

Hälsa- och sjukvård

I detta kapitel belyser Socialstyrelsen den aktuella utvecklingen inom några vårdområden. Därefter beskrivs den övergripande utvecklingen inom de olika målområdena för god vård. Beskrivningarna fokuserar framför allt på nationella resultat och bara i mindre utsträckning på regionala skillnader.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Medellivslängden för män fortsätter att öka, vilket framför allt beror på att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar. Kvinnors medellivslängd är däremot oförändrad.
- Hälsoutvecklingen är sämre bland yngre än äldre. Särskilt unga kvinnor har en sämre hälsoutveckling, med ökande psykisk ohälsa och värkbesvär.
- Personer med psykisk sjukdom riskerar sämre hälsa, högre dödlighet och sämre levnadsförhållanden. Hälsa- och sjukvården har svårt att möta en del av dessa patienters behov av psykologisk behandling inom primärvården.
- Hjärtsjukvården varierar mellan landstingen, men det går inte längre att se några könsskillnader när det gäller kärilvidgande behandling. Strokesjukvården fortsätter också att förbättras bland annat genom att fler patienter får tillgång till blodproppslösande behandling. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram målnivåer inom stroke- och hjärtsjukvård.
- Diabetesvården fortsätter att utvecklas med förbättrad blodtryckskontroll och ökad blodtryckssänkande behandling. Positivt är också att de regionala skillnaderna i diabetesvården minskar. Ökande BMI och fortsatt höga blodsockernivåer hos patientgruppen talar dock för att vården även i fortsättningen behöver arbeta med rådgivning och stöd om kost och levnadsvanor.
- Socialstyrelsen har fått tillgång till uppgifter om allt fler tvångsvårdade patienters diagnoser. Rapporteringen av vårdåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården är däremot inte tillräcklig och många utskrivna patienter saknar vårdplan. Män har längre vårdtider än kvinnor, och bara en tredjedel av alla män har en lagstadgad vårdplan vid utskrivningen.
- Samverkan mellan myndigheter för att ta fram kunskapsunderlag till hälsa- och sjukvården ökar. Socialstyrelsen har under året tagit fram riktlinjer för cancer och läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, samt rekommendationer om palliativ vård och nationell screening.
- De vanligaste skadorna i vården är vårdrelaterade infektioner och läkemedelsrelaterade skador.
- Spridningen av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka, trots att antibiotikaförbrukningen minskar för första gången sedan 2010. Minskningen är störst bland barn och ungdomar. Fortfarande finns det stora regionala skillnader mellan landstingen.

- De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är urinvägsinfektion, lunginflammation och hud- och sårinfektioner.
- Förtroendet för svensk hälso- och sjukvård är fortsatt högt, även om de regionala variationerna är stora och äldre är mer nöjda än yngre. Patienterna upplever att de får ett bra bemötande i vården, även om de uppger att hälso- och sjukvården är sämre på att ge tillräcklig information och att göra patienten delaktig. Många patienter inom specialiserad öppenvård anger att de har en långvarig sjukdom eller långvariga besvär.
- Av patienterna inom primärvården anger 61 procent att de har en fast vårdkontakt.
- Socialstyrelsens uppföljningar av hälso- och sjukvården visar att vården inte är jämlik, bland annat när det gäller tillgången till behandling med läkemedel och remittering till specialist. Jämförelser för att mäta jämlikhet i vården visar att det finns skillnader mellan könen, mellan patienter med olika utbildningsnivå och mellan olika landsting. Exempelvis använder kvinnor med kort utbildning oftare lugnande medel och sömnmedel än kvinnor med lång utbildning. Självskad är vanligare bland män och det finns även stora regionala skillnader i självmordsfrekvens. Ett flertal nationella satsningar pågår för att analysera och förklara ojämlikheten samt föreslå åtgärder för att utjämna hälsoskillnader och göra vården mer jämlik.
- Tillgången till läkare har ökat med 13 procent mellan 2006 och 2011. Därmed minskar antalet specialistsjuksköterskor. Fler anställda inom hälso- och sjukvården väljer att arbeta till och med 67 års ålder. Efterfrågan på både läkare och sjuksköterskor förväntas fortsätta att stiga.
- Antalet vårdcentraler ökar inte längre, och 42 procent bedrivs nu i privat regi.
- Antalet öppenvårdsapotek har ökat med nästan 40 procent de senaste fyra åren.
- Tillgängligheten till läkemedel har försämrats efter apoteksomregleringen, vilket framför allt beror på att det blivit vanligare med mindre apotek med mindre lager. Ett arbete pågår för att göra lagerinformation och lagerstatus tillgänglig mellan olika apotek och för kunder.
- Väntetiderna varierar mellan landstingen. För cancerpatienter är väntetiderna fortfarande mycket långa, även om Socialstyrelsens uppföljning visar att väntetidens längd för flera cancerformer har samband med tumörens allvarlighetsgrad. Exempelvis har patienter med metastaserad prostatacancer kortare väntetider än övriga patienter med prostatacancer.
- Inom barn- och ungdomspsykiatri fortsätter de neuropsykiatriska diagnoserna att öka och väntetiderna är fortsatt långa, vilket framför allt beror på en pressad bemanningssituation.

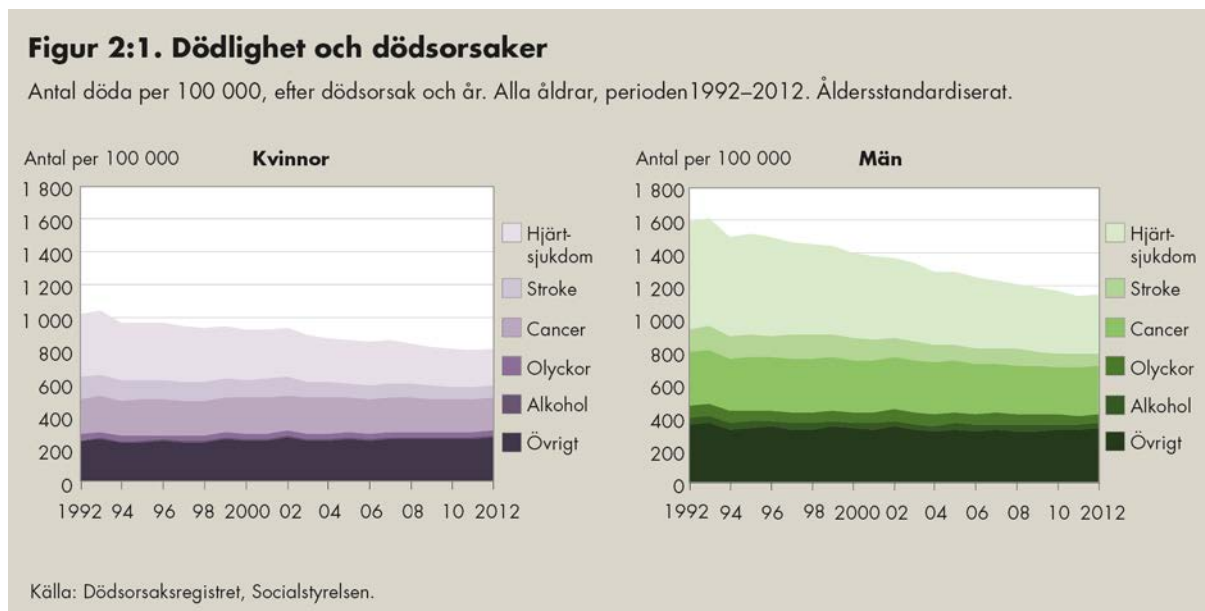
Aktuell utveckling

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för befolkningens aktuella hälsoutveckling samt utvecklingen inom några stora vårdområden.

Medellivslängden fortsätter att öka bland män

I Sverige har medellivslängden under lång tid ökat, bortsett från mindre årliga variationer. År 2012 var medellivslängden 83,5 år för kvinnor och 79,9 år för män [1]. För kvinnor är det en liten minskning och för män en liten ökning jämfört med året innan. Kvinnor lever längre, men könsskillnaderna minskar alltmer eftersom medellivslängden bland män ökar i allt snabbare takt. De vanligaste dödsorsakerna i Sverige är hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer [2].

Figur 2:1 visar hur dödligheten i olika dödsorsaker utvecklats de senaste två decennierna. Hjärtsjukdom är fortfarande den vanligaste dödsorsaken i befolkningen. Den kraftiga minskningen i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom är den viktigaste orsaken till den ökade medellivslängden. Hjärt- och kärlsjukdomar är vanligare bland män än bland kvinnor, vilket är en viktig orsak till att kvinnor lever längre. Samtidigt har nedgången i hjärt- och kärlsjukdomar varit större bland män. Det är numera bara i de allra äldsta åldrarna som hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken. I åldrarna upp till 80 år är cancer numera en vanligare dödsorsak bland både kvinnor och män. I avsnittet *Jämlig hälsa- och sjukvård* beskrivs skillnader i hälsoutveckling utifrån utbildningsnivå. I kapitlet om *Äldre* beskrivs dessa skillnader bland den äldre befolkningen.



Av dem som dör i unga år dominerar olyckor och självmord och även bland de unga är dödligheten högre för män. I åldern 1–14 år är dödsriskerna som lägst och barnadödligheten fortsätter att minska i dessa åldrar. Andelen barn

som insjuknar och som dör i cancer är oförändrad medan en redan låg olycksfallsdödlighet bland barn fortsätter att minska [3]. Barns skador som orsakats av olycksfall beskrivs mer ingående i kapitlet *Barn och unga*.

Sämre hälsoutveckling bland yngre

I allmänhet har yngre åldersgrupper bättre hälsa och färre sjukdomar än äldre. Mycket talar nu för att hälsan i befolkningen förbättrats kraftigt i gruppen över pensionsåldern, medan yngre åldersgrupper inte haft samma positiva hälsoutveckling. Detta gäller både kvinnor och män. Till exempel har övervikt ökat snabbare bland yngre än bland äldre. Hjärt- och kärlsjukdomarna har inte visat samma snabba nedgång i yngre åldersgrupper. Bland yngre kvinnor med kort utbildning har hjärt- och kärlsjukdomarna till och med ökat. Psykisk ohälsa och värkbesvär har också ökat mer i yngre åldersgrupper [4–6].

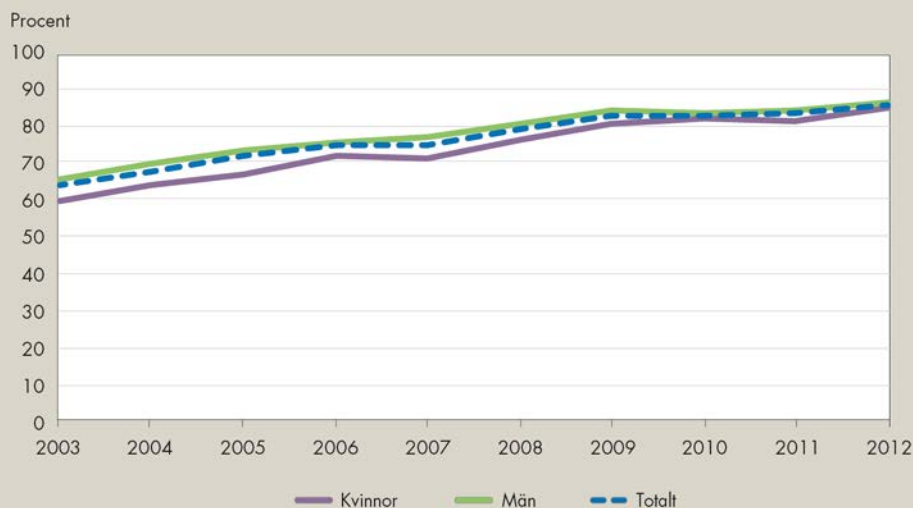
Fortsatt minskning av dödlighet i hjärtinfarkt

Generellt är resultaten för hjärtsjukvården bra och ur flera aspekter fortsätter den svenska hjärtinfarktvården att förbättras [7]. Dödligheten efter hjärtinfarkt har planat ut på senare år efter en lång period av förbättring. Andelen patienter som avlider efter hjärtinfarkt fortsätter dock att minska. Dödligheten i hjärtinfarkt varierar kraftigt i olika åldrar, risken att avlida dubblas i 10-årsintervall efter 60 års ålder. En person som är 70 år löper alltså dubbelt så hög risk att avlida av sin hjärtinfarkt som en 60-åring. Patienter med ST-höjningsinfarkt⁶ får i högre grad än tidigare kärlöppnande behandling (reperfusionsterapi) för att återställa syretillförseln till hjärtmuskeln (figur 2:2) och de könsskillnader som funnits under tidigare år har nu i princip försvunnit.

⁶ ST-höjningsinfarkt är den vanligaste formen av infarkt där ett kranskärl täpps till fullständigt.

Figur 2:2. ST-höjningsinfarkt

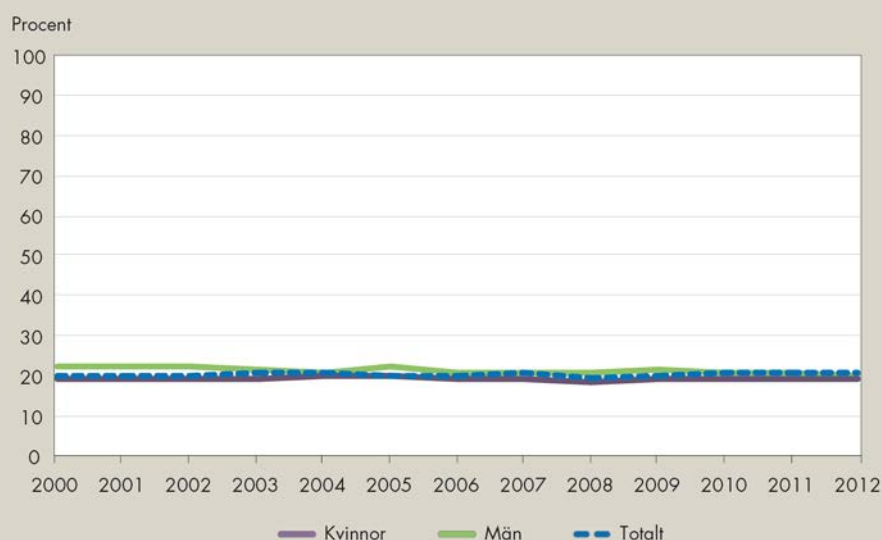
Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter <80 år.



För patienter med hjärtsvikt har dödligheten och behovet av vård på sjukhus sett ungefär likadan ut under den senaste tioårsperioden (figur 2:3). Det finns inte några signifikanta könsskillnader för indikatorn.

Figur 2:3. Hjärtsvikt

Andel patienter som sjukhusvårdats för hjärtsvikt som återinskrivits eller avlidit inom 30 dagar efter utskrivning. Åldersstandardiserade värden.



Strokevården fortsätter att förbättras

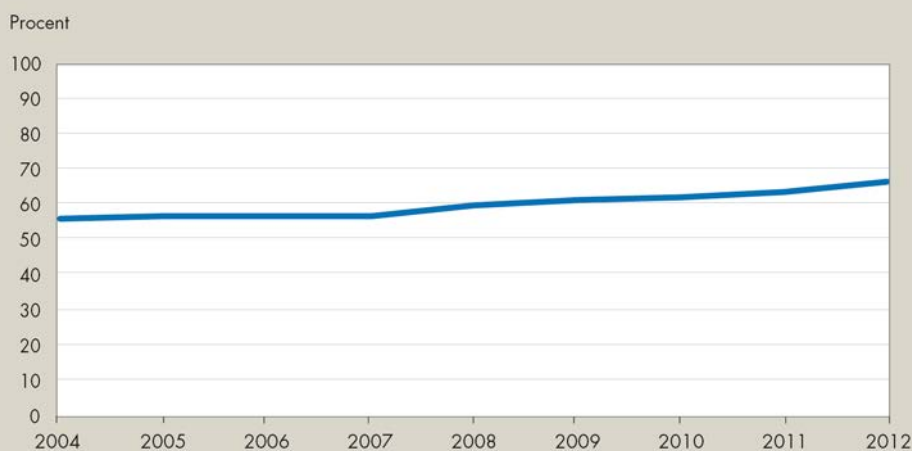
Dödligheten inom ett år efter stroke har under en tioårsperiod sjunkit från 29 till 26 procent. För personer som insjuknar i stroke är det inte möjligt att se några större förändringar i funktionsförmåga under de senaste åren, varken tre månader efter en stroke eller inom ett år. Skillnaderna mellan landstingen är små. Tre månader efter en stroke kan 83 procent av männen och 79 procent av kvinnorna klara av sitt dagliga liv utan att ta hjälp från andra [8].

Trots att strokevården inte uppvisar någon större förändring tyder det på att vården vid strokesjukdom i Sverige fortsätter att förbättras. Det märks bland annat genom att andelen strokepatienter som får tillgång till sekundärpreventiva läkemedel ökar. Det finns skillnader mellan män och kvinnor, men de kan till viss del förklaras av att män i högre utsträckning samtidigt har ischemisk hjärtsjukdom⁷, och därför också behandlats med blodfettssänkande läkemedel redan före insjuknandet i stroke [9].

De senaste åren har andelen patienter som anländer till sjukhus inom tre timmar efter symtomdebut ökat (figur 2:4) och ökningen kan ses för båda könen.

Figur 2:4. Sjukhusvård efter stroke

Andel strokepatienter i riket som anlänt till sjukhus inom 3 timmar efter symtomdebut.



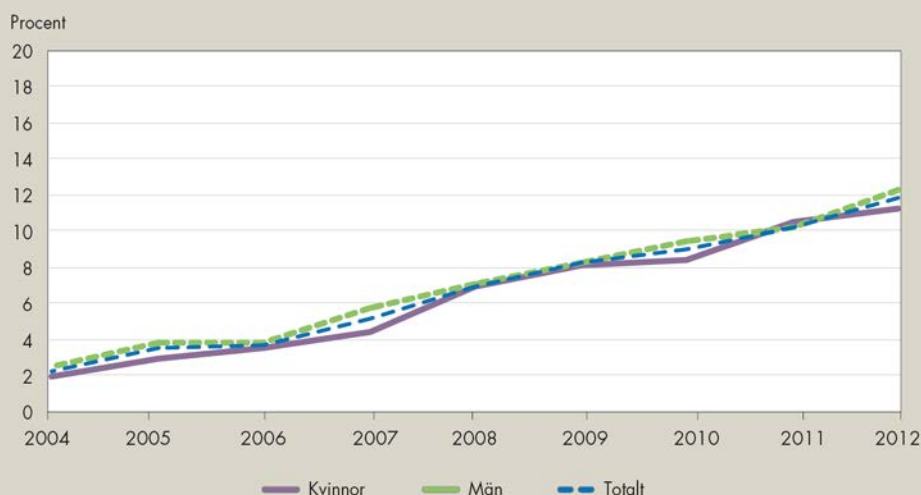
Källa: Riks-Stroke.

