Hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Medellivslängden fortsätter att öka och dödligheten i de flesta sjukdomar sjunker. De sociala skillnaderna i hälsa och dödlighet är dock fortfarande stora. Tobaksrökningen minskar i befolkningen, men tobaksrelaterade sjukdomar som KOL ökar fortfarande hos kvinnor. Lungcancer hos kvinnor har ökat under en lång tid men ökningen tycks ha avstannat.
- Ohälsosamma levnadsvanor hos patienter med exempelvis hjärt-och kärlsjukdom eller diabetes är fortsatt vanliga. Detta talar för att patienterna behöver mer rådgivning och stöd när det gäller levnadsvanor. Det är positivt att hälso- och sjukvårdens intresse och arbete med sjukdomsförebyggande metoder fortsätter att öka, men arbetet är ännu inte tillräckligt.
- Patienterna ger fortsatt gott omdöme om bemötandet i vården, men vården är sämre på att ge patienten tillräcklig information och att göra patienten delaktig. Få patienter har fått tillgång till en fast vårdkontakt och kunskaperna om vårdens skyldighet att vid behov utse en fast vårdkontakt är ännu låg bland personalen inom hälso- och sjukvården.
- Patientnämnderna tar emot allt fler klagomål från patienterna. Många klagomål handlar till exempel om att man inte har blivit tagen på allvar, att det är långa väntetider för besked om undersökningsresultat, bristande samordning mellan olika insatser och vårdnivåer och att informationen är bristfällig.
- Utvecklingsarbeten pågår inom den psykiatriska heldygnsvården och på många ställen har tvångsåtgärderna kunnat minskas.
- Tillgängligheten i primärvården är fortsatt god. Fler läkarbesök görs och det blir fler vårdcentraler. Väntelistor till besök och behandling i specialistvården var oförändrade 2011 jämfört med 2010. Men under 2012 har tillgängligheten till behandling blivit bättre. Väntetiderna inom cancervården är fortfarande mycket långa.
- Vårdplatserna har minskat under många år och överbeläggningar har blivit vanligare. Andelen av befolkningen som läggs in på sjukhus har varit lika stor under de senaste åren, men för personer över 65 ses en förskjutning mot att vården ges vid allt högre ålder. Vårdtiderna blir allt kortare och vårdtyngden ökar.
- Tillgången på läkare och sjuksköterskor fortsätter att öka. Tillgången på specialiserade sjuksköterskor har däremot minskat, och efterfrågan överstiger tillgången framförallt inom psykiatri-, anestesi- och intensivvård. Efterfrågan överstiger också tillgången på läkare, framför allt specialistläkare. Nästan alla landsting rekryterar aktivt specialistläkare i andra länder. Socialstyrelsens prognos pekar på ett fortsatt behov av läkare utbildade i annat land om läkartätheten ska kunna upprätthållas.

- Skador i vården är vanligt och de vanligaste skadorna är vårdrelaterade infektioner. Många satsningar för en bättre patientsäkerhet pågår och rapporteringen av skador ökar. Antibiotikaförskrivningen tycks inte minska längre och de antibiotikaresistenta bakterierna fortsätter att öka.
- Samverkan för att ta fram kunskapsunderlag till hälso- och sjukvården ökar. Myndigheter samverkar när det gäller val av kunskapsområden medan sjukvårdsregionerna samverkar för att ta fram nationella vårdprogram för att främja en utjämning av praxisskillnader i landet.

I detta kapitel belyser Socialstyrelsen inledningsvis den aktuella utvecklingen inom några vårdområden. Därefter beskriver vi den övergripande utvecklingen inom de olika målområdena för god vård. Beskrivningarna 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]. Där redovisas också ett stort antal indikatorer för flera sjukdoms- och vårdområden som vi endast berör kort här.

Hälso- och sjukvård för äldre, personer med funktionsnedsättning och personer med missbruk beskrivs i särskilda kapitel. Hälso- och sjukvård för barn och unga tas i stället upp i Socialstyrelsens tematiska rapport som publiceras i slutet av mars 2013.

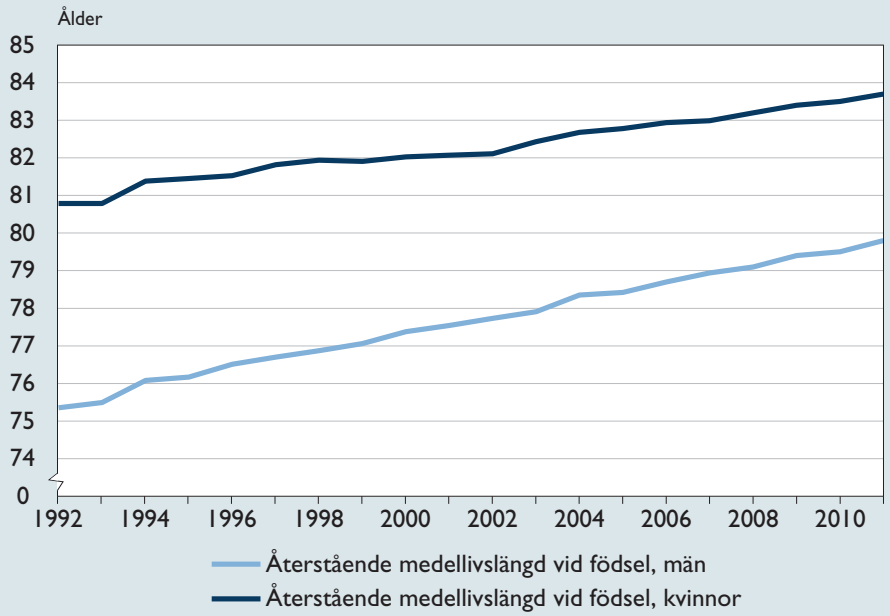
Aktuell utveckling

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av befolkningens hälsa, hälso- och sjukvårdens verksamhet, apoteksverksamhet och försäljning av receptfria läkemedel. Vi berör även tillgången till vårdpersonal och sjukdomsförebyggande arbete. I slutet av avsnittet sammanfattar vi utvecklingen inom några olika vårdområden: cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdomar, diabetesvård samt psykiatrisk vård.

Medellivslängden fortsätter att öka

Medellivslängden ger en övergripande bild av hälsoutvecklingen i ett land. Medellivslängden i Sverige fortsätter att öka, och 2011 var den 83,7 år för kvinnor och 79,8 år för män [2]. Ökningen har varit snabbare hos män, vilket leder till att skillnaden mellan män och kvinnor minskar. Den viktigaste förklaringen till att medellivslängden ökar är den minskande dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar [3].

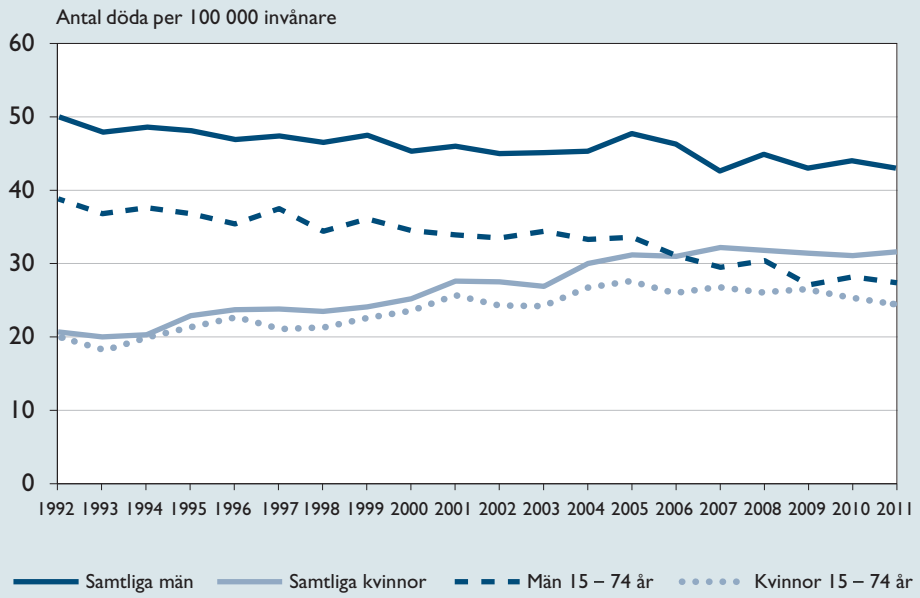
Diagram 3:1. Medellivslängd för kvinnor och män 1992–2011.



Källa: Statistiska Centralbyrån.

Hjärt- och kärlsjukdomar är dock fortfarande den vanligaste dödsorsaken: År 2011 avled 39 procent av kvinnorna och 38 procent av männen i dessa sjukdomar [4]. Tumörer utgör den näst vanligaste dödsorsaken och svarade för 23 procent av dödsfallen bland kvinnorna och för 27 procent bland männen. Bland tumörerna gick lungcancer för ett par år sedan om bröstcancer som den vanligaste dödsorsaken för kvinnor. Dödligheten i lungcancer har sedan slutet av 1980-talet ökat för kvinnor, men under de senaste åren har denna ökning avstannat. För kvinnor i åldrarna under 74 år har dödligheten till och med minskat.

Diagram 3:2. Lungcancerdödlighet för samtliga kvinnor, samtliga män och åldrarna 15–74 år. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000, 1992–2011.



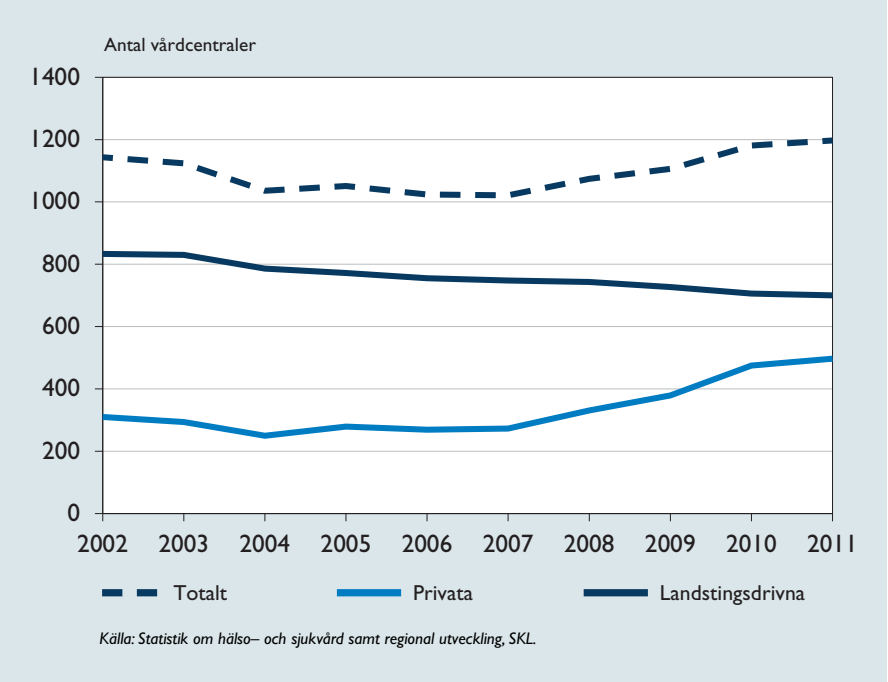
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Folkhälsan i Sverige redovisas mer utförligt i en särskild årsrapport som Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut publicerar den 30 mars 2013 [se även ref.nr. 3 och 5].

Hälso- och sjukvårdens verksamhet

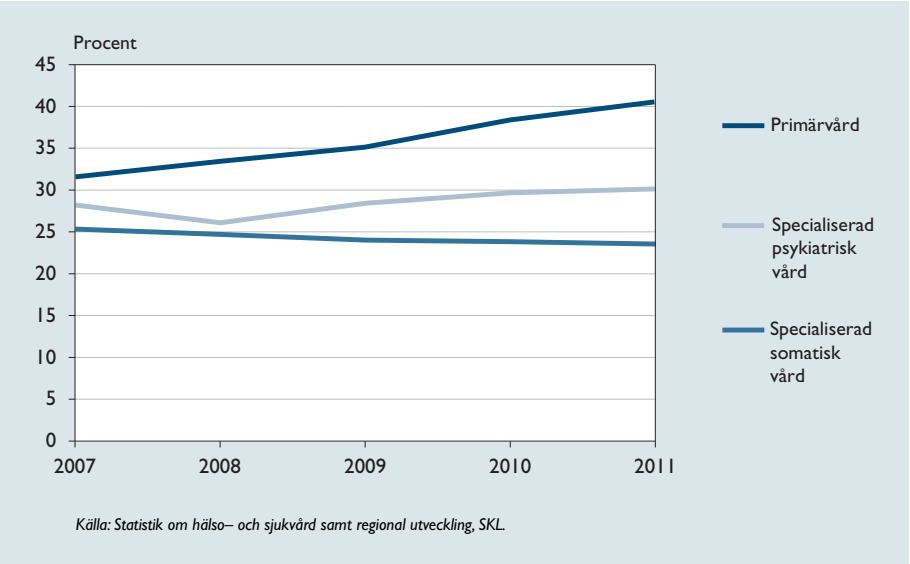
Antalet vårdcentraler har ökat i landet sedan 2007, och 2011 fanns det 1 197 stycken (diagram 3:3) [6]. Av dessa drevs 497, cirka 42 procent, i privat regi. Ökningen består framför allt av privata vårdcentraler, medan de landstingsdrivna vårdcentralerna minskat något i antal.

Diagram 3:3. Antal vårdcentraler i Sverige, totalt och uppdelat på privata och landstingsdrivna vårdcentraler, 2002–2011.



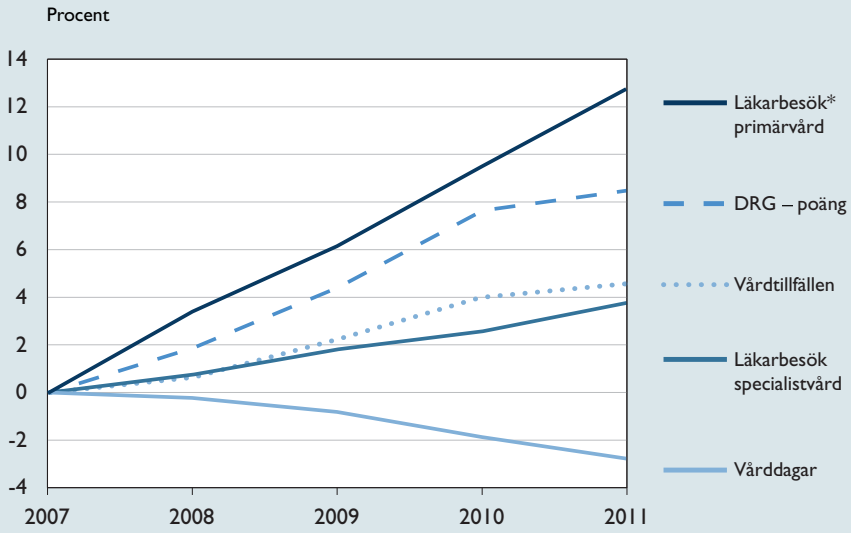
Den privata vården ökar inom primärvården och den specialiserade psykiatrin (diagram 3:4). År 2011 gjordes 40 procent av alla läkarbesök inom primärvården hos privata vårdgivare och motsvarande andel inom den specialiserade psykiatrin var 30 procent. Däremot görs läkarbesök inom den somatiska specialistvården i minskande utsträckning hos privata vårdgivare. Under 2011 var denna andel 24 procent.

Diagram 3:4. Andelen läkarbesök hos privat vårdgivare i primärvård, specialiserad psykiatrisk vård och i specialiserad somatisk vård, 2007–2011.



Antalet läkarbesök i primärvården fortsätter att öka kraftigt (diagram 3:5). Däremot ökar inte antalet besök till andra personalkategorier i primärvården. I specialistvården sker en motsatt utveckling där besöken till andra personalkategorier ökar mer än läkarbesöken. Det gäller särskilt psykiatrin men även den somatiska specialistvården. Antalet läkarbesök i specialistvården ökar också något (diagram 3:5).

Diagram 3:5. Vårdströmmar år 2007–2011. Procentuell förändring av antal läkarbesök, DRG-poäng, vårdtillfällen och vårddagar i förhållande till 2007.*
**DRG=diagnosrelaterade grupper, DRG-poäng är ett mått på vårdtyngden.*

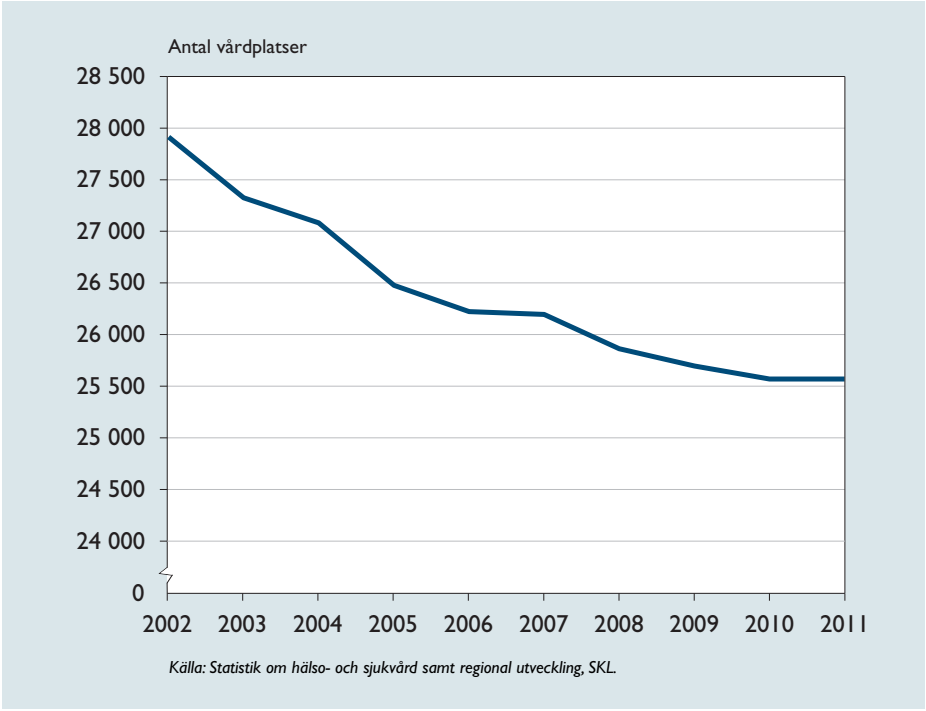


* Ej MVC eller BVC

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

År 2011 fanns det cirka 25 600 vårdplatser totalt i landet. Även om antalet inte minskade mellan 2010 och 2011 så har det varit trenden under många år [6]. Mellan 2007 och 2011 minskade till exempel antalet vårdplatser med drygt 600 platser. Den största minskningen har skett inom geriatrisk vård, där antalet vårdplatser minskade med cirka 250 under tidsperioden. Det minskande antalet vårdplatser har lett till att överbeläggningar har blivit allt vanligare (se mer under *Säker vård*).

Diagram 3:6. Antalet vårdplatser i Sverige 2002–2011 uppdelat på medicin, kirurgi, psykiatri, geriatrik och övrig somatisk vård.



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

Antalet vårdtillfällen (inläggningar på sjukhus) ökar under perioden, samtidigt som det totala antalet vårddagar på sjukhus minskar (diagram 3:5). Därmed minskar också det antal dagar som patienter i genomsnitt vårdas på sjukhus. Medelvårdtiden 2011 var 5,33 dagar och hade minskat med 0,42 dagar jämfört med 2007 då den var 5,75 dagar.

