

Hälso- och sjukvård

Sammanfattande iakttagelser

- Medellivslängden och överlevnaden i de stora folksjukdomarna som cancer och hjärt- och kärlsjukdom fortsätter att öka. Däremot minskar inte de sociala skillnaderna i förtida död. De socialt betingade skillnaderna är betydligt större än de regionala.
- Antalet läkarbesök i primärvården fortsätter att öka. Ökningen beror bland annat på de satsningar som har gjorts för att förbättra tillgängligheten i primärvården och den styrning som har gjorts för att patienterna i första hand ska vända sig till primärvården.
- Socialstyrelsens prognos visar att genom den ökande utbildningskapaciteten för läkare och med en fortsatt hög invandringsnivå kan tillgången på läkare förväntas öka fram till år 2025.
- Tillgängligheten och bemötande i vården fortsätter att förbättras, men samtidigt finns problem med tillgänglighet för utsatta grupper såsom personer med funktionsnedsättning och psykisk ohälsa. Under 2011 har arbetet för en jämlik hälsa och vård intensifierats hos flera aktörer, inklusive andra myndigheter och flera landsting.
- Socialstyrelsen bedömer att den nya patientsäkerhetslagen har främjat patientsäkerhetsarbetet i vården. Vårdskador anmäls i ökad utsträckning, men betydande utmaningar kvarstår.
- I en aktuell OECD-rapport framstår det svenska hälso- och sjukvårdssystemet som effektivt. Samtidigt har Sverige fler läkare och sjuksköterskor per invånare än OECD-snittet, medan antalet besök per invånare är lägre.

I kapitlet om hälso- och sjukvård beskriver Socialstyrelsen den övergripande utvecklingen inom de olika målområdena för god vård. Inledningsvis belyser vi den aktuella utvecklingen inom några vårdområden. Därefter beskriver vi den övergripande utvecklingen inom de olika områdena för god vård. Beskrivningen fokuserar framför allt på nationella resultat och endast i mindre utsträckning på regionala skillnader. De regionala skillnaderna redovisas i stället i rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* [1]. Skillnader mellan olika grupper i vård och behandling beskrivs mer utförligt i rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård - Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården* [2].

Hälso- och sjukvård som rör barn och unga, äldre, funktionshindrade och personer med missbruk beskrivs i särskilda kapitel.

Aktuell utveckling

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av folkhälsa och hälsofrämjande åtgärder. Även vårdvalssystemet, tillgången till vårdpersonal samt utvecklingen inom läkemedelsområdet berörs. I slutet av avsnittet sammanfattar vi utvecklingen inom fyra olika vårdområden: cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdomar, diabetesvård samt psykiatrisk vård.

Livslängden ökar, och färre röker men fetman ökar

Medellivslängden i Sverige fortsätter att öka, och år 2010 var den 83,5 år för kvinnor och 79,5 år för män [3]. Ökningen beror på att dödligheten i de flesta sjukdomar fortsätter att minska [4]. Folkhälsans utveckling i övrigt beskrivs i årsrapporten för folkhälsa som publiceras i mars 2012.

Flera av folksjukdomarna kan förebyggas med hälsosamma levnadsvanor [5]. Exempelvis kan 80 procent av all kranskärslssjukdom och stroke förebyggas liksom 30 procent av all cancer [6,7]. Personer som inte röker men som äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiva och har en måttlig alkoholkonsumtion lever i genomsnitt 14 år längre än dem som har ohälsosamma levnadsvanor.

I Sverige rökte 13 procent år 2010 och denna andel har långsamt minskat sedan 2004 [8]. För de övriga levnadsvanorna ses ingen förändring under åren 2004–2010, utan cirka 13 procent har ett riskbruk av alkohol, 14 procent har en stillasittande fritid och 26 procent äter för lite frukt och grönsaker. Andelen överviktiga har inte heller förändrats och är cirka 35 procent. Däremot har andelen med fetma ökat till cirka 14 procent och ökningen gäller båda könen. Män äter mindre frukt och grönt än kvinnor och dricker mer alkohol. Fler män än kvinnor är också överviktiga. Däremot röker kvinnor mer och är mindre fysiskt aktiva än män. Uppgifterna kommer från den nationella folkhälsoenkäten som riktar sig till vuxna personer i åldern 16–84 år.

Många personer med ohälsosamma levnadsvanor vill förändra sina levnadsvanor och flera anser sig behöva stöd för att göra det [9]. Andelen som vill ha stöd är en tredjedel bland dagliga rökare och personer med låg fysisk aktivitet. Andelen är lägre bland personer med lågt intag av frukt och grönsaker samt personer som har ett riskbruk av alkohol, 6–7 procent.

Vården tar oftast upp motionsvanor

Hur vanligt är det då att levnadsvanor diskuteras i samband med besök i vården? I de nationella patientenkäterna 2009 och 2010 ställdes frågor om detta till patienter som hade besökt primärvården, och resultaten är lika för de båda åren. Vanligast är att motionsvanor diskuteras (22–23 procent) och därefter kommer matvanor (16–17 procent), tobaksvanor (15 procent) och sist alkoholvanor (9 procent) [10,11].

Enligt Vårdbarometerns undersökning år 2010 instämmer 74 procent av patienterna helt eller delvis i att det är positivt att läkare eller annan vårdpersonal tar upp levnadsvanor [12]. Dessutom anser 71 procent att sjukvården ska kräva att patienterna ändrar sina levnadsvanor i stället för att skriva ut läkemedel, i de fall där motion och bättre kostvanor ger lika bra eller bättre effekt än läkemedel.

Riktlinjer ska stödja det sjukdomsförebyggande arbetet

I november 2011 publicerade Socialstyrelsen slutversionen av *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* [5]. Riktlinjerna innehåller metoder för att sjukvården ska kunna stödja människor att förändra ohälsosamma levnadsvanor och omfattar tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har fått ett positivt mottagande i alla landsting. Landstingen har också varit angelägna om att börja använda metoderna och de tillhörande indikatorerna för uppföljning. I landstingen är det för närvarande vanligare med åtgärder som gäller tobaksbruk, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet än åtgärder som gäller ohälsosamma matvanor. För ohälsosamma matvanor är det dessutom särskilt stor

skillnad mellan dagens praxis i landstingen och riktlinjernas rekommendationer, framför allt inom primärvården. Det finns färre uppgifter om specialistsjukvårdens roll i det sjukdomsförebyggande arbetet.

Sjukvården arbetar med att främja fysisk aktivitet exempelvis genom att förskriva fysisk aktivitet på recept. Uppgifter från Folkhälsoinstitutet visar att antalet sådana recept fördubblades under åren 2007–2010 [13].

Under 2011 gav regeringen Socialstyrelsen ett särskilt uppdrag för att stödja införandet av riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården [14]. Stödet ska särskilt gälla att sprida kännedom om riktlinjerna, stödja metodutveckling inom det förebyggande arbetet, skapa en interaktiv utbildning för olika yrkesgrupper och säkerställa datatillgången för uppföljningar av riktlinjerna. Socialstyrelsen har under 2011 bland annat gett bidrag till Svenska Läkaresällskapet och Svensk Sjuksköterskeförening för att sprida kännedom om riktlinjerna och förankra ett ändrat arbetssätt hos sina medlemmar.

Socialstyrelsens arbete med att stödja införandet av riktlinjerna kommer att pågå till och med 2014, och under 2012 påbörjar vi också arbetet med att följa upp riktlinjerna. Dessutom har vi i uppdrag att utveckla och redovisa öppna jämförelser för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården.

Hälsofrämjande nätverk driver på utvecklingen

Det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) bildades 1996 och är en del av ett internationellt nätverk som WHO har initierat. Målet är att göra hälso- och sjukvården mer hälsoorienterad. Antalet medlemmar har stadigt ökat och i nätverket finns nu både landsting (13 stycken), privata vårdgivare, sjukhus (cirka 75 stycken) och andra vårdorganisationer.

Nätverket har tagit fram olika material för att stödja både patienterna och vårdpersonalen i arbetet med att förbättra levnadsvanor [15]. Under 2011 har nätverket tagit fram och genomfört

- patientbroschyrer med enkla självtest, rekommendationer, enkla råd och tips samt hänvisningar om var patienten kan få mer information eller stöd kring alkohol, tobak, fysisk aktivitet och matvanor
- en inspirationsfilm för att motivera och engagera läkare och övrig vårdpersonal att ta upp levnadsvanor i patientmötet
- en webbsida om matvanor som utifrån aktuell forskning visar vilka råd vårdpersonalen bör ge samt hur dessa råd ges på bästa sätt [15]
- informationsspridning för att stödja vården att arbeta för tobaksfrihet hos patienter i samband med operation – ett arbete som nätverket har gjort tillsammans med flera aktörer
- en inventering av de avtal och uppdrag som finns om vårdens arbete med levnadsvanor, för att ge en övergripande bild och ge förslag på hur uppdragen och avtalen kan formuleras så att beställaren eller uppdragsgivaren kan följa upp måluppfyllelsen.

HFS-nätverket har under cirka tio års tid följt upp sin verksamhet genom att årligen publicera indikatorer som gör det möjligt att jämföra olika medlemmar. Uppföljningarna visar att medlemmarnas arbete har utvecklats mest när det gäller tobaksprevention och fysisk aktivitet. Dessutom är det betydligt fler verksamheter inom de organisationer som blev medlemmar före 2005 som arbetar med systematiska rutiner jämfört med dem som blev medlemmar efter 2005.

Med systematiska rutiner menas att de till exempel har preventiva program för olika levnadsvanor.

Bland dem som blev medlemmar före år 2005 har mer än hälften av verksamheterna systematiska rutiner för tobaksprevention och för fysisk aktivitet. För området riskbruk av alkohol anger däremot bara en tredjedel att mer än hälften av klinikerna och verksamheterna tillämpar systematiska rutiner. Ytterligare något färre kliniker och verksamheter har systematiska rutiner i arbetet för hälsosammare matvanor. Även här har de äldre medlemmarna kommit längre än de med kortare medlemskap.

HFS-nätverket arbetar också för att utveckla hälsofrämjande insatser, det vill säga empowerment-inriktade insatser som ska öka patientens kraft och tillit till sin egen förmåga. Dessa insatser kan exempelvis ges via patientskolor och i det enskilda mötet med patienten. Hos cirka 80 procent av de äldre medlemmarna är det mer än hälften av verksamheterna som har sådana metoder. Organisationer med kortare medlemskap redovisar lägre aktivitet inom detta område. Nätverket har under de senaste åren tagit fram ett webbaserat utbildningsmaterial om det hälsofrämjande mötet, med korta filmsekvenser som ska stödja vårdpersonalen att utveckla ett hälsofrämjande förhållningssätt.

Under åren 2009–2011 har tio medlemsorganisationer (sjukhus eller landsting) parvis granskat varandras styrning och ledning. Erfarenheterna från dessa kollegiala granskningar visar att styrning och ledning har en stor betydelse för att skapa förändring, och Östergötlands och Västerbottens ömsesidiga granskning ledde exempelvis till att båda landstingen genomförde flera hälsoinriktade förändringsarbeten. Granskningarna handlar särskilt om hur man formulerar avtal så att de blir tydligare och underlättar ömsesidig förståelse av uppdragen. Medlemsorganisationerna vill genom detta säkerställa att vårdgivarna, både landstingens egna och de privata vårdgivarna, arbetar med förbättringsprocesser utifrån en hälsofrämjande värdegrund.

Vårdvalen blir allt fler

Sedan 1 januari 2010 har alla landsting vårdval i primärvården, i enlighet med riksdagens beslut (prop. 2008/09:74, bet. 2008/09:SoU9, rskr. 2008/09:172), och allt fler landsting inför även vårdval i den öppna specialiserade sjukvården.

Det är fortfarande svårt att dra några säkra slutsatser av vårdvalssystemens effekter i primärvården. Trots det införs flera vårdvalssystem även i den öppna specialiserade vården i ganska snabb takt, särskilt i Stockholms läns landsting. Mycket tyder på att befolkningen uppskattar valmöjligheten, men det är angeläget att landstingen också åtgärdar brister som uppmärksammas. Det gäller särskilt de kvalitetskrav som ställs på utförarna och hur dessa krav följs upp [16]. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det också angeläget att landstinget kan ta tillbaka ett tidigare godkännande om en utförare inte lever upp till de kvalitetskrav som ställs. Detta innebär att det måste finnas tydliga kvalitetskriterier inklusive kriterier för medicinska resultat.

Primärvården

Landstingen har formulerat det övergripande målet för vårdvalet på något olika sätt i sina förfrågningsunderlag, men alla framhåller

- hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- ökad tillgänglighet
- att patienternas och invånarnas behov ska vara styrande för verksamheten

- att vårdenheten ska medverka till en samordnad eller sammanhållen vårdprocess

De flesta landsting har också en uttalad ambition att öka andelen öppenvård inom ramen för sina vårdvalssystem (täckningsgrad). Region Halland har till exempel målsättningen att minst 80 procent av all öppenvård ska ske inom primärvårdens vårdenheter. Bandet mellan vårdenhet och invånare är det centrala och regionen eftersträvar multidisciplinära team och vårdenheter. Framför allt Stockholm har valt en annan väg med egna vårdval för verksamheter såsom barnhälsovård och läkarinsatser i särskilt boende med flera.

De landsting som innan riksdagens beslut inte hade förberett vårdvalsreformen har haft ganska kort tid på sig att utforma och planera för vårdvalets införande. Dessa landsting befinner sig fortfarande i en utvecklingsfas när det gäller att finna former för styrning och uppföljning. Landstingen har alltså olika lång erfarenhet av vårdval i primärvården, men under 2011 har de flesta arbetat med att utveckla delar av sina system. Arbetet har bland annat handlat om att

- ta fram indikatorer för att bedöma måluppfyllelse
- följa upp verksamhetens prestationer, kvalitet och effekter
- utforma ersättningsmodeller med mer målrelaterad ersättning
- anpassa sin IT-miljö och sina e-tjänster till den nationella IT-strategin.

Några landsting har sett över innehållet i och omfattningen av grundåtagandet respektive tilläggsuppgifterna. Landstingen har då också övervägt om olika tilläggsuppgifter kan och bör göras om till egna vårdval.

Bemötande och tillgänglighet har på motsvarande sätt som före vårdvalet fortsatt att utvecklas positivt. En del vårdcentraler har till exempel kvällsmottagningar för att befolkningen lättare ska kunna uppsöka primärvården. Men det finns knappast några exempel på innovationer som har påverkat primärvårdens innehåll och inriktning. Ännu går det heller inte att bedöma om vårdvalet som sådant har bidragit till att förbättra kvaliteten i primärvården. De flesta människor tycks uppskatta möjligheten att fritt välja vårdcentral, men omvalen är få. På grund av brister i informationen är det också svårt att göra välinformerade val.

Öppen specialistvård

Vid en kartläggning våren 2011 hade hälften av landstingen infört eller planerade att införa vårdval inom andra områden än de som omfattas av vårdvalet i primärvården, se tabell 3:1 [17].

Ett exempel är Stockholms läns landsting som vill förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet genom att införa etableringsfrihet och på så sätt öka antalet vårdgivare. Det är också i Stockholm som flest vårdvalssystem i den öppna specialiserade vården har införts. Hösten 2011 fanns vårdvalssystem inom 15 olika områden, med beslut om att inrätta ytterligare 8 vid ingången till 2012. För ytterligare några områden utreds förutsättningarna för att införa vårdval.

Tabell 3:1. Antal inrättade¹ valfrihetssystem per landsting, med beslut att inrätta fler valfrihetssystem samt pågående utredningar om förutsättningarna för vårdval inom fler områden, april–maj 2011

Landsting	Antal inrättade valfrihetssystem	Beslut om ytterligare valfrihetssystem	Utredning om ytterligare valfrihetssystem
Stockholm	15 ²	Ja	Ja
Uppsala	9	Ja	Ja
Skåne	6	Ja	Nej
Norrköping ³	4	Nej	Nej
Kalmar	2	Nej	Ja
Sörmland	2	Nej	Nej
Östergötland	2	Nej	Nej
Halland	1	Ja	Ja
Jönköping	1	Nej	Ja
Kronoberg	1	Nej	Ja
Värmland	1	Nej	Ja
Gotland	1	Nej	Nej
Blekinge	1	Nej	Nej
Västra Götaland	1	Nej	Nej
Örebro	1	Nej	Nej
Västmanland	1	Nej	Nej
Dalarna	1	Nej	Nej
Gävleborg	1	Nej	Nej
Västernorrland	1	Nej	Nej
Jämtland	1	Nej	Nej
Västerbotten	1	Nej	Nej
Norrbotten	1	Nej	Nej

¹ Med inrättade valfrihetssystem avses valfrihetssystem för vilket ett landsting har publicerat ett förfrågningsunderlag.

² Antalet har justerats med hänsyn till att ett av de publicerade vårdvalssystemen som infördes i oktober 2011 kommer att ersätta ett annat befintligt vårdvalssystem.

³ Tiohundraprojektet i Norrköping kommun.

Källa: Konkurrensverket 2011 [17].

Även Landstinget i Uppsala län och Region Skåne har relativt många vårdvalssystem, nio respektive sex stycken. I dag är det 15 landsting som saknar vårdvalssystem utöver vårdvalet i primärvården, och av dem är det 4 som överväger att införa sådana system. Vilka områden som omfattas varierar mellan landstingen. I flera fall gäller det verksamheter som inom andra landsting ingår i uppdraget för det obligatoriska vårdvalet inom primärvården, till exempel barnhälsovården.

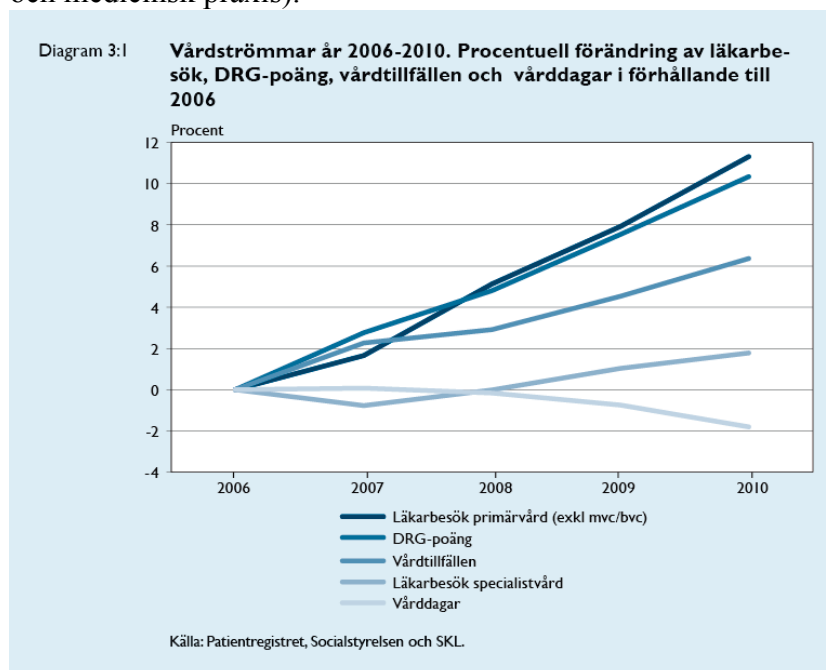
Patienter på sjukhus är allt sjukare

Antalet läkarbesök i primärvården fortsätter att öka. Även läkarbesöken i specialistvården ökar, men endast marginellt. Denna utveckling tyder på att primärvården tar emot allt fler patienter, vilket sannolikt delvis beror på satsningarna för att förbättra tillgängligheten i primärvården och på styrningen för att patienterna i första hand ska vända sig till primärvården.

I den specialiserade slutenvården ökar antalet vårdtillfällen, men vård dagarna blir färre. Detta betyder att fler tas in på sjukhus men att de vårdas under kortare tid. Det kan också handla om att samma personer blir inskrivna flera gånger under året men stannar kortare tid vid varje tillfälle.

DRG-poängen ökar mer än antalet vårdtillfällen, se diagram 3:1. Det tyder på att de som vårdas på sjukhus är sjukare och har ett större vårdbehov än tidigare.

DRG-poäng är ett mått för att uppskatta vårdtyngden (patienternas sjuklighet och medicinsk praxis).

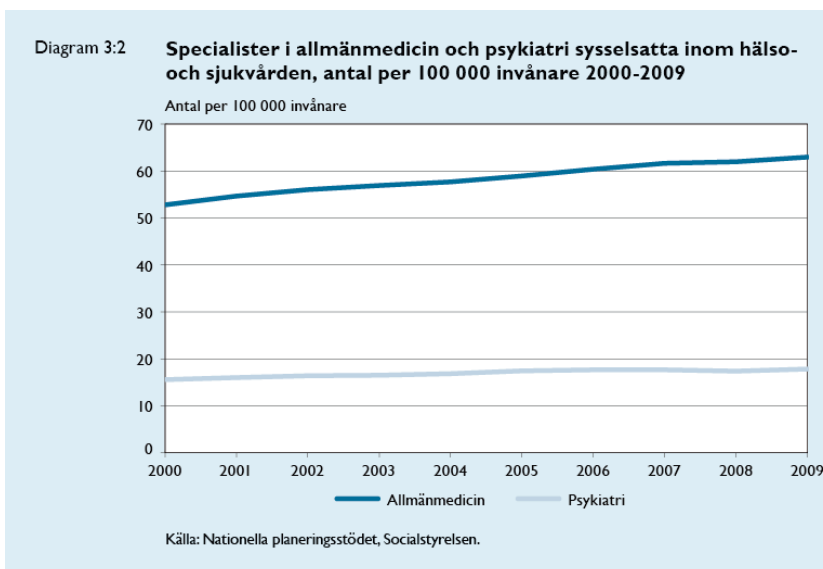


Fortsatt efterfrågan på läkare

Tillgången på sjuksköterskor, barnmorskor och läkare fortsätter att öka, och den största ökningen under perioden 1995–2009 gäller läkare. Specialistsjuksköterskor är den enda gruppen som minskar. Detta visar de senaste uppgifterna över sysselsättningen för hälso- och sjukvårdspersonal från november 2009 [18].