Även andelen patienter som får tillgång till blodproppslösande behandling, trombolys, har ökat (figur 2:5).

⁷ Annan hjärtsjukdom med samma orsak.

Figur 2:5. Trombolysbehandling

Andel strokepatienter som får trombolys, av de som uppfyller kriterierna för behandling.



Källa: Riks-Stroke.

Sedan 2011 har en nationell strokekampanj genomförts i landstingens regi. Syftet med kampanjen är att få fler personer med strokesymtom att söka vård i ett tidigare skede. Vid stroke är tidsfaktorn mellan insjuknande och behandling viktig för resultatet, och genom att öka kunskapen om typiska stroke-symtom var förhoppningen att fler strokepatienter skulle bli aktuella för blodproppslösande behandling. De resultat som hittills finns tillgängliga tyder på att kampanjen fallit väl ut. Andelen patienter som kommer till sjukhus tidigt efter insjuknandet ökar nu snabbare än innan kampanjen infördes [9].

Målnivåer inom stroke- och hjärtsjukvård ska fastställas

Under 2013 och 2014 uppdateras de nationella riktlinjerna för strokevård och hjärtsjukvård. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att parallellt med detta fastställa målnivåer för dessa två riktlinjeområden och inom diabetesområdet. Syftet med det är dels att ge hälso- och sjukvården en tydlig kvalitetsnivå att arbeta mot i förbättringsarbetet, dels att målnivåerna ska användas för analyser av hälso- och sjukvårdens kvalitet inom ramen för myndighetens utvärderingar av nationella riktlinjer. De första målnivåerna beräknas vara klara i mars 2014.

Diabetesvården förbättras

Diabetes är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna, och ungefär 85 miljoner människor antas ha sjukdomen i OECD-länderna. Det motsvarar nästan 7 procent av alla i åldrarna 20–79 år [10]. I Sverige är det ungefär 4 procent av befolkningen som har diabetes och 85–90 procent av all diabetes utgörs av typ 2. Medelåldern vid insjuknande är lägre för män än för kvinnor [11]. Trenderna med förbättrad blodtryckskontroll och ökad blodtryckssänkande behandling håller i sig. Andelen personer som når behandlingsmålen för blodtryck ökar. Samtidigt behandlas 40 procent av alla patienter inte i enlig-

het med de nationella riktlinjerna när det gäller högt blodtryck och förhöjda blodfetter [7].

De genomsnittliga blodsockernivåerna försätter samtidigt att stiga bland diabetikerna. Ungefär 49 procent av alla med typ 2-diabetes nådde behandlingsmålet för blodsocker (HbA1c) på 52 mmol/mol medan, 10 procent låg över 73 mmol/mol. Förklaringen till ökningen av blodsockernivåerna de senaste åren är framför allt ökningen av BMI. Det finns även betydande skillnader mellan kvinnor och män. Fler kvinnor når både blodsockermålet och blodtrycksmålet.

Det går att se en positiv trend när det gäller patientgruppens levnadsvanor. Andelen med fetma samt andelen rökare minskar jämfört med tidigare år. I åldern 30–60 år är andelen rökare ungefär 23 procent, en större andel kvinnor än män har ett BMI över 30. Samtidigt går det att se en negativ trend vad gäller fysisk aktivitet. Ungefär 26 procent av männen och 24 procent av kvinnorna är fysiskt inaktiva, det vill säga motionerar aldrig eller bara en gång i veckan. Andelen fetmaoperationer har generellt sett ökat över tid. I början av 2000-talet opererades ungefär 800 patienter varje år, jämfört med 8 300 operationer år 2012. Tre fjärdedelar av alla som opereras är kvinnor och en hög andel av patienterna har kroniska sjukdomar, till exempel diabetes.

Även inom typ 1-diabetes finns det könsskillnader mellan kvinnor och män för blodtryck, blodfetter och BMI. Kvinnor har lägre blodtryck, lägre blodfetter och har därtill lägre BMI än män [11]. Andelen pumpbehandlade har ökat konstant sedan 2008. Var fjärde kvinna med typ 1-diabetes använder insulinpump, jämfört med 17 procent av männen.

Sverige har efter Finland världens högsta insjuknandefrekvens av typ 1-diabetes bland barn och ungdomar i världen. Det totala antalet barn som insjuknar i diabetes ökar inte, men de senaste tjugofem åren har insjuknandet skett i allt lägre åldrar. Följsamheten till det nationella vårdprogrammet för barn- och ungdomsdiabetes har förbättrats de senaste åren. Medelblodsockervärdet bland barn och unga minskar också, vilket är positivt eftersom det minskar risken för komplikationer [3].

De regionala skillnaderna i diabetesvården minskar

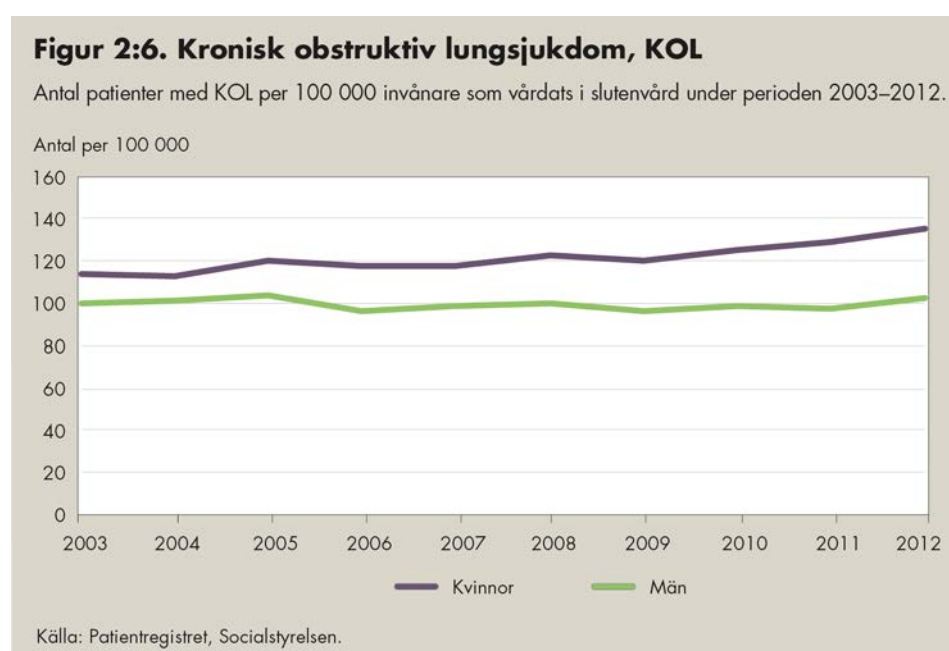
På senare år har de regionala skillnaderna i diabetesvården minskat. Även om det finns tecken på förbättringar, så kommer höga blodsockernivåer, en fortsatt hög andel rökare och ett högt BMI inom patientgruppen att innebära stora utmaningar för diabetesvården även på längre sikt. Risken för hjärt- och kärlsjukdomar är två till tre gånger högre hos patienter med diabetes än hos dem som inte har diabetes [11]. Det talar för att vården även i fortsättningen kommer att behöva motverka riskfaktorerna bland annat genom att arbeta med rådgivning om att sluta röka samt om kost och motion.

Socialstyrelsen kan konstatera att diabetesvårdens resultat är blandade och anser därför att det är fortsatt angeläget att förbättra vården för dessa patienter. Det finns ett flertal förbättringsområden. Till exempel behöver andelen personer med diabetes som har för höga blodsockervärden minska. Denna grupp har en hög risk för komplikationer och gruppen har dessutom ökat

mellan åren [12]. Den snabba utvecklingen inom diabetesvården är en anledning till att riktlinjerna ska uppdateras. Fetmakirurgi har blivit allt vanligare och glukosmätare och insulinpumpar används allt mer. Utvecklingen av egenvård är också en allt viktigare del i behandlingen. Socialstyrelsen har påbörjat uppdateringen av riktlinjerna under 2013.

Sjukvårdens stöd till personer som vill sluta röka varierar

En halv miljon svenskar har sjukdomen KOL och KOL-vården kostar årligen ungefär 9 miljarder kronor i Sverige [13]. Antalet kvinnor som insjuknar i KOL är också högre än antalet män (figur 2:6).



Resultatet för kvalitetsregistret RiksKOL 2012 visar att patienterna har en medelålder på 70 år och att majoriteten är kvinnor. Av RiksKOL:s patienter var 34 procent fortfarande rökare och bara en tredjedel hade erbjudits rökavvänjning. Det var 18 procent av dem som rökte 2011 som hade slutat röka året därpå [14].

Resultatet från Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät visar att andelen personer som röker dagligen har minskat under de senaste åren. År 2012 uppgav 11 procent att de var dagligrökare [15]. Det är något fler kvinnor än män som röker, 12 respektive 10 procent. Antalet kvinnor som får lungcancer har under flera år ökat, men planar nu ut. Det är fortfarande högre risk för män att insjukna i lungcancer [16].

Sambandet mellan tobaksrökning och ohälsa, sjukdom och död är väl känt. Tobaksrökning är den viktigaste undvikbara riskfaktorn för flera former av cancer och den huvudsakliga orsaken till lungcancer och kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL [17].

Hälsa- och sjukvårdens stöd till personer som vill sluta röka ges främst inom primärvård och i mödra- och barnhälsovård. I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas hälsa- och sjukvården i första hand att erbjuda kvalificerade rådgivande samtal till vuxna personer som röker dagligen. Hälsa- och sjukvården kan också föreslå läkemedel som tillägg till samtalen. Tillgången till rådgivande samtal och möjlighet till tobaksavvänjning genom nikotinläkemedel varierar fortfarande mellan landstingen [18].

Socialstyrelsen genomförde hösten 2012 en enkätundersökning om det sjukdomsförebyggande arbetet inom hälsa- och sjukvården. Undersökningen visade att det sjukdomsförebyggande arbetet har starkt stöd bland sjukvårdspersonalen. Skillnaderna mellan olika yrkesgrupper är stora. Till exempel anger läkare och barnmorskor att de har hög kompetens att ge rådgivning om tobaksbruk, medan dietister och arbetsterapeuter anger att de har god kompetens för att ge råd om fysisk aktivitet och matvanor. Personal inom primärvård och psykiatri upplever i högre grad att de har kompetens om samtalsmetodik än personal inom övrig hälsa- och sjukvård [19].

I Vårdbarometerns⁸ undersökning från 2013 var 81 procent av befolkningen positiv till att diskutera sina levnadsvanor med vårdpersonalen [20]. Resultatet från den nationella patientenkäten 2012 visar att det fortfarande är vanligast att vårdpersonal diskuterade motionsvanor med patienten, därefter diskuterades tobaks- och matvanor. Minst vanligt var det att personalen ställde frågor om alkoholvanor [21].

Vård av personer med psykisk sjukdom

Nedan redovisas vård av personer med psykisk sjukdom. Den psykiatriska vården redovisas även i kapitlet *Barn och unga*. Den specialiserade psykiatrin står för ungefär 9 procent av landstingens totala kostnader för hälsa- och sjukvård. Kostnadsutvecklingen har inte varit lika hög som för andra specialiteter, men vårdproduktionen ökar kraftigt.

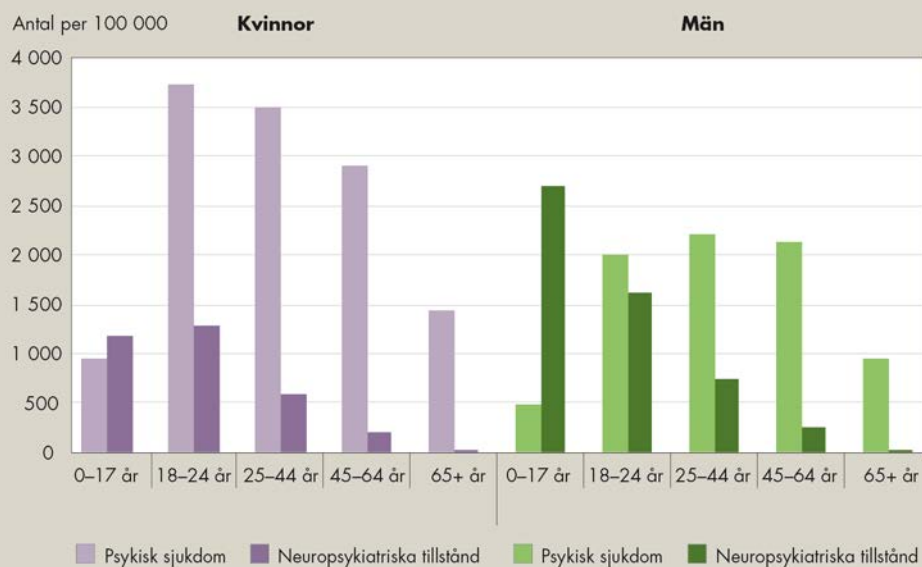
Psykiatrisk öppenvård

De vanligaste psykiatriska tillstånden som behandlas i öppenvården är depression och ångest, och den största gruppen som behandlas är kvinnor i åldern 18–24 år (figur 2:7). Pojkar i åldern 0–17 år vårdas framför allt för neuropsykiatriska diagnoser.

⁸Vårdbarometern är en nationell undersökning som mäter medborgarnas attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälsa- och sjukvård. Preliminära siffror.

Figur 2:7. Psykiatrisk öppenvård

Personer som vårdats i öppenvård för psykisk sjukdom och neuropsykiatriskt tillstånd* år 2012.
Antal per 100 000 invånare.



* Avser diagnoserna psykisk sjukdom (F20-F48, F50-F69) respektive neuropsykiatriska tillstånd (F80-F99).

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Psykiatrisk slutenvård

Inom slutenvården är det fler kvinnor än män som vårdas för olika psykiatriska tillstånd (figur 2:8). Den grupp av kvinnor som vårdas i högst utsträckning är åldersgruppen 18-24 år, och den gruppen har också ökat mest under den senaste tioårsperioden. Ökningen har dock avstannat. För övriga åldersgrupper har antalet vårdade per 100 000 minskat något under de senaste åren.

Figur 2:8. Slutenvård för psykisk sjukdom

Patienter som slutenvårdats för psykisk sjukdom* åren 2002–2012. Antal per 100 000 invånare.



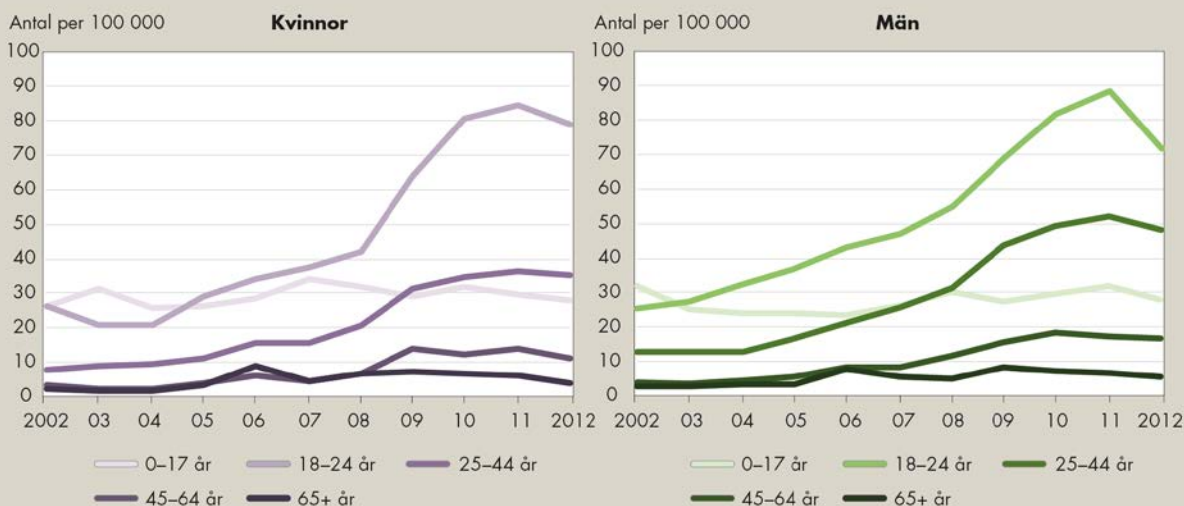
* Avser diagnoserna F20–F29 schizofreni, F30–F39 förstämningssyndrom inkl. depression, F40–F48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom inkl. ångest, F50–F69 beteende- och personlighetsstörning.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Det är fler män än kvinnor som vårdas för olika neuropsykiatriska tillstånd inom slutenvård (figur 2:9). Majoriteten av dem som vårdas är unga vuxna, i åldern 18-24 år. Den gruppen har också ökat mest under den senaste tioårsperioden. Från och med 2011 går det att se en tydlig nedgång både i antalet män och i antalet kvinnor som vårdas. Inom övriga åldersgrupper har antalet vårdade per 100 000 minskat något under de senaste åren, men inte lika kraftigt.

Figur 2:9. Slutenvård för neuropsykiskrisk tillstånd

Patienter som slutenvårdats för neuropsykiskrisk tillstånd* åren 2002–2012. Antal per 100 000 invånare.



* Avser diagnoserna F80–F99.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Psykiatrisk tvångsvård

Psykiatrisk vård ges även med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Ungefär 20 procent av alla patienter i psykiatrisk heldygnsvård vårdas med tvång, men dessa står ändå för nästan hälften av alla vård dagar [22]. De flesta av de tvångsvårdade patienterna vårdas enligt LPT.

Sedan 2009 rapporteras tvångsvård och tvångsåtgärder in till patientregistret vid Socialstyrelsen. Socialstyrelsen bedömer att inrapporteringen av antalet patienter och av vårdtid nu är heltäckande.

