler förstod

vikten av en god handhygien, något som uppmärksammades i samband med smittspridningen av influensa A (H1N1). Antibiotikaanvändningen hos barn har också varit i fokus i informationssatsningarna från Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama). Även om den totala antibiotikaanvändningen låg på samma nivå år 2010 som år 2009, ökade den i vissa åldersgrupper, särskilt bland barn 0-4 år. Denna ökning kan bland annat bero på ökat våldsökande för infektioner i anknytning till influensaperioden.

De flesta luftvägsinfektioner läker av sig själva, men de är också den vanligaste orsaken till att barn får antibiotika. Under 2009 fick 30 procent av alla barn 0-6 år minst en antibiotikakur. När luftvägsinfektioner måste behandlas rekommenderas i första hand penicillin V och Stramas målsättning är att den typen bör användas i minst 80 procent av fallen. När det gäller förskrivna luftvägsantibiotika till barn ökade andelen penicillin V från i genomsnitt 62 procent 2008 till 65 procent 2010. Det är dessutom vanligt att barn får upprepade antibiotikakurer [53]. Vart tionde recept på luftvägsantibiotika till barn följs av en ny antibiotikakur inom 14 dagar. Detta kan exempelvis bero på olämplig läkemedelsform eller att smaken inte uppskattas.

Kinoloner är en typ av antibiotika med ett brett spektrum och bör inte vara första alternativet vid urinvägsinfektioner. Stramas föreslagna mål är att kinoloner bör stå för högst 10 procent av de antibiotika som förskrivs för att behandla urinvägsinfektioner hos kvinnor i åldern 18-79 år. Detta har också förbättrats eftersom andelen kinoloner minskade från 20 procent år 2008 till 15 procent år 2010.

I slutenvården ser man en positiv utveckling i antibiotikaanvändningen under de senaste åren, från att främst ha använt bredspektrumpreparaten cefalosporiner till att i högre grad använda antibiotika med ett smalt spektrum, som penicilliner. Trenden fortsätter och var ännu tydligare under 2009.

Den största mängden antibiotika används av människor. 2009 såldes ungefär 64,5 ton antibiotika till människor jämfört med 14,7 ton till djur [52].

Hyrläkare i primärvården ger bristande kontinuitet

Inom primärvården är det vanligt att man anlitar hyrläkare och på vissa ställen finns nästan inga ordinarie läkare [54]. Detta kan innebära risker för patientsäkerheten, främst på grund av att patienterna får för dålig kontinuitet i vården, men det innebär även att en del vårdcentraler saknar läkarkompetens i sitt utvecklingsarbete. Det är angeläget att vårdgivarna ökar sina insatser för att bemanna vårdcentralerna med ordinarie läkare.

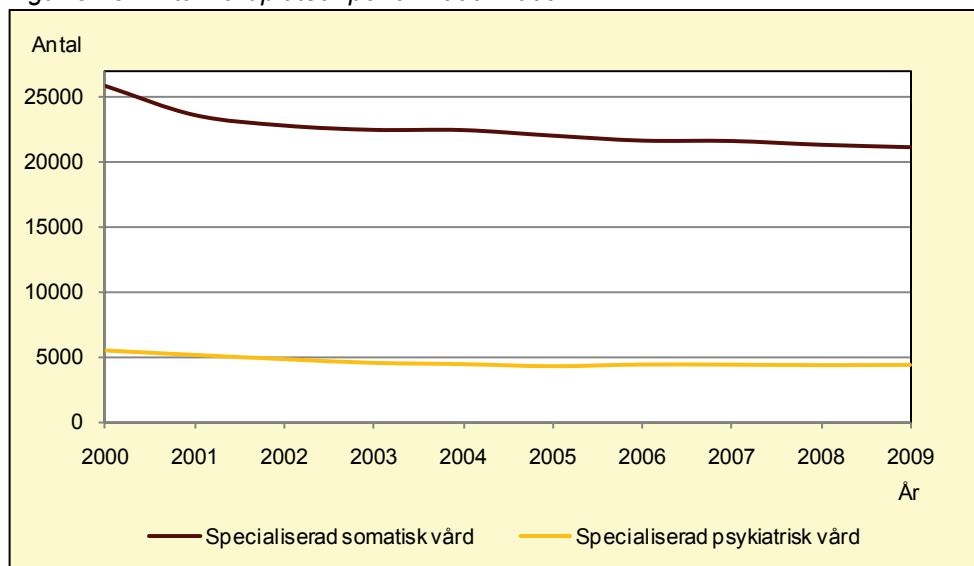
År 2009 gjorde Socialstyrelsen en tillsynsinspektion vid tio vårdcentraler i en sjukvårdsregion och den visade att nio av de tio vårdcentralerna hade haft hyrläkare inom verksamheten under de senaste åtta veckorna före inspektionen. Vid två vårdcentraler var användningen av hyrläkare omfattande. På åtta av vårdcentralerna arbetade man dock med att säkerställa patientsäkerheten trots att man anlitade sådana hyrläkare.

Brist på vårdplatser ett utbrett problem

Antalet vårdplatser i Sverige har minskat drastiskt under de senaste decennierna. Platserna har också fortsatt att minska för varje år under 2000-talet,

men minskningen har mattats av de senaste åren (figur 3:13). Det är framför allt vårdplatserna inom specialiserad somatisk vård som har minskat och då främst platser inom den medicinska korttidsvården. Denna utveckling beror framför allt på att alltmer vård utförs i öppna vårdformer.

Figur 3:13. Antal vårdplatser per år 2000–2009



Källa: Sjukvårdsdata i fokus, SKL.

Landstingen har bedömt hur tillgången på vårdplatser kommer att utvecklas under de närmaste två åren och enligt dem är det inte säkert att antalet platser fortsätter att minska [55]. I dagsläget har dock Sverige få vårdplatser per invånare, i förhållande till andra jämförbara länder inom OECD.

I sin tillsynsverksamhet har Socialstyrelsen vid flera tillfällen sett att bristen på vårdplatser kan innebära allvarliga risker för patienterna. Ett exempel är Socialstyrelsens inspektioner vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, där resultatet ledde fram till att sjukhuset under 2009 fick ett vitesföreläggande.

Socialstyrelsen har i en enkät frågat samtliga landsting och akutsjukhus om de hade tillräcklig tillgång på vårdplatser under 2009. De flesta som besvarade enkäten upplevde att det saknades vårdplatser inom något vårdområde någon gång under året. Om bristen var mycket tillfällig behöver den inte ha haft några negativa effekter på vårdkvaliteten och patientsäkerheten, men kommentarer från vissa landsting och sjukhus tyder på att bristen var återkommande och att detta upplevdes som ett problem.

Mycket tyder på att bristen på vårdplatser är ett utbrett problem inom den svenska hälso- och sjukvården och att det kan få allvarliga konsekvenser för patientsäkerheten.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Det nationella arbetet med kunskapsstyrning fortsätter. Socialstyrelsen har i en rapport om kunskapsstyrningen i Sverige [56] konstaterat att det finns ett

behov av ytterligare samplanering mellan myndigheterna och även bland huvudmännen. Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) bildades 2009 med representanter för sjukvårdsregionerna, SKL och myndigheter, och den fortsätter sitt arbete med samarbete kring val av områden för kunskapsunderlag och med spridning och införande. Sjukvårdsregionerna bygger också på olika sätt upp sina egna organisationer för kunskapsstyrning där flera landsting nu har egna grupper som ger ledningen stöd bl.a. i prioritering av resurser. Den tidigare nationella modellen för prioritering från 2007 [57] håller på att uppdateras och publiceras våren 2011.

Socialstyrelsens har intensifierat sitt arbete med ta fram riktlinjer för hälso- och sjukvården och under 2010 har Nationella riktlinjer inom följande områden publicerats:

- demenssjukdom (slutlig)
- depressionssjukdomar och ångesttillstånd (slutlig)
- diabetesvården (slutlig)
- sjukdomsförebyggande metoder (preliminär)
- rörelseorganens sjukdomar (preliminär)
- lungcancer (preliminär)
- schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (preliminär).

I detta avsnitt redovisas framför allt utvecklingen av hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet och resultat inom olika sjukdomsgrupper. Innehållet bygger främst på de indikatorer som publiceras i rapportserien ”Öppna jämförelser” [58]. Dataunderlagen kommer främst från kvalitetsregister och hälsodataregister.

Utvecklingen av kvalitetsregister fortsätter

I Sverige finns fler än 70 nationella kvalitetsregister som täcker över 25 procent av sjukvårdens totala kostnader och ungefär 41 procent av kostnaderna för den somatiska slutenvården.