Landstingen besvarar årligen en enkät från Socialstyrelsen om tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal. Den senaste enkäten är från hösten 2011. När det gäller sjuksköterskor uppgav en majoritet av landstingen att arbetsmarknaden är i balans. 20 av 21 landsting menade att de har svårt att rekrytera en eller flera sorters specialistsjuksköterskor. Särskilt nämndes specialist-sjuksköterskor inom operation och psykiatri. För barnmorskor svarade ungefär hälften av landstingen att det råder balans, medan den andra hälften har större efterfrågan än tillgång. Efterfrågan överstiger fortfarande tillgången när det gäller läkare, framför allt specialistläkare inom psykiatri, allmänmedicin och medicinsk radiologi.

Landstingen har under flera år framhållit svårigheterna med att rekrytera både ST-läkare och specialister inom allmänmedicin och psykiatri. I diagram 3:2 visas utvecklingen av antalet specialister i allmänmedicin och i psykiatri inom hälso- och sjukvården under de senaste tio åren per 100 000 invånare. Både antalet psykiatriker och antalet allmänläkare per 100 000 invånare ökade procentuellt och ungefär lika mycket under åren 1995–2009, en ökning på omkring 30 procent, medan ökningen räknat i antal per 100 000 invånare var större i allmänläkarkåren. Inom både psykiatri och allmänmedicin visar statistiken att fler fortsätter att arbeta trots att de har uppnått pensionsåldern 65 år, vilket bidrar till en ökande tillgång.



Landstingen har arbetat med olika åtgärder och projekt för att komma tillrätta med svårigheterna och rekryterar till exempel delvis från utlandet. Flera landsting ser också över sina produktionsprocesser för att se om personalen används på rätt sätt. Det finns gemensamma handledarutbildningar, och kliniska utbildningsavdelningar jobbar för att öka samverkan mellan olika yrkesgrupper. Landstingen ser över behandlingslinjer och allt fler går över till att arbeta enligt ”Lean” (en filosofi om hur en verksamhet kan effektiviseras).

På senare år har en ökning skett av antalet svenskfödda läkare som har erhållit sin utbildning i ett annat land och sedan återvänt till Sverige. Läkarutbildningen i Sverige har dock fått fler platser under de senaste åren och kommer att utökas med ytterligare 50 platser hösten 2012 [19].

Socialstyrelsens senaste prognos visar att med denna ökande utbildningskapacitet och med en fortsatt hög nettoinvandring på omkring 500 läkare per år kan tillgången på läkare förväntas öka fram till år 2025, med 29 procent [20]. Detta kan jämföras med att tillgången på läkare i hälso- och sjukvården ökade med 39 procent under åren 1995–2009.

Kostnaderna för läkemedelsförmånen minskade

Sedan 2003 bedömer Socialstyrelsen årligen hur kostnaden för läkemedelsförmånen förändras. Det främsta syftet med dessa analyser är att ta fram underlag som kan användas i arbetet med att göra läkemedelsanvändningen mer rationell och kostnadseffektiv [21].

År 2010 minskade kostnaderna för läkemedelsförmånen med 0,1 procent. Under de senaste 20 åren har det bara hänt en gång tidigare att samhällets kostnader för receptförskrivna läkemedel har minskat.

Kostnadsutvecklingen beror till stor del på effekterna av patentutgångar och den prispress som uppstår när generiska läkemedel (kopior av ett originalläkemedel) introduceras på marknaden. Kostnadsminskningen beror även på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) genomgångar av vilka läkemedel som ska subventioneras. Ytterligare en faktor är den låga volymökningen, det vill säga ökningen av mängden försålda läkemedel. Dessutom var den kostnadsdrivande effekt som beror på introduktionen av nya läkemedel förhållandevis måttlig år 2010.

För att genomgångarna ska få fullt genomslag krävs att landets förskrivare följer TLV:s beslut om begränsad subvention. TLV och landstingen samarbetar därför i syfte att förbättra följsamheten till subventionsbesluten. Detta samarbete och andra initiativ på landstingsnivå (från exempelvis läkemedelskommittéer och läkemedelsenheter) är ett viktigt led i försöken att komma fram till en effektivare läkemedelsförskrivning.

Längre väntan på förskrivna läkemedel efter omregleringen

Den 1 januari 2010 omreglerades apoteksmarknaden och under 2010 öppnade ett hundratal nya apotek. I slutet av året fanns 1 150 apotek och den 31 oktober 2011 fanns drygt 1 300 stycken enligt uppgifter från Läkemedelsverket.

Konsumentverket har under 2011 följt upp befolkningens bedömning av den omreglerade apoteksmarknaden [22]. Motsvarande undersökning genomfördes även år 2008, före omregleringen. Tillgängligheten uppges ha blivit bättre i vissa avseenden, med kortare restid till närmaste apotek och bättre öppettider. Samtidigt har tillgängligheten försämrats eftersom dubbelt så många personer uppger att de har fått vänta mer än 24 timmar på att få ett förskrivet läkemedel jämfört med före omregleringen. Fler uppger också att det förskrivna läkemedlet inte fanns i sortimentet. Synen på olika aspekter av apotekslokalerna har också försämrats.

Dessutom anser konsumenterna att apotekspersonalens kunnande är markant sämre än tidigare när det gäller sådan information och rådgivning som ges av personal med farmaceutisk kompetens. Detta beror troligen på att apoteken har blivit fler och öppettiderna längre samtidigt som antalet personal med farmaceutisk kompetens har varit i stort sett konstant.

Under november och december 2010 tillsynade Socialstyrelsen elva öppenvårdsapotek över hela landet, med fokus på patientsäkerheten [23]. Inspektionerna gällde om apoteken hade tillfredställande ledningssystem och rutiner för det direkta arbetet med att ge information och expediera läkemedel. De brister som uppmärksammades rörde det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet.

Statskontoret har fått i uppdrag att utvärdera omregleringen av apoteksmarknaden. En delrapport med redovisning av vilka indikatorer som ska följas publicerades i april 2011, och de kommande delrapporterna publiceras 2012 och 2013 [24].

Cancervården – långa väntetider och för få patienter får kvalificerad bedömning

Antalet cancerfall fortsätter att öka något för varje år, men dödligheten har sjunkit då överlevnaden efter diagnos har ökat [25].

Socialstyrelsen har tidigare publicerat nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer, och under 2011 kom även nationella riktlinjer för lungcancer [26]. Under 2011 fortsatte Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) också arbetet för en bättre cancervård, med insatser inom tio olika områden utifrån en överenskommelse med regeringen [27].

Under 2011 kom en särskild utgåva av *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* för cancersjukvården [28]. I rapporten redovisas resultat för de områden som riktlinjerna omfattar samt för ytterligare fem vanligt förekommande cancersjukdomar. När det gäller utredning, diagnostik och den medicinska kvaliteten visar rapporten på goda resultat och förbättringar inom flera områden. Däremot är det inte tillräckligt många patienter som får en

kvalificerad bedömning i en så kallad multidisciplinär konferens. Även väntetiderna varierar mycket mellan landstingen och mellan olika cancersjukdomar, och här finns en stor förbättringspotential [29]. Det område som har längst väntetider är prostatacancer, där hälften av patienterna (exklusive lågrisktumörer) under år 2010 fick vänta i fem månader eller längre innan behandlingen började. För bröstcancer var väntetiden mindre än 21 dagar från första kontakt med en specialist till operation för hälften av patienterna. Övriga bröstcancerpatienter väntade mer än 21 dagar.

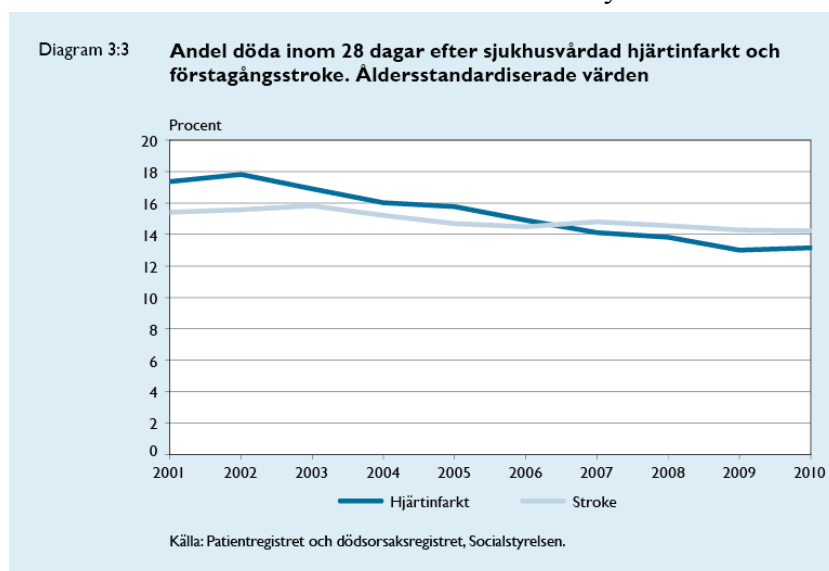
Enligt Cancerfonden kan en bättre tillgänglighet på patologer och radiologer minska ledtiderna för cancerpatienter [30]. Antalet patologer har också ökat långsamt under de senaste åren medan antalet radiologer har varit relativt konstant [31].

Enligt den nationella patientenkäten 2010 ger patienterna bäst omdömen för bemötande, medan en något lägre andel är nöjda med den information de fick om sitt tillstånd, och ytterligare något färre är nöjda med delaktigheten i sin vård och behandling. Socialstyrelsen kommer under 2012 ta fram en modell för en nationell enkät som särskilt riktar sig till patienter inom cancervården. På så sätt ska dessa patienters uppfattning av vården kunna följas mer utförligt.

Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar är orsak till en stor del av dödsfallen varje år, och 2010 dog 41 procent av kvinnorna och 39 procent av männen till följd av sådana sjukdomar. Dödligheten i både hjärtinfarkt och stroke fortsätter dock att minska [1,4,32].

Dessutom sjunker andelen som dör i dessa sjukdomar efter att de har kommit in på sjukhus (diagram 3:3), vilket är ett mått som speglar kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården på sjukhus. Dödligheten efter hjärtinfarkt har minskat mer än dödligheten efter stroke under de senaste tio åren. Skillnaden mellan män och kvinnor är mycket liten.



Mer än hälften av dem som dör i hjärtinfarkt avlider innan de har kommit till sjukhuset. Trots det fokuserar sjukvården främst på akuta, sekundärpreventiva och högspecialiserade insatser för de patienter som har kommit till ett sjukhus. Den totala dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar skulle kunna minskas ännu mer om vården i ökad utsträckning arbetar med sjukdomsförebyggande insatser.

Socialstyrelsen genomförde under 2011 en nationell utvärdering av strokevården [33]. Resultatet visar bland annat att förmågan till aktiviteter i dagliga livet (ADL) endast har förbättrats med några få procentenheter under de senaste tio åren för personer som har insjuknat i stroke. Det finns ingen större minskning av andelen patienter som återinsjuknar i stroke eller en annan hjärt- och kärlsjukdom, trots tillgång till bättre sekundärpreventiv behandling. Socialstyrelsen har utifrån resultaten identifierat ett antal förbättringsområden för hälso- och sjukvårdens strokevård:

- *Korta väntetiderna.* Tiden är en viktig faktor för behandlingsmöjligheterna vid stroke.
- *Öka andelen patienter som får vård på en strokeenhet och som skrivs in direkt till en strokeenhet efter ankomsten till sjukhuset.* Vårdformen vid stroke har betydelse för vårdens kvalitet och resultat. På senare år har en högre andel personer behandlats på en strokeenhet, men på vissa ställen i landet bör denna andel kunna ökas.
- *Förbättra den sekundärpreventiva läkemedelsbehandlingen.* Sekundärpreventiv läkemedelsbehandling efter stroke är en viktig faktor för att minska risken för återinsjuknande i stroke eller någon annan hjärt- och kärlsjukdom. I dagsläget finns stora skillnader mellan landstingen i hur stor andel av strokepatienterna som får dessa behandlingar.
- *Operera fler för förträngning i halspulsådern (karotisstenos).* Skyndsamt karotiskirurgi vid symtom i form av en transitorisk ischemisk attack (TIA) eller lindrig stroke är viktigt för att förhindra en allvarligare stroke. I dagsläget är det sannolikt för få som opereras, och dessutom varierar väntetiderna till kirurgi kraftigt mellan olika landsting.
- *Förbättra rehabiliteringen både under och efter sjukhusvistelsen.*
- *Öka antalet personer som får psykosocial behandling.*

Genom att lägga ytterligare kraft på dessa områden bör landstingen kunna förbättra resultaten för dödlighet och ADL-förmåga samt för återinsjuknande efter stroke. Samverkan mellan kommuner och landsting leder också till bättre resultat för strokepatienterna.

Diabetesvården – stor förbättringspotential

Över 350 000 personer i Sverige bedöms ha diabetes. Det går inte att se några förbättringar när det gäller andelen personer med diabetes som uppnår målvärdena för blodsocker [34]. Inte heller ses några förbättringar avseende hur många som är överviktiga eller feta, som är tillräckligt fysiskt aktiva eller som röker. Däremot har blodtrycksvärden och blodfettsnivåer blivit bättre, och allt fler behandlas med blodtryckssänkande och blodfettssänkande läkemedel.

Socialstyrelsen har under 2011 utvärderat diabetesvården och funnit oroväckande resultat inom områden där patienten behöver en djupare, mer frekvent och varaktig kontakt med sjukvården [35]. Detta gäller framför allt den bristande måluppfyllelsen för blodsockervärden, något som kan ge långsiktiga konsekvenser, och de otillräckliga insatserna från hälso- och sjukvården för att stimulera patienterna till ökad fysisk aktivitet och rökstopp.

Utvärderingen visar att vården i hög grad använder de nationella riktlinjerna för diabetesvården som kom 2010 [36]. Diabetesvården fungerar också bra inom områden som vård vid graviditetsdiabetes, screening av ögonbotten och fotundersökningar. Läkemedelsstatistik för år 2007–2010 visar också att för-

skrivningen av läkemedel och teststickor för personer med diabetes i stort följer rekommendationerna i riktlinjerna.

Socialstyrelsen har identifierat följande förbättringsområden för landstingen och regionerna baserat på de nationella riktlinjerna från 2010:

- *Andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde över 73 mmol/mol behöver minska.* Det är oroväckande att denna grupp som har hög risk för diabeteskomplikationer har ökat under åren. Dessa personer kan behöva resurser i form av tätare besök hos diabetessjuksköterskor och läkare. Långa intervaller mellan besöken kan vara förödande för möjligheten att få bättre kontroll över blodsockernivån.
- *Andelen personer med diabetes som regelbundet och minst tre gånger per vecka är fysiskt aktiva behöver öka.* Landstingen skiljer sig mycket åt i andelen personer med diabetes som regelbundet och minst tre gånger per vecka är fysiskt aktiva. Skillnaderna syns både inom primärvården och inom medicinklinikerna.
- *Andelen icke-rökare bland personer med diabetes behöver öka.* Andelen rökare bland yngre personer med typ 2-diabetes är hög, trots att rökstopp är en av de viktigaste preventiva åtgärderna för att minska riskerna för diabeteskomplikationer.
- *Förekomsten av gruppbaserad utbildning och kulturanpassad utbildning behöver öka.* Flera av sjukhusens diabetesmottagningar för vuxna erbjuder inte gruppbaserade utbildningar och endast ett fåtal erbjuder någon kulturanpassad utbildning. Detsamma gäller för primärvårdsenheterna.

Utvärderingen visar också att färre diabetespatienter måste amputeras ovanför fotleden, men skillnaderna mellan olika landsting och olika regioner är betydande. Detta talar för att antalet amputationer bör kunna minska ytterligare.

Samtidigt minskar antalet personer med diabetes som varje år screenas för albuminutsöndring i urinen, vilket är oroväckande. Landstingen behöver öka andelen som screenas för att undvika att patienterna får skador på njurarna. En orsak till att färre screenas kan vara att det går allt längre tid mellan varje läkarbesök.

Socialstyrelsen har också identifierat några förbättringsområden för kommunernas vård av patienter med diabetes. För att förbättra diabetesvården behöver kommunerna och stadsdelarna erbjuda personalen utbildning eller fortbildning i diabetesvård. Alla kommuner och stadsdelar behöver också ha skriftliga rutiner för delegering och göra kunskapstester före delegeringen. Dessutom behöver kommunerna använda de nationella riktlinjerna för sina lokala vårdprogram så att vården ska kunna bli likvärdig.

Vård av personer med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom

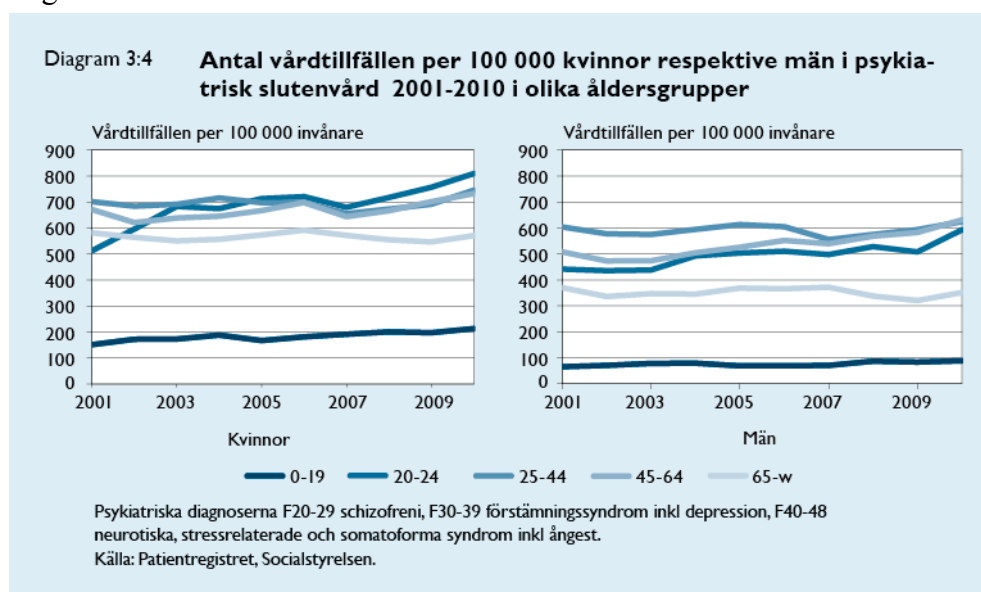
Folkhälsorapport 2009 visar att fler lider av nedsatt psykiskt välbefinnande och att utvecklingen har varit ogynnsammast bland yngre [37]. Försämringen började på 1990-talet och nådde sin kulmen i början på 2000-talet. I den senaste nationella folkhälsoenkäten, som genomfördes år 2010, uppgav 21 procent av kvinnorna och 14 procent av männen ett nedsatt psykiskt välbefinnande [8]. Dessa andelar har i stort sett varit oförändrade sedan den första folkhälsoenkäten genomfördes år 2004.

Under 2000-talet har många stora satsningar på psykiatri gjorts. Trots detta har landstingens utgifter för den specialiserade psykiatriska vården ökat margi-

nellit jämfört med annan hälso- och sjukvård. Läs mer om detta i kapitlet om ekonomiska analyser.

Landstingen har stora svårigheter att rekrytera specialister i psykiatri. Landstingens behov av specialistsjuksköterskor, legitimerade psykoterapeuter och psykologer med inriktning mot kognitiv och beteendearterad terapi är också stort. Detta leder till stora variationer i tillgången till vård för patienter med psykisk ohälsa mellan olika landsting [2].

Antalet vårdtillfällen i den psykiatriska vården har ökat mest för unga kvinnor i åldersgruppen 20–24 år (se diagram 3:4). Ökningen skedde under åren 2007–2010. Under 2010 ökade vårdtillfällena också för männen i samma åldersgrupp även om de inte nådde en lika hög nivå som kvinnorna. Trenden är uppåtstående för kvinnor i alla åldersgrupper utom för de över 65 år. En uppåtstående trend syns även för männen i åldersgruppen 45–64 år. Psykiatrisk vård för barn och unga behandlas närmare i kapitlet om vård och stöd till barn och unga.



Under 2009–2010 minskade antalet personer som vårdades för självdestruktiva handlingar (framför allt självmordsförsök) [38]. Fler kvinnor än män vårdas till följd av självdestruktiva handlingar, och den största gruppen är 15–24-åriga kvinnor där ökningen var kraftig under perioden 2000–2007 för att sedan minska något under perioden 2008–2010. Trots detta trendbrott är andelen vårdade fortfarande högst i denna åldersgrupp. De flesta som vårdas för någon avsiktlig självdestruktiv handling har skadat sig själva genom förgiftning, framför allt med läkemedel.

Socialstyrelsens granskningar av lex Maria-anmälningar om självmord visar att riskbedömningar görs i för liten omfattning [39]. Bristen på riskbedömningar är särskilt oroande inom primärvården eftersom många personer med depression söker sig dit. Depression är en allvarlig sjukdom med en påtaglig risk för självmord och det är den vanligaste diagnosen bland dem som begår självmord. Vårdgivarna för emellertid sällan ett resonemang om vilken typ av depression som orsakar självmordsönskan trots att olika typer av depression kan innebära olika risk och behöver behandlas på olika sätt.