Långa vårdtider inom tvångsvården

Under de första åtta månaderna under 2013 rapporterades cirka 16 400 vårdtillfällen in, vilket motsvarade cirka 11 200 patienter. Av de 2 514 patienter som var inskrivna den 31 augusti vårdades cirka 52 procent enligt LPT och 48 procent enligt LRV. Vårdtiden för dessa patienter varierade beroende på om de vårdades enligt LPT eller LRV. Vårdtiderna var kortare för patienter som vårdades enligt LPT (tabell 2:1). Den genomsnittliga vårdtiden för inskrivna personer som vårdades enligt LPT var cirka fem månader och för personer som vårdades enligt LRV var vårdtiden nästan tre år.

Det var 47 procent av kvinnorna och 42 procent av männen som var inskrivna för vård enligt LPT som hade en vårdtid kortare än en månad. För personer som vårdades enligt LRV var det bara 5 procent av kvinnorna och 1 procent av männen som hade så kort vårdtid.

Tabell 2:1. Vårdtid för patienter som ges vård enligt LPT eller LRV

Totalt antal, kvinnor och män. Avser patienter intagna den 31 augusti 2013.

Yrke	LPT-vård			LRV-vård		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
<1 mån	333	257	590	8	12	20
1–3 mån	156	117	273	11	37	48
3–6 mån	77	70	147	13	63	76
6–12 mån	66	71	137	33	144	177
>12 mån	72	102	174	86	640	726
Totalt antal vårdade	704	617	1 321	151	896	1 047

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen får tillgång till uppgifter om diagnos för allt fler patienter som vårdas enligt LPT. För de patienter som skrivits ut under de första åtta månaderna under 2013 fanns det uppgifter om diagnosen för 95 procent. Även om rapporteringen ökar, så rapporteras inte vårdåtgärder i tillräcklig utsträckning. För bara 79 procent av patienterna hade minst en vårdåtgärd rapporterats. De vanligaste vårdåtgärderna var upprättande av vårdplan, strukturerad suicidbedömning och klinisk undersökning av psykiskt tillstånd. En vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård (16§ LPT).

Både bland kvinnor och bland män som vårdades enligt LPT var den vanligaste åldersgruppen 25–34 år. Det fanns könsskillnader både när det gällde diagnoser, vårdåtgärder och om patienten fått en vårdplan när han eller hon skrevs ut. Den vanligaste diagnosen bland kvinnor i ålder 25–34 år var personlighetsstörning medan män vårdades under en psykos. Fasthållning var den vanligaste vårdåtgärden bland kvinnor, medan vårdåtgärden bland män framför allt var läkemedelstillförsel under fastspänning. Bara 41 procent av kvinnorna och en tredjedel av de utskrivna männen hade en vårdplan när de skrevs ut.

Sammantaget kan Socialstyrelsen se behov av att förbättra möjligheterna till uppföljning av tvångsvården. Det är fortsatt angeläget att utveckla innehållet i den tvångspsykiatriska vården. Under 2013 gjorde Socialstyrelsen en utvärdering om utvecklingen inom den psykiatriska heldygnsvården. Resultatet från denna utvärdering redovisas nedan i avsnittet *Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård*.

Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt [23]. Kunskapsbaserad vård förutsätter dessutom kompetent personal med relevant utbildning.

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård innebär att val och beslut baseras på rekommendationer som tagits fram utifrån bästa tillgängliga kunskap [24].

I det här avsnittet gör Socialstyrelsen en beskrivning av hur det går att skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad vård, till exempel genom myndighetsgemensamma initiativ, men också genom riktlinjer, utvärderingar och rekommendationer. Avslutningsvis redogörs för utmaningar kring personalens kompetens inom den psykiatriska vården.

Hur informations- och utbildningsinsatser som riktar sig till patienter har utvecklats de senaste åren beskrivs i avsnittet *Individanpassad vård*.

Prestationsbaserade överenskommelser blir allt vanligare

Statlig styrning av vård och omsorg genom prestationsbaserad ersättning har blivit allt vanligare [25]. Första gången det användes var i sjukskrivningsmiljarden 2006. År 2013 fanns sex överenskommelser mellan staten och SKL med prestationsbaserad ersättning. Totalt omfattar de 5,3 miljarder kronor. De områden där prestationsbaserad ersättning används är:

- Mest sjuka äldre (1 115,5 mnkr)
- Rehabiliteringsgarantin (1 000 mnkr)
- Sjukskrivningsmiljarden (1 000 mnkr)
- Kömiljarden (1 000 mnkr)
- Psykisk ohälsa (687,5 mnkr)
- Patientsäkerhetssatsningen (525 mnkr).

Det har konstaterats att de prestationsbaserade kraven ger effekter inom vården. Samtidigt finns det fortfarande möjligheter till förbättring. Till exempel kan kraven i högre grad utformas och anpassas efter landstingens olika förutsättningar, eftersom det kan öka incitamenten till förbättring [25]. Socialstyrelsen anser också att det behövs mer långsiktiga insatser, till exempel särskilda utbildningar, för att komma till rätta med kompetens- och resursproblem inom olika delar av vården.

Myndighetsgemensam modell för kunskapsstyrning

I Sverige finns det flera myndigheter som arbetar med att ta fram olika kunskapsmaterial för hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Folkhälsomyndigheten. På uppdrag av regeringen har dessa myndigheter tillsammans utvecklat en nationell modell för kunskapsstyrning. Modellen sammanfattar de processer som myndigheterna arbetar med för att stödja en kunskapsbaserad praktik inom hälso- och sjukvården. I modellen ingår också styrning, uppföljning och förbättringsarbete på regional och lokal nivå.

Det myndighetsgemensamma arbetet ökar förutsättningarna för en tydligare styrning av hälso- och sjukvården.

Nationellt programråd för kunskapsstyrning inrättat

I den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK), som bildades 2009 samarbetar flera aktörer med att välja vårdområden för kunskapsunderlag. Socialstyrelsen ingår i NSK tillsammans med landstingen och

sjukvårdsregionerna, SKL, Läkemedelsverket, SBU, TLV och Folkhälso-myndigheten. Läkarsällskapet och Sjuksköterskeföreningen ingår också som aktörer i gruppen.

De sex sjukvårdsregionerna i NSK har etablerat nationella programråd för att vidareutveckla samverkan om kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Syftet med programråden är att utjämna variationerna i svensk hälso- och sjukvård.

Under 2012 etablerades det första nationella programrådet inom diabetes med syftet att samverka nationellt för en mer jämlik och kunskapsbaserad diabetesvård. Satsningen genomfördes inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och SKL. Utifrån de förbättringsområden som Socialstyrelsen uppmärksammade i sin utvärdering av diabetesvården 2011 har programrådet under 2012 föreslagit åtgärder [12]. Under 2013 har programrådet fortsatt arbetet genom att ta fram utbildningsprogram för personer med diabetes typ 2, vårdprogram för kommunal hälso- och sjukvård och en behandlingsstrategi för personer med höga blodsockernivåer.

Kunskapsguiden når personal inom hälso- och sjukvården

Sedan 2011 finns en nationell webbaserad plattform, Kunskapsguiden [26]. Syftet med Kunskapsguiden är att samla befintlig och ny kunskap inom psykisk ohälsa, vård och omsorg om äldre samt evidensbaserad praktik. Målet är att Kunskapsguiden ska kunna erbjuda bästa tillgängliga kunskap samt stöd och vägledning för hälso- och sjukvårdens personal.

Kunskapsguiden samlar också webbutbildningar från olika aktörer som syftar till att stödja hälso- och sjukvård och socialtjänst i tillämpningen av bästa tillgängliga kunskap. Alla utbildningar vänder sig till specifika yrkesgrupper, men är tillgängliga för alla. Under 2013 fanns ett flertal utbildningar tillgängliga på Kunskapsguiden med ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

- *Depression och ångestsyndrom – stöd till införande av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer* är en webbaserad handledning som ska ge stöd i arbetet med att införa riktlinjerna i vårdverksamheter.
- *Demens ABC* är Svenskt Demenscentrums webbutbildning som baseras på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.
- *Psykosociala insatser vid schizofreni* är en webbutbildning som ska stödja och underlätta för vårdverksamheter att införa och arbeta med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni och liknande psykoser.

Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer utifrån bästa tillgängliga kunskap och lämnar rekommendationer till vård och omsorg. Myndigheten genomför även utvärderingar av rekommendationerna, som sedan till exempel ligger till grund för uppdateringar av riktlinjerna. Nedan beskrivs vilka riktlinjer, rekommendationer och utvärderingar som har genomförts under 2013.

Riktlinjer för cancervården har uppdaterats

Socialstyrelsen har under 2013 publicerat uppdaterade och preliminära nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård [27]. Riktlinjerna pekar ut vilka de bästa åtgärderna är och vilka som inte bör användas alls.

Riktlinjerna innehåller även indikatorer för att det på nationell, regional och lokal nivå ska vara möjligt att följa upp hur hälso- och sjukvården använder Socialstyrelsens rekommendationer. Indikatorerna inom bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård har också målsatts, vilket innebär att vården får tydliga kvalitetsmål att sträva mot.

Under våren 2013 har myndigheten diskuterat riktlinjerna tillsammans med huvudmännen och andra intressenter på olika regionala konferenser runt om i landet. Utifrån deras synpunkter bearbetas riktlinjerna till en slutlig version som kommer att publiceras under våren 2014.

Riktlinjer för psykisk ohälsa har tagits fram

Socialstyrelsen har under 2013 tagit fram nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd [28]. De nya riktlinjerna är ett komplement till riktlinjerna om psykosociala insatser vid samma tillstånd som publicerades 2011 [29].

Riktlinjerna har tagits fram som del av regeringens särskilda satsning på psykisk ohälsa. En del av Socialstyrelsens uppdrag har varit att revidera de befintliga riktlinjerna på området. Socialstyrelsen har genomfört uppdraget i samverkan med SBU och Läkemedelsverket.

SBU har tagit fram ett vetenskapligt underlag i form av den systematiska litteraturoversikten *Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation* [30]. Samtidigt har Läkemedelsverket utifrån samma underlag publicerat behandlingsrekommendationer för denna patientgrupp [31,32]. De båda myndigheternas rekommendationer kompletterar varandra. Medan Socialstyrelsen ger rekommendationer om läkemedelsval vid olika tillstånd, beskriver Läkemedelsverket bland annat läkemedelssäkerhet och behandling hos barn, ungdomar och äldre.

Riktlinjerna om antipsykotisk läkemedelsbehandling är preliminära. Den slutliga versionen publiceras under 2014. Vid nästa uppdatering av rekommendationerna om läkemedelsbehandling respektive psykosociala insatser kommer dessa riktlinjer att göras om till en gemensam.

Det sjukdomsförebyggande arbetet fortsätter

År 2011 kom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [33]. Riktlinjerna innehåller rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Under 2013 har Socialstyrelsen tagit fram ett flertal material för att stödja hälso- och sjukvårdspersonalen vid införandet av dessa riktlinjer. Allt material finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats och kan både laddas ner och beställas.

Socialstyrelsen har även kartlagt landstingens behov av stöd för utbildning [19]. Kartläggningen visar att landstingen framför allt behöver stöd för att

utbilda personalen i hur man kan föra samtal om matvanor. År 2012 påbörjades en förstudie av en sådan webbutbildning och i början av 2014 kommer utbildningen att vara färdig att lansera.

För att kunna följa upp riktlinjerna har Socialstyrelsen tagit fram 12 nya koder för att kunna registrera de vårdåtgärder som hör till levnadsvanorna. Några landsting har i pilotprojekt infört dessa koder i primärvården. Region Skåne har till exempel tagit fram en informationsstruktur för att följa upp landstingens insatser för att minska användningen av tobak. Under 2013 har Socialstyrelsen byggt vidare på dessa delprojekt och tagit fram informationsstrukturer⁹ även för alkoholbruk, fysisk aktivitet och matvanor.

Utvärdering av de nationella riktlinjerna

Under 2013 har Socialstyrelsen publicerat tre utvärderingar: en för depression, ångest och schizofreni, en för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård och en för tandvård.

Utvärderingen av nationella riktlinjer inom psykiatrisk vård och omsorg visar att personer med psykisk sjukdom riskerar att få sämre hälsa, ökad dödlighet och sämre levnadsförhållanden jämfört med befolkningen i övrigt [34]. Det finns en ökad risk för dödlighet i kroppsliga sjukdomar för personer med psykisk sjukdom. Till exempel är dödligheten bland män som har schizofreni åtta gånger högre än bland befolkningen i övrigt. Även personer med depressionssjukdom har en förkortad livslängd, drygt 20 år kortare för kvinnor och 17 år kortare för män.

Ytterligare resultat från utvärderingen visar att få personer erbjuds psykologisk behandling inom primärvården. Bara varannan vårdcentral uppger att de kan möta patientens behov. Hälften av vårdcentralerna har mindre än en heltidstjänst för psykologisk behandling.

Resultatet från cancerutvärderingen redovisas under avsnittet *Jämlig vård* och utvärderingen av tandvården i kapitlet *Tandhälsa och tandvård*.

Rekommendationer om palliativ vård har publicerats

Socialstyrelsen har även publicerat den slutliga versionen av *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård* [35]. Detta kunskapsstöd innehåller rekommendationer och annan vägledning för den palliativa vården, i syfte att bland annat ge stöd för regionala och lokala vårdprogram. Det innehåller också definitioner av termer inom området, nationella indikatorer och en vägledning för hur olika aktörer kan samverka.

Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd och det nationella vårdprogram för palliativ vård som Sveriges regionala cancercentrum (RCC) publicerade 2012 [36] kompletterar varandra. De kan tillsammans utgöra en gemensam grund för ett gott omhändertagande av personer i livets slutskede, oavsett diagnos.

Rekommendationer om nationell screening är klara

Socialstyrelsen har vidareutvecklat arbetet med screeningfrågor för att bidra till en ökad nationell samsyn. I mars 2013 publicerades ett förslag till en mo-

⁹ Det vill säga information om vilka åtgärder och vilka övriga variabler som är relevanta för att följa upp levnadsvanorna. Samma koder ska användas i journalsystemen och i kvalitetsregister.

dell för att systematiskt bedöma nationella screeningprogram [37]. Modellen är utvecklad för att kunna tillämpas brett – både på nya och befintliga program för befolkningsbaserad screening. Det innebär att screeningen riktas mot en frisk befolkning för att hitta risker för framtida ohälsa, men inte hos grupper med redan kända risker.

Som en del i utvecklingen av modellen har den samtidigt tillämpats på tre olika screeningprogram inom cancer: bröst-, prostata, - och tjock- och ändtarmscancer. Det har lett till tre preliminära rekommendationer om dessa screeningprogram som publicerades i juni och där slutliga rekommendationer kommer i början av 2014 efter att synpunkterna har kommit in. Screening för bröstcancer med mammografi rekommenderas fortsätta som tidigare och screening för prostatacancer med PSA-prov ska inte införas. Den rekommendation som förändrats mot tidigare är att landstingen bör införa screening för tjock- och ändtarmscancer genom att testa blod i avföringen.

Den psykiatriska heldygnsvården behöver kompetent personal

Socialstyrelsen har utvärderat överenskommelsen mellan regeringen och SKL om förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården [38]. Satsningen har framför allt handlat om personalen och deras kompetens. Socialstyrelsen bedömer att satsningen har haft en positiv inverkan när det gäller att öka personalens ambition, ansvarstagande och engagemang för patienter inom den psykiatriska heldygnsvården. Personalen har också fått mer kunskap om hur de kan driva ett lokalt förbättringsarbete. I satsningen ingick ett stort antal team som har arbetat med genombrottsmetoder för att förbättra kvaliteten inom den psykiatriska heldygnsvården. Resultaten som landstingen redovisar understryker vikten av att personalen har rätt kompetens för att bemöta patienter som vårdas enligt tvångsvårdslagstiftningen.

Socialstyrelsen drar slutsatsen att punktinsatser med statliga stimulansmedel endast i liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som fortfarande finns inom psykiatrin. Sådana förändringar tar ofta tid och behöver bedrivas systematiskt under flera år. Det behövs fortsatta åtgärder för att stärka baskompetensen och specialistkompetensen hos olika personalgrupper.

Socialstyrelsen anser att det behövs ytterligare satsningar på kompetensutveckling inom flera områden som rör den psykiatriska heldygnsvården. Det är avgörande för att kunna bedriva god vård att det finns tillgång till personal med rätt kompetens. Kompetensplanerna pekar på stora regionala skillnader och en majoritet av landstingen har svårt att rekrytera tillräckligt många specialister i psykiatri. Socialstyrelsen ser också att det behövs en nationell yrkesutbildning för skötare. Anledningen till det är bland annat att det saknas en sammanhållen utbildning som ger kompetens att arbeta med psykiatrisk heldygnsvård.

Satsning på specialistutbildning i psykiatri

För att öka intresset hos nyutbildade läkare för en specialistutbildning i psykiatri anslog regeringen totalt 35,7 miljoner kronor till METIS-projektet

(Mer teori i specialiseringstjänstgöringen) under perioden 2007–2012. Projektet drevs av Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) och handlade främst om att utveckla och förstärka specialistkompetenskurserna i psykiatri. Slutrapporten visar att 22 ämneskurser har utvecklats och att 92 kurser hållits för sammanlagt 2 309 kursdeltagare. I rapporten framkommer att METIS-projektet kan ha haft en positiv effekt på den ökade tillströmningen av ST-läkare till de psykiatriska specialiteterna. Om projektet har bidragit till en ökning av antalet nyutfärdade specialistbevis kan ses i statistiken först 2017.

Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete [23]. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (1 kap. 5 § PSL). Enligt 3 kap. 2 § PSL ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

I det här avsnittet redovisar vi den övergripande utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. I kapitlet *Vård och omsorg om äldre* finns mer uppgifter om patientsäkerheten för de äldre, bland annat när det gäller läkemedelsförskrivning.

Nationella satsningar

Den nationella överenskommelsen för att förbättra patientsäkerheten i vården fortsätter. Överenskommelsen löper under 2011–2014. Socialstyrelsen har uppdraget att följa upp överenskommelsen och bedöma i vilken grad landstingen har uppfyllt de grundläggande kraven och målen.

I överenskommelsen för 2013 hade samtliga landsting uppfyllt alla grundkrav och även målen för fyra av de sex indikatorerna. Kraven och indikatorerna var i huvudsak inriktade på att upprätta handlingsplaner för att förbättra patientsäkerhetskulturen. Fokusområden i överenskommelsen handlar om

- strukturerad journalgranskning
- mätningar av trycksår, vårdrelaterade infektioner och överbeläggningar
- följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- användning och tillämpning av olika IT-stöd
- rutiner vid utskrivning för korrekt läkemedelslista
- minskad antibiotikaanvändning.