Alltmer vård utförs också utan att patienterna behöver läggas in på sjukhus, exempelvis som dagkirurgi. I genomsnitt gick det 0,41 dagkirurgiska besök per vårdtillfälle i slutenvård 2010. Detta är en ökning sedan 2006 då det gick 0,36 dagkirurgiska besök per vårdtillfälle [7].

Däremot är det ungefär lika många patienter som läggs in på sjukhus 2011 som 2007. De som läggs in är dock allt sjukare vilket visas av att det genomsnittliga antalet diagnoser ökar, liksom DRG-poängen. DRG står för diagnosrelaterade grupper och DRG-poäng är ett mått på vårdtyngden.

Slutsatsen är att andelen i befolkningen som läggs in på sjukhus har varit ungefär lika stor under de senaste åren men för personer över 65 ses en förskjutning mot att vården ges vid allt högre åldrar. Patienterna ligger också allt kortare tid på sjukhus för varje tillfälle som de har lagts in, trots att de är sjukare. De läggs även in fler gånger under ett år.

Mer läkemedel säljs utanför apoteken

Antalet apotek var 1 254 stycken i september 2012 i jämförelse med de 925 apotek som fanns den 1 juli 2009 då monopolet avvecklades [8]. Det fanns 26 olika apoteksaktörer 2012, varav Apoteket AB, som tidigare hade monopol, fortfarande var den största. Myndigheten Tillväxtanalys har ana-

lyserat hur den geografiska tillgängligheten till apotek har förändrats efter apoteksreformen, och konstaterar att tillgängligheten mätt som avstånd till närmaste apotek har förbättrats. Nu når 90 procent av befolkningen det närmaste apoteket inom 10 minuters bilfärd. För större delen av befolkningen, närmare 99 procent, är avståndet kortare än 20 minuter. Cirka 127 000 personer, eller ungefär 1 procent av befolkningen, har 20 minuter eller mer till sitt närmaste apotek.

Statskontoret har följt upp apoteksmarknaden [9]. I en delrapport från juni 2012 redovisar de bland annat en enkätundersökning till apotekspersonal. Resultatet från enkäten tyder på att det finns vissa brister i öppenvårdsapotekens förutsättningar att upprätthålla kompetensen och säkerheten. En viktig förklaring till dessa brister är enligt många anställda att det inte finns tillräckligt med tid vid expedieringen för att ge nödvändig information och rådgivning om hur läkemedlen ska användas. Många upplever också att de i liten utsträckning har möjlighet att få tillräcklig kompetensutveckling och att förutsättningarna har försämrats jämfört med tiden före omregleringen. Även apotekens lagerhållning och tillhandahållande av förordnade läkemedel inom 24 timmar kan i viss utsträckning ha försämrats efter omregleringen, enligt Statskontoret.

Sedan november 2009 är det möjligt att köpa receptfria läkemedel på andra försäljningsställen än apotek [10]. Vid sidan av apotek har det tillkommit 5 600 nya försäljningsställen för vissa receptfria läkemedel.

Det handlar framför allt om varuhus och livsmedelsaffärer, men det går även att hitta receptfria läkemedel på bensinstationer, i närbutiker och i kiosker. Av den totala försäljningen av receptfria läkemedel i Sverige 2011 såldes 84 procent på apotek och 16 procent via andra kanaler. I tabell 3:1 presenteras kostnadsfördelningen mellan apoteken och andra försäljningsställen.

Tabell 3:1. Försäljning av egenvårdsläkemedel uppdelad per försäljningskanal (apotek eller övrig handel) samt som totalbelopp, 2009–2011.

	Försäljning av egenvårdsläkemedel (i miljoner kronor, inkl. moms)		
År	**På apotek**	**Övrig handel**	**Totalt**
2009	4 148	130	4 278
2010	3 919	602	4 521
2011	3 870	740	4 610

Källa: Apotekens Service AB.

De receptfria läkemedel som säljs på apotek utgörs framför allt av fluorsköljning, smärtstillande läkemedel (mest ibuprofen och paracetamol) samt avsvällande nässpray (xylometazolin och oximetazolin). Även vitaminpreparat och läkemedel som används vid rökavvänjning tillhör de produktgrupper där efterfrågan är stor. Inom övrig handel har smärtstillare och avsvällande nässprayer en ännu mer dominerande ställning än på apoteken, medan till exempel fluorsköljning endast säljs i liten utsträckning.

Stor efterfrågan på specialistläkare och specialistsjuksköterskor

Socialstyrelsen följer löpande tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare inom hälso- och sjukvården. Den senaste statistiken över sysselsatta i dessa sektorer är från november 2010 och visar att tillgången på dessa yrkesgrupper har ökat under åren 1995–2010 [11].

Under denna period är det tillgången på läkare och specialistläkare som har ökat mest, med 33 respektive 28 procent. Tillgången på sjuksköterskor och barnmorskor har under samma period ökat med 15 respektive 14 procent. Tillgången på specialiserade sjuksköterskor har däremot minskat. Efterfrågan på alla yrkesgrupperna är lika stor som, eller större än, tillgången.

Personaltätheten varierar över landet. Högst läkartäthet fanns 2010 i Stockholms sjukvårdsregion, högst sjuksköterskетäthet i Norra sjukvårdsregionen, och Västsvenska sjukvårdsregionen hade flest barnmorskor per 100 000 invånare.

Tillgång och efterfrågan på läkare

Statistiken visar att tillväxten är olika inom olika läkarspecialiteter. Inom psykiatri och allmänmedicin har exempelvis antalet specialister per 100 000 invånare ökat med en knapp tredjedel under perioden 1995 till 2010, medan antalet kardiologer per 100 000 invånare har mer än fördubblats.

Inom läkarkåren finns en ökande andel personal med utländsk utbildning. Andelen läkare med utländsk utbildning var 2010 drygt 23 procent, vilket är nära nog en fördubbling mot 1995 då andelen var drygt 13 procent. Migrationen har på så sätt fått allt större betydelse för den svenska tillgången på läkare. Det är också varje år ett ökande antal personer med svensk bakgrund som har studerat till läkare utomlands som får svensk läkarlegitimation.

Efterfrågan på läkare är större än tillgången, framför allt när det gäller specialistläkare. Nästan alla landsting rekryterar aktivt specialistläkare i andra länder. Socialstyrelsens prognos pekar på ett fortsatt behov av läkare utbildade i annat land om läkartätheten ska kunna upprätthållas.

Tillgång och efterfrågan på sjuksköterskor

För allmänsjuksköterskor är arbetsmarknaden i balans. Men många landsting rapporterar att efterfrågan överstiger tillgången på specialistsjuksköterskor fram förallt inom psykiatri-, anestesi- och intensivvård.

Antalet nyutbildade specialistsjuksköterskor var högre under åren 2007–2010 än någon gång sedan 1994. Trots det har tillgången på specialistsjuksköterskor fortsatt att minska, med en femtedel sedan 1995 (från 629 specialiserade sjuksköterskor per 100 000 invånare 1995 till 515 år 2010). En del av förklaringen är att andelen specialistsjuksköterskor är högst i de äldsta åldersgrupperna, som nu håller på att gå i pension. År 1995 hade två tredjedelar av alla sjuksköterskor inom vård och omsorg specialistkompetens, mot knappt hälften 2010. Minskningen har varit störst för sjuksköterskor specialiserade i medicinsk eller kirurgisk sjukvård. I denna grupp har antalet med specialistkompetens mer än halverats. I psykiatrisk vård har tillgången på specialiserade sjuksköterskor minskat med 22 procent.

Att det finns färre specialistsjuksköterskor innebär att det kan uppstå en kompetensbrist inom olika delar av hälso- och sjukvården. När det gäller äldrevård behöver de specialiserade sjuksköterskorna bli fler för att möta behoven hos den växande gruppen över 80 år. Vård av äldre är en relativt ny specialitet och har därför ökat varje år sedan 1996. Men mellan 2008 och 2010 minskade antalet sjuksköterskor med specialiteten vård av äldre som var sysselsatta i hälso- och sjukvården från 396 till 389 sjuksköterskor per 100 000 invånare.

Sjukdomsförebyggande riktlinjer införs i sjukvården

Resultatet från den nationella patientenkäten om primärvården 2011 visade att det fortfarande var vanligast att vårdpersonalen diskuterade motionsvanor med patienten, därefter diskuterades matvanor och tobaksvanor. Minst vanligt var det att vårdpersonalen tog upp patientens alkoholvanor [12]. Förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen redovisas i Socialstyrelsens rapport *Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012* [12].

Det verkar som att befolkningens inställning till att diskutera sina levnadsvanor med vårdpersonalen har blivit mer positiv. I Vårdbarometerns undersökning från 2011 var 84 procent av befolkningen positiva till detta jämfört med 74 procent 2010 [13]. Preliminära resultat för 2012 visar dock att denna andel sjunkit igen till cirka 79 procent [14].

År 2011 kom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [15]. Socialstyrelsen arbetar nu, på uppdrag av regeringen, med att stödja hälso- och sjukvården vid införandet av dessa riktlinjer. Under 2012 har Socialstyrelsen spridit kännedom om riktlinjerna bland annat på möten och konferenser. Vi samarbetar också med olika professioner i detta arbete. Exempelvis har yrkesföreningarna för läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och dietister engagerat sig och tagit fram olika material som är riktade till respektive yrkesgrupp.

Landstingen har efterfrågat skriftligt material som stöd i införandet. Socialstyrelsen har därför tagit fram en kortversion av riktlinjerna, en patientversion, en inspirationsbroschyr (*Så kan sjukvården förebygga sjukdom*) som riktar sig till beslutsfattare samt en broschyr med exempel från Region Skåne på hur man kan lägga upp arbetet med att införa riktlinjerna. Allt material finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats och kan både laddas ner och beställas. Vi har under året också utvecklat övrig information om riktlinjerna på webbplatsen.

Socialstyrelsen har också kartlagt landstingens behov av stöd för utbildning. Kartläggningen visar att landstingen framför allt behöver stöd för att utbilda personalen i hur man kan föra samtal om matvanor i enlighet med riktlinjerna. Vi har påbörjat en förstudie av en sådan utbildning.

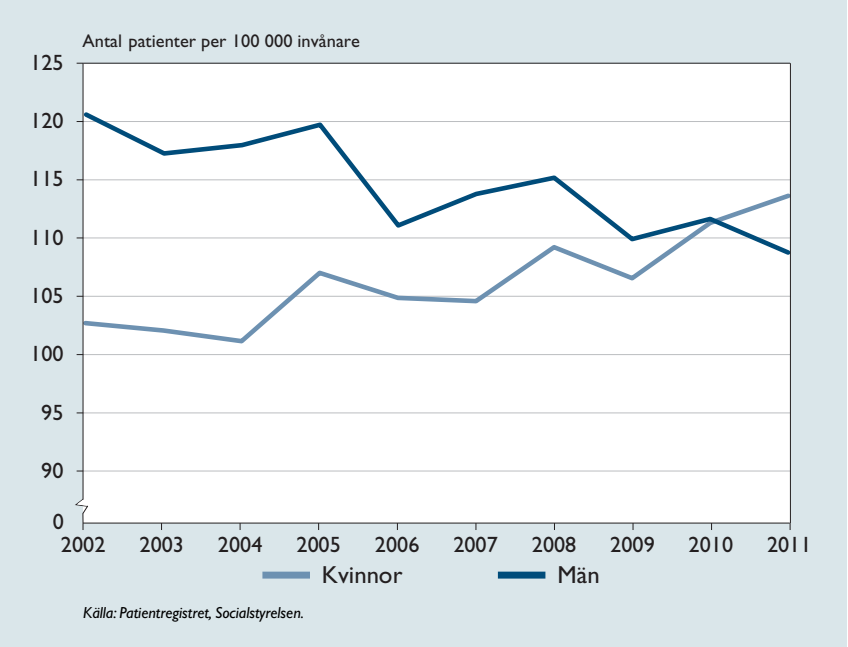
För att kunna följa upp riktlinjerna har Socialstyrelsen också tagit fram nya koder för de vårdåtgärder som är kopplade till riktlinjerna. Några landsting har i ett pilotprojekt infört dessa koder i primärvården och börjat hämta uppgifter för uppföljning. Under hösten 2012 genomförde vi tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, även en workshop om lands-

tingens dokumentationssystem med fokus på sjukdomsförebyggande metoder. Samtliga landsting utom ett deltog i workshoppen.

Sjukvårdens stöd till personer som vill sluta röka

Tobaksrökning bidrar till ökad sjuklighet i många sjukdomar. Det är den viktigaste undvikbara riskfaktorn för flera former av cancer, och den huvudsakliga orsaken till lungcancer och kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL [3]. Uppgifter från Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät visar att andelen personer som röker dagligen har minskat från 13 till 11 procent av befolkningen mellan 2010 och 2011 [16]. Vidare är det fler kvinnor än män som röker, och bland kvinnor har dessutom antalet som insjuknar i KOL ökat kraftigt (diagram 3:7). Antalet kvinnor som får lungcancer ökade också under flera år, men det positiva är att ökningen verkar ha avstannat under slutet av 00-talet [17].

Diagram 3:7. Antalet patienter per 100 000 invånare med kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, som vårdats i slutenvård, 2002–2011.



Sedan många år tillbaka erbjuder hälso- och sjukvården stöd till personer som vill sluta röka, främst i primärvården och i mödra- och barnhälsovården. Även inom sjukhusvården har man på senare år börjat erbjuda sådant stöd, framför allt i samband med att modellen En rökfri operation har spridits [18]. Modellen lanserades under hösten 2010. Tillgången till stödet har dock varierat stort både mellan och inom landstingen och har många gånger varit beroende av engagerade medarbetare på den enskilda enheten. I takt med den ökande hälsoorienteringen av hälso- och sjukvården har fler och fler landsting antagit policyer för ett tobaksfritt landsting och även utökat tillgången till tobaksavvänjning. Dock ser tillgången väldigt olika ut i olika delar av landet och den är långt ifrån tillräcklig [19].

För patienter med KOL är det viktigt för sjukdomsutvecklingen att sluta röka. Vården för dessa patienter följs av kvalitetsregistret RiksKOL. Registret har funnits sedan 2009 och ännu är inte fler än cirka 6 procent av det beräknade antalet personer med KOL registrerade. Av RiksKOL:s patienter 2011 var 34 procent fortfarande rökare. Endast drygt en tredjedel av dessa rökare hade erbjudits tobaksavvänjning och en knapp femtedel av dem som rökte 2010 hade slutat röka 2011 [20].

Inom ramen för regeringens nationella cancerstrategi bedriver SKL ett antal utvecklingsprojekt som rör tobaksrökning. Projekten riktar sig till ansvariga tjänstemän och politiker i landsting och regioner. Målet med arbetet för såväl primärvård som annan vård, inklusive slutenvård, är att vårdgivarna:

- har och följer rutiner för att fråga alla patienter om tobaksvanor
- erbjuder professionell rådgivning om tobak och tobaksavvänjning till de patienter som röker
- har rutiner och system för att beställa, registrera, följa upp och återrapportera resultatet av insatserna.

SKL bedriver sitt arbete i samverkan med bland andra Socialstyrelsen och de insatser som sker kring de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Under 2012 har fokus varit på tre delprojekt:

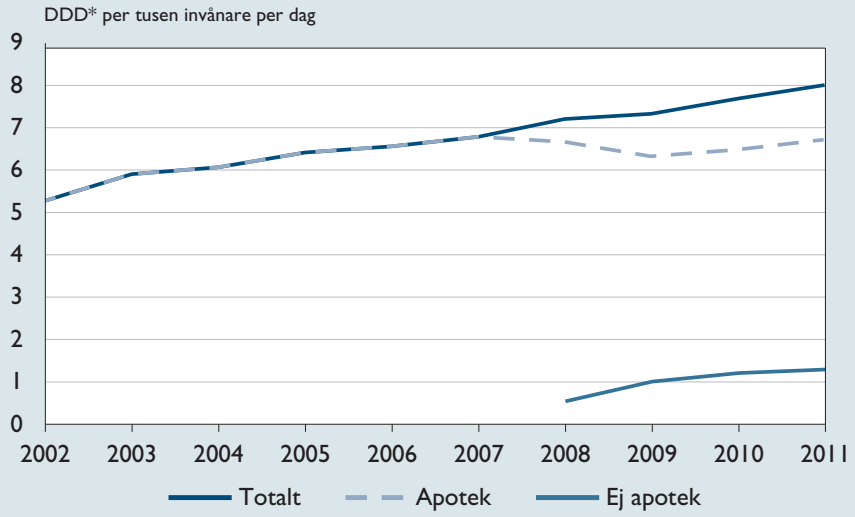
- Modeller för beställningar av och ersättningar för tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården.
- Informationsstruktur för uppföljning av vårdens arbete med tobaksavvänjning. Pilotprojekt med tio landsting och regioner pågår.
- Modeller för kompetensförsörjning för tobaksavvänjning i vården [19].

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas hälso- och sjukvården att i första hand erbjuda kvalificerade rådgivande samtal till vuxna personer som röker dagligen. Hälso- och sjukvården kan också föreslå läkemedel som tillägg till samtalen: i första hand receptfria nikotinläkemedel, i andra hand kan vareniklin förskrivas och i tredje hand bupropion. Dock är alla dessa läkemedel förknippade med en risk för biverkningar.

Försäljningen av de receptfria nikotinläkemedlen har ökat under hela 2000-talet. Efter att det blev tillåtet att sälja dessa läkemedel utanför apoteken har försäljningen fortsatt att öka, men då på andra försäljningsställen än apotek (diagram 3:8). Under 2011 använde uppskattningsvis 8 personer per 1 000 invånare receptfria nikotinläkemedel, och färre än 0,1 av 1 000 fick nikotinläkemedel på recept.

Det är färre personer som använder de receptbelagda läkemedlen än som använder nikotinläkemedel. Under 2011 fick uppskattningsvis 0,7 personer per 1 000 invånare bupropion och 0,5 per 1 000 invånare fick vareniklin. Bupropion kan dock även förskrivas vid depression.

Diagram 3:8. Receptfria nikotinläkemedel, försäljning på apotek respektive utanför apotek, DDD per tusen invånare och dag, (ATC-kod N07BA01 nikotin), 2002–2011.*



**DDD = definierade dygnsdoser*

DDD värden för 2008 och 2009 finns ej för försäljningen utanför apotek. En uppskattning har gjorts utifrån AUP/DDD.

Källa: Apotekens Service AB.

Cancervården

Under 2012 fortsatte SKL arbetet för en bättre cancervård. Huvuddelen av 2012 års insatser är en fortsättning på det arbete som påbörjades i och med 2010 och 2011 års överenskommelser mellan staten och SKL. I 2012 års överenskommelse ingick 13 utvecklingsprojekt [21].

Screeningdeltagande bör öka

Ett av utvecklingsarbetena syftar till att öka kvinnors deltagande i de nationella screeningprogrammen mot bröst- och livmoderhalscancer. Flera undersökningar har visat att andelen kvinnor som genomgått mammografi eller gynekologisk cellprovskontroll varierar beroende på geografiska och socioekonomiska faktorer. Exempelvis deltar kvinnor som bor i socialt utsatta områden i lägre grad i mammografiscreening än de som bor i välbeställda områden [22,23].