I vissa fall av svårare depression kan patienten behandlas med elektrokonvulsiv behandling (ECT). Detta är en behandling som rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer, men eftersom behandlingen kan ge biverkningar är det viktigt att den ges på rätt grunder [40]. Vi vet inte hur många patienter som får denna

typ av behandling eftersom rapporteringen till patientregistret inte är fullständig. Rapporteringen ökar dock och år 2010 fanns det uppgifter om cirka 2 000 patienter som hade fått ECT i slutenvården.

Rehabiliteringsgarantin har ökat tillgången till KBT-behandling för vissa grupper med lättare eller medelsvår psykisk ohälsa i form av depression, ångest eller stress (se mer i avsnittet Tillgänglig vård). Garantin riktar sig dock bara till vissa grupper i arbetsför ålder, och därför är det fortfarande många som inte får behandling. En av orsakerna är bristande tillgång till psykoterapeuter med KBT-inriktning (minst steg 1-utbildning).

Inom den psykiatriska specialistvården förekommer olika slags tvångsåtgärder utan ett lagstöd, och näst efter självmorden är dessa tvångsåtgärder den vanligaste anledningen till lex Maria-anmälningar från psykiatri [39]. De brister som har framkommit i anmälningarna gäller till exempel frihetsberövanden utan lagstöd, felaktig begäran om polishandräckning, otillåtna tvångsåtgärder, otillåtet förfarande kring tvångsåtgärder som fastspänning och avskiljande samt avsaknad av aktuella och relevanta vårdplaner. Socialstyrelsens bedömning är att detta framför allt beror på bristande kunskaper inom vården. SKL arbetar för närvarande för att minska tvångsåtgärderna, i syfte att förbättra den psykiatriska heldygnsvården [41].

Personer som har haft kontakt med den psykiatriska vården upplever sig ofta diskriminerade på olika sätt på grund av sin psykiska ohälsa. I en intervjuundersökning som genomfördes våren 2011 ansåg 47 procent att de har blivit orättvist behandlade av personalen inom psykiatri [42]. I den nationella patientenkäten får också psykiatri det sämsta omdömet till exempel när det gäller bemötande.

Under 2012 kommer Socialstyrelsen att följa upp tillämpningen av riktlinjerna för ångest och depression samt riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen kommer också att göra ett särskilt arbete med att införa schizofreniriktlinjerna.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

En god vård ska genomföras i samråd med patienten och med respekt för hans eller hennes självbestämmande och integritet. En delaktig patient kan lättare medverka till att uppnå målen med vården och behandlingen och att förebygga säkerhetsrisker. En viktig markering av detta är de kompletteringar som under senare år har gjorts i lagstiftningen när det gäller vårdens skyldigheter att informera och göra patienten delaktig.

Ökade krav i lagstiftningen

I den nya patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, som gäller från och med 1 januari 2011 har kopplingen mellan patientfokuserad vård och patientsäkerhet blivit tydligare. Detta beror framför allt på att lagen nu tydliggör kraven på individuellt anpassad information, information om olika behandlingsmetoder och möjligheten till förnyad medicinsk bedömning. Nytt i lagen är också att vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet och måste därför mer aktivt ta vara på deras kunskaper och erfarenheter.

Socialstyrelsen har tagit fram en handbok till hälso- och sjukvårdspersonal som heter *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* [43]. Den första upplagan kom i juli 2010 och i början av 2011 kom den andra upplagan

som är anpassad till den nya patientsäkerhetslagen. Handboken har blivit mycket efterfrågad. Detta tyder på en ökad vilja och medvetenhet bland vårdgivare, verksamhetschefer och personal att stärka patientens ställning.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, fick den 1 juli 2010 ett tillägg om fast vårdkontakt och utökad information till patienten samt en breddning av möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning. Socialstyrelsen kommer under 2012 att följa upp tillämpningen och effekterna av dessa förändringar i HSL och rapportera detta i augusti 2012 [44].

Socialstyrelsens tillsyn visar att det finns problem med en fragmentiserad hälso- och sjukvård och med införandet av allt fler valfrihetssystem, och det visar att patienterna behöver stöd i sina kontakter med hälso- och sjukvården för att få en sammanhållen vårdkedja [39]. Ett sätt att stödja patienterna är i form av en fast vårdkontakt.

Ny handbok stödjer patienten

För att öka patienternas möjligheter att medverka till en trygg och säker vård har Socialstyrelsen tagit fram handboken *Min guide till säker vård* [45]. Den ska delas ut av vårdpersonalen, i första hand till patienter som har eller kan få upprepade kontakter med hälso- och sjukvården och specialisttandvården. Den innehåller vägledning och råd, förslag på frågor som patienten kan ställa och få, samt information om bland annat vilka lagar och regler som styr patientens rättigheter i vården.

Under hösten 2011 levererade Socialstyrelsen via landstingen en första upplaga av handboken till all offentligt finansierad primärvård och specialistsjukvård. Även privata mottagningar och den specialiserade tandvården har haft möjlighet att beställa guiden. Totalt har 400 000 exemplar tryckts och de började distribueras under 2011. Samtidigt har vi fortsatt att utveckla och anpassa innehållet med bland annat en ljudversion, en e-boksversion för läsplatta och mobiltelefon, översättningar till olika språk och anpassning till personer med olika funktionsnedsättningar.

Lättare för patienter att få tag på information

Det finns ytterligare exempel på att utvecklingen går mot en mer patientfokuserad vård, bland annat att allt fler informationskällor blir tillgängliga för allmänheten och särskilt via internet. Här följer några exempel på denna utveckling:

- Det finns patientversioner av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Under 2011 kom fyra nya patientversioner om depression och ångestsyndrom, demenssjukdom, typ 2-diabetes och vuxentandvård [46].
- Landstingens gemensamma webbplats 1177.se har förändrats och utvidgats, liksom ungdomsmottagningen på nätet, umo.se. 1177.se har nu både en nationell del och regionala delar där man kan länka sig vidare till enskilda enheters webbplatser. På den nationella delen finns särskilda temaavdelningar om tänder, kroppen, barn och föräldrar, graviditet, cancer, liv och hälsa samt resråd och vaccinationer. Antalet besök ökar stadigt och i slutet av 2011 hade 1177.se drygt 1,8 miljoner besök i månaden.
- Det är möjligt att kontakta sin vårdcentral eller någon annan mottagning genom e-tjänsten Mina vårdkontakter för tidsbokning, förnyelse av recept med mera.

- Det är möjligt att jämföra resultat och kvalitet mellan till exempel olika vårdcentraler och sjukhus på 1177.se, omvard.se, socialstyrelsen.se, skl.se och vissa kvalitetsregisters webbplatser.
- På vantetider.se finns möjlighet att ta reda på de aktuella väntetiderna till olika besök, planerade undersökningar eller behandlingar på vårdcentraler och inom den specialiserade vården.

Få landsting använder resultaten från patientenkäten

Sedan 2009 gör SKL nationella mätningar av hur patienter upplever sin senaste kontakt med vården. Det sker med hjälp av Nationell Patientenkät [47]. Enkäterna innehåller många frågor, och några av de övergripande frågorna redovisas här. Syftet med enkäten är att resultaten ska användas för att utveckla och förbättra vården utifrån patienternas perspektiv. Resultaten ska också fungera som ett underlag för jämförelser, ledning och styrning av hälso- och sjukvården över tid.

Alla landsting har åtagit sig att göra mätningar vartannat år inom barnsjukvård, primärvård, akutmottagningar, psykiatrisk öppen- och slutenvård samt specialiserad öppen och sluten somatisk vård. Tabell 3:2 nedan visar svarsfrekvenserna för de genomförda enkäterna inom de olika vårdområdena. Svarsfrekvensen är låg för vissa av undersökningarna och resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Det gäller akut- och öppenvård för barn samt öppen och sluten psykiatrisk vård.

Tabell 3:2. Nationell patientenkät, svarsfrekvenser

Verksamhetsområde	År	Andel som svarat, procent
Barnsjukvård/akutsjukvård	2011	47,6
Barnsjukvård/slutenvård	2011	59,1
Barnsjukvård/öppenvård	2011	49,9
Primärvård	2010 *	57,9
Akutmottagning	2010	53,8
Psykiatrisk slutenvård	2010	35,4
Psykiatrisk öppenvård	2010	42,8
Specialiserad slutenvård	2010	66,5
Specialiserad öppenvård	2010	61,4
Primärvården	2009	59,7

* Följande landsting/regioner deltog inte i 2010 års primärvårdsmätning: Uppsala, Gotland, Örebro, Jämtland och Norrbotten. Stockholm har mätt med en liknande enkät vars resultat har räknats om. Resultaten är därför inte fullt jämförbara.

Källa: SKL

Under 2011 gjorde SKL en första uppföljning av hur enkäternas resultat används i landstingen [48]. 17 av totalt 21 landsting och regioner besvarade frågorna, och av dem uppgav 12 landsting att det finns en plan för arbetet med att förbättra och utveckla vården utifrån mätningarna. Landstingen uppgav även att den låga svarsfrekvensen inom vissa områden är ett problem.

I november 2011 hölls den nationella konferensen ”Från patientenkät till förbättringsarbete”, och målet med dagen var att stimulera landstingen till att använda resultaten från mätningarna i vårdens förbättringsarbete. Ett antal landsting redovisade exempel på hur de hittills har använt patienterfarenheterna.

Enkätresultaten – sämst för psykiatri

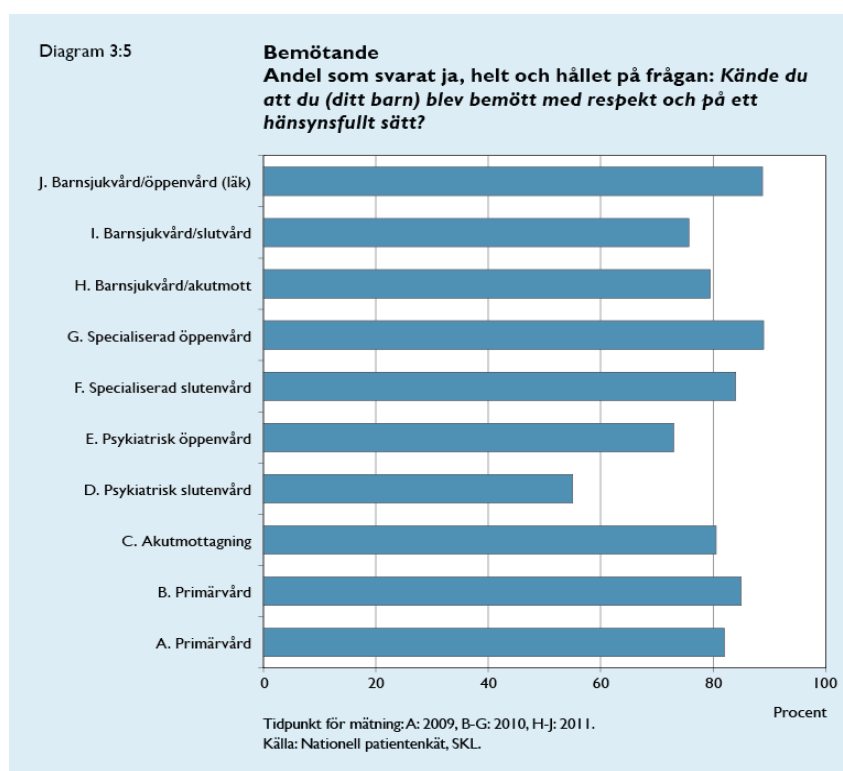
Frågorna i enkäterna handlar bland annat om bemötande, delaktighet, förtroende och information och återspeglar till viss del de nationella indikatorerna för patientfokuserad vård [49]. Fyra av de sju indikatorerna kan för närvarande följas genom den nationella patientenkäten.

Resultaten i diagrammen nedan redovisas som andelar som svarade *ja, helt och hållet* på de olika frågorna, av dem som besvarade frågan. Övriga svarade *delvis* eller *nej*.

Den öppna specialiserade vården och den öppna barnsjukvården får genomgående bäst omdömen på de frågor som vi redovisar här. Den slutna psykiatriska vården får sämst omdömen och den öppna psykiatri får näst sämst omdömen. Patienterna ger också bättre omdömen för bemötande och anpassad information än för delaktighet och tillräcklig information. Detta gäller för samtliga enkäter.

Bemötande

En god hälso- och sjukvård ska bland annat kännetecknas av ett professionellt individanpassat bemötande. Om patienterna blir respektfullt bemötta som individer blir de mer mottagliga för information om sitt hälsotillstånd och den vård och behandling som kan erbjudas. Kravet på ett respektfullt bemötande regleras i HSL.



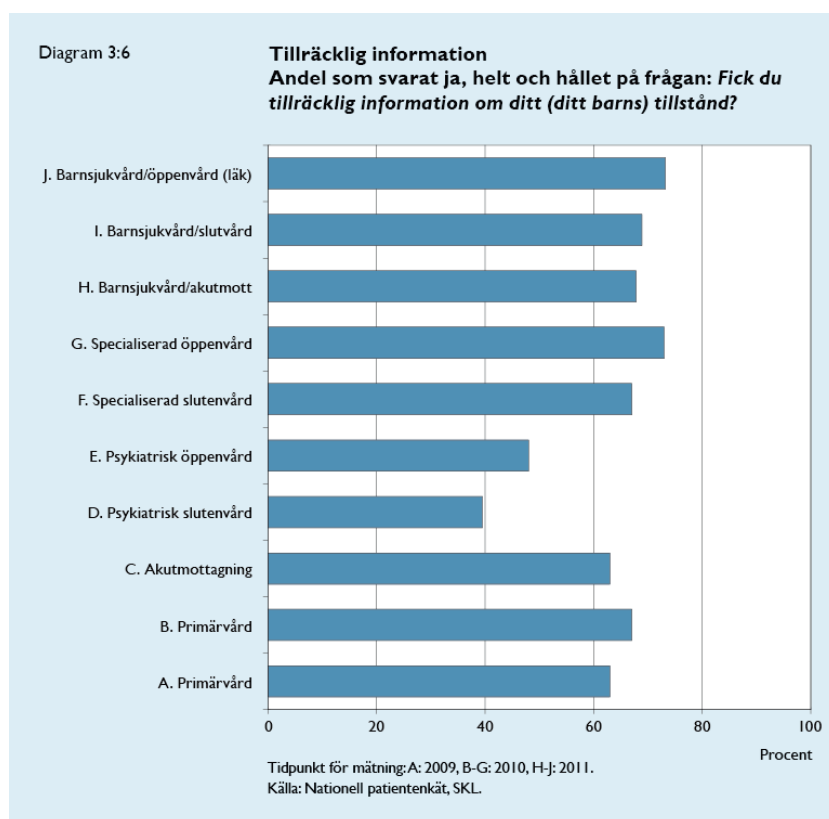
Indikatorn mäts genom att patienter i enkäten får ange sitt helhetsintryck av och omdöme om bemötandet. Resultaten uppvisar höga värden i bemötandet inom de flesta områden av hälso- och sjukvården (diagram 3:5). Bästa omdömet får den öppna barnsjukvården där 89 procent av föräldrarna anser att de och deras barn har fått ett bra bemötande, medan den psykiatriska slutenvården får sämsta omdömet. Primärvården är det enda område som har resultat från två mätningar och resultaten var bättre år 2010 (B) jämfört med år 2009 (A).

Information

Två indikatorer används för att mäta information: andelen patienter som erbjuds individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, sin diagnos och metoderna för undersökning, vård och behandling samt andelen patienter som får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa.

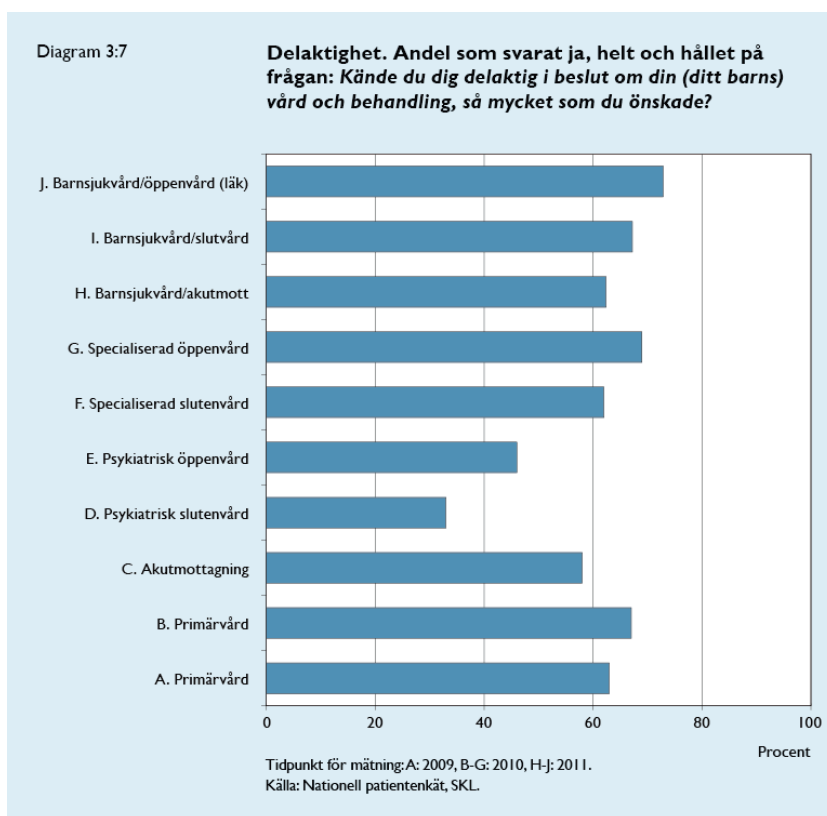
Det är viktigt att *informationen är anpassad till individen* eftersom detta är en förutsättning för att patienten ska kunna delta aktivt i sin vård och behandling. Kravet regleras både i HSL och i PSL. Den öppna barnsjukvården får bäst omdöme där 88 procent ansåg att de har fått individanpassad information. Den psykiatriska slutenvården får lägst värden.

Den andra indikatorn gäller om patienter upplever att de får *tillräcklig information*, för att följa hälso- och sjukvårdens ansvar att informera patienter enligt HSL och PSL. Mätningarna visar att 63–73 procent i alla områden anser att de har fått tillräcklig information, med undantag för den öppna och slutna psykiatrin (diagram 3:6). Även här får den öppna barnsjukvården bäst omdöme.

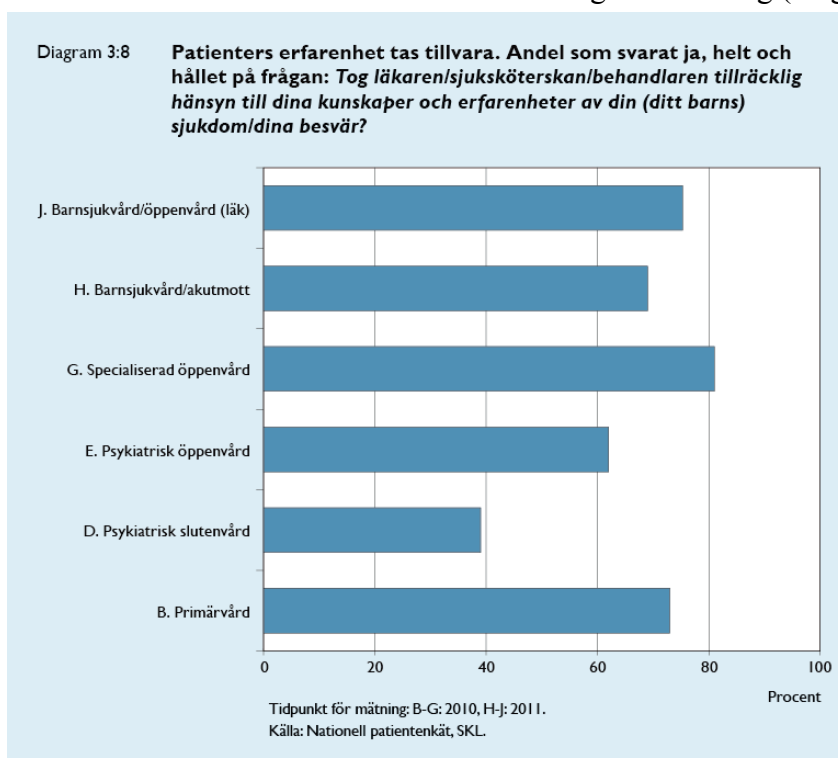


Delaktighet

En indikator är att *patienten får delta i planeringen och genomförandet* av vården och behandlingen. Den mäts bland annat med frågan ”Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?” Bästa värdena uppvisar öppen barnsjukvård, där 73 procent av föräldrarna upplever att de är delaktiga.



Hälso- och sjukvården ska också ta tillvara *patientens egna kunskaper och erfarenheter*. Frågan finns inte med i alla enkäter, men i de gjorda mätningarna får den specialiserade öppenvården bäst omdöme där 81 procent av patienterna anser att deras erfarenheter beaktas i tillräcklig utsträckning (diagram 3:8).



Kontinuitet i vårdkontaktarna

Hälso- och sjukvården bör sträva efter att patienterna har största möjliga kontinuitet i vårdkontaktarna, genom att olika insatser samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Kravet regleras bland annat i HSL. Detta område återspeglas delvis med frågan ”Fick du träffa den person som du brukar träffa?”. Frågan fanns endast med för primärvården och den öppna barnsjukvården. För primärvården (avseende kontakten med läkare eller sjuksköterska) svarar 68 procent ja (i mätningen 2010), och för den öppna barnsjukvården svarar 68 procent ja (i mätningen 2011).

Befolkningens förtroende till hälso- och sjukvården ökar

Förtroendet för svensk hälso- och sjukvård uppvisar en uppåtgående trend sedan 2005. År 2010 hade 65 procent av befolkningen förtroende för sjukvården i sitt landsting eller sin region jämfört med 59 procent av befolkningen år 2009. Förtroendet för sjukhusen är större än för vårdcentralerna, i genomsnitt 9 procentenheter högre.