En utredning tillsatt av regeringen och SKL har gjort en översyn av kvalitetsregistrens fortsatta utveckling och kom under hösten 2010 med förslag på en lämplig organisation och finansiering samt på den infrastruktur som behövs [59]. Arbetsgruppen konstaterar att det finns en enighet om betydelsen av kvalitetsregistren men också om att finansieringen av registren har varit otillräcklig, att infrastrukturen inte varit tillräckligt stark för att utnyttja registrens fördelar och att användningen av registerdata för uppföljning och förbättring av hälso- och sjukvårdens resultat har varit för liten.

Förslagen i rapporten riktar sig till såväl staten och sjukvårdshuvudmännen som forskningen och industrin, bland annat när det gäller att finansiera en satsning på bättre infrastruktur för kvalitetsregistren. Enligt arbetsgruppen behövs bland annat en mer effektiv datainsamling till registren och en starkare nationell styrning av infrastrukturen. I dag finns problem med att vissa uppgifter dubbelregistreras i journalsystemen och kvalitetsregistren, men det vill arbetsgruppen lösa genom att integrera strukturerade kvalitetsregister och nuvarande journalsystem.

När det gäller att bygga upp nya register vill arbetsgruppen fokusera på primärvården, psykiatrin och äldreården. I övrigt är det viktigt att hitta enkla och bra lösningar för de befintliga registren och sedan använda dessa lösningar i alla nya register.

En förutsättning för att göra uppföljningar med hjälp av registren är att uppgifterna finns registrerade och att de håller en hög kvalitet. En viktig aspekt på en datakällas kvalitet är hur komplett rapporteringen till registret är. I tabell 3:2 visas täckningsgraden i förhållande till patientregistret för ett antal av de nationella kvalitetsregistren. Dock kan det finnas uppgifter som enbart har rapporterats till kvalitetsregistret trots att alla vårdgivare är skyldiga att lämna uppgifter till patientregistret.

Tabell 3:2. Täckningsgrad 2009 i ett urval av nationella kvalitetsregister i förhållande till totalt antal registrerade i patientregistret.

Nationellt kvalitetsregister (antal registreringar i registret)	År	Antal relevanta åtgärder registrerade totalt (i Pati- entregistret och kvalitets- registret)	Uppskattad täck- ningsgrad (%)
Svenska hjärtkirurgiregistret (5 974)	2009	6 111	97,8
Riks-Stroke förstagångsfall (18 362)	2009	21 604	85,1
Svenska Höftprotesregistret (15 607)	2009	16 013	97,5
Svenska Knäprotesregistret (12 304)	2009	12 970	94,9
RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret (11 268)	2009	15 651	72,0
Nationella prostatacancer- registret (3 697)	2008- 2009	4 612	80,2

Källa: Kvalitetsregister och Patientregistret, Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården 2010, Socialstyrelsen.

Vanligast att levnadsvanor diskuteras inom den psykiatriska vården

Det finns mycket stor potential för att förbättra hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Kunskapen om effektiva metoder för det sjukdomsförebyggande arbetet i vården har successivt förbättrats. Socialstyrelsen har under de senaste åren också rapporterat om förbättringar när det gäller sjukvårdens tillämpning av kunskapsbaserade metoder. I kapitlets inledande del beskrevs Socialstyrelsens aktuella riktlinjer på området som förhoppningsvis kommer att stödja utvecklingen ytterligare.

I patientenkäterna Vårdbarometern och Nationell Patientenkät ställs frågor om patienterna diskuterade levnadsvanor i samband med besök i vården. I Vårdbarometerns undersökning från år 2009 [20] tyckte 90 procent att det är positivt om vårdgivaren ställer frågor om deras livsstil. 31 procent av de som hade besökt vården under det senaste året uppgav också att vårdgivaren hade tagit upp sådana frågor. Denna andel har ökat med cirka 1 procentenhet om året.

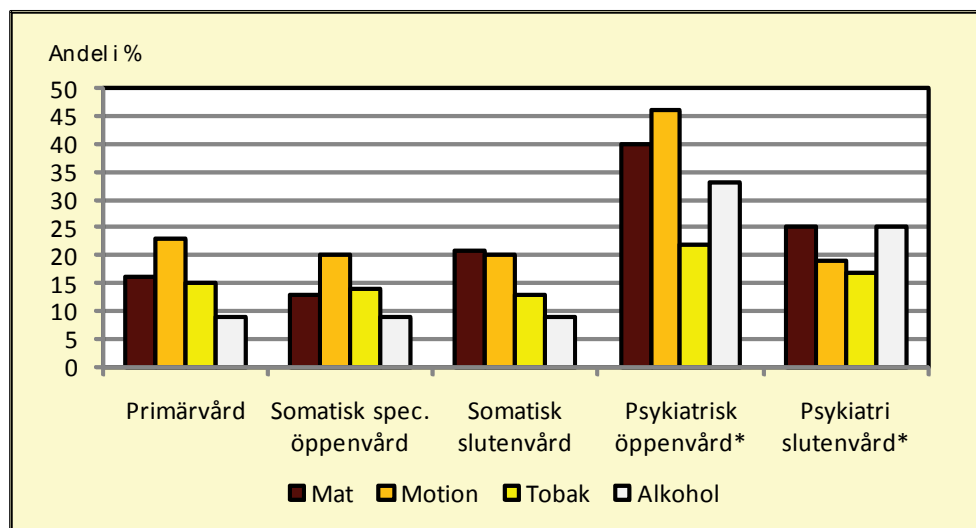
Resultat från Nationell Patientenkät år 2009 och 2010 visar hur stor andel av patienterna som diskuterade levnadsvanor i samband med sitt vårdbesök

eller under vårddagen (se figur 3:14) [23-27]. Det var vanligast att man hade diskuterat levnadsvanor om man hade besökt eller vårdats i den psykiatriska vården. I resultatet från enkäterna för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården visades att det var generellt vanligare att vårdpersonalen tog upp levnadsvanor med män än med kvinnor och frågorna var även vanligare bland personer som inte hade svenska som modersmål.

Till viss del tycks levnadsvanor i högre grad tas upp med grupper där fler också har behov av stöd och behandling för att förändra dessa. Fler män än kvinnor har riskfyllda alkoholvanor och även bland dem med psykisk ohälsa finns större behov av effektivt stöd och behandling jämfört med övriga befolkningen. När det gäller rökning och fysisk aktivitet är däremot behoven av stöd för att förändra dessa vanor större hos kvinnor jämfört med män.

Stora andelar i alla grupper bedömde att det inte fanns något behov av att diskutera levnadsvanor vid det aktuella besöket eller under vårddagen (51–87 procent beroende på levnadsvana och vårdform).

Figur 3:14. Andel patienter som diskuterat levnadsvanor i samband med läkarbesök eller vård (procent)



*Låg svarsfrekvens, se avsnittet om patientfokuserad vård.

Källa: Nationell Patientenkät 2009 och 2010, SKL.

Förlossning och kvinnosjukvård

En kvalitetsindikator på god förlossningsvård är andelen kvinnor som får allvarliga bristningar i bäckenbotten (perinealbristningar av grad III och IV). År 2008 var denna andel cirka 3,5 procent och en minskande trend ses sedan 2004. Dock är andelen fortfarande högre än den var 1997.

Andelen kejsarsnitt har länge ökat, men den utvecklingen tycks nu ha avstannat sedan 2006 och en minskande trend kan ses för 2007 och 2008 [61]. År 2008 var det 17 procent av alla förlossningar där barnet förlöstes med ett kejsarsnitt.

De vanligaste gynekologiska operationerna är livmoderframfall och borttagande av livmodern. Andelen kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria efter en operation för livmoderframfall har minskat något de senaste åren och var 77 procent år 2009.

Oönskade händelser efter operationer för att ta bort livmodern har ökat något och år 2009 drabbades nästan 3 procent av de opererade [58]. Samtidigt ökar dock andelen kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria efter ett sådant ingrepp och denna andel var 71 procent år 2009.

Rörelseorganens sjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar omfattar många sjukdomstillstånd och de är en av de vanligaste orsakerna till nedsättning av arbetsförmågan. Nedan beskrivs några resultat för knä- och höftprotesoperation, höftfrakturoperation och reumatoid artrit.

Totala knäproteser och totala höftproteser håller allt längre: cirka 95 procent behöver inte omopereras inom tio år [58]. Ungefär 2 procent av alla höftproteser måste omopereras inom två år, en andel som har varit relativt konstant sedan 2004. Mellan 1998 och 2009 minskade andelen som drabbas av oönskade händelser inom 30 dagar efter en höft- eller knäprotesoperation, från cirka 4 procent till cirka 3 procent.

Antalet artroskopier i knäleden vid artros har ökat varje år under det senaste decenniet. År 2009 kom dock ett trendbrott med ett minskande antal, vilket kan bero på att medvetenheten har ökat om att denna åtgärd inte har någon nytta för patienten.