I hela landet är det ungefär 79 procent av kvinnorna i åldrarna 23–60 år som genomgår gynekologisk cellprovskontroll. Målsättningen i den nationella cancerplanen är dock att minst 85 procent av kvinnorna i målgruppen ska delta i denna screening, vilket endast sju landsting i landet når upp till [12].

Ett projekt som genomförts i nordöstra Göteborg, ledde till att antalet kvinnor som tog cellprov ökade med 42 procent. I området är en stor andel av befolkningen utlandsfödda och deltagandet i cellprovtagning har tidigare varit lågt [24].

Väntetiderna är fortfarande för långa

Socialstyrelsen har för andra gången genomfört en mätning av väntetiderna i vården för tio olika cancerformer [25]. Någon större förändring har inte skett sedan förra mätningen som genomfördes 2011. Väntetiderna i cancervården är fortfarande betydande, och i många fall oacceptabla. De regionala skillnaderna är också stora. För vissa cancerformer får patienterna i några delar av landet vänta tre gånger så länge från remiss till behandling som i andra delar. Vi återkommer till detta i avsnittet om tillgänglig vård.

Sekundärprevention efter hjärt- och kärlsjukdom kan förbättras

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar fortsätter att minska [3,4]. Vården av dessa patienter förbättras också i många avseenden [1,26,27].

Överlevnaden efter hjärtinfarkt har ökat påtagligt under lång tid, vilket har medfört att allt fler människor lever vidare med sin hjärtsjukdom. Av dem som hade vårdats på sjukhus för hjärtinfarkt avled år 2011 endast 13 procent inom 28 dagar [1]. För patienter som har fått stroke och kommit in på sjukhus har överlevnaden däremot inte förbättrats lika snabbt, och mycket små förändringar kan ses under de senaste fem åren [1]. Av de strokepatienter som vårdats på sjukhus 2011 avled drygt 19 procent inom 90 dagar.

För patienter som överlever hjärtinfarkt eller stroke är det mycket viktigt att behandla riskfaktorer som till exempel högt blodtryck och höga blodfettsnivåer för att de inte ska återinsjukna i hjärt- och kärlsjukdom, så kallad sekundärprevention. Riskfaktorerna kan påverkas både med läkemedelsbehandling och med förbättrade levnadsvanor. Läkemedel mot dessa riskfaktorer förskrivs i allt större utsträckning enligt de nationella riktlinjerna [1,26,27]. Trots detta uppnår cirka en tredjedel av hjärtinfarktspatienterna inte målnivåerna för blodtryck och blodfetter [26].

När det gäller att hjälpa patienter att sluta röka ser vi ingen förbättring jämfört med tidigare år. Av de hjärtinfarktspatienter som var rökare, rökte 35 procent fortfarande efter två månader och 45 procent efter tolv månader. Av de strokepatienter som rökte före insjuknandet, rökte 55 procent fortfarande efter tre månader. Ändå hade nästan alla strokepatienter fått råd om rökstopp under vårdtiden på sjukhus, om inte patientens tillstånd var sådant att man inte kunde ge råd om rökning.

Behandling med fysisk träning efter en hjärtinfarkt är klart underutnyttjad på de flesta sjukhus, trots att det rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Endast cirka 40 procent av hjärtinfarktspatienterna deltog i ett fysiskt träningsprogram i tillräcklig omfattning under det första året efter hjärtinfarkten. Trenden är dessutom negativ, eftersom andelen patienter som deltar i fysisk träning minskar [26].

Personer som får stroke får vård snabbare

Sedan oktober 2011 pågår en nationell strokekampanj för att lära ut AKUT-testet, ett snabbt och enkelt sätt att avgöra om en person har fått stroke. Fram till november 2012 hade 125 000 personer gjort testet på strokekampanjens webbplats.

Kampanjen är ett initiativ från Sveriges landsting och regioner, och bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2009 och går ut på att öka allmänhetens kännedom om stroke. Syftet med kampanjen är att rädda fler liv genom att lära människor att känna igen symtomen och larma direkt. Eftersom det är livsviktigt att få vård snabbt är ett av kampanjens mål att halvera tiden från symtom till larm.

Effekterna av kampanjen har följts av kvalitetsregistret Riks-Stroke [28]. De första analyserna bygger på en jämförelse av perioden november 2011–februari 2012 med samma månader tidigare år. Resultaten tyder på att tiden från det att personerna får symtom till att de kommer till sjukhus har kortats och att fler än någonsin tidigare får propplösande behandling (så kallad trombolys). Dessutom larmar ambulanspersonal i högre grad än tidigare om att patienter som redan är på väg in till sjukhus kan behöva propplösande behandling. Dessa preliminära resultat är mycket positiva men måste ännu tolkas försiktigt. Även tidigare trender gick i samma riktning, så andelen som har fått trombolys har ökat under flera år.

Ytterligare en positiv utveckling av strokevården är att andelen patienter som får vård på särskilda strokeenheter ökar, liksom andelen som tre månader efter sin stroke återfått så pass mycket funktionsförmåga så att de var oberoende av andra personer i sitt dagliga liv (personlig ADL) [1].

Stor utmaning för diabetesvården att motverka riskfaktorer

Rapporteringen till det nationella diabetesregistret (NDR) fortsätter att öka [29]. Registret innehåller nu uppgifter om cirka 85 procent av det uppskattade antalet personer med diabetes i Sverige. Här redovisar vi vårdens resultat för personer med typ 2-diabetes.

Inga förbättringar kan ses för de genomsnittliga blodsockernivåerna. Sedan 2007 har dessa i stället sakta stigit. Andelen patienter som når behandlingsmålet för blodsocker på 52 mmol/mol har minskat, och andelen som ligger över 73 mmol/mol har ökat. Bland patienterna i primärvården var det 50 procent som nådde behandlingsmålet medan 9 procent låg över 73 mmol/mol.

Det går inte heller att se några förbättringar när det gäller levnadsvanor under de senaste åren. Av diabetespatienterna under 60 år röker till exempel så många som 25 procent. Endast hälften av patienterna motionerar regelbundet. Andelen patienter med övervikt eller fetma är hela 80 procent, och medelvärdet för *body mass index* (BMI) ökar långsamt.

Allt fler diabetespatienter behandlas med blodtryckssänkande medel, och deras medelvärde för blodtrycket sjunker tydligt. Fortfarande har dock så många som 40 procent av diabetespatienterna i primärvården ett blodtryck på över 140/80 mm Hg. Allt fler behandlas också med blodfettssänkande läkemedel, även om ökningen har planat ut under de senaste åren. Av dem som behandlas med dessa läkemedel uppnår många målvärdet för LDL-kolesterol på < 2,5 mmol/l. Detta gäller för 58 procent av patienterna i primärvården och 69 procent av patienterna vid medicinklinikerna.

Höga blodsockernivåer, fortsatt hög andel rökare och ett ökande BMI innebär på sikt en ökande risk för diabeteskomplikationer och hjärt- och kärlsjukdomar. Diabetesvården står inför en stor utmaning att kunna motverka

riskfaktorerna bland personer med diabetes. Resultaten talar för att vården har ett starkt ökat behov att arbeta med rådgivning om att sluta röka samt om kost och motion.

Vård av personer med psykisk sjukdom

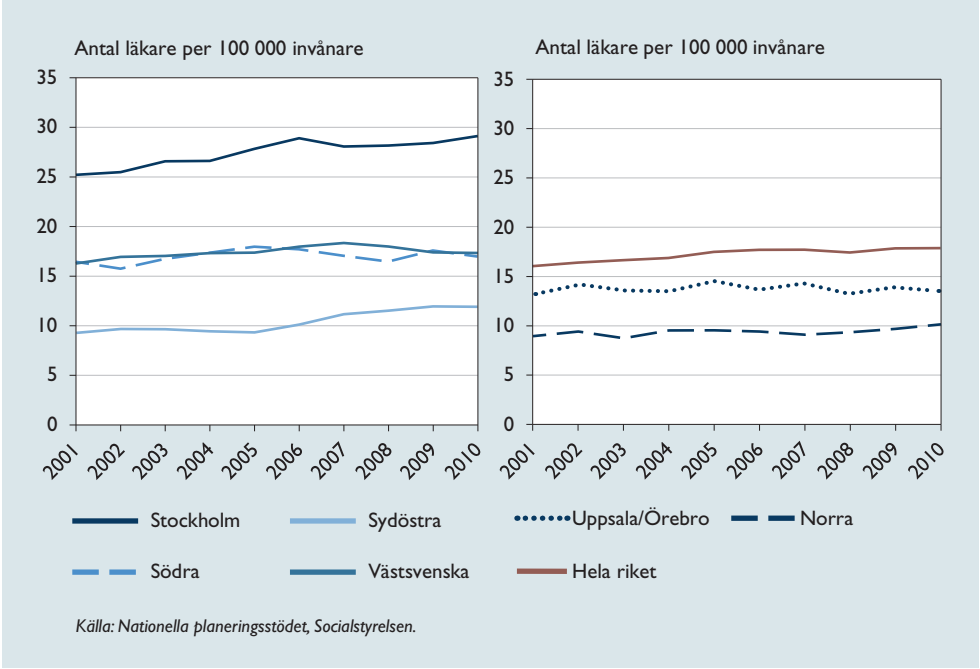
Under åren 2007-2011 avsatte regeringen cirka 3,7 miljarder kronor i en samlad nationell psykiatrisatsning. Statskontoret har haft i uppdrag att utvärdera satsningen och bedömer att satsningen i viss utsträckning bidragit till att målen kunnat uppfyllas [30]. Regeringen har också för åren 2012-2016 avsatt pengar, 870 miljoner kronor årligen, för att förebygga psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa. Denna satsning kallas PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa [31]. Satsningen har i huvudsak två målgrupper, barn och unga 0–25 år, samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

Kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården har under åren 2007-2011 inte ökat i samma grad som för primärvården eller den specialiserade somatiska vården (se avsnittet om ekonomiska analyser). Samtidigt har antalet vårdtillfällen i den slutna vården och antalet besök i den öppna vården, på grund av olika psykiatriska tillstånd, blivit fler under andra halvan av 00-talet, vilket tyder på ett ökat behov av vård.

För att kunna bedriva en god och jämlik vård över hela landet är det viktigt med tillgång till specialistutbildad hälso- och sjukvårdspersonal. Antalet psykiatrer per 100 000 invånare verksamma inom hälso- och sjukvården har blivit fler än de var 1995, men ökningstakten har varit mycket långsam sedan 2005. Tillgången på psykologer och psykoterapeuter har också ökat medan psykiatrisjuksköterskorna har fortsatt att minska [11].

Fortfarande finns stora regionala skillnader i tillgången på psykiatrer. År 2010 var exempelvis den relativa tillgången på psykiatrer inom den norra sjukvårdsregionen nästan tre gånger lägre än i Stockholmsregionen (diagram 3:9). De norra och sydöstra sjukvårdsregionerna har under en följd av år haft låg tillgång till specialister i psykiatri.

Diagram 3:9. Psykiatrer sysselsatta inom hälso- och sjukvården, antal per 100 000 invånare, 2001–2010.



Källa: Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen.

För att avhjälpa den akuta bristen på läkare inom psykiatrin, väcka intresse för psykiatri och på sikt öka rekryteringen av specialister i psykiatri har regeringen lämnat statsbidrag till ett försök med fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare inom de norra och sydöstra sjukvårdsregionerna [32]. Se mer om detta i avsnittet om *Kompetens och kompetensförsörjning*.

I den nationella patientenkäten riktad till patienter inom den psykiatriska vården som genomfördes 2010 och 2012, ger patienterna genomgående lägre omdömen på övergripande frågor än vad patienter i primärvård och somatisk vård gör (se mer i avsnittet om patientfokuserad vård). Till exempel var det 17 procent av dem som svarade på enkäten om den slutna psykiatriska vården som inte upplevde någon nytta med den vård och behandling de fått, och 20 procent skulle inte rekommendera avdelningen till andra. Motsvarande andelar för den öppna psykiatriska vården var 10 procent som inte upplevde någon nytta och 10 procent som inte skulle rekommendera mottagningen [33]. Svarsfrekvensen är dock låg på dessa enkäter och resultaten måste tolkas med försiktighet.

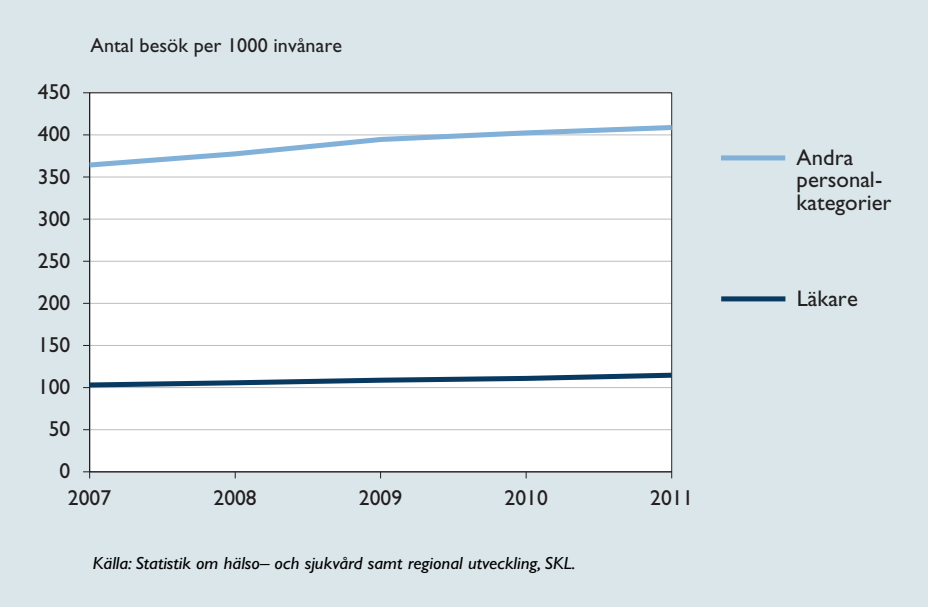
Socialstyrelsen arbetar med att stödja den psykiatriska verksamheten så att den ska kunna utvecklas och utvärderas [34]. Under 2012 har vi bland annat utvärderat hur hälso- och sjukvården följer riktlinjerna för vård vid depression och ångest och för psykosociala insatser vid schizofreni. Denna utvärdering kommer att publiceras våren 2013. Vi har också publicerat en rapport om äldre personers tillgång till psykiatrisk vård. Denna undersökning beskrivs mer i avsnittet om äldre.

Nedan beskriver vi övergripande den psykiatriska vården framför allt utifrån uppgifter från patientregistret.

Psykiatrisk öppen vård

Besöken inom den öppna specialiserade psykiatrin ökar (diagram 3:10). Denna ökning märks främst för besök till andra personalkategorier än läkare, men även besöken till läkare blir fler [6].

Diagram 3:10. Öppen specialiserad psykiatri. Antalet besök hos läkare eller annan personalkategori per 1000 invånare, 2007–2011.

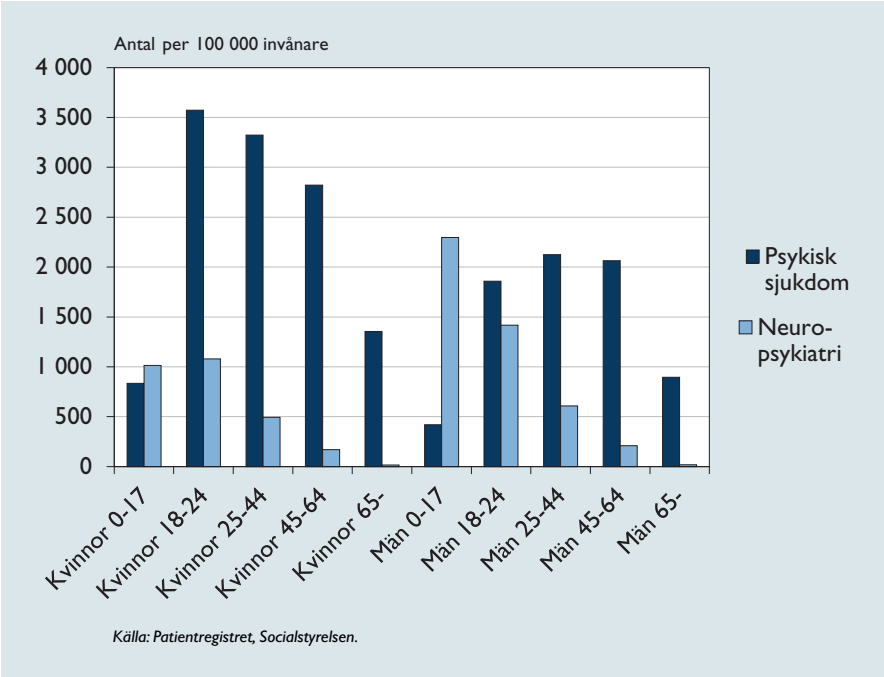


Källa: Statistik om hälso– och sjukvård samt regional utveckling, SKL.

De vanligaste psykiatriska tillstånden som behandlas i den öppna vården är depression och ångest, och den största gruppen som behandlas är kvinnor i åldrarna 25–44 år (diagram 3:11).

Det är också vanligt med behandling för neuropsykiatriska tillstånd, och här är den största gruppen som behandlas pojkar upp till 17 år. Men antalet för dessa tillstånd har ökat i alla åldrar upp till 65 år.

Diagram 3:11. Antalet patienter per 100 000 invånare i öppen vård, år 2011. Psykisk sjukdom (diagnoserna F20–F69) och neuropsykiatriska tillstånd (diagnoserna F80–F99).



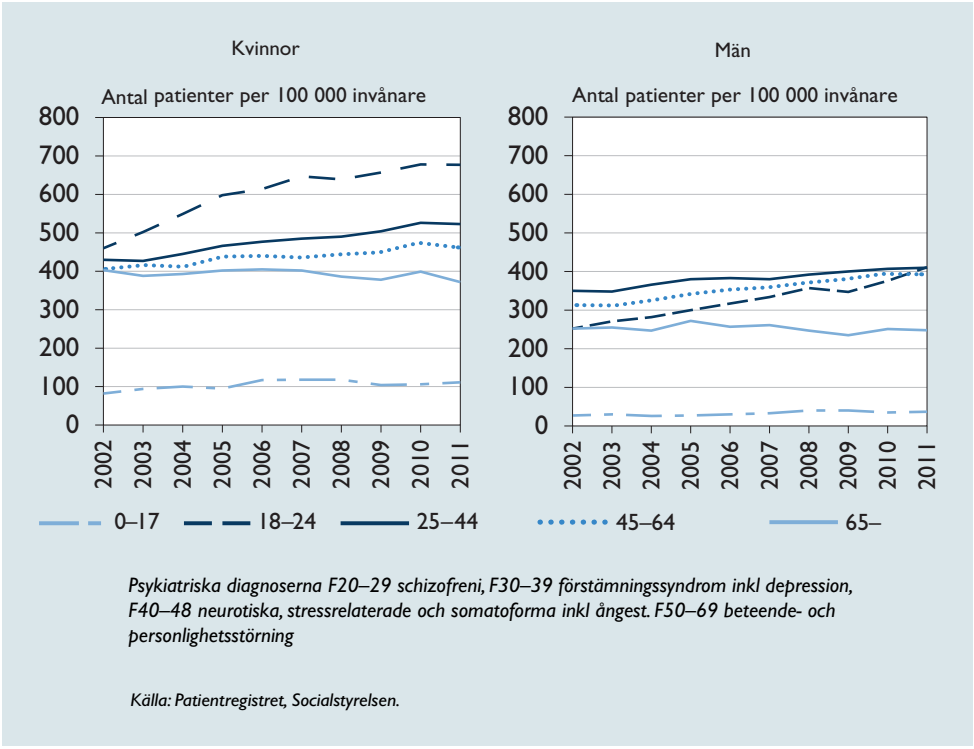
Ett av de neuropsykiatriska tillstånden är adhd[2], som allt oftare behandlas med läkemedel. Antalet personer som behandlas med adhd-läkemedel har också ökat kraftigt [35]. Förskrivningen av läkemedel uppvisar ett liknande mönster som besöken i den öppna vården. Flest användare av dessa läkemedel finns i åldrarna 10–17 år, och är främst pojkar, men förskrivningen ökar även till vuxna.