Strukturerad journalgranskning genomförs

I överenskommelsen för 2013 bestämdes att strukturerad journalgranskning ska utföras inom alla landsting på samtliga sjukhus och även ha inletts på kliniknivå. Samtliga landsting har genomfört sådana mätningar. Under de första sex månaderna 2013 har totalt 9 995 journaler från 63 sjukhus granskats. Samtliga landsting uppger också att de påbörjat journalgranskning på kliniknivå. Resultatet visar att patienter drabbades av en skada i 15 procent

av alla vårdtillfällen. Andelen vårdtillfällen med skada ökade med patientens ålder, däremot fanns det inga könsskillnader. Över hälften av alla skador var övergående, men 44 procent ledde till förlängd vårdtid och drygt 5 procent ledde till bestående skada eller att patienten avled [39].

Rapportering och anmälningar av skador i vården ökar

Antalet patientklagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården har under det senaste decenniet ökat. Patientnämnderna tog emot 29 517 ärenden under 2012 jämfört med 18 546 ärenden år 2000. En förklaring till ökningen kan vara att patienterna i högre grad känner till vart de kan vända sig för att klaga [40].

Tabell 2:2. Patientnämnderna

Avser antal ärenden år 2013, per kön och vårdområde.

Område	Somatisk specialistvård	Primärvård*	Psykiatrisk specialistvård
Vård och behandling			
Kvinnor	4 100	2 018	738
Män	2 856	1 228	613
Ej känt	783	170	75
Bemötande, information, kommunikation			
Kvinnor	1 422	942	375
Män	842		243
Ej känt	198		24
Organisation, regler, resurser			
Kvinnor	2 175	1 272	497
Män	1 743	778	419
Ej känt	316	71	35
Totalt antal ärenden kvinnor och män	14 445	7 109	3 019

* Inkl. mödra- och barnhälsovård.

Källa: Socialstyrelsen.

De vanligaste klagomålen rör somatisk specialistvård med totalt 14 445 ärenden. Kvinnor anmäler oftare än män. Under 2012 gjordes 55 procent av alla anmälningar av kvinnor och 38 procent av anmälningarna gjordes av män.¹⁰ De flesta klagomålen rörde vård och behandling.

Inom den psykiatriska specialistvården gjordes totalt 3 019 anmälningar. Även här gällde anmälningarna framför allt brister i vård och behandling. Kvinnor stod för en något högre andel av alla klagomål även inom den psykiatriska vården.

Patientnämnderna bedömer själva att det är allvarligare behandlingsärenden som ökar. De pekar också på en viss ökning av ärenden som rör vård vid cancersjukdomar.

¹⁰ 7 procent angav inte kön.

Vårdgivaren ska anmäla och utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Denna regel kallas lex Maria (SOSFS 2005:28).

Under de senaste åren har anmälningar enligt lex Maria ökat. Antalet inkomna ärenden ökade från 2 143 år 2012 till 2 225 år 2013.

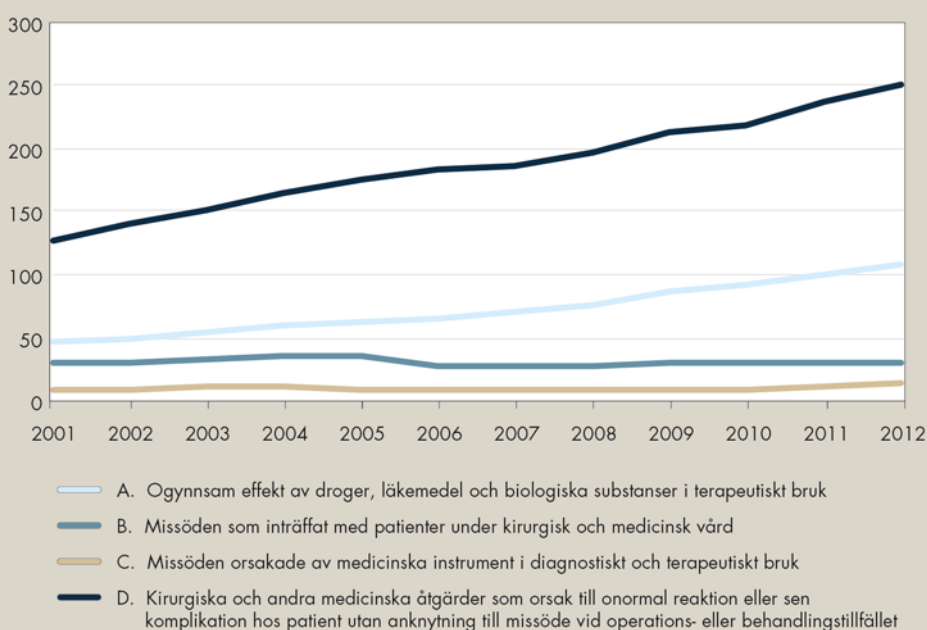
Anmälningar från patienter till patientförsäkringen har också ökat. Men det är fortfarande bara en mindre del av alla skador som inträffar som blir rapporterade och benägenheten att rapportera in händelser är låg [41]. Inom ramen för patientsäkerhetsöverenskommelsen har landstingen utarbetat handlingsplaner med åtgärder som syftar till att förbättra patientsäkerhetskulturen, bland annat för dessa anmälningar.

Vårdgivarnas rapportering av olika skador till patientregistret ökar också. Patientregistret omfattar alla patienter som vårdas i slutenvård och öppen specialiserad vård. Den ökande rapporteringen gäller komplikationer hos patienter som har orsakats av vårdens behandling men utan att ett missöde inträffade under vårdtillfället (linje D i figur 2:10) samt läkemedelsbiverkningar (linje A i figuren). Rapporteringen av missöden är relativt konstant över åren (linje B och C i figuren).

Figur 2:10. Yttre orsaker till skador och förgiftningar

Antal skadade patienter per 100 000 invånare. Totalt, alla åldrar.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patienterna kan anmäla vårdskador till patientförsäkringen vid Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) och få ersättning för skador som hade gått att undvika. År 2012 anmäldes omkring 12 900 skador till LÖF. Det är en ökning med 9 procent jämfört med 2011 [42]. Ökningen bedöms delvis vara en följd av den nya patientsäkerhetslagens krav i 3 kap. 8 § om skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador (2012:957). Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada om möjligheten att begära ersättning. Ett annat skäl till ökningen, menar LÖF, kan vara att landstingen arbetar alltmer aktivt med patientsäkerhet, vilket ökar kunskapen om försäkringen. I 39 procent av ärendena som beslutades 2012 beviljades patienten ersättning. Skador inom ortopedi, kirurgi och verksamheter med stora operationsvolymen är de som anmäls mest till patientförsäkringen LÖF. Vanligast är skador som inträffar i samband med en operation. Det kan till exempel vara infektioner, blödningar, skadade kärl och nerver, skelettskador vid protesinläggningar, och tryckskador som orsakas av att en

sövd patient läggs upp på fel sätt. Andra skador beror på försenade eller uteblivna diagnoser.

Under 2012 betalades det ut totalt 477 miljoner kronor i ersättningar till patienter och efterlevande i Sverige.

Överbeläggningar ökar

Överbeläggningar och utlokalisering av patienter blir allt vanligare. Socialstyrelsen har i sina granskningar av vården upprepade gånger påpekat problemet med överbeläggningar och de olika brister som uppstår när patienter får vårdplatser som inte uppfyller deras vårdbehov. En rad vårdskador kan uppkomma vid överbeläggningar och vid utlokalisering av patienter.

Socialstyrelsen har tillsammans med SKL tagit fram gemensamma definitioner och ett antal indikatorer för att kunna mäta effekter av överbeläggningar och vilka orsaker som ligger bakom bristen på vårdplatser.

Antalet disponibla vårdplatser har minskat under hela 2000-talet fram till 2010 [43]. Antalet vårdplatser 2011 var dock lika många som 2010. Samtidigt har beläggningsgraden av landets vårdplatser ökat under hela 2000-talet. De flesta sjukhus beskriver också att de har överbeläggningar dagligen eller varje vecka, och att de lika ofta utlokaliserar patienter. Socialstyrelsen har i sina granskningar av vården upprepade gånger påpekat problemet med överbeläggningar och de olika brister som uppstår när patienter får vårdplatser som inte uppfyller deras vårdbehov. En rad vårdskador kan uppkomma vid överbeläggningar och vid utlokalisering av patienter.

Samtliga landsting har genomfört mätningar av antalet disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliserade patienter och rapporterat till den databas som SKL administrerar. Totalt rapporterades år 2012 uppgifter in från 130 enheter varav 46 är psykiatriska och 84 är somatiska enheter.

Resultaten publiceras månadsvis på SKL:s hemsida. Under september månad 2013 sjönk andelen överbelagda patienter totalt sett från 2,5 till 2,2 överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser [44]. Problemen med överbeläggningar varierar utifrån olika specialiteter. Ett flertal sjukhus har använt mätningarna för att förbättra och omfördela sina vårdplatser.

Socialstyrelsen bedömer att den nationella databasen ger möjlighet till en kontinuerlig uppföljning som bidrar till att patienter i högre grad får tillgång till säkra vårdplatser [45].

Patientsäker läkemedelsanvändning

En stor del av alla de skador som uppstår i vården kan kopplas till användningen av läkemedel. Det finns många olika anledningar till läkemedelsrelaterade problem. Patientsäkerhetsöverenskommelsen och Nationella läkemedelsstrategin är två satsningar som syftar till att minska läkemedelsrelaterade vårdskador, men landsting, myndigheter och andra centrala aktörer arbetar också med en rad egna initiativ. Nedan redovisar vi några aktuella utvecklingsinitiativ inom läkemedelsområdet.

När det gäller läkemedlets egenskaper är det i första hand Läkemedelsverkets och dess europeiska motsvarighet EMA som ansvarar för att säkerställa att riskerna med att använda ett läkemedel inte är oproportionerliga i förhål-

lande till nytta. Som ett led i den Nationella läkemedelsstrategin tar Läke- medelsverket fram en elektronisk biverkningsrapportering från sjukvården som även gör det möjligt att återkoppla tillbaka till sjukvården.

Tillgång till korrekt information om patientens läkemedel

Olämpliga läkemedelskombinationer och oavsiktlig dubbelmedicinering är exempel på patientsäkerhetsrisker som kan uppstå när ordnatören inte har en samlad bild av patientens läkemedelsanvändning. I dag finns denna information spridd i olika system, vilket är bakgrunden till att landstingens e-hälsoorganisation CeHis nu skapar en nationell läkemedelslista som blir en del av den sammanhållna journalföringen. Även detta projekt är knutet till läkemedelsstrategin. Listan, som kommer att lagras i Nationell ordinationsdatabas (NOD), kommer att ge behörig personal en heltäckande bild av patientens läkemedelsanvändning, oavsett vem som gjort ordinationen och var. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att skapa en nationell databas för ordinationsorsak. Till en början kommer den att innehålla farmakologiska ordinationer i öppenvården. Informationen om ordinationsorsak kommer att lagras i den nationella databasen.

Läkemedelsfel i vårdens övergångar

Socialstyrelsen anser att läkemedelsfel i vårdens övergångar är ett område som behöver förbättras. Idag brister ofta kommunikationen och informationsöverföringen mellan olika vårdenheter, men även mellan hälso- och sjukvården och patienterna. Landstingens arbete med den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet handlar om att förbättra rutiner för att förebygga dessa problem. Det behövs till exempel bättre och tydligare rutiner för läkemedelsavstämningar för att förebygga läkemedelsfel när patienter skrivs in eller ut från sjukhus, byter vårdenheter eller vårdnivå. Att komma till rätta med fel i vårdens övergångar blir dessutom allt viktigare på grund av att patientens rörlighet ökar genom det fria vårdvalet, större specialisering inom vården och tillämpningen av vårdgarantin. Ökad rörlighet leder till att patienter idag ofta har kontakt med flera vårdgivare som var och en registrerar och förvaltar journalinformation lokalt. Sammanhållen journalföring mellan öppen- och slutenvården samt e-hälsoprojektet Nationell patientöversikt (NPÖ), är två av de projekt som pågår för att delvis lösa behovet av smidigare informationsöverföring. Socialstyrelsen ser positivt på dessa initiativ.

Antibiotikaresistens ett allt större problem utanför vården

Antibiotikaresistens bidrar till ökad sjuklighet och dödlighet i bakteriella infektioner, vilket medför både personligt lidande och stora kostnader för samhället. Antibiotikaanvändningen är ett av flera insatsområden som är viktiga i arbetet mot antibiotikaresistens. Viktigt är också arbetet för en god vårdhygien. Vårdmiljöer innebär speciella risker, dels ökad resistensutveckling på grund av hög antibiotikaanvändning, dels risk för spridning av bakterier till patienter med nedsatt infektionsförsvar.

Antibiotikaresistenta bakterier sprids inte längre bara inom vård och omsorg, utan återfinns allt mer även i andra delar av samhället. Det märks bland

annat när det gäller MRSA-bakterier¹¹, som de senaste åren huvudsakligen hittats bland personer som inte har smittats i vården. Antalet fall av MRSA-bakterier i befolkningen har ökat under det senaste decenniet. År 2001 rapporterades 425 fall, jämfört med 2 097 fall rapporterades [7]. Ökningen är störst i yngre åldersgrupper. Det är svårt att stoppa spridningen och utvecklingen av resistens i samhället, och för att ha kvar verksamma antibiotika krävs att det används vid behov och på rätt sätt.

För att bromsa utvecklingen med antibiotikaresistens krävs också en samordnad insats. Därför har Socialstyrelsen tillsammans med Jordbruksverket fått ett regeringsuppdrag att ansvara för en nationell samverkansfunktion mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Samverkansuppdraget innefattar bland annat vård och omsorg och pågår fram till 2017. En nationell samverkansgrupp bestående av 18 myndigheter och Stramarådet¹² har bildats. Under 2014 ska en handlingsplan för samverkan tas fram.

Antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka

Spridningen av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka i Sverige och under 2012 har ett flertal utbrott med antibiotikaresistenta bakterier rapporterats på sjukhus och inom annan vård.

Nedan beskrivs två varianter av tarmbakterier som blir allt vanligare som orsak till infektioner på sjukhus. Inom sjukvården är förkortningen för dessa bakterier ESBL¹³ och VRE¹⁴.

Tarmbakterier med så kallad ESBL-produktion är ett exempel på ett ökande problem. År 2012 anmäldes 7 225 sådana fall, vilket är en ökning med 28 procent jämfört med 2011. ESBL förekommer vid urinvägsinfektion, men de flesta fall som diagnosticeras är bärare utan symtom. Ett mindre antal utbrott rapporterades 2012, framförallt från neonatalavdelningar och äldreboenden. ESBL-bakterier är ofta multiresistenta, men kan i allmänhet behandlas med en typ av brett verkande antibiotika. Ett särskilt hot är därför utvecklingen av en variant av ESBL¹⁵ där bakterierna också är resistenta mot den bredverkande antibiotikan. Socialstyrelsen införde 2012 anmälningsplikt för laboratorier samt smittspårningsplikt.

VRE är en annan viktig orsak till vårdrelaterade infektioner, framför allt bland högriskgrupper som intensivvårdspatienter. Prematura barn är en annan sårbar grupp patienter med en högre infektionsrisk. Under 2012 fick ungefär fem procent av alla neonatalvårdade en bekräftad eller misstänkt vårdrelaterad infektion [7]. Trots stora vårdhygieniska insatser i flera län i samband med tidigare utbrott, så ökade det totala antalet VRE-fall återigen under 2012 [46].

Antibiotikaanvändningen minskar

Antibiotikaförbrukningen minskar nu för första gången sedan mätningarna infördes 2010. Det finns stora skillnader i olika delar av landet, Västerbotten

¹¹ Meticillinresistenta bakterier.

¹² Stramarådet är ett rådgivande organ med syfte att bistå Smittskyddsinstitutet. Den 1 januari 2014 avvecklades Smittskyddsinstitutet och Folkhälsomyndigheten övertog myndighetens uppdrag.

¹³ Extended spectrum beta-lactamase, ESBL, är ett samlingsnamn för mer än 500 olika enzymer.

¹⁴ Vankomycinresistenta enterokocker.

¹⁵ ESBL_{CARBA}

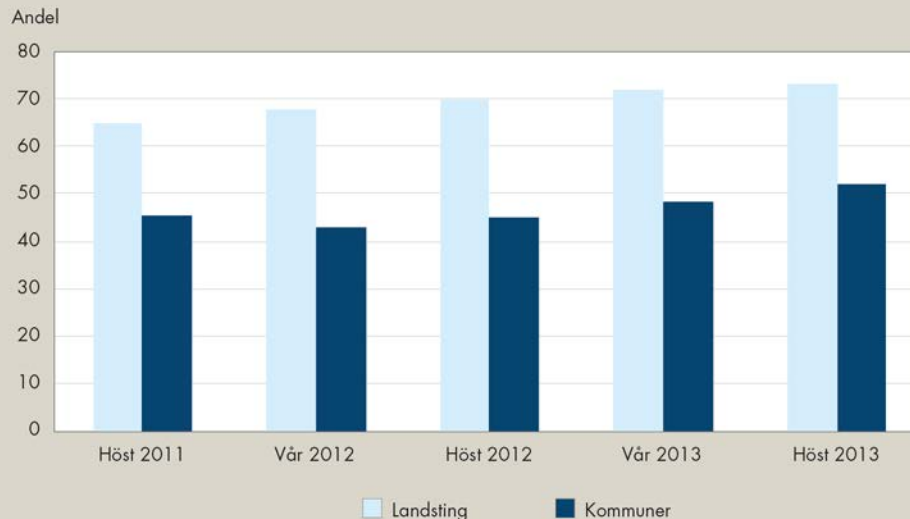
har minst antal utskrivna recept, 272 stycken recept per 1000 invånare och år, medan Region Skåne har flest med 382 recept per 1000 invånare och år [47]. Uppsala och Jönköping står för den största minskningen, där förbrukningen minskade med 12 procent. Det är bland barn och ungdomar som minskningen är som störst, vilket beskrivs närmare i kapitlet *Barn och unga*. Tandvårdens antibiotikaföreskrivning beskrivs i kapitlet *Tandvård och tandhälsa*.