Väntetiderna till höftfrakturoperationer minskar också och är nu i genomsnitt 25 timmar efter ankomsten till ett sjukhus. Väntetiderna behöver dock kortas ännu mer eftersom väntetider över 24 timmar ökar risken för att patienter avlider inom fyra månader. Allt fler opereras också med protes vid en cervikal höftfraktur. Det är positivt, men ännu fler patienter bör kunna ha nytta av denna operationsmetod.

Allt fler patienter med reumatoid artrit rapporterar att de blir bättre under det första året efter behandlingsstarten. Fler behandlas också med biologiska läkemedel (TNF-hämmare). Under hösten 2010 publicerade Socialstyrelsen preliminära riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar [62]. Riktlinjerna beskriver metoder för diagnostik, behandling och rehabilitering vid bland annat reumatiska sjukdomar, långvarig smärta i nacke, skuldror och rygg och osteoporos. Riktlinjernas rekommendationer innebär bland annat att ännu fler patienter med reumatoid artrit bör behandlas med TNF-hämmare. I riktlinjerna anges vilka patientgrupper som bör få dessa läkemedel, men i dagsläget går det inte att utvärdera i vilken utsträckning de förskrivs till dessa grupper.

Diabetesvård

Deltagandet i Nationella Diabetesregistret fortsätter att öka och redovisar nu resultat för cirka 70 procent av landets personer med diabetes [63].

Resultaten för de registrerade patienterna visar en långsam ökning av andelen som uppnår målvärden för blodtryck och blodfettnivåer, vilket kan bero på att allt fler behandlas med blodtrycksänkande och lipidsänkande läkemedel.

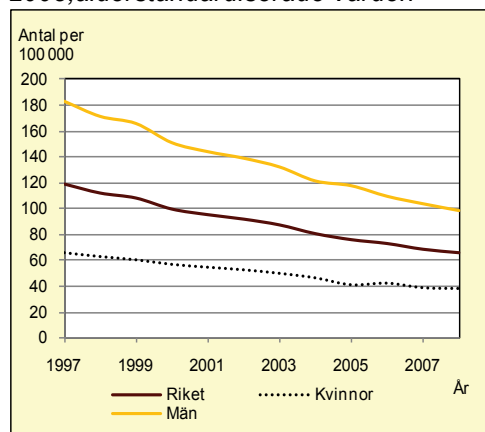
Däremot ses inga förändringar i patienternas blodsockernivåer över de senaste åren. Inte heller ses några förbättringar när det gäller övervikt och

fetma, fysisk aktivitet och rökning. Resultaten talar för att patienterna behöver mer rådgivning om kost, rökstopp och motion.

Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar

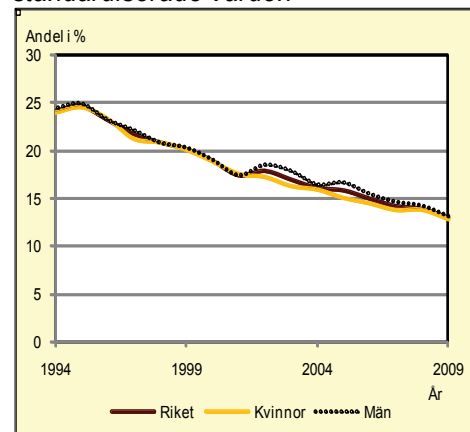
Dödligheten i både hjärtinfarkt och stroke fortsätter att minska, bland annat till följd av förbättrade insatser vid det akuta omhändertagandet och förbättrade behandlingsmetoder [4,46].

Figur 3:15. Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, antal dödsfall per 100 000 invånare, 1997–2008, ålderstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

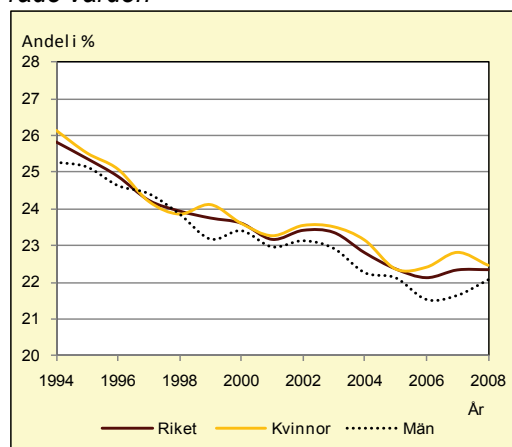
Figur 3:16. Andel döda inom 28 dagar efter en sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 1994–2009 (procent), ålderstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

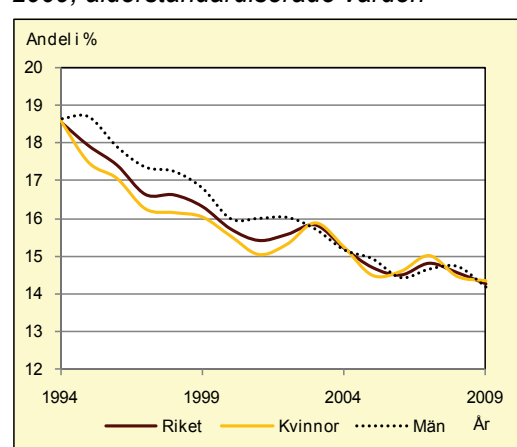
Allt fler patienter deltar i sekundärpreventiva program efter en hjärtinfarkt, men enligt uppföljningar är det fortfarande klart under hälften som har deltagit i något sådant program [64]. Sjukhusen verkar satsa mer på allmänna sekundärpreventiva program som hjärtskola och fysisk träning och de mer riktade programmen som antistress-, kost- och rökavvänjningsprogram hade lågt deltagande. När det gäller de sekundärpreventiva behandlingsmålen var resultaten bäst för blodtryck, blodfetter och rökstopp.

Figur 3:17. Andel döda inom 28 dagar efter en förstagångsstroke, 1994–2008, ålderstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 3:18. Andel döda inom 28 dagar efter en förstagångsstroke av sjukhusvårdade, 1994–2009, ålderstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

För att minska hjärt- och kärlsjukdomarna ytterligare är det mycket viktigt att utveckla det sjukdomsförebyggande arbetet med att förbättra människors levnadsvanor.

Cancersjukvården

Antalet cancerfall fortsätter att öka [65]. I genomsnitt rapporteras 1,9 procent fler cancerfall bland män och 1,3 procent fler bland kvinnor varje år. Det ökande antalet cancerfall beror till viss del på att svenskarna blir äldre, men andra faktorer är ökad screening och bättre diagnostiska metoder.

En av de snabbast ökande cancerformerna är hudcancer. Bröstcancer är dock den vanligaste cancerformen bland kvinnor och står för 29 procent av fallen. Prostatacancer dominerar hos männen med 35,7 procent av de diagnostiserade fallen och förekomsten har ökat under lång tid. Antalet diagnostiserade prostatacancerfall har en stark koppling till användandet av PSA-test i vården, vilket kan förklara de upp- och nedgångar som har setts på senare år.

I den nationella cancerstrategin från 2009 föreslogs att regionala cancercentrum skulle startas vid landets universitetssjukhus [66]. Sex sådana centrum ska också startas, ett i varje sjukvårdsregion. Under 2010 delade Socialstyrelsen ut statsbidrag till varje sjukvårdsregion för att de ska kunna skapa dessa nya centrum. Tanken är att de regionala cancercentrumen bland annat ska utveckla strategier för arbetet med att förebygga cancer och stimulera cancerforskningen.

Utifrån den nationella cancerstrategin kom SKL och regeringen överens om flera utvecklingsarbeten. Under 2010 påbörjades följande arbeten:

- Försöksverksamheter för en patientfokuserad och sammanhållen cancervård.
- En Internetbaserad informationstjänst om cancer för allmänheten.
- Insatser för att minska tobaksrökningen. En kartläggning har gjorts som visade att frågan generellt är prioriterad i de flesta landstingen, men lednings-, styr- och uppföljningssystemen är inte optimalt utvecklade för att rökslutarstöd ska kunna genomföras och följas upp på ett effektivt sätt.
- En kartläggning av screeningverksamheterna, bland annat för att kunna föreslå förbättringar som ökar deltagandet i dessa och för att få ett mer jämlikt deltagande.
- Ett arbete med att utveckla de patientrapporterade måtten, exempelvis hälsorelaterad livskvalitet och patientnöjdhet. Detta har påbörjats inom nationella prostatacancerregistret och nationella bröstcancerregistret.

Psykiatrisk vård

Den psykiatriska vården är svårare att utvärdera än den somatiska vården, framför allt på grund av sämre datatillgång från hälsodataregister och kvalitetsregister. Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer med mera samt att förbättra verksamhetsutvecklingen inom psykiatriområdet. En första redovisning av detta uppdrag gjordes i juli 2010 [67].