Psykiatrisk slutenvård

Antalet patienter som vårdas för olika psykiatriska tillstånd i slutenvård har ökat under de senaste åren. Vård vid psykiska sjukdomar (till exempel depression, ångest, psykoser och personlighetsstörningar) ökar (diagram 3:12). De tillstånd som ökar mest är depression och ångest och i viss utsträckning även personlighetsstörningar. Psykossjukdomarna ligger relativt konstant över tid. Ökningen har skett framför allt bland unga kvinnor i åldrarna 18–24 år, men även bland unga män ses en ökning.

[2] Adhd = attention deficit/hyperactivity disorder, uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet.

Diagram 3:12. Slutenvård för psykisk sjukdom. Antalet patienter per 100 000 invånare, diagnoserna F20–F69, 2002–2011.

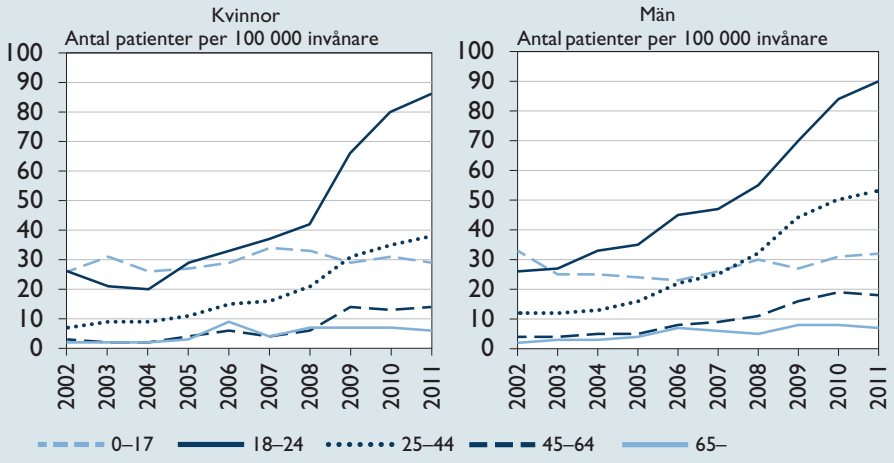


Psykiatriska diagnoserna F20–29 schizofreni, F30–39 förstämningssyndrom inkl depression, F40–48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma inkl ångest. F50–69 beteende- och personlighetsstörning

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Även slutenvård för olika neuropsykiatriska tillstånd (främst adhd och autismspektrumstörningar) har ökat (diagram 3:13). Ökningen är kraftig i åldersgruppen 18–24 år, både för män och för kvinnor. Även för åldersgruppen 25–44 år har det skett en stor ökning.

Diagram 3:13. Slutenvård för neuropsykiatriska tillstånd. Antalet patienter per 100 000 invånare, diagnoserna F80–F99, 2002–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

F80–F99 Neuropsykiatriska diagnoser

Antalet personer som vårdats för självdestruktiva handlingar (främst självmordsförsök) har ökat under hela 00-talet fram till 2008 [36]. Fler kvinnor än män vårdas för självdestruktiva handlingar och den största gruppen är kvinnor 15–24 år. Från 2008 har dock denna trend brutits och antalet vårdade har minskat något bland kvinnor i åldrarna upp till 44 år. Bland männen ses ingen minskning, utan trenden har varit ökande i åldersgrupperna 15–64 år.

Tvångsvård – tvångsåtgärder kan minskas

Psykiatrisk vård bedrivs även med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård, (1991:1128) LPT, eller lagen om rättspsykiatrisk vård, (1991:1129) LRV. Ungefär 20 procent av alla patienter i psykiatrisk slutenvård vårdas med tvång, men dessa står ändå för nästan hälften av alla vårddagar [37]. De flesta av de tvångsvårdade patienterna vårdas enligt LPT.

Sedan 2009 ska all tvångsvård och alla tvångsåtgärder rapporteras till patientregistret på Socialstyrelsen. Inrapporteringen av antalet patienter och av vårdtid bedömer Socialstyrelsen nu vara heltäckande. Under de första åtta månaderna under 2012 rapporterades 16 203 vårdtillfällen in, vilket motsvarade 7 494 patienter [38]. Av de patienter som var intagna den 31 augusti vårdades cirka 62 procent enligt LPT och 38 procent enligt LRV. Vårdtidens längd för dessa patienter var i genomsnitt cirka fyra veckor för LPT-patienter, medan den var cirka fyra år för LRV-patienterna (tabell 3:2).

Sedan 2009 ska all tvångsvård och alla tvångsåtgärder rapporteras till patientregistret på Socialstyrelsen. Inrapporteringen av antalet patienter och av vårdtid bedömer Socialstyrelsen nu vara heltäckande. Under de första åtta månaderna under 2012 rapporterades 16 203 vårdtillfällen in, vilket motsvarade 7 494 patienter [38]. Av de patienter som var inskrivna den 31 augusti vårdades cirka 62 procent enligt LPT och 38 procent enligt LRV. Vårdtidens längd för dessa patienter var i genomsnitt cirka fyra veckor för LPT-patienter, medan den var cirka fyra år för LRV-patienterna (tabell 3:2).

Tabell 3:2. Vårdtiden för patienter som bereds vård enligt LPT eller LRV. Avser patienter intagna den 31 augusti 2012.

Vårdtider	LPT-vård	LRV-vård
	Antal	Antal
–1 mån	1 300	29
1–3 mån	20	55
3–6 mån	7	134
6–12 mån	2	167
12 mån–	2	211

Vid LRV-vård med särskild utskrivningsprövning är det alltid förvaltningsrätten som fattar beslut om vård eller om att vården ska upphöra
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har tillgång till uppgifter om diagnos för allt fler patienter. För de patienter som skrivits ut under de första åtta månaderna under 2012 fanns uppgifter om diagnos för 96 procent [38]. Däremot rapporteras vårdåtgärder fortfarande inte i tillräcklig utsträckning, även om också denna rapportering ökar. För 78 procent av patienterna hade minst en vårdåtgärd rap-

porterats. De vanligaste rapporterade vårdåtgärderna var strukturerad suicidbedömning, upprättande av vårdplan och klinisk undersökning av psykiskt tillstånd. En vårdplan ska alltid upprättas för varje patient som varit intagna i tvångsvård.

Det finns olika tvångsåtgärder inom tvångsvården. De tvångsvårdade patienterna kan till exempel spännas fast, skiljas från andra patienter eller tvångsmedicineras. I registreringen av tvångsåtgärder dominerar kvinnor under 35 års ålder när det gäller tvångsåtgärden fastspänning [39]. Var tredje fastspänning som rapporteras in gäller en kvinna under 35 år och med en diagnos inom området personlighetsstörningar.

SKL driver ett projekt som syftar till att förbättra den psykiatriska heldygnsvården. Ett av målen är att minska behovet och användningen av tvångsåtgärderna. Många förbättringsprojekt har bedrivits, där man också lyckats minska antalet tvångsåtgärder [40]. Projektet kommer att slutrapporteras i slutet av 2013 och utvärderas av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen.

På Östra sjukhuset i Göteborg har de visat att en väl utformad arkitektur kan bidra till att förbättra den psykiatriska vården. Psykiatribyggnaden där har renoverats så att varje patient har fått ett eget rum, avdelningarna och rummen har ljudisolerats och alla patienter har tillgång till dagsljus och levande trädgårdar. Enligt uppgifter från en forskningsstudie har förändringen resulterat i att fastspänningar minskat med 21 procent och tvångsmedicineringar har gått ner med så mycket som 44 procent sedan invigningen 2007 [41].

Enligt en kartläggning av tvångsvårdens innehåll som genomfördes 2008 fick endast var tredje patient rekommenderad behandling [42]. Det saknas dock uppgifter om hur vården för denna patientgrupp har utvecklats sedan dess, eftersom vårdåtgärder inte rapporteras in i tillräcklig utsträckning.

Internationell jämförelse

I det här avsnittet tittar vi på några övergripande internationella jämförelser från OECD-rapporten *Health at a Glance Europe 2012* [43].

I Europa sjönk 2010 för första gången sedan 1975 utgifterna för hälso- och sjukvården. Det visar uppgifter från OECD om de årliga utgifterna för hälso- och sjukvård per capita. Mellan åren 2000 och 2009 ökade utgifterna med 4,6 procent årligen men mellan 2009 och 2010 sjönk de däremot med 0,6 procent. För Sveriges del har utgifterna fortsatt att öka men inte lika snabbt som tidigare. De ökade i Sverige med cirka 3 procent årligen fram till 2009 och med cirka 1 procent mellan 2009 och 2010. OECD konstaterar att eftersom de flesta länder minskat sina utgifter för hälso- och sjukvård eller inte ökat dem lika mycket som tidigare, kan detta få konsekvenser på sjukvårdens resultat på sikt.

I Europa går endast 3 procent av sjukvårdsbudgeten till att förebygga sjukdomar. Många länder har, under det ekonomiska pressade läget de senaste åren, skurit ner på folkhälsoinsatser och förebyggande insatser. Men OECD konstaterar att det kan vara mycket mer kostnadseffektivt att satsa resurser på att förebygga sjukdom än att satsa resurser på behandlande insatser.

Hälso- och sjukvårdens andel av bnp 2010 var i Europa 9 procent och i Sverige 9,6 procent. Dessa andelar har ökat under hela 00-talet fram till 2009. Däremot hade andelen minskat 2010 jämfört med 2009 både för EU:s genomsnitt och för Sverige.

Hälsan och vårdens kvalitet har generellt förbättrats i de flesta europeiska länder, även om det är fortsatta skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper. Det finns också ojämlikheter i tillgång till vård. Till exempel går högutbildade i flera länder i högre utsträckning till specialistläkare än lågutbildade. Flera riskfaktorer såsom tobaksrökning och alkoholkonsumtion har minskat i många länder. Dock blir allt fler överviktiga och så mycket som hälften av den vuxna befolkningen är överviktig. Det finns ett samband mellan hälsa och bnp per capita där rikare länder har en längre medellivslängd. Sambandet är dock svagare för de allra rikaste länderna vilket kan tyda på att effekten avtar.

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 målen med vården och behandlingen uppnås och att säkerhetsrisker förebyggs. 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.

I det här avsnittet redovisar Socialstyrelsen patienternas tillgång till en fast vårdkontakt, patientnämndernas ärenden och resultat från patientenkäter.

Få patienter har fått tillgång till en fast vårdkontakt

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, gjordes ett tillägg den 1 juli 2010 om verksamhetschefens skyldighet att vid behov utse en fast vårdkontakt för patienten, om förnyad medicinsk bedömning och om utökad information. Fast vårdkontakt innebär att patienter som behöver insatser från flera delar av sjukvården får rätt till en person som kan samordna vården och även sköta kontakterna med socialtjänsten och Försäkringskassan. Särskilt för äldre och multisjuka kan det vara viktigt med en sådan fast kontakt.

Socialstyrelsen har följt upp av hur lagändringen i HSL har tillämpats [44]. Uppföljningen visar att ändringen inte är särskilt väl känd, vare sig i hälso- och sjukvårdsverksamheterna, bland vårdpersonal eller hos patienterna. Många verksamheter har inte heller rutiner för hur de nya bestämmelserna ska fungera i praktiken. Representanter för intresseorganisationerna, läkare och sjuksköterskor som deltog i uppföljningen är dock generellt mycket positiva till lagändringen.

Uppföljningen visar vidare att majoriteten av vårdcentralerna och cirka hälften av sjukhusklinikerna inte har haft några patienter som tilldelats en fast vårdkontakt. I den kommunala hemsjukvården har bara cirka en tredjedel av verksamheterna haft en eller flera sådana patienter.

I uppföljningen ingick även en utvärdering av landstingens webbplatser. På i stort sett alla webbplatser fanns information om vårdgarantin och om

möjligheten att välja vårdgivare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Information om fast vårdkontakt fanns däremot bara på ett landstings webbplats och på en minoritet av landstingens informationswebbplatser 1177. Information om förnyad medicinsk bedömning var lätt att hitta på 1177 men något svårare att hitta på landstingens egna webbplatser.

De flesta patientnämnder har haft ärenden med koppling till lagändringen. Ärenden som gäller förnyad medicinsk bedömning är vanligast.

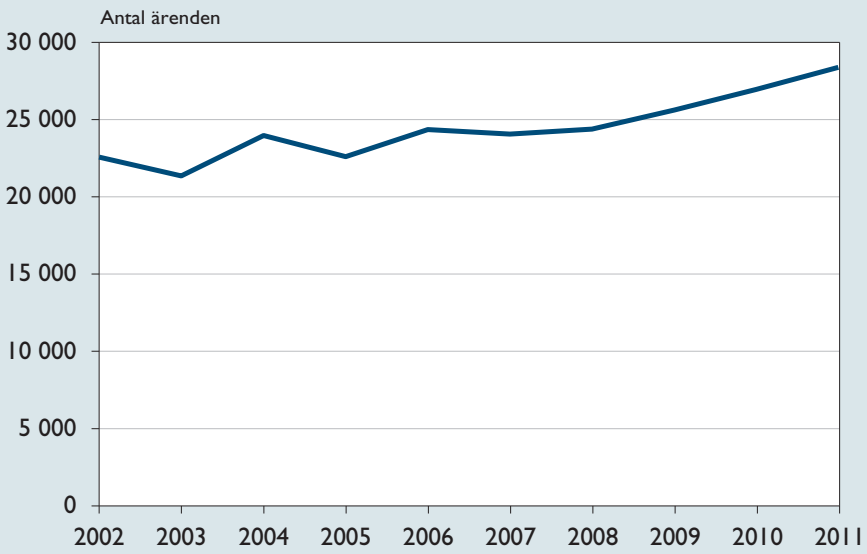
Socialstyrelsen bedömer att det finns ett stort behov av informations- och utbildningsinsatser om lagändringarna från vårdgivarna. Det gäller samtliga av de aktuella ändringarna i HSL, men framför allt patientens rätt till en fast vårdkontakt. Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* kan fungera som underlag för både vårdgivare och verksamhetschefer i ett arbete med sådana insatser, och handboken *Min guide till säker vård* kan delas ut till patienterna.

Patientnämndernas ärenden ökar

Patientnämnder ska enligt lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. finnas i varje landsting och kommun och de har som uppgift att ta emot och hantera klagomål från patienter och anhöriga. De ska stödja den enskilde patienten och bidra till en ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Patientnämnderna utgör alltså en fristående och opartisk instans som patienter och anhöriga kan vända sig till när det har uppstått problem i kontakterna med hälso- och sjukvården.

Under 2011 tog patientnämnderna i landet emot drygt 28 000 ärenden (diagram 3:14) [45]. Från 2002 kan vi konstatera att antalet ärenden som anmäls till patientnämnderna ökar. Ökningen kan bland annat bero på att patienterna har fått allt större kännedom om vart de kan vända sig, eftersom patientnämnderna har arbetat med att utöka sin information till patienter och allmänhet.

Diagram 3:14. Antal ärenden från patienter till landstingens patientnämnder, 2002–2011.



Källa: Patientnämnderna.

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och patientnämnderna utbyter kunskaper om den lokala situationen. Det pågår också ett nationellt arbete för att utveckla den rapportering som patientnämnderna årligen ska lämna till Socialstyrelsen (4 § andra stycket ovan nämnda lag). Enligt 7 kap. 6 § i den nya patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska Socialstyrelsen systematiskt tillvarata information från patientnämnderna. När vi sammanställer patientnämndernas uppfattning om de problem som ärendena berör har vi kunnat identifiera ett antal områden [45]. Här ger vi några exempel:

Brister i bemötande och information

Förekomsten av stafettläkare anges ofta som orsaken till de ärenden som handlar om bristande bemötande och kontinuitet. Patienter klagar på att läkarna inte har läst igenom deras journal och att de får berätta sin sjukdomshistoria om och om igen när de träffar en ny läkare.

Anmälningar vittnar om att vården inte har tagit patienten på allvar och att diagnoser har blivit fördröjda. Patienter upplever att vården brister i att informera om sjukdomen och dess prognos, behandling och samordning av insatser. Patienter skrivs även ut från slutenvården med bristfällig information om medicinering, återbesök, provsvar och kontaktvägar med mera.

Svårigheter med att få besked

Flera patientnämnder påpekar brister i vårdverksamheternas administrativa rutiner och att detta påverkar återkopplingen till patienterna. Ärenden ökar där anmälaren uppger en orimlig väntetid för att få besked efter en undersökning, även vid utredningar om cancer. Det händer även att vårdgivaren

missar att meddela patienter om en svår sjukdom och att behandlingen därför blir fördröjd. Dessutom förekommer felaktiga diagnoser till exempel av cancer, borrelia och hiv. När patienter inte får besked om sina prov- och undersökningsresultat, blir de oroliga och får själva ringa och efterlysa svaren. Detta ökar belastningen under telefontiderna och ger ännu större problem med telefonframkomligheten. Patienter klagar också på att de inte blir kontaktade av en läkare trots upprepade löften om att så ska ske.

Bristande samordning och helhetsansvar

Flera ärenden kommer från patienter som har en allvarlig sjukdom eller skada, är multisjuka eller har en livslång funktionsnedsättning. Dessa patienter upplever att vården bara skrapar på ytan och att ingen vill ta ett helhetsansvar för deras ibland komplexa problembild. I stället brister samordningen mellan olika insatser och vårdnivåer, och det finns oklarheter i var samordningsansvaret ligger när det gäller svårdiagnostiserade sjukdomstillstånd och multisjuka patienter. Patienterna upplever att de själva måste ta alla kontakter och hålla ihop och ta ansvar för sin vård när det inte finns någon annan som tar ett helhetsansvar.

Platsbrist och avvisade remisser

En del ärenden gäller patienter som på grund av platsbrist har flyttats runt och vårdats på flera avdelningar vid samma vårdtillfälle. Detta har medfört fördröjd behandling, sämre omvårdnad och i vissa fall förvirringstillstånd hos patienten.

Patienternas synpunkter på avvisade remisser har ökat och utgör en stor andel av ärendena. Patienter remitteras mellan primärvård och sjukhusvård för att få en bedömning av vem som ska skriva eventuella remisser och därigenom stå för kostnaden, exempelvis för en undersökning med magnetröntgen.