Föreskriften för basal hygien ändras

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är att personalen följer grundläggande hygienregler. En hög följsamhet till hygienrutiner och klädregler kan bidra till en minskad smittspridning. Nationella observationsstudier genomförs regelbundet för att mäta följsamhet inom landstingen och kommunernas verksamheter. Resultatet visar på förbättringar under åren 2011–2013 (figur 2:11). I landstingen följer 74 procent alla klädregler och hygienrutiner. Variationen mellan landstingen är fortfarande stor, mellan 58 procent och 91 procent [48]. Andelen av vårdpersonalen som desinfekterar händerna före kontakt med patienten stiger, men det är samtidigt det område där följsamheten kan förbättras.

Figur 2:11. Följsamhet hygienrutiner

Andel av vårdpersonalen som i landsting och kommuner följer samtliga hygien- och klädregler. Punktprevalensmätningar hösten 2011–hösten 2013.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:19) om basal hygien m.m. inom hälso- och sjukvården revideras för närvarande för att även inkludera den vård och omsorg som regleras i socialtjänstlagen (2001:453). Avsikten är att samma rutiner ska gälla, oavsett vilken verksamhet som utför en vårdinsats. Den reviderade föreskriften planeras att träda i kraft under 2014.

De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är urinvägsinfektion, lunginflammation och hud- och sårinfektion. I genomsnitt förlänger en vårdrelaterad infektion vårdtiden med 4 dygn. Genomsnittskostnaden för en sådan in-

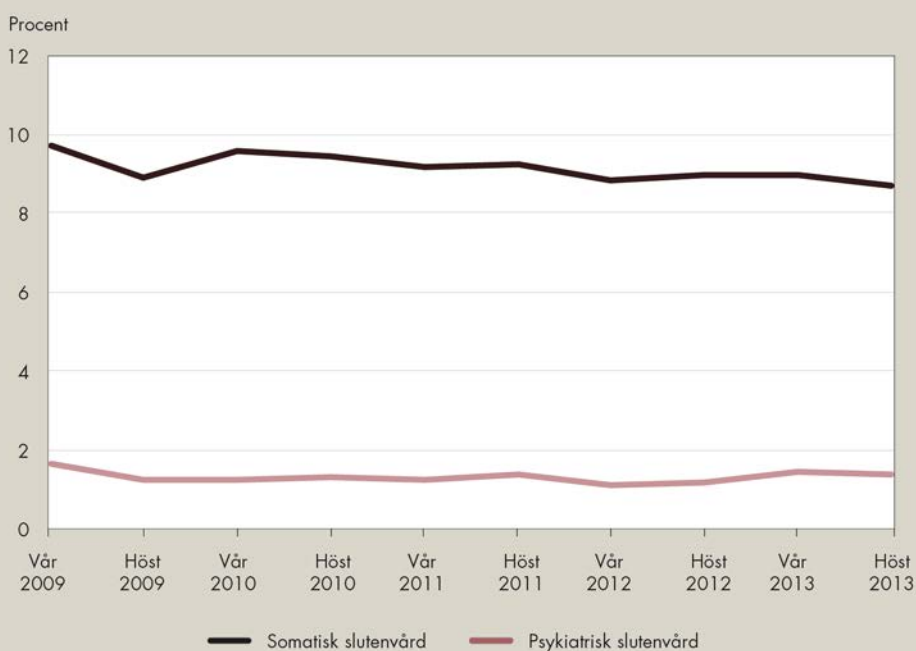
fektion beräknas till 8 000 kronor, vilket totalt innebär en kostnad på 56 miljoner kronor varje år [7].

Den senaste mätningen av vårdrelaterade infektioner genomfördes av SKL under hösten 2013. Andelen infektioner hade då sjunkit något till 8,7 procent, vilket är den lägsta nivån hittills. Mellan landstingen varierade resultatet från drygt 4 procent till knappt 13 procent.

Inom den somatiska slutenvården förekommer vårdrelaterade infektioner i högre grad hos män än hos kvinnor. I figur 2:12 redovisas utvecklingen av vårdrelaterade infektioner inom somatisk slutenvård och psykiatrisk slutenvård.

Figur 2:12. Vårdrelaterade infektioner

Andelen patienter med vårdrelaterad infektion inom somatisk och psykiatrisk slutenvård. Punktprevalensmätningar våren 2009–hösten 2013.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Fortsatt utveckling av Infektionsverktyget

Sveriges Kommuner och Landsting har ansvarat för utvecklingen av ett nationellt enhetligt IT-stöd, "Infektionsverktyget", som ska användas i lokalt förbättringsarbete. Syftet är att förebygga vårdrelaterade infektioner och förbättra kvaliteten i användningen av antibiotika.

Socialstyrelsen anser att Infektionsverktyget bör utvecklas vidare till att även omfatta öppenvården och kommunal hälso- och sjukvård.

Individanpassad hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig. I det här avsnittet redovisar Socialstyrelsen patienternas erfarenheter av vården genom mätningar i den nationella patientenkäten. Myndigheten redovisar även utvecklingen mot en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård.

Patienternas erfarenheter av vården

Ett sätt att följa upp att hälso- och sjukvården bedrivs med god kvalitet är att fråga dem som berörs hur de upplever att vården är och vilken nytta den gör. Landstingen och regionerna har gemensamt beslutat att följa upp patienternas erfarenheter av hälso- och sjukvård genom Nationell patientenkät. Sedan 2009 genomförs enkätundersökningarna på uppdrag av landstingen och samordnas av SKL. Enkäterna skickas hem till slumpmässigt utvalda patienter och innehåller frågor om hur de upplever sin senaste kontakt med vården.

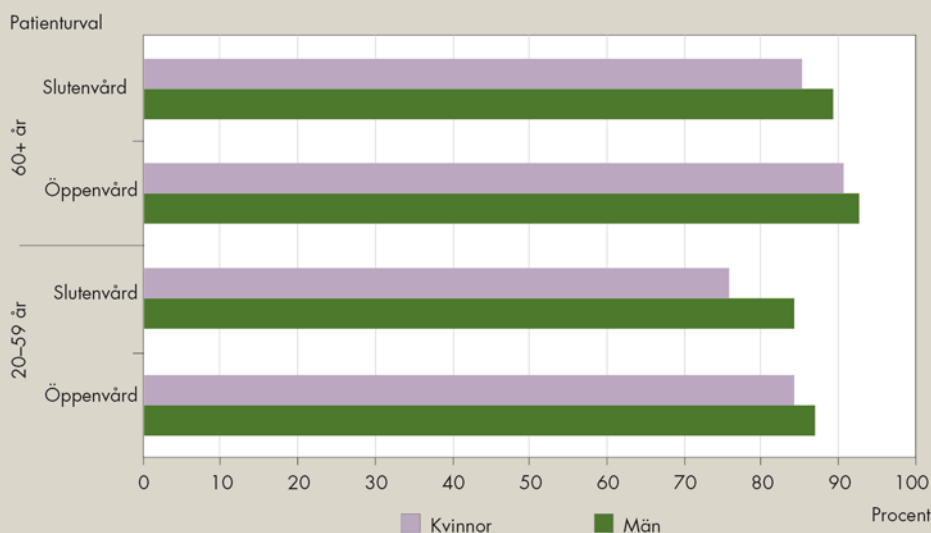
Nedan belyser Socialstyrelsen några av de indikatorer som speglar hur individanpassad vården är utifrån resultaten från den nationella patientenkätens mätningar genomförda under 2012. Två områden redovisas från den nationella patientenkäten, dels totalt antal svarande i mätningar inom akutmottagningar och primärvård, dels en redovisning från mätningen inom den specialiserade öppen- och slutenvården 2012, där ett patienturval gjorts som redovisas i figurer. Den specialiserade öppenvården berör patienter som har besökt en mottagning medan slutenvården berör patienter som varit inlagda på sjukhus. Slutligen ägnas ett avsnitt åt att belysa tillgången till fast vårdkontakt och att beskriva hur patienter inom den specialiserade öppenvården som har uppgett att de är långvarigt sjuka upplever vården.

Många patienter var nöjda med bemötandet

En god hälso- och sjukvård innebär bland annat att patienten upplever ett gott bemötande vid kontakt med vården. Patienterna gav goda omdömen för bemötandet. På frågan om de kände att de blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt svarade mellan 81–89 procent av patienterna som besökt primärvård och akutmottagningar ja, helt och hållet. Genomgående svarade en stor andel patienter att de fått ett gott bemötande inom vården.

Figur 2:13. Bemötande

Andel patienter som svarat "ja, helt och hållet" på frågan: "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?", efter besök inom specialiserad öppen- och slutenvård, 2012.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och landsting.

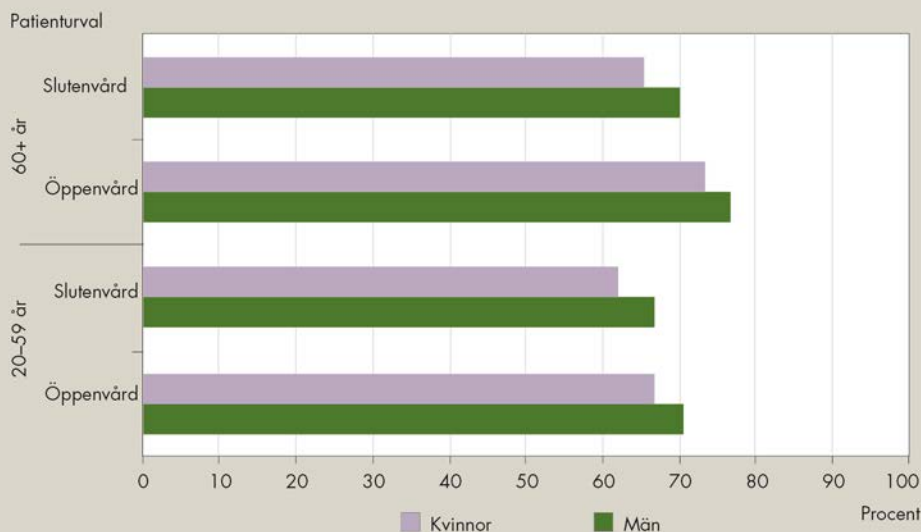
Figur 2:13 visar att äldre personer som fått vård inom den specialiserade öppen- och slutenvården gav något högre betyg på frågan om de fått ett respektfullt bemötande, än vad yngre personer gjorde. Män var nöjdare än kvinnor. Nio av tio patienter i åldersgruppen 60 år och uppåt uppgav att de fått ett gott bemötande inom den specialiserade öppenvården.

Patienter inom specialiserad slutenvård var mindre nöjda med informationen

Att patienter får information för att kunna hantera sitt tillstånd mäts med frågan "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?". Mellan 57 och 60 procent av patienterna som besökt primärvård och akutmottagningar svarade att de hade fått tillräckligt med information. Ungefär sex av tio patienter ansåg de fått tillräckligt med information.

Figur 2:14. Tillräcklig information

Andel patienter som svarat "ja, helt och hållet" på frågan: "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?", efter besök inom specialiserad öppen- och slutenvård, 2012.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och landsting.

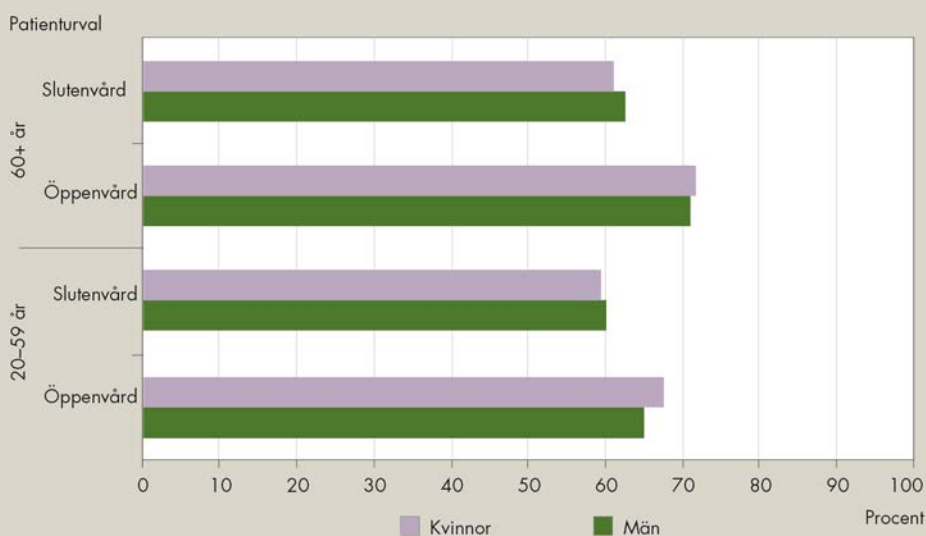
Enligt figur 2:14 svarade sju av tio patienter i åldrarna 20–59 år som besökt den specialiserade öppen- och slutenvården att de fått tillräcklig information om sitt tillstånd. Äldre personer gav något högre omdömen än vad yngre personer gjorde. Patienter i specialiserad öppenvård var mer nöjda med informationen än patienter som besökt slutenvården.

Kvinnor var mer delaktiga i sin vård och behandling

En indikator för patientens delaktighet är att beskriva hur patienten upplever att han eller hon får delta i planeringen och genomförandet av sin vård och behandling. I enkäten ställs frågan "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?". Mellan 59 och 64 procent av de patienter som hade besökt primärvård och akutmottagningar uppgav att de kände sig helt och hållet delaktiga.

Figur 2:15. Delaktighet

Andel patienter som svarat "ja, helt och hållet" på frågan: "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?", efter besök inom specialiserad öppen- och slutenvård, 2012.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Figur 2:15 visar att kvinnor som hade besökt den specialiserade öppen- och slutenvården i högre utsträckning än män kände sig delaktiga i besluten om sin vård och behandling. Delaktighet var den enda fråga där kvinnor uppgav högre omdömen än män. Den specialiserade öppenvården fick högre omdömen än slutenvården.

Patienter saknade fast vårdkontakt inom primärvården

Patienter har enligt lag rätt till en fast vårdkontakt (1982:763). Särskilt för äldre personer och multisjuka, som ofta behöver insatser och stöd från flera håll, är det viktigt med en samordning av dessa kontakter. I mätningen inom primärvården svarade 61 procent av patienterna att de hade en fast vårdkontakt på sin vårdcentral. Nio av tio patienter svarade även att det var mycket eller ganska viktigt att de fick träffa samma läkare vid besök inom primärvården.

Socialstyrelsen har tidigare genomfört en uppföljning som visat att de flesta vårdcentraler och ungefär hälften av sjukhusklinikerna inte tilldelat sina patienter en fast vårdkontakt [49]. Socialstyrelsen gjorde då bedömningen att det fanns ett behov av informations- och utbildningsinsatser och har därefter tagit fram ett flertal broschyrer och handböcker.

Män som är långvarigt sjuka får mer information

Cirka 70 procent av alla patienter inom den specialiserade öppenvården angav att de hade en långvarig sjukdom eller besvär som de haft i över sex månader.

Två av tio patienter som var 60 år eller äldre och långvarigt sjuka svarade att behandlaren inte frågat om tidigare sjukdomar eller hälsoproblem som var

relevanta vid det aktuella besöket. Äldre personer upplever detta i större utsträckning än yngre personer. Ungefär hälften av patienterna angav att de hade varit sjuka i mer än tre år.

En majoritet av de långvarigt sjuka ansåg att behandlaren hade haft en helhetssyn på deras situation när det gällde behandlingen. Det går inte att se några större skillnader i relation till ålder, men däremot svarar män i högre utsträckning än kvinnor att de har fått tillräckligt med information om sin sjukdom och hur den kan påverka deras dagliga liv.

Över 10 procent av patienterna, oavsett kön eller ålder, svarade att det inte gjordes någon vårdplanering inför deras fortsatta besök. Svarsalternativet ”ej aktuellt” har exkluderats i sammanhanget.

Befolkningens inställning till hälso- och sjukvården är fortsatt positiv

Förtroendet för svensk hälso- och sjukvård mäts genom Vårdbarometerns undersökning. Mätningen genomförs årligen och återspeglar den vuxna befolkningens kunskaper om, förväntningar på och attityder till svensk hälso- och sjukvård.

År 2013 omfattar undersökningen samtliga landsting och regioner [20]. Andelen i befolkningen som 2013 uppgav att de har förtroende för hälso- och sjukvården var 60 procent. Samtidigt var variationerna mellan olika landsting och regioner stora. Av de tillfrågade ansåg 78 procent att de har tillgång till den sjukvård de behöver och 63 procent instämde helt eller delvis i påståendet att väntetiderna till besök på vårdcentraler eller motsvarande var rimliga. Resultatet visar på en marginell försämring jämfört med föregående år.

Skillnaderna mellan kvinnor och män är mycket små när det gäller hur de upplever tillgången till vård. Däremot finns det skillnader mellan åldersgrupperna, där de äldre i högre grad upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

Tid för patienten

Sverige har flest antal läkare per tusen invånare jämfört med övriga OECD-länder. Trots det är antalet läkarbesök per invånare och år lågt [50]. I internationella studier tillhör Sverige ett av de sämre länderna när det gäller den tid som patienter och läkare uppskattar att läkarna ägnar åt varje patient.

Läkarbesöken mellan OECD-länderna varierar mellan 6 och 7 konsultationer per person och år. Variationerna beror delvis på kulturella skillnader, men också på skillnader i hälso- och sjukvårdssystemen. I Korea och Japan görs till exempel 13 besök per person och år, jämfört med 3 eller färre besök per person i Sverige. Det låga antalet läkarbesök i Sverige beror bland annat på att sjuksköterskor inom primärvården tar hand om fler besök.

I en internationell jämförelse går det att se att svensk hälso- och sjukvård har vissa brister när det gäller att möta individuella behov och att hålla patienterna välinformerade. Patienterna involveras inte heller aktivt i vården för att uppnå goda vårdresultat. Trots att det har skett en positiv utveckling över tid när det gäller informations- och utbildningsinsatser till patienter går det

att göra mer. En högre patientcentrering¹⁶ i vården skulle kunna ge bättre vårdresultat, och även bidra till att sänka kostnaderna inom vården [51].

Samverkan och samordning mellan olika vårdgivare är ett annat område där hälso- och sjukvården kan förbättras väsentligt. Bristande samordning och samverkan påverkar också patientens upplevelse av vårdkvaliteten. Det är angeläget att samverkan mellan patienten och den som utför vården ökar.

Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning [52]. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad ska sjukvården sträva efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen genom att prioritera dem som har störst behov (2 § HSL 1982:763).

I det här avsnittet redovisar vi hälsoskillnader, skillnader i vård och behandling samt nationella och regionala initiativ för en mer jämlik hälso- och sjukvård.

Skillnaderna i hälsa ökar

Hälso- och sjukvårdens roll i att minska sociala hälsoskillnader har i allt större utsträckning uppmärksamats och diskuterats under senare år.

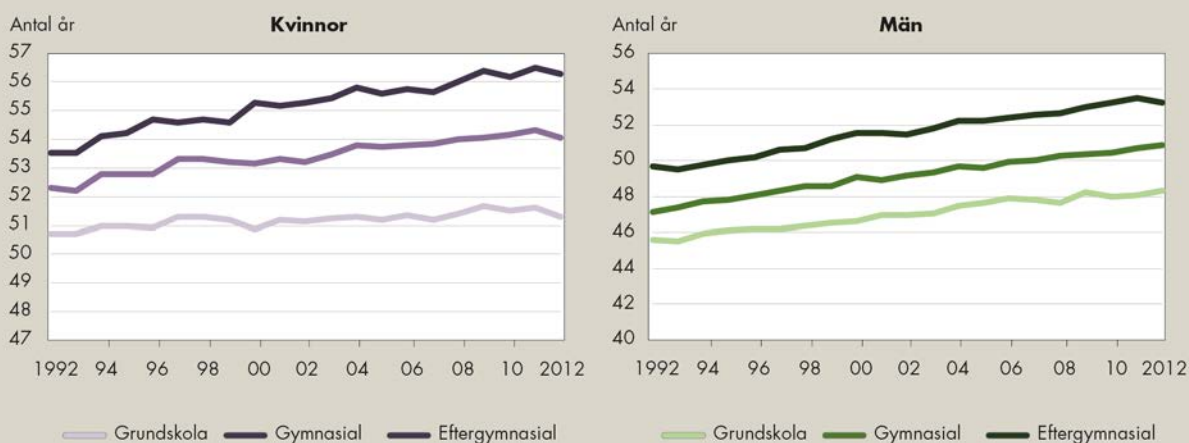
Totalt sett ökar medellivslängden, men inte för alla befolkningsgrupper. Mellan grupper med olika utbildningsnivå skiljer sig till exempel den återstående medellivslängden vid 30 års ålder (figur 2:16). Personer med enbart grundskoleutbildning lever kortare än personer med eftergymnasial utbildning.

Skillnaderna i hälsa har också ökat mellan grupper med olika utbildningsbakgrund. 30-åriga kvinnor med eftergymnasial utbildning förväntas leva i genomsnitt fem år längre än kvinnor med grundskoleutbildning. Denna skillnad har fördubblats sedan 1991. För männen har skillnaden ökat från 4 till 5,5 år under samma tjugoårsperiod.

¹⁶Till exempel att patienten görs delaktig, ses som medaktör och att man utgår ifrån en helhetssyn på patienten.

Figur 2:16. Utvecklingen av livslängder i grupper med olika utbildning

Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå. Perioden 1992–2012.



* Beräkningen inkluderar enbart personer födda i Sverige.

Källa: Statistiska centralbyrån.

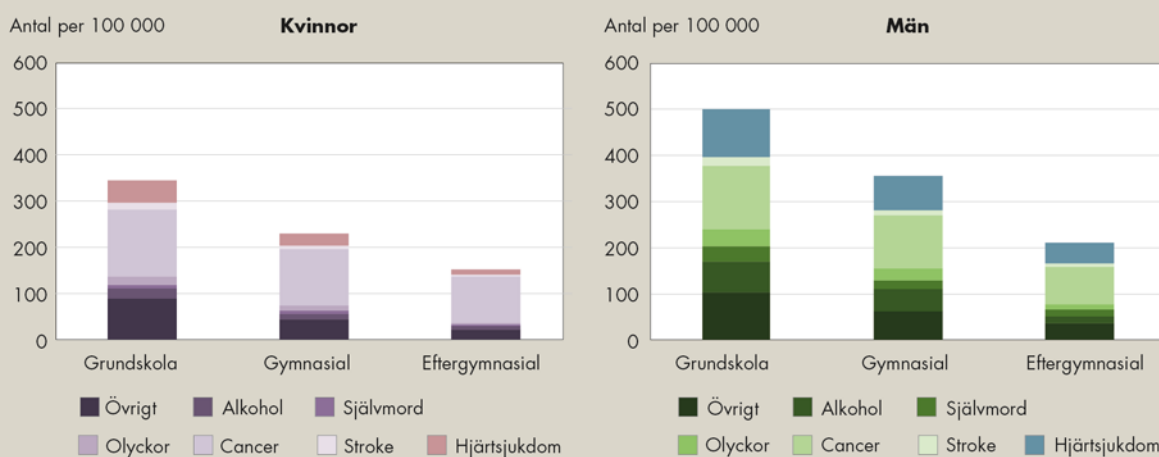
Gruppen med grundskoleutbildning är mindre i dag än för tjugo år sedan. Samtidigt har inkomstklyftorna ökat och osäkerheten på arbetsmarknaden har blivit större, särskilt för personer med kort utbildning. Rökning och övervikt är vanligare bland personer med låg utbildning och starkt förknippade med socioekonomisk utsatthet [6].

Olika utbildningsnivå ger skillnader i dödlighet

Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv är det intressant att se hur dödlighetsmönstret ser ut bland personer med grundskole- och eftergymnasial utbildning. Figur 2:17 visar skillnader i dödlighet mellan utbildningsgrupperna i åldrarna 35–64 år uppdelat på olika dödsorsaker. I denna åldersgrupp har män generellt högre dödlighet än kvinnor. Samtidigt är utbildning en viktig faktor i sammanhanget, eftersom män med eftergymnasial utbildning har betydligt lägre dödlighet än kvinnor med förgymnasial utbildning. Oavsett utbildningsnivå beror de flesta av de förtida dödsfallen på cancer. En anledning till de sociala skillnaderna är rökning som inte minskar bland kvinnor med kort utbildning.

Figur 2:17. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning

Kvinnor och män 35–64 år, genomsnitt 2009–2011. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Bland kvinnor är dödligheten i cancer 50 procent högre bland dem med grundskoleutbildning jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning. Dödligheten i hjärtsjukdom är ungefär fem gånger högre bland kvinnor med grundskoleutbildning. Cancer och hjärt- och kärlsjukdomar står för den största skillnaden i dödlighet mellan kvinnor med eftergymnasial utbildning och kvinnor med grundskoleutbildning.

Bland män är cancerdödligheten 70 procent högre bland dem med grundskoleutbildning och dödligheten i hjärtsjukdomar är drygt två gånger högre jämfört med män med eftergymnasial utbildning. Hjärt- och kärlsjukdomar står för den största totala skillnaden i dödlighet mellan män med eftergymnasial utbildning och grundskoleutbildning. Alkohol, olyckor och självmord är vanligare dödsorsaker bland män än bland kvinnor och står också för en större del av skillnaderna i dödlighet mellan män med olika utbildningsbakgrund.

Mot bakgrund av dessa skillnader har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att analysera vilken betydelse det har för folkhälsan och hälso- och sjukvården att allt fler skaffar sig en högre utbildning, samtidigt som det fortfarande finns grupper med en låg utbildningsnivå. Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter ska samverka med Folkhälsomyndigheten i detta arbete och uppdraget ska slutredovisas i september 2015.

Ojämlig vård och behandling

Öppna jämförelser av jämlik vård publicerades i december 2013 [53]. Jämlik vård speglas genom att olika bakgrundsvariabler, som till exempel utbildningsnivå, kopplas till indikatorer som redan i dag finns tillgängliga. Indikatorerna presenteras utifrån variablerna kön, bostadsort (i form av län), ålder och utbildningsnivå. Socialstyrelsens hälsodataregister har samkörts med SCB:s utbildningsregister. I detta avsnitt presenteras ett antal områden som speglar jämlikhetsperspektivet inom vård och behandling:

- undvikbar slutenvård
- självmord eller självmordsförsök
- regelbunden användning av lugnande/sömnmedel
- hjärtsjukvård
- stroke
- läkemedelsbehandling vid schizofreni.

Undvikbar slutenvård är vanligare bland dem med kort utbildning. När det gäller undvikbar slutenvård¹⁷ finns det skillnader såväl mellan könen som mellan landstingen. Män vårdas i högre utsträckning för de aktuella diagnoserna. Både kvinnor och män med kortare utbildningsnivå slutenvårdas i högre utsträckning. Variationen mellan landstingen är stora och tycks inte heller minska över tid [53].

Kunskapen om vad som ligger bakom undvikbar slutenvård har ökat de senaste åren. En liten grupp sjuka äldre står för majoriteten av återinläggningarna. Ungefär en femtedel av alla återinläggningar av personer som är 65 år eller äldre sker inom 30 dagar. Majoriteten av den undvikbara slutenvården orsakas av diagnoser som astma, diabetes, KOL, hjärtsvikt och kärlkramp. Ett antal akuta tillstånd inkluderas också i definitionen, där rätt behandling som ges inom rimlig tid bedöms kunna förhindra inläggning på sjukhus.

De skillnader som ses beror inte enbart på faktorer som patientens ålder eller socioekonomi. En stor del av skillnaderna kan också förklaras av faktorer inom hälso- och sjukvården, till exempel olika arbetssätt och olika ”trösklar” för inskrivning. I de fall där orsakerna går att åtgärda är det angeläget att vården förhindrar onödiga återinläggningar. Det kan exempelvis göras genom ett förbättrat sekundärpreventivt arbete och omhändertagande i öppna vårdformer.

Stora könsskillnader i självmordsfrekvens

Internationella studier visar att över 90 procent av alla personer som har begått självmord eller genomfört ett självmordsförsök har en psykiatrisk diagnos [10]. Individens sociala situation är viktig, låg inkomst, alkohol- och missbruksproblem och arbetslöshet är alla förknippade med en ökad självmordsrisk. Det går även att se samband mellan länder i ekonomisk kris och självmordsfrekvens i befolkningen. Könsskillnaderna är stora.

Självmordsdödligheten i Sverige fortsätter att vara relativt konstant över tid. År 2012 begicks 1530 självmord, vilket är fler än 2011 och 2010 men något färre än 2009 [53]. Det är stora könsskillnader, och mer än dubbelt så många män som kvinnor begår självmord. Det finns även stora skillnader mellan landstingen, framförallt när det gäller självmord bland män.

Närmare 60 procent av de personer som begick självmord under 2010 hade inte haft kontakt med psykiatrien de närmaste 12 månaderna innan självmordet [34]. Självmordsstatistiken i Sverige innefattar ofta både så kallade säkra och osäkra självmord. De osäkra, där man inte vet om det är ett självmord eller en olycka, brukar uppskattas till ungefär 20 procent av det totala antalet.

¹⁷ Med undvikbar slutenvård menas ett vårdtillfälle där en inläggning eller en återinläggning hade kunnat undvikas.

De senaste åtta åren har självmordsdödligheten inte förändrats och variationen mellan landstingen tycks bestå. Skillnaden är tydlig för män med olika utbildningsnivåer. Män med kort utbildning har betydligt högre självmordsdödlighet. Sedan nittiotalet har skillnaderna ökat [53].

Kvinnor använder oftare sömnmedel eller lugnande medel

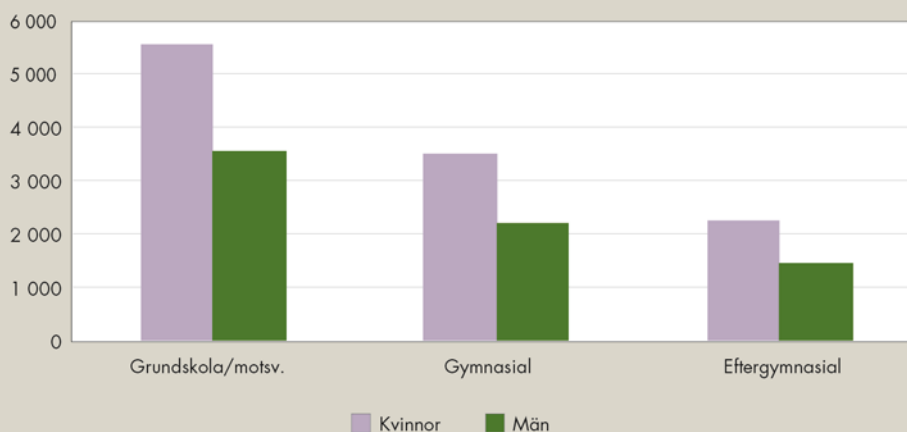
Det finns tydliga könsskillnader i regelbunden användning¹⁸ av lugnande medel och sömnmedel, men även stora skillnader mellan landstingen [53]. Att det finns skillnader i användningen, kan bero på praxisskillnader mellan landstingen i hur man förskriver läkemedlen. Samtidigt kan de skillnader som ses i förskrivning inte helt förklaras av motsvarande könsskillnader i rapporterade sömnbesvär.

Det finns också en tydlig skillnad gällande oro och ångest sett till utbildningsnivå, vilket kan spegla att den psykiska ohälsan är ojämlikt fördelad. Skillnaden i användning utifrån utbildningsnivå är särskilt stor bland kvinnor (figur 2:18). Kvinnor med kort utbildning använder betydligt mer lugnande än kvinnor med lång utbildning.

Figur 2:18. Lugnande medel/sömnmedel

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

Antal per 100 000



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel är godkända för kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De används också för att behandla lindrigare former av oro och ångest. Bensodiazepiner kan ge biverkningar, speciellt vid hög konsumtion och vid långtidsbruk. Den kognitiva förmågan påverkas och medlen kan verka aggressivitetshöjande. De kan även framkalla beroende och missbruk och är narkotikaklassade.

¹⁸ Med regelbunden användning menas personer som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad dygnsdos (DDD) per dag under ett år.

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att fortsatt uppmärksamma skillnader i läkemedelsförskrivning, inte minst när det gäller läkemedel som kan vara beroendeframkallande.

Skillnader i resultat inom hjärtvården

När det gäller resultat inom den svenska hälso- och sjukvården finns det en variation bland vilka patienter som 12–18 månader efter en hjärtinfarkt hämtat ut blodfettssänkande läkemedel [53]. Hög blodfettssnivå är en viktig riskfaktor för förnyad hjärt- och kärlsjukdom. Ungefär 80 procent av patienterna bör ha en blodfettssänkande behandling om man utgår ifrån att bara patienter med förhöjt kolesterolvärde ska behandlas. Flera landsting ligger signifikant under den nivån för kvinnor. Det skiljer cirka 6 procent mellan män och kvinnor och över tid har dessa skillnader ökat. Sett till utbildningsnivå är skillnaderna små.

Dödligheten efter hjärtinfarkt har sjunkit de senaste decennierna, både i Sverige och jämfört med ett internationellt perspektiv [10]. Det beror framför allt på ett allt bättre akut omhändertagande och bättre behandlingsformer. Trots goda resultat finns det skillnader. Jämfört mellan olika länder är dödligheten 30 dagar efter en sjukhusvårdad hjärtinfarkt mellan 3 och 27 procent. Sverige är ett av länderna med bäst resultat.

Återinskrivning eller död efter vård vid hjärtsvikt varierar mellan landstingen [53]. Skillnaderna kan bero på kvalitetsskillnader, olika inskrivningsindikationer och olika diagnossättningspraxis. Hjärtsjukvårdens förändring över tid beskrivs även i avsnittet *Aktuell utveckling*.

Små skillnader inom strokevården

Strokesjukdomar står för ungefär 8 procent av alla dödsfall i OECD-länderna [10]. Den vanligaste formen av stroke, ischemisk stroke, står för 85 procent av alla dessa fall. Den kliniska behandlingen vid stroke har kraftigt förbättrats de senaste decennierna, vilket har lett till en högre överlevnad. Trots det finns det stora skillnader, exempelvis för tillgång till vård vid strokeenheter. Generellt så har länder med bra resultat för sin hjärtsjukvård även bra resultat för sin strokevård. Skillnaderna mellan länderna antas bero på skillnader i det akuta omhändertagandet.

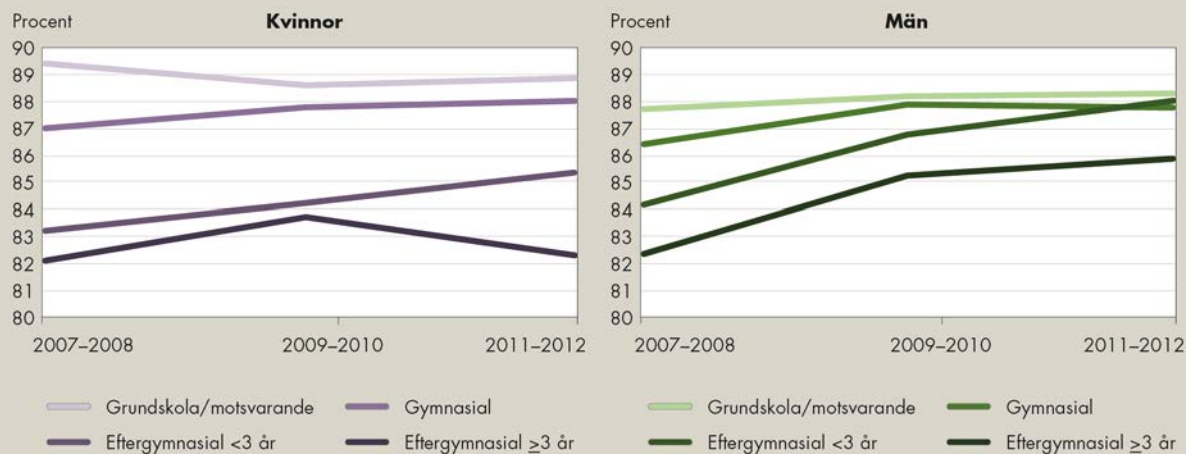
Sett till de svenska resultaten varierar återinskrivning efter stroke mellan landstingen, och ligger på ungefär 9 procent för både kvinnor och män [53]. Det finns skillnader mellan landstingen i hur stor andel av patienterna som förskrivs blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter en stroke. Dessa skillnader beror troligen på olika förskrivningspraxis. Däremot är det små skillnader mellan olika utbildningsnivåer. Strokevårdens förändring över tid beskrivs också i avsnittet *Aktuell utveckling*.