Under 2010 publicerade Socialstyrelsen också nationella riktlinjer för vården vid depressioner och ångestsyndrom och under våren 2011 kommer nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni [68,69]. Under 2009 och 2010 ökade tillgången på kognitiv behandling i primärvården, bland annat som ett resultat av rehabiliteringsgarantin (se avsnittet om tillgänglig hälso- och sjukvård i rimlig tid).

Självbrandsförsök – fortsatt oroande utveckling bland unga

Mellan år 2000 och 2008 ökade det totala antalet personer som vårdades för självbrandsförsök, men 2009 sågs en minskning, särskilt för kvinnor [70]. Totalt fler kvinnor än män vårdades till följd av självdestruktiva handlingar. Den grupp med flest antal vårdade var 15–24-åriga kvinnor och i denna grupp sågs en kraftig ökning under perioden 2000–2007 innan antalet minskade något under både 2008 och 2009. Trots detta trendbrott är antalet vårdade i denna åldersgrupp fortfarande högst. År 2008 sågs en ökning bland männen i de flesta åldersgrupper men under 2009 fanns ökningen endast bland unga män, 15–24 år.

Nästan nio av tio som vårdades för någon avsiktlig självdestruktiv handling hade skadat sig själva genom förgiftning, framför allt med läkemedel.

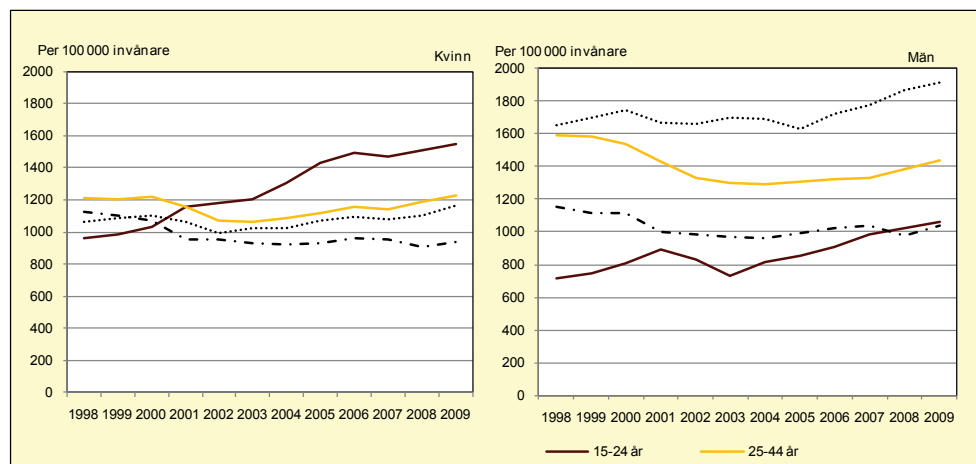
Vården har på många håll kommit långt i arbetet med att ta fram lokala riktlinjer för att förebygga självbrand bland patienter och med att analysera de självbrand som ändå inträffar. Ett av de stora problemen är dock att vården inte alltid tillämpar de lokala riktlinjerna på ett optimalt sätt.

Socialstyrelsen följer upp alla lex Maria-anmälda självbrand, och de senaste siffrorna rör självbrand begångna 2006–2008 där beslutet att göra en lex Maria-anmälan fattades senast i april 2009 [71]. Besluten granskades för att identifiera eventuella systembrister och se i vilken utsträckning de kan ha bidragit till händelsen. I nästan hälften av de redovisade fallen har utredarna inte kunnat koppla de inträffade självbranden till några faktorer inom vården. I de fall Socialstyrelsen har kommit med kritik gäller det främst brister i systemet som går att åtgärda. I granskningen framkom också att det görs för få strukturerade självbrandsriskbedömningar.

Psykiatrisk slutenvård – allt fler vårdtillfällen för unga

Åren 1998–2009 sågs en kraftig ökning i antalet vårdtillfällen i den psykiatriska slutenvården bland kvinnor i åldern 15–24 år. Vårdtillfällen blev fler även för männen i samma åldersgrupp trots att de inte uppnådde en lika hög nivå som kvinnorna. Ökningen gäller dock inte bara unga människor, utan vårdtillfällen ökade även för männen i åldersgruppen 45–64 år. Psykiatrisk vård för barn och unga utvecklas mer i kapitlet om vård och stöd till barn och unga.

Figur 3:19. Antal vårdtillfällen per 100 000 kvinnor respektive män i psykiatrisk slutenvård 1998–2009, efter åldersgrupp.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientsäkerhet för den psykiskt sjuka patienten kan innebära att få en korrekt diagnos. I nationella uppföljningar och utvärderingar är det dock svårt att kontrollera om diagnosen är korrekt satt. Patientregistret visar den specialiserade psykiatrins läkarbesök och där kan man se hur många av patienterna som har en registrerad diagnos. Bortfallet för diagnoser i öppenvården har minskat markant de senaste åren även om registreringen fortfarande inte är fullständig. År 2008 hade 82 procent av läkarbesöken i psykiatrin en diagnos registrerad i patientregistret, jämfört med cirka 20 procent år 2001 [72].

Personer som har vårdats inom den psykiatriska slutenvården har både en högre sjuklighet i somatiska sjukdomar och en högre dödlighet. Många som har vårdats med psykiatriska diagnoser har också en somatisk sjuklighet som kanske inte uppmärksammas på samma sätt som för andra. Människor med en psykiatrisk sjukdom har generellt en livsstil med fler riskfaktorer och dessutom är det möjligt att sjukdomen upptäcks senare, att behandlingen tar längre tid och att personerna är sämre på att följa sina ordinationer.

Öppen psykiatrisk tvångsvård – samordnad vårdplanering angelägen

Den 1 september 2008 infördes öppen psykiatrisk tvångsvård, en ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården. Vårdformen ska tillgodose vårdbehovet hos de patienter som inte frivilligt tar emot den psykiatriska vården de behöver, men som ändå inte behöver vårdas på en sjukvårdsinrättning (det vill säga inom sluten psykiatrisk tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller inom sluten rättspsykiatrisk tvångsvård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV).

Enligt en endagsinventering i maj 2008 vårdades 3 066 personer i sluten psykiatrisk tvångsvård, varav 40 procent var på permission. I april 2010 vårdades cirka 1 100 personer i den öppna tvångsvården. Det är inte känt hur många patienter som år 2010 vårdades i sluten tvångsvård.

Enligt en uppföljning har den nya vårdformen nått rätt målgrupp, det vill säga patienter som under lång tid har vårdats med tvång och som behöver ett mer strukturerat och individuellt anpassat stöd vid utslussningen än vad den frivilliga vården kan erbjuda [73]. Uppföljningen gjordes genom att granska samtliga domar och den visade framför allt brister i den samordnade vårdplaneringen som inte tar tillräcklig hänsyn till patienternas individuella behov.

Dagens patientgrupp i öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård har generellt samma karaktäristiska drag som den grupp som var på permission vid endagsinventeringen av den psykiatriska tvångsvården i maj 2008. Därför är det troligt att dagens patientgrupp till stor del består av just de patienter som var på permission i maj 2008.

Jämlik hälso- och sjukvård

I detta avsnitt kommenteras området jämlik hälso- och sjukvård utifrån några olika aspekter samt utvecklingen under 2010. Fokus ligger framförallt på socialt betingade skillnader i hälsa och vård. Bland annat beskrivs hälso- och sjukvårdshuvudmännens arbete med området. Här kommenteras också Diskrimineringsombudsmannens fokus på området.

Kärnan i hälso- och sjukvårdslagen

Jämlik vård har en direkt koppling till de tre principer för prioritering som riksdagen har fastställt:

- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Principerna utgör den etiska plattform som ska ligga till grund för att HSL:s krav på god vård på lika villkor realiseras [74]. Med en jämlik vård ska alla beslutsfattande nivåer ha ett gemensamt ansvar för att följa de tre principerna för prioritering, men ansvaret faller ändå lite olika på professionerna respektive huvudmännen.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har ett särskilt ansvar för att upprätthålla människovärdesprincipen. Det innebär att alla patienter bemöts och vårdas med respekt och omtanke oavsett deras personliga egenskaper, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, sociala ställning, etniska eller religiösa tillhörighet eller sexuella läggning.

Vårdgivaren har ett särskilt ansvar för behovs- och solidaritetsprincipen. Det värde vården och behandlingen har för en patient eller patientgrupp ska ställas i relation till och i solidaritet med andra patienters och patientgruppers behov – inom samma verksamhet och mellan olika verksamheter. Solidaritet innebär också att vårdgivaren har ett särskilt ansvar för de grupper som inte själva tydligt kan uttrycka sina behov.