Många problem inom psykiatrin

Ett ökat antal ärenden berör psykiatrin och de psykiatriska verksamheterna. Dessa ärenden handlar bland annat om att patienter som söker till psykiatrin ibland hänvisas till både vuxenpsykiatrin och till vårdcentralens psykosociala resurs. Patienter beskriver då att de upplever att de hamnar mellan stolarna. Patienter uttrycker också att det saknas kontinuitet, att tillgängligheten till vård är dålig och att förekomsten av stafettläkare i psykiatrin och primärvården leder till brister i vården. Det händer till exempel att patienter inom psykiatrisk öppenvård remitteras till primärvården när specialistvården inte anser att patienten är i behov av psykiatrins vård. Men patienten remitteras sedan tillbaka till den psykiatriska öppenvården, när primärvården säger sig sakna tillräcklig psykologisk eller psykiatrisk kompetens på området. Specialistvården i sin tur återremitterar patienten än en gång till primärvården. Patienter upplever att detta bollande fram och tillbaka visar att ingen tar ansvar för behandlingen.

En särskilt utsatt grupp är patienter med neuropsykiatriska diagnoser. De upplever ofta att väntetiderna till utredningar, behandlingar och intyg är långa. Ärenden inom barnpsykiatrin visar också detta.

Patientnämndernas ärenden visar även att patienter med tidigare eller aktuell psykiatrisk diagnos ofta får försenad och sämre somatisk vård och att deras problem avfärdas som ångest, utan tillräcklig undersökning.

Patienterna bedömer vården

Socialstyrelsen har i *Nationella indikatorer för God vård* tagit fram sju indikatorer för patientfokuserad vård [46].

1. Patienten blir respektfullt bemött som individ.
2. Patientens egna kunskaper och erfarenheter tas till vara.
3. Patienten erbjuds individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, sin diagnos och metoderna för undersökning, vård och behandling.
4. Patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa.
5. Patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontakterna.
6. Behandlingsmål sätts i samråd med patienten.
7. Patienten får delta i planeringen och genomförandet av sin vård.

Sedan 2009 har en nationell patientenkät genomförts av SKL [33]. Enkäten innehåller frågor om hur patienter upplever sin senaste kontakt med vården. Här belyser vi tre av indikatorerna för patientfokuserad vård (indikator 1, 4 och 7) med hjälp av dessa enkäter. De områden som belyses är alltså bemötande, information och delaktighet. Dessutom redovisar vi några frågor från befolkningsundersökningen Vårdbarometern som också genomförs av SKL[13,14]. I tabell 3:3 nedan presenterar vi antalet utskick samt svarsfrekvenserna för de båda undersökningarna.

Tabell 3:3. Vårdbarometern och Nationell patientenkät, antal utskick samt svarsfrekvenser i procent.

Undersökning	År	Antal utskickade*	Svarsfrekvens
Vårdbarometern*	2010	45 850	53
	2011	84 500	53
	2012	68 643	66
Nationell patientenkät:			
Primärvård**	2009	163 700	60
Primärvård	2011	247 700	54
Akutmottagning	2010	30 000	54
Akutmottagning	2011	27 700	48
Specialiserad somatisk öppenvård	2010	148 000	61
Specialiserad somatisk öppenvård	2012	176 700	59
Specialiserad somatisk slutenvård	2010	56 000	66
Specialiserad somatisk slutenvård	2012	77 200	63
Psykiatrisk öppenvård	2010	40 450	43
Psykiatrisk öppenvård	2012	68 900	37
Psykiatrisk slutenvård	2010	6 600	35
Psykiatrisk slutenvård	2012	9 600	32

*Eller antal uppringda, Vårdbarometern görs med hjälp av telefonintervjuer.
**En primärvårdsmätning gjordes också 2010 men flera landsting deltog inte. Resultaten är inte fullt jämförbara och redovisas därför inte här.

Resultaten i diagrammen 3.15–3.17 redovisar andelen patienter som svarade ”ja, helt och hållet” på de olika frågorna, av dem som besvarade frågan. Övriga svarade ”delvis” eller ”nej”. Svarsfrekvensen är låg för vissa av enkätundersökningarna och resultaten bör därför tolkas försiktigt. Det gäller särskilt den psykiatriska öppenvården, den psykiatriska slutenvården och akutmottagningen. Sedan förra mättillfället har svarsfrekvenserna sjunkit för de nationella patientenkäterna.

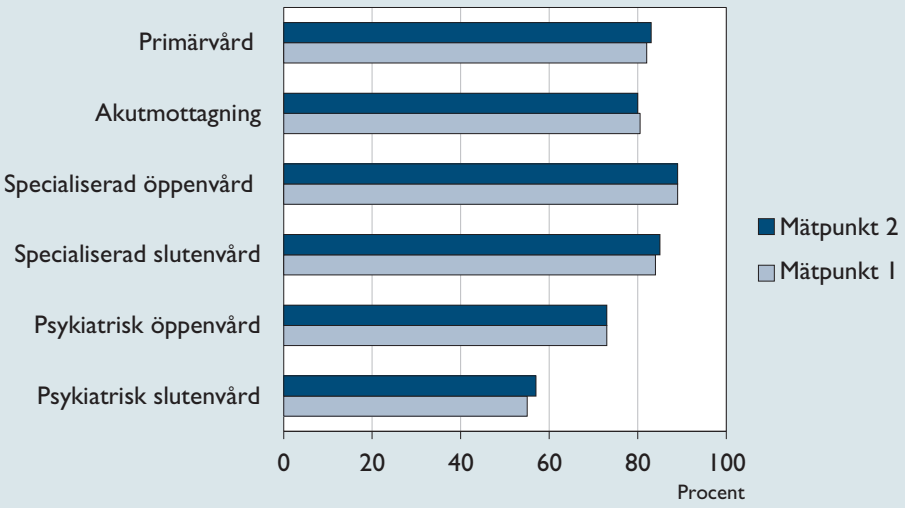
Den specialiserade öppenvården får genomgående bäst omdömen på de frågor vi redovisar här. Den psykiatriska slutenvården får sämst omdömen och den psykiatriska öppenvården får näst sämst omdömen. Patienterna ger också genomgående bättre omdömen för bemötande än för tillräcklig information och delaktighet. Dessa resultat är i stort sett oförändrade jämfört med tidigare mätningar.

Bemötande

Enligt HSL innebär en god hälso- och sjukvård bland annat att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om den vård och behandling som kan erbjudas.

Enligt resultaten i patientenkäterna ger patienterna goda omdömen för bemötandet inom de flesta områden av hälso- och sjukvården (diagram 3:15). Bäst omdöme får den specialiserade öppenvården där 89 procent anser att de har fått ett bra bemötande. Sämst omdömen får den psykiatriska slutenvården.

Diagram 3:15. Bemötande. Andelen patienter i procent som svarat "ja, helt och hållet" på frågan "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" inom olika vårdområden.



Mätpunkt 1: Primärvård, 2009; Övriga, 2010.

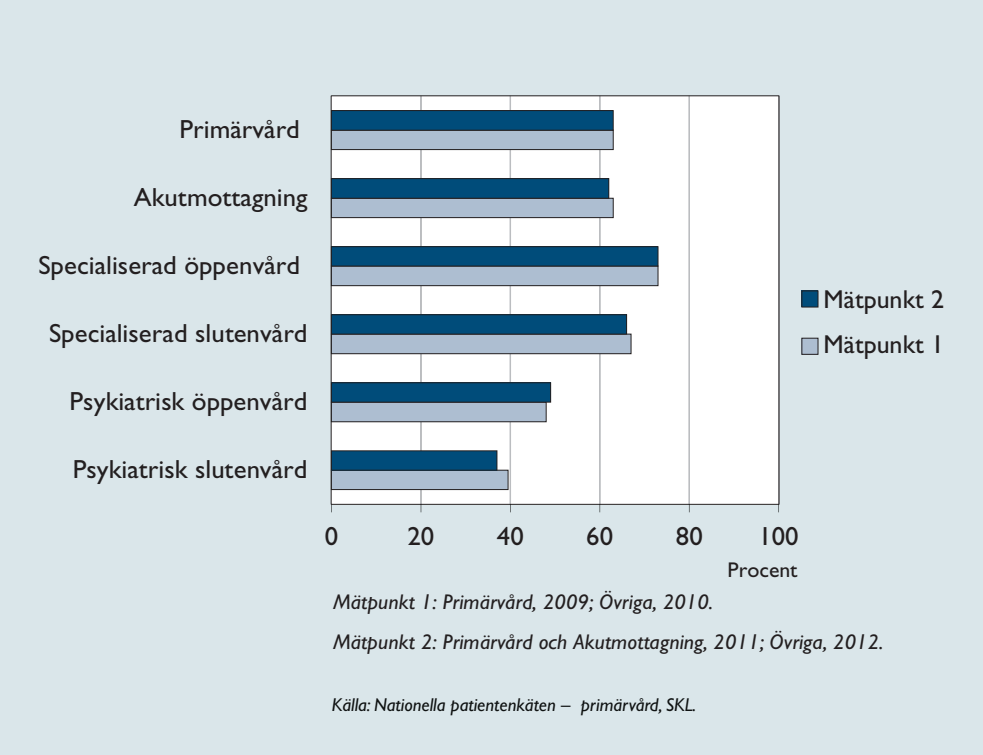
Mätpunkt 2: Primärvård och Akutmottagning, 2011; Övriga, 2012.

Källa: Nationella patientenkäten – primärvård, SKL.

Tillräcklig information

När det gäller *information* används indikatorn *att patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa*. Den kan mätas med frågan "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?". Mätningarna visar att mellan 62 och 73 procent av patienterna anser att de fått tillräcklig information, inom alla vårdområden utom den psykiatriska öppenvården och den psykiatriska slutenvården. Även här visar den specialiserade öppenvården bäst resultat.

Diagram 3:16 Tillräcklig information. Andelen patienter i procent som svarat ”ja, helt och hållet” på frågan ”Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?” inom olika vårdområden.



Mätpunkt 1: Primärvård, 2009; Övriga, 2010.

Mätpunkt 2: Primärvård och Akutmottagning, 2011; Övriga, 2012.

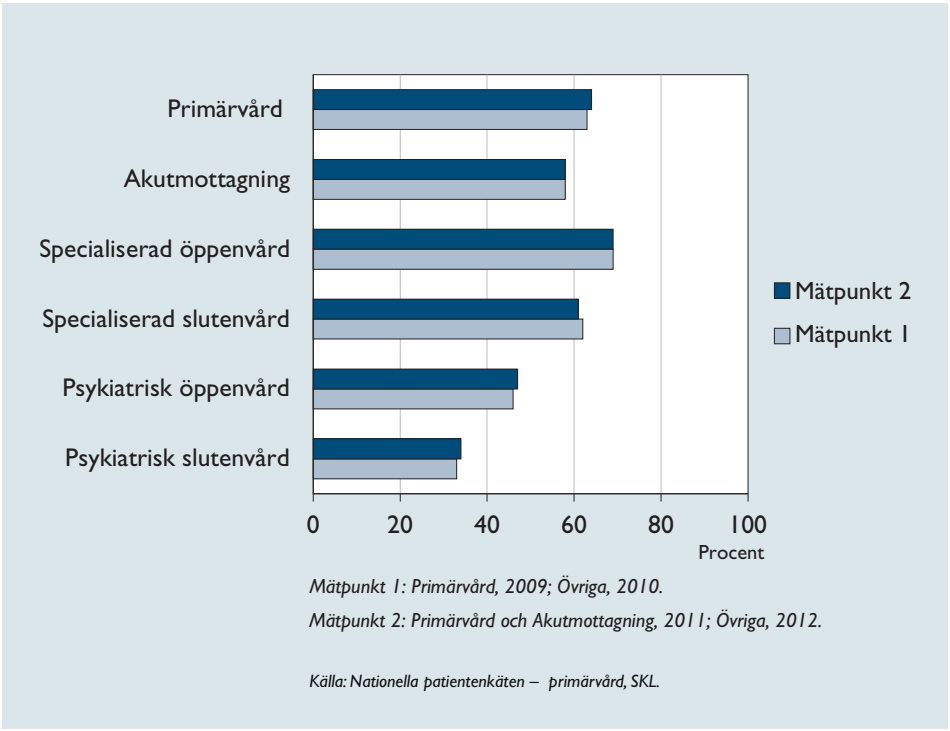
Källa: Nationella patientenkäten – primärvård, SKL.

Delaktighet

En indikator för patientens delaktighet är *att patienten får delta i planering och genomförandet av vård och behandling*. Den kan mätas med frågan ”Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?” där svaren ger en viss uppfattning om graden av delaktighet.

Bäst värden uppvisar den specialiserade öppenvården, där 69 procent av patienterna upplever att de är delaktiga.

Diagram 3:17. Delaktighet. Andelen patienter i procent som svarat "ja, helt och hållet" på frågan" Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" i olika vårdformer.



Mätpunkt 1: Primärvård, 2009; Övriga, 2010.

Mätpunkt 2: Primärvård och Akutmottagning, 2011; Övriga, 2012.

Källa: Nationella patientenkäten – primärvård, SKL.

Befolkningen har större förtroende för sjukhus än för vårdcentraler

Förtroendet för svensk hälso- och sjukvård har uppvisat en uppåtgående trend sedan 2005 men har från 2010 legat stabilt. Andelen i befolkningen som 2010 uppgav att de hade förtroende för hälso- och sjukvården i sitt landsting var 65 procent. År 2011 var denna andel 66 procent och 2012 var andelen 65 procent.

Förtroendet för sjukhusen är större än det är för vårdcentraler och ligger i genomsnitt för landet 7 procentenheter högre än för vårdcentralerna (73 respektive 66 procent år 2012).

Både 2011 och 2012 uppgav 80 procent av befolkningen att de är nöjda med tillgången på den sjukvård som de behöver. Dock är detta en minskning med två procentenheter jämfört med 2010.

Resultaten kommer från befolkningsundersökningen Vårdbarometern[3] som genomförs årligen och återspeglar den vuxna befolkningens kunskaper om, förväntningar på och attityder till svensk hälso- och sjukvård. Eftersom Vårdbarometern förändrats i sin utformning från och med 2010 så har vi begränsade möjligheter att jämföra med resultat bakåt i tiden. Vi kan dock göra vissa jämförelser mellan kärnfrågor som just förtroende och tillgång till vård. År 2012 intervjuades totalt 41 410 personer, med ett minimum på

[3] 2012 års uppgifter är preliminära.

1 000 intervjuer per landsting. Hälften av intervjuerna genomfördes på våren och andra hälften på hösten. Svarsfrekvensen var 66 procent.

Tillgänglig hälso- och sjukvård

Tillgänglighet och väl fungerande vårdkedjor är viktiga kvalitetsparametrar ur såväl patienternas som verksamheternas perspektiv. Fragmenterad vård, oklara ansvarsförhållanden och långa väntetider har länge varit föremål för klagomål inom hälso- och sjukvården. I det här avsnittet redovisar Socialstyrelsen uppföljningar av väntetiderna i primärvården, specialistvården och cancervården, samt inom barn- och ungdomspsykiatrin [47–50].

Kömiljarden fortsätter

Under en lång följd av år har såväl nationella som lokala initiativ tagits för att åtgärda problemen med långa väntetider. Vårdgarantier har till exempel funnits i olika former i tjugo år. År 2010 blev vårdgarantier för besök och behandling lagstadgade, och mellan åren 2009 och 2011 överfördes också stimulansmedel i form av en kömiljard från staten till de landsting som uppfyllt vissa nationellt fastställda mål för väntetiderna inom den specialiserade vården. Hösten 2011 beslutade regeringen om en ny kömiljardsatsning för åren 2011–2014.

Under åren 2007–2011 träffade regeringen och SKL även särskilda överenskommelser om tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri (bup) och totalt har 214 miljoner kronor avsatts varje år för detta ändamål. Sedan 2009 är även bidraget till bup prestationsbaserat.

Internationella jämförelser av väntetider är svårtolkade

I internationella jämförelser av kvaliteten i olika hälso- och sjukvårdssystem tillhör Sverige i de flesta avseenden de ledande länderna, utom när det gäller väntetiderna [51]. Det har gjort att väntetiderna har kommit att kallas sjukvårdens akilleshäl. Det är dock svårt att jämföra väntetider mellan länder, vilket bland annat framkom i en studie från SKL där ett antal OECD-länder jämfördes [52]. Studien visade bland annat att det skiljer sig mellan olika länder var i vårdprocessen man börjar mäta väntetiderna, hur patientens väg genom vården ser ut och vilken typ av patienter och vårdenheter de presenterade väntetiderna gäller. Därför gick det inte att belägga att Sverige skulle ha väsentligt längre väntetider än andra länder. Snarare talar uppgifterna för att Sverige inte skiljer sig nämnvärt från många andra länder när det gäller väntetider.

Väntetider, vårdgarantin och kömiljarden

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört årliga uppföljningar av vårdgarantin och kömiljarden, och lämnade en slutrapport för perioden 2009–2011 våren 2012 [47]. Nedan ges en kortfattad redogörelse för de huvudsakliga slutsatserna i rapporten. Väntetider på akutmottagning redovisas i kapitlet *Vård och omsorg om äldre*.

Nio av tio kommer fram när de ringer och får en läkartid inom sju dagar

SKL sammanställer sedan början av 2000-talet uppgifter från landstingen om telefontillgänglighet och väntetid till besök hos läkare i primärvården. I den nationella vårdgarantin, förordning (2010:349) om vårdgaranti, anges att den som söker primärvården ska få kontakt samma dag (t.ex. via telefon) och om det finns ett behov av att träffa en läkare ska det ske inom sju dagar.

Uppföljningarna visar att den genomsnittliga telefontillgängligheten för landet som helhet har varit närmare 90 procent under de senaste åren. En uppdelning på landsting visar att telefontillgängligheten för 2012 varierar mellan 76 och 100 procent [53].

I mätningen hösten 2012 var det 93 procent av alla patienter som fått en tid inom sju dagar. Denna andel har varit stabil under 2011–2012, och visar på en liten förbättring jämfört med åren 2008–2010 då cirka 90–92 procent fick en läkartid inom sju dagar. Variationerna mellan landstingen är fortfarande relativt omfattande. I Dalarna, som hade lägst andel fick drygt 80 procent av patienterna en tid inom sju dagar, medan motsvarande andel var cirka 98 procent i Västernorrland.

Socialstyrelsens uppföljning visar också att patienterna är mer nöjda i landsting som har en mer tillgänglig vård [47]. I landsting där det var lätt att komma fram på telefon var det således en större andel av patienterna som var nöjda. Det framgår av det starka samband som fanns mellan svaren i den nationella patientenkäten och landstingens uppgifter om telefontillgängligheten. Motsvarande samband för väntetiden till ett besök i primärvården var emellertid betydligt svagare.

Enligt den nationella patientenkäten hösten 2011 ansåg 64 procent att väntetiden till besök i primärvården var acceptabel. Denna andel har varit ungefär lika stor även i de tidigare patientenkäterna från 2009 och 2010.

Väntelistorna till besök och behandling i specialistvården

Antalet patienter som har fått en remiss och väntar på att få träffa en specialist har minskat de senaste åren, från 243 000 i december 2009 till 218 000 i december 2010. Den största nedgången skedde under 2009 och 2010 medan antalet var i stort sett oförändrat under 2011. I december 2012 var det något fler patienter som väntade på att få träffa en specialist, cirka 219 000 patienter [53]. Den andel patienter som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar var i december 2011 cirka 10 procent. Lika stor andel var det i december 2012.

Köerna till behandling i den specialiserade vården, det vill säga mängden patienter för vilka beslut om behandling tagits men behandlingen inte påbörjats, följs i den nationella väntetidsdatabasen. De senaste åren har dessa mätningar gällt ett urval av 42 operationer eller åtgärder. För dessa har antalet väntande minskat. I december 2011 väntade 63 000 patienter på behandling, vilket är en nedgång med 20 procent sedan december 2009. Även här skedde huvuddelen av nedgången under de första åren. Andelen som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar i december 2011 var 12 procent.