Vanligare att kvinnor får antipsykotisk behandling vid schizofreni
Antipsykotisk behandling är viktigt för patienter med schizofreni. Totalt sett har cirka 87 procent av patienterna som vårdats för schizofreni hämtat ut läkemedel sex månader efter utskrivning [53]. Inga tydliga skillnader ses mellan könen, men det finns skillnader mellan landstingen. När det gäller utbildningsnivåer kan vissa skillnader ses, främst bland kvinnor (figur 2:19).

Kvinnor med lägre utbildningsnivåer får läkemedelsbehandling i något högre utsträckning.

Figur 2:19. Antipsykotiska läkemedel

Andel patienter med antipsykotiska läkemedel 6 månader efter vård för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Patienter 35–79 år, efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Schizofreni är en folksjukdom där hälften av de drabbade löper stor risk för funktionsnedsättning sett i ett långtidsperspektiv. Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd utgör en stor andel av alla som har en psykisk funktionsnedsättning, ungefär 30 000 till 40 000 personer behöver insatser till följd av sjukdomen.

I de nyligen publicerade riktlinjerna för antipsykotisk läkemedelsbehandling av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd visas att kontinuerlig antipsykotisk behandling har effekt på psykotiska symtom och att det minskar risken för tidig död [29]. Antipsykotisk behandling har därför fått högsta prioritet i riktlinjens rekommendationer.

Cancervården är ojämlik

Socialstyrelsen har utvärderat bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervården utifrån indikatorerna i de nationella riktlinjerna för bröst-, kolorektal- och prostatacancervård [54]. Ett särskilt syfte har varit att belysa kvaliteten utifrån socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå och födelseland. Ett annat syfte har varit att ta reda på om det finns skillnader mellan landstingen när det gäller patienternas tillgång till de åtgärder inom diagnostik och behandling som de nationella riktlinjerna rekommenderar.

Utvärderingen visar att det finns stora skillnader mellan de olika landstingen och regionerna. Prostatacancervården uppvisar till exempel stora variationer och landstingens resultat skiljer sig. Socialstyrelsen pekar ut några förbättringsområden inom prostatacancervården. Till exempel att landstingen bör öka andelen män som skelettundersöks vid prostatacancer med hög risk,

att öka andelen aktiv monitorering¹⁹ vid prostatacancer med ”låg risk” samt öka andelen behandlingar med syfte att bota prostatacancer med ”mellan risk” och ”hög risk” [54].

Resultaten för bröstcancervården är genomgående bra. Variationerna är små mellan landstingen och Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen ser positiv ut. En förklaring till detta är att vården har hög följsamhet till rekommenderade åtgärder i nationella riktlinjer och vårdprogram.

Tjocktarms- och ändtarmscancervården har också förbättrats de senaste åren, men fortfarande finns betydande skillnader mellan landstingen.

Utvärderingen belyste även socioekonomiska skillnader. För samtliga indikatorer inom tjocktarms- och ändtarmscancervården hade personer med en lägre utbildningsnivå ett sämre resultat än högutbildade. De fick också i lägre utsträckning de åtgärder inom diagnostik och behandling som rekommenderas i nationella riktlinjer. Samma tendens, fast i mindre utsträckning, fanns även för indikatorerna inom bröst- och prostatacancervården. Utvärderingen pekar på att hälso- och sjukvården kan bli mer jämlik genom att landstingen ökar tillgången till diagnostik, behandling och olika stödjande åtgärder för dem med sämre socioekonomisk situation.

Pågående nationella och regionala satsningar

Regeringen har under 2012–2016 en särskild satsning på jämlik vård. Fokus är bland annat tillgänglighet, ökat patientinflytande, läkemedel, cancervård och vård vid psykisk ohälsa. Skillnader i bemötande vid vård och behandling av olika grupper i befolkningen ses också som angeläget att åtgärda [55]. Flera nationella och regionala satsningar pågår inom området jämlik vård. Ett urval presenteras nedan.

Nationell plattform jämlik hälsa och vård

För att vända trenden med en ökande ojämlikhet inom hälsa och vård har Socialstyrelsen, SKL, Folkhälsoinstitutet, Diskrimineringsombudsmannen (DO) tillsammans med ett flertal organisationer bildat en nationell, myndighets- och organisationsövergripande plattform för jämlik hälsa och vård. Syftet med plattformen är att hitta system och metoder för att identifiera och åtgärda skillnader i hälsa, bemötande och tillgång till vård. Flera andra aktörer har också ställt sig bakom plattformen. 2012 anordnades en första konferens och i mars 2014 anordnas den andra på temat Jämlik vård på lika villkor. Plattformen anordnar också årliga nationella workshoppar.

Socialstyrelsens uppdrag inom jämlikhetsområdet

Socialstyrelsen har flera uppdrag inom området jämlik vård. Öppna jämförelser är ett exempel på publikationer där jämlikhetsaspekten lyfts fram, till exempel genom att resultat redovisas per utbildningsnivå, kön och mellan olika landsting. Från och med 2013 har Socialstyrelsen ett samlat uppdrag från regeringen att årligen fortsätta göra särskilda öppna jämförelser av jämlik vård.

¹⁹ Aktiv monitorering är en metod som innebär att man istället för att operera eller strålbehandla direkt, under tid följer upp patienter med lågrisktumörer för att bedöma vilken behandling som ska ges.

Socialstyrelsen belyser jämlik vård och hälsa i flera rapporter, ofta som ett perspektiv av flera. Under 2013 har myndigheten till exempel publicerat rapporten *Barn och ungas hälsa* och rapporten *Att ha schizofreni och vara utrikesfödd – insjuknande, vård och levnadsförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige* [56].

Socialstyrelsens utvärderingar av hälso- och sjukvården i Sverige har länge visat att vården inte är jämlik, skillnader finns bland annat i tillgänglighet och bemötande. Det finns även skillnader i tillgång till olika vårdinsatser, som behandling med läkemedel och remittering till specialist, där lågutbildade missgynnas. I den lägesbeskrivning av jämlikhet i hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen överlämnade till regeringen 2011 föreslås en rad åtgärder på olika nivåer för att öka jämlikheten i vården [57]. Utbildningsinsatser och ökat fokus på att utveckla vården i utsatta områden är ett par åtgärder som föreslås. Dessutom föreslås förbättrad tillgänglighet för utsatta grupper genom att man identifierar och avvecklar barriärer inom vården, samt att utveckla uppsökande verksamhet i områden med hög ohälsa. Socialstyrelsen föreslår också att regeringen bör överväga att tillsätta en nationell kommission i syfte att minska sociala och regionala skillnader i hälsa och vård.

Regeringen har därefter lanserat en strategi för jämlik vård som till stora delar bygger på Socialstyrelsens rapport. De vårdområden som lyfts fram är cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdom, vård vid psykisk ohälsa, missbruk och beroende samt tandvård. Strategin gäller fram till år 2016.

Socialstyrelsen har under 2012 och 2013 genomfört ett uppdrag att ta fram ett utbildningspaket för vårdpersonal om bemötande (regeringsuppdrag dnr S2012/4531/FS). Myndigheten har samverkat med DO i detta arbete och samrått med SKL, Famna, Vårdföretagarna samt ett antal intresseorganisationer och patientföreningar. I rapporten ger Socialstyrelsen förslag till utbildningsinsatser samt förslag till pilotprojekt för att testa dessa insatser.

Malmökommissionen – ett regionalt initiativ

Hälso- och sjukvården har en viktig roll när det gäller att utjämna hälsoskillnader. Ett exempel på en regional satsning som syftar till att minska den ojämlika hälsan är Malmökommissionen. Kommissionen fick under 2012 i uppdrag att ta fram vetenskapligt underbyggda strategier för hur skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen kan minska. Kommissionens slutrapport innehåller två övergripande rekommendationer som sammanlagt täcker in 24 mål och 72 åtgärder indelade i sex områden [58]. Hälso- och sjukvården är ett av dessa områden där kommissionen föreslår ett flertal åtgärder:

- Att mödrahälsovård ska erbjudas på lika villkor, med fortsatt samverkan med andra aktörer.
- Att barnhälsovård ges förutsättningar att erbjudas på lika villkor, exempelvis genom att hembesök görs till alla familjer med nyfödda barn.
- Att förbättra villkoren för en socialt jämlik mammografiscreening genom att göra den gratis och utforma kallelser på flera olika språk.
- Att analysera läkarbesök i öppenvård för att utreda orsaken till skillnaden mellan läkarbesök och faktisk sjuklighet i olika stadsdelar.

- Att erbjuda hälsokontroller till alla som fyllt 80 år.

SKL:s uppdrag Vård på lika villkor

År 2011 tecknades en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting som gällde insatser för att främja en mer jämlik vård. Överenskommelsen pågår under perioden 2011–2014. Överenskommelsen för 2013 omfattar ett fortsatt genomförande av projektet Vård på lika villkor. Projektet är ett pilotarbete med första linjens hälso- och sjukvård för att identifiera effektiva och innovativa sätt att öka jämlikheten i vården. Fokus är på de grupper som inte nås av vården i dag och grupper som har en ökad risk för ohälsa.

Program för Hållbar jämställdhet

Under perioden 2009–2013 pågick en särskild satsning vid SKL för att säkerställa en mer likvärdig service i kommuner, landsting och regioner. Syftet har varit att utveckla arbetssätt och metoder inom vård och omsorg som ska leda till ökad jämställdhet. Det har till exempel handlat om att utveckla uppföljning utifrån könsuppdelad statistik, genomföra utbildningsinsatser och att utvärdera biståndsbedömd hemtjänst. En av slutsatserna från utvärderingen av satsningen är att det behövs en nationell samordning och styrning av jämställdhetsarbetet [59].

SKL genomför sedan 2006 även en satsning på sjukskrivningsmiljarden. Syftet är att utveckla kvaliteten och effektiviteten i sjukskrivningsprocessen för kvinnor och män. De nationella initiativ som omfattas är bland annat införande av elektroniska läkarintyg, jämställd sjukskrivning och förbättrad kvalitet i läkarintygen.

Socialstyrelsen tar fram rekommendationer för sjukskrivning utifrån sjukdomar och tillstånd. Rekommendationerna är vägledning för läkare och Försäkringskassan. Under 2013 har Socialstyrelsen haft i uppdrag att genomlysas alla diagnoser, för att se om det finns omotiverade könsskillnader i rekommendationerna. Arbetet har genomförts i samverkan med sakkunniga och slutredovisades i december 2013. Resultatet visar bland annat att deltidssjukskrivning oftare rekommenderas vid kvinnodominerade sjukdomar. Informationen om våldsutsatthet och hur det påverkar hälsotillståndet behöver också förtydligas.

Diskriminering i hälso- och sjukvården

Under 2013 tog DO emot 76 ärenden som gällde hälso- och sjukvården. Av dessa handlade 40 ärenden om händelser inom specialistvården och 18 ärenden avsåg primärvården. Ett av de problem som förekommer i anmälningar till DO är kränkande bemötande inom hälso- och sjukvården.

Forskning och erfarenheter som presenteras i olika rapporter visar att vissa grupper av patienter upplever att de får ett sämre bemötande än andra [57,60]. Resultat från Nationella patientenkäten inom primärvård, psykiatrisk och somatisk öppenvård visar till exempel att patienter med annat modersmål än svenska mindre ofta än de som har svenska som modersmål upplever att de får ett gott bemötande när de kontaktar sjukvården.

I mindre undersökningar har det också konstaterats att HBT-personer som grupp i högre utsträckning än heterosexuella undviker att söka vård, trots ett större behov. Brist på tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning riskerar också att utesluta denna grupp från att söka vård på samma villkor som den övriga befolkningen.

DO har de senaste åren haft ett särskilt fokus på diskriminering inom sjukvården. Till exempel har de genomfört en granskning av hur landstingen arbetar för lika rättigheter och möjligheter i arbetslivet. DO ingår i den nationella plattformen för jämlik vård.

Ny lag ger papperslösa samma rättigheter som asylsökande

I juli 2013 trädde en ny lag i kraft som ger utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd samma rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som asylsökande. Den heter lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Lagen ger papperslösa rätt till

- vård som inte kan anstå
- mödrahälsovård
- vård vid abort
- preventivmedelsrådgivning.

I lagen står det att papperslösa har rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som inte kan "anstå". Begreppet innefattar all hälso- och sjukvård och tandvård som bedöms vara nödvändig omedelbart, men även sådan som med en måttlig fördröjning kan medföra allvarliga följder och ett mer omfattande vårdbehov för individen. Barn som lever som papperslösa i Sverige har rätt till subventionerad fullständig hälso- och sjukvård och regelbunden tandvård på samma sätt som bofasta barn. Papperslösa får sammantaget samma rätt till hälso- och sjukvård som asylsökande (lag 2008:344).

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att föreslå hur begreppet "vård som inte kan anstå" kan tillämpas i bedömningar om vård till papperslösa. Arbetet sker i samverkan med SKL och företrädare för vårdprofessionerna. Uppdraget slutredovisas under våren 2014.

Tillgänglig hälso- och sjukvård

Tillgänglighet och väl fungerande vårdkedjor är viktiga kvalitetsaspekter, både i ett patient- och verksamhetsperspektiv. Fragmenterad vård och långa väntetider är en vanlig orsak till klagomål inom hälso- och sjukvården.

I det här avsnittet redovisar Socialstyrelsen tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal, tillgång till behandling och läkemedel samt uppföljning av väntetider inom olika vårdgrenar.

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal

Tillgången till barnmorskor, sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och läkare i förhållande till befolkningen fortsätter att öka. Antalet läkare syssel-

sätta i hälso- och sjukvård har ökat med 13 procent mellan 2006 och 2011, antalet specialistläkare med 11 procent, antalet röntgensjuksköterskor med 3 procent och antalet sjuksköterskor och barnmorskor med 6 procent. Antalet specialistsjuksköterskor har däremot minskat med 15 procent sedan 1995 och med 3 procent sedan 1996 [61].

Rörligheten mellan länderna inom EU- eller EES-området har ökat för hälso- och sjukvårdens personalgrupper. De inflyttade är lika många eller något fler än de utflyttade. Det positiva nettoflödet är störst för läkare.

Trenden att medianåldern ökar för läkare och sjuksköterskor håller i sig. Detta gäller särskilt för specialistläkare och specialistsjuksköterskor. Allt fler väljer också att arbeta fram till och med 67 års ålder, andelen läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård som är 65 år eller äldre har exempelvis ökat från 3 procent 1995 (689 läkare) till 8 procent 2011 (3 043 läkare).

Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan är större än tillgången på läkare, framförallt när det gäller erfarna läkare och specialistläkare och i synnerhet specialister i allmänmedicin och psykiatri. Läkare utbildade i ett annat land kommer även framöver att utgöra ett viktigt tillskott till hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen bedömer också att arbetsmarknaden för sjuksköterskor med grundutbildning präglas av tilltagande brist. Arbetslösheten är låg, etableringsgraden efter examen hög och migrationen låg, vilket tyder på att efterfrågan är minst lika stor som tillgången. Efterfrågan är också stor på vidareutbildade sjuksköterskor, framförallt inom psykiatri och-, anestesi- och intensivvård. Även röntgensjuksköterskor, sjuksköterskor i geriatrisk vård och operationssjuksköterskor efterfrågas. Efterfrågan på specialiserade sjuksköterskor kan förväntas stiga de närmaste åren. Flera landsting har börjat utveckla olika former av utbildningstjänster för att göra specialistutbildningarna mer attraktiva för sjuksköterskor. Det kommer emellertid att ta flera år innan en utökad utbildningstakt kan motverka utflödet i form av pensionsavgångar och övergångar till annan verksamhet.

Besöken inom primärvården ökar

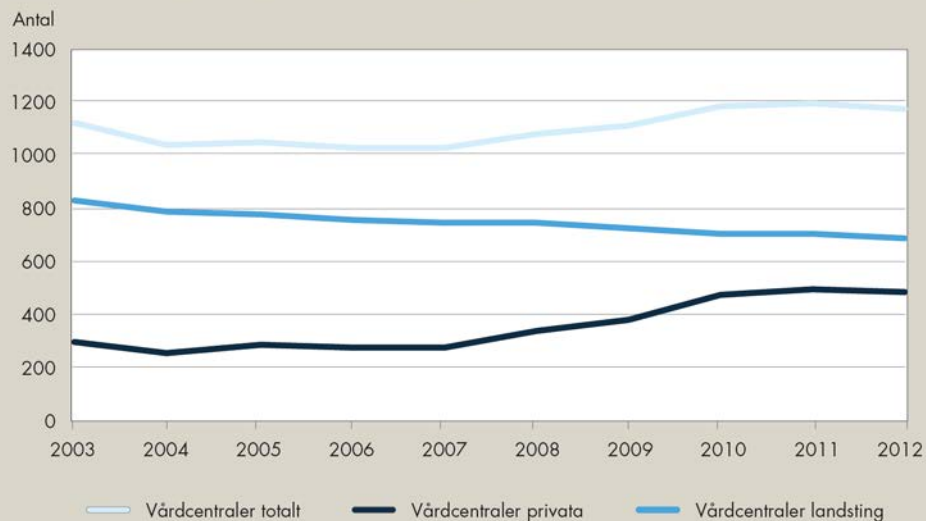
Under 2012 gjordes 26,7 miljoner mottagnings- och hembesök av läkare inom svensk hälso- och sjukvård. Det är en svag ökning jämfört med året innan, då antalet besök var 26,6 miljoner. Av de besök som gjordes 2012 var nästan 14 miljoner besök i allmänläkarvården, ett oförändrat resultat jämfört med året innan [43]. Det är inte läkarbesöken, utan besök hos andra personalkategorier som ökar mest. Hemsjukvård, barnhälsovård och mödravård står för högst andel av de ökande besöken. Under 2012 gjordes totalt 33,4 miljoner besök, jämfört med året innan då antalet besök var 32,9 miljoner.

Om man ser till antalet besök för alla vårdområden gjorde varje invånare 6,9 besök. Om man ser till besöksutvecklingen per vårdområde, så har primärvårdsbesökens ökning avstannat. Besöken till läkare inom den specialiserade psykiatriska vården och inom den specialiserade somatiska vården fortsätter att öka, men inte lika kraftigt som tidigare år.

Det totala antalet vårdcentraler i Sverige har minskat något (figur 2:20). Av alla vårdcentraler drivs nu 42 procent i privat regi.