Verksamhetschefen har både ett ekonomiskt resultatansvar och ett medicinskt behandlingsansvar och då är kostnadseffektivitetsprincipen särskilt aktuell. För att tillämpa den måste man uppskatta vårdens och behandling-

ens värde för en patient eller patientgrupp och ta hänsyn till att kostnaderna bör vara rimliga i förhållande till effekten, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet [22].

Ökat fokus på sociala skillnader i hälsa och vård

Under 2000-talet har regionala skillnader i vård och behandling ofta stått i fokus. Arbetet med öppna jämförelser fokuserar på just regionala skillnader och det har lett till en rad olika aktiviteter och strategier för att minska obefogade regionala variationer i behandlingspraxis och behandlingsresultat. Könsskillnader diskuteras också och Socialstyrelsens uppföljningar visar att en del av de obefogade skillnaderna mellan könen har minskat [75]. I hushållens arbete fokuserades också framför allt på regionala skillnader och skillnader mellan kvinnor och män, medan de andra jämlikhetsaspekterna hittills inte har varit lika framträdande.

Sociala skillnader (bland annat socioekonomiska faktorer och skillnader utifrån födelseland) i hälsa och vård har fått allt mer uppmärksamhet under senare år, både i Sverige och i andra länder. Det är ingen nyhet att det finns stora skillnader i hälsa mellan exempelvis olika utbildningsgrupper, men sjukvårdens roll har inte lika tydligt varit i fokus. På senare år har dock Socialstyrelsen bedömt att hälso- och sjukvården kan spela en avgörande roll när det gäller att minska dessa skillnader, bland annat genom att förstärka primär- och närvården och fokusera mer på det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet [46].

I nedanstående faktaruta redovisas några exempel på ojämlikheter i hälsa och vård som tidigare har rapporterats av Socialstyrelsen eller som har visats i aktuell forskning. Det finns inget som tyder på att dessa ojämlikheter har förändrats under det senaste året.

Några exempel på socialt betingade ojämlikheter i hälsa och vård

- Dödligheten i förebyggbara och behandlingsbara sjukdomar är betydligt högre hos personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med högskoleutbildade [5,46].
- Personer med låg utbildning avstår oftare från att söka vård, trots att den behövs. Se även nedan.
- Personer med grundskoleutbildning vårdas betydligt oftare på sjukhus för tillstånd som hade kunnat behandlas i öppenvården ("undvikbar slutenvård") [5,46].
- Utlandsfödda upplever att tillgängligheten till vården är sämre och de har lägre förtroende för sjukvården än svenskfödda [46].
- Lågutbildade har en mer riskfylld läkemedelsanvändning än högutbildade, med både olämpliga läkemedel och olämpliga kombinationer [46].
- Högutbildade och svenskfödda ordineras oftare den rekommenderade läkemedelsbehandlingen vid till exempel hjärtsvikt, hjärtinfarkt och stroke, jämfört med personer med grundskoleutbildning och utlandsfödda [46].
- Högutbildade använder oftare läkemedel mot demens än lågutbildade trots att demens är vanligare bland lågutbildade [46,76].
- Högutbildade med diagnosen epilepsi behandlas oftare av specialist jämfört med grundskoleutbildade [5,77].

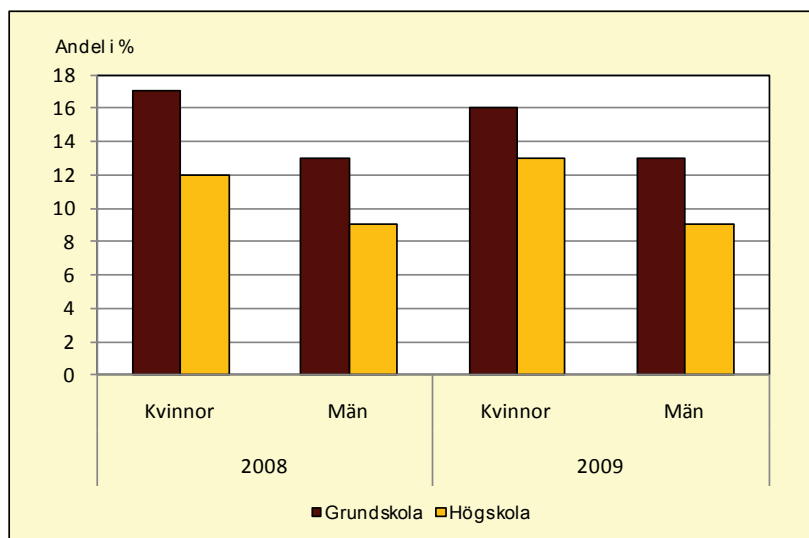
- Personer med en psykiatrisk diagnos dör oftare i en behandlingsbar hjärt- och kärlsjukdom och drabbas oftare av allvarliga komplikationer vid diabetes (exempelvis amputation) [72].

Internationellt har minskade skillnader i hälsa också bedömts vara en av de största utmaningarna för världens hälso- och sjukvårdssystem. Bland annat har WHO åter lyft fram vikten av en stark första linjens sjukvård [78,79] och detta gäller både låg- och höginkomstländer. I ett land som Sverige handlar det om en väl utvecklad primärvård och närvård som i första hand ska upptäcka, förebygga och behandla kroniska sjukdomar som diabetes, astma och KOL. Flera av dessa sjukdomar drabbar i allt större utsträckning exempelvis utlandsfödda svenskar. Under 2010 fortsatte jämlikhet i vården att diskuteras i flera sammanhang, bland annat på olika konferenser, men också i dagspressen, fackpressen och andra medier.

Var tionde medborgare avstår från vård de behöver

Människors kontakter med vården utgår från deras upplevda hälsoproblem och vårdbehov. En del väljer dock att inte söka vård trots att de bedömer att de behöver det, kanske för att de inte tycker att vården är tillgänglig. För att kunna utjämna hälsoskillnaderna måste vården vara tillgänglig för alla grupper med stora vårdbehov. Tillgänglighet handlar i det här sammanhanget inte bara om öppettider och köer, utan också om bemötandet och omhändertagandet. Det finns också sociala och kulturella faktorer som kan påverka hur tillgänglig man uppfattar att vården är (se även avsnittet om patientfokuserad vård). I SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF) finns uppgifter om människor som anser att deras vårdbehov inte är tillgodosedda, och de uppgifterna kan användas som en indikator på vårdens jämlikhet [22].

Figur 3:20. Andel kvinnor och män 25–84 år som har avstått från vård trots att den behövs, efter utbildningsnivå, 2008 och 2009

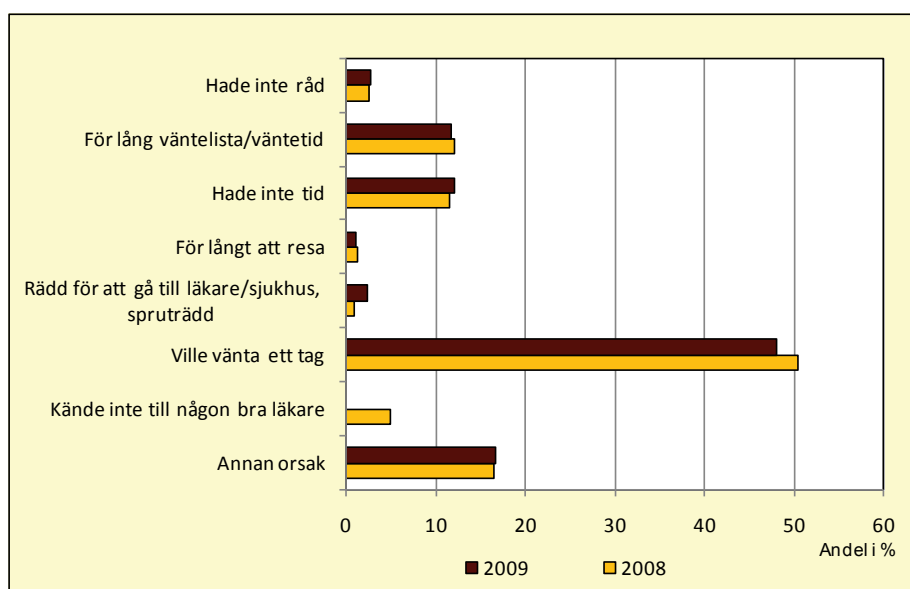


Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

De senaste åren har i genomsnitt 12 procent av männen och cirka 14 procent av kvinnorna avstått från vård trots att man känt att man haft behov av det (figur 3:20). I figuren ovan visas siffrorna för 2008 och 2009. Staplarna visar att det finns en socioekonomisk gradient – fler bland dem med grundskoleutbildning och gymnasieutbildning avstår från vård jämfört med dem som har en högskoleutbildning. För männen är siffrorna desamma för båda åren men för kvinnorna ser man en viss minskning bland högutbildade kvinnor och en ökning bland dem med grundskoleutbildning och gymnasieutbildning. Detta kan dock vara en tillfällig skillnad och den är inte heller statistisk säkerställd.