Från och med 2011 finns det även uppgifter i väntetidsdatabasen om det totala antalet patienter som väntar på behandling i den specialiserade vår-

den. I december 2011 var det drygt 101 000 väntande patienter. I december 2012 hade antalet minskat till drygt 95 000, och av dem var det 12 procent som väntat längre än 90 dagar.

Skillnaderna mellan väntetiderna till behandling inom olika specialiteter är stora. Tre specialiteter avvek från de övriga genom att de hade en betydligt större andel patienter som väntat längre än 90 dagar. Dessa specialiteter var neuro-, rygg- och plastikkirurgi där mer än en tredjedel av patienterna på väntelistorna i december 2011 väntat över 90 dagar. Detta kan jämföras med väntelistorna till gynekologi där endast fem procent väntat mer än 90 dagar.

Våren 2012 gjordes den andra nationella patientenkäten om den specialiserade sjukvården [33]. Undersökningen för den öppna specialiserade sjukhusvården visar att 48 procent fick en tid till besök så snart de önskade, medan 40 procent inte hade några särskilda önskemål. Det var 12 procent som ansåg att de inte fick en tid så snart som de skulle vilja. Dessa andelar var ungefär lika i 2010 års enkät.

För den slutna specialiserade vården ansåg 66 procent att väntetiden till behandling var acceptabel. Det var 8 procent som inte hade fått vänta, och 26 procent ansåg att väntetiden var för lång. Jämfört med 2010 års enkät har patienternas uppfattning om väntetiderna till behandling blivit mer positiv.

Ökade variationer i ersättning från kömiljarden

Kraven på landstingen för att få del av kömiljarden ökade under 2009–2011. Även sättet att följa upp prestationerna på förändrades över dessa år. Samtliga landsting har fått del av medlen, men spridningen i ersättningens storlek har successivt ökat. Under 2011 varierade ersättningen mellan 11 och 590 kronor per invånare och den stora skillnaden i ersättning visar att väntetiderna är mycket olika i landstingen.

En positiv effekt av vårdgarantin är enligt enkäter och intervjuer med personalen att patienternas inflytande över hur och när vården ges har ökat. Andra positiva effekter som nämnts är att garantin har bidragit till att öka motivationen att effektivisera arbetet liksom till ett ökat samarbete i vårdkedjorna. Socialstyrelsens uppföljning visar dock att kunskapen om vårdgarantin och de regler som gäller för den i allmänhet är svag hos såväl befolkning som personal.

Attityden till kömiljarden är dock inte lika positiv. Förhållanden som nämnts är att ersättningen går till dem som redan har en bra väntetidssituation och att ersättningen har inneburit att man inte redovisar en helt sanningsenlig bild för att inte missa ersättning. Det har även påpekats att vårdgarantin och kömiljardens inriktning på nybesök ändrar prioriteringarna och medverkar till att andra patienters vårdbehov inte kan tillgodoses på ett bra sätt.

Undanträngning – svårt att kvantifiera

Ända sedan tillkomsten av den första vårdgarantin har man diskuterat frågan om undanträngning av de vårdbehov som inte ingår i garantin. I enkäter och intervjuer har många uppgett om att det förekommer, men det har varit svårt att få mer konkreta exempel på undanträngning. I uppföljningen har Socialstyrelsen valt att fokusera frågan om undanträngning till väntetider för åter-

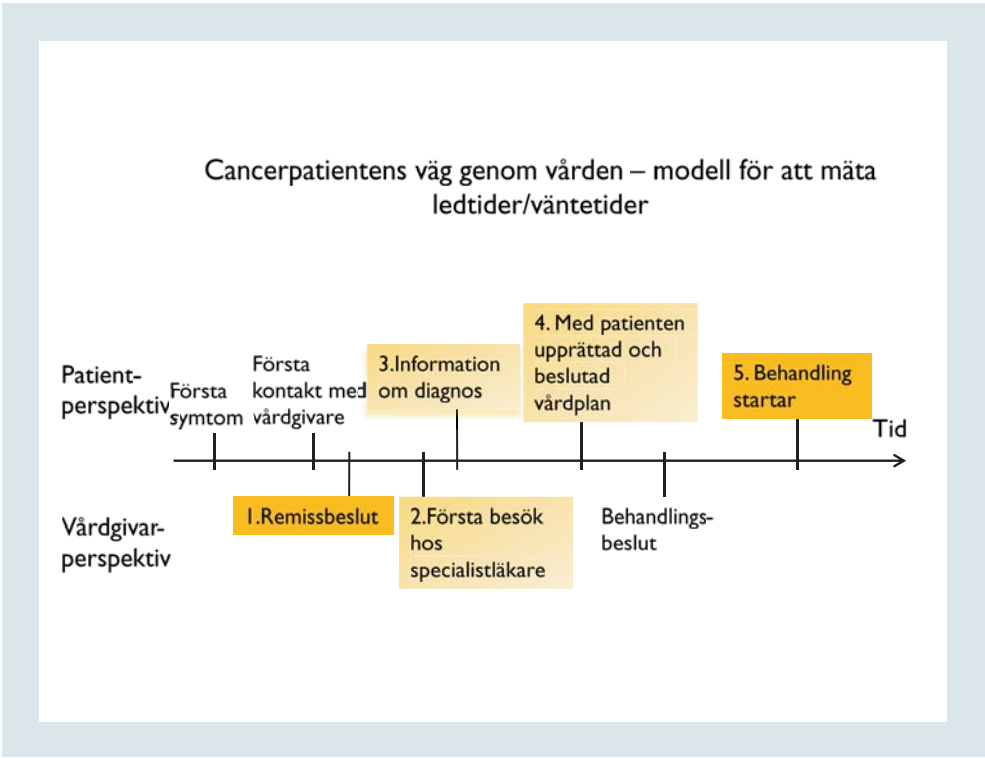
besök, och med hjälp av uppgifter från några landsting kunnat visa ett samband mellan förlängda återbesökstider och tidpunkter för mätning av hur landstinget har uppfyllt kömiljardens krav. Några fall av fördröjd kontroll med negativa medicinska effekter har också varit föremål för tillsyn, varvid vi har kunnat konstatera att satsningar på nybesöken varit ett skäl till att kontrollerna inte genomförts som planerat.

Långa väntetider inom cancervården

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

I samband med utredningen av den nationella cancerstrategin fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en modell för att följa väntetiderna på området. Modellen utgår från ett patientperspektiv och omfattar fem mätpunkter i vårdkedjan mellan remiss om misstänkt cancer fram till behandlingsstart (figur 3:1).

Figur 3:1: Cancerpatientens väg genom vården – modell för att mäta väntetider.



Socialstyrelsen har under 2012 för andra gången genomfört en mätning av väntetider för tio olika cancerformer [49]. Underlaget till mätningen har hämtats från kvalitetsregistren för de olika cancerformerna. Mätningarna har omfattat tre tidpunkter: utfärdande av remiss, information om diagnos samt

start av behandling. De uppgifter som finns i kvalitetsregistren varierar emellertid i den meningen att inte alla register innehåller dessa datum och att definitionerna av mätpunkterna varierar.

Någon större förändring av väntetiderna har inte skett sedan den förra mätningen som genomfördes 2011 (tabell 3:4) [48]. Väntetiderna i cancervården är fortfarande betydande, och i många fall oacceptabla. De regionala skillnaderna är också stora. För vissa cancerformer får patienterna i vissa delar av landet vänta tre gånger så länge från remiss till behandling som i andra delar.

Tabell 3:4. Medianväntetid i dagar för olika cancerformer

Cancerform, behandlingsår	Dagar	Dagar, föregående år	Väntetiden avser:
Urinblåsa, 2011	41	41	Från utfärdande av remiss till behandling
Njure, 2011	55	53	Från utfärdande av remiss till behandling
Prostata, intermediär risk, 2011	181	205	Från utfärdande av remiss till behandling
Prostata, hög risk, 2011	165	186	Från utfärdande av remiss till behandling
Prostata, metastaserad, 2011	44	48	Från utfärdande av remiss till behandling
Tjocktarm, 2011	42	41*	Från utfärdande av remiss till behandling
Ändtarm, 2011	59	55*	Från utfärdande av remiss till behandling
Huvud- och hals, 2010-11	57	57	Från remissens ankomst till behandling
Lunga, 2009	31	33	Från remissens ankomst till behandlingsbeslut
Melanom, 2011	34	-	Från första läkarbesök till besked till patient
Bröst, 2011	21	21	Från första kontakt med specialist till operation
Äggstock, 2009-10	37	-	Från diagnosdatum till start av kemoterapibehandling

*Gällde remissens ankomst.

Även om de väntetider som har kunnat följas inte är helt jämförbara, finns det fortfarande relativt stora skillnader i väntetider för behandling av olika cancerformer. I denna andra mätning har det också blivit än tydligare att väntetiden är relaterad till tumörens allvarlighetsgrad. De patienter som vid diagnostillfället har en allvarligare tumörform har kortare väntetider, vilket visar att cancervården prioriterar patienterna i vårdkedjan. Inga systematiska skillnader i väntetider har kunnat påvisas mellan män och kvinnor eller mellan olika åldrar.

Mot bakgrund av de långa väntetiderna, de regionala skillnaderna, och övriga skillnader mellan olika patientgrupper, avser Socialstyrelsens att under 2013 fördjupa analysen av väntetider i cancervården.

Väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri

Landstingen har i överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin förbundit sig att senast 2011 kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar, och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar.

För att få det prestationsbaserade statsbidraget för 2011 gällde att minst 90 procent av patienterna skulle få en första bedömning (det vill säga ett läkarbesök) inom 30 dagar, och att minst 80 procent hade påbörjat en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. Av 21 landsting klarade 14 samtliga krav [50].

Väntetidsuppgifter från september–oktober 2011 visade att 91 procent av patienterna fick komma till ett första besök inom 30 dagar och 82 procent hade påbörjat en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. Variationen mellan landstingen var dock stor. Mätningen under januari–april 2012 visade på ett sämre resultat jämfört med mätningen i september–oktober 2011. Färre landsting klarade då målet att barn och unga skulle få komma på ett första besök inom 30 dagar. Variationen mellan landstingen är fortsatt stor. Vad som ska rapporteras in till väntetidsdatabasen har successivt förändrats och tolkats på olika sätt. År 2011 kom regeringen och SKL överens om en ny mätmodell. Detta innebär att det är svårt att göra jämförelser med väntetidsuppgifterna från före år 2011.

Socialstyrelsen har sammanställt landstingens samlade erfarenheter av fem års tillgänglighetssatsning. Flertalet anser att statsbidragen var ett välkommet och nödvändigt resurstillskott för att klara den förstärkta vårdgarantin. Satsningen har medfört ett tydligt stöd och den har stimulerat till förbättringsarbeten samt bidragit till verksamhetsutveckling. Samtidigt är flera landsting kritiska till den ensidiga fokuseringen på tillgänglighet och på kvantitet snarare än kvalitet, som satsningen har.

Säker hälso- och sjukvård

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

Här redovisar vi den övergripande utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. I kapitlet Vård och omsorg om äldre finns mer uppgifter om patientsäkerheten för de äldre bland annat när det gäller läkemedelsförskrivningen.

Socialstyrelsen kommer att lämna en särskild rapport för patientsäkerhetsområdet den 12 april 2013. Den rapporten kommer att innehålla ytterligare uppgifter om patientsäkerhetsutvecklingen. I rapporten kommer också uppgifter att redovisas på landstingsnivå.

Nationella satsningar

SKL fortsätter att arbeta med att förbättra patientsäkerheten inom en rad områden. Satsningen som SKL startade 2008 involverade först landsting och regioner. Under 2012 har man arbetat med att få ökat deltagande från kommunerna. De områden som SKL arbetar med innefattar bland annat

- åtgärdspaket inom åtta områden som minskar antalet vårdskador (bland annat läkemedelsrelaterade problem, fall och fallskador och olika infektioner i vården)
- bättre kommunikation mellan vårdpersonal genom metoden SBAR[4]
- ökad patientmedverkan
- metoderna riskanalys och händelseanalys samt strukturerad journalgranskning för att identifiera vårdskador
- mätning av patientsäkerhetskulturen
- mätning av vårdrelaterade infektioner, följsamhet till hygien- och klädregler samt trycksår.

Under 2011 inledde regeringen en nationell satsning för att öka patientsäkerheten, och för att genomföra den har staten och SKL träffat en överenskommelse som löper under åren 2011–2014. Socialstyrelsen har följt upp överenskommelsen och bedömt i vilken grad landstingen har uppfyllt de grundläggande kraven och målen för 2012 [54]. Samtliga landsting hade uppfyllt de fyra grundkraven och målen för tre av de sex indikatorerna. Kraven och indikatorerna var i huvudsak inriktade på att upprätta olika handlingsplaner, påbörja arbeten med olika IT-stöd, kartlägga förekomsten och typen av skador på akutsjukhusen, mäta följsamheten till hygienrutiner samt överbeläggningar. Landstingen skulle också uppnå vissa målvärden i den nationella patientenkäten för primärvården och för antibiotikaförskrivningen.

Även andra nationella satsningar berör patientsäkerheten. Den nationella läkemedelsstrategin lägger stor vikt vid en patientsäker läkemedelsanvändning och patientsäkerheten är en viktig del i regeringens satsning för de mest sjuka äldre.

Skador i vården är vanligt

Någon heltäckande kontinuerlig registrering av vårdskador finns inte, och därför är det svårt att veta hur många patienter som drabbas varje år. Socialstyrelsen publicerade en undersökning 2008 som visade att uppskattningsvis drygt 100 000 patienter varje år drabbas av någon vårdskada inom den somatiska slutenvården [55].

Under 2012 genomfördes för första gången en ny nationell vårdskadeundersökning [56]. Den gjordes med hjälp av strukturerad journalgranskning, en metod för att följa förekomsten av vårdskador och få en överblick över

[4] SBAR är en struktur för kommunikation och står för Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Kommunikation.

vilken typ av skador som uppstår. Metoden innebär att ett slumpmässigt urval av journaler granskas systematiskt för att hitta skador i efterhand. Alla akutsjukhus i landet granskade ett urval av journaler från somatisk vård för vuxna under perioden januari–mars 2012. I denna granskning fokuserade man på alla skador, och gjorde inte någon bedömning av om skadan var undvikbar eller inte.

Resultaten måste tolkas med försiktighet eftersom det för en del landsting var första gången de använde metoden och därför varierar erfarenheten hos dem som granskar. Dessutom är inte de journaler som granskades representativa för hur det totala antalet vårdtillfällen fördelar sig mellan olika typer av sjukhus.

Resultatet visar att det fanns skador vid 13,5 procent av de granskade vårdtillfällena. Den vanligaste typen av skador var vårdrelaterade infektioner (cirka 40 procent) och därefter kom läkemedelsrelaterade skador (12 procent) och kirurgiska skador (11 procent). Trycksår stod för cirka 8 procent av skadorna och fallskador för cirka 6 procent. En tredjedel av de vårdrelaterade infektionerna var urinvägsinfektioner.

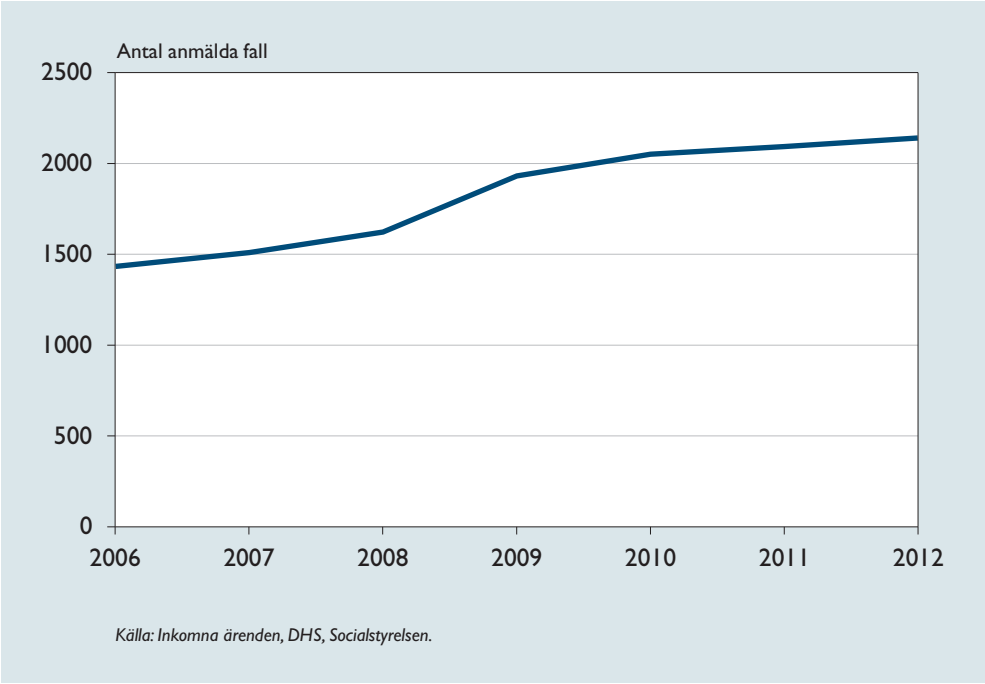
De flesta skadorna (95 procent) var lindriga, även om det för många patienter med dessa lindriga skador kan krävas extra sjukhusvård. Omkring 5 procent av skadorna var allvarliga. Med allvarliga skador menas sådana som bidrar till en permanent skada eller är ett hot mot patientens liv.

Rapportering och anmälningar av skador i vården ökar

Under de senaste åren har rapporteringen från vårdgivare till patientregistret och anmälningar enligt lex Maria ökat. Anmälningar från patienter till patientförsäkringen har också ökat. Men det är fortfarande bara en mindre del av alla skador som inträffar som blir rapporterade. Trots denna ökning är benägenheten att rapportera in händelser låg. Det framgår av en mätning av patientsäkerhetskulturen som SKL genomförde åren 2010–2011 i landstingen [57]. Landstingen har inom ramen för överenskommelsen 2012 utarbetat handlingsplaner där det bland annat framkommer att de har påbörjat ett arbete med att förbättra patientsäkerhetskulturen.