År 2010 uppgav också 82 procent av befolkningen att de är nöjda med tillgången på den sjukvård som de behöver, och andelen hade ökat sedan 2009.

Resultaten kommer från befolkningsundersökningen Vårdbarometern som genomförs årligen och som återspeglar den vuxna befolkningens kunskaper om, förväntningar på och attityder till svensk hälso- och sjukvård [12]. Vårdbarometern fick en annan utformning från och med 2010, vilket gör det svårt att jämföra resultaten över tid. Vissa jämförelser kan dock göras mellan kärnfrågor såsom förtroendet och tillgången till vård. Av den vuxna befolkningen intervjuas 0,5 procent per telefon varje år. Det motsvarar cirka 1 000 personer i varje landsting eller region.

Tillgänglig hälso- och sjukvård

Tillgängligheten och väntetiderna i vården har under lång tid varit uppmärksammade områden. En tillgänglig hälso- och sjukvård innebär inte bara fokus på väntetider utan även till exempel på tillgången till evidensbaserad behandling. I det här avsnittet redovisar vi väntetider i vården och tillgång till rehabiliteringsgarantin.

Bättre tillgänglighet i primärvården än i specialistvården

Patienternas uppfattning om väntetiderna följs både med hjälp av Vårdbarometern och av den nationella patientenkäten. Resultaten visar att majoriteten anser att väntetiderna är rimliga även om relativt många inte håller med om detta. Fler anser dessutom att väntetiderna är rimligare till besök i primärvården än väntetiderna till besök och behandlingar i den specialiserade vården.

Problemet med långa väntetider är mångfasetterat och i viss mån oundvikligt eftersom sjukvården består av en kedja av händelser, som ofta involverar olika aktörer på olika nivåer inom organisationen. Oftast leder detta till en viss väntan mellan olika steg i vårdkedjan.

Vårdgarantin syftar till att korta väntetiderna i vården och är avgränsad till vissa delar av vårdkedjan. SKL:s och landstingens väntetidsmätningar har som främsta syfte att följa upp vårdgarantin och omfattar därför endast de delar av vårdkedjan som ingår i denna garanti. Dessa mätningar ger därför ingen helhetsbild av väntetiderna i hela vårdförloppet, från första kontakt till behandling

och uppföljning. Socialstyrelsen har även lyft fram detta som ett problem i tidigare uppföljningar av vårdgarantin och kömiljarden. Sedan 2011 har vi också uppdraget att ta fram en modell för hur väntetiderna och patientens väg genom vården ska följas upp nationellt. En slutrapport från detta uppdrag ska lämnas hösten 2012.

Fortsatt god tillgänglighet till primärvård

Ungefär nio av tio patienter får komma på ett läkarbesök inom sju dagar, vilket är gränsen för vårdgarantin. Denna andel har varit 90–95 procent sedan våren 2006 då mätningarna startade [50]. I de båda mätningarna från våren och hösten 2011 var andelen 93 procent.

Av dem som kontaktade vårdcentralen per telefon fick 89 procent svar samma dag. Det visar mätningarna för både 2009 och 2010. Mätningarna våren och hösten 2011 ger ungefär samma resultat då 89–90 procent fick svar samma dag [50].

Vårdbarometerens resultat för år 2010 visar att 63 procent av patienterna instämmer helt eller delvis i påståendet att väntetiderna till besök på vårdcentraler är rimliga. 22 procent tycker varken eller och 15 procent tycker inte att väntetiderna var rimliga [12]. Den nationella patientenkäten ger ett liknande resultat som Vårdbarometeren. I primärvårdsenkäten hösten 2010 ansåg 65 procent att väntetiden är acceptabel medan motsvarande andel hösten 2009 var 64 procent.

Svårt att bedöma väntetidsutvecklingen i specialistsjukvården

Det är allt färre patienter som står på väntelista för antingen ett specialistbesök eller för någon av de operationer eller åtgärder som finns med i väntetidsdatabasen. Detta kan tyda på att tillgängligheten till nybesök har förbättrats, även om minskningen delvis kan förklaras av ändrade redovisningsprinciper och en administrativ ”rensning” av väntelistorna. Överhuvudtaget är det svårt att få någon samlad bild av väntetidsutvecklingen eftersom det saknas uppgifter om de faktiska väntetiderna. Det går inte heller att bedöma i vilken mån nedgången beror på förändrade medicinska indikationer, det vill säga på vilken grund patienterna sätts upp på väntelistan.

Under 2010 blev väntetidsdatabasen för den specialiserade vården mer tillförlitlig eftersom svarsfrekvenserna förbättrades. Trots detta är det fortfarande svårt att få en tydlig uppfattning om i vilken mån de faktiska väntetiderna har påverkats.

Enligt Vårdbarometeren 2010 anser 39 procent av patienterna att väntetiderna till besök och behandling på sjukhus är rimliga. 29 procent tycker ”varken eller” och 32 procent anser inte att väntetiderna var rimliga.

Våren 2010 gjordes den första patientenkäten som var inriktad på den specialiserade sjukvården. Undersökningen för den öppna specialiserade sjukhusvården visar att 49 procent fick en tid till besök så snart de önskade, medan 38 procent inte hade några särskilda önskemål och 13 procent anser att de inte fick en tid så snart de önskade. För den slutna specialiserade vården anser 62 procent att väntetiden till behandling var acceptabel. 8 procent hade inte fått vänta och 30 procent anser att väntetiden var för lång.

Kunskapen och kännedomen om vårdgarantin är för låg

De flesta i befolkningen har hört talas om vårdgarantin, men det är få som känner till regelverket [51]. Kännedomen varierar också mellan olika befolknings-

grupper och lägst kännedom har de allra äldsta, män, personer med grundskoleutbildning och personer som är födda utanför Sverige och Norden. Detta är givetvis oroande eftersom dessa grupper många gånger har de största vårdbehoven.

De flesta landsting uppger att vårdgarantin är en prioriterad kommunikationsfråga, men få har utvärderat effekterna av sina kommunikativa insatser. Endast ett fåtal landsting har anpassat informationen om vårdgarantin till grupper som har svårt att ta till sig information och många landsting saknar information på andra språk än svenska. Även personalen inom vården vet för lite om vårdgarantin, vilket gör det svårt för dem att vägleda och hjälpa patienterna. Enligt Socialstyrelsen är det också bekymmersamt att läkarna intar en avvaktande och splittrad attityd till vårdgarantin. Därför är det viktigt att öka kunskapen om vårdgarantin. Det är först när patienterna själva kan ta ställning till vårdgarantins möjligheter som den kan sägas vara uppfylld.

Undanträngning förekommer

Socialstyrelsen anser att vårdgarantin kan ha lett till omprioriteringar av patientgrupper med vårdbehov som inte omfattas av garantin, så kallad undanträngning [51]. För att uppnå prestationskraven kan vårdgivarna ha låtit lägre prioriterade patienter som bryter vårdgarantigränsen gå före högre prioriterade vårdbehov. En annan typ av omprioritering och undanträngning är att låta återbesökspatienter vänta längre för att i stället ta hand om nybesöken inom vårdgarantitiden.

Socialstyrelsen har genomfört en studie i samarbete med ett antal landsting, och resultaten visar tecken på en undanträngning av återbesöken – i alla fall periodvis.

Analysen visar också att många patienter väntar för länge på återbesök utan att det har något samband med väntetidssatsningarna. Det gäller en ansenlig del av de patienter som behöver regelbundna kontroller och rehabiliteringsinsatser, och de riskerar att bli kallade till återbesök långt efter det att det medicinska måldatumet har passerat.

Decentraliserat ansvar är en framgångsfaktor

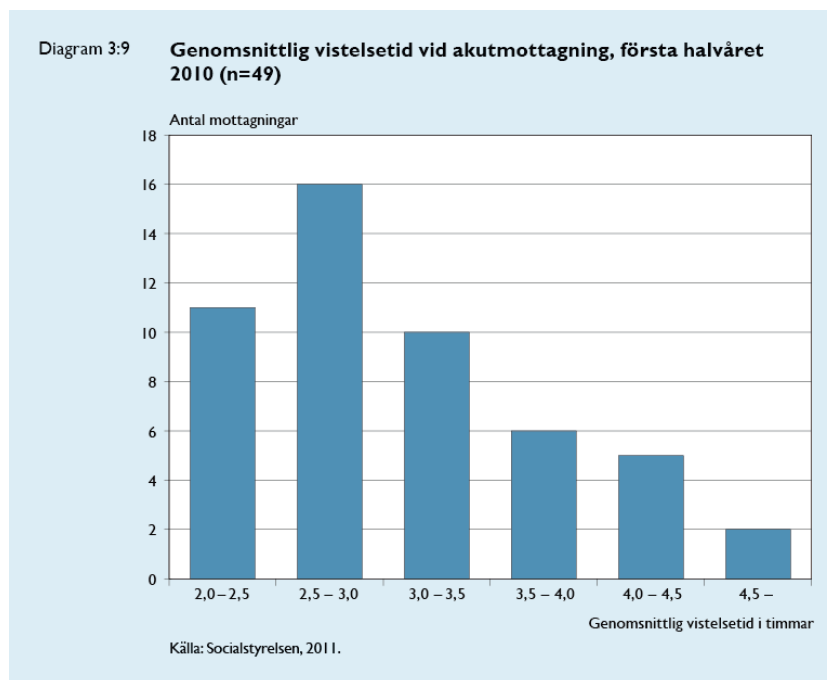
Socialstyrelsen konstaterade i uppföljningen av kömiljarden och vårdgarantin för 2009 att landstingens insatser för att korta väntetiderna främst var av kortsiktig karaktär, det vill säga extra öppettider eller mer operationstid för att ”beta av” köer [52]. Uppföljningen för 2010 visar emellertid att landstingen har strävat efter att åstadkomma mer långsiktiga förändringar genom att förbättra olika processer och patientflöden [51]. Detta underlättas också av utvecklingen av de vårdadministrativa systemen som är inriktade på att följa upp hela vårdförlopp.

Socialstyrelsens analys av olika faktorer som kan medverka till att förbättra väntetiderna visar att de landsting som har decentraliserat ansvaret för köer och väntetider till verksamhetsnivå tenderar att lyckas bättre. Landsting med universitetssjukhus tenderar också att ha en något besvärligare väntetidssituation. Andra struktur- och processvariabler, till exempel befolkningsstorlek, ekonomiskt resultat samt IT-system, visade inget starkt samband med hur väl landstingen lyckas uppfylla kraven i vårdgarantin.

Socialstyrelsen kommer under våren 2012 att publicera en slutrapport från uppföljningen av kömiljarden och vårdgarantin.

Väntetider i akutsjukvården

Varje år får akutmottagningarna cirka 2,5 miljoner besök, och de flesta mottagningar mäter väntetiderna regelbundet. Patienter som besöker en akutmottagning stannar i genomsnitt i 3 timmar och 5 minuter, och de väntar i genomsnitt 1 timme och 20 minuter för att få en första läkarbedömning. Det visar en kartläggning av väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar under det första halvåret 2010 [53]. Väntetiderna varierar dock kraftigt mellan mottagningarna (diagram 3:9).



Socialstyrelsen har tidigare föreslagit att den totala vistelsetiden på akutmottagningen och tiden till en första läkarbedömning ska vara två indikatorer för akutsjukvården, och att de bör följas upp nationellt. Att enbart fokusera på väntetiderna inom akutvården kan dock medföra ökade medicinska risker och leda till problem inom andra delar av vården. Därför har Socialstyrelsen föreslagit ytterligare indikatorer med inriktning på patientsäkerheten och patientupplevelsen för att följa verksamheten inom akutsjukvården. Vi har för närvarande i uppdrag att ta fram en modell för att mäta och följa upp akutvården, som ska slutredovisas våren 2013. En mätning av väntetiderna ska dock genomföras under våren 2012.

Långa väntetider vid akutmottagningarna beror bland annat på läkarnas tjänstgöringstider, joursystemet och allt för många icke-akuta patienter. Detta uppger de flesta landstingen i Socialstyrelsens kartläggning. Drygt hälften av landstingen uppger också att det finns brist på vårdplatser, vilket gör att väntetiderna blir långa.

De flesta landsting arbetar med att åtgärda problemen med långa väntetider. Så gott som samtliga landsting har infört triagesystem, det vill säga olika system för att prioritera mellan de patienter som kommer till akutmottagningen. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har utvärderat sådana triagesystem men inte funnit tillräckliga vetenskapliga underlag för att bedöma vilket av systemen som är att föredra när det gäller effekter på väntetider [54]. Däremot visar det sig att ett systematiskt arbete med flöden och ett så kallat snabbspår kan leda till kortare väntetider.

Tillgång till rehabilitering vid långvarig smärta och vid psykisk ohälsa ökar

Tillgänglighet i hälso- och sjukvården handlar också om tillgång till behandling och rehabilitering. Den så kallade rehabiliteringsgarantin infördes för att öka tillgängligheten till medicinsk rehabilitering för personer med långvariga smärtproblem och psykisk ohälsa. Det är dessa grupper som står för merparten av sjukskrivningarna i Sverige. De behandlingar som ingår i rehabiliteringsgarantin är multimodal rehabilitering och KBT eller IPT (interpersonell psykoterapi) och de ska främja arbetsförmågan och förebygga sjukskrivningar hos dessa personer. Sedan garantin infördes 2008 har antalet behandlingar som genomförs inom ramen för garantin ökat för varje år [55].

Rehabiliteringsgarantin har haft stor betydelse för kompetensutveckling och rekrytering av personal i landstingen. Landstingen arbetar också vidare med att bygga upp organisationen för rehabiliteringsgarantin. De flesta landsting har ökat samverkan mellan den specialiserade vården och primärvården för att förbättra vårdkedjorna och kunskapen om olika patienters vårdbehov. De flesta åtgärderna har vidtagits i primärvården, och där har förändringarna inneburit en omställning från ett individbaserat till ett mer teambaserat arbetssätt med kontinuerlig samverkan och samarbete.

En svårighet har varit att bedöma vilka patienter som ska remitteras till en multimodal behandling, vilket bland annat har lett till bristande patientunderlag. Som stöd till vårdgivarna publicerade projektet ”Nationella medicinska indikationer” under våren 2011 en rapport med ett kunskapsunderlag som rör indikationer för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta [56].

Karolinska Institutet har gjort en uppföljning av rehabiliteringsgarantin för åren 2009–2010 [57,58] och bland annat funnit att de som har genomgått någon behandling inom garantin upplevde en förbättring av sin fysiska och psykiska hälsa, samt av arbetsförmågan. Effekterna på sjukfrånvaron var dock små och forskarna fann ingen minskning av den totala sjukfrånvaron under de första 12 månaderna efter insatsen, jämfört med en referensgrupp som fick insatser inom den reguljära verksamheten. Resultaten visar dock att ju längre garantin har varit verksam, desto bättre blev resultatet för de personer som ingick i garantin. Insatserna under 2010 minskade risken för att få sjukersättning mer än 2009 års insatser.

Säker hälso- och sjukvård

Året 2011 har framför allt präglats av den nya patientsäkerhetslagen med tydligare krav på vårdgivaren. Socialstyrelsen bedömer att lagen har främjat patientsäkerhetsarbetet, även om det är för tidigt att se några mätbara effekter. Patientsäkerhetsarbetet har ytterligare förstärkts genom regeringens satsning och den överenskommelse som träffats med SKL.

Här redovisar vi på ett övergripande plan utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. I äldrekapitlet finns mer uppgifter om patientsäkerheten för de äldre, till exempel när det gäller läkemedelsförskrivning och trycksår.

Lagändringar och nationella strategiska satsningar

Patienten bör vara delaktig i patientsäkerhetsarbetet

När PSL trädde i kraft fick vårdgivaren ett tydligare ansvar för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. En viktig del i den nya lagen är att vårdgivarna ska

erbjuda patienterna att delta i patientsäkerhetsarbetet, eftersom en delaktig patient lättare kan medverka till att uppnå målen med vården och behandlingen och till att förebygga riskerna. I syfte att öka patientens delaktighet och göra vården säkrare publicerades under 2011 de två handböckerna: *Din skyldighet att informera och att göra patientens delaktig* som riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården och *Min guide till säker vård* som riktar sig till patienter [43,45].

Nationella satsningar

Under 2011 inledde regeringen en nationell satsning för att öka patientsäkerheten [59], och för att genomföra den har staten och SKL träffat en överenskommelse som löper under åren 2011–2014. Utgångspunkten i överenskommelsen är en nollvision när det gäller vårdskador. Skador i vården går ofta att förebygga, och det är väl känt att de tar stora resurser i anspråk och orsakar lidande. Med *skador* menas i denna rapport alla skador som inträffar i vården och med *vårdskador* menas de skador som hade kunnat förebyggas.

En gradvis minskning av antalet vårdskador ska uppnås genom att påskynda införandet av till exempel metoder, rutiner, teknik och utbildningar som förbättrar patientsäkerheten. För att öka fokus på arbetet är detta kopplat till en prestationsbaserad ersättning som betalades ut till landstingen i slutet av 2011, baserat på uppnådda resultat [60].

Samtliga landsting uppfyller de fyra grundkraven:

- Vårdgivarna i landstingen ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med PSL.
- Varje landsting ska inrätta en lokal Stramagrupp senast den 30 september 2011. En Stramagrupp är en strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.
- Varje landsting ska delta i den nationella patientenkäten för primärvården 2011.
- Varje landsting ska ta väsentliga steg i att införa den nationella patientöversikten (NPÖ), ett system för att vården ska ha tillgång till viktig information om patienten oberoende av var patienten vårdas.

Samtliga landsting uppfyller också tre av de fyra prestationskraven. De prestationskrav som samtliga landsting uppfyllde är att

- mäta patientsäkerhetskulturen med hjälp av en enkät till minst 25 procent av hälso- och sjukvårdspersonalen, med minst 50 procents svarsfrekvens
- mäta personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, på minst 75 procent av alla avdelningar på alla sjukhus i slutenvården
- mäta förekomsten av trycksår hos patienterna, på minst hälften av alla avdelningar på alla sjukhus i slutenvården.

Det fjärde prestationskravet är att minska onödig antibiotikaförskrivning, men endast tre landsting har nått målvärdet för 2011. Inför 2012 års överenskommelse är avsikten att höja ambitionsnivån ytterligare. Alla landsting har dock arbetat för att i högre grad följa de lokala rekommendationerna för behandling av vanliga infektioner i öppenvården.

SKL har sedan flera år en satsning på patientsäkerheten inom några områden som både är vanligt förekommande och kan få allvarliga konsekvenser, och har

tagit fram förebyggande åtgärdspaket för dem [61]. År 2011 utökades satsningen från sex till åtta områden. Flera av dessa områden ingår även i den statliga satsningen. SKL:s åtgärdspaket finns inom områdena

- vårdrelaterade urinvägsinfektioner
- infektioner vid centrala venösa infarter
- postoperativa sårinfektioner
- läkemedelsfel i vårdens övergångar
- läkemedelsrelaterade problem
- fall och fallskador
- trycksår
- undernäring.

Även delar av den nationella läkemedelsstrategin riktas mot en säkrare läkemedelsanvändning. Läkemedelsstrategin beslutades av regeringen i augusti 2011 [62]. Patientsäkerheten är också synnerligen viktig i vården av äldre och kommer in i flera av de satsningar som görs för äldre (läs mer om detta i kapitlet om äldre). Socialstyrelsen kommer varje år från och med 2012 till och med 2014 att lämna en särskild lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet.

Vårdgivarna måste ta större ansvar

I sin tillsyn under åren 2008–2011 konstaterar Socialstyrelsen flera brister i vårdgivarnas ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet [63]. Tillsynen visar att det saknas systematik och struktur för att kunna bedöma om vårdgivarna har ett övergripande ledningssystem som är infört i hela organisationen. Trots detta anser flera vårdgivare att de har ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

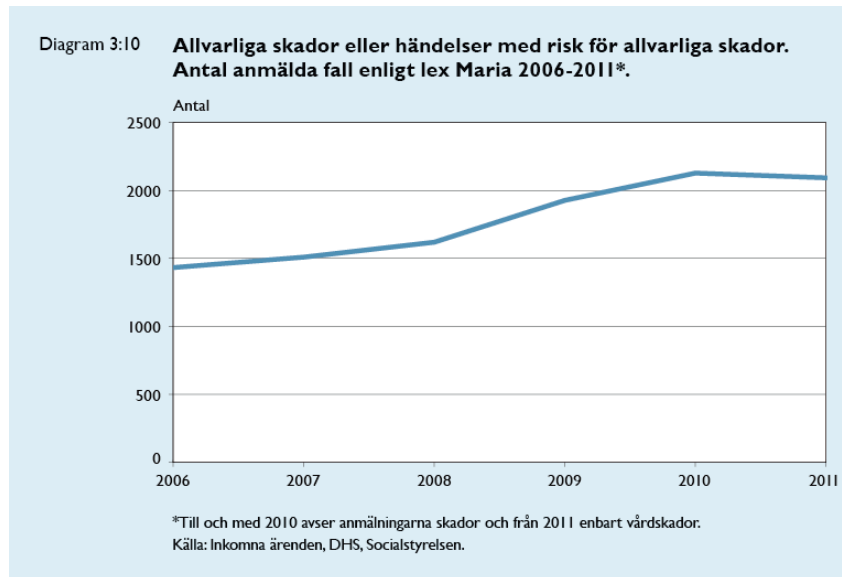
För att vårdskadorna ska minska måste vårdgivarna ta ett större och tydligare ansvar för kvaliteten och patientsäkerheten i vården. Styrningen av patientsäkerhetsarbetet måste integreras i vårdgivarens övriga verksamhetsstyrning och inte gå i ett särskilt spår vid sidan av andra satsningar. För att lyckas bör vårdgivarna också säkerställa att ledningssystemet införs i hela linjeorganisationen, med direktiv eller uppdrag. Resultatet av ledningssystemets införande måste också efterfrågas och regelbundet följas upp.