En uppföljande fråga handlar om varför man avstod från att kontakta vården. Resultaten visar att 2–3 procent avstår på grund av dålig ekonomi. Figuren ovan visar inga större skillnader mellan 2008 och 2009, förutom att det var något färre som 2009 svarade att de ”ville vänta ett tag” (figur 3:21). Motsvarande frågeställningar finns i Vårdbarometern och en analys av svaren ger ungefär samma bild [20].

Figur 3:21. Orsaker att inte söka vård (procent)



Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Det går tyvärr inte att nå särskilt utsatta grupper med den här typen av befolkningsenkäter, men en undersökning i Stockholm visade att 35 procent av alla som fick ekonomiskt bistånd avstod från att söka vård för att de inte hade råd. Många hemlösa och mottagare av ekonomiskt bistånd rapporterar också att de har utsatts för kränkande behandling och fått ett dåligt bemötande när de har kontaktat vården och andra myndigheter [80].

Behov av lokala riktlinjer som främjar ett jämlikt bemötande

I vilken grad vård och behandling faktiskt erbjuds jämlikt och rättvist har en koppling till bemötande och omhändertagande (och därmed målområdet patientfokuserad vård). Landstingen har i allmänhet övergripande rutiner

som handlar om bemötande, med hänvisningar till HSL. Däremot förefaller det ofta saknas verksamhetsspecifika riktlinjer för detta.

I en revision genomförd inom Västra Götalands-regionen konstateras att det ofta förekommer riktlinjer och rutiner på övergripande nivå som rör både patientbemötande och diskriminering [30]. Dessa riktlinjer beskriver vanligtvis verksamheternas visioner och utgår från målet ”lika vård på lika villkor”. Man konstaterar dock vidare att det är sällsynt med konkreta rutiner och riktlinjer som gäller patientbemötande och/eller diskriminering i verksamheterna. Det finns enligt rapporten i första hand två förklaringar till att det saknas verksamhetsspecifika dokument som beskriver hur dåligt eller diskriminerande bemötande ska motverkas. För det första har de övergripande riktlinjerna inte tidigare innehållit några tydliga krav på att verksamheterna ska ta fram sådana dokument. För det andra anser många som arbetar inom vården på olika nivåer att bemötande och diskriminering är självklara aspekter i det dagliga arbetet med att ge vård på lika villkor och att det därför inte behövs några specifika åtgärder för detta. Enligt rapporten hade många verksamheter också svårt att definiera vad ett gott bemötande är samt hur de arbetar praktiskt för att inte diskriminera patienter. Samtidigt visar rapporten att många inom vården är medvetna om att det faktiskt förekommer diskriminering.

I många fall där man hade jämställdhets- och mångfaldsplaner, inkluderade dessa inte några andra specifika diskrimineringsgrunder än kön, ålder och etnicitet. Därmed saknades tre av diskrimineringsgrunderna i lagen: könsöverskridande identitet, funktionshinder samt sexuell läggning. Planerna handlade i stora delar om hur personalen ska agera mot varandra internt och inte hur personalen ska agera gentemot patienterna. Sammanfattningsvis konstaterade revisorerna att den interna styrningen och kontrollen behöver bli betydligt bättre när det gäller patientbemötandet och arbetet för att motverka diskriminering av patienterna. Revisionen i Västra Götalands-regionen stämmer väl överens med diskrimineringsombudsmannens kartläggning genomförd under 2010 när det gäller bemötande och diskriminering i sjukvården (se nedan).

Diskrimineringsombudsmannen fokuserar på sjukvården

Troligtvis är större delen av de skillnader mellan grupper som Socialstyrelsens studier och analyser har påvisat inte orsakade av diskriminering utan ett resultat av framför allt omedvetna prioriteringar och i viss mån okunskap och otydliga rutiner. En del av problemen som rör bemötande och sämre vård för vissa grupper kan dock tyvärr också bero på diskriminering. Det är svårt att bedöma hur stor denna andel är eftersom det alltid handlar om en enskild persons upplevelser.

Diskrimineringsombudsmannen (DO) har beslutat att under 2010 och 2011 fokusera på människors rätt till sjukvård på lika villkor. Sedan januari 2009 har DO mottagit 327 anmälningar om diskriminering av patienter. Majoriteten av dessa ärenden handlar enligt DO om diskriminering utifrån födelseland och funktionshinder. Genomgången av ärenden styrker erfarenheterna som förmedlades under ett möte med olika patient- och intresseorganisationer som myndigheten nyligen genomfördes. Några ärenden visar hur

flera diskrimineringsgrunder kan samverka med varandra, till exempel hur sjukvården bemöter kvinnor med invandrarbakgrund som också har psykiska besvär.

Enligt DO beror problemen på att landstingens rutiner är utformade på ett sätt som missgynnar personer som tillhör vissa grupper, eller att landstingen saknar rutiner och att människor därför drabbas av fördomar, normativa beteenden och förfaringssätt och därmed riskerar att diskrimineras.

Analyserna visade även att det finns bemötandeproblem som är så allvarliga att människor inte ens vill söka sig till vården. Den initiala analysen indikerar enligt DO att problemen inom sjukvårdsområdet framför allt tycks vara kopplade till patienternas etniska tillhörighet, kön, eventuella psykiska funktionsnedsättning, sexuella läggning eller könsidentitet och könsuttryck.

Myndigheten har påbörjat ett arbete med att rikta sig till nyckelaktörer inom sjukvården avseende både rollen som arbetsgivare, sjukvårdshuvudman och utbildningsanordnare. Syftet med insatserna är att lyfta problem med diskriminering och frågor kring normativitet.

SKL prioriterar arbete mot en jämlik vård

Sedan ett antal år har Sveriges kommuner och landsting fokuserat på jämställd vård, det vill säga att hälsan och vården ska vara lika god för både kvinnor och män. SKL har under flera år förfogat över stimulansmedel för att bidra till utvecklingen och satsningarna har resulterat i flera olika utvecklingsprojekt på området [81].

Under 2010 prioriterade SKL också sociala skillnader och andra jämlikhetsaspekter. År 2009 publicerades en kunskapssammanställning som lyfte fram de sociala skillnaderna inom hälsa och vård och under 2010 drev SKL ett projekt som ska fortsätta under 2011. Syftet är att göra vården mer medveten om de sociala jämlikhetsaspekterna (exempelvis utbildning, ekonomi och födelseland).

Inom ramen för det arbetet gjorde SKL under 2010 en intervjuundersökning med tjänstemän (hälso- och sjukvårdsdirektören eller motsvarande) i de 21 landstingen [82]. Syftet var att undersöka i vilken utsträckning de arbetade aktivt med dessa aspekter av jämlik vård. Enligt resultatet av intervjuerna tycker landstingsledningarna att området jämlik vård är mer problematiskt än de övriga uppföljningsområdena inom God vård. En del menar att begreppet anses vara ”politiskt laddat”. Andra pekar på att landstingen inte själva kan följa upp vårdens resultat och kvalitet med utgångspunkt i till exempel sociala skillnader och födelseland och att det är svårt att få med sig vården i något som sedan är svårt att följa upp. Svarspersonerna såg det däremot som mindre kontroversiellt att genomföra analyser uppdelat på patienternas kön och ålder. De tog också upp att vårdpersonalen kan ha svårt att identifiera sig med utsatta grupper och att vården ofta är organiserad på ett likartat sätt och därför inte når alla grupper.

Nedan följer några citat från undersökningen som illustrerar svarspersonernas syn på målområdet ”jämlik vård”.

”Vi har jobbat mycket med tillgänglig vård. Säker vård är ett annat perspektiv, där finns en satsning nationellt också. Men jämlik vård, då får folk gärna andra vibbisar. Man behöver kanske ”paketera” detta. Det tar tid att förändra ...”

”Hälso- och sjukvården fungerar utifrån de behov som uttrycks. Vi väntar på efterfrågan, letar inte efter behov ... Människor har inte samma möjligheter att komma till. De uttrycker inte behov fast behoven är större. Vi måste bli mer proaktiva.”

”Det är viktigt att sätta mål som är verksamhetsnära. Jag tror inte på att centralstyra. Vi knäckte oss nästan på jämställdhetsprojektet vi genomförde. Vi måste få med verksamheterna. Goda exempel är jätteviktiga.”

”Vi har mycket kunskap, mer fakta än vi behöver. Men inte verkningsfulla strategier, vad gör vi? Det händer för lite. Vi behöver koncept, vad är bra arbetssätt i socioekonomiskt utsatta områden? Hur ska kunskap, återkoppling, feedback och ledarskap vara för att vi ska åstadkomma resultat?”

Kartläggning av sjukvårdshuvudmännens insatser

Inom ramen för sin satsning har SKL också börjat kartlägga de särskilda insatser som görs för att öka jämlikheten och jämställdheten i vården [82]. De allra flesta landsting/regioner genomför folkhälsoundersökningar om befolkningens hälsa, vårdtillgänglighet och vårdutnyttjande. De analyserar oftast geografiska skillnader, däremot mer sällan skillnader mellan socioekonomiska och etniska grupper. SKL:s kartläggning är ännu inte helt genomförd – hittills finns en eller ett par aktiviteter per landsting rapporterade. De satsningar som genomförs faller inom följande huvudkategorier: insatser till vissa grupper, insatser kring styrning och kompetensutvecklande insatser. Exempel från kartläggningen ges nedan.

Insatser riktade till vissa grupper

- ”Vårdlotsar” i invandrartäta områden. Projektet genomfördes 2006–2008 och finansierades av Europeiska socialfonden (Landstinget Blekinge).
- En särskild mottagning för hemlösa. Arbetet pågår (Landstinget i Uppsala län, Landstinget Västmanland, Stockholms läns landsting).
- Särskilda vårdmottagningar för flyktingar alternativt vårdmottagningar nära flyktingmottagningar. Arbetet pågår (Landstinget Dalarna, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland, Landstinget Västmanland).
- En särskild satsning på barn och ungdomar med övervikt och fetma, varav många med svagare socioekonomi. Arbetet bedrivs i samverkan mellan hälso- och sjukvård, föräldrar, skola, intresseorganisationer och högskola. Arbetet pågår (Landstinget i Jönköpings län).
- Projektet ”Utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkar”. Med hjälp av en doula (kvinnor som ger stöd före, under och efter en förlossning) kan invandrarkvinnor få bättre vård. Genomfördes 2009–2010 (Västra Götalandsregionen).

Insatser kring styrning

- En ny landstingsplan med nya riktlinjer, tydligare fokus på jämlikhet och nolltolerans mot diskriminering. En ny plan för jämlikhet i hälso- och sjukvården. Först tar man fram mål, mått och uppföljningsprocesser och i nästa steg följer en diskussion med verksamhetscheferna om handlingsplaner. Arbetet pågår (Landstinget Dalarna).
- Ökad ersättning till socioekonomiskt svaga områden. Genomfördes 2009 (flera landsting men Östergötland gjorde extra satsning i samband med införandet av vårdval).
- Avskrivning av vårdskulder för papperslösa, så att dessa personer får vård och vården inte behöver oroa sig för skulderna eller det ekonomiska resultatet. Genomfördes 2009 och pågår (Landstinget i Uppsala län).

Kompetensutvecklande insatser

- En särskild satsning med en läkare som ansvarar för att bygga upp och sprida kunskap kring invandrades vårdbehov. Arbetet pågår (Jämtlands läns landsting).
- Projektet ”Migrationens utmaningar inom hälsa, omsorg och vård”, ett forskningssamarbete med Malmö stad, Malmö högskola och Region Skåne. Syftet är att ta fram ny kunskap som kan användas inom sjukvården och socialtjänsten. Arbetet pågår (Region Skåne).
- Temadagar med fokus på jämställd och jämlik vård, där politiker och chefer på landstingets kansli samt verksamhetschefer deltar. Verksamhetscheferna ska sprida detta vidare ut i verksamheten. Projektet startade under 2010 (Landstinget Kronoberg).
- En kunskapsplan för jämställd och jämlik vård. Först utbildas landstingsledningen och därefter process- eller förändringsledare som sedan arbetar vidare för att integrera tänkandet i vårdprocesserna. Projektet startade under 2010, i ett samarbete med Mälardalens högskola (Landstinget Västmanland).

Effektiv hälso- och sjukvård

Effektiv vård innebär att de tillgängliga resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. Effektivitet kan därför enkelt uttryckas som måluppfyllelse i förhållande till kostnaden för de insatta resurserna. En effektiv vård har hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser.

I detta avsnitt kommenteras kort det svenska hälso- och sjukvårdssystemet i internationell jämförelse. Därefter kommenteras den pågående utvecklingen med allt ökade inslag av konkurrens och vinstdrivande vård och vilka erfarenheter kopplade till ökad effektivitet som finns inom aktuell internationell forskning. Slutligen beskrivs kortfattat pågående utvecklingsarbete i landstingen som syftar till att skapa effektivare organisationer.

Svensk hälso- och sjukvård – relativt effektiv i internationell jämförelse

Jämfört med många andra industrialiserade länder har Sverige måttliga hälso- och sjukvårdskostnader (mätt som kostnad per invånare och år och som andel av BNP), måttliga resurser (mätt som antal läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare), men goda medicinska resultat och effekter (exempelvis mycket låg spädbarnsdödlighet, hög överlevnad i hjärt- och kärlsjukdomar samt låg dödlighet i cancer). Slutsatserna bygger framför allt på OECD-data, men de stämmer också överens med jämförelser som internationella organisationer och forskare har publicerat [11,83-87]. Sverige placerar sig alltså generellt relativt högt, men det kan inte tolkas som att den svenska vården fungerar effektivt i alla avseenden. Många länder ligger numera på samma nivå som Sverige när det gäller en rad olika mått [11].

Fokus på kvalitet – ökad effektivitet?

Vid OECD:s senaste ministermöte i oktober år 2010, diskuterades i vilken utsträckning ökat fokus på mål kopplade till kvalitet och säkerhet också innebär högre effektivitet. Mycket talar för sådana samband, och ett exempel inom målområdet *säker vård* som lyftes på mötet är arbetet med att minska olika typer av läkemedelsrelaterade problem, det vill säga fokus på patient-säkerheten leder sannolikt till högre effektivitet. Man lyfte också fram att WHO har uppskattat att hälso- och sjukvårdssystemen runt om i världen kan spara mellan 6 och 29 miljarder USD per år genom att minimera olika typer av patientsäkerhetsproblem [88].

De studier och analyser som har genomförts inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet visar i allmänhet att det finns en stor variation vid jämförelse av uppnådda resultat mellan landsting och mellan sjukhus och andra vårdenheter. Detta pekar på att många av verksamheterna i hälso- och sjukvården kan bli mer effektiva [89,90].

Leder ökad konkurrens till bättre effektivitet?

De vårdvalsreformer som nu genomförs i landet bygger på tanken att primär- och närvården blir mer tillgänglig och ändamålsenlig om det finns många olika vårdgivare och om patienterna och medborgarna får större inflytande över vården. Genom ökad konkurrens vill man också stimulera till effektivare arbetsprocesser. De internationella erfarenheterna av ökad valfrihet i vården ger dock blandade resultat. Bland annat har det kunnat konstateras att det främst är yngre och relativt friska personer som nyttjar valfrihet i vården. Flera studier har också visat att kostnaderna ökar – bland annat på grund av att vården blev mer efterfrågestyrd, snarare än behovsstyrd [91,92].

I Sverige har målsättningen varit att få fler vårdproducenter i primär- och närvård. En mer tillgänglig primärvård brukar föras fram som en av de viktigare faktorerna för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem totalt sett. När det gäller tillgängligheten till primär- och närvård har Sverige i vissa avseenden tidigare avvikit från flertalet andra länder med bland annat färre praktiserande läkare. I och med vårdvalsreformen i primärvården är förhopp-

ningen ett ökat intresse bland läkare att etablera sig i primär- och närvård. Enligt tidigare undersökningar och olika internationella jämförelser har svenska medborgare bedömt det som svårare att få kontakt med primärvården och närvården jämfört med medborgarna i andra länder. Ungefär var tionde person uppger att de avstår från att söka vård (trots behov av vård) av olika skäl och bristande tillgänglighet är sannolikt en förklaring (se också avsnitten om tillgänglig vård och jämlik vård) För närvarande arbetar bland annat Socialstyrelsen med att följa upp vårdvalsreformen.

Forskningen om vinst i vård

Ekonomiska vinster i vården är en omdiskuterad och också politiskt laddad fråga och frågan är om vinstmöjligheterna leder till bättre produktivitet och effektivitet. Detta har varit en återkommande frågeställning också inom forskningen och den har aktualiserats i samband med att vårdval införs i olika verksamheter. Teoretiska argument ger inget entydigt svar på vilken ägandeform som är bäst. Det finns dock en rad teoretiska argument som talar för att aktörer med andra mål än vinstmaximering passar bättre på hälso- och sjukvårdsmarknaden. Resurserna skulle i stället kunna vara inriktade mot att öka kvaliteten eller få en rättvis fördelning av vårdresurserna. Samtidigt talar andra teoretiska argument för att vinstsyftande vårdgivare producerar mer effektiv vård [93,94].

Blandade resultat – några exempel

Inom hälso- och sjukvårdsforskningen, framför allt i USA, har man under många år genomfört ett stort antal studier för att undersöka huruvida ägandeformen påverkar effektiviteten och kvaliteten i vården.

- I en systematisk litteraturoversikt från 2003 granskade man 149 studier som jämförde vinstsyftande och icke-vinstsyftande vårdgivare. I 59 procent av studierna bedömdes de icke-vinstsyftande organisationerna vara överlägsna och de vinstsyftande organisationerna i 12 procent av fallen. I de övriga studierna (29 procent) fann man ingen skillnad eller så var resultaten blandade [95].
- En studie från 2006 gällde vilka faktorer som påverkar kvaliteten och kostnaderna vid 1 500 amerikanska sjukhus. Som ett mått på kvalitet användes dödligheten i tio olika diagnoser. Sjukhusen rangordnades i kvartiler utifrån den genomsnittliga dödligheten och de genomsnittliga kostnaderna. I den här studien konstaterades att vinstsyftande sjukhus oftare hade en lägre dödlighet till lägre kostnader, det vill säga en högre effektivitet [96].
- I en metaanalys från 2008 granskades 317 publicerade studier och man kom fram till den försiktiga slutsatsen att offentlig produktion av hälso- och sjukvård kunde vara mer effektiv än privat [97].
- I en schweizisk studie publicerad 2008 studerades effektiviteten vid schweiziska sjukhus och man jämförde sjukhus som var privata och vinstsyftande, privata och icke-vinstsyftande samt offentliga. Datamaterialet byggde på finansiell och administrativ statistik som årligen rapporteras av schweiziska sjukhus. Analysen gav små skillnader i effektivitet

mellan driftsformerna och skillnaderna var inte statistiskt signifikanta [98].

- I en annan schweizisk studie granskades sambandet mellan kostnadseffektiviteten och ägandeformen när det gällde vårdhem. Resultatet visade att cirka 60 procent av vårdhemmen i urvalet befann sig nära den nationella standarden när det gäller olika kvalitets- och effektivitetsaspekter. Icke-vinstsyftande och offentliga vårdhem visade sig vara minst lika effektiva som vinstsyftande privata alternativ [99].
- Det finns också ett par aktuella brittiska studier där man har studerat effekterna av att ha en vinstsyftande drift av sjukhem och forskarna konstaterar att den offentligt drivna vården uppvisade högre effektivitet och kvalitet enligt ett antal kriterier [100].

I dag finns inget motsvarande forskningsunderlag inom primär- och närvård. Sverige är och kommer att utgöra ett intressant land för motsvarande studier, genom de pågående vårdvalsreformerna och det ökande antalet vinstsyftande vårdgivare.

Organisatoriska faktorer viktigare än ägandeform?

Sammanfattningsvis ger den empiriska forskningen inget entydigt svar på vilken ägandeform som ger mest effektiv vård. Enligt studierna ovan finns det resultat som pekar på att privat vård är mer effektiv än offentlig, men andra studier visar motsatsen och en tredje grupp visar att det inte finns någon skillnad alls.

Mycket av forskningen på området har gjorts av den slutna vården och man kan inte överföra resultaten direkt till andra vårdformer. De flesta studierna är dessutom genomförda i USA och i andra länder som har andra typer av hälso- och sjukvårdssystem och det är förstås osäkert i vilken grad man kan överföra slutsatserna till andra länder med andra system. Samtidigt är det intressant att se på resultaten från den sammanlagda forskningen. Det verkar som om effektiviteten och kvaliteten beror på andra faktorer än ägandeformen eller huruvida man har ett vinstdrivande syfte. Sådana faktorer kan exempelvis vara olika organisatoriska faktorer, organisationskultur och vårdpersonalens delaktighet. I denna typ av studier brukar dock författarna varna för ett alltför starkt fokus på produktivitet (till exempel antalet genomförda undersökningar), eftersom det kan stimulera till onödiga besök och undersökningar och att man väljer bort patientgrupper som inte bidrar till ökad produktivitet.

Pågående utvecklingsarbete

Inom landstingen behövs ett långsiktigt arbete för att göra vården mer effektiv och produktiv utan att försämra kvaliteten. Det pågår också en rad olika initiativ för att förbättra och utveckla verksamheterna. En återkommande diskussion inom vården handlar om hur stela och byråkratiska strukturer hämmar effektiva lösningar och flera undersökningar tyder på att den medicinska personalen inom vården ägnar stora delar av sin arbetstid åt administrativt arbete i stället för arbete med patienter. Socialstyrelsens erfarenheter

tyder också på att det är vanligt med missförstånd kring vilka arbetsuppgifter som olika personalgrupper får utföra. Ofta är reglerna mindre strikta än vad personalen tror. Socialstyrelsen har i olika sammanhang tagit upp att lagstiftning och föreskrifter ger relativt generösa möjligheter att skapa mer flexibla arbetsprocesser [101].

För att höja effektiviteten och produktiviteten inom hälso- och sjukvården behöver man kontinuerligt arbeta med att utveckla smarta arbetsorganisationer. Det gör man sannolikt bäst på lokal nivå tillsammans med dem som faktiskt arbetar direkt med patienterna. Troligen går det att förbättra både vården och arbetsmiljön genom att fokusera på att ytterligare utveckla olika former av teamarbete [46].

Socialstyrelsens iakttagelser under året visar att huvudmännens utmaningar och att pågående utvecklingsarbete främst handlar om att förbättra och effektivisera vårdprocesserna och vårdkedjorna. Då är det viktigt med kontinuitet för patienten och en effektiv kommunikation mellan olika vårdgivare eftersom bristande kommunikation är en av huvudorsakerna till brister i bland annat patientsäkerheten. Detta kan vara svårare i dag när aktörerna är fler, men samtidigt är medvetenheten kring dessa frågor betydligt större än för bara tio år sedan.

I ”lean health care”, en verksamhetsfilosofi som har ökat i popularitet under 2000-talet, är tanken att kvalitet ska genomsyra all verksamhet. Integrerade delar i den dagliga verksamheten är delaktighet, långsiktighet, fokusering på kunden eller patienten och ständiga förbättringar. ”Lean” är alltså en typ av verksamhetsutveckling som ska kännetecknas av processflöde, engagemang och helhetssyn från ledningens sida och där medarbetarnas delaktighet genomsyrar all verksamhet [102]. ”Lean” är inte en produktionsmetod utan filosofin fokuserar på hur tillgängliga resurser ska användas. Respekt för individen, medarbetaren eller patienten värderas högt liksom ett välutvecklat teamarbete. I bland annat Region Skåne, vid universitetssjukhuset i Malmö, har man satsat på att utveckla principer för ”Lean”. År 2007 inledde regionen ett omfattande arbete med att utbilda flera tusen medarbetare i ”Lean health-care” i Lund. Under samma tidsperiod har vårdpersonal i Malmö arbetat med olika typer av förbättringar. Tanken är nu att förena de olika satsningarna till en gemensam verksamhetsfilosofi. ”Lean” har också provats på andra håll i landet.

Från nationellt håll är det problematiskt att förorda eller rekommendera en viss arbetsmodell för hälso- och sjukvårdens organisation. För att ta fram effektiva vårdprocesser är det troligen mest ändamålsenligt att utgå från de lokala förutsättningarna, i nära samarbete med personalen som finns runt patienterna. Sannolikt går det att hämta inspiration från lean-modellen, men det kan också finnas risker med att helt anamma en enda modell. Det finns risker med att bara fokusera på det mätbara. Vårdens många ”mjuka” och kvalitativa sidor är svåra att fånga med data och riskerar därför att trängas ut av ett förbättringsarbete som främst fokuserar på mätbara processer.

I Region Skåne har man på senare år också arbetat med att ta fram en ny verksamhetsmodell. Den går bland annat ut på att identifiera angelägna patientgrupper för att finna det mest kostnadseffektiva sättet att bidra till kvalitet i patientarbetet. Sjukhusen, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården deltar i arbetet för att ur ett patientperspektiv bättre integrera

vården i väl sammanhållna och gränsöverskridande patientprocesser. I arbetet ingår också att hitta bra arbetsverktyg som stödjer modellen, till exempel nya metoder för uppföljning av resultat, ekonomi och kompetens samt för informationsöverföring. Ett exempel på satsningar handlar om att utveckla en sammanhållen vårdkedja för patienter med höftfrakturer. Liknande verksamhetsutvecklingar finns inom flera andra landsting.