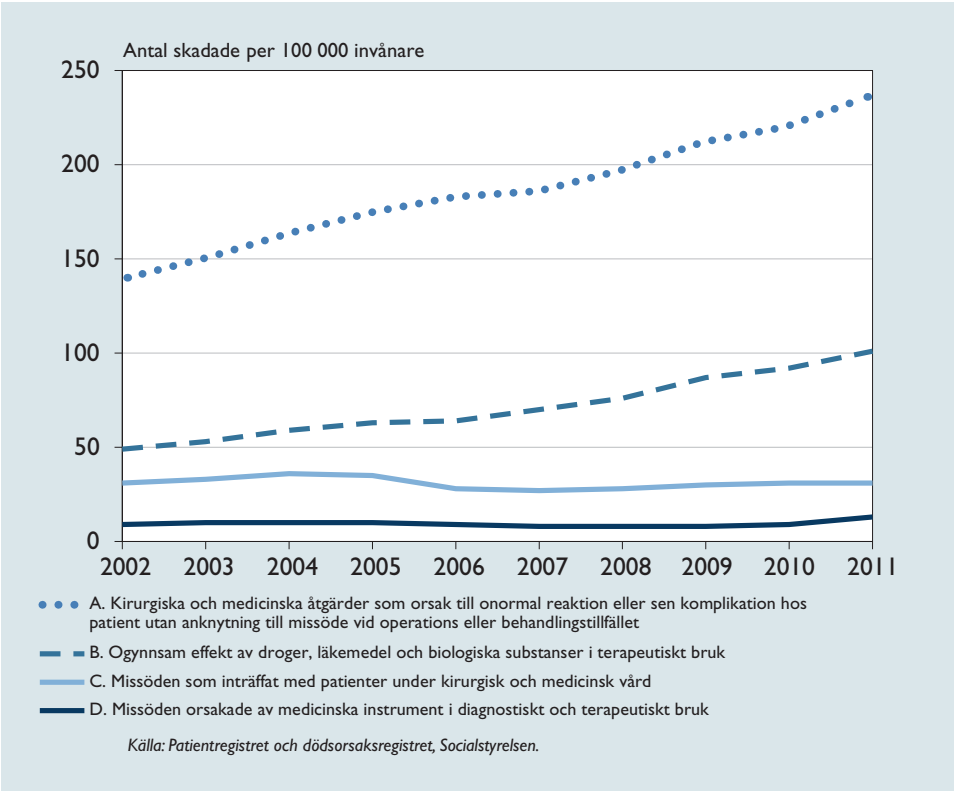
Vårdgivarnas anmälningar enligt lex Maria har ökat under de senaste åren (diagram 3:18), och dessa anmälningar gäller allvarliga skador samt händelser som skulle ha kunnat medföra en allvarlig skada. Lex Maria-bestämmelsen innebär att vårdgivaren måste anmäla alla sådana händelser till Socialstyrelsen. Fram till och med 2010 gällde anmälningsplikten alla allvarliga *skador*, men från och med 2011 gäller det enbart allvarliga *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.

Diagram 3:18. Allvarliga skador eller händelser med risk för allvarliga skador. Antal anmälda fall enligt lex Maria 2006–2012.*



Vårdgivarnas rapportering av olika skador till patientregistret ökar också. Patientregistret 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 3:19) samt läkemedelsbiverkningar (linje B i diagrammet). Rapporteringen av missöden är relativt konstant över åren (linje C och D i diagrammet).

Diagram 3:19. Antal patienter med yttre orsak till sjukdom och död per 100 000 invånare, 2002–2011.



Patienterna kan anmäla vårdskador till patientförsäkringen vid Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) och få ersättning för skador som hade gått att undvika. År 2011 anmäldes omkring 11 800 skador till patientförsäkringen [58]. Det är en ökning med 13 procent jämfört med 2010. Ökningen bedöms delvis vara en följd av den nya patientsäkerhetslagens krav på information till patienten om inträffad vårdskada. Ett annat skäl till ökningen kan vara att landstingen arbetar alltmer aktivt med patientsäkerhet, vilket ökar kunskapen om försäkringen. I 40 procent av de ärenden som det fattades beslutade om 2011 beviljades patienten ersättning. Skador inom ortopedi, kirurgi och verksamheter med stora operationsvolymer är de som anmäls mest till patientförsäkringen LÖF. Vanligast är skador som inträffar i samband med en operation. Det kan till exempel vara infektioner, blödningar, skadade kärl och nerver, skelettskador vid protesinläggningar, och tryckskador som orsakas av att en sövd patient läggs upp på fel sätt. Andra skador beror på försenade eller uteblivna diagnoser.

Överbeläggningar börjar mätas

Vårdplatserna har fortsatt att minska under hela 2000-talet fram till 2010 [6]. Antalet vårdplatser 2011 var dock lika många som 2010. Samtidigt har beläggningsgraden av landets vårdplatser ökat under hela 2000-talet. De flesta sjukhus beskriver också att de har överbeläggningar dagligen eller varje vecka och att de lika ofta utlokaliserar patienter. Socialstyrelsen har i

sina granskningar av vården upprepade gånger pekat på problemet med överbeläggningar och de olika brister som uppstår när patienter får vårdplatser som inte uppfyller deras vårdbehov. En rad vårdskador kan uppkomma vid överbeläggningar och vid utlokalisering av patienter.

Socialstyrelsen har tillsammans med SKL tagit fram en modell för att följa upp och utvärdera överbeläggningar och utlokalisering av patienter, och skapat en nationell databas [59]. Under hösten 2012 har landets samtliga sjukhus startat mätningarna och börjat rapportera till den nationella databasen. Detta ingår som en del i den patientsäkerhetsöverenskommelse som regeringen slutit med SKL.

Antibiotikaresistens fortsätter att vara ett stort problem

Antibiotikaresistenta bakterier ökar fortfarande. Därför är det viktigt att antibiotika enbart används när det behövs en sådan behandling, och då med lämpligt antibiotikum i korrekt dos och behandlingslängd. Om antibiotika används rationellt kommer mängden som används att minska, vilket är en central del i arbetet för att bromsa resistensutvecklingen.

Antibiotikaanvändningen är ett av flera insatsområden som är viktiga i arbetet mot antibiotikaresistens. Problemet berör många olika samhällssektorer och för att lyckas bromsa utvecklingen krävs en samordnad insats. Därför har Socialstyrelsen tillsammans med Jordbruksverket i uppdrag att ansvara för en nationell samverkansfunktion mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Arbetet innefattar hälso- och sjukvård, veterinärmedicin, folkhälsa, djurhälsa, livsmedel och yttre miljö. Arbetet har startats under 2012 och en nationell samverkansgrupp har bildats där 18 myndigheter är representerade och Stramarådet är adjungerat [60].

Det är angeläget att också nya antibiotika eller alternativa behandlingsmetoder utvecklas, något som Sverige lyfte under EU-ordförandeskapet 2009. Detta arbete fortsätter både inom EU och internationellt.

Antibiotikaanvändningen minskar inte längre

Antibiotikaförskrivningen har minskat långsamt under flera år, men från och med 2009 har minskningen i stort sett stannat av [61]. Det finns dock stora skillnader mellan olika åldersgrupper och i olika delar av landet. Tandvårdens antibiotikaförskrivning beskrivs i kapitlet *Tandvård och tandhälsa*.

Under perioden oktober 2011–september 2012 var antibiotikaförskrivningen i stort sett oförändrad jämfört med samma period året innan (oktober 2010–september 2011): 384 recept per 1 000 invånare jämfört med 383 recept per 1 000 invånare. Under denna period minskade nio landsting sin förskrivning, fyra hade oförändrad förskrivning medan åtta landsting hade ökat sin förskrivning.

Uppgifter från Primärvårdens register för infektioner i Sverige (PRIS) visade att tio diagnoser stod för 89 procent av antibiotikaförskrivningarna. Vanligast var urinvägsinfektion, följt av halsinfektion och öroninflammation.

Antibiotikaförskrivningen till barn upp till sex år minskade med 9 procent, från 515 recept per 1 000 invånare år 2010 till 468 recept per 1 000 invånare år 2011, medan det för övriga åldersgrupper skedde en viss ökning.

Personer över 65 år tillhör den åldersgrupp som får flest antibiotikarecept per år. Antibiotika verksamma mot urinvägsinfektioner utgör en stor andel, 39 procent, av dessa recept. För kvinnor över 80 år är siffran ännu högre, 53 procent, trots att upp till hälften av kvinnorna i denna åldersgrupp har harmlösa bakterier i urinen som inte ger några besvär.

Det är viktigt att äldre inte får antibiotika i onödan eftersom antibiotika slår ut även bakterier som har en skyddande effekt så att mer sjukdomsalstrande bakterier då kan ta plats. Dessutom riskerar man att sålla fram resistenta bakterier. Antibiotika kan också ge biverkningar som diarréer, vilka kan vara påfrestande att klara av för äldre och sköra personer. Däremot ska en symtomgivande urinvägsinfektion behandlas. Det behövs därför ökad kunskap bland såväl vårdpersonal som allmänhet om att bakterier i urinen inte alltid behöver behandlas med antibiotika.

I slutenvården ses för andra året i rad en ökning av antibiotikaanvändningen, som år 2011 ligger på 1,59 definierade dygnsdoser per 1 000 invånare och dag, den högsta nivån sedan år 2000. En positiv trend är dock att användningen av smalspektrumpenicilliner ökar medan cefalosporiner minskar. Cefalosporiner är en antibiotikagrupp med brett spektrum som ökar risken att sålla fram resistenta bakterier [61].

Antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka

Resistenta bakterier, särskilt ESBL och MRSA, fortsätter att öka [61]. Tarmbakterier som producerar så kallade extended spectrum betalactamase (ESBL) har under år 2011 rapporterats hos 5 666 patienter jämfört med 4 983 under år 2010, en ökning med 14 procent. $ESBL_{CARBA}$ är en speciellt fruktad form av ESBL, där bakterien även är motståndskraftig mot de antibiotika som i regel är enda möjligheten att behandla ESBL. Det första fallet i Sverige upptäcktes 2007 och fram till 2011 har totalt 35 fall rapporterats i Sverige. De allra flesta av dessa har vårdats på sjukhus i andra länder och endast i något enstaka fall har smittspridningen skett i Sverige. För att ha möjlighet att kontrollera denna svåra form av smitta beslutade Socialstyrelsen den 15 mars 2012 i sina föreskrifter (SOSFS 2012:2) om smittspårningspliktiga sjukdomar, som bland annat innebär att $ESBL_{CARBA}$ blivit smittspårningspliktig enligt smittskyddsförordningen (2004:255).

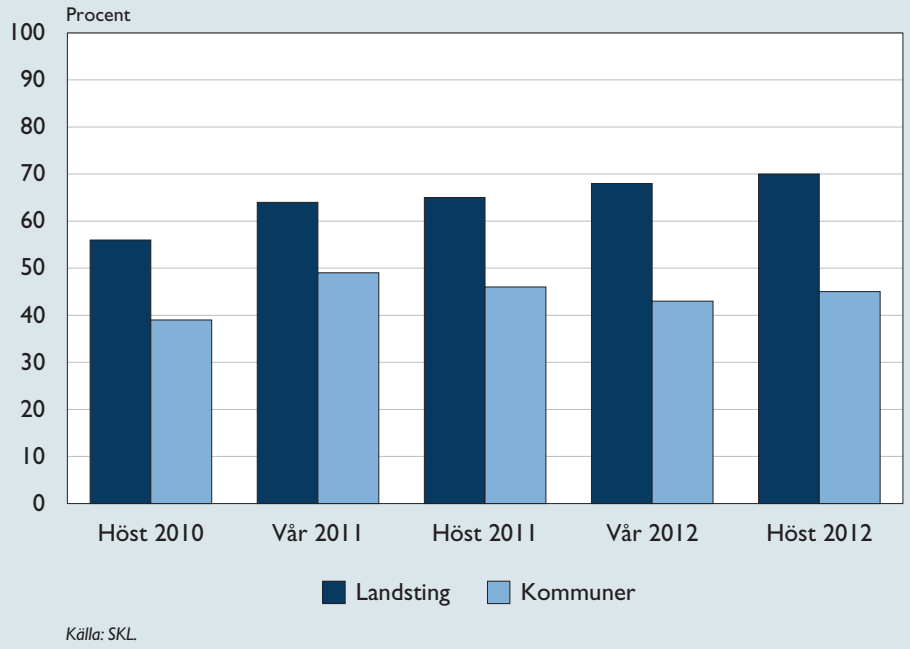
Meticillinresistenta staphylococcus aureus (MRSA), ökar också. År 2011 rapporterades 1 884 fall, en ökning med 19 procent jämfört med år 2010. Smittspridningen utanför vården (så kallad samhällsförvärvad smitta) ökar, och det är också där som flest smittas. Smittspridningen inom slutenvården minskar medan man inom vård och omsorg utanför sjukhusen inte sett någon större förändring de senaste åren.

Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

Att förebygga infektioner och smittspridning i vård och omsorg innebär att många olika åtgärder på olika nivåer i organisationen måste vidtas. En viktig del är personalens följsamhet till grundläggande hygienregler, inte minst

handhygien. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter (SOSFS 2007:19) om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m. SKL gör två gånger per år punktprevalensmätningar av personalens följsamhet till hygien- och klädregler (diagram 3:20) [62]. Resultatet visar att följsamheten till reglerna är sämre i kommunernas verksamheter än i landstingens.

Diagram 3:20. Andelen av vårdpersonalen som följer samtliga hygien- och klädregler i landstingens och kommunernas verksamhet. Punktprevalensmätningar hösten 2010 till hösten 2012.



Källa: SKL.

Många verksamheter inom vården gör också egna mätningar. Ett nationellt program för handhygien, Rena händer räddar liv, har tagits fram i samarbete mellan företrädare för landsting och kommuner, Svensk Förening för Vårdhygien och Smittskyddsläkarföreningen [63]. Programmet bygger på WHO:s kampanj Clean Care is Safer Care.

Som en viktig del i god hygienisk standard krävs också att städningen i vårdmiljön är tillfredställande så att inte brister i rengöring och desinfektion av lokaler och utrustning gör att smitta sprids. Svensk Förening för Vårdhygien har under 2012 tagit fram handboken *Städning i vårdlokaler* (SIV) som innehåller kunskapsunderlag och rekommendationer för bland annat upphandling, städmetoder och egenkontroller [64].

Äldrevård och omsorg

Alla verksamheter inom den kommunala vården och omsorgen om äldre behöver ha tillgång till den vårdhygieniska expertis som finns vid landstingens vårdhygieniska enheter [65]. Då kan de få råd i såväl det kontinuerliga kvalitetsarbetet, som i samband med akuta problem. Möjligheterna till denna kontakt varierar kraftigt i landet. Vissa landsting erbjuder även kom-

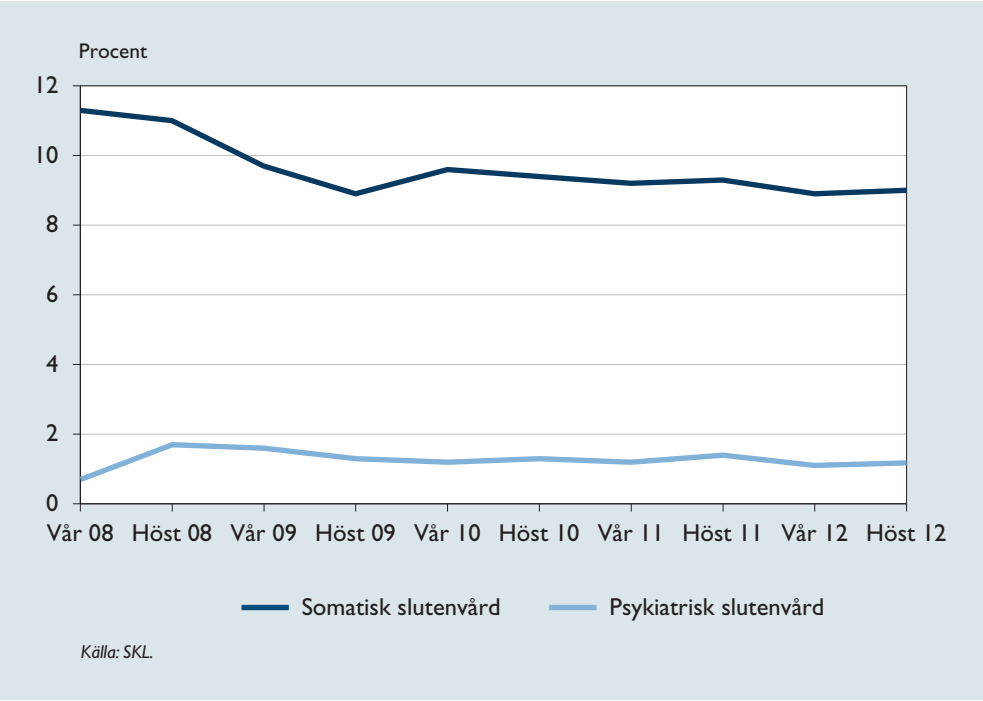
munerna fri tillgång till rådgivning, och i vissa landsting kan kommuner sluta avtal med den vårdhygieniska enheten. Det förekommer också att de vårdhygieniska enheterna inte har möjlighet att stödja den kommunala vården och omsorgen.

Lika viktigt som tillgång till expertis är att all personal inom vård och omsorg om äldre har grundläggande kunskaper om vårdhygien. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, anges att all personal bör ha kunskap om basal hygien och om att förhindra smittspridning. De bör också ha förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet.

Slutenvård

De vårdrelaterade infektionerna i slutenvården följs med hjälp av punktprevalensmätningar [62]. Mätningarna visar på en långsam minskning (diagram 3:21).

Diagram 3:21. Andelen patienter med vårdrelaterad infektion inom somatisk och psykiatrisk slutenvård. Punktprevalensmätningar våren 2008 till hösten 2012.



För att öka möjligheterna att följa antibiotikaanvändningen och de vårdrelaterade infektionerna har ett nationellt it-stöd som kallas Infektionsverktyget utvecklats [66]. Systemet som i sin nuvarande form är anpassat för slutenvården har provats vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och Akademiska sjukhuset i Uppsala, men är inte i allmän drift ännu. Infektionsverktyget innebär att när en läkare ordinerar antibiotika måste även förskrivningsorsak anges. På så sätt kommer de vårdrelaterade infektioner som behandlas med antibiotika att registreras.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Kunskapsstyrning syftar till att stödja spridning och användning av kvalitetssäkrad kunskap.

Myndigheterna har tagit fram en nationell modell för kunskapsstyrning

I Sverige finns det flera myndigheter som arbetar med att ta fram olika kunskapsmaterial för hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut. På uppdrag av regeringen har dessa myndigheter tillsammans utvecklat en nationell modell för kunskapsstyrning som presenterades i början av 2012 [67].

Modellen sammanfattar de processer som myndigheterna arbetar med för att stödja en kunskapsbaserad praktik inom hälso- och sjukvården. I modellen ingår också styrning, uppföljning och förbättringsarbete på regional och lokal nivå.

Modellen beskriver även *en infrastruktur för kunskapsstyrning,* det vill säga de grundläggande förutsättningar som krävs för kunskapsutveckling. Ett exempel på en sådan grundläggande förutsättning är en gemensam informationsstruktur.

Modellen beskriver processen för kunskapsstyrning i följande steg (figur 3.2):

1. Val av kunskapsområde för kunskapsstyrning
2. Sammanställning av bästa tillgängliga kunskap
3. Kunskapsbaserade ställningstaganden
4. Stöd till implementering
5. Styrning, uppföljning och förbättringsarbete, regionalt och lokalt.
6. Uppföljning och utvärdering av kunskapsstyrningens effekter.

Figur 3:2. Nationell modell för kunskapsstyrning för en god hälso- och sjukvård. Från ref. 67.

Nationellt samarbete kring kunskapsstyrning

I den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) som bildades 2009, samarbetar flera aktörer med att välja vårdområden för kunskapsunderlag. Gruppen samarbetar också för att sprida och införa nya kunskapsunderlag. Socialstyrelsen ingår i NSK tillsammans med landstingen och sjukvårdsregionerna, SKL samt myndigheterna Läkemedelsverket, SBU, TLV, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut.

Sjukvårdsregionerna inrättar nationella programråd

De sex sjukvårdsregioner som ingår i NSK planerar att etablera nationella programråd för att vidareutveckla samverkan om kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Syftet med dessa programråd är att samverka mer när de tar fram gemensamma kunskapsunderlag. Det kan till exempel vara frågan om nationella vårdprogram baserade på bästa tillgängliga kunskap för att utjämna praxisskillnader såväl regionalt som över landet.