Rapportering och anmälningar av skador i vården ökar

Under de senaste åren har allt fler skador rapporterats från vårdgivare och patienter men det är fortfarande bara en mindre del av alla skador som inträffar som blir rapporterade. Eftersom det inte finns någon heltäckande kontinuerlig registrering av vårdskador är det svårt att veta hur många patienter som varje år drabbas. Socialstyrelsen gjorde en undersökning år 2008 som visar att uppskattningsvis drygt 100 000 patienter varje år drabbas av någon vårdskada inom den somatiska slutenvården [64]. För att på ett systematiskt sätt kunna följa förekomsten av vårdskador använder allt fler landsting en metod som kallas strukturerad journalgranskning (se mer nedan).

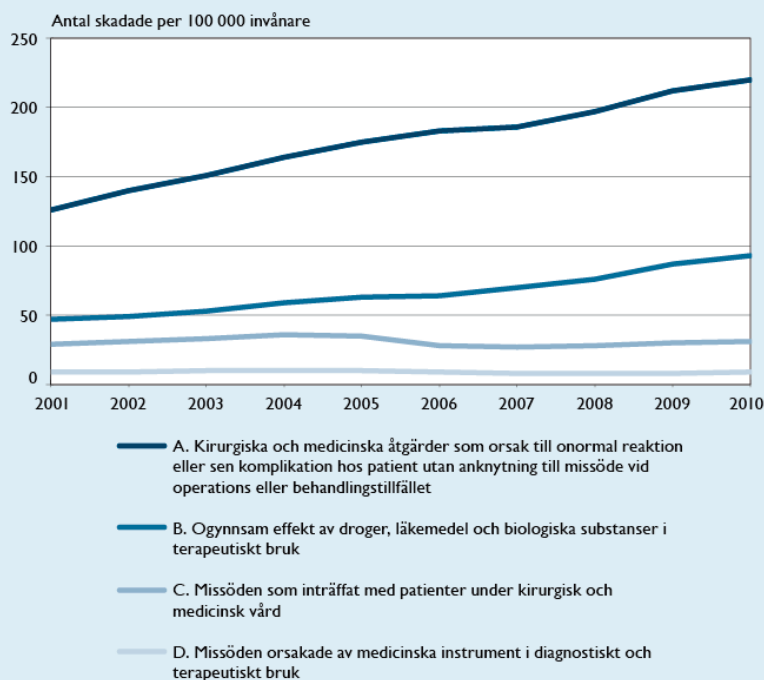
Vårdgivarnas anmälningar enligt lex Maria har också ökat under de senaste åren (diagram 3:10), och dessa anmälningar gäller allvarliga skador samt händelser som skulle ha kunnat medföra en allvarlig skada. Lex Maria-bestämmelsen innebär att vårdgivaren måste anmäla alla sådana händelser till

Socialstyrelsen. Fram till och med 2010 gällde anmälningsplikten alla *skador*, men från och med 2011 gäller det enbart *vårdskador*, det vill säga sådana skador som bedöms möjliga att förebygga. Detta kan vara en förklaring till att antalet lex Maria-anmälningar inte fortsätter att öka som tidigare.



Dessutom ökar vårdgivarnas rapportering av olika skador till patientregistret som omfattar alla patienter som vårdas i slutenvården och den öppna specialiserade vården. Den ökande rapporteringen gäller komplikationer hos patienter som har orsakats av vårdens behandling men utan att ett missöde inträffade under vårdtillfället (linje A i diagram 3:11) samt läkemedelsbiverkningar (linje B i diagrammet). Rapporteringen av missöden är relativt konstant över åren (linje C och D i diagrammet).

Diagram 3:11 **Antal patienter per 100 000 invånare med olika typer av skador eller komplikationer som orsakats av missöden eller av behandlande åtgärder, 2001-2010**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patienterna kan anmäla vårdskador till Patientförsäkringen vid Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) och få ersättning för skador som hade gått att undvika. Varje år anmäls omkring 10 000 skador (diagram 3:13), och under åren 2004–2010 fick i genomsnitt drygt 40 procent av de anmälda fallen ersättning av LÖF [65]. Skador inom ortopedi och kirurgi är de som anmäls mest, och de flesta skadorna inträffar i samband med själva operationen. Det kan till exempel vara infektioner som uppstår vid operationen, blödningar, skadade kärl och nerver, skelettskador vid protesinläggningar eller liknande, eller trycksador som orsakas av att en sövd patient läggs upp på fel sätt. Andra skador beror på försenade eller uteblivna diagnoser.

Strukturerad journalgranskning bör användas mer

Under sommaren 2011 genomförde SKL en kartläggning av hur strukturerad journalgranskning används inom den slutna sjukhusvården i Sverige [66]. Strukturerad journalgranskning är en metod för att följa förekomsten av vårdskador och få en överblick över vilka typer av skador som uppstår på sjukhusen. Metoden innebär att ett slumpmässigt urval av journaler granskas systematiskt och retrospektivt utifrån en mall, av sjuksköterskor och läkare som är särskilt utbildade för detta uppdrag. Syftet är att bedöma om en skada har uppkommit. Med denna metod finns möjligheter att följa effekten av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

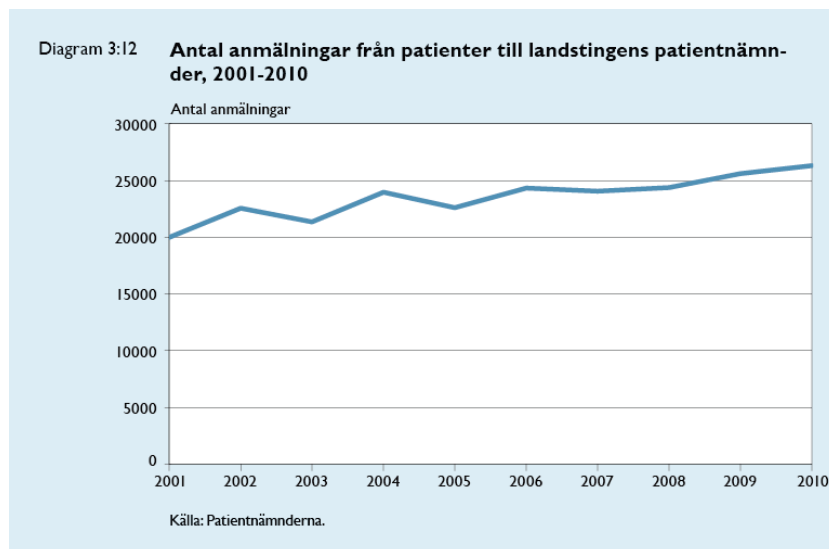
Kartläggningen visar bland annat att fyra landsting har infört metoden för att identifiera vårdskador på samtliga sjukhus och kliniker. I sju landsting har metoden införts i varierande omfattning och i tio landsting har den ännu inte införts. Socialstyrelsen ser det som angeläget att samtliga landsting använder metoden på ett systematiskt sätt för att identifiera och förebygga vårdskador [67].

Allt fler patienter klagar på vården

Patienter kan vända sig till landstingens patientnämnder med klagomål och till Socialstyrelsen om de vill anmäla en skada eller ett misstag. Dessa klagomål och anmälningar fortsätter också att öka.

Under 2010 fick patientnämnderna i landet in drygt 26 000 ärenden (diagram 3:12). Patientnämnderna ska hjälpa patienterna med råd och stöd samt ta emot synpunkter och klagomål. De ska också arbeta förebyggande och medverka till en ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Ärendena ger en bild av patienternas uppfattning om vad som inte fungerar i sjukvården, och enligt bestämmelserna i den nya PSL är Socialstyrelsen skyldig att ta tillvara de erfarenheter som kommer från patientnämnderna. Ärendena är fördelade inom olika problemområden enligt följande:

- vård och behandling 44 procent
- organisation, regler och resurser 37 procent
- bemötande, kommunikation och information 17 procent.



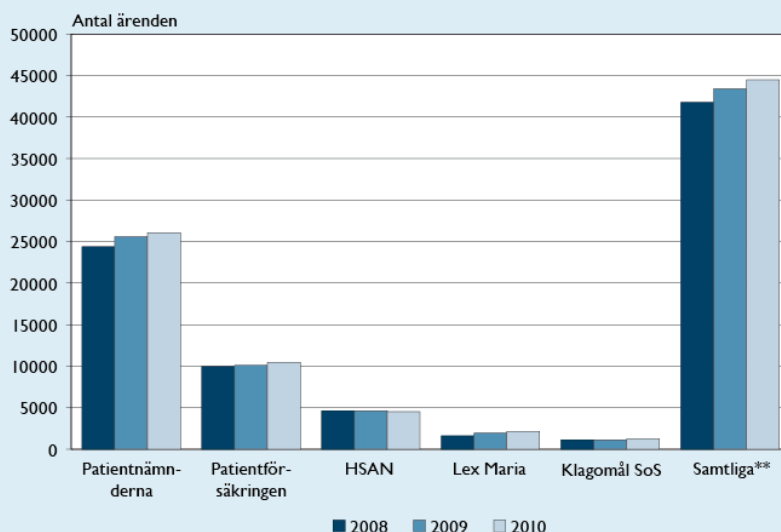
Under år 2011 kom närmare 6 700 klagomålsärenden in till Socialstyrelsen från patienter. Fram till 2010 tog både Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) emot patienters klagomål. Men 1 januari 2011 tog Socialstyrelsens klagomålshantering över större delen av HSAN:s verksamhet. Under åren 2008–2010 fick HSAN in cirka 4 600 ärenden per år och Socialstyrelsen cirka 1 200 ärenden.

Diagrammet nedan visar omfattningen av samtliga ärenden som anmäls till olika instanser av både patienter och vårdgivare. Sammantaget fick dessa instanser in över 44 000 ärenden under år 2010.

Diagram 3:13

Antal ärenden per instans 2008-2010.

Anmälningar och klagomål från patienter till Patientnämnderna, Patientförsäkringen, HSAN* och Socialstyrelsen. Anmälningar från vårdgivare om allvarliga vårdskador eller risk för vårdskada enligt lex Maria



*Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

**En del ärenden kan ha anmälts till flera instanser men de är så pass få att det inte påverkar det totala antalet ärenden nämnvärt.

Källa: Patientnämnderna, Patientförsäkringen och Socialstyrelsen.

Dessa ärenden representerar en mängd olika erfarenheter från sjukvården och är ett underlag som kan användas för att förbättra vården. Ärendena kan bland annat användas av Socialstyrelsen som underlag för att planera tillsyn på såväl nationell som regional nivå och som kompletterande information i olika utredningar, redovisningar, uppföljningar och utvärderingar. De kan också användas för omvärldsanalyser och strategiska planeringar.

Strategi för att minska antibiotikaresistens

För att begränsa utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier är det viktigt att antibiotika används rationellt. Därför antogs år 2006 en nationell strategi mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner [68]. För att genomföra strategin behövs samverkan inom flera samhällssektorer som berör människor och djur samt livsmedel och miljö.

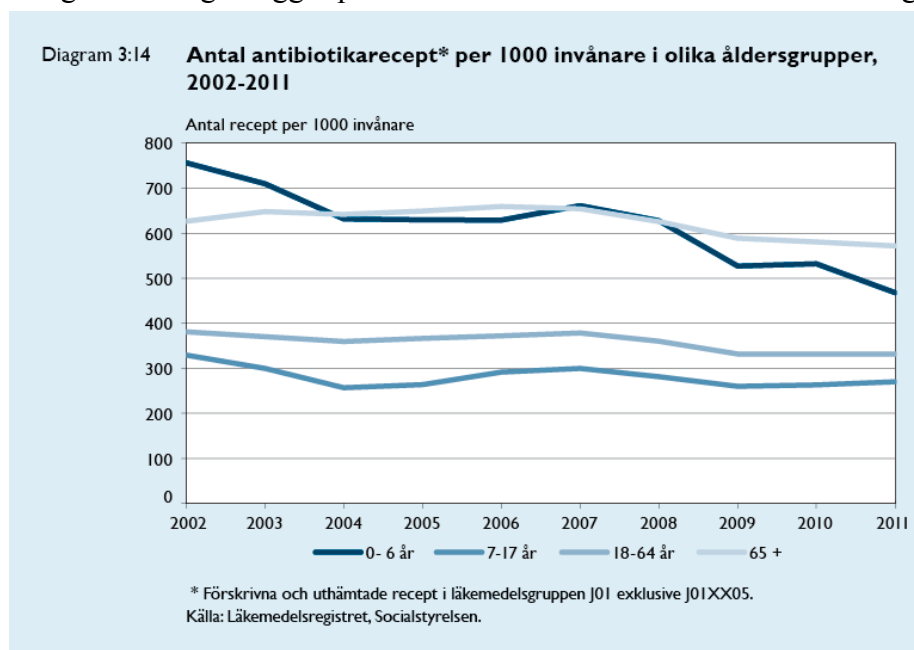
Socialstyrelsen följde upp strategin under 2010 och lämnade en del utvecklingsförslag i mars 2011, bland annat att en nationell samverkansfunktion bör bildas [69,70]. Socialstyrelsen har ansvaret för denna samverkansfunktion som beräknas vara på plats under 2012.

I och med regeringens satsning på patientsäkerhet (se ovan) ställs ökade krav på landstingen. För att uppfylla dessa krav har alla landsting under 2011 bland annat avsatt resurser till de lokala strategigrupperna för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Stramagrupper). Landstingen har också verkat för att förskrivarna ska bli bättre på att följa behandlingsrekommendationerna för vanliga infektioner i öppenvården.

Antibiotikaanvändningen minskar långsamt

Antibiotikaanvändningen har minskat i alla åldersgrupper under de senaste åren men är högst i åldersgrupperna 0–6 år och 65 år och äldre (diagram 3:14). Mellan åren 2009 och 2010 var användningen oförändrad, men år 2011 minskade användningen åter igen. Då hämtade Sveriges befolkning i genomsnitt ut 380 recept per 1 000 invånare, jämfört med 384 recept per 1 000 invånare år 2010.

Endast fem landsting har minskat sin förskrivning av antibiotika under perioden oktober 2010–september 2011, jämfört med samma period året innan. De övriga landstingen ligger på samma nivå eller har ökat sin förskrivning.



Statistiken visar en något minskad förskrivning av bredspektrumantibiotika vid luftvägsinfektioner och urinvägsinfektioner, vilket är en utveckling i önskad riktning [1]. Bredspektrumantibiotika har en större påverkan på kroppens normala bakterieflora och medför större risk för resistensutveckling jämfört med smalspektrumantibiotika.

Det är viktigt att påverka förskrivarna till ökad följsamhet, men för att minska användningen av antibiotika är det också viktigt att påverka befolkningens attityder. Därför genomför landstingen även olika informationskampanjer som riktar sig till allmänheten. Det verkar också som att en stor del av befolkningen är beredda att avstå från antibiotika. I Vårdbarometerns undersökning från år 2010 svarar 78 procent att de kan göra detta, även om de riskerar några sjukdagar extra [12].

Antibiotikaresistenta bakterier ökar

Enligt smittskyddslagen måste sjukvården anmäla om en person bär på smitta av vissa antibiotikaresistenta bakterier. Även om de upptäckta fallen rapporteras är det dock omöjligt att veta hur många som är smittade eftersom bakterierna inte alltid orsakar en infektion. Dessa fall upptäcks endast vid en riktad provtagning såsom vid smittspårning och screening. Antalet anmälda fall av de antibiotikaresistenta bakterierna MRSA (meticillinresistenta staphylococcus aureus) och ESBL (tarmbakterier som producerar extended spectrum betalactamase) ökade under 2010 jämfört med 2009, medan de anmälda fallen av VRE (van-

comycinresistenta enterokocker) och PNSP (pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin) har minskat (tabell 3:3).

En variant av bakterien ESBL, ESBL_{CARBA}, beskrevs första gången 1991 och har sedan dess orsakat utbrott och spridits över världen. ESBL_{CARBA} ses som särskilt oroande eftersom dessa bakterier är mycket svåra eller omöjliga att behandla med dagens antibiotika. I Sverige upptäcktes det första fallet 2007 och antalet fall har ökat för varje år. Hittills har totalt 32 smittade identifierats (tabell 3:3). Majoriteten har smittats i utlandet, endast enstaka fall har orsakats av vårdrelaterad spridning och inget utbrott har rapporterats [71]. Åtgärder för att förebygga ESBL_{CARBA} diskuteras nu mellan olika myndigheter och andra aktörer.

Tabell 3:3. Antibiotikaresistenta bakterier, förändring i antal anmälda fall 2010 jämfört med 2009

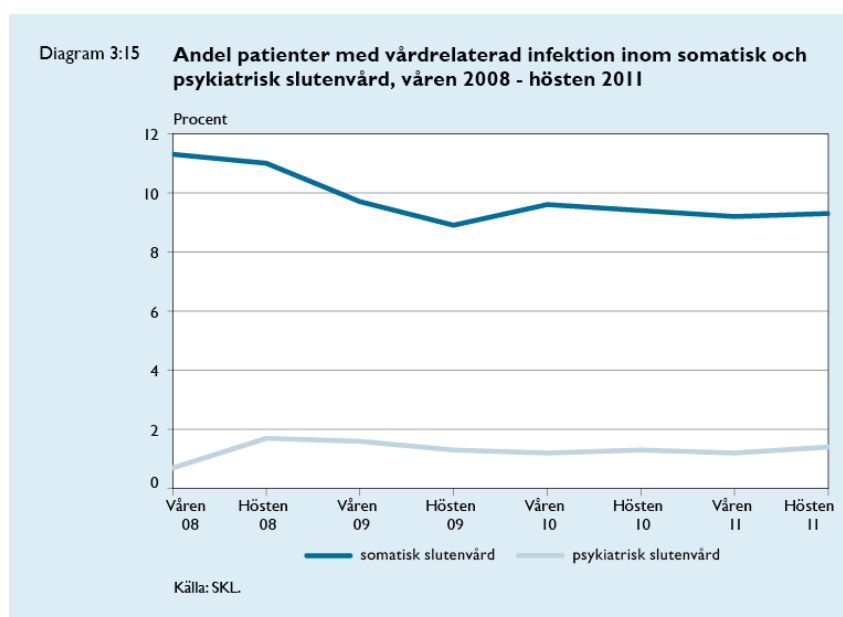
Bakterie	Antal anmälda fall år 2010	Förändring i procent jämfört med 2009
MRSA	1580	+ 7 procent
ESBL	4983	+ 33 procent
ESBL _{CARBA}	9 (32 totalt)*	
VRE	214	–47 procent
PNSP	409	–8 procent

*Totalt 32 fall mellan 2007 och november 2011. 2011 hade 13 fall anmälts t.o.m. november.

Källa: SMI

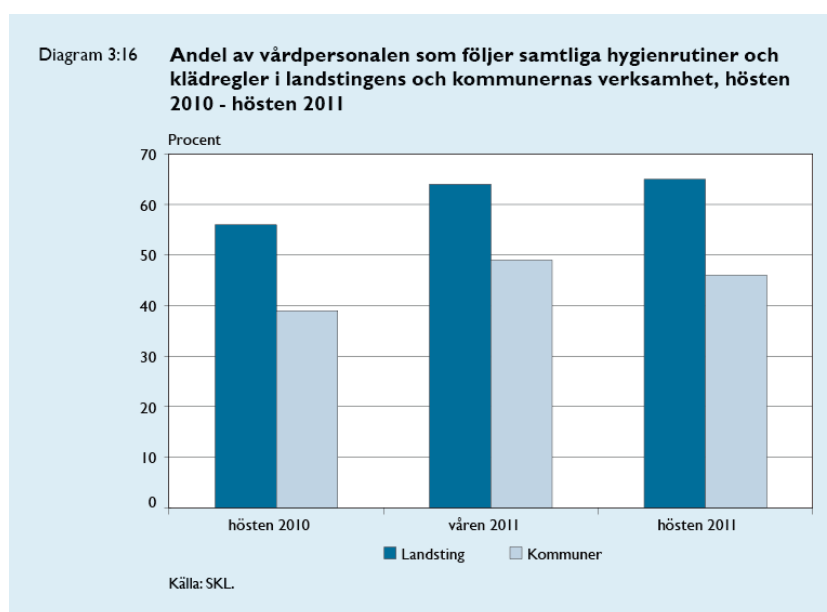
Vårdhygien – fortsatt många patienter som får vårdrelaterade infektioner

De vårdrelaterade infektionerna (VRI) i slutenvården minskade inte under varken 2010 eller 2011, enligt de mätningarna som SKL har genomfört två gånger per år sedan 2008 (diagram 3:15). Ändå pågår många aktiviteter i landsting och kommuner för att förebygga vårdrelaterade infektioner, inte minst i SKL:s regi. SKL arbetar med att bygga upp ett system där vårdrelaterade infektioner ska kunna mätas kontinuerligt för att kunna ge en bättre och säkrare bild av förekomsten av dessa infektioner.



God hygien i den direkta patientkontakten är grundläggande för att kunna förebygga vårdrelaterade infektioner. Många verksamheter i landstingen och kommunerna mäter följsamheten till olika basala hygienrutiner som en del av egenkontrollen [61]. De nationella mätningarna av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes första gången hösten 2010. Mätningarna under 2011 visar att allt fler i landstingen följer samtliga rutiner och regler (diagram 3:16). Läkarna är den yrkesgrupp i landstingen som är sämst på att följa samtliga regler. Kommunernas personal är generellt sämre på att följa samtliga regler än personalen i landstingen. Den senaste mätningen hösten 2011 visar dessutom en försämring då andelen som följde reglerna hade minskat jämfört med mätningen våren 2011.

Följsamheten varierar beroende på vilket moment det gäller. Lägst andel av personalen följer rutinerna kring att desinficera händerna före kontakten med patienten, både i landstingens och i kommunernas vård och omsorg.



Socialstyrelsen har gett ut rekommendationer som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner, och i dessa står att personalen måste ha tillräckliga kunskaper om vårdhygien och att vårdgivarna ska ha tillgång till särskild expertis vid en vårdhygienisk enhet [72,73]. Socialstyrelsens erfarenheter visar dock att den kommunala äldreomsorgen ofta saknar vårdhygienisk kompetens.

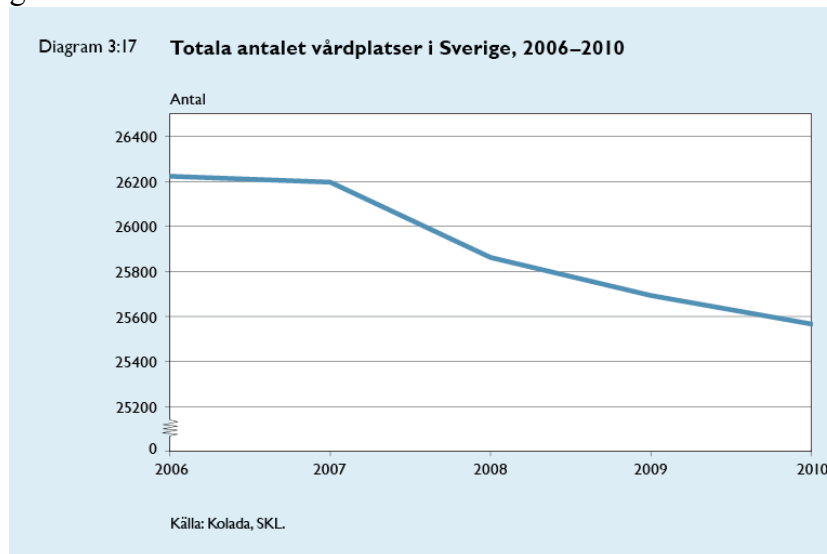
Under 2010 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av akutmottagningarnas kapacitet och rutiner för ett säkert omhändertagande av smittsamma personer. Detta skedde som en del av pandemiutvärderingen. Resultatet visar att många akutmottagningar saknar möjligheter att ta emot misstänkt smittsamma patienter på ett eget rum med hygienutrymme. Inga av de triagesystem som används inkluderar heller en bedömning av eventuella smittrisker [74].

Under 2010 inventerade Socialstyrelsen även smittspridningsproblemen inom svensk neonatalsjukvård [75]. Inventeringen tillkom på grund av flera tillfällen med smittspridning, bland annat av ESBL som ledde till allvarliga konsekvenser och flera dödsfall bland för tidigt födda barn. Neonatalvården har genomgått stora förändringar, och vårdar allt tidigare födda barn med hjälp av allt mer avancerad teknisk utrustning. Föräldrarna medverkar i allt större utsträckning i vården, vilket leder till att fler personer finns närvarande kring varje kuvös och

övrig teknisk utrustning. Risken för smittspridning har därmed ökat eftersom vården ofta bedrivs i lokaler som inte är anpassade till sådan verksamhet (vilket gäller mer än 80 procent av avdelningarna) och eftersom de mycket för tidigt födda barnen ofta transporteras mellan olika sjukhus.

Vårdplatser minskar och överbeläggningar är vanligt

Det totala antalet vårdplatser i landet fortsätter att minska och år 2010 fanns cirka 25 600 vårdplatser, vilket motsvarar 2,7 platser per 1 000 invånare (se diagram 3:17). Minskningarna har skett inom all specialiserad vård, både somatisk och psykiatrisk. Den största procentuella minskningen har dock skett inom geriatrisk vård.



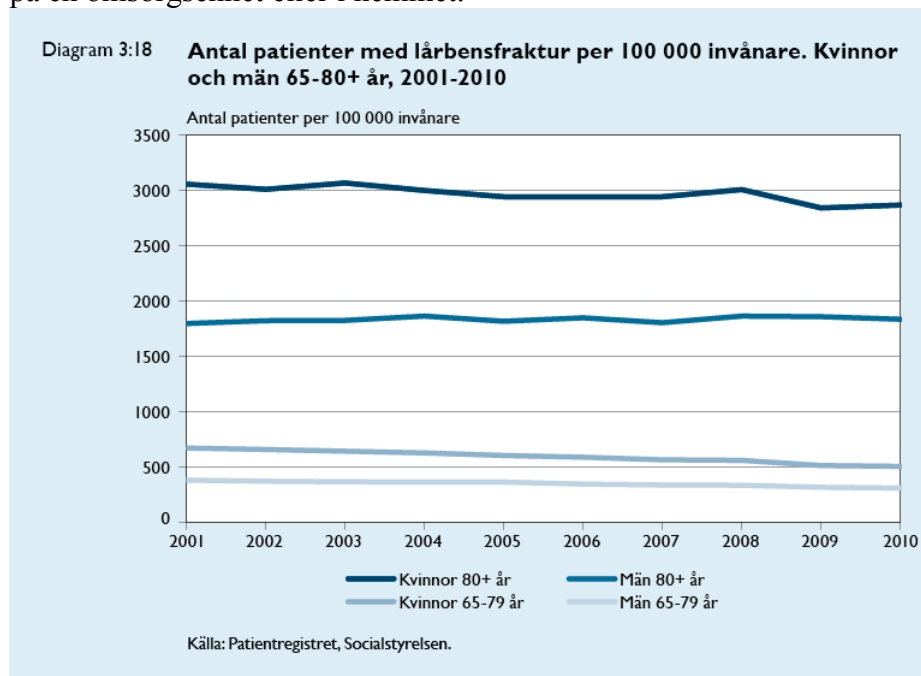
Socialstyrelsen har upprepade gånger lyft fram problemet med återkommande överbeläggningar och utlokalisering av patienter [39,76]. Problemets omfattning är dock svårt att bedöma eftersom det inte finns någon nationell statistik över varken förekomsten av överbeläggningar eller utlokalisering av patienter. Vi driver nu ett projekt i samarbete med SKL för att kunna följa förekomsten av överbeläggningar. För att kunna jämföra data mellan olika sjukhus har projektet definierat två nya begrepp (överbeläggningar och utlokaliserad patient), och omdefinierat fyra befintliga begrepp som gäller vårdplatser. Detta skapar förutsättningar att redan under våren 2012 fastställa nationella indikatorer för att följa upp överbeläggningarna och utlokaliseringen av patienter.

En undersökning som gjordes inom ramen för projektet visar att under en mätvecka var åtta av tio sjukhus överbelagda, och sju av tio sjukhus hade utlokaliserat patienter. Resultat från projektet visar också att överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter kan leda till otydligt ansvar, brister i kommunikation om patienter, stress hos personal och kompetensbrist. Detta kan i sin tur öka risken för vårdrelaterade infektioner, försenade eller felaktiga behandlingar och medicineringar samt fallolyckor. Dessutom kan det öka dödligheten.

Lårbensfrakturer hos kvinnor minskar, men fler kan förebyggas

Fallskador är vanliga bland äldre i särskilt boende, i primärvården och i slutenvården och förekommer ofta i Socialstyrelsens tillsynsärenden [39]. En del drabbas så hårt av en fallolycka att de behöver skrivas in på sjukhus, och den andelen har i stort sett varit oförändrad under hela 2000-talet [38].

En av de allvarligare fallskadorna är lårbensfrakturer. De är vanligare bland kvinnor, men har långsamt minskat för denna grupp under de senaste tio åren (diagram 3:18). För männen ses ingen förändring under samma period. Under 2010 fick totalt 6 350 män och 13 050 kvinnor en lårbensfraktur. Uppgifter saknas dock över hur många av dessa som skadades när de var på ett sjukhus, på en omsorgsenhet eller i hemmet.



Fallskadorna orsakas av otillräcklig kompetens, bristande tillsyn, bristande följsamhet till rutiner och bristande rutiner för riskbedömning för fallskador. Flera av händelserna gäller personer med demenssjukdom och de flesta inträffade i särskilt boende eller korttidsboende. Därför är det viktigt med riskförebyggande arbete för att främja en säker vård och omsorg om äldre.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Syftet med kunskapsstyrning är att få en mer evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom verksamheten. En evidensbaserad praktik innebär att de kliniskt yrkesverksamma använder metoder och behandlingar som är bevisat bra enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Flera myndigheter arbetar med att ta fram olika kunskapsmaterial för hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, TLV, SBU, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut.

Nationellt samarbete kring kunskapsstyrning

I den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) samarbetar flera aktörer kring valet av områden för kunskapsunderlag. Gruppen samarbetar också för att nya kunskapsunderlag ska spridas och användas. Socialstyrelsen ingår i NSK tillsammans med landstingen och regionerna, SKL samt myndigheterna Läkemedelsverket, SBU och TLV. Under 2011 har även Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut anslutit sig till NSK.

Kunskap ska lättare nå ut till vårdpersonal

Socialstyrelsen har tillsammans med några andra myndigheter och SKL tagit fram en webbplats som riktar sig till vård- och omsorgspersonal, där olika kunskapsunderlag samlas områdesvis. Webbplatsen heter *kunskapsguiden.se* och för närvarande innehåller den områdena psykisk ohälsa samt vård och omsorg om äldre. Syftet med kunskapsguiden är att löpande samla kunskapsunderlag från nationella aktörer och att göra kunskapen mer pedagogiskt utformad, mer tillgänglig och mer målgruppsanpassad. På så sätt ska personal på alla nivåer kunna använda den mest aktuella kunskapen för sin yrkesutövning. Socialstyrelsen står bakom *kunskapsguiden.se* i samverkan med Läkemedelsverket, SBU, Statens folkhälsoinstitut, SKL och TLV.

Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och nationella utvärderingar

Under 2011 har Socialstyrelsens publicerat riktlinjer inom områdena

- schizofreni och schizofreniliknande tillstånd
- vuxentandvård
- lungcancer
- hjärtsjukvård och strokesjukvård (komplettering)
- sjukdomsförebyggande metoder

I arbetet med riktlinjerna tar Socialstyrelsen fram indikatorer som sedan ligger till grund för myndighetens nationella utvärderingar. Under 2011 har Socialstyrelsen utvärderat strokesjukvården och diabetesvården utifrån nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har också startat ett projekt för att stödja hälso- och sjukvårdens införande av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Vi kommer även att arbeta med att stödja införandet av schizofreniriktlinjerna.

Viktigt att prioritera både inom och mellan olika områden i vården

Den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård, som togs fram gemensamt av Prioriteringscentrum, Socialstyrelsen med flera organisationer, reviderades under 2011 [77]. De grundläggande principerna är oförändrade men modellen har förtydligats när det gäller vissa begrepp och moment, och gäller nu både för prioriteringar *inom* ett område och *mellan* olika områden. Modellen har utvecklats eftersom det är viktigt att vårdgivarna gör bedömningar i ett vidare perspektiv och inte bara inom det område man prioriterar. På så sätt blir det lättare att jämföra olika verksamhetsområden och därmed också lättare att prioritera mellan dem.

Nationella medicinska indikationer hjälper kliniskt verksamma

De nationella medicinska indikationerna ska ge hälso- och sjukvårdspersonalen stöd i beslutet när en insats ska ges respektive inte ges. Indikationerna riktar sig till kliniskt verksamma i hälso- och sjukvården. När indikationerna tas fram utgår man från frågan: ”Under vilka förutsättningar är det relevant att erbjuda en åtgärd i ett specifikt syfte vid ett visst tillstånd?”

Tidigare drevs arbetet av SKL i samarbete med Socialstyrelsen, Svenska läkaresällskapet och SBU, men under 2011 har Socialstyrelsen tagit över arbetet med att ta fram de nationella medicinska indikationerna [78]. Målsättningen är

att det ska bli en permanent verksamhet på Socialstyrelsen som fortlöpande tar fram medicinska indikationer för olika åtgärder inom hälso- och sjukvården. Under våren 2011 publicerades följande indikationer, som har tagits under arbetet på SKL:

- Indikation för magnetkameraundersökning vid knäbesvär
- Indikation för tonsillotomi på barn och ungdomar
- Indikation för operation vid ansträngningsinkontinens hos kvinnor
- Indikation för unilateralt kokleaimplantat till vuxna
- Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta
- Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning
- Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan
- Indikation för bröstrekonstruktion med kroppsegen vävnad
- Indikation för operation av ljumskbråck

Utvecklingen kring de nationella kvalitetsregistren

Den översyn av kvalitetsregistren som gjordes 2010 [79] ledde till att SKL och staten har tecknat en överenskommelse som rör utveckling och finansiering av kvalitetsregistren för åren 2012–2016. Överenskommelsen innebär bland annat att finansieringen ökar och att arbetet med att utveckla registren kan prioriteras i högre grad än tidigare [80,81]. Som en del i denna överenskommelse har Socialstyrelsen inrättat en servicefunktion, vars syfte är att öka kvaliteten och användbarheten av kvalitetsregistren. En viktig del i arbetet är också att stödja användningen av kvalitetsregistren för forskningsändamål.

För att kunna göra uppföljningar med hjälp av dessa register är det viktigt att de är så kompletta som möjligt. Registreringsgraden i de nationella kvalitetsregistren kan också ses som en indikator på hur aktivt en verksamhet följer upp sina resultat.

Socialstyrelsen har jämfört täckningsgraden mellan 15 nationella kvalitetsregister och patientregistret [82]. Jämförelserna visar dock att det saknas uppgifter i samtliga register, både i patientregistret och i kvalitetsregistren, trots att verksamheterna enligt lag måste rapportera till patientregistret vid Socialstyrelsen. För flera diagnoser är täckningsgraden relativt god, men det är viktigt att rapporteringen till patientregistret ökar ytterligare.

Jämlik hälso- och sjukvård

Under senare år har jämlikhet i hälsa, vård och omsorg uppmärksamrats allt mer. Jämlikhet har sin grund i de mänskliga rättigheterna, i grundlagen och i flera av de lagar som styr kommunernas, landstingens och regionernas verksamheter, inklusive hälso- och sjukvårdslagen. Principen om allas lika värde och rättigheter ligger också till grund för diskrimineringslagen (2008:567) som ger ett skydd mot diskriminering utifrån diskrimineringsgrunderna: kön, könsöverskridande identitet och uttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder samt ålder. Fem nationella minoriteter i Sverige har också ett förstärkt skydd genom lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

Socialstyrelsen har i sina studier och analyser följt jämlikheten i hälsan och vården genom att analysera relationen mellan olika grupper. Vanliga indelningar och analysperspektiv är bland annat efter

- olika regionala och geografiska skillnader, landstingstillhörighet, kommun och bostadsort
- utbildningsnivå, sysselsättning, inkomst med mera (socioekonomi)
- de olika diskrimineringsgrunderna som finns definierade i lagstiftningen – till exempel funktionsnedsättning och födelseland (etnicitet).

Under 2011 har flera rapporter publicerats om förhållanden i vården, som innehåller studier och analyser av olika regionala skillnader [1,28,33,83]. Samtliga rapporter visar att det finns olika regionalt betingade skillnader, även om skillnaderna verkar minska. Det gäller framför allt inom områden där det länge har funnits rekommendationer, exempelvis de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård och för cancervård. Regionala skillnader som utgångspunkt dominerade under 2000-talet. I Socialstyrelsens lägesrapporter för hälso- och sjukvården (2003 och 2004) lyftes framför allt de regionala skillnaderna fram och kvalitetsregister började systematiskt användas [84,85]. Denna strategi har sedan utvecklats inom ramen för arbetet med öppna jämförelser i hälso- och sjukvården som startade 2006 i samarbete med SKL. Öppna jämförelser har sedan utvecklats inom en mängd olika områden.

På senare tid har andra jämlikhetsaspekter kommit allt mer i fokus, och Socialstyrelsen har i flera år framhållit hälso- och sjukvårdens roll när det gäller att minska även socialt betingade skillnader i hälsa och vård [86–89].

De sociala skillnaderna i hälsa är större än de regionala

Hälsan blir generellt sett bättre, men trots det ökar skillnaderna mellan olika grupper. Detta framgår bland annat av Socialstyrelsens lägesbeskrivning av jämlikhet i vården som överlämnades till regeringen under hösten 2011 [2]. Där konstaterar vi också att de socialt betingade skillnaderna är betydligt större än de regionala skillnaderna för dödlighet i flera av de stora folkhälsosjukdomarna, inklusive cancer och hjärt- och kärlsjukdomar samt självmord [för cancer se även referens 90].

Utsatta grupper avstår oftare från vård av ekonomiska skäl

Fortfarande avstår personer med bland annat kortare utbildning från vård jämfört med övriga utbildningsgrupper. Orsakerna varierar och verkar framför allt ha att göra med tillgänglighet och bemötande. Endast en mindre andel – cirka 1–2 procent av befolkningen – uppger att de avstår från vård av ekonomiska skäl. Samtidigt brukar svarsfrekvensen i enkätundersökningar vara lägre bland utsatta grupper än i den övriga befolkningen, och därför är det troligt att andelen som avstår på grund av kostnaden är högre.

Ekonomi kan alltså vara avgörande för utsatta grupper även om det totalt sett rör sig om en förhållandevis liten andel av befolkningen. De som avstår på grund av ekonomi är främst ensamstående med barn, arbetslösa och personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, långtidssjukskrivna, funktionshindrade och personer i hushåll med ekonomiskt bistånd. Utrikesfödda avstår i större utsträckning än sverigefödda. Sambandet mellan den disponibla inkomsten och att avstå från vård är tydligt och andelen som både avstår och uppger ekonomin som främsta orsak blir större ju lägre inkomsten är. Bland de 20 procent som har lägst disponibel inkomst uppger drygt 2 procent (cirka 30 000 personer) att de avstår från sjukvårdsbesök och något flera att de avstår från att hämta ut förskrivna mediciner. Personer i hushåll med ekonomiskt bistånd hör till de mest

ekonomiskt utsatta, och bland dem är det ungefär fem gånger vanligare än hos samtliga i åldern 20 år eller äldre att avstå från läkarbesök och läkemedel av ekonomiska skäl.

Tabell 3:4. Andel personer i olika befolkningsgrupper som år 2009 avstod från sjukvård, tandvård** eller receptbelagt läkemedel på grund av att de ej ansåg sig ha råd.*

	Antal	Tandvård		Sjukvård		Läkemedel	
		%	Antal	%	Antal	%	Antal
Samtliga 20+ år	6 725 000	7,3	488 998	0,7	47 593	1,1	74 419
Kvinnor	3 429 000	7,7	262 998	0,9	30 277	1,3	44 789
Män	3 297 000	6,9	226 001	0,5	17 346	0,9	29 626
20–34 år	1 580 000	9,5	150 011	0,7	11 066	1,1	16 515
35–64 år	3 549 000	7,8	275 021	0,9	30 132	1,3	46 022
65+ år	1 596 000	4,0	63 997	0,4	6 422	0,8	11 916
Ensamstående med barn 0–19 år	284 000	24,7	70 003	3,8	10 836	4,2	11 882
Utrikesfödda 20+ år	991 000	13,5	134 004	1,7	16 697	2,3	22 388
Personer i hushåll med ekonomiskt bistånd	274 000	25,6	70 002	3,5	9 483	6,2	16 939
Personer med sjukersättning	934 000	14,5	135 002	1,9	17 718	3,6	33 333
Arbetslösa, sjuka, förtidspensionärer	605 000	15,9	95 999	2,2	13 286	3,9	23 284
20 procent i befolkningen med lägsta inkomster ¹	1 262 000	16,7	211 000	2,3	29 440	2,8	35 450

*Besök hos läkare eller distriktssköterska/ sjuksköterska

**Besök hos tandläkare eller tandhygienist

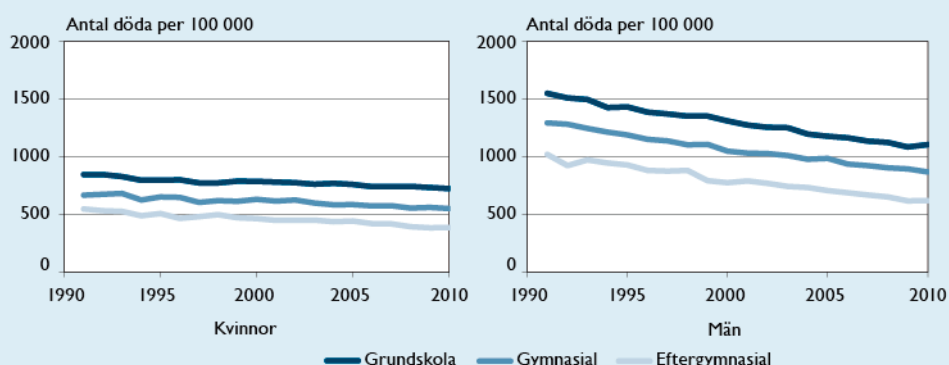
¹ Hushåll vars disponibla inkomst per konsumtionsenhet var mindre än 134 565 kronor (2009).

Källa: HEK, SCB.

De sociala skillnaderna i dödlighet minskar inte

Personer med kort utbildning löper större risk att avlida tidigare i livet än personer med längre utbildning. Denna förhöjda risk gäller i princip samtliga stora diagnoser som hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. I diagram 3:19 visas utvecklingen av dödligheten i samtliga diagnoser som går att behandla eller förebygga (skador är exkluderade).

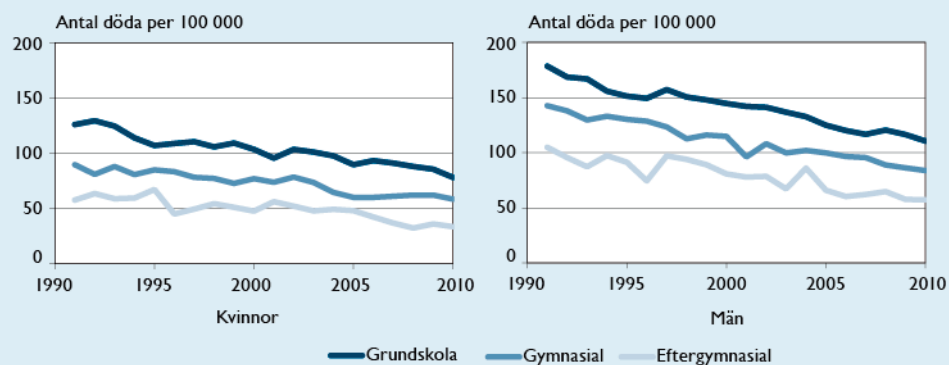
Diagram 3:19 **Total dödlighet**
Totalt antal döda per 100 000 invånare med grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldersgruppen 35-79 år, 1991-2010. Åldersstandardiserat



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Med sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet menas dödlighet i sjukdomar som i särskilt stor utsträckning går att påverkas med till exempel behandlande (sjukvårdande) insatser [87]. Den åtgärdbara dödligheten brukar användas som ett mått för att bedöma hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Den åtgärdbara dödligheten har minskat sedan 1991 för både kvinnor och män (diagram 3:20). För kvinnorna tycks dock minskningen i dödlighet ha avtagit något hos gruppen med enbart grundskoleutbildning, och gapet mellan grupperna har inte minskat. I sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet ingår bland annat stroke, diabetes och livmoderhalscancer.

Diagram 3:20 **Sjukvårdsrelaterad dödlighet. Antal döda per 100 000 invånare med grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldersgruppen 35-79 år, 1991-2010. Åldersstandardiserat**



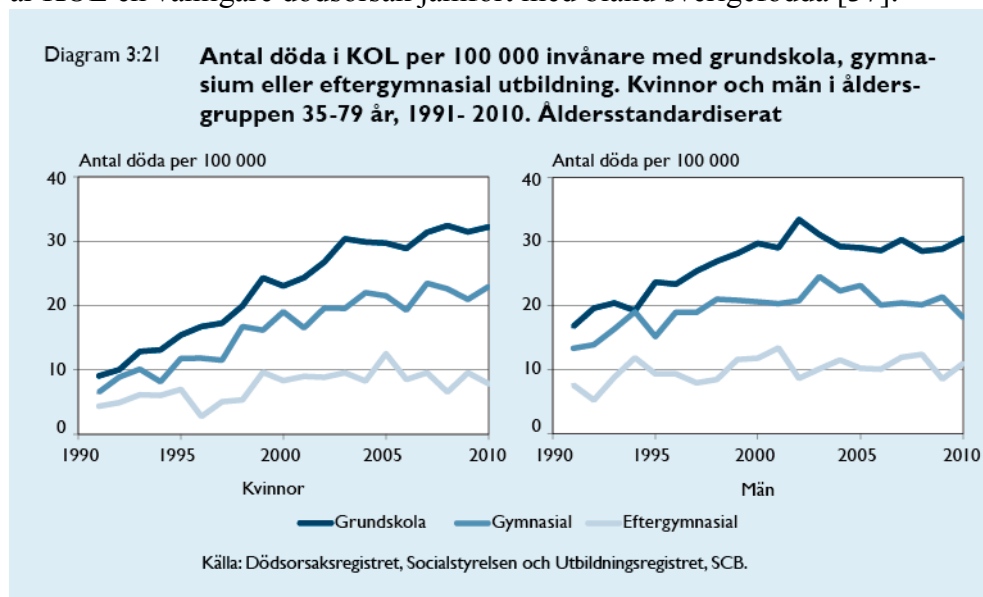
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Ökad dödlighet i KOL – särskilt vanlig sjukdom i resurssvaga grupper

En av de få sjukdomar som uppvisar en uppåtgående trend i dödlighet är kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Något som ofta förknippas med ojämlikhet är tobaksrökning, som i förlängningen kan ge medicinska skadeverkningar som just KOL och cancer. Omkring 13 procent av befolkningen i Sverige röker fortfarande varje dag och rökning är betydligt vanligare bland dem med kort ut-

bildning jämfört med högutbildade. Rökningen orsakar mer ohälsa och för tidig död än någon annan riskfaktor.

I Sverige beräknas 400 000–700 000 människor lida av KOL. Denna sjukdom är ett växande folkhälsoproblem, och är en bidragande orsak till att de socialt betingade skillnaderna i dödlighet har ökat under senare år (diagram 3:21). Rökning är också vanligare i vissa grupper av migranter. Även i dessa grupper är KOL en vanligare dödsorsak jämfört med bland sverigefödda [37].



Utvecklingsprojekt för bättre KOL-vård

Nio olika vårdenheter inom primärvård och slutenvård deltar i projektet ”Bättre KOL-vård är att göra skillnad”. Projektet samarbetar med kvalitetsregistret RiksKOL för att bland annat öka registeranvändningen och användningen av de data som registret genererar.

Utvecklingsarbetet sker med hjälp av den så kallade genombrottsmetoden, där de olika teamen beslutar om mål för arbetet och identifierar hinder för att nå målen. Arbetet kommer i stor utsträckning att bedrivas i form av tre lärandeseminarier med mellanliggande arbetsperioder fram till mars 2012. Seminarierna kommer att inriktas på socioekonomi, genus och födelseland eftersom det är faktorer som har samband med människors hälsa och utvecklingen av KOL. De slutsatser som dras i projektet ska sammanfattas i en rapport och presenteras vid en konferens under 2012 [91].

Hur vanligt är diskriminering i hälso- och sjukvården?

Det är svårt att uppskatta hur vanligt det är med uttalad diskriminering i vården, till exempel utifrån enkäter och andra registerdata. En anledning är att de grupper som i mindre utsträckning söker vård ofta inte nås av enkäter. Vissa sårbara grupper eller grupper som inte behärskar det svenska språket eller inte är vana vid att fylla i enkäter svarar också mer sällan på enkäter.

Under 2011 har Diskrimineringsombudsmannen (DO) fokuserat på diskriminering inom hälso- och sjukvården. Under förra året fick DO in 269 anmälningar från patienter som ansåg sig ha blivit dåligt bemötta av personal inom hälso- och sjukvården. Det är ungefär samma siffra som året innan, men en jämförelse med andra samhällsområden – som socialtjänsten och socialförsäkringen – visar att hälso- och sjukvården får fler anmälningar. Ändå finns indikationer på att få av dem som anser sig diskriminerade anmäler det till DO.

Ny EU-studie pekar på problem med diskriminering

Förekomsten av diskriminering har studerats i fem EU-länder inklusive Sverige på uppdrag av EU-organet Fundamental Rights Agency [92]. Ett 60-tal personer från varje land har intervjuats – sjukvårdspersonal, jurister och administratörer samt några grupper av patienter.

De intervjuade patientgrupperna var till exempel personer med rötter i Mellanöstern, kvinnor med bland annat somalisk bakgrund, personer över 50 år samt unga vuxna med funktionsnedsättning. De intervjuades om en mängd olika aspekter, bland annat om barriärer de har mött när de sökt vård samt deras erfarenheter av diskriminering inom sjukvården. En del frågor gällde tillgång till information samt erfarenheter av att anmäla eller framföra klagomål på vården.

Socialstyrelsen har tagit del av preliminära resultat från studien som visar att bilden av sjukvården skiljer sig diametralt beroende på om den förmedlas av sjukvårdspersonalen eller patienterna. Sjukvårdspersonalen menar att diskriminering är sällsynt i den svenska hälso- och sjukvården. Så här säger en läkare:

Man är ungefär likadant skapt rent anatomiskt och fysiologiskt och sedan vad man tror på eller hur man ser ut påverkar inte oss.

De intervjuade patienterna tecknar en helt annan och mer nedslående bild, och genom sin bakgrund har de alla upplevt olika typer av diskriminering och känt sig maktlösa i vården. Deltagarna som uppgav att de anmält felbehandling har varken fått upprättelse eller någon ersättning för uppkomna skador. Många av de intervjuade vittnar om vårdpersonalens föreställningar om personer som inte har ”svensk majoritetsbakgrund”, och muslimska kvinnor upplever genomgående bristande respekt och bemötande från sjukvården. Unga kvinnor med psykisk funktionsnedsättning berättar om att sjukvårdspersonalen inte respekterar deras privatliv utan ställer ovidkommande frågor, till exempel om deras sexliv. I berättelserna finns också exempel på försenade och nekade behandlingar, felbehandlingar, bristande respekt och nedsättande bemötande, trakasserier samt undanhållande av information. Ett exempel är en kvinna som först genomgick en misslyckad operation av livmodern och blev inkontinent. När hon försökte ta reda på vad som hade gått fel fick hon höra att alla journalanteckningar var borta. När hon sedan sökte vård för misstanke om cancer dröjde det två år innan hon röntgades. Så småningom blev hon opererad men då hade canceren hunnit sprida sig. Helt klart är att de intervjuade patienterna har råkat ut för dåligt bemötande och fått bristfällig information, både när det gäller tillgänglighet till vården och innehållet i den. Rapporten publiceras av Fundamental Rights Agency under våren 2012 [92].

Nationella patientenkäten visar på vissa systematiska skillnader mellan grupper

De nationella patientenkätarna visar att utlandsfödda personer är mindre nöjda än sverigefödda med olika aspekter av vården. De svarande har fått gradera bemötandet på en femgradig skala med *utmärkt*, *mycket bra*, *bra*, *någorlunda* och *dåligt*. De största skillnaderna mellan grupperna märks i antalet svar med ”utmärkt” respektive ”bra”. Personer som inte har svenska som modersmål är mer återhållsamma och upplever mer sällan att de får ett ”utmärkt” bemötande.

Kvinnor och de som inte har svenska som modersmål var oftare än män och sverigefödda mindre nöjda med flera centrala aspekter inom den öppna sjuk-

husvården. I tabell 3:5 visas resultat från den öppna sjukhusvården. Kvinnorna har till exempel 22 procent högre sannolikhet att känna sig mindre respekterade i mötet med vården, jämfört med män. För dem som inte har svenska som modersmål är sannolikheten 33 procent högre för att känna sig mindre respekterade, jämfört med gruppen som har svenska som modersmål. De med ett annat modersmål än svenska har också 14 procent högre sannolikhet att inte känna sig tillräckligt informerade om sin sjukdom och behandling. Samma grupp har 50 procent högre sannolikhet att känna sig mindre delaktiga i vården och behandlingen än vad de önskar jämfört med sverigefödda. Därtill har gruppen 36 procent högre sannolikhet för att ge helheten i vården ett lägre omdöme jämfört med gruppen som har svenska som modersmål.

Högutbildade känner sig mindre nöjda med informationen (32 procent högre sannolikhet) och med kunskapen om vart de kunde vända sig efter besöket (23 procent högre sannolikhet).

Tabell 3:5. Öppen vård vid sjukhusmottagningar, indikatorer för patientfokuserad vård: sannolikheten (OR) för att vara mindre nöjda med olika aspekter av vården utifrån kön, modersmål och utbildning

	Respekt (n = 76 264) OR	Information (n = 75 447) OR	Kontinuitet (n = 74 554) OR	Delaktighet (n = 75 054) OR	Helhetsintryck (n = 77 452) OR
Kön					
Män	1	1	1	1	1
Kvinnor	1,22 *	1,15 *	1,12 *	0,92	1,06 *
Svenska					
Ja	1	1	1	1	1
Nej	1,33 *	1,14 *	1,07	1,50 *	1,36 *
Utbildning					
Grundskola	1	1	1	1	1
Gymnasium	1,05	1,22 *	1,10	1,03	1,05 *
Universitet /högskola	0,98	1,32 *	1,23 *	0,93	0,99

1) Statistisk metod: Logistisk regression. Justerat för ålder, kön, landsting/region, antal besök i vården och självrapporterad hälsa.

2) Svaren visar oddsen (OR) för respektive grupp att vara mindre nöjd med de olika aspekterna av vården. Referensvärdet 1 för jämförelsegrupperna betecknar i vilken utsträckning patienterna svarade "ja" på frågan om de är nöjda med denna aspekt av vården. Värden högre än 1 betyder att de är mindre nöjda med respektive aspekt, och ett värde under 1 betyder att de är mer nöjda än referensgruppen.

* Statistiskt signifikant värde.

Samma mönster finns även inom till exempel primärvården och akutmottagningar – det vill säga kvinnor och de som inte har svenska som modersmål är mindre nöjda med bemötandet. De som inte har svenska som modersmål känner sig mindre delaktiga, och ger genomgående lägre omdömen om helhetsintrycket av vården [2]. Övriga bedömningar av vården utifrån de nationella patientenkäterna finns i avsnittet om patientfokuserad vård.

Landstingens syn på utmaningarna – svårt att mäta och prioritera

Enligt landstingen är svårigheterna att mäta och följa upp jämlikheten i vården en stor utmaning [2]. Landstingens företrädare anger också att många vill ha fler riktlinjer från myndigheterna. De framhåller att landstingen är medvetna om att det förekommer orättvisa och åtgärdbara skillnader i hälsan och vården, men

att det är svårt att ta sig an problemet. Flera vill ta fram personalutbildningar om jämlikhet i vården men menar samtidigt att verksamheterna har svårt att prioritera en sådan utbildning.

Patientorganisationerna har geografiska skillnader i fokus

Patientorganisationerna anser att geografiska skillnader är en av de största utmaningarna för att uppnå jämlikhet i vården [2]. Detta framkommer i de intervjuer som Socialstyrelsen har låtit genomföra under året. Företrädarna pekar särskilt på de betydande skillnaderna i tillgången till specialistvård och annan kompetens mellan landstingen men även inom landstingen. Detta kan innebära att patienterna får vänta olika länge innan de får rätt vård, vilket bidrar till onödiga kostnader i vården och i värsta fall innebär en risk för patienternas liv och hälsa. Organisationerna pekar också på att patienterna upplever stora orättvisor i vilken typ av behandling och rehabilitering de kan få. Dessutom varierar egenavgifterna mellan landstingen.

Skillnaderna beror enligt patientorganisationerna främst på den knappa och varierande tillgången till specialister. För att jämna ut tillgången till specialiserad vård behövs bättre nationella och mellanregionala remitteringsfunktioner. De framhåller också att landsting utan specialister inom olika områden saknar kompetens för att göra en snabb och korrekt remittering. Dessutom kan det finnas regionala prioriteringar och kostnadsskäl som gör att patienter inte remitteras till andra landsting. Samtidigt framhåller patientorganisationerna att det finns goda exempel där samverkan mellan landstingen fungerar bra i dessa avseenden. De viktigaste utmaningarna handlar om att få en ökad nationell samordning, till exempel i form av fler nationella riktlinjer och uppföljningar, samt att utveckla regionala centrum för kunskapsspridning och samordning. Patientorganisationerna vill också att staten ökar sin tillsyn samt ställer högre krav på att landstingen samordnar resurserna mellan sig. Vidare anser de att SKL har en viktig uppgift när det gäller att förbättra kunskapsspridningen och samordningen mellan landstingen och regionerna. Intervjupersonerna framhåller också att patienterna bör få en starkare ställning i vården och större inflytande i planeringsarbetet.

Metoder för att nå jämlikhet i vården – vad säger forskningen?

En stark första linjens sjukvård (bland annat primärvård och närvård) är en viktig faktor i ett sjukvårdssystem som strävar mot jämlik hälsa och vård. Riktade insatser kan bidra till att minska skillnaderna mellan olika grupper, men resultaten från forskningen är delvis motsägelsefulla. Socialstyrelsen har gjort en översiktlig litteratursökning över metoder och strategier som har använts inom forskningen för att minska skillnader i hälsa och vård mellan olika grupper [2].

Forskare framhåller att tillgången till vården blir mer jämlik med ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem, och att effekten blir motsatt om vården finansieras med en hög andel patientavgifter eller privata försäkringar. Vidare visar forskningen att tillgången blir mer jämlik med en hälso- och sjukvård som är uppbyggd kring en stark första linjens sjukvård. Det förefaller råda samstämmighet i forskningen om dessa övergripande aspekter, och i dessa sammanhang lyfts ofta de skandinaviska länderna som ”modeller” för sådana system.

SKL utvidgar satsningen för en jämlik hälsa och vård

Under 2010 var jämlik hälso- och sjukvård en prioriterad fråga för SKL som fokuserade på det socioekonomiska perspektivet, mångfalden och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Under 2011 utvidgade SKL arbetet med att undersöka och ta fram fakta om ojämlikhet inom andra områden som bedöms ha särskilt stor betydelse för välfärden. Arbetet ska bidra till att kommuner, landsting och regioner har bästa möjliga förutsättningar att erbjuda en god, gemensamt finansierad välfärd och en trygg, attraktiv och hållbar livsmiljö. Satsningen ska verka för att sektorns välfärdstjänster distribueras mer jämlikt inom kärnverksamheterna genom att utveckla kunskap, metoder och strategier som uppmärksammar ojämlikheter och stärker medlemmarnas möjligheter att åstadkomma konkreta förändringar. Ett antal kommuner och landsting har gått samman i ett nätverk för att utveckla arbetet med jämlik hälsa utifrån intentionerna i Marmotkommissionen [91].

Plattform för jämlikhet i vården

Flera organisationer arbetar tillsammans för att etablera en nationell plattform för jämlik hälsa och vård som är myndighets- och organisationsövergripande. Arbetet genomförs av SKL, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, DO, Vårdförbundet, Läkarförbundet, Kommunal, Läkarsällskapet och Svensk sjuksköterskeförening. Plattformen utarbetades och förankrades under 2011 och kommer att presenteras på en nationell konferens under våren 2012. Syftet med plattformen är att tydliggöra en gemensam värdegrund som är baserad på lagstiftning och professionell etik. Den ska samtidigt verka mobiliserande och därmed driva på arbetet både inom och mellan de samverkande organisationerna [91].

Lärandeprojekt

I SKL:s regi pågår ett projekt med syfte att utveckla och testa arbetssätt för hälsofrämjande och förebyggande insatser, bemötande, behandling och tillgänglighet i första linjens vård [91]. Projektet bedrivs i utvalda bostadsområden och genomförs i samverkan med de berörda aktörerna inom området. Projektet startade hösten 2011 och ska följas genom en vetenskaplig studie. I studien ska olika arbetssätt, metoder och deras effekter utvärderas samt en hälsoekonomisk bedömning göras.

Vägledning för styrning mot jämlikhet

SKL har utvecklat en modell för hur kommuner, landsting och regioner kan utveckla sitt övergripande styr- och ledningssystem, i syfte att erbjuda mer jämlika välfärdstjänster inom exempelvis hälso- och sjukvården, skolan och socialtjänsten. Vägledningen är ett stöd för alla som utifrån lokalt självstyre arbetar för ökad jämlikhet. Den vänder sig främst till dem som arbetar på en övergripande styr- och ledningsnivå men kan även inspirera till utvecklingsarbete på verksamhets- och arbetsplatsnivå [93].

Socialstyrelsens bedömningar för det fortsatta arbetet

På senare år har ett antal initiativ tagits på olika nivåer för att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård. Några beskrivs kortfattat ovan, och här sammanfattar Socialstyrelsen ett antal förslag för det fortsatta arbetet som vi har tagit fram

under hösten och som tidigare har redovisats i rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* [2].

Socialstyrelsen avser att ta fram en samlad strategi för att genom samtliga tillgängliga verktyg bidra till utvecklingen mot en mer jämlik hälsa och vård, bland annat på följande sätt:

- Driva på utvecklingen genom att ta fram en plan för hur olika informations-system, inklusive hälsodataregister och kvalitetsregister, och andra databaser inom sjukvården kan utvecklas för att kontinuerligt belysa och följa skillnader i hälsa, tillgänglighet och vårdkvalitet för olika grupper i befolkningen.
- Utveckla metoder för att ta fram mer kunskap om situationen för grupper som hamnar utanför vanliga kartläggningar och analyser. Det handlar om nationella minoriteter, men också om papperslösa, bostadslösa, tunga missbrukare och vissa grupper av svårt psykiskt sjuka.

Sjukvårdshuvudmännen bör exempelvis göra följande:

- Fokusera på utsatta områden och utveckla tillgängligheten genom att identifiera och avveckla barriärer inom vården för utsatta grupper, samt utveckla uppsökande verksamhet i områden med hög ohälsa.
- Satsa på innovativa projekt och stimulera personalen i de patientnära verksamheterna. För att öka kunskapen behöver medarbetarna aktivt uppmuntras till att utveckla projektidéer och gemensamma målbilder kring hur man kan uppnå en mer jämlik vård.
- Inrätta särskilda verksamhetsbaserade vårdteam för att utveckla och stärka utsatta gruppers möjligheter till vård. Dessa team kan kopplas till lokala FoU samt relevanta forskningsinstitutioner.
- Bredda uppdragen för de regionala kunskapscentrum för jämställd vård som redan finns så att de även omfattar övriga jämlikhetsaspekter. Dessa cent-rums huvuduppdrag kan vara att bedriva forskning och verksamhetsutveckling för att öka kunskapen och det professionella engagemanget kring frågor som rör jämlikhet i hälsa, vård och omsorg.
- Vidareutveckla metoder för en behovsbaserad resursfördelning och ersättningsmodeller med särskilt fokus på sjukvårdens förebyggande, behandlande och rehabiliterande verksamhet.

Regering och riksdag bör bland annat överväga:

- Utveckla en ny modell i samarbete med sjukvårdshuvudmännen med syfte att nå större harmonisering mellan olika delar av landet inom kritiska områden såsom avgifter och geografiska skillnader i tillgång till kompetens etc.
- Utforma ett tilläggsdirektiv till den pågående så kallade Patientmaktsutredningen (S2011:03) om att den särskilt bör uppmärksamma jämlikhets- och inflytandaspekter för sårbara grupper i befolkningen.

Forskning och utbildning föreslås att:

- Den planerade översynen av läkarutbildningen bör ta stor hänsyn till de framtida behoven av läkare i primärvård, psykiatri, geriatrik och socialmedicin.
- Öka fokus i samtliga vårdutbildningar på omfattning och orsaker till socio-ekonomiskt betingade skillnader i ohälsa och vårdbehov.

- Öka stödet till forskning som särskilt riktar in sig på att utveckla metoder för att minska skillnaderna i hälsa och vård (till exempel aktionsforskning och deltagande observationer).

Effektiv hälso- och sjukvård

Effektiv vård innebär att de tillgängliga resurserna i form av till exempel personalens kompetens, medicinsk utrustning och läkemedel används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. Det kommer att bli allt viktigare att använda de tillgängliga resurserna inom vården och omsorgen på bästa sätt eftersom den åldrande befolkningen och den medicinteknologiska utvecklingen sannolikt kommer att pressa kostnaderna uppåt.

I kapitlet om ekonomiska analyser finns en definition av effektivitet och exempel på hur effektivitet kan analyseras. I detta avsnitt kommenterar vi effektiv vård ur ett internationellt perspektiv.

Effektivitet i hälso- och sjukvården ur ett internationellt perspektiv

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) har sedan 2004 studerat i vilken grad kostnaderna för hälso- och sjukvård leder till förbättrad hälsa hos befolkningen. Arbetet har inte handlat om att utveckla metoder för att analysera effektivitet, utan det har främst handlat om att synliggöra skillnader mellan olika länder när det gäller befolkningens hälsa, resultat- och processindikatorer samt hälso- och sjukvårdsutgifter. OECD har dessutom sökt förklaringar till olikheter mellan länderna i deras olika institutionella arrangemang när det gäller hälso- och sjukvårdssystemen.

Sedan tidigt 1990-tal har hälso- och sjukvårdsutgifterna per invånare i OECD-länderna ökat med över 70 procent i reellt värde. OECD beräknar att de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP kommer att öka 3,5–6,0 procentenheter fram till 2050 i OECD-området. På lång sikt är det nödvändigt att kunna använda resurserna mer effektivt för att inte underminera de offentliga finanserna. Samtidigt som hälso- och sjukvårdsutgifterna har ökat så har också hälsan förbättrats hos befolkningen inom OECD. Hälsa mäts då som förväntad medellivslängd och dödlighet i till exempel cancer och akut hjärtinfarkt. Den förväntade medellivslängden har i genomsnitt ökat ett år för varje fyraårsperiod sedan tidigt 1990-tal.

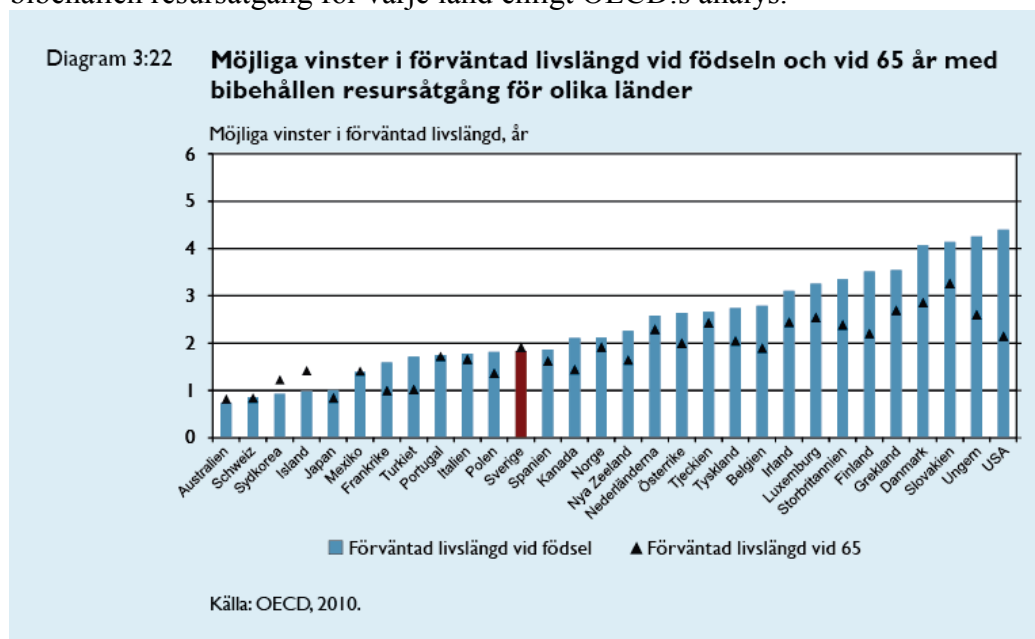
Trots detta finns fortfarande betydande variationer i hälsostatus mellan länderna, och de som spenderar mest pengar har inte nödvändigtvis bäst hälsoutfall. Exempelvis spenderar Japan mindre på sjukvård per invånare än de flesta OECD-länderna samtidigt som japanerna har en mycket hög hälsostatus. I andra länder bör det därför finnas utrymme att förbättra kostnadseffektiviteten. Det finns i allmänhet ingen motsättning mellan att uppnå mer jämlika hälsoutfall och att höja det genomsnittliga hälsotillståndet hos befolkningen. Länder med hög jämlikhet när det gäller hälsa tenderar tvärtom också att ha en hög genomsnittlig hälsostatus – Island, Sverige och Italien är exempel på detta.

I rapporten *Health care systems: Efficiency and policy settings* gör OECD jämförelser mellan olika länder och olika hälso- och sjukvårdssystem för att identifiera styrkor och brister i dem [94]. OECD-länderna sorteras in i olika grupper beroende på hur hälso- och sjukvårdssystemen är konstruerade. Sverige hamnar i grupp 4 tillsammans med Turkiet och Island, vilket är en grupp som karaktäriseras av offentlig finansiering och mest offentlig produktion, möjlighet att välja vårdgivare och en låg nivå av ”gatekeeping”. Låg ”gatekeeping” inne-

bär till exempel att patienter kan kontakta en specialist utan att ha en remiss från en allmänläkare.

Hela grupp 4 har hög effektivitet, men OECD konstaterar att det inte verkar finnas något system som i sin helhet är bättre än andra, utan det finns större variationer inom olika grupper än mellan dem. Det finns med andra ord ingen särskild reform som kan rekommenderas generellt. De fyra länder som förefaller vara bäst på att omvandla insatta resurser till hälsa är Australien, Japan, Korea och Schweiz, och de hamnar i tre olika grupper i klassificeringen av hälso- och sjukvårdssystemen.

I rapporten analyseras effektivitet med hjälp av den ekonometriska metoden "data envelopment analysis" (DEA). Som utfall används förväntad livslängd eftersom alla länder inte har data över mer sjukdomsspecifika resultat. Livslängden påverkas dock av andra faktorer än endast hälso- och sjukvården, och därför tar analysen även hänsyn till livsstilsfaktorer såsom tobaks- och alkoholkonsumtion, matvanor och miljöfaktorer samt utbildnings- och inkomstnivå. Resultatet visar att alla OECD-länder skulle kunna höja effektiviteten och få bättre resultat av de insatta resurserna. Om hälso- och sjukvårdsutgifterna hölls konstanta skulle medellivslängden kunna öka med mer än två år i genomsnitt för OECD-länderna, om samtliga länder skulle bli lika effektiva som de mest effektiva. Diagram 3:22 visar den möjliga vinsten i förväntad livslängd med bibehållen resursåtgång för varje land enligt OECD:s analys.



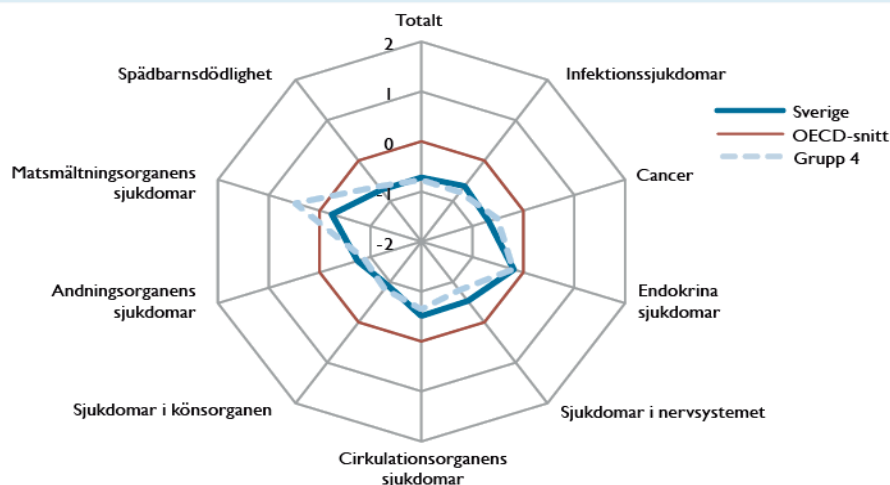
Figur 3:1 och 3:2 visar Sveriges resultat i förhållande till OECD-snittet och snittet i den grupp som Sverige kategoriserades i (grupp 4) när det gäller resurser och utfall i form av åtgärdbar dödlighet.

Figuren nedan (3:1) visar åtgärdbar dödlighet uppdelat på olika sjukdomsgrupper. Den åtgärdbara dödligheten är lägre i Sverige än i OECD-länderna i genomsnitt inom samtliga sjukdomsgrupper.

Åtgärdbar dödlighet uppdelat på sjukdomsgrupp

Källa: OECD, 2010.

Figur 3:1

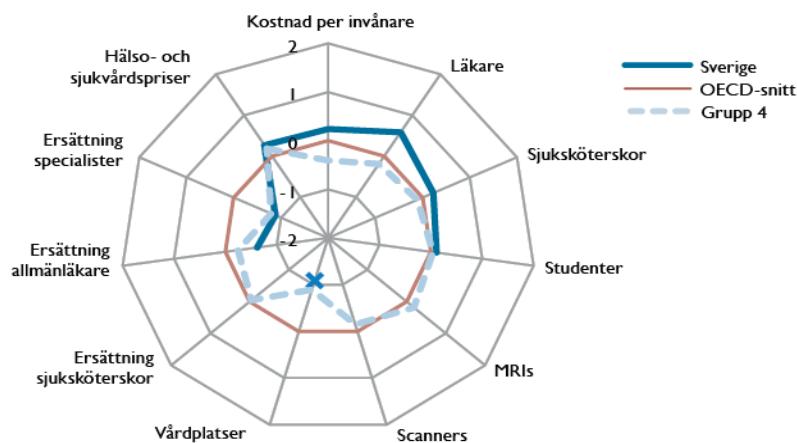


På resurssidan har Sverige fler läkare och sjuksköterskor per invånare än OECD-snittet (figur 3:2). Däremot är antalet besök per invånare lägre (framgår inte av diagrammet). Enligt OECD är det låga antalet besök per läkare slående. Statistiken över antalet besök ger dock ingen information om hur långa besöken är eller vad de innehåller. Hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare är något högre i Sverige än i OECD-länderna generellt, men antalet vårdplatser är lägre. Kategorierna "ersättning specialister" och "ersättning allmänläkare" visar den relativa lönenivån för dessa grupper i relation till den övriga befolkningen i respektive land. Diagrammet visar att den relativa inkomstnivån för dessa grupper är lägre än OECD-snittet.

Kostnader och resurser

Källa: OECD, 2010.

Figur 3:2



OECD har i rapporten *Value for Money in Health Spending* presenterat olika åtgärder som leder till ökad effektivitet [95]. Exempel på sådana åtgärder är tillämpning av "health technology assessment" (HTA) och evidensbaserad medicin, till exempel i form av riktlinjer och kunskapsöversikter. Andra åtgärder är målrelaterad ersättning ("pay for performance", P4P) även om data som visar att kvaliteten höjs med denna typ av ersättningssystem ofta saknas. OECD tillägger även att förutsättningarna för att införa P4P ofta saknas, det vill säga

data finns inte eller går inte att samla in, kvalitetsindikatorer finns inte och uppföljningssystem saknas.

Intresset i landstingen ökar

Intresset för hälsoekonomiska frågeställningar verkar vara på uppåtgående i Sverige och år 2010 startade den första svenska föreningen för hälsoekonomi, SHEA. Under hösten 2011 höll föreningen sitt första årsmöte och i samband med det bildades också ett nätverk för samverkan kring hälsoekonomiska frågeställningar bland representanter från landstingen. I den följande texten redovisas exempel på hur Region Skåne arbetar med området effektiv vård.

För att kunna följa upp om vården är effektiv måste det finnas uppsatta mål för verksamheten eftersom effektivitet definieras som måluppfyllelse i förhållande till de insatta resurserna. I Region Skåne formuleras mål för verksamheten på både koncernnivå och lokal nivå. För att stärka incitamenten att nå målen har olika typer av målrelaterade ersättningar tagits fram inom olika delar av hälso- och sjukvården. Region Skåne använder också öppna jämförelser för att synliggöra resultaten och därmed få ytterligare drivkraft att nå målen.

Regionen har utvecklat strukturerade processer där vårdkedjan utifrån patienternas perspektiv ska vara obruten och effektiv. Processerna utvecklas i nära samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården. Under år 2011 utvecklades processerna för stroke, knä- och höftledsartros och multisjuka äldre, och inom cancerområdet fortsätter arbetet med processerna bröstcancer, kolorektalcancer, prostatacancer och lungcancer.

Genom att arbeta processinriktat ska patienterna få kortare ledtider, och en patient med höftfraktur ska till exempel opereras inom 24 timmar från ankomsten till sjukhuset. Inom öppenvården ska omhändertagandet ske effektivt genom att patienterna får rätt vård i rätt tid och på rätt vårdnivå.

Arbetet med området effektiv vård är inte skarpt avgränsat från andra målområden inom konceptet god vård [49]. Det finns ytterligare exempel på systematiskt arbete i Region Skåne inom området effektiv vård, som också berör till exempel säker och kunskapsbaserad vård. Exempel på detta är arbeten som går ut på följande:

- Koncentrera den högspecialiserade vården till färre enheter.
- Öka antalet patienter som läggs in direkt.
- Skapa en patientägd journal som alla vårdgivare använder.
- Läkemedelsbehandlingar ska vara evidensbaserade, kostnadseffektiva och av hög kvalitet. Vårdenheterna ska följa nationella och Skånegemensamma riktlinjer, såsom Skånelistan och måltal i läkemedelsbudgeten.
- Vid introduktionen av nya läkemedel ska vårdenheterna följa Skånegemensamma riktlinjer som tas fram via Läkemedelsrådet.

Det lokala arbetet med verksamhetsutveckling enligt god vård stimuleras genom att olika förvaltningar får i uppdrag att arbeta med lokala incitament och redovisa dessa till koncernen. Kunskaper om lokala förhållanden och betingelser är avgörande för att organisera verksamheten och för att belöna medarbetare och verksamheter i syfte att nå de uppsatta kvalitetsmålen med minsta möjliga resursåtgång. Regionen kan också stödja lokala projekt genom att tillhandahålla hälsoekonomisk kompetens.

Referenser

1. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
2. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. www.SCB.se
4. Dödsorsaker 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Sveriges officiella statistik.
5. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs), Fact sheet N°317. Hämtad 2011-11-01 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> 2011.
7. WHO. Cancer, Fact sheet N°297. Hämtad 2011-11-01 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> 2011.
8. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig på www.fhi.se.
9. Levnadsvanor. Lägesrapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. A 2010:13.
10. Nationell patientenkät – primärvård, undersökningsperiod höst 2009. Institutet för kvalitetsindikatorer; 2010.
11. Nationell patientenkät – primärvård, undersökningsperiod höst 2010. Institutet för kvalitetsindikatorer; 2011.
12. Vårdbarometern. Befolkningsundersökning 2010. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
13. Målområde 6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
14. Delredovisning 1 av uppdrag angående stöd till nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen; 2011.
15. www.natverket-hfs.se
16. Vårdvalet – hur följer landstinget att utförarna håller god kvalitet? Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting; 2009. Projektrapport Nr 9/2009.
17. Delredovisning – uppdrag att följa upp vårdvalssystem i primärvården. Dnr 314/2011. Konkurrensverket; 2011.
18. Årsrapport NPS 2012. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
19. Budgetpropositionen 2012. Regeringen; 2011.
20. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2009–2025. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
21. Läkemedelsförsäljningen i Sverige – Analys och prognos maj 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

22. Omregleringen av apoteksmarknaden – Redovisning av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Konsumentverket; 2011. Rapport 2011:9.
23. Socialstyrelsens tillsyn av öppenvårdsapotek. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
24. En omreglerad apoteksmarknad – delrapport 1. Statskontoret; 2011. 2011:10.
25. Cancer Incidence in Sweden 2010 – Cancerförekomst i Sverige 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
26. Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
27. Ännu bättre cancervård. Rapport om SKL:s insatser 2011, inom ramen för överenskommelsen om den nationella cancerstrategin. 2011-10-17. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
28. Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2011. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2011.
29. Väntetider inom cancervården – från remiss till behandlingsstart. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
30. Cancerfondsrapporten 2011. Cancerfonden; 2011.
31. Tillgång på specialistläkare 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
32. Hjärtinfarkter 1987–2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Sveriges officiella statistik.
33. Nationell utvärdering 2011. Strokevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
34. Årsrapport 2010 års resultat. Göteborg: Nationella diabetesregistret; 2011.
35. Nationell utvärdering 2011. Diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
36. Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
37. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
38. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
39. Tillsynsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
40. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
41. Bättre vård – mindre tvång. Förbättringar av den psykiatriska heldygnsvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
42. Diskriminering av personer med psykisk ohälsa – en intervjuundersökning. (H)järnkoll, 2011. Tillgänglig på www.hjarnkoll.se
43. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Aktuell från 1 januari 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
44. Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Delrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
45. Min guide till säker vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
46. www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer
47. Nationell Patientenkät. Sveriges Kommuner och Landsting. Tillgänglig på www.skl.se
48. Sveriges Kommuner och Landsting. Webbenkät till hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Augusti 2011.
49. Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer, indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

50. www.vantetider.se
51. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”. Årsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
52. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”. Årsrapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
53. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport mars 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
54. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2011. SBU-rapport 197; 2010.
55. Rehabiliteringsgarantin. Resultat från första halvåret 2011. Sammanfattning och utvärdering. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
56. Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och SBU; 2011. Nationella medicinska indikationer Rapport 2011:02.
57. Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Lohela Karlsson M, Bodin L, Norlund A, et al. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
58. Bakshi A, Hansson JL, Brommels M, Klinga C, Bonnevier H, Jensen I. En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM) samt Medical Management Centrum, Institutionen för lärande, information och etik. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
59. Patientsäkerhetssatsning 2011. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. 2010/9054/HS.
60. Patientsäkerhetssatsning 2011 – uppföljning och samlad bedömning av utfall. Dnr 5.2-39265/2010. Socialstyrelsen; 2011.
61. www.skl.se
62. Nationell läkemedelsstrategi. Artikelnummer S2011.029. Regeringskansliet; 2011.
63. Nationell tillsyn av vårdgivares ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet 2008–2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
64. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
65. www.patientforsakring.se
66. Berglund C, Nylén U. Inventering av hur strukturerad journalgranskning används på svenska sjukhus. Bilaga 2, oktober 2011. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
67. Strukturerad journalgranskning inom somatisk slutenvård. Dnr 5.2-39265/2010. Socialstyrelsen; 2011.
68. Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar (prop. 2005/06:50).
69. Uppföljning av strategin för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar (prop. 2005/06:50). Rapportering av regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
70. Förslag till utveckling av strategin mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
71. Konsekvenser – ESBLCARBA. Smittskyddsinstitutet; 2011.

72. Tillgång till vårdhygienisk kompetens – rekommendation som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
73. Vårdgivarnas arbete med vårdhygien. Resultat av Socialstyrelsens tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
74. Akutmottagningars kapacitet och rutiner för ett säkert omhändertagande av smittsamma personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
75. Smittspridning inom svensk neonatalsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
76. Överbeläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; november 2011. Patientsäkerhet Tema Nr. 8.
77. Broqvist M, Branting Elgstrand M, Carlsson P, Eklund K, Jakobsson A. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet; 2011. 2011:4.
78. Socialstyrelsen. Nationella medicinska indikatorer. Hämtad 2011-12-01 från www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellamedicinskaindikationer
79. Rosén M. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011–2015. Översyn av de nationella kvalitetsregistren; 2010.
80. Överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och staten - om utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. Sveriges Kommuner och Landsting, Socialdepartementet; 2011.
81. www.kvalitetsregister.se
82. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011. Bilaga 2. Täckningsgradsjämförelser mellan hälsodataregistren vid Socialstyrelsen och Nationella Kvalitetsregister. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
83. Öppna jämförelser missbruk och beroende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
84. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
85. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
86. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
87. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
88. Lägesrapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
89. Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
90. Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
91. Sveriges Kommuner och Landsting. Jämlika välfärdstjänster. Hämtad 2011-11-01 från www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/jamlikvalfard
92. Personlig kommunikation med forskare Helene Brodin. November 2011.
93. Göra jämlikt är att göra skillnader. Vägledning för jämlik styrning och ledning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
94. Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings, OECD Publishing. OECD; 2010.
95. Value for Money in Health Spending, OECD Publishing. OECD; 2010.