Figur 2:20. Antal vårdcentraler i Sverige

Totalt antal samt uppdelat på privata och landstingsdrivna vårdcentraler.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Totalt sett har antalet besök ökat över tid, men mellan åren 2011 och 2012 är ökningen inte längre lika kraftig (figur 2:21).

Figur 2:21. Besöksutveckling

Antal besök i landsting och regioner, alla vårdområden, år 2007–2012.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, Sveriges Kommuner och Landsting.

Under 2012 gjordes 17 miljoner besök inom den somatiska specialistvården, om man räknar in hembesöken. De flesta av dessa besök gjordes hos läkare. Antalet vårdtillfällen inom den slutna somatiska specialistvården var drygt

1,5 miljoner år 2012, vilket är en svag ökning jämfört med året innan. Den somatiska dagsjukvården, som bland annat innefattar dagkirurgi, diabetesvård, dialys- och cytostatikabehandling, ökar inte. Produktionen som genomförs av andra vårdgivare har minskat från 6 procent 2011 till 5,5 procent 2012.

Inom den specialiserade psykiatriska vården gjordes nästan fem miljoner besök år 2012. Ungefär 20 procent av mottagningsverksamheten bedrivs av annan vårdgivare, vilket är en svag ökning jämfört med året innan. Antalet vårdtillfällen inom den slutna specialiserade psykiatriska vården var drygt 105 000, också det var en ökning jämfört med föregående år.

Det totala antalet disponibla vårdplatser fortsätter att minska något. Totalt fanns det 2,6 disponibla vårdplatser per invånare under 2012. Överbeläggningar redovisas i avsnittet *Säker vård*. Tillgång till vårdplatser redovisas även i kapitlet *Ekonomiska analyser*.

Öppenvårdsapoteken blir fler

Den 1 juli 2009 omreglerades apoteksmarknaden. Medan det före omregleringen endast fanns en enda kedja som ägde samtliga apotek (statliga Apoteket AB), hade antalet olika apoteksaktörer ökat till 29 under våren 2013 [62]. Även antalet öppenvårdsapotek²⁰ var då betydligt större än motsvarande tidpunkt fyra år tidigare. Den 1 maj 2013 fanns 1 280 öppenvårdsapotek i Sverige jämfört med 924 den 1 juli 2009. Detta innebär en ökning med nästan 40 procent. De flesta nya apotek har etablerats i tätorter.

Vissa problem med tillgång till läkemedel

Ökningen av antalet apotek har lett till en förbättrad geografisk tillgänglighet. Det är nu 90 procent av befolkningen som når det närmaste apoteket inom 10 minuters bilfärd. För större delen av befolkningen, närmare 99 procent, är avståndet kortare än 20 minuter [63]. De genomsnittliga veckoöppettiderna har också ökat och drygt en tredjedel av apoteken har söndagsöppet.

I Statskontorets utvärdering av omregleringen av apoteksmarknaden konstaterar myndigheten att apoteksmarknaden överlag fungerar bra, men att inte alla mål med omregleringen uppfyllts helt. Ett exempel är att bättre geografisk tillgänglighet till ett apotek inte nödvändigtvis innebär att det är lättare för konsumenterna att få tag på de läkemedel de behöver. Statskontoret bedömer att tillgängligheten till läkemedel har försämrats efter omregleringen. En av orsakerna anses vara att fler och genomsnittligt mindre apotek har lett till mindre lager. Etableringen har framför allt skett i områden där det redan finns en hög apotekstäthet.

Frågan om tillgänglighet av läkemedel har även lyfts i Läkemedels- och apoteksutredningens första delbetänkande [64]. Utredaren lämnade ett antal förslag för att förbättra tillgängligheten till läkemedel, bland annat i form av en statlig databas med lagerinformation. Sveriges apoteksaktörer utvecklar redan nu ett system som i realtid kommer att visa tillgängligheten för ett visst läkemedel inom ett visst geografiskt område via de olika kedjornas lagerin-

²⁰ Med öppenvårdsapotek menas apotek som vänder sig till allmänheten, jämfört med slutenvårdsapotek som distribuerar läkemedel på sjukhus.

formation. Information om lagerstatus blir tillgänglig för allmänheten någon gång under 2014 och kommer att finnas på webbplatserna fass.se och sverigesapoteksforening.se.

En annan slutsats i Statskontorets utvärdering är att förutsättningarna för att utföra korrekta receptexpedieringar och ge råd till kunderna har försämrats något efter omregleringen. Ett av underlagen till denna slutsats är en enkätundersökning till apotekspersonal, där mer än hälften säger sig uppleva en försämring inom dessa områden. En förklaring till dessa brister är enligt de anställda att det inte finns tillräckligt med tid vid expedieringen för att ge nödvändig information och rådgivning om hur läkemedlen ska användas.

Mer läkemedel säljs utanför apoteken

Sedan november 2009 är det möjligt att köpa receptfria läkemedel på andra försäljningsställen än apotek. I april 2013 hade sammanlagt 5 670 ställen anmält att de skulle sälja vissa receptfria läkemedel. Det handlar framför allt om varuhus och livsmedelsaffärer, men det går även att köpa receptfria läkemedel på bensinstationer, i närbutiker och i kiosker [65]. Av den totala försäljningen av receptfria läkemedel i Sverige 2012 såldes 82 procent på apotek jämfört med 84 procent året innan. Det var 18 procent som såldes via övrig handel jämfört med 16 procent året innan. I tabell 2:3 presenteras kostnadsfördelningen mellan apoteken och andra försäljningsställen.

Tabell 2:3. Försäljning av egenvårdsläkemedel

Försäljning av egenvårdsläkemedel* uppdelad per försäljningskanal samt totalbelopp, 2009–2012.

Försäljning av egenvårdsläkemedel (i miljoner kronor)						
År	Exklusive moms			Inklusive moms		
	På apotek	Övrig handel	Totalt	På apotek	Övrig handel	Totalt
2009	3 318	104	3 422	4 148	130	4 278
2010	3 136	482	3 618	3 919	602	4 521
2011	3 096	592	3 688	3 870	740	4 610
2012	3 141	712	3 853	3 926	890	4 816

* Ej handelsvaror.

Källa: Apotekens Service AB.

Mätt i DDD²¹ (definierad dygnsdos) utgörs försäljningen av receptfria läkemedel på apotek framför allt av fluorsköljning, smärtstillande läkemedel (mest ibuprofen och paracetamol) samt avsvällande nässpray (xylometazolin och oximetazolin). Även vitaminpreparat och läkemedel som används vid rökavvänjning tillhör de produktgrupper som efterfrågas mycket. Inom övrig handel har smärtstillande medel och avsvällande nässprayer en ännu mer dominerande ställning än på apoteken, medan exempelvis fluorsköljning bara säljs i liten utsträckning.

²¹ DDD, definierade dygnsdoser, är den förmodade medeldosen till vuxna vid underhållsbehandling av läkemedlets huvudindikation. DDD/1 000 invånare/dag är ett sätt att mäta läkemedelskonsumtion i en befolkning.

Väntetiderna vid akutmottagningar visar brister

Socialstyrelsen har sedan 2010 haft regeringens uppdrag att ta fram ett förslag på ett system för att följa väntetider och kvalitet vid akutmottagningar på sjukhus. Via tre enkäter till landstingen har väntetiderna för åren 2012–2013 kartlagts. Resultatet visar på stora skillnader mellan landstingen. Bristerna beror enligt landstingen på problem med jourssystem, överbeläggningar, bemanning samt många patienter med lindriga åkommor.

I december 2013 lämnade Socialstyrelsen en slutrapport om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar till regeringen. Väntetiden på landets akutmottagningar blir allt längre och skillnaderna i landet är stora. I Piteå får genomsnittspatienten vänta i 20 minuter på att träffa en läkare jämfört med genomsnittspatienten på Sahlgrenska akutmottagning som får vänta längst i hela landet, 1 timme och 53 minuter. Genomsnittet för den totala vistelsetiden vid akutmottagningar har ökat över tid och är nu 2 timmar och 46 minuter [66].

Telefontillgängligheten är oförändrad

SKL sammanställer uppgifter om telefontillgänglighet och väntetid till besök hos läkare i primärvården. I den nationella vårdgarantin anges att den som söker primärvård ska få kontakt samma dag och om det finns behov av att träffa en läkare ska det ske inom sju dagar.

Uppföljningarna visar att den genomsnittliga telefontillgängligheten för hela landet har varit närmare 90 procent de senaste åren. För våren 2013 varierade telefontillgängligheten mellan 78 och 99 procent [67].

I mätningen våren 2013 hade 93 procent av alla patienter fått en tid inom sju dagar. Det är ett resultat som varit stabilt under de senaste åren. Variationen mellan landstingen och regionerna är däremot stora. Region Halland och Region Gotland tar emot 98 procent av sina patienter inom sju dagar, medan bara 80 procent av patienterna i Dalarna får ett läkarbesök inom sju dagar.

Oförändrade väntetider inom specialistvård

I den nationella väntetidsdatabasen registreras nationella uppgifter för uppföljning av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Totalt var det 241 941 patienter som hade fått en remiss och väntade på ett besök hos läkare i september 2013. Andelen som hade väntat längre än 90 dagar var 16 procent. Det är en förändring med två procent sedan året innan, vilket innebär oförändrade väntetider.

Den nationella patientenkäten för patienter som vårdats på sjukhus under 2012 visar att 66 procent av patienterna ansåg att väntetiden till behandling var acceptabel. Åtta procent uppgav att de inte hade behövt vänta medan 26 procent ansåg att väntetiden var för lång. Andelen patienter som inte behövt vänta är oförändrad. För övriga resultat ses en svag förbättring jämfört med enkäten år 2010.

Undersökningen för den öppna specialiserade sjukhusvården visar att 48 procent fick en tid för besök så snart de önskade. Det var 40 procent som inte

hade några önskemål och 12 procent ansåg inte att de fick tid så snart som de skulle vilja. Resultatet är relativt oförändrat jämfört med tidigare år.

Kömiljarden fortsätter

Under många år har försök gjorts att åtgärda långa väntetider inom hälso- och sjukvården genom nationella och lokala initiativ. Vårdgarantier har funnits i olika former de senaste tjugo åren. År 2010 blev vårdgarantier för besök och behandling lag (2010:243) och mellan åren 2009 och 2011 överfördes stimulansmedel från staten till landstingen genom den så kallade kömiljarden. Villkoren för att ta del av dessa medel var att landstingen uppfyllde vissa nationellt fastställda mål för väntetider inom den specialiserade vården. Kömiljardsatsningen fortsätter under perioden 2012–2014.

Villkoret för att under 2012 få del av kömiljarden var att landstingen erbjöd minst 70 procent av patienterna besök i den specialiserade vården inom 60 dagar och behandling inom 60 dagar. Nio av tio landsting uppfyllde något av kriterierna. Resultatet varierar mellan de olika landstingen, både generellt och mellan specialiteterna. Drygt 70 procent av alla patienter fick vänta kortare tid än 60 dagar på vård.

Regeringen och SKL träffade under perioden 2007–2011 särskilda överenskommelser om tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri (BUP). I 2012 års överenskommelse ingick en särskild tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa. År 2013 ingår denna satsning i överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Resultatet redovisas sist i detta avsnitt.

Stor spridning i ersättning till landstingen

Kraven på landstingen för att få del av kömiljarden och sättet att följa upp prestationerna har varierat under åren. Under 2012 var det några landsting som inte levde upp till kraven för besök, operation eller åtgärd inom 60 dagar, medan andra landsting klarade kraven fullt ut. Detta ledde till att ersättningen varierade mellan landsting från 0 kronor till 544 kronor per invånare. Spridningen i resultatet visar att väntetidssituationen är mycket olika i landstingen. Spridningen i ersättningens storlek har ökat under åren.

Både positiva och negativa effekter av kömiljarden

Socialstyrelsens uppföljning för åren 2009–2011 visar att kunskapen om vårdgarantin och dess regler i allmänhet är svag hos hälso- och sjukvårdspersonal och bland befolkningen. Kömiljarden har också kritiserats för att ersättningen går till de landsting som redan har korta väntetider. Möjligheten att få ta del av stimulansmedlen riskerar också att leda till att väntetider i andra delar av vårdkedjan än de som omfattas av ersättningen förlängs och att det sker en underrapportering av exempelvis antalet väntande.

De positiva effekter som vårdgaranti och kömiljard lett fram till är ökat patientinflytande över hur och när vården ges. Reformerna har också ökat landstingens motivation till att arbeta med effektivisering och samarbete i vårdkedjorna. Samtidigt har det påpekats att vårdgarantin och kömiljardens inriktning på nybesök ändrar prioriteringarna och medverkar till att andra patienters vårdbehov inte kan tillgodoses på ett bra sätt. Undanträngningen

har dock varit svår att mäta. Socialstyrelsen har genomfört några specialstudier som visat på ett samband mellan förlängda återbesökstider och tidpunkt för mätning av hur landstingen uppfyller kömiljardens krav.

Internationella jämförelser av väntetider

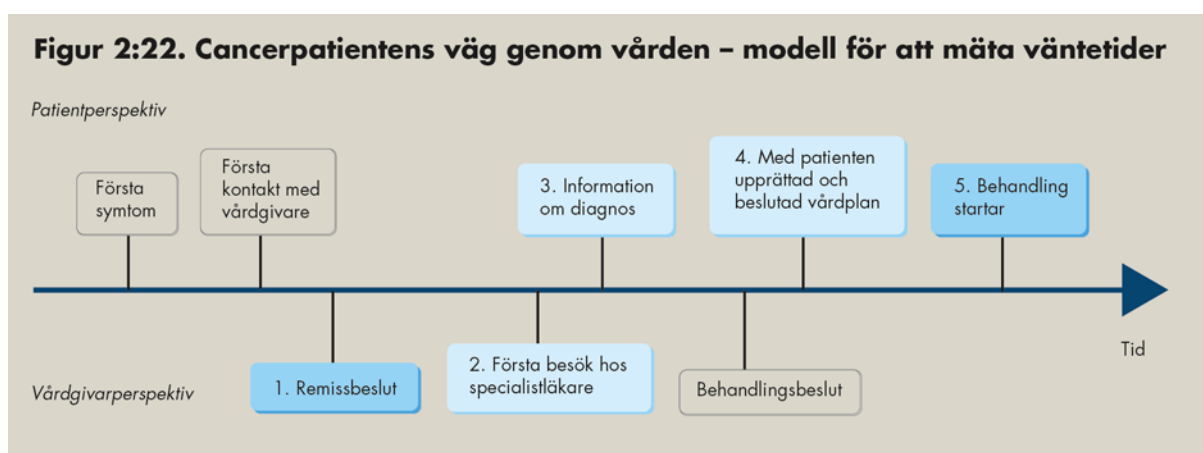
I internationella studier hamnar Sverige ofta i topp vid jämförelser av kvalitet inom olika hälso- och sjukvårdssystem, undantaget väntetider och tillgång till vård. Jämförelser mellan olika OECD-länder visar att väntetiderna skiljer sig kraftigt åt, exempelvis för höft- och knäoperationer och gråstarrsoperationer [10]. Om jämförelsen görs mellan länder som har liknande sjukvårdssystem blir skillnaderna mindre. Till exempel har Kanada, Norge och Storbritannien ungefär lika långa väntetider som Sverige inom planerad kirurgi [68].

Flera länder har infört väntetidsgarantier för att förbättra tillgången till planerad vård. Samtidigt finns det också studier som visar att det skiljer sig mellan olika länder var i vårdprocessen man startar att mäta, vilka vårdområden som mäts och hur patientens väg genom vården ser ut. Detta gör det väldigt svårt att jämföra väntetider.

Långa väntetider inom cancervården

Mycket av cancervården ges i komplicerade processer med flera inblandade parter och i många fall under långa tider. Patienterna ”flyttas” över organisatoriska gränser och vägen genom vården är inte alltid lätt att förutsäga och kontrollera. Komplexiteten i och kraven på den information som behövs för att understödja planeringen och genomförandet av vården är omfattande. För att kunna bedriva en god vård krävs att såväl resultatet som den process som lett fram till detta kan följas och utvärderas.

I samband med utredningen av den nationella cancerstrategin fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en modell för att följa väntetiderna på området. Modellen utgår från ett patientperspektiv och omfattar fem mätpunkter i vårdkedjan mellan remiss om misstänkt cancer fram till behandlingsstart (figur 2:22).



Socialstyrelsen har under 2013 för tredje gången genomfört en mätning av väntetider för nio olika cancerformer [69]. Underlaget till mätningen hämtas från kvalitetsregistren för de olika cancerformerna.

Någon större förändring av väntetiderna har inte skett sedan den första mätningen som genomfördes 2011. Väntetiderna i cancervården är fortfarande långa, och i många fall oacceptabla. De regionala skillnaderna är också stora. Medianväntetiden för prostatacancer är 140 dagar i Västra Götalands län jämfört med 210 dagar i Stockholms län. För flera cancerformer får patienterna i vissa delar av landet vänta tre gånger så länge från remiss till behandling som i andra delar.

Tabell 2:4. Medianväntetid för olika cancerformer

Regionala variationer, förhållande mellan landsting med längsta och kortaste väntetider de senaste tre åren.

Cancerform	Min	Max
Urinblåsa	25	76
Njure	38	105
Prostata intermediär- och högriskgrupp	111	251
Prostata metastaserad	28	102
Huvud- och hals	35	76
Tjocktarm	29	69
Ändtarm	41	76
Lunga	18	56
Malignt melanom	15	55
Bröst	8	32

Källa: Väntetider i cancervården. Delrapport oktober 2013. Stockholm, Socialstyrelsen 2013.

Det finns fortfarande stora skillnader i väntetider för behandling av olika cancerformer. Väntetiden är ofta relaterad till tumörens allvarlighetsgrad. De patienter som vid mättillfället hade en allvarligare tumörform, exempelvis vid prostatacancer, hade kortare väntetider.

Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa

Under 2007–2012 har landstingen fått 1,3 miljarder kronor i statsbidrag för att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Resultatet från Socialstyrelsens uppföljning av tillgänglighetssatsningen visar att väntetiderna till BUP inte har förbättrats under perioden 2011–2013, samt att bemanningssituationen är fortsatt pressad inom många landsting [70]. De neuropsykiatriska diagnoserna fortsätter att öka. Tillgänglighetssatsningen och dess resultat beskrivs mer ingående i kapitlet *Barn och unga*.