Under 2012 etablerades det första nationella programrådet inom diabetes. Det är ett pilotprojekt för att eventuellt vidareutveckla programråd även inom andra diagnosgrupper. Projektet ingår i en av statens och SKL:s överenskommelser. Satsningen syftar till att utveckla landstingens strukturer för kunskapsstyrning.

Under hösten 2012 har programrådet för diabetes föreslagit åtgärder utifrån de förbättringsområden som Socialstyrelsen uppmärksammade i sin utvärdering av diabetesvården 2011 [68]. Inom förbättringsområdena kom-

mer programrådet under 2013 att fortsätta arbetet och ta fram vårdprogram och utbildningsprogram, till exempel ett grupputbildningsprogram för personer med diabetes typ 2, ett vårdprogram för kommunal hälso- och sjukvård och en behandlingsstrategi för personer med höga blodsockernivåer, det vill säga över 73 mmol/mol.

Kunskapsguiden utvidgas

Den 31 maj 2011 lanserades och driftsattes den nationella webbaserade kunskapsportalen Kunskapsguiden. Syftet med webbplatsen, som riktar sig till alla som arbetar med hälsa, vård och omsorg, är att samla aktuella och kvalitetssäkrade kunskapsunderlag från flera myndigheter på en plats.

Den totala målgruppen omfattar samtlig personal inom vård och omsorg som arbetar med personer som är äldre och med personer som lever med psykisk ohälsa, dock är den primära målgruppen mellannivåchefer med personalansvar.

Vid lanseringen omfattade Kunskapsguiden de två områden som finns angivna i regeringsuppdragen – psykisk ohälsa och vård och omsorg om äldre – men har sedan dess utvecklats tekniskt och strukturellt för att kunna rymma fler områden. Arbetet med att fylla Kunskapsguiden med redaktionellt innehåll pågår löpande. Antalet unika besökare på Kunskapsguiden är cirka 17 000 per månad.

Den 31 oktober 2012 lanserades ytterligare ett ämnesområde på Kunskapsguiden: ett webbaserat stöd för evidensbaserad praktik. Syftet med stödet är att stödja och underlätta för socialtjänsten att arbeta evidensbaserat. Det webbaserade stödet är utformat dels för att ge information och samlad kunskap om evidensbaserad praktik, dels att ge praktisk vägledning. Det senare är en guide med mallar och andra verktyg som kan vara till hjälp i förändringsarbetet. Målgruppen för kunskapsområdet evidensbaserad praktik är i första hand politiker och chefer på lokal nivå samt personal i vård och omsorg, bland annat de regionala utvecklingsledarna.

Statistiska centralbyrån (SCB) gjorde en enkätundersökning december 2011-januari 2012, på uppdrag av Socialstyrelsen, riktad till personer med chefsbefattning inom äldreomsorg och psykiatri gällande hur de söker efter kunskap. Av dem som svarade på enkäten hade 30 procent besökt Kunskapsguiden och 96 procent ansåg att kvaliteten på innehållet var ganska hög eller hög.

Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och nationella utvärderingar

Under 2012 har Socialstyrelsen tagit fram en preliminär version av ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård [69]. Detta kunskapsstöd innehåller nationella riktlinjer och annan vägledning för den palliativa vården, i syfte att bland annat ge stöd för regionala och lokala vårdprogram. Det innehåller också definitioner av termer inom området, nationella indikatorer och en vägledning för hur olika aktörer kan samverka. Vi har diskuterat kunskapsstödet tillsammans med huvudmännen och andra intressenter under

hösten 2012, och kommer att bearbeta det utifrån deras synpunkter. En slutlig version publiceras under våren 2013.

Under 2012 har också den slutliga versionen av *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar* publicerats. Dessa riktlinjer innehåller rekommendationer inom områdena osteoporos, artros och inflammatoriska reumatiska sjukdomar [70].

I arbetet med nationella riktlinjer tar vi fram indikatorer som sedan ligger till grund för våra nationella utvärderingar. Under 2012 har Socialstyrelsen utvärderat sjukvården för personer med depression, ångest eller schizofreni utifrån nationella riktlinjer. Utvärderingen publiceras våren 2013.

Under 2012 har vi publicerat patientbroschyrer som utgår från de nationella riktlinjerna för lungcancervård, samt sjukdomsförebyggande metoder respektive psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Nationella medicinska indikationer

Socialstyrelsen tar fram nationella medicinska indikationer för att ge hälso- och sjukvården stöd i deras beslut för när en insats ska ges respektive inte ges. 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? De nationella medicinska indikationerna riktar sig till kliniskt verksamma i hälso- och sjukvården.

Följande projekt startades under 2012:

- Indikation för bilddiagnostik vid ländryggsbesvär
- Indikation för läkemedel vid adhd
- Indikation för elektrokonvulsiv behandling ECT vid depression
- Indikation för undersökning i syfte att identifiera graviditetsdiabetes.

En ny nationell funktion för sällsynta diagnoser har inrättats

Sällsynta diagnoser definieras som sådana sjukdomar eller skador som finns hos högst 100 personer per en miljon invånare och som leder till en omfattande funktionsnedsättning. Hit hör många olika sjukdomar. Socialstyrelsen inrättade den 1 januari 2012 en nationell funktion för sällsynta diagnoser, och den invigdes formellt på Sällsynta dagen den 29 februari [71]. Den ska underlätta för personer med en sällsynt diagnos i samhället och öka kunskapen hos olika samhällsinstanser.

Socialstyrelsen har också tagit fram en nationell strategi på området med syfte att säkerställa att personer med en sällsynt diagnos får tillgång till de befintliga samhällsresurser som är nödvändiga för en god hälsa [72]. Målen för strategin är att

- patienter med en sällsynt diagnos ska ha tillgång till vård och omsorg av hög kvalitet
- personer med en sällsynt diagnos ska bemötas utifrån den unika situation som sjukdomen medför
- vården, omsorgen och andra insatser samordnas utifrån individens behov

- personer med en sällsynt diagnos ska ha en upprättad individuell vård- och omsorgsplan.

Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad, ska en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera dem som har störst behov, och den ska dessutom vara hälsoinriktad och hälsofrämjande (2 § HSL).

I december 2011 överlämnade Socialstyrelsen en omfattande lägesbeskrivning av jämlikhet i hälso- och sjukvården [73]. Där lämnade vi en rad rekommendationer om det fortsatta arbetet för att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård.

En nationell plattform för jämlik vård antogs i december 2011, och i juni 2012 hölls en nationell konferens på temat jämlik vård.

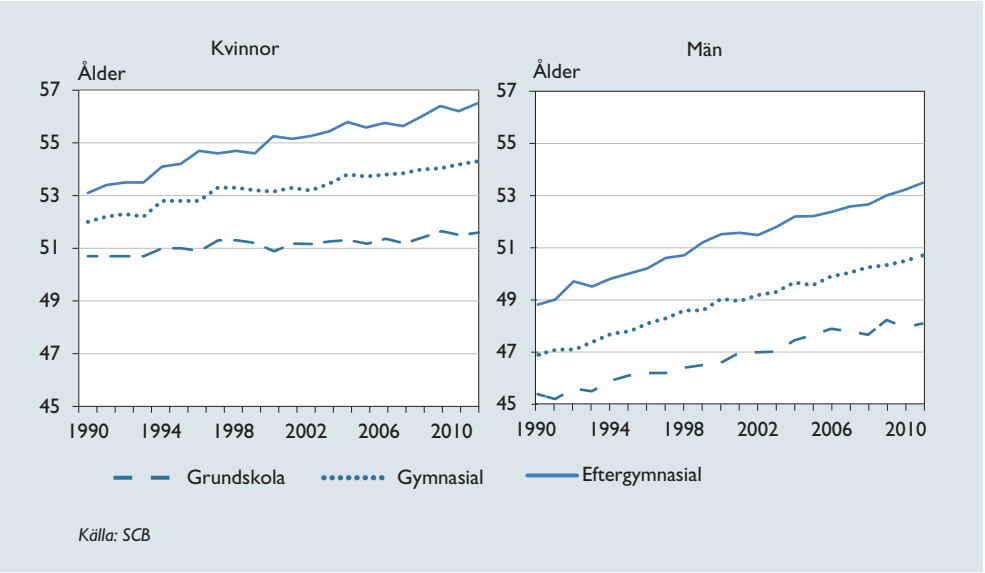
I det här avsnittet redovisas utvecklingen för några övergripande indikatorer för jämlik hälsa och vård. Vi redovisar också utvecklingen för några projekt som bedrivits under året inom SKL:s arbete med jämlik vård. Avslutningsvis redovisas uppgifter om diskriminering från Diskrimineringsombudsmannen.

Sociala skillnader i hälsa och vård

De sociala hälsoskillnaderna är sedan länge väldokumenterade. Stora delar av dessa skillnader påverkas av andra sektorer i samhället, men hälso- och sjukvårdens roll har i allt större utsträckning diskuterats och uppmärksammats när det gäller att bidra till att minska skillnaderna.

Medellivslängden ökar stadigt. Dock gäller det inte för alla befolkningsgrupper. Mellan grupper med olika utbildningsnivå skiljer sig till exempel den återstående medellivslängden åt vid 30 års ålder. Personer med enbart grundskoleutbildning lever kortare än personer med eftergymnasial utbildning (diagram 3:22).

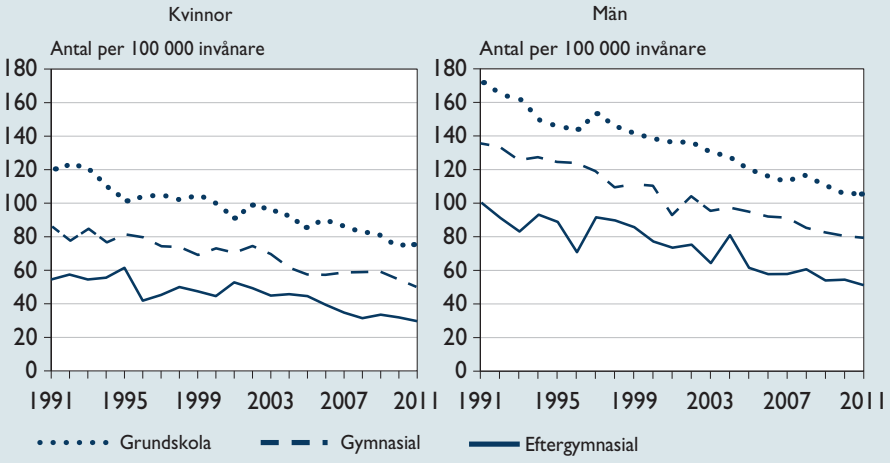
Diagram 3:22. Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder, kvinnor och män, efter utbildningsnivå, perioden 1990–2011.



Bakom dessa skillnader i livslängd ligger olikheter i hälsoförhållanden, vilket också pekar på de skillnader i vårdbehov som finns mellan grupperna. De ökande skillnaderna i dödlighet och livslängd mellan olika utbildningsgrupper, särskilt hos kvinnor, förklaras till stor del av en ökad dödlighet i sjukdomar som är relaterade till rökning [74]. Men det finns också socialt betingade skillnader i tillgången till olika vårdinsatser där lågutbildade och utlandsfödda missgynnas, till exempel behandling med läkemedel eller remittering till specialist [73, 75].

Med sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet menas dödlighet i sjukdomar som i särskilt stor utsträckning går att påverka med till exempel behandlande och sjukvårdande insatser [51]. Bland annat ingår död i stroke, diabetes och livmoderhalscancer. Den sjukvårdsrelaterade 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 3:23). För gruppen med enbart grundskoleutbildning tycks dock minskningen i dödlighet ha avtagit något, och gapet mellan grupperna har inte minskat.

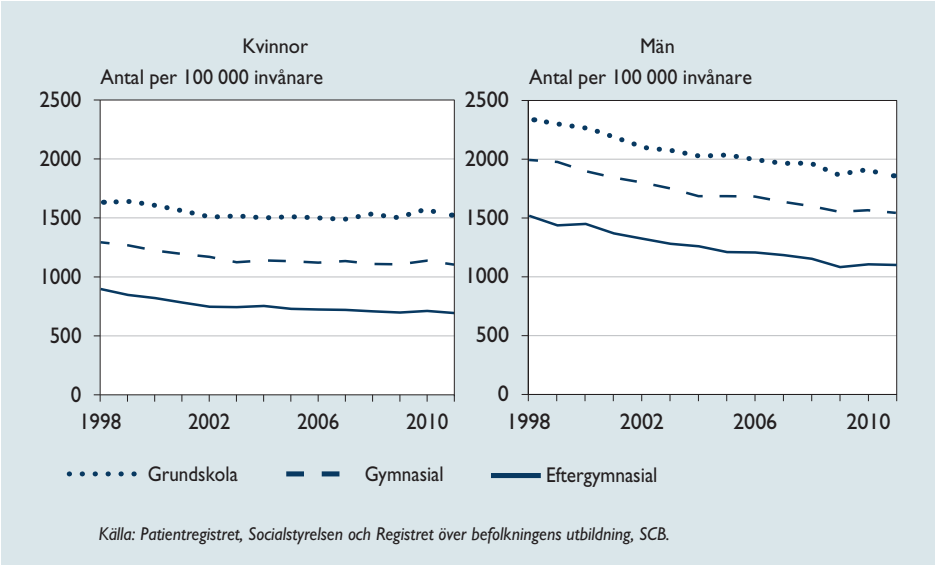
Diagram 3:23. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare bland kvinnor och män, 35–79 år efter utbildningsnivå, 1991–2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, SCB.

Undvikbar slutenvård är ett mått som är avsett att mäta effektivitet, tillgänglighet och adekvat omhändertagande för vissa specificerade sjukdomstillstånd inom icke sjukhusbunden vård. Man antar att dessa sjukdomstillstånd i princip kan tas om hand och behandlas inom öppna vårdformer och att man därigenom förhindrar intagning på sjukhus i onödan. Bland de diagnoser som ingår finns sådana som man har bedömt bäst belyser hur väl den öppna vården behandlar kroniska och mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del akuta tillstånd där man har bedömt att en adekvat behandling given inom rimlig tid kan förhindra att personer skrivs in på sjukhus. Personer med hög utbildning vårdas betydligt mer sällan i den slutna vården för dessa tillstånd, jämfört med personer med gymnasieutbildning eller enbart grundskoleutbildning (diagram 3:24).

Diagram 3:24. Antal kvinnor och män med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå, 1998–2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, SCB.

SKL:s satsning fortsätter

SKL startade en satsning för jämlik vård år 2010. Satsningen utvidgades under 2011 och fortgick under 2012. Även under 2013 kommer jämlik vård tillsammans med hälsofrämjande vård att vara en av SKL:s prioriterade frågor. De flesta av de utvecklingsarbeten som påbörjats är långsiktiga och kommer att vara fortsatt prioriterade under 2013 och slutredovisas 2014. Under 2013 kommer SKL att kartlägga av hur jämlik och hälsofrämjande vård tas upp i landstingens och regionernas styr- och ledningsdokument. Här nämns kort tre av utvecklingsprojekten.

- Ett projekt går ut på att fånga upp de grupper som deltar minst i cancerscreening och öka deras deltagande. Projektet bedrivs inom ramen för cancerstrategin (se även avsnittet *Cancervården*).
- För att nyanlända invandrare ska få de bästa förutsättningarna för en god hälsa är det viktigt med tidiga insatser. I en pilotstudie som SKL genomfört våren 2012 i sex landsting framkommer att landstingen vanligtvis inte har någon speciell organisation för att möta de nyanländas vårdbehov [76]. Vårdenheterna försöker att anpassa sina verksamheter på olika sätt för att tillgodose vårdbehoven hos de nyanlända. I landsting som har en högre andel flyktingar finns det enheter som har specialiserat sig på vuxna flyktingar och som vårdcentralen eller Arbetsförmedlingen kan hänvisa till. Vidare kan det finnas oklarheter kring hur landstingen säkerställer att alla nyanlända får information om hälso- och sjukvård, och det är svårt att bedöma om alla nyanlända erbjuds hälsofrämjande insatser, vård och behandling utifrån sina specifika behov och förutsättningar. Utifrån pilotstudien har SKL identifierat några utvecklingsområden för hälso- och sjukvårdens insatser för nyanlända invandrare.

- Det är viktigt att KOL-patienter tidigt får en diagnos och att sjukdomen följs upp. Det finns ett tydligt samband mellan tobaksrökning och KOL och i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar och med utländsk bakgrund finns en högre andel rökare. Därmed är sjukdomen inte jämnt fördelad i befolkningen. SKL genomförde ett projekt under 2011-2012 för en bättre KOL-vård [77]. Syftet med projektet var att förbättra vården av patienter med KOL, både när det gäller förebyggande insatser och behandling. Ett särskilt fokus var att nå utsatta grupper. Projektet har bedrivits med en genombrottsmetod med nio team på olika vårdenheter i landet. Varje team har genomfört förändringsarbeten av olika slag och alla har uppnått positiva resultat inom olika delar av KOL-vården. Exempelvis satsade en vårdcentral på att identifiera fler patienter med KOL genom att erbjuda screening i offentliga miljöer som mataffärer, och har på så sätt nydiagnostiserat flera personer.

Diskriminering

Vissa grupper av patienter upplever att de får ett sämre bemötande än andra. Det finns också grupper som av olika orsaker har sämre tillgång till vården. Det visar både forskning och erfarenheter som presenterats i olika rapporter [73,78]. Diskriminering i sjukvården är dock inte alltid lätt att mäta. Flera av diskrimineringsgrunderna[5] registreras inte, av goda skäl, i de olika register som används för utvärdering av hälso- och sjukvården.

Under åren 2010–2011 har Diskrimineringsombudsmannen (DO) fokuserat på diskriminering i hälso- och sjukvården och resultaten redovisades i en rapport som kom 2012.

DO har bland annat hållit i dialogmöten med företrädare för organisationer vars medlemmar riskerar att utsättas för diskriminering som har samband med de diskrimineringsgrunder som skyddas i lag. Syftet har varit att få mer kunskap än det som kommer fram i de anmälningar som kommer in till DO. I rapporten sammanfattar DO dialogmötena:

> Organisationerna var eniga om att bemötandefrågan i praktiken är en tillgänglighetsfråga eftersom bristfälligt eller kränkande bemötande blir ett hinder för att få rätt vård.
>
> – – –.
>
> Ett kränkande bemötande leder till att människor får låga förväntningar och lågt förtroende för sjukvården. Det kan göra att vissa särskilt utsatta grupper drar sig för att söka sig till sjukvården – trots att de faktiskt har ett större vårdbehov som en konsekvens av diskriminering inom andra samhällsområden. Ett kränkande bemötande kan också göra att vissa grupper, exempelvis homosexuella kvinnor, drar sig för att gå på rutinmässiga gynekologundersökningar. Det kan leda till att sjukdomar inte behandlas i tid.
>
> Bemötandefrågan kan även handla om anhöriga. Heteronormativa föreställningar kan ställa till med problem, till exempel antaganden om vilket kön en partner ska ha. Om närstående inte behandlas som just närstående kan det innebära att viktig kunskap om vårdtagaren inte kommer fram. Det kan påverka vården negativt.
>
> – – –

[5] Diskrimineringslagen (2008:567) förbjuder diskriminering som har samband med kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder.