

Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009

ISBN	978-91-978065-9-6
Artikelnr	2009-126-72
Omslag	Socialstyrelsen/Fhebe Hjältn
Foto	Bleking Bildreportage, Hans-Peter Blom
Sättning	Edita Västra Aros
Tryck	Edita Västra Aros, Västerås, april 2009

Rättelseblad

Hälso- och sjukvårdsrapport 2009

Artikelnummer: 2009-126-72

Inledningen

Sidan 39:

Följande referenser saknas i referensförteckningen:
Studieförbundet Näringsliv och Samhälle. Recept för vården. Om effektivitet i vården och äldreomsorgen. Cederqvist J, red. Stockholm: SNS Förlag; 2009.

Palier, B. Hälso- och sjukvårdens reformer — En internationell jämförelse. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Sidan 230:

Sidhänvisningen i högra kolumnen, tredje stycket ska vara till sidan 238 och inte till sidan 212.

Vård vid psykisk ohälsa och sjukdom

Sidan 308:

Diagram 3:44

Kvinnor och män har bytt plats i självmordsstatistiken

Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar

Sidan 260:

I tabell 3:6 saknas en kolumn.
Den korrekta tabellen visas nedan:

Tabell 3:6. Antal elever per årsarbetare* i grund- och gymnasieskola
Medelvärden för kommungrupper, år 2006.

Kommun-grupper**	Skol-läkare	Skol-sköterska	Skol-kurator	Skol-psykolog
Samtliga kommuner	8 810	561	811	2 038
Storstäder	5 038	471	818	1 239
Förortskommuner	10 046	596	971	1 590
Större städer	11 622	544	853	1 936
Pendlingskommuner	8 756	607	777	1 600
Glesbygdskommuner	9 816	526	734	3 992
Varuproducerande kommuner	5 317	595	807	2 024
Övriga:				
> 25 000 inv.	10 890	541	748	1 816
Övriga:				
12 500–25 000 inv.	12 688	579	765	2 366
Övriga:				
< 12 500 inv.	5 118	591	826	1 780

Förord

Socialstyrelsen har sedan 1994 haft regeringens uppdrag att återkommande rapportera om förhållandena i hälso- och sjukvården. Den första analytiska rapporten publicerades 1995 och därefter har ytterligare tre rapporter utkommit – 1998, 2001 och 2005. Socialstyrelsens regelbundna rapportering om hälso- och sjukvården ligger väl i linje med ambitionerna i andra länder att utveckla nationella strategier och modeller för kontinuerlig uppföljning och förbättring av vårdens kvalitet och resultat.

Hälso- och sjukvården är ett komplext system som är beroende av många samverkande faktorer och olika aktörers samtidiga insatser. Denna komplexitet gör att det är en utmanande och svår uppgift att bedöma hur väl vården fungerar totalt sett. I årets rapport har målen för God vård varit vägledande för bedömningar och analyser. God vård innebär att den ska vara säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, patientfokuserad, ges i rimlig tid, vara jämlik och effektiv. Därutöver har en strävan varit att lyfta fram betydelsen av utveckling mot en ökad hälsoorientering i vården för att dels förbättra hälso- och sjukvårdens effektivitet, dels minska de skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper av medborgare. Vidare har stor vikt lagts vid att lyfta fram medborgar- och patientperspektivet samt att diskutera de utmaningar hälso- och sjukvården står inför

i framtiden. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 utgör därmed ytterligare ett steg i utvecklingen av en nationell strategi för uppföljning och analys av hälso- och sjukvården.

Arbetet med rapporten har bedrivits som ett tvärgående projekt inom Socialstyrelsen. Ett flertal interna och externa experter har bidragit med underlag och synpunkter. Författare och övriga medverkande presenteras på nästa uppslag. Projektledare för arbetet har varit *Ingrid Schmidt*. Den redaktionella slutbearbetningen av rapporten har gjorts av projektledaren, samt *Emma Bergmark*, *Thomas Malm* och *Henrik Moberg*.

Rapporten vänder sig i första hand till politiker på nationell, kommunal och regional nivå som genom sina beslut på olika sätt kan påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården i Sverige. Den riktar sig även till de olika professionerna inom hälso- och sjukvården, företrädare för patientorganisationer, studerande och andra engagerade i hälso- och sjukvårdens utveckling.

Vi hoppas att Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 kan ge underlag för både beslut och debatt om utformningen av den framtida sjukvårdspolitik.

Lars Erik Holm
Generaldirektör

Medverkande

Projektgrupp och författare

En projektgrupp har ansvarat för det huvudsakliga arbetet. I gruppen har följande personer ingått: Emma Bergmark, Kristina Eklund, Marianne Hanning, Charlotta Hansell, Kristina Håkansson, Birgitta Larsson, Bo Lindblom, Thomas Malm, Henrik Moberg, Maarten Sengers och Ingrid Schmidt (projektledare), Kristina Stig och Eva Stolpe. Nedan redogörs för huvudansvarig författare respektive redaktör samt övriga medverkande.

Avsnitt	Huvudansvarig författare/redaktör	Personer som lämnat skriftliga underlag och /eller databearbetning etc.
Sammanfattning och slutsatser	Ingrid Schmidt	
Del 1: Inledning och vårdens förutsättningar		
Inledning	Ingrid Schmidt	
Vårdens förutsättningar, verksamhet och kostnader	Kristina Stig	Cecilia Dahlgren, Lena Barrbrink, Charlotta Hansell
Del 2: God Vård		
Patientfokuserad vård	Henrik Moberg	Isabella Gripe
Tillgänglig vård i rimlig tid	Birgitta Larsson	Maarten Sengers
Säker vård	Eva Stolpe	Michael Soop, Ulla Fryksmark
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	Kristina Eklund	Kjell Asplund, Christina Kärvinge,
Vård på lika villkor, hur jämlik är vården?	Marianne Hanning/Ingrid Schmidt	Gunilla Ringbäck Weitoft, Bengt Haglund Rickard Ljung
Effektiv vård	Charlotta Hansell	Rosita Wigand Claesson, Malin Bruce
Del 3: Valda vårdområden		
Hälsoriktad hälso- och sjukvård	Ingrid Ström, Margareta Kristensson/ Henrik Moberg	Kjell Asplund
Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar	Henrik Moberg	Aulii Pyy Skog, Kerstin Olsson, Anders Hedberg

Avsnitt	Huvudansvarig författare/redaktör	Personer som lämnat skriftliga underlag och /eller databearbetning etc.
Vård av äldre med omfattande vårdbehov	Marianne Lidbrink/Emma Bergmark	Johan Fastbom
Vård vid nedsatt hörsel	Ulf Rosenhall/Ingrid Schmidt	
Vård vid psykisk ohälsa och sjukdom	Susanne Rolfner-Suvanto, Claes-Göran Stefansson, Ingrid Schmidt	Anders Printz, Mårten Gerle
Vård vid rörelseorganens sjukdomar	Emma Bergmark	Leif Dahlberg
Behandling av infektioner	Johan Struwe/Ingrid Schmidt	Örjan Ericsson
Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar	Marie Lawrence/Emma Bergmark	Kjell Asplund
Diabetesvård	Emma Bergmark	Örjan Ericsson
Cancervård	Emma Bergmark	Mats Talbäck
Vård vid kronisk obstruktiv lungsjukdom och astma	Emma Bergmark	Örjan Ericsson Maria Branting Elgstrand
Vård vid förlossning och gynekologiska sjukdomar	Emma Bergmark	Katrin Ekström, Bo Lindblom
Tandhälsa och tandvård	Thomas Malm	Marianne Appelquist, Andreas Cederlund, Nils Oscarson
Del 4: Framtida utmaningar	Bo Lindblom	Projektgruppen

Utöver ovanstående personer har rapportens innehåll även faktagranskats av registerhållare vid de nationella kvalitetsregistren, Socialstyrelsens vetenskapliga råd samt andra ämnesexperter både inom och utanför Socialstyrelsen.

Intern styrgrupp och extern referensgrupp

Arbetet har fortlöpande avrapporterats till en intern styrgrupp som har bestått av följande personer:

Åsa Börjesson, Birgitta Eriksson (fr.o.m. april 2008 t.o.m. september 2008), Gunilla Hulth-Backlund (fr.o.m. april 2008 t.o.m. februari 2009), Bo Lindblom (fr.o.m. februari 2008 t.o.m. mars

2008), Petra Olausson Otterblad, Thomas Tegenfeldt (fr.o.m. mars 2009), Eva Wallin (fr.o.m. oktober 2008), Elisabeth Wall-Bennet, Olivia Wigzell (fr.o.m. januari 2008 t.o.m. mars 2008), Klas Öberg (fr.o.m. april 2008).

En extern referensgrupp har getts möjlighet att lämna synpunkter på arbetet. Följande organisationer erbjöds ingå i referensgruppen: Vårdförbundet, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna, Sjukvårdsdirektörernas nätverk, FAMNA, HSO, Sjuksköterskeföreningen, SBU och Läkemedelsverket.

Innehåll*

Förord	3
Medverkande	4
Sammanfattning och slutsatser	15
Hälsolinriktningen behöver stärkas	15
Patientfokuserad vård – en utmaning inför framtiden	16
Vårdens tillgänglighet – fortfarande ett problemområde.....	17
Säker vård – en positiv utveckling har påbörjats	18
Vården blir allt mer kunskapsbaserad	19
Jämlikhet i vården – skillnaderna måste utjämnas	21
Effektiv vård – bättre samverkan och användning av kompetens krävs	22
Framtiden	23
Slutsatser	24

Del I.

Inledning	27
Uppdraget.....	27
Rapportens innehåll och disposition	28
Systemperspektiv på hälso- och sjukvården	29
Lagstiftning och mål.....	30
Mötet som utgångspunkt	31
Etiska principer	31
God vård	32

Fokus på hälsa	34
En modell för uppföljning och analys	35
Förutsättningar för nationell utvärdering av vården.....	37
Datakällor och metoder	38

Vårdens förutsättningar, verksamhet och kostnader

Sammanfattning.....	41
Underlag, mått och indikatorer.....	42
Demografiska förändringar – utlandsfödda och äldre ökar	43
Ekonomiska förutsättningar och kostnader.....	45
Den samhällsekonomiska utvecklingen avgör vårdens resurser.....	45
Kostnaderna för svensk hälso- och sjukvård ökar	46
Vilka producerar och finansierar hälso- och sjukvården?	48
Kostnaden per vårdkontakt har minskat i primärvården	49
Läkemedelskostnadernas andel av sjukvårdskostnaderna.....	49
Kostnaderna varierar mellan landstingen	50
Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader är genomsnittliga i förhållande till andra länder	50
Slutenvård och öppenvård utvecklas olika	52
Tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal	53
Aktuella utvecklingstrender och strukturförändringar	57

*Referensförteckning återfinns i slutet av varje avsnitt

Vårdvalssystem på frammarsch.....	57	Tillgänglig vård i rimlig tid	99
Intresset ökar för processorientering.....	58	Sammanfattning	99
Ersättningsprinciper påverkar vården	58	Inledning	99
Förändringar i legala förutsättningar	61	God vård i rimlig tid	100
Organisationsfrågor	61	Försök att komma tillrätta med väntetider	101
Informationsteknik.....	63	Underlag, mått och indikatorer	101
Medicinsk etik.....	63	Ekonomi, geografi och information	102
Psykatri.....	64	Vården upplevs ibland som otillgänglig	
Läkemedel	65	och krånglig	102
Övriga lagändringar	66	Något fler får resa längre.....	103
Aktuella utredningar.....	67	Svårt att få enkel och tydlig information	104
Avslutning	70	Väntetider	104
Del 2.		Väntetidsmätningarna behöver utvecklas.....	105
God vård	73	Något kortare väntetider vid vårdcentralerna	106
Patientfokuserad vård	75	Väntetiderna till den specialiserade	
Sammanfattning	75	vården är fortfarande långa	108
Inledning	75	Risk att vänta på akutmottagningen	110
Delaktighet ger bättre behandlingsresultat	76	Utveckling av indikatorer för väntetider	
Hinder för patientfokuserat arbetssätt	76	och rehabilitering.....	110
Underlag, mått och indikatorer	76	Överbeläggningar är fortfarande vanliga.....	111
Vad innebär patientfokuserad vård?	77	Vårdgarantins effekter på väntetiderna	
Gott omdöme om vården		– en splittrad nationell bild	111
i europeiskt perspektiv	78	Personalens kunskaper om vårdgarantin	
Stort utrymme för förbättringar	79	behöver förbättras.....	112
Tillgång till kunskap		Exempel från två landsting.....	113
– en förutsättning för det fria valet	81	Undanträngning kan inte uteslutas.....	114
Fler anmälningar om		Incitament- och sanktionssystem provas	115
bristande bemötande	83	Vårdgarantier i andra länder.....	115
Exempel på tillämpning		Medicinska indikationer	117
av patientperspektivet	87	Tillgång till rehabilitering	117
Utvecklingsinsatser i några		Säker vård	127
europeiska länder	89	Sammanfattning	127
Avslutande reflektioner	92	Inledning	127
		Underlag, mått och indikatorer	128
		Bakgrund med internationell utblick	129

Säkerhetstänkandet till vården från industrin	129
Kunskapsområde under utveckling.....	130
Nästan var tionde patient skadas i vården	131
Lex Maria-anmälningarna ökar	134
Hur kan man följa patientsäkerhetsnivån?	136
Vårdrelaterade infektioner	136
Självmod i anslutning till vård och behandling.....	138
Ogynnsamma effekter av läkemedel	139
Skador hos patienter i samband med sjukhusvård.....	141
Patientsäkerhetsarbete i Sverige	143
Nationell satsning från SKL.....	143
Utbildning och information till vårdpersonal.....	144
Patientsäkerhetsarbetets utveckling regionalt	144
Avslutande reflektioner	146
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	151
Sammanfattning.....	151
Inledning.....	151
Vad är evidensbaserad medicin?	153
Grundläggande principer för EBM.....	153
Frågeställningen avgör studiedesign.....	155
Forskningsetiska problem och andra svårigheter	156
Riktlinjer och rekommendationer.....	157
Är vården kunskapsbaserad?	159
Ordnat införande, uppföljning och utmönstring	161
Nya metoder måste studeras noga innan de används	161
Nya behandlingar bör följas upp.....	163
Ineffektiva och skadliga metoder bör utmönstras.....	164
Kunskapsstyrning och implementering av kunskapsunderlag.....	165
Kunskapsproducenter och kunskapsstyrning.....	165
Regionala och lokala förutsättningar för kunskapsstyrningen.....	168
Forskning om implementering av ny kunskap	172
Kunskapsunderlagens genomslag.....	173
Uppföljning av nationella riktlinjer på tre nivåer	173
Kunskapsbaserad vård i ett internationellt perspektiv	176
Varierande ansvar och uppdrag	176
Strukturella förändringar för ökad effektivitet och samordning.....	177
Internationellt samarbete.....	177
Lärdomar från andra EU-länder	178
Slutsatser om den svenska kunskapsstyrningen	179
Vård på lika villkor – hur jämlik är vården?.....	183
Sammanfattning.....	183
Inledning	183
Underlag, mått och indikatorer.....	184
Medborgarnas kontakter med vården – skillnader mellan olika grupper	185
Äldre utlandsfödda gör färre besök i vården än andra grupper	186
Läkarbesök och behov av vård – bostadsort och utbildning.....	187
Var tionde söker inte vård trots behov	189
Utlandsfödda har lägre förtroende för vården	191
Positiv utveckling av jämställdheten i vården	191
Åtgärdbar dödlighet – skillnaderna mellan låg- och högutbildade kvarstår	192
Undvikbara vårdtillfällen – skillnaderna är stora.....	195

Skilnader i läkemedelsbehandling	196
Äldre med lägre utbildning	
får sämre läkemedelsbehandling.....	196
Samma sjukdom – olika behandling.....	197
Avslutande reflektioner	201
Effektiv vård – fokus på kompetenssammansättning	205
Sammanfattning.....	205
Inledning.....	206
Material och metod	207
Att analysera effektivitet i hälso- och sjukvården.....	207
Svårt att mäta vårdens effektivitet.....	208
Försök att jämföra genom index	209
Effektiv kompetenssammansättning.....	210
Olika drivkrafter bakom förändring av roller och kompetenssammansättning.....	211
Juridiska förutsättningar för omfördelning av arbetsuppgifter.....	212
Forskning kring förändrade yrkesroller – få generella slutsatser	214
Några exempel i praktiken från svensk hälso- och sjukvård.....	216
Avslutande reflektioner	218
Del 3.	
Utvecklingen inom valda områden	223
Inledning.....	224
Hälsoinriktad hälso- och sjukvård	227
Sammanfattning	227
Inledning.....	227
Underlag, mått och indikatorer	229
Ett hälsofrämjande perspektiv – forskning och tillämpning.....	229
Psykobiologin bidrar med ny kunskap	229
Metoder för att stödja patientens tilltro till sin egna förmåga	230
Allt fler vårdgivare tillämpar empowerment-inriktade metoder.....	231
Hälsorelaterad livskvalitet – ett centralt mått på vårdens resultat	231
Sjukdomsförebyggande insatser för individer och grupper.....	233
Förändring av levnadsvanor – ökad kunskap om kostnadseffektiva metoder.....	233
Läkemedelsanvändning i förebyggande syfte fortsätter att öka	234
Ohälsosamma levnadsvanor vanligare hos utsatta grupper	235
Program och rutiner för att påverka levnadsvanor i primärvården har ökat	236
Exempel på alkoholförebyggande insatser.....	238
Andelen patienter som får livsstilsfrågor vid besök i vården oförändrad	239
Förebyggande insatser på befolkningsnivå	240
Styr- och ledningsprocesser	243
Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar	252
Sammanfattning	252
Underlag, mått och indikatorer.....	252
De flesta mår bra men den psykiska ohälsan ökar.....	253
Barns och ungdomars vårdkontakter	255
Infektioner och astma vanligaste orsakerna till besök på vårdcentral	255
Skador vanligaste orsaken till vård på sjukhus.....	256
Läkemedelsförskrivningen återspeglar ohälsopanoramats.....	257
Hälsovård för barn- och ungdomar	258
Successiv förändring av barnhälsovårdens roll.....	258
Stora skilnader i personalresurser för skolhälsovården.....	259
Flera olika uppgifter för ungdomsmottagningar.....	260
Många nås av föräldrastöd.....	263

Specialiserad barnsjukvård.....	264	Många tycker att hjälpmedlen är dyra.....	298
Färre nyfödda dör.....	264	Förebyggande hörselvård är centralt.....	298
Vården för nyfödda har utvecklats och förbättrats.....	266	Diagnostik och behandling.....	299
Barn- och ungdomskirurgi.....	266	Hörselvårdens organisation i olika landsting.....	303
Brister i tillgängligheten för barn med neurologiska sjukdomar.....	267	Framtida behandlingsmöjligheter.....	303
Yngre barn får diabetes – nya krav på vården.....	267	Vård vid psykisk ohälsa och sjukdom.....	305
Barncancervård – förbättrad överlevnad men behovet av uppföljning ökar.....	268	Sammanfattning.....	305
Vård av äldre med omfattande vårdbehov.....	273	Inledning.....	305
Sammanfattning.....	273	Underlag, mått och indikatorer.....	306
Inledning.....	273	Förekomst av psykisk ohälsa och svåra psykiska besvär.....	306
Underlag, mått och indikatorer.....	274	Självmondsförsöken ökar men självmorden minskar.....	307
Var vårdas de äldre?.....	275	Missbruk och depression är de vanligaste orsakerna till sjukhusvård.....	309
Hjärt- och kärlsjukdomar vanligaste orsaken till vård på sjukhus.....	275	Metoder och behandlingsformer.....	311
Fortsatt minskning av platser i särskilt boende.....	276	Barn och ungdomar behöver få hjälp tidigt.....	311
Allt fler får hemsjukvård.....	277	Depression och ångest – diagnostik, behandling och uppföljning kan förbättras.....	312
Kvaliteten inom vissa vårdområden.....	279	Psykiatrisk tvångsvård – endast var tredje får rekommenderad behandling.....	313
Operation av grå starr – fortsatt längre väntan för kvinnor.....	279	Behandling vid schizofreni – många får flera läkemedel samtidigt.....	315
Färre kvinnor får vård på strokeenhet.....	280	Hur kan psykiatri förbättras?.....	317
Fler lever med demens.....	282	Avslutande reflektioner.....	318
Läkemedelsbehandling – fortsatt problemområde.....	283	Vård vid rörelseorganens sjukdomar.....	322
Undernäring är vanligt.....	286	Sammanfattning.....	322
Stora skillnader i kvalitet vid vård i livets slutskede.....	287	Inledning.....	322
Nya modeller för patientfokuserad hemsjukvård.....	289	Underlag, mått och indikatorer.....	323
Äldres vård – ett flerprofessionellt ansvar.....	290	Smärtrehabilitering erbjuds inte i tillräcklig omfattning.....	324
Vård vid nedsatt hörsel.....	294	Artros – vår vanligaste ledsjukdom.....	325
Sammanfattning.....	294	Reumatoid artrit – behandlingsresultaten allt bättre.....	329
Inledning.....	294	Osteoporos och höftfraktur – fokus på prevention angeläget.....	331
Vad är hörselnedsättning?.....	295		
Förekomsten av hörselnedsättning ökar med stigande ålder.....	296		

Behandling av infektioner	336
Sammanfattning	336
Infektion – vanlig orsak till besök på vårdcentral	336
Underlag, mått och indikatorer	337
Nationella behandlingsrekommendationer	337
Kvalitetsindikatorer för diagnostik och behandling	338
Möjligheter till uppföljning	340
Diagnostik i primärvård – för många snabbtest	341
Antibiotikaförskrivningen är omfattande	341
Antibiotika vanligt i äldreården	344
Hög förskrivning i tandvården	344
Var tredje får antibiotika på sjukhus	345
Resistenta bakterier orsakar många problem	346
Allmänhetens kunskaper om antibiotika kan förbättras	348
Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar	351
Sammanfattning	351
Dödligheten minskar	351
Underlag, mått och indikatorer	352
Minst en tredjedel av hjärtinfarkterna och strokefallen kan förebyggas	353
Dödligheten är högre i Sverige än i södra Europa	354
Hjärtinfarkt – den vanligaste orsaken till akut vård	355
Hjärtsvikt – goda behandlingsresultat	359
Förmaksflimmer – trolig underbehandling	360
Insjuknande och dödlighet i stroke minskar	361
Diabetesvård	366
Sammanfattning	366
Underlag, mått och indikatorer	366
Fler har diabetes – vanligare bland lågutbildade	366
Diabetes kan förebyggas	367
Diabetesvård är teamarbete	368
Nationella diabetesregistret – anslutningen ökar långsamt	368
Intensiv läkemedelsbehandling ger mätbara resultat	369
Regelbundna kontroller minskar komplikationer	371
Akuta intag på sjukhus minskar	372
Cancervård	374
Sammanfattning	374
Underlag, mått och indikatorer	374
Allt fler diagnostiseras med cancer	374
Cancer kan förebyggas	376
Dödligheten minskar och överlevnaden ökar	376
Lungcancer – stora utmaningar kvarstår	377
Goda resultat i cancervården vid internationell jämförelse	381
Utmaningar	382
Vård vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom och astma	385
Sammanfattning	385
Inledning	385
Underlag, mått och indikatorer	386
Allt fler kvinnor dör i KOL men dödligheten för män avtar	386
Följsamhet till vårdprogram kan förbättras	387
Läkemedelsbehandlingen inte alltid optimal	389
Vård vid förlossning och gynekologiska sjukdomar	392
Sammanfattning	392
Inledning	392
Underlag, mått och indikatorer	393
Graviditet	393

Förlossning – allt kortare vårdtider	395
Livmoderoperationer	
– fler bör kunna opereras vaginalt.....	398
Urininkontinens.....	399
Tandvård och tandhälsa.....	402
Sammanfattning	402
Inledning.....	402
Underlag, mått och indikatorer	403
Förbättrad tandhälsa hos barn och ungdomar – men utvecklingen mattas av.....	404
Positiv utveckling av tandhälsan hos vuxna – men skillnader mellan olika grupper	407
Generellt sett god tillgång till resurser inom allmäntandvården.....	411
Strategier för effektivare tandvård.....	413
Fortsatt utvecklingsarbete.....	417
Del 4.	
Utmaningar för svensk hälso- och sjukvård inför 2010-talet.....	421
Svenska sjukvårdsreformer	421
Aktuella utvecklingslinjer	422
Folkhälsan har förbättrats – i vissa avseenden	422
Många nya tekniker utvecklas.....	423
Patienternas delaktighet och inflytande har ökat.....	424
Vården har blivit mer kunskapsbaserad	425
Dokumentationen behöver förbättras ytterligare	425
Vården är inte jämlik.....	426
Brister i patientsäkerheten.....	426
Bristande tillgänglighet är ett fortsatt problem	427
Kostnadskrisen kan fördjupas.....	427
Tillgången på kompetent personal kan bli problematisk.....	428
Framtida utmaningar	428
Tackla folkhälsoproblemen och utjämna hälsoskillnaderna.....	428
Minska skillnader i vård och behandling.....	429
Planera för den demografiska utvecklingen	429
Säkra en långsiktig personalförsörjning.....	430
Gör vården mer tillgänglig.....	431
Høj patientsäkerheten	431
Bemästra finansieringsproblemen.....	432
Var beredd på nytt sjukdomspanorama.....	433
Viktiga strategier	433
Öka hälsoorienteringen	433
Stärk patientperspektivet ytterligare	434
Satsa på utvecklade IT-tjänster	435
Öka kunskapsstyrningen.....	436
Pröva nya metoder på ett mer strukturerat sätt	437
Tydliggör vad vården presterar	438
Följ upp satsningarna på mångfald och vårdval	438
Ta fram en ny personalstrategi	439
Överväg nya finansieringsformer och ersättningsmodeller	440
Avslutning.....	440
Bilaga 1.	
Förteckning över mått, indikatorer, figurer och tabeller	443
Bilaga 2.	
Datakällor	449
Socialstyrelsens register	449
Övriga nationella datakällor	449
Internationella datakällor	450

Sammanfattning och slutsatser

I jämförelse med andra länder är förutsättningarna för att följa upp vårdens kvalitet och tillgänglighet i Sverige i dag förhållandevis goda. De rikstäckande datakällorna med individrelaterade uppgifter om vårdens innehåll och resultat, som nationella kvalitetsregister och hälsodataregister genomgår kontinuerlig utveckling. Många kvalitetsregister har också förbättrat sin analyskapacitet och ger nu allt bättre förutsättningar för att t.ex. kunna följa aspekter som vårdens jämställdhet och jämlikhet. Allt fler kvalitetsregister inkluderar numera också hälsorelaterad livskvalitet som resultatmått till skillnad mot ett fåtal för bara några år sedan. Möjligheterna till nationell uppföljning och analys är dock fortfarande i huvudsak begränsade till verksamheterna i den somatiska specialistvården, medan många andra viktiga områden fortfarande saknar gemensamma uppföljningssystem. Detta gäller bland annat för verksamheterna i primärvård och närsjukvård samt i psykiatrin.

Socialstyrelsens strategi för att säkerställa att patienterna får en god vård omfattar utveckling av indikatorer för *God vård*, en IT-baserad och ändamålsenlig dokumentation samt nationella riktlinjer för vård och behandling. Dessutom ingår också analys och utvärdering av sjukvårdens verksamheter.

Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 beskriver och analyserar utvecklingen i hälso- och sjukvården med utgångspunkt i ett medborgar- och patientperspektiv. För första gången har målen för *God vård* genomgående varit vägledande för bedömningar och slutsatser. *God vård* innebär att vården ska vara patientfokuserad, ges i rimlig tid, vara säker, kunskapsbaserad, jämlik och effektiv.

Hälsoinriktningen behöver stärkas

En hälsoinriktad hälso- och sjukvård har fokus på hur verksamhetens samlade insatser bidrar till bättre hälsa, både som minskad dödlighet, sjuklighet och nyinsjuknande, och som förbättrad funktionsförmåga, välbefinnande och hälsorelaterad livskvalitet. Under lång tid har ambitionen i Sverige och många andra länder varit att stärka hälsoinriktningen i vården genom att omfördela resurser till öppna vårdformer. En väl fungerande primärvård och närsjukvård kan bidra till bättre folkhälsa, och på sikt minska de totala sjukvårdskost-

naderna. Också sjukhusvården bör präglas av ett hälsoorienterat perspektiv. För att uppnå detta behöver vården utveckla sin beteendevetenskapliga kompetens och sina tvärprofessionella arbetsformer.

På individnivå är hälsofrämjande insatser särskilt angelägna för patienter med kroniska sjukdomar. Insatserna blir successivt fler, men de kan förbättras ytterligare. De klara sambanden mellan levnadsvanor och sjukdomsrisker har ännu inte fått fullt genomslag i vården. Vad gäller patienter med diabetes har behandling med läkemedel till exempel påverkat riskfaktorerna i en positiv riktning; däremot är vården ännu inte utformad på ett sätt som effektivt främjar patienternas hälsosamma levnadsvanor. När det gäller personer med sjukdomar i rörelseorganen är det hälsoinriktade arbetet också av stor vikt, då till exempel fysisk aktivitet både förebygger och lindrar led- och muskelproblem.

Försiktiga beräkningar visar att minst en tredjedel av hjärt-kärlsjukdomarna skulle kunna förhindras med förändrade levnadsvanor. Vidare skulle vart tredje fall av de tolv största cancersjukdomarna kunna förebyggas om man lyckades påverka och förändra människors levnadsvanor.

Trots att hela 90 procent av befolkningen vill att vårdpersonalen tar upp levnadsvanor med dem, så svarar endast 30 procent av de patienter som sökt vård det senaste året att personalen gjort det. Många vårdcentraler uppger att de har rutiner för det sjukdomsförebyggande arbetet, och omfattningen förefaller ha ökat något på senare år, men det finns utrymme för betydande förbättringar. Kvaliteten på sjukvårdens hälsofrämjande insatser kan följas upp genom att man regelbundet mäter patienternas hälsorelaterade livskvalitet. Många kvalitetsregister utvecklar i dag så-

dana mått, men fortfarande inkluderar endast en tredjedel av alla kvalitetsregister hälsorelaterad livskvalitet som resultatmått.

För att vården ska kunna ha en stark kunskapsbas och samtidigt vara kostnadseffektiv är det angeläget att utveckla styrformer, avtal och ersättningssystem som stödjer hälso- och sjukvårdens hälsoinriktning. Intresset för hälsoinriktningen i vården ökar, bland annat ansluter sig allt fler hälso- och sjukvårdsenheter till det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS).

Patientfokuserad vård – en utmaning inför framtiden

Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet inför den enskilda individens specifika behov, förväntningar och värderingar. Dessa överväganden ska vägas in i både de kliniska besluten och den information som ges till patienten. Patientfokuserad vård kan även omfatta möjligheten att välja fast läkarkontakt i primärvården, att ha kontinuitet i vårdkontakterna och att fritt kunna välja sjukhus.

Mycket pekar dock på att vården fortfarande inte är tillräckligt patientfokuserad, utan att den domineras av ett verksamhets- och yrkesperspektiv, detta trots att patienternas syn på vården lyfts fram allt mer de senaste decennierna, både i sjukvårdspolitiken och i det praktiska vårdarbetet. Ett antal statliga utredningar har också uppmärksammat frågan om hur patientens ställning i vården ska kunna stärkas.

Enkätundersökningar visar att patienterna är nöjda med vissa aspekter av vården, till exempel med att personalen visar respekt. Dock visar anmälningar till patientnämnderna att andra delar

av bemötandet utgör ett problemområde. Mellan 2000 och 2007 ökade antalet ärenden som registrerats som ”bemötande, kommunikation, information” med 41 procent. Befintliga underlag pekar också på att vården inte alltid uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav när det till exempel gäller att informera patienten om den egna sjukdomen och diskutera behandlingsalternativ. Samtidigt visar allt fler vetenskapliga studier att bemötande, delaktighet och förtroende är komponenter som är viktiga för vårdens resultat.

Hur vården är organiserad har också stor betydelse för om den kan anses vara patientfokuserad eller ej. Planeras vården exempelvis utifrån ett helhetsperspektiv på patientens behov? Det finns i dag goda exempel på förbättringsarbete där man har ambitionen att göra vården mer patientfokuserad. I några kommuner prövas exempelvis en ny form av öppen vård för äldre – ”äldrevårdscentraler”. Vårdformen bygger på att landsting och kommun sammanförs såväl organisatoriskt som lokalmässigt, för att samla kompetensen runt den äldre patienten. Vårdbiträden, undersköterskor, distriktssköterskor och läkare arbetar i samma organisation med gemensam ledning. Syftet är att skapa en trygg och säker vård- och omsorgskedja, där de äldre tas om hand av rätt vårdgivare i rätt tid.

I en patientfokuserad vård ska patienterna själv kunna välja vårdgivare och sjukhus samt vara delaktiga i valet av behandling. För detta krävs öppna redovisningar av kvalitet och säkerhet som kan ge patienter och medborgare de kunskaper de behöver. En av de stora utmaningarna för hälso- och sjukvården de närmaste åren kommer att vara att ta fram lättillgänglig och jämförbar kvalitetsinformation för både medborgare och professionella grupper.

Vårdens tillgänglighet – fortfarande ett problemområde

Tillgängligheten i hälso- och sjukvården har länge beskrivits som ett betydande problem. I internationella jämförelser ligger Sverige ofta längst ner i rankingen. Bristande tillgänglighet – det vill säga att inte få den vård man behöver, eller att inte få den *när* man behöver den – kan få allvarliga medicinska och ekonomiska konsekvenser. Målet för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem måste vara att minimera dessa konsekvenser genom att organisera vården så att olika vårdbehov tas om hand i rätt tid på rätt vårdnivå.

Väntetiderna i vården är långa och många patienter upplever att det är svårt att komma fram på telefon. De senaste decennierna har man genomfört ett flertal reformer och tagit flera initiativ på statlig och regional nivå för att förbättra situationen. Tillgängligheten på telefon och möjligheten att få tid på vårdcentralen har följts upp vid flera tillfällen och visar tecken på vissa framsteg. Ett annat positivt tecken är att väntetidsdatabasen har allt större täckning. Dock återstår mycket arbete för att skapa en fullgod tillgänglighet i vården.

Bättre samordning mellan olika enheter och vårdnivåer kan korta väntetiderna och öka tillgången till undersökningar och behandlingar. Att som patient känna att man snabbt får kontakt med sin vårdcentral är betydelsefullt för att uppleva att vården fungerar. Forskning har visat att bättre tillgänglighet leder till färre kontakter längre fram, eftersom patienterna upplever att vården finns där när de behöver den. Många landsting/regioner har också de senaste åren arbetat aktivt för att förbättra tillgängligheten, både på specialistmottagningar och vårdcentraler. Som exempel

kan nämnas projekten ”Bättre flyt i vården” och ”Bra mottagning”, men de analyser som är möjliga att göra på nationell nivå visar bara på marginella förbättringar.

Tillgänglighet handlar också om geografisk tillgänglighet. I glesbygden har antalet vårdcentraler minskat, och det är svårt att rekrytera läkare och annan sjukvårdspersonal. För vissa patientgrupper är tillgängligheten också mer problematisk än för andra grupper. Patienter med neurologiska och neuropsykiatriska skador och sjukdomar har till exempel svårt att få tillgång till insatser de har behov av. Även för äldre, barn och ungdomar med psykisk ohälsa är problemen med tillgänglighet speciellt uttalade. För dessa grupper är det särskilt viktigt att vården samordnas så att den blir mer effektiv och anpassad till patienternas behov.

Säker vård – en positiv utveckling har påbörjats

Alla landsting och kommuner i Sverige bedriver någon form av patientsäkerhetsarbete, även om det varierar i intensitet och omfattning. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit initiativ till en rad projekt för att dels utveckla arbetet med patientsäkerhet, och dels utveckla en säkerhetskultur. Landstingen och kommunerna har deltagit i projekten i varierad omfattning, men aktiviteten ser ut att öka. Alltför sällan genomsyras dock hälso- och sjukvårdspersonalens dagliga vårdarbete av ett systematiskt patientsäkerhetsperspektiv och en tydlig säkerhetskultur. Ett sådant perspektiv präglar inte heller i någon högre grad vårdgivarnas planering och direktiv för hälso- och sjukvården.

Vårdskador uppkommer ofta på grund av otillräckliga rutiner för samverkan samt bristande in-

formationshantering och kommunikation. Åren 2000–2006 tog Socialstyrelsen emot 1 166 anmälningar enligt lex Maria, där sådana brister var den huvudsakliga orsaken till vårdskador. Att det saknas vårdplatser på landets sjukhus är en annan riskfaktor som kan leda till sämre vård och behandling samt till förlängda vårdtider. I den somatiska sjukhusvården drabbas hela 8,6 procent av patienterna av någon vårdskada under sin sjukhusvistelse. Detta innebär cirka 105 000 vårdskador och 630 000 extra vårddygn på sjukhus om året. De vanligaste vårdskadorna är infektioner och skador på inre organ. De flesta skadorna inträffar vid kirurgiska ingrepp och i samband med läkemedelsbehandling. I psykiatri kan patienters självmord ofta betraktas som vårdskador som orsakats av otillräckliga självmordsförebyggande åtgärder.

Ett särskilt riskfyllt område är läkemedelsbehandling av äldre patienter. Det normala åldrandet gör äldre känsligare för läkemedel, ofta på grund av nedsatt kapacitet i olika organ. Dessutom får äldre personer ofta många olika läkemedel samtidigt. Personer över 80 år använder i genomsnitt 5–6 läkemedel per dygn och de allra äldsta (över 89 år) i genomsnitt 8–10 läkemedel per dygn. Detta kan i vissa fall vara medicinskt motiverat, eftersom många äldre behöver behandlas för flera sjukdomar, men det innebär samtidigt stora risker för både biverkningar och att läkemedlen påverkar varandra på ett ogynnsamt sätt.

De senaste tio åren har fokus i säkerhetstänkandet flyttats från den enskilda yrkesutövaren till systemet och organisationen. Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar är förstärkt fortfarande viktigt, men det måste ses i ett vidare sammanhang. I en verklighet med hög arbetstakt,

svårt sjuka patienter, avancerad medicinteknisk apparatur och komplicerade behandlingsmetoder går det inte att förlita sig på att säkerheten kan upprätthållas enbart med hjälp av personalens kunskaper och engagemang. Därtill behövs ledningssystem, organisation och rutiner som stödjer en säker vård och förhindrar misstag. I många landsting och kommuner bygger man upp sådana ledningssystem.

Vården blir allt mer kunskapsbaserad

Underlaget för medicinska beslut har tidigare främst funnits hos den medicinska professionen. I och med utvecklingen av systematiska kunskapssammanställningar, nationella riktlinjer och öppna jämförelser av vårdens resultat, har kunskapsgapet mellan den medicinska professionen och administrativa ledningsnivåer samt politiker minskat. Det är angeläget att denna utveckling fortsätter för att tydligare prioriteringar och en mer ändamålsenlig fördelning av resurser mellan olika vårdområden ska kunna åstadkommas.

Stora förbättringar har åstadkommit på bara några få år när det gäller styrsystem och förutsättningar för en mer kunskapsbaserad vård. Men trots denna positiva utveckling så saknas det fortfarande till stor del strukturer på lokal och regional nivå, som kan ta emot kunskapsunderlag och effektivt sprida dem i verksamheten. För att kunna integrera riktlinjerna i styrsystemen behöver vården också i större utsträckning vara processorganiserad. Att införa nationella riktlinjer har fungerat väl, särskilt i hjärtsjukvården. Däremot har det varit mer problematiskt i den öppna vården, bland annat på grund av att patienterna där, särskilt äldre, ofta har flera sjukdomar, medan rikt-

linjerna i allmänhet utgår ifrån en enda diagnos. Dessutom berörs primärvården av en mängd olika riktlinjer, vilket gör det betydligt svårare att ta till sig kunskapsmängden. Primärvården har hittills heller inte varit lika involverad i utvecklingen av riktlinjerna.

Behovet av kritiskt bedömda och oberoende kunskapssammanställningar ökar också i takt med att antalet publicerade medicinska studier ökar. Vad gäller kunskapsproduktionen så finns det dock en risk för betydande dubbelarbete på flera nivåer. Dels utvecklas lokalt och regionalt ofta egna rekommendationer och PM istället för att använda nationella kunskapsunderlag, dels skulle huvudmännen i större utsträckning kunna samarbeta bättre för att täcka in områden där nationella underlag saknas. På samma sätt skulle de nationella aktörerna kunna bli bättre på att samverka för att bli mer effektiva.

Sett ur ett internationellt perspektiv har Sverige kommit relativt långt när det gäller nationella kunskapsunderlag och riktlinjer som en grund för kunskapsstyrning. Däremot finns det flera myndigheter med snarlika uppdrag, vilket kan skapa osäkerhet. Ett flertal europeiska länder har gjort strukturförändringar för att minska antalet kunskapsproducenter, vilket har minskat dubbelarbetet och gjort avsändaren tydligare.

Positiva trender på många områden – utmaningar kvarstår på andra

När det gäller tillgång till och resultat av kunskapsbaserad vård vid några av de stora folksjukdomarna såsom cancer, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke och ortopediska åkommor kan man se fortsatt positiva rikstrender. Översikten över dessa vårdområden ger generellt sett en tillfredstäl-

lande bild av den medicinska kvaliteten i svensk hälso- och sjukvård. Detta gäller framför allt de behandlande insatserna. Både bland män och kvinnor har exempelvis dödligheten i sjukdomar som betraktas som möjliga att åtgärda minskat, däribland kranskärslssjukdom och diabetes. Äldre, som tidigare inte ansetts kunna dra nytta av vissa avancerade behandlingar, kan i dag behandlas rutinmässigt för exempelvis grå starr och kranskärslssjukdom. I den ortopediska verksamheten visar operationsresultaten för höft- och knäplastiker på betydande förbättringar de senaste decennierna. Även den specialiserade vården för barn och ungdomar har förbättrats på flera sätt. Bland annat överlever många fler barn än tidigare cancer. Diabetesvården för barn har också förbättrats, men samtidigt har insjuknandet förskjutits till lägre åldrar. Även överlevnadschanserna för extremt för tidigt födda barn har ökat de senaste decennierna.

Trots den positiva bilden av den medicinska utvecklingen i många verksamheter, kvarstår problem när det gäller andra stora och viktiga vårdområden, till exempel den psykiatriska vården samt vård och rehabilitering vid rörelseorganens sjukdomar. Det finns i dagsläget inga nationella data om stora delar av dessa områden, och de data som finns tyder i flera avseenden på problem och brister. Beträffande psykiatrin visar till exempel en aktuell kartläggning av behandlingsinsatserna för tvångsvårdade patienter att läkemedelsbehandling dominerade – 92 procent av patienterna behandlades med läkemedel. Olika typer av omvårdnadsinsatser gavs till 66 procent av patienterna och psykologiska behandlingsmetoder tillämpades på 42 procent av de vårdade. Aktuella rekommendationer framhåller att en kombination

av dessa interventioner är mest framgångsrik – men endast en tredjedel av patienterna behandlades på detta sätt. Nationella psykiatriska kvalitetsregister för vissa diagnosgrupper håller på att utvecklas, men registren befinner sig fortfarande i inledningsskedet.

Ett annat problematiskt område är behandling vid infektioner. Förskrivningen av antibiotika är för hög vilket ökar risken för utvecklingen av resistenta bakterier som sedan inte kan behandlas.

För att vården ska bli mer kunskapsbaserad behöver man tillämpa dokumenterade metoder för att stödja patienterna att förändra sina levnadsvanor och på så sätt nå bättre hälsoresultat vid kronisk sjukdom. En kronisk sjukdom som ökar är KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom), och den beror till stor del på rökning. Ett effektivt omhändertagande inom närsjukvård och primärvård är i detta fall av avgörande betydelse, men Socialstyrelsens analyser tyder på brister bland annat när det gäller möjligheten att erbjuda rökavvänjning.

Kunskapen om vilka metoder som fungerar när det gäller att påverka levnadsvanor har hittills varit begränsad men ökar nu snabbt. Insatser för rökavvänjning och riskfylld alkoholkonsumtion har bevisade hälsoeffekter, och studier visar att konceptet ”fysisk aktivitet på recept” fungerar i praktiken. Inom kort publicerar Socialstyrelsen riktlinjer på området.

När det gäller det förebyggande arbetet för barn och ungdomar har Sverige en lång tradition av medvetna satsningar såsom information och utbildning av föräldrar, framför allt via barnhälsovården. Detta har bidragit till att det generella hälsoläget bland barnen är gott. Samstämmiga uppgifter talar för en fortgående generell förbättring av den fysiska hälsan hos barn, även om till

exempel förekomsten av astma länge har ökat; 5–10 procent av alla barn beräknas ha astma. Allt fler barn lever också med diabetes på grund av att insjuknandet har förskjutits till lägre åldrar.

Psykiska och psykosomatiska problem bland barn och ungdomar ökar däremot, liksom livsstilsrelaterade problem som övervikt, stress och missbruk. Dagens hälsorisker kan inte hanteras enbart i hälso- och sjukvården. Ett utökat samarbete med andra aktörer som har ansvar för barnens vardag, som förskola, skola och socialtjänst, är nödvändigt. Skolhälsovårdens resurser varierar dock avsevärt mellan olika regioner och det är även stora variationer vad gäller antalet elever på olika personalkategorier i skolhälsovården.

Betraktar man utvecklingen i hälso- och sjukvården ur de äldres perspektiv framträder en splittrad bild. Man kan konstatera att den förbättrade levnadsstandarden och den positiva utvecklingen i hälso- och sjukvården bidragit till en ökad livslängd, men med stigande ålder ökar också risken att drabbas av sjukdom och funktionsnedsättning. Trots att de äldre de senaste 20 åren fått tillgång till allt mer avancerade vård- och behandlingsmöjligheter, så har sjukvården inte kunnat säkra deras tillgång till grundläggande vård och omsorg på motsvarande sätt. De allt kortare vårdtiderna i akutsjukvården, snabba utskrivningar och bristande samarbete mellan huvudmännen vittnar om problemen. Läkemedelsanvändningen bland äldre är som tidigare nämnts också sedan länge ett problematiskt område. De förbättringar av vissa aspekter av behandlingskvaliteten som förekommer är marginella. Likaså uppvisar den palliativa vården brister och stora skillnader beroende på var man bor i landet. Äldre personer med omfattande vårdbehov är beroende av ett ef-

fektivt multiprofessionellt samarbete och en sammanhängande vårdprocess. En framtida effektiv organisation för äldre med omfattande vårdbehov måste i större utsträckning utgå från patienternas behov där alla delar i vårdkedjan har möjlighet att samverka.

Jämlikhet i vården – skillnaderna måste utjämnas

Hälso- och sjukvård ska ges efter behov till alla och på lika villkor. Det innebär att alla medborgare ska ges samma möjligheter att få vård och att man har rätt att bli likvärdigt behandlad, oavsett personliga egenskaper såsom ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, bostadsort, utbildning, social ställning, födelseland eller religiös tillhörighet.

Det är i dag stora hälsoskillnader mellan olika grupper av medborgare och det finns inga tecken på att dessa skillnader minskat de senaste decennierna. Skillnader i de öppna vårdformernas geografiska tillgänglighet kan också bidra till en ojämlik tillgång till hälso- och sjukvården. När det gäller den andel av befolkningen som sökt läkare har de som bor i glesbygd betydligt färre läkarkontakter än de som lever i tätorter. Dessa skillnader har ökat på senare år. Beträffande de socioekonomiska skillnader som fanns på 1990-talet mellan hög- och lågutbildade när det gällde läkarkontakter, och som sedan utjämnades, tyder de senaste uppgifterna från 2003–2005 på att skillnaderna åter ökar – det vill säga högutbildade gör i dag fler läkarbesök än lågutbildade i förhållande till sina vårdbehov.

Ojämlikhet i hälsa manifesterar sig i sjukvården i avsevärt högre dödstal i så kallad "åtgärdar

dödlighet” (dödlighet i sjukdomar som hälso- och sjukvården bedöms kunna påverka med förebyggande eller behandlande insatser) bland män, utlandsfödda och grupper med lägre utbildningsnivå. Dessa skillnader förefaller öka i vissa avseenden – det gäller framför allt de diagnoser som kan förebyggas. Lågutbildade tas också betydligt oftare in på sjukhus för tillstånd som med adekvat behandling kan vårdas inom den öppna vården. Vid vissa större folkhälsosjukdomar som hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke är dessutom läkemedelsbehandlingen av lågutbildade personer och personer födda utanför EU i lägre grad anpassad till moderna riktlinjer. Analyser av äldres läkemedelsanvändning visar vidare att kvinnor och personer med lägre utbildning i större utsträckning än män och högutbildade personer får en mer riskfylld läkemedelsanvändning, både när det gäller olika typer av olämpliga läkemedel och olika riskabla kombinationer av läkemedel.

Särskilt det senaste decenniet har könets betydelse för hälsa, sjuklighet och behandlingsresultat fått ökad uppmärksamhet, både nationellt och internationellt. Om hälso- och sjukvården i framtiden ska kunna använda sina resurser på ett effektivt sätt, måste skillnaderna mellan män och kvinnor när det gäller hälsa och sjuklighet också tas på allvar. I Socialstyrelsens senaste analyser på området noterades vissa positiva förbättringar – bland annat minskade skillnader i väntetider och när det gäller tillgång till olika behandlande insatser. Samtliga landsting har nu också handlingsplaner för att analysera och följa jämställdhetsutvecklingen i vården, att jämföra med en tredjedel för fem år sedan.

Det är dock på det förebyggande och folkhälsoinriktade området som de stora skillnaderna mellan män och kvinnor – och också mellan olika

socioekonomiska grupper – finns. Lågutbildade och män dör oftare än högutbildade och kvinnor i en rad behandlingsbara sjukdomar såsom diabetes och hjärtsvikt. Det är en utmaning för hälso- och sjukvården – och framför allt för primärvård och närvård – att i samarbete med andra aktörer i folkhälsoarbetet försöka uppnå positiva resultat på en bred förebyggande front.

Regionala skillnader är ett återkommande tema i Socialstyrelsens uppföljningar och analyser av hälso- och sjukvården. Det handlar om variationer i olika avseenden: när det gäller hur tillgänglig vården är, antal vårdplatser, läkartäthet och så vidare. Det handlar också om skillnader i medicinsk behandlingspraxis. Också i årets rapport uppmärksammas sådana variationer på en rad områden. Regionala skillnader kan ha medicinska orsaker, men kan även bero på att olika vårdgivare har olika kunskaper och attityder. Sådana skillnader i praxis kan utjämnas med en konsekvent användning av riktlinjer och rekommendationer som utgår från evidensbaserad kunskap, i kombination med öppna redovisningar och jämförelser av vårdens resultat.

Effektiv vård – bättre samverkan och användning av kompetens krävs

Samtidigt som kravet på att vården ska vara effektiv ökar, är det en komplicerad uppgift att analysera och jämföra effektiviteten inom olika vårdområden eller hos olika huvudmän. Metoderna för utvärdering är under utveckling, och kostnadsdata saknas fortfarande i stor utsträckning. Det står dock redan klart att det inte finns några tydliga samband mellan höga kostnader och de bästa resultaten.

Det svenska systemet bygger i hög grad på att samarbetet mellan olika nivåer och funktioner fungerar – men många rapporter och analyser har genom åren pekat på just brister i samordningen mellan olika vårdnivåer, huvudmän och personalgrupper. Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv verksamhet som i många delar präglas av en hög grad av specialisering. Specialiseringen är positiv i den bemärkelsen att den bidrar till ökad kunskap och för utvecklingen framåt, men riskerar samtidigt att understödja revirtänkande mellan, och fragmentering av, verksamheter och funktioner. Forskning om hälso- och sjukvårdens professioner indikerar att ju mer enskilda grupper av professioner specialiseras, desto högre status får de – i förhållande till dem som arbetar i de mer patientnära rollerna. Risker är då att specialiseringen bidrar till en utveckling bort från huvuduppgiften – att lösa patientens problem. För att motverka detta är det helt avgörande att huvudmännen för hälso- och sjukvården utvecklar incitament för tvärprofessionellt samarbete.

En förändring av kompetenssammansättningen och en omfördelning av roller och arbetsuppgifter kan också leda till en mer effektiv användning av resurserna. Det handlar exempelvis om att flytta vissa typer av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor efter vidareutbildning, eller att införa helt nya personalkategorier i verksamheten. Förändringarna kan göra det möjligt att frigöra arbetstid hos olika yrkesgrupper eller att förbättra vårdkvaliteten. I författningarna för hälso- och sjukvården finns bestämmelser som fastställer att vissa arbetsuppgifter endast får utföras av särskilda yrkesgrupper. Samtidigt befinner sig större delen av arbetsuppgifterna i en gråzon, där det inte finns några regler som säger att olika åtgärder

enbart kan utföras av en särskild yrkeskategori. Det finns alltså stora möjligheter att använda personalens kompetens på ett mer flexibelt och kreativt sätt.

När det gäller utvecklingen av det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet, behövs ändamålsenliga samverkansformer med bland annat samhällsmedicinska enheter, FoU-center eller motsvarande verksamheter som har personal med folkhälsovetenskaplig kompetens. Primärvård och närvård kan på så sätt i större utsträckning än i dag medverka i ett befolkningsinriktat arbete, till exempel i form av olika lokala samverkansprojekt.

Framtiden

Framtidsfrågorna handlar i stort sett om hur hälso- och sjukvården ska kunna möta och prioritera bland de ökande vårdbehoven. Att stärka de hälsofrämjande insatserna och i större utsträckning förebygga ohälsa och sjuklighet, är i detta sammanhang centralt. För att tillgodose behoven av en mer patientfokuserad, säker och kunskapsbaserad vård för alla medborgare, och samtidigt undanröja de nuvarande tillgänglighetsproblemen, krävs en kombination av nya koncept.

En inriktning som förbättrar samordningen av vårdens olika insatser och skapar större delaktighet från patienter och medborgare är viktiga framtida strävanden. Därtill behövs en tydligare gränsdragning mellan vilka tjänster som ska ingå i det offentliga åtagandet och vilka som ska finansieras av de enskilda medborgarna. Dessa frågor innehåller ett stort mått av värderingar och etiska bedömningar och måste därför angripas mer på ett politiskt plan än genom vetenskapliga ansatser.

Eftersom principer om jämlikhet och lika villkor i vård och omsorg åter blivit alltmer uppmärksammade i den svenska hälso- och sjukvården, är det troligt med allt fler statliga initiativ och andra former av nationella lösningar för att försöka korrigera de nuvarande bristerna.

Slutsatser

Analyserna i Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 visar att vården fortsätter att nå allt bättre resultat när det gäller flera av de stora folkhälsosjukdomarna. I Sverige har förutsättningarna för att öppet kunna redovisa hälso- och sjukvårdens resultat blivit allt bättre, och successivt vunnit ökad acceptans hos sjukvårdshuvudmännen och professionerna i hälso- och sjukvården.

Framstegen på det medicinsk-tekniska området de senaste decennierna har lett till att Sverige, liksom många andra länder, fått en specialiserad sjukvård av hög kvalitet.

Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig relativt väl i jämförelse med andra länder. Men samtidigt uppvisar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fortsatta problem på flera centrala områden – problem som man till stora delar har gemensamt med hälso- och sjukvårdssystemen i andra länder. Det handlar bland annat om bristande helhetssyn, fragmenterade vårdprocesser som inte utgår från patientens behov, otillfredsställande ojämlikhet i hälsa och vård samt en fortsatt stark fokusering på behandling istället för på förebyggande insatser.

Tillfredsställande utveckling

- *Folkhälsan har blivit bättre.* Framsteg inom forskningen vad gäller behandling av flera av de stora folkhälsosjukdomarna har både ökat medellivslängden och möjligheten att leva med kronisk sjukdom med god bibehållen livskvalitet. Till exempel har risken att insjukna i hjärtinfarkt minskat med 25 procent mellan 1987 och 2007, och även antalet fall av hjärtsvikt och stroke har minskat. Dödligheten i cancer minskar också – även om fler drabbas av cancer, bland annat för att vi lever allt längre.
- *Allt fler sjukdomar kan behandlas.* Den medicinsk-tekniska utvecklingen, inklusive utvecklingen av nya läkemedel, erbjuder kontinuerligt nya behandlingsmöjligheter. I dag knyts stora förhoppningar till användningen av molekyllära tekniker, stamceller och genteknik. Ett antal möjligheter öppnar sig dessutom när kunskaper om dessa metoder kombineras med informationsteknik
- *Den vetenskapliga grunden har stärkts.* Kunskapsgrunden för att fatta kliniska beslut betonas allt mer, samtidigt som vetenskapligt stöd efterfrågas och värderas allt högre vid behandling. På senare år har flera nya riktlinjer tagits fram, med allt tydligare rekommendationer i fråga om bland annat prioriteringar, och dessa tillämpas i allt högre grad av huvudmännen.
- *Utvecklingen av öppna jämförelser.* Arbetet med öppna redovisningar och jämförelser av vårdens resultat har fått stort genomslag och används i ökad omfattning i huvudmännens förbättringsarbete.

- *Vårdokumentationen blir mer enhetlig.* Under en lång följd av år har utredningar och rapporter konstaterat att det finns brister i vårdens kommunikation och dokumentation. Förutsättningarna för samverkan mellan olika vårdenheter har förbättrats i och med att man börjar tillämpa en nationell IT-strategi för vård och omsorg och en ny patientdatalag.

Viktiga utvecklingsområden

- *Minska skillnaderna i hälsa och vård.* Att utjämna skillnaderna i livslängd och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper är en av de allra viktigaste utmaningarna för sjukvården och för välfärdsamhället som helhet. Det finns också oförklarade skillnader i vård och behandling mellan olika socioekonomiska grupper, yngre och äldre, män och kvinnor, svenskfödda och utlandsfödda. Dessutom finns sedan länge stora skillnader i praxis mellan olika delar i landet.
- *Öka hälsoorienteringen.* Människors levnadsvanor påverkar risken att drabbas av sjukdom. Socialstyrelsens analyser visar att det finns en stor potential att utveckla det sjukdomsförebyggande arbetet och det hälsofrämjande förhållningssättet i vården. Arbetet på detta område förefaller ha ökat enligt olika kartläggningar, men det finns ändå samtidigt en betydande utvecklingspotential för att stärka vårdens hälsoorientering.
- *Öka medborgarnas och patienternas delaktighet.* Ett patientfokuserat förhållningssätt bör prägla sjukvårdssystemet som helhet i större utsträckning än i dag. Medborgarnas rätt till inflytande har stärkts i sjukvårdslagstiftningen, och det finns flera goda exempel där patientperspektivet legat till grund för verksamhetsutveckling av olika slag. Men det finns stort utrymme för rejäla förbättringar. Patienten behöver vara mer delaktig i planering och genomförande av sin egen vård och behandling. För detta behövs tillgänglig information om både behandlingsalternativ och resultatbeskrivningar från olika vårdgivare. En patientfokuserad vård ställer vidare ökade krav på samverkan i vårdprocessen utifrån patientens behov.
- *Förbättra tillgängligheten.* Sverige har länge haft sämre resultat än våra grannländer vid mätningar av hur medborgare och patienter bedömer vården. Bristande tillgänglighet anses bidra starkt till dessa dåliga resultat.
- *Utveckla vårdens säkerhetskultur.* Enligt Socialstyrelsens kartläggning skadas var tionde patient i vården. Intresset för patientsäkerhetsfrågor har ökat de senaste åren och stora framsteg har gjorts när det gäller systematisk egenkontroll. Men det är ännu långt kvar till att en säkerhetskultur genomsyrar vårdarbetet. På många håll är också överbeläggning och platsbrist ett betydande problem som bidrar till ökade svårigheter med patientsäkerheten och kvaliteten i vården.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har sedan år 1994 haft regeringens uppdrag att återkommande rapportera om förhållandena i hälso- och sjukvården. Uppdraget bestod ursprungligen av två delar: att publicera en hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok varje år samt att publicera en analytiskt inriktad huvudrapport vart tredje år. Uppdraget från år 1994 har behållit sin ursprungliga karaktär, men successivt förändrats i flera avseenden. Den största förändringen är att redovisningen av hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet har systematiserats på ett sätt som inte var möjligt då.

Huvudsyftet med Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 är att ge en övergripande bild av tillståndet i hälso- och sjukvården genom att redovisa statistiska trender och resultat från särskilda studier av aktuella förhållanden i den svenska sjukvården. Med förhållanden avses här dels beskrivningar av hälso- och sjukvårdens allmänna juridiska, ekonomiska och organisatoriska förutsättningar, dels analyser av hur väl hälso- och sjukvården fungerar ur olika perspektiv.

Hälso- och sjukvårdsrapporterna har till viss del utformats på olika sätt under åren. Avsnitt av mer grundläggande karaktär har dock varit återkommande, och finns också i denna utgåva. Exempel på ett sådant avsnitt är den inledande beskrivningen av förändringar i vårdens allmänna förutsättningar. I tidigare rapporter har det ofta förekommit särskilda kapitel eller avsnitt som beskrivit svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv. I Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 har vi integrerat internationella jämförelser i de olika huvudkapitlen, i den mån det funnits underlag för sådana jämförelser. I tidigare rapporter såväl som i denna finns också fördjupade beskrivningar inom en rad olika områden.

En övergripande ambition i årets rapport är att på ett tydligt sätt knyta an till andra länders och organisationers analys och uppföljning av sjukvården. Analyser och bedömningar utgår från sex mål för god vård: att vården ska vara patientfokuserad, ges i rimlig tid, vara säker, kunskapsbaserad, jämlik och effektiv. Dessa mål har direkta kopplingar till den svenska hälso- och sjukvårdslagen och har under senare år utkristalliserats både internationellt och i

Sverige som tydliga områden för uppföljning. Ytterligare en ambition med denna rapport är att tydliggöra hälso- och sjukvårdens roll när det gäller att påverka *hälsan*. Därför betonas årets rapport hälso- och sjukvårdens hälsoinriktning och sjukvården som aktör när det gäller det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Denna roll har uppmärksamats alltmer under senare år, bland annat inom Världshälsoorganisationen (WHO) och EU, som en bärande strategi för att effektivisera hälso- och sjukvården. I årets rapport ingår även ett avsnitt som beskriver de framtida utmaningarna för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och föreslår ett antal övergripande strategier för att hantera dessa utmaningar.

Rapportens innehåll och disposition

Rapporten inleds med *Sammanfattning och slutsatser*. Här sammanfattas rapportens huvudresultat och Socialstyrelsens slutsatser om hälso- och sjukvårdens tillstånd. Rapporten är därefter indelad i fyra delar:

- Del 1: Inledning samt vårdens förutsättningar och kostnader
- Del 2: God vård – analys och bedömningar
- Del 3: Valda vårdområden
- Del 4: Framtida utmaningar.

Del 1 består av två avsnitt. *Inledningen* presenterar några utgångspunkter för rapporten och följs av ett avsnitt om *Vårdens förutsättningar, verksamhet och kostnader*. Här beskrivs bl.a. aktuella förändringar i vårdens legala och organisatoriska förutsättningar. Avsnittet beskriver också kostnadsutvecklingen i vården, personalförsörjningsfrågor, vårdens prestationer i termer av läkarbesök med mera. Vidare kommenteras aktuella förändringar i reglering och styrning.

I *del 2* är utgångspunkten analyser och bedömningar utifrån målen för *God vård*. Denna del inleds med kvalitetsområdet *Patientfokuserad vård* och innehåller analyser av hur patienternas och medborgarnas bedömning av vården har utvecklats. Syftet med avsnittet är dels att beskriva huruvida medborgare och patienter upplever att vården är patientfokuserad i Sverige och i några utvalda europeiska länder, dels att redogöra för några insatser som gjorts för att tydliggöra patientens ställning i vården under de senaste decennierna.

Avsnittet *Tillgänglig vård i rimlig tid* beskriver och analyserar olika dimensioner av vårdens tillgänglighet. Detta är ett sedan länge identifierat problemområde i den svenska hälso- och sjukvården. Geografisk tillgänglighet, väntetider, vårdgarantins effekter och framtida utmaningar behandlas också här.

Därefter följer ett avsnitt som behandlar *Säker vård*. Här beskrivs nivån av patientsäkerheten i svensk hälso- och sjukvård utifrån en översikt av vårdskadesituationen och det patientsäkerhetsarbete som sker. Syftet är också att placera den svenska situationen i ett historiskt och internationellt sammanhang. Därefter följer en beskrivning av området *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård*. Avsnittet diskuterar förutsättningarna för en kunskapsbaserad vård i den svenska hälso- och sjukvården och hur kunskapsstyrningen är organiserad. Här tar vi upp problem och möjligheter med kunskapsstyrning, samt spridning och tillämpning av ny kunskap i vården. Syftet är också att ge några aktuella exempel på kunskapsstyrning och hur bland annat Socialstyrelsens nationella riktlinjer tagits emot och använts. Vidare beskrivs hur dessa riktlinjer kan bidra till en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. I avsnittet

Vård på lika villkor – hur jämlik är vården? beskrivs och analyseras olika aspekter av rättvisa i vården. Här tar vi bland annat upp skillnader i vård och behandling för olika grupper samt hur olika jämlikhetsaspekter kan beskrivas. Vårdens effektivitet och hur den kan bedömas diskuteras i avsnittet *Effektiv vård*. Avsnittet fokuserar särskilt på möjligheterna att effektivisera vården genom att använda personal och sätta samman kompetens på ett flexibelt sätt.

I rapportens *del 3* ges en fördjupad beskrivning av utvecklingen inom en rad betydelsefulla områden. Här redogörs i huvudsak för behandlingsresultat och medicinsk praxis. Ambitionen har varit att belysa verksamheter som berör stora grupper av medborgare, men ett kriterium har också varit tillgång på tillförlitliga faktaunderlag som möjliggör analyser. I årets rapport ägnas särskild uppmärksamhet åt *det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, vården för barn och ungdomar, samt vård av äldre med omfattande vårdbehov*. Också *tandvården* beskrivs i ett fördjupat avsnitt. Inom dessa områden saknas ofta data om process och resultat på nationell nivå, som exempelvis indikatorer baserade på uppgifter i hälsodataregister eller kvalitetsregister. Underlagen bygger därför i stora delar på särskilda undersökningar, vissa specialbearbetningar av enkätdata med mera. I denna del av rapporten redovisas vidare utvecklingen inom flera, mer sjukdomsspecifika områden som t.ex. *hjärtsjukvården, strokevården, ortopedin, cancervården och diabetesvården*. Inom dessa finns det relativt goda möjligheter att följa upp vårdens kvalitet med hjälp av olika indikatorer. I vissa fall har vi även lyft fram verksamheter som inte ingått i tidigare rapporter, för att synliggöra betydelsefulla men hittills mindre uppmärksammade områden.

I *del 4* slutligen, identifieras och diskuteras ett antal utmaningar för den framtida sjukvårdspolitiken. I rapportens två *bilagor* återfinns dels en översikt över rapportens tabeller och figurer, dels en beskrivning av de datakällor som använts.

Systemperspektiv på hälso- och sjukvården

Den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling mot ett sammanhållet system tog fart efter andra världskriget. Det handlade om att se till att alla medborgare fick en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård, samtidigt som den ekonomiska tillväxten garanterades. Det var också efter 1945 som de flesta europeiska länderna började utforma sina hälso- och sjukvårdssystem på ett mer heltäckande sätt. Tillgången till sjukvård skulle inte tillåtas bero på inkomst, utan alla skulle erbjudas sjukvård efter behov. Dessutom ville man undvika de privata försäkringarnas avgifter och självrisker. Personer med dålig hälsa skulle inte diskrimineras eller tvingas betala högre avgifter än andra. Grundtanken i denna utveckling var att ”var och en finansierar hälso- och sjukvårdssystemet efter inkomst och inte i förhållande till sitt hälsotillstånd”.

För de länder som strävat efter att förverkliga rätten till hälsa för alla medborgare, har det funnits två vägar. Antingen har man en sjukförsäkring som omfattar alla eller ett heltäckande offentligt hälso- och sjukvårdssystem. Sverige var först med att välja den första vägen genom en lag från 1947, som tillämpades från och med 1955, innan man genom flera viktiga reformer utvecklade en skattefinansierad hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdssystemet utgör i dag en central del av det moderna välfärdssamhället. Verksamheten är offentligt reglerad och i stor utsträckning offentligt

finansierad. Ett utmärkande drag för systemet i Sverige är den så kallade tredjepartfinansieringen, som innebär att vårdgivarnas insatser i huvudsak betalas via landsting eller kommuner.

Karaktäristiskt för dagens hälso- och sjukvårdssystem är de stora kraven på samverkan mellan olika huvudmän och aktörer. Inom hela välfärdsystemet – inte minst hälso- och sjukvården – har graden av specialisering ökat påtagligt under de senaste decennierna. Detta är en konsekvens av att kunskapen ständigt ökar, men också av att vårdens system får allt fler aktörer – såväl offentliga som frivilliga organisationer och privata företag. Samtidigt är det ofta i dag också flera professioner iblandade i alla de insatser som sjukvården erbjuder. Traditionellt är vården organiserad enligt ”stuprörslogiken”. För en del verksamheter inom vården kan denna logik även i dag vara ändamålsenlig. Det kan till exempel gälla arbetet på akutmottagningar och specialiserade avdelningar på större sjukhus – där patienten har en tydlig problembild. Denna organisation fungerar mindre ändamålsenligt om patienternas behov av insatser behövs från flera olika vårdgivare och professioner. Det handlar om patienter med sammansatta och komplexa vårdbehov, som t.ex. rehabilitering efter stroke, psykiska funktionsnedsättningar eller missbruk.

Lagstiftning och mål

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården i Sverige specificeras i hälso- och sjukvårdslagen: *en god hälsa och vård tillgänglig på lika villkor för hela befolkningen*. Lagen ställer också krav på att vården ska ha god kvalitet och på att kvaliteten ska utvecklas och säkras systematiskt och fortlöpande. Andra mål för hälso- och sjukvården är att den ska fördelas efter behov och bygga på öppet

redovisade prioriteringar. Den ska också vara demokratiskt styrd och ge medborgarna inflytande över alla avgörande beslut. Hälso- och sjukvårdslagen är en skyldighetslagstiftning, vilket betyder att *samhället* ansvarar för att tillförsäkra sina medborgare en god hälso- och sjukvård. Däremot saknar *patienten* formell rätt att begära vård. Patientens ställning har dock stärkts under 1990-talet. Patienten har fått större inflytande över val av behandling samt stärkt rätt till information och ”second opinion”. Lagen föreskriver vidare att landstingen ska organisera hälso- och sjukvården så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet. Dessutom ska vården vara kostnadseffektiv. Kostnadseffektivitet är ett mål för alla hälso- och sjukvårdssystem, för att vårdresurserna ska räcka till för befolkningens behov.

När man beskriver hälso- och sjukvårdssystemet har man traditionellt ofta utgått från följande grundförutsättningar:

1. *finansiering av vården* – med skattemedel, försäkringar eller privata utlägg – samt *fördelning av vårdresurserna* mellan olika geografiska områden, befolkningsgrupper med mera
2. *vårdens organisation* – statens, landstingens, kommunernas och de privata vårdgivarnas roller och funktioner – samt *tillhandahållande av sjukvårdstjänster*, till exempel när det gäller arbetsfördelning och samspel mellan olika vårdnivåer
3. mekanismer för *reglering* och *styrning* som staten och andra centrala aktörer använder för att påverka vården i önskad riktning
4. system för *uppföljning*, *utvärdering* och *analys* av verksamheten.

Om en av systemets grundförutsättningar förändras, kan andra behöva anpassas. Förskjutningar

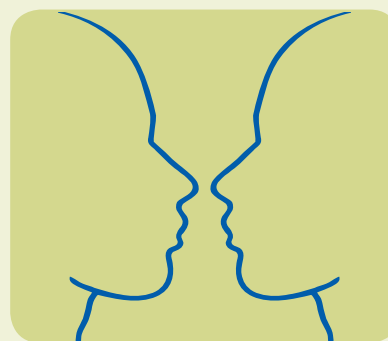
från offentlig till privat produktion av sjukvårdstjänster kan till exempel leda till att formerna för uppföljning och verksamhetstillsyn behöver förändras. Att dessa grundläggande förutsättningar samverkar och kompletterar varandra är en viktig utgångspunkt för en gynnsam och hållbar utveckling av hälso- och sjukvården.

Mötet som utgångspunkt

Mötet mellan vårdare och patient är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Varje år görs över 25 miljoner läkarbesök samtidigt som besöken hos andra personalkategorier uppgår till omkring 34 miljoner. Förutom dessa mer eller mindre planerade besök sker ett otaligt antal möten mellan vårdpersonal och patienter respektive anhöriga. Det är i dessa möten som vårdens centrala uppdrag utförs. Det handlar inte alltid främst om att bota – det handlar kanske ännu oftare om att främja hälsa, att förebygga sjukdom – och om att lindra lidande. Det är i samspelet mellan patient och vårdpersonal som vårdbehov identifieras och beslut om diagnostik, behandling och rehabilitering fattas. I allt större utsträckning visar också forskningen på betydelsen av bemötandet för behandlingsresultatet. Förutsättningarna för samspelet mellan vårdgivare och patient påverkas av förstås i stor utsträckning av vårdens tillgänglighet och finansierings- och ersättningsformer. Det främsta syftet med sjukvårdens strukturer och organisation är att stödja och underlätta dessa möten och relationer. Vårdaren ska med sin kunskap och tillämpad vetenskap förklara sjukdomen, men måste också förstå och se patienten som person. I bästa fall kan mötet utvecklas till ett fruktbart samarbete, beroende på patientens och vårdpersonalens kunskaper, attityder och tidigare erfarenheter. I andra fall kan patienten känna att hans eller

hennes behov inte har tagits på allvar. Faktorer som ofta visar sig påverka samspelet mellan patient och vårdare är bland annat kön, utbildning, ålder och födelseland. Vårdens kvalitet är inte ett konstant fenomen, utan skapas och återskapas i varje möte mellan patient och vårdare. Mot denna bakgrund är vårdens värdegrund en central del av dess utformning och resultat.

Vårdmötet är grunden till all god vård



Etiska principer

Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) fastslår att hälso- och sjukvården ska bygga på tre grundläggande etiska principer. Den första är *människovärdesprincipen*: alla människor har samma värde och förtjänar respekt och vård oberoende av sin förmåga som aktör. Den andra principen är *behovs- och solidaritetsprincipen*: vid prioriteringssituationer ska vården ges till den som har störst behov. En trafikskada, oavsett utgång, ska därmed gå före en enklare operation, oavsett om den samhällsekonomiska nyttan av den enklare operationen skulle kunna vara större.

Den tredje principen är *kostnadseffektivitetsprincipen*: i valet av en patients behandlingsalternativ ska de medicinska och kvalitetsmässiga insatserna avvägas mot de uppnådda resultaten. Denna avvägning ska dock inte ske mellan patienter, utan endast vid val av behandlingsalternativ för samma patient. Alla nivåer inom hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för att beslut fattas utifrån den etiska plattformen. Ansvaret för de etiska principerna blir dock olika tydligt på olika nivåer inom hälso- och sjukvården:

- *Hälso- och sjukvårdspersonalen* har ett särskilt ansvar för att upprätthålla *människovärdesprincipen*. Det innebär att personalen ska bemöta och vårda varje patient med respekt och omtanke, oavsett personliga egenskaper, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.
- *Vårdgivaren* har ett särskilt ansvar för *behovs- och solidaritetsprincipen*. Värdet av vården för en patient eller patientgrupp måste på denna nivå ställas i relation till – och i solidaritet med – andra patienters eller patientgruppers behov inom samma verksamhet och mellan olika verksamheter. Solidaritetsaspekten innebär ett särskilt ansvar för grupper som inte själva tydligt kan uttala sina behov.
- För *verksamhetschefen*, som har både ekonomiskt resultatansvar och medicinskt behandlingsansvar, blir tillämpningen av *kostnadseffektivitetsprincipen* särskilt tydlig. Verksamhetschefen måste säkerställa att kostnaderna för vården står i rimlig proportion till effekten av vården, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

God vård

En central utgångspunkt för hälso- och sjukvårdens strukturer och organisation ska stödja och främja mötet mellan patient och vårdgivare, för att i sin tur bidra till bättre hälsa för den enskilde och för medborgarna som helhet. Hur vet vi att detta är var som sker – att strukturerna i vården verkligen bidrar till bättre hälsa? Hur kan man följa upp och utvärdera hälso- och sjukvårdssystemet? Vilka mål och kriterier ska vara vägledande? Dessa frågor står högt på agendan för de flesta av världens hälso- och sjukvårdssystem. En rad internationella ansatser har inspirerat till utvecklingen av begreppet God vård i Sverige. Arbetet med God vård utgår från hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och tandvårdslagen (TL 1985:125). Dessa lagar ger anvisningar om vad God vård innebär för såväl den enskilda medborgaren som för hälso- och sjukvårdens ledning. År 2005 beskrev Socialstyrelsen begreppet God vård i samband med presentationen av myndighetens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). I föreskrifterna ges anvisningar om det systematiska kvalitetsarbetet, hur ansvaret för detta ska fördelas, vilka områden som omfattas samt kraven på rutiner för egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring. Ett år senare, år 2006, gav Socialstyrelsen ut vägledningen *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Vägledningen togs fram för att underlätta och stimulera till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. I vägledningen beskrivs också de sex kvalitetsområdena för God vård. Dessa områden motsvarar direkt de mål för hälso- och sjukvårds-

systemet som tidigare definierats och beskrivits i bland annat USA, men också i andra internationella sammanhang.

En *patientfokuserad hälso- och sjukvård* innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet. Patienten ska bemötas utifrån sitt sociala sammanhang. Vården utförs då med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Den planeras och genomförs i samråd med patienten. Olika insatser samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks. Detta förutsätter i sin tur en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående. Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling. För att patienten ska kunna vara delaktig och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling, krävs att patienten har kunskap, förståelse och insikt.

Vård i rimlig tid innebär att vård erbjuds utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening. Beslut om tidsramen för de insatser som patienten har behov av fattas i dialog med patienten. Besluten ska tas i enlighet med riksdagens prioriteringsriktlinjer. För att patienten ska få vård i rimlig tid måste de resurser som tilldelas hälso- och sjukvården räcka till för befolkningens behov. Om processer och rutiner i hälso- och sjukvårdens alla led optimeras så ökar sannolikheten för att samtliga patientgrupper kan erbjudas vård i rimlig tid.

Säker vård är grundläggande för en vård av hög kvalitet där insatta åtgärder leder till förväntat resultat utan att medföra risker eller faror för



patienterna. För att kunna bygga upp ett system för säker vård måste vårdgivaren ha ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och bedriva ett aktivt riskförebyggande arbete för att förhindra vårdskador. Med vårdskador avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.

I en *kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård* används systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap. Som grund för handlandet ligger också reflekterad, kollektiv och klinisk erfarenhet. Vidare krävs kunskap om kommunikation och bemötande samt genom dialog inhämtade kunskaper om enskilda patienters förståelse, önskemål och förväntningar. För detta krävs ett genomtänkt etiskt förhållningssätt. En kunskapsbaserad vård innebär förutom kunskap om nytta för patienten också ett stöd för huvudmännens planering och

prioriteringar när de fördelar vårdinsatser, utifrån den etiska plattformen och med stöd av uppgifter om kostnadseffektivitet. För att hälso- och sjukvården ska kunna vara kunskapsbaserad krävs att relevant kunskap omsätts i praktisk handling. Även patienter och medborgare involveras då i arbetet med att öka och sprida kunskapen. Med *ändamålsenlig vård* menas att patientens nytta av vården ska vara större än olägenheten, såsom eventuella risker eller skador. Kunskapsbaserad vård kan därför ses som ett nödvändigt, men inte tillräckligt, medel för att uppnå en ändamålsenlig vård.

Ledningen och styrningen av vården har under decennier visat sig vara problematisk på många sätt, bland annat på grund av konkurrerande mål och intressen från exempelvis det administrativa, politiska och professionella ledarskapet. Om man lyfter blicken till nationell nivå utkristalliserar dock två övergripande mål för hälso- och sjukvårdssystemet, som också är gemensamma för ett flertal länder: effektivitet samt rättvisa och jämlikhet. Med *effektiv vård* menas att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå målen, det vill säga önskvärda resultat. En effektiv vård kan därför sägas ha hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser. *Jämlik vård* relaterar direkt till det övergripande målet för hälso- och sjukvården, definierat i hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.” Alla ska alltså få ett likvärdigt bemötande samt likvärdig vård och

behandling, oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, födelseland, religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Hälso- och sjukvårdslagen anger att målet är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. I alla länder inklusive Sverige finns betydande skillnader i hälsa mellan olika grupper av medborgare. Dessa skillnader förefaller dessvärre snarare öka än minska. En sjukvård som strävar efter att uppnå god hälsa och vård på lika villkor för alla ska prioritera dem som har störst behov.

I vissa avseenden kan dimensionerna – eller målen – för God vård överlappa, och ibland förefalla konkurrera med varandra. Jämlikhet på befolkningsnivå kan till exempel ibland konkurrera med behov – eller önskemål – på individnivå, och patientfokuserad vård kan ibland uppfattas stå i motsättning till kunskapsbaserad vård. I stort är dock målen snarare komplementära och synergistiska.

Fokus på hälsa

Hälso- och sjukvårdslagen anger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Eftersom hälsan i dag inte är jämlikt fördelad bör sjukvården prioritera dem som har större behov. Sjukvården bör dessutom vara *hälsoinriktad* och *hälsofrämjande*. Prefixet ”hälsa” i hälso- och sjukvården tillkom i den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen från 1983. Där ställdes krav på en förändrad struktur av hälso- och sjukvården och på ett nytt hälsopolitiskt synsätt. Det förebyggande arbetet blev lagfäst och jämförbart med det sjukvårdande arbetet, och landstingen fick ett utvidgat ansvar för befolkningens hälsa. Utöver krav på god kva-

litet i vården tillkom uttryck som prevention, samhälls- och miljömedicin och senare ”patienten i centrum”.

I den folkhälsoproposition som riksdagen antog 2003 utvecklades dessa tankar till att ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och *skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*. I mars 2008 lade regeringen fram propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) som antogs av riksdagen i juni 2008. Propositionen baseras på den förra regeringens proposition Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) och dess elva målområden. I Målområde 6, Hälsofrämjade hälso- och sjukvård, framhålls att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården. Hälsofrämjande och förebyggande insatser bör systematiskt integreras i patient- och anhörigkontakter så att de blir naturliga delar i det löpande arbetet i hela vårdkedjan. Målområde 6 lyfter fram hälsodimensionen i hälso- och sjukvårdsarbetet och knyter an till hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om en god hälsa på lika villkor i befolkningen.

Denna hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande ansats bygger på, och har inspirerats av, det utvecklingsarbete som skett inom WHO efter Ottawakonferensen 1985, bland annat med stöd från Ottawamanifestet som togs fram vid denna konferens. Här understryks behovet av att ”reorientera vården mot hälsoresultat”. WHO konkretiserade dessa tankar genom att skapa ett internationellt nätverk av så kallade Health Promoting Hospitals (hälsofrämjande sjukhus). Målet var att bättre ta tillvara hela hälso- och sjukvårdens kompetens,

auktoritet och kontaktyta för att stärka folkhälsoinsatserna. Denna hälsoorientering skulle skapa en effektivare verksamhet. Motiven att utveckla sjukvården mot en tydligare hälsoinriktning har stärkts under åren. Dels har demografiska förändringar inneburit att det finns fler äldre och multisjuka som behöver kontinuerliga insatser för att bibehålla hälsan och hantera funktionsnedsättning. Dels har kunskapen om hälsans bestämningsfaktorer och om psykobiologiska samband ökat. Nu finns ökat vetenskapligt stöd för att sjukdomsförebyggande insatser ger effekt. Allt detta ställer nya krav på hälso- och sjukvårdens organisation, förhållningssätt och arbetsmetoder.

En modell för uppföljning och analys

WHO definierar ett hälso- och sjukvårdssystem som alla de insatser vars principiella mål är att främja, återställa eller behålla hälsan.

För att hälso- och sjukvården bättre ska nå de övergripande hälsomålen behöver verksamheterna regelbundet följas upp och utvärderas. På många håll arbetar man med att utarbeta indikatorer som syftar till att mäta, följa upp och beskriva olika aspekter av hälso- och sjukvårdens resultat. Både nationellt och internationellt finns en påtaglig strävan efter att förbättra hälso- och sjukvårdens resultat genom jämförelser och rangordningar. Denna strävan hänger samman med ökande kostnader, åldrande befolkningar och rapporter om stora variationer i kvalitet och effektivitet. WHO pekar på att problem och utmaningar i flera avseenden är gemensamma både i hög och låginkomstländer. På nästa sida anges några övergripande problemområden som också i olika grad finns inom det svenska systemet.

Fem vanliga brister i hälso- och sjukvårdssystem enligt WHO

Snedfördelad vård. Människor med mest resurser – vars behov av hälsovård ofta är mindre – konsumerar mest vård, medan de med minst resurser och störst hälsoproblem konsumerar minst. Statens utgifter för hälsovård kommer oftare de rika än de fattiga till nytta – i både hög- och låginkomstländer.

Utarmande vård. Överallt där människor saknar socialt skydd och betalningen för vård till stor del sker kontant vid vårdtillfället kan de ställas inför katastrofala utgifter. Över 100 miljoner människor hamnar årligen i fattigdom på grund av att de måste betala för hälsovård.

Fragmenterad och fragmenterande vård. Den starka specialiseringen av vårdgivarna och den smala fokuseringen hos många program för sjukdomsbehandling motverkar en holistisk strategi med hänsyn de individer och familjer som de har att göra med och man inser inte behovet av kontinuitet inom vården. Hälsovård för fattiga och marginaliserade grupper är ofta mycket fragmenterad och har kraftigt reducerade resurser, samtidigt som utvecklingshjälp ofta ökar fragmenteringen.

Osäker vård. Dålig systemutformning, som inte kan garantera säkerhets- och hygienstandarder, medför hög frekvens av sjukhusförvärvade infektioner, jämte läkemedelsrelaterade problem och andra negativa effekter som hade kunnat undvikas. Detta är ofta en underskattad orsak till dödsfall och dålig hälsa.

Missriktad vård. Resursfördelningskluster kring kurativ vård till stora kostnader, medan man försummar möjligheten till primär prevention och hälsofrämjande åtgärder som kan förhindra upp till 70 procent av sjukdomsördan. Samtidigt saknar vårdsektorn sakkunskap för att mildra negativa hälsoeffekter från andra sektorer och dra största möjliga nytta av vad dessa andra sektorer kan bidra med för hälsan.

Källa: WHO; World health report 2008. Now more than ever. Geneva: WHO; 2008.

För att underlätta jämförelser av kvaliteten i olika länders hälso- och sjukvård började OECD år 2001 att utveckla internationellt jämförbara kvalitetsindikatorer. Detta arbete går under namnet *Health care quality indicators project*. Ursprungligen tog projektet fram indikatorer som inkluderade bland

annat överlevnad i vissa cancerformer, incidens av sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination och andel personer över 65 år som vaccineras mot influensa. Fler kvalitetsindikatorer utvecklas kontinuerligt. Prioriterade områden är bland annat primärvård, patientsäkerhet och patienters erfarenheter av vården. Som ett led i OECD:s arbete håller ett indikatorbaserat ramverk på att utarbetas. Ramverket tar sin utgångspunkt i en modell som består av flera centrala aspekter som är relaterade till hälso- och sjukvårdens resultat och utgör en grund för uppföljning (se bild på nästa sida). I modellen beskrivs hälso- och sjukvården som en av de avgörande aktörerna som påverkar medborgarnas hälsa. Modellen är en syntes av mångårig forskning och analys av hälso- och sjukvårdens verksamheter i många länder.

Hälsa är det centrala målet för hälso- och sjukvården i modellen. Detta innebär en bredare syn på sjukvårdens uppdrag. I modellen återfinns också de sex områdena för God vård, som beskrivits ovan. Medborgarnas olika grad av hälso- och sjukvårdsbehov tydliggörs också i modellens vänstra spalt. Vidare visas att vårdens jämlikhet kan följas genomgående utifrån om den till exempel är kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad och tillgänglig i samma utsträckning för olika grupper av medborgare. Vårdens effektivitet är en genomgripande aspekt i modellen. Det betyder att hälso- och sjukvården är effektiv om den arbetar samstämmigt med de övriga kvalitetsområdena – eller målen – och samtidigt beaktar kostnaderna.

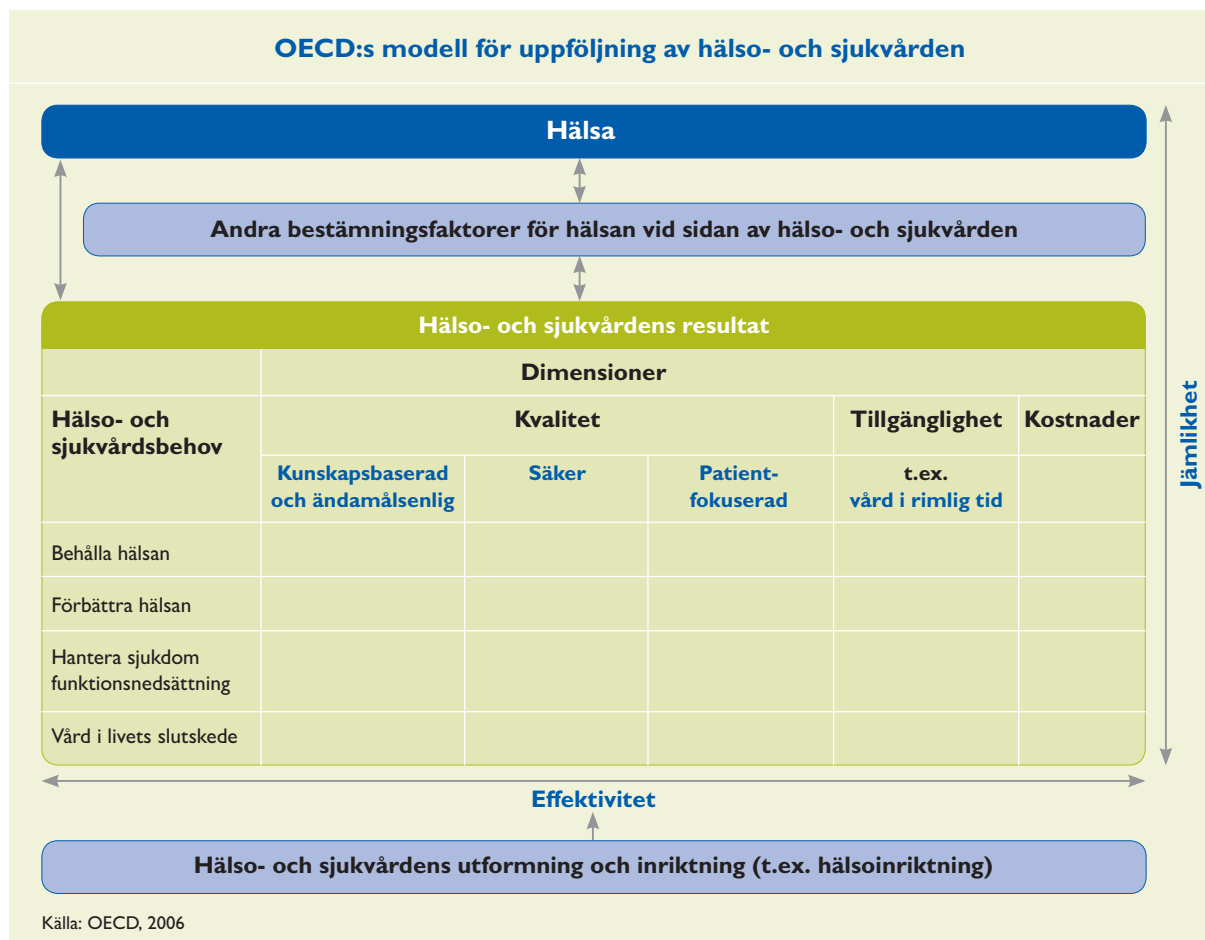
Längst ner i modellen anges – som en plattform – grundförutsättningarna för hälso- och sjukvården. Med detta menas till exempel de förhållanden inom hälso- och sjukvårdssystemen som påverkar hur medborgarna kan använda hälso- och sjukvården och vad den kostar. Här ingår också

t.ex. grad av hälsoinriktning som innebär i vilken uträkning vårdens insatser faktiskt fokuserar på en resultatorientering mot målet – d.v.s. hälsa

Förutsättningar för nationell utvärdering av vården

De ovan beskrivna ansatserna syftar ytterst till ökad transparens för beslutsfattare och medborgare i olika länder. Genom att öppet redovisa hur olika vårdgivare uppnår önskvärda mål vill man också göra det möjligt för medborgare att välja

vårdgivare. I Sverige har förutsättningarna för att kunna redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet blivit allt bättre eftersom de ansvariga för de nationella kvalitetsregistren har beslutat att vara mer öppna med sina kvalitetsjämförelser. Genom att öppet redovisa hur olika vårdgivare uppnår önskvärda mål vill man också göra det möjligt för medborgarna att, utifrån dessa resultat, välja vårdgivare. Under senare år har ambitionerna kring ökad transparens resulterat i regelbundna rapporteringar under vinjet-



ten *"Öppna jämförelser"*, som är ett samarbete mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. I rapporterna redovisas en rad resultat i vården inom olika områden fördelade på landstingen. Huvudsyftet är att genom regionala jämförelser stimulera till kvalitets- och förbättringsarbete.

Fortfarande finns dock en hel del problem med att beskriva och följa upp hur väl hälso- och sjukvården fungerar. De nationella kvalitetsregistren täcker främst avancerad specialistvård på sjukhus, medan primärvården i stort sett saknar gemensamma uppföljningssystem. Att bygga upp kvalitetsregister inom psykiatrin har också visat sig vara en svår utmaning.

Socialstyrelsen har länge pekat på risken för att breda och "mjuka" verksamheter, där det är svårt att använda enkla, kvantitativa mått på kvalitet och resultat, inte prioriteras i förhållande till verksamheter som lätt kan beskrivas med sådana mått. Det är därför särskilt angeläget att utveckla metoder och strategier för uppföljning av verksamheter som berör stora och utsatta patientgrupper, men där möjligheterna till kvalitetsuppföljning hittills varit begränsade.

Datakällor och metoder

Analyserna i denna rapport bygger på flera källor:

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården: Socialstyrelsens verksamhetstillsyn, uppföljningen av den nationella vårdgarantin, uppföljningar inom psykiatrin, strokesjukvården och cancervården etc.
- litteratursökningar inom aktuell och relevant hälso- och sjukvårdsforskning
- särskilda studier
- specialbearbetningar och analyser av nationella enkäter, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister
- intervju- och enkätundersökningar, till exempel Undersökningen om levnadsförhållanden (ULF), Hushållens ekonomi (HEK), befolkningsenkäter, folkhälsoenkäten, väntetidsdatabasen och Vårdbarometern

Datakällorna beskrivs mer utförligt i bilaga 2.

Referenser

- Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, Ten Asbroek AHA, Custers T. Conceptual Frameworks for Health Systems Performance: A Quest for Effectiveness, Quality and Improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(15):377-98.
- Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966;44(3):166–203.
- Donaldson MS, red. Statement on Quality of Care. Washington: Institute of Medicine; 1998.
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press; 2001
- Maathz G. PM – Hur hälso- och sjukvårdens huvudmän använder God Vårdperspektiven och SOSFS 2005:12. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
- Ottoson J-O, red. Patient – läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1999.
- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
- Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006
- Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2006. Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
- Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2007. Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
- Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
- Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård – diskussionsunderlag Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- Socialstyrelsen. Samverkan i re/habilitering – en vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
- Walander A, Ålander S, Burström B. Sociala skillnader i vårdutnyttjande. Yrkesverksamma åldrar. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2004.
- WHO. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.
- WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
- WHO. The Financial Crisis and Global Health. Report of a High-Level Consultation. Geneva: WHO; 2009.
- WHO. Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation. Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
- WHO. The World Health Report 2008. Primary health care – now more than ever. Genève: WHO; 2008.

Vårdens förutsättningar, verksamhet och kostnader

Sammanfattning

År 2007 uppgick Sveriges befolkning till nästan 9,2 miljoner. År 2020 beräknas den ha ökat till 9,7 miljoner. Främst ökar antalet personer med utländsk bakgrund och antalet personer över 65 år. År 2020 kommer den äldre befolkningen att utgöra 21 procent av befolkningen. Det är framför allt antalet personer i åldern 65–79 år som ökar, medan antalet personer över 80 år endast ökar marginellt. Omkring år 2020 kommer däremot antalet personer över 80 år att börja öka mycket kraftigt. Denna befolkningsutveckling ställer nya krav på vården.

År 2007 kostade den svenska hälso- och sjukvården nästan 278 miljarder kronor. Kostnaderna har ökat med 32 procent sedan 1993. Framför allt har kostnaderna ökat sedan 1998, men hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten (BNP) har varit förhållandevis konstant legat runt 9 procent. Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader i förhållande till BNP ligger på en genomsnittlig nivå när man jämför med ett urval andra länder.

Antalet vårdplatser i slutenvården har stadigt minskat sedan Ädelreformen 1992. Dessutom vårdas patienterna på sjukhus under allt kortare tid. Sverige har lägst antal vårdplatser per invånare jämfört med många andra länder, och även en av de kortaste medelvårdtiderna i slutenvården. Samtidigt har antalet vårdtillfällen i slutenvården ökat,

vilket indikerar att patienterna återkommer oftare. En annan trend är att antalet läkarbesök i primärvården ökar, medan antalet läkarbesök i den specialiserade öppenvården minskar.

Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare och tandhygienister inom hälso- och sjukvården har ökat sedan 1995. Tillgången på tandläkare har däremot minskat något. Alla dessa yrkesgrupper har låg arbetslöshet, ingen eller positiv nettoimmigration och en hög etablering på arbetsmarknaden efter examen. Det finns dock relativt stora regionala skillnader – i vissa regioner är tillgången på vissa personalkategorier sämre.

Det finns ett stort intresse inom svensk hälso- och sjukvård kring hur hälso- och sjukvården ska organiseras och styras. Det handlar bland annat om olika vårdvalsmodeller och om hur olika ersättningsprinciper påverkar de ekonomiska incitamenten för att producera hälso- och sjukvård. Flera landsting utvecklar också nya styrformer med hjälp av processorientering, där man fokuserar på patientens väg genom vården.

Lagstiftning är statens huvudsakliga verktyg för att påverka hälso- och sjukvårdens inriktning. Sedan 2005 har lagstiftningen förändrats betydligt inom områden som organisationsfrågor, informationsteknik, medicinsk etik, psykiatri och läkemedel.

Underlag, mått och indikatorer

Syftet med detta avsnitt är att övergripande beskriva några viktiga förutsättningar för den svenska hälso- och sjukvården ur olika perspektiv, i dag och framöver. De förutsättningar som beskrivs är framför allt demografiska, ekonomiska, personella och legala. Vidare kommenteras pågående utvecklingstrender och strukturförändringar i vården.

I avsnittet om demografi utgår vi från befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån (SCB). Följande indikatorer används för att beskriva den demografiska utvecklingen:

- antal invånare, totalt och uppdelat på åldersgrupper
- förväntad medellivslängd.

För kostnads- och prestationsbeskrivningarna har vi hämtat data från Socialstyrelsen, SCB, Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vi gör också internationella jämförelser i de fall där det finns underlag. Följande indikatorer används för att belysa kostnader och prestationer:

- hälso- och sjukvårdsutgifter, totala och uppdelade på verksamhetsområde, utförare respektive finansiär
- årlig förändring av kostnader per DRG-poäng inom specialiserad somatisk vård
- läkemedelskostnader
- genomsnittligt antal disponibla akuta slutenvårdplatser
- medelvårdtid i slutenvården
- internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdens kostnader, antal vårdplatser och medelvårdtid i slutenvården.

I avsnittet om personella förutsättningar utgår vi från data från Socialstyrelsens nationella planeringsstöd (NPS). Följande indikatorer används för att belysa de personella förutsättningarna:

- tillgång och efterfrågan på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare
- tillgång och efterfrågan på tandläkare och tandhygienister.

Kommentarer till statistik för internationella jämförelser

Flera internationella organisationer tar fram statistik för hälso- och sjukvården i olika länder. Exempel på sådana organisationer är Världshälsoorganisationen (WHO), OECD, EU:s statistikbyrå Eurostat och Nordisk medicinalstatistisk kommitté (Nomesko). Organisationerna har dock inte alltid använt samstämmiga definitioner och metoder. Det är till exempel inte alltid tydligt vilka mått som används för att beskriva tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal i ett land. Personaltäthet kan nämligen beskrivas på flera olika sätt: antalet utbildade, antalet sysselsatta, antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården eller antalet sysselsatta med patienter inom hälso- och sjukvården. Få länder har högkvalitativ data för det sistnämnda måttet, det vill säga antalet sysselsatta med patienter inom hälso- och sjukvården (inte heller Sverige). Än mer osäker är den internationella statistiken för sjuksköterskor, eftersom sjuksköterska definieras på olika sätt i olika länder.

För att stödja utvecklingen av jämförbar internationell statistik arbetar EU, OECD och WHO nu med att harmonisera sina definitioner och sin statistikinsamling inom flera områden.

I syfte att upprätta en gemensam ram för systematisk framställning av gemenskapsstatistik inom EU har Europaparlamentet och Europeiska unionens råd antagit en förordning om gemenskapsstatistik inom hälsoområdet [1]. Den nya förordningen innebär att länderna i EU ska tillhandahålla kommissionen (Eurostat) statistik inom följande områden:

- hälsosituation och hälsans bestämningsfaktorer
- hälso- och sjukvård
- dödsorsaker
- olycksfall i arbetet
- arbetssjukdomar och andra arbetsrelaterade hälsoproblem och sjukdomar.

Som framgått finns flera olika typer av problem med att göra jämförelser av internationell statistik på hälso- och sjukvårdsområdet. Ofta speglar jämförelser mer olikheter i hur hälso- och sjukvården är organiserad än om den bedrivs på ett effektivt sätt. För att belysa orsakerna till skillnader mellan länder behövs ofta fördjupade analyser och studier.

När statistik finns tillgänglig görs i detta avsnitt jämförelser mellan de ursprungliga 15 EU-länderna och Norge, Island, Schweiz, USA, Kanada, Nya Zeeland samt genomsnittet för de 30 OECD-länderna.

Demografiska förändringar – utlandsfödda och äldre ökar

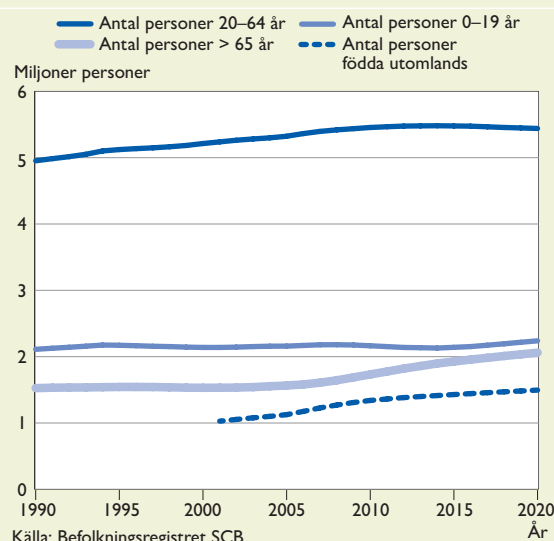
Sveriges befolkning uppgick till nästan 9,2 miljoner år 2007. Det är en ökning med 0,6 miljoner sedan år 1990. Nästan 60 procent av invånarna är 20–64 år, medan 17 procent är äldre än 65 år.

Fram till år 2020 beräknas Sveriges befolkning öka med ytterligare 6 procent, till 9,7 miljoner. Fram-

för allt kommer andelen personer över 65 år att öka, liksom andelen personer som är födda utomlands.

År 2007 var drygt 13 procent av befolkningen född i ett annat land än Sverige. År 2020 beräknas andelen vara 15,4 procent – 1,5 miljoner invånare (figur 1:1).

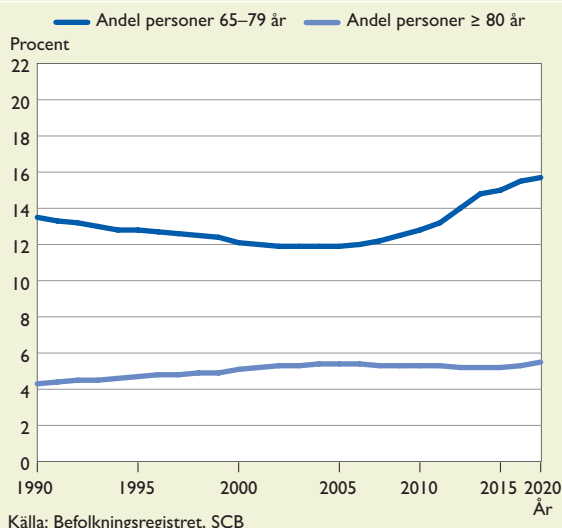
Figur 1:1. Befolkningsutveckling 1990–2020



Flest utlandsfödda kommer från de europeiska länderna utanför EU och från övriga delar av världen. Det är även från dessa länder som invandringen kommer att öka mest fram till 2020. Invandringen från de nordiska länderna kommer däremot att minska fram till 2020 [2].

Vidare var ungefär 1,6 miljoner personer 65 år eller äldre år 2007. Andelen äldre i befolkningen har legat relativt konstant runt 17 procent sedan 1990. Antalet personer över 65 år förväntas dock öka med 28 procent fram till 2020, och kommer då att utgöra 21 procent av befolkningen.

Figur 1:2. Befolkningsutveckling för personer ≥ 65 år 1990–2020



Främst kommer antalet personer i åldern 65–79 år att öka, medan antalet personer över 80 år endast ökar marginellt. Omkring år 2020 kommer befolkningen över 80 år dock att börja öka mycket kraftigt. Detta beror dels på att invånarnas livslängd alltjämt ökar, dels på att så många barn föddes i Sverige på 1940-talet (figur 1:2). År 2050 beräknas 900 000 personer vara äldre än 80 år – en fördubbling jämfört med år 2000. Vidare kommer kvinnorna inte att dominera lika kraftigt bland de allra äldsta i befolkningen, enligt SCB:s prognos. År 2008 var 64 procent av alla över 80 år kvinnor – en andel som förväntas minska till 56 procent år 2050 [2].

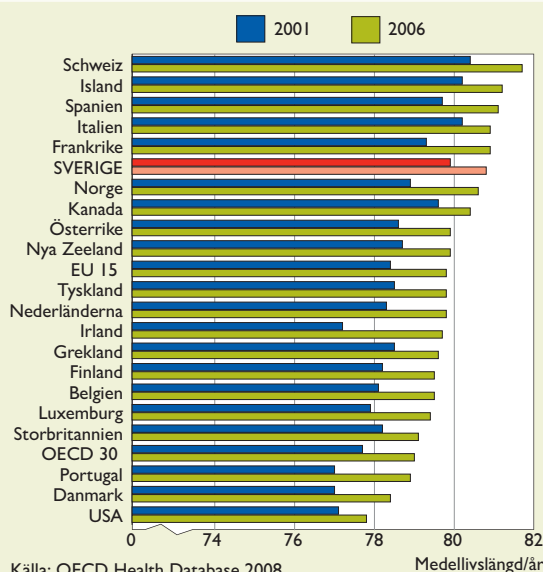
Antalet barn och ungdomar kommer att öka något under hela perioden fram till 2020. Den arbetsföra befolkningen ökar fram till 2014, då den utgör 58 procent av befolkningen, men därefter minskar den något fram till 2020.

Antalet äldre ökar snabbare än antalet personer i arbetsför ålder. Därmed ökar den så kallade försörjningskvoten, det vill säga antalet personer som ska försörjas per sysselsatt person. Denna demografiska utveckling innebär att arbetskraftsutbudet växer långsammare, vilket i sin tur gör att den ekonomiska tillväxten kan komma att avta gradvis.

Befolkningen i Sverige har en hög medellivslängd. År 2006 var den förväntade medellivslängden 80,8 år. För kvinnorna var den närmare 83 år och de levde i genomsnitt 4 år längre än männen. I de ursprungliga 15 EU-länderna var 2006 medellivslängden 79,8 år, och i OECD-länderna var den förväntade medellivslängden vid födseln 79 år. Lägst var medellivslängden i USA, 77,8 år, medan den var högst i Schweiz, 81,7 år (figur 1:3).

Figur 1:3. Medellivslängd i olika länder år 2001 och 2006

Förväntad medellivslängd vid födseln i några olika länder, samt genomsnitt för EU 15- och OECD 30-länderna.



Ekonomiska förutsättningar och kostnader

Den samhällsekonomiska utvecklingen avgör vårdens resurser

I den offentliga sektorn ingår staten, kommunerna, landstingen och socialförsäkringssektorn. Även transfereringar från staten till hushållen och till företag ingår, till exempel pensioner, barnbidrag, sjukförsäkringar och arbetslöshetsersättning. Dessa verksamheter finansieras till stor del av skatter, i huvudsak från hushållens förvärvsinkomster och från lagstadgade avgifter.

Sambandet mellan samhällsekonomin och kommunsektorns ekonomi är komplext, liksom sambandet mellan olika samhällsekonomiska faktorer. Landstingens och kommunernas ekonomiska förutsättningar bestäms ytterst av den samhällsekonomiska utvecklingen. Ju högre den ekonomiska tillväxten är, desto större blir utrymmet för att bygga ut den offentligt finansierade verksamheten. Samhällsekonomin påverkas bland annat av demografin, politiska beslut och den internationella ekonomiska utvecklingen. Samhällsekonomin påverkar i sin tur landstingens och kommunernas ekonomi genom bland annat skattekraften¹ samt genom politiska prioriteringar på nationell nivå av olika samhällsåtaganden. Kommunsektorns ekonomi påverkas i sin tur av lokala prioriteringar, befolkningens behov, efterfrågan på och utbudet av offentliga tjänster samt tillgången på personal.

Samhällets ekonomiska tillväxt kommer att spela en avgörande roll för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling. Det är den som på sikt

avgör vårdens resurser, enligt historiska erfarenheter och jämförelser mellan länder. När den ekonomiska tillväxten är god ställer medborgarna högre krav på bättre vård. Ett ökat välbefinnande innebär också att både medborgarna och samhället får bättre råd med hälso- och sjukvård. Internationella jämförelser visar ett tydligt samband mellan ett lands bruttonationalprodukt (BNP) och dess kostnader för hälso- och sjukvård. Främst är det sysselsättningsutvecklingen som bestämmer hälso- och sjukvårdens andel av BNP, och därmed hur stor del av de samlade inkomsterna som hälso- och sjukvården behöver ta [3]. Andra faktorer som påverkar vårdens kostnader är ett växande antal äldre, förändringar i det allmänna hälsotillståndet och utvecklingen av medicinsk teknik [4].

Under perioden 2007–2012 beräknas BNP årligen öka med drygt 2 procent i genomsnitt [4, 5]. Tillväxten förväntas avta på sikt fram till 2030, och då understiga 2 procent i genomsnitt, eftersom arbetskraften kommer att bidra allt mindre till tillväxten. Vidare beräknas BNP per capita öka med 1,4 procent i genomsnitt per år 2005–2030. BNP per capita ökar inte lika mycket som BNP eftersom befolkningen över 65 år växer.

Den privata konsumtionen förväntas däremot öka i något snabbare takt än BNP. Hushållens konsumtionsutgifter beräknas öka med i genomsnitt 2–3 procent per år mellan 2005 och 2030. Den snabbare ökningen beror delvis på antagandet om oförändrade skattesatser, vilket gör att hushållens disponibla inkomster ökar. Samtidigt sparar hushållen mindre på grund av demografins utveckling: ålderspensionärer sparar en mindre del av sin inkomst än andra, så när dessa pensionärer snabbt blir fler sjunker hushållens sparande successivt de närmaste 20–25 åren.

¹ Skattekraften visar förhållandet mellan inkomster och folkmängd

Antagandet om oförändrade skattesatser begränsar därmed utrymmet för offentlig konsumtion. Den offentliga konsumtionen beräknas endast öka med mellan 0,5–0,7 procent per år. På lång sikt handlar det också om i vilken grad Sveriges skatteuttag kan avvika från andra länders. Enligt EU:s stabilitets- och tillväxtpakt får den offentliga sektorn som regel inte ha ett underskott som är större än 3 procent av BNP.

De påfrestningar som kan förutses när andelen äldre i befolkningen ökar förutsätter ett högt sparande under de närmaste 10–15 åren. På så sätt kan man klara av ökade framtida kostnader utan att statsskulden växer okontrollerat eller att välfärden försämras.

Kostnaderna för svensk hälso- och sjukvård ökar

År 2007 kostade hälso- och sjukvården i Sverige, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, nästan 278 miljarder kronor. Den öppna hälso- och sjukvården blev den största kostnadsposten, i och med den nya verksamhetsindelningen enligt det internationella systemet för hälsoräkenskaper (se faktaruta och ordförklaringar). Den kostade 72 miljarder kronor år 2007, medan slutenvården kostade 71 miljarder kronor. Hemsjukvården i landstingen och kommunerna kostade 22 miljarder kronor.

Hälso- och sjukvårdens kostnader beräknas med en ny modell

SCB har från och med 2008 övergått till att redovisa kostnaderna för hälso- och sjukvården utifrån OECD:s manual för hälsoräkenskaper "A System of Health Accounts" (SHA) [6]. Manualen är det system för redovisning av hälso- och sjukvårdens kostnader och prestationer som OECD, EU och WHO gemensamt har antagit. Systemet bygger på etablerade internationella klassifikationer som är möjliga att knyta till det europeiska nationalräkenskapssystemet ENS/ESA 95*.

Dessa hälsoräkenskaper (mer detaljerade räkenskaper utifrån nationalräkenskaperna) mäter hälso- och sjukvårdens totala utgifter. Hälsoräkenskaperna bygger liksom nationalräkenskaperna på internationella klassifikationer (SNA 93, System of National Accounts – det internationellt överenskomna standardsystemet för nationalräkenskaper). Hälsoräkenskaperna enligt SHA bygger på tre klassifikationer för hälso- och sjukvårdens ändamål/funktioner, producenter och finansierare (ICHA, International Classification for Health Accounts). De utgår från följande frågeställningar:

- Vilken typ av tjänster utförs och vad köps inom hälso- och sjukvården?
- Vilka är hälso- och sjukvårdens producenter?
- Hur finansieras hälso- och sjukvården?

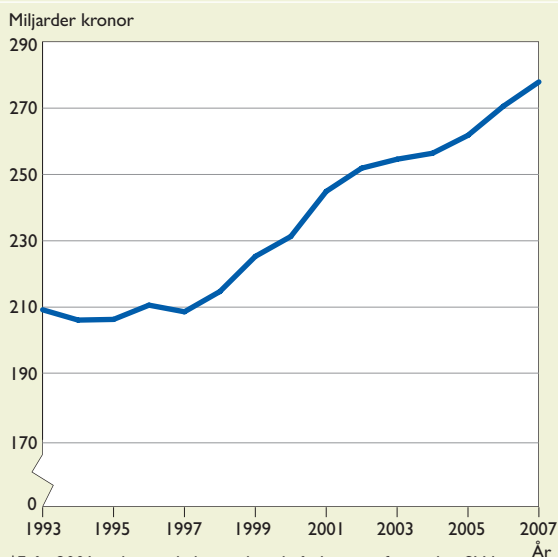
Hälso- och sjukvårdens alla utgifter redovisas enligt de tre klassifikationerna. Detta nya redovisningssätt gör det lättare att följa upp och analysera hälso- och sjukvården på en mer detaljerad nivå. Förutom utgifter och kostnader ska modellen ligga till grund för annan uppgiftsinsamling inom hälso- och sjukvårdsområdet, som till exempel för vårdplatser och personal.

Första gången SCB publicerade svenska hälsoräkenskaper efter OECD:s manual var i april 2008 och redovisningen gällde år 2001–2006. Det nya beräkningssättet innebär att uppgifterna blir mer detaljerade än tidigare, och att kommunernas kostnader för hälso- och sjukvården ingår. Numera ingår också kostnader för företagshälsövård, privata sjukvårdsförsäkringar och hälso- och sjukvård utförd av icke vinstdrivande organisationer [8]. I och med det nya beräkningssättet blir hälso- och sjukvårdens kostnader högre än tidigare, i absoluta tal.

*ENS/ESA = Europeiska Rådets förordning (EG 2223/96) om Europeiska national- och regionalräkenskapssystemet i gemenskapen (ESA95). ENS/ESA är ett integrerat system av ekonomiska konton och utgör den europeiska versionen av System of National Accounts (SNA). ENS är den svenska översättningen av ESA.

Figur 1:4. Kostnadsutveckling*

Utveckling av kostnaderna för hälso- och sjukvården i 2007 års fasta pris (SCB:s konsumtionsindex 2007), miljarder kronor.



*Från 2001 redovisas hälso- och sjukvårdens utgifter enligt SHA, vilket innebär ett trendbrott i redovisningen gentemot det sätt som SCB tidigare använde

Källa: Specialbearbetning av data från Socialstyrelsen och SCB

Vidare kostade dagsjukvården drygt 5 miljarder kronor, medan kostnaden för laboratorier, röntgen, patienttransporter och ambulanser uppgick till 12,4 miljarder kronor. Sammanlagt kostade slutenvården, dagsjukvården och laboratorier med mera 89 miljarder kronor. Detta är till stor del kostnader för vård på sjukhus.

Läkemedel som hämtats ut på recept och andra medicinska förbrukningsartiklar kostade 45 miljarder kronor, medan tandvården kostade nästan 20 miljarder kronor.

Med den nya verksamhetsindelningen kan man även urskilja befolkningsinriktade kollektiva folkhälsoinsatser. Dessa kostade drygt 9 miljarder kronor år 2007.

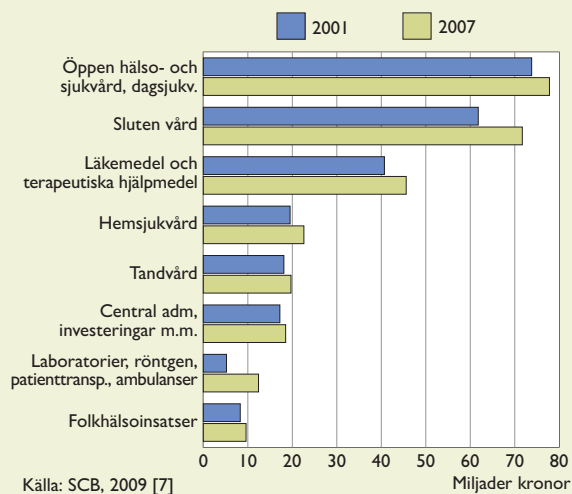
Sedan Ädelreformen 1992 har kostnaderna för hälso- och sjukvården ökat med 32 procent i fasta priser. Framför allt har kostnaderna ökat från 1998 och framåt (figur 1:4).

Mellan år 2001 och 2007 har kostnaderna för hälso- och sjukvården ökat med 13 procent. Mest ökade kostnaderna för sådan vård som till största delen utförs på sjukhus – de ökade med 20 procent. Ökningarna beror i hög grad på den medicintekniska utvecklingen. Vården använder nya och dyrare behandlingsmetoder samt nya och dyrare mediciner [9].

Vidare ökade kostnaderna för hemsjukvården med 16 procent. Kostnaderna för den öppna hälso- och sjukvården ökade med 8 procent. Denna ökning skedde först från år 2005 (figur 1:5). Den enda verksamhet där kostnaderna minskade under perioden var den dagsjukvård som ofta utförs på sjukhus.

Figur 1:5. Hälso- och sjukvårdsutgifter per verksamhetsområde

Totala utgifter 2001 och 2007 i 2007 års fasta priser (SCB:s konsumtionsindex 2007).



Källa: SCB, 2009 [7]

Definitioner av vissa begrepp enligt OECD:s manual A System of Health Accounts [6].

Slutenvård – hälso- och sjukvård när den ges till en patient som är inskriven vid en vårdenhet eller som vårdas eller observeras på en intagningsavdelning.

Dagsjukvård – medicinska och paramedicinska hälso- och sjukvårdsinsatser som ges till dagpatienter, till exempel dagkirurgi.

Öppenvård – dels den hälso- och sjukvård som ges på öppenvårdsmottagningar i primärvården och närsjukvården, dels den vård som ges i sjukhusens öppna mottagningsverksamheter.

Hemsjukvård – dels den landstingsdrivna hemsjukvården, dels den hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen.

Folkhälsoinsatser – olika befolkningsinriktade kollektiva aktiviteter som syftar till att förstärka befolkningens hälso-tillstånd, till skillnad från de individuella insatser som görs inom hälso- och sjukvården. Folkhälsoinsatser görs oftast i form av olika kampanjer eller program, till exempel vaccinationsprogram.

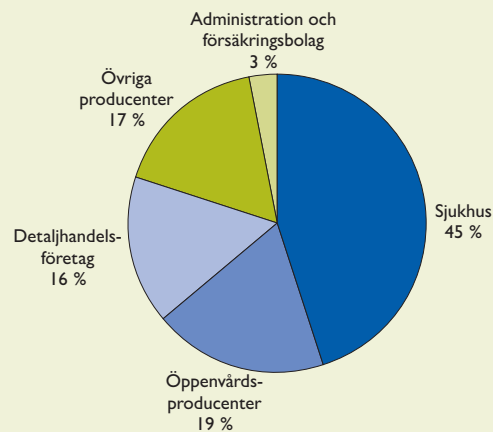
Övrig hälso- och sjukvård – kostnader för central administration. Det handlar till exempel om landstingens centrala administration av hälso- och sjukvården, investeringar m.m.

Vilka producerar och finansierar hälso- och sjukvården?

År 2007 producerade sjukhusen den största delen av hälso- och sjukvården i Sverige: 45 procent, beräknat utifrån vårdens kostnader. Därefter kom öppenvårdsproducenterna. Vidare stod detaljhandelsföretag för 16 procent av kostnaderna, framför allt företag som säljer läkemedel och förbrukningsartiklar (figur 1:6).

Till allra största delen finansieras hälso- och sjukvården av landstingen. De stod för 71 procent av kostnaderna år 2007. Hushållen stod för 16 procent, medan kommunerna finansierade 8 procent av kostnaderna. Staten finansierade 2 procent.

Figur 1:6. Hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade efter utförare år 2007



Källa: SCB, 2009 [7]

Tabell 1:1. Kostnader per vårdkontakt i primärvården

Kostnader i kronor per viktad vårdkontakt och invånare år 2003–2007 i 2007 års fasta priser samt förändring i procent (SCB:s konsumtionsindex).

År	2003	2004	2005	2006	2007	Förändring, %
Primärvård totalt	1 256	1 304	1 214	1 249	1 199	-5
Allmänläkarvård	1 193	1 213	1 135	1 191	1 156	-3
Sjuksköterskevård	291	313	345	350	344	18
Mödrahälsovård*	1 375	1 457	1 387	1 465	1 487	8
Barnhälsovård**	1 180	1 212	1 052	1 098	1 222	3
Sjukgymnastik	383	393	387	404	426	11

*Relaterat till antalet kvinnor i åldern 15–54 år

**Relaterat till antalet barn i åldern 0–6 år

Källa: SKL, 2008 [10]

Tabell 1:2. Läkemedelskostnader

Läkemedlens kostnader (AUP*) i miljoner kronor och som andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, löpande priser.

År	Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	Totala läkemedelskostnader	Samhällets kostnader för läkemedel**	Läkemedlens andel av kostnaderna för hälso- och sjukvården, %	Samhällets kostnadsandel för läkemedlen, %
2001	208 759	25 127	17 979	12	8,6
2002	225 897	27 260	19 657	12,1	8,7
2003	237 431	27 836	20 236	11,7	8,5
2004	242 360	28 626	20 811	11,8	8,6
2005	251 423	29 465	21 367	11,7	8,5
2006	266 229	30 959	22 313	11,6	8,4
2007	277 949	32 871	23 707	11,8	8,5

*Humanläkemedel ATC-kod A-V, samtliga försäljnings sätt, inklusive patientens egenavgift, AUP (Apotekets utpriser)

**Totala kostnader för läkemedel minus patienternas egenavgift

Källa: Apoteket AB och SCB, 2008 [7]

Kostnaden per vårdkontakt har minskat i primärvården

Kostnaden per viktad vårdkontakt² har minskat i primärvården med 5 procent sedan 2003. Däremot har kostnaderna för insatser utförda av sjuksköterskor och insatser inom sjukgymnastiken ökat med 18 respektive 11 procent sedan 2003 (tabell 1:1). En trolig förklaring är att det skett en omfördelning av arbetsuppgifter mellan läkare och annan vårdpersonal.

Läkemedelskostnadernas andel av sjukvårdskostnaderna

Läkemedel är en stor kostnadspost i den svenska hälso- och sjukvården. Under 1990-talet ökade kostnaderna för läkemedel kraftigt, vilket ansågs problematiskt. Sedan 2001 har de totala läke-

medelskostnadernas andel av hälso- och sjukvårdens kostnader dock legat stabilt runt 12 procent. Samhällets kostnadsandel³ för läkemedel har också legat stabilt, på runt 8 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna (tabell 1:2).

Det finns flera orsaker till att läkemedelskostnaderna inte längre ökar. År 2001 bildades till exempel Läkemedelsförmånsnämnden, som från och med juli 2008 heter Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Denna myndighet beslutar vilka läkemedel, förbrukningsartiklar och tandvårdsbehandlingar som ska omfattas av högkostnadsskyddet. Därmed kan samhället kontrollera kostnaderna till viss del.

En annan kostnadsbesparande åtgärd är också generikareformen som infördes år 2002. Den innebär att apoteken byter ut läkemedel om det finns likvärdiga som är billigare. Samtidigt har flera patent gått ut och färre nya läkemedel intro-

² Med viktade vårdkontakter avses när besöken har viktats med hänsyn till resursåtgången. Ett hembesök har beräknats motsvara två mottagningsbesök och en telefonkontakt 1/3 av ett mottagningsbesök. Besök av annan personalkategori än läkare har antagits motsvara 40 procent av ett läkarbesök.

³ Med samhällets kostnad för läkemedel avses totala kostnader för läkemedel minus patienternas egenavgifter.

ducerats på marknaden. Vidare har läkemedelskommittéerna arbetat för att öka förskrivarnas kostnadsmedvetenhet, och vissa landsting har decentraliserat kostnadsansvaret [11].

Den största delen av de totala läkemedelskostnaderna kommer från läkemedel som skrivits ut på recept: 74 procent. 16 procent utgörs av rekvisitioner i slutenvården. Resterande kostnader kommer från rekvisitioner i öppenvården och receptfria läkemedel.

Kostnaderna varierar mellan landstingen

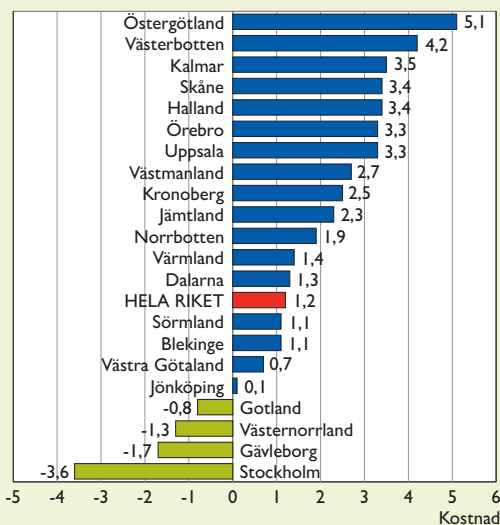
DRG-poäng är ett mått som anger vårdtyngden inom slutenvården. Kostnaderna per DRG-poäng skiljer sig stort mellan olika landsting (figur 1:7). Lägre kostnader per DRG-poäng innebär en högre produktivitet. I de flesta landsting har dock kostnaderna i fasta priser ökat mer än antalet DRG-poäng, det vill säga produktiviteten har troligen minskat i de flesta landsting på grund av att vårdtyngden har ökat.

DRG

Diagnosrelaterade grupper (Diagnosis Related Groups, DRG) är ett system för sekundär patientklassificering avsett för slutenvård på akutsjukhus. DRG-statistiken har ett produktionsperspektiv och omfattar den somatiska vården exklusive geriatrik och psykiatri. DRG är ett sätt att beskriva patientsammansättningen (case mix) på ett sjukhus. Beskrivningen blir mer överskådlig än om verksamheten i stället skulle beskrivas med tusentals diagnos- och operationskoder. Flera landsting använder i dag DRG för att följa upp och planera verksamheten, men även för att debitera för vården genom att sätta ett pris på varje diagnosgrupp. DRG-poäng är ett mått som anger vårdtyngden inom slutenvården.

Figur 1:7. Kostnader per DRG-poäng

Årlig förändring av kostnader per DRG-poäng i specialiserad somatisk vård år 2005–2007, fasta priser.



Källa: Socialstyrelsen och SKL, 2008 [12]

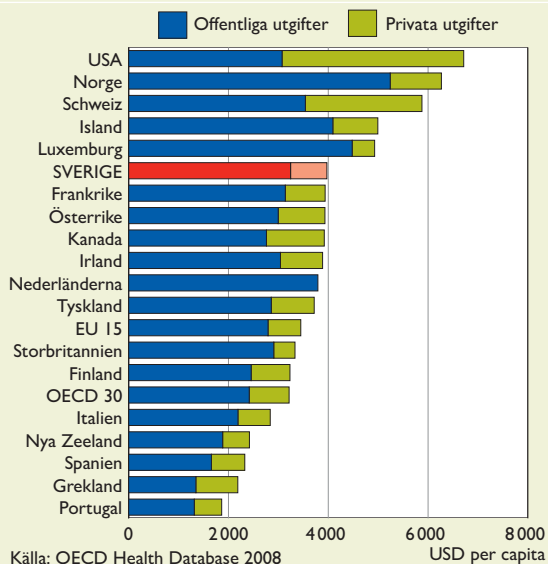
Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader är genomsnittliga i förhållande till andra länder

År 2007 användes 9,1 procent av Sveriges BNP för att täcka hälso- och sjukvårdens kostnader, enligt det nya beräkningssättet utifrån SHA. Detta är en ökning med 0,1 procentenheter jämfört med 2001. Andelen varierade något mellan 2001 och 2007, men inte påtagligt. Kostnaderna för hälso- och sjukvården har därmed följt samma utveckling som samhällsekonomin i stort. Att procentandelen varierar kan bero antingen på att hälso- och sjukvårdskostnaderna varierar eller på att BNP varierar.

Hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP i Sverige ligger på en genomsnittlig nivå

Figur 1:8. Hälso- och sjukvårdskostnader i olika länder år 2006

Hälso- och sjukvårdskostnader (offentlig och privat finansiering) per invånare i några olika länder samt genomsnitt för EU 15- och OECD 30-länderna.



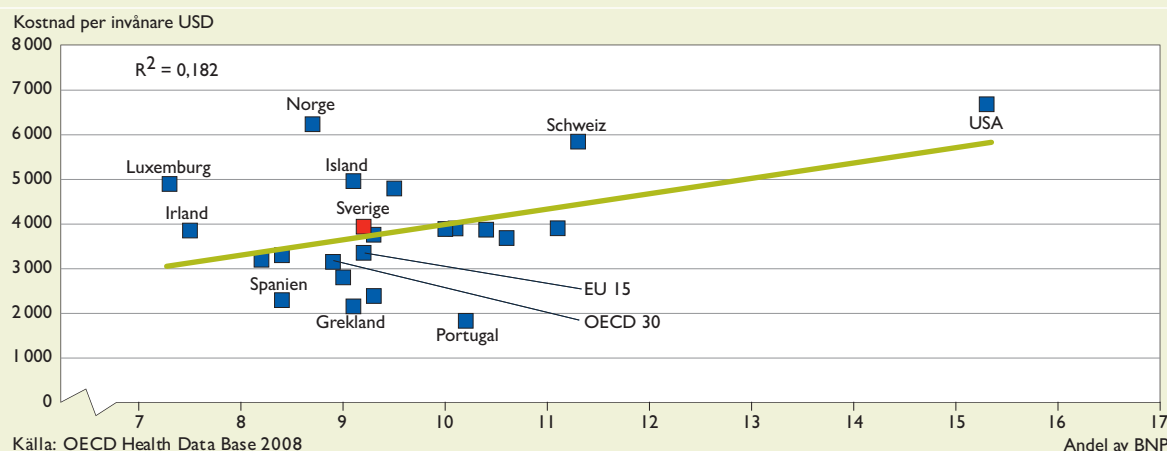
jämfört med de ursprungliga 15 EU-länderna. Jämför man i stället med några länder utanför EU, till exempel Norge, Island, Schweiz, USA, Kanada och Luxemburg, så avsatte USA störst andel resurser för hälso- och sjukvården år 2006 med 15,3 procent av BNP, medan Luxemburg avsatte minst med 7,3 procent (figur 1:9).

Sedan 2001 har hälso- och sjukvårdens kostnader ökat i förhållande till BNP i de flesta länder. Med hänsyn till köpkraften i respektive land tillhörde vidare USA följt av Norge och Schweiz de dyrare länderna räknat per invånare. Portugal, Grekland och Spanien tillhörde de billigare, medan Sverige låg på sjunde plats. USA, Schweiz och Grekland hade störst andel privat finansierad hälso- och sjukvård med 54, 40 respektive 38 procent. I Sverige var 18 procent av vården privat finansierad (figur 1:8).

Finns det något samband mellan ett lands hälso- och sjukvårdskostnader och dessa kostna-

Figur 1:9. BNP och hälso- och sjukvårdskostnader

Samband mellan hälso- och sjukvårdens andel av BNP och hälso- och sjukvårdens kostnader, per invånare år 2006 – köpkraftsjusterad USD.



ders andel av BNP? Av figur 1:9 framgår att kostnaden per invånare varierade mellan runt 2 000 och 7 000 amerikanska dollar år 2006, medan hälso- och sjukvårdens andel av BNP varierade mellan 7 och 15 procent. Figuren visar att det finns ett svagt positivt samband mellan hälso- och sjukvårdens andel av BNP och hälso- och sjukvårdskostnaderna. Både USA och Norge har dock höga kostnader per invånare, men andelen av BNP skiljer sig åt.

Slutenvård och öppenvård utvecklas olika

I Sverige har antalet vårdtillfällen i slutenvården och antalet läkarbesök i primärvården ökat sedan år 2003, medan antalet vård dagar i slutenvården och antalet läkarbesök i den specialiserade öppenvården har minskat. Under 2007 uppgick det totala antalet vård dagar till 6,9 miljoner och det totala antalet vårdtillfällen till 1,5 miljoner. Antalet läkarbesök i den specialiserade vården och i primärvården uppgick till nästan 13 miljoner besök vardera. DRG-poängens utveckling sedan 2003 tyder på att patienterna i slutenvården har större vårdbehov och behöver fler och dyrare behandlingsinsatser jämfört med tidigare (figur 1:10).

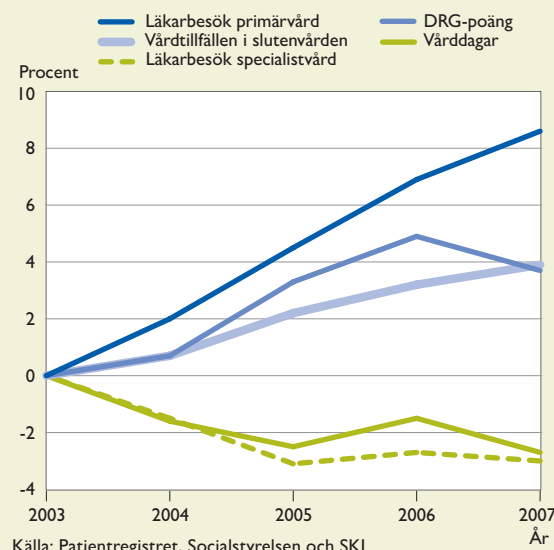
Slutenvård – vårdtiderna minskar medan vårdtillfällena ökar

Antalet platser i slutenvården har stadigt minskat sedan 1992 i Sverige. Mest minskar antalet platser i medicinsk och kirurgisk korttidsvård. År 2007 fanns 26 184 platser i slutenvården, varav 9 650 i medicinsk korttidsvård och 7 700 i kirurgisk korttidsvård. Därmed har Sverige lägst antal vårdplatser per invånare jämfört med många andra euro-

peiska länder, och även färre än både Kanada och USA, enligt OECD:s statistik. Svenska sjukhus erbjuder 2,2 vårdplatser inom korttidsvården per 1 000 invånare, medan till exempel Österrike och Tyskland har tre gånger så många platser.

En förklaring till att antalet vårdplatser i Sverige har minskat är att kommunerna i och med Ädelreformen 1992 övertog en del av hälso- och sjukvårdsansvaret för äldre samt för personer med funktionsnedsättning med långvariga behov av hälso- och sjukvård. Därmed får många personer i stället hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunernas vård och omsorg. År 2007 fick 170 000 personer någon form av hälso- och sjukvårdsinsats i kommunerna.

Figur 1:10. Vårdströmmar år 2003–2007
Procentuell förändring för läkarbesök, vårdtillfällen och vård dagar samt DRG-poäng. Förändring i förhållande till år 2003.



En annan förklaring till minskningen är att vårdtiderna i slutenvården har halverats med stöd av den medicintekniska utvecklingen. Medelvårdtiden i slutenvården var 6,1 dagar år 2006. Den varierade dock mellan olika specialiteter. Längst var den i geriatrisk och psykiatrisk vård: mellan 16,5 och 20,5 dagar. I den somatiska korttidsvården var medelvårdtiden däremot endast 4,6 dagar. Kvinnor har något kortare medelvårdtid (5,8 dagar) än män (6,4 dagar).

Sverige har en av de kortaste medelvårdtiderna jämfört med ett urval av europeiska länder och USA, Kanada och Nya Zeeland. Längst vårdtider i den akuta slutenvården har Frankrike, med i genomsnitt 13 dagars vårdtid. Sedan år 2001 har vårdtiden i slutenvården minskat något i de flesta länderna (figur 1:11).

I Sverige har däremot antalet vårdtillfällen ökat med nästan 4 procent från 2003. Detta indikerar att patienterna återkommer oftare till slutenvården.

Öppenvård – primärvården ökar mer än den specialiserade öppenvården

År 2007 gjordes nästan lika många läkarbesök i primärvården som i den specialiserade öppenvården i Sverige: cirka 13 miljoner besök vardera. I den specialiserade öppenvården gjordes flest läkarbesök i den kirurgiska korttidsvården: runt 6,4 miljoner, medan den medicinska korttidsvården fick 4,6 miljoner besök [10]. Sedan 2001 har antalet läkarbesök i primärvården ökat med 3 procent, medan besöken i den specialiserade öppenvården har minskat med 5,6 procent.

Besök hos andra personalkategorier än läkare är vanligast i primärvården. Som nämnts ovan görs cirka 13 miljoner läkarbesök i primärvården. Utöver detta görs drygt 24 miljoner besök till andra

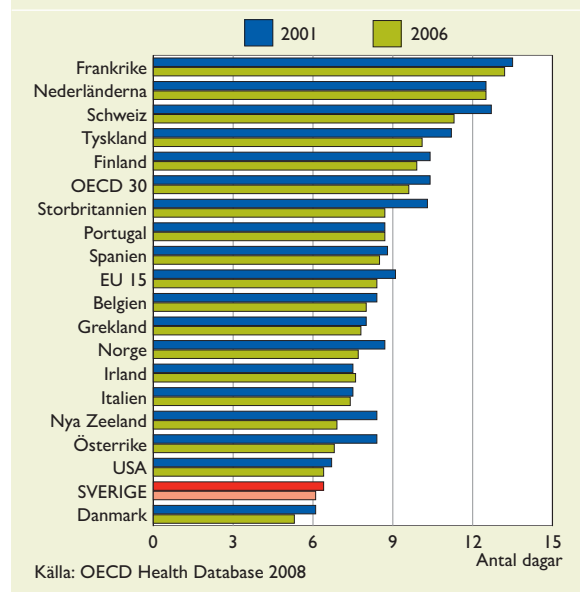
personalkategorier, till exempel sjukgymnaster eller distriktssköterskor. Sedan 2001 har antalet besök hos andra personalkategorier än läkare ökat i både primärvården och den specialiserade öppenvården med 6 respektive 11 procent.

Tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal

En viktig förutsättning för hälso- och sjukvården är tillgången på personal. Socialstyrelsen bedömer löpande balansen mellan tillgång och efterfrågan på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. I den senaste analysen pekar samtliga indikatorer på att de undersökta

Figur 1:11. Vårdtid i slutenvården i olika länder år 2001 och 2006

Genomsnittlig vårdtid i dagar i några olika länder samt genomsnitt för EU 15- och OECD 30-länderna.



yrkesgrupperna har en låg arbetslöshet, positiv eller ingen nettoimmigration och en hög etablering på arbetsmarknaden efter examen [13].

I januari 2009 bedömde Socialstyrelsen att arbetsmarknaden för tandhygienister och sjuksköterskor var i balans, men samtidigt uppgav landstingen i Socialstyrelsens enkätundersökning att specialistutbildade sjuksköterskor i hög grad är svårrekryterade. Vilka specialistsjuksköterskor som var svårrekryterade varierade dock mellan landstingen. För barnmorskor var efterfrågan större än tillgången, men även här hade landstingen olika lätt att rekrytera. Vidare bedömde Socialstyrelsen att också arbetsmarknaden för läkare var i obalans – efterfrågan var större än tillgången, framför allt på specialistutbildade läkare. För tandläkare varierade rekryteringsmöjligheterna över landet, men sammantaget var efterfrågan något större än tillgången.

Socialstyrelsen menar att de viktigaste instrumenten för att åtgärda dessa obalanser på arbetsmarknaden är att

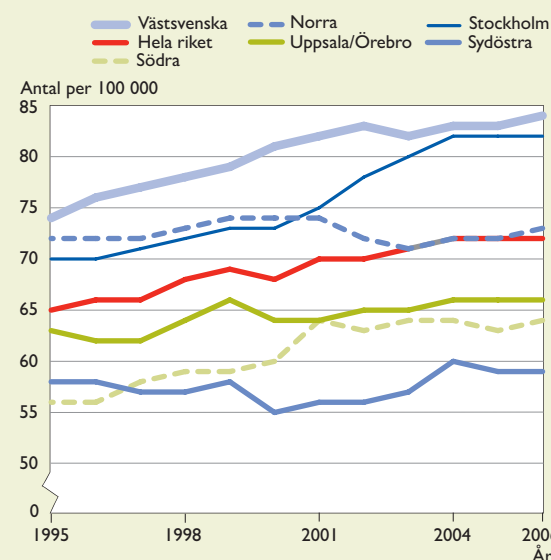
- anpassa utbildningarnas dimensionering
- förändra personalsammansättningen
- stimulera till migration.

Ökad tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare

Under perioden 1995–2006 ökade tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare i Sverige. Tillgången på läkare ökade med 28 procent, medan tillgången på barnmorskor och sjuksköterskor ökade betydligt mindre: med 14 respektive 15 procent. Även det totala antalet specialistläkare ökade under år 1995–2006. Utvecklingen ser dock olika ut i olika specialiteter [14].

Figur 1:12. Barnmorskor

Antal sysselsatta i hälso- och sjukvården per 100 000 invånare år 1995–2006, efter sjukvårdsregion.

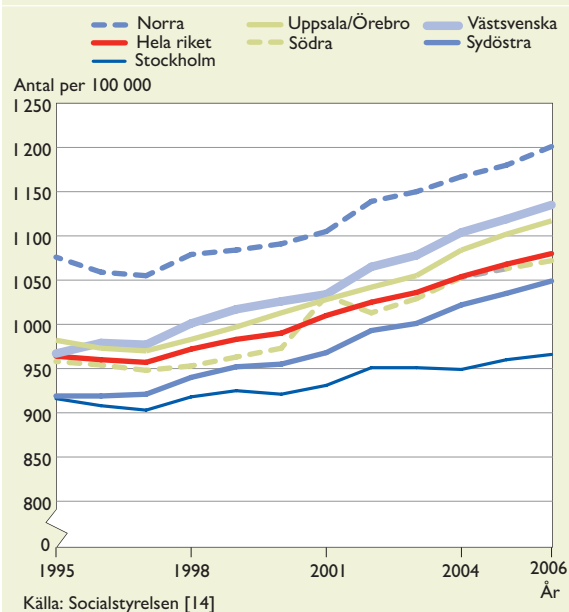


Personaltätheten varierar mellan landets sjukvårdsregioner. År 2006 fanns flest barnmorskor i den västsvenska sjukvårdsregionen, 84 per 100 000 invånare, tätt följt av Stockholms sjukvårdsregion med 82 per 100 000 invånare. Sydöstra sjukvårdsregionen hade lägst tillgång på barnmorskor med 59 per 100 000 invånare. Genomsnittet för hela riket var 72 barnmorskor per 100 000 invånare (figur 1:12).

År 2006 fanns flest sjuksköterskor per invånare i den norra sjukvårdsregionen, 1 201 per 100 000 invånare. Lägst tillgång hade Stockholms sjukvårdsregion med 966 sjuksköterskor per 100 000

Figur 1:13. Sjuksköterskor

Antal sysselsatta i hälso- och sjukvården per 100 000 invånare år 1995–2006, efter sjukvårdsregion.



invånare. Genomsnittet för hela riket var 1 080 sjuksköterskor (figur 1:13).

Stockholms sjukvårdsregion hade dock flest läkare, 431 per 100 000 invånare, medan sydöstra sjukvårdsregionen hade lägst täthet år 2006, 317 läkare per 100 000 invånare. Genomsnittet för hela riket var 357 läkare per 100 000 invånare (figur 1:14).

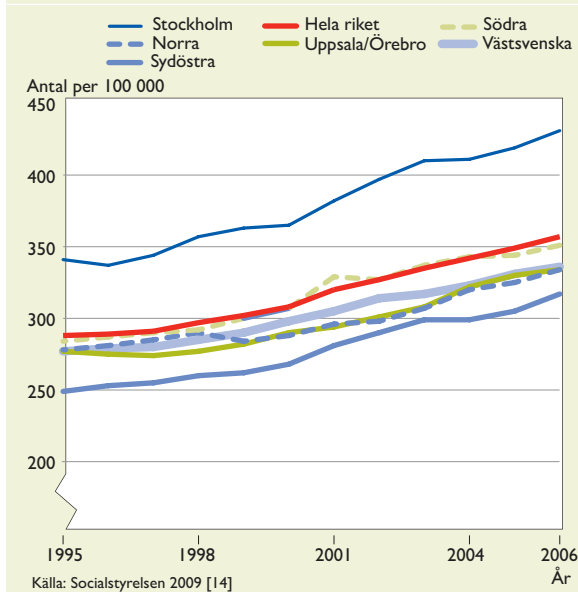
Även den regionala fördelningen av vissa grupper av specialisläkare är ojäm. Antalet psykiatrer varierar till exempel kraftigt mellan sjukvårdsregionerna, medan tillgången på allmänläkare är jämnare [14]. Vid en internationell jämförelse har Sverige en läkartäthet som ligger på den genomsnittliga nivån inom de 15 ursprungliga EU-länderna.

År 2008–2023 beräknas tillgången på sjuksköterskor öka med 11 procent, medan antalet barnmorskor i hälso- och sjukvården minskar med 20 procent, enligt Socialstyrelsens senaste prognos. Tillgången på läkare förväntas vara oförändrad jämfört med år 2005, utifrån 2007 års utbildningsdimensionering. Däremot skulle tillgången öka med 22 procent mellan år 2005 och 2023 om man antar en nettoimmigration om 400 läkare som utbildats i andra länder och som börjar arbeta i svensk hälso- och sjukvård varje år. Det är dock mycket osäkert hur den framtida nettoimmigrationen av hälso- och sjukvårdspersonal mellan Sverige och andra länder kommer att se ut.

Andelen läkare med utländsk utbildning har ökat i den svenska hälso- och sjukvården under de senaste tio åren. År 2006 hade nästan 19 pro-

Figur 1:14. Läkare

Antal sysselsatta i hälso- och sjukvården per 100 000 invånare år 1995–2006, efter sjukvårdsregion.



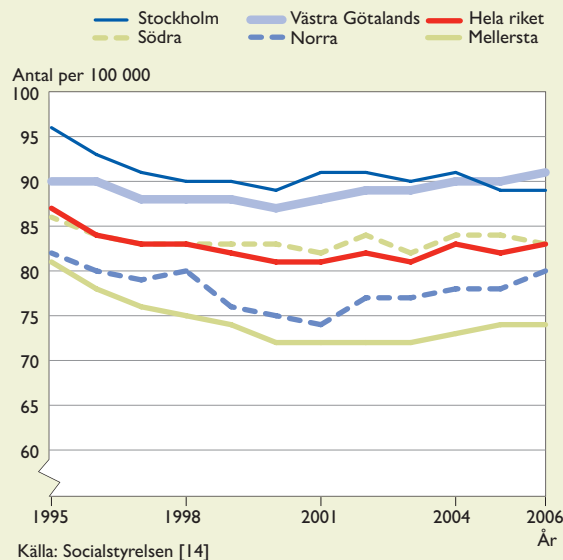
cent av läkarna en utländsk utbildning. Många av dessa var utbildade i Polen, Tyskland eller något nordiskt land [13].

Minskad tillgång på tandläkare men ökad tillgång på tandhygienister

Tillgången på tandläkare inom tandvården minskade med 1 procent under perioden 1995–2006, medan tillgången på tandhygienister ökade med 62 procent. Antalet specialisttandläkare ökade med 5 procent. Det finns dock geografiska skillnader. År 2006 var tandläkartätheten högst i Västra Götalands län med 91 tandläkare per 100 000 invånare. I Dalarnas län (i mellersta ST-regionen) var tätheten lägst: 67 tandläkare per 100 000 invånare (figur 1:15).

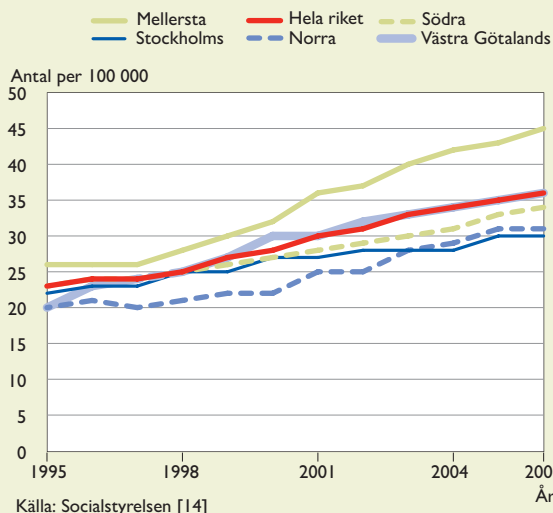
Figur 1:15. Tandläkare

Antal sysselsatta i tandvården per 100 000 invånare år 1995–2006, efter ST-region.



Figur 1:16. Tandhygienister

Antal sysselsatta i tandvården per 100 000 invånare år 1995–2006, efter ST-region.



Flest tandhygienister per invånare fanns i Gävleborgs län (i mellersta ST-regionen): 67 per 100 000 invånare, medan tätheten var lägst i Kronobergs län (i södra ST-regionen): 26 per 100 000 invånare (figur 1:16). Eftersom personaltillgången varierar mellan länen finns det lika många tandhygienister som tandläkare i vissa län, medan tandläkarna är betydligt fler än tandhygienisterna i andra län. Antalet tandläkare per tandhygienist varierade mellan cirka 1 och 3 stycken i landet [14].

Tandläkare och tandhygienister arbetar oftare i privat sektor än läkare och sjuksköterskor. År 2006 arbetade 40 procent av tandhygienisterna och 44 procent av tandläkarna i privat tandvård. Högst andel tandläkare i den privata sektorn har Stockholms, Kronobergs, Hallands och Skåne län.

I dessa län, samt i Gotlands län, finns också den högsta andelen tandhygienister i privat sektor [14].

Tillgången på tandhygienister fram till år 2023 förväntas öka med 47 procent, enligt Socialstyrelsens senaste prognos. Tandläkartillgången förväntas däremot fortsätta att minska. Om de nya tandläkarna på arbetsmarknaden enbart kommer att ha svensk utbildning så förväntas tillgången sjunka med 26 procent. För en mindre negativ tillgångsutveckling krävs i dagsläget en nettoimmigration av tandläkare utbildade i andra länder. Den framtida nettoimmigrationen är dock precis som för läkare mycket svårbedömd, då den är beroende av arbetsmarknadens utveckling både i Sverige och i andra länder [13].

Aktuella utvecklingstrender och strukturförändringar

Vårdvalssystem på frammarsch

Frågor om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och styras är ständigt aktuella. Detta gäller särskilt primärvården som varit föremål för diskussioner och reformer sedan andra hälften av 1900-talet. Den traditionella svenska primärvårdsmodellen med områdesansvar och tyngdpunkt på offentligt anställda läkare är förhållandevis ovanlig i ett internationellt perspektiv. I många andra OECD-länder bedrivs primärvården i huvudsak i privat regi. I länder med listningssystem baseras ersättningen från försäkringsgivare och sjukvårdsmyndigheter i stor utsträckning på utförda besök och prestationer, kombinerat med ett fast belopp per registrerad person. Mottag-

ningar i andra länder har i regel inget formellt områdesansvar [15].

Flera landsting har utvecklat nya modeller för vårdval i primärvården under senare år. Ambitionen har varit att pengarna ska följa befolkningens val av vårdgivare och att konkurrensen ska stärkas genom fler privata etableringar. Landstingen i Halland, Västmanland och Stockholm har under 2007 och 2008 infört vårdvalsmodeller i primärvården. Vid en första anblick ter sig dessa tre landstings modeller likvärdiga. Landstingen vill att befolkningen ska välja vårdenhet, och en fastställd vårdpeng följer individens val. Konkurrensen ska öka genom att privata vårdgivare etablerar sig. Vid en närmare granskning märks dock relativt stora skillnader mellan landstingen när det gäller mål och visioner, krav på vårdenheterna, hur vårdvalet går till samt hur vårdgivare ersätts.

Hur vårdenheterna får betalt har stor betydelse för verksamhetens inriktning och omfattning. Den fasta ersättningen är olika stor i de landsting som har infört en vårdvalsmodell. I Halland och Västmanland utgör vårdpengen över 80 procent av ersättningen, medan den fasta ersättningen utgör drygt 40 procent i Stockholm. Därutöver får vårdenheterna en besöksersättning som avgörs av vilken yrkeskategori som ansvarar för besöket.

En stor andel rörlig ersättning kan öka risken för en okontrollerad kostnadsökning. Vårdenheternas ersättning ska dock ses i relation till enheternas kostnadsansvar. De vårdvalsmodeller som nu har introducerats i svensk primärvård kommer med all sannolikhet att förändras allteftersom aktörerna får nya erfarenheter [15].

Intresset ökar för processororientering

Flera landsting har börjat styra sina arbetsformer med hjälp av processororientering. Processororientering utgår från en helhetssyn på organisationen. Tvärfunktionella flöden ersätter funktionstänkande. Patientnytta och patientanpassning är nyckelord, och fokus ligger på de processer som skapar nytta för patienten [16].

Alla verksamheter består av olika aktiviteter som följer efter varandra och som upprepas i tiden. Det som görs i processen skiljer sig ofta från gång till gång, men sättet det görs på är ofta detsamma. Att orientera en verksamhet kring processer innebär att verksamheten fokuserar på tillvägagångssätt, flöden inom verksamheten och

de resultat som dessa leder till. Processororientering är ett viktigt komplement till en funktionsorienterad organisation, eftersom den säkerställer ett arbetssätt som fokuserar på patientens väg genom vården.

Ersättningsprinciper påverkar vården

Ekonomiska ersättningssystem är en del av den samlade styrningen av hälso- och sjukvården, vid sidan om lagar, normer, medicinska riktlinjer, kunskapsunderlag och vårdprogram [17]. Olika ersättningssystem ger olika incitament för att producera hälso- och sjukvård. I tabell 1:3 klassificeras några typiska ersättningsprinciper utifrån vad som ersätts, om ersättningen är fast eller rör-

Tabell 1:3. Ekonomisk incitamentsstruktur för olika ersättningsprinciper

Ger incitament för*								
Typ av ersättningsprincip	Aktivitetsgrad	Tidsperspektiv	Hög produktion	Låga produktionskostnader	Hög vårdkvalitet	God service	Risk för ”cream skimming”***	Kostnads-kontroll
Åtgärd								
Fee for service	Rörlig	Retrospektiv	+	-	0	++	Låg risk	--
I förväg fastställd ersättning per åtgärd	Rörlig	Prospektiv	+	+	-	+	Hög risk	-
Ersättning per produktionsgrupp, t.ex. DRG	Rörlig	Prospektiv	+	+	-	+	Risk	-
Resultat								
Målrelaterad ersättning	Rörlig	Prospektiv	+	+	++	+	Risk	+
Individ	Fast	Prospektiv	-	+	-	--	Hög risk	++
Kapitation (utan konkurrens)								
Period	Fast	Prospektiv/retrospektiv	-	0	-	-	Ingen risk	+
Traditionellt anslag								

*Förklaring: ++ Starka incitament för; + Incitament för; 0 Inga tydliga incitament; - Motverkande incitament; -- Starka motverkande incitament

***Cream skimming motsvaras av det svenska uttrycket "plocka russinen ur kakan"

Källa: Jacobsson 2007 [17]

lig samt om ersättningen delas ut i förväg (prospektiv) eller i efterhand (retrospektiv).

Det är framför allt aktivitetsgraden (fast eller rörlig ersättning) och tidsperspektivet som påverkar incitamenten. Rörlig ersättning ger i motsats till fast ersättning incitament till en hög produktion. När det gäller tidsperspektivet ger en prospektiv ersättning (ersättning i förhand) incitament till låga produktionskostnader, medan en retrospektiv ersättning (ersättning i efterhand) inte ger upphov till sådana incitament [17]. Nedan beskrivs olika typer av ersättningsprinciper.

Åtgärdsinriktade ersättningsprinciper

Principen *fee for service* innebär en rörlig retrospektiv ersättning där vårdgivaren i efterhand ersätts för patienternas behandlingskostnader. Ersättningssystemet ger incitament att öka produktionen, men också att utföra så många åtgärder som möjligt per patient, vilket kan uppmuntra onödig vård och höga kostnader. I Sverige används metoden i princip bara när landsting fakturerar för utomlänspatienter vid regionsjukhus [18].

Principen *ersättning per åtgärd* skiljer sig från *fee for service*-principen genom att ersättningen är prospektiv i stället för retrospektiv. Vårdgivaren får betalt genom en i förväg fastställd ersättning per åtgärd. Metoden ger incitament till hög produktion och låga produktionskostnader, men samtidigt blir det svårare för finansören att kontrollera kostnaderna. Vårdkvaliteten riskerar också att bli lägre, då det blir lönsamt att spara in på produktionskostnaderna. Ytterligare en risk är att vårdgivarna genom så kallad ”cream skimming”, eller ”russinplockning”, försöker hitta och erbjuda vård till de mest inkomstbringande pa-

tienterna. I detta scenario väljs vårdtunga patienter bort till förmån för ”enkla” och lättbehandlade diagnoser. Metoden kräver därför att verksamheten går att mäta och kontrollera. Det enda exemplet på denna ersättningsform i Sverige är den nationella taxa som reglerar ersättningen till läkare som arbetar enligt lagen om läkarvårdsersättning [19].

Principen *ersättning per produktgrupp* är också rörlig och prospektiv. Skillnaden mot principen ersättning per åtgärd är att produktgrupperna slås samman, som ett sätt att försöka minska skillnaden i lönsamhet mellan olika åtgärder. De produktgrupper som skapas är ofta diagnosrelaterade grupper (DRG). Med denna metod detaljstyrs vårdproducenterna. Ändå finns risk att vårdproducenterna försöker sortera bort de patienter som är dyrast att behandla [17]. Metoden ger både incitament till ökad produktion och till minskade kostnader. Incitament till att hålla ned kostnaderna skulle i förlängningen också kunna leda till låg vårdkvalitet [19].

Flera landsting använder principen ersättning per produktgrupp som bas för prestationsbaserade ersättningssystem i verksamheter på sjukhus. I öppenvården är däremot prestationsersättning ovanligt. Där saknas ett gemensamt beskrivningssystem som motsvarar slutenvårdens DRG-system. Ett sådant skulle kunna användas både för ledning, styrning och jämförelser på olika nivåer, och dessutom som grund för ett ersättningssystem. I Sverige utgör vanligtvis DRG grunden i sjukhusens ersättningssystem [20]. I OECD-länderna är fasta anslag i kombination med rörliga anslag och målrelaterade ersättningar de vanligaste formerna för ersättning till sjukhus.

Resultatinriktade ersättningsprinciper

Vid *målrelaterad ersättning*, så kallad *pay-for-performance*, är det ett resultat i stället för en åtgärd som ersätts. I USA finns ett stort intresse för den här typen av ersättningsprinciper som kopplar ekonomisk ersättning till uppnådd kvalitet och uppnådda mål. Även i Storbritannien pågår storskaliga försök med målrelaterad ersättning [21].

Styrkan med målrelaterad ersättning är att den kan styra incitamenten mot olika områden. Potentiella risker är att incitament kan motverkas om de blir för komplexa eller att inriktning mot ett område leder till minskad aktivitet inom ett annat område som inte ersätts.

Flera landsting försöker i begränsad skala inom vissa områden koppla ersättningen till insatser som har dokumenterad effekt på de resultat som eftersträvas. Målrelaterade ersättningar kan ingå i avtal och överenskommelser för att stimulera vissa typer av insatser. Till exempel finns det ersättningsformer kopplade till patientupplevd kvalitet, förekomst av kvalitetsrevisioner och kvalitetssystem. Flera landsting (Stockholm, Skåne, Gävleborg, Östergötland, Uppsala, Sörmland och Jönköping [19]) använder i varierande grad målrelaterad ersättning inom flera områden, men på en låg nivå i förhållande till den totala ersättningen. Mycket tyder på att denna ersättningsprincip kommer att bli vanligare.

Individinriktade ersättningsprinciper

Kapitation innebär i sitt grundutförande en fast och prospektiv ersättning. Efter anslagsfinansiering är detta den vanligaste ersättningsprincipen inom primärvården [22]. I sin enklaste form beror ersättningens storlek enbart på antalet listade personer. För att ta hänsyn till vårdtyngd justerar man ofta ersättningen på olika sätt. Ett sätt är att

vikta ersättningen i förhållande till ålder och kön hos de listade personerna. För att ytterligare stärka ersättningens koppling till vårdtyngden finns instrument som Adjusted Care Groups (ACG) och Care Need Index (CNI). En renodlad kapitering är bra ur kostnadskontrollsynpunkt och i ett fördelningsperspektiv [23].

Kapitationsersättning ger incitament till låga produktionskostnader, men också till låg produktion. Principen kan därför uppmuntra till underanvändning av vård, och därmed riskerar de vårdtagare som har störst vårdbehov att trängas undan. En fördel är dock att principen ger incitament till förebyggande och hälsofrämjande arbete, om det är kostnadseffektivt.

Inom primärvården används kapitationsersättning ofta i kombination med en prestationsersättning som till exempel vårdpengen i de vårdvalsmodeller som växer fram. På så sätt kan man fånga de positiva effekterna och mildra de negativa effekterna av enskilda ersättningssystem.

Periodinriktade ersättningsprinciper

Ett traditionellt *anslag* utgår från organisationens behov av resurser. Anslagsersättning har varit den vanligaste resursfördelningsmetoden inom landstingen. Metoden är en blandning av prospektiv och retrospektiv ersättning. Den är prospektiv på så sätt att ersättningen delas ut på förhand, men retrospektiv på så sätt att ersättningen ofta till stor del baseras på historiska kostnader.

Fördelen med ersättningsprincipen är att den inte ger några incitament till "cream skimming". Till nackdelarna hör att anslag inte ger några incitament att öka produktiviteten, höja kvaliteten eller hushålla med resurserna. Att dra ned på kostnaderna kan tvärtom ge negativa effekter – anslaget kan till exempel minska året därpå. I

gengäld ger metoden relativt bra möjligheter till kostnadskontroll [17].

Olika ersättningsprinciper i kombination

Inget ersättningssystem är ännu perfekt. I praktiken kombineras ofta olika typer av ersättningsprinciper, så att man kan utnyttja principernas positiva sidor och minimera de negativa konsekvenserna.

Inom landstingen har intresset ökat för att övergå från anslagsersättning till olika prestationsbaserade ersättningssystem. Prestationsersättningen har under tiden förändrats något, och kompletteras alltmer med kostnadskontrollerande begränsningar. Landstingen tenderar i ökad utsträckning att kombinera flera ersättningsprinciper, och målrelaterade ersättningar ser ut att användas oftare i framtiden. För att systemen ska bli så bra som möjligt krävs att landstingen följer upp och dokumenterar sina praktiska erfarenheter av olika ersättningsprinciper [22]. Det krävs också att de grundläggande beskrivningssystemen håller en god kvalitet.

I framtiden kommer det också att bli allt viktigare för hälso- och sjukvården att prioritera mellan till exempel olika verksamheter och patientgrupper. Därför är en viktig fråga hur ersättningsprinciperna ska kunna verka i samma riktning som prioriteringarna. Om samhället exempelvis vill att hälso- och sjukvården ska satsa mer på patienter med stora behov än på patienter med små behov, bör ersättningssystemen också uppmuntra detta. Därmed skulle dessutom behovet av ransonering via olika takkonstruktioner kunna minska – det blir nämligen inte lika angeläget för vårdproducenterna att så snabbt som möjligt fylla upp sin kvot med patienter som är relativt lättbe-

handlade. I stället skulle det relativt sett bli mer lönsamt att vänta in patienter med hög prioritet.

Förändringar i legala förutsättningar

Lagstiftning är statens huvudsakliga verktyg för att påverka hälso- och sjukvårdens inriktning. Förändringar i lagar görs kontinuerligt i takt med att samhället förändras. Dels anpassas lagstiftningen till omvärlden, dels förändras den som ett uttryck för regeringens och riksdagens politiska vilja.

Nedan sammanfattas de viktigaste förändringarna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen sedan år 2005, då Socialstyrelsen publicerade sin förra hälso- och sjukvårdsrapport. I någon mån beskriver vi också den lagstiftning som aviserats under år 2009. Vidare presenteras pågående eller nyligen avslutade utredningar av större dignitet som berör hälso- och sjukvården.

Vi redovisar lagändringar inom följande områden: organisationsfrågor, informationsteknik, medicinsk etik, psykiatri och läkemedel. Redovisningen innehåller också ett avsnitt om övriga lagändringar samt ett avsnitt om aktuella utredningar.

Organisationsfrågor

Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre

År 2006 presenterade regeringen en nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre [24]. Utvecklingsplanen fokuserar på insatser inom sex utvecklingsområden:

- vården och omsorgen om de mest sjuka äldre
- rätten till ett bra boende

- kommunernas vård och omsorg
- nationell likvärdighet och lokal utveckling
- förebyggande insatser
- personal- och kompetensförsörjning.

I och med utvecklingsplanen tog man bort kravet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) på regeringens medgivande när ett landsting överlåter hemsjukvården till en kommun. Vidare ska landstingen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamheter. Det samma gäller i ordinärt boende om kommunerna ansvarar för den vården. I hälso- och sjukvårdslagen förtydligades också att god vård även innebär att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. En ny bestämmelse infördes om att landsting och kommuner ska samverka, så att patienterna får den vård och behandling som deras tillstånd fordrar. Lagändringarna trädde i kraft den 1 januari 2007.

Rikssjukvård

Begreppet rikssjukvård infördes i hälso- och sjukvårdslagen den 1 januari 2007. Med rikssjukvård menas hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med hela landet som upptagningsområde. Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som utgör rikssjukvård. Rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. För att bedriva rikssjukvård krävs tillstånd från Socialstyrelsen. Tillståndet ska vara tidsbegränsat och förenat med villkor. Socialstyrelsen har inrättat Rikssjukvårdsnämnden för att hantera uppgiften.

När Rikssjukvårdsnämnden bedömer om en verksamhet ska bedriva rikssjukvård så grundar den sig på fastställda kriterier i 9 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Följande övergripande och grundläggande kriterier måste vara uppfyllda för att verksamheten ska vara aktuell som rikssjukvård:

- behandlingen och diagnostiken omfattar relativt sällsynta sjukdomar eller tillstånd.
- verksamheten kräver speciell kompetens eller specialutbildad personal.
- verksamheten förbrukar stora resurser.

Vidare krävs att verksamheten kommer att höja sin kvalitet och utnyttja resurserna bättre genom att definieras som rikssjukvård. Rikssjukvårdsnämnden avgör om så är fallet i sin sammanvägda bedömning.

Driftsformer för sjukhus

Den 1 juli 2007 avskaffades den så kallade stopplagen inom hälso- och sjukvården [25]. Därmed fick landstingen större möjligheter att överlämna driften av regionsjukhus, regionkliniker och övriga sjukhus till andra aktörer. Numera behöver landstingen inte avtala om att sjukhusen ska drivas utan vinstsyfte för ägare eller motsvarande intressenter. Avtalen behöver inte heller innehålla villkor om att vården uteslutande ska finansieras offentligt och med vårdavgifter.

Lagen om valfrietssystem

Lagen (2008:962) om valfrietssystem trädde i kraft den 1 januari 2009. Den ger ett alternativ till att upphandla vården enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling. Lagen ska vara ett medel för kommuner och landsting att själva införa ett

valfrihetssystem inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Informationsteknik

Nationell IT-strategi för vård och omsorg

År 2006 presenterade regeringen en nationell IT-strategi för vård och omsorg [26]. Strategin behandlar i första hand insatser inom hälso- och sjukvården och den del av omsorgsverksamheterna som angränsar till hälso- och sjukvårdens verksamhet. Utgångspunkten för de insatser som slås fast i strategin är att IT är ett av de viktigaste verktygen för att förnya och utveckla vård- och omsorgsverksamheterna. Verksamheterna kan kraftigt förbättra patientsäkerheten, vårdkvaliteten och tillgängligheten genom att använda olika former av IT-stöd.

Den nationella IT-strategin har utarbetats av den nationella ledningsgruppen för IT i vård och omsorg. Där ingår representanter från bland annat Socialdepartementet, SKL och Socialstyrelsen. Att utarbeta strategin var första etappen i ett långsiktigt arbete för att få till stånd en fördjupad nationell samverkan kring dessa frågor.

Patientdatalagen

Den 1 juli 2008 samlades reglerna för behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården i en ny lag, patientdatalagen (2008:355). Lagen gör det enklare för vårdgivare att få tillgång till varandras elektroniska patientjournaler. Patienterna kan också lättare komma åt sin journal via Internet.

Patientdatalagen gäller för alla vårdgivare, oavsett huvudmannaskap. Den innehåller bland annat regler om:

- skyldigheten att föra patientjournal
- inre sekretess och elektronisk åtkomst i en vårdgivares verksamhet

- utlämnande av uppgifter och handlingar genom direktåtkomst eller på annat elektroniskt sätt
- nationella och regionala kvalitetsregister.

Lagen ersätter patientjournalagen (1985:562) och lagen (1998:544) om vårdregister. Förslagen är en del av processen att med hjälp av bland annat IT få till stånd en bättre samverkan mellan hälso- och sjukvårdens aktörer och en starkare patientorientering i verksamheterna.

Medicinsk etik

Lagen om genetisk integritet

Lagen (2006:351) om genetisk integritet är en samlad lag för genetiska undersökningar och genetisk information inom hälso- och sjukvården, den medicinska forskningen, genterapi med mera. Lagen reglerar även befruktning utanför kroppen och insemination. Dessutom reglerar den kommersialisering av humanbiologiskt material.

Lagen ersätter lagen (1991:114) om användning av viss genteknik vid allmänna hälsoundersökningar, lagen (1991:115) om åtgärder i forsknings- eller behandlingssyfte med ägg från människa, lagen (1984:1140) om insemination samt lagen (1988:711) om befruktning utanför kroppen.

Den nya lagen innebär att ingen utan lagligt stöd får ställa som villkor för ett avtal att den andra parten genomgår en genetisk undersökning eller lämnar genetisk information om sig själv. Ingen får heller utan lagligt stöd efterforska eller använda genetisk information om den andra parten i samband med ett avtal. Försäkringsbolag är dock undantagna från detta förbud när det gäller riskbedömda personförsäkringar på höga belopp. Men försäkringsbolagen får inte efterforska eller använda genetisk information vid så kallade barnförsäkringar.

Lagen om genetisk integritet trädde i kraft den 1 juli 2006, med undantag för bestämmelserna om användning av genetisk undersökning och information på försäkringsområdet. Dessa trädde i kraft först den 1 januari 2007.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp hur försäkringsbolagen tillämpar bestämmelserna om genetisk information i försäkringssammanhang. Uppföljningen visar att försäkringsbolagen bevarar information från exempelvis patientjournaler även om försäkringsansökan avslås, om den sökande återkallar sin ansökan eller om kunden slutar att betala en personförsäkring [27]. Socialstyrelsen anser därför att lagen bör utvidgas så att försäkringsbolagen regelbundet måste gallra dessa uppgifter, och även redovisa sina rutiner för att avidentifiera eller förstöra den genetiska informationen. Lagen bör också omfatta genetiska tester utanför hälso- och sjukvården.

EG-direktivet om mänskliga vävnader och celler

Lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler trädde i kraft den 1 juli 2008. Lagen innehåller bestämmelser som syftar till att genomföra Europaparlamentets och Europeiska unionens råds direktiv 2004/23/EG av den 31 mars 2004 om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler.

Psykiatri

Anmälningsskyldighet, säkerhet och tillsyn inom psykiatrisk tvångsvård

Den 1 juli 2006 infördes ändringar i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Ändringarna innebär i huvudsak att:

- verksamheterna ska tillgodose en god säkerhet i vården
- varje sjukvårdsinrättning ska ha en säkerhetsansvarig
- en allmän anmälningsskyldighet ersätter den tidigare ordningen med krav på tillstånd från regeringen för att bedriva viss rättspsykiatrisk vård
- Socialstyrelsens tillsynsansvar utvidgas till att även omfatta frågor om säkerhet inom den psykiatriska tvångsvården
- Socialstyrelsen ska upprätta ett särskilt automatiserat register över de inrättningar där vård får ges enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller lagen om rättspsykiatrisk vård.

Elektroniska kommunikationstjänster

Den 1 juli 2006 infördes även andra ändringar i lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård. Därmed kan chefsöverläkare besluta dels att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, dels att övervaka försändelser från en patient – om det är nödvändigt med hänsyn till patientens vård eller rehabilitering, eller för att undvika att någon skadas.

Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården

Den 1 september 2008 infördes en ny vårdform: öppen psykiatrisk tvångsvård. Även detta förändrade lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård. Den nya vårdformen får bedrivas utanför en sjukvårdsinrättning. Den förutsätter bland annat att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna få nödvändig psykiatrisk vård. Det är chefsöverläkaren som ansöker och en allmän förvaltningsdomstol som beslutar om att ge öppen psykiatrisk tvångsvård.

Läkemedel

Ändringar i läkemedelslagstiftningen

I maj 2006 trädde vissa ändringar i läkemedelslagstiftningen i kraft, bland annat i läkemedelslagen (1992:859) och patentlagen (1967:837). Syftet var att genomföra EG-direktiv på läkemedelsområdet. Ändringarna skulle förenkla och förtydliga vad som krävs för att ett läkemedel ska få säljas. Ett syfte var också att utveckla EU:s inre marknad för läkemedel. Ändringarna innebär bland annat

- en ny definitionen av ordet läkemedel, som även innefattar homeopatika
- förbud mot att marknadsföra receptbelagda läkemedel till allmänheten
- förbud mot att marknadsföra humanläkemedel som inte har godkänts för försäljning.

Läkemedelsverket bedriver tillsyn över marknadsföringen av läkemedel. Detta gäller även marknadsföring i tv, som tidigare övervakades av konsumentombudsmannen.

Omreglering av apoteksmarknaden

I propositionen *Omreglering av apoteksmarknaden* föreslog regeringen att apoteksmarknaden ska omregleras [28]. Apoteket AB:s ensamrätt att bedriva detaljhandel med vissa läkemedel och varor ska brytas. Monopolet föreslås ersättas med ett system där den som har fått tillstånd av Läkemedelsverket ska få bedriva detaljhandel med de läkemedel och varor som i dag omfattas av Apoteket AB:s ensamrätt. Handeln ska bedrivas på öppenvårdsapotek. För att få tillstånd måste den sökande dels uppfylla vissa krav på lämplighet, dels visa att verksamheten har förutsättningar att uppfylla en rad krav. Kraven innebär bland annat att

- farmaceuter ska närvara då apoteksverksamheten är öppen
- verksamheten ska tillhandahålla samtliga förordnade läkemedel och varor som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.
- information och rådgivning ska kunna ges
- verksamheten ska bedrivas i lokaler som är lämpliga för sitt ändamål.

Tillståndsinnehavaren ska ha en läkemedelsansvarig till förfogande som ser till att verksamheten uppfyller de krav som gäller, både för handeln och för hanteringen av läkemedel i övrigt. Vidare ska inte läkemedelstillverkare som regel kunna få tillstånd att bedriva detaljhandel för läkemedel, och inte heller den som är behörig att förordna läkemedel. Regeringen föreslår också att den som har tillstånd att bedriva partihandel med läkemedel ska vara skyldig att leverera de läkemedel som omfattas av tillståndet till öppenvårdsapoteken. En ny lag om handel med läkemedel föreslås reglera detalj- och partihandeln. Denna lag ska

ersätta lagen (1996:1152) om handel med läkemedel m.m. Läkemedelsverket föreslås utöva tillsyn över att den nya lagen efterlevs.

Alla öppenvårdsapotek måste ha tillgång till vissa databaser och register samt till annan IT-infrastruktur för att kunna bedriva sin verksamhet. Hittills har Apoteket AB ansvarat för att driva dessa funktioner. Infrastrukturen ska nu separeras från Apoteket AB och placeras i ett bolag som är fristående från apoteksaktörerna: Apotekens Service AB. Apotekens Service AB föreslås ta över ansvaret för de databaser och register som regleras i lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning. Bolaget ska även ta över det ansvar för nationell statistik som Apoteket AB har i dag. Öppenvårdsapoteken ska vara skyldiga att till Apotekens Service AB föra över den information som de får vid expedieringen av läkemedel och som servicebolaget behöver för att hålla registren och databaserna uppdaterade.

En ny lag, apoteksdatalagen, ska reglera öppenvårdsapotekens hantering av personuppgifter vid handel med läkemedel med mera. Lagen om receptregister ska anpassas till personuppgiftslagen (1998:204).

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket föreslås ha tillsyn över att lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. efterlevs.

Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2009.

Övriga lagändringar

Legitimation och skyddad yrkestitel

Den 1 april 2006 ändrades lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Ändringarna innebar att yrkesgrupperna

audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer fick rätt till legitimation. Dessutom infördes skyddad yrkestitel för legitimationsyrkena optiker, kiropraktor och naprapat. Vidare tillkännagav riksdagen, när den behandlade regeringens proposition, att frågan om legitimation för cytodiagnostiker bör utredas mycket skyndsamt.

Statligt tandvårdsstöd

Den 1 juli 2008 trädde den nya lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd i kraft. Stödet består av ett allmänt tandvårdsbidrag och en tandvårdersättning. Socialstyrelsen har inrättat ett tandhålsregister. Vi beskriver tandvårdsstödet mer ingående i avsnittet *Tandvård och tandhälsa*.

Patientrörlighetsdirektivet

I juli 2008 presenterade Europeiska kommissionen ett förslag till direktiv om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård (KOM (2008)414 slutlig). Förslaget syftar i första hand till att utveckla den inre marknaden genom att skapa ett tydligare rättsläge för patienters rätt till ersättning för planerad vård i andra EU-länder. Huvudregeln enligt förslaget är att patienter har denna rätt om samma eller liknande vård hade ersatts i patientens hemland. Förslaget bereds inom Regeringskansliet innan en proposition om ersättning för vård i annat EES-land kan läggas fram.

Folkhälsopropositionen

– En förnyad folkhälsopolitik

I juni 2008 lade regeringen fram propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* som antogs av riksdagen i juni 2008 [29]. Den baseras på propositionen *Mål för folkhälsan* och dess elva målområden [30]. Det nationella målet för folkhälsoarbetet är

”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. I folkhälsopropositionen har de elva målområdena omformulerats något så att det tydligare ska framgå att de är en grupp av mål inom andra politikområden, som är relevanta för folkhälsoarbetet.

I målområde 6, Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, framhålls att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården. Hälsofrämjande och förebyggande insatser bör systematiskt integreras i patient- och anhörigkontakter så att de blir naturliga delar i det löpande arbetet i hela vårdkedjan. Målområdet lyfter fram hälsodimensionen i hälso- och sjukvårdsarbetet och knyter an till hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om en god hälsa på lika villkor i befolkningen.

Aktuella utredningar

Patientsäkerhet och tillsyn

I april 2007 tillkallade regeringen en särskild utredare för att ur ett patientsäkerhetsperspektiv se över den lagstiftning som omfattar bland annat tillsyn över och ansvarssystemet inom hälso- och sjukvården [31]. Utredningen presenterade sitt slutbetänkande *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* [32] i december 2008.

Utredningen föreslår bland annat att den nuvarande lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) ersätts med en ny lag om patientsäkerhet med mera. I den föreslagna lagen finns bestämmelser om att vårdgivare är skyldiga att bedriva ett kontinuerligt patientsäkerhetsarbete samt att systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt att kravet på god vård i hälso- och sjukvårds-

lagen och tandvårdslagen uppfylls. Vårdgivarna ska vara skyldiga att informera patienter när en vårdskada har inträffat. Patienterna ska både få veta vad som antas ha orsakat skadan och vilka åtgärder som vårdgivaren tänker vidta för att händelsen inte ska upprepas. De som drabbas ska även få information om sina möjligheter att få ersättning för det inträffade.

Utredningen föreslår vidare att det nuvarande hälso- och sjukvårdsrättsliga disciplinansvaret ersätts med utökade möjligheter för staten att ha skärpt tillsyn över de yrkesutövare som kan befaras utgöra en fara för patientsäkerheten. Staten ska kunna ställa krav på exempelvis kompetensutveckling eller på att yrkesutövare med missbruksproblem ska genomgå behandling. Förslaget motiveras av att en disciplinpåföljd enbart är en administrativ påföljd. En erinran eller en varning följs inte upp av staten, vilket är negativt ur patientsäkerhetssynpunkt.

I betänkandet föreslås också att patienter inte ska behöva precisera sin anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) såsom i dag. Det är bättre för både patienterna och patientsäkerheten om patienter enbart behöver anmäla vad som inträffat och att staten sedan utreder händelsen. Inom ramen för denna reform föreslås även att Socialstyrelsens och HSAN:s uppdrag renodlas.

I enlighet med utredningsdirektiven innehåller betänkandet vidare överväganden och förslag som rör bland annat

- hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
- vårdgivarnas rapporteringsskyldighet till Socialstyrelsen
- möjligheten att återkalla legitimation och annan behörighet

- begränsning av förskrivningsrätt
- skyldighet för apotekspersonal att informera Socialstyrelsen om de misstänker överförskrivning av bland annat narkotiska läkemedel
- patientnämndernas verksamhet
- registerkontroll vid anställning och utfärdande av legitimation
- tillsyn över bland annat förtroendeläkare.

Patientens rätt i vården

I juni 2007 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över vården ska stärkas [33].

I april 2008 lämnade utredningen delbetänkandet *Vårdval i Sverige* [34] där landstingen föreslås vara skyldiga att införa vårdvalssystem i primärvården. Regeringen lade fram propositionen *Vårdval i primärvården* [35] i december 2008.

I december 2008 lämnade utredningen också delbetänkandet *Patientens rätt* [36]. Där framhålls att patientens ställning inom hälso- och sjukvården försvagas av bland annat bristande tillgänglighet till beslutade besök och vårdinsatser. Det råder också brist på anpassad information om exempelvis väntetider och valmöjligheter. Vidare försvagas patientens ställning av ett bristande samordningsstöd för patienter som har många olika kontakter med vården.

För att stärka patientens ställning föreslår utredningen att vårdgarantin lagregleras. Därtill föreslås en lagreglering där landstingen åläggs att ge patienter individuellt anpassad information om väntetider, valmöjligheter och innehållet i sin vårdgaranti. Vidare ska verksamhetschefen få ansvaret

för att patienten får en fast vårdkontakt vid behov. Den fasta vårdkontakten kan stå för kontinuitet, men också ha en stödjande samordningsroll för de olika kontakter som en vårdprocess kan omfatta. Utredningen föreslår också att lagen ändras så att hälso- och sjukvården måste ta tillvara patientens möjligheter att välja vårdgivare.

I maj 2008 fick utredaren i ett tilläggsdirektiv [37] i uppdrag att föreslå ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

I juni 2008 fick utredaren genom ytterligare ett tilläggsdirektiv [38] i uppdrag att föreslå hur rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktion kan vidareutvecklas och förbättras. Arbetet ska ske med utgångspunkt från överenskommen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. Utredningens förslag kring rehabiliteringsgarantin ska redovisas i ett delbetänkande senast den 20 april 2009.

Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande den 30 september 2009.

Nationell cancerstrategi för framtiden

År 2007 tillsatte regeringen en särskild utredare som ska föreslå en nationell cancerstrategi [39]. Utredaren ska föreslå en evidensbaserad strategi som omfattar primär och sekundär prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, palliativ vård, kunskapsbildning och kunskapsspridning. I uppdraget ingår vissa särskilda frågor som ut-

redaren ska ta ställning till, däribland frågan om att stärka patientperspektivet. Utredarens förslag till mål för strategins olika delar ska vara möjliga att följa upp. Utredaren överlämnade i februari 2009 betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* [40].

Översyn av myndigheterna inom smittskyddsområdet

I maj 2008 tillkallade regeringen en särskild utredare för att se över de myndigheter som bedriver verksamhet inom smittskyddsområdet, främst Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet [41]. Syftet är att tydliggöra ansvarsfördelningen, effektivisera verksamheten och pröva omfattningen av det offentliga åtagandet. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 1 juni 2009.

Utredning av den kliniska forskningens behov och villkor samt förslag till åtgärdsplan

I mars 2007 tillkallade regeringen en särskild utredare som ska utreda den kliniska forskningens situation. Utredaren ska beakta såväl hälso- och sjukvårdens som forskningens behov och villkor [42]. I uppdraget ingår att beskriva organisatoriska frågor, resurstilldelning och forskningens kvalitet. Vidare ska utredaren belysa företagets förutsättningar att genomföra kliniska prövningar i Sverige. Utredaren ska föreslå en åtgärdsplan för att stärka den kliniska forskningens situation och främja hög kvalitet i svensk klinisk forskning. Den 15 februari 2008 lämnade utredningen delbetänkandet *Världsklass! – Åtgärdsplan för den kliniska forskningen* [43]. Slutbetänkandet ska lämnas senast den 31 mars 2009.

Översyn av lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården

I maj 2008 tillsatte regeringen en särskild utredare som ska se över lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården [44]. En av utgångspunkterna är att sjukvården ska ha tillgång till information och kunskap från det humanbiologiska material, så kallade vävnadsprover, som förvaras i biobanker. Sådana vävnadsprover ska även vara tillgängliga för forskning. Vävnadsproverna ska dock endast få användas på ett sätt som respekterar enskildas integritet och självbestämmande, och som tillräckligt kan skydda enskilda och deras genetiska släktingar. En annan utgångspunkt är att alla som lämnar vävnadsprov ska omfattas av lagen, oavsett av vilken anledning provet tas och var det tas. Detta innebär att integritetsskyddet utvidgas, samtidigt som möjligheten att bedriva forskning underlättas. Uppdraget ska redovisas den 31 maj 2010.

Översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen

I juli 2008 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare som ska se över lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård samt lämna förslag till ny lagstiftning på området [45]. En utgångspunkt ska vara att göra lagstiftningen så pedagogisk och lättillgänglig som möjligt. Samtidigt ska den vara anpassad till de etiska, medicinska och juridiska krav som bör ställas i samband med att personer med psykisk sjukdom tvångsomhändertas. Utredaren ska även utgå från att en större reform ska genomföras med utgångspunkt i Psykansvarskommitténs förslag

[46] angående psykiskt störda lagöverträdare. En ytterligare utgångspunkt för utredarens arbete är att staten ska ta över ansvaret för de kostnader inom den psykiatriska tvångsvården av psykiskt störda lagöverträdare som orsakas av kraven på samhällsskydd. Uppdraget ska redovisas senast den 1 juni 2010.

Avslutning

De initiativ och reformer som vi har beskrivit i detta avsnitt kan ses som ett sätt att uppmärksamma de grundläggande behoven i svensk hälso- och sjukvård. Det finns en konflikt mellan ökade möjligheter och begränsade ekonomiska och personella resurser. Inför framtiden är det nödvändigt att anta nya strategier och göra nya prioriteringar inom den allmänna ekonomiska utvecklingen, eftersom befolkningsutvecklingen med fler äldre och fler personer med utländsk bakgrund ställer nya krav på hälso- och sjukvården.

Svensk hälso- och sjukvård har goda förutsättningar att agera utifrån de nya förutsättningarna, då det finns ett offentligt finansierat system, hög IT-standard och välutbildad personal. Det är dock viktigt att ställa frågan hur den framtida vården ska utvecklas för att kunna tillgodose de ökande vårdbehoven med de begränsade resurser som står till buds. Hur bör till exempel hälso- och sjukvården finansieras i framtiden? Vi diskuterar detta och andra utmaningar i rapportens avslutande avsnitt.

Referenser

1. Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 1338/2008 om gemenskapsstatistik om folkhälsa och hälsa och säkerhet i arbetet. Den 16 december 2008. Europeiska unionens officiella tidning L354/70.
2. SCB. Sveriges framtida befolkning 2008–2050 – Reviderad befolkningsprognos. Stockholm: SCB; 2008. Artikelnr: BE18SM0801.
3. Socialstyrelsen. Vårdens värde – Vad får vi för pengarna i vård och omsorg? Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
4. SKL. Hälso- och sjukvården till 2030 – Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt. Stockholm: SKL; 2005.
5. EkonomiNytt 17/08. Sveriges Kommuner och Landsting Dnr SKL 08/4892.
6. A System of Health Accounts. Paris: OECD; 2000. Tillgänglig på: <http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf>.
7. Satelliträkenskaper för hälso- och sjukvård 2001–2006 [Internetdatabas]. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Tillgänglig på: www.scb.se/NR0109; http://www.scb.se/Pages/Product_____231536.aspx.
8. Svenska hälsoräkenskaper – Ett system framtaget inom ramen för de svenska nationalräkenskaper. Bakgrundsfakta 2005:02. Stockholm: SCB. Tillgänglig på: www.scb.se/nr0109.
9. SKL. Valfärdsmysteriet? Kommunsektorns utveckling 1980–2005. Stockholm: SKL; 2008.
10. SKL. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2001–2007 – Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: SKL; 2001–2007.
11. Socialstyrelsen. Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
12. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
13. Socialstyrelsen. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2008–2023. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare, Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
14. Socialstyrelsen. Årsrapport NPS 2009 – En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad, Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
15. Anell A. Vårdval i primärvården – modeller och utvecklingsbehov. Lund: Kommunal Ekonomisk Forskning och Utbildning (KEFU), Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet. Skriftserie 2008:1.
16. Rentzhog, O. Processorientering – en grund för morgondagens organisationer. Lund: Studentlitteratur; 1998.
17. Jacobsson, F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård. Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) vid Linköpings universitet. Rapport 2007:2.
18. Lindvall, S. Projekt Kraftsamling – Resursfördelning och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården. Stockholm: SKL; 2004.
19. Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård – En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer. Sveriges Kommuner och Landsting; 2008. Tillgänglig på: www.skl.se.
20. Stockholms läns landsting. Långtidsutredning om hälso- och sjukvården i SLL (2008–2025). Tillgänglig på: <http://www.sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=46017>.

21. Calltorp, J. Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården – En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter. Stockholm: SKL; 2008.
22. Jacobsson, F, Lindvall, S. Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård – En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer. Stockholm: Sveriges kommuner och län; 2008.
23. Rehnberg C, Janlöv N, Kahn J. Lägesrapport – Vård val Stockholm: Utvecklingen av kostnader, vårdutnyttjande och produktivitet under första halvåret 2008. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Enheten för hälsoekonomi; 2008. Rapport 2008:2.
24. Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.
25. Prop. 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.
26. Skr. 2005/06:139 Nationell IT-strategi för vård och omsorg.
27. Socialstyrelsen. Genetisk information i försäkringssammanhang – En uppföljning av tillämpningen av lagen (2006:351) om genetisk integritet som infördes den 1 januari 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
28. Prop. 2008/09:145 Omreglering av apoteksmarknaden.
29. Prop. 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik.
30. Prop. 2002/03:35 Mål för folkhälsan.
31. Dir. 2007:57 Patientsäkerhet och tillsyn m.m.
32. SOU 2008:117 Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?
33. Dir 2007:90 Patientens rätt i vården.
34. SOU 2008:37 Vårdval i Sverige.
35. Prop. 2008/09:74 Vårdval i primärvården.
36. SOU 2008:127 Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning.
37. Dir. 2008:72 Tilläggsdirektiv till Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:07).
38. Dir. 2008:87 Tilläggsdirektiv till Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:07).
39. Dir. 2007:110 En nationell cancerstrategi för framtiden.
40. SOU 2009:11 En nationell cancerstrategi för framtiden.
41. Dir. 2008:60 Översyn av myndigheterna inom smittskyddsområdet.
42. Dir. 2007:39 Utredning av den kliniska forskningens behov och villkor samt förslag till åtgärdsplan.
43. SOU 2008:7 Världsklass! – Åtgärdsplan för den kliniska forskningen.
44. Dir. 2008:71 Översyn av lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.
45. Dir. 2008:93 Översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen.
46. SOU 2002:3 Psykisk störning, brott och ansvar.

God vård



Patientfokuserad vård 75

Tillgänglig vård
i rimlig tid 99

Säker vård 127

Kunskapsbaserad och
ändamålsenlig vård 151

Jämlik vård 183

Effektiv vård 205



Patientfokuserad vård

Sammanfattning

Befintliga underlag pekar på att vården inte alltid uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav när det gäller till exempel att informera och ge möjligheter att diskutera behandlingsalternativ med patienter. Forskning visar dock att patientens delaktighet i att planera och genomföra sin egen vård och behandling förbättrar vårdens resultat.

Mycket tyder på att vården fortfarande domineras av ett verksamhets- och yrkesperspektiv. Goda exempel finns dock där patientperspektivet legat till grund för verksamhetsutveckling av olika slag. Under de senaste decennierna har även patienternas bedömning av vården alltmer lyfts fram inom både sjukvårdspolitiken och i det praktiska vårdarbetet.

Flertalet landsting använder i dag medborgar- och patientenkäter i uppföljnings- och utvecklingsarbetet. Enkäterna visar att patienterna är nöjda med vissa aspekter av vården, till exempel med att personalen visar respekt. Samtidigt behöver en del områden förbättras, till exempel när det gäller att informera patienten om den egna sjukdomen och om behandlingsalternativ. Andra underlag, till exempel sammanställningar av anmälningar till patientnämnderna, visar att frågan om bemötande finns med i många ärenden utöver dem som registrerats som bemötandebesvär. Exempelvis kan det övergripande problem som anmälts ha varit en behandlingsfråga, men patienten skulle inte ha gjort någon anmälan om han eller hon blivit väl bemött. Vidare visar undersökning-

ar att det finns informationsbrister i vården sett ur ett medborgar- och patientperspektiv, till exempel saknas ofta information om enskilda vårdenheters kvalitet och resultat och i många fall har statistik på landstingsnivå låg täckningsgrad.

Framöver är det viktigt att utveckla den information om vården som riktar sig till medborgare och patienter. För att en ökad mångfald av vårdgivare ska komma alla till del krävs till exempel öppna redovisningar kring kvalitet och säkerhet. Medborgare och patienter måste få kunskaper som ger dem möjlighet att välja. Här bör information till särskilt utsatta grupper beaktas. Till exempel personer med funktionsnedsättningar, äldre eller utlandsfödda riskerar att komma i kläm i ett system som premierar valfrihet om inte informationen är anpassad för dem. Det är även angeläget framöver att få fram indikatorer som inte bara speglar nöjdhet med vården utan också de behov som patienterna själva definierat som viktiga och som avspeglar hela vårdprocessen.

Inledning

Frågan om patientens ställning är alltjämt högaktuell [1–3]. Patienters upplevelser används i allt större utsträckning både som kvalitetsmått på vården och som underlag för utveckling av olika verksamheter. På senare år har också insatser gjorts på nationell nivå för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Bland annat har lagstiftningen förändrats, så att hälso- och sjukvårdslagen nu innehåller regler om

patientens rätt till förnyad medicinsk bedömning och till fast läkarkontakt. Av lagstiftningen framgår tydligt att patientens delaktighet i sin egen vård har ett värde i sig själv (se till exempel HSL 2 a § 2 b § och 3 § TL). Det finns också nationella överenskommer och rekommendationer om fritt vårdval och en nationell vårdgaranti.

Även på internationell nivå betonas patientperspektivet. Under rubriken ”Putting people first” framhåller WHO i sin världshälsorapport för 2008 att patientens perspektiv måste vara utgångspunkt för alla insatser, om de övergripande målen för primärvården ska nås [4].

Delaktighet ger bättre behandlingsresultat

Det finns även forskning som visar att ett patientcentrerat arbetssätt har en positiv inverkan på vårdens resultat. Detta gäller bland annat följsamhet till rekommendationer [5–9], behandlingsresultat vid kroniska sjukdomar som diabetes och reumatism [10–14] och patientens tillfredsställelse med vården [15, 16]. Att utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen i frågor om hur man bemöter patienter har också visat sig förbättra både kommunikationen i konsultationsprocesser och patienternas bedömning av vården [17]. Socialstyrelsen har också i tidigare rapporter konstaterat att det finns stöd för ett samband mellan bemötande och behandlingseffekt [18].

Hinder för patientfokuserat arbetssätt

Det finns dock mycket som pekar på att hälso- och sjukvården fortfarande i stor utsträckning är uppbyggd utifrån specialiteter och funktioner. I planer av olika slag redovisas avdelningar, kliniker, mottagningar och så vidare. Hälso- och sjukvårdsarbetet beskrivs också ofta utifrån olika

yrkeskategorier, vilket står i kontrast till patienternas bedömningar och beskrivningar som har sitt ursprung i ett annat, personligt och existentiellt, perspektiv [19].

Socialstyrelsen har i olika sammanhang belyst patientens ställning i vården [20, 21]. I 2005 års hälso- och sjukvårdsrapport framhölls att de underlag som fanns för att avgöra om vården var patientfokuserad inte var tillräckliga [22]. Den vanligaste källan är olika patientenkäter. Socialstyrelsen bedömde dock att uppföljning i detta sammanhang inte var liktydigt med att då och då låta patienter betygsätta om de var nöjda med den vård de fått. Sådana betyg ger oftast mycket begränsad information om delaktighet och inflytande. Vidare framhölls i 2005 års rapport att det finns flera hinder för att införa nya arbetssätt som gynnar patientinflytande. Dessa hinder har sannolikt olika karaktär beroende på vilken verksamhet som avses. Det kan till exempel handla om resursbrist, bristande intresse för verksamhetsuppföljning från politisk nivå eller avsaknad av lättillgängliga och tillförlitliga metoder för uppföljning. Senare forskning har även lyft fram organisatoriska faktorer och kompetensbrist som hinder för ett patientfokuserat arbetssätt [23].

Underlag, mått och indikatorer

Syftet med detta avsnitt är dels att beskriva hur termen patientfokuserad vård definieras och används i olika sammanhang, dels att redovisa resultat från undersökningar som gjorts för att fånga upp hur patienter bedömer vården. Vi inleder kapitlet med att kort beskriva termens historiska ursprung samt vilka underdimensioner som ofta hänförs till den i olika sammanhang. Därefter beskriver vi resultat från ett urval av de källor som används för att mäta hur patienter och medborgare

bedömer vården. Vidare redogör vi för resultaten från en enkätundersökning riktad till personer som besökt Jämtlands och Kalmars läns landstings webbplatser. Avslutningsvis gör vi en internationell utblick med fokus på patientenkäter.

För att kunna föra en diskussion kring hur patienter bedömer vården, baserar vi detta avsnitt på flera källor där varierande metoder har använts för att samla in och bearbeta underlag. En av källorna utgörs av medborgar- och patientenkäter. Dessa skiljer sig åt på så sätt att vissa riktas till ett urval av medborgarna med frågor om synen på hälso- och sjukvården (till exempel Eurobarometern) och andra till patienter (till exempel vissa regionala enkäter). Sverige har än så länge inte genomfört någon nationell patientenkät. Sveriges Kommuner och Landsting förbereder dock i samarbete med landstingen en återkommande nationell patientenkät från och med hösten 2009. I avsaknad av en nationell patientenkät använder vi i detta avsnitt uppgifter från Vårdbarometern som är en återkommande befolkningsundersökning i nästan alla landsting med frågor om vården. Dessutom använder vi följande underlag i kapitlet:

- internationell och svensk forskning och litteratur
- internationella, nationella och regionala medborgar- och patientenkäter. Exempel på indikatorer som redovisas i kapitlet är
 - upplevd kvalitet i vården
 - upplevd respekt från vårdpersonal
 - nöjdhet med information om sjukdom och behandling
 - data från patientnämnderna
 - en webbaserad undersökning riktad till personer som besökt Jämtlands läns landstings och Kalmar läns landstings webbplatser.

Vi hoppas att de olika källorna tillsammans ska ge en någorlunda rättvisande bild av vilka problem- och utvecklingsområden som finns inom vården i dag, sett utifrån patientens och medborgarens perspektiv.

Vad innebär patientfokuserad vård? Termens ursprung

Ursprunget till termen patientfokuserad vård brukar hänföras till olika närliggande benämningar som lanserades på 1950- och 1960-talen. Under denna period fördes en diskussion om att den snabba tekniska och medicinska utvecklingen inom hälso- och sjukvården gjort att patienternas perspektiv gått förlorat. Som en kontrast till vad som kallades "illness-centered medicine" så började forskare och praktiker använda uttryck som "patient-centered medicine", "person-centered medicine" eller "client-centered counseling" [24]. Man hoppades att den nya terminologin skulle flytta fokus från sjukdomar och traditionella diagnoser till ett mer holistiskt tänkande där patienten sågs som en helhet [25].

Det patientfokuserade förhållningssättet kan även i viss mån hänföras till de styrsystem som växte fram på 1980-talet [26, 27]. Den kraftiga ekonomiska tillväxten på 1960- och 1970-talen hade inneburit att det fanns finansiella resurser som tillät hälso- och sjukvården att expandera, men tillväxten stannade av på 1980-talet. När politiker och huvudmän förstod att intäkterna inte skulle fortsätta öka i samma takt som tidigare så ökade intresset för bland annat marknadsliknande organisationer och styrsätt inom hälso- och sjukvården. Här var medborgarnas och patienternas val viktiga eftersom det var dessa val som skulle styra resursfördelningen. Många landsting införde till exempel beställarfunktioner som skulle styra behovet av

resurserna utifrån ett befolkningsperspektiv. Dessa tankar är i hög grad fortfarande utgångspunkter för de vårdvalsmodeller som olika landsting inför.

Definition och innebörd

Innebörden av patientfokuserad vård är svårfångad och komplex, trots termens omfattande användning [19]. Detta beror bland annat på att olika definitioner förekommer både i forskningen och i praktiken. I vissa sammanhang talar man om brukare eller konsumenter, i andra om klienter eller patienter. Definitioner av patientfokuserad vård kan även inbegripa insatser för att få medborgare mer delaktiga i hur vården utformas [28].

De sex kvalitetsområden som ingår i Socialstyrelsens God vård-koncept definierades ursprungligen av Institute of Medicine i USA år 2001 – se rapporten *Crossing the Quality Chasm* [29]. I denna rapport beskrevs ett antal underdimensioner till kvalitetsområdet patientfokuserad vård:

- respekt för patientens värderingar, preferenser och specifika behov
- samordnad och integrerad vård
- information, kommunikation och utbildning
- fysiskt stöd
- känslomässigt stöd
- engagemang från familj och vänner.

Forskningen har också identifierat ett antal ytterligare, i många fall snarlika, underdimensioner [15, 30–32].

Socialstyrelsen har sedan tidigare definierat innebörden av kvalitetsområdet så här: ”Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten” [33].

Ett kompletterande, fördjupat förslag till definition presenterades under 2008. En patientfokuserad vård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet. Patienten bemöts utifrån ett socialt sammanhang och vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Den planeras och genomförs i samråd med patienten. Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling [34].

Gott omdöme om vården i europeiskt perspektiv

Inom EU genomförs återkommande opinionsundersökningar om medborgarnas åsikter genom den så kallade Eurobarometern, på uppdrag av Europeiska kommissionen. Underlaget samlas in genom personliga intervjuer med EU-medborgare över 15 år.

En särskild Eurobarometer som genomfördes under våren 2007 undersökte hur invånarna i EU:s medlemsländer upplevde hälso- och sjukvården samt äldrevården i sina hemländer [35]. En majoritet av de tillfrågade svenskarna tyckte att hälso- och sjukvården höll god kvalitet. Framför allt bedömde svenskarna, jämfört med andra länders medborgare, att kvaliteten på sjukhusvården var hög. I Sverige uppgav 35 procent att sjukhusvården var mycket bra. Som jämförelse svarade 39 procent i Österrike, som rankades högst, att sjukhusvården var mycket bra, medan bara 2 pro-

cent av de tillfrågade i Portugal svarade på detta sätt (tabell 2:1).

När det gäller primärvården uppgav i genomsnitt 30 procent av EU:s befolkning att vården var mycket bra. I Sverige var motsvarande siffra 25 procent.

Tabell 2:1. Andel personer som uppgav att kvaliteten på sjukhusvården var mycket bra (very good) i tio europeiska länder

Cirka 1 000 svarspersoner i varje land.

Land	Andel (i procent)
Österrike	39
Sverige	35
Danmark	31
Belgien	29
Nederländerna	22
Tjeckien	19
Frankrike	16
Grekland	6
Polen	5
Portugal	2
EU*	15

* Genomsnitt för Europeiska unionens samtliga medlemsländer
Källa: European Commission 2007 [35]

Stort utrymme för förbättringar

Det stora flertalet landsting och regioner genomför egna patient- eller medborgarenkäter. Enkäterna är dock olika utformade. I vissa fall riktar de sig till en grupp patienter med olika specifika diagnoser, i andra till besökare vid en viss enhet och i ytterligare några fall till ett urval av alla patienter som besökt till exempel primärvården.

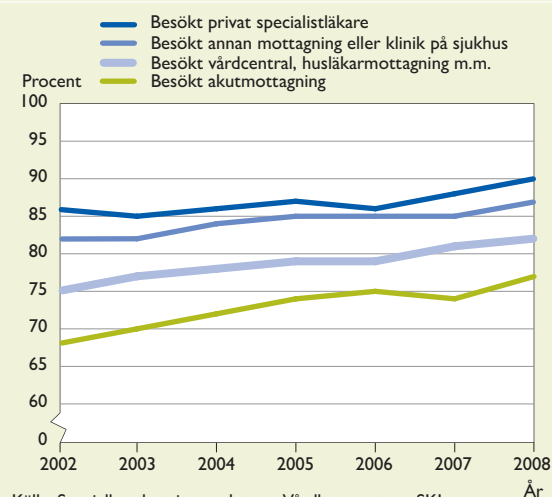
Detta gör det svårt att jämföra enkätresultaten, även om frågorna liknar varandra.

Den så kallade Vårdbarometern används ofta för att följa medborgarnas bedömning av vården i Sverige på både nationell och regional nivå. Dattainsamlingen sker genom telefonintervjuer som genomförs fyra gånger per år (0,5 procent av befolkningen över 18 år intervjuas). Vårdbarometern ställer frågor om främst vilken syn befolkningen som helhet har på vården, men det finns också möjlighet att särredovisa resultat för personer som besökt vården det senaste året.

För att spegla befolkningens övergripande bedömning enligt Vårdbarometern redovisar man oftast vilket betyg patienterna sätter på vården (figur 2:1). Resultaten i figur 2:1 stämmer överens med resultat från studier i andra länder [36].

Figur 2:1. Betyg på vården

Andel personer som svarat att de var nöjda med vården (betyg 4 eller 5).



Källa: Specialbearbetning av data ur Vårdbarometern, SKL

Också jämfört med regionala undersökningar överensstämmer resultaten. I Östergötland har till exempel regelbundna patientundersökningar genomförts fem gånger sedan 1998 inom den öppna sjukvården. Den senaste undersökningen från 2007 avsåg läkarbesök, förutom inom psykiatri där besök hos samtliga behandlare ingick [37]. 80 procent av de patienter som besökt mottagningar inom den öppna sjukhusvården var nöjda med besöket som helhet. Patienterna hade stort förtroende för vården och behandlingen på den mottagning de besökte (81 procent).

Under 2006 genomfördes en gemensam patientenkät för hela Örebro läns landsting. Cirka

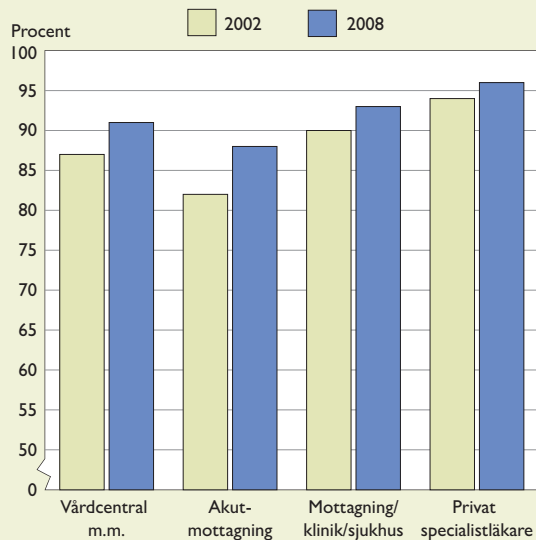
20 000 patienter inom landstingets öppenvård, slutenvård och folktandvård fick bedöma vården [38]. Även här stämmer resultaten överens med Vårdbarometerns resultat. 87 procent av patienterna var positiva till vårdkvaliteten. Slutenvårdspatienterna var dock genomgående mer positiva än öppenvårdspatienterna vilket även framkommit i andra regionala undersökningar [39].

Det kan dock vara problematiskt att enbart fråga efter patientens betyg på, eller tillfredsställelse med, vården. Mått som sådana är visserligen viktiga, men de ger bara en bild som dels inte är heltäckande, dels behäftad med vissa metodologiska problem [40–42]. Det finns också studier som pekar på att fördjupade analyser av hur patienter upplevt vården ger en mer mångfacetterad och i vissa fall mer negativ bild än den som ges i enskilda patientenkäter [43]. Dessutom påverkar förväntningar och tidigare erfarenheter hur patienterna uppfattar vårdens processer och resultat [44].

Nedan redovisas två figurer som i viss mån speglar några av Socialstyrelsens indikatorer som föreslogs av en expertgrupp för patientfokuserad vård under 2008 [34]. Vi vill dock betona att figurerna bygger på data från Vårdbarometern, där frågeformuleringarna inte stämmer överens med Socialstyrelsens indikatorsförslag.

Som framgår av figur 2:2 uppgår 85–95 procent av de tillfrågade att vårdpersonalen visade respekt för dem. Under perioden 2002–2008 har framför allt personer som besökt privat specialistläkare rapporterat högre nivåer av tillfredsställelse än övriga grupper. Vi kan dock se en uppåtgående trend för framför allt dem som besökt akutmottagningar eller vårdcentraler.

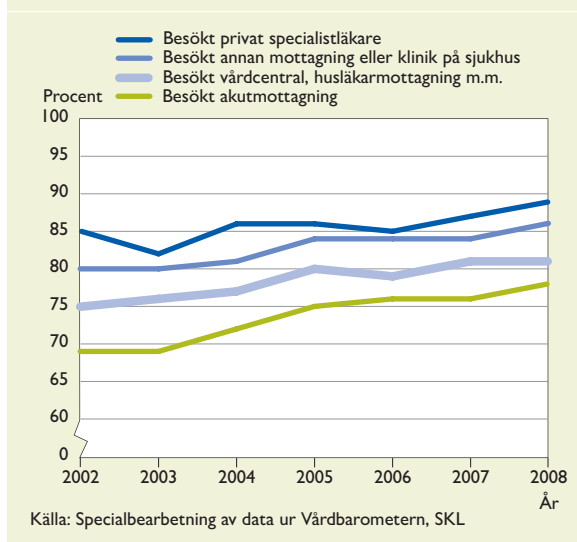
Figur 2:2. Vårdpersonalen visade respekt
Andel personer som svarat att vårdpersonalen visade respekt. Åren 2002 och 2008.



Källa: Specialbearbetning av data ur Vårdbarometern, SKL

Figur 2:3. Information

Andel personer som svarat att de var nöjda med informationen de fick om sin sjukdom av personalen.



I figur 2:3 redovisas andelen personer som var nöjda med den information de fick om sin sjukdom. Andelen personer som var nöjda med informationen var lägre än andelen som uppgav att personalen visade respekt för dem. Personer som besökt privat specialistläkare rapporterar något högre nivåer av tillfredsställelse än övriga grupper. Liknande nivåer återfinns även i den patientenkät som genomfördes i Örebro läns landsting [38]. Inom området information var 82 procent positiva och 7 procent negativa i Örebro-enkäten. Patientundersökningen i Östergötland år 2007 visade att 78 procent av de tillfrågade ansåg sig ha fått tillräcklig information om sin sjukdom eller sitt problem när de besökt en sjukhusmottagning [37]. Samma undersökning visade att den fråga där flest personer uppgav att de inte fått tillräcklig

information, rörde upplysningar om alternativa behandlingsmöjligheter.

Vårdbarometern gör det möjligt att jämföra hur befolkningen i stort uppfattar vården jämfört med personer som varit i kontakt med vården de senaste tolv månaderna. Sådana jämförelser visar att de som varit patienter har större förtroende för vården än vad hela befolkningens har: 55 procent av befolkningen har stort eller mycket stort förtroende för vården på vårdcentraler och 68 procent för vården på sjukhus. Bland dem som varit patienter var motsvarande siffror 61 respektive 76 procent [45].

Tillgång till kunskap – en förutsättning för det fria valet

Patienternas möjligheter att fritt välja vårdcentral är en grundläggande förutsättning i alla de vårdvalsmodeller som införts i olika landsting under 2007 och 2008. Dessa valmöjligheter förutsätter dock att det finns tillgång till relevant och begriplig information. Mycket talar för att patienter har ett större behov av information och stöd i valsituationer när det gäller hälso- och sjukvård i jämförelse med andra välfärdstjänster. En patient befinner sig ofta i ett kunskapsunderläge i förhållande till utföraren, samtidigt som patientens val av utförare kan ha stor betydelse för livskvaliteten under lång tid. I Ansvarskommitténs slutbetänkande *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft* konstaterades att olika aktörer på nationell och regional nivå under de senaste åren har strävat efter att medborgarna ska få tillgång till information om vårdens resultat och tillgänglighet [46]. Som ett resultat av detta har tillgången till information förbättrats något. Ett problem är dock hur medborgarna ska tolka och använda informationen i sitt möte med vården.

En utvärdering från Statskontoret om vårdens information till medborgare bekräftar också bilden av att det fortfarande finns brister [47].

Informationen behöver också vara anpassad till exempelvis grupper av patienter som har nedsatt funktionsförmåga av olika slag. Socialstyrelsen har tidigare visat att personer med funktionsnedsättning har begränsade möjligheter att ta del av landstingens information. Möjligheterna varierar också beroende på var man bor [21]. Även närstående, som står för en stor del av eftervården, kan behöva speciell information och kunskap.

Det görs ett antal insatser för att öka medborgares och patienters möjligheter att till exempel jämföra landsting med varandra och, i vissa fall, även sjukhus. På nationell nivå sammanställs regelbundet en rad indikatorer om vårdens processer och resultat inom ramen för Öppna jämförelser. Även databasen Väntetider i vården är en informationskälla för jämförelser mellan landsting och olika verksamheter i vården. Enskilda landsting gör också insatser för att öka jämförbarheten mellan vårdgivare. Ett exempel är att Stockholms läns landsting som inom ramen för Vårdval Stockholm har tagit fram en webbplats där man kan jämföra vårdcentraler och husläkarmottagningar med varandra. Webbplatsen redovisar bland annat vad patienter tycker om olika mottagningar utifrån aspekter som helhetsintryck, bemötande och tillgänglighet.

Landstingswebbplatser uppskattas av besökarna

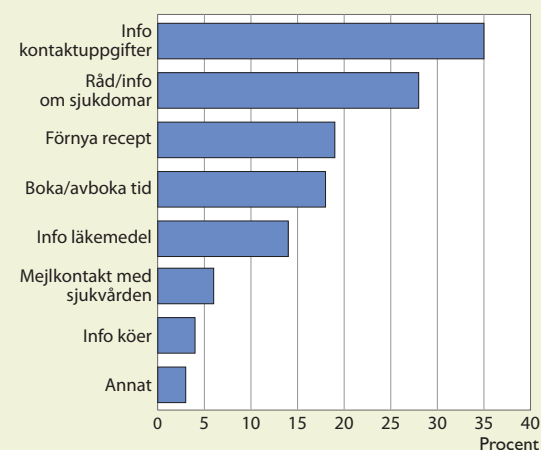
Över 80 procent av alla svenskar mellan 16 och 74 år har tillgång till Internet i hemmet [48]. Mer än hälften av dessa använder Internet i stort sett varje dag. Medborgare och patienter söker också i hög utsträckning råd om hälsa via Internet. Lands-

tingens gemensamma webbplats 1177.se (tidigare sjukvårdsrådgivningen.se) har till exempel drygt 1 miljon besök per månad.

I Vårdbarometern efterfrågades fram till år 2005 vilken typ av information om hälso- och sjukvård som svarspersonerna sökte via Internet. Här framkom att den mest eftersökta informationen var medicinska råd (44 procent) och hälso-råd (28 procent). Vårdbarometern ställer också en fråga om kontakter med vården via Internet. Under 2008 hade 12 procent av befolkningen haft sådan kontakt. Detta är en ökning med tre procentenheter från 2005, då frågan ställdes första gången. Som framgår i figur 2:4 söker medborgarna främst efter råd och information om sjukdomar samt efter kontaktuppgifter på Internet. De använder också Internet för att till exempel boka tid för besök och för att förnya recept.

Figur 2:4. Användning av Internet vid vårdkontakter

Redovisning för år 2008, möjligt att ange flera alternativ.



Källa: Specialbearbetning av data ur Vårdbarometern, SKL

Tidigare är det främst forskare som analyserat kvaliteten på landstingens webbplatser, inte patienter eller medborgare. Forskarnas analyser har bland annat visat att webbplatserna i mångt och mycket redovisar landstingens verksamheter, till exempel genom att beskriva organisationen i form av vårdcentraler och sjukhus. Däremot saknas information om vårdens kvalitet, resultat och rutiner i hög utsträckning [49].

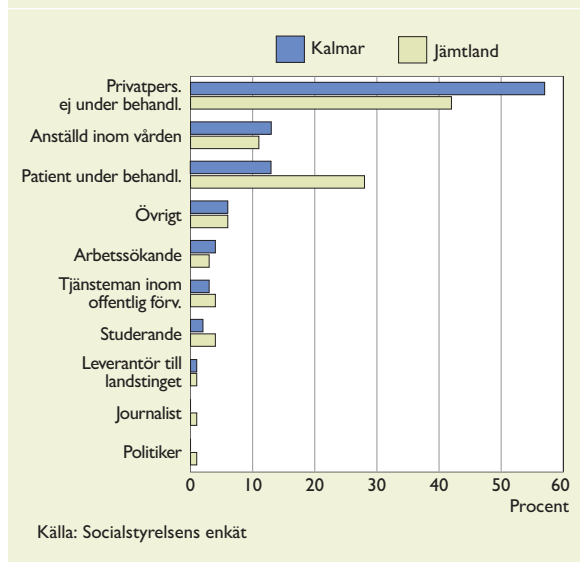
För att belysa hur medborgare och patienter upplever information om vården på Internet via några landstingswebbplatser genomfördes inom ramen för arbetet med denna rapport en enkätundersökning riktad till personer som besökte Jämtlands läns landstings och Kalmar läns landstings webbplatser. Enkäten var öppen och möjlig att besvara från november 2008 till februari 2009. Sammanlagt svarade drygt 2 500 personer.

Drygt tre fjärdedelar av de som svarande på enkäten var kvinnor. Ungefär hälften var i åldern 26–45 år och endast 5 procent var äldre än 65 år. Cirka 50 procent av de svarande hade högskole- eller universitetsutbildning.

Anledningen till besöket på webbplatsen skiljer sig åt mellan landstingen. Som framgår av figur 2:5 är den största andelen besökare personer som inte är under behandling. Den besökargrupp som skiljer sig mest åt mellan de två landstingen är patienter under behandling där Jämtland har en betydligt större andel.

Man sökte främst efter uppgifter om vården, adress- och kontaktuppgifter, upplysning om hälsa och livsstil, lediga jobb och e-tjänster (till exempel möjlighet att boka tid via Internet). Andelen som svarade att de inte fann, eller bara delvis fann, den information de sökte var 42 procent i Jämtland och 35 procent i Kalmar. De som svarade att de inte fann information som eftersöktes

Figur 2:5. I vilken egenskap besöktes landstingets webbplats?



fick via en öppen fråga ange vad som saknades. De vanligaste svaren på denna fråga var e-postadresser, namn och kontaktuppgifter på kontaktpersoner, läkare och vårdcentraler samt möjligheter att via webben boka eller avboka tider.

Fler anmälningar om bristande bemötande

För att få en bild av vilka problem som patienterna upplever i vården behöver de enkäter som vi tidigare redovisat kompletteras med annat material. Ett sätt är att studera statistik från patientnämnderna.

Enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska varje landsting och kommun ha en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter. Utifrån synpunkter

och klagomål ska patientnämnderna stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården genom att

- hjälpa patienterna att få den information som de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården
- främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal
- hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet
- rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Sedan 1999 redogör landets patientnämnder varje år för sin verksamhet till Socialstyrelsen, enligt 4 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Den årliga rapporteringen ska bland annat innehålla uppgifter om antalet ärenden och ärendetyper. Patientnämnderna registrerar sina ärenden i följande kategorier:

- vård och behandling
- bemötande, kommunikation och information
- organisation, regler och resurser.

Sammanställningen av patientnämndsärenden är dock endast ett av flera sätt att spegla hur förhållandena ser ut i hälso- och sjukvården. Att mängden ärenden ökar kan till exempel vara ett uttryck för en ökad anmälningsbenägenhet hos patienterna eller för en förbättrad kännedom om att man kan göra en anmälan hos patientnämnderna.

Det är patientnämnderna själva som bestämmer hur ärenden ska rubriceras. Vad som anses vara exempelvis ett bemötandearbete kan alltså variera något mellan landets patientnämnder.

Det totala antalet ärenden till patientnämnderna ökade under nästan hela perioden 2000–2007 (tabell 2:2). Under 2007 minskade däremot antalet för första gången jämfört med året innan.

Tabell 2:2. Totalt antal ärenden i patientnämnderna åren 2000–2007

	Vård- och behandling frågor	Bemötande, kommunikation, information	Organisation, regler, resurser	Övrigt	Totalt
2000	8 706	2 591	6 200	1 049	18 546
2001	8 061	2 973	7 506	1 455	19 995
2002	9 613	3 392	8 546	1 021	22 572
2003*	9 055	3 516	8 172	612	21 715
2004	9 939	3 700	9 086	1 248	23 973
2005**	9 594	3 535	9 058	1 175	23 860
2006	10 118	4 019	9 222	1 237	24 596
2007***	9 167	3 644	8 835	1 252	23 654

* Uppgifter saknas från tre mindre kommuner

** I Örebro finns endast uppgifter om det totala antalet ärenden – fördelning på ärendetyper saknas (498 ärenden registrerades hos patientnämnden i Örebro 2005)

*** I Östergötland finns endast uppgifter om det totala antalet ärenden – fördelning på ärendetyper saknas (756 ärenden registrerades hos patientnämnden i Östergötland 2007)

Källa: För år 2000–2004 har underlaget hämtats från Socialstyrelsens rapport Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – slutrapport [50]
För år 2005–2007 har underlaget hämtats direkt från patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsen

Om man beräknar utvecklingen utifrån år 2000 som ett indexår så har mängden ärenden ökat med 28 procent år 2000–2007. Den största ökningen jämfört med år 2000 ser vi inom områdena ”organisation, regler, resurser” (43 procent) och ”bemötande, kommunikation, information” (41 procent).

Det finns stora skillnader mellan landstingen beträffande andelen bemötandeärenden (figur 2:6). År 2007 hade Västerbottens läns landsting den lägsta andelen bemötandeärenden (8,0 procent) och Örebro den högsta andelen (28 procent).

Det har inte varit möjligt att utifrån statistiken från patientnämnderna redovisa könsskillnader i anmälningarna på nationell nivå. En genomgång av några patientnämndsrapporter visar dock att kvinnor i större utsträckning än män anmäler missförhållanden. Detta hänger troligtvis sam-

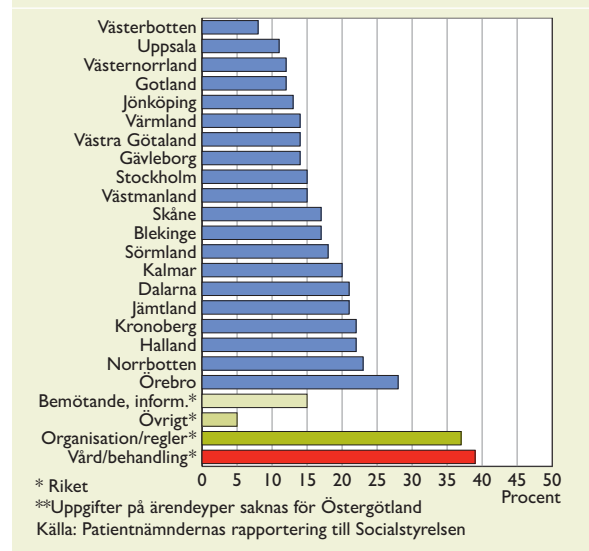
man med att kvinnor också utnyttjar vården mer än män [51]. Av de ärenden som kom in till Stockholms läns landstings patientnämnd år 2007 avsåg 63 procent kvinnor och 37 procent män. En genomgång av samtliga ärenden i Västra Götaland under åren 2003–2007 visar liknande skillnader mellan kvinnor och män: cirka 60 procent av dem som kontaktade patientnämnden var kvinnor. Denna fördelning visade sig vara stabil under perioden. Fler kvinnor än män säger sig också vara missnöjda med bemötandet. För patientnämnden i Örebro läns landsting såg fördelningen för år 2007 likadan ut: 60 procent kvinnor och 40 procent män [52].

Inte heller har vi kunnat jämföra fördelningen av ärenden utifrån driftsform på nationell nivå. Av de primärvårdsärenden i Stockholms läns landsting där driftsformen är angiven 2007 (1 046 av 1 178 inkomna ärenden) avsåg 37 procent privat drivna enheter, medan 63 procent gällde landstingsdrivna verksamheter. Patientnämnden konstaterar vidare i sin årsrapport att tillgängliga produktionssiffror per driftsform visade att cirka 45 procent av läkarbesöken i primärvården i Stockholm under 2007 gjordes vid enheter som drevs privat, medan motsvarande andel för landstingsdriven vård var 55 procent.

I patientnämndernas verksamhetsberättelser ges i de flesta fall en fördjupad analys utöver det statistikunderlag som vi redovisar ovan. Det kan röra sig om kommentarer kring återkommande iakttagelser eller om förklaringar till varför utvecklingen ser ut som den gör inom ett visst område. Nedan ger vi några exempel på sådana kommentarer och analyser som berör frågor kring bemötande, kommunikation och information. En generell iakttagelse från patientnämnden i Halland är att alltför många ärenden och kontakter tenderar

Figur 2:6. Anmälningar om bemötande år 2007

Andel ärenden till patientnämnderna som berörde bemötande, kommunikation och information fördelat på landsting**, samt fördelning av ärendetyper i riket.



att vara mer komplexa än tidigare. Ju mer patientens möjligheter och rättigheter ökar inom vården desto svårare är det för den enskilda patienten att finna just sina möjligheter [53].

Patientnämnden i Västra Götaland framhåller i sin verksamhetsberättelse för år 2007 att patientens benägenhet att göra en anmälan påverkas av hur patienten bemöts i vården. Exempelvis kan det övergripande problemet ha varit en behandlingsfråga, som inte skulle ha anmälts om patienten bemötts på ett bra sätt. Även patientnämnderna i Skåne, Dalarna och Norrbotten framhåller i sina verksamhetsberättelser för år 2007 att det finns en bemötandeaspekt i fler ärenden än dem som registrerats som bemötandeärenden. Patientnämnden i Skåne skriver också att brister i bemötandet kan utgöra en väsentlig patientsäkerhetsrisk [54]. I rutan ger vi ett exempel på ett sådant fall, som hämtats från patientnämnden i Stockholm.

Exempel på anmälan till patientnämnden i Stockholms läns landsting [55]

"Patient inte lyssnad till

En man upplevde ett bristande bemötande av vårdpersonal på en akutmottagning. Han ombads nonchalant att åka hem trots såväl smärta som symptom på och ärftlighet för blodproppar. Det visade sig senare att han hade en djup ventrombos och proppar i lungorna. Verksamhetschef och sjuksköterska beklagade i yttrande att mannen inte känt sig korrekt bemött. /.../ Nya rutiner har senare införts. I en avslutsskrivelse framförde mannen att han var nöjd med förfarandet."

Patientnämnden i Stockholms läns landsting har analyserat skillnaderna mellan huvudklagomål och tilläggsklagomål [55]. Här framkom att problem med bemötande förekom dubbelt så ofta som tilläggsklagomål än som huvudklagomål. I Stockholms län var ärenden som rörde bemötande

det tredje största problemområdet i primärvården år 2007. Antalet bemötandeärenden hade dock minskat jämfört med året innan. Klagomålen om bemötandet rör alla yrkesgrupper, men den största delen – 50 procent – är klagomål på läkare. Den största delen av de problem som rör bemötande i primärvården är ovänligt eller nonchalant bemötande eller brist på empati. Ett exempel ges i rutan nedan. 82 procent av bemötandeärendena var av denna karaktär år 2007.

Exempel på anmälan till patientnämnden i Stockholms läns landsting [55]

"Bemötande på vårdcentral

En elvaårig pojke blev ovänligt och oempatiskt bemött av en läkare vid ett akutbesök på sin vårdcentral. Han kom dit med sin mor, men läkaren ville att han själv skulle beskriva sina symtom. Pojken blev stressad och läkaren ansåg att om han inte på 20 minuter kunde berätta vad som var fel så kunde hon inte hjälpa honom. Hon uppmanade mamman att boka en ny, längre tid. När mor och son lämnade vårdcentralen kände de sig ledsna, arga och kränkta."

Även i Västra Götalandsregionen framkommer samma problem: många patienter känner inte att vårdpersonalen respekterar dem och lyssnar till dem [56]. Enligt Västra Götalandsregionens årsrapport är läkarbristen en förklaring till bristerna i bemötandet inom primärvården. För många patienter betyder läkarbrist att de inte får kontinuitet i vården och att vårdpersonalen uppträder frustrerat. Antalet bemötandeärenden i primärvården i Västra Götalandsregionen ökade också mellan 2006 och 2007.

År 2007 ökade även antalet bemötandeärenden inom primärvården i Region Skåne, jämfört med år 2006 [54]. Patientnämnden i Skåne skriver att de flesta bemötandeärenden i primärvården hand-

lar om hur patienten upplevt det direkta mötet med enskilda personer i vården. Exempelvis kan personalen ha uppträtt arrogant, otrevligt eller irriterat, eller så har de inte lyssnat till patienten. Patienter beskriver också att ett dåligt bemötande påverkar deras fortsatta förtroende för vården. Andra situationer där patienter har känt sig dåligt bemötta inom primärvården är när de upplevt att vården är otillgänglig och när vårdpersonalen inte respekterat patientens tid. Det kan exempelvis handla om att patienten blivit lovad en telefontid med en läkare men att läkaren sedan inte har ringt upp på avtalad tid.

Patientnämndernas roll och funktion diskuteras i Patientsäkerhetsutredningens betänkande *Patientsäkerhet – Vad har gjorts? Vad behöver göras?* [57]. Utredningen bedömer att patientnämndernas verksamhet inte behöver förändras i något avgörande avseende och att patientnämnder i stort uppfyller sina i lag reglerade uppgifter. Som en del av vårdgivarens förvaltning har patientnämnderna vidare goda förutsättningar att stödja och hjälpa enskilda patienter och att samtidigt med de erfarenheter som erhålls i verksamheten bidra till kvalitetsutveckling. I delbetänkandet *Patientens rätt – några förslag för att stärka patientens ställning* från Utredningen om patientens rätt konstateras dock att landstingens ambitionsnivåer beträffande patientnämnderna skiljer sig åt, vilket i sig kan vara problematiskt för patienterna [1].

Exempel på tillämpning av patientperspektivet

Patientperspektivet har börjat lyftas fram allt tydligare i olika utvecklingsinsatser inom hälso- och sjukvården. Ett exempel är hur innebörden av begreppet närsjukvård har utvecklats. Även om

begreppet används på olika sätt så framhålls patientfokus som ett av flera honnörsord i de insatser som görs, tillsammans med till exempel helhets-syn, kontinuitet och samverkan [58, 59].

Ett annat exempel är att patientperspektivet lyfts fram när man bygger nya sjukhus. Det nyöppnade Maasland Hospital i Holland har byggts för att stödja patientens delaktighet, egenvård och ansvar för sin egen hälsa. Rummen på sjukhuset är huvudsakligen enbäddsrums, vilket månar om trygghet och integritet. Tack vare dessa rum behöver patienterna inte flytta runt onödigt mycket, och vårdteamen kan i högre grad än tidigare arbeta på plats runt patienten. Patienten kan också själv reglera och sköta mycket från sitt rum. Från sängbordet kan patienten till exempel lära sig mer om sin sjukdom via Internet, välja hur avskild han eller hon vill vara och beställa kvällsmat.

Även det nya universitetssjukhuset i Solna, benämnt Nya Karolinska Sjukhuset, utgår från liknande principer [60]. Patientrummen i det nya sjukhuset skapas för trygghet och flexibilitet, vilket innebär optimal omvårdnadsmiljö, vårdhygien, säkerhet och integritet. Stor vikt läggs även vid att underlätta smidiga och effektiva vårdprocesser med god tillgänglighet och korta väntetider för patienter.

Under 2000-talet har också ett antal mindre projekt genomförts med ett tydligt patientfokus. Dessa projekt har ofta använt olika metoder för ett systematiskt förbättringsarbete, till exempel genom PDSA-cirkeln, vilket står för Plan, Do, Study, Act, och genombrottsmetoden [61]. Ett uppmärksammat exempel är det så kallade NISSE-projektet [62]. Utgångspunkten för arbetet var att andelen äldre med mer än en kronisk sjukdom ökar i samhället. Dessa patienter behöver i regel insatser från såväl primärvården som kommunen,

medan akuta försämringar ofta kräver sjukhusvård, vilket i sin tur kräver att de olika aktörerna samverkar. De aktörer som medverkade i projektet, bland andra Universitetssjukhuset MAS och Malmö stad, konstaterade att vårdutbudet var av god kvalitet men att det i första hand utgick från ett organisationsperspektiv, vilket ibland lett till bristande patientfokus.

Aktörerna enades om att göra vissa gemensamma insatser. Det handlade bland annat om att utifrån ett närsjukvårdsperspektiv utveckla gemensamma rutiner kring hur man tar hand om patienter med flera sjukdomar. Det handlade också om att erbjuda en fast slutenvårdskontakt för aktuella patienter och om att ge tillgång till slutenvårdsstöd. Vidare skulle man förbättra logistiken kring patienter som insjuknat akut. Målgruppen var äldre med vissa somatiska tillstånd.

Utvärderingen av projektet visar bland annat att insatserna förbättrat patienternas tillfredsställelse med vården. Andelen direkta inläggningar var dessutom hög, och vårdtiderna i slutenvården hade blivit kortare [62]. (Andra insatser liknande NISSE-projektet beskrivs i avsnittet Vård av äldre i rapportens tredje del.)

Ytterligare ett projekt som rönt uppmärksamhet är Etik – från värdegrund till handlingsplan, som bedrivits vid Karlskoga lasarett [63]. De första etikcirkelarna startade i mars 2000 på lasarettet, för att skapa legitimitet åt etiska frågeställningar och öka medvetenheten om etiska dilemman. Etikarbetet bygger på att personalen medvetet ska se till att patienter känner sig sedda, respekterade och behandlade med omtanke. Det bygger också på att vården genomförs i samråd med patienterna och på att patienterna förstår den information som de får av personalen. I värdegrunden som tagits fram inom ramen för arbetet står bland annat att

arbetet ska utföras så att patienter och närstående blir sedda, respekterade och lyssnade till [63].

Patientfokusering enligt God vård-konceptet

Vid en översiktlig genomgång av landstingens webbplatser konstateras att åtminstone hälften av landstingen refererar till föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Detta stämmer överens med Socialstyrelsens kartläggning av landstingens kännedom och användning av föreskriften från 2007 [64].

I vissa fall använder landstingen kvalitetsdimensionerna för God vård som utgångspunkt för att följa upp sina verksamheter, enligt webbplatserna. Under rubriken "Patientfokuserad vård" ligger ofta länkar till Vårdbarometern eller till sammanställningar av resultat därifrån. Det är dock sällan tydligt vilka insatser som gjorts för att stärka patientperspektivet. Men ett exempel där man redovisar insatsområden är Region Skånes budget och verksamhetsplan för 2008 [65]. Här framgår att regionen arbetar efter God vård-konceptet. Det står vidare att man ska prioritera vissa åtgärder för att uppnå målet om patientfokuserad vård under året. Totalt har man satt upp åtta punkter som ska ligga till grund för arbetet med patientfokuserad vård. Det handlar bland annat om att

- bygga ut hembesöksverksamheten
- göra insatser för att underlätta samarbetet med frivilliga aktörer och ideella organisationer
- stärka egenvårdsinsatserna inom den psykiatriska vården.

Även Stockholms läns landsting har gjort insatser för att förtydliga och följa upp patientperspektivet. Hälso- och sjukvårdsnämnden använder sig av en övergripande uppföljningsmodell för att följa upp målen och förbättra och utveckla hälso- och sjukvården [66]. I uppföljningen av målen för år 2007 formulerades fyra effektmål för vårdens patientfokus:

1. Det samlade SLL-indexet¹ för patientens upplevelse av vården ska öka jämfört med tidigare mätning.
2. Andelen av befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården ska öka jämfört med föregående år.
3. Andelen av befolkningen som anser sig ha tillgång till den vård de behöver ska öka jämfört med tidigare mätning.
4. Andelen av befolkningen som anser att det är lätt att få information om hälso- och sjukvården ska vara större än föregående år.

Underlaget för resultatredovisningen bygger främst på gemensamma patientenkäter.

Utvecklingsinsatser i några europeiska länder

Internationellt görs ett stort antal enkäter riktade till medborgare eller patienter. Det norska Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har på uppdrag av OECD gått igenom de patientenkäter som finns att tillgå [67]. Sammanlagt fann man 55 enkäter som uppfyllde de kriterier som satts upp i genomgången. Av dessa var 42 nationella och 13 internationella, det vill säga med jämförelser

¹ Detta index räknas samman utifrån ett antal frågor som ställs i Stockholms läns landstings gemensamma patientenkäter.

mellan länder. Nio pågående program hade vid genomgången genomfört 39 av dessa 55 enkäter. Nedan redovisas resultat från patientenkäter i fyra europeiska länder: Norge, Danmark, Storbritannien och Nederländerna. Dessa länder har valts för att spegla situationen i länder med olika hälso- och sjukvårdssystem. Norge och Storbritannien har nationella system, Danmark har ett kommunalt system medan Nederländerna har ett försäkringsbaserat system. Vi kompletterar även resultatredovisningen med kort inledande information om de politiska insatser som gjorts för att stärka patientens rättigheter under de senaste decennierna i respektive land.

Norge

I Norge trädde en lag om patienträttigheter i kraft år 2001 (LOV 1999-07-02 nr 63: lov om pasientrettigheter, även benämnd pasientrettighetsloven). Lagens syfte är att bidra till att säkra befolkningens tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Bestämmelserna ska bidra till och främja förtroendet mellan patienten och hälso- och sjukvården och ta tillvara respekten för den enskilda patientens liv, integritet och människovärde. Lagen innehåller bestämmelser om bland annat rätten till hälso- och sjukvård, rätten till samråd och information, samtycke till vård och rätten att ta del av sin patientjournal. Lagen beskriver också patientens möjligheter att framföra klagomål.

Patient- och befolkningsenkäter

I Norge finns sedan 2004 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, som har till uppgift att samla in och förmedla kunskap inom hälso- och sjukvården samt att mäta och analysera kvaliteten på utvalda vårdtjänster. Centret gör bland annat

löpande patientundersökningar. Under 2006 genomförde centret en nationell enkät riktad till sjukhuspatienter [68]. Resultatet visar att nästan 90 procent av de tillfrågade patienterna var i stor eller mycket stor utsträckning nöjda med den vård som de fått. De mest problematiska områdena var enligt svarspersonerna vårdens organisering samt information om provtagning och behandling.

Danmark

I Danmark antogs år 1998 en lag om patienters ställning (LOV nr 482 af 01/07/1998: lov om patienters retsstilling). Lagen angav de grundläggande och generella principerna för patienters självbestämmande och rättssäkerhet i hälso- och sjukvården. Lagens syfte var att medverka till att patienternas värdighet, integritet och självbestämmande respekteras. Den skulle även medverka till att säkra förtroendet mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Lagen innehöll vidare bland annat bestämmelser om information och samtycke, rätten att ta del av sin patientjournal samt tystnadsplikt och sekretess.

Denna lag upphävdes dock år 2008 och motsvarande bestämmelser ingår nu i Sundhedsloven (LOV nr 546 af 24. juni 2005). I Sundhedsloven samlas de grundläggande bestämmelserna som reglerar den enskilda patientens självbestämmande och rättssäkerhet i förhållande till hälso- och sjukvården i ett eget avsnitt. Lagen innehåller i likhet med lov om patienters retsstilling riktlinjer för till exempel information, delaktighet och samtycke till behandling.

Patient- och befolkningsenkäter

Vid Center for Kvalitetsudvikling genomförs löpande undersökningar om patienters tillfredsställelse med vården i främst Region Midtjylland. I

en sammanställning över resultat för perioden 1999–2006 framkom att patienter som vårdats på sjukhus över lag värderade vården positivt, i likhet med patienter i Sverige och i andra länder [69]. Andelen patienter i regionen som upplevde att vården var ”enastående” eller ”god” var något över 80 procent under hela perioden. Andra undersökningar från centret pekar dock ut ett antal förbättringsområden. Det finns bland annat patienter som upplever att de fått möta för många olika personer på sjukhuset (läkare, sjuksköterskor med flera). Andra tycker inte att de fått tillräcklig information eller att sjukhusens lokaler kunde fungera bättre [70]. De enkäter som utvecklats vid centret har även på försök använts i Region Skåne.

En annan liknande studie på nationell nivå i Danmark fick ungefär samma resultat [71]. Patienterna var över lag nöjda med sjukhusvistelsen (90 procent), men det fanns förbättringsområden. Exempel på sådana var personalkontinuitet, väntetider och information. När det gäller informationsbehovet uppgav 87 procent att de fick ”bra” eller ”mycket bra” information om sin medicinering när de skrevs ut. Samtidigt uppgav 41 procent att de inte fick tillfredsställande information om vilka konsekvenser deras sjukdom skulle få i framtiden.

Storbritannien

I Storbritannien har ett stort antal initiativ tagits under senare år för att förstärka patientens ställning. Mot bakgrund av detta är det svårt att ge en heltäckande bild av utvecklingen. Därför beskriver vi här ett urval av initiativen.

Diskussionerna har till stor del kretsat kring valfrihetsfrågor för patienter [72]. Ett exempel på insatser för att underlätta patientens kontakt med vården är systemet ”Choose and Book”. Systemet ska underlätta för patienter att boka tid via Inter-

net. I England startar i princip alla vårdepisoder hos den allmänläkare som patienten är listad hos (General practioner, GP). Om man får en remiss till en specialist (consultant) är man fri att välja bland sjukhuskliniker och specialistmottagningar i hela England. Och sedan någon tid tillbaka kan patienter alltså boka tid via webbplatsen www.chooseandbook.nhs.uk. De behöver då ett remissnummer och ett lösenord från allmänläkaren.

Healthcare Commission är den nationella organisation som har till uppgift att ur ett patientperspektiv se till att vården inte missgynnar någon. Organisationen övervakar National Health Service (NHS) under parollen "England's healthcare watchdog". Healthcare Commission samlar och jämför prestationer och kvalitet ur ett stort antal aspekter. Organisationen genomför också systematiska inspektioner, och har dessutom lagt ned betydande energi på att redovisa information för allmänheten. Via öppningssidan (www.healthcarecommission.org.uk) kan man välja informationsväg för "patienter" respektive "personal". Webbplatsen kan inledningsvis visa vårdenheter i närheten av bostaden, adresser, öppettider och telefonnummer. Man kan därefter klicka fram den eller de vårdgivare man är intresserad av, både utifrån specialitet och geografi, och få en detaljerad kvalitetsredovisning. Man kan "tabellera" och jämföra vårdgivare. Webbplatsen bygger på Healthcare Commissions arbete med att samla in och länka samman information från olika aktörer, bedömare och myndigheter inom NHS. Den bygger också på vårdgivarnas skyldighet att lämna kvalitetsinformation och värderingar av sina egna verksamheter.

Under 2006 invigdes även NHS Centre for Involvement, som är en organisation med uppgift att sammanställa kunskap om hur patienter och medborgare kan bli mer engagerade i hälso- och

sjukvården. Centret finansieras av Hälsodepartementet och leds från universitetet i Warwick. Exempel på aktiviteter som centret genomför är konferenser, nyhetsbrev och enkäter. Centret sammanställer också goda exempel på hur man kan arbeta för att involvera medborgare och patienter i arbetet med att utveckla vården.

Patient- och befolkningsenkäter

Sedan 2002 finns centret NHS patient survey programme som leds av Picker Institute. Centret har till uppgift att samordna de undersökningar som görs i England inom akut- och primärvården på uppdrag av Healthcare Commission. Centret sammanställer och publicerar kontinuerligt resultat från olika patientundersökningar. I en rapport från 2007 sammanställs resultaten från sammanlagt 26 nationella patientenkäter som genomförts under perioden 2002–2006 [73]. Positiva resultat från dessa enkäter är att förtroendet för hälso- och sjukvårdspersonalen ligger på en hög nivå (70–80 procent) och att det övergripande betyget för vården är högt. Drygt 90 procent av patienterna vid sjukhus bedömde att vården var "good", "very good" eller "excellent". Negativa resultat är att patienterna vill ha mer information om sin sjukdom och vara mer delaktiga i besluten om vård och behandling. De vill också ha mer information om medicinens eventuella bieffekter.

Nederländerna

Den nederländska regeringen producerade ett första policydokument år 1989 om behovet av att organisera patienternas intressen bättre. Sedan dess har regeringen gjort olika insatser för att förstärka patientens ställning [1]. På 1990-talet tillkom till exempel en rad lagar som reglerar förhållandet mellan patienter och vårdproducenter. Särskilt två

av dessa lagar betraktas som betydelsefulla: lagen om vårdkontrakt (WGBO) och lagen om patientklagomål (WK CZ). Bägge trädde i kraft år 1995. Lagen om vårdkontrakt garanterar en rad patienträttigheter såsom:

- rätt att få information innan man samtycker till behandling
- rätt att läsa och kopiera sin journal
- rätt till sekretesskydd
- ansvarsskyldighet för sjukhusen.

Lagen om patientklagomål reglerar patientens rätt att klaga på felaktig eller utebliven vård. Lagen föreskriver att varje vårdenhet ska ha rutiner för att omgående och på plats behandla klagomål. Lagen tjänar således ett dubbelt syfte: dels ska den garantera patienter egentliga rättigheter som ytterst kan utkrävas i domstolar, dels ska den skapa ett system som i största möjliga mån gör det möjligt att hantera konflikter på ett billigare och effektivare sätt.

Patient- och befolkningsenkäter

I Nederländerna görs årliga undersökningar om befolkningens syn på sjukvården sedan 1997 med hjälp av den så kallade Dutch Health Care Consumer Panel (ibland även benämnd Health Services Consumer Panel) [74]. Denna panel består av 2 800 hushåll och är representativ för hela befolkningen. De som medverkar i panelen får löpande via telefon eller pappersenkäter besvara frågor som rör hälso- och sjukvården. Vartannat år byts en tredjedel av panelens medlemmar ut för att de inte ska tröttna på att svara, och för att de inte ska utveckla specifika kunskaper om hälso- och sjukvårdsfrågor. Underlag från panelen används i både nationella och internationella studier. Nedan ger vi några exempel.

I en jämförande studie av sju länder (Australien, Nya Zeeland, Kanada, Tyskland, Storbritannien, USA och Nederländerna) framkom att den nederländska befolkningen var betydligt mer positiv till sin sjukvård än övriga länders befolkningar [75]. Sammanlagt 59 procent uppgav att de hade mycket stort förtroende för vården. I Kanada och Tyskland var motsvarande siffra 28 respektive 24 procent. I samma studie framkom dock att en större andel personer i Nederländerna än i övriga länder uppgav att kommunikationen med läkarna kunde förbättras. Framför allt tyckte de nederländska svarspersonerna att läkaren kunde ge mer lättförståelig information och att möjligheterna att välja mellan olika behandlingsalternativ kunde förbättras.

I en annan studie jämfördes befolkningens förtroende för vården i Storbritannien (England och Wales), Tyskland och Nederländerna [76]. Även i denna studie var nederländarna över lag mer nöjda med vården och dess patientfokusering. Till skillnad från i den tidigare redovisade studien [75], var de nederländska svarspersonerna även tydligt mer nöjda med vårdens kommunikation och information än svarspersonerna i övriga länder.

Avslutande reflektioner

Som nämndes inledningsvis i detta avsnitt pekar befintliga underlag på att vården inte alltid uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav när det gäller till exempel att informera och ge patienter möjligheter att vara delaktiga och ta tillvara möjligheterna till valfrihet. Det finns alltså fortfarande insatser kvar att göra för att förtydliga patientperspektivet i vården.

Mot bakgrund av den kommande vårdvalsformen inom primärvården är det önskvärt att

informationen om tillgänglighet, kvalitet med mera, som riktar sig till patienter, ges på vårdcentrals- och kliniknivå. För att en ökad mångfald ska gynna patienter, krävs kontinuerliga lokala verksamhetsuppföljningar. Detta gäller till exempel öppna redovisningar av vårdens kvalitet och säkerhet. Här bör information till särskilt utsatta grupper beaktas. Personer med funktionsnedsättningar, äldre eller utlandsfödda kan annars riskera att komma i kläm.

Hälso- och sjukvårdspersonalens bemötandeparat med professionalitet och kunskap är kanske den viktigaste faktorn för medborgarnas och patienternas förtroende för vården. Att vara delaktig i sin egen vård bidrar till att öka motivationen att förbättra sin egen situation. Att utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen i bemötande har också visat sig förbättra både kommunikationen i konsultationsprocesser och patienternas bedömning av vården. Mot bakgrund av detta är det önskvärt att man inom vårdutbildningar och i det fortlöpande förbättringsarbetet i vården uppmärksammar bemötandet som en av de viktigaste aspekterna för att uppnå en god vård.

För att kunna utveckla vårdens kvalitet i ett patientperspektiv är det viktigt att ta fram indikatorer som avspeglar lagstiftningens krav och de behov som patienter har definierat och anser väsentliga att vården tillgodoser. Det är viktigt att indikatorerna avspeglar hela vårdprocessen och de resultat som är betydelsefulla för patienten. Denna typ av indikatorer och regelbundna patientenkäter ger möjlighet att förstå var i vårdprocessen eventuella förbättringar behöver genomföras.

Referenser

1. SOU 2008:127 Patientens rätt - några förslag för att stärka patientens ställning.
2. SOU 2008:37 Vårval i Sverige.
3. SOU 2007:12 Hälso- och sjukvården.
4. WHO. The World Health Report 2008. Primary health care – now more than ever. Genève: WHO; 2008.
5. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40(7):903–18.
6. Bultman DC, Svarstad BL. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Educ Couns* 2000;40(2):173–85.
7. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care* 2004;42(11):1049–55.
8. Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Harter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns* 2007;65(1):69–78.
9. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001;26(5):331–42.
10. Arnetz JE, Almin I, Bergström K, Franzén Y, Nilsson H. Active patient involvement in the establishment of physical therapy goals: Effects on treatment outcome and quality of care. *Advances in Physiotherapy* 2004;6(2):50–69.
11. Greenfield S, Kaplan S.H. Ware JE Jr, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988;3(5):448–57.
12. Rost KM, Flavin KS, Cole K, McGill JB. Change in metabolic control and functional status after hospitalization. Impact of patient activation intervention in diabetic patients. *Diabetes Care* 1991;14(10):881–9.
13. Rachmani R, Levi Z, Slavachevski I, Avin M, Ravid M. Teaching patients to monitor their risk factors retards the progression of vascular complications in high-risk patients with Type 2 diabetes mellitus - a randomized prospective study. *Diabet Med* 2002;19(5):385–92.
14. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336(7651):999–1003.
15. Cahill J. Patient participation: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1996;24(3):561–71.
16. Sidani S. Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Res Theory Nurs Pract* 2008;22(1):24–37.
17. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(4):CD003267.
18. Socialstyrelsen. Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa. Studier av praxis i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
19. Larsson I. Patient och medaktör. Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras [doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs Universitet och Sahlgrenska akademien; 2008.
20. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
21. Socialstyrelsen. Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande - Läget efter lagändringarna 1 januari 1999. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
22. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.

23. Sahlsten MJ, Larsson IE, Plos KA, Lindencrona CS. Hindrance for patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci* 2005;19(3):223–9.
24. Balint M, Hart J, Joyce D, Marinker M, W. J. *Treatment and Diagnosis: A Study of Repeat Prescriptions in General Practice*. London: Tavistock Publications; 1984.
25. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract* 1969;17(82):269–76.
26. Qvarsell R. Den svenska sjukvårdens organisation i ett historiskt perspektiv, I: Vem styr vården? Organisatorisk och politisk styrning inom svensk sjukvård, Blomqvist P, red. Stockholm: SNS Förlag; 2007.
27. Winblad Spångberg U. Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården [doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2003.
28. Gillespie R, Florin D, Gillam S. How is patient-centred care understood by the clinical, managerial and lay stakeholders responsible for promoting this agenda? *Health Expect* 2004;7(2):142–8.
29. *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.
30. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51(7):1087–110.
31. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci* 2002;16(4):337–44.
32. Sahlsten MJ, Larsson IE, Sjöström B, Plos KA. An analysis of the concept of patient participation. *Nurs Forum* 2008;43(1):2–11.
33. Socialstyrelsen. *God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
34. Socialstyrelsen. *Nationella indikatorer för God vård - diskussionsunderlag* Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
35. European Commission. *Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283*. [citerad 2008-10-30]. Tillgänglig på: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf.
36. Wensing M, Baker R, Szecsenyi J, Grol R. Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe. *Health Policy* 2004;68(3):353–7.
37. Landstinget i Östergötland, Synovate Temo. *Patientundersökning 2007, öppen sjukhusvård Landstinget i Östergötland*. [citerad 2008-10-30]. Tillgänglig på: <http://www.lio.se/upload/50436/Oppenvard2007.pdf>.
38. Örebro läns landsting. *Patienterna känner sig trygga och har förtroende för landstingets vård*. 2007-01-24 Hämtad 2008-11-05 från http://www.orebroll.se/news/show____8801.aspx?NewsID=23164&NewsType=1.
39. Landstingen i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland, och Örebro. *Liv & hälsa 2008. Resultat av en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och vårdkontakter*. Ödeshög: Landstingen i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro.
40. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999;11(4):319–28.
41. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998;47(9):1351–9.
42. Crawford MJ, Kessel AS. Not listening to patients - the use and misuse of patient satisfaction studies. *Int J Soc Psychiatry* 1999;45(1):1–6.
43. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. *J Adv Nurs* 2007;59(5):474–87.

44. Krevers B, Närvänen AL, Öberg B. Patient evaluation of the care and rehabilitation process in geriatric hospital care. *Disabil Rehabil* 2002;24(9):482–91.
45. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
46. SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.
47. Statskontoret. Vård, skola och omsorg - Vilken information behöver brukaren för att välja? Stockholm: Statskontoret; 2007.
48. SCB. Privatpersoners användning av datorer och Internet 2007. [citerad 2008-11-03]. Tillgänglig på: http://www.scb.se/statistik/_publikationer/IT0102_2007A01_BR_IT01BR0701.pdf.
49. Socialstyrelsen. Lägesrapport hälso- och sjukvård 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
50. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
51. SCB. Ohälsa och sjukvård 1980–2005. Stockholm: SCB; 2006.
52. Patientnämnden Örebro läns landsting. Verksamhetsberättelse 2007 Patientnämnden Örebro län: Örebro läns landsting; 2008.
53. Patientnämnden Halland. Verksamhetsberättelse 2007: Landstinget Halland; 2008.
54. Patientnämnden Region Skåne. Patientnämnden - årsredovisning 2007: Region Skåne; 2008.
55. Patientnämnden i Stockholms län. Patientnämndens årsrapport 2007. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2008.
56. Västra Götalandsregionen. Patientnämndernas årsredovisning år 2007. Växjö: Västra Götalandsregionen, Patientnämndens kansli; 2008.
57. SOU 2008:117 Patientsäkerhet - Vad har gjorts? Vad behöver göras?
58. Edgren L, Stenberg G. Närsjukvårdens ansikte. Lund: Studentlitteratur; 2006.
59. Kartläggning av närsjukvård – En underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
60. Stockholms läns landsting. Landstingsstyrelsens förslag till beslut – Byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna. Förslag 2008:21. LS 0710–1039. 2008.
61. SKL. Gör och lär. Ett smakprov på förbättringskunskapens teori och praktik i hälso- och sjukvården. [citerad 2008-10-30]. Tillgänglig på: http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc37448_1.pdf.
62. Region Skåne, Malmö Stad. Slutrapport Projekt NISSE - Ett närsjukvårdsprojekt i samverkan mellan Universitetssjukhuset MAS, Medicinavdelning 2, Malmö Stads stadsdelförvaltning Västra Innerstaden, Vårdcentralerna Lundbergsgatan och Fågelbacken. [citerad 2008-11-03]. Tillgänglig på: http://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/Forskn_utv/Dokument/Projekt_Nisse.pdf.
63. Örebro läns landsting. Etik i praktik vid Karl-skoga lasarett - målformuleringar och värdegrund. [citerad 2008-11-03]. Tillgänglig på: <http://www.orebroll.se/upload/Kga/Admin/Dokument/etik1.pdf>.
64. Maatthz G. PM - Hur hälso- och sjukvårdens huvudmän använder God Vård-perspektiven och SOSFS 2005:12. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
65. Region Skåne. Budget och verksamhetsplan 2008 med plan för åren 2009 till 2010. RF 2007-11-26–27 §89. [citerad 2008-11-05]. Tillgänglig på: http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/OmRegionSkane/ekonomi/budget/Budget_2008.pdf.

66. Övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. Stockholm: Landstingsstyrelsen förvaltning, Beställare vård; 2006.
67. Garratt AM, Solheim E, Danielsen K. National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten; 2008.
68. Pasienters erfaringer med døgnenheter ved somatiske sykehus Metodedokumentasjon for nasjonal undersøkelse i 2006. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten; 2007.
69. Patienttilfredshed – resultat af en målrettet indsats. Århus: Center for Kvalitetsudvikling; 2008.
70. Patienternes vurdering af hospitalerne i Region Midtjylland. Århus: Center for Kvalitetsudvikling; 2007.
71. Patients' experiences in Danish hospitals 2006. Copenhagen: The Unit of Patient Evaluation; 2007.
72. Calltorp J, Gudbjörnsdottir S, Henriksson A, Lindman A. Hur kan valfrihet, mångfald och konkurrens bidra till hälso- och sjukvårdens kvalitet?, I: Vårdval - att flytta makten till patienterna, Lindgren A and Morin A, red. Stockholm: Svenskt Näringsliv; 2008.
73. Richards N, Coulter A. Is the NHS becoming more patient-centered? Trends from the national surveys of NHS patients in England 2002-07. [citerad 2008-10-30]. Tillgänglig på: http://www.pickereurope.org/Filestore/Publications/Trends_2007_final.pdf.
74. Netherlands institute of health services research. Dutch Health Care Consumer Panel 2008 Hämtad 2008-11-13 från <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=8597&path=/Startpunt/NIVEL%20international/Research/Data%20bases%20and%20information%20systems/Consumer%20panel>.
75. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Aff (Millwood) 2007;26(6):w717–34.
76. van der Schee E, Braun B, Calnan M, Schnee M, Groenewegen PP. Public trust in health care: a comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. Health Policy 2007;81(1):56–67.

Tillgänglig vård i rimlig tid

Sammanfattning

I flera grundläggande avseenden är tillgängligheten till sjukvård i Sverige god. Merparten av Sveriges befolkning har nära till primärvården och apotek och kan snabbt hämtas av ambulans. Alla personer som bor eller stadigvarande vistas i Sverige omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet. En mycket liten andel av befolkningen uppfattar ekonomiska skäl som hinder för att söka kontakt med hälso- och sjukvården när de har behov av det. Trots detta har tillgängligheten till vården i flera decennier visat sig vara problematisk.

En av fyra anser sig inte ha tillgång till den vård de behöver och en av fem avstår från att söka vård trots att de anser sig ha behov av det. Skälen varierar – vissa vill avvakta och andra anser att de inte kan få någon hjälp, eller att det är för besvärligt att söka vård. Väntetider förekommer i telefon, för besök hos primärvårdsläkare, för besök eller behandling hos specialistläkare. För att komma tillrätta med väntetiderna infördes en ny vårdgaranti 2005, men Socialstyrelsens analyser hittills har visat att den endast marginellt påverkat väntetiderna i positiv riktning.

Landstingens kunskaper om medborgarnas behov av hälso- och sjukvård förefaller begränsade, vilket påverkar hälso- och sjukvårdssystemens förmåga att anpassa utbudet av insatser.

Sjukvårdshuvudmännens informationsinsatser behöver utvecklas och förbättras för att patienter skall kunna veta när och hur de kan förvänta sig att få vård.

Patienter med neurologiska och neuropsykiatriska skador och sjukdomar har svårt att få tillgång till insatser de har behov av. Det gäller också patienter med psykisk ohälsa, särskilt äldre men också barn och unga. För dessa patienter gäller att olika insatser från olika verksamheter, vårdnivåer och kompetensområden måste samordnas bättre så att vården blir effektiv. Vårdgarantin riskerar i vissa avseenden att bli till hinder eftersom den kan medföra att patienter får köa sig till insatser gång på gång, istället för att insatserna planeras, samordnas och genomförs på ett förutsägbart sätt.

Fortsatt förbättringsarbete krävs för att nå tillfredsställande tillgänglighet inom vården. Vården behöver koordineras så att det uppstår en god kontinuerlig process. Genom fortsatt arbete med att optimera processer och rutiner utifrån ett tydligt patientperspektiv i alla led skapas större möjligheter att göra vården tillgänglig för samtliga patientgrupper.

Inledning

Tillgängligheten till hälso- och sjukvården har länge framhållits som ett betydande problem. Utvärderingar och analyser är ofta begränsade till att mäta väntetider och framkomlighet per telefon. Men begreppet tillgänglighet inrymmer många fler dimensioner. Det handlar till exempel om vilka i befolkningen som omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet, det vill säga om det finns enskilda personer eller grupper som inte tas emot av hälso- och sjukvården. Det handlar också om

att veta vart man ska vända sig och om att snabbt kunna få kontakt med vården när det behövs. Tillgänglighet är en fråga om öppettider och kötider, men även om fysisk och geografisk tillgänglighet. Vidare handlar tillgänglighet om tillgång till nya effektiva behandlingsmetoder. Ibland tar det lång tid för de nya metoderna att få genomslag i vården. Ett exempel är att behovet av psykosocial behandling har ökat, eftersom lättare psykisk ohälsa har ökat i befolkningen i form av ångest och depression [1, 2]. För att kunna erbjuda samtalsbehandling med god evidens krävs utbildad personal, men utbildning och nyrekrytering tar tid.

Enligt FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter erkänner konventionsstaterna rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa [3]. För att tillgodose denna rätt ska konventionsstaterna bland annat skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård när de är sjuka.

Tillgängligheten är också en viktig aspekt när det gäller personer med funktionsnedsättningar. I FN:s standardregler om delaktighet och jämlikhet för människor med funktionsnedsättningar talas om tillgänglighet när det gäller gator, trappor och toaletter, men också om tillgänglighet till information och dokumentation [4]. Vidare nämns möjlighet till kommunikation och tillgång till heltäckande information om diagnoser, rättigheter och service. Reglerna behandlar också frågan om hur dokumentationen ska göras tillgänglig samt skyldighet att utveckla och använda teknik för att personer med olika former av kommunikationssvårigheter ska få tillgång till nödvändig information.

I regeringens proposition om stöd och service till vissa funktionshindrade är tillgänglighet väsentligt. Propositionen lyfter fram betydelsen av tvärvetenskapliga och tvärprofessionella insatser.

Den betonar också vikten av att huvudmännen redovisar tillgängliga resurser för rehabilitering (och habilitering) inom och utanför den egna verksamheten på ett sätt som ger både enskilda personer och företrädare för olika verksamheter information om vilka insatser vårdgivaren kan erbjuda och var de finns [5].

God vård i rimlig tid

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen anger vilka områden som ska beaktas för att kvaliteten i hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas och säkras. Tillgång till vård i rimlig tid är en viktig, ibland avgörande, del av tillgängligheten. I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ingår tillgång till vård i rimlig tid som ett av de sex kvalitetsområdena [6]. Enligt handboken "God vård" innebär vård i rimlig tid att ingen patient ska behöva vänta oskäligt lång tid på de vårdinsatser som han eller hon behöver [7]. Det finns ett förslag till ny innebörd av vård i rimlig tid som väger in vad som är oskälig tid ur både patientens och hälso- och sjukvårdens perspektiv. Vård ska erbjudas utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening. Beslut om tidsramen för de insatser som patienten behöver ska fattas i samråd med patienten och stämma överens med riksdagens prioriteringsriktlinjer. Det innebär att man ska få vård när man behöver det, men också att vården ska koordineras så väl att det uppstår en god kontinuerlig process. Detta är särskilt viktigt vid rehabilitering. Genom att optimera processer och rutiner i hälso- och sjukvårdens alla led skapas större möjligheter att erbjuda vård i rimlig tid till samtliga patientgrupper.

Det behövs indikatorer för att följa processerna inom vården och hur patienterna bedömer tillgången

till insatser från hälso- och sjukvården. I dag finns endast indikatorer för att mäta väntetider. Dessa indikatorer ger ingen tillfredsställande bild av tillståndet i vården, eftersom de grundar sig på förväntade väntetider och inte på faktiska väntetider.

Försök att komma tillrätta med väntetider

Problem med långa väntetider har länge varit den svenska sjukvårdens svaghet. Denna kvalitetsfråga har dominerat den hälsopolitiska debatten sedan slutet av 1980-talet. Flera försök att lösa problemen har prövats, till exempel politiskt utfästa vårdgarantier, särskilda ”kösatsningar” och extra resurstillskott till vissa problemområden. Insatserna har dock inte gett några hållbara effekter. Tillgängligheten har visserligen förbättrats tillfälligt, men ganska snart efter att åtgärderna genomförts har köerna återuppstått.

I början av 2005 kom staten överens med landstingen om en ny form av vårdgaranti [8]. Överenskommelsen innebar att den vårdgaranti som gällde sedan år 1998 och omfattade primärvården och besök i den specialiserade vården utvidgades till att gälla även behandling inom den planerade specialiserade vården. Som en del av överenskommelsen fick landstingen ett resurstillskott på 1,95 miljarder kronor år 2005 och 1,75 miljarder per år från och med år 2006.

Genom utvidgningen av vårdgarantin har svensk hälso- och sjukvård nu tydliga mål för tillgängligheten i större delen av vårdkedjan. Målen brukar uttryckas med sifferserien 0–7–90–90, som anger vilka tidsgränser som gäller enligt den nationella vårdgarantin.

Faktaruta I

- 0 – Primärvården ska erbjuda kontakt per telefon eller på plats samma dag.
- 7 – Primärvården ska erbjuda läkarbesök inom högst sju dagar, om det behövs.
- 90 – Efter beslut om remiss eller vårdbegäran ska besök inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdatumet.
- 90 – Beslutad behandling ska erbjudas inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatumet.

Vårdgarantin reglerar endast *inom vilka tidsgränser* en patient ska erbjudas den vård som behörig vårdpersonal beslutat om i samråd med patienten.

Väntetiden inom den specialiserade vården får överstiga 90 dagar om patient och läkare är överens om detta. I första hand ska besök och behandling erbjudas inom det egna landstinget. Om hemlandstinget inte kan erbjuda besök och behandling inom gällande tidsgränser ska patienten få hjälp till vård inom garantitiden hos en annan vårdgivare. Hemlandstinget ska hjälpa till med alla kontakter, och det får inte innebära några extra kostnader för patienten.

Underlag, mått och indikatorer

Syftet med detta avsnitt är att ge en bild av hur tillgänglig hälso- och sjukvården är för medborgarna. Vi belyser vårdens tillgänglighet ur några olika perspektiv och vi placerar också den svenska situationen i ett internationellt sammanhang. Våra analyser och bedömningar grundar sig på uppgifter från

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom området
- uppgifter om utveckling över tid för framkomligheten på telefon, väntetider till primärvården, väntetider till specialistvård

- en enkät till samtliga landsting med frågor om väntetider och rehabilitering
- litteratursökningar
- material från patient- och handikapporganisationer.

Alla data som avsnittet grundar sig på har brister och måste därför tolkas med försiktighet. Sammantaget ger Socialstyrelsens underlag ändå en bild av vårdens tillgänglighet ur några olika perspektiv.

Ekonomi, geografi och information

Med hälso- och sjukvårdssystemets tillgänglighet avses vilka av ett lands invånare som omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet och hur många som får den hälso- och sjukvård de behöver [9]. När man bedömer hälso- och sjukvårdssystemets tillgänglighet har också den enskildas kostnader betydelse, det vill säga vad en person behöver betala för att få tillgång till den vård och behandling som han eller hon behöver.

Vid internationella jämförelser ligger Sverige högt när det gäller hälso- och sjukvårdssystemets tillgänglighet. Det beror på att alla som bor eller vistas i landet enligt svensk sjukvårdslagstiftning ska erbjudas den hälso- och sjukvård som de behöver. Denna möjlighet begränsas inte med särskilda villkor, till exempel krav om anställning [9].

Ändå har Sverige kritiserats för att inte erbjuda nödvändig hälso- och sjukvård till personer som vistas i landet utan uppehållstillstånd, så kallade papperslösa. FN:s särskilda rapportör för rätten till bästa uppnåeliga hälsa har till exempel konstaterat att asylsökande barn i Sverige har samma tillgång till hälso- och sjukvård som andra barn, men att detta inte gäller för vuxna asylsökande

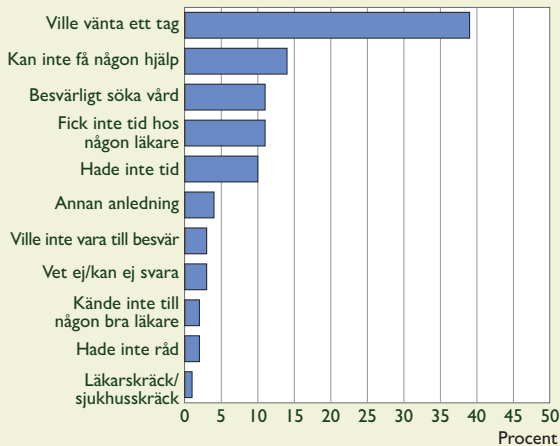
och papperslösa [10]. Förhållandet stämmer inte överens med FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter eftersom rätten till hälsa innebär att det inte får finnas hinder för tillgång till vård, varken fysiskt, ekonomiskt eller genom diskriminering [3]. Enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvård ges med respekt för alla människors lika värde, och den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården [11].

Vården upplevs ibland som otillgänglig och krånglig

Vårdbarometern mäter hur befolkningen uppfattar tillgången till vård, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller inte. I mätningen från år 2007 anser 75 procent av befolkningen att de helt eller delvis har tillgång till den vård de behöver. För år 2005 och 2006 var resultatet på riksnivå 73 respektive 74 procent. Andelen är alltså svagt stigande [12, 13].

Variationen mellan landstingen är varken påtagligt stor eller försumbar. I en grupp om fyra landsting – Blekinge, Kalmar, Halland och Jönköping – anser cirka 80 procent av befolkningen att de har tillgång till den vård de behöver, och ungefär 70 procent av befolkningen i de fyra landstingen Gävleborg, Sörmland, Västra Götaland och Västmanland anser också att de har tillgång till den vård de behöver. Det är inte lätt att tolka innebörden av att 25 procent av befolkningen tycker sig sakna tillgång till den vård de behöver. Är det en spegling av egna erfarenheter från vårdkontakter, eller beror den höga andelen på den lokala eller nationella samhällsdebatten om hälso- och sjukvården?

Enligt de intervjuer som SKL genomförde om befolkningens syn på vården under 2007 hade

Figur 2:7. Främsta orsak till att ej söka sjukvård, år 2008

Källa: Specialbearbetning av data ur Vårdbarometern, SKL

20 procent av de tillfrågade någon gång under året avstått från vård, trots att de ansett sig behöva vård [12]. Kvinnor avstod i högre grad än män. Skälen till att man inte sökt eller avstått från vård varierade (figur 2:7).

38 procent ville vänta ett tag, men lika många uppgav att de antingen inte kunde få någon hjälp (14 procent), att det var besvärligt att söka vård (13 procent) eller att de inte fick tid hos någon läkare (11 procent). Andelen som avstod från att söka vård för att de inte hade råd var dock låg (2 procent), men detta innebär ändå att ekonomin kan vara avgörande för vissa utsatta grupper. Även enligt SCB:s ULF-undersökningar är andelen i befolkningen som avstår vård av ekonomiska skäl låg. Det är vanligare att kvinnor avstår från att söka vård för att de inte anser sig ha råd än att män gör det (tabell 2:3).

Tabell 2:3. Avstått vård av ekonomiska skäl

Andel och antal kvinnor och män som avstått från vård för att de inte hade råd.

År	Kvinnor		Män	
	Procent	Antal	Procent	Antal
2002	0,8	27 168	0,8	27 167
2003	1,8	61 878	1,4	46 711
2004	1,6	55 993	0,9	30 972
2005	1,3	46 924	0,9	31 248
2006	1,2	44 193	0,9	29 829
2007	1,3	45 426	0,7	23 017

Källa: SCB, ULF-undersökningarna

Personer med funktionsnedsättning har sämre hälsa än andra och de har oftare en sämre ekonomisk situation jämfört med den övriga befolkningen [15, 16, 17]. Kvinnor och män med funktionsnedsättning har enligt Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät oftare kontakt med sjukvården än den övriga befolkningen. Här kan man anta att högkostnadsskyddet gör att den enskildas ekonomi inte hindrar tillgången till hälso- och sjukvård. Även tandhälsan är sämre hos personer med funktionsnedsättning, och allra sämst hos dem som saknar kontantmarginal. Ett undantag är personer med utvecklingsstörning i åldern 21–40 år, som har en tandhälsa jämförbar med befolkningen i övrigt [17].

Något fler får resa längre

För huvuddelen av befolkningen i landet är primärvårdens geografiska tillgänglighet god. Cirka 98 procent har mindre än 20 minuters resväg till närmaste vårdcentral [1]. Knappt 115 000 personer har 20–30 minuter till närmaste vårdcentral och lite drygt 28 500 personer har längre restid än 30 minuter. En dryg fjärdedel av dessa 28 500 per-

soner har mer än 40 minuters restid. Glesbygdsverkets beräkningar visar att antalet personer med mer än 30 minuter till närmaste vårdcentral har ökat med cirka 18 procent sedan 2002. Mellan år 2002 och 2006 minskade antalet vårdcentraler i gles- och landsbygder i hela landet med 26 stycken. Enligt Glesbygdsverket kan minskningen förklara en stor del av den geografiska tillgänglighetens försämring sedan 2002 [18].

När det gäller akut omhändertagande har drygt 80 procent av landets befolkning tillgång till ambulans inom tio minuter, och inom 20 minuter nås 97 procent. I gles- och landsbygder kan väntetiderna dock bli betydligt längre. Över 260 000 personer i glesbygder och tätortsnära landsbygder kan få vänta i över 20 minuter, och 50 000 kan få vänta i mer än en halvtimme. En tredjedel av dessa personer bor i Norrbottens län [18].

I vissa situationer kan tillgången till läkemedel ha en avgörande betydelse för ett visst sjukdomsförlopp. Tillgång till läkemedel är därför en viktig förutsättning för att hälso- och sjukvårdslagens mål om god hälsa på lika villkor ska kunna uppfyllas. De allra flesta invånare i tätorter och mer tätbefolkade områden har relativt kort restid till ett apotek. I de allra flesta fall handlar det om mindre än 20 minuters resa, ofta kortare än så. I glesbygderna, framför allt i inlands länen, är det dock vanligt med upp till 40 minuters bilresväg till närmaste apotek. Glesbygdsverket konstaterar att apoteksombuden är och kommer att vara särskilt viktiga i dessa områden [18].

Svårt att få enkel och tydlig information

För att systemet med vårdgaranti ska fungera optimalt för dem som behöver hälso- och sjukvård, är det viktigt att det finns tillgång till vägledande och klargörande information. Landstingen har olika

höga ambitionsnivåer när det gäller att informera patienter om vårdgarantin och om de aktuella väntetiderna. Mycket tyder också på att det finns stora skillnader mellan landstingen i hur de informerar sina patienter om möjligheten till vård hos andra vårdgivare i det egna landstinget eller i ett annat landsting. Detta framkommer i en enkätundersökning som Socialstyrelsen gjort inom ramen för uppföljningen av den nationella vårdgarantin [19]. Det handlar framför allt om hur aktivt landstingen informerar patienter som står i kö och som riskerar att få vänta längre än de maximala väntetiderna. Överenskommelsen lägger ett aktivt ansvar på landstingen att informera och hjälpa patienterna.

En övervägande del av landstingen bedömer att den generella information som finns om vårdgarantin är mycket bra. Landstingens egna omdömen är inte riktigt lika positiva när det gäller information direkt till patienter som riskerar att få vänta längre än vårdgarantins tidsgränser, även om vissa landsting även här bedömer att informationen sammantaget fungerar tillfredsställande [19].

En översiktlig genomgång av landstingens hemsidor visar att informationen om vårdgarantin oftast finns, men ibland är informationen inte helt klargörande. Ofta krävs till exempel att patienten tar ytterligare kontakt med primärvården för att få veta vad som gäller. Skillnaderna mellan de olika landstingen är stora.

Sammantaget råder brister i informationen till patienter och medborgare. I avsnittet om *Patient-fokuserad vård* diskuteras detta ytterligare.

Väntetider

Att stå i kö är inte riskfritt. Enligt en studie vid Sahlgrenska sjukhuset avled 1,3 procent av de 5 864 personer som stod i kö för kranskärlsoperation under åren 1995–1999. 95 procent av döds-

fallen var just hjärtrelaterade [20]. Ett uppmärksammat exempel som Socialstyrelsen utrett och kritiserat är cancervården i Västra Götaland. Två personer avled hösten 2004 till följd av för lång väntan på strålbehandling [21,22].

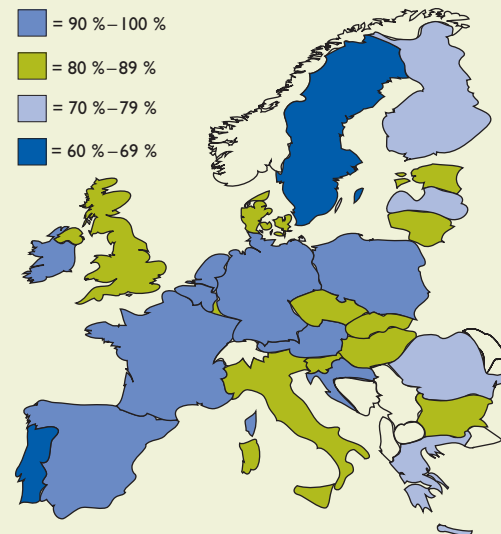
Enligt OECD:s rapport från 2008 ökar vårdens kvalitet i OECD-länderna [23]. Men en växande utmaning för hälso- och sjukvården är att förebygga och hantera kroniska sjukdomar. Hälso- och sjukvårdsverksamheter har byggts upp med fokus på akuta sjukdomstillstånd som fordrar korta och intensiva behandlingar. Men verksamheterna fungerar mindre bra för att ta hand om människor med kroniska sjukdomar som har behov av fortlöpande insatser från hälso- och sjukvården (rehabilitering).

Under senare år är det få invånare i EU-länderna som inte får kontakt med familjeläkare vid behov. Men skillnaderna mellan länderna är stora. Sverige har enligt Eurobarometern bland de sämsta resultaten: nästan fyra invånare av tio bedömer att det är svårt att få kontakt med familjeläkare [24] (figur 2:8).

Health Consumer Powerhouse (HCP) publicerar årligen jämförelser av länderna inom EU. Det sammanfattande totala indexet är en sammanvägning av index på sex delområden: medicinska resultat, sjukvårdssystemets tillgänglighet, tillgång till läkemedel, patientens rättigheter och information, väntetider samt, nytt för 2008, e-hälsa. I jämförelsen från år 2008, Euro Health Consumer Index (EHCI), har Sverige precis som tidigare år, det bästa resultatet när det gäller behandlingsresultat. Sverige ligger också bland de främsta när det gäller tillgång till läkemedel, sjukvårdssystemets tillgänglighet och e-hälsa. Sammanlagt hamnar Sverige på femte plats och det som drar ned resultatet är framför allt väntetiderna, där Sverige återfinns bland de som placerar sig sämst [25]. Indika-

Figur 2:8. Tillgång till allmänläkare EU-länderna

Andelen personer i Eurobarometers enkät som svarat att det är lätt att få tillgång till en allmänläkare i det land där de bor. Svaren är baserade på svars-personernas egna erfarenheter eller erfarenheter från närstående. Andelen personer som tyckte det var lätt att få tillgång till en allmänläkare var lägst i Sverige av de redovisade länderna (63 %).



Källa: Eurobarometer 2007, [24]

torerna på området väntetider är inte samma indikatorer som ingår i den svenska vårdgarantin [9]. HCP:s resultat är också ifrågasatta, eftersom index är känsliga för metodval och hur olika delområden viktas. Se vidare avsnittet *Effektiv vård*.

Väntetidsmätningarna behöver utvecklas

En viktig förutsättning för att lyckas förbättra tillgängligheten i vården är tillgång till information om var i systemet väntetider uppstår och när de

uppstår. Detta kräver detaljerade och regelbundna mätningar. För närvarande varierar landstingens mätningar stort när det gäller hur omfattande och detaljerade de är.

Samtliga landsting är ålagda att mäta vissa väntetider och rapportera dem till SKL:s väntetidsdatabas. Databasen har utvecklats för att man ska kunna följa upp de olika vårdgarantiernas effekter. I databasen ingår både väntetider till primärvården och till den specialiserade vården. Landstingens förmåga att leva upp till kraven på rapportering till väntetidsdatabasen har förbättrats något de senaste åren, men är fortfarande inte helt tillfredsställande. Dessutom finns brister i uppgifternas kvalitet. Vidare är det stor skillnad mellan de landsting som har bäst och de som har sämst rapportering. De osäkerhetsfaktorer som fortfarande finns kring rapporteringen kan göra det svårt att tolka uppgifterna på ett korrekt sätt.

Problemen med rapporteringen kan ha flera orsaker, till exempel brister i rapportörsorganisationen eller landstingens IT-system som inte är utformade för denna typ av applikationer. Det är vanligt att privata vårdenheter med offentlig finansiering inte redovisar väntetider fullständigt till väntetidsdatabasen. Problemen indikerar att väntetidsfrågor inte har prioriterats i tillräckligt hög utsträckning. I landsting där engagemanget har varit stort är rapporteringen generellt bra.

I vissa landsting som tidigare har rapporterat väntetidsuppgifter på ett bra sätt kan rapporteringen minska avsevärt i samband med att landstingen byter patientadministrativt system. Det är ofta oundvikligt att ett nytt system påverkar rapporteringen under någon eller några månader, men om tiden är längre pekar detta återigen på att landstingen inte har beaktat väntetidsfrågorna i tillräckligt hög grad när de valt och börjat använda det nya systemet.

Utöver ovanstående brister bör man observera att väntetidsstatistiken inte säger något om huruvida landstingen har följt de gällande prioriteringarna eller de medicinska indikationerna för behandling. Det finns heller inga uppgifter om väntetiden till undersökningar och andra moment som ingår i vårdprocessen mellan det första specialistbesöket och eventuell behandling.

Av landstingens rapportering till Socialstyrelsen om vårdgarantin och satsningar på att förkorta väntetiderna framgår att mer än hälften av landstingen kontinuerligt har möten och avstämningar med verksamheterna. I Södermanland finns till exempel en rapportör som påminner och hjälper enheter som inte lämnar in eller lämnar ofullständiga rapporter. Några landsting arbetar med påminnelser via telefon eller personlig kontakt. Det finns å andra sidan också exempel på landsting som medger att väntetidsrapporteringen inte har högsta prioritet [19].

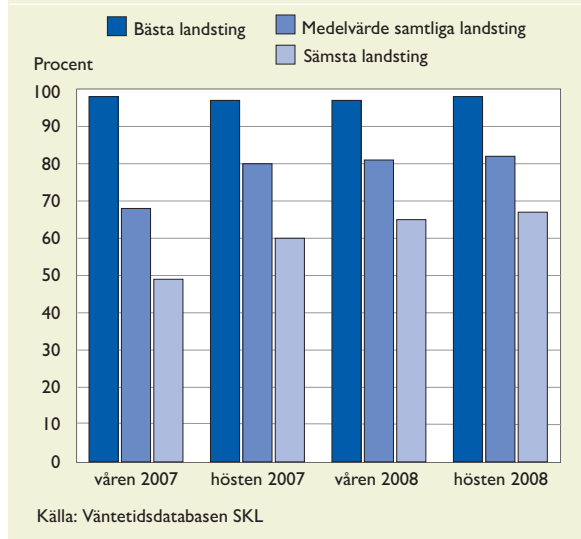
Även om väntetidsstatistiken måste tolkas med försiktighet ger uppgifterna ändå en indikation på den totala väntetidsutvecklingen i den planerade vården. SKL redovisar en stor del av uppgifterna på webbplatsen www.vantetider.se, som är tillgänglig för allmänheten. SKL ger även ut sammanfattande rapporter om väntetidsläget. En första presentation om faktiska väntetider beräknas komma under 2009 [26].

Något kortare väntetider vid vårdcentralerna

Primärvårdens delar av vårdgarantin är telefon-tillgänglighet och besöksstillgänglighet som båda följs upp av SKL. Rapporteringen omfattar alla landsting och regioner utom Stockholm, som har ett eget system, och Värmland, som har för låg datoriseringsgrad. Såväl datoriseringsgraden

Figur 2:9. Andel besvarade telefonsamtal

Rådgivning och tidbokning inom primärvården. Redovisning av medelvärdet för alla landsting samt värdena för landstingen med bästa och sämsta telefonförmåga.



som andelen besvarade samtal varierar mellan landstingen. Mätningen från oktober 2008 visar att andelen besvarade samtal varierade mellan 67 och 98 procent, vilket innebär att lägstnivån har höjts jämfört med mars 2008, då andelen varierade mellan 65 och 97 procent. Gävleborg, Kronoberg, Kalmar, Västra Götaland och Norrbotten är landsting som under upprepade mätningar har visat hög tillgänglighet. Av dessa är det dock bara i Kronoberg som samtliga vårdcentraler har datoriserade telefonsystem. (se figur 2:9)

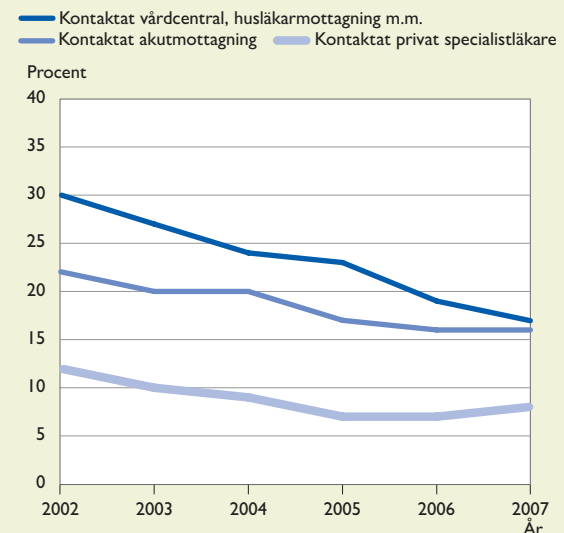
Det finns också rapporter som visar på skillnader inom enskilda landsting när det gäller telefonförmåga. Mätningar i Stockholm pekar till exempel på att det inom allmänpsykiatri är stor spridning mellan olika länsdelar när det gäller hur

stor andel av samtalen till mottagningarna som besvaras inom landstingets gränser för godkänd svarstid [27].

Uppgifterna från väntetidsdatabasen går att jämföra med data från Vårdbarometern, som 2007 i högre grad återspeglar ett patientperspektiv. Telefonförmågan har förbättrats fortlöpande sedan Vårdbarometern började med sina mätningar 2002. Men telefonförmågan varierar stort mellan landstingen, enligt Vårdbarometerns svarspersoner. År 2007 var det allra svårast att få telefonkontakt med vårdcentralerna i Jämtland, Skåne, Uppsala och Västmanland [13]. Lättast att komma fram var det i Kalmar, Halland och Norrbotten. Skillnaderna mot redovisningen i väntetidsdatabasen kan bland annat bero på bortfall i väntetidsmätningarna. (se figur 2:10)

Figur 2:10. Telefonförmåga

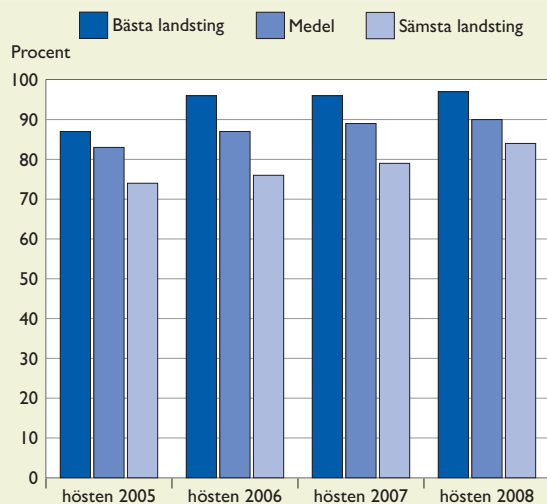
Andel patienter som anser det svårt eller mycket svårt att komma fram på telefon.



Variationerna mellan landstingen när det gäller väntetider till läkarbesök i primärvården är mindre än för telefontillgängligheten och för väntetiderna till den specialiserade vården. I mars 2008 fick i genomsnitt 91 procent av de patienter som kontaktade en vårdcentral för icke-akuta läkarbesök träffa en läkare inom sju dagar (se figur 2:11). Jämförbara uppgifter från tidigare år visar att genomsnittssiffrorna för riket långsamt blivit högre.

Figur 2:11. Läkarbesök inom sju dagar

Utvecklingen av andelen patienter som får komma på ett läkarbesök inom 7 dagar
Redovisning av medelvärdet för alla landsting samt värdena för landstingen med bästa och sämsta tillgång till läkare inom primärvården.



Källa: Väntetidsdatabasen SKL

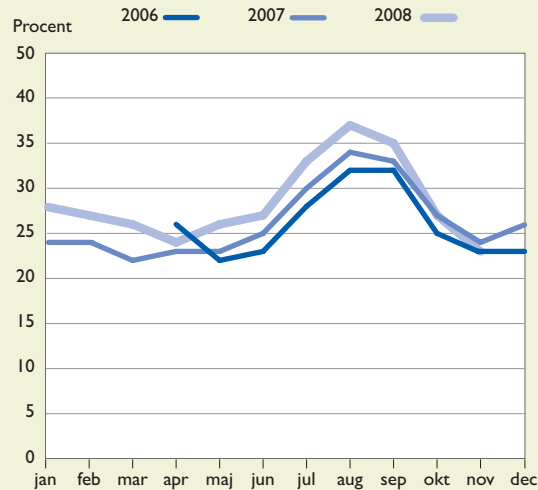
I det landsting som hade svårast att leva upp till denna del av den nationella vårdgarantin, Uppsala, fick 82 procent tid för läkarbesök inom sju dagar. Det landsting som presterade bäst i detta avseende, Halland, lyckades däremot erbjuda tid inom sju dagar till 97 procent av patienterna. Motsvarande siffror två år tidigare var 74 procent (Västerbotten) och 96 procent (återigen Halland). Landstingens redovisning till Socialstyrelsen visar att en övervägande majoritet av landstingen anser att väntetiderna för att få kontakt med primärvården och för besök hos läkare inom primärvården är tillfredsställande eller mycket tillfredsställande [19].

Väntetiderna till den specialiserade vården är fortfarande långa

SKL:s rapporter visar att vårdgarantin till en början förde med sig kortare väntetider inom den specialiserade vården, framför allt under det första året efter att garantin infördes i november 2005. I vissa landsting halverades köerna. Ur ett nationellt perspektiv började dessa förbättringar att plana ut under senhösten 2006, och utplaningen fortsatte under 2007. En jämförelse på riksnivå mellan september 2007 och september 2008 visar att andelen patienter som under denna period väntade på besök längre än 90 dagar varierade mellan 25 och 35 procent. Andelen som väntade på behandling längre än 90 dagar varierade mellan 30 och 40 procent. Denna andel har varit relativt konstant med undantag för de återkommande försämringarna under

Figur 2:12. Väntetid besök

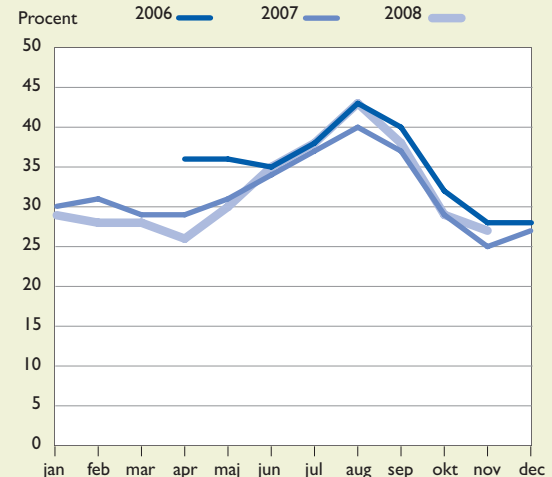
Utvecklingen av andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på besök inom den specialiserade vården.



Källa: Väntetidsdatabasen SKL

Figur 2:13. Väntetid behandling

Utvecklingen av andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på behandling inom den specialiserade vården.



Källa: Väntetidsdatabasen SKL

somrarna, som kräver en upphämtning varje höst [28] (figur 2:12, 2:13).

Kalmar, Gotland och Jönköping är de landsting där lägst andel patienter har behövt vänta längre än 90 dagar på besök eller behandling under år 2007–2008. Även Västmanland har lyckats bra på besökssidan, men ligger närmare genomsnittet för riket när det gäller behandling. För Uppsala gäller det omvända. Där väntar förhållandevis få patienter längre än 90 dagar på behandling, men på besökssidan är problemen avsevärt större. Jämtland, Gävleborg och Västerbotten hör till de landsting där stora andelar patienter har väntat längre än 90 dagar under en längre tid.

Väntetidssituationen inom den specialiserade vården bör tolkas mot bakgrund av att antalet patienter som behöver besöka den specialiserade

vården har ökat från runt 245 000 till 278 000 från mars 2007 till 2008. Ökningen har skett inom områdena medicin (främst gastroenterologi, hud och reumatologi) och kirurgi (ögonvård, öron-näsa-hals-sjukvård samt plastikkirurgi). Inom dessa områden har också flest patienter fått vänta längre än 90 dagar på behandling. Det totala antalet väntande patienter med ett beslut om behandling eller operation har legat på ungefär samma nivå, runt 80 000 patienter. Detta gäller de åtgärder som den nationella väntetidsdatabasen följer. Inom allmänskirurgi, plastikkirurgi och ryggkirurgi har drygt 35 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar.

Av landstingens rapporter till Socialstyrelsen framgår att samtliga landsting anser sig ha problem med väntetider i något avseende. Bland faktorer

som kan leda till kortare väntetider nämns bättre logistik och produktionsplanering, bättre hantering av väntelistor, tydligare prioriteringar från ledningen, bättre bemanningsplanering (schemaläggning) och rätt urval av patienter. För att väntetiderna ska kunna förkortas krävs dessutom god vilja och en positiv attityd. God tillgång till personal och inga vakanser är vidare ett måste för att olika enheter ska kunna bedriva sina verksamheter med kontinuitet. I vissa fall menar landstingen också att det krävs ökade resurser [19].

Risk att vänta på akutmottagningen

Under den sista delen av år 2004, under 2005 och under första kvartalet 2006 genomförde Socialstyrelsen en verksamhetstillsyn vid 18 olika akutmottagningar inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion [29]. Bakgrunden till verksamhetstillsynen var ett ökat antal lex Maria-anmälningar, enskilda anmälningar och andra signaler om att patienter avvisats från akutmottagningar.

Resultaten visade att tre av akutmottagningarna krävde remiss för att ta emot patienter. De flesta akutmottagningarna saknade riktlinjer och beslutsstöd för att bedöma och prioritera patientens symtom. I några fall fick patienterna vänta orimligt länge i förhållande till de symtom som de uppvisade. En del patienter valde då att avbryta besöket, vilket vid några tillfällen fick katastrofala följder för patienterna. I en rapport från en patientnämnd framgick att patienternas uppfattning om vilken hjälp de önskade inte stämde överens med den vård de fick [29].

Utveckling av indikatorer för väntetider och rehabilitering

Jämfört med många andra länder har Sverige förhållandevis bra väntetidsdata för nya patienter (det vill säga för patienter som kommer in i systemet). Men i andra delar av hälso- och sjukvården är uppgifterna bristfälliga eller saknas helt. Därför är det angeläget att väntetidsmätningarna blir mer heltäckande. Det vore önskvärt att landstingen strävar efter att automatiserat rapportera individbaserade uppgifter till väntetidsdatabasen och på längre sikt till övergripande patientregister. Detta skulle göra det möjligt att få in väntetidsuppgifter från hela hälso- och sjukvården och att mäta avvikelser från det medicinska måldatomet. På så sätt kan man minimera de kvalitetsförluster som är kopplade till själva insamlingen och bearbetningen av uppgifterna. Framtida system bör vara säkrare och mer användarvänliga än dagens system, både när det gäller att lagra, ta fram och redovisa data.

Hälso- och sjukvården behöver alltså vidareutveckla och förbättra sitt sätt att mäta väntetider och det är viktigt att också komplettera mätningarna med indikatorer som återspeglar hur patienterna upplever väntetiderna. En fördel med att samla in data som täcker båda perspektiven är att det blir lättare att föra ett resonemang om vad som kan betraktas som medicinskt acceptabla väntetider för olika patientgrupper och i olika delar av vården. Att kartlägga hur patienterna upplever väntetiderna är också ett sätt att följa upp och utvärdera hur tillförlitliga väntetidsmätningarna är. Ett annat mål är att på individnivå följa upp hur rehabilitering eller habilitering fungerar för personer med funktionsnedsättningar [30]. En avgörande kvalitetsindikator på området kan därför

vara den enskildes tillgång till en individuell plan enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Ytterligare en indikator skulle kunna vara landstingens förmåga att göra behovsanalyser. Detta är en skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen och en viktig förutsättning för att landstingen ska kunna erbjuda vård i rimlig tid.

Överbeläggningar är fortfarande vanliga

Under en lång följd av år har antalet vårdplatser i den slutna vården blivit allt färre och Sverige har lägst antal vårdplatser i Europa [31]. Det beror bland annat på att fler vårdas i hemmet och att många sjukdomar i dag behandlas framgångsrikt i den öppna vården. Socialstyrelsen har dock tidigare uppmärksammat problem med överbeläggningar, särskilt under sommar- och semesterperioder. En hårt belastad slutenvård med överbeläggningar påverkar tillgängligheten inom hälso- och sjukvården som helhet. Detta kan leda till längre väntetider för behandling, framför allt för patienter som är lägre medicinskt prioriterade. Överbeläggningar ökar också riskerna för dålig kontinuitet i vården.

Granskningar 2003 och 2008 visade att överbeläggningar och brist på vårdplatser är vanligt [32,33]. Särskilt bekymmersam var situationen på de större sjukhusen. Överbeläggningar påverkar vidare säkerheten i vården, vilket belyses i avsnittet om *Säker vård*.

I den enkät som Socialstyrelsen riktade till landstingen våren 2008 fanns en fråga om överbeläggningar i den slutna sjukhusvården. 16 landsting svarade på frågan, och av svaren framgår att det finns stora variationer mellan landstingen. Jönköpings län redovisar en siffra som tyder på få överbeläggningar medan Västernorrland och Blekinge ligger högt. Landstinget i Västmanland anger också

en siffra som tyder på stora problem med överbeläggningar, vilket stämmer överens med uppgifterna i den rapport som revisorerna där tagit fram. Kirurg- och öron-näsa-hals-klinikerna i Västmanland anser att minskningen av antalet vårdplatser har gått för långt. Konsekvensen har blivit att överbeläggningarna stadigt ligger på 115 procent och att planerade operationer måste flyttas fram [34].

Av kommentarerna i Socialstyrelsens enkät framgår att överbeläggningar är vanligast på medicinklinikerna och mindre vanligt på kirurgklinikerna. Överbeläggningarna varierar också mellan olika sjukhus inom samma landsting [19]. Överbeläggningar och utlokalisering av patienter har snarare blivit regel än undantag, inte bara på sommaren. Det finns dock ingen statistik på nationell nivå som visar i vilken utsträckning överbeläggningar är ett systematiskt problem. Överbeläggningar kan naturligtvis inte endast kopplas till antalet vårdplatser, utan måste diskuteras utifrån hur den slutna och öppna vården fungerar tillsammans och utifrån hur sjukhusen samverkar.

Vårdgarantins effekter på väntetiderna – en splittrad nationell bild

Den utökade vårdgarantin år 2005 hade en signifikant effekt på väntetiderna direkt efter införandet, men effekten började avklinga redan inom ett år. Bilden känns igen från andra reformer inom hälso- och sjukvården, till exempel tidigare vårdgarantier och den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. En förklaring är att denna typ av reformer i regel karaktäriseras av ett omfattande projektarbete under den inledande fasen som dock inte hunnit sprida sig i verksamheten på ett bestående sätt när projekten avslutas.

Den generella slutsatsen att vårdgarantin har haft begränsade effekter gäller inte för alla landsting. Det finns ett antal exempel på bestående resultat. Landsting som arbetar systematiskt med förbättringsarbete på alla nivåer (politisk nivå, förvaltningsnivå och verksamhetsnivå) har i regel bättre tillgänglighet än landsting som inte har ett lika strukturerat arbetssätt. I många landsting har ett centralt problem varit bristande vilja att på ett ingående sätt arbeta med väntetidsproblematik på någon eller några av de aktuella nivåerna.

Mellan våren 2006 och hösten 2007 ökade väntetiden till specialistbesök i hälften av landstingen medan väntetiden till behandling ökade i drygt en tredjedel av landstingen, trots vårdgarantin. Hösten 2008 varierade väntetiderna på följande sätt:

- Andelen besvarade telefonsamtal i primärvården varierade mellan 67 och 98 procent.
- Andelen patienter som sökte en tid för läkarbesök i primärvården och fick den inom sju dagar varierade mellan 84 och 97 procent.
- Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på specialistbesök varierade mellan 12 och 45 procent.
- Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på beslutad behandling varierade mellan 14 och 43 procent.

Den mest grundläggande förklaringen till att framstegen har varit få i många landsting är bristande vilja att prioritera väntetidsfrågor. Men det finns också en rad andra hinder som i varierande grad försvårar landstingens arbete med att förkorta väntetiderna. Det handlar främst om bristande effektivitet i organisationskultur eller ledningssystem, undermålig kunskap om logistiska rutiner och processer samt IT-relaterade begränsningar. Dessa faktorer går in i varandra, och det

är viktigt att se till helheten. Även resursbrist och personalbrist kan bidra till dålig tillgänglighet, men i de flesta landsting har sådana begränsningar inte en avgörande betydelse.

Socialstyrelsen bedömer att landstingen i olika hög grad har tagit vara på de möjligheter och ekonomiska resurser som ingick i överenskommelsen. Även om landstingen har olika förutsättningar för att förkorta väntetider finns i många fall utrymme för ett mer kraftfullt och systematiskt arbetssätt. SKL samordnar och stödjer landstingen i arbetet med vårdgarantin, bland annat genom ett nätverk som syftar till att utbyta och sprida resultat, kunskap, erfarenheter, förbättringsmetoder och goda exempel.

Personalens kunskaper om vårdgarantin behöver förbättras

Ett av flera kännetecken för den utvidgade vårdgarantin är att landstingen ska hjälpa patienter till vård i ett annat landsting när väntetiden till besök eller behandling i den specialiserade vården överstiger 90 dagar i det egna landstinget. Det finns tecken på att förhållandevis unga patienter med relativt god hälsa är överrepresenterade bland dem som får vård i ett annat landsting. Om så är fallet agerar landstingen inte i enlighet med överenskommelsen. Det finns därför anledning att följa upp vilka patienter som erbjuds vård i ett annat landsting respektive vilka som inte får detta erbjudande. I dag finns ingen tillförlitlig landstingsövergripande statistik för denna del av vårdgarantin.

Personalen behöver få bättre stöd för att kunna tillämpa vårdgarantin. Att patienterna är olika väl informerade beror delvis på att det bland vårdpersonalen finns missuppfattningar om vad vårdgarantin innebär. SKL har i samarbete med alla

landsting och regioner utarbetat en nationell enkät för att ta reda på om vårdpersonalen fått tillräckligt mycket stöd för att praktiskt kunna hantera vårdgarantin. Enkäten omfattar såväl kunskap om som attityder till vårdgarantin. Kronobergs läns landsting använde som första landsting enkäten till vårdpersonalen under våren 2008. Resultatet visade att vårdpersonalen generellt sett känner till tidsgränserna, men att det finns en stor kunskapsbrist kring hur och när patienten kan återopa vårdgarantin och vilket regelverk som gäller när man hänvisar till en annan vårdgivare. Med enkätresultaten som utgångspunkt, har Kronobergs läns landsting därför tagit fram en handlingsplan med riktade informationsinsatser och ett omfattande förändringsarbete kring vårdgarantin.

Exempel från två landsting

Storstadsregionerna brottas ofta med särskilda svårigheter i sina försök att korta ned väntetiderna. Dessa regioner använder till exempel många olika IT-system, och de har byggt upp organisationen och ansvarsfördelningen på olika sätt. Dessutom finns det avsevärt många fler privatläkare i storstadsregionerna än i andra landsting. Det är ofta besvärligt att få in uppgifter om väntetider från privata vårdgivare med avtal, vilket bland annat beror på att de saknar fungerande IT-system och att rapporteringskraven inte står med i avtalen. I storstadslandstingen arbetar man dock för att öka kraven på privatläkarna när de gamla avtalen går ut och nya avtal ska upprättas.

Stockholm

Stockholms vårdgaranti avviker från övriga landstings 0–7–90–90-princip genom kortare väntetider för ett första besök hos läkare (fem dagar i stället för sju) och genom kortare väntetider för

besök inom den specialiserade vården efter beslut om remiss eller vårdbegäran. Stockholms läns landstings ambition är att kunna erbjuda besök hos den specialiserade vården högst 30 dagar efter beslutsdatumet. Vårdgarantins sifferserie blir därmed 0–5–30–90 för Stockholm.

Stockholm läns landsting har försökt att bedöma om vården sker i rimlig tid men dragit slutsatsen att det endast är telefontillgängligheten till delar av närsjukvården som på ett kvalitetssäkrat sätt kan mätas kontinuerligt över tid. Även när det gäller telefontillgängligheten kan det vara svårt att uttala sig om resultaten, då det finns skillnader i krav på de mottagningar som mäts. Dessutom används olika telefonsystem som är svåra att jämföra [27].

I Stockholm finns ett särskilt vårdgarantikansli dit patienter ska kunna vända sig för att på ett lättare sätt kunna ta del av insatser från hälso- och sjukvården inom vårdgarantins ramar. Vid en granskning av vårdgarantikansliets tillgänglighet framkom dock att telefontillgängligheten kunde förbättras avsevärt eftersom kansliet hade missat 65 procent av samtalen [27].

Västmanland

Revisorerna i landstinget Västmanland har granskat hur landstinget erbjuder sina länsinvånare vård enligt vårdgarantin. Granskningen avgränsades till att gälla kliniker för kirurgi, ortopedi och öron-näsa-hals [34]. Vid kirurgkliniken minskade köerna så länge extra medel tillfördes, men när extrapengarna tog slut växte köerna. Överbeläggningen på vårdavdelningarna översteg ofta 115 procent, vilket ibland ledde till intagningsstopp för den planerade kirurgin. Inom ortopedin förkortades kötiderna under 2006, trots att antalet remisser ökade, vilket i huvudsak berodde på att vårdtiderna förkortades från 7 till 4,5 dagar.

Andra projekt inom ortopedin har arbetat med att ytterligare rationalisera verksamheten genom att utnyttja andra personalkategorier än läkare, till exempel sjuksköterskor och sjukgymnaster.

Vid kliniken för öron–näsa–hals såg kösituationen till att börja med bra ut för mottagning, behandling och operation, med 12–15 veckors väntetid, men sjukdom hos personalen gjorde att kötiden ökade till 37 veckor. Endast ett fåtal patienter åberopade vårdgarantin för att få en operation utanför det egna landstinget. Klinikledningen bedömde att långa behandlingstider för flera diagnoser minskar intresset för att använda vårdgarantin. Både kirurg- och öron–näsa–halsklinikerna bedömde att det är de minst prioriterade patientgrupperna som använder sig av vårdgarantin.

Rapporten från landstinget i Västmanland tydliggör hur många olika faktorer bidrar till att öka eller minska väntetiderna.

Undanträngning kan inte uteslutas

Det har länge funnits farhågor om att vårdgarantins konstruktion skulle kunna leda till att patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin trängs undan [8]. Även i system utan vårdgarantier kan patienter trängas undan – negativa omfördelnings effekter kan bli resultatet av prioriteringar som avviker från de gällande prioriteringsriktlinjerna och som innebär att patienternas medicinska behov inte kommer i första hand. Vissa bedömare anser dock att risken för oönskade omprioriteringar är större i ett system där vissa patientgrupper har maximala väntetider. Fokuseringen på köer och väntetider för dessa patienter kan i sig leda till att resurserna styrs mot tillstånd och insatser som relativt enkelt kan kvantifieras i stället för mot de delar av vården

som inte tillämpar system för att sätta upp patienter på väntelistor [35].

Enligt Jonsson m.fl. kan undanträngningseffekter delas in i fyra typer:

- undanträngning av patientgrupper som inte kan åberopa vårdgarantin
- undanträngning inom en patientgrupp
- undanträngning i delar av vårdkedjan
- undanträngning av investeringar och ny teknologi.

Alla vårdbehov relaterar på något sätt till tid. Vissa behov kräver snabba åtgärder medan andra behov endast påverkas i liten utsträckning av att åtgärden dröjer. Väntetid är därför ett medel att sortera och prioritera vårdbehov. Men när fokus ligger på väntetider finns risk för att vissa diagnosgrupper prioriteras lågt, till exempel patienter med långvariga sjukdomar och behov av kontinuerliga insatser. Sjukvård är ofta en process med insatser från olika verksamheter och kompetensområden. Att införa maximala väntetider i vårdkedjan kan därför leda till att andra väntetider förlängs, så att man hindrar den process som är en förutsättning för individens maximala utveckling eller återhämtning [35].

Att vårdgarantin kan tränga undan patientgrupper nämns ofta i landstingens rapporter till Socialstyrelsen och i andra källor som Socialstyrelsen använt. Enligt landstingsrapporteringen från 2008 [19] anser till exempel många landsting att kroniskt sjuka patienter som behöver fortlöpande regelbundna insatser från hälso- och sjukvården riskerar att trängas undan. Särskilt gäller detta äldre patienter. Utifrån det nuvarande underlaget är det dock inte möjligt att på ett mer kvantitativt sätt fastställa om patienter trängs undan

på en övergripande nivå. Frågan bör därför bevakas även i fortsättningen. Särskilt bör landstingen bevaka hur vården fördelas mellan patienter med långvarig sjuklighet i behov av kontinuitet för olika insatser och patienter som behöver nybesök eller planerade engångsåtgärder [8].

Incitament- och sanktionssystem provas

Ett antal landsting har börjat testa incitament- eller sanktionssystem för att förmå verksamheterna att leva upp till tidsgränserna i vårdgarantin. I Uppsala finns ett system med målrelaterad ersättning knuten till specificerade kvalitetsmål. När det gäller väntetider har det hänt att primärvården fått återbetala medel för att de inte uppnått tillgänglighetsmålen. Primärvården får sedan tillbaka medlen om förvaltningen lämnar in en plan för hur målen ska nås och vidtar åtgärder. I Östergötland provas en modell inom kirurgi och medicin som innebär att budgeten reduceras men att medel återförs till klinikerna när tillgängligheten förbättras. Även i Västra Götaland finns lokala försök med sanktionssystem.

Från och med år 2009 kommer det även att finnas en incitamentsstruktur på nationell nivå, i form av den så kallade kömiljarden. Kömiljarden innebär att staten delar ut en miljard kronor till de landsting som uppnår en viss rapporteringsfrekvens och som uppnår vissa mål. Landstingsrapporterna till Socialstyrelsen visar att landstingen över lag är positiva till att staten också fördelar medel utifrån hur bra eller dåligt respektive landsting lever upp till den nationella vårdgarantin. En del befarrar dock att ett sådant system skulle kunna öka risken för att vissa patientgrupper trängs undan. Ett annat problem kan vara att dagens indikatorer inte håller tillräckligt hög kvalitet för att mätningarna ska vara helt jämförbara och liktydiga.

De flesta landsting är dock negativa till en lagstiftning som skulle göra vårdgarantin juridiskt bindande. Bland annat ifrågasätter landstingen om en sådan lag skulle göra någon faktisk skillnad. De är också tveksamma till om det går att finna fungerande sanktionssystem. Vidare anser de att lagstiftningen skulle kunna få den oönskade konsekvensen att grupper som inte kan redovisas i väntetidsmätningarna riskerar att trängas undan. Bland fördelarna nämns att lagstiftning förmodligen skulle leda till att vården tydligare började prioritera resurser för arbete med väntetider.

Vårdgarantier i andra länder

Internationellt sett har vårdgarantierna utformats på olika sätt både när det gäller den maximala väntetiden, vilka led i vårdkedjan som ingår och vilken typ av vård som omfattas. I alla vårdgarantier ingår inte heller möjligheten att välja vårdgivare på annat håll än i den egna regionen. Undanträngning har varit en vanlig fråga som har diskuterats i samband med att olika garantier har införts.

Enligt OECD-rapporten från 2003 införde många länder väntetidsgarantier på 1990-talet. I flera fall medförde garantierna att väntetiderna förkortades för patienter som fanns på väntelistor. Men ett generellt problem var att garantierna kunde påverka vilka patienter som prioriterades.

Storbritannien

I Storbritannien har väntetidsgarantier funnits sedan början av 1990-talet. En generell erfarenhet från de första garantierna var att de visserligen ökade insatserna, men att kortare väntetider genast tenderade att "ätas upp" av en ökad efterfrågan. I en ny plan från år 2000 drogs nya strategier upp

för att komma till rätta med tillgängligheten. Successivt skulle väntetiden minskas till 12 veckor från remiss till behandling genom olika satsningar och ökade ekonomiska resurser. Satsningarna hade en relativt god effekt på väntetiderna, men de fick också två negativa effekter: dels tenderade sjukhusen att fuska med statistiken, dels innebar prioriteringen av väntetidsmålen att resurser – trots den extra tilldelningen – inte var tillgängliga för andra ändamål som förbättrad service till äldre eller förbättringar inom psykiatrin. Erfarenheter av väntetidsgarantierna i Storbritannien har också studerats av det brittiska parlamentets underhus. Underhuset rapporterade att insatserna för att minska väntetiderna till planerade operationer år 1998–1999 ledde till ökade väntetider inom den öppna vården. Även revisorerna vid National Audit Office och det brittiska Hälsodepartementet har utvärderat satsningarna på väntetidsområdet. Revisorerna konstaterar bland annat att vissa patienter sannolikt har trängts undan, eftersom ”star ratings” resulterade i att var femte läkare sa sig prioritera patienter som ligger nära gränsen för ett garantibrott. Dessa patienter skulle inte ha blivit behandlade i den prioriteringsordningen, om läkarna hade följt de tidigare principerna för klinisk prioritering [35].

Norden

I Danmark har det funnits väntetidsgarantier i olika former sedan 1993. Den nu gällande garantin från 2008 innebär att patienter som remitteras av läkare till sjukhusbehandling kan välja ett annat sjukhus än det egna, om det egna sjukhuset inte kan erbjuda behandling inom en månad [36]. Patienter med livshotande cancer eller vissa hjärtsjukdomar ska erbjudas sjukhusbehandling snabbare än inom en månad. Ett fåtal utvärderingar av de danska väntetidsåtgärderna har gjorts. Ett stort problem har

varit att man saknar vederhäftig statistik på området. De olika utvärderingarna har gett motsägelsefulla resultat, väntetiden har ibland minskat, ibland ökat eller förblivit oförändrad [35].

Den finska vårdgarantin, som trädde i kraft år 2005, innebär att sjukhusen ska bedöma vårdbehovet redan inom tre veckor efter att remissen kommit in till sjukhuset [35]. Behandlingen ska sedan påbörjas inom rimlig tid, högst sex månader efter att vårdbehovet har fastställts. Jämfört med Sverige är alltså bedömningsfasen kortare och behandlingsfasen längre i Finland.

I Norge har man lång erfarenhet av väntetidsgarantier. De försök som gjorts har kritiserats för att tränga undan patientgrupper, och därför avskaffades den norska vårdgarantin år 2002. Det huvudsakliga skälet var att garantin inte tillräckligt skyddade de patienter som inte var akut sjuka men som ändå behövde vård inom tre månader. I dag gäller pasientrettighetsloven som innehåller bestämmelser om rätt till nödvändig sjukvård, rätt till värdering, rätt till ny värdering, rätt att välja sjukhus och rätt till individuell plan [37]. Rätt till värdering innebär att en patient som hänvisas till sjukhus ska få sitt hälso- och sjukvårdstillstånd bedömt inom maximalt 30 dagar. Om läkaren misstänker att patienten har en livshotande sjukdom, till exempel cancer, minskas maximitiden till 15 dagar. Den norska lagstiftningen lyfter också fram rätten till en individuell plan för de patienter som behöver långvariga och samordnade insatser (rehabilitering). Motiveringen är att personer med långvariga funktionsnedsättningar inte har fått den uppmärksamhet i vården som de behöver. För dessa patienter är det viktigt att det blir tydligt vilken behandling de kan förvänta sig och att ansvarsförhållandena för insatserna blir tydliga.

Nya Zeeland och Kanada

Som ett alternativ till väntetidsgarantier har Nya Zeeland utvecklat ett system med standardiserade poängsystem för att prioritera patienter till olika planerade operationer. Även detta system har emellertid kritiserats för att leda till att vården kan tränga undan patienter som "återremitteras" till primärvården där de måste vänta tills de är mer påverkade av sjukdomen, när de i stället kunde ha fått insatsen tidigare och då kunnat ha bättre nytta av den. Ett liknande sätt att närma sig väntetidsproblemen utvecklades i början av 2000-talet i några provinser i västra Kanada. Efter en omfattande debatt om väntetidsfrågan och olika typer av åtgärder beslutade man även där att pröva en modell med varierande väntetid efter vad som kan bedömas vara bäst ur medicinsk synvinkel. Både det nyzeeländska och det kanadensiska sättet att avgöra patienternas vårdbehov med hjälp av "poängsystem" har varit viktiga inspirationskällor till arbetet med de nationella medicinska indikationerna i Sverige [35].

Medicinska indikationer

I samband med att den nationella vårdgarantin infördes år 2005 beslutade SKL att starta ett utvecklingsprojekt kring nationella medicinska indikationer (NMI). Projektet har drivits i samarbete med Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen [8]. Enhetliga medicinska indikationer ger förutsättningar för prioriteringar, jämförelser av redovisade väntetider och en mer enhetlig behandlingspraxis. Hösten 2008 fanns publicerade rapporter från arbetet med nationella medicinska indikationer inom åtta övergripande ämnesområden, såsom ortopedi, ögonsjukvård och hörselvård. I rapporterna beskrevs också totalt 19 analyserade tillstånd eller åtgärder, till exempel starroperationer och hörselre-

habilitering. Hittills har dock enbart indikationerna för starroperationer kommit till användning.

Landstingen beslutar själva hur de ska förhålla sig till de överenskomna medicinska indikationerna. Det kan leda till att medborgarna har olika tillgång till hälso- och sjukvård beroende på vilket landsting de bor i. De flesta av landstingen introducerar medicinska indikationer genom de olika specialisterna. I några av landstingen sker denna introduktion genom ledningssystemen, och ett par av landstingen har ingen särskild strategi för att introducera de medicinska indikationerna.

Det pågående arbetet med enhetliga medicinska indikationer är ett viktigt utvecklingsarbete, men hittills har det funnits stora problem med hur indikationerna har introducerats och förankrats [8].

Tillgång till rehabilitering

När flera olika behandlingsinsatser behöver samordnas är det fråga om rehabilitering eller rehabilitering. Personer med funktionsnedsättningar av olika art och grad behöver få vård genom att olika insatser som ingår i rehabiliteringsprocessen länkas samman och samverkar. Detta är avgörande för att personer med kroniska sjukdomar eller multisjuka personer ska utveckla, återvinna eller bibehålla sina förmågor på bästa sätt. Dessa personer kan ha större behov av insatser än personer som finns i en vårdkö och som omfattas av vårdgarantin. När det gäller rehabilitering är vårdgarantin ofta otillräcklig för att uppfylla kravet på vård i rimlig tid.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att definiera termer som är viktiga och vanliga inom hälso- och sjukvården. Bland annat har Socialstyrelsen definierat rehabilitering, som har kompletterats med en förklaring [38]. Definitionen klargör vilken betydelse termen ska ha inom hälso- och sjukvården.

Faktaruta

Definition av rehabilitering

INSATSER som ska bidra till att en person med förvärdad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Definitionen kompletteras med följande kommentar:

Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Källa SOSFS 2007:9

Även för habilitering finns en normerad definition. I fortsättningen av detta avsnitt används endast begreppet rehabilitering, alltså även för habilitering.

Sedan lång tid tillbaka och trots särskilda satsningar i samband med att landstingens ansvar för rehabilitering reglerades i hälso- och sjukvårdslagen år 1994 finns det fortfarande brister i rehabiliteringen för olika grupper [5]. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska den enskilde ha en plan för planerade och beslutade insatser inom hälso- och sjukvården [11]. För att lyfta fram betydelsen av detta har Socialstyrelsen gett ut föreskrifter till stöd för landstingen och den enskilde [39].

Behoven behöver kartläggas

Landstingens kartläggningar och redovisningssystem omfattar inte rehabilitering. Landstingen arbetar sällan med att identifiera rehabiliterings-

behov, varken hos enskilda individer eller hos grupper av personer med funktionsnedsättningar. Därför går det inte att följa upp rehabiliteringsprocesserna på ett godtagbart sätt, varken när det gäller behov eller resurser. Det är svårt eller omöjligt att

- få veta hur många som får del av rehabiliteringen
- klargöra hur stort behovet av rehabilitering är
- få reda på hur långa väntetiderna är för olika insatser
- få information om hur rehabiliteringsresurserna fördelas lokalt

Följden är att landstingens kunskaper om hur behoven av rehabilitering ser ut och tillgodoses grundar sig på uppskattningar och olika bedömningar [40, 41, 42].

I april 2008 skickade Socialstyrelsen en enkät till samtliga landsting med frågor om bland annat rehabilitering. Svaren visar att de brister som tidigare utredningar konstaterat fortfarande finns kvar. Drygt hälften av landstingen saknar övergripande strategier för rehabilitering. Några landsting besvarar rehabiliteringsfrågan genom att räkna upp olika sorters rehabilitering eller genom att hänvisa till sin vision. Landstinget Östergötland har inte fastställt någon landstingsövergripande strategi för patienter i behov av rehabilitering. Däremot har hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt uppdragsmål för rehabilitering. Dessa mål ingår i avtalen med samtliga berörda verksamheter. Särskilt betonar man att rehabilitering ska säkras för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov och för personer med långvariga och återkommande rehabiliteringsbehov. Patienten ska garanteras en skriftlig plan där rehabiliteringsinsatserna tydligt framgår [19].

Sammanställningarna nedan grundar sig på bedömningar från olika landstingsledningar. Av tabell 2:4 framgår att det oftast är personer med neurologiska skador eller sjukdomar som inte får sina behov av rehabilitering tillgodosedda. Detta gäller för sex landsting. I den här gruppen finns till exempel personer med traumatiska hjärnsador och stroke, ryggmärgsskador, MS och ovanligare sjukdomar såsom ALS. Personer med psykisk ohälsa får inte heller sina behov av rehabilitering tillräckligt väl tillgodosedda, enligt svaren från fem landsting. Sex landsting vet inte om det finns grupper med behov av rehabilitering som inte får dessa behov tillgodosedda [19].

Tabell 2:4. Rehabilitering. EJ tillgodosedda behov

Landsting som anger att det finns speciella grupper med behov av rehabilitering vars behov EJ kan tillgodoses.

Sjukdomsgrupper	Landsting
Neurologiska skador/sjukdomar	Sörmland, Kronoberg, Kalmar, Värmland, Örebro, Västmanland
Psykisk ohälsa	Uppsala, Östergötland, Kronoberg, Värmland, Västmanland
Kommunikations-svårigheter	Kronoberg, Gotland, Västmanland
Rörelseorganens sjukdomar	Skåne, Norrbotten
Malign smärta	Skåne
Äldre	Östergötland
Kroniskt sjuka	Östergötland
11 av 21 landsting	

Källa Socialstyrelsens enkät till landstingen 2008 om vårdgaranti och rehabilitering

På frågan om det finns grupper som behöver rehabilitering vars behov tillgodoses väl inom landstinget anser sammanlagt tolv landsting att det finns sådana grupper (tabell 2:5). Framför allt gäller det personer med besvär från rörelseorganen. Men det gäller ofta också personer med medicinska åkommor, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar. Landstingen i Dalarna och Gotland bedömer att alla som behöver rehabilitering får sina behov väl tillgodosedda. Sju landsting vet inte om det finns grupper som får behovet av rehabilitering särskilt väl tillgodosett.

Tabell 2:5. Rehabilitering. Tillgodosedda behov

Landsting som anger att det finns speciella grupper med behov av rehabilitering vars behov väl kan tillgodoses.

Sjukdomsgrupper	Landsting
Rörelseorganens sjukdomar	Stockholm, Uppsala, Östergötland, Kalmar, Blekinge, Halland, Örebro, Västmanland
Medicinska sjukdomar	Stockholm, Sörmland, Kronoberg, Kalmar, Västmanland
Neurologiska skador/sjukdomar	Sörmland, Blekinge, Halland
Alla grupper	Gotland, Dalarna
Psykiska (psykoser)	Kronoberg
12 av 21 landsting	

Källa Socialstyrelsens enkät till landstingen 2008 om vårdgaranti och rehabilitering

Med bättre system för kartläggning och resultatuppföljning kan landstingen skapa bättre underlag för att planera sin verksamhet [40, 41, 42].

Hittills har man inte kunnat belägga att personer med behov av rehabilitering eller andra insatser från hälso- och sjukvården trängs undan på grund av vårdgarantin. Rapporter från bland annat handikapporganisationer tyder dock på att sådana effekter finns, och i Norge har man konstaterat att så är fallet. Att effekterna inte kunnat beläggas i Sverige hänger troligen samman med de svårigheter det innebär att mäta en fortlöpande process – ett flöde av insatser – jämfört med enstaka insatser, som de insatser som omfattas av vårdgarantin. Avbrott i rehabiliteringsprocessen kan ha mycket negativa effekter för enskilda personer, och för vårdens del innebär avbrotten att resurserna inte utnyttjas på ett effektivt sätt.

Handikapporganisationerna har påtalat brister i vårdens kontinuitet och att vård inte erbjuds utifrån behov. Patienter får ibland vänta alltför länge innan de får en bedömning hos en specialist. Det kan leda till att diagnosen ställs alldeles för sent och att verksam behandling uteblir. I sämsta fall försämras patienten på sådant sätt att behandlingen blir mindre effektiv än vad den annars skulle ha blivit. Ibland saknas det stöd för övergången mellan olika vårdgivare.

I många sammanhang saknas också kunskap om funktionsnedsättningar och dess konsekvenser. Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO) och De handikappades riksförbund (DHR) framhåller att det är svårt att få rehabilitering vare sig man omfattas av lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) eller inte. Yrkesverksamma personer får ofta företräde till insatser jämfört med personer som står utanför arbetsmarknaden. Personer med särskilt boende får

endast enstaka insatser från primärvården i stället för den samordning av insatser som rehabilitering innebär. HSO lyfter fram att huvudmännen inte vet hur behoven av rehabilitering ser ut för befolkningen, trots att huvudmännen är skyldiga att kartlägga behoven [42,43].

Barn och unga

Det är särskilt viktigt att barn och ungdomar får tillgång till de insatser som de behöver för att utvecklas på bästa möjliga sätt. Många funktioner är lättare att påverka under uppväxten än senare i livet. Det handlar också om att ge barn och unga bästa tänkbara förutsättningar för att leva ett självständigt liv som vuxna. Tillgången till rehabilitering för barn och unga är ojämnt fördelad, både mellan olika delar av landet och mellan olika grupper av funktionsnedsättningar (neurologiska skador eller sjukdomar, skador eller sjukdomar i rörelseorganen, medicinska funktionsnedsättningar, kommunikationsnedsättningar, psykiska funktionsnedsättningar och utvecklingsstörning [27, 40, 44].

Det går inte att sammantaget peka ut grupper av barn och unga med funktionsnedsättningar som landstingen inte tar emot för rehabilitering. En grupp som i en del av landet har god tillgång till rehabilitering kan i en annan del sakna tillgång till viktiga insatser. Även inom ett och samma landsting kan tillgången variera betydligt.

Barn och unga som har bristande tillgång till rehabilitering är framför allt de med funktionsnedsättning till följd av ADHD, autismsliknande tillstånd och autism. Barn med flera funktionsnedsättningar, medicinska funktionsnedsättningar och vissa kommunikationsnedsättningar, till exempel synskador och talsvårigheter, får inte

heller sina behov av rehabilitering tillräckligt väl tillgodosedda [30].

För att vissa diagnoser ska kunna ställas, krävs först en omfattande utredning. Stockholms läns landsting har konstaterat att väntetiderna för neuropsykiatriska utredningar för barn med misstänkt autismspektrum eller ADHD skiljer sig stort inom de olika geografiska delarna i länet [27].

Familjer med barn och unga med funktionsnedsättningar har vidare uttryckt att informationen från landstinget (och andra myndigheter) om det stöd som finns är alltför knapphändig. När barnen får vänta på de insatser som de behöver påverkar väntetiderna barnets vardagsliv på ett negativt sätt. Väntetiderna för utredning till diagnos, logopedstöd och psykolog- eller samtalsstöd för barn och föräldrar är för långa. Att få en diagnos är många gånger en förutsättning för att barnet ska få det stöd och de insatser som behövs inom hälso- och sjukvården, men även när det gäller stöd i skolan. En anledning till att barn och unga med funktionsnedsättningar inte får sina behov tillgodosedda är oklara ansvarsförhållanden inom landstinget [40].

Inom barn- och ungdomspsykiatri finns i dag endast statistik för väntetider till bedömning hos specialist. Enligt det senaste årets statistik har antalet barn som väntat mer än 90 dagar legat mellan 1 000 och 500. Trenden under 2008 var att antalet väntande hade minskat, och i juli hade 443 barn väntat mer än 90 dagar. Däremot saknas statistik för hur många barn som inte har kommit fram, avvisats eller hänvisats vidare.

Den regering som tillträdde 2006 pekade ut ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri som ett prioriterat område. Bland annat har landstingen fått cirka 430 miljoner kronor under år 2007–2008 för att förbättra tillgänglighet, kompetens och kvalitet till insatser för barn

och unga med psykisk ohälsa. I Socialstyrelsens uppföljning av statsbidraget till landstingen 2007 konstaterades att de flesta landsting uppgett att satsningar på första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa ses som väsentlig för att barn- och ungdomspsykiatri ska kunna fokusera på de barn som verkligen behöver den specialiserade kompetensen [45].

Äldre

För äldre finns det ett stort gap mellan behov av och tillgång till rehabilitering. Särskilt äldre kan ha behov av rehabilitering även när man inte kan förvänta sig någon förbättring. För att äldre ska ha möjlighet att bo kvar i ordinärt boende behövs god tillgång till hemsjukvård, särskilt för äldre personer med omfattande funktionsnedsättningar [46, 47]. Men även för äldre som bor i särskilt boende är det viktigt att alla behov beaktas för att alla delar i rehabiliteringen ska kunna samverka.

Äldres psykiska ohälsa är ett område som befinner sig mellan psykiatri, geriatrik, äldreomsorg och primärvård, dock utan att någon tar ett samlat ansvar. Äldre med psykisk ohälsa är ingen homogen grupp. Den psykiska ohälsan kan debutera i samband med åldrandet men den kan också ha framträtt tidigare i livet och inneburit en långvarig funktionsnedsättning. Detta ställer stora krav på vårdens och omsorgens organisation samt på personalens kompetens. Även närstående till äldre med psykisk ohälsa är en grupp som behöver uppmärksammas. Äldre med psykisk ohälsa har ofta sammansatta och komplexa behov som kräver både somatiska och psykiatriska insatser [48]. Det saknas inte kunskap om äldres psykiska ohälsa och om vilka metoder som är effektiva för att möta ohälsan, men kunskapen är inte tillräckligt spridd. I dag finns ingen samlad strategi

för att åtgärda problemet med att äldre med psykisk ohälsa inte har tillgång till en god och säker vård.

Vuxna 18–65 år

Både brukarorganisationer och enskilda brukare rapporterar ofta om bristande tillgång till olika insatser för rehabilitering för vuxna under 65 år.

Personer med utvecklingsstörning är särskilt sårbara för fysisk och psykisk ohälsa och de omfattas ofta av LSS (1993:387). En relativt stor andel har någon eller några former av funktionsnedsättningar utöver utvecklingsstörningen. Personer med utvecklingsstörning har ofta kontakt med familjeläkare och det är vanligt att de behöver remiss till en specialist för ytterligare undersökningar. Personer med utvecklingsstörning är en underförsörjd grupp när det gäller specialistbehandling och vård inom psykiatrin. Särskilt gäller detta personer med måttlig eller grav utvecklingsstörning. Det finns risk för att fysiska och psykiska hälsoproblem inte identifieras och behandlas korrekt [16].

Men det finns också personer med andra typer av funktionsnedsättningar som har rätt till stöd och service enligt LSS. Exempel är personer som fått en hjärnskada i vuxen ålder och personer med varaktiga och svåra funktionsnedsättningar som orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen, såsom psykiskt sjuka eller personer med ryggmärgsskador. Även dessa personer kan ha stora hälso- och sjukvårdsbehov som behöver tillgodoses från flera olika verksamheter och kompetensområden inom sjukvården. Det kan vara av avgörande betydelse att deras behov av rehabilitering tillgodoses för att de ska kunna leva ett liv som andra [49].

Det är svårt att få tillförlitliga uppgifter från landstingen om hur de personer som omfattas av LSS får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda. Men inte heller kompletterande underlag från brukarorganisationer eller länsstyrelser tydliggör om personer som får insatser enligt LSS får sina behov av rehabilitering tillgodosedda av hälso- och sjukvården [41,50].

Koncentrations- och minnessvårigheter samt så kallad mental uttrötthet försvårar rehabilitering och återgång till arbete efter stroke och traumatisk hjärnskada. Dessa symtom är också vanliga vid multipel skleros och andra inflammatoriska sjukdomar. Mental uttrötthet innebär att man bara kan koncentrera sig en kort stund innan man måste vila. Liknande uttrötthet förekommer också vid långvariga värk- och stress-tillstånd, det vill säga vid tillstånd utan uppenbar nervcellsskada. Med dagens ökande krav på mental kapacitet på den alltmer högteknologiska arbetsmarknaden kan mental uttrötthet bli ett svårt funktionshinder, inte minst eftersom denna funktionsnedsättning är abstrakt och inte ”syns utanpå” [51]. Hjärnans förmåga till rehabilitering beror inte bara på insatserna från akutsjukvården och den omedelbara rehabiliteringen därefter. Hjärnan återhämtar sig under en lång tid efter att den skadats, och därför har insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst stor betydelse för den enskildes förmåga att nå en god hälsa.

En verksamhetstillsyn i Västra Götaland år 2004 av personer under 50 år med hjärnskada visade brister i rehabiliteringen, i rutinerna för överföring och i den gemensamma planeringen. Det var också oklart vem som ansvarade för uppföljningen. Vissa personer med hjärnskada lämnades helt utan stöd. Brist på bostäder med särskild service, liksom brist på korttidsplatser,

gör också att många yngre personer med hjärnskada måste acceptera att bo i äldreboenden. För att förbättra rehabiliteringen är det nödvändigt att alla berörda verksamheter samverkar på ett konstruktivt sätt: hälso- och sjukvård och socialtjänst inklusive verksamhet enligt LSS. Det är viktigt att verksamheterna känner till varandras kompetensområden och möjligheter till insatser. Huvudmännen måste också tydliggöra vem som ansvarar för att planering kommer till stånd och för att uppföljning sker [52].

Referenser

1. Lägesrapport hälso- och sjukvård 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
2. Psykosocial kompetens i primärvården, Socialstyrelsens förslag till åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
3. FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (artikel 12).
4. FN:s standardregler, artikel nummer 5.
5. Prop 1992/93:159 Stöd och service till vissa funktionshindrade.
6. SOSFS 2005:12 Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
7. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, handbok för handläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
8. Uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
9. Svensk sjukvård i internationell jämförelse. Stockholm: SKL; 2008.
10. Hunt P. Mission to Sweden. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations General Assembly, Human Rights Council; 2007.
11. Hälso- och sjukvårdslag (1982:783).
12. Vårdbarometern – befolkningens syn på vården. Stockholm: SKL; årsrapport 2007.
13. Vårdbarometern rapport 2 2007. Stockholm: SKL; 2007.
14. SCB:s redovisning av hushållens ekonomi för åren 2002–2008.
15. Sjöberg, M. Expertseminarium Hälsa hos personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2008.
16. Umb-Carlsson, Ö. Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
17. Boström, G. Hälsa på lika villkor, Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2008.
18. Glesbygdsvverkets årsbok. Östersund; 2007.
19. Enkät till landstingen om vårdgaranti och rehabilitering. Socialstyrelsen; 2008.
20. Rexius, H. Doktorsavhandling. Waiting time and mortality in coronary artery bypass grafting patients. Göteborg: Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset; 2005.
21. God vård åt patienter – med möjlighet till bättring. Tumörsjukvård i Västra Götaland och Halland – en regional tematisk granskning. Göteborg: Socialstyrelsen; 2004.
22. Lex Maria beslut: dnr 41–10953/2005 och dnr 41–10954/2005. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg.
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2008 – OECD Indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2008.
24. Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283/ Wave 67.3 - TNS opinion and Social, dec 2007.
25. Euro Health Consumer Index 2008. Brussels: Health Consumer Powerhouse; 2008.
26. Vårdgarantins effekter, uppföljningsrapport 11. Stockholm: SKL; 2008.
27. Vård i rimlig tid? Redovisning av tillgängligheten i Stockholms läns landsting. Stockholm: Landstinget; 2007.
28. Vårdgarantins effekter, uppföljningsrapport nr 10. Stockholm: SKL; 2008.

29. Bedömning, sortering och prioritering på akut-mottagningar, tematisk verksamhetstillsyn inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Örebro: Socialstyrelsen; 2005.
30. Föresättningar för uppföljning av habiliterings- och rehabiliteringsinsatser för personer med funktionshinder som har vårdats inom hälso- och sjukvården och som bor hemma. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
31. Sverige har lägst antal vårdplatser i Europa. Läkartidningen nr 6 2007, volym 104, s 396–397.
32. Överbeläggningar – Utlokaliserade patienter – Rapport från en nationell tematisk verksamhetstillsyn vid 36 sjukhus tisdagen den 11 mars 2003. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
33. Överbeläggningar – utlokaliserade patienter, rapport från en nationell tematisk verksamhetstillsyn vid 6 sjukhus tisdagen den 5 augusti 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
34. Granskning av landstingets vårdgaranti, revisionsrapport. Västerås: Västmanlands läns landsting; 2007.
35. Jonsson, Hanning, Brommels: Uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Karolinska institutet; 2007.
36. Vejledning om regionernes pligt til at tilbyde patienter utvidet sygehusvalg ved mere end 1 måneds ventetid og til at informere henviste patienter. VEJ nr 8 af 14/02/08 gældende. Danmark: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
37. Forskrifter om prioritering av helsetjenster og rett til helshjelp, ventelisteregistrering og reiseutgifter ved fritt sykehusvalg. Norge: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
38. SOSFS 2007:9 Socialstyrelsens föreskrifter om användning av begrepp och termer.
39. SOSFS 2007:10, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. SOSFS 2008:20 Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.
40. Tillgång till habilitering och rehabilitering för barn och ungdomar med funktionshinder, uppföljning och utvärdering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
41. Tillgång till habilitering och rehabilitering för vuxna med funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
42. Tillgång till habilitering och rehabilitering för personer som har insatser enligt LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
43. Synpunkter till Socialstyrelsen från några handikapporganisationer hösten 2008.
44. Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering, slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.
45. Satsning på landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
46. Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL; 2008.
47. Rehabilitering för hemmaboende äldre personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
48. Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
49. Prop. 1999/2000:79: Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken.
50. SOU 2004:103, LSS – Särskilt personligt stöd, Betänkande av LSS- och hjälpmedelsutredningen.

51. Rönnbäck-Persson-Olsson: Trött i hjärnan, osynligt handikapp som kan ge stora problem, Läkartidningen 14–15 2007, volym 104.
52. Rätt insatser i rätt tid till personer med hjärnskada. Västra Götaland: Länsstyrelsen; 2005.

Säker vård

Sammanfattning

I den svenska somatiska sjukhusvården (kroppssjukvården) drabbas nästan var tionde patient av en vårdskada under sjukhusvistelsen, enligt en nationell studie om vårdskador som Socialstyrelsen publicerade våren 2008. Beräknat på samtliga vårdtillfällen inom kroppssjukvården under ett år innebär detta omkring 105 000 vårdskador och 630 000 extra vårdtyg på sjukhus per år.

De vanligaste vårdskadorna är enligt studien infektioner och skador på inre organ. De flesta av skadorna sker vid kirurgiska ingrepp och i samband med läkemedelsbehandling. Inom psykiatrien visar andra källor att patienters självmord inte sällan kan vara att betrakta som vårdskador orsakade av otillräckliga självmordsförebyggande åtgärder i vården.

När det uppstår brister i patientsäkerheten finns ofta orsaker i vårdens ledning, organisation eller rutiner. Bristfälliga rutiner för samverkan och kommunikation har exempelvis visat sig vara vanliga orsaker till skador i vården. Bristen på vårdplatser på landets sjukhus är en annan riskfaktor som kan leda till sämre vård och behandling och till förlängda vårdtider.

Ett systematiskt arbete för att förebygga vårdskador och bedriva en patientsäker vård har med internationella förebilder börjat utvecklas inom den svenska hälso- och sjukvården under de senaste åren. Bland de verksamhetsansvariga ökar insikten om risken för patienter att skadas i vården. Alla landsting och kommuner i Sverige be-

driver idag någon form av övergripande patientsäkerhetsarbete, även om arbetets intensitet och omfång varierar. Sveriges Kommuner och Länsting har initierat en rad projekt för att utveckla patientsäkerhetsarbetet och för att utveckla en säkerhetskultur.

Vårdgivarnas ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet behöver dock vidareutvecklas och förbättras, liksom metoderna för att följa upp vårdens resultat med stöd av indikatorer för patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens dagliga vårdarbete måste också genom olika insatser bli mer genomtygat av ett systematiskt patientsäkerhetsperspektiv och en tydlig säkerhetskultur.

Inledning

En patientsäker vård kännetecknas av att patienterna skyddas från att råka ut för vårdskador genom olika insatser och åtgärder. Med vårdskada menas en skada hos en patient som orsakats av hälso- och sjukvården, men som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd, vård eller behandling.

Säker vård är en grundläggande dimension för en vård av hög kvalitet.

Synen på patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete som en särskild kvalitetsfråga i hälso- och sjukvården har sin utgångspunkt i det förebyggande säkerhetsarbete som vuxit fram inom flygverksamhet och annan riskfylld industri efter andra världskriget.

Efter att stora nationella studier på 1990-talet i bland annat USA och Australien visat att ett mycket stort antal patienter skadades av vården började metoderna som använts för att utreda och förebygga olyckor inom andra högriskområden även att användas inom hälso- och sjukvården. Så småningom trängde också beteendevetenskaplig kompetens in i vårdens säkerhetstänkande. Efter hand har kunskap vunnits på ett stort antal områden om orsakerna till vårdskador. Internationellt och nationellt pågår på många håll arbete för att utveckla standarder och indikatorer för patientsäkerhet.

Syftet med detta avsnitt är att beskriva nivån av patientsäkerhet i svensk hälso- och sjukvård genom att presentera en översikt av vårdskadesituationen och det patientsäkerhetsarbete som sker i vården.

Definitionerna av vanliga termer som används när man talar om patientsäkerhet, och som nämns i detta kapitel, har hämtats ur Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:9) om användning av begrepp och termer, Socialstyrelsens termbank samt Handbok för händelseanalys och riskanalys, Socialstyrelsen m.fl., 2005.

- **Avvikelse** – samlingsterm för negativ händelse och tillbud
- **Avvikelsehantering** – rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna
- **Händelseanalys** – systematisk identifiering av orsaker till negativa händelser och tillbud
- **Negativ händelse** – händelse som medfört vårdskada
- **Patientsäkerhet** – skydd mot vårdskada
- **Patientsäkerhetsarbete** – arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser
- **Risk** – möjlighet att en negativ händelse ska kunna inträffa

- **Riskanalys** – systematisk identifiering och bedömning av risk
- **Skada** – används här som en samlingsterm för vårdskada och icke undvikbar skada
- **Tillbud** – händelse som hade kunnat medföra vårdskada
- **Vårdskada** – lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd, dvs. är undvikbar och möjlig att förebygga

Underlag, mått och indikatorer

Avsnittet inleds med en beskrivning av hur patientsäkerhetsarbetet har utvecklats de senaste decennierna och hur kunskapsläget ser ut. Som underlag för beskrivningen använder vi internationell och svensk forskningslitteratur.

Därefter belyser vi hur patientsäker den svenska hälso- och sjukvården är. Vårdskadorna i den slutna kroppssjukvården beskrivs utifrån frekvens, skadetyper och orsaker, bland annat med underlag från Socialstyrelsens vårdskadestudie 2007–2008. Beskrivningen av skador och risker i vården kompletteras med uppgifter från Socialstyrelsens tillsyn.

Vi har även valt att studera och diskutera möjligheterna att fortlöpande följa säkerhetsnivån i svensk hälso- och sjukvård med hjälp av registerdata från följande områden:

- vårdrelaterade infektioner
- självmord i anslutning till vård och behandling
- ogynnsamma effekter av läkemedel hos äldre patienter
- förekomst av skador hos patienter i samband med sjukvård.

Arbetet för en ökad patientsäkerhet engagerar många aktörer i den svenska hälso- och sjukvården. Kapitlets tredje avsnitt ger en översikt av hur dessa satsningar fått genomslag i vården och hur de kommit patienterna till godo. Som underlag för detta avsnitt använder vi rapporter och erfarenheter från Sveriges Kommuner och Landsting samt från Socialstyrelsens tillsynsverksamhet.

Bakgrund med internationell utblick

Säkerhetstänkandet till vården från industrin

Termen patientsäkerhet och dess motsvarighet i andra språk är tämligen ny. Den tillhör en begreppsvärld som började utvecklas efter andra världskriget och som ursprungligen fokuserade på industriella tillverkningsprocesser, produktkvalitet och kvalitetssystem. Begreppsvärlden trängde efterhand in i flygbranschen, kärnkraftsindustrin, järnvägsindustrin, offshoreindustrin och många andra så kallade högriskverksamheter. Det skulle dröja innan den nådde hälso- och sjukvården.

Generellt kan sägas att begreppsvärlden först fick fäste i vården i USA, Australien och Nya Zeeland. I dessa länder finansierades vården i huvudsak av privata försäkringsbolag. Vårdskador sågs primärt som ett finansiellt problem av sjukhusen. Om många patienter fick vårdskador på ett sjukhus kunde försäkringsbolagen nämligen anlita ett sjukhus med bättre renommé. Dessutom medförde vårdskadorna stora anspråk på ersättning till de drabbade.

Under 1990-talet genomfördes nationella studier i USA, Australien och Nya Zeeland som visade att ett mycket stort antal patienter skadades i vården [1–3]. Ett av de första problemen som uppmärksammades var att ett stort antal patienter skadades

på grund av brister i läkemedelshanteringen. Studierna fick stor uppmärksamhet i medierna. Därmed började olika aktörer intressera sig för problemet, dess orsaker och dess möjliga lösningar. Dessa aktörer var både privata, ideella och offentliga. Det växte fram en insikt om att man måste flytta fokus från att hitta och straffa den som gjort ett misstag till att ta reda på varför misstaget uppstod och hur man kunde hindra att det upprepades.

Metoder som sedan länge använts för att utreda olyckor inom flyget och andra högriskområden (t.ex. root cause analysis) började användas för att utreda händelser och skador inom vården. Med ledning av erfarenheter från flygbranschen ändrade en del länder (till exempel Danmark och USA) också lagstiftningen för att stimulera till rapportering av negativa händelser och tillbud. Länderna skapade då rapporteringssystem som erbjöd sekretess för den information som rapporterades och immunitet mot disciplinära åtgärder för den som rapporterade. Detta för att hantera den ”syndabockskultur” som rådde.

Efter hand blev det klart att många händelser med läkemedel berodde på att läkemedelsnamn, ordinationsrutiner och andra moment i läkemedelshanteringen var utformade på ett sätt som inbjöd till förväxlingar, felläsning och andra fel. Vid mitten av 1990-talet trängde beteendevetenskaplig kompetens från andra områden in i vårdens säkerhetstänkande. Detta kom till uttryck i Institute of Medicines publikation ”To Err is Human” [4]. Där redovisas hur osäker och sårbar den mänskliga uppfattningsförmågan är. Därför måste verksamheter konstrueras och bedrivas på ett sätt som gör att människans inneboende begränsningar och brister inte medför att patienten skadas.

Intresset fördes vidare över på systemsäkerhet. Hur skulle lokaler och utrustning konstrueras, läkemedel benämnas, rutiner och organisation utformas för att hjälpa personalen att göra rätt i stället för fel? Nu kom också verksamhetens ledning mer i fokus – man kunde inte bygga säkra system utan en fungerande och engagerad ledning. Ledningens engagemang i patientsäkerhetsfrågor ansågs nämligen avgörande för medarbetarnas inställning, d.v.s. säkerhetskulturen, som i sin tur var avgörande för patienternas säkerhet.

Olika aktörer började anpassa metoder för att mäta säkerhetskultur i andra verksamheter till sjukvårdens förhållanden. En sådan aktör var Agency for Healthcare Research and Quality i USA (www.ahrq.gov). Intresset för det förebyggande arbetet medförde också att vården introducerade metoder för att på förhand upptäcka och hantera risker (riskanalys). Ett exempel är Health Care Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA) [5].

Kunskapsområde under utveckling

Efterhand har vi fått kunskap på ett stort antal områden om vad som orsakar vårdskador. Kunskapen om vilka åtgärder som bör vidtas är däremot mindre utvecklad, men på frammarsch. På många områden finns visserligen betydande kunskap om vad som bör göras för att exempelvis förebygga vårdrelaterade infektioner, men problemet är att det inte blir gjort. En del länder driver därför nationella kampanjer för att öka följsamheten till åtgärder som motverkar vårdskador. Exempel på sådana kampanjer är 5 Million Lives i USA och Operation Life i Danmark. Kampanjer kan i och för sig förbättra följsamheten till verk samma åtgärder, men effekten tenderar att vara övergående. En begynnande trend är att ackrediteringsorganisationer som Joint Commission International

inför krav i form av standarder för patientsäkerhetshöjande åtgärder. För att en verksamhet ska bli certifierad måste den mäta och redovisa hur den efterlever kraven i den aktuella standarden.

Under 2000-talet har patientsäkerhetsproblemen kommit upp på den internationella agendan. Världshälsoorganisationen (WHO) har i ett globalt perspektiv uppmärksammat problemen i två resolutioner och tagit flera initiativ till internationell samverkan. Ett exempel är projektet World Alliance for Patient Safety. En viktig aktör i arbetet är också Joint Commission International, den internationella grenen av den amerikanska ackrediteringsorganisationen The Joint Commission. Joint Commission International är ett så kallat WHO Collaborating Center och har tagit fram nio stycken ”patient safety solutions”. Dessa är handlingsplaner och rekommendationer för att motverka de nio största riskerna inom hälso- och sjukvården (till exempel medicineringsfel, förväxlingar i samband med operation och vårdrelaterade infektioner).

Kraven på läkemedel och medicintekniska produkter som används inom EU är harmoniserade sedan flera år (The New System, The New Approach). EU:s harmoniseringsprocess för krav på kvalitet och säkerhet har nyligen nått vissa områden i hälso- och sjukvården, till exempel blodcentraler och vävnadsbanker. De formella utbildningskraven på hälso- och sjukvårdspersonal har också harmoniserats, och det råder fri rörlighet och etableringsrätt inom unionen för företag som erbjuder hälso- och sjukvårdstjänster. Emellertid finns inga EU-gemensamma krav när det gäller kvalitet och patientsäkerhet i sådana verksamheter.

Hälso- och sjukvården tillhör den så kallade ”tredje pelaren” och är enligt EU:s fördrag inte pri-

märt en fråga för unionen utan en angelägenhet för varje enskild medlemsstat. EU-medborgarna söker dock i allt högre grad vård över medlemsstaternas gränser. Vidare strävar EU efter att harmonisera tjänstemarknaden, där hälso- och sjukvårdstjänster är den största enskilda tjänstesektorn. Patientsäkerhet uppfattas därmed i allt större utsträckning som en fråga för unionen. Sammantaget bidrar dessa omständigheter till att EU i ökande omfattning kan väntas ta initiativ som rör patientsäkerheten i medlemsstaterna.

Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 765/2008 innehåller det regelverk som ska säkerställa att produkter som säljs inom EU är säkra och ändamålsenliga. Förordningen innehåller skrivningar som gör det möjligt att på frivillig väg tillämpa reglerna även på hälso- och sjukvårdstjänster. I korthet innebär regelverket att den nationella ackrediteringsmyndigheten i en medlemsstat bemyndigar organisationer med lämplig kompetens att kontrollera att verksamheter och deras produkter eller tjänster uppfyller kraven i så kallade harmoniserade standarder. För närvarande saknas dock harmoniserade standarder på hälso- och sjukvårdens område. Europeiska kommissionen har därför gett de europeiska standardiseringsorganen (CEN, CENELEC och ETSI) ett utökat mandat (M/417). I första hand kommer ISO-standarder som rör laboratorieverksamhet att harmoniseras, det vill säga få status som EN-standarder. Inom ramen för CEN har det också nyligen inletts ett arbete på svenskt initiativ med att ta fram en EN-standard för ”ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvård, inkluderande riskhantering för patientsäkerhet”, motsvarande Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det kommer dock att ta många år innan har-

moniserade standarder på hälso- och sjukvårdens område är utarbetade i någon större omfattning.

EU intar en stödjande och främjande roll när det gäller patientsäkerhetsutvecklingen. Unionen har tagit ett flertal initiativ, till exempel projektet Safety Improvement for Patients in Europe (SIM-PATIE). Detta projekt har bland annat kartlagt patientsäkerhetsutvecklingen i medlemsstaterna, tagit fram rekommendationer och terminologi för patientsäkerhetsområdet samt inventerat möjliga patientsäkerhetsindikatorer.

I Sverige liksom i många andra länder pågår ett betydande arbete för att få fram patientsäkerhetsindikatorer, det vill säga mått som återspeglar patientsäkerheten. Inom ramen för Nordiska ministerrådets arbete leder Socialstyrelsen ett projekt för att finna gemensamma indikatorer för patientsäkerhet inom de nordiska länderna. Socialstyrelsen deltar också i ett projekt som leds av Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD). Syftet med detta projekt är att få fram patientsäkerhetsindikatorer på basis av så kallade administrativa data i nationella patientregister. Målet är att publicera de första indikatorerna i OECD:s publikation ”Health at a Glance” 2009.

Ett betydande arbete återstår dock innan det finns tillräckligt många tillförlitliga indikatorer för att man ska kunna jämföra verksamheter och länder.

Nästan var tionde patient skadas i vården

År 2007 undersökte Socialstyrelsen förekomsten av vårdskador inom somatisk sjukhusvård (kropps-sjukvård) i Sverige [6]. Motsvarande studier har genomförts i ett flertal andra länder de senaste 20 åren, bland annat i Australien, Danmark, Kanada

och Nederländerna. Resultaten har i flera länder lett till nationella initiativ för att förbättra patient-säkerheten.

Metoden innebär en retrospektiv granskning av ett urval patientjournaler. I Socialstyrelsens studie beräknades antalet vårdtillfällen till 1,2 miljoner exklusive psykiatri, rehabilitering, oralkirurgi och palliativ vård. De journalhandlingar som studerades avsåg patienter som vårdats vid slumpmässigt utvalda vårdtillfällen (indexvårdtillfällen) under perioden 1 oktober 2003 till 30 september 2004. För att få ett tillräckligt stort urval behövdes cirka 2 000 patientjournaler. Journalerna fördelades representativt på de sex sjukvårdsregionerna i landet, och granskningarna gjordes på 28 av landets 72 sjukhus. Sjukhusen grupperades i stora, medelstora och små sjukhus.

Granskningarna genomfördes av särskilt utbildade sjuksköterskor och läkare som screenade och bedömde journalerna med avseende på kriterier som kunde tyda på skada samt om skadan hade något orsakssamband med vården eller behandlingen. Vidare bedömdes om skadan i så fall kunde ha varit undvikbar.

Undersökningen visade att 8,6 procent av patienterna hade fått en vårdskada, det vill säga en skada som bedömdes vara undvikbar. Det var lika vanligt att kvinnor och män drabbades. Däremot förekom vårdskador oftare hos patienter som var 65 år eller äldre än hos yngre patienter. De vanligaste skadetyperna var skador på inre organ och infektioner, och många patienter hade mer än en typ av skada (tabell 2:6).

Närmare två tredjedelar av vårdskadorna uppstod inom de kirurgiska verksamhetsområdena och knappt en tredjedel inom internmedicinsk verksamhet (tabell 2:7).

Tabell 2:6. Skadetyper hos patienter med skador och vårdskador

Antal skador 241, antal vårdskador 169*.

	Skador		Vårdskador	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Organskada	95	39,4	70	41,4
Infektion	69	28,6	50	29,6
Psykiskt lidande el. smärttillstånd	38	15,8	32	18,9
Blödning	42	17,4	31	18,3
Trombos	10	4,1	8	4,7
Fraktur	8	3,3	5	3
Allergisk eller immunologisk reaktion	8	3,3	1	0,6
Övrigt	74	30,7	53	31,4

*En del patienter hade mer än en typ av skada

Källa: Socialstyrelsen 2008 [6]

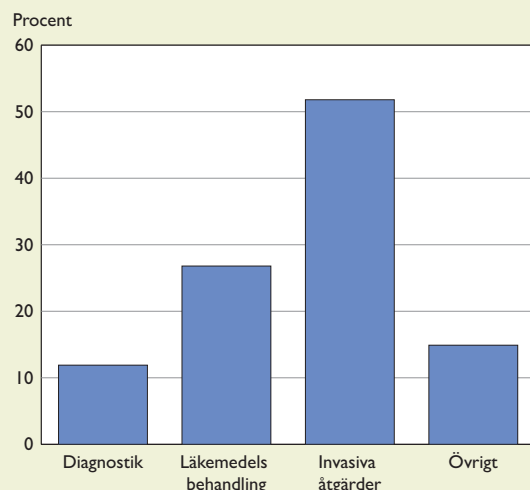
Tabell 2:7. Verksamhetsområde där vårdskadorna uppstod

Antal skador 241, antal vårdskador 169.

	Skador		Vårdskador	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Kirurgi	140	58,1	105	62,1
Internmedicin	82	34	53	31,4
Primärvård	13	5,4	9	5,3
Laboratorie-medicin	3	1,25	1	0,6
Övrigt	3	1,25	1	0,6
Totalt	241	100	169	100

Källa: Socialstyrelsen 2008 [6]

Figur 2:14. Orsak till vårdskador
Procentuell fördelning



Källa: Socialstyrelsen 2008 [6]

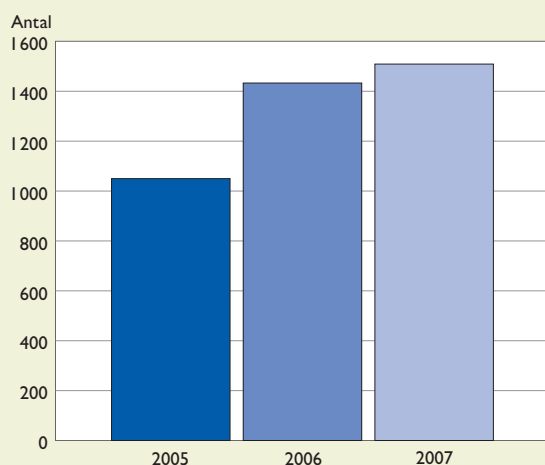
De vanligaste orsakerna till vårdskadorna var brister i samband med invasiva eller operativa åtgärder, bland annat vårdhygieniska brister. Det näst vanligaste orsaksområdet var brister vid läkemedelsbehandling. När det gäller diagnostik var utebliven eller försenad diagnos den vanligaste skadeorsaken (Figur 2:14).

Var och en av de 169 vårdskadorna ledde i genomsnitt till sex extra vårddygn. Omräknat för alla vårdtillfällen under ett år innebär siff-

rorna omkring 105 000 vårdskador, varav cirka 10 000 patienter beräknas ha fått bestående men. Vårdskadorna beräknas ha tagit 630 000 extra vårddygn i anspråk inom den somatiska sjukhusvården per år. Dessutom beräknas mer än 50 000 besök i öppen vård tillkomma. Studien visade vidare att 55 procent av patienterna tillfrisknade inom en månad och ytterligare 33 procent inom ett år. Vårdskadan bidrog i 3 procent av fallen till att patienten avled.

I en studie från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi [7] har slutenvårdskostnaderna uppskattats med hjälp av södra regionens prislista för år 2004 – det år varifrån den största delen av vårdskadestudiens patientjournalunderlag hämtades. För patienter i slutenvård (undantaget förlossningsvård) beräknades en kostnad på mellan 1 374 och 5 635 kronor per dygn. I denna siffra ingår inte operativa ingrepp, provtagningar eller andra undersökningar. Ett öppenvårdsbesök i primärvården till läkare beräknades kosta 765 kronor. Även med en försiktig uppskattning av kostnaderna för vårdskador för hälso- och sjukvården, torde det alltså handla om avsevärda summor.

När det finns brister i patientsäkerheten förekommer det ofta orsaker i vårdens ledning, organisation eller rutiner. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att det uppenbarligen finns stora möjligheter att spara både mänskligt lidande och pengar i svensk somatisk slutenvård genom satsningar på ett strukturerat patientsäkerhetsarbete.

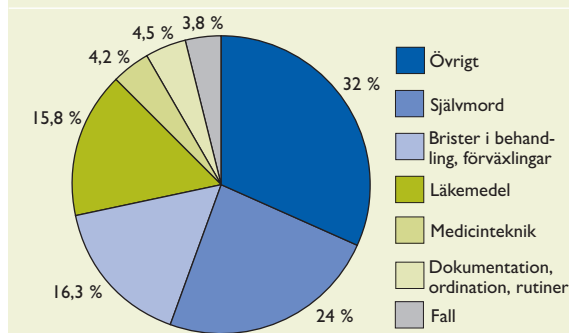
Figur 2:15. Antal anmälningar enligt lex Maria

Källa: Socialstyrelsens riskdatabas

Lex Maria-anmälningarna ökar

Bestämmelserna om anmälningsskyldighet enligt lex Maria innebär att vårdgivaren ska anmäla till Socialstyrelsen om en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av, allvarlig skada eller sjukdom i samband med hälso- och sjukvård [8]. Vårdgivaren ansvarar för att bedöma vad som ska anmälas, och anmälningsbenägenheten är ojämn. Det finns sannolikt ett stort mörkertal, vilket framgår om man jämför antalet lex Maria-anmälningar med vårdskadestudiens slutsats om 10 000 allvarliga skador per år bara inom den somatiska sjukhusvården (figur 2:15).

Ökningen år 2006 och 2007 beror till viss del på att bestämmelserna om att anmäla självmord har ändrats (se avsnittet Självmord i anslutning till vård och behandling nedan). Men även anmälning-

Figur 2:16. Lex Maria-ärenden
Beslutade och fördelade på kategorier år 2007.

Källa: Socialstyrelsens riskdatabas

arna av övriga ärendetyper har ökat något. Vanliga orsaker till anmälningar är händelser som gäller läkemedel, förväxlingar, fallskador och användning av medicintekniska produkter (figur 2:16). Bland de läkemedelshändelser som anmäldes enligt lex Maria från den 1 juli 2006 till den 30 juni 2008 var den vanligaste händelsetypen skada eller risk för skada till följd av fel vid administrering av läkemedel. Överdoserings och felaktiga ordinationer av läkemedel är andra vanliga orsaker till anmälningar.

Figur 2:16 bygger på statistik från samtliga lex Maria-beslut som Socialstyrelsen fattade under 2007. "Brister i behandling" kan bland annat inrymma felaktig eller fördröjd diagnos eller vårdinsats. Den stora posten "övrigt" beror till viss del på att Socialstyrelsens dokumenthanteringssystem hade inmatningsproblem under den aktuella perioden.

Bristande samverkan och kommunikation

I internationella material framgår att brister i samverkan, informationshantering och kommunikation kring patienterna är några av de vanligaste orsakerna till vårdskador. År 2000–2006 tog So-

cialstyrelsen emot 1 166 anmälningar enligt lex Maria där någon av dessa faktorer angetts som huvudsaklig orsak till en skada. Vidare fick landets patientnämnder år 2003 in 3 392 anmälningar om bemötande, kommunikation och information i vården. Problemområdet innehåller många olika typer av vårdprocesser: från patientdokumentation och remisshantering till samtal om vård och behandling mellan läkare och patient.

Aktuell forskning inom medicinsk antropologi har visat hur patienter tar emot och tolkar medicinsk information från läkare. I genomsnitt en tredjedel av informationen stannar i minnet. Information om exempelvis avvikande provsvar kan få följden att en patient får en helt förändrad upplevelse av sitt eget hälsotillstånd [9]. Dessa fakta visar att hälso- och sjukvårdspersonal som ska ge patienter medicinsk information behöver ha beteendevetenskapliga kunskaper.

Bristande rutiner för remisshantering och annan patientdokumentation leder årligen till ett antal anmälningar enligt lex Maria. Socialstyrelsen har också på eget initiativ granskat bland annat rutiner för remisshantering i ett stort antal verksamheter i samtliga landsting, och funnit brister som kan leda till försenad vård och vårdskador hos patienter. Patientdokumentationen sker i dag i stor utsträckning i datorbaserade system. Därför krävs såväl kvalificerad informationsteknologisk som administrativ kompetens för att rutiner för dokumentation och överföring av patientinformation ska utformas på ett säkert sätt.

I lex Maria-beslut och tillsynsrapporter från Socialstyrelsen framkommer en lång rad exempel på att bristande samverkan och samordning mellan kliniker, vårdenheter och vårdgivare har lett till risker och skador för patienter. Av exemplen framgår att det behövs goda kunskaper om ledning

och styrning av komplexa organisationer för att kunna utforma patientsäkra rutiner i den mångfacetterade verksamhet som hälso- och sjukvården bedriver. Frågan regleras i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Riskområdet kring samverkan, informationshantering och kommunikation är således centralt för patientsäkerheten, samtidigt som det kräver en rad andra kompetenser än de som traditionellt dominerat inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna.

Brist på vårdplatser

Under sommaren 2008 granskade Socialstyrelsen beläggningssituationen vid sex sjukhus i landet. Avsikten var att bedöma om det rådde brist på vårdplatser, och om bristen i så fall fick konsekvenser för patientsäkerheten [10]. En liknande men mer omfattande tillsyn genomfördes 2003, då vid 36 sjukhus [11]. Vid granskningen sommaren 2008 framkom att platssituationen överlag var ansträngd. Alla sjukhus hade överbeläggningar, och ett antal patienter hade placerats på avdelningar där de normalt inte skulle ha vårdats ("utlokalisering"). Den personal som intervjuades framförde farhågor för patienternas säkerhet. Tänkbara risker som beskrevs var bland annat

- ökad smittspridning på grund av täta förflyttningar
- förväxlingar av läkemedel
- bristande informationsöverföring
- fördröjda ordinationer och förlängda vårdtider
- otillräcklig kompetens för att vårda "utlokaliserade" patienter
- bristande kontinuitet i vården.

Anmärkningsvärt var att många risksituationer och incidenter inte hade identifierats som avvikelser som borde rapporteras in i verksamheter-
nas avvikelshanteringssystem. Socialstyrelsens granskare drog slutsatsen att de senaste årens utveckling med ständiga överbeläggningar så småningom har kommit att accepteras som ett normal-tillstånd. Socialstyrelsens bedömning i rapporten är att överbeläggningar och ”utlokaliseringar” av patienter medför risk för bristande omvårdnad, sämre medicinsk diagnostik och behandling samt längre vårdtider. Av rapporten framgår även att Finland och Sverige är de länder inom OECD som har lägst antal slutenvårdsplatser inom korttids-vården: drygt 2 vårdplatser per 1 000 invånare år 2002. Samtidigt har Sverige den äldsta befolkningen med 5,2 procent över 80 år, och alltså stora vårdbehov att hantera.

Hur kan man följa patientsäkerhetsnivån?

Ett sätt att beskriva patientsäkerhetsnivån i den svenska sjukvården kan vara att specialgranska vissa vårdområden som har särskild betydelse för patientsäkerheten, och analysera dem med hjälp av tillgängliga data från hälsodataregister och andra källor. Vi har här valt att diskutera patientsäkerhetsnivån i svensk hälso- och sjukvård genom att belysa följande områden:

- vårdrelaterade infektioner
- självmord i anslutning till vård och behandling
- ogynnsamma effekter av läkemedel
- skador hos patienter i samband med sjukvård.

Det finns åtskilliga osäkerhetsfaktorer när det gäller att använda uppgifter från hälsodataregister och andra källor som patientsäkerhetsmått.

Resonemangen för att belysa säkerhetsnivån i den svenska hälso- och sjukvården blir därför delvis hypotetiska. De kan dock ändå användas som utgångspunkt för en fortsatt diskussion kring utveckling av indikatorer för säker vård.

Vårdrelaterade infektioner

Alla infektioner som uppstår i samband med undersökning, vård eller behandling kallas med ett gemensamt namn för vårdrelaterade infektioner (VRI). En viss incidens av VRI är troligen oundviklig, men varje enskilt fall av VRI är en avvikelse som ska registreras och hanteras enligt verksamhetens kvalitetsrutiner. Vårdgivaren ska också bedöma om avvikelserna måste anmälas till Socialstyrelsen enligt lex Maria.

Sveriges Kommuner och Landsting genomförde år 2008 två nationella mätningar, så kallade punkt-prevalensstudier, för att undersöka förekomsten av VRI [12]. Av den första undersökningen, som genomfördes i maj, framgick att omkring 11 procent av de patienter som då var inlagda på landets sjukhus hade fått en vårdrelaterad infektion under vårdtiden. 16 landsting deltog i mätningen som omfattade cirka 8 000 patienter. Av de infektionsdrabbade patienterna hade 19 procent en urinvägsinfektion, som var den vanligaste infektionstypen. Hud- och sårinfektioner hade drabbat 15 procent av patienterna, och 13 procent hade lunginflammation.

En tredjedel av de vårdrelaterade infektionerna inträffade i samband med operationer. Vårdrelaterade infektioner var enligt mätningen lika vanliga hos kvinnor som hos män, men andelen drabbade patienter i åldersgruppen 60 år och äldre var markant högre (20 procent).

God vårdhygien är en grundförutsättning för att förebygga VRI. År 2006 infördes ett tillägg i

hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen om god hygienisk standard [13]. Enligt propositionen (2005/06:50), där lagförslaget presenterades, måste vårdgivaren vidta alla nödvändiga åtgärder för att uppnå en god hygienisk standard, bland annat i fråga om lokaler, utrustning, vårdens organisation och planering samt tillgång till vårdhygienisk kompetens. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att förtydliga innebörden i begreppet god hygienisk standard och de krav som kan ställas på vårdgivaren. Med detta arbete som grund kan lämpliga indikatorer för god hygienisk standard formuleras.

Vårdhygienisk expertis har i många år arbetat med riktlinjer för det kliniska arbetet för att förebygga smittspridning och uppkomst av VRI. Den vanligaste och viktigaste smittvägen är kontakt-smitta, via vårdpersonalens händer och kläder. Smittspridning förebyggs genom god handhygien och användning av personlig skyddsutrustning som handskar och förkläde i vissa situationer. Begreppet *basala hygienrutiner* beskriver dessa nödvändiga förebyggande åtgärder. Enligt resultat från upprepade studier och i samband med Socialstyrelsens tillsyn har det framkommit att följsamheten till basala hygienrutiner har varit dålig i många vårdverksamheter [14]. Att förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner minskar antalet VRI har visats i flera av de VRISS-projekt (vårdrelaterade infektioner ska stoppas) som Sveriges Kommuner och Landsting har organiserat [15].

Vården är en riskmiljö där mycket antibiotika används och där patienterna är infektionskänsliga. Därför är risken stor att resistent bakterier sprids. För att förebygga resistensutveckling är det viktigt att antibiotika används restriktivt och adekvat.

Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) är en bakterie som orsakat stora pro-

blem inom vården i många länder. Med ökat resande ökar också risken för att sådana resistent bakterier importeras till Sverige och den svenska vården, med risk för sekundär smittspridning. Tre stora utbrott av MRSA har drabbat svensk hälso- och sjukvård de senaste tio åren (i Västra Götaland, Stockholm och Östergötland). I samtliga fall lyckades man med stora insatser, inte minst ekonomiska, att häva dessa epidemier.

De senaste åren har antalet lex Maria-anmälningar på grund av smittspridning inom vården ökat. Anmälningarna gäller i de flesta fall resistent bakterier. Förutom MRSA-utbrotten har det förekommit utbrott av vankomycinresistent enterokocker (VRE) och tarmbakterier som bildar ESBL. Då det aldrig är möjligt att avgöra när en patient bär på en resistent bakterie eller annan smitta, är en konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner alltid grunden för en säker vård av god hygienisk standard.

Ett annat problem relaterat till antibiotika är tarminfektioner som orsakas av bakterien *Clostridium difficile*. Denna bakterie har även orsakat smittspridning. Problemet har ökat inom sjukvården i många länder de senaste åren. Antibiotikabehandling är den vanligaste utlösande faktorn till infektionerna. I en kanadensisk studie visades att skärpta hygienrutiner inte minskade *C. difficile*-infektionerna, medan en förändrad antibiotikapolitik sänkte förekomsten väsentligt.

Det finns många svårigheter när det gäller att kontinuerligt registrera vårdrelaterade infektioner. Ett av problemen är att majoriteten av infektionerna inte kan diagnostiseras förrän patienten lämnat den aktuella vårdinrättningen. Dessutom saknas oftast metoder för att underlätta registreringen genom att direkt fånga in data från patientjournalerna. Ofta registreras infektioner i vården i form av riktade studier eller projekt. Ett flertal studier har visat att

ungefär 10 procent av patienterna inom sjukhusvården drabbas av en eller flera VRI. Resultat från olika verksamheter kan dock inte direkt jämföras för att ”gradera” dessa verksamheters hygieniska standard. Man måste ta hänsyn till verksamhetens art och patientunderlag. Verksamheter med ”dåligt” resultat kanske har en mycket högre risknivå eller helt enkelt är bättre på att identifiera och registrera VRI än verksamheter med ”goda” resultat.

Spridning av resistenta bakterier

En högt specialiserad vårdenhet vid ett universitetssjukhus i Sverige drabbades under 2007 och 2008 vid tre tillfällen av att vankomycinresistenta enterokocker spreds. Utbrotten drabbade sammanlagt 26 patienter. Tre av patienterna fick långdragna infektioner. På en annan klinik på samma sjukhus spreds smitta via en bärare av resistenta bakterier som vårdats på sex olika enheter på sjukhuset, och därefter inom den kommunala hälso- och sjukvården. I samband med vården på en av enheterna hade patienten sjukdomssymtom i form av diarré. Smittan kunde spridas eftersom patienten var mobil och rörde sig fritt på avdelningen.

(Källa: anmälningar enligt lex Maria)

Själv mord i anslutning till vård och behandling

En viktig förutsättning för patientsäkerhet inom den psykiatriska vården är säkra rutiner för att förebygga självmord. Personer med självmordsproblematik som har kontakt med hälso- och sjukvården ska erbjudas en god och säker vård. Detta innebär att vårdgivaren uppmärksammar riskfaktorer och vidtar åtgärder för att minska risken för självmord samt ger det stöd patienten kan behöva. År 2006 konstaterades 1 196 säkra självmord i Sverige. Till detta kommer några hundra fall med osäker diagnos, och man räknar med ett totalt antal på cirka 1 500.

Den 1 februari 2006 infördes en ny bestämmelse i föreskrifterna om anmälningsskyldighet enligt lex Maria [8]. Den innebär att vårdgivarna ska anmäla till Socialstyrelsen alla självmord där patienten haft kontakt med vården de senaste fyra veckorna. Redan i januari 2006 började Socialstyrelsen få in anmälningar, och sammanlagt anmäldes 386 fall under året. År 2007 steg antalet till 468 anmälningar, medan siffran för 2008 slutade på 515. Från tidigare studier vet vi att minst 50 procent av dem som begår självmord har haft någon kontakt med sjukvården den senaste månaden. Därför kan det antas att åtminstone 50 procent av antalet konstaterade självmord borde anmälas enligt lex Maria.

Socialstyrelsen har granskat samtliga lex Maria-anmälningar från år 2006 och funnit att anmälningsgraden varierar stort i landet. Endast två landsting nådde 50-procentsgränsen i antalet anmälningar av konstaterade självmord. Efter utredning fann Socialstyrelsen systembrister i vården i närmare två tredjedelar av ärendena, medan vårdgivarna endast tyckt sig ha anledning att vidta patientsäkerhetsförbättrande åtgärder i en tredjedel av fallen. En brist kunde till exempel vara att vården saknade rutiner för självmordsriskbedömningar. Andra exempel var brister i samverkan och dokumentation, kompetens, vårdplaner och vårdprogram samt tillsyn och övervakning [16, 17].

Genom att följa och granska lex Maria-anmälningarna om självmord över tid kan man få en uppfattning om utvecklingen. Det som mäts är det rapporterade antalet självmord där patienten haft en säker, eller vad som uppfattats som säker, kontakt med vården. Därutöver finns patienter med osäkrare koppling till vården som inte är rapporterade. Det kan inte heller uteslutas att något av

självmoden inte hade gått att förhindra genom en säkrare vård. Trots dessa osäkerhetsfaktorer anser Socialstyrelsen att granskningen och mätningen av det antal självmord som rapporterats enligt lex Maria är ett värdefullt instrument för att bedöma hur god och säker vården är för dessa patienter.

Deprimerad elev begick självmord

En skolkurator träffade en elev som kamraterna bedömde var deprimerad och som hade självmordstankar. Kuratorn kontaktade skolsköterskan som i sin tur kontaktade skolläkaren. Skolläkaren träffade eleven och skrev därefter en remiss till psykiatrins öppenvårdsmottagning. Där bedömdes remissen på en remisskonferens och lades i en tjänstledig läkares postfack. Under tiden vände sig skolsköterskan till öppenvårdsmottagningen, men där kunde man inte hitta remissen. När remissvaret återkom till skolhälsovården efter mer än tre veckor hade eleven begått självmord. I remissvaret gavs förslag på fortsatt kontakt med skolkuratorn och, om det inte hjälpte, kontakt med primärvården.

Socialstyrelsen bedömde att en så ung person med självmordstankar måste tas om hand omedelbart eller snarast möjligt, och inte hänvisas tillbaka till kontakt med kuratorn och primärvården. Socialstyrelsen bedömde också att det fanns brister i den psykiatriska kliniken remisshantering.

Källa: Anmälan enligt lex Maria

Ogynnsamma effekter av läkemedel

Det normala åldrandet gör att äldre människor blir känsligare för läkemedel, oftast på grund av nedsatt kapacitet i olika organ och i kroppens reglerfunktioner. Dessutom är det vanligt att äldre personer ordinerar många olika läkemedel. Det genomsnittliga antalet läkemedel varierar i olika studier. Personer över 80 år får i genomsnitt 5,7 läkemedel per dygn, medan äldre på medicinklinik och i särskilt boende får 8–10 läkemedel per dygn [18,19]. Att äldre patienter i Sverige använder så pass mycket läkemedel innebär en stor risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner [18–21].

I en av Socialstyrelsens studier om äldre patienters läkemedelsanvändning på medicinklinik hade fler patienter läkemedelsbiverkningar som diagnos i utskrivningsanteckningen än i inskrivningsanteckningen [18]. Dessutom skrevs de flesta patienterna ut med lika många eller fler läkemedel än de hade när de lades in, trots att läkaren gick igenom patientens mediciner under vårdtillfället.

Denna polyfarmaci (samtidig användning av många läkemedel) kan vara förenad med olämplig och ibland till och med farlig läkemedelsanvändning. Man bör särskilt uppmärksamma användning av:

- Läkemedel som kan interagera (påverka varandras effekter).
- Två eller fler läkemedel inom samma terapeutiska grupp.
- Tre eller fler psykofarmaka.

En vanlig definition av polyfarmaci är samtidig användning av fem eller fler läkemedel. Användning av tio eller fler läkemedel har i vissa studier av äldre tillämpats som mått på ”extrem” eller ”uttalad” polyfarmaci. Antal använda läkemedel är den enskilt viktigaste riskfaktorn för läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner. Användning av många läkemedel ökar också generellt sannolikheten för olämplig läkemedelsanvändning. Samtidig användning av tio eller fler preparat hos en patient bör därför betraktas som en signal om att det kan finnas risker med läkemedelsbehandlingen. På samma sätt indikerar en hög förekomst av denna indikator på gruppnivå att det med stor sannolikhet föreligger brister i läkemedelsbehandlingen. Andelen personer med tio eller fler läkemedel har ökat något mellan 2005 (totalt 13,5 procent) och 2007 (totalt 14,1 procent). Andelen är högre hos kvinnor än hos män.

Ett flertal studier visar att läkemedelsbiverkningar är vanligare hos äldre än hos yngre. Majoriteten av dem orsakas av kända farmakologiska effekter (typ A) som i många fall bedöms vara möjliga att förebygga. Dessa reaktioner klingar som regel av när dosen sänks eller läkemedlet sätts ut.

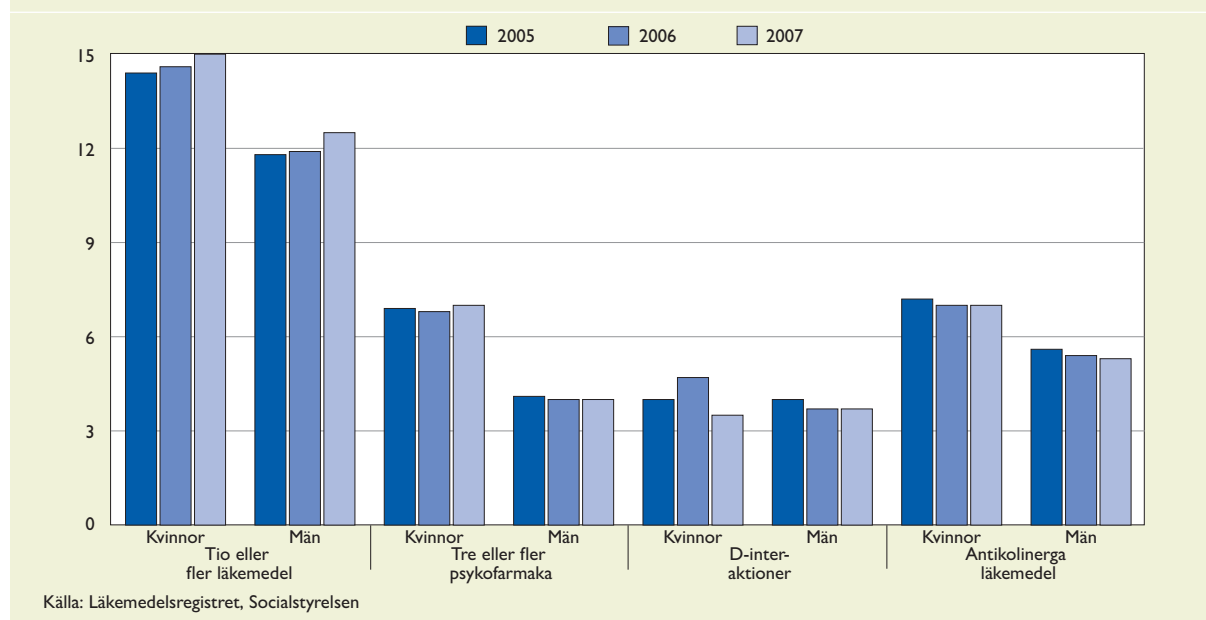
C- och D-interaktioner är de kliniskt relevanta läkemedelsinteraktionerna, med vilket menas kombinationer av läkemedel som kan ha en betydande påverkan på varandras omsättning eller verkan. D-interaktioner, som är den allvarligaste typen, kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar eller utebliven effekt. Kombinationen bör därför undvikas [20]. Andelen personer med läkemedelskombinationer som kan leda till D-interaktioner har sjunkit något mellan 2005 och 2007.

Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka (till exempel ett neuroleptikum, ett lugnande medel och ett antidepressivum), regelbundet eller vid behov, är en vedertagen indikator på polyfarmaci. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner (se ovan), utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. Samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka är vanligare hos kvinnor. Förekomsten har inte förändrats mellan 2005–2007.

Den åldrande hjärnan är särskilt känslig för läkemedel med s.k. antikolinerga egenskaper. De blockerar effekten av signalsubstansen acetylkolin, som bl.a. finns i de nervbanor (kolinerga banor) som är involverade i de kognitiva processerna (minne, orientering i tid och rum, abstrakt

Figur 2:17. Riskfylld läkemedelsbehandling

Andel personer i åldersgruppen 80 år och äldre med viss typ av medicinering 2005-2007.



tänkande). Antikolinerga läkemedel kan orsaka störningar i dessa funktioner, vilket kan framkalla alltifrån lättare minnesstörningar till förvirring (konfusion). Risken är särskilt stor vid Alzheimers sjukdom då den kognitiva förmågan redan är reducerad på grund av att kolinerga nervbanor förtvinar, men risken tilltar även i viss mån vid normalt åldrande. De vanligaste läkemedlen med antikolinerga effekter hos äldre är medel mot inkontinens, det lugnande och klådstillande medlet hydroxyzin (Atarax®) samt den äldre typen av medel mot depression (tricykliska antidepressiva). Förskrivningen av läkemedel med antikolinerga effekter har minskat något mellan 2005 och 2007, både bland män och kvinnor. Dessa läkemedel förskrivs oftare till kvinnor än till män.

Data om andelen patienter med ogynnsamma kombinationer läkemedel av de typer som åskådliggörs i figur 2:17 skulle kunna vara användbara för att formulera patientsäkerhetsindikatorer på läkemedelsområdet.

Olämpligt läkemedel ledde till vårdskada

En 88-årig man hade kroniskt förmaksflimmer och hjärtsvikt. Han hade pacemaker och fick antikoagulerande behandling med Waran för att förebygga komplikationer av sitt förmaksflimmer. Vid ett tillfälle drabbades mannen av svåra smärtor i ryggen. Han sökte vård på en jourmottagning och ordinerades smärtbehandling med lbumetin, som är ett så kallat NSAID-preparat.

Två veckor senare sökte mannen vård på sjukhusets akutmottagning med andningsbesvär. Det visade sig att hans hjärtsvikt hade förvärrats påtagligt. Det är väl känt att NSAID-preparat kan försämra hjärtsvikt, och patienten borde därför ha fått något annat smärtstillande läkemedel. Dessutom kan samtidig medicinering med Waran och NSAID-preparat ge ökad blödningsrisk. Patienten drabbades alltså av en vårdskada till följd av en olämplig läkemedelsordination. (Källa: patientfall ur Socialstyrelsens vårdskadestudie)

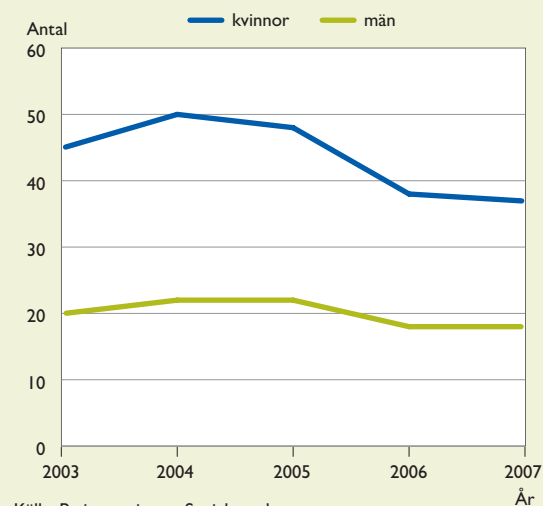
Skador hos patienter i samband med sjukhusvård

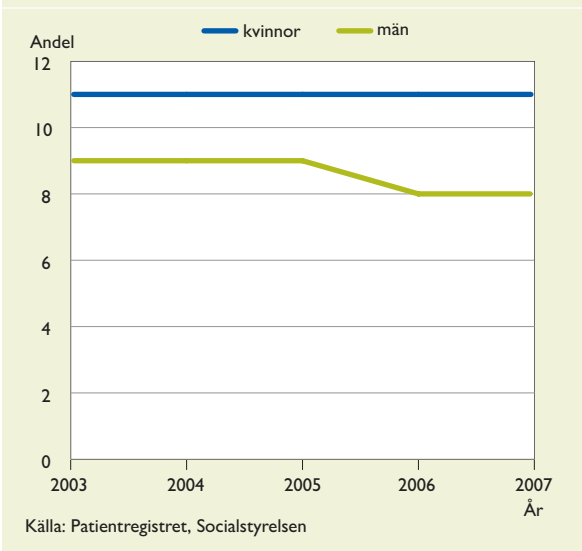
Som mått på hur många patienter som skadas i samband med sjukhusvård har vi använt de uppgifter som rapporterats till Socialstyrelsens patientregister om skador till följd av missöden i vården samt om övriga skador på grund av kirurgiska och medicinska åtgärder.

Av figur 2:18–2:19 framgår att antalet inrapporterade skador där missöden angetts som orsak har legat relativt lågt och konstant under de senaste fem åren. Däremot har antalet onormala reaktioner eller sena komplikationer som rapporterats vara utan anknytning till något missöde ökat med cirka en femtedel, från en relativt högre nivå (figur 2:20). Ökningen kan antingen bero på att vårdgivarnas benägenhet att rapportera denna typ av skador hos patienter har ökat, eller på att antalet komplikationer i denna grupp faktiskt har ökat.

Figur 2:18. Missöden vid kirurgisk och medicinsk vård

Antal patienter per 100 000.



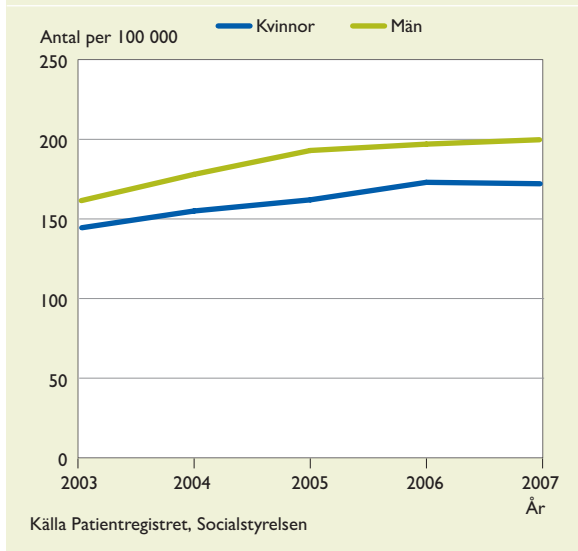
Figur 2:19. Missöden orsakade av medicinska instrument

Det går dock inte att utesluta att vissa av rapporterna i själva verket är en följd av missöden i vården. Under denna rubrik kan det alltså dölja sig ett inte oansenligt antal skador som skulle kunna ha undvikits, det vill säga vårdskador.

Att rapporteringen ser ut som den gör skulle kunna bero på att det inte alltid finns ett tydligt samband mellan en medicinsk eller kirurgisk åtgärd och att patienten senare insjuknar i en komplikation eller får en onormal reaktion. Det kan inte heller uteslutas att en kultur känd som "normalization of deviance" i vissa fall har utvecklats kring komplikationer [22,23]. Uttrycket står för en stegvis växande process där ett system (vården) gradvis anpassar sig till ett patientsäkerhetsproblem eller en komplikation. Om man exempelvis traditionellt räknat med att ha en viss nivå av postoperativa infektioner så kan denna nivå bli accepterad som normalsituationen. De

postoperativa infektioner som inträffar inom den accepterade nivån rapporteras då inte som vårdskador eller missöden. Detta innebär i sin tur att ett aktivt skadeförebyggande patientsäkerhetsarbete inte kommer till stånd.

Mot bakgrund av resonemanget ovan och av vad som visats om antalet vårdskador i Socialstyrelsens vårdskadestudie framgår att de data som kan hämtas ur patientregistret idag inte kan användas som säkra indikatorer för vårdskadefrekvensen i svensk sjukvård. Ett förändrat arbetssätt och förändrade attityder i vården skulle dock kunna leda till en mer relevant rapportering av uppkomna vårdskador till patientregistret. Genom att systematiskt följa upp vissa kriterier, såsom reoperationer, vårdrelaterade infektioner eller oväntade blödningar, och i vissa fall göra utvidgade gransk-

Figur 2:20. Onormal reaktion eller sen komplikation vid kirurgiska och medicinska åtgärder utan anknytning till missöde

ningar, finns möjligheter att bedöma om en sent uppkommen komplikation är att betrakta som en vårdskada. Ett sådant arbetssätt förutsätter en kultur där ifrågasättande och rapportering av komplikationer ingår i det normala arbetssättet.

Patientsäkerhetsarbete i Sverige

Säkerhetstänkandet inom sjukvården har funnits i alla tider, men i dag har fokus flyttats från den enskilda yrkesutövarens roll till systemets och organisationens betydelse. Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar har fortfarande stor betydelse i vården men måste ses i ett sammanhang. I en komplex vårdverklighet med hög arbetstakt, svårt sjuka patienter, avancerad medicinteknisk apparatur och avancerade behandlingsmetoder går det inte att förlita sig på att säkerheten ska kunna upprätthållas enbart med hjälp av den enskilda personalens kunskaper och engagemang. Det behövs ledningssystem, organisation och rutiner som stödjer en säker vård och förhindrar att mänskliga tillkortakommanden och misstag leder till att patienten skadas. I det här avsnittet ger vi exempel på hur långt patientsäkerhetsarbetet har utvecklats i de svenska landstingen och kommunerna.

Nationell satsning från SKL

Sveriges landstings- och regiondirektörer inledde under 2008 en nationell satsning för att öka patientsäkerheten. Sveriges Kommuner och Landsting är initiativtagare samt samordnar satsningen [24]. Sex prioriterade områden har valts ut:

- urinvägsinfektioner i samband med vård
- infektioner vid centrala venösa infarter
- postoperativa sårinfektioner

- läkemedelsfel i vårdens övergångar
- fallskador i samband med vård
- tryckskador i samband med vård.

En grupp experter har anlitats för att arbeta fram åtgärds paket som grundas på evidensbaserad kunskap inom respektive område. Ett av målen för satsningen är att halvera de vårdrelaterade infektionerna till utgången av år 2009. Punktprevalensstudier av det slag som vi redovisar i avsnittet Vårdrelaterade infektioner ovan kommer att användas för att mäta måluppfyllelsen.

Under 2000-talet har SKL i omgångar även drivit projektet VRISS för att minska spridningen av vårdrelaterade infektioner. Projektet har bestått av en rad lokala och regionala delprojekt med målet att införa metoder och rutiner i vårdarbetet som kan förebygga smittspridning. Ett av de bärande momenten har varit följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. I de två ursprungliga VRISS-projekten deltog 42 enheter från 13 landsting och 3 kommuner. Därefter har metodiken använts i ytterligare ett tiotal landstingsprojekt. Vårdområden som berörts har varit bland annat ventilatorassocierad pneumoni, ytliga och djupa sårinfektioner efter proteskirurgi och vårdrelaterade urinvägsinfektioner [15].

SKL har även engagerat sig i äldres läkemedelsanvändning, genom projektet Säker läkemedelsanvändning hos äldre (SÄLMA). 8 landsting och regioner samt 17 kommuner har deltagit i projektet. Projektets team av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor har utarbetat nya säkrare rutiner inom sina enheter för bland annat förvaring, dokumentation, uppföljning och informationsöverföring. Man har betonat att kommun, primärvård och slutenvård behöver samverka. Ett exempel på resultat från projektet är att man på

flera håll beslutat att en indikation alltid måste dokumenteras när ett nytt läkemedel ordineras [25].

Utbildning och information till vårdpersonal

En effektiv metod för patientsäkerhetsarbete är att använda händelse- och riskanalyser för att identifiera och minimera risker för negativa händelser i vården. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF), Stockholms läns landsting (SLL) och Landstinget i Östergötland gav därför ut en handbok i händelse- och riskanalys år 2005. Handboken och liknande undervisningsmaterial på området har använts för att utbilda vårdpersonal i samtliga landsting under de senaste åren.

Socialstyrelsen har också inrättat en särskild webbplats om patientsäkerhet för att informera om grundläggande säkerhetskunskap, aktuellt regelverk och metoder för patientsäkerhetsarbete. På webbplatsen återförs också erfarenheter från Socialstyrelsens tillsynsverksamhet med ett lärande syfte.

Sedan 2003 har vidare Socialstyrelsen, SKL och LÖF arrangerat fyra nationella patientsäkerhetskonferenser som riktat sig till hälso- och sjukvårdspersonal, administratörer och politiker inom den svenska hälso- och sjukvården. Syftet med konferenserna har varit att sprida kunskap om förebyggande säkerhetsarbete genom att bland annat förmedla information om aktuell nationell och internationell patientsäkerhetsforskning. Konferenserna har samlat mellan 1 000 och 1 500 deltagare.

Socialstyrelsen bedömer att de nationella utbildnings- och informationsinsatserna har förstärkt säkerhetskulturen i den svenska hälso- och

sjukvården. Däremot finns ännu inga data som kan visa i vilken utsträckning insatserna har förbättrat säkerheten för patienterna i vården.

Patientsäkerhetsarbetets utveckling regionalt

Socialstyrelsens sex regionala tillsynsenheter har genom kontinuerliga tillsynskontakter med vårdgivarna en god kännedom om hur patientsäkerhetsarbetet har utvecklats i svenska landsting och kommuner. Baserat på tillsynens erfarenheter sammanfattar vi här några iakttagelser om vårdgivarnas förebyggande säkerhetsarbete. Vi ger också ett antal exempel på regionala och lokala utvecklingsinsatser. Exempelen beskriver situationen under 2008.

I de flesta landsting och en del kommuner har vårdgivarna tagit övergripande initiativ för att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet. De aktiva insatserna sker oftast på förvaltningsnivå, i sjukhusledning, klinikledning och motsvarande. Genomslaget i vårdens dagliga verksamhet varierar och är många gånger begränsat. Hälso- och sjukvårdspersonal i direkt vårdarbete behöver i de flesta fall bättre kännedom om vad som innefattas i begreppet systematiskt patientsäkerhetsarbete. Verksamheter och verksamhetschefer behöver å sin sida tydligare direktiv och uppdrag från vårdgivaren när det gäller patientsäkerhetsarbetet än vad som i dag ofta är fallet.

Majoriteten av landstingens verksamheter har rutiner för avvikelserapportering – ofta med datoriserade system. Rapporteringsfrekvensen kan dock på många håll förbättras, bland annat genom att verksamheterna tydligare definierar vad som ska betecknas som en avvikelse. Läkarna behöver vidare bli mer delaktiga i avvikelserapporte-

ringen än i dag. På så sätt kan fler avvikelser som har betydelse för patientsäkerheten fångas upp. De flesta vårdgivare borde också kunna förbättra sitt arbete med att sammanställa och analysera avvikelser och vårdskador, och med att återföra lärdomar och erfarenheter till vårdpersonalen.

Även rutinerna för riskanalyser kan utvecklas bättre hos de flesta vårdgivare. Man skulle i högre utsträckning kunna använda systematiska riskanalyser som ett ändamålsenligt verktyg för det förebyggande säkerhetsarbetet, bland annat inför organisationsförändringar och när nya metoder och tekniker ska införas.

Region Skåne, Blekinge och Kronobergs län

En ökande aktivitet på patientsäkerhetsområdet har noterats de senaste åren. Region Skånes sjukhus hade 2008 för första gången kravet på sig att registrera och rapportera patientsäkerhetsprocesser och kvalitetsindikatorer till regionens ledning. På flera sjukhus genomförs också regelbundet patientsäkerhetsronder, och samordningsfunktioner för patientsäkerhet har på vissa sjukhus byggts upp i anslutning till chefläkarfunktionen. Vidare genomför vårdgivarna orsaksutredningar av negativa händelser och tillbud i ökande utsträckning. Omkring en femtedel av de lex Maria-anmälningar som kom in till Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Malmö under 2007 hade varit föremål för händelseanalyser.

Jönköpings län, Kalmar län och Östergötlands län

Landstinget i Östergötland har inrättat en central patientsäkerhetsavdelning med ansvar för landstingets utvecklingsarbete på området. I lednings-

systemet för patientsäkerhet ingår ett system för patientsäkerhetsdialoger med alla verksamheter. Chefläkarna i regionen har också utvecklat ett samarbete för att genom journalgranskningar identifiera inträffade vårdskador. Ett IT-baserat avvikelserapporteringssystem har införts i de tre landstingen, och även i kommunerna finns fungerande avvikelshanteringsrutiner. Både landsting och kommuner genomför i varierande utsträckning händelseanalyser av vissa allvarliga negativa händelser.

Västra Götalandsregionen och Hallands län

Både i Västra Götaland och i Halland är centrala ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet under uppbyggnad. Vårdgivarna har satt upp centrala mål för patientsäkerhetsarbetet. Inom Vårdval Halland formuleras tydligt att varje vårdcentral ska uppfylla Socialstyrelsens krav på ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Majoriteten av kommunerna i tillsynsregionen har åtminstone väsentliga delar av ett ledningssystem för patientsäkerhetsarbetet. I Västra Götaland och Halland finns IT-baserade avvikelshanteringssystem. Antalet händelseanalyser vid allvarliga negativa händelser ökar också, vilket även avspeglas i lex Maria-anmälningarna till Socialstyrelsen.

Stockholms län och Gotland

I Stockholm och Gotland har man börjat bygga upp ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom sjukhusvården och äldreomsorgen samt i viss utsträckning inom primärvården och psykiatri. Några sjukhus har också gjort kvalitetsbokslut där de identifierat riskområden, och i årsre-

dovisningar framgår att patientsäkerhetsfrågorna uppmärksammas i ökande utsträckning. Inom den somatiska sjukhusvården och i äldrevården sker en aktiv avvikelshantering. Inom sjukhusvården görs också händelseanalyser av de flesta allvarliga avvikelser, och riskanalyser har gjorts inför organisatoriska förändringar. Även inom psykiatrin görs en del händelseanalyser.

Södermanlands län, Örebro län, Värmlands län, Västmanlands län, Dalarnas län, Uppsala län och Gävleborgs län

Samtliga landsting i regionen håller på att bygga upp centrala ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Arbetet med att hantera avvikelser är under utveckling, och en del vårdgivare sammanställer och återför erfarenheterna från avvikelserna. Landstingen har också satsat en hel del resurser på att utbilda personal i att göra händelseanalyser.

Västernorrlands län, Jämtlands län, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns lansting

Både kommuner och landsting i regionen har uttryckt mål för hälso- och sjukvården, men målens detaljnivå varierar när det gäller patientsäkerheten. I merparten av landstingen finns dock tjänstemän med särskilt ansvar för patientsäkerhetsfrågor. De som är anmälningsansvariga enligt lex Maria i landstingen ingår oftast i landstingens patientsäkerhetsfunktioner. I alla kommuner finns det medicinskt ansvariga sjuksköterskor som bedriver patientsäkerhetsarbete.

I landstingen och kommunerna finns en aktiv avvikelserapportering. Vårdgivarna följer också till viss del upp vilka åtgärder som vidtagits till

följd av avvikelserna. Alla kommuner arbetar dessutom med riskbedömningar och någon form av fallprevention. Ett landsting har påbörjat patientsäkerhetsdialoger för att följa upp resultatet av patientsäkerhetsarbetet och för att granska hur avvikelserna hanteras i verksamheterna.

En ögonblicksbild från landstingens webbplatser

Ett uttryck för vårdgivarnas engagemang och aktivitet på patientsäkerhetsområdet kan tänkas vara hur frågan kommuniceras på vårdgivarnas webbplatser. När Socialstyrelsen i oktober granskade respektive extern webbplats för samtliga landsting och regioner samt Gotlands kommun framkom följande:

Två av webbplatserna hade en direktlänk från startsidan till särskilda sidor om patientsäkerhetsarbete inom landstingets, regionens eller kommunens hälso- och sjukvård. På ytterligare 13 av webbplatserna kunde man hitta handlingsprogram eller policydeklarationer för patientsäkerhetsarbetet genom att söka på ordet "patientsäkerhet". På sex av webbplatserna gav motsvarande sökning spridda träffar på ordet "patientsäkerhet" i andra typer av dokument.

Avslutande reflektioner

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom den svenska hälso- och sjukvården är i ett internationellt perspektiv ännu bara i början av utvecklingen. Patientsäkerhetsforskning bedrivs endast i liten skala, och frågan engagerar ett relativt begränsat skikt av personalen inom hälso- och sjukvården, framför allt på verksamhetsledningsnivå. Såväl politiker som majoriteten av läkare, sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal har utvecklade kunskaper och förhållningssätt på området. Ofta uppfattas säkerhetsåtgärder för att skydda patienter från skada fortfarande främst

som en skyldighet för den enskilda yrkesutövaren, och inte som en förutsättning som måste byggas in i systemet. Kunskaper om hur människor beter sig i komplexa situationer och när de till exempel använder teknisk utrustning uppfattas ofta inte ha någon avgörande betydelse för vårdens resultat. Det finns begränsade insikter om att brister i ledning, system och organisation kan leda till att patienter kommer till skada, trots att de vårdas av professionella och sakkunniga yrkesutövare.

Omfattande insatser kan göras för att utveckla utbildningen och forskningen, och för att förändra attityderna i vården. Patientsäkerhetsforskningen bör till exempel i högre grad integreras med den rent medicinska forskningen. Ett viktigt område för både utbildningsinsatser och forskning är frågan om patienters delaktighet i vården. Mycket tyder på att patientens delaktighet har stor betydelse för en säker vård och för vårdens resultat. Samtidigt upplever många patienter i praktiken att de endast är begränsat delaktiga i sin egen vårdprocess. Patientsäkerheten skulle därför kunna stärkas genom forskning, utbildning och utvecklingsarbete kring kommunikationen i vården och kring andra faktorer som ökar patienternas delaktighet.

För att säkerhetskulturen i svensk hälso- och sjukvård ska utvecklas krävs vidare engagemang och kunskaper på vårdgivarnivå. Varje vårdgivare behöver definiera en högsta ansvarig och en tydlig ansvarsfördelning för patientsäkerhetsfrågorna. Direktiv och resultatkrav från den politiska nivån behöver i ökad utsträckning relatera till faktorer som avspeglar säkerheten i vården. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det till exempel viktigt att sjukvården framöver har som normal rutin att utreda alla vårdskador, inklusive de självmord som begås under eller i anslutning till någon form av

vård. De brister som framkommer måste åtgärdas och åtgärderna måste följas upp för att liknande förlopp inte ska upprepas.

Sjukvårdsverksamheterna behöver också i ökad utsträckning säkerställa att de har tillgång till kompetens för ledning och styrning av komplexa organisationer, beteendevetenskaplig kompetens och kvalificerad informationsteknologisk kompetens.

Vidare är de resultatdata och hälsodata som samlas in i nationella och lokala register oftast inte av det slaget att effekten av skadeförebyggande åtgärder går att följa upp. I stället måste uppföljningar oftast göras via riktade studier i särskilda forskningsprojekt. Uppföljningarna blir därför ganska fåtaliga. Användbara data som kan utgöra indikatorer för patientsäkerhet behöver identifieras, och sådana data bör rapporteras systematiskt till lokala och nationella register. Särskilt betydande för patientsäkerheten är sammanhållna vårdprocesser och vårdkedjor. Därför behövs också rapportering av data som kan ge underlag för att bedöma hur samverkan och informationsöverföring fungerar i vården. Ytterligare ett sätt att bedöma utvecklingen över tid kan vara att göra upprepade och jämförbara nationella vårdskademätningar.

Referenser

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370–6.
2. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1995;163:458–71.
3. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *NZ Med J*. 2002;115:U271.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
5. DeRosier J, Stalhandske E, Bagian JP, Nudell T. Using Healthcare Failure Prospective Risk Analysis System. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 2002;27:248–67.
6. Socialstyrelsen. *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
7. Svensson M, Persson U, Johansson F. *Samhälls-ekonomiska kostnader för patientskador i svensk sjukvård – några typfall*. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi; 2004.
8. Socialstyrelsens författningssamling. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
9. Sachs L, Samtalet – sjukvårdens viktigaste verktyg. *Patientsäkerhet Tema* 2008;2: 8–10.
10. Socialstyrelsen. *Överbeläggningar – utlokaliserade patienter*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
11. Socialstyrelsen. *Överbeläggningar – utlokaliserade patienter*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
12. Sveriges Kommuner och Landsting. *Punktprevalensstudie av vårdrelaterade infektioner i de svenska landstingen*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
13. Svensk författningssamling. Lag 2006:493. Inörd i 2a § 1 och 5 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
14. Socialstyrelsen. *Vårdhygien i praktiken*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
15. Sveriges Kommuner och Landsting. *Ren vård är säkrare vård, Stockholm 2005 och Ren vård är säkrare vård II, Stockholm 2007*.
16. Socialstyrelsen. *Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria. En sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
17. Agerberg M. Socialstyrelsen starkt kritisk: Brister i vården i två av tre självmordsfall. *Läkartidningen* 2008;105:2944–6.
18. Socialstyrelsen. *Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik. Jönköping och Malmö*: Socialstyrelsen; 2007.
19. Socialstyrelsen. *Läkemedelsbehandling inom äldre vården – Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn*. Stockholm, Socialstyrelsen; 2004.
20. Socialstyrelsen. *Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
21. Paul E, End-Rodrigues T, Thylen P, Bergman U. *Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. En klinisk retrospektiv studie*. *Läkartidningen* 2008;105:238–42.
22. Youngberg BJ, Hatlie MJ. *The Patient Safety Handbook*. Jones & Bartlett Publishers: Sudbury; 2003.

23. Conway JB, Nathan DG, Benz EJ et al. Key Learning from the Dana-Farber Cancer Institute's 10-Year Patient Safety Journey. American Society of Clinical Oncology 2006 Educational Book. 42nd –annual Meeting June 2–6, 2006 Atlanta, GA. 2006.
24. Sveriges Kommuner och Landsting. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
25. Sveriges Kommuner och Landsting. Säker läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården utvecklas mot att i allt större utsträckning basera beslut om behandling och vård på bästa möjliga kunskap. Det har länge funnits ett betydande kunskapsgap mellan å ena sidan professionen och å andra sidan politikerna och den administrativa ledningsnivån. Det gapet börjar nu minska, vilket gör att politikernas möjligheter att fatta väl avvägda beslut om resursfördelning mellan olika vårdområden förbättrats.

Fortfarande saknas dock ofta strukturer på lokal och regional nivå för att ta emot och effektivt sprida samt tillämpa nationellt framtagna kunskapsunderlag. Vidare behöver riktlinjer och kunskapsunderlag anpassas bättre till närvårdens och primärvårdens särskilda förutsättningar. Socialstyrelsens nationella riktlinjer har implementerats framgångsrikt i slutenvården, men har inte haft samma genomslag i primärvården. Detta beror bland annat på att patienterna som behandlas inom öppna vårdformer ofta är äldre och många gånger har flera olika sjukdomar samtidigt. Det kan då vara mer komplicerat att tillämpa rekommendationer som utgår ifrån en diagnos. En annan anledning är att företrädare för den allmänmedicinska verksamheten inte är lika involverade i utvecklingen av nationella riktlinjer.

Kunskapsproduktionen behöver också samordnas bättre. I dag finns det risk för dubbelarbete på flera nivåer. Dels tar huvudmännen själva fram rekommendationer och PM i stället för att använda nationella kunskapsunderlag, dels skulle

huvudmännen kunna samarbeta mer sinsemellan på områden där nationella underlag saknas.

På motsvarande sätt kan de nationella aktörerna bli bättre på att samordna sig och därmed bli effektivare. Ur ett internationellt perspektiv har Sverige kommit relativt långt när det gäller att använda nationella kunskapsunderlag och riktlinjer som en grund för kunskapsstyrning. Däremot har flera myndigheter i Sverige snarlika uppdrag, medan flera europeiska länder har gjort strukturförändringar för att minska antalet kunskapsproducenter. På så sätt har dubbelarbetet minskat och informationens avsändare blivit tydligare.

Inledning

I detta avsnitt beskriver vi vad som menas med en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Vi diskuterar uttrycket evidensbaserad medicin och dess utmaningar. Dessutom beskriver vi hur nya metoder bör föras in i vården på ett ordnat sätt.

En stor del av avsnittet handlar om kunskapsstyrning – vilken infrastruktur som behövs för att vården ska kunna styras med kunskap och vilka lokala, regionala och nationella förutsättningar som finns i dag.

Vidare går vi kort igenom aktuell implementeringsforskning samt utvärderingarna av Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Slutligen ger vi en inblick i hur Sverige förhåller sig internationellt när det gäller kunskapsproduktion och kunskapsstyrning.

Ordlista

Beslutsstöd Verktyg som utgör stöd för beslut i olika delar av vårdprocessen (datoriserade eller tryckta)

EBM (evidensbaserad medicin) Det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga observationer, som ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet så att de sammantaget kan anses utgöra "bästa tillgängliga bevis" i en viss fråga

Effektmått Variabel som mäter utfallet i en klinisk prövning eller annan studie med kontrollgrupp

Evidens Något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller (av latinets *evidentia*, "tydlighet")

HTA (health technology assessment) Utvärdering av medicinska metoder

HTA-organisationer har till uppgift att utvärdera olika metoder. I en HTA-rapport kompletteras ofta den systematiska kunskapsöversikten med hälsoekonomiska, etiska och sociala bedömningar. I Sverige är det framförallt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) som ansvarar för dessa utvärderingar.

Kunskapsstyrning Att utveckla, sprida och tillämpa kunskaper om vad som ger effekt i en specifik verksamhet eller i förhållande till en viss målgrupp, det vill säga åstadkommer en kunskapsbaserad verksamhet

Systematisk litteraturoversikt Artikel som efter en viss mall (systematisk litteratursökning, granskning, evidensgradering) refererar och kommenterar alla tillgängliga resultat som belyser ett visst medicinskt problem

Skillnaden jämfört med en **metaanalys** är att den systematiska översikten inte gör en statistisk sammanslagning av alla de refererade resultaten.

Både i forskningen och i den praktiska verksamheten ökar kunskapen om hur vi kan främja hälsa, förebygga och bota sjukdom, lindra och trösta. Såväl faktakunskap som förståelsekunskap, färdighetskunskap och förtrogenhetskunskap är betydelsefulla för en hälso- och sjukvård av god kvalitet (SOU 1992:94). I Socialstyrelsens handbok *God vård* definieras kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård så här:

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 (2 kap 1 § LYHS).

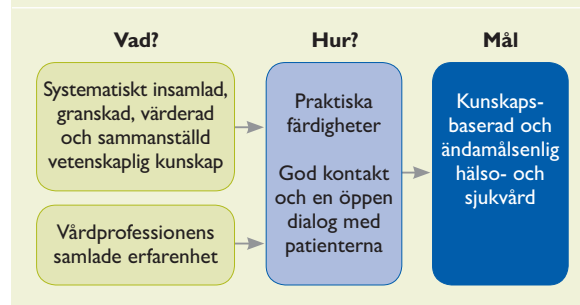
Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

För att vården ska vara kunskapsbaserad behövs därmed både kunskap om vad som bör göras och om hur det ska göras (figur 2:21). Detta gäller såväl vårdpersonalens praktiska färdigheter som dialogen med patienten. Dialogen är en förutsättning för att personalen ska kunna förklara och förmedla olika positiva och negativa effekter av en viss behandling. Den är också en förutsättning för att personalen ska kunna förstå och förhålla sig till enskilda patienters förväntningar och motivation till behandling.

Vidare behöver relevant kunskap omsättas i praktisk handling på ett ordnat sätt för att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad. Hälso- och

Figur 2:21. Kunskapsorienterad och ändamålsenlig vård

För att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig behöver man både veta vad som ska utföras och hur det ska utföras.



sjukvårdslagen ställer tydliga krav på huvudmannen och vårdgivaren när det gäller vårdens kvalitet. De ska se till att vården systematiskt använder den bästa tillgängliga kunskapen i mötet med patienten och i planeringen av hälso- och sjukvården.

En anpassad infrastruktur är nödvändig för att upprätthålla och stärka den kunskapsbaserade vården. Basen utgörs av högkvalitativ klinisk forskning som bedrivs av både högskola och universitet (det vill säga oberoende forskning) och industrin. Man måste också följa effekterna av den vård som ges genom att registrera och värdera resultaten. Den kunskap som finns, och växer fram, måste systematiseras i vårdprogram och riktlinjer.

För att ny kunskap och bättre metoder ska komma patienterna till godo behövs också kunskap om förbättring, eller ”knowledge of improvement” [1]. Förbättringskunskapen är ett komplement till hälso- och sjukvårdens medicinska

kunskap och baseras i stor utsträckning på betendevetenskaplig forskning (figur 2:22) [2].

Vad är evidensbaserad medicin?

Inom hälso- och sjukvården används sedan länge uttrycket evidensbaserad medicin (EBM). Uttrycket myntades i början av 1990-talet av professor David Sackett och hans kolleger i Oxford. I dag används också uttrycken evidence-based health care (EBHC) och evidence-based practice (EBP) för att markera att de forskningsresultat som tillämpas gäller fler områden än den medicinska professionen [3, 4].

EBM har definierats som ”ett samvetsgrant och omdömesgillt användande av de för närvarande bästa kliniska bevisen från systematisk forskning som grund för beslut angående utredning och behandling av individuella patienter” [5].

Fortfarande används dock inte all tillgänglig kunskap som underlag för olika beslut i vården. Det beror bland annat på tidspress och på att vårdpersonalen har begränsad kännedom om och tillgång till olika verktyg som behövs (elektroniska beslutsstöd, webbportaler med mera). Dessutom finns det inte tillräckligt stor kunskap om EBM-processen.

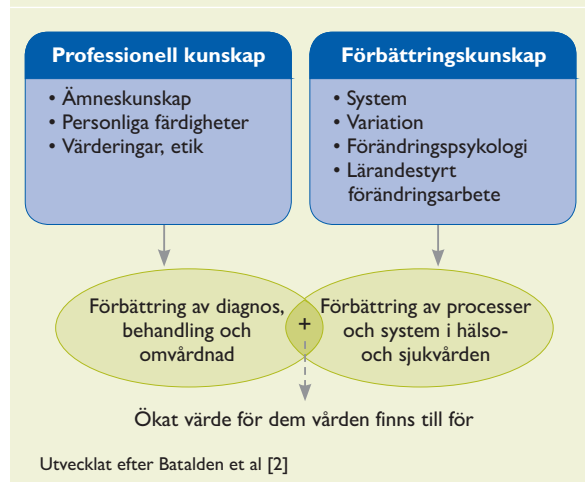
Det finns också en missuppfattning om att inga andra metoder än dem med hög evidens kan användas. Men målet med EBM är att vården använder de metoder som gör störst nytta. Det betyder att professionen och beslutsfattarna behöver känna till det aktuella kunskapsläget.

Grundläggande principer för EBM

Tanken med EBM är att omsätta medicinsk forskning i praktisk tillämpning för att vården ska bli säkrare, bättre och mer kostnadseffektiv. En hörnsten i EBM är vilka bevis som finns för att olika åtgärder har effekt.

Figur 2:22. Kopplingen professionell kunskap och förbättringskunskap

Hur detta leder till en bättre vård.



För att kunna använda den bästa tillgängliga kunskapen som underlag för olika beslut behöver vi vara överens om vad kunskap och evidens är. Evidensbegreppet bygger på tre viktiga principer:

- Använd objektiva data (minska risken för rent tyckande).
- Minimera slumpens inverkan på resultatet (statistisk signifikans).
- Ta hänsyn till utfall som har betydelse för patienten (klinisk signifikans).

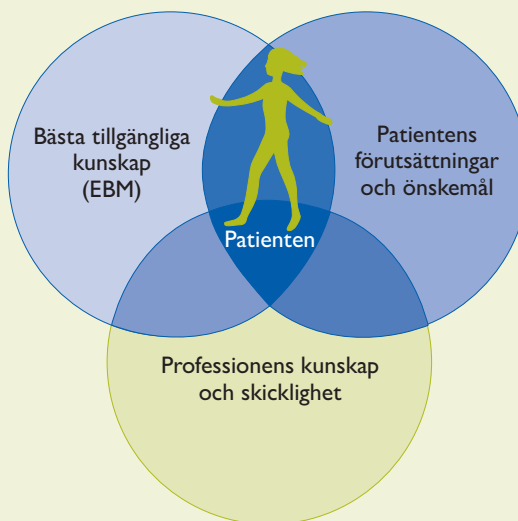
För att använda EBM måste man alltså först veta var gränsen går i den aktuella kunskapen och använda bästa möjliga kunskap som underlag för sitt handlande. Men för att ge vård av god kvalitet räcker det inte att ha kunskap om det vetenskapliga underlaget. Som figur 2:23 illustrerar är även andra delar viktiga, det vill säga vårdpersonalens kunskap och erfarenhet samt patientens behov och preferenser.

Helst ska kunskapsunderlaget utgå från kliniska prövningar, och utfallen i studierna ska ha stor nytta för patienten. För att en åtgärd ska vara värdefull räcker det alltså inte att ett läkemedel påverkar ett laboratorievärde, till exempel sänker blodfetterna, utan att påverka patientens livskvalitet och överlevnad.

Innan man kan säga att en behandling är bättre än en annan behöver man också känna till den statistiska och kliniska signifikansen: man måste veta vilken sannolikheten är för att skillnaden mellan två åtgärder verkligen är sann, och hur betydelsefull effektskillnaden är för patienten. Det är inte ovanligt att nya behandlingar endast ger marginella förbättringar. Ett nytt läkemedel till exempel mot fönstertittarsjuka förlänger patientens gångsträcka signifikant, men i absoluta tal endast

Figur 2:23. Patienten i fokus

Att arbeta med EBM innebär att kombinera evidens med kliniskt kunnande och patientens förutsättningar och önskemål.



med ett 50-tal meter. Är det en tillräckligt bra effekt för en dyr och långsiktig medicinering? Kanske hade gångträning och rökavvänjning varit ett bättre sätt att använda resurserna på?

I traditionella översikter och lärobokskapitel är det ofta oklart för läsarna huruvida författarna redovisar all tillgänglig vetenskaplig litteratur som underlag för sina slutsatser. EBM bygger på systematiska sammanställningar av det vetenskapliga underlaget – urvalskriterierna presenteras på ett transparent sätt och all litteratur som uppfyller dessa kriterier redovisas. EBM kan också innefatta systematiska översikter av hälsoekonomiska studier, som är viktiga underlag för riktlinjer och HTA-rapporter.

Frågeställningen avgör studiedesign

Vilken studiedesign som är den bästa beror på frågeställningen (se översikten i tabell 2:8). För att till exempel ta reda på om en ny avancerad operationsmetod ska användas i stället för en äldre beprövad, måste man ställa andra krav på det vetenskapliga underlaget än om man vill undersöka långtidseffekterna av livsstilsförändringar. För många av hälso- och sjukvårdens insatser ger

randomiserade och kontrollerade kliniska prövningar det bästa beslutsunderlaget. Men om observationsstudier ratas som underlag för till exempel riktlinjer så riskerar stora delar av områden som livsstilsintervention, omvårdnad och rehabilitering att bli utan vägledning. På dessa områden saknas det nämligen ofta randomiserade studier.

När man analyserar skillnaderna mellan resultat från olika sorters studier visar det sig att det

Tabell 2:8. Olika typer av vetenskapliga studier – design och användningsområden

Studietyp	Design	Karaktär	Användningsområde
Experimentella studier	Randomiserad och kontrollerad studie (RCT)	Studien är både randomiserad (med en slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna) och jämförande (kontrollerad). Detta är den säkraste studiedesignen för att minimera slumpens inverkan på resultatet.	Jämföra olika åtgärders effekt (i regel störst bevisvärde)
	Kontrollerad studie	Ingen slumpmässig fördelning görs, men man använder en jämförelsegrupp.	
	Icke-kontrollerad studie	Ingen jämförelsegrupp ingår.	
Observationsstudier (utan aktiva åtgärder)	Kohortstudie	En grupp personer utgör en kohort, dvs. har vissa definierade egenskaper gemensamt, t.ex. ålder. Vanligen följs flera undergrupper i kohorten som ska jämföras på lång sikt, t.ex. med avseende på överlevnad eller sjukdom. Data samlas in utid (prospektivt).	Jämföra effekter i större populationer
	Fallkontrollstudie	I efterhand studeras samband mellan en viss exposition och sjukdom eller missbildning. Personer med det problem som ska studeras ("fallen") jämförs beträffande exposition med "kontroller" som saknar detta problem. För varje fall utses en eller flera kontroller. Fall och kontroller måste vara lika varandra beträffande ålder och kön, ofta även beträffande bostadsområde, yrke m.m. (matching).	Få information om nya och sällsynta risker och biverkningar samt prognoser
	Tvärsnittsstudie	Ett antal personer undersöks vid ett enda tillfälle. Exempel: personerna intervjuas om sina kost- och motionsvanor, och man mäter deras kroppsvikt, blodsocker och blodkolesterol.	Få information om nya och sällsynta risker och biverkningar samt prognoser
	Ekologisk studie	Studien baseras på aggregerade data, dvs. data som summerats beträffande flera enskilda individer. Exempel: olika länders statistik över förekomst av vissa sjukdomar bedöms i relation till uppgifter om kostvanor och tobaksrökning i dessa länder.	Jämföra diagnostiska metoder Få viss information om samband vid icke-dödliga sjukdomar
	Fallserie eller fallstudie	I efterhand studeras samband mellan en viss exposition och sjukdom eller missbildning. Ingen jämförelsegrupp ingår.	Generera hypoteser (lägst bevisvärde)
			Generera hypoteser. Beskriva nya tillstånd

framför allt är studiens kvalitet som avgör. Både randomiserade studier och observationsstudier kan komma fram till felaktiga resultat om studierna är illa utformade och dåligt genomförda. I valgjorda kohortstudier överensstämmer resultaten oftast med resultaten från randomiserade studier. Undantagen har inte sällan gällt preventiva och besvärslindrande insatser där man inte kontrollerat avseende socioekonomiska förhållanden [6].

Det finns också tillfällen där randomiserade studier inte är lika användbara som fallstudier och fallkontrollstudier [7]. Fallstudier är ovärderliga

- som ett led i att utveckla nya hypoteser
- när man beskriver ett nytt sjukdomstillstånd (till exempel aids), då särskilt fallkontrollstudier är användbara
- för att bidra med viktig information när man kartlägger nya och sällsynta biverkningar.

Vidare står inte kvalitativa studier i något motsatsförhållande till kvantitativa studier. Frågeställningen är avgörande för val av metod och studiedesign. Vissa viktiga frågor i vården kan till exempel bara belysas med kvalitativa forskningsmetoder. Många studier med kvalitativ metod har inte för avsikt att generalisera, utan att ge en djupare förståelse för exempelvis patientens upplevelser [8]. Kvalitativa studier kan också användas för att utvärdera effekterna av en insats.

Forskningsetiska problem och andra svårigheter

En av EBM:s utgångspunkter är alltså att man grundar sina beslut på valgjorda studier. Det är dock inte alltid så lätt att bedöma kvaliteten på de studier man hittar. När man tar fram systematiska litteraturöversikter och riktlinjer är det därför

viktigt att känna till faktorer som kan göra att effekterna av olika åtgärder misstolkas.

Effektstudier under särskilda förutsättningar

Det är väl uppmärksammat att effektstudier tas fram under optimala omständigheter (eng. efficacy), medan för lite forskning genereras i vanlig sjukvårdsmiljö (eng. effectiveness). Resultatet av detta blir att den verkliga effekten sällan blir så bra som i studierna. Det beror både på att patienterna i studierna är särskilt utvalda och på att miljön där studien genomförs ofta är mer gynnsam än i allmänhet. I dag finns en större medvetenhet om problemet. I många studier inkluderas därför patienter från mer heterogena grupper. Försökspersonerna i nyare studier är till exempel oftare äldre och har andra sjukdomar jämfört med personerna i studier som gjordes för några år sedan.

Negativa resultat publiceras mer sällan

Negativa resultat från studier publiceras inte i samma utsträckning som positiva resultat. Detta kallas för publikationsbias (eng. publication bias). Därmed överskattas de positiva effekterna i systematiska litteraturöversikter.

Vid en genomgång av över 900 studier av läkemedel som godkänts av det amerikanska läkemedelsverket (FDA) mellan 1998 och 2000 visade det sig till exempel att inte ens hälften av studierna var publicerade fem år senare. Det svenska Läkemedelsverket har gjort en liknande genomgång. Sannolikheten för att en positiv studie skulle vara publicerad var då tre gånger större än för negativa eller neutrala studier. Genomgången byggde på drygt 40 studier av SSRI-läkemedel som hade lämnats in till Läkemedelsverket i samband med ansökan om godkännande [9, 10].

I USA antogs en ny lag hösten 2008 för att minska risken för publikationsbias. Den innebär att resultaten av alla kliniska läkemedelsstudier måste publiceras i en offentlig databas senast ett år efter att den kliniska delen av studien har avslutats. Omfattande böter väntar dem som inte följer lagen. Även i Sverige har behovet av kliniska prövningsregister diskuterats.

Effektmått byts ut och ”spökskrivare” används

Det händer att artikelförfattare byter ut det effektmått som de angett i studieprotokollet mot ett annat som visar större effekt. Ett exempel på detta är en studie från 2008 [10]. Ett läkemedel mot beteendestörning vid demens visade ingen signifikant skillnad mot placebo. Men i den publicerade artikeln hade författarna bytt ut det primära effektmåttet mot ett annat som visade en signifikant effekt. Artikeln var skriven av spökskrivare, det här fallet av flera anställda på läkemedelsföretaget Janssen-Cilag.

Riktlinjer och rekommendationer

Enskilda medarbetare i hälso- och sjukvården kan omöjligt själva samla in, läsa, systematisera och värdera all tillgänglig vetenskaplig litteratur om olika metoder i vården. Hela tiden produceras nya studier. Därför behöver till exempel myndigheter och huvudmän sammanställa och värdera den tillgängliga kunskapen i form av effektstudier och kostnadseffektivitetsstudier. Utifrån resultatet kan man sedan ta fram praktiska rekommendationer och riktlinjer.

Enbart riktlinjer är inte tillräckligt för att avgöra vilken metod som passar bäst vid en given situation. Här kommer de andra dimensionerna in: vårdpersonalens kunskap och erfarenhet samt patientens preferenser och bakgrundsfaktorer.

Den svåra uppgiften för hälso- och sjukvårdens personal är att tillämpa den allmängiltiga kunskap som vetenskapen ger i mötet med den enskilda patienten. Utgångspunkten i det mötet bör vara en bedömning av den enskilda individen och hans eller hennes aktuella tillstånd. Patientens ålder, riskfaktorer, andra sjukdomar och personliga preferenser måste alltid vägas in inför varje beslut om åtgärd.

Flera statliga myndigheter bidrar på olika sätt med kunskapsunderlag och beslutsstöd. Socialstyrelsen tar fram en mängd underlag, bland annat nationella riktlinjer. Syftet med riktlinjerna är att ge beslutsstöd för prioriteringar och på det sättet bidra till öppna och systematiska prioriteringar så att vårdens resurser används där de gör bäst nytta. Riktlinjerna innehåller tio rangordnade rekommendationer. Där finns också rekommendationer om åtgärder som vården inte ska utföra, antingen för att de saknar effekt eller är skadliga (”icke-göra”) eller för att det saknas tillräckligt stöd för effekten (forskning och utveckling – ”FoU”). Riktlinjerna är inte bindande och anger ingen miniminivå som vården måste uppnå. Däremot följer Socialstyrelsen upp hur riktlinjerna används och redovisar resultaten öppet.

SBU:s underlag innehåller till skillnad från de nationella riktlinjerna inga rekommendationer. SBU redovisar däremot slutsatser om vilket vetenskapligt stöd det finns för olika metoder. Rapporterna baseras på aktuell forskning inom ett område, systematiskt insamlad och granskad. Det innebär att SBU till skillnad från Socialstyrelsen inte kan ge vägledning för de områden där det saknas effektstudier av god kvalitet.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV, tidigare LFN), fattar bindande beslut om vilka läkemedel och förbrukningsartiklar som samhället

ska subventionera. Läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna får räknas in i högkostnads-skyddet för läkemedel. TLV kommer också att besluta om vilken tandvård som ska ingå i det statliga stödet för tandvård.

Läkemedelsverket ansvar för att godkänna och kontrollera läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Myndigheten ger också detaljerade rekommendationer om läkemedelsbehandling.

I tabell 2:9 ger vi en översikt av kunskapsunderlagen och vilken status de har. Vi kommer också tillbaka till de olika aktörerna i avsnittet om kunskapsproducenter.

Tabell 2:9. Kunskapsunderlag från nationella myndigheter.

Status	Underlag	Ansvarig myndighet
Bindande	Föreskrifter	Socialstyrelsen
	Godkännande av läkemedel	Läkemedelsverket
	Subventionsbeslut	TLV
Rekommendationer	Nationella riktlinjer för god vård	Socialstyrelsen
	Allmänna råd	Socialstyrelsen
	Meddelandeblad	Socialstyrelsen
	Behandlingsrekommendationer	Läkemedelsverket
Kunskapsöversikter och information	Systematiska litteratur-sammanställningar	SBU
	Vägledning, handböcker	Socialstyrelsen

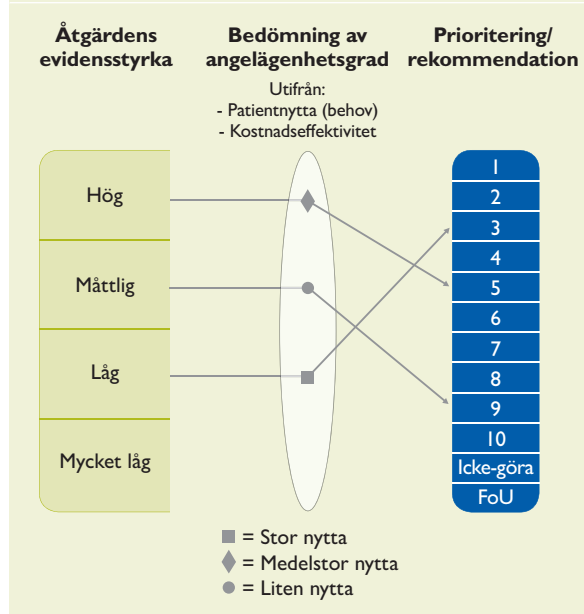
När effektstudier saknas behövs andra underlag

I många frågor behöver vården vägledning om olika metoder trots att det saknas bra effektstudier. Ofta beror sådana kunskapsluckor på att ingen har ett finansiellt intresse av att bedriva forskning eller på att randomiserade kontrollerade studier är svåra att genomföra på vissa områden. Inom områden som inte är så väl studerade måste myndigheter och huvudmän i stället bygga sina rekommendationer på bästa tillgängliga information i form av till exempel konsensusförfarande och beprövad erfarenhet. Om inga underbyggda rekommendationer tas fram riskerar dessa områden att bli utan resurser. På så sätt skulle områden som är väl dokumenterade få företräde på bekostnad av andra metoder där det vetenskapliga underlaget är svagare. Om man enbart litar till det vetenskapliga underlagets styrka kommer till exempel läkemedelsbehandling generellt att prioriteras högt, eftersom det är lättast att genomföra högkvalitativa studier på det området.

Att en viss åtgärd har ett starkt vetenskapligt stöd behöver dock inte nödvändigtvis leda till att den åtgärden prioriteras högt och tilldelas mer resurser (och vice versa). I Socialstyrelsens riktlinjer vägs också andra faktorer in: vilket behov

Figur 2:24. Evidensstyrka i förhållande till prioritering

En åtgärd med låg evidens kan till exempel få en hög prioritet beroende på graden av nytta för patienten.



det finns, vilken patientnytta åtgärden ger och hur kostnadseffektiv åtgärden är (figur 2:24).

Socialstyrelsen har utvecklat sin metod för att sammanställa vetenskapliga underlag till de nationella riktlinjerna på områden där kunskapsläget är osäkert. Därmed kan rekommendationerna grundas på ett systematiskt framtaget underlag även där det saknas effektstudier.

I arbetet med det vetenskapliga underlaget för de nationella riktlinjerna för diabetes användes till exempel en modifierad så kallad Delphiprocess [11] där man utgick från påståenden om olika åtgärder. Experter inom bland annat medicin, omvårdnad och sjukgymnastik fick svara på om åtgärden gav mer positiva än negativa effekter. Socialstyrelsen

använde sedan uppgifterna som underlag för rekommendationerna [12, 13].

Trots att det saknas bra effektstudier på vissa områden finns det alltså mycket kunskap som kan tas tillvara bättre. Dessutom växer kunskapsbanken ständigt. Bara under 2008 har drygt 15 000 randomiserade och kontrollerade studier publicerats i PubMed (www.pubmed.org). För 20 år sedan publicerades knappt en tredjedel av det antalet.

Det saknas vetenskaplig forskning om sjukskrivningstider

Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde där den vetenskapliga grunden ännu är outvecklad. Här skulle ett EBM-orienterat arbetssätt kunna vara värdefullt. Bedömningar och beslut om sjukskrivning kan innebära risker för enskilda patienter, och får dessutom stora samhällsekonomiska konsekvenser.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd innehåller bland annat konsensusbaserade rekommendationer om förväntade och rimliga sjukskrivningstider för olika åkommor och situationer. Rekommendationerna utgår både från experternas kliniska erfarenhet och från tillgängligt vetenskapligt underlag. Man redovisar öppet vilka moment som tillsammans utgör grunden för vägledande sjukskrivningstider. På så sätt får användaren möjlighet att bedöma slutsatsernas värde.

Är vården kunskapsbaserad?

Vården bör följa upp om den bedrivs kunskapsbaserat och ändamålsenligt på olika sätt beroende på vilken nivå i hälso- och sjukvårdssystemet man vill spegla. Inom ramen för de nationella riktlinjerna tar Socialstyrelsen fram indikatorer för olika sjukdomsgrupper för att kunna följa om de viktigaste rekommendationerna efterföljs. Dock sak-

nas det ofta datakällor för att följa genomslaget i till exempel primärvården. Möjligheterna att följa upp vården förbättras dock hela tiden, både när det gäller indikatorer och uppföljningssystem.

År 2000 granskades 371 viktiga åtgärder vid en medicinklinik (figur 2:25). Det visade sig att ungefär hälften av ingreppen hade stöd i välgjorda kliniska studier. För en tredjedel av ingreppen rådde konsensus bland erfarna specialister, men i 15 procent av fallen fanns varken vetenskap eller beprövad erfarenhet för att åtgärden hade effekt [14].

I rapportens del 3, *Utvecklingen inom valda vårdområden*, redovisas hur pass kunskapsbaserad vården är inom några specifika vårdområden.

Indikatorer visar om riktlinjerna följs

För att enklast bedöma hur kunskapsbaserad den svenska vården är, kan man jämföra de evidensbaserade åtgärderna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och andra nationella styrdokument med mätningar av vad som faktiskt görs i vården. Flera av

de nationella kvalitetsregistren ger sådana möjligheter. Några exempel på mätbara indikatorer som utgår från riktlinjernas rekommendationer är

- andelen strokepatienter som vårdas på strokeenheter
- andelen patienter med förmaksflimmer som får warfarinbehandling
- andelen rökare som slutat röka två månader efter en hjärtinfarkt
- andelen bröstcancerpatienter som opereras med sentinel node-teknik
- andelen diabetespatienter som får blodfettssänkande behandling.

Granskning av vårdsystem

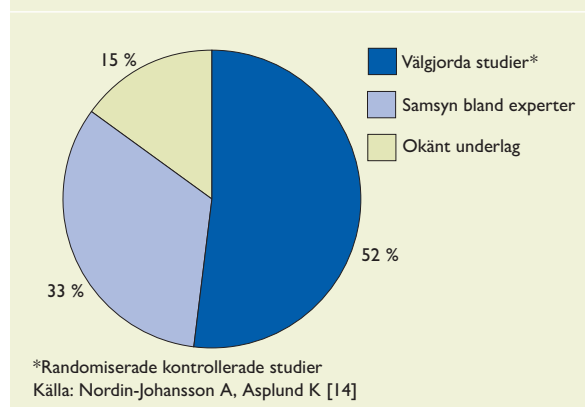
Det räcker inte att studera process- och resultatindikatorer för att få en bild av om vården faktiskt är kunskapsbaserad. Man behöver också granska vårdens system. Grundläggande frågor i sådana granskningar är om det finns system för att

- säkerställa att tillräckligt många medarbetare grund- och vidareutbildas inom området
- stimulera forskning och kanalisera forskningspengar till aktuella områden
- systematiskt registrera och värdera uppföljningsdata
- anmäla skador och brister
- ta fram och implementera vårdprogram och nationella riktlinjer (kunskapsstyrning och kunskapsspridning)
- kvalitetssäkra och kvalitetsförbättra vården.

Delar av detta regleras i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12).

Figur 2:25. Kunskapsbaserad vård

Kartläggning av underlaget för 371 åtgärder vid en medicinklinik.



EBM-principerna är accepterade

Vi bedömer att

- det finns bred (men inte total) acceptans för EBM-principerna i vården
- EBM accepteras i nästan alla vårdprofessioner
- EBM har spridits till de flesta vårdområden
- det finns bred acceptans för de nationella riktlinjerna och därmed också en grund och acceptans för prioriteringar
- det finns ett begynnande intresse för att använda EBM som komplement till den ekonomiska styrningen
- EBM har spridits till andra samhällssektorer (till exempel skolor undervisningen och den sociala sektorn).

EBM lärs numera ut på grundutbildningar, specialistutbildningar och efterutbildningar.

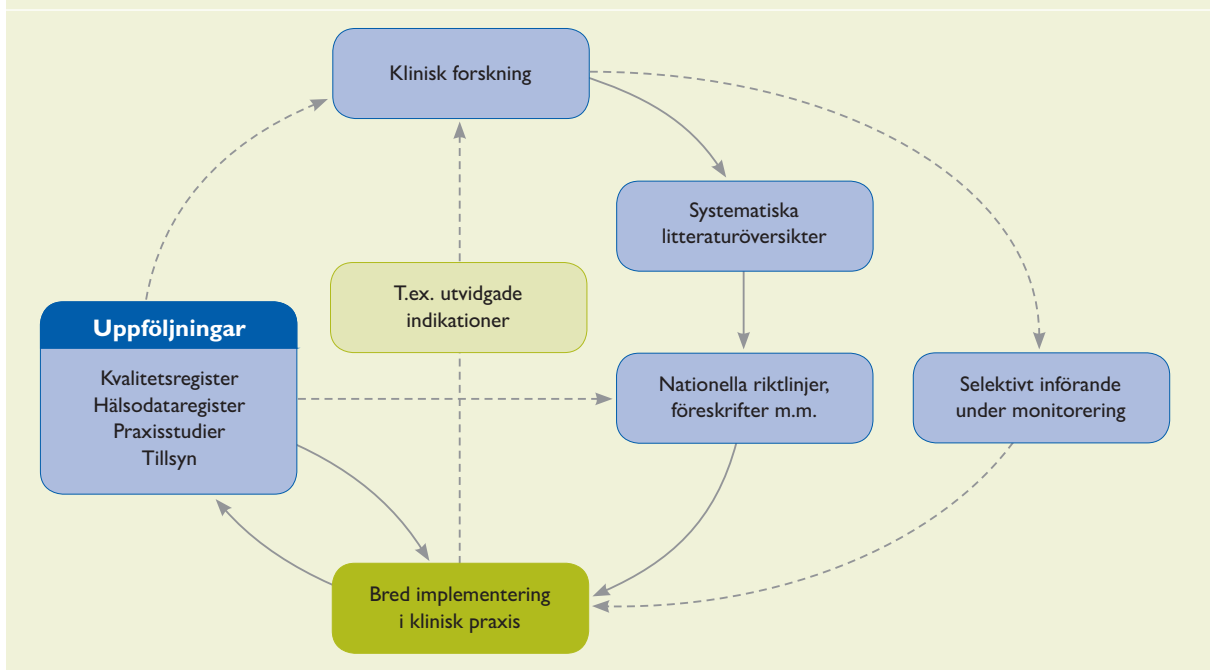
Ordnat införande, uppföljning och utmönstring

Nya metoder måste studeras noga innan de används

Ordnat införande innebär att effekten av nya behandlingar och metoder som sjukvården inför på bred front ska vara noggrant studerade. Behandlingar och metoder som införs utan denna kontroll kan i längden både visa sig skada patienterna och kosta för mycket i förhållande till nyttan.

Det krävs en kedja av olika mekanismer för att säkerställa att en ny behandling blir tillgänglig och fungerar för den enskilda patienten. Figur 2:26

Figur 2:26. System för ordnat införande och uppföljning



illustrerar hur vården skulle kunna införa och följa upp nya behandlingar och metoder på ett ordnat sätt, oavsett om det rör sig om läkemedel, medicintekniska hjälpmedel eller operationsmetoder.

Detta grundkoncept för hur sjukvården bör införa nya behandlingar utesluter däremot inte att kliniker kan införa en ny behandlingsmetod med mer begränsad dokumentation där det finns särskild kompetens och särskilt intresse (selektivt införande). Men då är det extra angeläget att den nya behandlingen följs upp systematiskt och att resultaten görs allmänt tillgängliga.

Krav som sjukvården bör ställa på nya metoder

Den som tar fram ett nytt läkemedel måste följa noggrant reglerade steg, och till sist utföra randomiserade kliniska prövningar, innan läkemedlet kan bli godkänt. Operationsmetoder och medicintekniska produkter kontrolleras däremot inte lika noggrant. Vården inför inte sällan dessa metoder och produkter utan att den kliniska effekten är grundligt dokumenterad.

För att kunna införa nya diagnos- och behandlingsmetoder på ett ordnat sätt behöver man ha tillgång till välgjorda randomiserade kliniska studier. Huvudmännen behöver därför aktivt stödja och uppmuntra klinikerna att delta i den kliniska forskningen. Det behövs betydligt mer patientnära forskning för att få veta mer om var vården gör mest nytta [15]. Klinisk forskning där vårdinsatserna utvärderas är nämligen avgörande för att vi ska kunna fatta välgrundade beslut. Det behövs till exempel mer forskning både om vilka insatser som fungerar och vilka som inte fungerar inom omvårdnad och rehabilitering.

Kvalitetsregistren har en viktig roll i den patientnära forskningen. Det finns många exempel

där forskning utifrån något av Sveriges 64 nationella kvalitetsregister har förbättrat vården. Bland annat har höftprotesregistret bidragit till att Sverige i dag har världens bästa resultat vid höftproteskirurgi. Forskning och kvalitetsförbättring utifrån registret har resulterat i att

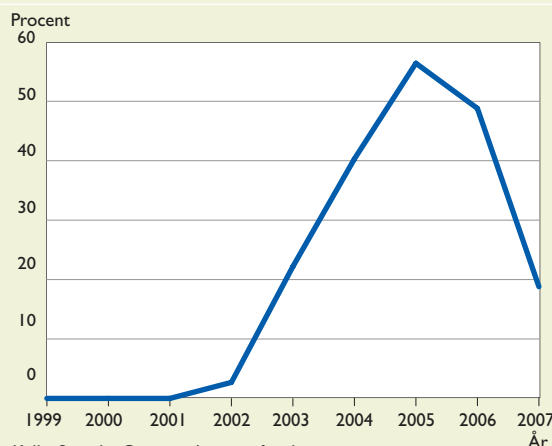
- ett fåtal väldokumenterade protestyper används
- operationsteknikerna är likartade
- nya metoder utvärderas noggrant innan de eventuellt införs.

Exempel på oordnat införande

Det finns en hel del exempel på att vården har infört nya behandlingar och metoder på ett okontrollerat sätt, utan att de varit riktigt utvärderade. Detta har också medfört stora kostnadsökningar eftersom de nya behandlingarna ofta är mer kostsamma.

Ett tydligt exempel är hur man använt så kallad läkemedelsstent för att behandla förträngningar i hjärtats kranskärl vid ballongvidgning (figur 2:27). År 2004–2006 var över hälften av alla sten-

Figur 2:27. Andel läkemedelsstentar vid ballongutvidgning



Källa: Svenska Coronar Angiografi och Angioplastik Registret (SCAAR)

tar som sattes in läkemedelsstent. År 2007 kom sedan en stor registerstudie som byggde på tre-årsuppföljningar. Den visade att patienter som fått läkemedelsstent löpte en nästan 20-procentigt förhöjd risk att dö. När Läkemedelsverket och Socialstyrelsen gick ut med varningar sjönk användningen från 50 till cirka 20 procent. Därefter har stora randomiserade studier visat att för- och nackdelar med läkemedelsstent respektive äldre s.k. metallstent i stort sett är lika på lång sikt.

I de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård är generell behandling med läkemedelsstent dock en mycket lågt prioriterad åtgärd, eftersom den är mycket dyr i förhållande till den vunna effekten. Däremot finns en avgränsad patientgrupp som löper särskilt stor risk att återinsjukna och som har mer nytta av läkemedelsstent. På den indikationen har läkemedelsstent fått en medelhög prioritering.

Olika förutsättningar i teori och praktik

För att en enskild patient säkert ska dra nytta av en behandling måste förutsättningarna där patienten vårdas likna förutsättningarna i de studier som ligger till grund för behandlingsrekommendationen. Men många forskningsresultat nås som sagt under optimala omständigheter. Dels representerar försökspersonerna inte alltid "vanliga patienter" utan är ofta yngre och friskare, dels är miljön ofta mer fördelaktig än i den gängse vården. En behandlingsstudie som utförs på en specialistklinik når oftast bättre resultat än samma behandling i primärvården.

Inom psykiatrin är detta tydligt. Studierna görs i den specialiserade vården, på psykiatriska kliniker. Men 80 procent av patienterna med depression och ångest behandlas i primärvården, som

har sämre förutsättningar för att ta hand om patienterna och följa upp behandlingen.

Andra exempel är preventiva insatser, särskilt de som syftar till att förändra livsstilen hos riskpersoner. I kliniska prövningar med stora insatser kan man få deltagarna att följa rekommendationerna relativt väl. Men i den kliniska vardagen finns inte samma möjligheter. Där bygger följsamheten till stor del på hur motiverade personerna är att förändra sitt beteende.

Därför är det viktigt att följa upp de faktiska resultaten av olika åtgärder. Hälsodata- och kvalitetsregister är viktiga verktyg även här. Ett exempel på vård som fungerar lika bra i rutinsjukvården som i kliniska prövningar är vård på strokeenhet.

Nya behandlingar bör följas upp

Om en behandling har utvärderats och prioriterats högt, är det angeläget att kunna följa upp i vilken utsträckning behandlingen införs, både nationellt och lokalt – nationellt för att säkerställa en av vårdens huvuduppgifter, att vården ska ges på lika villkor, och lokalt som stöd för det lokala kvalitetsarbetet.

Äldre eller svårt lungsjuka personer bör till exempel vaccineras mot influensa. Denna åtgärd har dock inte införts tillräckligt snabbt i alla delar av landet, trots att den visat sig vara effektiv. Trombolysbehandling vid stroke är en annan åtgärd som fått genomslag efter alltför lång tid. Ytterligare ett exempel är den nya generationens effektiva antireumatiska läkemedel. Ett läkemedel som däremot infördes alldeles för snabbt är Vioxx, men utmönstringen var blixtsnabb när det sedan kom krav på skadestånd på grund av allvarliga biverkningar.

Ett positivt exempel är att SBU-rapporten och riktlinjerna om blodproppssjukdom snabbt fick genomslag när det gällde att använda datortomografi i stället för lungscintigrafi vid misstänkt blodpropp i lungan. Detta har stor betydelse när det gäller att inte missa patienter med ett livshotande tillstånd. Det finns även en lång rad andra exempel på hur SBU-rapporter har förändrat sjukvårdens praxis [16].

Att hitta komplikationer och biverkningar

Det är också mycket viktigt att kunna följa upp och utvärdera effekter, biverkningar och säkerhetsfrågor när man har infört en behandling brett. På så sätt kan man ta reda på om behandlingen i klinisk praxis skiljer sig på något avgörande sätt från studieresultaten.

Också detta kan ses ur både ett nationellt och ett lokalt perspektiv. För att kunna upptäcka sällsynta eller oväntade biverkningar måste man följa ett stort antal patienter, ibland under lång tid.

Endoftalmit är till exempel en allvarlig ögoninfektion som kan leda till kraftig synnedsättning. Infektionen är mycket ovanlig men kan inträffa i samband med starroperationer. Tack vare att man under tio års tid registrerat misstänka endoftalmitfall kunde en studie visa att det fanns stora variationer mellan olika kliniker. Man fann också att antibiotikabehandlingen varierade kraftigt. Genom att följa hur och vilken antibiotikabehandling som gavs kunde man se vad som var effektivast. Av 188 000 operationer inträffade 112 endoftalmitfall, vilket var en minskning från 0,1 till 0,06 procent. Studien inspirerade till en multicenterstudie för att bekräfta hypotesen om den effektivaste antibiotikaprofylaxen. Resultaten var dock så goda att studien avbröts av etiska skäl.

I dag ger nästan alla Sveriges kliniker den effektiva behandlingen [17].

Det är alltså viktigt att kunna följa kända biverkningar och komplikationer av en behandling både nationellt och lokalt. Om en klinik upptäcker mer komplikationer än förväntat är det en viktig signal om att arbetssättet och rutinerna behöver utvecklas. Ytterligare typexempel på detta är blödningar vid antitrombotisk behandling eller postoperativa infektioner vid kirurgisk behandling.

Klinikerna behöver också vara uppmärksamma på indikationsglidningar, det vill säga att man behandlar en grupp patienter på ett visst sätt trots att det saknas säkerhetsdata eller bevis för att behandlingen har effekt. I värsta fall kan behandlingen ha visats sakna effekt eller ha skadliga biverkningar på de vidgade indikationerna.

Ineffektiva och skadliga metoder bör utmönstras

På samma sätt som det behövs ett system för att införa nya behandlingsmetoder på ett ordnat sätt så behövs det ett system för att utmönstra föråldrade diagnostiska metoder och behandlingar.

Heparin har till exempel ingen effekt vid hjärninfarkt, utan är till och med farligt. Trots vetenskapen om detta har utmönstringen gått långsamt. Vidare har förlegade operationsmetoder vid lumskräck länge fortgått, trots att en ny metod med bättre långtidsresultat finns tillgänglig.

Det är en viktig uppgift i Socialstyrelsens riktlinjearbete att ta ställning till vilka behandlingar och diagnostiska metoder som inte längre försvarar sin plats på grund av otillräcklig effekt, biverkningsmönster eller ofördelaktig kostnads- och nyttoprofil.

Kunskapen förändras, men det tar tid

Helt nya, innovativa metoder och läkemedel introduceras inte så ofta som många kanske tror. Den medicinska utvecklingen går dock olika snabbt inom olika områden.

Enligt en vetenskaplig litteraturöversikt från 2007 överlever en systematisk litteraturöversikt av effektstudier i snitt fem och ett halvt år. Men inom hjärtsjukvården går utvecklingen snabbare: där behöver en översikt uppdateras efter i snitt drygt två och ett halvt år [18].

Ofta uppfattar experter att mycket ny information har framkommit, kanske mer än vad som egentligen är fallet. De nationella riktlinjerna för strokesjukvård började till exempel uppdateras efter cirka tre år. Det visade sig då att det vetenskapliga underlaget till stora delar fortfarande var aktuellt, men på några områden förändrades rekommendationerna.

Kunskapsstyrning och implementering av kunskapsunderlag

Bland annat den parlamentariskt tillsatta kommittén Ansvarskommittén betonar att hälso- och sjukvården bör styras av kunskap [19]. För att kunskapsstyrningen ska fungera behövs en infrastruktur som stödjer kunskapsbildning, kunskapsspridning och förbättringsarbete. I infrastrukturen behöver det ingå

- en kunskapsbas
 - ändamålsenlig grund- och specialistutbildning samt vidareutbildning för verksamheternas personal
 - relevant grundforskning och tillämpad forskning

- systematisk uppföljning och utvärdering som stöds av
 - en gemensam informationsstruktur och terminologi
 - hälsodataregister, tandhälsoregister och kvalitetsregister samt motsvarande inom socialtjänsten
- en transparent riktlinjeprocess med hög legitimitet för att ta fram rekommendationer byggda på bästa tillgängliga kunskap samt en process för implementering i verksamheten i form av
 - nationella riktlinjer
 - regionala eller lokala vårdprogram och riktlinjer eller metodbeskrivningar (inom socialtjänsten)
- ett systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete på den regionala och lokala nivån.

Hittills har vi framför allt diskuterat de tre första punkterna. Resten av detta avsnitt ska i stället handla om kunskapsstyrning och om förutsättningar för att införa och använda kunskapen.

Kunskapsproducenter och kunskapsstyrning

Staten styr hälso- och sjukvården genom lagar, förordningar och myndigheternas föreskrifter, det vill säga genom normering. Staten styr också kommunsektorn långsiktigt, till exempel genom systemet för kommunalekonomisk utjämning, och kortsiktigt genom riktade och tidsbegränsade statsbidrag av olika slag. Även den statliga tillsynen kan ses som ett styrinstrument. Under senare tid har det också blivit allt vanligare att staten styr i form av handlingsplaner, överenskommelser eller avtal, nationella samordnare och stimulansmedel.

Styrningen är dock dåligt samordnad och otydlig, och kunskapen om dess effekter är bristfällig. Det menar Ansvarskommittén i sin utredning.

Enligt Ansvarskommittén bör den statliga styrningen huvudsakligen inriktas mot normering och kunskapsstyrning. Andra styrformer bör begränsas väsentligt, till exempel nationella handlingsplaner, avtal och överenskommelser som inte är bindande, nationella samordnare och olika former av kortvarigt ekonomiskt stöd.

Ansvarskommittén menar att den statliga kunskapsstyrningen bör stärkas, eftersom den stödjer utvecklingen mot en alltmer kunskapsbaserad verksamhet, vilket är önskvärt. För detta talar såväl kvalitets- som effektivitetsskäl, eftersom de metoder, åtgärder eller behandlingar som visat sig ge bäst resultat i en given situation då kan komma till användning. Det medför att offentliga resurser används effektivt. Enligt kommittén finns det också likvärdighetsskäl som talar för att staten ska stärka kunskapsstyrningen inom olika politikområden. Då ökar nämligen förutsättningarna för att medborgarna ska kunna få del av tjänster med hög kvalitet, oavsett var de bor.

Vidare understryker kommittén att kunskapsstyrning inte är någon ny styrform, och att den inte heller ersätter någon existerande modell eller enskild styrform. Det handlar i stället om att i allt högre grad utveckla, sprida och tillämpa kunskaper om vad som ger effekt i en specifik verksamhet eller i förhållande till en viss målgrupp, det vill säga vad som åstadkommer en kunskapsbaserad verksamhet, oavsett vilka styrformer som kommer till användning.

Kommitténs överväganden bygger också på att det är svårt att överföra kunskap mellan olika aktörer. Förstärkningen av den statliga kunskapsstyrningen måste därför kombineras med krav på

kommuner och regionkommuner att ta emot ny kunskap och omsätta den i praktisk handling.

Enligt kommittén kräver en förbättrad styrning att kommunsektorn utvecklar system för nationell informationsförsörjning. Staten bör ta ett tydligare ansvar för att följa upp och utvärdera verksamheternas utveckling och resultat ur medborgarnas perspektiv.

Samverkan mellan myndigheter

Ansvarskommittén menar vidare att kunskapsstyrning är en sedan längre etablerad styrform inom hälso- och sjukvården. Den kan betraktas som ett grundvillkor för vård på lika villkor. Ett problem är dock att de strukturer som stödjer kunskapsstyrningen är otillräckliga för de behov som kommer att finnas framöver. Kommittén föreslår därför att staten stärker sin kunskapsstyrning genom att inrätta ett ramverk för kunskapsstyrning, bland annat mot bakgrund av det dubbelarbete som utförs i dag. Detta ramverk föreslås innehålla tre delar:

- Framför allt fyra myndigheter har uppdrag inom kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, SBU och TLV. De fyra myndigheternas arbete med att utveckla och förmedla kunskap samordnas, så att det blir tydligare gentemot kommunerna och landstingen. Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att samordna arbetet. Förslaget innebär att respektive myndighets instruktion förändras.
- Regionala kunskapscentrum bildas. De ska ta fram och sprida kunskap regionalt samt samspele med den nationella nivån. De regleras genom en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen.
- Staten får ett tydligare mandat för att genomföra nationell uppföljning och utvärdering. Kommittén föreslår att en utredning tillsätts

med uppgift att tydliggöra rollfördelningen på nationell nivå och förbättra den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat.

Ansvarskommittén och huvudmännen har således efterlyst en större samordning mellan myndigheterna när det gäller att välja områden för kunskapsunderlag och rekommendationer och tidsplanera framtagande av kunskapsunderlagen.

För närvarande pågår till exempel ett pilotprojekt i arbetet med nationella riktlinjer för rörelseorganen, där målet är ökad samordning och mindre dubbelarbete (se figur 2:28). SBU tar fram delar av det vetenskapliga underlaget, medan TLV utvärderar kostnadseffektiviteten för läkemedel mot reumatisk sjukdom. Läkemedelsverket värderar risker och biverkningar samt ger ut detaljerade rekommendationer om läkemedelshantering, och Social-

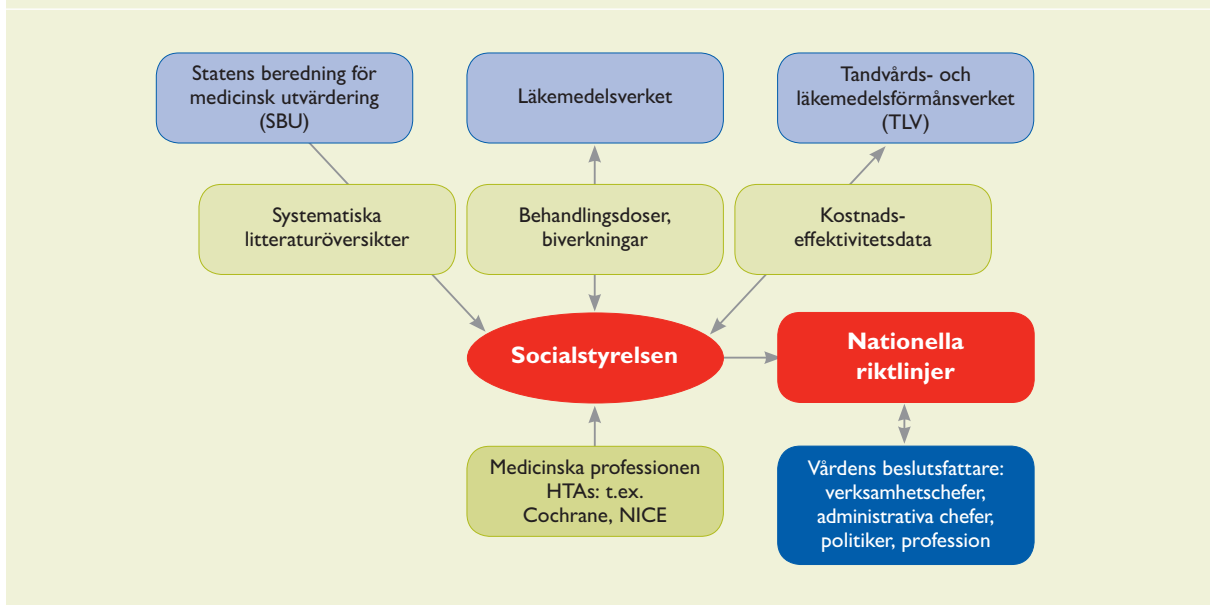
styrelsen ger slutligen ut nationella riktlinjer som innehåller beslutsstöd för prioriteringar efter att ha kompletterat det vetenskapliga och hälsoekonomiska underlaget och föreslagit mätbara indikatorer.

Myndigheterna samarbetar också runt jävsdeklARATIONER och strävar efter att ha en gemensam syn på jävsförhållanden. Samverkansformerna ska utvärderas för att kunna förbättras och för att myndigheterna ska kunna arbeta effektivare.

Nationella och internationella specialitets- och yrkesföreningar

Svenska Läkaresällskapet är en politiskt och fackligt obunden organisation med målet att förbättra sjukvården och befolkningens hälsa. Omkring 17 000 ledamöter deltar, vilket motsvarar drygt hälften av landets aktiva läkare. Ledamöterna är indelade i 66 sektioner för olika specialiteter. De

Figur 2:28. Samarbetet kring kunskapsunderlag på regional och nationell nivå



föreslår remissvar, ansvarar för riksstämman vetenskapliga program och arrangerar egna vetenskapliga möten. Många specialistföreningar tar också fram egna nationella vårdprogram.

Svensk sjuksköterskeförening har i samarbete med SBU publicerat en serie kunskapssammanställningar kring centrala omvårdnadsområden. Vidare arbetar Legitimerade sjukgymnasters riksförbund med att ta fram riktlinjer inom sitt arbetsfält. Även flera andra professionella föreningar inom vården har börjat arbeta med frågor kring kunskapsbaserad vård. Föreningen Sveriges arbetsterapeuter har till exempel tagit fram en kvalitetspolicy som definierar vad som är god kvalitet inom arbetsterapi och som anger ett antal nationella kvalitetsindikatorer.

Eftersom specialitets- och yrkesföreningar själva tar fram kunskapsunderlag, vårdprogram och riktlinjer är det viktigt att det sker i samverkan med bland annat de nationella myndigheterna. De kan då komplettera varandras arbete i stället för att konkurrera. Ett exempel på samverkan är VINK-arbetet (virtuellt nationellt kompetenscentrum). Syftet är att utarbeta gemensamma vårdprogram inom cancerområdet för att komplettera de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, kolorektal (från 2007) och lungcancer (publiceras 2010).

Det finns också olika internationella samman slutningar som tar fram kliniska riktlinjer (eng. clinical guidelines). Detta gäller särskilt inom högspecialiserade områden som hjärt- och cancersjukvården. Bakom riktlinjerna finns ofta olika sårin-tressen, både genom de deltagande experterna och genom att arbetet kan vara sponsrat av industrin. Dessutom utgår de internationella riktlinjerna endast från ett snävt medicinskt perspektiv, till skill-

nad från de svenska riktlinjerna, som också innehåller hälsoekonomiska beräkningar, prioriteringar och rekommendationer om hela vårdkedjan.

Producentbunden information

Läkare och läkemedelsföretag utbyter ständigt kunskap. Kunskapsutbytet gäller allt från forskningssamverkan till information och utbildning om läkemedel och medicintekniska produkter. Båda parter, men också patienterna, har nytta av denna samverkan som ett led i kunskapsspridningen. Däremot är det nödvändigt att relationen fungerar på ett sådant sätt att man aldrig kan ifrågasätta läkarens (eller annan sjukvårdspersonals) oberoende i förhållande till industrin. Därför har Svenska läkarförbundet tagit fram en etisk vägledning för hur kontakterna mellan läkarna och industrin ska skötas [20].

Industrin riktar sig alltmer mot patienterna, både direkt genom patientinformation och indirekt via patientföreningar. Därför tog Läkemedelsindustriföreningen år 2006 initiativ till en utredning för att se över samsarbetsformerna och öka transparensen [21]. En uppföljande rapport visade att kontakten mellan brukarorganisationerna och industrin har förändrats. Medvetenheten hos båda parter är betydligt större [22].

Regionala och lokala förutsättningar för kunskapsstyrningen

Den kunskap som tas fram på nationell nivå når den regionala och lokala nivån på många olika sätt, och det finns fortfarande problem med att nå ut till rätt nivå. Ibland stannar den aktuella kunskapen på den administrativa nivån, och andra gånger för vårdpersonalen in nya metoder innan de är vetenskapligt utvärderade. Men det händer

också att den politisk-administrativa nivån beslutar om nya tekniker innan det finns kunskap om effekterna. Ett exempel på detta är robotkirurgi. Ett annat problem uppstår när det inte finns kunskap om den nya metoden på den nivå som fördelar resurserna. Då finns risk för att den nya och effektivare metoden inte får tillräckliga resurser för att kunna införas, och patienterna får då inte tillgång till bästa möjliga vård.

Flera organ med ansvar för att sprida kunskap

I den nuvarande huvudmannorganisationen finns en rad olika organ och grupperingar som ansvarar för att bevaka nya metoder och föra ut dem till adekvat vårdnivå. Vad organen kallas och vilka uppdrag de har varierar stort över landet, vilket försvårar samordningen och ökar risken för dubbelarbete. Olika regionala och lokala organ kan till exempel vara

- landstings- och ledningskanslier
- SBU-rapportörer och lokala SBU-organ
- FoU-enheter, utvecklingsenheter och staber
- medicinska programgrupper och metodråd
- läkemedelskommittéer och läkemedelsenheter.

I en rapport från Västra Götalandsregionen diskuteras en modell för styrning och ledning av kunskapsbildning och kunskapsspridning [23]. Kunskapsprocessen innehåller ett antal steg. I det första steget behöver man värdera ny kunskap med hänsyn till kostnader och nytta och till önskade medicinska, administrativa och politiska effekter i form av biverkningar och undanträngningar. Nästa steg är att beskriva och få gehör för genomförandet. Att organisera detta fordrar utbildning av personal samt anpassning av

vårdstrukturer och rutiner. Även brukarnas och patienternas förväntningar påverkas.

Regionala HTA-organisationer

Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) inrättades 1984 vid Linköpings universitet efter en överenskommelse mellan universitetet och Landstinget i Östergötland. CMT genomför utvärderingar på uppdrag av sjukvårdshuvudmän, staten, kommuner samt läkemedels- och medicin-teknisk industri. CMT samarbetar med nationella organ som Socialstyrelsen, SBU, Hjälpmedelsinstitutet och PrioriteringsCentrum.

Under de senaste åren har flera huvudmän prövat att införa nya tekniker i hälso- och sjukvården på ett mer ordnat sätt. En resurs i detta arbete har varit så kallade mini-HTA-organisationer, som bidragit till landstingets beredningsprocess och till att värdera aktuella tekniker. Exempel på sådana organisationer är Centrum för utvärdering av medicinska metoder i Örebro läns landsting (CAMTÖ), Metodrådet i Landstinget i Östergötland och Metod- och prioriteringsrådet i Västra Götalandsregionen. Det sistnämnda har två uppgifter. Den första innebär att bereda frågor om regiongemensamma prioriteringar till politiken och att samordna och utveckla det fortsatta prioriteringsarbetet i regionen. Den andra innebär att yttra sig om strategiska förändringar i hur medicinska metoder tillämpas i regionen. De förslag som lämnas till rådet ska redovisa uppgifter om den nya metodens effekter eller nytta samt uppgifter om effekternas evidens. Förslaget ska också innehålla uppgifter om metodens kvalitet, etiska konsekvenser, kostnader och finansiering samt om vilken metod som ersätts av den nya metoden. Samtliga uppgifter sammanfattas i ett mini-HTA-

protokoll [24, 25]. Vidare ska förslagslämnaren bifoga uppgifter om hur den nya metoden har förankrats i den egna verksamheten och förvaltningen, samt beskriva hur det aktuella sektorsrådet¹ prioriterar förslaget. Utifrån rådets yttrande utarbetar hälso- och sjukvårdsavdelningen sedan ett förslag till beslut.

Långt ifrån alla landsting har dock den typ av strukturer som vi har beskrivit här. För att utnyttja resurserna effektivt behöver landstingen samverka närmare, till exempel inom ramen för sjukvårdsregionerna. Samarbetet mellan den regionala och den nationella nivån behöver också stärkas, så att de regionala HTA-organisationerna kompletterar både varandra och den nationella nivån.

Producentobunden information

När landstingen ska överföra kunskap till forskarna är en viktig del i arbetet att ta fram producentobunden information som är baserad på vetenskapliga artiklar, kunskapssammanställningar, läkemedelsstatistik och myndighetsbeslut.

År 2004 konstaterade Socialstyrelsen dock i en studie att läkarna fick förhållandevis lite producentobunden information. Våren 2008 hade situationen blivit mycket bättre i fyra landsting (Östergötland, Jönköping, Västmanland och Norrbotten) och något bättre i 13 landsting. I tre landsting var situationen oförändrad. Detta enligt landstingens egna bedömningar i en enkätundersökning [26].

¹ Västra Götalandsregionens 25 medicinska sektorsråd ska tillföra sakkunskap till den politiska och administrativa ledningen i regionen. Sektorsråden är specialitetsindelade och sätts i första hand samman av verksamhetschefer. De verkar för gemensamma indikationer och prioriteringar, värderar nya och gamla medicinska metoder, initierar och godkänner förslag till regionala vårdprogram samt verkar för att samarbetet ska fungera mellan de olika vårdnivåerna.

I flera landsting är producentobunden läkemedelsinformation ett tydligt prioriterat område. Stockholms läns landstings webbplats Janus erbjuder till exempel mycket utförlig producentobunden produktinformation till vården, och även i Skåne gör man mycket för att nå ut med denna typ av information till läkarna. I Västra Götalandsregionen finns också en ambition att ta fram mer producentobunden information i egen regi. Och i Östergötland sammanställer den så kallade läkemedelsgruppen egen information som sedan redovisas ute på vårdcentraler och på vissa kliniker. Denna satsning har pågått i två år. Landstingen förmedlar antingen producentobunden information genom skriftliga kanaler eller genom att besöka kliniker och utbilda personalen på plats.

Landstingen och regionerna borde i första hand använda kunskapsunderlag från Läke-medelsverket, TLV, SBU och Socialstyrelsen för att inte dubbelarbeta. I andra hand borde de tillsammans ta fram underlag på områden där det saknas nationella underlag, och där det alltså behövs ett regionalt arbete. Men som det är nu utnyttjar landstingen inte resurserna optimalt, när de arbetar enskilt med den producentobundna informationen.

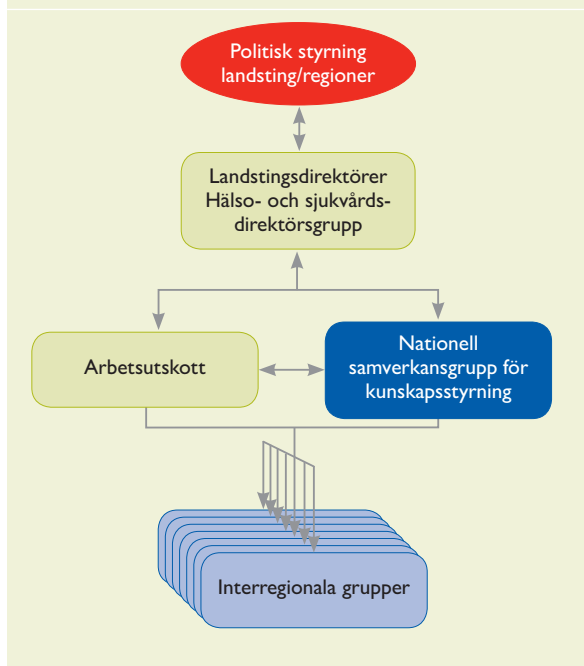
Samordning på lokal, regional och nationell nivå

I Socialstyrelsens utredning angav de landsting som anser sig ha en fungerande struktur för att använda kunskapsunderlag ett antal önskemål om hur Läke-medelsverket, SBU, Socialstyrelsen och TLV bör kommunicera läkemedelsrelaterad information till dem [26].

Genomgående önskar landstingen att myndigheterna generellt synkroniserar sina aktiviteter bättre. Som ett positivt exempel nämns TLV:s beslut att ändra ordningsföljden för subventions-

Figur 2:29. Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning

En nationell samverkansgrupp inrättades i januari 2009 och ska verka för samordning på flera olika nivåer.



genomgångarna, för att komma i fas med Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer. Landstingen efterlyser liknande former av samordning mellan Läkemedelsverket och SBU. Hanteringen av vaccinerna mot livmoderhalscancer skapade till exempel problem för landstingen. TLV inkluderar nämligen vaccin inom förmånen för flickor 13–17 år och Socialstyrelsen förordar vaccinering för flickor 10–12 år. Landstingens uppfattning är att receptföreskrivningen av HPV-vacciner har medfört en ojämlig vård på grund av detta.

Andra önskemål som återkommer är att samtliga myndigheter borde samla sin information

på ett ställe. Informationen borde också finnas tillgänglig i förenklad form (till exempel som punktlister), och gränserna mellan myndigheternas olika uppdrag borde vara tydligare. Några förslag är mer långtgående: till exempel förslaget att bilda en ny, landstingsnära myndighet som ger landstingen mer precisa råd och riktlinjer. En sådan organisation skulle tillsammans med de övriga myndigheterna kunna utvärdera vilken typ av information, fortbildning och kunskaps-tjänster som förskrivarna och kommittéerna har mest nytta av.

Vidare behöver nationella kunskapsunderlag fångas upp och integreras i den lokala eller den regionala styrningen, till exempel i vårdprogram eller vid beslut om resursfördelning. Besluten behöver sedan omsättas i en vidareutvecklad praxis.

Många utredningar har som nämnts pekat på vikten av en formell struktur för samverkan [27]. Därför bildades en permanent grupp med representanter för hälso- och sjukvårdsregionerna, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och de nationella myndigheterna (Socialstyrelsen, TLV, Läkemedelsverket och SBU) i januari 2009, för att underlätta ett fortlöpande informationsutbyte och en gemensam planering (figur 2:29).

Inom läkemedelsområdet har landstingen också tagit ett antal initiativ för att gemensamt förbättra kunskapsstyrningen. Framför allt har de börjat samarbeta kring nya läkemedel som är på väg in på marknaden (så kallad horizon scanning), för att mer samordnat kunna ta ställning till om läkemedlen ska införas. SKL har bildat NLT-gruppen (beredningsgrupp för Nya LäkemedelsTerapier) för att det finns ett behov av att vara proaktiv till nya läkemedelsterapier samt underlätta för landstingsdirektörskretsen att ta gemensamma ställningstaganden till läkemedel.

NLT-gruppen vill alltså främja samordning på olika nivåer. Detta förutsätter också ett samarbete med Läke-medelsverket (framtidsspaning), Socialstyrelsen (prognostisering) och TLV (strukturerat införande). Det är viktigt att NLT-gruppen samordnas med den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning, så att inte initiativ tas i olika riktningar.

Många landsting och regioner försöker också inordna läkemedelsgrupper och läkemedelskommittéer i sina strukturer för kunskapsstyrning. NLT-gruppen skiljer däremot ut läkemedel från övriga interventioner i vården.

Forskning om implementering av ny kunskap

Beslutsstöd

Den säkraste metoden för att kunskapsunderlag ska få genomslag är att integrera riktlinjer och vårdprogram i elektroniska journaler – beslutsstöd. Det visar aktuell forskning [28]. Beslutsstöd kan beskrivas som

- datoriserade riktlinjer: diagnostik, utredning och behandling [29]
- information om en specifik patient (motsats: kunskapsstöd)

tre generella användarsituationer för beslutsstöd är [30]:

1. under pågående konsultation med patient
2. före eller efter ett patientbesök
3. vidareutbildning.

I dag används runt 20 beslutsstöd i Sverige. Färre än hälften av dessa är vetenskapligt utvärderade. Forskare har identifierat ett antal framgångsfakto-

rer för att beslutsstöden ska fungera och verkligen vara ett aktivt stöd. Beslutsstödet bör

- integreras med patientjournalen (för att påminna och ge råd)
- ge aktiva rekommendationer (inte passiva upplysningar)
- vara patientnära (i beslutssituationen – rond, konsultation) [31]
- anpassas efter en komplex verklighet (kunna prioritera och filtrera)
- anpassas efter kompetensnivån och individen [32]
- utvärderas vetenskapligt [33].

När vården inte använder beslutsstöd kan det bero på bristande kunskap om hur beslutsstöden ska integreras i vården [34]. Att man inte använder beslutsstöd kan också bero på brister i användargränssnittet. Vården behöver bättre ta tillvara den kunskap som finns från forskning om samspelet mellan människa och dator [35]. Men det finns också goda exempel på hur användningen av elektroniska beslutsstöd har förbättrat vården.

På Södra Älvsborgs sjukhus har till exempel den så kallade hjärtjournalen bidragit till att de nationella riktlinjerna följs i mycket stor utsträckning. Programmet upplyser om när en patient uppfyller kriteriet för till exempel kranskärlsröntgen eller behandling med ACE-hämmare. Om läkaren ändå inte ordinerar undersökningen eller läkemedlet måste det motiveras i journalen. Innan hjärtjournalen introducerades behandlades 70 procent av patienterna med ACE-hämmare. Därefter har siffran stigit till 90 procent. Programmet gör att till exempel nya behandlingsstrategier

snabbt får genomslag utan att det krävs omfattande utbildningsinsatser.

Krav på regionala och lokala kunskapsunderlag

Ett stort antal vårdprogram och rekommendationer tas som nämnts fram på regional och lokal nivå. utifrån bland annat nationella underlag. Inte sällan är dokumentens status okänd för användaren. Många av de lokala och regionala styrdokumenterna bygger inte heller på något väldefinierat underlag. Eftersom det finns så många olika dokument behövs en checklista för vilka krav man ska ställa på kunskapsunderlaget. Följande komponenter bör finnas med:

- avsändare, medverkande personer och eventuell bindning och jäv
- på vilken nivå kunskapsunderlaget ska användas (region-, landstings- eller kliniknivå)
- bäst före-datum – ska revideras senast xx-xx-xx
- metod och arbetets upplägg (sökstrategier, evidensgradering med mera)
- syfte och tydliga frågeställningar (indikationer och åtgärder)
- tydligt beskrivna positiva och negativa effekter av åtgärderna
- ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av rekommendationerna.

Det är viktigt att varje år gå igenom vilka underlag som finns på den lokala och regionala nivån, vilken status de har och vilka som ska sorteras ut.

I databasen ViS (Vårdprogram i Sverige) finns ett stort antal vårdprogram samlade och sökbara (www.sjukhusbiblioteken.se/wdksjubi/). Utgivare kan vara landsting, sjukhus och specialistfören-

ingar knutna till den offentligt finansierade vården. Varje utgivare ansvarar själv för att vårdprogrammen är aktuella och håller god kvalitet. ViS gör nämligen ingen ytterligare kvalitetsgranskning. Detta innebär att vårdprogrammets kvalitet och innehåll varierar stort.

Kunskapsunderlagens genomslag

Enligt SKL:s kartläggning om kunskapsstyrning [27] pågår flera typer av arbeten, initiativ och projekt som på olika sätt syftar till att utveckla hälso- och sjukvården. SKL konstaterar också att

- många arbetar med att ta fram kunskap och publicera den
- några arbetar med att se till att kunskapen kommer till användning i praktisk verksamhet
- få arbetar med att förändra och utveckla systemet
- nästan ingen arbetar samlat och systematiskt för att gå från kunskap till praktik.

Vidare fastslår SKL att det är dags att gå från strategier till handling. SKL och andra aktörer måste tillsammans bygga strukturer som kan ge förutsättningar för att kunskapen når ut till professionen. Det behövs också strukturer som stödjer förändrings- och förbättringsarbete.

Uppföljning av nationella riktlinjer på tre nivåer

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer ingår indikatorer (framför allt process- och resultatmått) som speglar några av de viktigaste rekommendationerna. Indikatorerna är bland annat till för att mäta hur stort genomslag riktlinjerna får, men också för att kunna följa upp kvaliteten och som

hjälp i förbättringsarbetet. Efter att riktlinjerna har kommit ut så tar det dock några år innan resultaten visar sig i praxismätningar. Genomsnittet för enkla läkemedelsrekommendationer syns snabbast, medan det tar längst tid att få resultat för rekommendationer om att införa nya. Vidare tar det oftast minst några år att se om processerna leder till bättre resultat i uppföljningar.

Socialstyrelsen har hittills undersökt hur riktlinjerna för hjärt- och strokesjukvård fungerar i praktiken utifrån indikatorerna. Trenden går mot en mer enhetlig praxis utifrån riktlinjerna, framför allt när det gäller läkemedelsbehandling. Däremot finns det mycket stora skillnader mellan landsting och kliniker på andra områden, till exempel när det gäller nya behandlingar för hjärtrytmrubbningar. Där ligger nivån långt under riktlinjernas rekommendationer [37].

Skillnader i professionens möjligheter till engagemang

Professionen inom hälso- och sjukvården har olika möjligheter att tillämpa officiella rekommendationer och producentobunden information. Detta är en viktig förklaring till skillnaderna i behandlingspraxis.

Flera studier pekar bland annat på att privatläkare generellt följer rekommendationer från myndigheter och landsting i lägre grad än offentligt anställda läkare. Detta diskuteras bland annat i Socialstyrelsens uppföljning av läkemedelskommittéernas arbete [26]. Däremot uttrycker privatanställda läkare försiktigt intresse för att i större utsträckning delta. Bilden bekräftas av statistik från landsting och regioner som har förhållandevis många privatläkare, främst Skåne och Stockholm. Följsamheten tycks också vara bättre på landstingsdrivna vårdcentraler med stabil beman-

ning än på vårdcentraler med ojämn bemanning och tillfälliga anställningar. Detta framgår bland annat i en genomgång av Blekinges läkemedelskommitté som presenterades år 2007.

Uppföljning av hjärtsjukvårdsriktlinjerna

På uppdrag av Socialstyrelsen utvärderade PrioriteringsCentrum införandet av de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård, genom att intervjua olika beslutsfattare år 2004 och 2007 [36]. Utvärderingen ledde till följande slutsatser:

- Kunskapsgapet mellan den politisk-administrativa verksamheten och den professionella verksamheten har krympt från år 2004 till 2007.
- Riktlinjerna har främst hanterats i professionella grupper – när grupperna fungerar väl finns stora krafter för att styra resursfördelningen. Några av frågorna måste dock behandlas på den politisk-administrativa nivån för att riktlinjerna ska kunna implementeras, till exempel när det gäller resursomfördelning och resurstillskott. I dag finns inte tillräcklig kompetens för att hantera detta systematiskt.
- Implementeringsmönstret har förändrats, men fortfarande implementeras riktlinjerna långt ut i organisationen, alltså framförallt av professionen istället för på den nivån som beslutar över resurserna.
- Det är osäkert var i organisationen eller systemet som resurser ska omfördelas – det sker långt ut i organisationen – och dagens styrsystem har fortfarande svårt att hantera frågan.
- Socialstyrelsens samarbete med den medicinska professionen har bidragit till systematiska prioriteringar. Särskilda projekt i landstingen och regionerna har däremot inte bidragit till detta.

- Riktlinjerna implementeras bland annat med hjälp av så kallade mottagarorganisationer, vårdprogram utifrån riktlinjerna och utvecklingsarbete med att koppla riktlinjerna till de resurser som finns.
- Styrsystemen försvårar dialogen mellan olika aktörer. Huvudmännen arbetar med att utveckla systemen för att minska problemet.
- Det är svårt att göra öppna prioriteringar, särskilt horisontella, på huvudmannanivå som kräver politiska beslut.
- Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal känner ofta till strokeriktlinjerna, men riktlinjerna är inte förankrade och används inte som ett stöd i det dagliga arbetet.

Kunskapsstyrning i Västra Götalandsregionen

År 2008 undersökte Västra Götalandsregionen vilka strukturer i vården som stödjer införandet av regionala och nationella kunskapsunderlag samt vilken status och genomslag som underlagen har [39]. Man konstaterade att vetenskapliga artiklar, konferenser, nationella och regionala riktlinjer samt vårdprogram har stort värde som evidensbaserade kunskapskällor. Däremot har underlagen begränsad styreffekt eftersom det saknas system på ledningsnivå för att använda kunskapsunderlagen i styrningen. Starkast genomslag har egenproducerade PM och lokala checklistor. Högst legitimitet och trovärdighet har dock i allmänhet nationella riktlinjer och SBU-rapporter, enligt rankningar av olika sektorsråd.

De nationella riktlinjerna har starkast genomslagskraft på klinisknivå och uppfattas som vägledande. Däremot kan de bli trubbiga för enskilda aktörer. Bland annat därför är det viktigt att riktlinjerna förankras och anpassas lokalt. Den lokala förankringen är nödvändig för att skapa delaktighet i arbetet, vilket också är en förutsättning för implementeringen. Vidare konstaterar Västra Götalandsregionen att det saknas riktlinjer för många diagnosgrupper, och man tror att riktlinjer skulle stärka dessa grupper.

Det saknas en systematisk process för att implementera kunskapsunderlag i Västra Götalandsregionen, men exempelvis riktlinjer implementeras ändå systematiskt. Den stora utmaningen är

Uppföljning av strokeriktlinjerna i Örebro

År 2007 utförde den regionala tillsynsenheten i Örebro (RTÖ) en verksamhetstillsyn utifrån de nationella riktlinjerna för strokesjukvård från 2005 (strokeriktlinjerna) [38]. RTÖ besökte tre verksamheter i alla län i Uppsala–Örebroregionen: sjukhus, primärvård och kommunal vård.

Tillsynen visade att verksamheterna följde riktlinjerna i mycket olika stor utsträckning. Mest kända och använda var riktlinjerna på sjukhusnivå, medan den kommunala vården inte alls använde riktlinjerna som ett stöd i sitt arbete. RTÖ drog bland annat följande slutsatser:

- På sjukhusnivå har personalen god kännedom om strokeriktlinjerna.
- Sjukhusens vårdprogram följer riktlinjerna.
- Vården rapporterar aktivt till det nationella kvalitetsregistret Riks-stroke, och resultatet från kvalitetsregistret utgör basen för verksamhetens kvalitetsarbete.
- I primärvården anser sig personalen ha kunskap om och följer strokeriktlinjerna, men diagnoserna registreras osystematiskt och termer och begrepp används inte på ett enhetligt sätt.

att nå ut till primärvården. Rekommendationerna i riktlinjerna är ofta inte lika lätta att tillämpa där, eftersom patienterna ofta har flera sjukdomar och de studier som rekommendationerna grundar sig på är gjorda i specialistsjukvården. För att fungera styrande behöver vårdprogrammen vara sanktionerade och ha hög legitimitet, vilket de får när auktoriteter och lokala ledare medverkar i arbetet.

Att vårdpraxis varierar inom Västra Götalandsregionen beror bland annat på att de regionala vårdprogrammen inte är samlade och lätt tillgängliga på regionens intranät, VG-nätet. Inte heller är de anpassade till de olika verksamheterna. För att kunskapsunderlagen ska kunna tillämpas behöver de innefatta hela vårdprocesser, och dessutom ange hur finansieringen ska gå till. Diagnosspecifika vårdprogram blir därför svårare att använda.

Helst ska lokala och regionala kunskapsunderlag tas fram på uppdrag av ledningen. Underlagen behöver innehålla medicinska och ekonomiska konsekvensbeskrivningar som är fastlagda i formella beslut från linjeorganisationen. Annars blir det omöjligt att beräkna de organisatoriska och ekonomiska effekterna. När det finns formella beslut blir tillämpningen okontroversiell och tränger inte undan annan vård. Det är risken med diagnosspecifika vårdprogram eftersom dessa inte sällan är önskelistor från professionen. Det underlättar således om ledningen aktivt stödjer och stimulerar vårdprogramprocessen och tillämpningen.

Kunskapsbaserad vård i ett internationellt perspektiv

De europeiska länderna och de olika HTA-organisationerna arbetar med kunskapsbaserad vård på olika sätt, såväl metodmässigt som organisations-

mässigt. För både HTA-organisationer och för hälso- och sjukvårdssektorn är det en utmaning att observera hur olika länder prioriterar vad som ska utvärderas i det stora och ständigt växande flödet av nya medicinska tekniker. Särskilt viktigt är det hur man förhåller sig till existerande teknik och praxis där kunskaperna om effekter och kostnadseffektivitet oftast är låg.

Varierande ansvar och uppdrag

HTA-organisationerna har varierande uppdrag och olika huvudmän. Detta visas i en studie av HTA-organisationernas roll inom EU från år 2007 [40]. I likhet med Sverige har många länder flera HTA-organisationer. I praktiken finns tre typer av huvudmän:

- statliga myndigheter eller "arms length bodies"
- delstater, regioner, län, stiftelser och försäkringsbolag
- professionella sammanslutningar (till exempel nationella och europeiska specialistföreningar).

Stater och huvudmän finansierar oftast verksamheten med skattemedel eller försäkringsmedel. De professionella sammanslutningarna är ofta beroende av flera intressenter för att finansiera arbetet, och ofta ger industrin stora bidrag. Samtidigt är HTA-organisationens oberoende viktigt för hur resultaten uppfattas, och även de skattefinansierade organisationerna är beroende av de medverkande personernas kompetens och integritet. Därför är det vanligt att organisationerna upprättar jävsdeklarationer, för att inte kritiseras för bristande objektivitet eller favorisering av partsintressen.

De flesta HTA-organisationer har antingen en rådgivande eller en reglerande roll. I Nederländerna och i Danmark föreslår HTA-organisationerna

till exempel vad olika läkemedel ska kosta, men de får inte besluta om priserna. I Finland, Sverige, Frankrike och Storbritannien har organisationerna däremot i uppdrag att både sätta och reglera priset på läkemedel och produkter (TLV i Sverige är inte en traditionell HTA-organisation, men har ändå ett sådant uppdrag). Ofta finns också organisationer som endast producerar rapporter och koordinerar HTA-uppdrag. SBU i Sverige och Health Council i Nederländerna har bland annat detta uppdrag.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården påminner om de riktlinjer som National Institute for Clinical Excellence (NICE) har utarbetat i Storbritannien. Bägge utarbetas av oberoende expertmyndigheter, men en viktig skillnad är att NICE saknar en prioriteringsprocess för att bedöma hur angelägna rekommendationerna är. En annan skillnad är att den brittiska hälso- och sjukvården är skyldig att implementera NICE rekommendationer. Socialstyrelsens riktlinjer anger däremot ingen miniminivå som alla huvudmän måste uppnå, utan ger enbart rekommendationer som stöd för huvudmännens beslut om resursfördelning och prioriteringar.

Strukturella förändringar för ökad effektivitet och samordning

I allmänhet finns ganska många HTA-organisationer inom den europeiska unionen, med mer eller mindre överlappande uppdrag och uppgifter. Detta beror på att organisationerna har bildats vid olika tidpunkter och inte sällan till följd av behov som varit aktuella just då. Vissa länder har därför reducerat antalet organisationer för att öka deras effektivitet.

I Nederländerna fanns ett starkt tryck för att institutionalisera HTA-organisationerna och för att bättre samordna deras utvärderingsaktiviteter. Detta ledde till att tre inflytelserika rådgivande organ slogs samman år 1998 och bildade Nationella fonden för undersökande medicin, som primärt stöddes av aktuella departement. Nyligen ersattes fonden med en ny organisation, Netherlands Organisation for Health Research and Development (ZonMw), som bildades av två tidigare organisationer.

I Norge slogs flera HTA-organisationer samman år 2004 och bildade Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten.

Kraven på att olika HTA-organisationer samordnas och blir effektivare kan alltså innebära betydande organisatoriska förändringar. I Sverige har dock ingen sådan omorganisering skett, men Ansvarskommittén har föreslagit förändringar för att öka samordningen.

Internationellt samarbete

HTA-organisationerna i olika länder arbetar fortfarande relativt oberoende av varandra. Därmed genomförs ett ganska omfattande dubbelarbete. I stället borde organisationerna utbyta mer information med varandra, och i förlängningen även fördela arbetet på ett tydligare sätt. Det gör de redan när det gäller att godkänna läkemedel.

I dag finns ett antal nätverk för internationellt samarbete med lite olika syften och innehåll:

- International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)
- European Network for Health Technology Assessment (EUetHTA) [40]

- Health Evidence Network (HEN) vid WHO:s Europakontor [41]
- Guideline International Network (GIN)
- Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

Lärdomar från andra EU-länder

I rapporten *Ensuring value for money in health care* [40] går författarna systematiskt igenom tolv EU-länders HTA-organisationer. Författarnas huvudsakliga slutsatser är följande:

- Många länder har flera HTA-organisationer, inte sällan med oklara roller och ansvar. Organisationer som tar beslut om ersättning eller priser skiljer sig ofta från dem som utvärderar nya tekniker och utvecklar kliniska riktlinjer. De olika processerna och rollerna kan göra beslutsprocessen mindre effektiv och leda till dubbelarbete och dåligt resursutnyttjande.
- De flesta HTA-organisationer har presenterat riktlinjer för sina utvärderingsprocesser, men ofta är processerna inte tillräckligt transparenta. De synliggör inte hela kedjan från kriterier för hur utvärderingsobjekt ska prioriteras till hur intressenterna ska involveras i implementeringen. Vidare bygger organisationernas beslut om priser eller subventioner i allmänhet på företagets uppgifter, inte på randomiserade studier av effekter och kostnadseffektivitet. Det behövs alltså bättre data och större transparens för att beslutsprocessen ska bli öppen, systematisk och opartisk.
- I allmänhet är det staten som gör bedömningar och fattar beslut, men implementeringen sker lokalt. Här finns ofta målkonflikter. I många länder överlämnas bedömningar och beslut om vilka åtgärder som ska nedprioriteras helt åt den lokala nivån.
- I allmänhet finns flera intressenter representerade hos de olika organisationerna. Detta bedöms som viktigt för att vården ska acceptera besluten och genomföra dem. Då krävs insyn i processen och att de olika stegen redovisas öppet. Besluten kan också genomföras lättare om nationella och internationella HTA-organisationer samarbetar. Patienterna är dock inte representerade som regel, men målen och metoderna är ofta anpassade till deras intressen.
- HTA har i första hand använts för att utvärdera läkemedel och, i begränsad utsträckning medicintekniska produkter. HTA-organisationerna bedömer däremot sällan medicinska metoder och tekniker som rutinsjukvården redan använder. Preventionsinsatser bedöms ännu mer sällan. Mer uppmärksamhet borde ägnas åt att avveckla ineffektiva medicinska tekniker (produkter och metoder). Besluten måste stödjas av utvärderingar och bedömningar av nya tekniker.
- Det finns metodologiska svårigheter, framför allt när det gäller bristen på sammanfattande effektmått och att generalisera studieresultat från olika länder. Vi behöver system för att bedöma produkter som har funnits på marknaden under en tid och som har använts i den kliniska verkligheten. I vissa fall använder man villkorade godkännanden eller subventioner för att hantera den osäkerhet som ofta råder kring nya tekniker som endast har varit föremål för kliniska prövningar. HTA-processen i sig behöver också studeras mer för att vi ska få veta hur besluten påverkar medicinsk praxis och befolkningens hälsa. Vidare är intressenternas roll i HTA-processen lika viktig som oklar. Även här behövs fler studier, framför allt kring patienternas roll.

Slutsatser om den svenska kunskapsstyrningen

I förhållande till ovanstående punkter har Sverige kommit relativt långt i arbetet med att ta fram både kunskapsunderlag och riktlinjer. Dessutom tillämpas i Sverige en världsledande metod för att stödja vårdens prioriteringar. Sverige har också unika uppföljningsmöjligheter tack vare nationella hälsodata- och kvalitetsregister, även om mycket fortfarande behöver utvecklas. På flera nivåer följer man också upp processer och resultat på ett fördjupat sätt, utifrån riktlinjer och kunskapsunderlag.

Svagheterna gäller framför allt överlappningar och brister i myndigheternas samordning samt dubbelarbetet mellan och på nationell, regional och lokal nivå. De enskilda myndigheterna arbetar däremot systematiskt och transparent jämfört med omvärlden.

Aktörer på både lokal, regional och nationell nivå har också tagit många initiativ för att förbättra och förstärka samordningen och för att strukturera kunskapsstyrningen på ett fungerande sätt. Det kommer dock att bli en utmaning för de olika aktörerna att inte konkurrera, utan att verkligen främja de gemensamma syftena.

Referenser

1. Deming WE. The New Economics. Cambridge: MIT Press; 2000.
2. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Jt Comm J Qual Improv* 1993 19(10):424–47
3. Closs SJ, Cheater FM. Evidence for nursing practice: a clarification of the issue. *J Adv Nurs*. 1999;30(1):10–7.
4. Guyatt G. Preface. In: Guyatt G, Drummond R, eds. *Users' guide to the medical literature – a manual for evidence-based practice*. Chicago: AMA Press; 2002.
5. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71–2.
6. Rosén M, Axelsson S, Lindblom J. Släng inte ut observationsstudier med badvattnet. Bedöm deras kvalitet i stället. *Läkartidningen* 2008; 45(105):3191–4.
7. Loke YK, Price D, Herxheimer A; Cochrane Adverse Effects Methods Group. Systematic reviews of adverse effects: framework for a structured approach. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:32.
8. Willman A, Soltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2006.
9. Melander H, Ahlqvist-Rastad J, Meijer G, Beermann B. Evidence b(i)ased medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ*. 2003 31;326(7400):1171–3.
10. Hedlund F. Kan man lita på kliniska studier? *Läkartidningen* 2008;43(105):2996–8.
11. Dalkey NC. The Delphi Method: An Experimental Study of Group Opinion. Santa Monica: Rand; 1969.
12. Murphy M K, Black N A, Lamping D L, McKee C M, Sanderson C F B, Askham J, Marteau T. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess*. 1998;2(3):i-iv, 1–88.
13. Socialstyrelsen. Styrdokument för god vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009
14. Nordin-Johansson A, Asplund K. Randomised trials and consensus as a basis for interventions in internal medicine. *J Intern Med* 2000;247:94–104.
15. Prop. 2008/09:50 Ett lyft för forskning och innovation och SOU 2008:7 ”Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen” Delbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen
16. Britton M, Asplund K, Brorsson B, Dahlgren H, Eliasson M, Marké L-Å, et al. Så påverkade SBU praxis i vården. Konsekvenserna av sju rapporter granskade. *Läkartidningen*. 2002;99(42):4628–34.
17. Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen. Nationella kvalitetsregister – en tillgång för klinisk forskning. Stockholm: Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen; 2008.
18. Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, Ji J, Doucette S, Moher D. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. *Ann Intern Med*. 2007 21;147(4):224–33
19. SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.
20. Sveriges läkarförbund. Läkares kontakter med läkemedelsindustri/medicinteknisk industri – en etisk vägledning från Sveriges läkarförbund. Sveriges läkarförbund: Stockholm; 2008.
21. Lindqvist B. Trovärdighetens pris. Utredning om samarbetet mellan läkemedelsföretag och brukarorganisationer. Stockholm: Läkemedelsindustri-föreningen; 2006.

22. Läkemedelsindustriföreningen. Trovärdighetens Pris. Vad hände sen? Stockholm: Läkemedelsindustriföreningen; 2008.
23. Karlberg I, Patel H. Kunskapsstyrd vård, Kartläggning av attityder till och tillämpning av kunskapsstyrande dokument och riktlinjer i hälso- och sjukvården. 2008
24. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Mini-HTA ver. 3. [citerad 2009-04-01]. Tillgänglig på: http://sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/forskning-utbildning/HTA/HTA_formular.pdf
25. Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska akademien. Health Technology Assessment – HTA och mini-HTA – nya vårdmetoder på saklig grund [citerad 2009-04-01]. Tillgänglig på: [http://www.sbu.se/upload/11039/vagledning16%20hta%20rapport\[1\].pdf](http://www.sbu.se/upload/11039/vagledning16%20hta%20rapport[1].pdf)
26. Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Effektivare läkemedelsanvändning – handlingsplan. Stockholm: Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2009.
27. Sveriges Kommuner och Landsting. Kartläggning av utvecklingsresurser i stat, landsting/regioner och kommuner. Inriktning mot kunskapsstyrning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
28. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 1999;282(9):867–74.
29. Lamy JB, Duclos C, Rialle V, Venot A. Which Graphical Approaches should be Used to Represent Medical Knowledge? Stud Health Technol Inform. 2005;116:719–24.
30. Backlund L. Medicinska beslutsstöd och beslutsstödssystem inom primärvården. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2006.
31. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. BMJ 2005 2;330(7494):765.
32. Wears RL, Berg M. Computer technology and clinical work: still waiting for Godot. JAMA. 2005 9;293(10):1261–3.
33. Brender J, Ammenwerth E, Nykänen P, Talmon J. Factors influencing success and failure of health informatics systems – a pilot Delphi study. Methods Inf Med 2006;45(1):125–36.
34. Durand MA, Stiel M, Boivin J, Elwyn G. Where is the theory? Evaluating the theoretical frameworks described in decision support technologies. Patient Educ Couns. 2008 71(1):125–35.
35. Sittig DF, Wright A, Osheroff JA, Middleton B, Teich JM, Ash JS, Campbell E, Bates DW. Grand challenges in clinical decision support. J Biomed Inform. 2008 41(2):387–92.
36. Garpenby P, Johansson P. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Implementering i fyra landsting och regioner – andra delen av utvärderingen. Linköping: PrioriteringsCentrum; 2007.
37. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
38. Socialstyrelsen. Verksamhetstillsyn av strokesjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
39. Västra Götalandsregionen. Regiongemensam kunskapsstyrning för God Vård – analys och förslag till vidareutveckling. 2008.
40. Sorenson C, Kanavos P, Drummond M. Ensuring value for money in the health care: the role of HTA in the European Union. Copenhagen: WHO; 2008.

41. European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) [webbplats]. Tillgänglig på: <http://www.nchta.org/links/EUnetHTA.shtml>
42. Health Evidence Network (HEN) [webbplats]. Tillgänglig på: <http://www.euro.who.int/HEN/20030610>

Vård på lika villkor – hur jämlik är vården?

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården behöver utveckla strategier för att minska de skillnader som finns i hälsa och vård mellan olika grupper av medborgare.

Jämlik vård innebär att alla medborgare ska ha samma möjligheter att få vård och att alla blir likvärdigt behandlade oavsett faktorer som ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, bostadsort, utbildning, social ställning, födelseland eller religiös tillhörighet.

Det är förhållandevis stora skillnader i vårdkon-takter mellan de som bor i glesbygd och de som bor i tätort, och skillnaderna har dessutom ökat över tid. Också när det gäller utbildningsnivå finns tendenser till skillnader – trots högre grad av ohälsa avstår personer med grundskoleutbildning oftare från läkarbesök än de med högskoleutbildning.

Ojämlikheter i hälsa visar sig i sjukvården bland annat genom att dödstalen i så kallad åtgärd-bar dödlighet är betydligt högre för utlandsfödda och lågutbildade än för svenskfödda och högutbil-dade. Med åtgärdbar dödlighet menas dödlighet i sjukdomar som kan påverkas med insatser inom hälso- och sjukvården och genom folkhälsopoli-tiken. Dessa skillnader verkar i vissa avseenden öka för dödsfall som har bedömts särskilt påver-kas av folkhälsopolitiska insatser (t.ex. sjukdomar som är relaterade till alkohol och tobak). Personer med låg utbildning vårdas också betydligt oftare än högutbildade på sjukhus för tillstånd som hade kunnat behandlas i öppna vårdformer – inklusive primärvård och närvård.

Vidare är läkemedelsbehandlingen vid flera stora folkhälsosjukdomar mindre ändamålsenlig för låg-utbildade och utlandsfödda, än för högutbildade och svenskfödda. Detta gäller till exempel behandling vid hjärtinfarkt, hjärtsvikt, och stroke. Högutbil-dade ordinerar oftare nyare och därmed dyrare läkemedel. Också vid läkemedelsbehandling av schizofreni finns påtagliga skillnader – till lågut-bildades nackdel.

Analysen av äldres läkemedelsanvändning visar också att lågutbildade personer har en mer riskfylld läkemedelsanvändning, både när det gäl-ler olämpliga läkemedel och olika kombinationer av läkemedel.

Inledning

”Vård på lika villkor” innebär att alla medbor-gare har lika rätt till vård och behandling. Detta har varit ett centralt mål ända sedan det moderna hälso- och sjukvårdssystemet började byggas upp i Sverige. Målet uttrycks också i den så kallade portalparagrafen (§ 2) i hälso- och sjukvårds-lagen. Med en jämlik vård menas att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor oavsett ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, bo-stadsort, utbildning, social ställning, födelseland eller religiös tillhörighet. En jämlik vård förutsät-ter att behovet av vård är grunden för priorite-ringar mellan personer och grupper av medbor-gare. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör en sjukvård som strävar efter att uppnå god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen

prioritera dem som har störst behov, samt också prioritera hälsoinriktade och hälsofrämjande insatser.

Frågan om huruvida vården ges på lika villkor är komplex och måste analyseras från flera perspektiv. Ett av dessa perspektiv innebär att man jämför olika befolkningsgruppers tillgång till vård. För att kunna bedöma om vården ges på lika villkor måste man ta hänsyn till de skillnader i behov som finns mellan olika grupper. Ett annat perspektiv på vårdens jämlikhet utgår från grupper med samma vårdbehov. Frågan gäller då om patienter med samma vårdbehov får en likvärdig behandling och omvårdnad.

I analyser av jämlikhetsaspekter i hälso- och sjukvården har de senaste åren särskilt regionala skillnader uppmärksammats. Det finns stora regionala variationer både i vårdutnyttjande och i vårdens kvalitet och resultat. Dessa variationer beror på en mängd faktorer som demografiska skillnader, skillnader i sjuklighet, skillnader i hur vården är organiserad och skillnader i behandlingskultur. I Socialstyrelsens analyser inom ramen för arbetet med Öppna jämförelser jämförs medicinska resultat och olika kvalitetsindikatorer mellan landstingen och i vissa fall även för sjukhus [1]. Det framgår att regionala skillnader förekommer i alla de avseenden som studeras. Det finns dock inga uppenbart systematiska skillnader mellan landstingen i den mening att vissa landsting visar ett sämre eller bättre resultat i samtliga eller flertalet indikatorer. Det är snarare påfallande hur varierande resultaten är för olika indikatorer.

Också skillnader mellan kvinnor och män när det gäller hälsa, vård och behandling har under det senaste decenniet varit föremål för forskning, analys och uppföljning. Numera är det också närmast självklart att så långt det är möjligt redovisa

och analysera uppgifter om hälsa, vård och och behandling fördelade på kvinnor och män.

Skillnader mellan socioekonomiska grupper har inte följts upp systematiskt i motsvarande omfattning. Orsaken kan dels vara att sådana jämförelser inte har efterfrågats i någon högre grad, dels att socioekonomi till skillnad från kön och bostadsort kan tolkas och definieras på flera sätt. Det kan också bero på att de register som kontinuerligt samlar uppgifter om befolkningens vårdutnyttjande inte regelmässigt innehåller uppgifter om socioekonomi.

Underlag, mått och indikatorer

Redovisningen i detta avsnitt syftar till att analysera några viktiga aspekter av vårdens jämlikhet. De jämförelser som vi presenterar baseras huvudsakligen på Socialstyrelsens olika hälsodataregister samt på Statistiska centralbyråns (SCB:s) register och aktuell forskning inom området [2]. Här redovisas

- uppgifter om befolkningens kontakter med vården, t.ex. läkarbesök i olika socioekonomiska grupper
- andel personer i olika grupper som avstår från vård trots behov
- skillnader mellan grupper i upplevd respekt och bemötande
- åtgärdbar dödlighet – jämförelser mellan grupper med olika utbildningsnivå och födelseland – utveckling över tid
- undvikbara vårdtillfällen – jämförelser mellan grupper med olika utbildningsnivå och födelseland – utveckling över tid
- skillnader i läkemedelsbehandling vid olika sjukdomstillstånd.

Kommentarer till analys och metod

En viktig bakgrundsfaktor när det gäller att följa ojämlikhet i vården är social position, speciellt eftersom det är väl känt att ohälsan och därmed vårdbehoven varierar i olika socialgrupper. Det finns i princip tre olika sätt att beskriva socioekonomiska förhållanden: utifrån utbildning, yrke eller inkomst. Ingen av dessa tre indelningsgrunder är invändningsfria.

Ett problem med att använda utbildning är till exempel att det är svårt att jämföra olika åldrar, eftersom utbildningssystemet har genomgått stora förändringar över åren. Som exempel kan nämnas att en gymnasieexamen i dag inte är jämförbar med en studentexamen från mitten av 1900-talet när det gäller vilka yrken och socioekonomisk ställning som dessa utbildningar kan leda till. Också yrkesindelningar är problematiska på grund av förändringar över tid. Inte heller personens inkomst är en problemfri indelningsgrund, eftersom det ofta är hushållets inkomst – i förhållande till försörjningsbördan – och inte den individuella inkomsten – som är avgörande för ekonomisk status.

I detta avsnitt har vi huvudsakligen använt utbildningsbakgrund för att spegla social position, det vill säga om man har en kort (folkskola eller grundskola), medellång (gymnasium) eller lång (eftergymnasial) utbildning.

Medborgarnas kontakter med vården – skillnader mellan olika grupper

Ända sedan SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) introducerades i mitten av 1970-talet har det varit möjligt att följa olika befolkningsgruppers kontakter med sjukvården. Det är i första hand uppgifter om lä-

karbesök, det vill säga vårdutnyttjande i öppen vården, som har studerats. Vanligen studerar man om det finns skillnader mellan olika befolkningsgrupper beträffande hur många som har gjort minst ett läkarbesök.

I början av 2000-talet hade i genomsnitt 35 procent av männen och 42 procent av kvinnorna i åldern 25–74 år besökt läkare minst en gång under den senaste tremånadersperioden. Det är vanligare med läkarbesök bland äldre, bland dem med försämrat hälsotillstånd och bland dem med flera långvariga sjukdomar (tabell 2:10). Dessa uppgifter stämmer alltså i stort relativt väl med vad vi vet om hälsoläge och vårdbehov i olika grupper. Uppgifterna svarar emellertid inte fullt ut på frågan om vården ges efter behov – skillnaderna i ohälsa mellan olika grupper kan fortfarande vara större än skillnaderna i vårdutnyttjandet.

Tabell 2:10. Läkarbesök

Andel med minst ett läkarbesök under den senaste tremånadersperioden. Åren 2001–2005.

	Män	Kvinnor
Ålder		
15–44	29,3	37,7
45–64	35,8	44,3
65–74	47,1	50,6
Självskattat hälsotillstånd		
Gott	27,4	32,8
Medel	54,3	65,3
Dåligt	78,8	83,5
Långvariga sjukdomar		
Inga sjd	18,8	23,5
Högst 2 sjd	49,3	56,3
Minst 3 sjd	66,1	75,5
Utbildning		
Grundskola	37,5	47,9
Gymnasium	35,5	43,3
Post gymn	33,2	38,9
Totalt	34,8	42,4

Källa: Undersökningarna av levnadsförhållandena (ULF), SCB

I figur 2:30 visar vi antalet öppenvårdsbesök i den somatiska specialistvården år 2006, uppdelat på kön, ålder och utbildningsbakgrund. Som framgår av figuren gjorde högutbildade i den äldsta åldersgruppen fler läkarbesök än lågutbildade. Detta stämmer inte med vad som är känt om de olika gruppernas hälsoförhållanden. En möjlig förklaring kan vara att de lägst utbildade i stället oftare får slutenvård än övriga grupper (figur 2:31). Vi kan dock inte avgöra om det samlade vårdutnyttjande därmed är jämlikt i den mening att den avspeglar skillnaderna mellan gruppernas vårdbehov.

Samma mönster som gäller för den somatiska vården gäller även för den psykiatriska vården. Kontakterna med den öppna psykiatriska vården

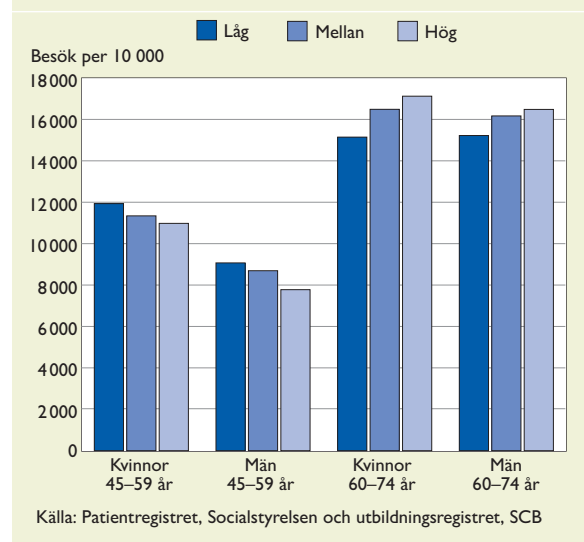
är i den yngre gruppen mer omfattande ju kortare utbildning man har, medan det råder ett omvänt förhållande i den äldre gruppen [3]. I sluten psykiatrisk vård är mönstret detsamma i båda åldersgrupperna, det vill säga ju kortare utbildning desto större vårdutnyttjande. Särskilt bland männen i åldrarna 45–59 år är skillnaderna när det gäller vårdutnyttjande stora. Om skillnaderna motsvarar vårdbehoven i dessa grupper kan inte avgöras utifrån enbart dessa uppgifter.

Äldre utlandsfödda gör färre besök i vården än andra grupper

Personer som är födda utanför Norden har i större utsträckning sämre hälsa än personer födda i Sverige. I de yngre åldersgrupperna är skillnaderna

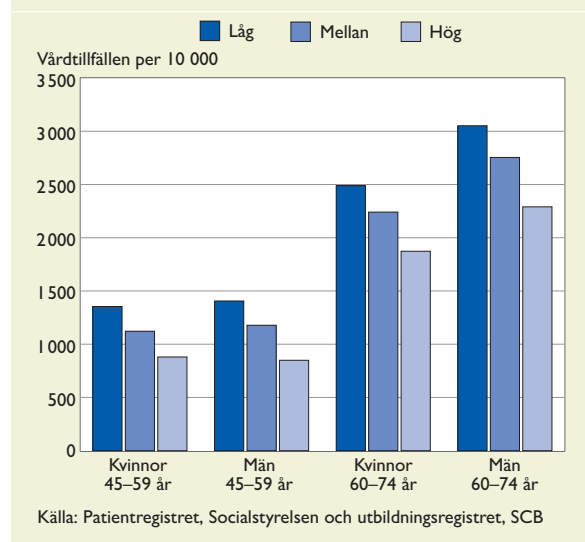
Figur 2:30. Besök i öppenvård vid sjukhus

Antal besök i somatisk specialistvård vid sjukhus per 10 000 invånare år 2006, efter utbildningsnivå.



Figur 2:31. Vårdtillfällen i slutenvård

Antal vårdtillfällen inom somatisk slutenvård per 10 000 invånare år 2006, efter utbildningsnivå.



i vårdutnyttjande mellan grupperna små, men ett visst mönster framträder: de som är födda utanför Norden nyttjar mer vård än de som är födda i Sverige och i övriga Norden. I åldrarna över 85 år har emellertid de som är födda utanför Europa ett markant lägre vårdutnyttjande än övriga grupper.

När det gäller antal vårdtillfällen i den slutna somatiska vården är skillnaderna mellan grupperna små, utom i den äldsta åldersgruppen. I den äldsta åldersgruppen nyttjar personer födda utanför Norden mindre vård än andra. Vad som kan ligga bakom detta är okänt, men möjligen kan det bero på skillnader i familjetradition som innebär att de anhöriga tar hand om de äldre. En annan förklaring kan vara att äldre personer återvänder till sitt födelseland utan att detta syns i den svenska befolkningsstatistiken [4]. Sammantaget visar uppgifterna att vårdutnyttjandet inte motsvarar de skillnader i hälsotillstånd som finns mellan dem som är födda i Sverige och dem som kommer från länder utanför Norden.

Skillnaderna i kontakter med den öppna psykiatriska vården är stora mellan dem som är födda i Sverige och olika grupper av utlandsfödda [3]. Personer födda i Finland och i utomeuropeiska länder har mer omfattande kontakter med psykiatrin jämfört med svenskfödda och personer födda i de andra nordiska länderna. Bakom dessa skillnader ligger bland annat skillnader i sjukdomsförekomst.

Läkarbesök och behov av vård – bostadsort och utbildning

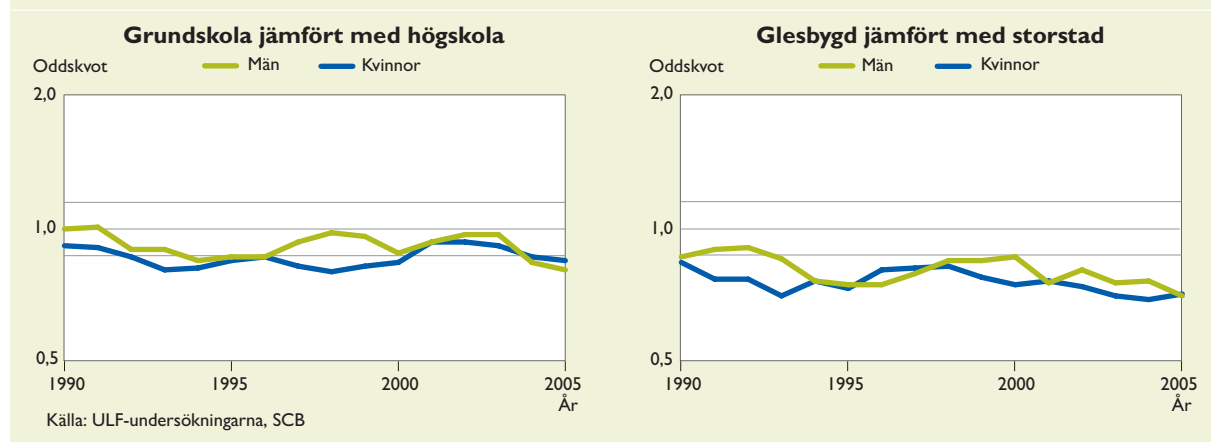
Många andra faktorer än vårdbehov påverkar befolkningens kontakter med vården. För att det ska vara möjligt att bedöma i vilken mån skillnader mellan olika gruppers vårdkontakter kan anses vara rimliga ur ett jämlikhetsperspektiv måste de skillnader som framkommer relateras till vad som är känt om hälsotillstånd och vårdbehov i olika delar av befolkningen. Genom att analysera vårdutnyttjande i förhållande till vårdbehovet har man visat att personer med högre inkomst hade tillgång till mer vård än personer med låg inkomst på 1960-talet [5]. Under 1980-talet utjämnades de här skillnaderna, vilket sannolikt skulle kunna förklaras av en allmän resurstillväxt och att det infördes låga och enhetliga egenavgifter för öppenvård [6].

Vid 1990-talets början kunde man – främst för män – inte heller påvisa någon ojämlikhet i utnyttjandet av läkarvård. Men 1993–1994 framträdde åter ett mönster av ojämlikhet, främst med avseende på utbildning. I förhållande till sitt vårdbehov utnyttjade lågutbildade den öppna sjukvården i mindre utsträckning än dem med högre utbildning. Även glesbygdsbor utnyttjade läkarvården i mindre utsträckning än stadsbor under dessa år [7, 8].

Utvecklingen av olika befolkningsgruppers kontakt med vården under perioden 1990–2005

Figur 2:32. Läkarbesök efter utbildningsnivå och tätortsgrad

Jämförelse av sannolikhet (odds) för läkarbesök under de senaste tre månaderna. Åren 1990–2005.



illustreras i figur 2:32. Här jämförs lågutbildade med högutbildade och stad med glesbygd.

För att jämnar ut kurvorna baseras varje års uppgifter på tre år, det vill säga det som i figuren anges för 1990 avser år 1989–1991 och så vidare fram till 2005 som avser 2004–2006. Oddsquot = 1 innebär att det inte är någon skillnad i vårdutnyttjande mellan den grupp som redovisas och jämförelsegruppen. De två referenslinjerna nära 1 anger ett område inom vilket det inte finns några statistiskt signifikanta skillnader.

Socioekonomisk ställning representeras här av utbildningsnivå. I figuren 2:32 illustreras att det under åren 2003–2005 återigen är mindre vanligt bland lågutbildade att ha gjort ett läkarbesök då hänsyn också tagits till vårdbehov.

Befolkningen i glesbygd besöker vården i betydligt mindre omfattning än de som bor i storstad – även då hänsyn tagits till skillnader i vård-

behov. Skillnaden i läkarbesök mellan landsbygd och stad har också ökat under senare år.

En jämförelse av svenska data från 2002 och data från olika OECD-länder visar att personer med högre inkomst står för en större andel av läkarbesöken i Sverige. Detta mönster skiljer sig från de flesta andra länder som ingick i analysen, där fler specialistläkarbesök bland höginkomsttagare balanserades av fler allmänläkarbesök bland låginkomsttagare. Resultaten bör dock tolkas med viss försiktighet då det är svårt att jämföra länderna, bland annat på grund av att vården är olika organiserad [9]. Andra studier visar emellertid på resultat i samma riktning: befolkningen i Sverige bedömer inte tillgången till primärvård och närvård som lika god som befolkningen i flera andra länder gör [10]. En lättillgänglig närvård och primärvård är särskilt betydelsefull för grupper med stora vårdbehov.

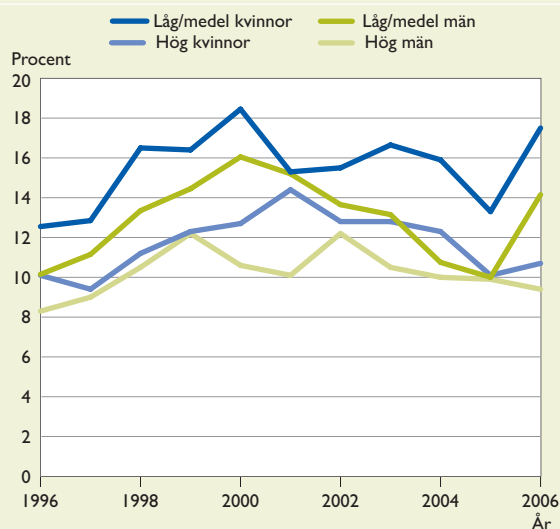
Var tionde söker inte vård trots behov

Befolkningens kontakter med vården utgår från upplevda hälsoproblem och vårdbehov. De upplevda behoven leder dock inte alltid till att personer söker vård. Vården kan upplevas som mer eller mindre tillgänglig genom att man inte får svar när man ringer eller för att väntetiderna är långa. Kanske har man inte råd, eller så är det inte öppet när man har tid. Det kan också vara långt att åka, och man kanske inte känner förtroende för vården och dess personal. Huruvida man söker vård eller inte har naturligtvis också att göra med hur sjuk man är. Ju allvarligare sjukdom desto större sannolikhet att man söker vård. Att människor inte söker vård har bland annat sociala och kulturella orsaker. Uppgifter om ej tillgodosedda vårdbehov i olika befolkningsgrupper är därför en indikator på vårdens jämlikhet.

Det är relativt vanligt att man inte söker vård trots att man tycker sig behöva det. I SCB:s ULF-undersökningar ingår en fråga om den intervjuade har upplevt ett vårdbehov utan att söka vård. Av samtliga intervjuade under år 2001–2005 hade i genomsnitt 12 procent av männen och 14 procent av kvinnorna avstått från att söka vård under de senaste tre månaderna, trots att de upplevt ett sådant behov. Bland personer med allvarligt nedsatt hälsa uppgav sig en av tre ha haft behov av vård utan att söka det. Andelen som avstått från att söka vård minskar med åldern. Även de som har ett sämre hälsotillstånd uppger i betydligt högre grad att de har avstått från att söka vård än de som inte har någon långvarig sjukdom eller skattar sitt hälsotillstånd som gott.

Figur 2:33. Avstått från vård trots behov

Andel som avstått vård trots behov i olika utbildningsgrupper* åren 1996–2006, 25–84 år.



*Låg/medel motsvarar grundskola och gymnasium, hög motsvarar eftergymnasial utbildning
Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Personer med högre utbildning har i mindre utsträckning än lågutbildade avstått från att söka vård trots behov. I figur 2:33 illustreras utvecklingen över tid för män och kvinnor med hög respektive låg utbildning. Detta har tidigare delvis förklarats av att högutbildade i större utsträckning än lågutbildade har en egen läkare att vända sig till [11]. Samtidigt är sjukligheten lägre bland högutbildade, vilket gör att skillnaderna troligen även speglar skillnader i sjuklighet mellan grupperna.

I en tidigare studie jämfördes andelen i befolkningen som inte sökt vård trots ett upplevt vårdbehov åren 1988–89 med förhållandena 1996–97 och man kunde då konstatera att det inte skett några omfattande förändringar [12]. Samtidigt har andra studier visat att skillnaderna mellan olika inkomstgrupper ökade under 1990-talet [13]. I en studie där befolkningen indelats efter huruvida de arbetade, var arbetslösa eller långtidssjukskrivna har man också visat på omfattande skillnader. 42 procent av de arbetslösa hade avstått från att söka vård, medan motsvarande andel var 37 procent bland de långtidssjukskrivna respektive 22 procent bland dem som hade ett arbete [14]. Sammanfattningsvis konstateras i en utredning från år 2000 att det endast är två grupper som signifikant avviker, då hänsyn tas till skillnader i hälsotillstånd: yngre som i högre grad än äldre sagt sig avstå från att söka vård samt utrikes födda som i långt större utsträckning avstår från att söka vård än inrikes födda [12].

Skälen till att inte söka vård trots ett upplevt behov varierar. ULF-undersökningarna från 2005 och 2006 visar att det vanligaste skälet var att man ville vänta ett tag (45 procent). Bland de skäl som var relaterade till sjukvården var långa väntetider vanligast (13 procent). Att inte ha råd (3 procent) eller att det var för långt att resa (1 procent) visade sig vara ovanligare skäl.

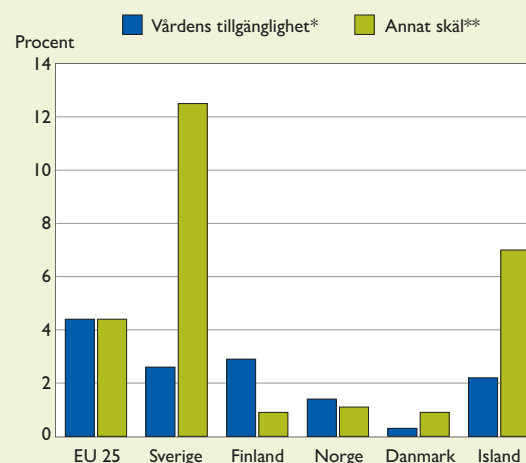
Andra undersökningar visar dock att ekonomin kan vara en anledning till att inte söka vård. I en studie uppgav var femte person bland dem som inte sökt vård ekonomiska problem som skäl. Bland dem som avstått från vård på grund av att de inte hade råd var en stor andel ensamstående,

utrikes födda och lågutbildade [15]. En senare studie visar att många kvinnor, utrikes födda och lågutbildade inte har sökt vård trots ett upplevt behov [16]. I denna studie angavs misstro mot sjukvårdssystemet som en viktig orsak.

I en jämförelse med andra länder i Europa av "ej tillgodosedda vårdbehov" utmärker sig svenskarna genom att en hög andel säger sig ha avstått från att söka vård på grund av att de inte hade tid, att de var rädda eller att de inte kände till någon bra läkare. De angav också andra skäl som inte direkt var relaterade till vårdens tillgänglighet (figur 2:34).

Figur 2:34. Andel i olika länder som avstått söka vård trots behov

Andel i de nordiska länderna samt EU25 som avstått vård trots behov.



* Hade inte råd, väntetider, lång resväg

** Hade inte tid, rädsla, ville vänta och se, kände inte till någon bra doktor eller specialist, annat skäl

Källa: Data från EU-SILC 2005

Utlandsfödda har lägre förtroende för vården

När det gäller förtroende för vården visar uppgifter från Vårdbarometern att det inte finns några markanta skillnader avseende socioekonomi eller familjesituation. I motsats till dessa uppgifter, redovisas i en svensk studie från 2007, att personer med enbart folkskole- eller grundskoleutbildning och personer med lägre inkomst har något högre förtroende för vården jämfört med dem med högre inkomst och längre utbildning [16].

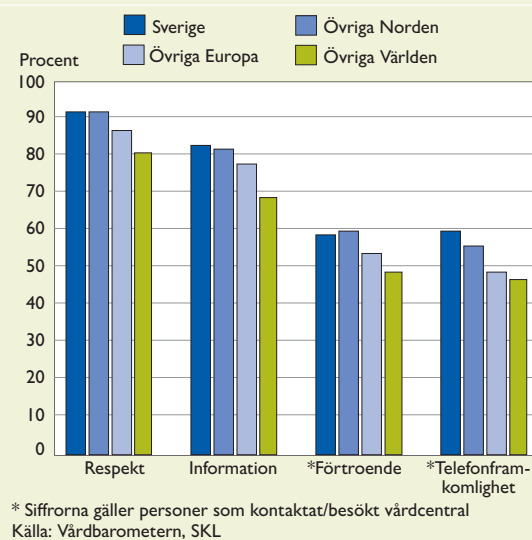
Enligt Vårdbarometern går det inte att finna några större skillnader mellan hur kvinnor och män betygsätter vården. Skillnaderna är större mellan olika åldersgrupper än mellan olika socialgrupper. Personer över 65 år är mer positiva till bemötandet i vården än vad yngre personer är [17].

Personer som är födda utanför Norden har i genomsnitt sämre hälsa än infödda svenskar. De upplever också att tillgängligheten till vården är sämre, och de har ett lägre förtroende för hälso- och sjukvården än infödda svenskar. Data från Vårdbarometern visar att personer som är födda utanför Sverige upplever att det är svårare att komma fram på telefon till primärvården jämfört med personer födda i Sverige (figur 2:35). Ju längre bort från Sverige man är född, desto svårare tycker man att det är att få kontakt med vården.

Även när det gäller information och respekt tycker man att informationen kring diagnos och behandling är sämre ju längre från Sverige man är född, och desto mindre respekt upplever man att vårdgivaren visar. Detta kan ha flera förklaringar. Både språk och kulturella skillnader i förväntningar och syn på vård och behandling kan spela en roll. Kommunikationen i mötet mellan patient och vårdare är central. Attityden, språk

Figur 2:35. Nöjda med vården

Andel patienter som är nöjda med olika aspekter av vården fördelade på födelseregion, 2008. 18 år och äldre.



ket och samspelet vid samtalet, tillsammans med skriftlig information, kan ha avgörande betydelse för resultatet av behandlingen.

Positiv utveckling av jämställdheten i vården

En fråga som uppmärksammats mycket under senare år är om män och kvinnor får tillgång till samma vård och om de blir bemötta på samma sätt i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har vid några tillfällen gjort analyser av vårdens jämställdhet [18, 19].

I Socialstyrelsens rapport från 2008 framgick att det fortfarande förekommer vissa systematiska skillnader i bemötande och omhändertagande

av kvinnor jämfört med män. Såväl inom hälso- och sjukvården som inom socialtjänsten har man dock genomfört flera olika insatser i syfte att öka jämställdheten mellan män och kvinnor. Det gäller exempelvis arbetet med att ta fram könsuppdelad statistik på olika områden, liksom utveckling av analyser av resultat från de nationella kvalitetsregistren. Många landsting har de senaste åren genomfört utbildningsinsatser för att öka kunskaperna om jämställdhet i vården, och samtliga landsting har omfattande ambitioner för jämställdhet i olika styr- och policydokument. Sveriges Kommuner och Landsting har också aktivt verkat för en utveckling mot ökad jämställdhet inom hälso- och sjukvården [20].

Hjärtsjukvården har länge varit ett omdiskuterat område, och senare års forskning har ökat kunskaperna i vården om mäns och kvinnors delvis olika symtom och sjukdomsutveckling, vilket sannolikt förbättrat behandlingen för kvinnor. Fortfarande finns det dock kunskapsluckor på detta område, och det är angeläget med fortsatt forskning och analys av skillnader mellan män och kvinnor i vården.

Erfarenheterna av att införa en mer regelmässig uppdelning efter kön när man följer upp hälso- och sjukvården har visat att förändringar är möjliga att åstadkomma enbart genom att synliggöra rådande förhållanden. För att komma till rätta med och minska omotiverade skillnader mellan olika grupper är det också väsentligt att förstå de bakomliggande orsakerna. Därför är det viktigt att bygga vidare på den forskning som finns på området och även fortsättningsvis analysera olika aspekter på ojämlikhet i vården. Resultatet från sådana studier kan sedan vara vägledande för hur

vården kan utforma ett mer aktivt och verksamhetsnära förändringsarbete för att åtgärda orättvisa skillnader i vården.

Åtgärdbar dödlighet – skillnaderna mellan låg- och högtutbildade kvarstår

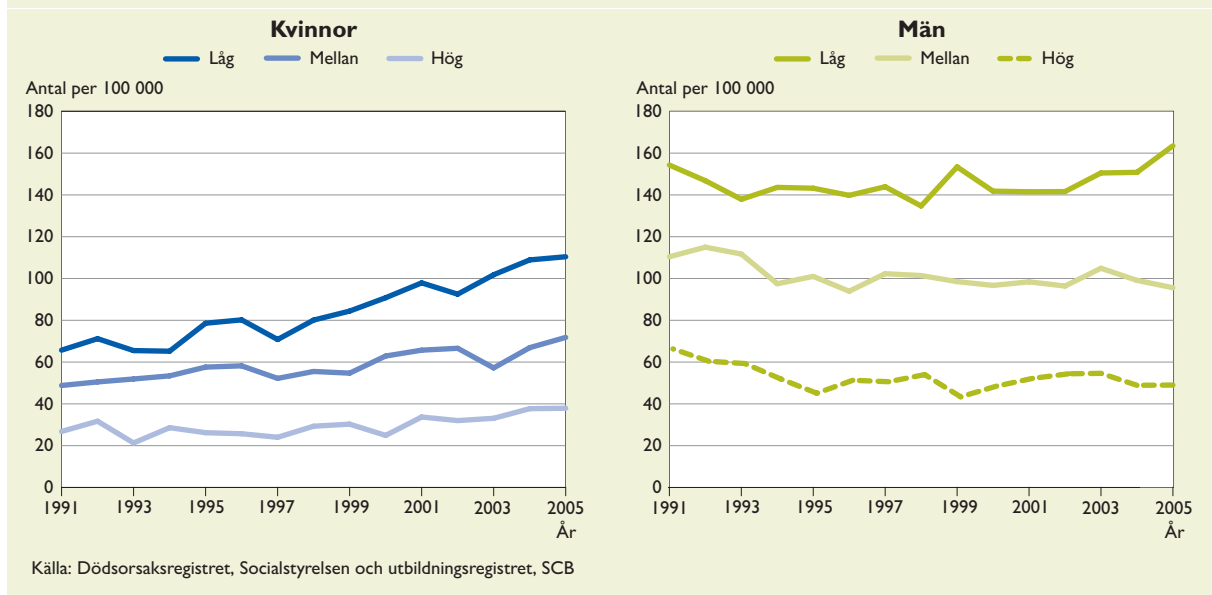
Ett ofta använt mått för att spegla vårdens insatser för bättre hälsa är den så kallade åtgärdbara dödligheten [21]. Denna kan studeras för olika grupper i befolkningen. Tanken bakom att skilja ut vissa dödsorsaker som åtgärdbara är att förutsättningarna för sjukvården att påverka förekomsten av och dödligheten i olika sjukdomar varierar. En aktiv förebyggande sjukvård kan förhindra att sjukdomar uppkommer. Genom att sjukvården arbetar kunskapsbaserat och är tillgänglig borde det också vara möjligt att förhindra dödsfall i vissa andra sjukdomar. Eventuella skillnader i åtgärdbar dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper indikerar att sjukvården inte ges på lika villkor.

För att markera skillnaden mellan förebyggande och behandlande insatser har två olika mått definierats: *hälsopolitiskt* åtgärdbar dödlighet respektive *sjukvårdsrelaterad* åtgärdbar dödlighet. I den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten står lungcancer och trafikolyckor för en stor del av dödsfallen. I den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten är stroke, diabetes och livmoderhalscancer de största dödsorsakerna.

Den sammanlagda åtgärdbara dödligheten skiljer sig stort mellan olika utbildningsgrupper. För män med låg utbildning var den åtgärdbara dödligheten 284 dödsfall per 100 000, och för dem med hög utbildning var den 88 per 100 000. Bland kvinnorna var skillnaderna lika omfattande: 206

Figur 2:36. Hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet

Antal dödsfall per 100 000 invånare efter utbildningsnivå 45–74 år, år 1991–2005.



för dem med låg utbildning och 63 för dem med hög utbildning. I Öppna jämförelser för 2008 studerades åtgärdbar dödlighet för de låg- respektive högutbildade i samtliga landsting [1]. Jämförelsen visar att skillnaderna mellan grupperna finns i alla landsting.

Bakom dessa skillnader ligger naturligtvis olikheter i hälsoförhållanden, vilket också säger något om vilka skillnader i vårdbehov som finns mellan grupperna. Att utjämna dessa skillnader är en stor utmaning för hälso- och sjukvården.

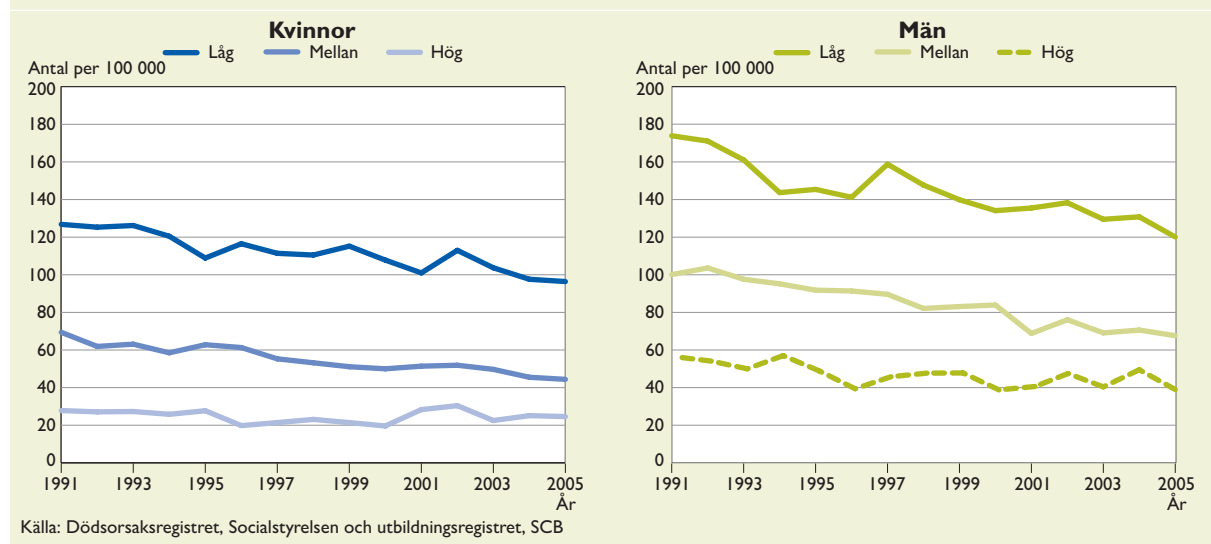
Under de senaste 15 åren har det inte skett några förbättringar i den del av den åtgärdbara dödligheten som har ett samband med hälsopo-

litiska insatser, undantaget män med hög respektive medellång utbildning (figur 2:36). För män med låg utbildning och för kvinnor i samtliga utbildningsgrupper tycks trenden tvärtom vara en försämring. Mot bakgrund av vad som är känt kring olika riskfaktorer kan man dra slutsatsen att försämringen bland kvinnorna till största delen förklaras av en ökad dödlighet i sjukdomar som är relaterade till rökning [22].

Någon större utjämning har inte skett mellan grupperna vad gäller männen. För kvinnor är tendensen att skillnaderna ökat något. Den del av den åtgärdbara dödligheten som kan anses vara mer relaterad till direkt sjukvårdande insatser har

Figur 2:37. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Antal dödsfall per 100 000 invånare efter utbildningsnivå 45–74 år, år 1991–2005.



haft en mer positiv utveckling (figur 2:37). Inte minst gäller detta bland lågutbildade män. Även för kvinnor med kort utbildning har det skett en tydlig förbättring. Såväl för män som för kvinnor tenderar skillnaderna mellan grupperna att ha minskat något under perioden.

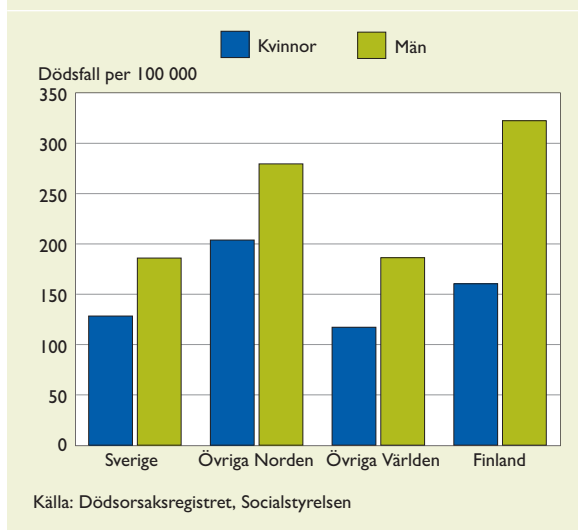
I en tidigare studie av åtgärdbar dödlighet där man jämförde arbetare och tjänstemän kunde endast små skillnader konstateras. Betydande skillnader fanns däremot mellan dem som arbetade och dem som var arbetslösa [23].

I en annan studie tittade man på den åtgärdbara dödligheten bland grupper födda i olika länder [24]. Studien byggde på data från slutet av 1980-talet, och visade att det fanns vissa skillnader när det gällde den delen av åtgärdbar dödlighet som är hälsopolitisk.

Figur 2:38 visar åtgärdbar dödlighet – såväl sjukvårdsrelaterad som hälsopolitisk – relaterad

Figur 2:38. Åtgärdbar dödlighet

Hälsopolitisk och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet efter födelseland 1–74 år, år 2001–2005, (åldersstandardiserat).



till födelseland. Uppgifterna visar att det finns relativt stora skillnader mellan grupperna.

Undvikbara vårdtillfällen – skillnaderna är stora

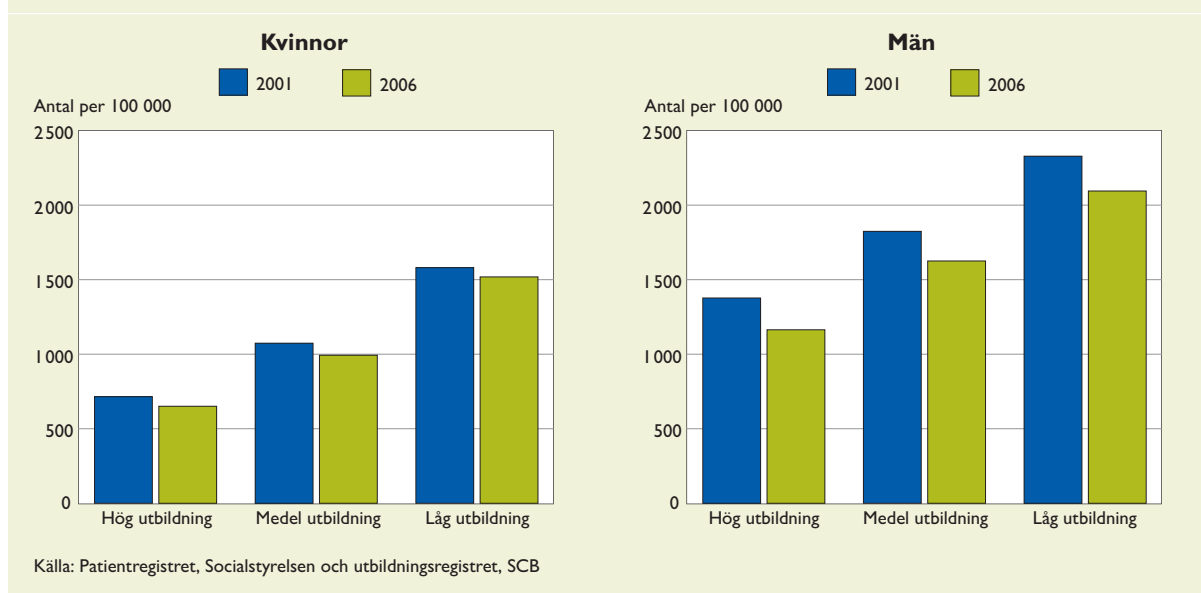
Undvikbar slutenvård är ett mått som avser att mäta effektivitet, tillgänglighet och adekvat omhändertagande för vissa specificerade sjukdomstillstånd inom icke sjukhusbunden vård. Man antar att dessa sjukdomstillstånd i princip kan tas om hand och behandlas inom öppna vårdformer och att man därigenom förhindrar ”onödig” intagning på sjukhus. Bland de diagnoser som ingår finns sådana som främst har bedömts belysa hur väl den öppna vården behandlar kroniska och mer

långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid har bedömts kunna förhindra att personer skrivs in på sjukhus.

Av figur 2:39 framgår att det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och undvikbar slutenvård. Personer med hög utbildning vårdas betydligt mer sällan i den slutna vården för dessa orsaker jämfört med personer med gymnasie- eller enbart grundskoleutbildning. Mellan år 2001 och 2006 har antalet undvikbara inskrivningar per 100 000 vårdtillfällen minskat. Skillnaderna mellan utbildningsgrupperna kvarstår däremot. Vid en regional jämförelse visades att dessa förhållanden gäller i samtliga landsting [1].

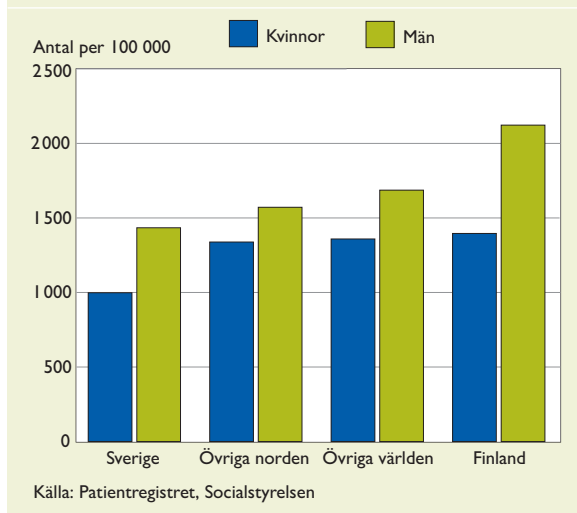
Figur 2:39. Undvikbara vårdtillfällen i slutenvård

Undvikbara vårdtillfällen i slutenvård fördelade på utbildningsnivå och kön 45–74 år, år 2001 och 2006.



Figur 2:40. Undvikbara vårdtillfällen i slutenvård

Undvikbara vårdtillfällen i slutenvård efter födelseland alla åldrar, år 1998–2006.



En uppdelning efter födelseland visar också på skillnader (figur 2:40). Personer födda i Sverige har en lägre andel undvikbar slutenvård än den invandrade befolkningen. Högst andel har personer födda i Finland. För kvinnorna är dock skillnaden liten, medan de män som är födda i Finland har en påtagligt högre andel än andra män.

Skillnader i läkemedelsbehandling

Intervjuundersökningar har visat att patienter ibland avstår från att hämta ut receptförskrivna läkemedel av ekonomiska skäl – trots det högkostnadsskydd som innebär att patienten maximalt betalar 1 800 kronor under ett år [25]. År 2005 uppgav 3 procent i den vuxna befolkningen (3,5 procent av kvinnorna och 2,5 procent av männen) att de låtit bli att hämta ut förskrivna läkemedel.

Av dessa uppgav nästan 40 procent av kvinnorna och drygt 30 procent av männen som främsta skäl att de inte hade råd. Att inte ha råd var vanligare bland ensamstående med barn, personer med sjukersättning, förtidspensionärer och personer med socialbidrag samt arbetslösa [26].

Det finns skillnader i läkemedelsförskrivning mellan grupper med olika utbildningsbakgrund. Dessa skillnader återspeglar i stort sett skillnader i sjuklighet [27]. Vissa undantag finns dock, till exempel när det gäller antibiotika, antimigränmedel och angiotensinreceptorblockerare mot högt blodtryck (till exempel ACE-hämmare). Dessa typer av läkemedel används i högre grad av högutbildade än av dem med lägre utbildning, och skillnaderna motsvaras inte av skillnader i sjuklighet. Högutbildade män använder också oftare medel mot erektionsstörningar än andra, och högutbildade kvinnor använder oftare hormonmedel [27]. Skillnader som inte kan motiveras av ett större behandlingsbehov.

Äldre med lägre utbildning får sämre läkemedelsbehandling

Knappt nio procent av befolkningen är äldre än 75 år. Ändå har denna grupp ordinerats mer än en fjärdedel av alla förskrivna läkemedel. Äldre använder alltmer läkemedel – år 2007 var genomsnittet 5,8 läkemedel per person. Ökningen hänger naturligtvis samman med nya behandlingsmöjligheter och nya typer av läkemedel [28]. Vi tar också upp detta i avsnittet om *Säker vård* samt i avsnittet om *Vård av äldre med omfattande vårdbehov* i rapportens tredje del.

När man använder mycket läkemedel ökar risken för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Äldre är dessutom känsligare för biverkning-

är än yngre, och vissa läkemedel kan vara direkt olämpliga [29]. Figur 2:41 visar några indikatorer på kvaliteten i läkemedelsanvändningen bland dem som är 75 år och äldre, uppdelat på olika utbildningsbakgrund.

Att använda fler än fem läkemedel samtidigt benämns polyfarmaci. Om tio eller fler läkemedel används samtidigt sägs polyfarmacin vara omfattande. Polyfarmaci är vanligare bland kvinnor än bland män, liksom bland lågutbildade jämfört med medel- och högutbildade (figur 2:41). Samma sak gäller för det som vi här klassificerar som olämplig läkemedelsbehandling (vissa kombinationer av läkemedel som kan vara särskilt riskfyllda) [30].

Som framgått använder lågutbildade personer läkemedel i högre utsträckning än högutbildade. Men figur 2:41 visar också att lågutbildade inte be-

handlas med de nya läkemedel som finns på marknaden i lika stor utsträckning som högutbildade.

Skillnaderna mellan män och kvinnor, respektive mellan låg- och högutbildade, kvarstår även då vi tar hänsyn till åldersfördelning och typ av boendeort samt till att sjukligheten ser olika ut i de studerade grupperna [30, 31].

Samma sjukdom – olika behandling

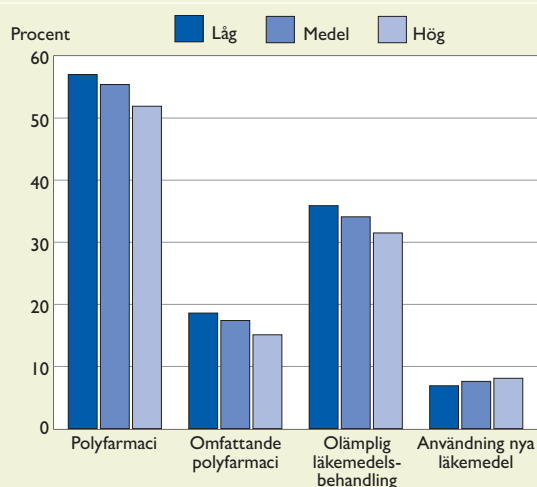
Det finns skillnader när det gäller läkemedelsbehandlingar för olika specifika diagnosgrupper [32, 33]. Socialstyrelsens lägesrapport om hälso- och sjukvården från 2007 [32] visade till exempel att lågutbildade personer och personer med utländsk bakgrund får en mindre ändamålsenlig läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke. Nedan sammanfattas resultaten från dessa analyser. De bygger på uppgifter om läkemedelsanvändningen i juli–oktober år 2005 för personer över 39 år, som legat på sjukhus någon gång under perioden 2003–2004.

Hjärt- och kärlsjukdomar – utbildning och födelseland har betydelse för behandlingen

I stort visar olika analyser att rekommendationerna för läkemedelsbehandling vid olika hjärtsjukdomar tillämpas i hög grad [34].

Figur 2:41. Läkemedelsbehandling av äldre

Läkemedelsanvändningen enligt olika mått efter utbildningsnivå, bland 75 år och äldre i Sverige, år 2005.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB

Rekommenderad läkemedelsbehandling efter hjärtinfarkt

- blodproppsforebyggande medel (ASA)
- läkemedel som underlättar hjärtats arbete (betareceptorblockerare)
- läkemedel som minskar belastningen på hjärtat (ACE-hämmare eller angiotensin II-hämmare, s.k. ARB). ARB är ett dyrare alternativ till ACE-hämmare. Läkemedelssubventionen har numera begränsats på grund av att dessa läkemedel bedömts vara för dyra.
- blodfettssänkande medel

Vid analys av läkemedelsbehandlingen för olika grupper i befolkningen ses dock systematiska skillnader i behandlingen efter hjärtinfarkt:

- Män använder ACE-hämmare i högre grad än kvinnor (41 jämfört med 36 procent).
- Män använder blodfettssänkande medel i högre grad än kvinnor (70 jämfört med 61 procent).
- Kvinnor använder de mer moderna antiotensin-II-antagonisterna (ARB) i högre grad än män, som alternativ till ACE-hämmare (15 jämfört med 12 procent).
- Högutbildade använder blodfettssänkande medel i högre grad än lågutbildade (71 jämfört med 62 procent).
- Svenskfödda hjärtinfarktpatienter använder ASA i högre grad än hjärtinfarktpatienter födda utanför EU (78 jämfört med 75 procent).
- Svenskfödda hjärtinfarktpatienter använder betareceptorblockerare i högre grad än hjärtinfarktpatienter födda utanför EU (77 jämfört med 72 procent).
- Svenskfödda hjärtinfarktpatienter använder ARB i högre grad än hjärtinfarktpatienter födda utanför EU (13 jämfört med 9 procent).

Vidare skiljer sig hjärtsviktsbehandling även mellan låg- och högutbildade. Lågutbildade behandlas i högre utsträckning med loop-diuretika och ACE-hämmare och i lägre utsträckning med ARB. Detta visar att högutbildade med större sannolikhet behandlas med nya, dyrare läkemedel. Dessutom behandlas patienter som är födda utanför EU i lägre grad med betareceptorblockerare och ARB än svenskfödda och de som är födda i Europa (tabell 2:11).

Tabell 2:11. Läkemedelsanvändning vid hjärtsvikt

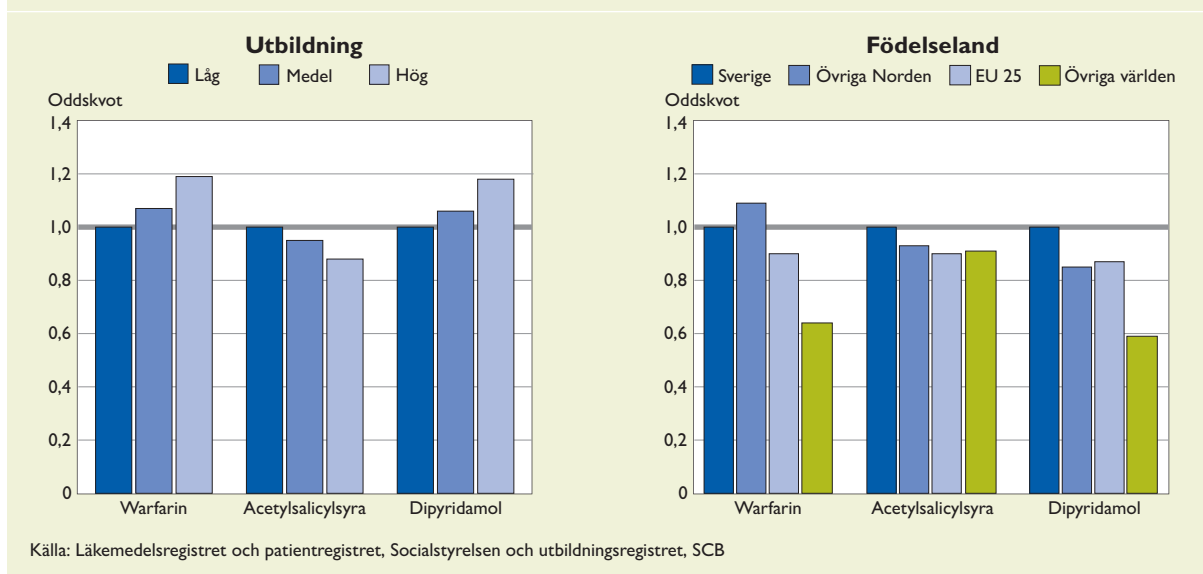
Jämförelse av sannolikhet (odds) för att använda olika läkemedel vid hjärtsvikt med avseende på utbildning och födelseland. Kvinnor och män 40 år och äldre. Odds Ratio (OR). Lågutbildade respektive svenskfödda är referensgrupper OR=1.

		Urindrivande medel (Loop-diuretika)	Betablockerare	ACE-hämmare	ARB
		OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Utbildning	Låg	1,0 (ref)	1,0	1,0	1,0
	Medel	0,88 *	0,96	0,92 *	1,12*
	Hög	0,71 *	1,02	0,90 *	1,29*
Födelseregion	Sverige	1,0 (ref)	1,0	1,0	1,0
	Övr. Norden	1,04	0,91 *	1,02	1,04
	EU25	1,05	0,88 *	1,0	0,98
	Övr. världen	0,92	0,78 *	1,04	0,83 *

*Värdet är statistiskt signifikant

Källa: Analyserna baseras på Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB

Figur 2:42. Jämförelser av sannolikheten (oddsen) för att använda olika läkemedel vid stroke
Jämförelse av sannolikhet (odds) för att använda olika läkemedel vid stroke med avseende på utbildning och födelseland. Kvinnor och män 40 år och äldre. Oddsratio (OR). Lågutbildade respektive svenskfödda är referensgrupp, oddsratio=1.



Vid stroke som orsakats av hjärtinfarkt bör behandling med blodproppsförebyggande medel vara rutin [35]. Enligt Socialstyrelsens analyser behandlas 85 procent av dessa patienter med någon form av blodförtunnande preparat. Även här förekommer skillnader mellan befolkningsgrupper när det gäller val av läkemedel. Till exempel behandlas lågutbildade strokepatienter mer sällan med warfarin och dipyridamol än högutbildade (figur 2:42). Även patienter födda utanför EU använder warfarin och dipyridamol i mindre omfattning

Högutbildade får oftare läkemedelsbehandling vid demens

Demens är en av de vanligaste sjukdomarna bland äldre. Under 1990-talet introducerades flera läkemedel mot Alzheimers sjukdom, som är en av demensdiagnoserna. Behandlingens nytta anses dock vara begränsad [36]. Att dessa läkemedel ändå används motiveras delvis av att det saknas andra effektiva behandlingar och att vissa personer ändå kan få positiva effekter trots begränsade resultat på gruppnivå i studier. År 2005 använde drygt 3 procent i åldern 75–89 år demensläkeme-

del. Trots att demens är vanligare bland lågutbildade så använde högutbildade oftare demensläkemedel än lågutbildade (tabell 2:12) [37, 38].

Tabell 2:12. Demensläkemedel

Demensläkemedel bland äldre, 75–89 år, efter utbildning i Sverige år 2005. Oddskvoter justerade för ålder, kön, boendeort, antal uttagna läkemedel. De lägst utbildade utgör referensgrupp (OR=1). N=645 973

Utbildningslängd i år	Oddskvoter	CI (Konfidensintervall)
≤ 9	1	Jämförelsegrupp
11	1,09	1,05–1,13
12	1,18	1,11–1,25
14	1,20	1,12–1,28
≥ 15	1,26	1,19–1,34

Källa: Analyserna baseras bland annat på läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Schizofreni – lågutbildade får sämre läkemedelsbehandling

Schizofreni är den allvarligaste formen av psykosjukdomar. Schizofreni har sämre prognos än andra psykosjukdomar, och de drabbade får i många fall stora svårigheter att klara det dagliga livet. Risken att insjukna i schizofreni under en livstid är omkring 0,8 procent. I dag finns i Sverige drygt 30 000 personer med schizofreni som behöver någon form av samhällsstöd [39]. Läkemedel är en viktig del i behandlingen och välbehandlade patienter kan ofta leva ett liv med bibehållen livskvalitet. I första hand rekommenderas antipsykotiska läkemedel, och generellt rekommenderas behandling med endast ett antipsykotiskt läkemedel (så kallad monoterapi) [39].

Här redovisas resultatet av en analys som inkluderar 14 000 schizofrenipatienter som var 30–59 år 2005 och fanns i livet den 31 december 2006. De som vårdats i slutenvård med diagnosen schi-

zofreni någon gång under år 1964–2005 och som vid det första vårdtillfället var 18–41 år ingick i analysen. Socialstyrelsen har tidigare utvecklat indikatorer som i denna studie användes för att bedöma kvaliteten på behandlingen [40]:

- andel patienter med minst två olika antipsykotiska läkemedel samtidigt
- andel patienter med äldre antipsykotiska läkemedel
- andel patienter med minst tre olika psykofarmaka (det vill säga antipsykotiska, antidepressiva eller lugnande medel)
- andel patienter som kontinuerligt behandlades med lugnande medel.

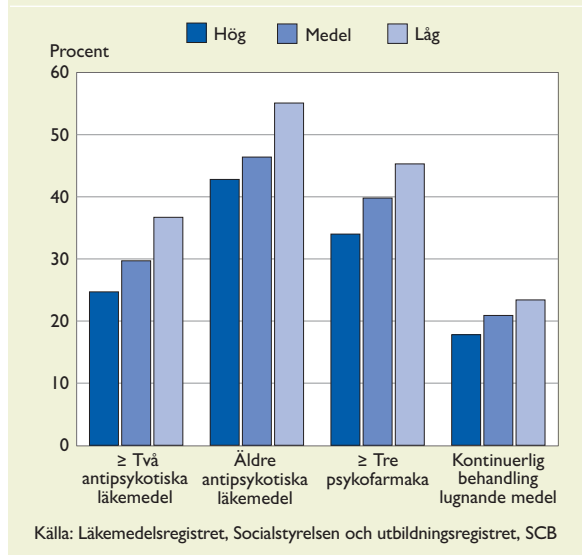
Analysen avsåg de läkemedel som hämtats ut från apotek år 2006. 68 procent av patienterna i studien var ordinerade antipsykotiska läkemedel. 32 procent av männen och 31 procent av kvinnorna använde minst två sorter samtidigt. Vidare behandlades 48 procent av männen och 52 procent av kvinnorna med äldre preparat. I sammanhanget kan nämnas att fördelarna med de nyare antipsykotiska läkemedlen inte är fullständigt klarlagda. Biverkningarna tycks vara färre, men detta kan möjligen bero på doseringen [39]. Av dem som behandlades med något slags psykofarmaka använde 39 procent av männen och 43 procent av kvinnorna minst tre olika preparat. I hela gruppen använde 20 procent av männen och 23 procent av kvinnorna kontinuerligt lugnande medel under år 2006.

I denna relativt unga grupp verkade patienternas ålder ha betydelse framför allt när det gällde om de använde äldre antipsykotiska läkemedel – användningen ökade med stigande ålder. Enligt analysen behandlades lågutbildade patienter med schizofreni mindre ändamålsenligt än medel- och

högutbildade patienter. Störst var skillnaden när det gällde användning av två eller fler antipsykotiska läkemedel, men lågutbildade låg klart högre för samliga indikatorer (figur 2:43). Skillnaderna mellan utbildningsgrupperna kvarstår även efter justeringar för kön, ålder, ålder vid inskrivning på sjukhus, tidsrymd mellan första inskrivning och läkemedelsuttag samt födelseregion och bostadsort.

Figur 2:43. Läkemedelsbehandling vid schizofreni

Läkemedelsanvändning bland schizofrenipatienter 30–59 år enligt olika mått, år 2006.



Skillnaden mellan låg- och högutbildade avseende kvaliteten i läkemedelsbehandlingen var större bland männen än bland kvinnorna. En viss del av skillnaderna skulle kunna förklaras av att de med lägre utbildning har insjuknat tidigare och har fler och äldre antipsykotiska läkemedel ordinerade. Till stor del förklaras skillnaderna troligen också

av att de med högre utbildning kan ha större möjligheter att påverka sin behandling enligt samma mönster som visats för övriga sjukdomar och behandlingar.

Avslutande reflektioner

Svensk sjukvård visar brister när det gäller att uppfylla målet att ge vård på lika villkor. Det finns skillnader mellan befolkningsgrupper såväl när det gäller vårdutnyttjande som när det gäller behandling. Orsakerna till dessa skillnader varierar, och sambanden är komplexa. Vårdutnyttjandet är resultatet av en process där den professionella bedömningen möter patientens, samt hans eller hennes kunskaper om och förtroende för vården. Huruvida vården ges på lika villkor påverkas därför av vårdutbudets omfattning och organisation. En grundläggande förutsättning är också att tillgången till god vård inte påverkas av patienternas ålder, kön och socioekonomiska status dvs. vården ska ges utifrån varje patients individuella vårdbehov.

Vårdbehov är ett relativt begrepp som inte går att fånga med något enkelt mått. Det är därför svårt att uppskatta hur ojämlik vården är i mer exakta termer eftersom man måste ta hänsyn till vad som är känt om både sjukligheten i olika befolkningsgrupper och befolkningens kontakter med vården. Genom att studera utvecklingen över tid är det emellertid möjligt att bedöma om skillnader mellan olika grupper ökar eller minskar.

Analyser av vårdutnyttjandet i olika sociala grupper visar oftast att det finns ett samband mellan social position och omfattningen av kontakterna med vården. När man i analyser justerar för vårdbehov besöker högutbildade vården i högre grad än lågutbildade. När det gäller vårdtillfällen i slutenvård är förhållandet det omvända – perso-

ner med låg utbildning är till exempel inskrivna i slutenvården i högre grad än högutbildade. Denna grupp har också den största andelen ”undvikbar slutenvård”. Det är oklart vad detta beror på och i vilken mån det ”samlade vårdutnyttjandet” speglar vårdbehoven i de olika grupperna. De stora skillnaderna mellan hög och lågutbildade när det gäller ”undvikbar sluten vård” talar dock för att låg utbildning utgör en risk för ett mindre ändamålsenligt omhändertagande i vården. Delar av slutenvården skulle ha kunnat undvikas med ett mer adekvat omhändertagande i öppna vårdformer, inklusive närvård och primärvård.

Vårdens jämlikhet har studerats och analyserats sedan länge. Forskare har utvecklat olika modeller för sambanden mellan hälsa, vårdbehov och vårdutnyttjande. Mot bakgrund av att jämlikhetsfrågan är central i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är det förvånande att uppgifter om till exempel social position inte ingår mer regelmässigt när vården följs upp. För att vi bättre ska kunna följa upp vårdens jämlikhet – med syfte att minska de skillnader som finns – är det viktigt att överväga hur jämlikhetsaspekten ska inkluderas när nya register för att följa vård- och omsorgsverksamheterna utvecklas. Det är också angeläget att se över hur befintliga register kan kompletteras så att det blir lättare att beskriva vården ur ett jämlikhetsperspektiv. Det bör även vara naturligt att belysa jämlikhetsaspekter i vården vid till exempel regelbunden verksamhetsuppföljning på olika nivåer.

Vidare är det angeläget att särskilt undersöka hemlösa och asylsökandes vårdbehov och vårdkontakter. Dessa gruppers förhållanden är svåra att fånga med hjälp av de befolkningsregister som finns, och de har inte heller samma möjligheter som övriga medborgare att delta i enkäter

och intervjuundersökningar. Likaså behöver vi bättre kunskaper om huruvida funktionshindrade får tillgång till vård efter behov, vilket inte alltid verkar vara fallet enligt rapportens avsnitt om *Tillgänglig vård*, där det bland annat framgår att psykiskt funktionshindrade kan vara särskilt missgynnade.

Slutligen kan vi konstatera att ojämlikheten är stor mellan olika grupper på det förebyggande och det folkhälsoinriktade området. Enligt de nationella folkhälsomålen från år 2003 och 2008 ska hälso- och sjukvården arbeta mer hälsoinriktat samt samarbeta med andra aktörer när det gäller att påverka hälsan. Det finns också stöd i hälso- och sjukvårdslagen för en sådan bredare syn på hälso- och sjukvårdens uppgift. Erfarenheterna av de mer avgränsade sjukvårdsindikatorerna inom måttet åtgärdbar dödlighet visar att de uttalade skillnader som tidigare fanns har minskat. Det blir därför en utmaning för hälso- och sjukvården att uppnå motsvarande positiva resultat även på det bredare förebyggande fältet. Ett aktivt jämlikhetsarbete kräver medvetenhet och kunskap om de skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper när det gäller såväl hälsoförhållanden som vårdbehov. Vården måste utformas så att den så långt som möjligt är likvärdig och lika tillgänglig för alla.

Referenser

1. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2008; Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
2. Diaz A. Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; Under utgivning 2009.
3. Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatri. En rapport baserad på hälsodataregistren vid Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
4. Weitoft Ringbäck G, Gullberg A, Hjern A, Rosén M. Mortality statistics in immigrant research: method for adjusting underestimation of mortality. *Int J Epidemiol* 1999;28(4):756–63.
5. Hur mår Du Sverige? Ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige – undersökningar om levnadsförhållanden som underlag i planeringen. Stockholm: Spri; 1982.
6. Vård på lika villkor. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.
7. Haglund B, Rosén M. Sprickor i välfärdsmuren – lågutbildade missgynnas i vården. *Läkartidningen* 1996;93(42):3672–7.
8. Whitehead M, Evandrou M, Haglund B, Diderichsen F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ* 1997;315(7114):1006–9.
9. Folkhälsorapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
10. European Commission. Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283. [citerad 2008-10-30]. Tillgänglig på: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf.
11. Burström B, Nicol Foree L. "Vård på lika villkor?" En litteraturgenomgång av studier av vårdutnyttjande i olika grupper. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2001.
12. SOU 2000:38 Valfärd, vård och omsorg.
13. Burström B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy* 2002;62(2):117–29.
14. Åhs AM, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy* 2006;78(2–3):178–93.
15. Westin M, Åhs A, Brand Persson K, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy* 2004;68(3):333–44.
16. Wamala S, Merlo J, Boström G, Hogstedt C. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(5):409–15.
17. Hälso- och sjukvårdsrapport 2005; Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
18. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
19. Mot en mer jämställd vård och socialtjänst – uppföljning av jämställdheten i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
20. (O)jämställdhet i hälsa och vård: en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2007.
21. Westerling R. Åtgärdbar dödlighet som en indikator i den folkhälsopolitiska uppföljningen: en undersökning av regionala skillnader i Sverige 1989–2003; Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
22. Folkhälsorapport 2009; Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

23. Westerling R, Gullberg A, Rosén M. Socioeconomic differences in 'avoidable' mortality in Sweden 1986–1990. *Int J Epidemiol* 1996;25(3):560–7.
24. Westerling R, Rosén M. 'Avoidable' mortality among immigrants in Sweden. *Eur J Public Health* 2002;12(4):279–86.
25. Vilka avstod från läkemedel år 2000? Orsaker och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
26. Andersson A. Att avstå från receptförskrivna läkemedel – en kartläggning av vem och varför [Magisteruppsats]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2007.
27. Weitoft Ringbäck G, Rosén M, Ericsson Ö, Ljung R. Education and drug use in Sweden – a nationwide register-based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2008;17(10):1020–8.
28. Fastbom J. Äldres läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete (MPA). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
29. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi – Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
30. Haider SI, Johnell K, Ringbäck Weitoft G, Thorslund M, Fastbom J. The influence of educational level on polypharmacy and inappropriate drug use: a register-based study of more than 600,000 older people. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(1):62–9.
31. Haider SI, Johnell K, Ringbäck Weitoft G, Thorslund M, Fastbom J. Patient educational level and use of newly marketed drugs: a register-based study of over 600,000 older people. *Eur J Clin Pharmacol* 2008;64(12):1215–22.
32. Lägesrapport hälso- och sjukvård 2007: Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
33. Ringbäck Weitoft G, Ericsson Ö, Löfroth E, Rosén M. Equal access to treatment? Population-based follow-up of drugs dispensed to patients after acute myocardial infarction in Sweden. *Eur J Clin Pharmacol* 2008;64(4):417–24.
34. Hjärtsjukvårdens processer, resultat och kostnader Stockholm: Socialstyrelsen; Under publicering 2009.
35. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005. Medicinskt och hälsoekonomiskt faktdokument. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
36. Hansen RA, Gartlehner G, Lohr KN, Kaufer DI. Functional outcomes of drug treatment in Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *Drugs Aging* 2007;24(2):155–67.
37. Johnell K, Ringbäck Weitoft G, Fastbom J. Education and use of dementia drugs: a register-based study of over 600,000 older people. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008;25(1):54–9.
38. Karp A, Kåreholt I, Qiu C, Bellander T, Winblad B, Fratiglioni L. Relation of education and occupation-based socioeconomic status to incident Alzheimer's disease. *Am J Epidemiol* 2004;159(2):175–83.
39. Vård och stöd till patienter med schizofreni: en kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
40. Ett kvalitetsperspektiv på läkemedel i psykiatrisk slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.

Effektiv vård – fokus på kompetenssammansättning

Sammanfattning

Det finns stora möjligheter att förbättra sjukvårdens effektivitet genom att i ökad omfattning använda personalens kompetens mer flexibelt och genom omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper. Det finns många exempel på sådana ansatser från verksamheterna.

Med effektivitet menas att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att nå uppsatta mål. Intresset för vårdens effektivitet har ökat, vilket framför allt beror på att hälso- och sjukvården har begränsade resurser, samtidigt som förväntningarna ökar på vården. Hälso- och sjukvården arbetar med att förbättra sin effektivitet bland annat genom att arbeta mot mer sammanhängande vårdprocesser och genom att införa mer kostnadseffektiva behandlingar. Men också genom att på olika sätt arbeta med verksamhetens olika kompetenser och fördelning av arbetsuppgifter. Det handlar exempelvis om att flytta vissa typer av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor efter vidareutbildning eller att införa helt nya personalkategorier i verksamheten. Förändringarna kan göra det möjligt att frigöra arbetstid hos olika yrkesgrupper eller att förbättra vårdkvaliteten. På så sätt kan man arbeta mot en mer effektiv vård.

I författningarna för hälso- och sjukvården finns det bestämmelser som pekar ut vissa arbets-

uppgifter som endast får utföras av vissa yrkesgrupper. Samtidigt befinner sig större delen av arbetsuppgifterna i en gråzon, där det inte finns regler som säger att olika åtgärder enbart tillkommer en viss yrkeskategori. Det finns alltså stora möjligheter att använda personalens kompetens på ett flexibelt sätt.

Forskningen visar att det inte går att dra generaliserbara slutsatser om vad som är optimal kompetenssammansättning, eller vilka effekterna blir utifrån ett patientperspektiv. Förbättringsarbetet bör därför utgå från lokala förutsättningar. Det är också viktigt att pröva nya modeller på ett sådant sätt att erfarenheterna kan sammanställas och utvärderas, så att man kan dra lärdomar inför det fortsatta förbättringsarbetet. När man utvärderar nya arbetsformer är det också angeläget att se vilken patientnytta som genomförda förändringar medför.

Samtidigt som kravet på effektiv vård ökar är det en komplicerad uppgift att analysera och jämföra effektiviteten mellan vårdområden eller huvudmän. Orsakerna hänförs i huvudsak till det förhållandet att metoderna för utvärdering är under utveckling samt att kostnadsdata i stor utsträckning fortfarande saknas. Det står dock klart att det inte finns några tydliga samband mellan höga kostnader och goda resultat.

Inledning

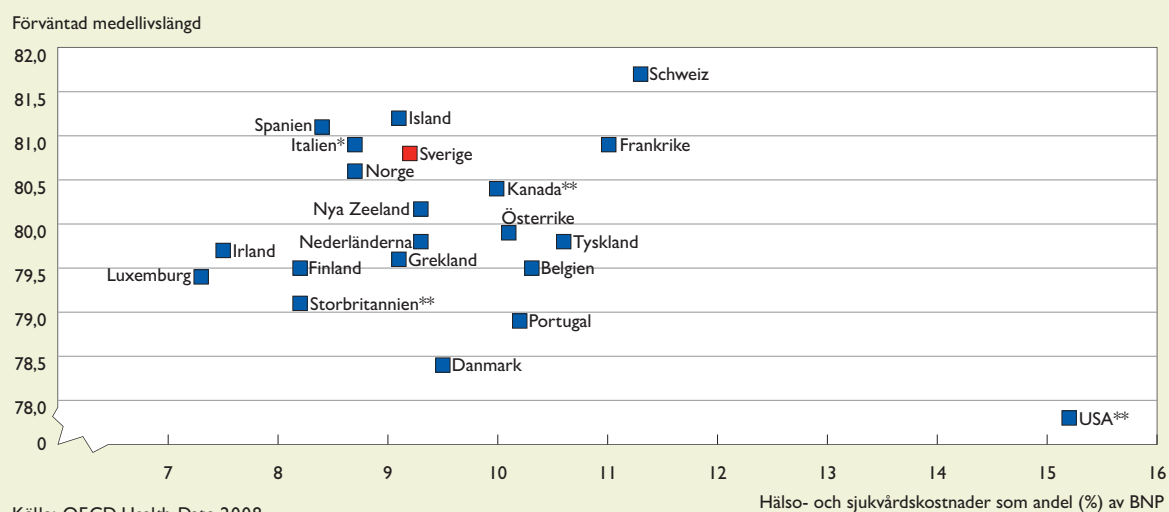
Under senare år har intresset för effektivitet inom hälso- och sjukvården ökat i västvärlden [1–8]. Orsakerna till detta är flera. Teknologisk utveckling, åldrande befolkningar och allmänt höjda förväntningar på vården har tenderat att driva upp hälso- och sjukvårdskostnaderna. Kostnaderna har nästan fördubblats i den industrialiserade västvärlden de senaste trettio åren samtidigt som resurserna är begränsade. Samtidigt har det blivit tydligt att länderna med de högsta hälso- och sjukvårdskostnaderna inte alltid har de bästa resultaten, mätt i exempelvis överlevnad (figur 2:44) [9–12].

När man jämför olika länders kostnader och resultat i hälso- och sjukvården blir det tydligt att en rad faktorer utanför hälso- och sjukvården

påverkar vårdens resultat. Det handlar om levnadsvanor, utbildning och arbetsmarknadsrelaterade faktorer etc. [5]. Annat som uppmärksammas alltmer är skillnader i praxis, ojämlik vård, bristande kvalitet och skador som inträffat inom hälso- och sjukvården. Internationellt sett har det därför ställts ökade krav på att mäta vad man får ut av de insatta resurserna i sjukvården [13–16]. Mycket tyder också på att kraven på en effektiv vård kommer att öka. Detta med hänsyn till den framtida utvecklingen när det gäller resurser och efterfrågan på vård [17].

Med effektiv vård menas att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att nå uppsatta mål [8]. En effektiv vård har alltså hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser. I och med att effektivitet definieras som i vilken grad resurserna

Figur 2:44. Medellivslängd och hälso- och sjukvårdskostnader
Kostnader som andel (%) av BNP jämfört med förväntad medellivslängd år 2006



omvandlas till måluppfyllelse, måste alla hälso- och sjukvårdens olika mål speglas när vårdens resultat följs upp i ett effektivitetsperspektiv. Det betyder att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad och jämlik samt ges i rimlig tid, för att anses vara effektiv. Det betyder också att vårdens resurser måste användas på bästa sätt för att vården ska kunna vara effektiv.

Tidigare hälso- och sjukvårdsrapporter och lägesrapporter och även internationella studier har pekat på svårigheterna med att bedöma vårdens effektivitet [18–20]. Bland annat är det svårt att bedöma hur effektiva vårdprocesserna är och hur effektivt olika huvudmän eller organisatoriska enheter samverkar. Enskilda processer i vården kan vara effektiva, men om delarna inte hänger samman på ett väl fungerande sätt så utnyttjas inte resurserna på bästa sätt. Vården som helhet blir då inte effektiv.

Trots svårigheterna med att mäta vårdens effektivitet pågår fortlöpande diskussioner och arbete kring vilken vård som fås ut, och till vilken kvalitet, för de resurser som sätts in i hälso- och sjukvården [5, 7, 8, 17, 20].

I detta kapitel behandlas hälso- och sjukvårdens möjligheter att använda en mycket viktig resurs, personalen och dess kompetens, på bästa möjliga sätt för att få en effektivare vård. Syftet med kapitlet är också att beskriva några olika metoder och ansatser för att analysera hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Material och metod

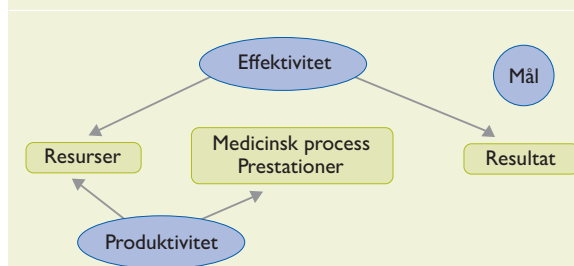
Materialet för detta kapitel består i huvudsak av tidigare publicerade rapporter från Socialstyrelsen och internationella organisationer samt forskningslitteratur. I avsnittet om kompetensanvändning har

Socialstyrelsen också använt författningstexter och systematiska litteraturstudier som underlag. I avsnittet om personal har material hämtats från landstingen, både genom en enkät och genom landstingens FoU-centers webbplatser. Enkäten skickades ut till samtliga landsting under våren 2008. Den handlade om huruvida landstingen gjort förändringar av kompetenssammansättning och rollfördelning mellan olika yrkesgrupper sedan år 2003. I enkäten fick landstingen också ge exempel på förändringar som de genomfört. Syftet var att få en översiktlig bild samt få exempel på hur landstingen arbetat på området. 18 av 21 landsting besvarade enkäten.

Att analysera effektivitet i hälso- och sjukvården

I och med att effektivitet definieras som i vilken grad resurser omvandlas till måluppfyllelse räcker det inte med att koppla samman de insatta resurserna med de prestationer som utförs, eller med de processer som finns för att analysera effektivitet. En sådan jämförelse mäter i stället vårdens produktivitet (figur 2:45).

Figur 2:45. Relationen mellan produktivitet och effektivitet



Källa: Spri 1994

Hög produktivitet är visserligen en förutsättning för hög effektivitet, men för en effektiv vård krävs dessutom att aktiviteterna leder till önskvärda resultat. För att analysera effektivitet måste man alltså ställa resurserna mot vårdens resultat. Resultatet behöver i sin tur vara kopplat till hälso- och sjukvårdens övergripande mål

För att analysera effektivitet behöver man därmed veta något om hälso- och sjukvårdens *resurser* (kostnader), *processer och prestationer* samt *resultat och mål*. Därför är det nödvändigt att hälso- och sjukvårdskostnaderna följs upp på olika nivåer. Att följa hälso- och sjukvårdskostnaderna på nationell nivå, huvudmannanivå och individnivå är en förutsättning för att kunna analysera effektivitet för riket som helhet, på huvudmannanivå och för olika vårdområden.

I dag finns dock inte tillräckligt mycket data för att man ska kunna analysera hälso- och sjukvårdens effektivitet. För att man i framtiden ska kunna göra produktivitets- och effektivitetsanalyser inom enskilda vårdområden måste den individbaserade kostnadsredovisningen förbättras. Det är därför också önskvärt att det finns en individbaserad kostnadsredovisning för samtliga vårdområden. Med detta menas att kostnaderna kan föras till en enskild patient.

Svårt att mäta vårdens effektivitet

Det går inte att enkelt mäta hälso- och sjukvårdens effektivitet med enstaka indikatorer. Detta kan konstateras efter en genomgång av olika länders indikatorbaserade ramverk för uppföljningar [21]. Målen för hälso- och sjukvården är ofta otydliga, och de inblandade aktörerna är ofta oeniga om

hälso- och sjukvårdens önskade resultat. När man jämför olika länder uppstår också frågan huruvida länderna har samma mål för hälso- och sjukvården. Vidare råder oenighet om vilka resultatmått som är lämpliga att använda. Dessutom kan det diskuteras om och hur man ska konstruera sammansatta mått för att mäta till exempel ett hälsosystems effektivitet. Metoder för att analysera effektivitet inom hälso- och sjukvården är alltså fortfarande ett utvecklingsområde.

Det finns två vanliga metodansatser för att analysera effektivitet: ekonometriska (nationalekonomiska) och indexbaserade.

Fördelen med de ekonometriska metoderna är att de kan användas för att analysera stora mängder data. I dessa modeller kan olika faktorer inkluderas som påverkar hälso- och sjukvårdens resultat, och de kan användas för att studera variationer i hälso- och sjukvårdsorganisationers resultat såsom ineffektivitet och mätfel. Dessa metoder är dock mycket komplexa. Samtidigt har de begränsningar som gör att man inte kan förlita sig helt på resultaten för att fatta politiska beslut.

Indexbaserade metoder innebär att insätta resurser och resultat vägs samman till ett enda mått i ett index. Fördelen med sådana index är att det blir möjligt att jämföra till exempel olika verksamheter, länder eller sjukdomsområden på ett relativt enkelt sätt. En nackdel är att indexen är mycket känsliga när det gäller metodval. Exempelvis kan utfallet i hög grad påverkas av hur olika mått viktas när indexet sammanställs. Det blir också problematiskt om underliggande data har svagheter och flera otillförlitliga datakällor vägs samman.

Försök att jämföra genom index

I Sverige och övriga världen har det blivit allt vanligare att göra indikatorbaserade jämförelser av hur väl hälso- och sjukvården fungerar. I takt med att antalet indikatorer har blivit fler har det dock blivit allt svårare att göra enkla jämförelser mellan eller inom länder. Detta har bidragit till att efterfrågan ökat på sammansatta index av den typ som beskrivits ovan, där flera indikatorer vägs samman [22].

De index som finns i dag används huvudsakligen för att göra jämförelser mellan olika länder. En del index ser enbart till kvalitet i hälso- och sjukvården, medan andra också väger insatta resurser för att på så sätt kunna säga något om effektiviteten. Några sådana index har exempelvis tagits fram av WHO och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). En relativt ny aktör inom området är Health Consumer Powerhouse (HCP) som analyserar hälso- och sjukvårdsinformation utifrån ett konsumentperspektiv.

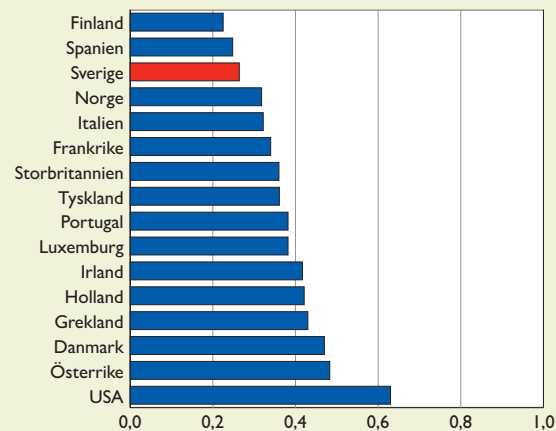
År 2000 publicerade WHO en studie av medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem utifrån resultat och resursanvändning. Indexet innehöll mått på hälsans nivå (DALE), hälsans fördelning inom befolkningen, hälso- och sjukvårdssystemets förmåga att motsvara patienternas förväntningar samt mått avseende fördelningen av hälso- och sjukvårdsfinansieringen inom befolkningen [23]. Rapporten fick dock en del kritik, bland annat eftersom hälsolivån anses påverkas av en rad andra faktorer än hälso- och sjukvården.

SKL presenterade i rapporten Svensk sjukvård i internationell jämförelse index för resursförbrukning och resultat och vägde sedan samman

dessa två index till ett effektivitetsindex [24]. I detta index jämfördes 17 länders relativa effektivitet. Som resursmått använde SKL fyra indikatorer, bland annat antalet läkare per 100 000 invånare och hälso- och sjukvårdens kostnader. Som resultatmått användes betydligt fler indikatorer som till exempel förväntad medellivslängd, antal döda i cancer och andel barn vaccinerade mot mässlingen [24].

Sverige hade enligt SKL:s analys goda medicinska resultat och en resursförbrukning på medelnivå, vilket placerade Sverige på tredje plats i studien. På första plats låg Finland. Finland hade visserligen sämre medicinska resultat än Sverige i SKL:s index, men samtidigt betydligt lägre resursförbrukning utifrån de mått som användes (figur 2:46).

Figur 2:46. Index för olika hälso- och sjukvårdssystemens effektivitet



Källa: SKL 2008

SKL undersökte också hur viktningen av resurser och resultat påverkade slutresultatet. Beroende på hur kvalitet och resurser viktats, rangordnades länderna något olika. Sveriges position påverkades positivt när resultaten viktades högre, medan exempelvis Finlands, Storbritanniens och Danmarks positioner påverkades i negativ riktning. Analysen visade alltså att hur olika mått viktades när indexet konstruerades fick vissa effekter på ländernas resultat i studien.

Ytterligare ett exempel på internationella, indexbaserade jämförelser är de som görs av HCP. Organisationen gör olika analyser av hälso- och sjukvården utifrån ett konsumentperspektiv. Den första jämförelsen inkluderade tolv europeiska länder, och sedan dess har antalet länder utökats. I den senaste jämförelsen från 2008 inkluderades även Kanada [25]. Därmed jämfördes 30 länders hälso- och sjukvårdssystem utifrån fem aspekter: patienträttigheter, väntetid till behandling, resultat, läkemedel och "generositet" (vilka som omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet). Beroende på utfall tilldelades varje indikator poäng, för att sedan viktas samman med övriga indikatorer.

HCP jämförde sedan sitt resultatindex med hur mycket pengar respektive land spenderade på hälso- och sjukvården (i köpkraftsjusterad växelkurs). Detta för att visa vad som erhöles för de investerade pengarna. HCP kallar detta för "value-for-money adjusted score". Sverige hamnade på sjunde plats. På de tre översta placeringarna låg Estland, Nederländerna och Danmark. På grund av metodvalet påpekade HCP dock att resultaten bör tolkas med stor försiktighet.

Gemensamt för denna typ av indexbaserade jämförelser är att datakvaliteten fortfarande är

ojämn. Det går inte heller alltid att jämföra olika länders data. Många studier visar på samband mellan olika indikatorer, men det är svårt att dra slutsatser om enskilda landstings eller länders resultat på grund av den många gånger bristfälliga datakvaliteten.

Sammansatta index är mindre vanliga för jämförelser av hälso- och sjukvården inom ett enskilt land, exempelvis mellan olika hälso- och sjukvårdsområden (motsvarande landsting) eller sjukhus. En metodstudie kring sammansatta mått har gjorts i Sverige inom ramen för Öppna Jämförelser, där landsting har jämförts utifrån processer, resultat och kostnader [26].

Effektiv kompetenssammansättning

Cirka 50 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader är personalkostnader [27, 28]. Det är alltså viktigt att använda personalen och dess olika kompetenser på bästa sätt för att uppnå en mer effektiv hälso- och sjukvård. Dels för att inte använda mer resurser än vad som är nödvändigt, och på så sätt undvika resursslöseri, dels för att uppnå bästa möjliga resultat med de personalresurser som finns.

De senaste decennierna har bland annat intresset för och medvetenheten kring teamarbete ökat i vården, exempelvis inom vården av kroniskt sjuka [29, 30]. Inom forskningen har man också i ökad utsträckning utvärderat nya arbetssätt, exempelvis multidisciplinärt samarbete, jämfört med mer traditionella arbetssätt. Demografiska förändringar, nya patientgrupper och ny medicinsk teknik har också ofta medfört att vården

behövt förändra personalstyrkans kompetens och sammansättning.

Effektiv användning av hälso- och sjukvårdens personal kan uppnås på flera sätt. Ett av dem är att genomföra så kallade skill mix-förändringar. Det betyder att man förändrar dels kombinationen av yrkeskategorier i en personalgrupp, dels rollerna och arbetsuppgifterna bland dessa yrkeskategorier. Syftet är att använda resurserna på det sätt som ger bäst resultat. Skill mix är ett engelskt uttryck som saknar direkt översättning till svenska. På svenska talas i stället ofta om kompetenssammansättning och fördelning av roller och arbetsuppgifter, vilket är de begrepp som används i denna text.

Möjligheterna att omfördela roller mellan yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården är relativt stora. Det finns dock vissa författningsmässiga hinder, men också möjligheter, som tas upp i detta avsnitt.

Olika drivkrafter bakom förändring av roller och kompetenssammansättning

Det engelska uttrycket skill mix handlar alltså dels om kombinationen av yrkeskategorier i en personalgrupp, dels om avgränsningen av roller och arbetsuppgifter bland yrkeskategorierna. Denna typ av förändringar kan åstadkommas på olika sätt:

- En specifik yrkeskategori fördjupar sina färdigheter (specialisering).
- Olika kategorier av personal tar över andras arbetsuppgifter.
- Delegering av arbetsuppgifter från en personalkategori till en annan
- Nya personalkategorier införs.

Drivkraften bakom att genomföra sådana förändringar kan alltså vara en önskan att öka effektiviteten i verksamheten, exempelvis genom att försöka förbättra kvaliteten. Det kan också handla om att det råder brist på en viss typ av personal (se exempelvis [31]).

OECD publicerade år 2004 en rapport om kompetenssammansättning och fördelning av roller och arbetsuppgifter med fokus på sjuksköterskor [32]. Rapporten syftar till att identifiera en policyutveckling inom området i OECD-länderna. Inledningsvis konstaterar OECD att det inte finns någon gemensam utgångspunkt när professionella roller, kompetenssammansättning med mera ska jämföras mellan länder. De typiska eller "normala" gränserna för olika yrkesroller eller för kombinationen av olika yrkeskategorier i en personalgrupp bestäms av en rad faktorer. Sådana faktorer kan vara resurstillgång, lagstiftning, kultur, gammal hävd och klinisk praxis. Den typiska kompetenssammansättningen och fördelningen av arbetsuppgifter varierar i samma omfattning som dessa bestämningsfaktorer varierar mellan länder. De markanta skillnaderna mellan OECD-länderna när det gäller sammansättningen av yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården kan ses som ett utslag av skillnader i olika länders sätt att organisera hälso- och sjukvården.

Buchan och O'May [33] konstaterar också att vad som är en optimal kompetenssammansättning beror på sammanhanget, och kan variera mellan olika vårdområden och vårdinsatser inom organisationen. Att förändra kompetenssammansättning och rollfördelning är inte heller en universallösning

Tabell 2:13. Nya roller och personalsammansättning

Drivkrafter, frågeställningar och möjliga interventioner.

Drivkrafter	Frågeställningar	Möjliga interventioner
Brist på arbetskraft	Hur löser man brist på personal inom specifika yrkeskategorier eller professioner?	Via rollsubstitution, utnyttja tillgängliga färdigheter, utveckla nya roller
Kostnadskontroll	Hur får man bukt med personalkostnaderna?	Reducera kostnaden per anställd eller öka produktiviteten genom att förändra personalsammansättningen
Kvalitetsförbättring	Hur förbättrar man vårdens kvalitet?	Förbättra användningen och spridningen av färdigheter och roller genom att eftersträva bästa kombinationen av yrkeskategorier och roller
Teknologiska innovationer, nya medicinska innovationer	Hur kan man uppnå kostnadseffektiv användning av nya medicinska teknologier och interventioner?	Fortbildning av personal, annan personalsammansättning/mix, ny typ av yrkeskategori
Nya verksamheter i hälso- och sjukvårdssektorn	Hur kan man maximera nyttan av implementering av en ny verksamhet genom att ha lämpligt utbildad personal på plats?	Bedömning av kostnadseffektiv mix av personal, specialisering av nuvarande personal, introducera nya roller
Hälso- och sjukvårdsreform	Hur uppnår man kostnadskontroll, förbättring av kvalitet och prestation; hur ökas hälso- och sjukvårdsorganisationernas förmåga till högre grad av flexibilitet?	Nyprofilering, anpassning av personalstyrkan, nya roller, nya anställda
Förändringar i lagstiftning	Vilket spelrum eller vilka restriktioner finns för förändringar i de olika yrkesgruppernas roller?	Rollförändringar eller fördjupning/specialisering, nya färdigheter behövs, introduktion av nya yrkeskategorier

Källa: J Buchan & L Calman 2004, [32]

på alla de missförhållanden som finns i en organisation. Författarna identifierar också de viktigaste drivkrafterna bakom förändringar i personalsammansättningen (tabell 2:13) samt möjliga interventioner. Dessa drivkrafter utesluter inte varandra, utan i många fall verkar flera drivkrafter samtidigt inom ett givet hälso- och sjukvårdssystem.

Juridiska förutsättningar för omfördelning av arbetsuppgifter

Frågan om vem som egentligen får göra vad är central i diskussionen om hur man kan använda

kompetens och personalresurser på ett flexibelt sätt för att bidra till en effektivare vård.

I allmänhet är det verksamhetschefen eller motsvarande som ansvarar för att personalen har den kompetens som krävs för de aktuella arbetsuppgifterna. Verksamhetschefen representerar vårdgivaren, och det är vårdgivaren som bestämmer vilka verksamheter som ska hållas samman under en chef och vilken kompetens denna chef ska ha.

Arbetet ska fördelas på ett sådant sätt att vården uppfyller de grundläggande krav på hälso- och sjukvården och tandvården som anges i hälso-

och sjukvårdslagen [34], tandvårdslagen [35] och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [36]. En allmän och grundläggande bestämmelse om ansvaret för hälso- och sjukvårdspersonalen handlar om att personalen själv bär ansvaret för hur de fullgör sina arbetsuppgifter. Arbetet ska också utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller de ställda kraven [36]. Det är varje verksamhetschefs ansvar att leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna efter art och svårighetsgrad och med hänsyn till behovet av kompetens och yrkeserfarenhet. Detta inom ramen för de personalresurser och övriga resurser som vårdgivaren ställer till förfogande.

Arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården som inte är regelstyrda kan i princip utföras av vilken legitimerad personal som helst, förutsatt att vederbörande har den kunskap som behövs för att utföra uppgiften på ett korrekt sätt (vilket alltså är verksamhetschefens ansvar). Verksamhetschefen eller motsvarande ska ta ställning till vilka arbetsuppgifter som kan utföras under eget yrkesansvar och vilka som kräver delegering. Verksamhetschefen måste förvissa sig om att yrkesutövaren har relevant utbildning (kompetens) för uppgifterna innan de överläts. För att vården ska vara patientsäker förutsätts då att arbetsordningen är tydlig, att det finns riktlinjer för hur uppgifterna ska genomföras och att arbetet följs upp kontinuerligt.

Det finns bestämmelser som begränsar möjligheterna att fördela arbetsuppgifter. Vissa arbetsuppgifter är till exempel förbehållna vissa yrkesgrupper eller kräver på annat sätt en speciell utbildning, kompetens eller befattning. Uppgifter av detta slag kan inte delegeras till den som saknar

rätt kompetens. Några exempel på sådana uppgifter är sjukskrivning, förskrivning, fastställning av dödsfall samt hantering av blodgivning och blodtransfusion [37].

Rätt att ställa diagnos

Rätten att ställa diagnos eller att beskriva problem är inte reglerad i någon författning [37]. Vanligen görs det dock av läkare eller tandläkare, men i praktiken kan all hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens, om de har tillräcklig kunskap om en sjukdom, en funktionsnedsättning eller en skada. Att ställa en slutgiltig diagnos kan ofta ses som en process där flera yrkesutövare bidrar med sin kompetens. Det är snarare möjligheterna att vidta åtgärder med anledning av diagnosen som skiljer yrkesutövarna åt. Medan en läkare har rätt att ordinera behandlingar av de mest skilda slag har en sjuksköterska inte samma vida rätt. Samma förhållande gäller mellan tandläkare och tandhygienister.

Stora möjligheter att omfördela arbetsuppgifter

Författningsmässigt finns det alltså bestämmelser som anger vissa arbetsuppgifter som endast får utföras av vissa yrkesgrupper. Samtidigt befinner sig större delen av åtgärderna i en gråzon, eftersom det inte finns regler som säger att sådana uppgifter enbart tillkommer en viss yrkeskategori. De som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen är formellt sett kompetenta att utföra de arbetsuppgifter som de har utbildning för.

Yrkesutövare av så kallade oreglerade yrken är inte formellt kompetenta i delegeringsföreskrifternas mening. Exempel på oreglerade yrken är sjukvårdsbiträde, undersköterska, tandsköterska

och ambulanssjukvårdare. Dessa yrkesutövare kan därmed inte heller uppnå formell kompetens genom att fortbilda sig för någon enskild arbetsuppgift på samma sätt som yrkesutövare med legitimation eller godkänd högskoleutbildning. Enligt delegeringsföreskrifterna får till exempel undersköterskor och tandsköterskor inte utföra medicinska arbetsuppgifter¹ under eget yrkesansvar utan att uppgiften har delegerats från en formellt kompetent befattningshavare.

Socialstyrelsen menar att uppgifter troligen delegeras i onödan på grund av att reglerna missförstås. Framför allt gäller detta när läkare delegerar uppgifter till sjuksköterskor som sjuksköterskan får utföra ändå. Likaså delegerar tandläkare antagligen uppgifter till tandhygienister i onödan [37].

Socialstyrelsen har beslutat att se över myndigheternas föreskrifter på området. Detta eftersom delegeringsföreskriften är oklar när det gäller vilka arbetsuppgifter som får överlåtas. Även indelningen i formell och reell kompetens är oklar. Syftet med översynen är att om möjligt förenkla regelverket och att ta bort bestämmelser som inte längre kan anses vara motiverade av patientsäkerhetsskäl.

Forskning kring förändrade yrkesroller – få generella slutsatser

Socialstyrelsen har gått igenom senare års forskning om kompetenssammansättning och rollfördelning. Artiklar publicerade mellan år 1998 och 2008 har gått igenom. En del av resultaten

beskrivs i detta avsnitt, tillsammans med resultat från den systematiska forskningsgenomgång som ingick i OECD:s rapport från år 2004 i ämnet [32]. De flesta studierna är gjorda i de anglosaxiska länderna, med några få undantag.

Både Socialstyrelsens och OECD-rapportens litteraturgenomgång visar att det finns få systematiska översikter och metaanalyser på området. Därför är det svårt att dra säkra generaliserbara eller internationellt baserade slutsatser från litteraturen. Enskilda studier tyder dock på att sjuksköterskor eller barnmorskor många gånger kan ge vård som är likvärdig med den som läkare ger. Tillgängliga data för kostnad och resultat är dock inte tillräckligt robusta för att ge klarhet i hur detta kan påverka bemanningsfrågorna.

Det bör också noteras att de resultatmått som används i studierna avser effekter på kort sikt. Det finns för närvarande få undersökningar som studerat effekter på lång sikt.

Många forskningsstudier handlar om läkare och sjuksköterskor

De tidigare studierna handlade framför allt om rollfördelningen mellan sjuksköterskor och läkare, när sjuksköterskan tar ansvar för någon eller några arbetsuppgifter som läkaren tidigare ansvarat för. De handlade också ofta om den optimala sammansättningen av sjuksköterskor och undersköterskor på olika enheter. Frågeställningar var till exempel om verksamheten effektiviserades genom denna typ av förändringar och hur kostnadseffektivt hälso- och sjukvårdspersonalen kunde användas genom en optimal kompetenssammansättning [32, 39].

Även i senare forskning kvarstår intresset för rollfördelningen mellan sjuksköterskor och läkare. Laurant et al. [40] studerade till exempel

¹ Med medicinska arbetsuppgifter menas enligt delegationsföreskrifterna varje åtgärd som hälso- och sjukvårdspersonal med formell kompetens har att utföra direkt eller indirekt i förhållande till patienter i samband med undersökning, diagnostik, vård eller behandling samt i samband med förebyggande av sjukdomar och skador.

primärvården i en systematisk litteraturstudie för att se över följderna av att sjuksköterskor tog över arbetsuppgifter från läkare – hur detta påverkade bland annat patientutfall som sjuklighet, dödlighet och patientens tillfredsställelse med vården samt sättet att utnyttja medel inklusive kostnader. Resultaten från studien visade inga generella skillnader mellan läkare och sjuksköterskor när det gällde resursutnyttjande, kostnad eller patienternas hälsa. Några av de analyserade studierna fann emellertid att patienterna var mer nöjda med vård som leddes av sjuksköterskor samt att sjuksköterskor tenderade att ge längre konsultation och mer information till patienterna.

I en amerikansk longitudinell studie undersökte Branson och Badger [41] olika aspekter av rollfördelning i primärvården. Resultatet visade bland annat att patienter hade liten förståelse för personalens roller och för vad sjuksköterskor, distriktssjuksköterskor och i synnerhet annan vårdpersonal bidrog med. Patienterna visade en ovilja att se andra än allmänläkare som ”professionella”. Detta såg författarna som ett hinder för att omfördela roller mellan läkare och sjuksköterskor.

Läkare och andra yrkesgrupper

På senare år har studierna också omfattat bland annat rollförändringar mellan läkare och apotekare, läkare och barnmorskor samt läkare och dietister inom väldefinierade kliniska områden. En litteraturöversikt av Beney et al. [42] fann stöd för en expansion och utveckling av apotekarens roll inom hälso- och sjukvårdsförvaltning och rådgivning. Den roll som apotekare har i samhället har expanderat till att omfatta mer än att lämna ut mediciner. Den kan numera innebära att identifiera, förebygga och lösa läkemedelsrelaterade problem samt att uppmuntra en korrekt

användning av läkemedel och bedriva hälsofrämjande arbete och utbildning. Beney et al. hänvisade till några studier med försök från USA som visat att apotekares råd till personer med diabetes eller högt blodtryck förbättrar patienternas hälsa. Författarna drog slutsatsen att farmaceuter bör fortsätta utveckla sina roller när det gäller att ge patienterna råd om läkemedel och att utbilda läkarna om läkemedlen [42].

Det är vanligt att personer med psykisk ohälsa kommer till primärvården. Bland annat kuratorer och psykiatriker arbetar i högre utsträckning än tidigare inom denna vårdform. Därmed har läkarnas kliniska arbete i primärvården förändrats på vissa håll, för att patienterna ska kunna behandlas på plats inom primärvården med hjälp av kuratorer och psykiatriker. Bower och Sibbald [43] har utvärderat effekterna av den här sortens kompetenssammansättning. De fann vissa tecken på att en modell med kuratorer och psykiatriker haft effekter på förskrivarbeteendet, med minskad förskrivning av läkemedel. Resultaten var dock inte tillräckligt entydiga för att kunna generaliseras.

Svenska erfarenheter av förändrade yrkesroller

I dag sker forskningen om kompetenssammansättning och omfördelning av roller i stort sett endast i USA, Storbritannien, Australien och Nya Zeeland. I Sverige saknas i princip forskning på området, även om det är möjligt att hitta enstaka studier som berör hur bemanning och förändrade yrkesroller har lett till professionellt gränsöverskridande (se bland annat [44, 49, 45]).

Som beskrivits i avsnittet om lagar och föreskrifter ovan, är det relativt få arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården som juridiskt sett är reserverade för en speciell yrkeskategori. Ändå finns

ofta outtalade gränser för vilka arbetsuppgifter som ska utföras av de olika yrkeskategorierna. Även små gränsöverskridande förändringar kan väcka stort motstånd från den yrkeskategori som av tradition har utfört en specifik arbetsuppgift.

Drivkrafterna bakom förändring av roller och införande av nya yrkeskategorier i svensk hälso- och sjukvård har varit av varierande slag. Det visar resultaten från en enkät som Socialstyrelsen skickade till samtliga landsting [46]. Exempel på drivkrafter var att

- en specifik yrkeskategori saknades
- man önskade frigöra tid hos vissa yrkesgrupper
- nya verksamheter etablerades
- ny medicinsk teknologi infördes
- verksamheten inte var tillräckligt flexibel
- man försökte förbättra kvaliteten inom specifika områden, exempelvis för äldres läkemedelsanvändning.

I slutet av 1960-talet expanderade den svenska hälso- och sjukvården markant. Då uppstod en situation där efterfrågan kraftigt översteg tillgången på sjuksköterskor inom vissa kliniska specialiteter. Beslutsfattarna på nationell nivå valde att lösa problemet genom att införa en ny personalkategori: assistenten. Assistenten fick bistå inom områden som operation, dialys, röntgen, laboratorium och ögonsjukvård. Till en början fanns ett starkt motstånd från sjuksköterskekåren mot denna förändring, då de nya assistenterna tog över sjuksköterskornas roll i dessa verksamheter, trots att de hade en kortare utbildning (två år). Men motståndet försvann och assistentutbildningarna fortsatte. I dag finns de dock inte kvar, utan numera utbildas sjuksköterskor återigen i

dessa specialistfunktioner. Undantaget är laboratorieverksamhet, där biomedicinska analytiker helt har ersatt sjuksköterskorna. Vidare har röntgensjuksköterskorna fått en modifierad utbildning som leder till legitimation.

Under denna period tillkom också en ny yrkeskategori inom tandvården: tandhygienisten. Tandhygienistens yrkesinriktning är förebyggande tandvård. Tanken bakom utbildning av att utbilda tandhygienister var att en sådan yrkeskategori kunde avlasta tandläkarna i det förebyggande arbetet. Tandhygienisterna har dock mött motstånd från tandläkarkåren – ett motstånd som i viss mån fortfarande finns kvar i vissa grupperingar. Kompetenssammansättning i tandvården diskuteras vidare i avsnittet om *Tandhälsa och tandvård* i rapportens del 3.

Ett klassiskt exempel på breddning av yrkesrollen är när sjuksköterskor, barnmorskor och tandhygienister fick viss forskrivningsrätt. Införandet av forskrivningsrätt för distriktssköterskor föregicks av en mycket långdragen process som inkluderade flera utredningar och försöksverksamhet. Att processen tog så lång tid berodde bland annat på läkarkårens motstånd mot att utvidga forskrivargruppen med sjuksköterskor.

Några exempel i praktiken från svensk hälso- och sjukvård

Som vi nämner ovan har arbetsuppgifter i vården omfördelats då sjuksköterskor övertagit vissa läkaruppgifter, genom att fördjupa sin kompetens och på så sätt bredda sin yrkesroll. Bland annat har sjuksköterskeledda mottagningar utvecklats inom specifika vårdområden. Det kan handla om mottagningar för patienter med sjukdomar som astma, diabetes, hypertoni, infektioner, hjärtsvikt

och stroke (se till exempel [47]). Denna breddning av yrkesrollen är inte författningsreglerad, utan sker under verksamhetschefernas ansvar.

Ett annat område där arbetsfördelningen har förändrats är rektalcancervården. En del av denna vård har övergått från att skötas av läkare till att omhändertas av sjuksköterskor med särskild kompetens, så kallade stomiterapeuter. Den första stomiterapeuten utbildades på 1970-talet, och i dag finns ett hundratal sjuksköterskor med denna kompetens runt om i Sverige.

Vidare finns exempel där sjuksköterskor med särskilt intresse och tilläggsutbildning har tagit över en del av ansvaret för tillgänglighet och kontinuitet i vårdkedjan. En kontaktsjuksköterska kan då utses inför patientens första besök på mottagningen. Sjuksköterskan följer därefter patienten vid kommande besök samt vid uppföljning efter operationen. Tanken är att patienten lätt ska få kontakt med sin kontaktsjuksköterska genom hela vårdkedjan. Med sin utökade kompetens kan sjuksköterskan besvara många typer av frågor och exempelvis bedöma om extra kontroller behövs. Detta kan jämföras med en mer traditionell modell där den ansvariga läkaren också har ansvaret för kontinuitet och kontakt. Den traditionella modellen kan innebära svårigheter för patienten att få kontakt med sin läkare, eftersom många läkare vanligen har begränsad tillgänglighet, till exempel på grund av jour och operation samt ledig tid efter jour [48].

Inom landstingens satsningar har en del förespråkat att farmaceuternas roll i läkemedelshandlingen ska breddas. På lokal nivå har man bland annat haft försöksverksamhet med apotekare på vårdcentraler. Det finns också exempel där apotekare har deltagit i läkemedelsuppföljningar inom

äldrevården, för att komplettera läkarens kunskaper och förbättra kvaliteten i de äldres läkemedelsbehandling [49].

Det finns en rad andra områden där lokala försöksverksamheter med överföring av traditionella läkararbetsuppgifter till andra yrkesgrupper har blivit permanenta verksamheter, men då endast inom vissa kliniker. Exempelvis utbildas sjuksköterskor på några håll i att utföra endoskopi, som annars vanligen utförs av läkare. Svårigheter att rekrytera viss kompetens har också inneburit satsningar på att vidareutbilda exempelvis biomedicinska analytiker till cytodiagnostiker [46]. Ytterligare exempel är

- undersköterskor som utbildats i att utföra vissa laboratorieanalyser
- biomedicinska analytiker som ansvarar för dosändringar av antikoagulantia under pågående behandling med blodförtunnande läkemedel
- sjuksköterskor som gör kontroller och programmering av pacemakers

Samtliga sådana rollförändringar sker under verksamhetschefens ansvar. Det är också vanligt att man arbetar i team inom olika områden. Flera yrkesgrupper arbetar då tillsammans runt patienterna för att uppnå ett bättre omhändertagande.

På flera håll i landet har satsningar de senaste åren också handlat om att införa nya yrkesgrupper inom existerande verksamheter. Bland annat har kuratorer och psykologer börjat arbeta inom primärvården för att möta den psykiska ohälsan. I många landsting har man också gjort insatser för att frigöra tid och resurser genom att överföra icke vårdrelaterade arbetsuppgifter till annan personal än vårdpersonalen [46, 50, 51].

Avslutande reflektioner

För att hälso- och sjukvården ska vara effektiv behöver resurserna utnyttjas på bästa möjliga sätt. Det innebär bland annat att personalresurserna används så att personer med rätt kompetens gör rätt saker vid rätt tidpunkt. Inom hälso- och sjukvården förändras kompetenssammansättningen och fördelningen av roller och arbetsuppgifter kontinuerligt, för att verksamheten ska påverkas på olika sätt. I svensk hälso- och sjukvård har exempelvis vissa typer av arbetsuppgifter flyttats från läkare till sjuksköterskor efter vidareutbildning. Sådana omfördelningar kan bland annat göra det möjligt att frigöra arbetstid hos olika yrkesgrupper och att förbättra vårdkvaliteten. På så sätt kan man arbeta mot en mer effektiv vård.

I den svenska hälso- och sjukvårdsorganisationen, och i tandvårdsorganisationen, är arbetsuppgifterna främst fördelade utifrån olika yrkeskategorier och antaganden om den formella och reella kompetensen. De olika yrkeskategorierna tenderar ofta att slå vakt om ”sina” arbetsuppgifter, vilket kan försvåra rationella lösningar när det gäller arbetsfördelningen. En mindre konservativ syn på arbetsfördelning skulle förmodligen påverka arbetet positivt och förbättra hälso- och sjukvårdens resultat. Här finns alltså en potential att arbeta mer offensivt med denna typ av frågor. Vidare kan svårigheter att rekrytera exempelvis tandläkare och läkare komma att kräva nya organisatoriska lösningar och nyttjande av tillgängliga kompetenser.

Det måste samtidigt poängteras att förskjutningar av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper aldrig får ske på bekostnad av patientsäkerheten. Allt arbete ska utföras i överensstämmelse

med vetenskap och beprövad erfarenhet, oavsett vilken yrkesgrupp som utför arbetet. Patienten ska få en hälso- och sjukvård och tandvård av god kvalitet som uppfyller de ställda kraven.

Forskningen visar vidare att det inte går att dra generaliserbara slutsatser om vad som är en optimal kompetenssammansättning, eller vilka förändringar som särskilt förbättrar nyttan för patienten. Den kan däremot inspirera till förbättringsarbete, som sedan måste utgå från lokala förutsättningar. Vilken kompetens en verksamhet behöver, och hur den ska användas, måste bestämmas utifrån verksamhetens egen kontext. För att förändringar ska kunna ske med god kunskapsunderbyggnad är det angeläget att pröva nya modeller på ett sådant sätt att erfarenheterna kan sammanställas och utvärderas, så att det blir möjligt att dra lärdomar inför fortsatt förbättringsarbete. När man utvärderar nya arbetsformer är det också av särskild vikt att bedöma patientens nytta av förändringarna.

Klart är dock att det finns stora författningsmässiga möjligheter att använda personalens kompetens på ett flexibelt sätt för att organisera verksamheten och underlätta arbetet med att uppnå en tillgänglig och säker vård.

Referenser

1. Arah O.A, et al. Conceptual Frameworks for Health Systems Performance: A Quest for Effectiveness, Quality and Improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 2003(15):377–98.
2. Hurst J, Jee-Hughes M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems, Labour Market and Social Policy Occasional Papers No 47, DEELSA/ELSA/WD 2000:8. Paris: OECD; 2000.
3. Mannion R, Goddard M. Performance Measurement and Improvement in Health Care. *Health Policy*. 2002(1):13–23.
4. Murray C.J, Evans D.B, editors. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organisation; 2003.
5. NUTEK. Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer. R 2008:01. Stockholm: Almega/NUTEK; 2008.
6. Smith PC, editor. *Measuring Up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries*. Paris: OECD; 2002.
7. Sveriges Kommuner och Landsting. Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
8. Sveriges Kommuner och Landsting. Vad får vi för pengarna? – om effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
9. Anderson G.F, Reinhardt U.E. Performance Measurement and Improvement in Health Care. *Health Affairs (Millwood)*. 2003(22):89–105.
10. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper, OECD Health Working Papers No 23, DELSA/HEA/WD/HWP. Paris: OECD; 2006.
11. Leatherman S, Sutherland K. Quality of Care in the NHS of England. *British Medical Journal*. 2004(328):E288–E90.
12. Gapminder. [hämtad 080910]; <http://www.gapminder.org>.
13. Institute of Medicine (IOM). *Crossing the Quality Chasm: Anew Health System for the 21st Century*, Committee on quality of Health Care in America Washington D.C. : National Academy Press; 2001.
14. Johnston D. Increasing Value for Money in Health Systems. *European Journal of Health Economics*. 2004(5):91–3.
15. Retzlaff-Roberts D, Chang C.F, Rubin R.M. Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: a Comparison of OECD Countries. *Health Policy*. 2004(69):55–72.
16. Ray D. Getting Better Value for Money from Sweden's Health Care System, Economics Department Working Papers No 443, ECO/WKP. Paris: OECD; 2005.
17. NUTEK. Sjukvården – en tjänstebransch med effektiviseringspotential. Stockholm: Almega/NUTEK; 2007.
18. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
19. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
20. Agency for Healthcare Research and Quality. *National Healthcare Quality Report*. Rockville M.D: U.S Department of Health and Human Services; 2008.
21. Claesson Wigand R. Effektivitet inom hälso- och sjukvården: kartläggning av modeller och metoder inför Socialstyrelsens fortsatta arbete. PM. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
22. Witell L., Elg M. Att skapa index - Metodutveckling och test baserat på Öppna jämförelser. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2008.

23. WHO. The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2000.
24. Sveriges Kommuner och Landsting. Svensk sjukvård i internationell jämförelse. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
25. Health Consumer Powerhouse/Frontier Centre for Public Policy. Euro-Canada Health Consumer Index, FC policy series No 38. Brussels/Ottawa: Health Consumer Powerhouse/Frontier Centre for Public Policy; 2008.
26. Janlöv N, Emtinger B-E, Magnusson M, Rehnberg C. Att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – En metodstudie baserad på Öppna jämförelser. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
27. Egna beräkningar från Sveriges Kommuner och Landstings kostnadsredovisning för landstingen år 2006.
28. Sveriges Kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
29. Mitchell GK, Brown RM, Erikssen L, Tieman JJ. Multidisciplinary care planning in the primary care management of completed stroke: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2008;9:44.
30. Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Powell Davies G, et al. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *The Medical journal of Australia.* 2008 Apr 21;188(8 Suppl):S53–6.
31. RAK-projektet. Rätt använd kompetens i Västerbottens läns landsting. Rapport nr 7/2005. Stockholm: Trygghetsfonden; 2005.
32. Buchan J, Calman L. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. Paris: OECD; 2005.
33. Buchan J, Ball J, O'May F. Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals. Issues in health services delivery Discussion Paper No.3. Geneva: WHO; 2000.
34. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
35. Tandvårdslag (1985:125).
36. Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
37. Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
38. Mittman D.E., Cawley JF, WH. F. Physician assistants in the United States. *British Medical Journal.* 2002(325):485–7.
39. Buchan J, Dal Poz M R. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization.* 2002(80):575–80.
40. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
41. Branson C, Badger B. Skill mix in general practice. *Primary Health Care.* 2008;18(1):35–40.
42. Beney J, Bero LA, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD000336. DOI: 10.1002/14651858.CD000336.; 2000.
43. Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 4. Art.No.: CD000532. DOI: 10.1002/14651858.CD000532.
44. Linblad Fridh M. Utvärdering av en bemanningsförändring på intensivvårdsavdelning. FoU-rapport 1993:4. Jönköping: Hälsohögskolan; 1993.

45. Rönnerberg. Syrrorna som leder vården. Landstingsvärlden, 17, 23–25. 1995.
46. Socialstyrelsen. Enkätundersökning i landstingen kring förändringar av kompetenssammansättning och rollfördelning i hälso- och sjukvården. 2008. Opubl.
47. Karlsson Mats D. Sjuksköterskebaserad InfektionsMottagning vid Norrahammars vårdcentral. Jönköping: Primärvårdens FoU-enhet, Landstinget Jönköping; 2002.
48. Socialstyrelsen. Flexibel personalanvändning i cancervården. PM. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
49. Schmidt I. Communication and teamwork : studies of the impact on quality of drug use in Swedish nursing homes Uppsala: Uppsala Universitet; 2000.
50. Uppföljning av Patient Närmre Vård – Avdelning 15, Ängelholms Sjukhus. Ängelholm: Ängelholms sjukhus; 2007.
51. Uppföljning av Pilotprojektet Patientnärmre vård (PNV). Stockholm: Södersjukhuset; 2006.

Utvecklingen inom valda områden



Hälsoinriktad hälso- och sjukvård	227
Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar	252
Vård av äldre med omfattande vårdbehov	273
Vård vid nedsatt hörsel	294
Vård vid psykisk ohälsa och sjukdom	305
Vård vid rörelseorganens sjukdomar	322
Behandling av infektioner	336
Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar	351
Diabetesvård	366
Cancervård	374
Vård vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom och astma	385
Vård vid förlossning och gynekologiska sjukdomar	392
Tandvård och tandhälsa	402

Inledning

I denna del av rapporten beskrivs utvecklingen inom några utvalda medicinska områden, där speciell tonvikt har lagts på de stora folksjukdomarna.

Det finns olika sätta att bedöma omfattningen av sjukdomsburden och ett vanligt mått för detta är DALY (Disability Adjusted Life Years). DALY-måttet kombinerar uppgifter om dödlighet och sjuklighet. Det som mäts är den tid som människor förlorar på grund av för tidig död och den tid de tillbringar med nedsatt hälsa och funktionsnedsättning. Förlusten i förlorade år mäts utifrån ett idealstadium av ett liv i full hälsa.

DALY-måttet utvecklades inom Världshälsorganisationens (WHO:s) globala sjukdomsburdeprojekt [1]. De tio sjukdomar som WHO bedömt bidrar mest till sjukdomsburden i Europas höginkomstländer redovisas i tabell 3:1.

Tabell 3:1. Sjukdomsburda i Europa 2004

Topp-tio-lista för de sjukdomar som har störst sjukdomsburda i Europas höginkomstländer beräknat i DALY.

- 1 Depression
- 2 Ischemisk hjärtsjukdom (hjärtinfarkt m.m.)
- 3 Demens-sjukdomar
- 4 Cerebrovaskulära sjukdomar (stroke m.m.)
- 5 Hörselnedsättning, vuxendebut
- 6 Cancer i lunga, luftrör och luftstrupe
- 7 Alkoholmissbruk*
- 8 KOL
- 9 Diabetes
- 10 Artros

*Direkta effekter (fysiska och psykiska) av missbruk och beroende (F10.1–F10.2). Sjuklighet som uppstår till följd av alkohol på längre sikt som t.ex. levercirros och hjärt- och kärlsjukdomar ingår inte i denna post
Källa: WHO 2008 [1]

Sjukligheten och dödlighetens omfattning kan i hög grad påverkas av hälso- och sjukvårdens insatser liksom av samhällets olika insatser inom folkhälsoområdet. Resultatet av dessa insatser kan mätas i *åtgärdbar dödlighet*, som visar på dödsfall där dödsorsakerna skulle kunna ha påverkas med antingen behandlande eller förebyggande insatser.

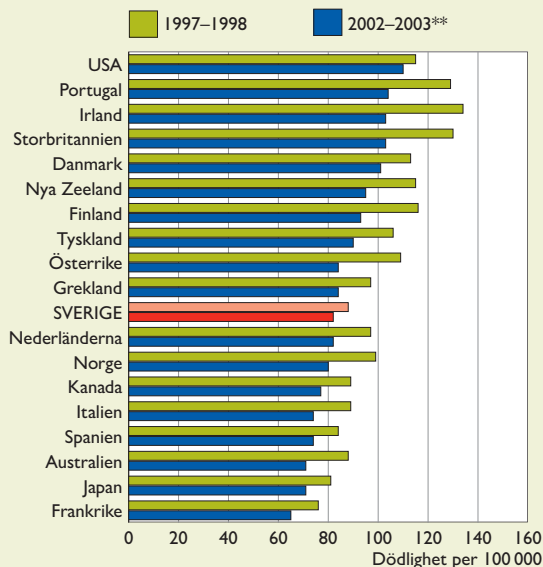
Måttet åtgärdbar dödlighet består av dödlighet vid ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker [2]. En uppdelning görs mellan *hälsopolitisk* respektive *sjukvårdsrelaterad* åtgärdbar dödlighet. *Hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet* avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser såsom förebyggande arbete och olika kampanjer för en sundare livsstil. De vanligaste dödsorsakerna inom detta område är lungcancer, trafikolyckor och levercirros. Den *sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten* består av död vid diagnoser som anses vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser såsom tidig upptäckt och behandling. De vanligaste dödsorsakerna inom detta område är stroke, diabetes och livmoderhalscancer.

Gränsen mellan hälsopolitisk och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet är dock inte helt tydlig. Lungcancer och levercirros har klassats som hälsopolitiska indikatorer eftersom dessa tillstånd i hög utsträckning påverkas av tobaks- och alkoholpolitiken. Men hälso- och sjukvården har också en viktig roll i att förebygga dessa sjukdomar genom att påverka patienternas levnadsvanor i en hälsosammare riktning. Denna roll för hälso- och sjukvården har blivit allt mer uttalad på senare år.

Måttet åtgärdbar dödlighet utvecklades på 1980-talet och det kan ifrågasättas om de valda diagnoserna och den uppdelning som gjorts mellan

Figur 3:1. Åtgärdbar dödlighet i ett antal länder

Hälsopolitisk och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet*, åldersstandardiserad dödlighet per 100 000 invånare.



*I den hälsopolitiska åtgärdbara dödligheten ingår lungcancer, levercirros, trafikolyckor m.m. och i den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten ingår stroke, diabetes, livmoderhalscancer m.m.

**Danmark: 2000-2001; Sverige: 2001-2002; USA och Italien: 2002

Källa: Nolte & McKee 2008 [3]

hälsopolitiska och sjukvårdsrelaterade indikatorer är optimal. Trots detta är måttet användbart för att göra jämförelser mellan länder och över tid.

I en studie från 2008 jämfördes till exempel den åtgärdbara dödligheten för 19 olika länder över en femårsperiod (figur 3:1) [3]. I denna placerade sig Sverige på en genomsnittlig nivå.

I samtliga länder har effektiviteten i insatserna inom såväl hälso- och sjukvården som folkhälsoarbetet ökat i jämförelse med 1997-1998. Sveriges lägre placering 2002-2003 jämfört med

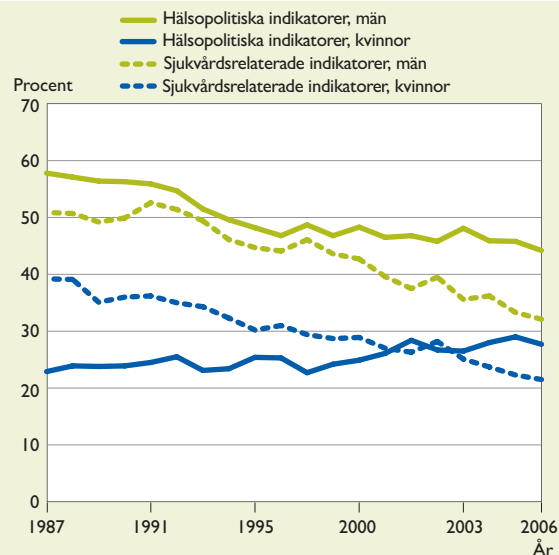
1997-1998 beror på att många andra länder förbättrades mer än Sverige under denna period.

I Sverige har den sjukvårdspolitiska dödligheten minskat under lång tid (figur 3:2). Däremot har den hälsopolitiska åtgärdbara dödligheten inte förbättrats. För de hälsopolitiska indikatorerna för kvinnor ses till och med en försämring, vilket beror på ett ökat antal fall av lungcancer, och för män förefaller den tidigare positiva trenden ha stagnerat något under senare år.

De vårdområden som beskrivs i denna del av rapporten innefattar de tio sjukdomarna med störst sjukdomsburda, enligt tabell 3:1, samt ytterligare några områden. En övergripande beskrivning av

Figur 3:2. Åtgärdbar dödlighet i Sverige

Åtgärdbar dödlighet* i hälsopolitiska respektive sjukvårdsrelaterade indikatorer för kvinnor och män (ålderstandardiserat).



*I den hälsopolitiska åtgärdbara dödligheten ingår lungcancer, levercirros, trafikolyckor m.m. och i den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten ingår stroke, diabetes, livmoderhalscancer m.m.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet görs i det första avsnittet – *Hälsoinriktad hälso- och sjukvård*. Det finns också skäl att belysa hur vården totalt sett fungerar för vissa grupper av patienter och medborgare. Detta gäller till exempel barn och ungdomar vars rätt till hälso- och sjukvård omfattas av särskilda övergripande principer som fastslagits i FN:s barnkonvention. Det gäller också vård av äldre som på grund av sammansatta vårdbehov är särskilt beroende av ett väl fungerande och sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.

Referenser

1. WHO. The Global Burden of disease 2004 update. Geneve: WHO; 2008.
2. Westerling R. Trends in “avoidable” mortality in Sweden 1974–85. J Epidemiol Community Health 1992;46:489–493.
3. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. Health Affairs 2008;27(1):58–71.

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården bör stärka sina sjukdomsförebyggande insatser och sitt hälsofrämjande förhållningssätt. Genom sin kunskap och sitt anseende spelar vården en viktig roll både för individen och för samhället när det gäller att förmedla budskap kring sambanden mellan levnadsvanor och sjukdomsrisker.

En hälsoinriktad hälso- och sjukvård fokuserar på hur verksamhetens samlade insatser ska bidra till bättre hälsa vad gäller minskad dödlighet och sjuklighet och minskat nyinsjuknande, samt förbättrad funktionsförmåga, större välbefinnande och högre hälsorelaterad livskvalitet. Det hälsofrämjande perspektivet har sin teoretiska bas i modern kunskap om psykobiologi. För att stärka detta perspektiv behöver vården utveckla sin beteendevetenskapliga kompetens och sina tvärprofessionella arbetsformer.

Hälsofrämjande insatser är särskilt angelägna för patienter med kroniska sjukdomar och omfattningen av dessa insatser ökar successivt men kan ytterligare förbättras. Även kvalitetsutveckling inom området kan förbättras genom uppföljning av patienters hälsorelaterade livskvalitet. 40 procent av de nationella kvalitetsregistren redovisar sådana mätningar och 20 procent anger pågående utvecklingsarbete för att inkludera dessa mått.

Det blir allt vanligare att patienter får läkemedel i förebyggande syfte. Under perioden 2000–2007 ökade antal förskrivningar av läkemedel mot högt blodtryck med 30 procent, medan förskrivningen av blodfettssänkande läkemedel mer än tredubblades.

Det är inte lika entydigt hur insatserna för att påverka levnadsvanor har utvecklats. 90 procent av patienterna som besökt vården det senaste året uppger att man är positiv till att få frågor om livsstil, medan endast 30 procent uppger att vårdpersonalen tagit upp livsstilsfrågor med dem. Mellan år 2004 och 2007 ökade andelen vårdcentraler som uppgav att de hade rutiner eller program för att påverka levnadsvanor som till exempel rökning, alkohol och fysisk aktivitet.

Möjligheterna att stärka det sjukdomsförebyggande arbetet förbättras i och med att Socialstyrelsen sammanställer kunskap kring metoder för att stödja förändring av levnadsvanor i sitt arbete med nationella riktlinjer. Samtidigt är många medarbetare inom hälso- och sjukvården huvudsakligen utbildade för att behandla sjukdomar. Därför är det angeläget med fortbildning för att öka kompetensen hos professionen så att nya rekommendationer inom området kan tillämpas effektivt.

Ny verksamhet är sårbar, även om den har en stark kunskapsbas och är kostnadseffektiv. Därför är det angeläget att utveckla olika styrformer, avtal och ersättningssystem som stödjer en hälsoinriktning av hälso- och sjukvården. Intresset för att utveckla hälso- och sjukvården i denna riktning tycks öka. Ett uttryck för detta är till exempel den växande andelen landsting och sjukhus som ansluter sig till det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer.

Inledning

En hälsoorienterad hälso- och sjukvård innebär att fokus ligger på i vilken mån hälso- och sjukvårdens samlade insatser bidrar till bättre hälsa, för den enskilde och för befolkningen, genom till exempel minskad dödlighet och sjuklighet, förbättrad

funktionsförmåga, större välbefinnande och högre hälsorelaterad livskvalitet. Denna till synes självklara ansats står dock inte alltid i fokus i debatten om hälso- och sjukvårdens kvalitet och mål.

När den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) trädde i kraft år 1983 jämfördes det förebyggande arbetet med det mer sjukvårdande arbetet, och prefixet ”hälso-” lades till sjukvård. Det ställdes krav på god kvalitet i vården och begrepp som prevention samt samhälls- och miljömedicin och uttryck som att ”sätta patienten i centrum” tillkom. Ansatsen har ytterligare förstärkts genom de folkhälsopolitiska propositionerna från 2003 och 2008. Där berör ett av elva målområden särskilt hälso- och sjukvården, målområde 6: hälsofrämjande hälso- och sjukvård [1, 2].

Skälen till att göra hälso- och sjukvården mer hälsoinriktad har blivit allt starkare. Det vetenskapliga kunskapsunderlaget för en sådan orientering har ökat markant under det senaste decenniet. I det svenska utvecklingsarbetet för uppföljningen av målområde 6 har Världshälsoorganisationens (WHO:s) modell för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård fungerat som utgångspunkt [3, 4]. Denna modell utgår från fyra övergripande dimensioner (se ruta nedan).

Individ och patientperspektiv: Främja en positiv hälso-utveckling hos individer. Utveckla sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser i hälso- och sjukvården.

Befolkningsperspektiv: Främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen. Utveckla kunskapsförmedling och aktivt medverka i folkhälsoinsatser.

Personalperspektiv: Främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen samt öka personalens förutsättningar att arbeta hälsoinriktat.

Styr- och ledningsprocessen: Använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.

Sveriges Kommuner och Landsting har tagit fram en modell för ”Hälsa i bokslut för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning hälso- och sjukvården” som också ansluter till dessa dimensioner [5].

Begreppen hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande används ofta som om de var synonymer, men kan snarare ses som komplementära begrepp [4]. Socialstyrelsen har ett pågående termarbete för att bland annat definiera termerna hälsa, hälsofrämjande och sjukdomsprevention. Termarbetet utgår från WHO:s hälsodefinition från 1945 och innebär en syntes av två dimensioner: ett medicinskt perspektiv efter professionell bedömning av närvaro av sjukdom eller risk för sjukdom, samt ett handlingsteoretiskt holistiskt perspektiv som utgår från individens egen bedömning (figur 3:3) [4].

Figur 3:3. Ett tvådimensionellt hälsoperspektiv



Källa: Folkhälsoinstitutet 2004 [4]

Ur denna hälsodefinition har definitionen för hälsofrämjande åtgärder härletts. Den avser den handlingsteoretiska dimensionen av hälsobegreppet, och begreppet hälsofrämjande beskrivs ofta i termer av de processer som ger individen möjligheter att öka kontrollen över sin egen hälsa. Både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

åtgärder kan vara individinriktade (gentemot individer), befolkningsinriktade (gentemot grupper i befolkningen) eller samhällsinriktade (gentemot samhällsstrukturer) [6].

I detta avsnitt behandlas utvecklingen av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på individ- och gruppnivå i hälso- och sjukvården. Utvecklingen av hälso- och sjukvårdens befolkningsinriktade insatser tas också upp tillsammans med en diskussion kring utvecklingen av styr- och ledningssystem för en ökad hälsoorientering.

Underlag, mått och indikatorer

Som underlag för beskrivningar och analyser har framför allt svensk och internationell forskningslitteratur samt aktuella utredningar och rapporter använts. De olika avsnitten beskriver i huvudsak utvecklingen inom följande områden:

Hälsofrämjande insatser

- exempel på utveckling av empowerment-inriktade metoder
- andel vårdgivare som tillämpar empowerment-inriktade metoder
- andel nationella kvalitetsregister som använder hälsorelaterad livskvalitet som resultatmått.

Sjukdomsförebyggande insatser för individer och grupper

- läkemedelsanvändning i preventivt syfte: blodtryck och blodfetter
- ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen
- rutiner och program för att påverka levnadsvanor
- råd från vårdpersonal
- alkoholförebyggande insatser.

Insatser för befolkningen

- täckningsgrad i det allmänna vaccinationsprogrammet
- screening – tidig upptäckt av latent sjukdom: mammografi
- riktade hälsoundersökningar
- skadeprevention.

Styr- och ledningsprocesser i landstingen

- utveckling av hälsoorientering i styrdokument – ”hälsa i bokslut”
- landstingsbeslut om hälsoorientering.

Ett hälsofrämjande perspektiv – forskning och tillämpning

Psykobiologin bidrar med ny kunskap

Personer med god självskattad hälsa lever längre och löper mindre risk för att bli sjuka än personer som skattar sin hälsa som dålig. Detta kan inte till fullo förklaras av sjukdom eller med traditionella diagnostiska metoder [7, 8]. Däremot kan det relateras till personliga psykosociala resurser, såsom tillit till egenförmåga, så kallad copingförmåga, självförtroende, känsla av sammanhang, hopp och framtidstro [7, 8]. Den skyddande effekten på sjukdomsutveckling kan härledas till psykobiologiska mekanismer [7–10]. De psykosociala resurserna, både personliga resurser som coping och tillgång till socialt stöd och sociala nätverk, har en stor betydelse för individens förmåga att klara påfrestningar i livet (stressorer) [11–14]. Dessa resurser bidrar till både minskat insjuknande och förbättrad överlevnad [15–18].

Dessa samband forskar man om inom psykobiologin, som har vuxit explosionsartat under de senaste 25 åren. Forskningen rör särskilt hur psy-

kologi och upplevd verklighet påverkar nervsystem, immunsystem och stresssystem [15–17]. Man har funnit att personer med god copingförmåga har bättre reglering av stressrelaterade hormoner samt lägre nivåer av kroppsegna ämnen (till exempel inflammationsmarkörer) som relateras till sjukdomsutveckling [18–20]. Personer som uppger höga nivåer av hopplöshet, utmattning eller depression har däremot högre nivåer av inflammationsmarkörer [21]. I mitten av 1990-talet visade forskningen att nervceller i våra hjärnor kan nybildas och att denna process är central för att vi ska behålla vår kognitiva funktion och emotionella stabilitet [22].

Det finns också ett stort empiriskt stöd för att sjukdomsprognosen kan gynnas om den drabbade har en positiv förväntan på tillfrisknande – i betydelsen tillförsikt, tillit, hopp och framtidstro. En studie av patienter som opererats för diskbråck visade till exempel att de patienter som hade gott hopp om att bli friska hade en bättre reglering av stresshormoner men också mindre smärta efter operation [23]. På samma sätt kan bristande hopp om bot och bättring samt ”inlärld hjälplöshet” påverka behandlingsresultatet [24]. En rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering visar också att brist på god kommunikation mellan vårdare och patient, där patientens grundproblem inte kommer i dagen, inte bara leder till en besviken patient, utan också till onödiga remitteringar, återbesök och dyrare vård [25].

Metoder för att stödja patientens tilltro till sin egen förmåga

Insatser för att stödja patientens tilltro till sin egen kraft kallas empowerment [26–29]. Empowerment-processer grundas i en människosyn där sjukvårdens hierarkiska förhållningssätt bryts till

en horisontell maktbalans, där patienten blir ”medproducent i sin egen hälsoutveckling” [4, 27, 30].

Motiverande samtal är en metod som i dag används i en rad länder som stöd för vårdprofessioner att hjälpa patienter att förbättra sina levnadsvanor. Den teoretiska basen utgår från att individens motivation och beredskap för förändring är avgörande för framgång [31]. Arbetsformen bygger på en dialog, där behandlaren hjälper individen att reflektera över sin ambivalens. Detta görs för att individen medvetet ska kunna ta ställning och fatta beslut som grundas i den egna motivationen [32].

Metoden används bland annat inom det så kallade Riskbruksprojektet som syftar till att öka hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper om alkoholförebyggande insatser (se vidare sidan 212). Den är också en central komponent i det samlade konceptet för att stimulera ökad fysisk aktivitet: fysisk aktivitet på recept (FaR) [33]. Dessutom har den visat sig värdefull när man behandlar personer med ätstörningar och diabetes [34].

Din egen bok om hälsa är en metod för personlig hälsodokumentation. Metoden bygger på att individen själv gör bok om sin hälsostatus. På så sätt får individen bättre kunskap om och större intresse för sin egen hälsa, och därmed bättre tillit till sin förmåga. Metoden har stor spridning i många länder, och i primärvården i Dalarna har man utvecklat den och tillämpar den med fokus på ungdomar [35].

Mödravårdscentraler (MVC) och barnavårdscentraler (BVC) har en lång och stark tradition i Sverige. De har en viktig uppgift i att tidigt identifiera riskfaktorer för förlossningsproblem eller sjukdomstecken. Men på MVC och BVC ges också hälsofrämjande stöd till det ofödda och växande barnet. Blivande och nyblivna föräldrar kan

stärkas genom att få information om det ofödda och växande barnet, och genom uppmuntran till delaktighet. Viktiga komponenter är till exempel föräldrars förväntningar och erfarenheter av ultraljudsundersökning under graviditeten samt deras känsla av trygghet efter förlossningen [36].

Empowerment-orienterade interventioner i form av patientskolor och beteendemedicinsk behandling vid kronisk sjukdom har de senaste åren börjat tillämpas på sjukhus och vårdcentraler. Det finns patientutbildningar och patientskolor med inriktning på hjärtrehabilitering, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), astma, reumatoid artrit, kronisk njursjukdom och smärta kopplad till sjukdom i rörelseorganen. Mest omfattande är det vetenskapliga underlaget och evidensen för diabetespatienter [37, 38], men enskilda kontrollerade studier har också visat dokumenterade effekter av dessa insatser hos patienter med andra typer av kronisk sjukdom som KOL, njursvikt och artros [39–41].

Kognitiv beteendeterapi har använts framgångsrikt i en rad interventioner. Terapin har nu också visats kunna ske i kostnadseffektiva former med hjälp av självinstruerande litteratur, till exempel för patienter med besvär av tinnitus [42]. Metoderna visar sig också fungera väl via Internet [43].

Vidare finns sedan länge gruppverksamheter där kuratorer ger mer omfattande och strukturerat stöd åt patienter med långvariga besvär eller med livshotande och allvarligt handikappande sjukdomar.

Det finns också anhöriggrupper, särskilt inom den palliativa vården, inom psykiatri liksom för barn till psykiskt sjuka föräldrar. Att involvera närstående och bygga nätverk runt patienten har

två aspekter: dels har en persons närstående och nätverket betydelse för hans eller hennes vård och hälsa, dels behöver man se de närstående som individer med egna behov [44]. I detta arbete är även utbildningsinsatser för medarbetare ett viktigt område.

Allt fler vårdgivare tillämpar empowerment-inriktade metoder

Medlemssjukhusen i det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer har sedan 2003 genomfört årliga indikatoruppföljningar av den hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamheten vid sjukhusen. I uppföljningen tillfrågas medlemsorganisationerna om i vilken utsträckning de tillämpar ”metoder för att tillvarata patienternas eget initiativ i arbetet för sin egen hälsa” (empowerment-inriktade metoder). År 2003 svarade hälften av sjukhusen att detta enbart skedde ”sporadiskt”, det vill säga i mindre än 25 procent av verksamheten. I januari 2009 angav däremot två tredjedelar av medlemsjukhusen att detta tillämpades i mer än hälften av verksamheten [45]. Svaren rapporteras utifrån en tydlig manual där medlemsorganisationerna själva anger vilka metoder de använder. De angivna metoderna innefattar de som beskrivs i avsnittet ovan.

Hälsorelaterad livskvalitet – ett centralt mått på vårdens resultat

Om vi menar att patientens egenupplevda hälsa är viktig, är det angeläget att mäta vårdens resultat – inte bara i kliniska och laboriemätta somatiska utfall, utan också i termer av patientens självskattade hälsa och hälsorelaterade livskvali-

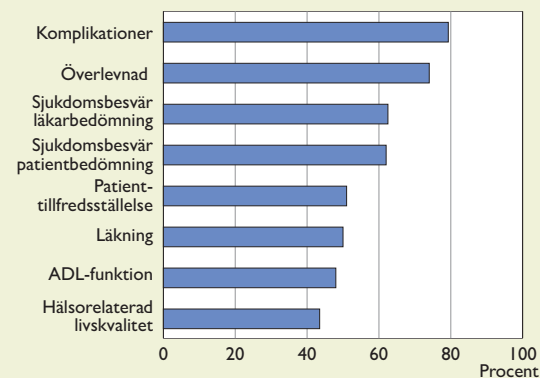
tet [41–44]. Det finns validerade mått för detta i såväl generisk som sjukdomsspecifik form.

De generiska måtten mäter fysisk, psykisk och social funktionsförmåga utan hänsyn till specifik diagnos. Därmed blir det möjligt att jämföra olika sjukdomsgrupper. De mest välkända instrumenten är EQ-5D och SF-36 [46, 47]. Dessa är etablerade i forskningssammanhang, men det är inte lika vanligt att de används i ordinarie verksamhet. Bland annat har man ansett att det är för ”svårt”, att det tar för mycket tid eller att man tror att patienten inte vill [48]. Instrumenten kan vara för krävande för vissa patientgrupper, till exempel för patienter med svår trötthet och kognitiv svikt. Därför finns det behov av att utveckla mycket enkla instrument för att uppskatta dessa patienters livskvalitet. För de flesta patienter fungerar dock instrumenten väl. I en svensk studie av medelålders och äldre sjukhuspatienter tyckte patienterna att det är viktigt att hälso- och sjukvården använder denna form av instrument som man fann både lätta att förstå och besvara [49]. Det har visat sig att denna form av resultatmått fungerar väl att använda rutinmässigt. En hög svarsfrekvens har tolkats som uttryck för att patienterna värdesätter att bli involverade [50]. Det är dock angeläget att instrumenten också används som en bas för att utveckla verksamheten [51].

Nationella kvalitetsregister är i dag ett av vårdens viktigaste redskap för kvalitetssäkring och verksamhetsutveckling. År 2008 hade 65 register en verksamhet med tillräcklig omfattning och kvalitet för att få statligt stöd. Resultatmåtten har successivt utvecklats – från att för cirka 10 år sedan huvudsakligen innefatta mått på överlevnad och död, innehåller huvuddelen av registren

Figur 3:4. Resultatmått i nationella kvalitetsregister

Andel register med olika typer av resultatmått år 2008.



Källa: Nationella kvalitetsregister 2008 [52]

nu mer sammansatta mått. Drygt 40 procent av registren anger att de i dag regelmässigt registrerar hälsorelaterad livskvalitet (figur 3:4). De flesta av dessa anger generiska mått, framför allt EQ-5D. Flera använder också SF-36, medan några register anger sjukdomsspecifika livskvalitetsinstrument. Ytterligare 20 procent av registerhållarna rapporterar att de arbetar för att genomföra denna form av mått [52].

Kvalitetsregistren har flera viktiga uppgifter, bland annat att illustrera skillnader i vårdkvalitet. Den kanske viktigaste uppgiften är att skapa incitament och en kunskapsbas för verksamhetsutveckling och förbättringar. Detta beskrivs i dag huvudsakligen vad gäller processmått och somatiska resultatmått, men utvecklingsarbete pågår för att också utveckla insatserna avseende patientrelaterade utfallsmått.

Sjukdomsförebyggande insatser för individer och grupper

Sjukdomar kan förebyggas på olika nivåer och med olika metoder. Sjukdomsförebyggande metoder innefattar medicinsk behandling, till exempel vaccination eller läkemedelsbehandling, av blodfetter eller blodtryck, beteendevetenskapliga metoder för att främja goda levnadsvanor samt samhällsinriktade metoder för att minska risker för skada eller sjukdom.

Hälso- och sjukvården har i dag väl utvecklade insatser för vaccination och läkemedelsbehandling, men insatserna är svagare när det gäller levnadsvanor och samhällsinsatser.

Förändring av levnadsvanor – ökad kunskap om kostnadseffektiva metoder

I Världshälsoorganisationens (WHO:s) Europastrategi för icke-smittsamma sjukdomar (till exempel hjärtinfarkt, diabetes, cancer) fastslås att nära 60 procent av sjukdomsörskan vad gäller dessa sjukdomar, mätt med DALY:s, kan kopplas till sju riskfaktorer [53, 54]. Fyra av riskfaktorerna har att göra med levnadsvanor: tobaksbruk, alkoholoriskbruk, lågt frukt- och grönsaksintag samt fysisk inaktivitet. De tre övriga riskfaktorerna är fysiologiska och beror till stor del av levnadsvanor: högt blodtryck, högt blodkolesterol och övervikt. Samma riskfaktorer återfinns över hela Europa, även om rangordningen kan variera mellan länder.

Argumenten för att arbeta för goda levnadsvanor är starka. Hindren har varit bristande kunskap om hur detta skulle kunna ske, men nu utvecklas kunskapen på området snabbt. Statens beredning för medicinsk utvärdering har till exempel visat att insatser inom hälso- och sjukvården för rökavvänjning och mot riskfylld alkoholkonsumtion

har säkerställda hälsoeffekter [55, 56]. Två nyligen publicerade avhandlingar visar också att konceptet fysisk aktivitet på recept är en metod som fungerar i praktisk tillämpning [33, 57].

Det kan vara svårt att prioritera interventioner som stödjer goda levnadsvanor, då effekterna ofta uppstår på lång sikt. Ny kunskap visar dock att man till exempel kan se effekter av rökstopp på blodets leveringsförmåga redan efter några dagar [58]. I kontrollerade kliniska försök har man visat att rökstopp inför en knä- eller höftprotesoperation kan minska operationskomplikationerna [59]. Samma sak gäller för alkoholstopp före en operation av kolorektal cancer [60]. Vidare har fysisk aktivitet före rygghirurgi visat sig leda till kortare vårdtider och reducera antalet vård dagar – en omedelbar kostnadsbesparande effekt [61].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 dokumenteras den höga evidensnivån för insatser avseende levnadsvanor [62]. Rekommendationerna är att hjärtfriska patienters levnadsvanor vad gäller tobak, fysisk aktivitet, matvanor och alkohol bör dokumenteras i ökad utsträckning i samband med sjukvårdskontakt. Hälsoekonomiska analyser visar att både påverkan av levnadsvanor och läkemedelsbehandling för att förebygga hjärtinfarkt är kostnadsbesparande.

Till skillnad från läkemedelsbehandling påverkar ändrade levnadsvanor en rad sjukdomar. Rökstopp minskar till exempel risken för hjärtinfarkt, en rad cancersjukdomar samt kronisk obstruktiv bronkit. Ökad fysisk aktivitet minskar inte enbart risken för hjärtsjukdom utan har också positiva effekter när det gäller till exempel muskelstyrka, balansfunktion och sömnkvalitet [63].

Att insatser för att få patienter att sluta röka är kostnadseffektiva är väl belyst i ett stort antal

hälsoekonomiska studier. Sådana insatser leder till kostnadsbesparingar eller har en mycket låg kostnad per vunnet levnadsår (QALY, Quality Adjusted Life Years), oftast under 10 000 kr [64]. Vidare finns ett 30-tal hälsoekonomiska analyser av insatser som främjar fysisk aktivitet, och ett 10-tal analyser av insatser som främjar goda matvanor [65, 66]. Det är dock svårt att sammanfatta resultaten på ett enkelt och konkret sätt, eftersom studierna skiljer sig åt när det gäller till exempel metoderna att främja goda levnadsvanor, patientgrupper och analysmetoder.

Många analyser har beaktat effekterna på hjärtsjukdom och ibland också på diabetes typ 2, men inte på andra sjukdomstillstånd. Med dessa två sjukdomsgrupper som utgångspunkt varierar kostnadseffektiviteten från en besparing till 100 000 kr i kostnad per vunnet levnadsår (QALY). Kostnadseffektiviteten tenderar att öka när patientgruppen har sämre hälsa eller löper ökad risk för ohälsa. Främjande av goda matvanor och fysisk aktivitet bland patienter med metabolt syndrom eller bland äldre patienter leder sannolikt till besparingar.

Hälso- och sjukvården har också potential att utveckla sjukdomsförebyggande insatser i många andra avseenden. Det kan till exempel handla om sekundärprevention av fall hos äldre som haft höftfraktur. Rädsla för att falla igen hindrar många patienter från att återgå till ett fullgott liv [67]. Fallrisken har visat sig minska av såväl patientskolor med muskel- och balansträning som hembesök med riskgenomgång [68]. Denna form av insatser utvecklas i dag med stöd av nationella kvalitetsregister [69, 70]. Vidare har det visat sig framgångsrikt att utveckla rutiner för att tidigt

identifiera riskindivider för att förebygga undernäring och liggsår hos sjukhusvårdade patienter.

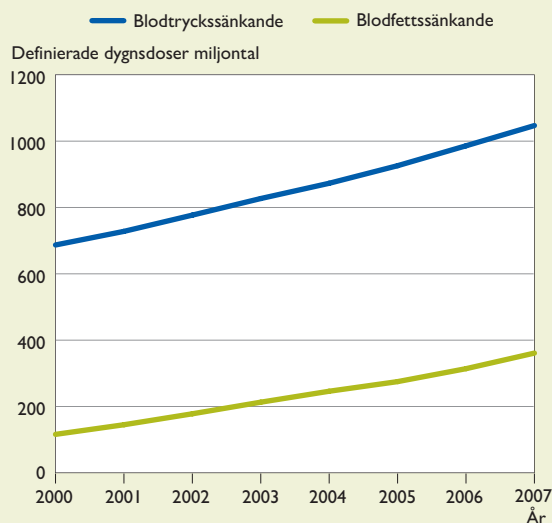
Socialstyrelsen arbetar med riktlinjer för metoder att stödja förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna kommer att bli ett viktigt stöd i prioritering av insatser för att stödja patienter att ändra ohälsosamma levnadsvanor. En första version av riktlinjerna planeras att publiceras under 2010.

Läkemedelsanvändning i förebyggande syfte fortsätter att öka

Läkemedel används mer och mer i förebyggande syfte, både som primär- och sekundärprevention. Ett exempel ges i figur 3:5.

Figur 3:5. Blodtryckssänkande och blodfettssänkande medel 2000–2007

Definierade dygnsdoser i miljontal.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Under perioden 2000–2007 ökade antal förskrivningar av läkemedel mot högt blodtryck med 30 procent, medan förskrivningen av blodfettssänkande läkemedel mer än tredubblades. För många är blodtrycksmedicinering och blodfettssänkande mediciner livräddande. Orsaken till deras omfattande användning är att det finns god kunskap som visar att medicinen förebygger hjärtinfarkt och stroke [62].

Denna kunskap bygger dock på statistiska beräkningar i kliniska prövningar hos noggrant utvalda patienter. Resultaten kan därför inte med säkerhet sägas gälla en ”vanlig” patient som kanske har flera sjukdomar, många läkemedel och som behandlas under lång tid. Riskbedömningen är dessutom beroende av patientens totala ”risk”. Som stöd för beslut att behandla med läkemedel har man utvecklat olika hjälpmedel, till exempel ”Score” och liknande instrument som ger en sammanvägd bedömning av individens individuella risk [71].

En läkare bör ge råd om sunda levnadsvanor innan han eller hon tar ställning till eventuell läkemedelsbehandling för lätt och måttlig hypertoni eller hyperlipidemi (överskott av fettämnen i blodet) [62]. Denna rekommendation har funnits sedan länge. Den grundas i att individens matvanor, fysiska aktivitet och alkoholvanor påverkar blodfetter och blodtrycksnivåer.

Ohälsosamma levnadsvanor vanligare hos utsatta grupper

Begreppen levnadsvanor och livsstil används inte sällan synonymt. Levnadsvanor är dock mera specifikt än livsstil och avser beteende i en begränsad situation eller aktivitet. Sjukdomsförebyggande

åtgärder rör vanligen levnadsvanor associerade med mat, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, sömn och sexualitet. Ibland används ordet livsstil när det egentligen handlar om levnadsvanor. Termen livsstilssjukdom syftar till exempel på sjukdom som grundar sig i en eller flera levnadsvanor [6].

Sedan 2004 genomför Statens folkhälsoinstitut varje år undersökningen ”Hälsa på lika villkor” i samarbete med olika landsting och regioner [72]. Det är en landsomfattande enkätundersökning om hälsa och livsvillkor. I det nationella urvalet har 10 000–20 000 personer i åldrarna 16–84 år ingått, och i det regionala urvalet 34 000–83 000 personer i samma åldersgrupper. Enkäten ställer bland annat frågor om kost, fysisk aktivitet, övervikt, alkohol, rökvanor och stress.

I tabell 3:2 redovisas några resultat från enkäten. Bland annat framkommer att kvinnor äter frukt och grönt i större utsträckning än män, men också att det är vanligare att kvinnor röker dagligen. Riskabla alkoholvanor är vanligare hos män: 17 procent har sådana vanor, jämfört med 10 procent hos kvinnorna.

Tabell 3:2. Ohälsosamma levnadsvanor

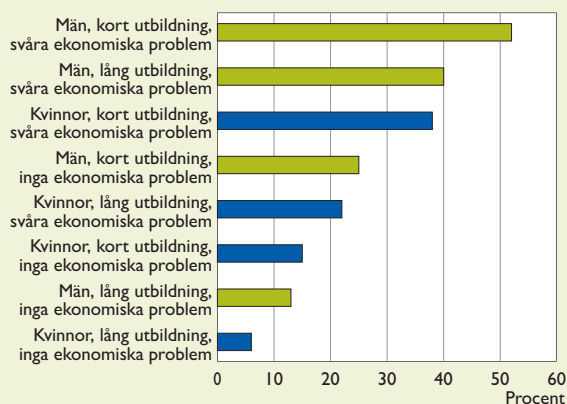
Procentuell andel i åldrarna 16–84 år med ohälsosamma levnadsvanor, år 2004–2007.

	Kvinnor	Män	Riket
Lite frukt och grönt	17	35	26
Dagligrökare	17	13	15
Stillasittande fritid	13	14	14
Riskabla alkoholvanor	10	17	13
Fetma (BMI ≥ 30)	12	11	12

Källa: FHI 2008 [73]

Figur 3:6. Förekomst av ohälsosamma levnadsvanor

Andel personer med 2–7 hälsorelaterade levnadsvanor (risker) utifrån utbildning och ekonomisk situation, 16–84 år, 2004–2007 (åldersstandardiserat).



Källa: Statens folkhälsoinstitut 2008 [73]

Utifrån enkätens resultat konstaterar Statens folkhälsoinstitut att ohälsosamma levnadsvanor är vanligast bland dem som också är socialt utsatta [73]. Det finns stora skillnader beroende på socioekonomisk situation (figur 3:6). Exempelvis är det dubbelt så vanligt bland män som har kort utbildning och svåra ekonomiska problem att ha minst två hälsorisker jämfört med män med kort utbildning och inga ekonomiska problem. Bland män med lång utbildning och svåra ekonomiska problem är det tre gånger vanligare att ha minst två hälsorisker jämfört med män med lång utbildning och inga ekonomiska problem. Samma

förhållanden gäller även för kvinnor. Detta är särskilt viktigt att iaktta då samma grupper (individer med låg socioekonomisk status) löper ökad risk att insjukna i de flesta sjukdomar, särskilt hjärt- och kärlsjukdom, och även får resultat efter sjukhusbehandling [74].

Program och rutiner för att påverka levnadsvanor i primärvården har ökat

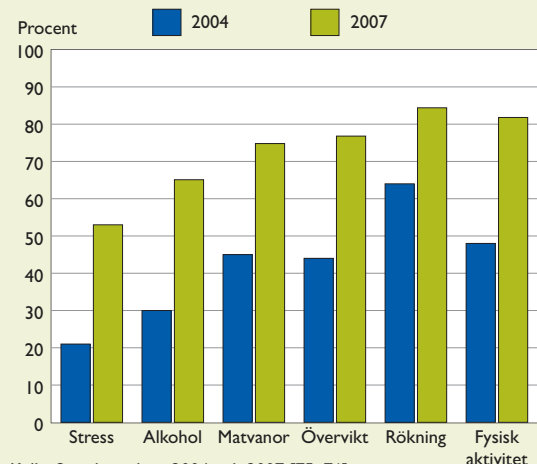
Socialstyrelsen har 2004 och 2007 genomfört kartläggningar av hälsofrämjande och förebyggande insatser vid landets vårdcentraler.

År 2004 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, samt att granska om det fanns strukturerade preventiva program för att tidigt motverka tecken på sjukdom. I en delstudie fick vårdcentralernas verksamhetschefer svara på frågor om förekomst av rutiner och strukturerade program för förebyggande insatser [75].

År 2007 skickade Socialstyrelsen återigen ut en enkät till verksamhetscheferna vid samtliga vårdcentraler i landet. Enkäten var till stora delar en uppföljning av kartläggningen från 2004. Vissa ändringar gjordes dock för att enkäten skulle svara mot ett regeringsuppdrag om att utvärdera alkoholförebyggande insatser i landstingen och det nationella Riskbruksprojektet [76]. Utöver frågor om alkohol innehöll enkäten frågor om fem andra levnadsvaneområden: rökning, matvanor, fysisk aktivitet, övervikt, och stressrelaterade problem. Resultaten tyder på att insatserna i form

Figur 3:7. Vårdcentraler med rutiner/program för hälso- och sjukdomsförebyggande åtgärder

År 2004 och 2007



Källa: Socialstyrelsen 2004 och 2007 [75, 76]

av rutiner eller program hade ökat jämfört med 2004 (figur 3:7).

År 2007 uppgav drygt 80 procent av landets vårdcentraler att man hade rutiner eller program för hur enhetens personal ska ta upp fysisk aktivitet och rökning med patienter. Drygt 70 procent uppgav att de hade rutiner eller program för hur matvanor och övervikt ska tas upp. 65 procent uppgav rutiner eller program för alkohol, och drygt hälften uppgav att de hade rutiner eller program för hur stress ska tas upp med patienter. Det finns stor variation mellan landstingen inom varje levnadsvaneområde.

Det genomsnittliga antalet rutiner eller program per vårdcentral i varje landsting beräknades. En vårdcentral som har samtliga program kan maximalt ha sex program. Variationerna i antal rutiner eller program kan dock vara ganska stora mellan

vårdcentralerna inom ett landsting. Det genomsnittliga antalet program per vårdcentral var högre år 2007 jämfört med år 2004 i samtliga landsting utom Gävleborg. År 2007 hade Västerbottens läns landsting och Landstinget Halland flest program i genomsnitt. Det lägsta genomsnittliga antalet program år 2007 hade Landstinget Kronoberg. I riket var det genomsnittliga antalet program 4,32 år 2007 jämfört med 2,49 år 2004.

Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer ställer sedan fyra år i sina årliga uppföljningar frågor om medlemsorganisationerna tillämpar preventiva program för olika levnadsvanor [45]. År 2005 tillämpades preventiva program för fysisk aktivitet "sporadiskt" (i mindre än 25 procent av verksamheten) hos 60 procent av de sjukhus som besvarade enkäten. År 2007 var motsvarande andel 35 procent. Preventiva program för tobak tillämpades regelmässigt (i mer än 75 procent av verksamheten) hos 30 procent av sjukhusen år 2005, och hos 40 procent år 2008. Denna form av indikatorer är ett relativt trubbigt mått, och med avsikt att skapa en mer nyanserad information har nätverket också använt en "tobaksenkät" i sina årliga uppföljningar. En summering av svaren ger en poäng på omfattningen av det tobakspreventiva arbetet bland medlemssjukhusen och visar på en stor spridning och utvecklingspotential.

År 2006 genomfördes den senaste nationella enkätundersökningen av landstingens tobakspreventiva arbete. Resultaten redovisades i två rapporter från Statens folkhälsoinstitut 2007 [77, 78].

Områden där det i dag saknas nationella data och uppföljningar om hälso- och sjukvårdens insatser gäller i synnerhet goda matvanor och fysisk aktivitet på recept [79].

Exempel på alkoholförebyggande insatser

Att hälso- och sjukvården har en roll när det gäller att motverka alkoholskador framhålls både på internationell och nationell nivå [80, 81]. Det finns även god evidens för att alkoholpreventiva insatser inom hälso- och sjukvården är både verkningfulla och kostnadseffektiva.

År 2001 rapporterade Statens beredning för medicinsk utvärdering att människors alkoholförbrukning minskar genom enkla förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården med identifiering av och rådgivning till högkonsumenter av alkohol [56]. Socialstyrelsen publicerade 2007 nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård [82]. Bland annat diskuteras insatser för att minska riskbruket av alkohol. Där konstateras att sekundärprevention, det vill säga att försöka hindra att riskabel alkoholkonsumtion utvecklas till

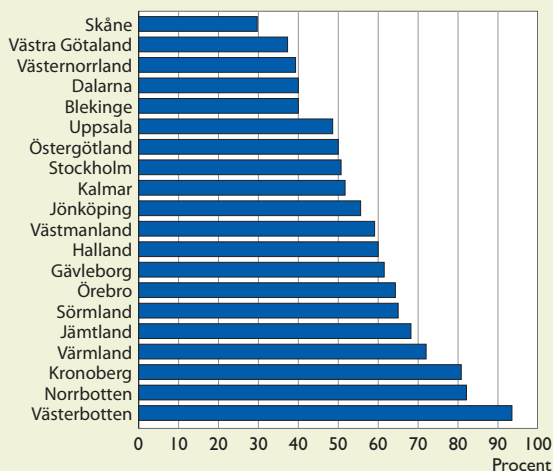
missbruk genom så kallad kort rådgivning, hjälper många patienter, samtidigt som metoden är kostnadseffektiv. Det vetenskapliga underlagets styrka varierar dock för olika delar av sjukvården. Den är högst för primärvården och akutmottagningarna, medan den är lägre inom psykiatri och mödrahjälsorvården, även om det finns lovande studier också på dessa områden. Vidare konstateras att det finns två högkvalitativa test för att identifiera alkoholproblem – AUDIT och MAST (se ruta).

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett snabbt psykologiskt test av screeningkaraktär som tagits fram av WHO. AUDIT används för att identifiera personer med riskabla alkoholvanor eller alkoholproblem. Testet mäter både konsumtion och problem och består av 10 frågor.

MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) är ett test för att identifiera personer med alkoholmissbruk eller beroende. Ursprungsversionen av testet innehåller 25 frågor som snabbt identifierar personer som någon gång under livet haft alkoholrelaterade problem.

Figur 3:8. Utbildning i att hantera riskfylld alkoholkonsumtion

Andel (%) vårdcentraler per landsting som utbildat personalen i att hantera riskfylld alkoholkonsumtion.



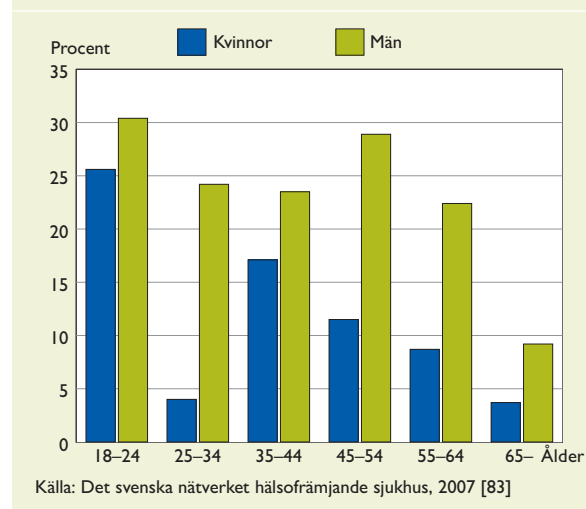
I det så kallade Riskbruksprojektet, som ligger inom Statens folkhälsoinstitut, genomförs utbildningsinsatser i alkoholprevention. Projektet riktas till personal inom primärvården och företagshälsorvård. Projektet genomförs inom ramen för den nationella alkoholhandlingsplanen [81]. Inom ramen för projektet har samtliga landsting sedan 2006 kunnat söka medel för att genomföra utbildningar i alkoholprevention. År 2007 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera de satsningar som genomförts under de första två åren. I utvärderingen från 2008 konstateras bland annat att de utbildningssatsningar som hittills gjorts nått många anställda inom vården. Hur många som utbildats varierade dock mellan landstingen, från 94 procent i Västerbotten till 30 procent i Skåne (figur 3:8) [76].

Vidare konstateras att utbildningarna koncentrerats på vetenskapligt beprövade instrument för att upptäcka och ge råd till personer med riskfylld alkoholkonsumtion. Eftersom landstingen arbetat på olika sätt var det dock inte möjligt att avgöra vilka metoder eller utbildningsformer som varit mer framgångsrika än andra när det gäller att attrahera deltagare. Avslutningsvis konstateras dock att alkoholkonsumtion fortfarande är ett eftersatt område i förhållande till exempelvis tobaksbruk och fysisk aktivitet, vilket figur 3:7. illustrerar.

I november 2006 genomförde en arbetsgrupp inom nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer en alkoholscreeningdag på 18 av nätverkets dåvarande 28 medlemssjukhus [83]. Sammanlagt svarade 1 460 patienter på en enkät som innehöll frågor om alkoholvanor och motivation till förändring av dessa. I figur 3:9 redovisas andelen patienter med riskfylld alkoholkonsumtion (se ruta).

Figur 3:9. Patienter med riskfylld alkoholkonsumtion på sjukhus

Andel (procent) efter ålder och kön, november 2006.



Andelen med riskfylld alkoholkonsumtion (figur 3:9) är densamma som i nationella data från Statens folkhälsoinstituts folkhälsoenkät 2006, utom i två åldersgrupper, 45–64 år [72]. Där var andelen riskkonsumenter nästan dubbelt så stor jämfört med hela befolkningen. 35 procent uppgav att de inte druckit alkohol under det senaste året. Vidare ansåg 30 procent av svarspersonerna att deras alkoholkonsumtion påverkade den sjukdom som de var inskrivna för. De patienter som inte var riskkonsumenter men som dock drack alkohol angav i mycket liten utsträckning ett samband mellan alkoholkonsumtionen och sjukdomstillståndet.

Med riskfylld alkoholkonsumtion menas i denna undersökning 1) hög veckokonsumtion och/eller 2) intensivkonsumtion minst en gång i månaden. Hög veckokonsumtion = mer än 170 gram alkohol per vecka för män och mer än 110 gram för kvinnor (motsvarande cirka 3 flaskor vin för män och nästan 2 flaskor vin för kvinnor). Intensivkonsumtion = 5 standardglas eller fler för män och 4 eller fler för kvinnor vid ett och samma tillfälle och minst en gång i månaden (ett standardglas alkohol motsvarar 12 g ren alkohol (1 burk folköl, 1 flaska starköl eller ett litet, 15 cl, glas vin, 4 cl sprit eller 8 cl starkvin).

Andelen patienter som får livsstilsfrågor vid besök i vården oförändrad

Att det finns rutiner eller program för hälsofrämjande arbete säger inget om i vilken utsträckning dessa verkligen tillämpas i hälso- och sjukvården. Utifrån resultaten i Vårdbarometern som drivs av SKL kan vi dock få en viss bild av hur vanligt det är att vårdpersonal berör livsstilsfrågor i mötet med patienten. Under perioden 2005–2007 ställdes en fråga i Vårdbarometern om befolkningens inställning till att vårdgivaren tar upp livsstilsfrågor. Andel som uppgav sig vara positiv låg på 90 procent under hela perioden. År 2008 uppgav dock endast 30 procent att vårdpersonal hade

tagit upp livsstilsfrågor (tabell 3:3). Vidare uppgav 10 procent att råden från vårdpersonalen bidragit till att de förändrat sin livsstil och 7 procent att de hade fått recept på fysisk aktivitet.

Tabell 3:3. Frågor om levnadsvanor

Andel och antal som svarat ja. År 2008.

Frågor	Andel (%)	Antal
Har vårdpersonalen tagit upp livsstilsfrågor?	30	9 700
Har råden bidragit till en förändring?	11	3 700
Har du fått recept på fysisk aktivitet?	7	2 300

Källa: Specialbearbetning av data ur Vårdbarometern, SKL

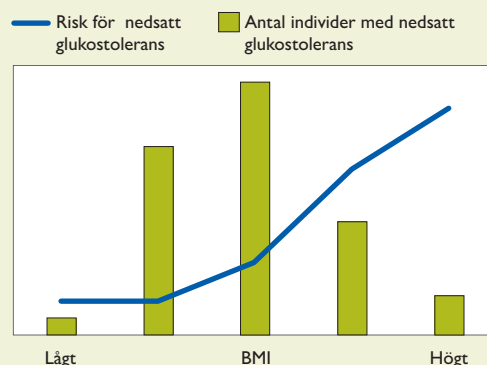
Även ett antal tidigare studier har visat en skillnad mellan andelen patienter som ser det som positivt att diskutera levnadsvanor och det faktiska antalet som uppger att de fått frågor om detta [84, 85]. Andelen som uppgett att vårdpersonalen har tagit upp livsstilsfrågor har varit ungefär lika stor, runt 30 procent, sedan frågan började ställas år 2005. Andelen som uppger att de har fått recept på fysisk aktivitet har minskat något sedan frågan började ställas år 2005.

Förebyggande insatser på befolkningsnivå

I valet av vem man riktar förebyggande insatser gentemot kan man använda olika strategier. En högriskstrategi innebär att man identifierar individer med hög individuell risk, till exempel högt blodtryck, och behandlar dessa, medan en befolkningsstrategi avser att sänka medelnivån av blodtrycket i befolkningen. Det senare innebär, i

Figur 3:10. Samvariation BMI och glukostolerans

Blå linje: Samvariation mellan kroppsmåttindex (BMI) och relativ risk att utveckla nedsatt glukostolerans. Staplar: samvariation mellan BMI och antal personer.



Källa: Lindahl B. 1998 [86]

epidemiologisk bemärkelse, att man minskar den totala riskexponeringen.

Figur 3:10 illustrerar den epidemiologiska paradoxen: att vi med en högriskstrategi, där vi fokuserar på de med hög risk (i detta fall de med kraftig övervikt), förebygger färre nya sjukdomsfall än med en befolkningsstrategi, eftersom det stora antalet nya fall kommer från de många individer som har lätt förhöjd relativ risk [86].

Exempel på individinriktade insatser mot hela befolkningsgrupper

Vaccinering mot barnsjukdomar är en central del i en nations hälsoarbete. För att vara effektiv krävs dock en hög täckningsgrad, det vill säga "alla" måste delta för att smittrisen ska minimeras. På samma sätt är effekter av screeningsprogram beroende av att alla kommer, då det finns

en omfattande kunskap om att de som avstår från kontrollen har högre risk. Medan dessa former av screening är väl etablerade och del av ordinarie verksamhet, gäller inte detta för hälsoundersökningar.

Sedan mitten av 1980-talet har hälsoundersökningar i syfte att framför allt förebygga hjärt- och kärlsjukdomar varit vanligt förekommande i svensk primärvård [87]. Syftet har varit att genom screening av friska personer finna påverkbara riskfaktorer, och i dessa fall uppmuntra personer med sådana riskfaktorer att förändra sitt beteende. Man har mätt kolesterolvärde, blodtryck och vikt, och ibland har mätningarna varit mer omfattande. Målgruppen har varit personer i åldern 18–65 år, med en tyngdpunkt på åldersgruppen 45–59 år. Resultaten har ofta sammanfattats grafiskt som en ”riskprofil” (till exempel ”Hälsokurvan” från Habo eller ”Stjärnprofilen” från Skellefteå). Diskussionen om resultaten har oftast skett i form av ett motiverande samtal.

Förekomsten av hälsoundersökningar med hälsosamtal riktade mot grupper av befolkningen varierar stort i landet. De kanske mest strukturerade undersökningarna som görs i dag finns i Västerbotten, i form av Västerbottens hälsoundersökningar (VHU), där länets 40-, 50- och 60-åringar kallas [88]. Sedan starten år 1985 har mer än 110 000 hälsoundersökningar genomförts på länsbör i de tidigare nämnda åldersgrupperna. De första 10 åren undersöktes även 30-åringar, och nu har ett pilotprojekt för 70-åringar startat [89]. Modellen utvecklades i Norsjö mot bakgrund av den höga dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar i länet. Därefter har modellen utvecklats och genomförs nu i hela länet. VHU är en befolkningsinriktad intervention med individuell hälsounder-

sökning. Den är unik i Sverige genom sin uthållighet och samarbetet mellan primärvård, politiker och planerare samt genom sin starka koppling till forskningen. Hälsoundersökningen tar cirka 2,5 timmar. Den består av en medicinsk del med provtagningar, en frågeenkät som handlar om livssituation och levnadsvanor samt ett hälsosamtal med en sjuksköterska. En personlig hälsoprofil tas fram och ligger till grund för en eventuell livsstilsförändring som en hälsofrämjande och förebyggande åtgärd.

Barnvaccinationsprogrammet – framgångsrikt och med hög täckningsgrad

Inom mödra- och barnhälsovården har man länge arbetat med förebyggande arbete. En av de mest omfattande sjukdomsförebyggande insatserna i Sverige är barnvaccinationsprogrammet. Programmet är inte bara omfattande utan har också en mycket stor effekt på befolkningens hälsa.

Vacciner har visat sig vara bland de effektivaste sjukdomsförebyggande åtgärderna vi känner till. Vaccinationsprogram är en viktig del av barnhälsovården över hela världen, och har räddat hundratals miljoner barn genom åren. Programmen har ungefär samma bas i olika länder, men är anpassade till sjukdomsepidemiologin och resurserna i respektive land.

De flesta av de sjukdomar vi vaccinerar mot är i dag i det närmaste utrotade i landet. Vaccinationstäckningen är också åter mycket hög, efter en viss minskning i början av 2000-talet. Över 98 procent av de barn som föddes år 2004 fick de vaccin som ingår i det svenska barnvaccinprogrammet.

Programmets innehåll styrs i Sverige av föreskrifter och rekommendationer från Socialstyrelsen, vilka tillämpas inom landsting (vaccinationer

inom barnhälsovården) och kommuner (vaccinationer inom skolhälsovården). Från 1 januari, 2009 ingår vaccinationer mot nio sjukdomar i det svenska vaccinationsprogrammet [92]. Det innebär att dessa vaccinationer ska erbjudas till alla barn. Dessa sjukdomar är difteri, stelkramp, kikhosta, polio, sjukdomar orsakade av *Haemophilus influenzae* typ b (Hib), sjukdomar orsakade av pneumokocker, samt mässling, påssjuka och röda hund. Därutöver rekommenderas vaccination mot tuberkulos och hepatit B till de grupper av barn som löper ökad risk att utsättas för dessa sjukdomar.

Tidpunkt för de olika vaccinationerna följer ett nyligen reviderat schema som gäller barn födda från och med år 2002. Barn som är födda till och med år 2001 följer det tidigare schemat. Med det nya schemat får befolkningen ett bättre skydd mot främst difteri och stelkramp. Dessutom förbättras skyddet mot mässling bland barn som fortfarande riskerar att få denna sjukdom vid utlandsresor.

Smittskyddsinstitutet samlar in information om täckningen för de vacciner som ges inom ramen för det allmänna vaccinationsprogrammet. Siffrorna på riksnivå visar på en hög täckningsgrad [93]. Eftersom det krävs fortsatt hög täckning för att inte sjukdomarna ska komma tillbaka är det viktigt att följa täckningen även på regional nivå så att inte förutsättningar för lokala utbrott skapas.

Vaccination mot HPV (humant papillomvirus) kommer att föras in i det allmänna vaccinationsprogrammet från 1 januari 2010. Erbjudande om HPV-vaccination kommer att riktas till vårdnadshavare för alla flickor födda 1999 eller senare. Vaccinationen ska genomföras i årskurs 5–6 genom skolhälsovårdens försorg.

Bröstcancerscreening når inte alla

Trots att bröstcancerscreening (mammografi) funnits i Sverige i över två decennier finns studier som pekar på att deltagandet varierar beroende på region, ålder och typ av population. Exempelvis påverkar socioekonomiska faktorer benägenheten att delta i mammografiundersökningar [94]. Även födelseland har visat sig påverka deltagandet så tillvida att utlandsfödda kvinnor har en större benägenhet att utebli från mammografi i jämförelse med kvinnor födda i Sverige [95]. Med tanke på att bröstcancer hos dem som inte deltagit i screeningar ofta är långt gången när den väl upptäcks och därmed allvarligare än hos dem som deltar i mammografi är det viktigt att utforma screeningprogram så att man når alla grupper i befolkningen.

Deltagandegraden i mammografi varierar kraftigt över landet, visar resultat från en undersökning av Cancerfonden från år 2008 [96]. I vissa områden kommer 90–95 procent av de kallade kvinnorna till undersökningen, medan andelen i andra områden endast är 70 procent. Erfarenheter från mammografimottagningarna tyder på att det framför allt är kvinnor med lägre inkomster och kvinnor födda utanför Sverige som uteblir. Endast ett fåtal landsting uppgav att de gör riktade satsningar för att öka deltagandet.

Det verkar dock inte finnas några socioekonomiska skillnader när det gäller deltagande i screening för livmoderhalscancer. De skillnader som finns handlar i stället om hur ofta man har kontakt med gynekolog eller annan läkare som kan utföra en gynekologisk undersökning [97]. Boende i landsbygd har en högre benägenhet att utebli från screening än boende i städer, vilket kan tolkas som att avstånd till vård kan vara den största faktorn bakom valet att inte delta i screening.

Hälso- och sjukvården har unika kunskaper om hälsoläget i befolkningen

Hälso- och sjukvården har en viktig uppgift att följa, analysera och rapportera om utbredning och utveckling av befolkningens hälsa, sjukdomar, sociala förhållanden samt riskfaktorer för sjukdomar och sociala problem. Detta arbete sker ofta inom eller i samverkan med landstingens funktioner för samhällsmedicin eller folkhälsa, med forskningsinstitutioner och med nationella organ. En viktig aspekt av arbetet är hur kunskapen sprids och kommer till användning.

De sju landstingen i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion har sedan år 2005 ett regionalt nätverk för folkhälsorapportering. I en aktuell rapport redovisas slutsatser från projektet ”Systematisk spridning och användning av kunskapsunderlag om hälsoläget och dess bestämningsfaktorer” [98]. Författarna diskuterar sju olika praktiska tillämpningar utifrån en teoretisk referensram. Vidare diskuterar och sammanfattar de erfarenheter och presenterar ett antal idéer till fortsatt utvecklingsarbete.

Samhällsinriktade befolkningsinsatser – sjukvårdens registrering ett stöd i det skadepreventiva arbetet

Med samhälls- och miljöinriktade insatser avses här insatser som påverkar befolkningens livsvillkor och därmed deras hälsoförhållanden. I samlade preventionsprogram mot folksjukdomar eller riskfaktorer har i praktiken ofta en kombination av samhälls-, befolknings- och individinriktade insatser förekommit. Avsikten är att öka genomslagskraften. En samhällsinriktad insats kan till exempel vara lagstiftning mot att röka i offentliga miljöer. En miljöinriktad insats kan till exempel

vara när skol- och företagshälsovården observerar dålig inomhusluft och vidtar åtgärder i en skola.

Ett exempel där hälso- och sjukvården bidrar till en samhällsinriktad insats är skaderegistrering på sjukhusen. I registreringen samlas uppgifter in om bland annat skadeplats och orsak till skada. Ett exempel på detta är Östergötlands läns landsting. I Östergötland registreras skador på länets alla tre sjukhus samt på folktandvården sedan år 2005. Alla patienter som besöker dessa enheter ska upplysas om registreringen och få en skadeblankett. Skadestatistiken kan sedan användas av kommunerna i länet som underlag för det skadeförebyggande arbetet [90].

På nationell nivå finns Injury Data Base (IDB) Sverige vars syfte är att tillhandahålla skadestatistik med uppgifter från såväl öppen som sluten vård för skadepreventiva ändamål [91]. År 2007 innehöll databasen information från de fyra sjukhusen i gamla Skaraborgs län i Västra Götaland (Skövde, Lidköping, Mariestad, Falköping), från de tre sjukhusen i Värmlands län (Karlstad, Arvika, Torsby) samt från Norrlands universitetssjukhus i Umeå. IDB Sverige har hittills omfattat mellan 5 och 7 procent av befolkningen men statistiken ska på sikt vara nationellt representativ.

Styr- och ledningsprocesser

Styrning, ledning och uppföljning är centralt för all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Särskilt viktigt är detta när en verksamhet behöver förändras eller utvecklas. Långsiktiga beslut, strategisk planering och en hälsopolitisk viljeinriktning är viktiga förutsättningar för att en hälsoorientering av hälso- och sjukvården ska uppnås, och de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna stärkas [99].

När prioriteringar, styrning och uppföljning saknas eller är otydliga, och om inte hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser efterfrågas, kan detta tolkas som att ledningsansvariga inte uppfattar dessa områden som väsentliga [75].

Genom att anpassa ledningsstrukturer samt genom att bryta ned ambitioner och mål i styrdokument kan en ökad hälsoorientering uppnås. Utifrån tydliga mål kan man prioritera uppdrag, integrera dem i verksamhetsplanering och följa upp dem. Detta kräver dock att sjukvårdshuvudmannen driver en medveten strategi, såväl på politisk som på tjänstemannanivå [5].

Hälsoorientering i landstingens styrdokument

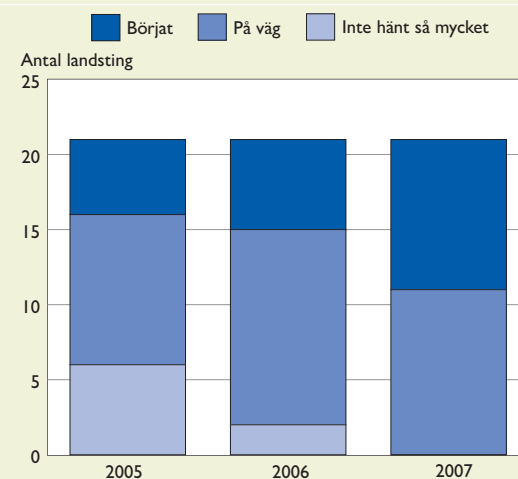
De flesta landsting har en ambition att förbättra folkhälsan formulerad i vision, övergripande mål eller verksamhetsidé. Det framgår i en analys av landstingens övergripande styrdokument från 2004 [75]. Allmänna, ospecificerade formuleringar om folkhälsa eller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser var mycket vanligt. Beskrivning av hälsoläget i länet som underlag för bland annat hälso- och sjukvårdsplanering och prioritering fanns i 16 landsting. Målområde 6 i folkhälsopropositionerna nämndes av 12 landsting. Landstingen i Gävleborg, Uppsala och Västerbotten nämnde hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande begrepp i störst omfattning.

År 2005 publicerade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) modellen ”Hälsa i bokslut” med indikatorer för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning av hälso- och sjukvården [5]. Modellen togs fram i samverkan med sex landsting.

Två år senare publicerade SKL en analys av hälsofrämjande mål och uppföljningsindikatorer

i landstingens styrdokument för åren 2005–2007 [100]. Jämfört med Socialstyrelsens studie hade fler landsting en genomgång av hälsoläget i länet, och fler nämnde också uttrycket ”en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård”. SKL konstaterar att något har hänt mellan 2005–2007 med hur landstingen allmänt skriver handlingsplaner. År 2007 finns det mer av struktur, mer av delmål och uppföljningsbara mått. Denna utveckling har också påverkat det hälsofrämjande arbetet – påtagligt fler landsting har med frågor från ”Hälsa i bokslut” år 2007. SKL har i sin analys av styrdokumenten gjort en grov indelning i tre kategorier: ”Inte hänt så mycket”, ”På väg” och ”Börjat”. I den sistnämnda kategorin återfinns landsting som nämner både mål och uppföljningsbara indikatorer samt de som uttalat sagt att dessa ska tas fram under år 2006–2007 (figur 3:11).

Figur 3:11. Hälsoorientering i styrdokument



Källa: SKL 2007 [100]

Några exempel på styrning och beslut för ökad hälsoorientering

Region Skåne

I Region Skåne arbetar man med ”En hälsoinriktad sjukvård” som ett sjunde område i konceptet God vård. Alla hälso- och sjukvårdsförvaltningar fick i uppdrag år 2008 att arbeta för en hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Uppdragen omfattar bland annat registrering och tidig uppföljning i journaler (så kallad opportun screening), motiverande samtal, registrering av hälsosamtal och samtal om livsstilsfrågor, ordination av fysisk aktivitet på recept (FaR) samt hälsovinstmätningar.

En ny modell för särskilda ersättningar till sjukhusförvaltningarna för det hälsofrämjande arbetet håller på att arbetas fram i Region Skåne. Från och med juni 2008 utgår en aktivitetsersättning till förvaltningen om 200 kronor för hälsosamtal (motiverande samtal om till exempel rökning, riskbruk av alkohol, kost, låg fysisk aktivitet eller ogynnsamma psykosociala förhållanden) som registreras i det patientadministrativa systemet [101].

Region Skåne är medlem i nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) och alla tio sjukhusen deltar. Skåne har dessutom ett regionalt nätverk där också Primärvården Skåne och folktandvården deltar.

Landstinget i Östergötland

I samband med att landstinget Östergötland gick med som organisation (regionalt medlemskap) i nätverket HFS år 2005 bildade landstinget ett hälsoråd. Hälsorådet arbetar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören och den utökade landstingsledningen. Rådets huvudsakliga syfte och

mål är att identifiera, stödja och förankra utvecklingsstrategier inom de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiven för patienter och befolkning. Alla länsövergripande projekt inom det hälsofrämjande området diskuteras och förankras i hälsorådet innan de genomförs. Rådets sammansättning bygger på att hela hälso- och sjukvården ska vara representerad av de funktioner som direkt kan kopplas till genomförandeprocesser [90].

Stockholms läns landsting

År 2005 beslöt Stockholms läns landsting att kartlägga det hälsofrämjande arbetet på landstingets akutsjukhus. Kartläggningen visade att uppdrag, upphandlingar, avtal, budget och uppföljningsinstrument ofta saknar mål för hälsofrämjande arbete. Utredarna konstaterar att det hälsofrämjande perspektivet inom organisation, ledning och patientarbete är svagt utvecklat på akutsjukhusen [102].

Våren 2008 beslutade landstinget att gå med i nätverket HFS. Innan dess hade inget sjukhus i Stockholms län varit medlem i nätverket.

Norra sjukvårdsregionen

Inom norra sjukvårdsregionen, som innefattar landstingen Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten, samarbetar man vad gäller uppföljning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Arbetsgruppen för regionala folkhälsofrågor har beslutat att använda några av de indikatorer som HFS tagit fram [103]. År 2006 följde man upp hur långt landstinget kommit vad gäller den övergripande ledningsnivån. Resultatredovisningen för år 2006 visar att de två områden där man kommit längst är införandet av

rökfria sjukhus samt att det finns strategier eller mål för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer – insatser och utgångspunkter

Det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) har sedan starten 1996 arbetat med visioner för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Nätverkets mål är att stödja utvecklingen mot en hälsoorientering av medlemsorganisationernas verksamhet mot en hälsovinst för patienter, medarbetare och samhälle.

Nätverket följer WHO:s principer för hälsofrämjande enligt Ottawa-manifestet från år 1986, Budapest-deklarationen från år 1991 och Wien-rekommendationen från år 1997. För att bli medlem krävs att man antar dessa principer. Dessutom krävs att sjukhuset eller vårdorganisationen arbetar aktivt för hälsoorientering. Som medlem förbinder man sig att ta fram en skriftlig policy för hälsofrämjande arbete, att ta fram en handlingsplan, att utvärdera densamma inom avtalsperioden samt att delta i årliga indikatoruppföljningar. Dessa omfattar de fyra perspektiven sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser för patienter, befolkningsperspektivet, medarbetarperspektivet samt hälsoorientering som strategi för att utveckla en effektivare hälso- och sjukvård [45].

HFS är aktiv medlem i det internationella WHO-nätverket Health Promoting Hospitals (HPH) som initierades år 1988. Det är i dag ett världsspännande nätverk med över 650 medlemmar i 30 länder.

Det svenska nätverket HFS befinner sig i en utvecklingsfas. Medlemsantalet ökar och nätver-

ket har i dag 32 medlemsorganisationer med över 50 sjukhus och vårdorganisationer. Allt fler medlemsorganisationer innefattar primärvård och hela vårdorganisationer, det vill säga landsting. Regeringen har gett statsbidrag till nätverket för 2008 och 2009 som stöd för utvecklingsinsatser.

Referenser

1. Prop 2002/02:35 Mål för folkhälsan.
2. Prop 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik.
3. WHO. The international network of health promoting hospitals and health services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. Copenhagen: WHO; 2007.
4. Statens folkhälsoinstitut. På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsförslag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
5. SKL. Hälsa i bokslut – indikatorer för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning av hälso- och sjukvården. Stockholm: SKL; 2005.
6. Socialstyrelsen. Termbank. Pågående terminologiarbete; 2009.
7. Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality, a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21–37.
8. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med* 2008;70(7):741–56.
9. Vang J, Kristenson M. The concept of self-rated health. I: Nilsson P, Orth-Gomér K, red. Self-rated health in a European perspective. Stockholm: Forskningsrådsnämnden; 2000.

10. Kristenson M. Self-rated health and biological mechanisms, a literature review. I: Nilsson P, Orth-Gomér K, red. Self-rated health in a European perspective. Stockholm: Forskningsrådsnämnden; 2000.
11. Kristenson M, Olsson AG, Kucinskiene Z. Good self-rated health is related to psychosocial resources and a strong cortisol response to acute stress: the LiVicordia study of middle-aged men. *Int J Behav Med* 2005;12(3):153–60.
12. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav* 1978;19(1):2–21.
13. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. Springer: New York; 1984.
14. Thoits PA. Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *J Health Soc Behav* 1995;Spec No:53–79.
15. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. I: Berkman LF, Kawachi I, red. Social epidemiology. Oxford: University Press; 2000.
16. Irwin MR. Human psychoneuroimmunology: 20 years of discovery. *Brain Behav Immun* 2008; 22(2):129–39.
17. Kemeny M. Psychobiological responses to social threat: Evolution of a psychological model in psychoneuroimmunology. *Brain Behav Immun* 2009;23(1):1–9.
18. Adler R, Cohen N, Felten D. Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet* 1995;345(8942):99–102.
19. Ursin H. The psychology in psychoneuroendocrinology; Invited review. *Psychoneuroendocrinology* 1998;23(6):555–70.
20. Sjögren E, Leanderson P, Kristenson M. Diurnal Saliva Cortisol Levels and Relations to Psychosocial Factors in a Population Sample of Middle-aged Swedish Men and Women. *Int J Behav Med* 2006;13(3):193–200.
21. Sjögren E, Leanderson P, Kristenson M, Ernérudh J. Interleukin-6 in relations to psychosocial factors. Studies in serum, saliva and in vitro production by mononuclear cells. *Brain Behav Immun* 2006;20(3):270–8.
22. Garvin P, Nilsson L, Carstensen J, Jonasson L, Kristenson M. Plasma Levels of Matrix Metalloproteinase-9 are Independently Associated With Psychosocial Factors in a Middle-Aged Normal Population. *Psychosom Med* 2009.
23. Johansson AC, Gunnarsson LG, Linton SJ, Bergkvist L, Stridsberg M, Nilsson O, Cornefjord M. Pain, disability and coping reflected in the diurnal cortisol variability in patients scheduled for lumbar disc surgery. *Eur J Pain* 2008;12(5):633–40.
24. Pedersen SS, Denollet J, Daemen J, van de Sande M, de Jaegere PT, Serruys PW, Erdman RA, van Domburg RT. Fatigue, depressive symptoms, and hopelessness as predictors of adverse clinical events following percutaneous coronary intervention with paclitaxel-eluting stents. *J Psychosom Res* 2007;62(4):455–61.
25. SBU. Patient-läkarrelationen – läkekonst på vetenskaplig grund. Stockholm: SBU; 1999.
26. Neuhauser D. The coming third health care revolution: personal empowerment. *Qual Manag Health Care* 2003;12(3):171–84.
27. Perkins DD, Zimmerman MA. Empowerment theory, research, and application. *Am J Community Psychol*. 1995;23(5):560–79.
28. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol*. 1987;15(2):121–48.
29. Wallenstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO; 2006.

30. Wensing M, Elwyn G. Improving the quality of health care. Methods for incorporating patients' views in health care. *BMJ* 2008; 326(7394):877879.
31. Miller WR, Rollnick SR. Motivational interviewing: preparing people to change behaviour. New York: Guilford Press; 1991.
32. Britt E, Hudson SM, Neville M, Blampied M. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Couns Health Educ* 2004;53(2):147–55.
33. Kallings L. Physical activity on prescription: studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors [doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008.
34. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational Interviewing: a systemic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55(513):305–12.
35. Jerdén L. Health promoting services: personal health documents and empowerment [doktorsavhandling]. Umeå: Umeå universitet; 2007.
36. Persson EK, Dykes AK. Important variables for parents' postnatal sense of security: evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument). *Midwifery* 2007.
37. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(2):CD003417.
38. Norris SL, Engelgau, Narayan KM. Effectiveness of self management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized control trials (Database of Abstracts of Reviews of Effects, 2005, Issue 2). *Diabetes Care* 2001;24(3):561–87.
39. Endicott L, Corsello P, Prinzi M, Tinkelman DG, Schwartz A. Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Manag* 2003;8(6):252–62.
40. Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patients with end-stage renal disease – a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2004;41(1):59–65.
41. Groessel E. Participation and empowerment: factors related to positive outcomes in a health intervention with older people with osteoarthritis. Science and Engineering. San Diego: University of California; 2000.
42. Kaldo V, Cars S, Rahner M, Larsen HC, Andersson G. Use of a self-help book with weekly therapist contact to reduce tinnitus distress: a randomised clinical trial. *J Psychosom Res* 2007;63(2):195–202.
43. Kaldo V, Levin S, Widarsson J, Buhrman M, Larsen HC. Internet versus group cognitive-behavioural treatment of distress associated with tinnitus, a randomised controlled trial. *Behav Ther* 2008;39(4):384–59.
44. Ekvall AK, Sivberg B, Hallberg IR. Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *J Adv Nurs* 2005;49(1):23–32.
45. Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) [webbsida]. Citerad 2009-03-05. Tillgänglig på: <http://www.natverket-hfs.se/>.
46. Brooks R, Rabin RE, de Charro F, red. The measurement and valuation of health status using EQ-5D: a European perspective. Kluwer Academic: Dordrecht; 2003.
47. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992;30(6):473–83.
48. Bendtsen P, Leijon M, Sommer A, Kristenson M. Measuring health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in a routine hospital setting. Feasibility and perceived value. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1(5):1–8.

49. Nilsson EL, Wenemark W, Bendtsen P, Kristenson M. Patient's perspectives on health outcome assessment in routine health care. *J Health Outcome Assessment* 2007.
50. Vallance-Owen AJ. PROMs promote health gain and patient involvement. *BMJ* 2008; 336(7640):344.
51. Marschall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *J Eval Clin Pract* 2006;12(5):559–68.
52. Nationella kvalitetsregister [webbsida]. Citerad 2009-02-05. Tillgänglig på: www.kvalitetsregister.se.
53. Murray CJL, Lopez AD. Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy. *Global Burden of Disease Study. The Lancet* 1997;349(1962):1347–52.
54. WHO. Gaining Health – The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen: WHO; 2006.
55. SBU. Metoder för rökavvänjning. Stockholm: SBU; 1998.
56. SBU. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Stockholm: SBU; 2001.
57. Leijon M. Activating People: Physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county [doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2009.
58. Morita H, Ikeda H, Haramaki N, Eguchi H, Imazumi T. Only two-week smoking cessation improves platelet aggregability and intraplatelet redox imbalance of long-term smokers. *J Am Coll Cardiol* 2005;45(4):589–94.
59. Möller AM, Villebro N, Pedersen SJ, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002;359:114–7.
60. Tønnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ, Rasmussen V, Hauge C, Pedersen IK, Kehlet H. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised control trial. *BMJ* 1999;318(7194):1311–6.
61. Nielsen HJ, Andreasen J, Asmundssen M, Tønnesen H. Costs and quality of life for prehabilitation and early rehabilitation after surgery of the lumbar spine. *BMC Health Serv Res* 2008;9(8):209.
62. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
63. Müller-Riemenschneider F, Reinhold T, Willich SN. Cost-effectiveness of interventions promoting physical activity. *Br J Sports Med* 2009;43(1): 70–6.
64. Kahende J, Loomis BR, Adhikari B, Marshall LT. A Review of Economic Evaluations of Tobacco Control Programs. *Int J Environ Res Public Health* 2009;6(1):51–68.
65. Hagberg LA, Lindholm L. Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity. *Scand J Public Health*. 2006;34(6):641–53.
66. Dalziel K, Segal L. Time to give nutrition interventions a higher profile: cost-effectiveness of 10 nutrition interventions. *Health Promot Int*. 2007; 22(4):271–83.
67. Dukyoo Jung, Juhee Lee, Lee SM. A meta-analysis of fear of falling treatment programs for the elderly. *West J Nurs Res* 2009;31(1):6–16.
68. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(3):CD000340.
69. Senior alert [webbsida]. Citerad 2009-03-04. Tillgänglig på: <http://www.ucr.uu.se/senioralert/>.
70. RIKSHÖFT [webbsida]. Citerad 2009-03-04. Tillgänglig på: <http://www.rikshoft.se/>.

71. De Backer G. The SCORE model in the POWER study: an attempt to focus the limited resources for prevention on patients with greatest need. *Curr Med Res Opin* 2007;23(Suppl 5):S19–24.
72. Statens folkhälsoinstitut. Hälsa på lika villkor? Nationella folkhälsoenkäten [webbsida]. Citerad 2009-03-05. Tillgänglig på: http://www.fhi.se/templates/Page____391.aspx.
73. Statens folkhälsoinstitut. Livsstilsrapport 2008 – lägesrapport om livsstilsfrågor. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
74. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Stockholm: SKL och Socialstyrelsen; 2008.
75. Socialstyrelsen. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
76. Socialstyrelsen. En utvärdering av alkoholförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården 2006–2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
77. Holm Ivarsson B. Tobaksfritt landsting på agendan. En uppföljning av det tobakspreventiva arbetet i landsting/regioner 2006. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
78. Statens folkhälsoinstitut. Minskat bruk av tobak – var står vi idag? Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
79. Statens folkhälsoinstitut. FaR® Fysisk aktivitet på recept. Utvärderingar och statistik. Citerad 2009-03-05. Tillgänglig på: http://www.fhi.se/templates/Page____10871.aspx.
80. Commission of the European Communities. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. Brussels, 24.10.2006 COM(2006) 625 final; 2006.
81. Prop 2005/06:30 Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner.
82. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
83. Det svenska nätverket hälsofrämjande sjukhus. Patienters alkoholvanor samt motivation till förändring. Linköping: Linköpings universitet; 2007.
84. Duaso MJ, Cheung P. Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? *J Adv Nurs*. 2002;39(5):472–9.
85. Johansson K, Bendtsen P, Åkerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Public Health* 2005;15(6):615–20.
86. Lindahl B. Lifestyle and health. Role of the insulin resistance syndrome in cardiovascular disease and diabetes – the effects of lifestyle intervention [doktorsavhandling]. Umeå: Umeå University; 1998.
87. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
88. Västerbottens läns landsting. Västerbottens hälsoundersökning [webbsida]. Citerad 2009-03-05. Tillgänglig på: <http://www.vll.se/default.aspx?id=24729&refid=24779>.
89. Västerbottens läns landsting. Västerbottens hälsoundersökning – VHU 70 [webbsida]. Citerad 2009-03-05. Tillgänglig på: <http://www.vll.se/default.aspx?id=34803&refid=34802>.
90. Landstinget i Östergötland. Måluppfyllelse av målområde 6 i landstinget Östergötland. PM. Augusti; 2008.
91. Socialstyrelsen. IDB Sverige (tidigare EHLASS) [webbsida]. Citerad 2009-03-05. Tillgänglig på: http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/skador/EHLASS.htm.

92. Socialstyrelsen. Vaccination av barn. Det svenska vaccinationsprogrammet. En översikt för hälsovårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
93. Smittskyddsinstitutet. Allmän information om övervakning av vaccinationstäckning. Citerad 2009-03-09. Tillgänglig på: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/vaccinationer/statistik-for-det-allmanna-vaccinationsprogrammet/>.
94. Lagerlund M, Maxwell AE, Bastani R, Thurfjell E, Ekblom A, Lambe M. Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening – a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes Control* 2002;13(1):73–82.
95. Zackrisson S, Andersson I, Manjer J, Janzon L. Non-attendance in breast cancer screening is associated with unfavourable socio-economic circumstances and advanced carcinoma. *Int J Cancer* 2004;108(5):754–60.
96. Tengelin U, Thörn Y, Massi Fritz E. En klassfråga vem som får mammografi. *DN-debatt* 2008-09-29.
97. Eaker S, Adami HO, Sparén P. Reasons women do not attend screening for cervical cancer: a population-based study in Sweden. *Prev Med* 2001;32(6):482–91.
98. Westin O, Alfredsson J, red. Om folkhälsorapportering. Ett bidrag till en förbättrad spridning och användning om kunskap om befolkningens hälsa. Landstinget Gävleborg: Bollnäs; 2008.
99. Socialstyrelsen. Landstingens folkhälsoansvar – en uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.
100. SKL. Hälsa i styrdokument – hälsofrämjande mål och uppföljningsindikatorer i landstingens verksamhetsplaner och bokslut. SKL; 2007.
101. Personlig kontakt med Anja Nyberg, Region Skåne.
102. Fredin S, Forsberg B. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård Stockholms sjukhus – en kartläggning 2006–07. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007.
103. Landstinget Västernorrland. Redovisning av hälsofrämjande sjukvård HSF. PM 2007-01-24.

Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar

Sammanfattning

Barn och ungdomars hälsa är i huvudsak god. Hälso problemen har dock förskjutits under de senaste 10–20 åren, från fysisk ohälsa mot psykosocialt betingade besvär och funktionsnedsättningar. Det har blivit vanligare att ungdomar uppger att de är nedstämda, oroliga, har svårt att sova och har värk. Därmed skrivs också mer antidepressiva läkemedel ut, framför allt till unga kvinnor i åldern 15–19 år. Även antalet vårdtillfällen på grund av psykisk sjukdom har ökat under det senaste decenniet.

Fortfarande är dock skador och förgiftningar den vanligaste orsakerna till att barn och ungdomar vårdas inom slutenvården. Skador och förgiftningar stod för 17 procent av alla vårdtillfällen år 2007. Näst vanligast var sjukdomar i andningsorganen, som stod för 14 procent av alla vårdtillfällen. De minsta barnen, 0–4 år, står för nästan hälften av vårdtillfällena. Antibiotika och läkemedel mot astma dominerar bland de läkemedel som skrivs ut till barn och ungdomar.

Antalet utfärdade specialistbevis inom barn- och ungdomsmedicin har ökat kontinuerligt under det senaste decenniet. I relation till antalet invånare har dock inte antalet specialister inom barn- och ungdomsmedicin ökat, utan legat stabilt. En liknande utveckling gäller för antalet specialistbevis inom barn- och ungdomspsykiatri, samt för antalet legitimerade barnmorskor. Inom skolhälsovården finns vidare stora variationer när

det gäller tillgängligheten till skolsköterskor och skolläkare i olika kommuner.

Den specialiserade vården för barn och ungdomar har förbättrats på flera sätt. Bland annat överlever många fler barn cancer än tidigare. Diabetesvården för barn har förbättrats samtidigt som insjuknandet förskjutits till yngre åldrar. Även överlevnadschanserna för extremt för tidigt födda barn har ökat under de senaste decennierna. Sammantaget ställer dock utvecklingen nya krav på vården, eftersom sjukdomspanoramat inom patientgrupperna barn och ungdomar förändras.

Utifrån dagens perspektiv är det uppenbart att hälsorisker för barn och ungdomar inte ensidigt kan hanteras inom hälso- och sjukvården. En utökad samverkan med andra aktörer som förskola, skola och socialtjänst är nödvändig. För att effektivt kunna förebygga ohälsa krävs också att olika verksamheter som möter barn besitter barnkompetens och att barnens behov och förutsättningar är tydliga i det dagliga arbetet.

Underlag, mått och indikatorer

Det finns olika källor med statistik om barns och ungdomars hälsa och vårdkontakter. Exempel är Statistiska centralbyråns (SCB:s) undersökningar av levnadsförhållanden (ULF), Statens folkhälsoinstituts (FHI:s) undersökningar av skolbarns hälsosvanor, Socialstyrelsens register samt regionala och lokala undersökningar. Detta avsnitt bygger främst på data från Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister, men även på enskilda rapporter från landsting samt på forskningsartiklar. Några uppgifter som redovisas i avsnittet är:

- spädbarnsdödlighet och dödföddhet
- slutenvård och öppenvårdsbesök
- läkemedelsförskrivning

- personalresurser i skolhälsovården
- förekomst av klamydiainfektioner.

Vi redogör främst för uppgifter som gäller barn och ungdomar i åldern 0–19 år. Dataunderlagen definierar oftast barn och ungdomar enligt detta åldersintervall. I vissa fall hänvisar vi dock till rapporter där barn- och ungdomsgruppen har definierats annorlunda.

Utöver de källor som nämnts finns i dag några nationella kvalitetsregister som berör barn och ungdomar specifikt. Dessa register är dock i hög utsträckning under utveckling. Exempel på register är

- BORIS – barnobesitasregister i Sverige (startår 2005)
- Swediabkids – nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomsdiabetes (startår 2000)
- PNQn – perinatalt kvalitetsregister/neonatologi (startår 2000)
- SÖK – nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomar som misstänkts/konstaterats ha blivit utsatta för sexuella övergrepp (startår 2005).

Den vård som ges till barn och ungdomar spänner över stora delar av hälso- och sjukvården. I detta avsnitt ger vi en avgränsad överblick av dessa insatser. Efter en inledande beskrivning av demografiska fakta och några hälsomått redogör vi för barnkompetensen i vården, för barns och ungdomars vårdkontakter samt för läkemedelsförskrivningen. Därefter beskriver vi några vanliga vårdformer för främst det förebyggande arbete som till exempel skolhälsovården och ungdomsmottagningarna utför. Avslutningsvis redogör vi för några av de vanligaste formerna av slutenvård som ges när det gäller till exempel barnkirurgi och diabetesvård för barn.

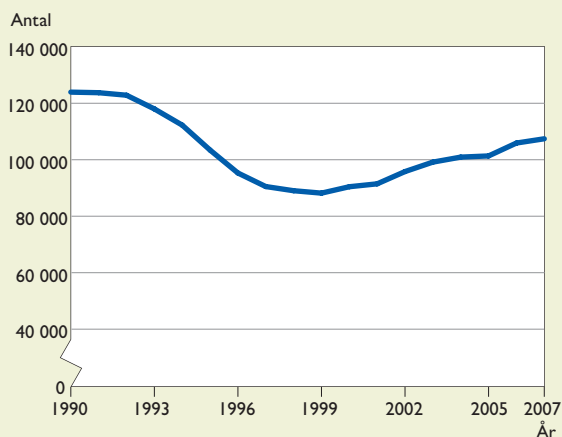
De flesta mår bra men den psykiska ohälsan ökar

Barns och ungdomars rätt till hälso- och sjukvård stadgas i FN:s barnkonvention. Enligt artikel 24 ska konventionsstaterna erkänna barnets rätt till bästa möjliga hälsa samt till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Enligt artikel 2 gäller rätten till hälso- och sjukvård alla barn som befinner sig inom en stats jurisdiktion, utan någon åtskillnad. Konventionen definierar barn som varje människa under 18 år [1].

Nästan en fjärdedel av Sveriges befolkning är barn och ungdomar i åldern 0–19 år. Den 31 december 2007 fanns 2,2 miljoner personer i denna åldersgrupp. År 2007 föddes drygt 107 000 barn i Sverige: 52 000 flickor och 55 000 pojkar [2]. Antalet födda barn har ökat konstant sedan år 2000 (figur 3:12). Enligt SCB:s befolkningsprognos kommer antalet att fortsätta öka de närmaste åren [3].

År 2007 föddes drygt 100 000 barn i Sverige, och omkring 750 barn adopterades från andra län-

Figur 3:12. Antal födda barn i Sverige åren 1990–2007



der (tabell 3:4). Flickorna adopterades oftast från Kina och Indien, medan pojkarna oftast kom från Sydkorea, Kina och Vietnam. Vidare invandrade drygt 22 000 barn till Sverige år 2007, framför allt från Irak.

Tabell 3:4. Antal barn i åldern 0–17 år som föddes, adopterades, invandrade, utvandrade respektive avled år 2007

	Flickor	Pojkar	Summa
Födda	52 162	55 259	107 421
Adopterade	451	294	745
Invandrade	10 650	11 624	22 274
Utvandrade	3 920	3 953	7 873
Avlidna	238	283	521

Källa: SCB 2009 [2]

Återvändande svenskar var också en stor invandringsgrupp, och nästan 3 000 av barnen som invandrade under 2007 är födda i Sverige. Av de knappt 7 900 barn som lämnade Sverige under 2007 var omkring 5 500 födda i Sverige.

Svenska barn har en god hälsa i ett internationellt perspektiv om vi utgår från vanliga hälso-mått, till exempel spädbarnsdödlighet. År 2000 dog 4 per 1 000 barn upp till fem år som var födda i Sverige, enligt Världshälsoorganisationen (WHO) [4]. Detta kan jämföras med till exempel Estland eller Turkiet där samma siffra var 11 respektive 23 döda per 1 000 födda.

Utifrån ett europeiskt barnhälsoperspektiv har WHO sammanställt rapporten *Public health action for healthier children and populations* [5]. Där jämförs de 52 länderna i WHO:s europeiska region när det gäller sjukdomstillstånd inom områdena

- nyföddhetsperioden

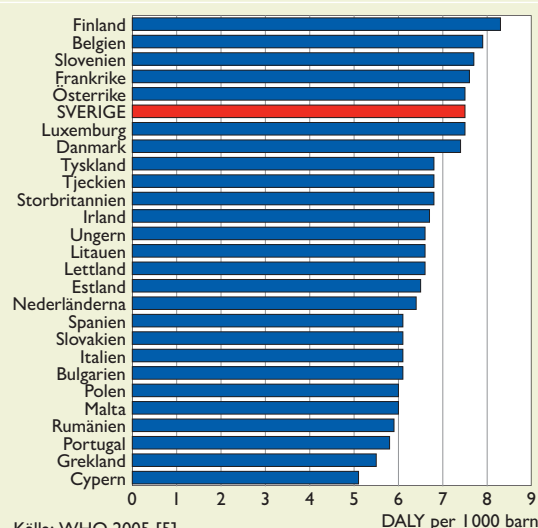
- andningsorganen
- missbildningar
- ”neuropsykiatriska störningar” (depression, schizofreni etc.)
- skador
- astma.

WHO använder måttet DALY i redovisningen, som har beräknats per 1 000 barn i åldern 0–14 år. Sverige ligger bäst till av de jämförda länderna när det gäller sjukdomstillstånd under nyföddhetsperioden och när det gäller skador. På området sjukdomstillstånd i andningsorganen placerar sig Sverige som delad trea tillsammans med sju andra länder. När det gäller neuropsykiatriska störningar placerar sig Sverige däremot sämre (figur 3:13). WHO framhåller dock att skillnaderna mellan

Figur 3:13. Sjukdomsbörda neuropsykiatriska tillstånd

Barn 0–14 år i EU (DALY per 1000 barn). År 2002.

I neuropsykiatri ingår bland annat depression, schizofreni, migrän.



Källa: WHO 2005 [5]

länderna är relativt små för just dessa diagnoser, i jämförelse med till exempel skador och astma. WHO:s urval av vilka diagnoser som ingår i området neuropsykiatriska störningar i rapporten är också begränsat och delvis annorlunda i jämförelse med hur det definieras i Sverige.

Nyföddhetsperioden är den mest riskfyllda i barnens liv även i Sverige, trots att vården av nyfödda visar goda resultat i ett internationellt perspektiv. Ungefär en tredjedel av de barn som dog år 2007 hade inte fyllt 1 år. 148 pojkar och 120 flickor avled under sitt första levnadsår. Det motsvarar 2,5 barn per 1 000 levande födda [2].

Barn och ungdomars problem har emellertid förskjutits fortlöpande, från fysisk ohälsa och sjukdom mot psykosocialt betingade besvär och funktionsnedsättningar. Under de senaste 10–20 åren har flera rapporter visat att ungdomar oftare än tidigare uppger att de är nedstämda, oroliga, har svårt att sova och har värk [6]. Orsakerna till denna utveckling är inte klarlagda. Förslag som framhållits i rapporter och olika studier är svårigheter för ungdomar att få arbete, en ökad individualisering i samhället samt psykosociala förklaringsmodeller utifrån begrepp som relativ fattigdom och social status [7, 8].

Barnkompetens i vården

Socialstyrelsen tar löpande fram underlag för att bedöma tillgången och efterfrågan på olika specialister inom hälso- och sjukvården. Antalet utfärdade specialistbevis inom barn- och ungdomsmedicin har ökat kontinuerligt, från 36 stycken år 1995 till 81 år 2007. Det visar Socialstyrelsens redovisning av tillgången på specialistläkare under denna period [9]. I relation till antalet invånare har dock inte antalet specialister inom barn- och ungdomsmedicin ökat, utan legat konstant på

9–10 stycken per 100 000 invånare. En liknande utveckling gäller för antalet specialistbevis inom barn- och ungdomspsykiatri, samt för antalet legitimerade barnmorskor [10].

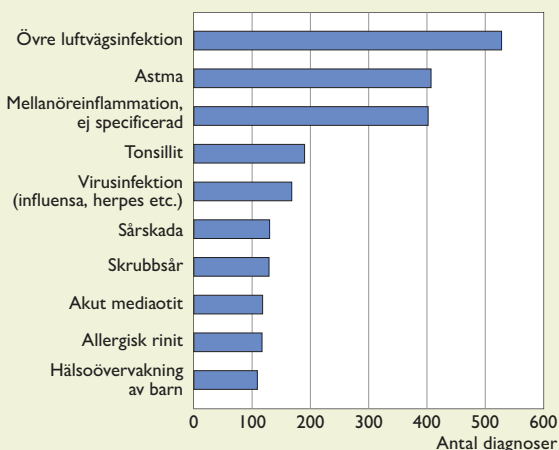
Barn och ungdomars vårdkontakter

Infektioner och astma vanligaste orsakerna till besök på vårdcentral

Det finns ingen rikstäckande statistik för besök i primärvården, utan statistiken kommer från enskilda landsting eller vårdcentraler. Figur 3:14 visar till exempel antalet diagnoser vid en enda vårdcentral i Tierp bland barn i åldern 0–14 år [11]. Fördelningen mellan diagnoserna på denna vårdcentral stämmer väl överens med tidigare beskrivningar [12]. Övre luftvägsinfektioner följt av astma och mellanöreinflammation är de absolut främsta orsakerna till besök.

Figur 3:14. Antal diagnoser i samband med läkarbesök

Vid vårdcentralen i Tierp, 0–14 år, båda könen, år 2006.



Källa: Uppsala universitet [11]

Skador vanligaste orsaken till vård på sjukhus

I figur 3:15 redovisas de tio vanligaste vårdtillfällena för barn och ungdomar inom slutenvården år 1998 och 2007.

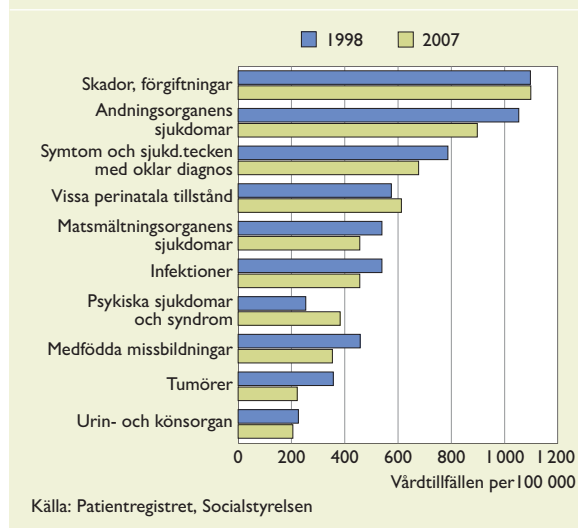
Flest vårdtillfällen orsakas av skador och förgiftningar. Varje år söker drygt 21 000 barn och ungdomar åldern 0–19 år sjukhusvård efter olycksfall (skador som orsakats av oavsiktliga händelser). Den allmänna trenden för sjukhusvård på grund av olycksfall har varit relativt stabil under perioden 1998–2007, även om antalet vård dagar på grund av skador och förgiftningar har minskat. Enligt Räddningsverket finns dock ett viktigt undantag bland de riktigt små barnen, yngre än ett år, där antalet vårdade i stället ökar [13].

Den allra vanligaste skadeplatsen är hemmet, och den vanligaste olyckstypen är fallolyckor. Fallolyckorna står för två av tre olyckor under det första levnadsåret och för hälften av olyckorna i åldrarna 2–6 år. När barnen blir äldre är det vanligare med olyckor där de springer ihop och ramlar under lekar. Barn upp till fem år skadar oftast huvudet, medan frakturer på armar och händer är typiskt bland de lite äldre barnen. För 15–17-åringarna är vrickningar och stukningar vanligt. Pojkar skadar sig något oftare än flickor – de står för sammanlagt sex av tio olycksfall [13]. Här framgår inte vilka effekter skadorna ger på hälsan. Svenska studier pekar dock på att skador på huvudet hos barn och ungdomar kan påverka koncentrations- och minnesförmågan [14].

Under senare år har också den psykiska ohälsan fått stor uppmärksamhet [7]. Antalet vårdtillfällen för psykiska sjukdomar och syndrom

Figur 3:15. Vård på sjukhus

Antal vårdtillfällen i slutenvården per 100 000 barn.



har ökat markant mellan 1998 och 2007, medan antalet vårdtillfällen för de flesta andra diagnosgrupper har minskat (figur 3:15). Framför allt har gruppen 15–24-åriga kvinnor som vårdats för avsiktligt självdestruktiva handlingar ökat betydligt sedan år 1998. Även bland yngre män har dessa vårdtillfällen ökat, men andelen vårdade är ändå betydligt färre. Nästan nio av tio som vårdades för någon avsiktligt självdestruktiv handling hade förgiftat sig själva, framför allt med läkemedel [15].

De minsta barnen, 0–4 år, stod för 43 procent av alla vårdtillfällen för barn och ungdomar i Sverige år 2007, och för hälften av alla vård dagar

(tabell 3:5). Åldersgruppen 15–19 år tog närmare en tredjedel av både vårddagarna och vårdtillfällena i anspråk. Minst vård utnyttjades av barn i åldern 5–9 år.

Tabell 3:5. Antal och andel vårdtillfällen och vårddagar samt medelvårdtid
Olika åldersgrupper. Båda könen år 2007.

Ålder	Vårdtillfällen (antal)	%	Vårddagar (antal)	%	Medelvårdtid (dagar)
0–4	58 431	43	264 116	50	4,52
5–9	16 928	12	40 220	8	2,38
10–14	21 623	16	65 117	12	3,01
15–19	39 561	29	156 496	30	3,96
Samtliga	136 543	100	525 949	100	3,85

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

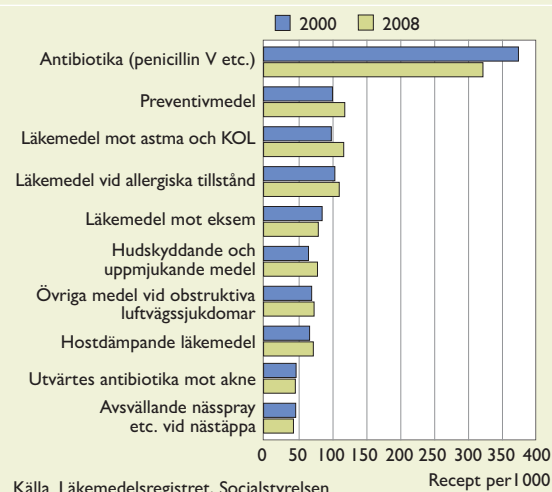
Läkemedelsförskrivningen återspeglar ohälsopanoramats

I figur 3:16 presenteras statistik för receptförskrivningar till barn och ungdomar. Vanlig antibiotika (penicillin V) står för den större delen av det sammanlagda antalet recept. Näst vanligast är preventivmedel följt av läkemedel mot astma och KOL.

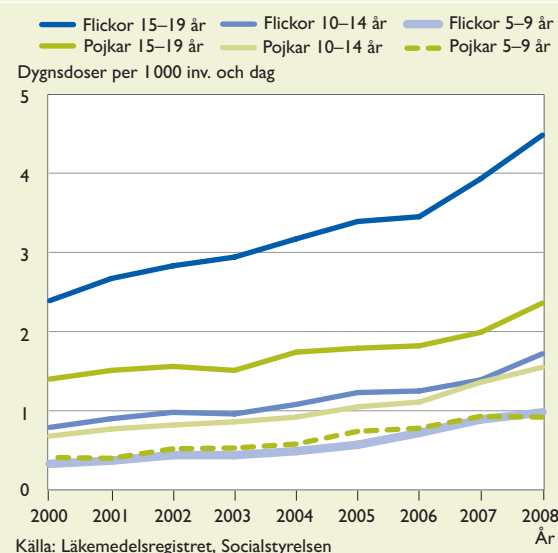
I figur 3:16 framgår dock inte att läkemedelsgrupperna psykostimulantia och antidepressiva medel har ökat mest under perioden. Antalet recept på psykostimulantia per 1 000 invånare i åldern 0–19 år ökade från 2,3 år 2000 till 33,2 år 2008, medan antalet recept på antidepressiva medel ökade från 13,4 till 25,1.

Även förskrivningen av läkemedel mot magsår och magont ökade under perioden 2000–2008 (figur 3:17). Dubbelt så många läkemedel mot magsår och magont skrevs ut till flickor som till pojkar i åldern 15–19 år. Förskrivningen har också

Figur 3:16. Läkemedel till personer 0–19 år
Antal recept per 1 000 barn och ungdomar, jämförelse mellan åren 2000 och 2008.



Figur 3:17. Läkemedel vid magsår och magont
Definierade dygnsdoser per 1 000 invånare och dag.



varit konstant högre för flickor i åldern 10–14 år jämfört med för pojkar.

Förskrivningen av antidepressiva läkemedel har ökat markant i åldersgruppen 15–19 år under perioden 2000–2008, till både pojkar och flickor (figur 3:18). Antalet definierade dygnsdoser för flickor har varit dubbelt så hög jämfört med pojkarnas. I åldersgruppen 10–14 år har förskrivningen till pojkar däremot legat något över flickornas.

Det finns dock vissa brister i det vetenskapliga underlaget för barns läkemedelsbehandling. Många läkemedel är enbart testade på vuxna. Därmed saknas ofta dokumentation om effekt och säkerhet hos läkemedel till barn. Detta medför att barn förskrivs läkemedel utan godkänd indikation och dosering, så kallad off-label. En studie från primärvården i Stockholm visar att vart femte läkemedel som föreskrevs till barn gjordes off-label [16]. En preliminär kartläggning visar också att läkemedelsanamnesen i barns journaler ofta är sparsam eller till och med saknas helt [17].

Sedan 2007 ska emellertid nya barnläkemedel som registreras inom EU även provas kliniskt på barn [18]. EU:s läkemedelsmyndighet, European Medicines Agency, har tillsatt en särskild vetenskaplig kommitté med ansvar för frågor om barnläkemedel. Kommitténs främsta uppgift är att ha ett vetenskapligt ansvar för utvärderingar och godkännanden vid utvecklingen av nya läkemedel för barn [19].

Hälsovård för barn- och ungdomar

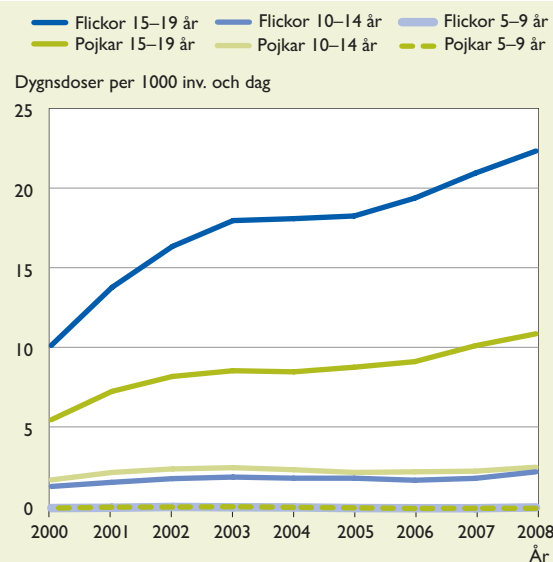
Vissa vårdformer riktar sig specifikt till barn och ungdomar: främst verksamheten inom barnhälsovården, skolhälsovården och ungdomsmottagningarna. Dessa verksamheter beskrivs översiktligt

nedan. Information om barn- och ungdomspsykiatri kommenteras i avsnitten om *Tillgänglig vård i rimlig tid* och *Vård vid psykisk ohälsa och sjukdom*.

Successiv förändring av barnhälsovårdens roll

Barnhälsovårdens övergripande uppdrag är att bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete. Här ingår såväl generella som riktade insatser. Det handlar bland annat om hälsoövervakning för att spåra utvecklingsavvikelser, hälsouppllysning och vaccinationer. Arbetsuppgifterna har successivt ökat och ändrat karaktär. Utgångspunkten har förskjutits från ett övergripande somatiskt perspektiv mot ett alltmer psykosocialt och folkhälsoinriktat perspektiv [20].

Figur 3:18. Antidepressiva läkemedel
Definierade dygnsdoser per tusen invånare och dag.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Sjuksköterskorna är nyckelpersoner inom barnhälsovården, eftersom de utför den största delen av arbetet där. Men även läkare och psykologer är ofta knutna till verksamheten. Målet är att främja barnens hälsa, trygghet och utveckling, enligt den nationella målbeskrivningen för sjukskötersketjänstgöringen inom barnhälsovården [21]. I samma målbeskrivning citeras även de huvud- och delmål som Socialstyrelsen har satt för mödra- och barnhälsovården [22].

Huvudmål:

- att minska dödlighet, sjuklighet och funktionsnedsättning hos nyblivna mödrar och deras barn
- att minska skadlig påfrestning för föräldrar och barn
- att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och härigenom skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling för barn.

Delmål:

- att genomföra differentierad hälsoövervakning av alla barn före skolåldern
- att minska väsentliga hälsoproblem för barnfamiljen
- att ge behovsanpassad service, stöd och vård till föräldrar och barn
- att uppmärksamma och förebygga förhållanden i närmiljö och samhälle som kan hota barns hälsa.

Organisatoriskt tillhör barnhälsovården primärvården, som i sin tur drivs av landstinget, kommunen eller en privat vårdgivare. Det är primärvårdens ansvar att erbjuda alla förskolebarn en förebyggande hälsovård. Verksamhetschefen ansvarar för bar-

navårdscentralens organisation. Barnhälsovårdsöverläkaren har det övergripande ansvaret för arbetets innehåll, metodutveckling, utbildning och kvalitetssäkring.

Stora skillnader i personalresurser för skolhälsovården

Skolhälsovården är en del av skolans särskilda elevvård. Den består av skolläkare, skolsköterska, skolkurator, studie- och yrkesvägledare, specialpedagog och skolpsykolog. Skolhälsovården regleras både i skollagen (1985:1100) och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). En stor del av skolläkarens insats består av att ge konsultation till skolsköterskan. Oftast finns också en regelbunden återkommande mottagningsverksamhet vid skolorna.

Skolhälsovårdens innehåll och arbetssätt varierade betydligt mellan både kommuner och skolor år 2001–2005. Det visar Socialstyrelsens granskningar från denna period [23–26]. Socialstyrelsen fann vidare att även tillgängligheten till skolsköterskor och skolläkare varierade stort. Variationen bekräftas av statistik från Skolverket om antalet elever per olika personalkategorier inom skolhälsovården i grund- och gymnasieskolan. Tabell 3:6 visar att antalet elever per skolsköterska år 2006 var som lägst i storstäder och som högst i pendlingskommuner. Antalet elever per skolläkare varierade mellan drygt 5 000 och 12 500. Variationen var stor även för skolkuratorer och skolpsykologer. Det finns dock ingen fastställd gräns för hur många elever en skolsköterska eller en skolläkare förväntas klara av. Riktvärden som diskuterats är 4 000–5 000 elever per skolläkartjänst och 400–500 elever per skolskötersketjänst (heltider) [27].

Tabell 3:6. Antal elever per årsarbetare* i grund- och gymnasieskola
Medelvärden för kommungrupper, år 2006.

Kommungrupper**	Skol- läkare	Skol- kurator	Skol- psykolog
Samtliga kommuner	8 810	811	2 038
Storstäder	5 038	818	1 239
Förortskommuner	10 046	971	1 590
Större städer	11 622	853	1 936
Pendlingskommuner	8 756	777	1 600
Glesbygdskommuner	9 816	734	3 992
Varuproducerande kommuner	5 317	807	2 024
Övriga: > 25 000 inv.	10 890	748	1 816
Övriga: 25 000–12 500 inv.	12 688	765	2 366
Övriga: < 12 500 inv.	5 118	826	1 780

*Med årsarbetare i grund- och gymnasieskolan avses antalet tjänster (inklusive köpta tjänster) omräknat till heltidstjänster under ett helt år. Antal elever per årsarbetare baseras på medeltal elever i huvudmannens grund- och gymnasieskolor 1994–2005.

** Kommungruppsindelningen är gjord av Sveriges Kommuner och Lands-ting. Kommunerna är indelade i nio grupper efter vissa strukturella egen-skaper som bland annat befolkningsstorlek, pendlingsmönster och närings-livsstruktur.

Källa: Skolverket [28]

Flera olika uppgifter för ungdomsmottagningar

Det är frivilligt för kommuner och landsting att driva ungdomsmottagningar. Verksamheten är i huvudsak förebyggande, och målet är att ”främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i iden-titetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexu-alitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner”, enligt ett policydokument från Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) [29].

Ungdomsmottagningarna kan bland annat ar-beta med att

- behandla problem som rör ungdomars tonårsut-veckling

- förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner
- informera om sex och samlevnad samt andra livsstilsrelaterade frågor
- förebygga psykisk ohälsa
- ge viss somatisk sjukvård.

Några av dessa områden beskrivs utförligare nedan.

Preventivmedelsrådgivning

Ungdomsmottagningarnas preventivmedelsråd-givning har ett dubbelt syfte: att hindra oönskade graviditeter och att skydda mot sexuellt överförda infektioner. Preventivmedelsrådgivningen är ett led i att främja ungdomarnas reproduktiva hälsa och unga kvinnors möjligheter att i framtiden kunna få barn.

Förebyggande av sexuellt överförda infektioner

När ungdomsmottagningarna startade på 1970-talet var det primära målet att minska antal oön-skade graviditeter. I takt med att verksamheten blivit en alltmer accepterad del av den förebyg-gande hälsovården har också frågor om hur man ska skydda sig mot sexuellt överförda infektioner blivit viktigare. Preventionsarbetet integrerades i verksamheten när hiv upptäcktes på 1980-talet, samtidigt som det blev möjligt att diagnostisera och behandla klamydia.

Genom ungdomsmottagningarnas utåtriktade sex- och samlevnadsundervisning blev det allt-mer uppenbart att även pojkar behövde råd och stöd. Därmed behövde mottagningarna förstärka sin kompetens och sina resurser utifrån pojkars behov. Behovet av mottagningar med kompetens inom områden som manlig reproduktiv hälsa, prevention av sexuellt överförda infektioner, poj-

kars tonårsutveckling, psykologiska och psykosomatiska besvär samt abortförebyggande arbete för pojkar blev tydligt [30].

Det behövs dock fortfarande fler insatser för att nå pojkar med information om sex och samlevnad. Data från Statens folkhälsoinstitut visar att 23 procent av kvinnorna och endast 4 procent av männen i åldern 16–26 år hade besökt en ungdomsmottagning under de senaste tre månaderna år 2005–2006 [31].

Klamydia är den vanligaste sexuellt överförda infektionen. Antalet smittade ungdomar och unga vuxna har ökat kraftigt sedan mitten av 1990-talet. I åldersgruppen 15–19 år ökade antalet registrerade fall från 4,4 till 12,0 per 1 000 flickor och från 1,0 till 4,0 per 1 000 pojkar mellan 1992 och 2007. I åldersgruppen 20–24 år ökade antalet registrerade klamydiafall under samma period

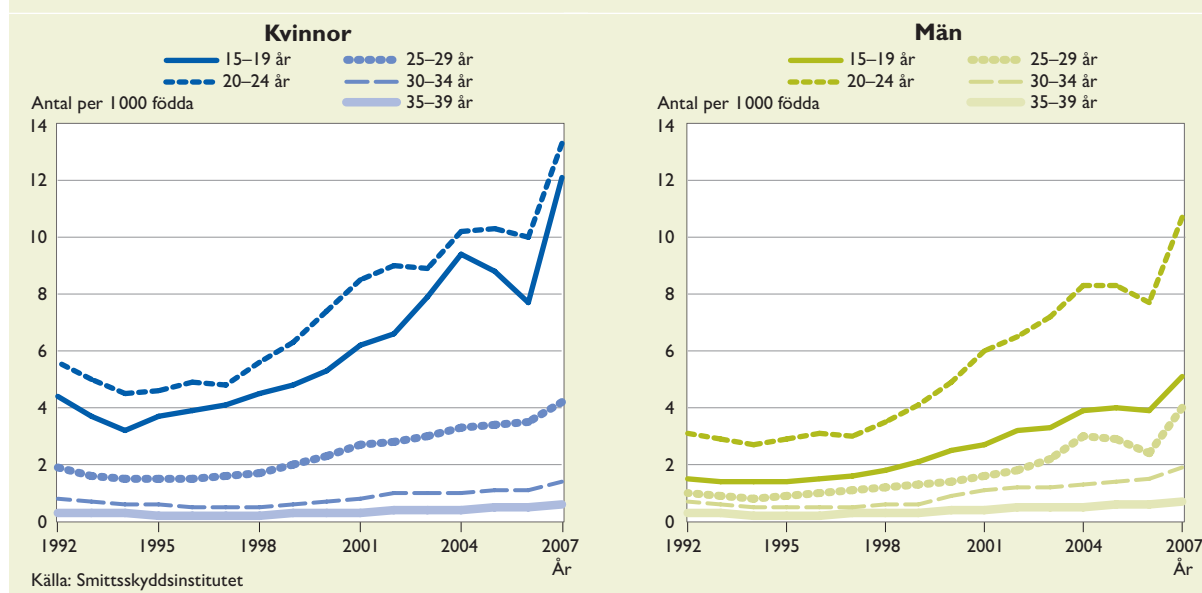
från 5,6 till 13 per 1 000 kvinnor och från 3,1 till 11 per 1 000 män (figur 3:19).

Ökningen av antalet klamydiainfektioner bland ungdomar och unga vuxna antas främst bero på förändrade sexualvanor. Möjligheterna till sexuella kontakter ökar på grund av Internet och förändrade resvanor. Därmed ökar också spridningen av sexuellt överförda infektioner. Dessutom har ungdomar oftare fler sexuella partner än tidigare, och fler har samlag första kvällen när de träffar en ny partner [32].

Ungdomsmottagningarna gör alltså viktiga insatser när de testar, smittspårar och förebygger sexuellt överförda infektioner. Många testar sig för klamydia i Sverige numera – fler än en halv miljon per år. År 2007 testade sig drygt 536 000 personer, vilket är en kraftig ökning jämfört med 2006 då cirka 450 000 personer testade sig. År

Figur 3:19. Antal klamydiafall

Per 1 000 invånare, kön och åldersgrupp åren 1992–2007.



1997 var siffran betydligt lägre: 306 000 personer, enligt Smittskyddsinstitutets årsrapport [33]. Antalet inrapporterade klamydiafall har dock ökat betydligt mer än antalet personer som testar sig. Ökningen av antalet smittade är alltså reell. I vissa landsting har emellertid en viss minskning av antalet klamydiafall kunnat ses under 2008. Förklaring till detta är en förbättrad diagnostik som lett till att vissa klamydiapatienter, som man tidigare inte hittade, nu fått behandling, vilket även lett till att vården kunnat spåra partner [34].

Socialstyrelsen ska arbeta fram en handlingsplan för klamydiaprevention [35]. Utgångspunkten är att åtgärder måste vidtas i flera sektorer samtidigt och att olika aktörer måste samverka. Handlingsplanen ska framför allt fungera som en sammanhållande struktur för det preventiva arbetet och som en ram för att följa upp, förändra och förbättra insatserna. Fokus ligger på det förebyggande arbetet. Därutöver finns en rad möjligheter att förbättra och förändra det rent medicinska arbetet med diagnos och behandling. Hälso- och sjukvården utgör tillsammans med skolan och specifika kommunikationsinsatser de tre nyckelområden som kommer att framhållas specifikt i planen. Socialstyrelsen planerar att presentera handlingsplanen under 2009.

Socialkurativa insatser

Kuratorn har det yrkesmässiga ansvaret för att handlägga frågor av social natur. Kuratorn ansvarar också för att kontakta och samarbeta med sociala och psykiatriska instanser samt för att ge dem social information. Ungdomsmottagningarnas socialkurativa insatser kan dock variera beroende på kuratorns utbildning och erfarenhet.

En viktig del av kuratorns arbete är ofta krisbearbetning och övrig behandling i form av stöd-

samtal med ungdomar som har psykosociala problem. Andra arbetsområden kan vara sexuella övergrepp, relationsproblem med föräldrar, problem i familjen, missbruk, skilsmässa och dåligt självförtroende. Kuratorn kan ge behandling enskilt eller i grupp, eventuellt tillsammans med ungdomarnas familjer.

Psykologiska behandlingsinsatser

De större ungdomsmottagningarna kan ge psykologisk behandling i form av kortare eller längre terapier. Det kan handla om såväl krisbetonade som stöd- eller insiktsbetonade insatser. Att ge ungdomar med psykiska problem kvalificerad samtalsbehandling är ett psykosocialt förebyggande arbete inför vuxenlivet och eventuell familjebildning och föräldraskap. Denna möjlighet är positiv för de enskilda ungdomarna, men torde också vara samhällsekonomiskt lönsam.

Utåtriktad verksamhet

Ungdomsmottagningarnas utåtriktade verksamhet är en viktig del av deras förebyggande arbete. Det handlar framför allt om att medverka vid skolornas temadagar om sex och samlevnad och att synliggöra ungdomsmottagningarnas verksamhet så att ungdomar vet vart de ska vända sig vid behov.

Ungdomsmottagning på Internet

År 2007 fördelade regeringen medel till Sjukvårdsrådgivningen, som skulle utveckla en ungdomsmottagning på Internet. Syftet med projektet är att nå en bredare målgrupp med information som annars skulle vara svåråtkomlig, bland annat för killar. Detta underlättas av att den som tar emot råd via Internet kan vara anonym. Tjänsten är dock inte tänkt att ersätta den personliga kon-

takten med vården, utan ska ses som ett komplement. En första version av ungdomsmottagningen på Internet lades upp i slutet av 2008 [36].

Många nås av föräldrastöd

Den vanligaste formen av stöd till föräldrar, utöver informella kontakter med släktingar, vänner och bekanta, är särskilda föräldragrupper. Föräldrar erbjuds att delta i sådana grupper under graviditet och spädbarnstid inom främst mödrahälsovården (MVC) och barnhälsovården (BVC), men även på öppna förskolor och vid familjecentraler [37, 38]. Föräldrar får också stöd vid enskilda kontakter med professionella inom vården, till exempel vid hembesök eller per telefon.

Föräldragrupper bedrivs erfarenhetsmässigt nästan uteslutande efter lokalt eller regionalt utarbetade program som tar upp olika teman med anknytning till barn och föräldraskap [39]. Syftet är främst att ge information och möjligheter för föräldrar att knyta kontakter med andra föräldrar och i samtalsform delge varandra sina erfarenheter. Teman som tas upp är till exempel graviditet och förlossning, amning, familj och relationer samt samspelet mellan barn och föräldrar.

En nyligen genomförd kartläggning av förekomst, omfattning, innehåll och deltagande inom barnhälsovårdens föräldragrupsverksamhet där samtliga fast anställda sjuksköterskor på BVC (drygt 2 400) i Sverige ingick visar att föräldrastöd i grupp erbjöds av 94 procent av sjuksköterskorna [39]. Knappt hälften av BVC-sjuksköterskorna erbjöd alla nyblivna föräldrar att delta i föräldragrupper medan drygt hälften erbjöd endast förstabarnsföräldrar. I de fall flerbarnsföräldrar erbjöds att delta var detta ofta i mån av plats. En tiondel av BVC-sjuksköterskorna ordnade även grupper för föräldrar till äldre barn. Mer än hälften

av BVC-sköterskorna ledde grupperna själva men en tredjedel svarade att de ledde grupperna tillsammans med andra kollegor.

Nästan tre fjärdedelar av BVC-sjuksköterskorna använde strukturerade, manualbaserade metoder. Ett flertal olika metoder användes, men den absolut vanligaste var EPDS-screening (Edinburgh Postnatal Depression Scale) som är en självskattningskala för att upptäcka tecken på depression hos nyblivna mammor. 58 procent av de tillfrågade sjuksköterskorna uppgav att de använde denna metod. Detta stämmer även överens med vad Socialstyrelsen kom fram till i den kartläggning som gjordes under 2008 kring vilka metoder som används när det gäller förebyggande arbete, tidig upptäckt och tidiga insatser för barn och unga som riskerar att utveckla psykisk ohälsa [40].

I en rapport från 2004 beskriver Statens folkhälsoinstitut (FHI) hur föräldrastöd av olika slag kan utformas [38]. FHI konstaterar att barnhälsovårdens föräldragrupper i första hand är utformade för kvinnor, och att de flesta former av föräldrastöd fortfarande attraherar fler kvinnor än män. När dagens föräldragrupper bildades på 1970-talet var det inte självklart att både män och kvinnor skulle delta på lika villkor, men i dag är situationen annorlunda. Vidare påpekar FHI att föräldrastödsverksamheterna passar bättre för välutbildade föräldrar än för föräldrar med kort utbildning. FHI rekommenderar bland annat följande:

- Primärkommunerna påtar sig ett samlat ansvar för allt föräldrastöd, inklusive den verksamhet som bedrivs inom MVC och BVC, i samarbete med landstinget och olika frivilligorganisationer.
- De organisationer som ansvarar för olika former av brett inriktat föräldrastöd bör registrera deltagarnas kön och sociala bakgrund (exempelvis utbildningsnivå). Då kan verksamheterna

fortlöpande korrigera sin inriktning, så att olika grupper får tillgång till insatser på ett likvärdigt sätt.

I november 2007 kompletterades FHI:s rapport av en rapport från företrädare för olika organisationer, bland annat Svenska barnmorskeförbundet och Svenska Barnläkarföreningen [41]. I rapporten ges ett antal rekommendationer som i vissa fall går emot FHI:s förslag:

- Ansvar för föräldrastöd bör ligga kvar inom mödra- och barnhälsovården, som har erfarenhet, kompetens och möjlighet att nå alla.
- Föräldrastödet i grupp behöver kvalitetssäkras med hänsyn till gruppleddkompetens, tidsmässigt utrymme och praktiska förutsättningar.
- Det är särskilt angeläget att utveckla föräldrastöd före barnets födelse, liksom att göra tidiga insatser för föräldrar och barn i behov av utökat stöd.
- Föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården ska utgå från det gemensamma föräldraskapet och utformas så att kvinnor och män i lika hög grad lockas att medverka.

Specialiserad barnsjukvård

Den specialiserade barnsjukvården omfattar många delar av hälso- och sjukvården. Här redovisar vi ett urval av områden. Vi fokuserar särskilt på vård under nyföddhetsperioden.

Färre nyfödda barn dör

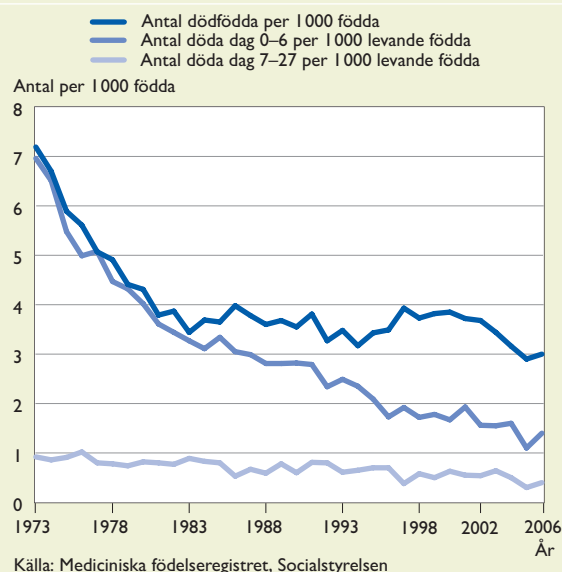
Det första året är det mest riskfyllda under barnens liv. I figur 3:20 redovisas antalet dödfödda barn, antalet barn som avlidit 0–6 dagar efter födseln och antalet barn som avlidit 7–27 dagar efter födseln. Mellan 1973 och 1983 halverades både andelen dödfödda och antalet döda inom 0–6 dagar. Därefter tycks andelen tidigt döda ha

fortsatt att minska, medan andelen dödfödda är relativt oförändrad. Även andelen barn som dött inom 7–27 dagar har sakta minskat under den observerade perioden. Utvecklingen antyder att vården fortlöpande har blivit bättre på att ta hand om de nyfödda barnen, medan möjligheten att förebygga fosterdöd inte tycks ha förbättrats nämnvärt sedan 1980-talet [42].

I Sverige räknas ett barn som dödfött om det har fötts utan livstecken efter en graviditetstid på minst 28 veckor. Om graviditetstiden är okänd eller osäker ska barnet vara minst 35 centimeter långt för att betraktas som dödfött. Det vanligaste är att fostret dör före förlossningen, men döden kan också inträffa medan förlossningen pågår. Några orsaker till att foster dör är

- missbildningar
- infektioner

Figur 3:20. Dödföddhet och neonataldödlighet i Sverige 1973–2006



- en allvarlig sjukdom hos modern
- komplikationer i moderkakan eller navelsträngen.

Fortfarande kan man dock inte identifiera någon uppenbar orsak till fosterdöden i 10–15 procent av fallen. Att inte röka är det viktigaste kända sättet för gravida att förebygga risken för fosterdöd.

Även andelen av de för tidigt födda barnen som dör när de är nyfödda har minskat successivt från 1973, framför allt bland de barn som är födda före graviditetsvecka 32 [43]. Detta beror troligen på att neonatalvården har blivit bättre. Mycket få barn avlider senare under nyföddhetsperioden, och någon tydlig trend kan inte skönjas.

Anledningarna till att barn föds tidigt kan variera. Förlossningen kan till exempel vara planerad tidigt på grund av att modern eller barnet har en sjukdom, eller också kan förlossningen spontant sätta i gång för tidigt. Sådana omständigheter påverkar förstås barnets hälsotillstånd och livskraft efter förlossningen. En relativt hög andel av de för tidigt födda barnen som dör under den senare nyföddhetsperioden har en medfödd sjukdom eller missbildning.

Ett vanligt använt mått för att avgöra hur väl barnet har klarat av övergången till ett liv utanför livmodern är den så kallade Apgarskalan. Måttet bygger på att det nyfödda barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer bedöms på en skala från noll till två. Mätningen görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födseln. Maximal poäng är 10 och låg Apgarpoäng brukar definieras som under sju poäng. I Sverige har cirka 1 procent av de nyfödda låg poäng (siffran gäller för enkelbörd). Andelen varierade dock mellan landstingen, från 0,68 till 1,59 procent år 2002–2006 [44]. Låg Apgarpoäng kan innebära en

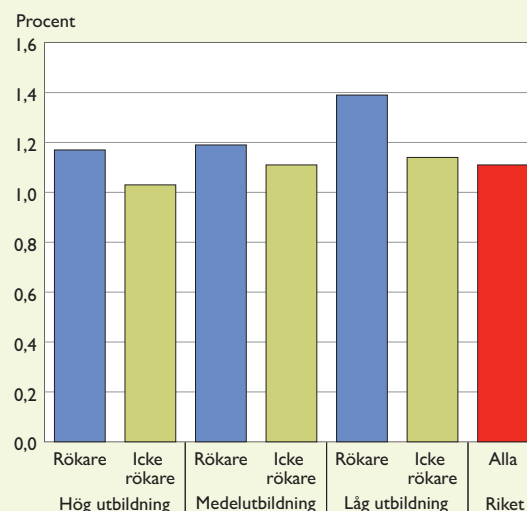
viss ökad risk för komplikationer under nyföddhetsperioden och senare, men det prognostiska värdet av en låg Apgarpoäng är osäkert.

Det finns flera bakomliggande faktorer till att ett nyfött barn har låg Apgarpoäng. Vissa faktorer har samband med förlossningen medan andra kan hänföras till genetiska faktorer eller till moderns levnadsvanor. Mödrahälsovården syftar till att uppmärksamma blivande mödrar på hur levnadsvanor och vissa sjukdomar kan påverka barnets kondition. Detta gör man för att de som befinner sig i riskzonen i möjligaste mån ska ändra sin livsföring för att förhindra att barnet påverkas negativt. Apgarpoäng kan därmed också i viss mån användas som ett mått på hur väl vården fungerar.

I figur 3:21 visas låg Apgarpoäng relaterat till moderns utbildning. Eftersom rökning är en känd

Figur 3:21. Nyfödda med låg Apgar (<7)

Andel (procent) med låg Apgar fördelat efter moderns rökvanor och utbildningsnivå, år 2002–2006.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

riskfaktor för låg Apgar har hänsyn också tagits till om modern är rökare eller ej.

Även om skillnaderna inte är signifikanta är mönstret detsamma bland de med hög, medelhög och låg utbildning, d.v.s. de som röker har alltid lägre Apgarpoäng.

Vården för nyfödda har utvecklats och förbättrats

Inom neonatologin (nyföddhetsmedicinen) krävs kunskaper i att ta hand om såväl friska som sjuka nyfödda barn [45]. I specialiteten ingår också att kunna bedöma fosters hälsa och att ha erfarenhet av de sena komplikationer som kan uppkomma efter sjukdomar under nyföddhetsperioden.

Specialister i neonatologi behöver ha ett nära samarbete med specialister inom till exempel obstetrik och gynekologi, barn- och ungdomskirurgi och neurologi. De behöver också ha ett nära samarbete med barnmorskor och neonatal-sjuksköterskor samt kontakter med mödra- och barnavårdscentraler, spädbarnshem (familjehem), sociala servicecentraler med mera.

Utvecklingen inom perinatal och neonatal vård har resulterat i ökade överlevnadschanser för extremt för tidigt födda barn (födda före 26 graviditetsveckor) [46]. Den ökande överlevnaden kan dock innebära komplikationer. Majoriteten av de för tidigt födda barnen är visserligen fria från svåra funktionsnedsättningar men en betydande andel av barnen har kognitiva problem och perceptionsproblem som är så svåra att de kan påverka barnens framtida liv [47, 48].

Ett riskområde är också trenden med allt kortare vårdtider på BB [48]. Svenska studier pekar till exempel på att risken för återinläggning ökar när till synes helt friska barn får en kort vårdtid

och en dålig eller obefintlig uppföljning efter att de skrivits ut [50].

Positivt är dock att smärtbehandlingen av nyfödda barn har förbättrats [51]. Det har också blivit vanligare med föräldramedverkan och olika former av samvård, det vill säga att mor och barn vårdas på samma avdelning, om barnet är sjukt vid födseln [52–55].

Barn- och ungdomskirurgi

I specialiteten barn- och ungdomskirurgi ingår att omhänderta barn och ungdomar med missbildningar, skador och sjukdomar som behandlas med kirurgiska metoder [45]. En viktig del av specialiteten är, förutom det omedelbara pre- och postoperativa förloppet, adekvat långtidsuppföljning av de opererade barnen. Vidare är det avgörande att ha en god kontakt med barn och föräldrar för att korrekt kunna bedöma symtom och patofysiologiska förlopp. Det är också viktigt att följa upp de växande barnen på lång sikt, utöver det omedelbara arbetet före och efter en operation.

Varje år föds 600–800 barn med ett hjärtfel i Sverige. Det betyder att 0,8–1,0 procent av de barn som föds levande har hjärt- och kärlmissbildningar [56]. De medfödda hjärtfelen kan vara så svåra att barnet dör inom några dagar om felet inte åtgärdas, eller så lindriga att de upptäcks först i vuxen ålder. Tidig diagnostik och tidig behandling har stor betydelse, eftersom barn med obehandlade hjärtfel drabbas av exempelvis tillväxtstörningar och riskerar att bli uttorkade, vilket försvårar en operation. Numera är barnen också yngre när de opereras än tidigare. Cirka 60 procent av de barnen som opereras för medfödda hjärtfel är yngre än ett år, och 25 procent är yngre än en månad [57]. Barn som tidigare avled

under barnåren når i dag vuxen ålder och därför möter nu hjärtsjukvården en ny grupp patienter som tidigare inte funnits.

Socialstyrelsen utredde barnhjärtkirurgin under 2007 inom ramen för arbetet med att definiera vilka verksamhetsområden som lämpar sig för rikssjukvård [56]. Man utgick bland annat från enkäter till universitetssjukhus, litteratursökningar och rekommendationer från experter. Litteratursökningen visade att enheter som utför många operationer också uppvisar något bättre behandlingsresultat inom barnhjärtkirurgin. Detta stämmer överens med resultat från studier av annan kirurgi. Utredningen drog därför slutsatsen att enheter som endast gör enstaka eller ett litet antal ingrepp bör upphöra med barnhjärtkirurgi. Man kunde dock inte ange något säkert tröskelvärde för hur många ingrepp per år som en enhet behöver utföra. Vidare konstaterade Socialstyrelsen i utredningen att organisationsmodellerna för hjärtkirurgi på barn och ungdomar i övriga skandinaviska länder liknar den svenska, på så sätt att de kirurgiska ingreppen är koncentrerade till 1–2 enheter.

Brister i tillgängligheten för barn med neurologiska sjukdomar

Barn- och ungdomsneurologi med habilitering berör barn och ungdomar med sjukdomar, skador och utvecklingsrubbnings i det centrala och det perifera nervsystemet eller i muskulaturen och den övriga rörelseapparaten. Några av de stora sjukdomsgrupperna är epilepsi, cerebral pares, muskelsjukdomar, kognitiva funktionsnedsättningar, autism och DAMP-problematik [45].

Socialstyrelsen genomförde år 2002–2003 en nationell översyn av habiliteringsverksamheten

för barn och ungdomar i landstingen. Resultatet visar att det finns brister i tillgängligheten till habiliteringen för barn och ungdomar med funktionsnedsättning. Fyra av tio föräldrar upplever att de inte får tillräckligt stöd. Detta gäller särskilt barn med flera funktionsnedsättningar och barn med kognitiva eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. De berörda aktörerna, det vill säga landstingen i form av kliniker och kommunerna i form av skolan, behöver samverka bättre och ansvarsförhållandena behöver tydliggöras [58].

Stockholms medicinska råd har pekat på ett antal problem inom olika medicinska områden [59]. Några specifika problem lyfts fram för området barn och ungdomsneurologi med habilitering. Nya farmakologiska behandlingar kan till exempel ge betydande vinster för barn med progressiva neurometabola sjukdomar (ämnesomsättnings-sjukdomar). Barnens utveckling och livskvalitet kan förbättras. Problemet är dock att medicinerna är mycket kostsamma. Vidare behöver barn med kognitiva funktionsnedsättningar (autism, adhd, utvecklingsstörning med mera) utredas ur både ett funktionellt och ett medicinskt perspektiv. Barnen behöver få detta behov tillgodosett på ett sammanhållet sätt. Man menade att vårdutbudet var splittrat och underdimensionerat och att många barn inte får de utredningar eller behandlingar eller det stöd de behöver.

Yngre barn får diabetes – nya krav på vården

Omkring 700 barn under 15 år får typ 1-diabetes varje år i Sverige. Detta motsvarar drygt 40 barn per 100 000 invånare [60]. Andelen barn och vuxna upp till 35 år med typ 1-diabetes har ännu inte ökat. Däremot insjuknar allt yngre personer, vilket gör att diabetes ökar bland barn och unga

[61]. Detta ställer nya krav på hälso- och sjukvården, som ska kunna ta hand om barn med diabetes i allt yngre åldrar.

Socialstyrelsen tog fram riktlinjer för diabetes-sjukvården år 1999 [62]. Riktlinjerna framhåller bland annat vikten av att både barnet och familjen får möjlighet att samtala med en läkare eller en sjuksköterska under den första tiden efter sjukdomsdebuten. Sådan information kan vara avgörande för familjens framtida attityd till sjukdomen och dess behandling, och därigenom för hela det fortsatta sjukdomsförloppet.

I riktlinjerna påpekas även att det behövs ett specialiserat vårdteam med väl integrerad kunskap om diabetes och stor personkontinuitet för att behandlingen ska få goda resultat. Vårdteamet bör omfatta en läkare, en sjuksköterska, en dietist, en kurator och en psykolog. Kuratorn ska träffa familjen när barnet insjuknar och därefter när det behövs. Kuratorn ska även verka gentemot skola och myndigheter. Psykologen kan i sin tur behöva hjälpa och stödja patienten och föräldrarna att anpassa sig till diabetessjukdomen under den första tiden efter insjuknandet. Denna anpassning är ofta problemfylld.

Riktlinjerna för diabetessjukvården är under omarbetning, och en preliminär version planeras vara färdig under 2009. Sedan 1982 har det också funnits ett svenskt nationellt vårdprogram för barn- och ungdomsdiabetes. Detta har reviderats löpande, och den senaste utgåvan kom 2008 [63].

Via det nationella kvalitetsregistret för barn och ungdomar med diabetes (Swediabkids) kan vården beskrivas ur olika kvalitetsaspekter. Registret innehåller uppgifter för över 90 procent av alla barn och ungdomar med diabetes, och sedan år 2000 registreras data på individnivå från varje

besök. I årsrapporten för 2007 konstateras bland annat att de flesta mottagningar rapporterar förbättrade målvärden för diabetesbehandlingen under perioden 2000–2007 och att skillnaderna mellan mottagningarna har minskat [64].

Fortfarande kan dock diabetesvården för barn och ungdomar förbättras. Det finns till exempel tydliga skillnader mellan olika klinikers sätt att behandla diabetessjuka. Bland annat skiljer sig det genomsnittliga antalet tillfällen som barnen får injicera insulin per dag. Barn med diabetes har en överdödlighet och det finns studier som visar att barn med diabetes klarar sig sämre i skolan jämfört med andra barn [64–66].

Barncancervård – förbättrad överlevnad men behovet av uppföljning ökar

Varje år drabbas 200–300 barn i åldern 0–15 år av cancer. Hälften av alla cancerfall utgörs av leukemi (blodcancer) och hjärntumörer [67]. Sedan 1970-talet överlever radikalt fler barn som drabbats av olika former av cancer. Bland annat överlever drygt 80 procent av alla barn som insjuknar i vissa former av leukemi, till exempel lymfatisk leukemi.

De förbättrade behandlingsresultaten innebär också att antalet personer som överlevt en cancersjukdom under barnaåren ökar kontinuerligt och att allt fler kommer att gå vidare in i vuxen världen [68]. I december 2005 fanns det 5 500 personer i befolkningen som överlevt i minst 5 år efter att ha drabbats av cancer i barnaåren. Utvecklingen kan till stor del förklaras av en intensiv medicinsk utveckling med stora förbättringar inom diagnostik och behandling. Flera av de barn och ungdomar som överlevt sin cancersjukdom får emellertid svåra komplikationer senare i livet.

En svensk kartläggning av barncanceröverlevares behov av fortsatta samhällsbaserade stödåtgärder i vuxen ålder visar att 26 procent behövde särskilt stöd som vuxna [69]. Bäst klarade sig barn som drabbats av leukemi, där 6,3 procent behövde stöd när de nått vuxen ålder. Detta kan jämföras med den barncancerfria delen av befolkningen, där 2,7 procent behövde stöd.

På barncancerområdet har det sedan länge funnits väl fungerande samverkansformer och gemensamma behandlingsprotokoll. Även detta har troligtvis bidragit till den positiva utvecklingen [70]. I dag finns det sex barnonkologiska center i Sverige: i Uppsala, Umeå, Stockholm, Lund, Göteborg och Linköping. Till dessa center remitteras patienter från till exempel universitetssjukhusen, barnkliniker och barnmottagningar eller distriktsläkare. Här finns tillgång till multidisciplinära team. De barnonkologiska centren utför all diagnostik och huvuddelen av alla behandlingar.

I den nationella cancerstrategin som publicerades våren 2009 framhålls bland annat att behovet av uppföljning och stöd vid sena komplikationer kommer att öka kraftigt. Vården bör säkerställa att det finns tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser för att möta dessa behov. Det är också angeläget att satsa mer på forskning och på att utveckla kunskap om biverkningar [68].

Referenser

1. Barnombudsmannen. Om barnkonventionen – hela konventionstexten. Hämtad 2009-01-09 från <http://www.bo.se/Adfinity.aspx?pageid=44>.
2. SCB. Barn- och familjestatistik. Hämtad 2009-03-23 från http://www.scb.se/pages/TableAndChart____255866.aspx
3. SCB. Sveriges framtida befolkning 2008–2050. Reviderad befolkningsprognos från SCB. Statistiskt meddelande BE 18 SM 0801. Stockholm: SCB; 2008.
4. Gordon B, Mackay R, Rehfuss E. Inheriting the world – the atlas of children's health and environment. Geneva: WHO; 2004.
5. WHO. The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO; 2005.
6. Danielson M. Svenska skolbarns hälsovanor 2005/06. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
7. SOU 2006:77 Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – analyser och förslag till åtgärder.
8. Köhler L. Varför mår barnen sämre än de har det? Betydelsen av relativ fattigdom, socialt kapital och status för barns hälsa. *Läkartidningen* 2007;104(26–27):1989–91.
9. Socialstyrelsen. Tillgång på specialtläkare 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
10. Socialstyrelsen. Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
11. Uppsala universitet. Diagnosredovisning för läkarbesök år 2006 vid vårdcentralen i Tierp [Internetdatabas]. Uppsala: Uppsala universitet [citerad 2009-02-17]. Tillgänglig på: <http://www.pubcare.uu.se/epidemiologi/diagnosvc/dx2006.htm>.
12. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
13. Räddningsverket. Olycksfall bland barn och ungdomar. Karlskoga: Räddningsverket; 2007.
14. Falk AC, Cederfjäll C, Von Wendt L, Klang B. Are the symptoms and severity of head injury predictive of clinical findings three months later? *Acta Paediatr* 2006;95(12):1533–9.

15. Socialstyrelsen. Skador och förgiftningar behandlade i slutet vård 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
16. Kimland E. Off-label drug treatment and related problems in children – A register based investigation [licentiatavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2006.
17. Kimland E, Böttiger Y, Lindemalm S. Vilka läkemedel/naturpreparat använder barn som söker på en barnakut? Abstrakt på Riksstämman 2008.
18. Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 1901/2006 av den 12 december 2006 om läkemedel för pediatrik användning och om ändring av förordning (EEG) nr 1768/92, direktiv 2001/20/EG, direktiv 2001/83/EG och förordning (EG) nr 726/2004.
19. European Medicines Agency. Medicines for children. Hämtad 2009-01-09 från <http://www.emea.europa.eu/htms/human/paediatrics/introduction.htm>.
20. Svenska skolläkarföreningen, Riksföreningen för skolsköterskor. Skolhälsovårdens generella insatser – state of the art [citerad 2009-02-17]. Tillgänglig på: <http://www.slf.se/upload/17371/SOTA%20skolh%C3%A4lsov%C3%A5rd%202001.pdf>.
21. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården. Malmö: Nationella nätverket för vårdutvecklare/barnhälsovårdssamordnare; 2007.
22. Socialstyrelsen. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Allmänna råd från Socialstyrelsen, 1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991.
23. Socialstyrelsen. Skolhälsovården i tio kommuner i Sydsvetige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
24. Socialstyrelsen. Skolhälsovård – granskning av skolhälsovård inom kommuner och fristående skolor i sju län. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
25. Socialstyrelsen. Skolhälsovård – granskning av skolhälsovården vid 14 friskolor i Stockholms län och Gotlands kommun. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
26. Socialstyrelsen. Skolhälsovård – granskning av skolhälsovården vid 21 grundskolor (17 kommunala och 4 fristående skolor) i 16 kommuner inom Västra Götalands och Hallands län. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
27. Lundin N. Företagshälsovård redan i skolan. Men dagens skolhälsovård saknar tydligt mandat för att fullfölja uppgiften. Läkartidningen 2006;103(34):2372–3.
28. Skolverket. Personal i gymnasieskolan läsåret 2006/07 [webbplats] [citerad 2008-02-17]. Tillgänglig på: <http://www.skolverket.se/sb/d/1719/a/9159;jsessionid=A311011B546F8F15A3ABBF2F2586FC11>
29. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. Policyprogram för Sveriges Ungdomsmottagningar [citerad 2009-01-09]. Tillgänglig på: <http://www.fsom.org/policysv.pdf>.
30. Socialstyrelsen. Ungdomsmottagningarnas kontakter med pojkar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
31. Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten 2005–2006. Andelen ungdomar 16–26 år som år 2005–2006 besökt ungdomsmottagning de senaste 3 månaderna. Hämtad 2009-01-09 från http://www.fhi.se/templates/Page____9863.aspx.
32. Socialstyrelsen. Hiv och aids i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987–2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
33. Smittskyddsinstitutet. Epidemiologisk årsrapport 2007. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2008.
34. Smittskyddsläkarens årsrapport för Kronobergs län 2008 [citerad 2009-01-17]. Tillgänglig på: http://www.ltkronoberg.se/upload/Dokument/Halsa_och_vard/Hitta_ratt_i_varden/Sjukhus/Smittskydd/%C3%85rsrap08.pdf.

35. Socialstyrelsen. Projektplan – nationella mål och handlingsplan för klamydiapreventivt arbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
36. UMO – din nya ungdomsmottagning. Hämtad 2009-02-17 från www.umo.se.
37. SOU 2008:131 Föräldrastöd – en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap.
38. Statens folkhälsoinstitut. Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
39. Wallby T, Lagerberg D, Magnusson M, Sundelin C. Föräldrastöd på BVC. En nationell kartläggning av föräldrastöd på BVC i Sverige 2008.
40. Socialstyrelsen. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
41. Svenska barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Distriktssköterskeföreningen i Sverige, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Mödra- och barnhälsovårdspsykologernas yrkesförening, Svenska Barnläkarföreningen. Tidigt föräldrastöd – en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården [citerad 2009-01-09]. Tillgänglig på: <http://www.blf.net/psykosoc/Tidigt%20foraldrastod.pdf>.
42. Socialstyrelsen. Fakta om mammor, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelserregistret 1973 till 2000. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
43. Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelserregistret 1973–2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
44. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: Socialstyrelsen, SKL; 2008.
45. Socialstyrelsen. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Föreskrifter och allmänna råd. Målbeskrivningar 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
46. Socialstyrelsen. Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
47. Farooqi A, Hägglöf B, Sedin G, Gothefors L, Serenius F. Chronic conditions, functional limitations, and special health care needs in 10- to 12-year-old children born at 23 to 25 weeks' gestation in the 1990s: a Swedish national prospective follow-up study. *Pediatrics* 2006;118(5):e1466–77.
48. Farooqi A, Hägglöf B, Sedin G, Gothefors L, Serenius F. Mental health and social competencies of 10- to 12-year-old children born at 23 to 25 weeks of gestation in the 1990s: a Swedish national prospective follow-up study. *Pediatrics* 2007;120(1):118–33.
49. Mellander M, Sunnegårdh J. Failure to diagnose critical heart malformations in newborns before discharge – an increasing problem? *Acta Paediatr* 2006;95(4):407–13.
50. Ellberg L, Högberg U, Lundman B, Källén K, Håkansson S, Lindh V. Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatr* 2008;97(5):579–83.
51. Eriksson M, Gradin M. Pain management in Swedish neonatal units – a national survey. *Acta Paediatr* 2008;97(7):870–4.
52. Wigert H. Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård [doktorsavhandling]. Göteborg: Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs universitet; 2008.
53. Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, Starrin B. Trustful bonds: a key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med* 2006;62(1):70–80.

54. Jackson K, Ternstedt BM, Magnuson A, Schol-
lin J. Quality of care of the preterm infant – the
parent and nurse perspective. *Acta Paediatr*
2006;95(1):29–37.
55. Lundqvist P, Jakobsson L. Swedish men's expe-
riences of becoming fathers to their preterm in-
fants. *Neonatal Netw* 2003;22(6):25–31.
56. Socialstyrelsen. Hjärtkirurgi på barn och ung-
domar som rikssjukvård – Underlag till Riks-
sjukvårdsnämndens möte den 12 december 2007.
Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
57. Berggren H, Olin C. Svensk kongenital hjärtkirur-
gi. Från djärva pionjärinsatser till operationsresul-
tat i världsklass. *Läkartidningen* 2005(102):2309–
14.
58. Socialstyrelsen. Kartläggning av barns och ung-
domars habilitering. Stockholm: Socialstyrelsen;
2004.
59. Stockholms läns landsting. Sammanställning av
årsrapporter 2007, Stockholms medicinska råd.
Stockholm: Stockholms läns landsting; 2008.
60. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stock-
holm: Socialstyrelsen; 2009.
61. Pundziute-Lycka A, Dahlquist G, Nyström L,
Arnqvist H, Björk E, Blohme G, et al. The inci-
dence of Type I diabetes has not increased but
shifted to a younger age at diagnosis in the 0–34
years group in Sweden 1983–1998. *Diabetologia*
2002;45(6):783–91.
62. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och
behandling vid diabetes mellitus. Stockholm: So-
cialstyrelsen; 1999.
63. Sjöblad S, red. Barn- och ungdomsdiabetes. Stu-
dentlitteratur: Lund; 2008.
64. Svensk förening för diabetologi. Årsrapport 2007
Swediabkids. Göteborg: Diabetescentrum, SU
Sahlgrenska; 2008.
65. Dahlquist G, Kallen B. Mortality in childhood-
onset type 1 diabetes: a population-based study.
Diabetes Care 2005;28(10):2384–7.
66. Dahlquist G, Kallen B. School performance in
children with type 1 diabetes – a population-based
register study. *Diabetologia* 2007;50(5):957–64.
67. Socialstyrelsen. Ett halvt sekel med svenska can-
cerregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
68. SOU 2009:11 En nationell cancerstrategi för fram-
tiden.
69. Hjern A, Lindblad F, Boman KK. Disability in adult
survivors of childhood cancer: a Swedish national
cohort study. *J Clin Oncol* 2007;25(33):5262–6.
70. Berglund G, Garwicz S, Kreuger A, Åhström
L. Childhood Cancer Incidence and Survival in
Sweden 1984–2005. Report 2007. From the Swe-
dish Childhood Cancer Registry. Stockholm: Ka-
rolinska Institutet; 2007.

Vård av äldre med omfattande vårdbehov

Sammanfattning

Antalet platser i slutenvården och i särskilt boende har minskat under 2000-talet. Svårt sjuka äldre personer vårdas därför alltmer i hemsjukvården. Grovt skattat får drygt 230 000 personer över 65 år hemsjukvård i särskilt och ordinärt boende.

Vårdinsatserna i hemsjukvården har blivit alltmer avancerade. Kraven ökar därmed på att läkare och sjuksköterskor finns tillgängliga dygnet runt. I dag är dock tillgången på kompetens och resurser inte alltid tillräcklig.

Verksamheterna i särskilt boende tycks ha bättre möjligheter att tillgodose behoven hos svårt sjuka personer än vad hemsjukvården i ordinärt boende har. Personer i ordinärt boende med hemsjukvård nyttjar till exempel vård på sjukhus mer än personer i särskilt boende.

I hemsjukvården har antalet besök av både läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal ökat sedan 2003. Samtidigt har antalet vårdtillfällen för personer över 80 år ökat i slutenvården. Äldre patienters behov av mer kvalificerade insatser kan inte tillgodoses utan att slutenvårdens resurser tas i anspråk.

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste orsaken till att personer över 65 år får slutenvård. För män över 80 år är tumörsjukdomar den näst vanligaste orsaken. För kvinnor i samma åldersgrupp är skador av olika slag näst vanligast, framför allt höftfrakturer.

Läkemedelsanvändningen är sedan lång tid tillbaka ett problematiskt område och är fortfarande omfattande och av bristande kvalitet. Särskilt används uppseendeväckande mycket psykofarmaka, framför allt av äldre i särskilt boende. Användningen av flera typer av psykofarmaka och kombinationer av läkemedel som kan leda till icke-önskvärda effekter har dock minskat något på senare tid.

För personer som får stroke är vård på strokeenhet av stor vikt för att minska dödlighet och funktionsnedsättning. Det är dock färre som vårdas på strokeenheter i de högre åldrarna, och andelen är lägre bland kvinnor än bland män.

Den palliativa vården uppvisar brister och stora skillnader beroende på var man bor i landet. Vård i livets slutskede sker allt oftare i kommunala vårdformer där vården pågår under längre tid. Det ställer krav på att även de kommunala vårdformerna kan ge en god palliativ vård.

Äldre personer med omfattande vårdbehov är beroende av ett effektivt flerprofessionellt samarbete och en sammanhängande vårdkedja. Här finns utrymme för förbättring. Vården för äldre med hög sjuklighet måste organiseras effektivare utifrån patienternas behov, och alla delar i vårdkedjan måste samverka.

Inledning

Ju äldre vi blir, desto större är risken att vi blir sjuka. Risken ökar bland annat för att vi drabbas av de stora folksjukdomarna: hjärt- och kärlsjukdomar inklusive stroke, tumörsjukdomar, diabetes, rörelseorganens sjukdomar och grå starr (katarakt). Men risken är också större för andra, till synes banala, sjukdomstillstånd som lung-

inflammation och influensa. Dessutom är psykiska sjukdomar vanliga bland äldre, till exempel depression och ångest. Vidare drabbar demenssjukdomar nästan uteslutande den äldre befolkningen.

Antalet personer med många samtidiga sjukdomar (multisjuklighet) blir allt fler. Detta är en naturlig följd av att den äldre befolkningen ökar. Majoriteten av dessa äldre personer med omfattande vårdbehov är över 80 år.

Andelen personer över 65 år i befolkningen har varit ganska konstant under åren 1992–2007, omkring drygt 17 procent, men från 2008/2009 kommer andelen att öka. Även andelen personer över 80 år har varit konstant: mellan 4 och 5 procent under hela perioden. Denna andel kommer att börja öka först kring år 2020. År 2007 var cirka 1,6 miljoner personer över 65 år, och av dessa var cirka 490 000 över 80 år.

Det är en vanlig föreställning att nya generationer av äldre människor skulle vara friskare än de tidigare generationerna. Detta gäller dock inte för de allra äldsta – mycket tyder i stället på att sjukligheten har förskjutits till högre åldrar. En unik studie publicerad 2006 analyserade förekomsten av komplexa hälsoproblem inom flera hälsoområden (sjukdomar och symtom, nedsatt rörlighet och kognitions- eller kommunikationsproblem) och hur dessa problem förändrades mellan 1992 och 2002. Resultatet visade att andelen personer som var 77 år eller äldre och hade svåra problem inom ovanstående hälsoområden ökade från 19 procent 1992 till 26 procent 2002 [1]. Även andra studier har visat på ökade besvär inom vissa av de ovanstående hälsoområdena [2–4].

Äldre med omfattande vårdbehov har vanligtvis en rad funktionsnedsättningar till följd av flera

olika sjukdomar [5]. Exempel är förlamning, afasi, sväljningsproblem, försämrat minne, depression, hörsel- eller synnedsättning och tendens att falla. Det är också vanligt med förstoppning, dålig aptit och svullna ben. Sammantaget innebär detta att äldre med omfattande vårdbehov ofta reagerar annorlunda och kraftigare än andra. En banal infektion i form av exempelvis en urinvägsinfektion eller en övre luftvägsinfektion, kan hos den svårt sjuka äldre personen få långtgående konsekvenser i form av exempelvis behov av sjukhusvård.

Underlag, mått och indikatorer

För att beskriva hur äldre personer nyttjar vården har vi hämtat uppgifter om diagnoser och vårdtillfällen i slutenvården från patientregistret. I övrigt har vi hämtat information från Socialstyrelsens socialtjänststatistik och läkemedelsregister samt från statistik som ges ut av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vidare har vi använt underlag från olika kvalitetsregister. De indikatorer som redovisas är huvudsakligen:

- diagnoser och vårdtillfällen i slutenvård, platser i särskilt boende och personer i hemsjukvård
- stroke: vård på strokeenhet och funktionsförmåga efter stroke uppdelat i åldersgrupper
- grå starr: synskärpa före operation
- palliativ vård: vårdtid och erbjudande om efter-samtal för närstående
- läkemedelsanvändning hos personer i åldern 80 år och äldre: antal läkemedel per person och andel personer med olika psykofarmaka
- läkemedelsanvändningen i särskilt boende jämfört med ordinärt boende med respektive utan hemsjukvård för personer i åldern 65–79 år och personer i åldern 80 år och äldre.

Var vårdas de äldre?

De sjukaste äldre personerna bor antingen kvar i ordinarie boende (hemma) eller i särskilt boende (exempelvis på sjukhem eller i gruppboende). När äldre personer behöver långvariga sjukvårdsinsatser i hemmet finns hemsjukvården som riktar sig till äldre i såväl ordinarie som särskilt boende. Hemsjukvården ingår i primärvården med kommuner eller landsting som ansvariga huvudmän. Äldre vårdas också i hög grad på sjukhus för akuta tillstånd som kräver specialiserad vård.

Hjärt- och kärlsjukdomar vanligaste orsaken till vård på sjukhus

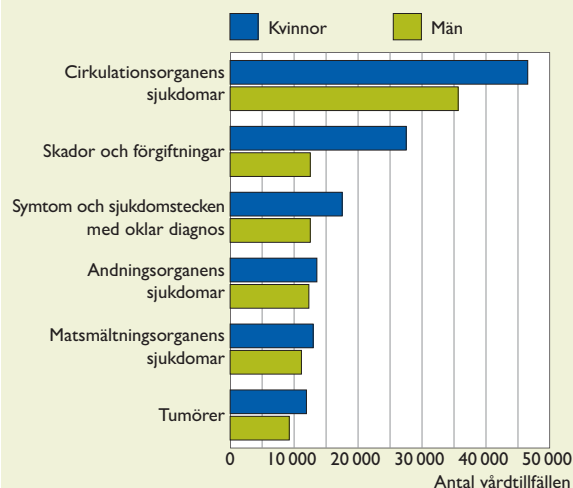
Hjärt- och kärlsjukdomar (cirkulationsorganens sjukdomar) är den vanligaste orsaken till att såväl män som kvinnor i åldersgruppen 65–79 år behöver akutsjukvård. Den näst vanligaste intagningsorsaken i denna åldersgrupp är tumörsjukdomar.

Även för personer i åldern 80 år och äldre är hjärt- och kärlsjukdomarna den vanligaste orsaken till sjukhusvård (figur 3:22). Bland dessa sjukdomar stod diagnoserna hjärtinsufficiens, cerebral infarkt och hjärtinfarkt för cirka hälften av vårdtillfällena. Vidare är skador av olika slag den näst vanligaste orsaken till att kvinnor får vård i akutsjukvården, där höftfrakturer utgjorde 42 procent. Bland männen är vårdtillfällena däremot relativt jämnt fördelade mellan flera sjukdomsgrupper, efter hjärt- och kärlsjukdomarna. Även för männen utgjorde höftfrakturer en stor del av skadorna (36 procent).

Det totala antalet vårdplatser i slutenvården minskade med drygt 6 procent mellan 2002 och 2007. Mest minskade den medicinska korttidsvår-

Figur 3:22. Äldres sjukdomar

De vanligaste sjukdomsgrupperna för kvinnor och män ≥ 80 år vid vård på sjukhus, antal vårdtillfällen år 2007.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

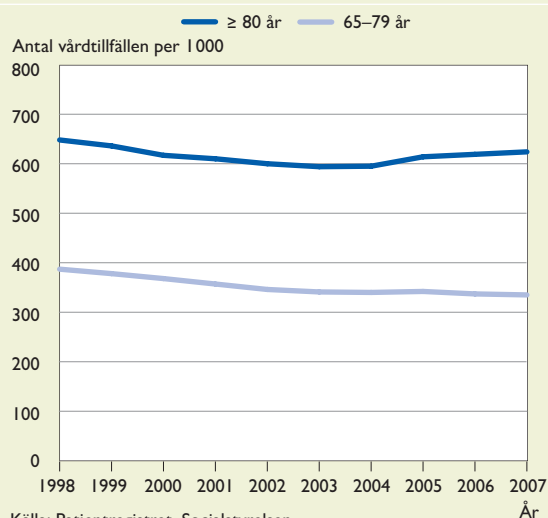
den. Äldre patienter med omfattande vårdbehov nyttjar vanligtvis en medicinsk korttidsplats när de behöver slutenvård. En viktig förklaring till att antalet platser i slutenvården har minskat är att kommunerna enligt Ädelreformen 1992 övertog en del av hälso- och sjukvårdsansvaret för äldre och för personer med funktionsnedsättning och långvariga behov av hälso- och sjukvård. En annan förklaring är att vårdtiderna har halverats, vilket delvis kan förklaras av den medicintekniska utvecklingen.

Mellan 1998 och 2007 minskade antalet vårdtillfällen i hela riket för personer mellan 65 och

79 år med 13 procent (figur 3:23). För personer i åldern 80 år och äldre var minskningen inte lika stor (3,7 procent). Däremot ökade antalet vårdtillfällen för denna åldersgrupp med 5 procent mellan 2003 och 2007.

Figur 3:23. Vård på sjukhus

Antal vårdtillfällen per 1 000 invånare 65–79 år och ≥ 80 år.



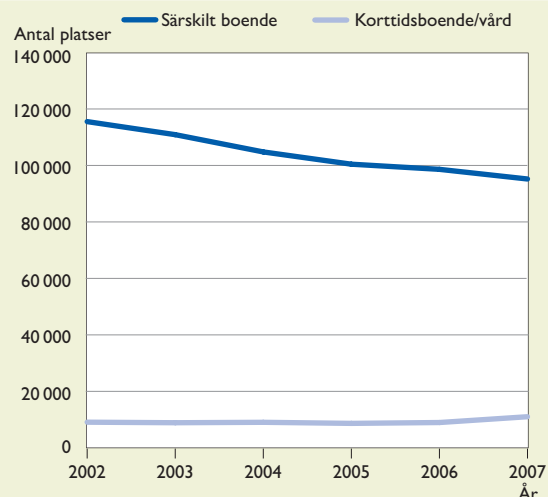
Efterfrågan på slutenvårdens resurser under denna period har ökat bland personer i åldern 80 år och äldre. Detta speglar de allra äldstas sjuklighet och vård- och omsorgsbehov. De har behov av slutenvårdens resurser i allt högre grad. Eftersom antalet vårdplatser har minskat innebär detta att allt fler av de allra äldsta får slutenvård under allt kortare tid, och att deras vårdbehov till stor del inte kan tillgodoses utanför den slutna vården.

Fortsatt minskning av platser i särskilt boende
Antalet platser i särskilt boende för den äldre befolkningen minskade med nästan 15 procent mellan 2002 och 2006 (figur 3:24). Antalet platser i korttidsboende minskade under samma period med cirka 1 procent. Samtidigt har antalet personer över 65 år ökat med 3 procent. Den allra äldsta befolkningen över 90 år har ökat med drygt 10 procent under perioden 2002–2006.

Fram till år 2006 lämnade kommunerna uppgifter om antalet platser i särskilt boende. Från och med 2007 lämnas i stället uppgifter om antalet personer som bor i särskilt boende. Den 1 oktober 2007 bodde drygt 95 200 personer i åldern

Figur 3:24. Särskilt boende och korttidsboende

Antal platser* i särskilt boende och i korttidsboende för personer 65 år och äldre.



*För år 2007 avser uppgifterna antalet personer
Källa: Socialtjänststatistik, Socialstyrelsen

65 år och äldre permanent i särskilda boendeformer, vilket motsvarar 6 procent av befolkningen i denna åldersgrupp. Bland dem i åldern 80 år och äldre var motsvarande andel 16 procent. Jämfört med antalet rapporterade platser 2006 bodde färre personer i särskilt boende 2007.

Allt fler får hemsjukvård

I primärvården ingår också hemsjukvård, utöver de olika öppenvårdsmottagningarna i form av till exempel vårdcentraler, husläkarmottagningar och hälsocentraler. Med hemsjukvård avses långvariga sjukvårdsinsatser som ges i det egna hemmet. Med eget hem avses i detta sammanhang både ordinärt boende (boende i egen lägenhet eller hus) och särskilt boende (olika former av äldreboende). I ordinärt boende ansvarar landstinget alltid för läkarinsatserna, medan övriga hälso- och sjukvårdsinsatser drivs av landstinget i cirka hälften av landets kommuner och av kommunen i den andra hälften. Även i särskilt boende ansvarar landstinget för läkarinsatserna, medan kommunerna alltid är ansvariga vårdgivare för de övriga hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Landets kommuner lämnar uppgifter om kommunernas insatser enligt socialtjänstlagen till Socialstyrelsen två gånger per år. Socialstyrelsen sammanställer och redovisar sedan socialtjänststatistiken. Denna statistik omfattar även hemsjukvård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen, det vill säga den hemsjukvård som ges med kommunerna som huvudman. Sedan 2007 ingår personnummer i statistiken. Därmed kan man

nu följa bland annat hur vården utnyttjas, vilka sjukdomar som ger anledning till slutenvård och vilken läkemedelsbehandling personer med hemsjukvård får.

Grovt skattat omfattade hemsjukvården år 2008 drygt 230 000 personer över 65 år, både i ordinärt och särskilt boende (tabell 3:7). Hemsjukvården för samtliga åldrar omfattade uppskattningsvis 250 000 personer. Cirka 72 000 personer i ordinärt boende fick hemsjukvård med kommuner som huvudman, enligt uppgifter från socialtjänstregistret. Personer i ordinärt boende som får hemsjukvård i landstingets regi finns inte med i socialtjänststatistiken, men antalet har uppskattats till minst 80 000. Ytterligare cirka 82 000 personer fick hemsjukvård i särskilt boende.

Tabell 3:7. Hemsjukvård

Totalt antal personer ≥ 65 år med hemsjukvård fördelat på boendeform och huvudman år 2008.

Boendeform	Antal personer med hemsjukvård i kommunal regi	Antal personer med hemsjukvård i landstingets regi
Ordinärt boende utan hemtjänst	28 255	} Ca 80 000*
Ordinärt boende med hemtjänst	43 984	
Särskilt boende	81 695	- **
Totalt	Ca 230 000	

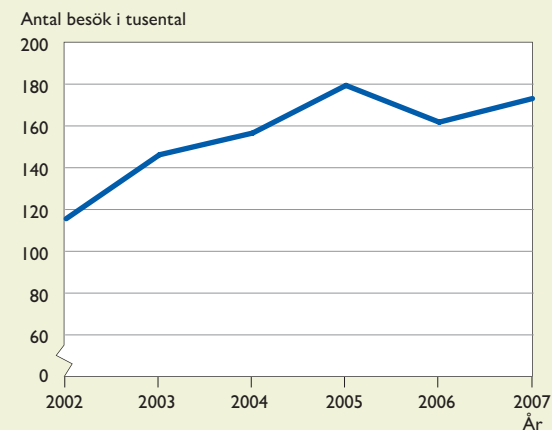
*Skattat antal personer

**Hemsjukvård för äldre i särskilt boende drivs inte av landstingen utan alltid av kommunerna

Källa: Socialtjänststatistik, Socialstyrelsen

Figur 3:25. Läkarbesök i hemsjukvården

Antalet läkarbesök i hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende*.



*Inkluderar ej specialiserad somatisk och psykiatrisk hemsjukvård
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 3:25 visar antalet hemsjukvårdsbesök av läkare i landets primärvårdsanslutna hemsjukvård, totalt för hemsjukvård med både landsting och kommun som huvudman. Antalet läkarbesök inom primärvårdsansluten hemsjukvård ökade med nästan 50 procent mellan 2002 och 2007.

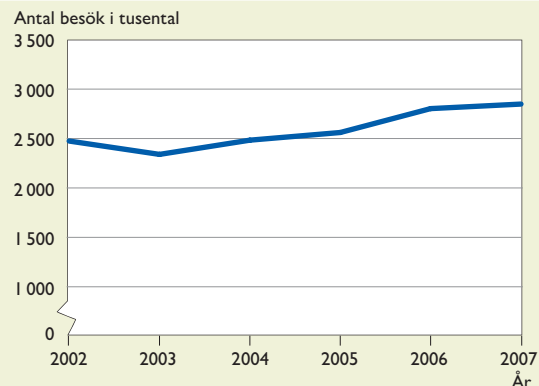
Uppgifter om antalet besök av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare i primärvårdsansluten hemsjukvård finns endast för den hemsjukvård som landstingen ansvarar för, det vill säga hemsjukvården i ordinärt boende i hälften av landets kommuner. Antalet besök av denna typ ökade med drygt 15 procent mellan 2002 och 2007 (figur 3:26).

Sammanfattningsvis har antalet besök av både läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal ökat i den primärvårdsanslutna hemsjukvården mellan 2002 och 2007. Detta tyder på att allt fler personer omfattas av hemsjukvården.

I en studie från 2008 redovisar Socialstyrelsen den sammanlagda tid som hemsjukvårdspatienter vårdades i slutenvården år 2007 [6]. Personer i ordinärt boende hade sammanlagt längre vårdtid i slutenvården än personer i särskilt boende. Personer i ordinärt boende nyttjar alltså slutenvården i högre grad än personer i särskilt boende. Detsamma konstateras i en registerstudie som ingår i ett avhandlingsarbete från Skåne [7]. Här framkom att personer i ordinärt boende anlätade akutsjukvården i högre utsträckning än personer i särskilt boende i samband med vård i livets slutskede. Andelen personer som avled på sjukhus var större bland dem som vårdades i ordinärt boende (39 procent) än bland dem som bodde i särskilt boende (17 procent). Därmed kan man anta att verksamheten i särskilt boende har bättre möjligheter att tillgodose behoven hos svårt sjuka personer

Figur 3:26. Hemsjukvårdsbesök av annan personal än läkare

Antal besök i hemsjukvård* av andra personalkategorier än läkare, endast för landstingens hemsjukvård i ordinärt boende**.



*Inkluderar ej specialiserad somatisk och psykiatrisk hemsjukvård
**Uppgifter om antalet besök finns endast för landstingens hemsjukvård, dvs. hemsjukvård i ordinärt boende i hälften av landets kommuner
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

och hos personer i livets slutskede än vad hemsjukvården i ordinärt boende har. Här finns behov av ytterligare studier.

En enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde våren 2008 visar också att vårdinnehållet har förskjutits till att alltmer avancera- de insatser utförs utanför den slutna vården [6]. I undersökningen tillfrågades sex landsting med tillhörande 76 kommuner. Det framkom bland annat att behandlingar som många gånger kräver ”slutenvårdsliknande” resurser förekommer i hemsjukvården. Sedan Ädelreformen genomfördes 1992 har vårdinnehållet förskjutits mot mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemsjukvården, både i ordinärt och särskilt boende. Denna utveckling innebär ökade krav på att läkare och sjuksköterskor finns tillgängliga dygnet runt i hemsjukvården. Undersökningen visar dock att tillgången på läkare och sjuksköterskor i många fall inte är tillräcklig. En sjuksköterska kan exempelvis under jourtid ansvara för upp till 400 patienter.

Det minskade platsantalet i slutenvården och den otillräckliga tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal i hemsjukvården innebär samman- taget att det finns risk för att kraven på god vård för den äldre gruppen patienter inte kan upprätthållas och att patientsäkerheten äventyras.

Kvaliteten inom vissa vårdområden

Det finns ett antal kvalitetsregister som framför allt berör vården av äldre personer. De flesta register täcker i första hand akutsjukvården, men strokeregistret (Riks-Stroke) speglar också vården utanför slutenvården. Kataraktregistret redovisar antalet operationer för grå starr, som är den vanli-

gaste orsaken till att äldre personer har nedsatt syn. Vidare finns några nyligen startade register med målgrupper även utanför den slutna vården, inklusive hemsjukvården i både kommuner och lands- ting: Svenska demensregistret (SveDem), Svenska palliativregistret och registret Senior alert. Nedan redovisar vi några resultat från de olika registren. Strokesjukvården redovisas också i avsnittet om *Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar*.

Operation av grå starr – fortsatt längre väntan för kvinnor

Synen försämras normalt med stigande ålder, och efter 75 års ålder ökar andelen personer med ned- satt syn kraftigt. Grå starr (katarakt) är den vanli- gaste orsaken till synnedsättning. Den enda kända möjligheten att varaktigt förbättra synen hos en person med grå starr är att ersätta den grumliga ögonlinsen med en plastlins. Närmare hälften av befolkningen kommer att behöva genomgå en sådan operation någon gång under sin livstid.

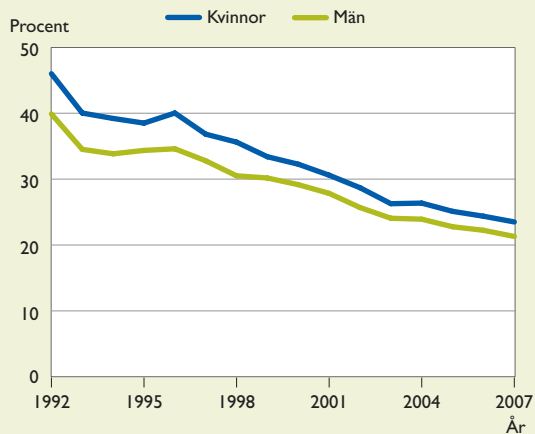
År 2007 utfördes cirka 74 000 kataraktopera- tioner, vilket gör denna typ av operation till lan- dets vanligaste. Antalet operationer ökade årligen fram till 2002 för att därefter plana ut.

Det nationella kataraktregistret startades 1992 och täcker 98 procent av det totala antalet katarakt- operationer i Sverige [8]. År 2007 utfördes 62 pro- cent av operationerna på kvinnor och 38 procent på män. Patienternas genomsnittliga ålder var 74,9 år (75,5 år för kvinnor och 73,9 år för män).

I genomsnitt opererades 78 procent av patien- terna år 2007 inom tre månader och 94 procent inom sex månader. Den genomsnittliga vänte- tiden var 2,5 månader och varierade mellan 0 och drygt 10 månader vid de olika klinikerna.

Figur 3:27. Synskärpa före katarakt-operation

Andel personer med synskärpa < 0,5 på bästa ögat före operation av katarakt hos män respektive kvinnor.



Källa: Kataraktregistret

En variabel som har att göra med vilka indikationer för operation som används, är den bästa synskärpan som går att uppnå med glasögon på det bäst seende ögat före operation. Figur 3:27 redovisar hur stor andel patienter som låg under 0,5 vid tiden för operation år 1992–2007. Denna synskärpa är den lägsta gränsen för att ha körkort (förutsatt att man inte har andra synproblem). Andelen som låg under denna nivå har minskat från 44 procent av patienterna år 1992 till 23 procent år 2007. År 2007 varierade andelen mellan 15 och 28 procent i de olika landstingen.

En anledning till att patienternas synskärpa gradvis har förbättrats under senare år är det stigande antalet operationer av deras andra öga: från 28 procent av alla operationer år 1992 till 41 procent år 2007.

Operationsresultat har registrerats i kataraktregistret sedan 1994, och år 2007 deltog 29 kliniker.

Registreringen omfattade alla patienter som opererades för grå starr under mars månad (materialet är representativt när det gäller typ av patienter). Resultaten visar att synskärpan på det opererade ögat var 0,5 eller bättre bland 91 procent av patienterna.

Under åren 1995–2006 registrerades även hur patienterna själva rapporterade nyttan av kataraktoperationen. Rapporteringen gjordes via en enkät som patienterna fyllde i, dels före operationen, dels sex månader efteråt. År 2006 angav drygt 85 procent av patienterna att de hade haft viss nytta eller stor nytta av operationen. Den upplevda nyttan varierade dock stort mellan patienter på olika kliniker. Vidare hade patienter över 85 år utan någon annan ögonsjukdom lika god nytta av kataraktoperationen som yngre. Förbättringen varar dessutom länge: cirka 80 procent av dem som opererades för 7–8 år sedan upplever fortfarande att synen är bättre än före operationen.

År 2007 reviderades frågeformuläret, och därför registrerades ingen självrapportering detta år.

Färre kvinnor får vård på strokeenhet

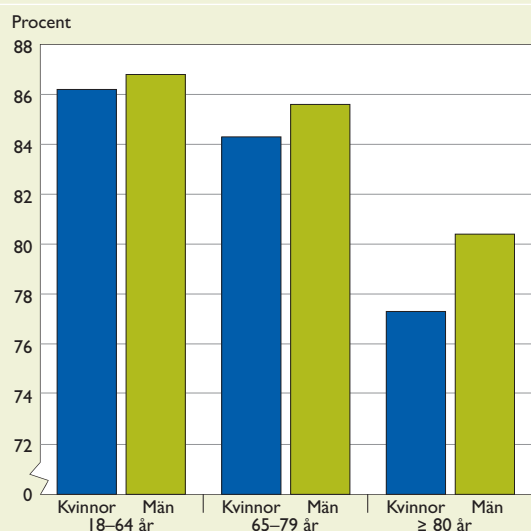
Strokevården redovisas i avsnittet om *Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar*. Här kommenterar vi några uppgifter för de äldre åldersgrupperna.

Över 80 procent av de patienter som drabbas av stroke är över 65 år. Många patienter har ett betydande behov av rehabilitering och omsorg även efter sjukhusvården. Patienterna behöver därför mycket vård och resurser i primärvårdens öppenvård och i hemsjukvården i ordinärt och särskilt boende, samt i hemtjänstverksamheten i kommunerna.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska patienter i akutfasen av en strokesjukdom få vård vid strokeenheter. Detta ges högsta prioritet i riktlinjerna. Vård på väl fungerande strokeenheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och

Figur 3:28. Vård vid strokeenhet

Andel personer i olika åldersgrupper som vårdats vid en strokeenhet år 2007.



Källa: Riks-Stroke

behovet av att bo på institution. De positiva effekterna gäller samtliga patienter med stroke oavsett ålder, kön eller hjärnskadans svårighetsgrad.

År 2001–2007 ökade andelen strokepatienter som vårdades på strokeenheter från 72,5 till 82,4 procent, det vill säga med nästan 10 procent. Framför allt ökade andelen män i alla åldersgrupper samt andelen kvinnor i åldern 65–79 år. Figur 3:28 visar dock att andelen patienter som vårdas på strokeenheter minskar med stigande ålder och att skillnaderna mellan män och kvinnor blir större.

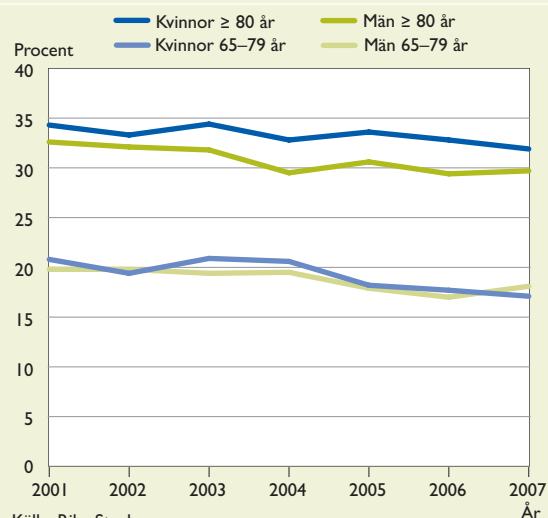
Patienter som överlever stroke återfår den funktionsförmåga de hade tidigare i olika hög grad. Figur 3:29 redovisar andelen strokepatienter som är beroende av andra för att utföra personliga aktiviteter i sitt dagliga liv, så kallad personlig ADL (P-ADL). Det kan handla om att förflytta sig, gå

på toaletten samt klä av och på sig. Funktionsförmågan mäts tre månader efter att patienten insjuknat, och samtliga personer var oberoende av andra innan de blev sjuka.

Andelen patienter som är beroende av andra för personlig ADL tre månader efter sin stroke har långsiktigt minskat från 30,1 procent 1994 till 21,4 procent 2007 för samtliga åldersgrupper. Resultaten har framför allt förbättrats i åldersgrupperna 65–79 år och 80 år och äldre. Andelen beroende i åldersgruppen 18–64 år har däremot inte förändrats de senaste åren. Andelen är dock starkt relaterad till ålder: den högsta andelen beroende fanns i åldersgruppen 80 år och äldre, där den var 30–32 procent år 2007. I åldersgruppen 65–79 år var 17–18 procent beroende, medan andelen var 9–10 procent för personer under 65 år (denna åldersgrupp visas inte i figuren).

Figur 3:29. Funktionsförmåga efter stroke

Andelen patienter som är beroende av andra (P-ADL) tre månader efter stroke.



Källa: Riks-Stroke

Fler lever med demens

Demenssjukdom är ofta underdiagnostiserad, framför allt bland de allra äldsta, vilket resulterar i en "tyst epidemi" och en underrapportering i offentlig statistik, som till exempel dödsorsaksregistret. Få personer med demenssjukdom vistas i slutenvård och i förekommande fall har dessa patienter ofta en ovanlig eller svårare form av demens.

Demenssjukdomar inleds ofta långsamt, vilket gör det svårt att identifiera exakt när de debuterar. Alla undersökningar på området visar dock att demenssjukdomar har ett samband med ökande ålder. Incidens och prevalens skattas också relativt lika i studierna.

Personer som är yngre än 60 år kan drabbas av demenssjukdomar, men det är ovanligt. Efter 65 års ålder ökar både prevalensen och inciden- sen med motsvarande en dubbling vart femte år. Det finns ingen forskning som tyder på att före- komst eller nyinsjuknade ökar över tid, men efter- som antalet äldre blir allt fler så ökar också anta- let personer med demenssjukdom i hela världen. Kvinnor är överrepresenterade, också om man tar hänsyn till att kvinnor lever längre än män [9].

År 2007 gav demenssjukdomar upphov till cirka 3 100 vårdtillfällen i akutsjukvården. Detta antal har i stort sett inte förändrats sedan 2003. Kvinnor vårdas betydligt oftare än män, särskilt kvinnor över 80 år.

Svenskt demenscentrum (SDC) öppnade i janu- ari 2008. SDC ska vara en sambandscentral som samlar in, strukturerar och sprider kunskap samt sammanställer utvärderingar och forskningsre- sultat. Centrumet arbetar också för att ge kun- skapsutvecklingen en mer tillämpad och praktisk inriktning och för att underlätta införande av nya kunskaper i vården och omsorgen.

Svenska demensregistret (SveDem) startade år 2007. Täckningsgraden är låg men ökar kontinu- erligt. År 2008 var majoriteten av de anslutna en- heterna specialistenheter, och därför är de regist- rerade patienterna inte helt representativa för hela patientgruppen med demenssjukdomar.

60 procent av de patienter som registrerats i SveDem är kvinnor. Medianåldern är 80 år och 93 procent bor i eget boende. Demensutredning- en för personerna i registret tar i genomsnitt 46 dagar. Resultaten visar också att kvinnor får sin demensdiagnos vid högre ålder och vid lägre kog- nitiv funktion än män, vilket indikerar att män med demens fångas upp tidigare.

Den vanligaste diagnosen i registret är Alzhei- mers sjukdom med sen debut, 35 procent, medan knappt 6 procent har Alzheimer med tidig debut. En stor andel utgörs också av blanddemens och vaskulär demens. Vidare har en förhållandevis stor andel diagnosen demens UNS (cirka 13 pro- cent), vilket betyder att typen av demenssjukdom är osäker.

SveDem strävar efter att olika typer av demens- sjukdomar ska diagnostiseras tydligt. I vissa fall kan det dock vara mindre viktigt att ställa en exakt diagnos, då diagnosen inte förändrar hur patienten vårdas och behandlas. Detta gäller framför allt när patienten är mycket gammal och multisjuk.

Majoriteten av Alzheimerpatienterna behand- las med kolinesterashämmare. Denna typ av läke- medel påverkar inte sjukdomsförloppet men kan förbättra de kognitiva funktionerna något. Exem- peltvis kan patientens förmåga att utföra dagliga aktiviteter förbättras [9].

Merparten av patienterna i SveDem är i ett tidigt skede av sjukdomen när de får sin diag- nos. Denna bedömning grundar sig på att endast

10 procent behandlas med antipsykotiska medel mot beteendesyntom jämfört med 20–35 procent av patienterna i särskilt boende [10]. Socialstyrelsen kommer under 2009/2010 att publicera nationella riktlinjer för vård och omsorg av personer med demens.

Läkemedelsbehandling – fortsatt problemområde

Äldre använder i dag läkemedel i stor omfattning. Under de senaste 20 åren har användningen ökat med nära 70 procent hos dem som är 80 år och äldre. År 2007 använde en person i denna åldersgrupp i genomsnitt 5,7 receptförskrivna läkemedel. Ökningen beror framför allt på att nya läkemedel och behandlingsprinciper har introducerats [10]. Därmed finns det större möjligheter att behandla de sjukdomar och besvär som äldre drabbas av. Samtidigt finns en betydande risk för läkemedelsproblem som biverkningar och läkemedelsinteraktioner (att läkemedel påverkar varandra).

Att använda flera läkemedel samtidigt, så kallad polyfarmaci, innebär i sig en stor risk för läkemedelsproblem [11, 12]. Risken är dock särskilt stor hos äldre, som ofta är betydligt känsligare för läkemedel än yngre på grund av kroppsliga förändringar som beror på åldrande och sjukdom. Såväl svenska som internationella undersökningar har till exempel visat att en stor andel (uppemot 30 procent) av de äldre patienter som läggs in på sjukhus blir inlagda på grund av läkemedelsbiverkningar [10, 13]. Biverkningarna har uppskattats orsaka dubbelt så många inläggningar på sjukhus i dag som under 1970-talet [14].

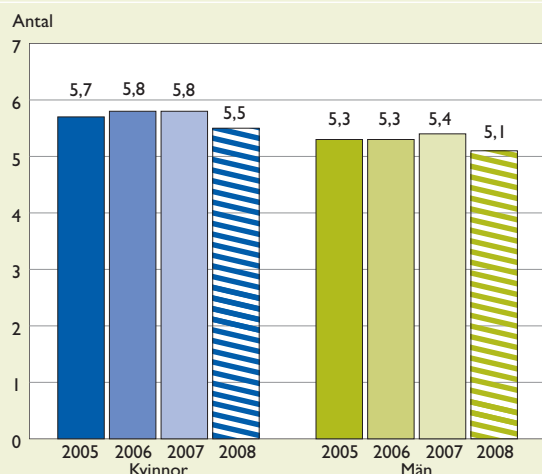
En särskilt utsatt grupp är de sköra äldre personer som konsumerar mycket läkemedel och samtidigt är mest känsliga för läkemedlen på grund av ålder och sjukdom. Många av dessa personer bor i särskilt boende, där läkemedelsanvändningen har ökat kraftigt till i genomsnitt 10 preparat per person [15]. En annan växande grupp är multisjuka eller multisviktande äldre i eget boende, som i en rad undersökningar har visats använda lika mycket läkemedel som äldre i särskilt boende [16–18].

Det kan finnas en risk för att äldre behandlas med flera läkemedel samtidigt utan att behandlingens nytta står i proportion till riskerna för oönskade effekter. Risken uppstår om forskrivare strikt tillämpar nationella riktlinjer och vårdprogram utan att ta hänsyn till den äldre patientens särskilda behov och riskfaktorer vid läkemedelsbehandling [19].

År 2003 publicerade Socialstyrelsen ett förslag till kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi [20]. Indikatorerna är bland annat tänkta att användas för att mäta och följa upp kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. I dag är dessa indikatorer väl kända, inte minst genom läkemedelskommittéernas nationella kraftsamling kring äldres läkemedelsbehandling under 2005–2006 och SKL:s projekt Säker läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre (SÅLMA) [22]. Ett flertal epidemiologiska studier som tillämpat indikatorerna har visat påtagliga brister i kvaliteten på äldres läkemedelsanvändning, i synnerhet hos dem som använder många läkemedel: främst äldre i särskilt boende och multisjuka i eget boende [15, 16].

Figur 3:30. Antal läkemedel per person

Antal läkemedel* i medeltal per person för kvinnor och män ≥ 80 år.



*Avser läkemedel uthämtade på apotek

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Viss minskning av psykofarmaka och lugnande medel

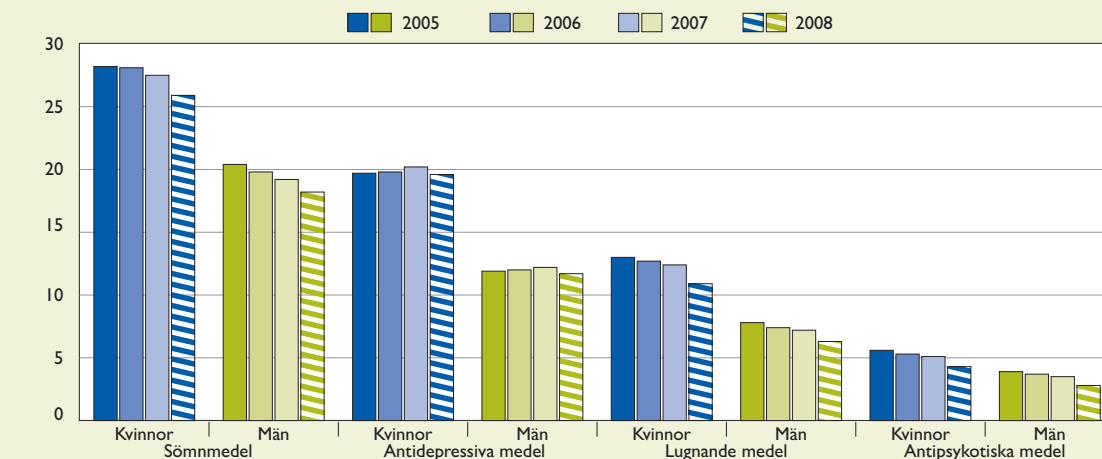
Här redovisas resultat baserade på analyser av läkemedelsregistret. Figur 3:30 visar antalet förskrivna och uthämtade läkemedel år 2005–2008. Den faktiska användningen är med stor sannolikhet något högre, eftersom registret inte omfattar läkemedel som är köpta utan recept och läkemedel som administreras från läkemedelsförråd i slutenvården och i hemsjukvården.

Antalet läkemedel som förskrivs till personer över 80 år har ökat något mellan 2005 och 2007, från i medeltal 5,5 till 5,7, men sjunker åter till 5,4 år 2008. Det förskrivs fler läkemedel till kvinnor än till män. En närmare analys visar att ökningen huvudsakligen berodde på en ökad användning av blodfettssänkande medel och läkemedel för hjärt- och kärlsjukdomar, till exempel betablockerare.

Psykofarmaka omfattar sömnmedel, antidepressiva läkemedel, lugnande medel och anti-psykotiska läkemedel. Figur 3:31 visar att an-

Figur 3:31. Psykofarmakaanvändning hos personer ≥ 80 år

Andel kvinnor och män ≥ 80 år i befolkningen som använder olika sorters psykofarmaka.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

vändningen av psykofarmaka har minskat något mellan 2005 och 2008, med undantag för användningen av antidepressiva medel. I avsnittet *Säker vård* redovisas förekomst av annan olämplig läkemedelsanvändning, mätt med kvalitetsindikatorerna.

Under perioden 2005–2007 satsade läkemedelskommittéerna speciellt på ämnet äldre och läkemedel. SKL genomförde SÄLMA-projektet och regeringen satsade stimulansmedel för bland annat läkemedelsgenomgångar [22]. Dessa satsningar tillsammans med mätningarna i sig kan ha bidragit till de marginella förbättringar som nu ses. Mätningarna genomfördes i form av öppna jämförelser [23].

Mer läkemedel i särskilt boende

Numera är det möjligt att följa och utvärdera kvaliteten på läkemedelsförskrivningen på nationell nivå för personer i ordinärt och särskilt boende med hjälp av uppgifter från läkemedelsregistret och den personnummerbaserade socialtjänststatistik som upprättades år 2007.

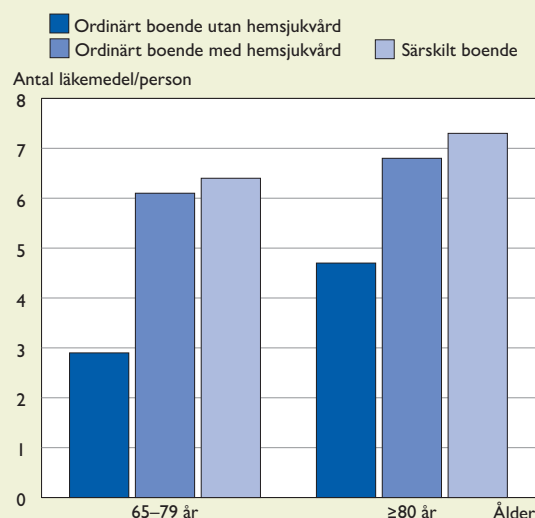
Hittills i detta avsnitt har vi redovisat uppgifter om förskrivningen till personer som är 80 år och äldre i hela befolkningen, oavsett boendeform. Nedanstående redovisning omfattar också personer i åldern 65–79 år.

En mer omfattande användning av läkemedel ses bland hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende och personer i särskilt boende, jämfört med personer i ordinärt boende (figur 3:32–34). Detta speglar huvudsakligen skillnader i sjuklighet.

Det genomsnittliga antalet läkemedel för personer i särskilt boende är något lägre än vad som tidigare setts i olika sjukhetsstudier. Detta kan förklaras av att läkemedelsregistret inte omfattar receptfria läkemedel och läkemedel som ges från förråd.

Figur 3:32. Antal läkemedel per person i olika boenden

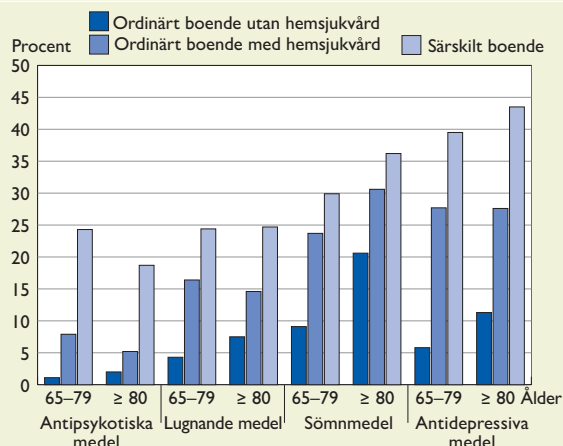
Antal läkemedel i medeltal per person i ordinärt boende med respektive utan hemsjukvård*, och i särskilt boende, år 2007.



*Avser hemsjukvård i kommunal regi. Personer med hemsjukvård i landstingets regi kan inte identifieras och ingår därför i gruppen personer utan hemsjukvård. De utgör dock en mindre andel av dessa personer. Källa: Läkemedelsregistret och Socialtjänststatistik, Socialstyrelsen

Figur 3:33. Psykofarmakaanvändning i olika boenden

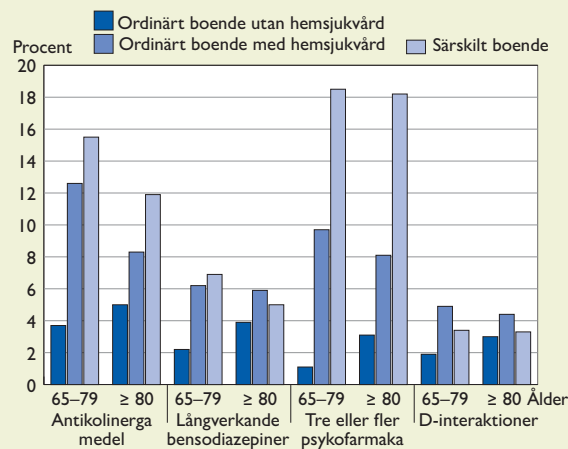
Andel personer som använder olika sorters psykofarmaka i ordinärt boende med respektive utan hemsjukvård*, och i särskilt boende, år 2007.



*Avser hemsjukvård i kommunal regi. Personer med hemsjukvård i landstingets regi kan inte identifieras och ingår därför i gruppen personer utan hemsjukvård. De utgör dock en mindre andel av dessa personer. Källa: Läkemedelsregistret och Socialtjänststatistik, Socialstyrelsen

Figur 3:34. Olämplig läkemedelsanvändning i olika boenden

Andel personer i ordinärt boende med respektive utan hemsjukvård*, och i särskilt boende, år 2007.



*Avser hemsjukvård i kommunal regi. Personer med hemsjukvård i landstingets regi kan inte identifieras och ingår därför i gruppen personer utan hemsjukvård. De utgör dock en mindre andel av dessa personer. Källa: Läkemedelsregistret och Socialtjänststatistik, Socialstyrelsen

Fortfarande används psykofarmaka i uppseende- väckande hög omfattning (figur 3:33), och förekomsten av olämplig läkemedelsbehandling är hög (figur 3:34), framför allt i särskilt boende. Detta trots många års rapportering av omfattande läkemedelsproblem [19, 21, 24–30]. De indikatorer som redovisas i figur 3:34 beskrivs utförligare i avsnittet *Säker vård*.

Undernäring är vanligt

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdomar och återfå hälsan. Undernäring är förenat med lidande och leder dessutom till stora kostnader i vården på grund av förlängda vårdtider [31]. Risken för

undernäring ökar vid sjukdomar som vanligtvis leder till olika funktionsnedsättningar, till exempel Parkinsons sjukdom, stroke, hjärt- och lungsjukdomar och demens [32]. Dessa tillstånd är vanliga bland äldre och kan orsaka ofrivillig viktnedgång med undernäring eller felnäring som följd. Äldre personer som vårdas på sjukhus eller i särskilt boende är ofta undernärda [33, 34].

Vidare löper personer med någon form av neurologisk eller kognitiv sjukdom samt alla äldre personer särskilt stor risk att falla och att skada sig på grund av fallet [35]. Fall är en av de allvarligaste olyckstyperna och drabbar i synnerhet äldre personer hårt, både när det gäller hur många som drabbas och fallets konsekvenser eller skador [36]. Mer

än 1 200 personer i åldern 65 år och äldre avlider varje år av skador som orsakats av fall. En vanlig fallrelaterad skada är höftfraktur, där vårdkostnaden per person beräknas till cirka 250 000 kronor [37]. Kvinnor är särskilt drabbade. Se även avsnittet om *Vård vid rörelseorganens sjukdomar*.

Personer som har svårt att förflytta sig utan hjälp eller som är rullstolsburna, sängliggande eller stillasittande i samma ställning riskerar att utveckla trycksår. Risken är särskilt hög hos äldre människor [38, 39]. Det handlar om personer som har behov av vård på grund av nedsatt rörelseförmåga eller förlamning, eller som exempelvis har drabbats av en höftfraktur [40]. Andra riskfaktorer är undernäring, framför allt hos personer med lågt serumalbuminvärde, urininkontinens och nedsatt rörlighet. Även nedsatt kognitiv status tycks ha samband med trycksår [41]. Patienter med trycksår beskriver upplevelser av smärta, ångslan, orenhet, bundenhet och beroende som leder till sämre livskvalitet [42]. Trycksår innebär ett stort lidande för patienten [40]. Dessutom förlänger de vårdtiden, fördyrar den och ökar behovet av vårdinsatser. Risken ökar också för att patienten får försämrat tillstånd eller dör [31].

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för äldres vård och omsorg, och registrerar bl.a. information om förekomst och förebyggande av undernäring, fallskador och trycksår. Täckningsgraden är dock fortfarande låg, och uppgifter på nationell nivå är ännu inte tillgängliga.

Stora skillnader i kvalitet vid vård i livets slutskede

Totalt avlider drygt 90 000 personer varje år i Sverige, och allt fler avlider någon annanstans än på sjukhus. Innan Ädelreformen genomfördes var sjukhus den vanligaste platsen för dödsfall [43].

Efter Ädelreformen minskade antalet personer som avled på sjukhus med ungefär 50 procent, och 2003 avled cirka 63 procent av dem som dog i en ålder över 65 år utanför sjukhus.

Flera rapporter och utredningar konstaterar att vården i livets slutskede är ett område där det finns brister och stora skillnader beroende på var i landet man bor. Bristerna gäller framför allt medicinska insatser, bemötande, information och stöd till närstående. Dessa brister försämrar vårdens kvalitet och får negativa effekter för såväl patienterna som deras närstående [43].

Människor i livets slutskede kan ha mycket olika behov. I vissa fall krävs kvalificerade palliativa insatser dygnet runt, i andra fall krävs inga särskilda sådana insatser [44]. Alla har dock rätt att förvänta sig en god och värdig vård tills döden inträder.

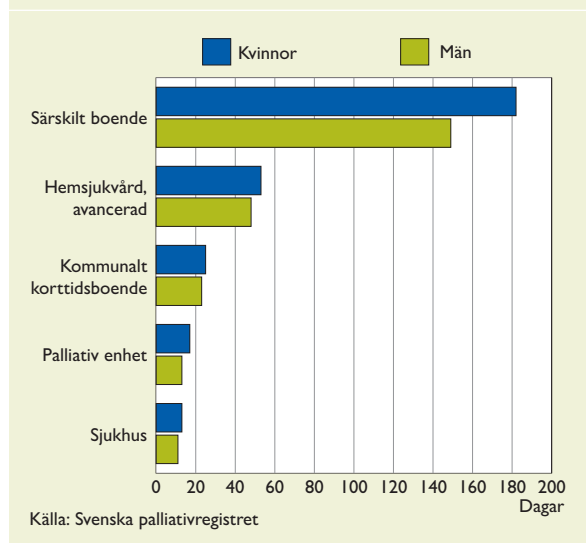
Svenska palliativregistret syftar till att beskriva vården av personer under de sista dagarna i livet. För närvarande lämnas uppgifter från såväl särskilda boenden som palliativa enheter och akutvårdsenheter. Framför allt är det specialister som rapporterar till registret.

Antalet registrerade dödsfall är fortfarande få, men det ökar snabbt. År 2008 rapporterades drygt 16 procent av samtliga dödsfall i landet till registret, med variationer mellan 42 procent (Dalarnas län) och 6 procent (Blekinge län). Bland annat registreras om patienten informerades om sin prognos och hur närstående involverades i vården. Uppgifter om symtomlindring registreras också.

Ungefär tre fjärdedelar av de registrerade dödsfallen inträffade på palliativa slutenvårdsenheter och i avancerad hemsjukvård. Dessa enheter har i dag mycket hög täckningsgrad i palliativregistret. Vidare står sjukhus och olika kommunala boendeformer för knappt en fjärdedel av registreringarna. Dessa enheter har betydligt lägre täckningsgrad.

Figur 3:35. Vårdtid i livets slutskede

Mediantid i dagar för cancerpatienters palliativa vård på olika vårdenheter år 2007.



År 2007 registrerades cirka 30 procent av samtliga dödsfall som orsakats av cancer i registret. De som dör i cancer och som har vårdats i de kommunala boendeformerna är överlag cirka 10 år äldre än dem som avlider på sjukhus, i avancerad hemsjukvård eller på palliativa specialisenheter.

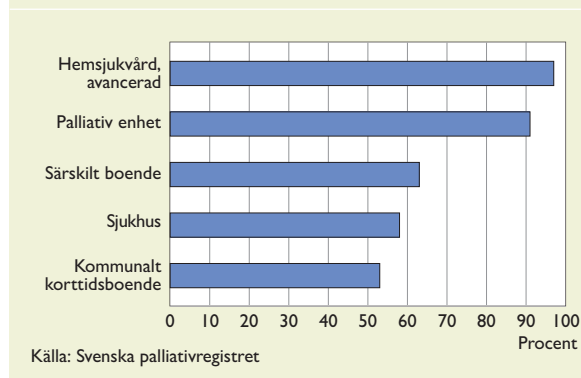
De patienter som avlider på korttidsboenden vårdas där i cirka tre veckor (mediantid). Dessa vårdtider är likvärdiga med övriga vårdformers. Motsvarande vårdtider gäller däremot inte för övriga särskilda boendeformer. Där är vårdtiderna betydligt längre: upp till 182 dygn för kvinnor och 150 dygn för män (figur 3:35). Vården i livets slutskede pågår alltså under längre tid i de flesta av kommunernas boendeformer och bland de äldre åldersgrupperna. Detta ställer rimligen andra krav på hur den palliativa vården utformas, jämfört med kraven på de enheter som har kortare vårdtider.

Den palliativa vården ska ge stöd till de närstående eftersom vård i livets slutskede ofta bygger på stora insatser från dem. Att mista en nära anhörig kan påverka den totala livssituationen, till exempel känslor och tankar, relationer till vänner och närstående, sättet att leva och uppfatta tillvaron samt förmågan att lösa praktiska problem [45].

Enligt Svenska palliativregistrets årsrapport 2007 erbjöd näst intill samtliga enheter som bedriver hemsjukvård och palliativ vård efterlevandesamtal för närstående vid förväntade dödsfall som orsakats av cancer. Efterlevandesamtalen innebär att någon personal från den enhet som vårdat patienten den sista tiden i livet kontakter den närstående en tid efter dödsfallet. Detta är mindre vanligt i de kommunala boendeformerna. Drygt 50 procent av närstående till cancerpatienter som avlidit på en kommunal korttidsplats erbjöds ett efterlevandesamtal. Motsvarande andel för övriga särskilda boenden var cirka 63 procent. I slutenvården erbjöds cirka 58 procent av de närstående ett efterlevandesamtal (figur 3:36).

Figur 3:36. Samtal till närstående efter cancerdödsfall

Andel närstående som erbjudits efterlevandesamtal vid väntade cancerdödsfall på olika vårdenheter år 2007.



Nya modeller för patientfokuserad hemsjukvård

Samverkan mellan huvudmän, verksamheter och professioner är centralt i vården och omsorgen om de äldre. Det handlar ofta om att tillgodose sammanfattade och snabbt föränderliga behov. De olika aktörerna måste särskilt förbättra sin samverkan i samband med att patienter skrivs ut från sjukhuset. Här behöver vårdplaneringen utvecklas, men aktörerna måste också garantera den nödvändiga uppföljningen efter sjukhusvistelsen. För att skapa bättre förutsättningar för samverkan är det nödvändigt att undanröja strukturella hinder [46].

Samverkansproblemet har uppmärksamats i flera landsting och kommuner. Projektet Esther är ett exempel på hur olika aktörer samverkar för att göra vården mer patientfokuserad. Projektet är ett samarbete mellan kommunerna, primärvården och slutenvården på småländska höglandet [47]. Det har pågått sedan 1997 och syftar bland annat till att förbättra samarbetet och informationsöverföringen mellan sjukhusen, primärvården och kommunerna. Andra syften är att skapa mer utrymme för samtal med och information till patienten, att förbättra och underlätta läkemedelshanteringen samt att ta bort onödiga mellanled när patienter läggs in på sjukhus. En utvärdering från 2008 visar på positiva resultat som avspeglas i att den äldre personen, ”Esther”, är mycket nöjd med den vård och omsorg hon får och att hon känner sig trygg med den. Trygghet är grundläggande för Esther och innebär kontinuitet, tillgänglighet och individ- och behovsanpassad vård och omsorg genom hela vårdkedjan.

Projektet Esther har flera systrar runt om i landet, bland annat Hilma i Örebro [48] och Linnea

i Växjö [49]. Se även avsnittet *Patientfokuserad vård* där ett liknande projekt, Nisse, beskrivs.

Några kommuner provade under en period en ny form av öppen vård för äldre: äldrevårdscentralen [50]. Vårdformen bygger på nära samverkan mellan vårdgivarna kommuner och landsting i syfte att skapa en sammanhållen vård.

Projektet Hökarängens närvårdcentral var till exempel mycket uppskattat av de äldre som bodde i området och av dem som listade sig på vårdcentralen [51]. En av framgångsfaktorerna var arbetet i multiprofessionella team. Utmaningen låg i att verkligen arbeta utifrån teammedlemmarnas alla kompetenser och olika erfarenheter. Vidare konstaterade utvärderingen att teamen har begränsade möjligheter att gemensamt utforma och situationsanpassa de olika individuella insatserna. Begränsningarna beror på biståndsbesluten, som fattas på avstånd från den äldres vardag och från teamets kunskap om den äldre.

I Solna provade man en modell som byggde på att äldrevårdscentralens målgrupp och uppdrag utökades stegvis [50]. Inledningsvis avgränsades uppdraget till en prioriterad målgrupp äldre med särskilda behov som erbjöds att lista sig på äldrevårdscentralen. Verksamheten bestod av

- multisjuka eller multiviktande personer över 75 år i ordinärt boende
- personer med komplicerad demensproblematik över 65 år i ordinärt boende.

När äldrevårdscentralen startade kunde den sjukhusanslutna hemsjukvården (ASIH) lämna över vården av flera äldre personer till äldrevårdscentralen. De som arbetade upplevde då en ökad trygghet och att äldrevårdscentralens personal var lättare att nå än personalen på andra vårdcentraler.

De två försöken med äldrevårdscentraler som beskrivits här lades ner 2008 i samband med att Stockholms läns landsting införde en ny vårdmodell.

Ytterligare ett sätt att fokusera arbetet på multisjuka äldres behov är att bilda så kallade äldreteam. Projektet Äldreteam skapades för att förbättra vården för de äldre multisjuka patienterna över 78 år på Avesta vårdcentral i Dalarna. Projektet har utvärderats, och de flesta var nöjda med verksamheten. Utvärderingen framhåller vissa faktorer som orsak till att projektet blev lyckat:

- Vårdformen utformades utifrån en vision om hur sjukvård bäst bedrivs för de äldre, och patientens behov stod i fokus.
- Äldreteamet består av erfaren och engagerad personal och bildades på en vårdcentral som är flexibel när det gäller att hitta nya lösningar på problem.
- Personalen sitter rumsligt nära varandra och kan därför lösa problem snabbt och flexibelt.

Äldreteamet har alltså lyckats skapa trygghet för patienter och anhöriga genom personalens tillgänglighet, kontinuitet, flexibilitet och personkännedom. Vårdformen permanentades från och med år 2007 [52].

Äldres vård

– ett flerprofessionellt ansvar

Äldre med flera olika vård- och omsorgsbehov vårdas i dag i en komplex organisation med många olika aktörer. Flera rapporter konstaterar att det finns brister i såväl informationsöverföring som läkemedelshantering [16, 53].

När äldre patienter byter vårdmiljö riskerar de bland annat att bli förvirrade, att ramla och drabbas av en fraktur samt att utveckla trycksår. Äldre är också ofta mindre självständiga och kan

ha svårt att ta sig fram i vården. Med åldern följer också nedsatt syn och hörsel, och olika kropps-funktioner blir långsammare. Dessutom krymper det sociala nätverket [54].

Äldre personer med omfattande vårdbehov är beroende av många vårdgivare och professioner som tillsammans ingår i en sammanhängande vårdkedja. I hela vårdkedjan har patienten rätt att bli tryggt och säkert omhändertagen. De olika aktörerna måste samverka och utgå från patientens behov, oavsett om patienten får vård i slutenvården, i den primärvårdsanslutna hemsjukvården i ordinärt eller särskilt boende, i den specialiserade hemsjukvården eller genom insatser från socialtjänsten. Samverkan i vårdkedjan försvåras dock av den otydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i den primärvårdsanslutna hemsjukvården och mellan primärvården och slutenvården. Vården för äldre personer med omfattande vårdbehov måste därför organiseras effektivare utifrån patienternas individuella behov, och aktörerna i alla delar av vårdkedjan måste samverka.

Referenser

1. Meinow B. Capturing health in the elderly population: Complex health problems, mortality, and allocation of home-help services. Avhandling. Stockholm: Stockholms universitet; 2008.
2. Parker M G, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist* 2007;47(2):150–8.
3. Rosén M, Haglund B. From healthy survivors to sick survivors—implications for the twenty-first century. *Scand J Public Health* 2005;33(2):151–5.
4. Wimo A, Winblad B, Aguero-Torres H, von Strauss E. The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2003; 17(2):63–7.

5. SBU. Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: SBU; 2003.
6. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring – en kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
7. Andersson M. Äldre personers sista tid i livet: livskvalitet, vård, omsorg och närståendes situation. Avhandling. Lund: Lunds universitet; 2007.
8. Nationella Kataraktregistret. Svensk Kataraktkirurgi – Årsrapport 2007 baserad på data från Nationella Kataraktregistret. Blekinge: EyeNet Sweden, Blekingesjukhuset; 2007.
9. SBU. Demenssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport, 172. Stockholm: SBU; 2006.
10. Fastbom J. Äldres läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete (MPA). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
11. Nolan L, O'Malley K. Prescribing for the elderly. Part I: Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. *J Am Geriatr Soc* 1988;36(2):142–9.
12. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(8):1349–54.
13. Esbjörn P, End-Rodrigues T, Thylén P, Bergman U. Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. *Läkartidningen* 2008;105(35):2338–42.
14. Bergman U, Ulfvarson J, von Bahr C. Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus. Fokusrapport. Medicinskt programarbete (MPA). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
15. Kragh A. Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Skåne. *Läkartidningen* 2004;101(11):994–8.
16. Gurner U, Fastbom J, Hagman L, Shah-Shahid Z. Styckevis och delt. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2006.
17. Gurner U, Fastbom J, Österman J. Vi har inte tid – ring akuten! 24 fallstudier av multisjuka 75+ i Sigtuna – behov och konsumtion av sluten- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av anhöriginsatser. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2004.
18. Gurner U, Thorslund M. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre – om nödvändigheten av samordning. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
19. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
20. Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi – Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
21. Socialstyrelsen. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÄLLA-Projektet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
22. SKL. SÄLMA 2007 – Säker läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre. Stockholm: SKL; 2007.
23. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: Socialstyrelsen, SKL; 2008.
24. Schmidt I, Fastbom J. Quality of drug use in Swedish nursing homes. *Clin Drug Investig* 2000;20(6):433–46.
25. Socialstyrelsen. Kvaliteten på läkemedelsanvändningen hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.

26. Socialstyrelsen. Läkemedel i användning – förändringar och tendenser. Kvartalsrapport 2002:2. Tema: Läkemedelsanvändning hos äldre över 80 år. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
27. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling inom äldre vården. Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
28. Socialstyrelsen. Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
29. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling till äldre i hemsjukvården. Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn vid 30 vårdcentraler i sydöstra sjukvårdsregionen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
30. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
31. Idvall E. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Stockholm: Gothia och Svensk sjuksköterskeförening; 2007.
32. Statens livsmedelsverk. Mat och kostbehandling för äldre. Problem och möjligheter. Uppsala: Statens livsmedelsverk; 2001.
33. Socialstyrelsen. Kommunernas kost- och nutritionsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
34. Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
35. SKL. Förebygg fall och fallskador. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Stockholm: SKL; 2008.
36. Räddningsverket, Nationellt Centrum för lärande från olyckor. Fallolyckor bland äldre – samhällets direkta kostnader. Karlskoga: Räddningsverket; 2003.
37. IMS, Statens räddningsverk. Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor och bränder. Stockholm: IMS; 2007.
38. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 2007;13(2):227–35.
39. Gunningberg L. Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish healthcare settings. *J Wound Care* 2004;13(7):286–90.
40. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
41. Socialstyrelsen. Demenssjukdom. Vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer. Under utarbetande. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
42. Fox C. Living with a pressure ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *Br J Community Nurs* 2002;7(6 Suppl):10–22.
43. Socialstyrelsen. Var dör de äldre – på sjukhus, särskilt boende eller hemma? Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
44. Socialstyrelsen. Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
45. Socialstyrelsen. I livets slutskede: De anhörigas roll. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
46. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
47. Esther – nätverk för utveckling av äldre vården på Högländet. Hämtad 2009-02-05 från <http://www.lj.se/index.jsf?nodeId=26572&nodeType=13>.
48. Nätverk – HILMA. Hämtad 2008-11-23 från http://www.orebroll.se/uso/page____22823.aspx.
49. Linneaprojektet. Hämtad 2009-02-05 från http://ltkronoberg.se/templates/LTKPageWithPicture____17681.aspx.
50. Hagman L. Äldrevårdscentralen i Solna. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2007.

51. Gurner U, Hagman L, Berger A-K, Fastbom J, Hjulström S, Shah-Shahid Z. Hökarängens När-vårdcentral. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2007.
52. Sörensdotter R. "Det bästa som hänt". En utvärdering av äldreteamet på Avesta vårdcentral. Falun: Dalarnas forskningsråd; 2006.
53. Hjalmarsson I, Norman E. Samverkan. Enkelt i teorin, svårare att praktisera. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2005.
54. Landstinget i Östergötland. Slutrapport avseende resurstillskott för utveckling av vårdprocesser för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov 2006 – 2007. Linköping: Landstinget i Östergötland; 2008.

Vård vid nedsatt hörsel

Sammanfattning

Hörselvården organiseras på många olika sätt i landet. Det finns också stora variationer när det gäller huvudmännens rutiner att ta ut avgifter för att prova ut hörapparater. En trend under senare år är att hörselvården delas upp mellan olika verksamheter eller kliniker och att rehabiliterande verksamheter organisatoriskt är fristående från den medicinska hörselvården.

Totalt beräknas cirka 2 miljoner svenskar ha någon form av hörselnedsättning. En majoritet har lätt hörselnedsättning, medan ungefär 0,5 miljoner svenskar har måttlig hörselnedsättning. Vidare har cirka 130 000 personer svår hörselnedsättning eller dövhet på båda öronen.

Självskattad hörselnedsättning har ökat markant de senaste decennierna, och förekomsten varierar i olika delar av Sverige. Den högsta andelen finns i glesbygd och den lägsta i stora städer.

Antalet personer som får hörapparat varierar också avsevärt mellan landstingen, från 5,5 till 11 personer per 1 000 invånare. När det gäller utprovning av hörapparat kan majoriteten av enheterna i landet inte erbjuda tid för utprovning inom tre månader. Antalet hörselskadade som får hörapparater utprovade ökar, men uppskattningsvis utgör dessa personer fortfarande bara en tredjedel av alla med hörselskada. Det är relativt betydande skillnader i avgiftsmodeller, organisationsstrukturer och upphandlingsrutiner mellan landstingen.

Framtida utmaningar för hörselvården innefattar bland annat att utveckla och samordna vård-

program samt att ta fram nationell statistik som redovisar de olika insatserna inom hörselvården.

Inledning

I hörselvården ingår att ta hand om personer med hörselnedsättning av mycket olika omfattning – från dövhet till mild hörselnedsättning som ger problem att höra när det finns bakgrundsbuller. En grupp patienter har till exempel ingen eller bara lätt nedsättning av förmågan att höra rena toner, men svårt att höra tal även med ganska lätt bakgrundsbuller. Hörselvården tar också hand om patienter med tinnitus och angränsande symptom, ljudöverkänslighet (hyperacusis) och ljudförvrängning (ljuddistorsion och diplacusis). På vissa ställen i landet omhändertas även patienter med yrsel- och balanssjukdomar av personal inom hörselvården, medan detta på andra ställen sker på öronkliniker eller neurologkliniker. Hörselvården brukar delas in i

1. medicinsk audiologi
2. beteendevetenskaplig audiologi
3. teknisk audiologi.

Hörselvården är i stor utsträckning tvärprofessionell, med många olika yrkesutövare, bland annat audionomer, audiolog- och öronläkare, ingenjörer, pedagoger, psykologer, kuratorer, tekniker och sjuksköterskor. Andra aktörer, utanför landstingets hörselvård, är tolkcentraler med döv- och skrivtolkar, hörapparatleverantörer, reparationsverkstäder, akustikfirmor och leverantörer av icke-individuella hörhjälpmedel.

I Sverige finns nu två nationella hörselregister, ett för barn och ett för vuxna. Registret för barn med hörselnedsättning avser barn under 19 år med en hörselnedsättning där M4 överstiger 29 dB HL (se faktaruta). Totalt finns i dagsläget

cirka 550 barn registrerade från tio kliniker, vilket motsvarar omkring 10 procent av alla barn med hörselnedsättning i Sverige. I ett nystartat register för grav hörselnedsättning hos vuxna finns cirka 380 personer registrerade.

Syftet med avsnittet är att belysa några olika aspekter av den hörselvård som bedrivs inom landstingens regi, eller av de aktörer som har avtal med landstinget.

Redovisningen omfattar bland annat

- förekomst av hörselnedsättning
- väntetider för utprovning av hörapparater
- andel hörselskadade med hörapparat
- regionala skillnader i utprovningsavgifter.

Vad är hörselnedsättning?

De sjukdomar och problem som hörselvården tar hand om är mycket vanliga och har karaktären av folksjukdomar. Hörselnedsättning innebär en nedsatt eller bortfallen förmåga att uppfatta ljud.

För att mäta hur omfattande en hörselnedsättning är används tonaudiometri, ”vanligt hörselprov”. Provet används vid allt från lätt hörselnedsättning till total dövhet. Vid de vanligaste typerna av hörselnedsättning är diskant-hörseln mer drabbad än hörseln inom det lågfrekventa basområdet.

Vid talkommunikation ställs stora krav på god hörsel. Talmönstret förändras ständigt och snabbt, och variationerna av tonhöjd, ljudstyrka och rytm är ofta diskreta. Kraven på hörseln är speciellt stora i frekvensområdet 0,5–4 kHz. När man lyssnar med bakgrundsbuller är detta kritiska frekvensområde större: 0,5–6 kHz. En del personer med hörselnedsättning har en störd taluppfattning samtidigt som tonaudiogrammet är normalt eller bara visar en lätt försämring av hörseln.

Faktaruta

Lätt hörselnedsättning (M4: 20–39 dB HL)

Personer med lätt hörselnedsättning uppfattar ofta tal mellan endast ett par personer i en någorlunda tyst miljö. När det finns bakgrundsbuller uppstår som regel svårigheter. Hörapparater förbättrar taluppfattningen i buller vid låga ljudnivåer, men hörförmågan normaliseras inte. Motsatt effekt har observerats vid höga ljudnivåer. Återkopplingsfria, öppna hörapparater passar ofta mycket bra vid dessa hörselnedsättningar, som ofta är begränsade till diskantfrekvenserna.

Måttlig hörselnedsättning (M4: 40–64 dB HL)

För personer med måttlig hörselnedsättning förbättrar hörapparater förmågan att uppfatta tal påtagligt i de flesta ljudmiljöer. I princip alla i denna grupp behöver habilitering eller rehabilitering.

Svår hörselnedsättning (M4 ≥65 dB HL)

Personer med svår hörselnedsättning kan inte uppfatta tal-ljud utan hörapparat. Hörapparater kan vara till nytta om nedsättningen inte är så svår att ljuden inte kan tolkas (perceptionsstörning). Om hörselnedsättningen är mycket grav bidrar hörapparater däremot inte nämnvärt till talförståelsen. Det finns också ytterligare en svårighetsgrad, uttalad hörselnedsättning, med gränsen 90 dB HL (M4).

M4 = Mätning vid fyra frekvenser 0,5, 1, 2, och 4 kHz.
dB HL = decibel Hearing Level, mått på hörselförlust.
Normal hörtröskel fastställs som 0 dB HL.

Ett stort antal sjukdomar och skador kan orsaka hörselnedsättning. De flesta personer med nedsatt hörsel är äldre, och nedsättningen är åldersrelaterad. Hörselnedsättning är dock ingen enhetlig diagnos, utan påverkas förutom av biologiskt åldrande av ett stort antal andra faktorer – framför allt genetiska faktorer och hörselskadliga miljöfaktorer som buller, rökning och läkemedel.

Bullerskador är vanligast hos män, men även kvinnor drabbas. Svår hörselnedsättning hos barn orsakas i 50–70 procent av fallen av genetiska faktorer. Andra orsaker till hörselnedsättning är infektionssjukdomar, skullskador och läkemedel som är skadliga för innerörat. En sällsynt orsak

till nedsatt hörsel är en godartad tumör på balansnerven. Vidare finns en grupp hörselskador som består av sjukdomar i mellanörat, till exempel kronisk mellanöreinflammation.

Den som har tinnitus upplever ett eller flera olika ljud i ett eller båda öronen, eller mitt i huvudet, utan någon yttre ljudkälla. Tinnitus är ett symtom som kan ha många orsaker. Ofta, men inte alltid, är tinnitus kopplat till en hörselnedsättning. Tinnitus är betydligt vanligare hos äldre än hos yngre och medelålders [1, 2]. Tinnitus tas i viss mån om hand inom hörselvården. Det finns också ett nationellt vårdprogram från 1990-talet för behandling av tinnitus, och regionala vårdprogram har utvecklats i flera landsting.

Förekomsten av hörselnedsättning ökar med stigande ålder

Ett flertal epidemiologiska undersökningar har genomförts i olika länder. Utifrån sådana studier kan man beräkna hur vanliga olika typer av hörselnedsättningar är i olika åldrar. De mest exakta resultaten ger audiometriskt uppmätt hörsel, och man använder sig då av tonaudiometri. På så sätt går det att få reproducerbara data (med undantag för de sällsynta fall där taluppfattningen är störd utan att tonaudiogrammet påverkas nämnvärt).

Tabell 3:8. Personer i Sverige med hörselnedsättning enligt tonaudiometri år 2007

Uppskattat antal personer i olika åldersgrupper.

Ålder	Svår och måttlig hörselnedsättning	Lätt hörselnedsättning
0–20	5 000	43 000
20–50	45 000	229 000
51–70	161 000	629 000
>70	430 000	474 000
Alla	640 000	1 380 000

Källa: Beräknad utifrån SBU 2003 [9]

Totalt beräknas cirka 2 miljoner svenskar ha någon form av hörselnedsättning som överskrider 20 dB HL i mittfrekvenserna 0,5–4 kHz (beräknat efter SBU-rapport [9], med korrektion för befolkningsökningen till år 2007), se tabell 3:8. En majoritet, 1,38 miljoner, har lätt hörselnedsättning, medan mer än 0,5 miljoner svenskar har måttlig hörselnedsättning. Cirka 130 000 personer har svår hörselnedsättning. En del av dessa kan dock uppfatta tal i tysta miljöer om de har hörapparat i båda öronen. För andra hjälper hörapparaten inte alls eller endast marginellt. Till denna grupp hör personer som kommunicerar med teckenspråk och personer med cochleaimplantat (CI).

Det är ovanligt att barn har nedsatt hörsel. Ungefär 200 barn föds varje år döva eller med svår hörselnedsättning, och ytterligare ett antal barn blir varje år döva eller får nedsatt hörsel av exempelvis hjärnhinneinflammationer. Vidare har cirka 5 000 barn och ungdomar i Sverige måttlig till svår hörselnedsättning. Lätt hörselnedsättning hos barn är mycket vanligare, men i de flesta fall orsakas dessa hörselskador av inflammationer i mellanörat och är inte permanenta.

Cirka 9 000 barn med hörselskada i 0–20-årsåldern är ”kända” av samhället, varav cirka 400 är döva. Av dessa har cirka 3 900 hörapparat och drygt 400 cochleaimplantat. Resten är troligen så kallade observationsbarn med lätt eller ensidig hörselnedsättning. Vidare finns beräkningar som tyder på att cirka 25 000 barn i åldern 0–15 år har någon grad av hörselnedsättning [3].

Hos vuxna ökar hörselnedsättningarna kraftigt med stigande ålder. Fler män än kvinnor har nedsatt hörsel. Hos personer i yrkesverksam ålder ökar framför allt förekomsten av lätt hörselnedsättning kraftigt. Över åldrarna 80 år för män och 85 år för kvinnor är andelen måttlig till svår hör-

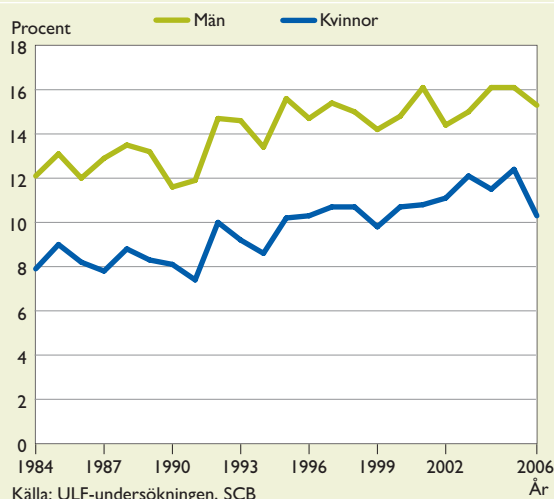
selnedsättning större än andelen lätt hörselnedsättning.

För att uppskatta hur vanligt det är att människor har nedsatt hörsel kan man också använda enkätundersökningar som registrerar självskattad hörsel. I Sverige berör till exempel en av frågorna i SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF) självskattad hörsel. År 2004, 2005 och 2006 rapporterade 13,8 procent, 14,2 procent respektive 12,6 procent av de tillfrågade att de hade nedsatt hörsel (figur 3:37). Hörselskadades riksförbund (HRS) har använt denna undersökning för att beräkna antalet personer med hörselnedsättning i Sverige år 2008. Antalet personer med nedsatt hörsel som är över 16 år beräknas till över 1 miljon, vilket motsvarar 14,1 procent (11,6 procent om barn och ungdomar inkluderas). Av alla med nedsatt hörsel är 54 procent i yrkesverksam ålder, medan 46 procent är pensionärer.

Andelen personer med självskattad hörselnedsättning har ökat markant från år 1984 till år 2006 i Sverige (figur 3:37). År 1984, 1985 och 1986 angav 10,3 procent av befolkningen att de hade nedsatt hörsel. Motsvarande medelvärde för år 2004, 2005 och 2006 var 13,6 procent, en ökning med 32 procent. Enligt HRF och SCB har de senaste 20 årens ökning av andelen hörselskadade till stor del skett bland vuxna i yrkesverksam ålder. Andelen hörselskadade barn har däremot förändrats mycket lite över tid.

Flera faktorer kan tänkas ligga bakom ökningen av självskattad hörselnedsättning hos unga vuxna, medelålders och äldre. En förklaring kan var att antalet hörselskador verkligen har ökat. En studie av mönstringsaudiogram från Pliktverket talar också för att andelen personer med lätta diskantskador har ökat från 1980- till 1990-talet [4]. En annan förklaring till att befolkningen skattar

Figur 3:37. Självskattad hörselnedsättning åren 1984–2006



sin hörsel sämre kan vara att dagens postindustriella informationssamhälle ställer allt högre krav på talkommunikationen. Dessutom kan förändringen tänkas hänga ihop med att hörselnedsättning har uppmärksammats mer på senare tid och att det inte längre är lika stigmatiserande att ha en hörselnedsättning.

Fördelningen av självupplevd hörselnedsättning varierar i olika delar av Sverige (ULF/SCB). Den högsta andelen finns i glesbygd och den lägsta i stora städer. Mellan dessa ytterligheter kommer jordbruksbygder, mindre tätorter och medelstora städer i fallande ordning. De geografiska skillnaderna syns både hos yrkesverksamma vuxna och hos äldre. Samma fördelning har även observerats när man mätt hörsel hos 18-åringar som mönstrat för militärtjänst men skillnaden mellan olika regioner har minskat påtagligt under senare år [4]. Enligt Sveriges dövas riksförbund (SDR) kommunicerar 8 000–10 000 döva personer med tecken-

språk i Sverige. En speciell grupp utgörs av dövblinda personer, som kräver mycket stora insatser för att kunna fungera i samhället. Enligt Föreningen Sveriges dövblinda finns det ungefär 1 300 personer i Sverige som blivit dövblinda före 65 års ålder. Ungefär 400 av dem är födda dövblinda. Det finns också ett okänt antal äldre dövblinda personer. Vidare är det mycket viktigt att uppmärksamma även andra flerfunktionshinder där hörselnedsättning ingår.

Många tycker att hjälpmedlen är dyra

I utredningsinstitutet Handus levnadsnivåundersökning från 2005 beskrivs levnadsvillkor för personer med olika funktionsnedsättningar i Sverige, bland annat hörselnedsättning och dövhet [5]. Medlemmar i HRF och SDR ingick i undersökningen.

Kvinnor med funktionsnedsättning uppgav i högre grad än män att de hade flera olika funktionsnedsättningar eller kroniska sjukdomar. Kvinnorna hade också generellt sett lägre inkomster och deras allmänna hälsotillstånd var sämre.

Personer med hörselnedsättning kan sakna hjälpmedel av ekonomiska skäl: cirka 18 000 hade inte råd att betala alla hjälpmedel som de behövde. Enligt undersökningen saknade till exempel cirka 200 000 personer med hörselnedsättning hörapparat eller andra hjälpmedel som de ansåg sig behöva. Vidare hade en fjärdedel av de döva personerna i undersökningen fått avstå från någon aktivitet eller verksamhet under det senaste året för att de inte fått tolkservice.

Vid tiden för undersökningen var 76–78 procent av hela Sveriges befolkning i åldern 20–64 år sysselsatta på den reguljära arbetsmarknaden, jämfört med 62 procent av medlemmarna i HRF

och 69 procent av medlemmarna i SDR. Många av svarspersonerna uppgav också att de hade blivit diskriminerade på grund av sin funktionsnedsättning under det senaste året: cirka en tredjedel av medlemmarna i SDR och en sjättedel av medlemmarna i HRF. 9 procent av de döva uppgav dessutom att de under det senaste året hade utsatts för våld som lett till sådana skador att de blivit tvungna att anlita sjukvård eller tandvård. När det gäller kontakten med vårdgivarna hade närmare hälften av dem som behövde en rehabiliteringsplan inte fått någon sådan, eller var missnöjda med den som de fått. Däremot var många nöjda med det bemötande de fått.

Förebyggande hörselvård är centralt

För att förebygga bullerskador finns hörselskyddsprogram som bedrivs av flera aktörer tillsammans: dels av myndigheter som Arbetsmiljöverket, kommunernas miljöförvaltningar och Socialstyrelsen, dels av aktörer inom hälsovården som engagerar företagshälsovården, hörselvården, primärsjukvården och den militära sjukvården. Den yrkesmässiga bullerexponeringen är noga reglerad, och det finns bevis för att yrkesorsakade bullerskador minskar. Däremot ökar exponeringen för fritidsbuller alltmer, vilket är oroande.

Vaccinationsprogrammet på landets barnavårdscentraler är ett exempel på en mycket lyckad metod att förebygga hörselskador. Vaccinationer mot bland annat röda hund, influensa, mässling och påssjuka har starkt bidragit till att minska antalet förvärvade hörselskador hos barn. Det är också troligt att förekomsten av traumatisk hörselnedsättning har minskat till följd av skadeprevention.

Diagnostik och behandling

Tidig upptäckt viktigt

Utredningen av en person som har en hörselskada inleds med audiologisk diagnostik, som syftar till att mäta omfattningen av hörselskadan och fastställa vad som orsakar den. En grundpelare i denna diagnostik är tonaudiogrammet, som ger information om hörselnedsättningens svårighetsgrad och dess utbredning i frekvensregistret. Detta prov gör det möjligt att skilja mellan ledningsfel och sensorineural hörselnedsättning ("nervfel"), och är nödvändig för utredning inför mellanörekirurgi och för bedömning av resultatet av sådan kirurgi. Det finns flera olika typer av andra, kompletterande, audiologiska mätningar. Talaudiometri innebär en mätning av förmågan att uppfatta inspelade testord. Provet genomförs ofta med ett pålagt bakgrundsbuller, och på detta sätt testas lyssningsförmågan i en svår men realistisk lyssningssituation. Det finns också flera andra undersökningar som är baserade på hörsel-fysiologiska grunder.

För de basala hörseltesterna för vuxna finns internationella standarder som tillämpas i hela landet. För att tidigt kunna erbjuda rehabilitering åt hörselskadade och döva barn behöver man identifiera hörselnedsättningen tidigt. Internationellt sett är man överens om att denna identifiering bör ligga på neonatal hörselscreening, som innebär att man mäter nyfödda barns hörsel. Det finns vetenskapligt stöd för att neonatal hörselscreening leder till tidigare upptäckt av medfödd hörselnedsättning och därmed till en tidigare rehabiliteringsstart [6]. I Sverige har samtliga landsting börjat använda metoden, och neonatal hörselscreening är numera rikstäckande. Detta är en betydelsefull utveckling, som bland annat är en förutsättning

för att barn ska kunna delta i cochleaimplantats-program.

Genom neonatal hörselscreening kan man alltså identifiera de barn som eventuellt har en hörselnedsättning. Nästa steg är att ställa en exakt audiologisk diagnos. Då används en rad typer av metoder. En del av metoderna är validerade medan andra saknar vetenskaplig dokumentation. Det pågår för närvarande en diskussion om hur denna diagnostik ska utföras. På senare år har till exempel genetisk diagnostik och rådgivning blivit ett allt viktigare inslag i hörselvården.

En del hörselskador hos barn är inte manifesterade vid födseln, utan framträder senare. Tidigare undersökte barnavårdscentralerna barns hörsel vid fyraårskontrollen. Även vid skolstarten och senare under skoltiden kontrollerades barnens hörsel. I många landsting har dock hörselundersökningen vid fyraårskontrollen utgått.

Hörselrehabilitering för vuxna – förslag på nationellt program

Expertgruppen för hörselvård har föreslagit ett nationellt program för hörselrehabilitering för vuxna personer med medfödd eller förvärvad hörselnedsättning [7]. Programmet tar upp hörapparater av olika typer och olika signalbehandlings- och signalbehandlingsmetoder. Vidare beskrivs cochleaimplantat och några specialhörapparater som benföranstrukturerad hörapparat och implanterbar hörapparat. Här tas också upp indikationer, diagnostisk utredning, anpassning av hörapparater och medicinska behandlingar. Vikten av fördjupad rehabilitering för vissa patienter poängteras.

Ett nationellt program för fördjupad hörselrehabilitering saknas, men det finns regionala program. HRF har beskrivit en modell för audiologisk rehabilitering ur ett brukarperspektiv. Denna

modell används inom hörselvården över hela landet [3, 8].

Utprovning av hörapparater har ökat

Enligt HRF använder drygt 356 000 personer i Sverige hörapparat. Ett stort antal personer skulle också kunna ha nytta av en hörapparat, men har inte fått någon sådan hjälp [3]. I rapporten Hörselrehabilitering till vuxna används en särskild beräkningsmetod för att bedöma behovet av hörapparat (>40 dB HL vid 3 kHz) [7]. Enligt detta kriterium är målgruppen totalt 15 procent av befolkningen (12 procent av alla kvinnor och 17 procent av alla män), vilket motsvarar 1,3 miljoner svenskar.

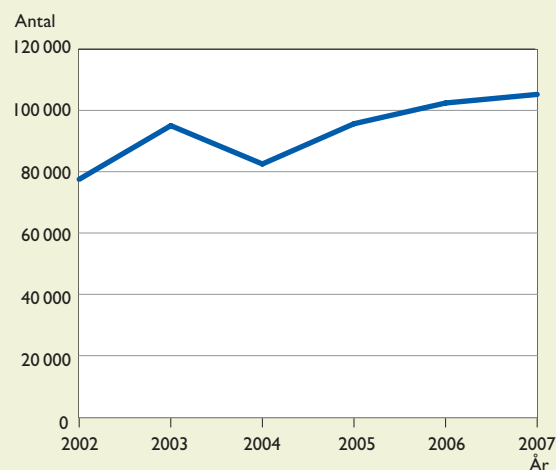
I början av 2000-talet utprovades drygt 77 000 hörapparater i Sverige [9]. År 2003–2005 ökade antalet sålda hörapparater till drygt 95 000. Under 2007 förskrevs vidare drygt 105 000 hörapparater (figur 3:38) [3].

Antalet utprovade hörapparater har alltså ökat med 36 procent på drygt fem år. Detta är en avsevärd ökning, men behovet är ändå inte uppfyllt på långa vägar. Enligt HRF har bara en tredjedel (33,4 procent) av alla personer med hörselskada fått hörapparater utprovade [3].

I sina årsrapporter från år 2007 och 2008 sammanställer HRF uppgifter från landets hörcentraler om antalet personer som fått hörapparat, antalet utprovade hörapparater och andelen personer som fått två hörapparater.

Utifrån dessa data och utifrån SCB:s befolkningsstatistik framgår att antalet personer som får hörapparat varierar avsevärt mellan de olika landstingen, från 5,5 till 11 per 1 000 invånare. Skillnaderna kan i någon mån förklaras av att även andelen personer med hörselnedsättning varierar mellan landstingen. Men andelen hörselskadade

Figur 3:38. Antal sålda hörapparater i Sverige åren 2002–2007



Källa: SBU 2003 [9], Hjälpmedelsinstitutet och HRF [3, 8]

med hörapparat i förhållande till det totala antalet personer med hörselnedsättning varierar ändå mellan 22 och 51 procent, vilket är anmärkningsvärt stora skillnader (figur 3:39). Det kan säkert finnas felkällor i det insamlade materialet, men skillnaderna mellan de olika landstingen är fortfarande mycket stora.

Vidare har det förts diskussioner om så kallad bilateral hörapparatutprovning. Det betyder att patienten får två hörapparater, en på varje öra. För patienter med svår hörselnedsättning är det självklart att varje öra ska ha en hörapparat. Även patienter med måttlig hörselnedsättning har nytta av bilateral hörapparatutprovning. Enligt en rapport från SKL bör hörapparater alltid anpassas bilateralt om det är möjligt [7].

I Sverige var andelen bilaterala utprovningar 50 procent år 2007. Det är dock anmärkningsvärt att 60 procent av dem som får bilaterala hör-

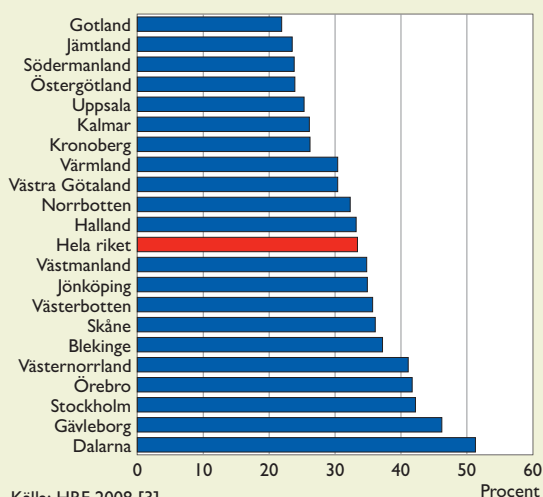
apparater är män, och att bara 40 procent är kvinnor [7]. Även skillnaderna mellan landstingen är mycket stora, från drygt 24 procent till nästan 70 procent (figur 3:39). Inte heller för detta mått kan eventuella felkällor vid insamlingen förklara de stora skillnaderna. Enligt Hjälpmedelsinstitutet var den totala kostnaden för hörapparater, öroninsatser och hörseltekniska hjälpmedel 390 miljoner kronor år 2006. Till denna kostnad kommer avgifter för utprovning. Hjälpmedels- och utprovningsskostnaderna täcks i varierande grad av de hörselskadade själva.

Många får vänta länge

Figur 3:40 redovisar statistik från landstingen om väntetider för hörapparatutprovning. Av de 64 hörselvårdsenheter som rapporterat har bara

Figur 3:39. Andel hörselskadade med hörapparat

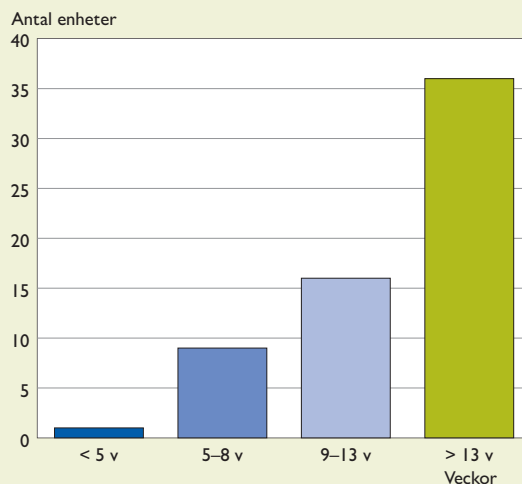
En uppskattning baserad på data från SCB:s ULF-undersökning om självrapporterad hörselnedsättning och antal invånare med hörapparat.



Källa: HRF 2008 [3]

Figur 3:40. Väntetid för hörapparatutprovning

Väntetid i veckor för utprovning av hörapparater, september 2008.



Källa: SKL 2008 [7]

26 (41 procent) en väntetid på högst tre månader. 36 enheter har en väntetid på över 13 veckor. Det finns inga uppgifter om hur långa väntetiderna är hos de enheter som inte uppfyller vårdgarantin.

Utprovningsavgifter varierar mellan landstingen

Det förekommer tre olika typer av avgifter för hörapparater:

1. besöksavgifter
2. avgifter för utprovning av hörapparat
3. avgifter för hörapparat.

17 landsting tar i samband med utprovning av hörapparater ut besöksavgifter på mellan 50 och 150 kronor. 13 landsting tar för utprovning av hörapparater ut en avgift på mellan 300 kronor (Uppsala) och 1 500 kronor (Gävleborg). Fyra av dessa

landsting tar ut avgift per hörapparat, vilket innebär att personer som behöver två hörapparater betalar dubbel avgift. 13 landsting tar inga avgifter för själva hörapparaten. I de 8 landsting som i dag tar avgift för hörapparaten varierar avgifterna på flera olika sätt. Vanligast är att man tillämpar ett kostnadstak, vilket innebär att patienten själv får betala den del av kostnaden som överstiger taket, som ligger på cirka 3 000–4 000 kronor i de aktuella landstingen.

Cochleaimplantat – framgångsrik behandlingsmetod

Cochleaimplantat är en metod för att återställa hörselfunktionen i ett dövt eller mycket gravt skadat inneröra. Man opererar då in elektroder i det döva örat. Elektroderna stimulerar de nerv-element som finns kvar från neuronerna som leder hörselimpulserna från benskäcken (cochlean) via hörselnerven till hjärnstammen. Förutom operationen innefattar behandlingen diagnostik före operationen och habilitering eller rehabilitering efteråt.

Behandling med cochleaimplantat har varit mycket framgångsrik. Den gör att en döv person i de flesta fall kan höra lika bra som en person med svår hörselnedsättning och hörapparatförstärkning.

Två grupper av döva eller gravt hörselskadade personer opereras: vuxna som blivit döva och barn med medfödd dövhet eller grav hörselnedsättning. För vuxna som blivit döva är cochleaimplantat en okontroversiell behandlingsmetod, och internationellt råder konsensus om dess nytta.

Internationellt har barn fått cochleaimplantat sedan början av 1990-talet. Numera opereras cirka 90 procent av alla barn som föds döva i Sverige, eller som blir döva under uppväxten. Repre-

sentanter för döva har, särskilt tidigare, uttryckt tveksamhet till att ge barn cochleaimplantat. På många håll i världen utvärderas fortlöpande talutveckling och kommunikationsförmåga hos personer med cochleaimplantat.

I Sverige erbjuds tvåspråkig undervisning till barn som fått cochleaimplantat. Dessa barn ska kunna få tillgång till dövas teckenspråk, och samtidigt tränas i muntlig kommunikation.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gått igenom dubbelsidiga (bilaterala) cochleaimplantat hos barn [10]. Man har också gjort en översiktlig genomgång av behandlingsmetoden. Resultaten för tal- och språkutveckling varierar stort mellan olika individer, men flera studier har visat att resultaten blir bättre om barnen opereras tidigt. SBU poängterar också vikten av att barnen och personer i deras omgivning lär sig teckenspråk. Man noterar vidare att cochleaimplantat kan vara till nytta för barn med flera funktionsnedsättningar. Endast ett fåtal studier har dock utvärderat bilaterala cochleaimplantat. Enligt dessa studier får användarna bättre förmåga att uppfatta tal och bättre riktningshörsel med två implantat, men resultaten är inte tillräckligt tillförlitliga. Kunskapsläget för bilaterala cochleaimplantat är därmed osäkert.

Sex universitetskliniker i Sverige utför operationer med cochleaimplantat. År 2006 genomfördes 284 operationer, och år 2007 var antalet 253 stycken enligt statistik som samlats in av Öronkirurgiska föreningen [11]. Statistiken varierar när det gäller antalet patienter och antalet implantat. År 2007 opererades 35–37 patienter i Uppsala. Av statistiken framgår inte hur många av de opererade som var barn och hur många som blivit döva som vuxna.

Det största antalet operationer genomförs på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. År 2006 opererades där 59 vuxna och 76 barn. Den höga andelen barn förklaras av att 32 barn som tidigare fått ett cochleaimplantat fick sitt andra öra opererat år 2006. År 2007 opererades sedan 57 vuxna och 42 barn i Stockholm. De flesta barnen fick implantat i båda öronen. Den totala kostnaden för ett cochleaimplantat är cirka 350 000 kronor (inopererad del, processor och operationskostnader). För bilaterala cochleaimplantat är kostnaden cirka 600 000 kronor, om båda öronen opereras samtidigt.

I Sverige hade totalt cirka 2 000 personer fått cochleaimplantat fram till och med år 2007. År 2006 hade sammanlagt över 350 barn fått dessa implantat. I hela världen har mer än 150 000 personer implanterat.

Hörselvårdens organisation i olika landsting

Landstingen organiserar hörselvården på många olika sätt. Det är också vanligt med omorganiseringer. En klar trend under senare år är att hörselvården delas upp mellan olika verksamheter och kliniker och att habiliterande och rehabiliterande verksamheter organisatoriskt är fristående från den medicinska audiologin, som ofta är en del av öronsjukvården.

De tre storstadsregionerna (Stockholm, Västra Götaland och Skåne) har nyligen förändrat eller håller på att förändra sina organisationsstrukturer. Det finns dock fortfarande landsting där hörselvården till största delen är sammanhållen, till exempel i Örebro, Värmlands och Västmanlands län. Men i de flesta andra län är hörselvården uppdelad på mycket olika sätt mellan olika verksamheter/kliniker.

Framtida behandlingsmöjligheter

Den tekniska utvecklingen av hörapparater har varit mycket framgångsrik under de senaste decennierna, och denna utveckling kommer att fortsätta. Framtida hörapparater kommer till exempel att förbättra användarens taluppfattning när det finns bakgrundsbuller. Även cochleaimplantaten utvecklas ständigt, och helt nya typer har tagits fram, till exempel hjärnstamsimplantat och en kombination av cochleaimplantat och hjärnstamsimplantat.

Vidare antyder molekylärbiologisk och genetisk forskning att helt nya behandlingsmetoder kommer att utvecklas för att behandla patienter med hörselnedsättning och tinnitus i framtiden. Genterapi är en sådan metod för att bota dövhet, framför allt om den är genetiskt orsakad. Andra metoder går ut på att stimulera hårcellernas regenerationsförmåga, eller att använda stamceller för att ersätta förlorade hårceller.

Referenser

1. Axelsson A, Ringdahl A. Tinnitus – a study of its prevalence and characteristics. *Br J Audiol* 1989;23(1):53–62.
2. Davis A. *Hearing in adult*. London: Whurr Publishers; 1995.
3. Hörselskadades riksförbund. Adjö yxskaft: om hörselskadades situation i Sverige. Årsrapport 2008. Stockholm: Hörselskadades riksförbund (HRF); 2008.
4. Muhr P, Rasmussen F, Rosenhall U. Prevalence of hearing loss among 18-year-old Swedish men during the period 1971–1995. *Scand J Public Health* 2007;35(5):524–32.

5. Utredningsinstitutet HANDU AB. Levnadsnivåundersökning 2005 – En rapport om levnadsnivån för rörelsehindrade, hörselskadade, döva och synskadade personer. Stockholm: Utredningsinstitutet HANDU AB; 2005.
6. SBU. Allmän hörselscreening av nyfödda. SBU Alert-rapport publicerad 04-03-31. Stockholm: SBU.
7. SKL. Hörselrehabilitering till vuxna. Rapport från expertgruppen för hörselvård. Stockholm: SKL; 2008.
8. Hörselskadades riksförbund. Äh, det var inget viktigt... Om hörselskadades situation i Sverige. Årsrapport 2007. Stockholm: Hörselskadades riksförbund; 2007.
9. SBU. Hörapparat för vuxna: nytta och kostnader. SBU-rapport, 164. Stockholm: SBU; 2003.
10. SBU. Bilateral cochleaimplantat (CI) hos barn. SBU Alert-rapport nr 2006-01. Stockholm: SBU.
11. Personlig kontakt med: Niklas Danckwardt-Liljeström, Uppsala universitet.

Vård vid psykisk ohälsa och sjukdom

Sammanfattning

Svåra självrapporterade psykiska problem har minskat något under de senaste två åren. Utvecklingen av den psykiska hälsan har däremot varit negativ det senaste decenniet, framför allt för yngre kvinnor. 20–40 procent av befolkningen uppger att de lider av psykisk ohälsa och 5–10 procent uppskattas behöva psykiatrisk behandling. Ändå söker bara ungefär 3–4 procent av medborgarna varje år psykiatrisk vård. Dessa siffror indikerar att många med psykiska problem behandlas inom andra delar av vården eller inte behandlas alls.

Det totala antalet personer som vårdas inom den psykiatriska slutenvården har minskat, men andelen vårdade mellan 15 och 24 år ökar. Särskilt markant ökar andelen kvinnor, och det är framför allt självmordsförsök och självskadebeteende som har blivit vanligare. Antalet genomförda självmord har däremot minskat något över åren.

De flesta personer med lätta och måttliga depressioner behandlas vid vårdcentraler och hälso-centraler. Socialstyrelsens studier har visat på brister i diagnostisering och tillgång till bland annat samtalsbehandling med kognitiv inriktning. På senare år har dock tillgången till kognitiv beteendeterapi ökat vid vårdcentralerna, även om tillgången inte förefaller motsvara behoven.

Personer med schizofreni behandlas oftast med läkemedel. Socialstyrelsens analyser visar att majoriteten av patienterna förefaller behandlas enligt aktuella rekommendationer, men det finns ändå möjligheter till förbättringar. Bland annat får ungefär 10 procent av patienterna tre eller flera

olika antipsykotiska läkemedel, vilket tyder på att behandlingen inte är optimal. Påfallande många verkade inte heller hämta ut ordinerade läkemedel på apotek. Detta kan bl.a. tyda på att kommunikationen mellan vårdgivare och patienter ibland brister.

Även de patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin behandlas oftast med läkemedel – 92 procent, enligt en aktuell kartläggning. Vidare fick 66 procent av patienterna olika typer av omvårdnadsinsatser, och 42 procent behandlades med psykologiska metoder. En kombination av dessa insatser har i studier visat sig mest framgångsrika, men endast en tredjedel av patienterna uppgavs behandlas på detta sätt.

En utmaning för framtiden är att öka tillgången på kompetent personal inom psykiatrin. Psykiatrin behöver också samverka bättre med andra delar av vården och med socialtjänsten. En annan utmaning är att öka patienternas, brukarnas och de närståendes inflytande i den psykiatriska hälso- och sjukvården.

Inledning

Psykiatrins innehåll och kvalitet har fått stor uppmärksamhet de senaste åren, och flera nationella satsningar har genomförts. Den omfattande reform som genomfördes 1995 har fått stora konsekvenser för hur organisationen av den psykiatriska vården ser ut. Bland annat fördes omsorgsansvaret för många människor med psykiska funktionshinder över till kommunerna. Tidigare fanns dessa personer bland annat inom den psykiatriska slutenvården, företrädesvis på sjukhem, där de hade vårdats under en lång tid. I takt med att människor har flyttats från den psykiatriska slutenvården har kommunerna byggt ut sina boenden för psykiskt funktionshindrade. Den psy-

kiatriska sjukhemsvården har i stort sett upphört som vård- och boendeform. Den nya organisationen har ställt stora krav på effektiv samverkan mellan verksamheter och huvudmän.

År 2003 tillsattes en nationell psykiatrisamordnare med uppdrag att göra en bred översyn av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Psykiatrisamordnaren skulle dels se över kunskap, arbetsätt och kompetens, dels lagstiftning, styrning och organisation. Psykiatrisamordnaren lämnade sitt slutbetänkande 2006 [1].

Samordnaren hade också i uppdrag att sätta i gång ett antal utvecklingsprojekt för att förbättra verksamheter inom psykiatrin och socialtjänsten, och för att öka kunskapen inom flera områden – boendeinsatser, arbete och sysselsättning, brukarinflytande med mera. Inom det medicinska området genomfördes omfattande insatser med ett stort antal experter och kliniskt verksamma personer. Sammanlagt avsatte regeringen 200 miljoner kronor för sådana nationellt initierade projekt. Därutöver fick kommuner och landsting sammanlagt 500 miljoner kronor för att genomföra länsgemensamma projekt utifrån behov som identifierades i respektive län. Satsningen bidrog bland annat till bättre kunskap om målgruppens behov och till bättre samverkan mellan landsting och kommuner. Det saknas än så länge direkta effekter för patienter och brukare i form av till exempel ökat utbud av boende, sysselsättning eller psykiatriska specialistinsatser [2]. Under 2007 och 2008 har fortsatta satsningar på psykiatriområdet skett. Bland annat har man satsat på kompetens, kvalitetsregister, barn- och ungdomspsykiatri och förstärkningar till kommunernas verksamhet för målgruppen.

Underlag, mått och indikatorer

Underlaget i detta avsnitt bygger i stor utsträckning på Socialstyrelsens hälsodataregister (patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret), samt på Socialstyrelsens enkäter och kartläggningar. Andra underlag är de regelbundna folkhälsoenkäterna som genomförs av Statens folkhälsainstitut. I viss mån har vi också utgått från vetenskapliga studier. Vi redovisar bland annat:

- förekomst av psykisk ohälsa i befolkningen
- självmord i befolkningen samt antal personer sjukhusvårdade för självmordsförsök
- metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn
- vårdtillfällen och diagnoser i sluten psykiatrisk vård
- behandlingsinsatser för tvångsvårdade personer
- behandling av depression, ångest och annan psykisk ohälsa vid vårdcentraler
- kvalitetsaspekter på läkemedelsbehandling vid schizofreni.

Förekomst av psykisk ohälsa och svåra psykiska besvär

Enligt olika enkätundersökningar uppskattas mellan 20 och 40 procent av befolkningen lida av någon form av psykisk ohälsa. Statens folkhälsainstituts folkhälsoenkäter visar dock att när det gäller förekomsten av svår ångslan, oro eller ångest uppgav 6 procent av kvinnorna och 4 procent av männen år 2008 sådana problem. Under perioden 2004–2008 har andelen personer med svåra besvär av ångslan, oro eller ångest också minskat

något med tiden. Fler kvinnor än män rapporterar svåra besvär (figur 3:41).

I Statens folkhälsoinstituts folkhälsoenkät tillfrågades svarspersonerna också om de hade haft självmordstankar. Ungefär 14 procent av kvinnorna och 10 procent av männen svarade att de hade haft det (figur 3:42).

Självmordsförsöken ökar men självmorden minskar

Under perioden 1997–2007 ökade antalet personer som vårdades för självmordsförsök eller annan självtillfogad skada inom den psykiatriska slutenvården (figur 3:43). Särskilt ökade antalet kvinnor, framför allt i den yngsta åldersgruppen 15–24 år. I denna åldersgrupp har antalet nästan fördubblats, även om det rör sig om ganska få fall: från 179 till 327.

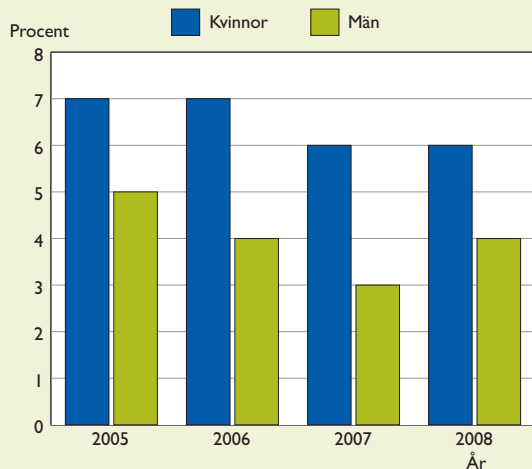
Varje dag tar i genomsnitt fyra personer sitt liv i Sverige. Detta innebär cirka 1 500 personer per år, vilket motsvarar genomsnittet inom EU. Självmord är den vanligaste dödsorsaken bland män under 35 år, och den huvudsakliga orsaken till att personer med psykisk störning dör i förtid [4].

Cirka 90 procent av dem som begår självmord har någon form av psykiatrisk sjukdom, där depression är den mest framträdande. Därför har många haft kontakt med den psykiatriska vården [5, 6]. Enligt nyare studier tar 6–8 procent av patienterna med allvarlig depression livet av sig [7]. Många av dem hade inte behandlats med antidepressiva läkemedel [8]. Det är dock inte känt om dessa personer hade fått någon annan typ av behandling eller vårdkontakt före självmordet.

De tämligen stabila självmordstrenderna pekar på att förekomsten av allvarliga depressionstill-

Figur 3:41. Självrapporterad psykisk ohälsa

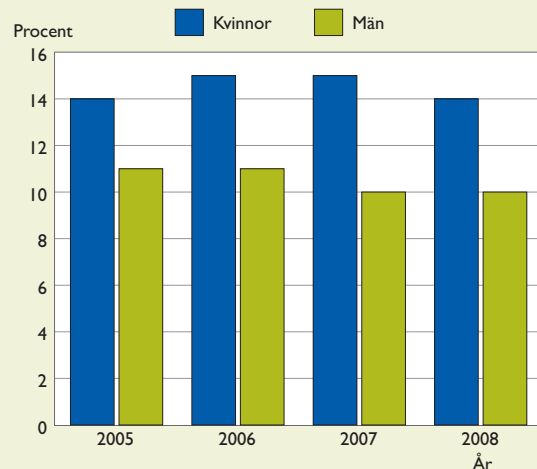
Andel av befolkningen som uppgett svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, år 2005–2008.



Källa: Folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut 2009

Figur 3:42. Självmordstankar

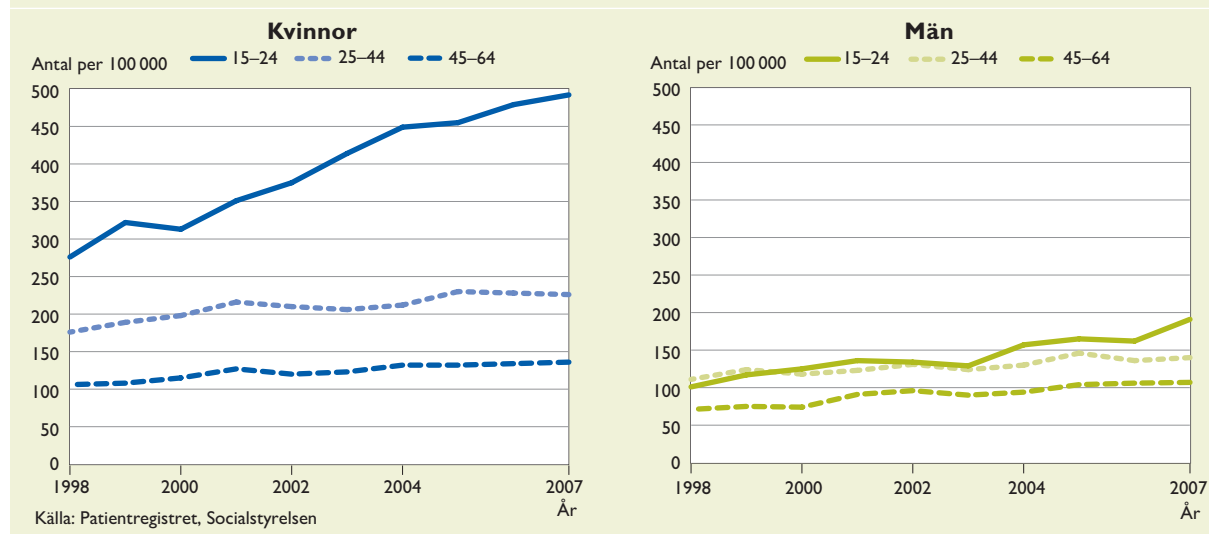
Andel av befolkningen som ofta har självmordstankar, år 2005–2008.



Källa: Folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut 2009

Figur 3:43. Självordsförsök

Antal sjukhusvårdade för självordsförsök och annan självtillfogad skada per 100 000 invånare, 1998–2007.



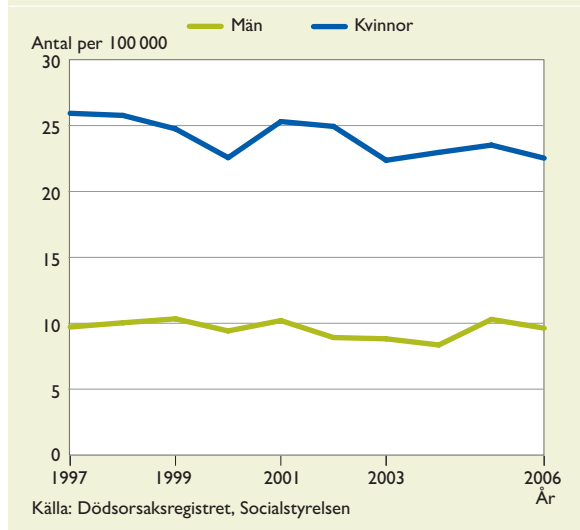
stånd inte har förändrats nämnvärt sedan slutet av 1990-talet (figur 3:44). Däremot har det blivit vanligare med lindrigare depressionstillstånd där risken för självmord inte är så stor, även om självmordstankar kan förekomma.

En stor del av de fullbordade självmorden, inom alla diagnosgrupper, skedde inom ett år efter ett tidigare självordsförsök [7]. Det finns alltså ett särskilt behov av att följa upp och vårda personer som har försökt ta sitt liv och samtidigt har en konstaterad psykisk sjukdom. På så sätt kan man minska risken för fullbordade självmord.

Sedan februari 2006 är vårdgivarna skyldiga enligt lex Maria att till Socialstyrelsen anmäla de självmord som har begåtts inom en månad efter den senaste vårdkontakten. Socialstyrelsen har granskat alla 386 självmord som begicks under 2006. Syftet var att identifiera systembrister som kan ha bidragit till självmorden. Granskningen visade

Figur 3:44. Självord

Självord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 kvinnor och män, 1997–2006 (åldersstandardiserat).



bland annat att det fanns brister i riskbedömning, dokumentation, kontinuitet, samverkan och kompetens, samt att det saknades vårdprogram [9].

Missbruk och depression är de vanligaste orsakerna till sjukhusvård

Omkring 5–10 procent av befolkningen lider av tillstånd som kräver psykiatrisk behandling [10]. De vanligaste tillstånden är olika typer av depression och ångest samt schizofreni och andra psykoser eller missbruk. Betydligt fler äldre drabbas av psykiska besvär, funktionsnedsättningar och sjukdomar än vad som är allmänt känt [11]. Även bland äldre är depression och ångest vanligt. Dessa tillstånd drabbar uppskattningsvis 10–15 procent av äldre över 65 år. Andelen äldre med psykosjukdom eller psykosymtom är mindre: 0,5–2,5 procent, men den har visat sig öka med åldern. Enligt en studie från Göteborg var 7 procent av personerna över 95 år drabbade av psykos.

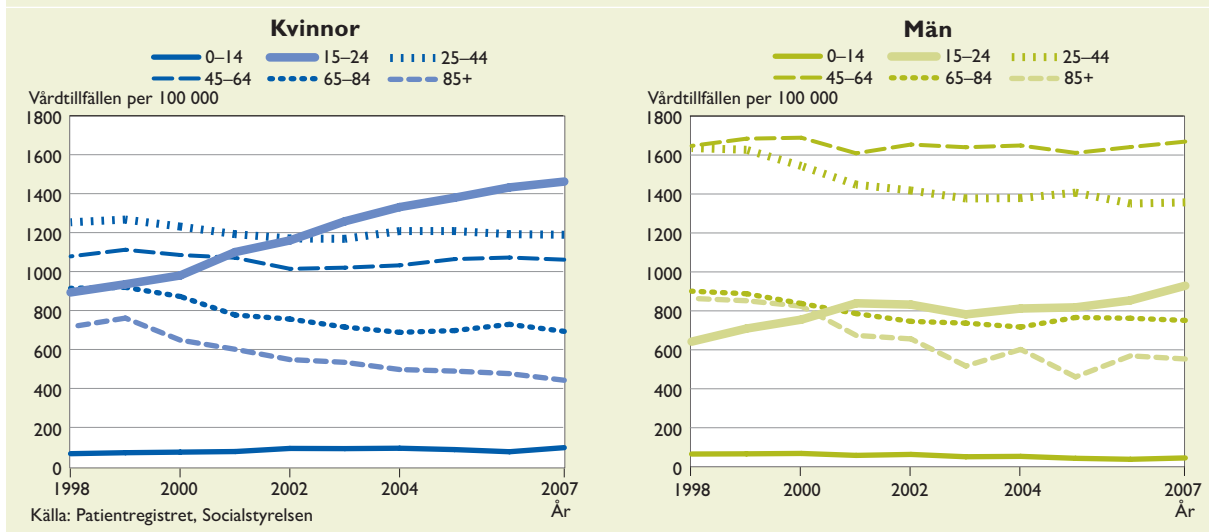
Varje år behandlas mellan 3 och 4 procent av den vuxna befolkningen inom psykiatin. Andelen är högst i storstäderna. Dessa siffror pekar på att många med svår psykisk ohälsa inte tas om hand inom psykiatin. Många med psykisk ohälsa tas också om hand inom primärvården [12]. Dessutom gör socialtjänsten omfattande insatser för framför allt personer med långvarig psykisk ohälsa eller missbruksproblem [13].

Kvinnor besöker läkare i den psykiatriska öppenvården i större utsträckning än män. Detta gäller för alla åldersgrupper utom för personer under 14 år. Allra flest läkarbesök gör unga kvinnor i åldern 15–24 år (cirka 12 besök per 100 invånare och år). Vidare sker cirka 75 procent av besöken i den psykiatriska öppenvården hos andra personalkategorier än läkare, till exempel psykologer och sjuksköterskor (dessa uppgifter visas inte i figur).

Figur 3:45 visar hur antalet vårdtillfällen inom den psykiatriska slutenvården har utvecklats mel-

Figur 3:45. Vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård

Antal vårdtillfällen per 100 000 kvinnor respektive män i psykiatrisk slutenvård 1998–2007 efter åldersgrupp.



lan år 1998 och 2007, för män och kvinnor i olika åldersgrupper [14].

Bland kvinnor ses en markant ökning i åldersgruppen 15–24 år: från cirka 900 till 1 400 vårdtillfällen per 100 000 personer. Antalet patienter ökar i samma grad som antalet vårdtillfällen. Även för män ses en ökning i åldersgruppen 15–24 år, men den är inte lika påtaglig som för kvinnor. Flest vårdtillfällen har män i åldersgruppen 45–64 år. I åldersgruppen 25–44 år minskar däremot antalet vårdtillfällen, bland både män och kvinnor. Samma sak gäller för personer över 65 år.

Det finns troligen många orsaker till att den psykiska ohälsan ökar hos unga, särskilt kvinnor – unga kvinnor får psykiatrisk slutenvård i allt större utsträckning. En tänkbar förklaring är bland annat ökade krav på unga, både när det gäller prestationer och utseende. En annan förklaring kan vara att missbruket ökar bland unga. Missbruksmönstret har också jämnats ut mellan unga män och kvinnor, så att kvinnorna har fått ett ”manligare” missbruksbeteende.

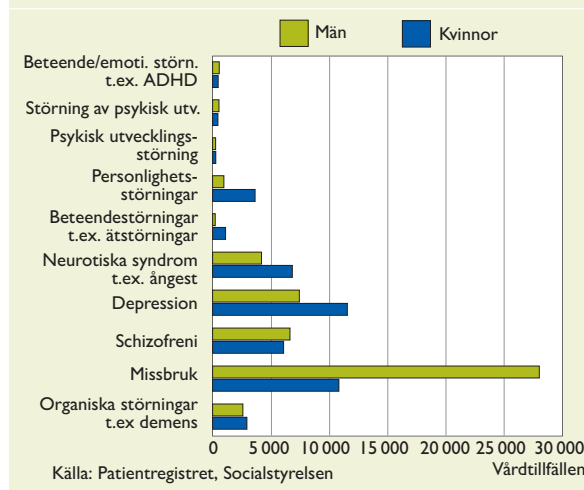
Orsakerna kan också vara mer strukturella. Det kan handla om neddragningar av skolhälsovård och förebyggande insatser. Andra möjliga orsaker kan vara arbetslöshet och svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden. Unga får därmed små ekonomiska resurser och problem att skaffa bostad, vilket i sin tur försenar möjligheterna att bilda familj [10].

Figur 3:46 visar antal avslutade vårdtillfällen år 2007 för olika psykiatriska diagnoser i slutenvården för män respektive kvinnor, uppdelat på diagnosgrupper.

År 2007 noterades 31 000 män med drygt 51 000 vårdtillfällen och 30 000 kvinnor med drygt 44 000 vårdtillfällen. Männen vårdades främst för missbruk, medan kvinnorna i högre utsträckning

Figur 3:46. Psykiatriska diagnoser i slutenvården

Antal vårdtillfällen inom slutenvården för olika psykiatriska diagnosgrupper hos kvinnor respektive män, år 2007.



slutenvårdades för depression. Schizofreni inklusive schizotypa störningar och vanföreställningsyndrom är däremot lika vanligt bland män som bland kvinnor.

Även om vårdtillfällena är många för personer med missbruk så är vårdtyngden större för personer med schizofreni. De 13 000 vårdtillfällena för personer med schizofreni kräver alltså större insatser och kostar mer än de 39 000 vårdtillfällena för personer med missbruksdiagnos [14].

Vidare ökar antalet personer med adhd trots de jämförelsevis få vårdtillfällena för beteendestörningar. En möjlig förklaring är att man upptäcker dessa personers problem i högre grad i ett informationssamhälle som ställer höga krav på kognitiva funktioner. Ett annat viktigt skäl till att dessa diagnoser ökar är att kunskapen om dem har utvecklats inom psykiatrin, både i Sverige och internationellt. adhd definieras numera som en

funktionsnedsättning som utreds och behandlas med väl utprovade metoder.

Metoder och behandlingsformer

Barn och ungdomar behöver få hjälp tidigt

Ovan har beskrivits att psykisk ohälsa hos barn och ungdomar länge har ökat inklusive självmordsförsök och självskadebeteende hos unga kvinnor. Mot bakgrund av detta är tidig upptäckt av psykisk ohälsa hos barn och förebyggande insatser särskilt centralt. Socialstyrelsen har kartlagt vilka metoder som används för att tidigt upptäcka och göra insatser för barn och unga som riskerar att utveckla psykisk ohälsa – och vilka förebyggande metoder som används [15].

Metoderna för tidig upptäckt är till för att identifiera barn och unga (0–18 år) som visar tecken på psykisk ohälsa eller sjukdom, oroande social utveckling eller som lever i uppenbara riskmiljöer. Det kan handla om

- barn med beteendestörningar
- barn med känslomässiga symtom eller problem
- barn med utvecklingsavvikelser
- barn vars föräldrar sviktar i sin omsorgsförmåga
- barn som är utsatta för våld eller övergrepp
- barn som lever under andra ogynnsamma sociala omständigheter.

Förebyggande arbete och tidiga insatser syftar å sin sida till att påverka risk- och skyddsfaktorer eller symtom och funktion.

Kartläggningen genomfördes i form av en enkätundersökning. Enkäten riktade sig till professionella som möter barn och ungdomar och deras föräldrar eller blivande föräldrar i sin dagliga verksamhet. I kartläggningen redovisar Socialstyrelsen

de rapporterade metoder som finns dokumenterade och som används, men inte hur vanliga metoderna är eller hur många barn som nås av dem.

Totalt rapporterade svarspersonerna 228 metoder: 99 för tidig upptäckt och 129 för förebyggande arbete eller tidiga insatser (tabell 3:9). Barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten och ungdomsmottagningarna rapporterade avsevärt fler metoder än andra verksamheter. Barnhälsovården, mödrahälsovården och de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna rapporterade få metoder. Alla verksamheter utom förskolan och skolan rapporterade någon metod för tidig upptäckt.

Tabell 3:9. Metoder för tidig upptäckt

Totala antalet olika metoder rapporterade från verksamheter grupperade efter preventivt uppdrag.

Verksamhet*	Metod för tidig upptäckt	Metod för förebyggande arbete och tidig insats
Förskola och skola (universell och selektiv prevention)	0	31
Mödrahälsovård, barnhälsovård, skolhälsovård (universell och selektiv prevention)	11	23
Ungdomsmottagning (universell och selektiv prevention)	13	35
Socialtjänst (universell, selektiv och indikerad prevention)	6**	57
Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, barn- och ungdomshabitering, barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter (indikerad prevention)	87	51

*Metoder som vänder sig till alla barn kallas universellt preventiva, metoder som vänder sig till riskgrupper kallas selektivt preventiva och metoder som används då barnen har symtom kallas indikerat preventiva

**Fick inte frågan om upptäckt men har ändå uppgett förekomst av sådana metoder

Källa: Socialstyrelsen 2008 [15]

Endast en mindre del av de rapporterade metoderna har utvärderats vetenskapligt på ett sätt som gör det möjligt att uttala sig om deras kvalitet. Socialstyrelsen drog följande slutsatser:

- Metodernas effekter för barn, ungdomar och föräldrar behöver utvärderas.
- Det behövs ett nationellt stöd för val av metoder.
- Det behövs nationella insatser för utbildning i och introduktion av metoderna.
- Olika verksamheters uppdrag och plats i en sammanhållen insatskedja behöver tydliggöras, och att man utifrån detta diskuterar val av metoder.

Depression och ångest – diagnostik, behandling och uppföljning kan förbättras

Många med psykisk ohälsa tas om hand inom primärvården och närvården. År 2005 genomförde Socialstyrelsen fyra studier för att utvärdera hur vårdcentralerna tar hand om dessa personer [12].

I en enkätundersökning till landets drygt 1 000 vårdcentraler rapporterade verksamhetscheferna om en stor och tilltagande belastning på primärvården när det gäller personer som söker för olika psykiska problem, inklusive lätt till måttlig depression och ångest. Cheferna uppfattade generellt att de inte kunde möta den stora efterfrågan. Många rapporterade också att det var svårt att samarbeta med psykiatri och andra samhällsinstanser. Vidare uppgavs stödsamtal vara en vanlig behandlingsinsats vid sidan av läkemedel. Möjligheterna att erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT) motsvarade dock inte behoven.

I en annan av de fyra studierna granskade Socialstyrelsen ett antal journaler för personer som

behandlats med läkemedel för psykisk ohälsa. Granskningen visade att journalerna mycket sällan dokumenterade bedömningar utifrån specifika diagnostiska kriterier. Oftast uppskattades inte heller tillståndens svårighetsgrad med hjälp av skattningsskalor.

Ytterligare en studie riktade sig till patienter som hade fått läkemedel mot depression eller ångest. Patienterna var i stort sett nöjda med vården som helhet. Så många som var fjärde patient uppgav dock att de endast i viss eller obetydlig utsträckning hade känt sig delaktiga i att välja behandlingsstrategi. Studien visade också att patienterna var mer nöjda med vården som helhet om de hade

- ordinerats stödsamtal eller samtalsbehandling
- varit delaktiga i beslutet om behandling
- upplevt att läkaren visat intresse för den totala livssituationen
- fått en tid för uppföljning
- fått tillräcklig information om sitt läkemedel.

De som var mer nöjda uppfattade också i större utsträckning att läkemedelsbehandlingen fungerade bra. Detta resultat har stöd i den forskningslitteratur som visar att ett gott omhändertagande i sig har en läkande effekt. (För ytterligare information om detta, se avsnittet *Patientfokuserad vård* i rapportens del 2 samt avsnittet *Hälsoinriktad hälso- och sjukvård* i rapportens del 3.)

Socialstyrelsens fyra studier visade sammanfattningsvis att

- vårdcentralerna sällan tillämpade diagnoskriterier eller bedömningsinstrument, såsom skattningsskalor, vid diagnos eller uppföljning av behandling med antidepressiva läkemedel

- stödsamtal var vanligt, men 65 procent av vårdcentralerna kunde inte erbjuda KBT
- valet av antidepressivt läkemedel i stort motsvarade aktuella rekommendationer vid depression och ångest
- 40 procent av patienterna inte hade någon avtalad tid för att följa upp läkemedelsbehandlingen, varken genom besök eller genom telefonkontakt.

Under hösten 2007 följde Socialstyrelsen upp enkäten till vårdcentralscheferna. Syftet var att undersöka om vårdcentralerna tillämpade kunskapsbaserad behandling vid depression och ång-

est i större utsträckning än år 2005. 60 procent av vårdcentralerna svarade att de kunde erbjuda kognitiv beteendeterapi – en betydande ökning från år 2005 (figur 3:47).

I 2005 års undersökning uppgav 21 procent av vårdcentralscheferna att de inte kände till vilka metoder som användes i deras verksamhet. Hösten 2007 var motsvarande siffra 9 procent.

Både 2005 och 2007 var skillnaderna små mellan vårdcentraler i offentlig och privat drift. Vidare var tillgången på psykosocial kompetens större år 2007 än år 2005 i primärvården. Så många som en fjärdedel av vårdcentralscheferna uppgav dock fortfarande att de hade otillfredsställande möjligheter att erbjuda effektiv samtalsbehandling år 2007, och 40 procent bedömde möjligheterna som bara delvis tillfredsställande.

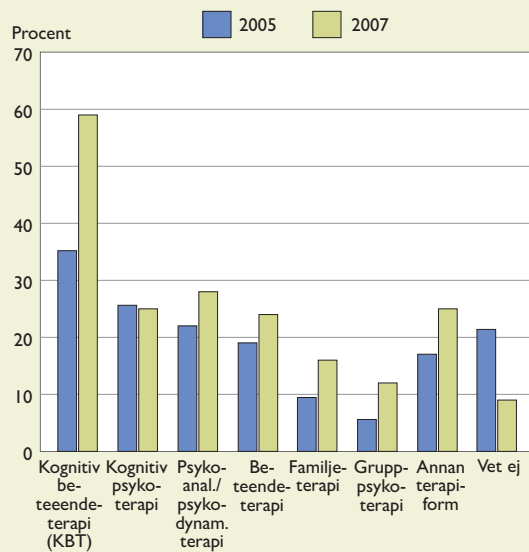
Det saknas nationella uppgifter om den psykiatriska specialistvårdens möjligheter att erbjuda KBT och annan samtalsbehandling. Enligt uppgifter från patientorganisationer till Socialstyrelsen är ett generellt problem att det saknas personal med KBT-kompetens, på alla vårdnivåer. Detta bekräftas också av uppgifter som huvudmännen har förmedlat till Socialstyrelsen. För att säkra rekrytering och vidareutbildning har regeringen avsatt sammanlagt 21 miljoner kronor för år 2008–2010, pengar som landstingen kan ansöka om för att utveckla kompetensen för evidensbaserade samtalsbehandlingar [16].

Psykiatrisk tvångsvård – endast var tredje får rekommenderad behandling

Psykiatrisk hälso- och sjukvård bedrivs också med stöd av tvångslagar: lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129)

Figur 3:47. Metoder för samtalsbehandling

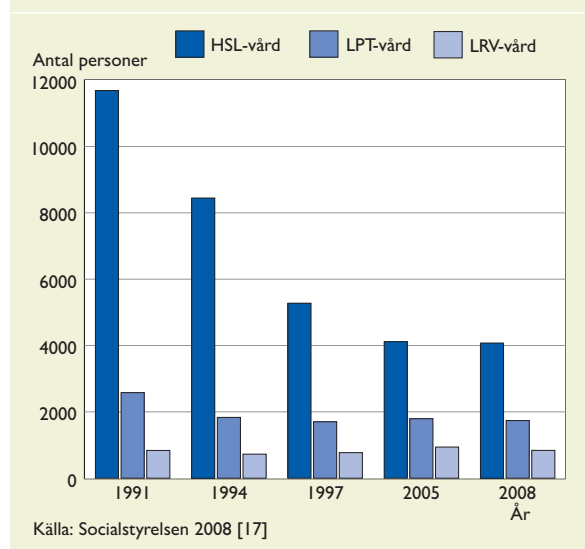
Andel vårdcentraler med olika metoder för samtalsbehandling vid psykiska besvär. Flera svarsalternativ kunde anges.



Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkäter 2005 och 2007

om rättspsykiatrisk vård (LRV). Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) bestämmelser gäller även för personer som tvångsvårdas, och reglerna i LPT ska ses som undantagsregler i förhållande till HSL. För att någon ska kunna vårdas mot sin vilja enligt LPT krävs att han eller hon lider av en allvarlig psykisk störning och behöver vård på sjukhus. Vård enligt LRV är vidare en påföljd för ett brott. Den som döms ska ha lidit av en allvarlig psykisk störning vid brottstillfället.

Figur 3:48. Frivillig vård respektive tvångsvård i slutna psykiatrisk vård



I figur 3:48 jämförs utvecklingen av frivillig psykiatrisk vård enligt HSL och tvångsvård enligt LPT och LRV. Antalet patienter inom den frivilliga slutenvården minskade kraftigt mellan 1991 och 2005, men därefter planade minskningen ut. Antalet patienter som tvångsvårdades enligt LPT

har minskat framför allt efter 1992, då den nya tvångsvårdslagen trädde i kraft. Antalet personer inom rättspsykiatrisk vård har däremot varit tämligen konstant under perioden, med en mindre ökning 1995. Antalet LRV-vårdade kvinnor har dock ökat något, liksom antalet LPT-vårdade män.

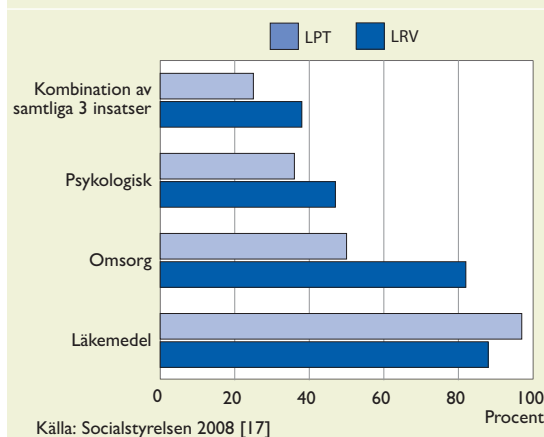
Liksom tidigare finns det stora skillnader mellan landstingen när det gäller antalet inlagda och tillåtna LRV-vårdade patienter. Högst andel har Västmanland med 18 vårdade LRV-patienter per 100 000 invånare, medan Jämtland endast har 6 vårdade patienter per 100 000 invånare [17].

Staten har ett särskilt ansvar för dem som har frihetsberövats på grund av sin sjukdom.

Enligt riksdagens prioriteringsriktlinjer ska vården prioritera de personer som har nedsatt autonomi högst. Personer som vårdas under tvång har ofta nedsatt autonomi och sämre förmåga att delta i ett samråd om sin vård. Eftersom de kan ha svårt att hävda sitt människovärde och sina rättig-

Figur 3:49. Innehållet i tvångsvården

Andel patienter som ges olika typer av behandlingsinsatser i tvångsvården, 6 maj 2008.



heter har vårdpersonalen ett stort ansvar för att de får god vård. År 2008 genomfördes en kartläggning som var särskilt inriktad mot tvångsvårdens innehåll [17].

1 518 patienter rapporterades få vård enligt LRV, och 1 548 vårdades enligt LPT. Figur 3:49 redovisar behandlingsinsatserna, uppdelade på läkemedelsbehandling, psykologiska behandlingsformer och omvårdnadsinsatser, för de inneliggande patienterna, sammanlagt 1 825 personer. Övriga befann sig på permission den dag då kartläggningen genomfördes.

Nästan samtliga tvångsvårdade patienter behandlas med läkemedel, oftast med antipsykotika. Denna behandling är förmodligen motiverad för patientgruppen. Men det har också visat sig att en kombination av insatser är effektivare än enbart läkemedelsbehandling, enbart psykologiska behandlingsmetoder (psykoterapi, individuell eller i grupp) eller enbart insatser för familjeintervention och psykopedagogiska insatser. Framför allt ökar patienternas och de anhörigas livskvalitet och tillfredsställelse med behandlingen om man kombinerar antipsykotika med psykosociala insatser (psykologiska insatser och familjeintervention). Detta påverkar också hur sjukdomen utvecklas. Vissa studier visar dessutom att doserna av antipsykotika kan hållas lägre om patienterna får ett tryggt bemötande i en lugn miljö.

Patienterna med vårdplan hade varit mer delaktiga i att planera sin vård. Ytterst få patienter fick familjeinterventionsinsatser eller psykopedagogiska insatser. Kartläggningen visade inga skillnader beroende på kön eller utländsk bakgrund när det gällde antal eller typ av insatser.

Risken för återfall och behov av sluten psykiatrisk vård minskar då

- patienten får optimal medicinering
- kontinuitet råder i behandlargruppen
- vården också gör insatser för patientens familj
- patienten får träna sociala färdigheter
- patienten har daglig kontakt med omgivningen, och får stöd och uppmuntran därifrån
- patienten behandlas enligt väl genomförda kombinationsprogram med medicin och andra insatser, särskilt psykoterapi, till exempel kommunikationsinriktad gruppterapi, kognitiv terapi eller jagstödande terapi.

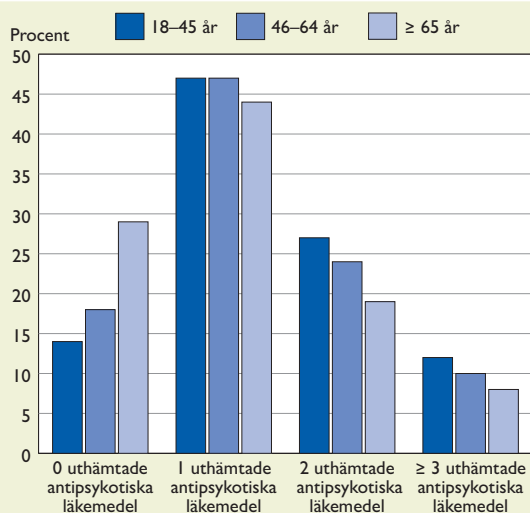
Behandling vid schizofreni

– många får flera läkemedel samtidigt

Enligt olika undersökningar har 0,3–0,5 procent av befolkningen schizofreni [18]. Andelen varierar något mellan till exempel stadsbefolkning (högre) och landsbygdsbefolkning (lägre). När det gäller behandling är en kombination av läkemedelsbehandling och adekvat psykosocial behandling mest effektiv. Vélbehandlade patienter kan ofta leva ett liv med bibehållen livskvalitet. I första hand rekommenderas antipsykotiska läkemedel, och de behandlingsrekommendationer som finns förespråkar i allmänhet behandling med endast ett antipsykotiskt läkemedel (så kallad monoterapi) [19, 20]. I vissa fall kan tilläggsbehandling med ett annat antipsykotiskt medel behövas. Tidigare studier genomförda av Socialstyrelsen har visat att många personer är ordinerade flera olika antipsykotiska läkemedel samtidigt. Socialstyrel-

Figur 3:50. Antipsykotiska läkemedel vid schizofreni

Andel personer utskrivna från psykiatrisk slutenvård 2005 med diagnosen schizofreni som hämtat ut antipsykotiska läkemedel på apotek 2006.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

sen har tidigare utvecklat indikatorer som i den här studien användes för att bedöma kvaliteten på behandlingen [19]. Här redovisas:

- i vilken omfattning antipsykotiska läkemedel har skrivits ut till personer året efter att de vårdats med diagnosen schizofreni (figur 3:50)
- om tre eller fler sorters psykofarmaka har skrivits ut till personer året efter att de skrivits ut från psykiatrisk slutenvård (figur 3:51).

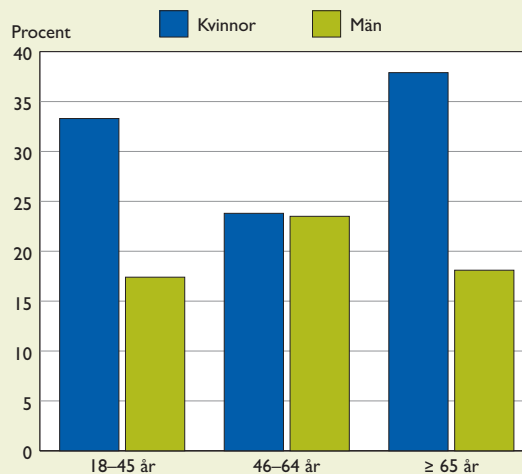
De som har vårdats på sjukhus med diagnosen schizofreni behöver en behandling som är personligt anpassad och mångsidigt sammansatt. Ofta är antipsykotisk medicinering en förutsättning för att symtomen ska lindras och för att patienten

ska kunna återhämta sig. Men år 2006 hämtade så många som var fjärde patient inte ut sådana mediciner från apoteket. Det kan vara ett tecken på att patienterna inte har tillräckligt stor möjlighet att vara delaktiga i behandlingen. Det kan också bero på att många får medicin gratis när de besöker öppenvården eller får medicin per rekvisition, och därmed inte noteras i läkemedelsregistret. Många patienter får recept på två eller flera antipsykotiska läkemedel. Så många som 10 procent hämtade ut tre eller flera antipsykotiska läkemedel.

Tre eller fler olika typer av psykofarmakaläkemedel för den här patientgruppen kan i många fall vara adekvat behandling. Samtidigt kan det vara problematiskt att så många som en fjärdedel av de patienter som har vårdats på psykiatrisk klinik använder tre eller flera typer av psykofar-

Figur 3:51. Tre eller flera psykofarmaka

Andel personer utskrivna från psykiatrisk slutenvård 2005 och som hämtat ut flera olika läkemedel* från apotek under 2006.



*Läkemedelsgrupper som omfattas är: antipsykotiska medel, lugnande medel, sömnmedel samt antidepressiva medel
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

maka efter att de har skrivits ut, eftersom risken för interaktioner (olika läkemedel som motverkar varandra) och biverkningar ökar.

Hur kan psykiatrin förbättras?

Kompetens och rekrytering

Enligt så gott som samtliga landsting är det svårt eller mycket svårt att rekrytera specialister i psykiatri. Det finns också stora skillnader mellan landstingen när det gäller antalet psykiatriker per 100 000 invånare. Antalet är högst i Stockholmsregionen och lägst i de norra respektive sydöstra regionerna. Socialstyrelsen bedömer att den bristande tillgången på specialister i psykiatri är allvarlig. I en skrivelse till regeringen föreslår Socialstyrelsen ett antal åtgärder för att förbättra situationen. Regeringen har också satt i gång ett utvecklingsarbete på området. Bland annat ska Socialstyrelsen se över det pedagogiska innehållet i psykiatrikurserna på grundutbildningen samt förbättra och utveckla ST-kurserna.

År 2008 gjorde SKL en enkätundersökning om psykiatrikernas arbetsmiljö och syn på sina arbetsuppgifter [21]. Många upplevde brister i arbetsmiljön. En ganska stor andel såg också gärna att arbetet utvecklades från kliniskt patientarbete till mer administrativa eller forskningsinriktade arbetsuppgifter.

Vidare är efterfrågan större än tillgången på specialistsjuksköterskor i psykiatri. Samma sak gäller för legitimerade psykoterapeuter och psykologer med inriktning mot kognitiv och beteendearbete. Det visar landstingsledningarnas bedömningar av behovet av andra yrkeskategorier än läkare i psykiatri [22].

Regeringen har initierat satsningar på bland annat ökad baskompetens och en högskoleutbild-

ning inom området psykisk hälsa med särskilt komplicerad problematik. Landstingen har också fått möjlighet att ansöka om ekonomiskt bidrag för att utbilda personal i evidensbaserade samtalmetoder.

Riktlinjer

Våren 2009 publicerade Socialstyrelsen en preliminär version av nationella riktlinjer för behandling av depression och ångestsjukdomar [23]. Faktaunderlaget omfattar alla åldersgrupper och redovisar såväl sjukdomsförebyggande som behandlande åtgärder riktade till berörda riskgrupper eller patienter under hela sjukdomsförloppet.

Efter psykiatrireformen har de kommunala verksamheterna uttryckt behov av ökade kunskaper kring effektiva vård- och omsorgsinsatser för personer med schizofreni. En systematisk översikt från 2006 [24] kommer att ligga till grund för nationella riktlinjer för psykosociala insatser till denna patientgrupp. Dessa riktlinjer kommer att publiceras under 2010, och ska användas i aktuella verksamheter inom både kommunerna och landstingen.

Kvalitetsregister

Inom psykiatrin finns för närvarande fyra kvalitetsregister:

- PsykosR (psykossjukdomar)
- Bipolär (bipolär affektiv sjukdom)
- RIKSÄT (ätsrörningar)
- BUSA (svår adhd).

De psykiatriska kvalitetsregistren håller dock låg kvalitet och har låg täckningsgrad. Regeringen har därför gett SKL i uppdrag att utveckla registren.

Samverkan

Kommunerna och landstingen har länge haft problem att samverka kring personer med psykiska besvär. Samverkansproblem förekommer också mellan specialistpsykiatri, primärvården och beroendevården. Problemet uppmärksammades särskilt av psykiatrisamordnaren år 2006 [1]. Läget har dock förbättrats sedan år 2004. Antalet kommuner som uppger att de har en formaliserad samverkan med landstingen har till exempel ökat mellan år 2004 och 2008.

Förbättringarna beror bland annat på Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn och på de initiativ som togs inom ramen för satsningen år 2005–2006. Det är dock svårt att bedöma vilka praktiska resultat som det formaliserade samarbetet ger för patienter och brukare.

År 2003 granskade Socialstyrelsen till exempel hur den rättspsykiatriska vården och kommunerna i Västernorrland samverkade när personer som har fått rättspsykiatrisk vård skulle slussas ut. Det visade sig att samverkan fungerade mellan de inblandade professionella, men att det ibland saknades en ledningsstruktur som tydliggjorde vem som ansvarar för vad och hur samverkan på länsnivå ska se ut. Detta innebär att utslussningsprocessen och stödinsatserna ibland motverkades av diskussioner om kostnadsansvar och ansvar för långsiktig vård [25]. Även om antalet kommuner som har samverkansavtal med landstingen ökar så är detta fortfarande ett förbättringsområde.

Avslutande reflektioner

Psykisk ohälsa är hela samhällets ansvar

Den psykiska ohälsan har ökat hos flickor och unga kvinnor de senaste åren. Detta visar sig nu också genom att den psykiatriska slutenvården ökar hos dessa grupper. Människors stress, oro

och ångest har ofta kopplingar till hur samhället ser ut och vilka krav det ställer. Det är därför viktigt att söka orsaker och möjliga åtgärder inom andra områden än hälso- och sjukvården. I annat fall riskerar den specialiserade psykiatrins åtaganden att bli för vida, vilket innebär att psykiatri inte kan utföra kärnuppgiften att diagnostisera, behandla och rehabilitera personer med psykiska sjukdomar på ett tillfredsställande sätt. De som drabbas måste alltså få insatser långt innan det blir aktuellt med psykiatrisk slutenvård. Såväl ungdomsmottagningar som förskolor och skolor måste kunna erbjuda preventiva interventioner.

En verksamhet som i hög grad påverkas av det omgivande samhället är också beroende av ett tydligt uppdrag. Landstingen måste därför ange vilka åtaganden som den specialiserade psykiatri och primärvården ska ha när det gäller psykisk ohälsa [26]. Bättre kunskap behövs också om vilka resurser som avsätts på olika områden och om resultatet av olika insatser.

Vidare påverkar kommunernas utbud behovet av psykiatriska insatser för personer med långvariga psykiska funktionsnedsättningar. Landstingsföreträdare från psykiatriska verksamheter menar att ett antal patienter skulle kunna skrivas ut från den psykiatriska slutenvården om kommunen kunde erbjuda tillräckliga insatser. Detta är det tydligaste exemplet på att psykiatrins utveckling i hög grad är beroende av insatser i andra samhällssektorer.

Förändrade krav på psykiatri

Allt fler olika psykiatriska diagnoser ställs inom vården. Samtidigt tar man också större hänsyn till att olika tillstånd yttrar sig på skilda sätt beroende på bland annat kön och ålder.

Det uppstår särskilda utmaningar för psykiatrin till följd av migration. I invandrartäta områden, som Rosengård i Malmö, utnyttjas den psykiatriska vården mindre än på andra ställen i relation till behovet. Det framkommer i en antologi från Malmö högskola. Målgruppen uppfattade inte den offentliga vården som tillgänglig av olika anledningar. Därför var informella nätverk viktiga för stödet. Att människor med utländsk bakgrund inte söker vård trots behov kan handla om hur vården är organiserad. Det kan vara svårt att skapa ett förtroende, och vårdpersonalen kanske inte förstår de särskilda behov som personer med utländsk bakgrund kan ha [27].

En viktig utmaning för den psykiatriska hälso- och sjukvården är också att möta asylsökandes och flyktingars behov av psykiatriska insatser. Mäniskor som söker asyl kommer ofta från länder som är krigshärjade och socialt kaotiska. Många har bevittnat eller utsatts för våld, tortyr, sexuella övergrepp och andra övergrepp. Många som flyr från sitt hemland förlorar också sitt sociala nätverk. Detta i sig ökar risken för att utveckla bland annat depression och posttraumatiskt stressyndrom. Personer med erfarenheter av traumatiska händelser löper också ökad risk att drabbas av andra allvarliga psykiatriska tillstånd, som fobier, personlighetsstörningar och paniktillstånd [28].

Kunskapen och kompetensen måste tillämpas i praktiken

Den psykiatriska vården måste utgå från ett starkt vetenskapligt underlag. Visserligen ökar kunskapen inom psykiatrin, men det är oklart i vilken mån den senaste kunskapen tillämpas i praktiken. Detta avgörs av resurser, personalens värderingar, traditioner samt möjligheter till handledning och kompetensutveckling. I framtiden krävs

därför en stark nationell kunskapsstyrning, där nationella riktlinjer ligger till grund för lands- tingens prioriteringar. Det krävs också fortsatta satsningar på personalens kompetens för att öka deras förutsättningar att integrera vetenskaplig kunskap med systematiska kliniska erfarenheter och patientens värderingar. Särskilt viktigt är det att grundutbildningar för berörda yrkesgrupper ger tillräckliga psykiatriska kunskaper.

Den psykiatriska tvångsvården behöver förbättras

Socialstyrelsens studier visar att den psykiatriska tvångsvården behöver utvecklas när det gäller innehåll, miljö och behandlingsinsatser. Vården behöver planeras mer systematiskt, och patienten måste delta i planeringen i högre grad. Lands- tingen behöver noggrant analysera om resurserna inom slutenvården är tillräckliga och hur behandlingsinsatserna kan anpassas för att kunna ges i öppnare former [29].

Referenser

1. SOU 2006:100 Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.
2. Socialstyrelsen. Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006. Socialstyrelsens uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
3. Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsoenkät Tillgänglig på www.fhi.se.
4. Socialstyrelsen. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
5. Hultén A, Wasserman D. Lack of continuity – a problem in the care of young suicides. *Acta Psychiatr Scand*. 1998 May;97(5):326–33.

6. Runeson B, Wasserman D. Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? *Acta Psychiatr Scand.* 1994 Sep;90(3):222–8.
7. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ.* 2008;337:a2205.
8. Isacson G, Holmgren P, Ahlner J. Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: a controlled forensic database study of 14,857 suicides. *Acta Psychiatr Scand.* 2005 Apr;111(4):286–90.
9. Socialstyrelsen. Självmod 2006 anmälda enligt Lex Maria. En sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
10. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
11. Socialstyrelsen. Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
12. Socialstyrelsen. Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa. Studier av praxis i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
13. Socialstyrelsen. Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
14. Socialstyrelsen. Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatri. En rapport baserad på hälosdataregistren vid Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
15. Socialstyrelsen. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
16. Socialstyrelsen. Psykosocial kompetens i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
17. Socialstyrelsen. Innehållet i den psykiatriska tvångsvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
18. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry.* 2002 Nov;47(9):833–43.
19. Socialstyrelsen. Ett kvalitetsperspektiv på läkemedel i psykiatrisk slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
20. Läkemedelsverket. Användning av neuroleptika vid schizofreni och schizofrenilikhande tillstånd. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer. Läkemedelsverket; 2006.
21. Suntliv.nu. Psykiatriker i vården vill forska mer. [Webbartikel]. Citerad 2009-03-13. Tillgänglig på: <http://www.suntliv.nu/AFATemplates/Page.aspx?id=12345>.
22. Socialstyrelsen. Årsrapport NPS 2009. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
23. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar. Preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
24. Socialstyrelsen. Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom. En sammanställning av systematiska översikter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
25. Socialstyrelsen. Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder – Tillsyn av verksamhetsplanering och utbud av insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
26. Socialstyrelsen. Satsning på landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa 2007. Socialstyrelsens uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
27. Östman M, red. Migration och psykisk ohälsa. Malmö: Malmö högskola; 2008.

28. Ginsburg BE, Bäärnhielm S. Psykiatrisk vård för vuxna asylsökande. Riktlinjer, rutiner och kunskapsunderlag. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007.
29. Socialstyrelsen. Ett gemensamt ansvar. Om samverkan mellan rättspsykiatrisk vård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.

Vård vid rörelseorganens sjukdomar

Sammanfattning

Sjukdomar i rörelseorganen, framför allt ryggproblem, är en av de största orsakerna till att människor i Sverige får sjuk- och aktivitetsersättning eller är långtidssjukskrivna. Kvinnor har oftare besvär i rörelseorganen än män. Besvären leder ofta till olika smärttillstånd, men över hälften av landets vårdcentraler uppger att de inte har vårdprogram eller rutiner för smärtlindring och rehabilitering i samband med problem i rörelseorganen.

Artros är den vanligaste ledsjukdomen och medför betydande funktionsnedsättningar och lidande för individen liksom stora samhällskostnader. Senare års forskning har visat att träning och en fysiskt aktiv livsstil kan minska smärtan och öka funktionen hos patienter med artros. Under 2008 har projekt för patienter med artros startat på flera håll i landet. Syftet är att tidiga insatser, bland annat med hjälp av sjukgymnast, ska ge patienten bättre livskvalitet och förskjuta eller förhindra framtida protesoperation. Trots dessa kunskaper om artrosbehandling har få protesopererade patienter träffat sjukgymnast före operation.

Reumatoid artrit (ledgångsreumatism), RA, är en kronisk inflammatorisk sjukdom som ger svullna leder, smärta, nedsatt muskelkraft och trötthet. Ny forskning visar att rökning är en stor riskfaktor för RA. Data från RA-registret visar på en successivt förbättrad anslutning till regist-

ret. Vården vid RA är också allt mer patientfokuserad, bland annat genom att patienterna själva registrerar sitt tillstånd i registret. Behandlingsresultaten för nyinsjuknade patienter har förbättrats under de senaste åren, bland annat på grund av effektivare läkemedelsbehandlingar.

Osteoporos (benskörhet) orsakar frakturer hos äldre. Dessa frakturer kan förebyggas genom exempelvis fysisk träning, anpassning av hemmiljön och minskad förskrivning av läkemedel som ökar risken för fall. Sedan 1998 har det totala antalet höftfrakturer minskat något, särskilt för kvinnor. En tänkbar förklaring kan vara ökade insatser för att förebygga fall. Andra förklaringar kan vara att förskrivningen av läkemedel mot osteoporos ökar medan förskrivningen av vissa lugnande läkemedel minskar.

Förebyggande åtgärder för att påverka levnadsvanor och tidiga rehabiliterande insatser är av stor vikt för att påverka de flesta av rörelseorganens sjukdomar.

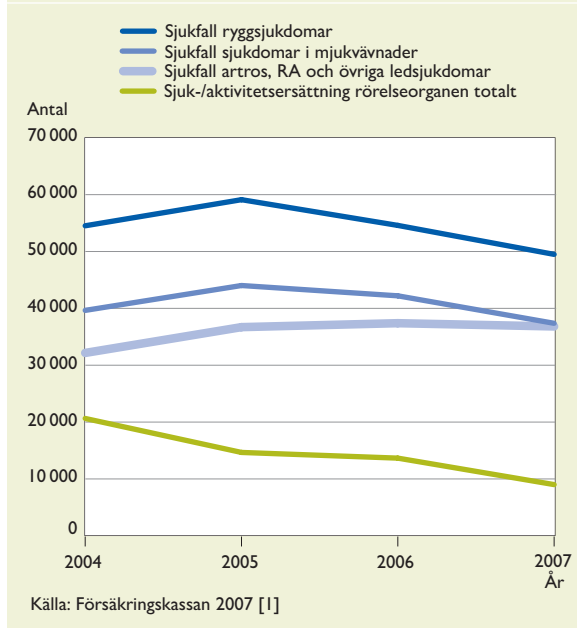
Inledning

Sjukdomar och besvär i rörelseorganen har länge varit den vanligaste anledningen till nedsättning av arbetsförmågan, långtidssjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension). De psykiska sjukdomarna har dock ökat under de senaste åren och låg år 2006 på samma nivå som rörelseorganens sjukdomar [1, 2]. Bland rörelseorganens sjukdomar är ryggsjukdomar den vanligaste orsaken till sjukskrivning eller sjuk-/aktivitetsersättning.

Antalet personer som är sjukskrivna eller beviljas sjuk-/aktivitetsersättning har varierat kraf-

Figur 3:52. Sjukskrivning och sjuk-/aktivitetsersättning för rörelseorganens sjukdomar

Avslutade sjukskrivningsfall uppdelat i tre diagnosgrupper och nybeviljade sjuk-/aktivitetsersättningar för rörelseorganen totalt.



tigt över åren både totalt sett och även för rörelseorganens sjukdomar (figur 3:52).

Orsakerna till variationerna är inte enbart förändringar i sjuklighet utan även förändringar i praxis och regelverk. Ett problem har varit att kunskapen om medicinska och psykosociala konsekvenser av sjukskrivning är bristfällig [3]. De sjukskrivningsrekommendationer som publicerades 2007 syftar bland annat till att medverka till att sjukskrivningar blir mer kunskapsbaserade och en del av vård, behandling och rehabilitering [4].

Ont i ryggen är det vanligast förekommande besväret inom rörelseorganens sjukdomar [5]. Kvinnor har oftare besvär i rörelseorganen än män och är också sjukskrivna längre. Orsakerna till detta är inte klarlagda, men faktorer som kan spela in är att kvinnor har mindre muskelstyrka, att de har monotona arbetsuppgifter och att de ofta dubbelarbetar (med yrkesliv och hemarbete).

Enligt Statistiska centralbyråns (SCB:s) undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) uppgav 15 procent av männen (511 000) och 22 procent av kvinnorna (767 000) i åldersgruppen 16–84 år, år 2005/2006 att de hade en långvarig sjukdom i rörelseorganen. Dessa sjukdomar är betydligt vanligare bland äldre än bland yngre. Enligt Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät har andelen personer med svår värk i rörelseorganen varit oförändrad mellan år 2004 och 2007: cirka 20 procent för kvinnor och cirka 13 procent för män [6].

Socialstyrelsen gav år 2003 ut riktlinjer för vård och behandling av höftfrakturer [7]. Dessa kommer att uppdateras i samband med att Socialstyrelsen tar fram Nationella riktlinjer för vård av rörelseorganens sjukdomar. De nya riktlinjerna kommer att inriktas mot osteoporos, artros, inflammatoriska reumatiska sjukdomar, trauma och smärta. En preliminär version beräknas vara klar under våren 2010.

Underlag, mått och indikatorer

I detta avsnitt beskriver vi vård vid långvarig smärta, artros, reumatoid artrit, osteoporos och höftfrakturer. Underlagen kommer främst från kvalitetsregistren för smärtherehabilitering, höftprotes, knäprotes, reumatoid artrit och höftfrakturer. Vi har också hämtat data från patientregistret

och läkemedelsregistret. Vidare har vetenskapliga studier och andra rapporter använts som underlag. Några av de mått som redovisas är:

- andelen vårdcentraler med vårdprogram och rutiner för smärtehabilitering
- knäledsplastik: omoperation inom fem år
- total höftledsprotosoperation: omoperation inom två år, tioårsöverlevnad av implantat och patientskattad livskvalitetsförbättring efter ett år
- reumatoid artrit: sjukdomsaktivitet och antal patienter med biologiska läkemedel per 100 000 invånare
- osteoporos: andel kvinnor över 60 år som behandlas med osteoporosläkemedel efter fraktur
- förskrivning av osteoporosläkemedel och långverkande bensodiazepiner
- höftfraktur: förekomst i befolkningen, väntetid till operation, andel med smärta och trycksår efter operation och andel protesopererade.

Smärtehabilitering erbjuds inte i tillräcklig omfattning

Sjukdomar och problem i rörelseorganen leder ofta till olika smärttillstånd. Smärta som har varat i minst tre månader betecknas som långvarig. Bakom den långvariga smärtan ligger delvis permanenta förändringar, både i nervbanor som förmedlar smärta och i andra vävnader, och delvis psykologiska och sociala faktorer. Långvarig smärta är ett stort antal olika tillstånd, men betraktas i praktiken ofta som ett speciellt tillstånd som kan behandlas på likartat sätt oavsett patientens ursprungliga diagnos (till exempel nacksmärta p.g.a. whiplashskada,

arbetsrelaterad smärta i trapeziusmuskeln, ländryggsvärk, fibromyalgi, artros eller reumatoid artrit). Cirka 40 procent av dem som lider av långvarig smärta har dock inte fått någon diagnos eller vet inte orsaken till smärtan [8].

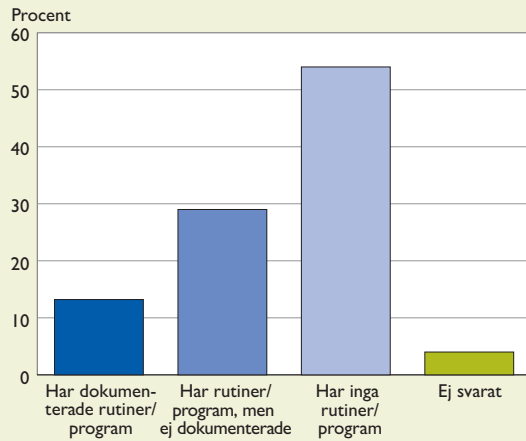
År 2006 kom Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) med en rapport om metoder för att behandla långvarig smärta. Där konstaterades att breda och samordnade rehabiliteringsprogram (oftast en kombination av psykologiska insatser, fysisk aktivitet/träning eller sjukgymnastik) långsiktigt leder till att smärtan minskar jämfört med enskilda eller mindre omfattande insatser [9]. Långvarig smärta behandlas också med olika läkemedel, instrumentella metoder, kognitiv beteendeterapi, akupunktur med mera. Det behövs dock fortfarande mer forskning om vilka effekter olika behandlingsmetoder har på långvariga smärttillstånd.

Vårdens beredskap och möjligheter att erbjuda rehabilitering inom olika områden har länge diskuterats och visat sig utgöra ett problemområde (se även avsnittet *Tillgänglig vård i rimlig tid*). Tidiga insatser inom närvård och primärvård har stor betydelse när det gäller att förebygga långa sjukskrivningar och lidande för personer med sjukdomar i rörelseorganen.

År 2007 genomförde Socialstyrelsen en enkätstudie vid samtliga vårdcentraler för att bland annat få en övergripande bild av omfattningen av teamarbete och vårdprogram för några kroniska/långvariga sjukdomar. I enkäten ingick en fråga om vårdprogram och rutiner för smärtehabilitering inom primärvården. Över hälften av vårdcentralerna saknade vårdprogram eller rutiner

Figur 3:53. Rutiner/program för långvarig smärta på vårdcentraler

Andel av Sveriges vårdcentraler som har rutiner/program för behandling av kronisk långvarig smärta.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdcentraler 2007

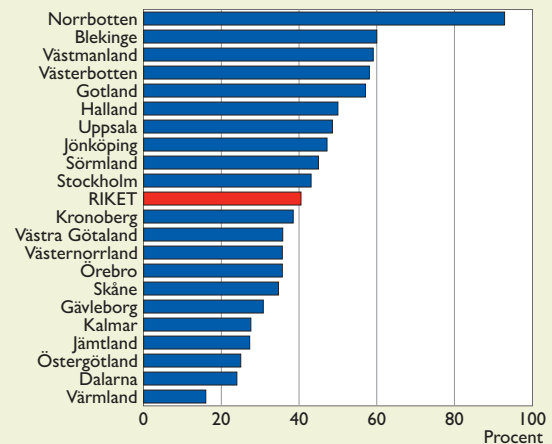
för smärtherehabilitering (figur 3:53). Av dem som uppgav att det fanns vårdprogram eller rutiner svarade ungefär en tredjedel att det även fanns särskilt avsatt personal för att följa upp, utvärdera och uppdatera vårdprogrammen och rutinerna för smärthantering.

Landstinget i Värmland hade den lägsta andelen vårdcentraler med rutiner eller program för att behandla långvarig smärta, medan landstinget i Norrbotten hade den högsta andelen (figur 3:54).

Vissa smärtpatienter remitteras till en rehabiliteringsklinik eller smärteklinik med rehabiliteringsresurser (multidisciplinär smärteklinik) för att få en multidisciplinär bedömning. Det nationella registret över smärtherehabilitering följer dessa patienter över tid. För närvarande uppskattas 80 procent av

Figur 3:54. Rutiner/program för långvarig smärta i landstingen

Andel vårdcentraler i de olika landstingen som har rutiner/program för behandling av kronisk långvarig smärta.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdcentraler 2007

landets rehabiliteringskliniker delta i registret (sammanlagt 19 enheter) [10].

Två typer av rehabiliteringsprogram följs upp: livskvalitetshöjande program och arbetsförmågehöjande program. Mellan 30 och 40 procent av de patienter som utreds vid rehabiliteringskliniker deltar i något av dessa program. Analyser visar att programmen har haft effekt på flera nyckelvariabler (sjukskrivning, hälsoupplevelse, smärntintensitet etc.) och att effekterna i vissa fall kvarstår efter ett års uppföljning.

Artros – vår vanligaste ledsjukdom

Artros är vår vanligaste ledsjukdom. Den förekommer i händer, knän och höfter. Artros står för en betydande del av sjukligheten i rörelseorganen

och medför svåra funktionsnedsättningar för den drabbade, liksom stora samhällskostnader. Många med artros är sjukskrivna under långa perioder, vilket medför stora samhällskostnader.

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är artros den tionde vanligaste sjukdomen i i-länderna, beräknat i måttet DALY (Disability Adjusted Life Years) [11]. För kvinnor över 60 år är det den femte vanligaste sjukdomen. Även hos yngre och medelålders är artros vanligt, i åldersgruppen 35–55 år har ungefär 15 procent knäsmärta som varat mer än tre månader [12].

Artros drabbar samtliga strukturer i leden och gör att ledytan successivt bryts ner. Mycket talar för att brosket i lederna reagerar på samma sätt som muskel- och benvävnad och anpassar sin styrka efter individens aktivitetsnivå. Måttlig belastning ökar hållfastheten, medan en försämring ses vid alltför stor eller alltför liten belastning. Vid till exempel elitfotboll med frekvent förekommande överbelastning finns risk för broskutmattning. Inte bara för mycket, utan också för lite belastning, som den i dag så vanliga fysiska inaktiviteten, kan leda till försämrad broskkvalitet med sänkt hållfasthet i brosket [13, 14]. (Se illustration nedan).

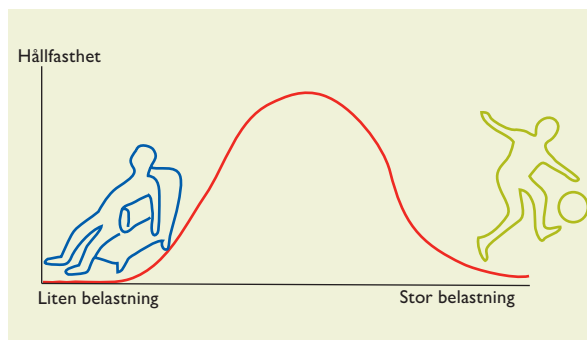


Illustration av sambandet mellan belastning och hållfasthet hos muskler, brosk och benvävnad [13]

Huvudproblemet för patienter med artros, framför allt i knän och höfter, är dock inte ledernas strukturella förändringar. Det är i stället smärta och nedsatt funktion som leder till att patienterna rör sig mindre och får en sämre hälsorelaterad livskvalitet. Kombinationen av symtom, funktionsnedsättning och strukturella förändringar vid artros gör det svårt för vården att enas om hur tillståndet ska diagnostiseras och definieras. Ofta används röntgenundersökningar när man diagnostiserar ledbesvär. Nedsatt rörlighet uppfattas dock som det mest begränsande i det dagliga livet och är det som för patienten till sjukvården, oberoende av om en röntgenundersökning kan påvisa ledförändringar eller inte.

Under 1990-talet kom studier som på ett övertygande sätt kunde visa att träning och en fysiskt aktiv livsstil kan minska smärtan och öka funktionen hos patienter med artros [15]. Grundbehandlingen för höft- och knäartros i dag är därför adekvat information, viktkontroll och anpassad fysisk träning enligt såväl nationella som internationella behandlingsrekommendationer [16, 17].

I artrosens slutstadium kan patienten få en konstgjord led (en protes) inopererad. De flesta patienter med besvärande artros behöver dock aldrig bli protesopererade.

Höft- och knäprotesoperationer – goda behandlingsresultat

Artros är den dominerande diagnosen vid både höft- och knäprotesoperationer. Under 2007 utfördes cirka 14 000 höftprotesoperationer och 10 000 knäprotesoperationer. Fram till år 2006 ökade antalet årligen, och allt fler både yngre och äldre patienter har opererats. Under 2007 sågs dock en tendens till avmattning.

Orsakerna till att allt fler opererats är inte klarlagda, men kan bero på att artros blir vanligare i en åldrande befolkning, och fler kan därmed komma i fråga för ledprotesoperation. Men ökningen kan också bero på att fler än tidigare opereras med mindre symtom (det sker en så kallad indikationsglidning). Det saknas objektiva mätinstrument för smärta och funktion, som är indikationen för planerad ortopedisk kirurgi. Detta gör det svårare för olika enheter att på ett likvärdigt sätt bedöma vilka patienter som bör opereras. Ytterligare ett problem är att mekanismerna bakom smärta i stort sett är outredda. Därför måste vården ständigt utvärdera och vid behov ompröva indikationerna för smärtbaserad planerad kirurgi.

Endast en mindre del av alla patienter som fått en ledprotes i höften träffar en sjukgymnast vid något tillfälle före operationen, trots att detta ingår i behandlingsrekommendationerna. Icke-operativ artrosbehandling tar vanligen 3–6 månader för att ge en tillfredsställande effekt. Därför bör patienter som tidigare inte har fått en sådan behandling normalt inte opereras inom denna tidsram.

På 1970-talet startades de första svenska nationella kvalitetsregistren: Svenska Höftprotesregistret [18] och Svenska Knäprotesregistret [19]. Syftet var att utvärdera proteskirurgin, som började introduceras på 1960-talet. Täckningsgraden i höftprotesregistret år 2007 var 96 procent av antalet protesoperationer, med en spridning på 60–100 procent för olika enheter. Täckningsgraden är alltså mycket god, men kan förbättras ytterligare. Även knäprotesregistret har en mycket god täckningsgrad.

Årliga resultatanalyser från dessa register med återkoppling till professionen har lett till att Sverige i dag har världens lägst rapporterade omoperationsfrekvenser (en markör för ”misslyckande”)

inom höft- och knäproteskirurgin. År 2006 var omoperationsfrekvensen av höftproteser 1,6 procent efter två år och av knäproteser 2,9 procent efter fem år [20, 21]. Den så kallade tioårsöverlevnaden för höftproteser har successivt förbättrats i Sverige och är nu nära 95 procent. Hälsoekonomiska analyser har visat att dessa ingrepp är mycket kostnadseffektiva.

Trots en fortsatt teknisk utveckling kan sannolikt de redan goda resultaten för protesoperationerna, som mäts i protesöverlevnad, endast marginellt förbättras. Det finns dock andra faktorer som också påverkar resultatet och som inte är operationsberoende. En nyligen publicerad studie kunde till exempel visa att den vunna livskvaliteten efter en höftprotesoperation var starkt relaterad till hur orolig patienten var före operationen [22]. Denna kunskap har medfört att man under de senaste åren lägger allt större vikt vid hur patienterna bedömer resultatet av olika medicinska insatser och behandlingar.

Höftprotesregistret följer sedan år 2002 det patientrapporterade resultatet av operationen. Man använder bland annat instrumentet EQ-5D, som ger ett index för patientens hälsorelaterade livskvalitet. Alla patienter besvarar ett antal frågor i ett formulär före operationen. Sedan får de samma frågor ett år, sex år och tio år efter operationen. 73 av landets 77 aktiva kliniker deltar.

Förbättringen av den hälsorelaterade livskvaliteten ett år efter operationen varierar mellan 0,30 och 0,46 i EQ-5D-indexvinst för de olika sjukhusen (EQ-5D-index kan variera mellan 0 och 1). Skillnaderna har sannolikt inte enbart operationstekniska orsaker utan kan även bero på övrig sjuklighet, patientdemografi inklusive socioekonomiska parametrar, depressiva besvär, könsfördelning, åldersfördelning, samt olika indikationer

för kirurgi, tillgänglighet och förväntan. Att en protes är tekniskt välgjord och sitter länge är inte ett heltäckande mått på att resultatet blir lyckat ur patientens perspektiv.

Långa väntetider till proteskirurgi

Proteskirurgin har sedan länge och i flera landsting belastats med långa väntetider. Många landsting som inte kunnat nå vårdgarantins mål har tvingats till kortsiktiga lösningar och har skrivit separata avtal med både offentliga och privata entreprenörer. Väntetiden har därmed kunnat kortas för de patienter som accepterat att opereras på ett annat sjukhus än det ordinarie. Resultat från höftprotesregistret visar dock att de patienter som opererats utanför sitt eget upptagningsområde oftare behöver omopereras, i huvudsak på grund av djupa infektioner [20].

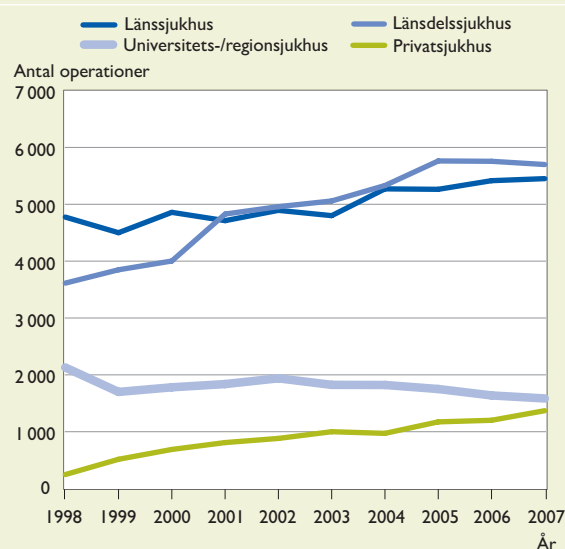
Till följd av struktumvandlingen inom svensk ortopedi utförde de svenska privatsjukhusen år 2007 nästan lika många primära ledprotesoperationer som universitets- och regionsjukhusen (figur 3:55). Vidare opererar länsdelssjukhus och framför allt privatsjukhus patienter med lindrigare problem och färre andra samtidiga sjukdomar. Dessa patienter är tekniskt enklare att behandla [19]. I värsta fall kan detta medföra att resurstillgången försämras för de ”sjukare” patienterna som är svårare att behandla.

Knäbesvär opereras i onödan

Årligen görs ungefär 20 000 ortopediska titthålsoperationer, så kallade artroskopier, i Sverige. Det är framför allt personer i medelåldern med knäbesvär och diagnosen meniskskada som opereras [23]. Sannolikt är meniskskadan hos dessa personer ett uttryck för artros [24].

Figur 3:55. Omfördelning av höftprotesoperationer mellan olika sjukvårdsenheter

Antalet utförda höftprotesoperationer per år uppdelat på typ av klinik.



Källa: Svenska Höftprotesregistret 2007 [20]

Nyligen visades att symtom som är typiska för artros uppträder tidigt hos personer med meniskskada – innan en röntgenundersökning kan påvisa förändringar [25]. Vidare visar magnetkameraundersökningar att meniskskador ofta är relaterade till artros men att de också förekommer oberoende av om patienten har knäsymtom eller inte [26].

Patienter med artrossymtom och meniskskada får lika bra symtomlindring av endast träning som av artroskopi och träning [27]. Artroskopi förbättrar inte heller symtomen hos patienter med artros mer än placebo eller sjukgymnastik [28, 29]. I stället för artroskopi och magnet-

kameraundersökning skulle de flesta patienter med artrossymtom därför kunna få grundbehandling vid artros, det vill säga information, viktkontroll och anpassad fysisk träning. Mycket talar för att sådan behandling, förutom att minska symtomen, också medför att patienten inte behöver opereras senare i livet.

Bättre omhändertagande vid artros – patienten mer delaktig

Ett sätt att kunna optimera och utvärdera interventioner för artrospatienter som har besvär, men som inte är aktuella för ledprotes, är att skapa ett nytt kvalitetsregister som inkluderar dem med diagnosen artros i stället för att, som i de befintliga registren, inkludera dem som blivit opererade. På så sätt kan det bli möjligt att följa vilka faktorer som styr indikationerna för kirurgi samt utfallet efter kirurgi och icke-kirurgisk behandling, i förhållande till vunnen livskvalitet.

År 2008 startade projektet "Bättre omhändertagande av patienter med artros" (BOA) med ambitionen att utvecklas till ett nationellt kvalitetsregister för artros [30]. BOA är ett samverkansprojekt mellan Region Skåne, Värmlands landsting, Västerbottens läns landsting och Västra Götalandsregionen. Målet med projektet är att ingripa tidigt i sjukdomsförloppet, att patienter med artros i främst höft och knä ska få bättre livskvalitet och högre aktivitetsnivå samt att sjukvårdskonsumtionen och sjukskrivningarna till följd av artros ska minska. Patienter med artros ska erbjudas ett likvärdigt omhändertagande vid den första kontakten med sjukvården, oavsett var kontakten sker. För många patienter kan dessa förbättringar vara så framgångsrika att operativ behandling skjuts på framtiden eller blir onödig.

Behandlingen i BOA utgörs av en artrosskola som leds av sjukgymnaster. I artrosskolan får deltagarna bland annat information om vad artros är, om tänkbara riskfaktorer och om vilken behandling som är tillgänglig. De får också råd om egenvård. Patienterna erbjuds ett individuellt utprovat träningsprogram, samt möjligheten att träna tillsammans med andra med stöd av en sjukgymnast. Parallellt uppmanas patienterna att välja ut en eller två övningar att utföra hemma.

Utvärdering sker genom mätning av hälsorelaterad livskvalitet, tilltro till egen förmåga att påverka smärta och symtom, socioekonomiska variabler, fysisk aktivitetsnivå, tillfredsställelse med behandling, antalet sjukskrivningar, smärta och motivation till operation. Dessa variabler stämmer delvis överens med dem som används i höft- och knäprotesregistren. Patienter som genomgår artrosskolan kan följas över tid med avseende på sjukvårdskonsumtion (inklusive artroskopi och magnetkameraundersökning), sjukskrivning, behov av ledproteskirurgi och resultat av sådan kirurgi. Under år 2009–2010 planerar BOA att stegvis införa standardiserade artrosskolor i hela landet och att börja bygga upp det nationella BOA-registret.

Reumatoid artrit – behandlingsresultaten allt bättre

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk inflammatorisk sjukdom som ger svullna leder, smärta, nedsatt muskelkraft och trötthet. Brosk- och benvävnad kan också förstöras, vilket bidrar till att funktionsnedsättningarna blir bestående. Sjukdomen kallas även ledgångsreumatism. Den drabbar främst kvinnor och kan debutera i vilken ålder som helst, men vanligast är mellan 45 och 65 år. Orsaken till uppkomsten av sjukdomen är oklar.

Emellertid har ny forskning om riskfaktorer för uppkomsten av RA visat att rökning kan förklara cirka 20 procent av uppkomsten [31, 32].

Sjukdomens karaktär skiljer sig åt mellan könen. Dess påverkan på det dagliga livet är större för kvinnor, och kvinnor har även mer smärta och inflammatorisk aktivitet när de insjuknar.

I de flesta fall blir sjukdomen livslång. Många förlorar arbetsförmågan redan efter en kortare tids sjukdom. Därför är sjukskrivningstalen och antalet förtidspensioner höga. Livslängden har också visat sig vara förkortad bland patienter med RA.

RA behandlas framför allt med olika läkemedel och med sjukgymnastik. Det nationella RA-registret följer hur vården genomförs och vilka resultat den ger. Samtliga reumatologmottagningar i landstingen deltar i registret, och därutöver även privatklinikerna. Registret följer nästan 22 000 kroniskt sjuka patienter. För registret som helhet noterades en fortsatt stigande täckningsgrad för år 2007, med 23 procent fler patienter och 30 procent fler besök jämfört med 2006 [33]. Registret beräknas täcka cirka 68 procent av alla patienter i landet. Vid fler än hälften av alla läkarbesök under 2007 använde läkaren RA-registret som ett beslutsstöd. Under samma år mer än fördubblades också patienternas egen medverkan, genom att de registrerade sitt tillstånd i registret.

Behandlingsresultatet för nyinsjuknade RA-patienter har successivt förbättrats under de senaste åren. Sjukdomsaktiviteten minskar efter sex respektive tolv månaders behandling, och denna tillbakagång har blivit allt tydligare med åren. Detta trots att patienterna, särskilt kvinnorna, numera är allt sjukare vid det första besöket då behandlingen påbörjas. Kvinnorna når inte samma

behandlingsresultat som männen; dock noteras en trend med förbättrade resultat över åren, främst hos kvinnorna.

Nya kunskaper om behandling av inflammatoriska ledsjukdomar har framkommit på senare år. Forskning har till exempel kunnat visa att anti-reumatisk behandling får bättre effekt om den sätts in tidigare, under de första tre till sex månaderna månaderna efter sjukdomsdebuten, jämfört med om behandlingen sätts in senare. Fortfarande efter fem till tio års sjukdom har detta en positiv effekt på sjukdomens förlopp. Patienterna utvecklar till exempel funktionsnedsättningar i mindre grad och slås inte ut ur arbetslivet lika ofta. Fler än 90 procent av alla RA-patienter behandlas nu enligt gällande rekommendationer redan vid det första besöket när diagnosen ställs, vilket ger allt bättre resultat.

Patienter med en redan etablerad sjukdom kan nu också behandlas mer effektivt med nya kombinationer av tidigare använda antireumatiska läkemedel. Patienter som ändå inte svarar på en sådan behandling kan erbjudas biologiska läkemedel. Sådana läkemedel består av antikroppar eller andra proteiner som är specifikt riktade mot inflammatoriska processer. På grund av de komplicerade tillverkningsmetoderna är dessa läkemedel emellertid dyra. En patients behandling kostar mellan 100 000 och 150 000 kronor för ett år. Antalet behandlade har dessutom ökat snabbt de senaste åren. Vid årsskiftet 2007/2008 fick 131 patienter per 100 000 invånare biologisk behandling. Antalet varierade i de olika landstingen mellan 74 och 172 patienter per 100 000 invånare. Av RA-registrets patienter fick cirka 50 procent biologisk behandling [34].

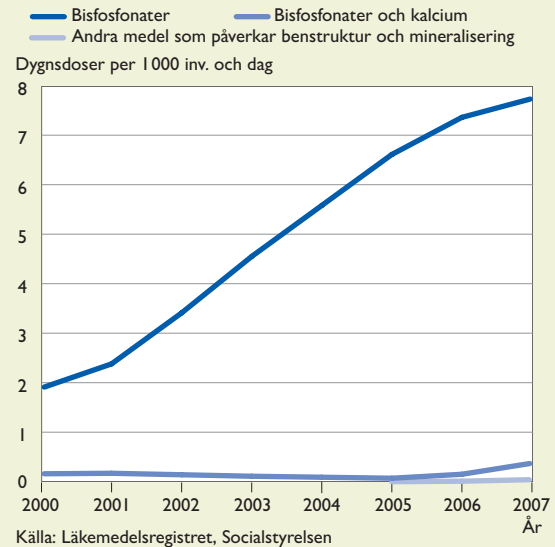
Osteoporos och höftfraktur – fokus på prevention angeläget

Osteoporos (benskörhet) och frakturer hos äldre är ett stort problem. Viktiga påverkbara riskfaktorer för osteoporosrelaterade frakturer är fysisk inaktivitet, låg vikt, tobaksrökning, hög alkoholkonsumtion, fallbenägenhet, nedsatt syn och brist på vitamin D. Antalet fall hos äldre kan minska bland annat genom att de får träna sin muskelstyrka och balans. Man kan också anpassa deras hemmiljö och minska förskrivningen av läkemedel som ökar risken för fall, till exempel vissa sömnmedel och lugnande medel.

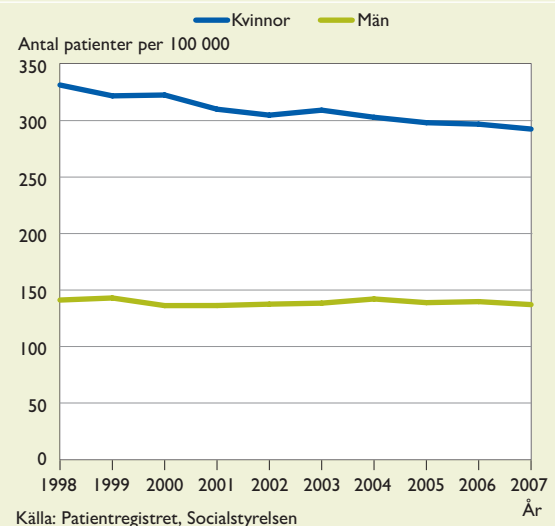
Behandling med läkemedel är kostnadseffektivt för patienter som löper hög risk att drabbas av frakturer [35]. En av de starkaste riskfaktorerna för att en patient ska få en fraktur är att patienten tidigare har haft en lågenergifraktur. Drygt 25 procent av de kvinnor över 65 år som vårdats för ett urval av frakturer mellan juli 2005 och juni 2007 hade hämtat ut läkemedel mot osteoporos efter sjukhusvården [34]. Figur 3:56 visar hur förskrivningen av läkemedel mot osteoporos har utvecklats de senaste åren. Det är dock inte hälsoekonomiskt motiverat att farmakologiskt behandla låg bentäthet hos patienter som inte uppvisar riskfaktorer i övrigt [35].

Vid 50 års ålder är risken att kvinnor och män ådrar sig en höftfraktur någon gång under resten av sitt liv 23 respektive 11 procent. Främst drabbas äldre: medelåldern är nu 83 år, och nästan alla frakturer orsakas av ett fall. Att förebygga fall är därför den viktigaste åtgärden för att förebygga frakturer [36]. År 2007 vårdades 19 699 personer för höftfraktur. Sedan år 1998 har det totala antalet höftfrakturer minskat något, särskilt bland kvinnor. Denna minskning gäller även om man tar hänsyn till att befolkningen har ökat (figur 3:57).

Figur 3:56. Läkemedel mot osteoporos
Antal dygnsdoser per tusen invånare och dag.



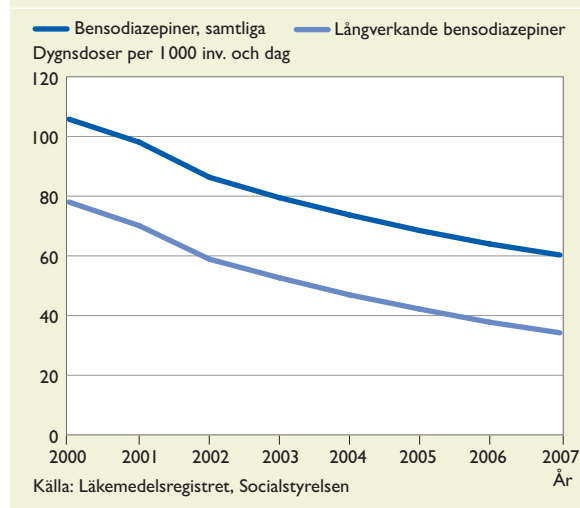
Figur 3:57. Höftfrakturer
Antal patienter per 100 000 invånare.



Det är inte klarlagt varför antalet höftfrakturer har minskat, men tänkbara förklaringar kan vara ökade insatser för att förebygga fall och den ökade förskrivningen av läkemedel mot osteoporos (se figur 3:56). Att förskrivningen av vissa lugnande läkemedel minskar (figur 3:58) kan också ha bidragit.

Figur 3:58. Vissa sömnmedel och lugnande läkemedel till äldre över 75 år

Bensodiazepiner (exkl. klonazepam) totalt och långverkande bensodiazepiner.



Dock visar en färsk studie av höftfrakturpatienters läkemedelsbehandling vid Sahlgrenska universitetssjukhuset att 93 procent behandlades med fallriskökande läkemedel och endast 18 procent med frakturförebyggande läkemedel vid inläggningen, trots att flertalet hade olika riskfaktorer för fraktur [37]. Detta tyder på stor potential för att förbättra kvaliteten i läkemedelsförskrivningen till äldre. Problem med läkemedelsförskrivningen till äldre diskuteras mer i avsnitten *Säker vård* och *Vård av äldre med omfattande vårdbehov*.

Alla patienter med höftfrakturer behöver opereras akut. De tillhör de mest vårdkrävande grupperna inom sjukvården och står för 25 procent av samtliga vård dagar inom ortopedin på sjukhus. De tar dessutom betydande vårdresurser i anspråk i andra vårdkedjor: för rörlighetsträning (mobilisering) direkt efter operationen och för fortsatt rehabilitering.

År 2007 rapporterade 45 sjukhus från alla regioner till det nationella kvalitetsregistret Rikshöft [38]. Patienterna i registret är till 70 procent kvinnor. Medelåldern har ökat något, från 81 till 83 år, från mitten av 1990-talet till år 2007. Hälften av kvinnorna bor ensamma (53 procent) mot endast 37 procent av männen. Frakturtyperna var i stort sett desamma hos kvinnor som hos män. Medelålder, andelen kvinnor och andelen ensamboende var väsentligen lika i de olika regionerna.

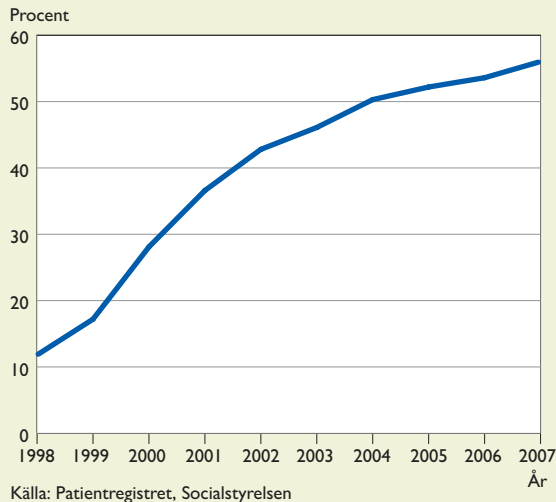
Vården av patienter med höftfrakturer innebär i dag snabb operation, direkt mobilisering av patienten på sjukhuset och fortsatt gångrehabilitering i hemmet. Detta har minskat vård dagarna på sjukhus avsevärt.

Själva frakturen är inte akut livshotande. Därför kan patienten få vänta en tid på att opereras. En fördröjning leder dock vanligen till ett längre mobiliseringsförlopp. Risker för trycksår, infektioner och andra komplikationer ökar också. Ett vanligt kvalitetsmått, internationellt sett, för vården av dessa patienter är därför tiden mellan ankomsten till sjukhus och operationen. Denna väntetid ligger i Sverige på i genomsnitt 1,2 dagar.

I slutet av 1980-talet var medelvårdtiden för en höftfraktur 19 dagar. Den ligger nu kring 11 dagar för både män och kvinnor. År 2007 var medelvårdtiderna längst i de södra och västra regionerna (11,6 respektive 11,2 dagar) medan de var kortast i den sydöstra regionen och i Örebroregionen (8,1 dagar).

Figur 3:59. Andel protesopererade patienter vid höftfraktur

Avser patienter med cervikal höftfraktur, 65 år och äldre (åldersstandardiserat).



Äldre patienter med så kallad felställd cervikal höftfraktur har visats få ett bättre behandlingsresultat och färre komplikationer om de får en höftprotes än om de behandlas med osteosyntes (sammanfogning av brottet med spikar eller skruvar, så att den naturliga höftleden bevaras). Därför har man de senaste tio åren protesopererat allt fler patienter (figur 3:59) [34]. År 2006–2007 protesopererades mellan 40–70 procent av patienterna för cervikal höftfraktur i olika delar av Sverige.

Andelen patienter som skrivs ut från ortopedklinikerna till sin ursprungliga bostad har i stort sett varit oförändrad under de senaste åren. År 2007 var andelen som skrevs ut till sin ursprungliga bostad 51 procent bland kvinnorna och 49 procent bland männen. I Stockholm–Visbyområdet var andelen

lägst (35 procent) medan den var högst i de norra och västra regionerna (66 respektive 55 procent).

Före höftfrakturen bodde 69 procent av kvinnorna och 67 procent av männen i eget hem. Fyra månader efter frakturen bodde 58 procent av kvinnorna och 56 procent av männen kvar i sitt hem.

Det finns stora skillnader i dödlighet mellan könen i samband med höftfrakturer. Enligt kvalitetsregistret Rikshöft hade cirka 14 procent av kvinnorna avlidit efter fyra månader, jämfört med cirka 23 procent av männen.

I Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur från år 2003 anges några kvalitetsindikatorer:

- smärta fyra månader efter operationen
- frekvens av omoperationer efter höftfrakturkirurgi
- trycksår under vårdtiden.

När det gäller andelen patienter med smärta efter operation så hade 5 procent av kvinnorna och 6 procent av männen svår smärta fyra månader efter operationen. Denna grupp av patienter väntar vanligen på omoperation. Smärtan var tolerabel i 11 procent av fallen bland kvinnorna och 12 procent bland männen, medan resterande andel hade besvär enbart vid vissa aktiviteter eller var helt smärtfria. Den största andelen patienter som angav att de inte hade någon smärta i höften fanns i den norra regionen (61 procent). Den minsta andelen fanns i den sydöstra regionen och i Stockholm–Visbyområdet (båda 28 procent).

Kvalitetsregistret kan ännu inte lämna säkra uppgifter om omoperationer, eftersom registreringarna inte har bearbetats.

Nationella data om trycksår har börjat registreras och kan redovisas för Lunds universitets-

sjukhus. Enligt flera studier har 20 procent av patienterna i denna grupp trycksår, men med registrering och förebyggande kvalitetsarbete kan förekomsten minska. I Lund har antalet patienter med höftfraktur som skrivs ut med trycksår halverats sedan trycksåren började registreras. År 2003 var andelen 20 procent och sedan år 2004 ligger andelen på 9 procent.

Referenser

1. Försäkringskassan. Psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen – nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1987–2005. Stockholm: Försäkringskassan; Redovisar 2007:4.
2. Försäkringskassan. Långtidssjukskrivna – demografi, arbete, yrke, diagnos, sjukpenningrätt och återgång i arbete 2003, 2005 och 2006. Stockholm: Försäkringskassan; Redovisar 2007:6.
3. SBU. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. Stockholm: SBU; 2003.
4. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
5. SBU. Ont i ryggen, ont i nacken. Stockholm: SBU; 2000.
6. Nationella folkhälsoenkäten. Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig på www.fhi.se.
7. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
8. Jakobsson, U. The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern Sweden. Manuskript inskickat för publicering.
9. SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. Stockholm: SBU; 2006.
10. Nationella registret över smärtrehabilitering. Årsrapport 2007.
11. WHO. Global burden of disease, 2004 update. Geneve: WHO; 2008.
12. Petersson I, Jacobsson L. Osteoarthritis of the peripheral joints. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002;16(5):741–760.
13. Roos E, Dahlberg L. Motion som artrosmedicin – träning påverkar brosk positivt. *Läkartidningen* 2004;101:2178–81.
14. Owman H, Tiderius JC, Neuman P et al. Association between findings on delayed gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging of cartilage and future knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2008;58(6):1727–1730.
15. Devos-Comby L, Cronan T, Roesch SC. Do Exercise and Self-Management Interventions Benefit Patients with Osteoarthritis of the Knee? A Meta-analytic Review. *J Rheumatol* 2006;33(4):744–56.
16. Läkemedelsverket. Behandling av artros. Uppsala: Läkemedelsverket; Information från Läkemedelsverket 3:2004.
17. The care and management of osteoarthritis in adults. London: NICE guideline CG59; 2008, www.nice.org.uk
18. Svenska Höftprotesregistret, www.jru.orthop.gu.se
19. Svenska Knäprotesregistret, www.knee.nko.se
20. Svenska Höftprotesregistret. Årsrapport 2007.
21. Svenska Knäprotesregistret. Årsrapport 2007.
22. Rolfson O, Dahlberg LE, Nilsson JÅ, Malchau H, Garellick G. Variables determining outcome in total hip replacement surgery *J Bone Joint Surg Br* 2009;91-B(2):157–161.
23. Nationellt kompetenscentrum rörelseorganens sjukdomar, www.nko.se.
24. Englund M, Roos EM, Lohmander LS. Impact of type of meniscal tear on radiographic and symptomatic knee osteoarthritis: a sixteen-year followup of meniscectomy with matched controls. *Arthritis Rheum* 2003;48(8):2178–87.

25. Ericsson YB, Roos EM, Dahlberg L. Muscle strength, functional performance, and self-reported outcomes four years after arthroscopic partial meniscectomy in middle-aged patients. *Arthritis Rheum* 2006;55(6):946–52.
26. Englund M, Guermazi A, Gale D, Hunter DJ, Aliabadi P, Clancy M, et al. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med* 2008;359(11):1108–15.
27. Herrlin S, Hållander M, Wange P, Weidenhielm L, Werner S. Arthroscopic or conservative treatment of degenerative medial meniscal tears: a prospective randomised trial. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2007;15(4):393–401.
28. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med.* 2002;347(2):81–8. Summary for patients in: *J Fam Pract* 2002;51(10):813.
29. Kirkley A, Birmingham TB, Litchfield RB, Giffin JR, Willits KR, Wong CJ, et al. A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med.* 2008;359(11):1097–107.
30. www.boaregistret.se
31. Klareskog L, Catrina AI, Paget S. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2009, Jan 19. E-publicering före tryck.
32. Källberg K. Role of genes and environment for the development of rheumatoid arthritis [doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2009.
33. Svenska RA-registret. Årsrapport 2006–2007.
34. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2008.
35. Läkemedelsverket. Behandling av osteoporos – behandlingsrekommendation. Uppsala: Läkemedelsverket; Information från Läkemedelsverket 4:2007.
36. Järvinen T, Sievänen H, Khan K, Heinonen A, Kannus P. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. *BMJ.* 2009;336:124–6.
37. Sjöberg C, Bladh L, Klintberg L, Mellström D, Ohlsson C, Wallerstedt S. Behandling med fallrisk-ökande respektive fraktureförebyggande läkemedel hos äldre höftfrakturpatienter. Poster presenterad vid svenska läkaresällskapets riksstämma 2008-11-25.
38. RIKSHÖFT. Årsrapport för 2007.

Behandling av infektioner

Sammanfattning

Infektioner behandlas för ofta med antibiotika, vilket ökar risken för utveckling av resistent bakterier som sedan inte kan behandlas.

Den vanligaste orsaken till att människor kontaktar vårdcentralen är att de har någon typ av infektion. Majoriteten av dessa infektioner är dock självläkande. Sjukvårdens uppgift är bland annat att skilja ut vilka infektioner som behöver behandlas och sedan välja den mest lämpliga läkemedelsbehandlingen.

Den totala antibiotikaförskrivningen ökade under åren 2004–2007 efter att tidigare ha minskat under flera år. Drygt 2,3 miljoner personer fick minst ett antibiotikarecept år 2007. Den största mängden antibiotika används för att behandla luftvägsinfektioner. Fortfarande behandlas dessvärre för många av dessa med tetracykliner (antibiotika med brett spektrum).

I slutenvården uppskattas cirka var tredje inlaggande patient behandlas med antibiotika. Två tredjedelar av dessa får antibiotika som behandling för en infektion, och en tredjedel för att förebygga en infektion till följd av viss vård och behandling.

En positiv utveckling ses när det gäller behandlingen av urinvägsinfektioner. Vården använder i

dag rekommenderade antibiotika i större utsträckning än för fem år sedan. Fortfarande behandlas dock okomplicerade urinvägsinfektioner för ofta med antibiotikatypen kinoloner. Det är också oroväckande att antibiotika skrivs ut inom äldreomsorgen till personer som förmodas ha urinvägsinfektion, men som i själva verket har s.k. asymtomatisk bakteriuri (bakterier i urinen utan samtidiga symtom). Detta tillstånd ska inte antibiotikabehandlas.

Allt fler resistent och svårbehandlade bakterier upptäcks i Sverige. Dessa bakterier drabbar inte bara personer inom slutenvården och äldreomsorgen, utan även friska personer utan tidigare vårdkontakter. Det är till exempel oroande att den antibiotikaresistenta bakterien MRSA ökar i samhället. Mycket allvarligt är också att bakterien *E. coli* med förmågan att producera ESBL (ett enzym som bryter ned flera olika antibiotika) blir vanligare.

Nya typer av antibiotika utvecklas inte i tillräcklig omfattning. För att bromsa resistensutvecklingen måste vården därför vara mycket restriktiv med de antibiotika som finns, och endast använda dem mot tillstånd där nyttan överväger riskerna.

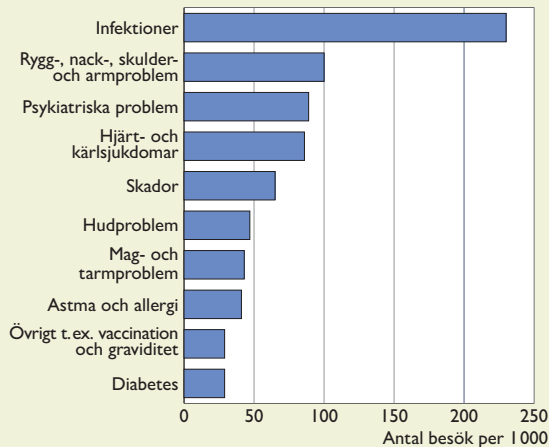
Infektion

– vanlig orsak till besök på vårdcentral

Vart fjärde besök i öppenvården är orsakat av någon typ av infektion. Infektioner är också den i särklass vanligaste orsaken till besök i primärvård.

Figur 3:60. Besök till allmänläkare

Antal besök per 1 000 invånare uppdelat på diagnos/kontaktsorsak.



Källa: Uppgifterna är sammanställda från besök i primärvården i Västra Götaland

den (figur 3:60). De flesta vanliga infektioner läker av sig själva, men vissa infektioner som orsakats av bakterier behöver behandlas med antibiotika. Behandling med antibiotika kan samtidigt innebära betydande risker – både för patienten och för samhället.

En vuxen person bär normalt på cirka 2 kg bakterier. När man behandlas med antibiotika slås en mängd av dessa bakterier ut. De bakterier som är resistenta mot antibiotika överlever lättare, och kan växa på bekostnad av de ursprungliga bakterierna.

Underlag, mått och indikatorer

Syftet med detta avsnitt är att beskriva kvaliteten på infektionsbehandlingarna i Sverige samt att visa på de svåra problem som orsakas av resistensutveckling till följd av överdriven antibiotikaföreskrivning och smittspridning. Underlagen har i huvudsak utgjorts av Socialstyrelsens läkemedelsregister och särskilda studier som genomförts av Samverkan mot antibiotikaresistens (Strama) samt anmälningar enligt smittskyddslagen till Smittskyddsinstitutet. Avsnittet tar upp:

- Nationella rekommendationer för infektionsbehandling samt källor för uppföljning av vård vid infektioner
- Infektioner och antibiotikaföreskrivning i primärvården: förekomst av infektioner, användning av diagnostiska tester, tidstrender för antibiotikaföreskrivning vid olika diagnoser (vecka 47-studierna)
- Infektioner och antibiotikaföreskrivning i slutenvård (stickprovsundersökningar, s.k. punktprevalensstudier, PPS)
- Resistensutveckling

Nationella behandlingsrekommendationer

I dag utvecklas inte sammanhållna riktlinjer för infektionsbehandling på nationell nivå. Behandlingsrekommendationerna bygger i stället i stor utsträckning på lokala vårdprogram. Läkemedelsverket och Strama anordnar dock fortlöpande

seminarier om vanliga infektionstillstånd i öppen vård efter vilka man publicerar rekommendationer om diagnostik och behandling (tabell 3:10).

Tabell 3:10. Behandlingsrekommendationer

Läkemedelsverkets och Stramas* workshops om behandlingsrekommendationer vid vissa infektionstillstånd.

Infektionstillstånd	År
Behandling av infektiösa diarrésjukdomar	1997
Antibiotikaprofylax vid kirurgi	1999
Handläggning av faryngotonsilliter (halsfluss)	2001
Behandling av impetigo (svinkoppor)	2002
Läkemedelsbehandling av rinosinuit (bihåleinflammation)	2004
Nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor	2006
Antibiotikabehandling under graviditet	2006
Nedre luftvägsinfektioner i öppenvård	2007
Hud- och mjukdelsinfektioner	2008

* Strama har varit medarrangör sedan 2001

Källa: Läkemedelsverket och Strama

Dessa rekommendationer kan sedan anpassas till lokala förhållanden. Ytterligare rekommendationer kan ha tagits fram av till exempel läkemedelskommittéer och lokala Strama-grupper. Det kan även finnas verksamhetsanpassade terapi-kompendier av olika status, speciellt inom sluten-

vården. Utöver detta har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen och Medicinska forskningsrådet tagit fram ett "otitkonsensus", som beskriver hur öroninflammationer bör behandlas [1].

Inom den sjukhusanknutna vården har Svenska infektionsläkarföreningen hittills utvecklat nationella vårdprogram och terapiriktlinjer för

- pneumoni (lunginflammation)
- infektioner i centrala nervsystemet (till exempel hjärnhinneinflammation)
- endokardit (hjärtklaffsinfektioner)
- urinvägsinfektioner hos vuxna
- led- och skelettinfektioner
- svår sepsis/septisk chock (blodförgiftning).

Riktlinjerna sprids främst inom föreningen och genom webbplatsen www.infektion.net. Ytterligare rekommendationer kan finnas i vissa specialiserade nationella vårdprogram.

Kvalitetsindikatorer för diagnostik och behandling

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har utarbetat ett antal kvalitetsindikatorer för diagnostik och behandling av infektioner i primär-

Tabell 3:11. Kvalitetsindikatorer för infektionsbehandling

Exempel på indikatorer föreslagna av Svensk förening för allmänmedicin.

Diagnos/område	Kriterier på god kvalitet	Indikatorer/mått	Målvärde
Diagnostik vid luftvägsinfektioner	Inte utsätta patienten för onödig antibiotika	Andelen antibiotikabehandlade luftvägsinfektioner	<40 procent
		Andel antibiotikabehandlade som förskrivits penicillin V	>80 procent
	Rätt användning av CRP	Andelen CRP-analyser vid luftvägsinfektioner	<25 procent
Öroninflammation hos barn 2–16 år	Rekommenderad behandling	Andel som behandlats med penicillin V i 5 dagar	>90 procent av dem som antibiotikabehandlats
	Avstå från antibiotika	Andel som antibiotikabehandlats	<50 procent ska antibiotikabehandlas
Behandling av tonsillit (halsfluss) och diagnostik med Strep-A	Rekommenderad användning av Strep-A	Andel positiva Strep-A prover	>50 procent ska vara positiva
		Andel antibiotikabehandlade som har positiv Strep-A	>80 procent ska ha undersökts med Strep-A och den ska vara positiv
	Rekommenderad behandling	Andel antibiotikabehandlade som behandlats med penicillin V	>90 procent
Nedre urinvägsinfektion hos kvinnor över 18 år	Rekommenderad behandling	Andel som behandlats med s.k. kinoloner vid diagnosen cystit (blåskatarr)	< 10 procent
		Andel som behandlats med annat enskilt antibiotikum	< 40 procent
	Rekommenderad behandlingstid	3–5 dagar beroende på preparatval och dosering	100 procent

Källa: SFAM

vården (tabell 3:11). Det finns indikatorer för följande specifika infektionsdiagnoser:

- luftvägsinfektioner
- otit (öroninflammation)
- tonsillit (halsfluss)
- nedre urinvägsinfektion hos kvinnor.

Dessa indikatorer kräver att patientens diagnos är känd, och uppgifterna hämtas från patientjournalen eller från riktade studier.

Den typ av indikatorer som SFAM har utarbetat lämpar sig för lokalt bruk, till exempel på en vårdcentral. Det vore önskvärt att kunna använda kvalitetsindikatorer även på en mer aggregerad nivå, exempelvis för att göra jämförelser mellan landsting. Problemet är att journalsystemen och registeren är bristfälligt anpassade för detta ändamål.

Socialstyrelsen har föreslagit registerbaserade indikatorer för att mäta kvaliteten på antibiotikaförskrivningen i primärvården. Indikatorerna an-

knyter till Läkemedelsverkets och Stramas behandlingsrekommendationer samt till två av SFAM:s kvalitetsindikatorer [2]. I Socialstyrelsens läkemedelsregister saknas dock fortfarande uppgifter om förskrivningsorsak. Indikatorerna kan alltså inte ta hänsyn till diagnosen, vilket är en begränsning.

I en europeisk expertworkshop organiserad av European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) försökte deltagarna identifiera kvalitetsindikatorer utifrån fyra dimensioner:

- risk för resistens
- hälsoaspekter
- kostnadseffektivitet
- allmänna hälsoaspekter.

Man enades om 12 indikatorer, bland annat:

- låg total förskrivning av antibiotika
- hög andel penicillin V
- låg andel av antibiotikagrupperna kinoloner och cefalosporiner
- låg säsongsvariation.

Deltagarna vid mötet konstaterade också att de flesta länder, däribland Sverige, inte kan leverera diagnosbaserad information [3].

Möjligheter till uppföljning

Tabell 3:12 ger exempel på register och andra källor som kan användas för att följa upp kvaliteten på infektionsbehandlingar och antibiotikaanvändning.

Det finns i dagsläget inga register eller journal-systemen som är utvecklade för att på ett tillfredsställande sätt följa kvaliteten i infektionsbehandling eller utvecklingen av resistenta bakterier. Bland annat saknas generellt koppling mellan diagnos och behandling. Många av de bakteriolo-

Tabell 3:12. Datakällor för kvalitetsuppföljning

Exempel på datakällor för kvalitetsuppföljning av infektionsbehandling och antibiotikaanvändning.

Datakällor

Antibiotikastatistik

Apoteket AB:s förbrukningsregister

Socialstyrelsens läkemedelsregister

Diagnosstatistik

Socialstyrelsens patientregister

Nationella kvalitetsregister*

Behandlingsstatistik

Medicinska journaler

– för diagnos

– för läkemedel

Manuella diagnos-receptstudier

Statistik för lokal antibiotikaresistens

Bakteriologiska laboratorier**

Smittskyddsinstitutet***

Nationellt kvalitetsarbete, ResNet****

* Belyser vanligen bara frågan huruvida en komplicerande infektion uppstått eller ej

** Görs rutinemässigt bara på de laboratorier där intresse och ändamålsenligt IT-system finns

*** Endast för resistens anmälningspliktig enligt smittskyddslagen

**** Skiljer ej på öppen och slutna vård

giska laboratorierna saknar system som kan sammanställa resistensbestämningar.

Strama har undersökt förekomsten av infektioner i öppenvården och hur infektionerna handläggs. Studierna gjordes under en observationsvecka i ett urval av län år 2000, 2002 och 2005 ("vecka 47-studier"). Dessa studier omfattar främst primärvården, men till en del även specialiserad öppen vård vid sjukhus. Genom dessa studier kan man beskriva hur vården använder diagnostiska test och antibiotikabehandlar vanliga infektionssjukdomar. Studierna gör det också möjligt att följa förändringar över tid [4].

För att öka kunskaperna om infektionsbehandling inom den slutna vården uppmanade de lokala

Stramagrupperna alla akutsjukhus att delta i s.k. punktprevalensundersökningar år 2003, 2004, 2006 samt 2008. Där undersöktes antibiotikaanvändningen i relation till de behandlade diagnoserna [5].

Diagnostik i primärvård – för många snabbtest

I Stramas vecka 47-studier såg man inga större förändringar i förekomsten av olika infektionsdiagnoser under åren 2000–2005. Andelen luftvägsinfektioner minskade dock något. Detta berodde på att diagnoserna tonsillit (halsfluss), akut otit (öroninflammation) och akut sinuit eller rinosinuit (bihåleinflammation) minskade av okänd orsak.

Diagnostiska test kan komplettera patientens sjukdomshistoria och den fysikaliska undersökningen när läkaren ska skilja mellan bakteriella och virusorsakade infektioner. Vissa snabbtest kan till exempel bekräfta eller avskryva en misstanke om en specifik infektion. Sådana test är CRP (”snabb-sänka”) och streptokocktest (Strep-A). Om testerna används okritiskt på fel indikation riskerar de dock i stället att leda till att antibiotika skrivs ut i onödan – ”för säkerhets skull”. Enligt SFAM:s målvärde ska CRP-test utföras vid mindre än 25 procent av alla luftvägsinfektioner, men under perioden ökade användningen från 37 till 42 procent. Användningen av snabbtest för streptokocker vid halsfluss minskade däremot från 30 till 23 procent [6].

Tabell 3:13 visar i vilken grad vården har följt rekommendationerna för antibiotikabehandling under år 2000–2005 när det gäller tre av SFAM:s indikatorer, och i vilken grad målvärdena har uppnåtts.

Antibiotikaförskrivningen är omfattande

År 2007 fick 2,3 miljoner personer (var fjärde invånare) minst en antibiotikakur via öppenvården.

Tabell 3:13. Antibiotikabehandling i öppenvården enligt några kvalitetsindikatorer

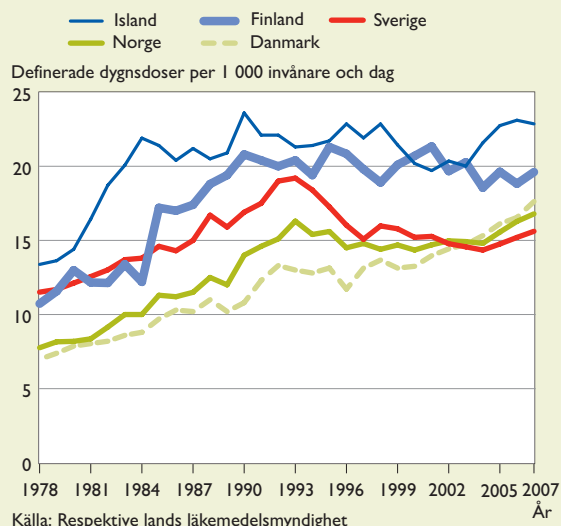
Indikator enligt SFAM	Målvärde	Uppnådda resultat i Strama-studierna		
		2000	2002	2005
Andel antibiotika-behandlade luftvägsinfektioner	< 40%	54 %	52 %	49 %
Andel antibiotika-behandlade luftvägsinfektioner som förskrivits penicillin V	> 80%	63 %	63 %	60 %
Andel kinoloner vid diagnosen cystit (endast kvinnor)	< 10%	20 %	13 %	9 %

Källa: Strama 2006 [4]

Kostnaden för den antibiotika som skrevs ut var cirka 1 miljard kronor. Cirka 60 procent av all antibiotika skrivs ut i primärvården. 20 procent skrivs ut i någon annan specialiserad öppenvård, medan 10 procent skrivs ut i slutenvården och 10 procent i tandvården. De flesta recept skrivs ut till de yngsta (0–6 år) och till de äldsta (över 80 år), främst till kvinnor. År 2007 hade Stockholms län högst förskrivning: 485 recept per 1 000 invånare, och Västerbotten lägst: 346 recept per 1 000 invånare. I en studie från 2006 försökte forskare kartlägga orsakerna till skillnaderna på befolkningsnivå. De fann dock inget samband med faktorer som socioekonomisk status, ursprung, föräldrarnas yrke eller rökning [7].

När problemen med antibiotikaresistens uppmärksammades i Sverige i början av 1990-talet började den totala antibiotikaförbrukningen att minska. Mellan år 2004 och 2007 har konsumtio-

Figur 3:61. Antibiotikaförbrukning i Norden



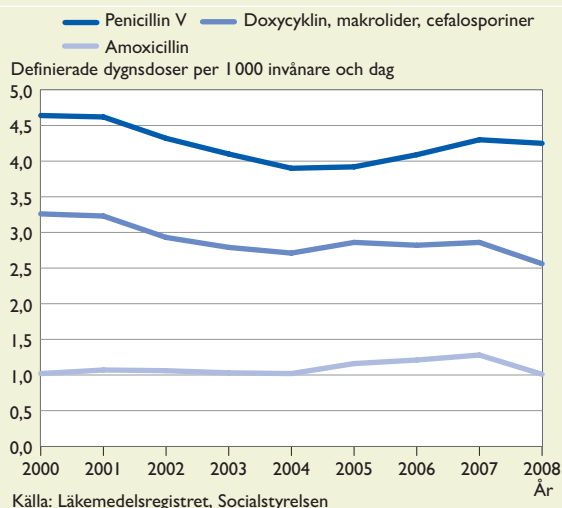
nen dock ökat igen (figur 3:61). Det beror främst på att mer penicillin skrevs ut till barn som är äldre än ett år. År 2008 ses dock en tendens till minskning för antibiotika vid luftvägsinfektioner (figur 3:62).

Antibiotikaförskrivning vid vårdcentraler – för många behandlas för luftvägsinfektioner

Ungefär 65 procent av den totala mängden antibiotika används för att behandla luftvägsinfektioner. I figur 3:62 illustreras utvecklingen över tid för tre vanliga grupper av antibiotika mot luftvägsinfektioner.

Tabell 3:14 visar andelen antibiotikabehandlade patienter vid ett urval av luftvägsdiagnoser i Stramas vecka 47-studier. Inget år nådde vården SFAM:s målvärde att mindre än 40 procent av luftvägsinfektionerna ska antibiotikabehandlas.

Figur 3:62. Antibiotika som oftast används vid luftvägsinfektioner



Tabell 3:14. Antibiotika vid luftvägsinfektioner

Andel (procent) behandlade vid ett urval luftvägsdiagnoser i Stramas vecka 47-studier.

Diagnos	2000	2002	2005
Alla infektioner	60	58	57
Infektioner i luftvägarna	54	52	49
Halsinfektion (streptokocktonsillit, faryngit)	70	72	62
Luftvägsinfektion ospecificerad	35	47	30
Öroninflammation (Otit)	91	92	93
Akut bronkit	50	47	53

Källa: Strama 2006 [4]

Både luftvägsinfektioner (särskilt övre luftvägsinfektioner, t.ex. vanlig förkylning) och akut bronkit orsakas i de flesta fall av virus. Det finns ingen dokumenterad nytta av behandling med antibio-

tika vid akut bronkit och hosta. Därmed verkar det vara en omotiverat hög andel patienter med dessa diagnoser som antibiotikabehandlas.

Enligt SFAM bör mer än 80 procent av alla antibiotikabehandlade luftvägsinfektioner behandlas med penicillin V. Penicillin V är ett smalspektrum-penicillin, som är inriktad på få bakteriearter. I och med att normalfloran inte påverkas så mycket är det inte lika stora risker att resistenta bakterier selekteras, vilket däremot är fallet när bredspektrum-antibiotika används. I Stramas vecka 47-studier behandlades dock för få infektioner med penicillin V: mellan 60 och 63 procent av alla antibiotikabehandlade luftvägsinfektioner [4].

Öroninflammationer hos barn – förskrivningen bör minska

Man kan avvakta med att ge antibiotika till barn i åldern 2–16 år med öroninflammation, om de inte har drabbats av trumhinneperforation eller påverkat allmäntillstånd.

Enligt Stramas vecka 47-studier minskade antalet besök med diagnosen öroninflammation i primärvården mellan 2000 och 2005, men av dem som kom till läkare fick över 90 procent antibiotika – enligt SFAM:s indikatorer bör denna andel inte överstiga 50 procent [4]. Av en studie genomförd i Norrbotten framgick att 78 procent av barnen i åldern 2–16 år med öroninflammation fick penicillin V, vilket är den rekommenderade behandlingen [8].

Nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor

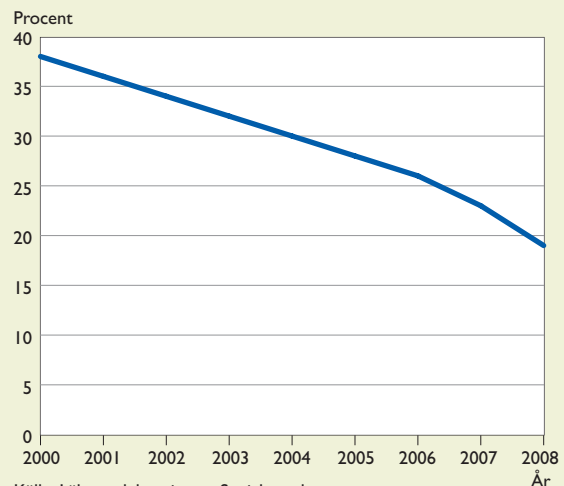
Urinvägsinfektioner orsakas ofta av tarmbakterien *Escherichia coli* (*E. coli*). Enligt Stramas studier från 2000–2005 antibiotikabehandlades 89–93 procent av alla som fick diagnosen infektion i urinvägarna. Kinoloner används ofta för att behandla

okomplicerade urinvägsinfektioner. Därför har bakteriernas resistens stadigt ökat, och år 2007 var 12 procent av de testade *E. coli*-stammarna resistenta mot kinoloner. För att inte ytterligare försämra resistensläget är det därför viktigt att minska användningen av kinoloner vid okomplicerade urinvägsinfektioner, i enlighet med Läkemedelsverkets och Stramas rekommendationer.

Förskrivningsmönstret till kvinnor som är äldre än 18 år med nedre urinvägsinfektion började förändras i önskad riktning redan innan Läkemedelsverkets och Stramas behandlingsrekommendationer kom ut 2007. Andelen kinoloner av den totala mängden urinvägsantibiotika kan användas som en indikator på kvaliteten i förskrivningen (figur 3:63).

Ett annat mått på behandlingens kvalitet är hur länge behandlingen pågår. I den tidigare refererade studien som genomförts i Norrbotten fann

Figur 3:63. Kinoloner vid urinvägsinfektioner
Andel recept kinoloner i procent av all urinvägsantibiotika för kvinnor.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

man att den ordinerade behandlingstiden vid nedre urinvägsinfektion hos kvinnor oftast var för lång och att den endast stämde överens med SFAM:s mål i 5–30 procent av fallen (beroende på vilket preparat som valdes) [8].

Antibiotika vanligt i äldre vården

37 procent av alla över 80 år i Sverige hämtade ut minst ett antibiotikarecept under 2007. Om man också tar hänsyn till att många äldre får antibiotika ur förråd som har beställts till vissa äldreboenden (inklusive sjukhem) eller geriatriska kliniker, blir antibiotikaanvändningen i den äldre delen av befolkningen ännu högre.

Den omfattande läkemedelsanvändningen i äldreomsorgen bekräftades i Stramas så kallade SANT-studie (Swedish Antibiotic Nursing home Trial) [9]. Där undersöktes bland annat infektionsförekomst, diagnostik och ordinationer hos 2 800 personer på 58 boendeenheter (medelåldern var 86 år). Bland totalt 890 infektionsepisoder behandlades 84 procent med antibiotika, varav 38 procent behandlades utan direkt läkarundersökning. Så pass många som 43 procent hade fått en antibiotikakur de senaste tre månaderna. Urinvägsinfektioner dominerade och utgjorde 60 procent av fallen.

Enligt Stramas studier 2003–2006 om antibiotikaanvändning i slutenvården behandlades cirka var femte patient som var inlagd på en geriatrisk klinik med antibiotika. Även här var nedre urinvägsinfektioner vanligast och orsakade en tredjedel av behandlingarna. Den näst vanligaste orsaken var hud- och mjukdelsinfektioner (19 procent) följt av nedre luftvägsinfektioner (13 procent).

Resultaten från såväl vecka PPS-studierna som SANT-studien visar att behandlingsrekommendationerna för nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor ofta inte följs. 50 procent var ordinerade

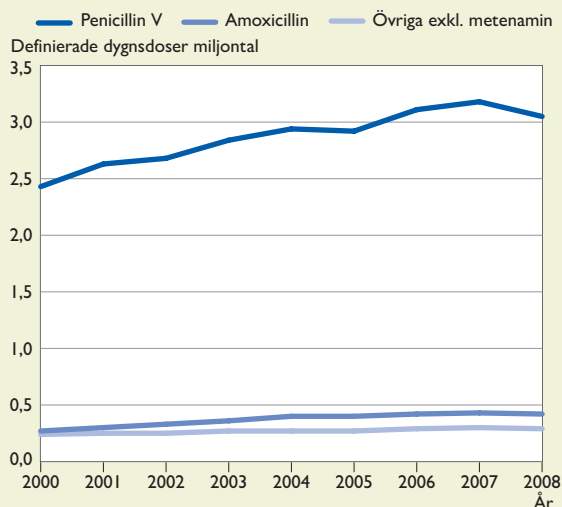
antibiotika som inte rekommenderas, t.ex. kinoloner. Enligt SANT-studien förekom dessutom för långa behandlingstider: endast 6 procent fick fem dagars eller kortare behandling. Varken vecka PPS-studierna eller SANT-studien var utformade för att värdera kvaliteten på den diagnostik som låg till grund för ordinationerna. Den höga andelen behandlingar av urinvägsinfektioner berodde sannolikt delvis på att bakterier påvisats i urinen hos patienter med diffusa symtom, men utan symtom från urinvägarna, s.k. asymtomatisk bakteriuri. Asymtomatisk bakteriuri är ett tillstånd som inte ska antibiotikabehandlas.

Hög förskrivning i tandvården

Tandläkarnas antibiotikaförskrivning ökade under perioden 2000–2007 (figur 3:64). Det visar Apotekens försäljningsstatistik. År 2007 skrev tand-

Figur 3:64. Antibiotikaförskrivning i tandvården

Utveckling över tid.



läkarna ut cirka 7 procent av all antibiotika inom öppenvården i Sverige. Mer än tre fjärdedelar var penicillin V, vilket motsvarade 22 procent av allt penicillin V som skrevs ut. Orsakerna till den ökade antibiotikaförskrivningen inom tandvården är inte kända. År 2008 ses dock en tendens till minskning.

Var tredje får antibiotika på sjukhus

Endast omkring 10 procent av all antibiotika ordinerar i slutenvården, räknat som definierade dygnsdoser (DDD), men konsumtionen ökar kontinuerligt. Stramas studier har visat att omkring var tredje patient på svenska sjukhus fick antibiotika en given dag [5]. Förutom behandling av ”sambandsförvärvade” infektioner behandlade man vårdrelaterade infektioner. Antibiotika användes också för att förebygga infektioner vid kirurgiska ingrepp, specifika immunbrister eller immunsänkande medicinsk behandling (tabell 3.15).

Tabell 3:15. Antibiotikabehandlade i slutenvården

Antibiotikabehandlade vid Stramas nationella punkt-prevalensstudier, andel (procent) av samtliga patienter i slutenvården, totalt samt fördelat på diagnos.

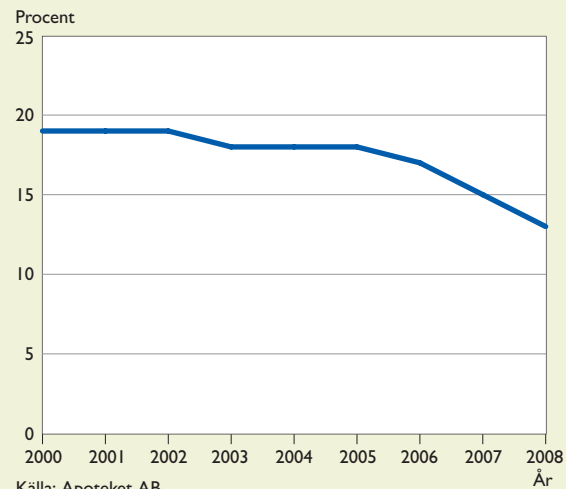
	2003	2004	2006
Antibiotikabehandlade, totalt	32	34	35
Samhällsförvärvad infektion	17	18	19
Vårdrelaterad infektion	9	9	10
Kirurgisk + medicinsk profylax	6	7	6

Källa: Strama [10]

År 2008 genomförde Socialstyrelsen flera enkätstudier och besök vid ett antal kliniker, för att ut-

Figur 3:65. Cefalosporiner

Andel cefalosporiner av all antibiotika i slutenvård 2000–2008.



värdera hur de hanterade och använde antibiotika [10]. Resultaten visade att

- de flesta kliniker har behandlingsriktlinjer, men det saknas vanligen riktlinjer för hur respektive diagnos ska ställas
- få kliniker har rutiner för att följa upp hur riktlinjerna följs
- ännu färre kliniker (ingen i slutenvården) har incitament för att redovisa följsamheten som ett kvalitetsmått.

Den vanligaste antibiotikagrupper inom den slutna vården är cefalosporiner. Strama rekommenderar dock att användningen av cefalosporiner ska minska på grund av risk för resistensutveckling [11]. Figur 3:65 visar att andelen cefalosporiner av all antibiotika i slutenvården minskade under åren 2000–2008.

För hög användning av antibiotika med brett spektrum vid lunginflammation och urinvägsinfektioner

Svenska infektionsläkarföreningen rekommenderar att samhällsförvärd lunginflammation (pneumoni) av lindrig eller måttlig svårighetsgrad i första hand ska behandlas med smalspektrum-penicillin [12]. Men enligt Stramas studier (där svårighetsgraden dock inte dokumenterats) fick år 2006 endast 15 procent av patienterna smalspektrum-penicillin. I stället var bredspektrumpreparat som cefalosporiner och tetracykliner vanligare – de stod för nästan hälften av alla behandlingar. Behandlingen av samhällsförvärd lunginflammation förändrades inte nämnvärt mellan åren 2003–2006. Stramas senaste mätning 2008 visar emellertid preliminärt att detta mönster nu är på väg att brytas. Andelen cefalosporiner minskade från 37 till 28 procent och andelen antibiotika med smalt spektrum ökade från 15 till 27 procent mellan 2006 och 2008.

Samhällsförvärdade nedre urinvägsinfektioner bör behandlas på samma sätt i slutenvården som i öppenvården. Andelen kinoloner bör därför ligga under 10 procent av behandlingsmedlen. Men Stramas första punktprevalensstudie visade att kinoloner var vanligt för att behandla nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor i slutenvården. Denna behandling användes i 25 procent av fallen. Dessutom dominerade nedre urinvägsinfektioner starkt bland de vårdrelaterade infektionerna. Man misstänkte därför att asymtomatisk bakteriuri överdiagnostiserades och överbehandlades. Mellan 2003 och 2006 minskade dock förskrivningen av kinoloner till förmån för rekommenderade läkemedel. Preliminär analys av 2008 års mätning visade på ytterligare förbättringar.

Antibiotikabehandling inför operationer – alltför många får för många doser

Vid de flesta operationer där profylax ges ska patienten enbart få en singeldos av antibiotika i förebyggande syfte. Upprepade doser är endast aktuellt vid långa operationer och vissa ortopediska ingrepp – den sammanlagda profylaxen ska aldrig ges under längre tid än ett dygn. Detta framgår av Läkeemedelsverkets behandlingsriktlinjer för antibiotikaprofylax vid kirurgi 1999. Riktlinjerna beskriver också vid vilka ingrepp som antibiotikaprofylax är motiverat. Enligt Stramas studier sjönk andelen patienter som fick profylax längre än ett dygn från 47 procent till 31 procent mellan 2003 och 2006. Vid mätningen år 2008 visades ingen ytterligare förbättring.

Resistenta bakterier orsakar många problem

All antibiotikaanvändning framkallar i någon grad resistenta bakterier. Förmågan att driva på resistensutvecklingen varierar stort mellan olika typer av antibiotika och beror på en rad faktorer hos både läkemedlet, bakterien och patienten. De resistenta bakteriestammarna sprids lättare i tätbefolkade grupper i samhället samt när handhygien och andra hygieniska rutiner brister inom vården och omsorgen. Överdriven användning av antibiotika är den huvudsakliga orsaken till resistenta bakterier. Samtidigt utvecklas inte nya antibiotika i tillräcklig omfattning, vilket gör det svårare att behandla allvarliga infektioner.

För sjukvården innebär antibiotikaresistens ökade kostnader på grund av förlängd vårdtid, dyrare andrahandsläkemedel och onödiga komplikationer. För samhället innebär resistensen ökade kostnader för sjukskrivningar och utebli-

ven produktion [13]. För den enskilda patienten innebär antibiotikabehandlingen i sig att patienten dels riskerar att utveckla resistenta bakterier i normalfloran, dels löper en ökad risk att smittas av vissa resistenta bakterier [14, 15]. Om tarmfloran rubbas kan patienten också få en allvarlig diarré som orsakas av bakterien *C. difficile*. Vidare kan det ta längre tid att hitta en behandling som fungerar om patienten utvecklar en infektion som orsakas av resistenta bakterier. Då ökar risken för komplikationer, bestående men och död [16, 17]. Dessutom finns en troligen underskattad risk för biverkningar orsakade av antibiotika [18].

Världshälsoorganisationen (WHO) rapporterade år 2007 att de resistenta bakterierna hotar många landvinningar inom infektionsbehandlingen [19]. Infektioner som orsakas av resistenta bakterier är det största hotet mot Europas invånare i framtiden, enligt Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) [20].

Sverige har förbundit sig att leva upp till Europarådets rekommendation från år 2001 om återhållsam användning av antimikrobiella medel inom humanmedicin [21]. Hittills har Sverige haft mindre problem med antibiotikaresistens än de flesta andra länder, men problemen ökar. Problemen beror dels på att bakterier i landet utvecklar resistens och sprids, dels på att resistenta bakterier kommer in från andra länder. Det finns inga allmänt vedertagna indikatorer på vad som är ”bra eller dåligt”, ”mycket eller lite”, ”högt eller lågt” när det gäller antibiotikaresistens. Bilden kompliceras av att måtten varierar för varje enskild kombination av bakterieart och antibiotika.

Läkare är skyldiga att anmäla olika typer av allvarlig antibiotikaresistens enligt smittskyddslagen. Det gäller både fall som upptäcks i samband med sjukdom och asymtomatiska fall som upptäcks

genom smittspårning eller screeningprovtagning. I figur 3:66 redovisas utvecklingen av anmälda fall av infektioner med resistenta bakterier.

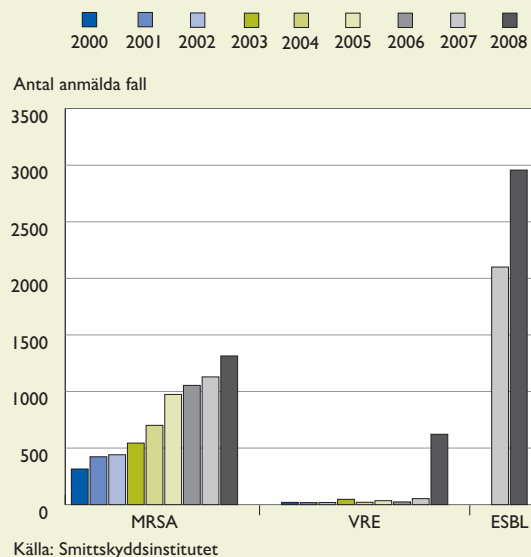
MRSA-infektioner ökar

År 2008 rapporterades 1 313 fall av hudbakterien meticillinresistenta gula stafylokker (MRSA) i Sverige. Siffran har ökat successivt sedan år 2000 när anmälningsplikten infördes (figur 3:66). MRSA har tidigare mest varit ett problem i slutenvården, men nu ökar infektionen också ute i samhället, både vad gäller inhemskt förvärvade fall och fall där infektionen förvärvats utomlands.

Studier har visat på ett klart samband mellan tidigare antibiotikabehandling och fynd av MRSA i odlingsprov. Särskilt hög är risken efter en tidigare kinolonbehandling. Inom vården är strikt

Figur 3:66. Förekomst av antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens som är anmälningspliktig enligt smittskyddslagen.



vårdhygien den viktigaste åtgärden för att minska spridningen av MRSA. Detta gäller inte bara i slutenvården, utan även i särskilda boenden och liknande.

Ett annat nytt problem är att MRSA sprids mellan människor och djur. I Sverige har man hittills sett MRSA hos hundar, hästar och personal på djursjukhus. I andra länder är det vanligare att bakterien sprids från grisar till människor. Jämfört med övriga europeiska länder är MRSA fortfarande ovanligt i Sverige [22].

ESBL – ett växande hot mot effektiv infektionsbehandling

Bakterierna *E. coli* och *Klebsiella* med förmåga att producera ESBL har ökat explosionsartat inom loppet av några år. ESBL är ett enzym som bryter ned vissa vanliga antibiotika som cefalosporiner. År 2007 blev laboratorierna skyldiga att anmäla sådana fall enligt smittskyddslagen, på grund av den snabba ökningen samt flera lokala utbrott, det största i Uppsala. Strama tog också fram ett förslag till vårdprogram [11]. Många bakterier som kan producera ESBL är ofta resistenta mot flera typer av antibiotika samtidigt. Risken är då att det över huvud taget inte finns några behandlingsalternativ. Tarmbakterien *E. coli* är den vanligaste orsaken till urinvägsinfektion, och även en vanlig orsak till allvarliga infektioner som blodförgiftning. Urinvägsinfektioner som orsakats av bakterier som kan producera ESBL kan inte längre behandlas med antibiotika i tablettform. Patienter som drabbas av blodförgiftning orsakade av dessa bakterier riskerar att avlida på grund av att den rekommenderade behandlingen man måste ge i

avvaktan på resultatet av resistensbestämningen inte är effektiv.

Enterokocker (VRE) är en annan grupp av tarmbakterier som kan ge allvarliga infektioner under vissa omständigheter, framför allt hos patienter med nedsatt immunförsvar. Enterokocker med resistens mot antibiotikatypen vancomycin har varit ett problem på många sjukhus i världen, men Sverige har i stort sett förskonats. År 2007 inträffade dock ett utbrott i Stockholmstrakten som spritt sig till flera län och vars konsekvenser man för närvarande försöker begränsa.

Allmänhetens kunskaper om antibiotika kan förbättras

Strama har genomfört en enkätstudie för att undersöka allmänhetens kunskaper om antibiotika [23]. Studien visade att de flesta, 77 procent, visste att antibiotika är effektivt mot bakterier, men 27 procent trodde att antibiotika även är effektivt mot virus. 81 procent visste att antibiotika kan orsaka obalans i kroppens bakterieflora. Lika många visste att bakterier kan bli resistenta mot antibiotika, men 85 procent trodde att det är människan som blir resistent. Så pass många som en tredjedel av de tillfrågade ansåg sig själva veta när de behövde antibiotika. Det är sannolikt att patienternas och allmänhetens kunskaper har betydelse för antibiotikaförskrivningen och det är därför angeläget att öka kunskapen om infektionsbehandling och när nyttan med antibiotika överväger nackdelarna.

Referenser

1. Behandling av akut öroninflammation – konsensusuttalande: Landstingsförbundet, Medicinska forskningsrådet och Socialstyrelsen; 2000.
2. Ljung R, Ericsson Ö, Köster M. Kvalitetsindikatorer för antibiotikaförskrivning i primärvården. *Läkartidningen* 2007;(104):2952–4.
3. Mölstad S. God förskrivning av antibiotika – tolv kvalitetsindikatorer. *Läkartidningen* 2008(105):614.
4. André M, Vernby Å, Stålsby L, Odenholt I, Axelsson I, Eriksson M, Runeheden A, Schwan Å, Mölstad S. Allmänläkare förskrev mindre antibiotika men utnyttjade CRP-test mer. *Diagnosförskrivningsstudier för åren 2000–2005*. *Läkartidningen* 2008;105:2851–4.
5. Strama. Hur används antibiotika på ditt sjukhus? PPS 2003, 2004 och 2006. Solna: Strama; 2007.
6. Andre M, Vernby A, Odenholt I, Stålsby Lundborg C, Axelsson I, Eriksson M, Runeheden A, Schwan Å, Mölstad S. Allmänläkare förskrev mindre antibiotika men utnyttjade CRP-test mer. *Diagnosförskrivningsstudier för åren 2000–2005*. *Läkartidningen* 2008;105(41):2851–4.
7. Hedin K, Andre M, Håkansson A, Mölstad S, Rodhe N, Petersson C. A population-based study of different antibiotic prescribing in different areas. *Br J Gen Pract* 2006;56(530):680–5.
8. Österlund A, Carlsson Å. Primärvården följer inte SFAMs mål för antibiotikaförskrivning. *Läkartidningen* 2008;(105):210–4.
9. Pettersson E, Vernby Å, Mölstad S, Stålsby Lundborg C. Infections and antibiotic prescribing in Swedish nursing homes: a cross-sectional study. *Scand J Infect Dis* 2008;40(5):393–8.
10. Socialstyrelsen. Inventering av antibiotikaanvändningen inom hälso- och sjukvården. Rapportering av regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
11. Strama. Vårdprogram – ESBL. Hämtad 2009-02-23 från <http://www.strama.org/dyn//,46,15.html>.
12. Strålin K, Goscinski G, Hedlund J, Lidman C, Spindler C, Örtqvist Å, Holmberg H. Handläggning av samhällsförvärd pneumoni hos vuxna. Evidensbaserade riktlinjer från Svenska infektionsläkarföreningen. *Läkartidningen* 2008; 105(38):2582–7.
13. Action on Antibiotic Resistance. Burden of resistance – fact sheets from ReAct-Action against antibiotic resistance. Hämtad 2009-01-02 från <http://www.reactgroup.org/dyn//,10,2,16.html>.
14. Schneider-Lindner V, Delaney JA, Dial S, Dascal A, Suissa S. Antimicrobial drugs and community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, United Kingdom. *Emerg Infect Dis* 2007;13(7):994–1000.
15. Tacconelli E, De Angelis G, Cataldo MA, Pozzi E, Cauda R. Does antibiotic exposure increase the risk of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) isolation? A systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother* 2008;61(1):26–38.
16. Zaragoza R, Artero A, Camarena JJ, Sancho S, Gonzalez R, Nogueira JM. The influence of inadequate empirical antimicrobial treatment on patients with bloodstream infections in an intensive care unit. *Clin Microbiol Infect* 2003;9(5):412–8.
17. Valles J, Rello J, Ochagavia A, Garnacho J, Alcalá MA. Community-acquired bloodstream infection in critically ill adult patients: impact of shock and inappropriate antibiotic therapy on survival. *Chest* 2003;123(5):1615–24.
18. Shehab N, Patel PR, Srinivasan A, Budnitz DS. Emergency department visits for antibiotic-associated adverse events. *Clin Infect Dis* 2008;47(6):735–43.
19. World health report 2007. A safer future – global public health security in the 21st century. Geneva: WHO; 2007.

20. The Annual Epidemiological Report on Communicable Disease in Europe. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2007.
21. Rådets rekommendation (2002/77/EG) av den 15 november 2001 om återhållsam användning av antimikrobiella medel inom humanmedicin.
22. European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS). EARSS Results. Hämtad 2009-01-02 från <http://www.rivm.nl/earss/result/>.
23. Strama. Vilka kunskaper och förväntningar har allmänheten i samband med antibiotikabehandling? Resultat från Stramas enkätstudie. Solna: Strama; 2007.

Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar

Sammanfattning

Risken att avlida i någon hjärt- och kärlsjukdom har minskat för båda könen, vilket är den främsta förklaringen till att medellivslängden i Sverige har ökat på senare år.

Men fortfarande är dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar hög i Sverige, jämfört med till exempel länder i södra Europa. En stor del av alla hjärtinfarkter skulle kunna förebyggas om fler människor förändrade sina levnadsvanor. Sjukvården kan spela en mycket mer aktiv roll när det gäller att erbjuda stöd och effektiva metoder inom detta område.

Hjärtinfarkt är den vanligaste orsaken till akut sjukvård i Sverige. Vården vid hjärtinfarkt har förbättrats, vilket bland annat beror på att läkemedelsbehandlingen efter hjärtinfarkt har anpassats till aktuella riktlinjer. Fler genomgår också kranskärlsröntgen och ballongvidgning än tidigare. En tredjedel av dem som rökte när de fick hjärtinfarkt fortsätter att röka, vilket visar att vården behöver bli bättre på att stödja patienter att sluta röka.

Vården vid hjärtsvikt har också förbättrats markant under senare år, och andelen personer som avlider har minskat. Det beror bland annat på bättre diagnostik och nya behandlingsmetoder.

Behandling med warfarin (ett blodproppsförebyggande läkemedel) är väldokumenterat effektivt för patienter med förmaksflimmer och risk för stroke. Ändå utnyttjas inte denna behandling i tillräcklig utsträckning för dessa patientgrupper.

Sedan mitten av 1990-talet har andelen strokepatienter som vårdats på en strokeenhet ökat successivt. Under samma period har dödligheten minskat. Dessutom kan en något större andel patienter än tidigare klara sig själva utan hjälp av andra tre månader efter stroke. 94 procent av strokepatienterna behandlas också med någon typ av blodproppsförebyggande medel för att förhindra nyinsjuknande i hjärt- och kärlsjukdom.

Sammanfattningsvis visar analyserna av hjärt- och strokevården att sjukvårdens behandlande insatser ger goda resultat. Däremot finns stor förbättringspotential när det gäller det förebyggande arbetet.

Dödligheten minskar

Hjärt- och kärlsjukdomar är sjukdomar som drabbar hjärtat och blodkärlen. Hit hör till exempel stroke (slaganfall) och kranskärlssjukdomar som hjärtinfarkt och kärlkramp (angina pectoris).

Risken att dö i en hjärt- och kärlsjukdom har minskat dramatiskt. Detta är den viktigaste orsaken till att medellivslängden alltså ökar för både kvinnor och män. Hjärt- och kärlsjukdomar är dock fortfarande den vanligaste dödsorsaken [1].

42 procent av alla som avled år 2006 dog av en hjärt- och kärlsjukdom. Vanligast var ischemiska hjärtsjukdomar, det vill säga sjukdomar som beror på att hjärtat inte får tillräckligt med syre – huvudsakligen kranskärlssjukdomar. 18 procent av samtliga kvinnor dog av sådana sjukdomar, och 21 procent av männen. Vidare dog 10 procent av kvinnorna och 8 procent av männen på grund av cerebrovasculära sjukdomar (stroke, sjukdomar i hjärnans blodkärl med mera).

Ordförklaringar

EKG (ekokardiografi) Ultraljud av hjärtat

ST-höjningsinfarkt Infarkt då en särskild våg syns på EKG-kurvan. Infarkten är ofta allvarligare med än utan ST-höjning.

Ikke-ST-höjningsinfarkt Infarkt utan en extra våg (se ovan)

PCI (perkutan koronar intervention) Metod för att vidga förträngningar i hjärtats kranskärl med kateter – en ledare förs in via till exempel ljumskpulsådern upp till kranskärlät som vanligtvis vidgas med en ballong (ballongvidgning)

Bypassoperation Operation där man kirurgiskt anlägger nya kärlförbindelser mellan kroppspulsådern och kranskärlen för att leda blodet förbi förträngningar i kranskärlen

Kolesterol (blodfetter) Fettämnen som förekommer naturligt i kroppen – för höga halter av det dåliga kolesterolet (LDL) ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar

Revaskularisering Ingrepp för att förbättra eller återställa blodcirkulationen

Trombolys Behandling med läkemedel som löser upp en blodpropp

Reperusionsbehandling Behandling där man återställer blodflödet till hjärtat med trombolys eller PCI

Antikoagulantia Blodproppsförebyggande läkemedel, t.ex. acetylsalicylsyra (ASA), klopido-grel eller warfarin

ADL Aktiviteter i det dagliga livet, ett instrument som används för att bedöma en persons funktionsförmåga och behov av hjälp med olika aktiviteter

Underlag, mått och indikatorer

Underlagen till detta avsnitt baseras framför allt på patientregistret, läkemedelsregistret, dödsorsaksregistret samt kvalitetsregistren Riks-HIA och Riks-Stroke. Ett viktigt underlag har också varit den uppföljning av hjärtsjukvården som Socialstyrelsen publicerade våren 2009 [2]. Bedömningar och analyser i avsnittet relateras till Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård respektive strokesjukvård [3, 4]. Här redovisas följande indikatorer:

- **Hjärtinfarkt:**
dödlighet (letalitet) inom 28 dagar, dödlighet (letalitet) inom 28 dagar efter sjukhusvård, kranskärlsröntgen vid ikke-ST-höjningsinfarkt, andel reperusionsbehandlade vid ST-höjningsinfarkt, andel klopido-grelbehandlade vid ikke-ST-höjningsinfarkt, sekundärprevention efter hjärtinfarkt – andel statinbehandlade och andel som slutar röka.
- **Hjärtsvikt:**
slutenvård på grund av hjärtsvikt, läkemedelsbehandling efter sjukhusvårdad hjärtsvikt.
- **Förmaksflimmer:**
warfarinbehandling vid förmaksflimmer och en annan samtidig riskfaktor.
- **Stroke:**
dödlighet (letalitet) inom 28 dagar, dödlighet (letalitet) inom 28 dagar efter sjukhusvård för stroke, vård på strokeenhet – ADL-beroende tre månader efter insjuknande, återinskrivning för stroke inom ett år, patientnöjdhet med vården respektive rehabilitering efter stroke.

Minst en tredjedel av hjärtinfarkterna och strokefallen kan förebyggas

Hjärt- och kärlsjukdomar beror främst på åderförkalkning (arterioskleros), vilket gör att blodcirkulationen försämras och det uppstår syrebrist (ischemi) i kroppens organ. Syrebristen kan ge obotliga skador på hjärtat och hjärnan. Ohälsosamma levnadsvanor påskyndar, medan hälsosamma levnadsvanor bromsar sjukdomsförloppet. Tidigt fokus på levnadsvanor, redan hos barn och ungdomar, har visat sig ha stor betydelse för att minska risken att senare i livet drabbas av hjärt- och kärlsjukdom [5].

I Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård konstateras att majoriteten av alla hjärtinfarkter skulle kunna förebyggas om fler människor utvecklade mer hälsosamma levnadsvanor [3]. Därför prioriteras förebyggande åtgärder högt i riktlinjerna (se faktaruta). Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i hälso- och sjukvården beskrivs i avsnittet *Hälsoinriktad hälso- och sjukvård*.

Det går att beräkna hur stor andel av alla sjukdomsfall i befolkningen som orsakas av en viss riskfaktor. Man utgår då från uppgifter om hur många personer som bär på riskfaktorn och från den relativa riskökning som riskfaktorn innebär. Åtminstone två tredjedelar av samtliga insjuknanden i hjärtinfarkt och stroke kan förklaras av fem riskfaktorer:

- högt blodtryck
- höga kolesterolnivåer
- rökning
- låg fysisk aktivitet
- förmaksflimmer.

Rekommendationer – levnadsvanor

- Hjärt- och kärlfriska patienters levnadsvanor (tobaksvanor, fysisk aktivitet, matvanor, alkoholvanor) bör i ökad utsträckning kartläggas och dokumenteras i samband med sjukvårdskontakt, och råd bör ges oberoende av om patienten har högt blodtryck, är överviktig eller har en blodfetter-rubbning (*prioritet 1–5*).
- Ställningstagande till läkemedelsbehandling för att förebygga kranskärlssjukdom bör baseras på en samlad riskfaktorbedömning och inte på mätning av enskilda biologiska riskfaktorer som blodtryck eller blodfetter.
- Råd och stöd för förbättrade levnadsvanor bör i allmänhet ges i 12 månader innan patienten påbörjar eventuell läkemedelsbehandling mot högt blodtryck (hypertoni) eller blodfetterrubbning. Vid allvarlig hypertoni bör läkemedelsbehandling inledas direkt (*prioritet 1*).

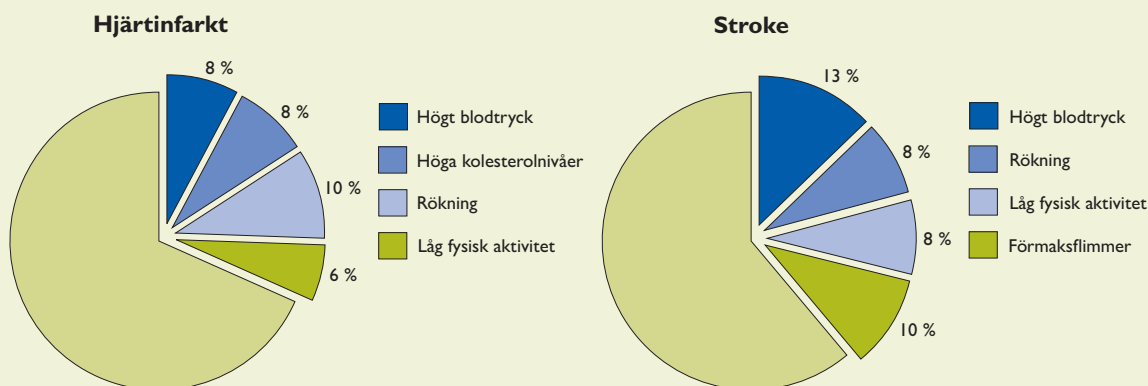
Läkemedel

- Vid läkemedelsbehandling av okomplicerad hypertoni bör i första hand ett eller flera generiska läkemedel användas, förutsatt att det generiska läkemedlet (kopior av originalpreparat) är billigare än originalet (*prioritet 4*).
- ARB angiotensinreceptorblockerare bör inte användas som förstahandsläkemedel vid hypertoni (*prioritet 10*), utan endast vid intolerans för ACE-hämmare (*prioritet 2*).
- Vid läkemedelsbehandling av förhöjda kolesterolvärden kan i första hand generiskt simvastatin ges (*prioritet 8*).

Källa: Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård [3]

Figur 3:67. Förebyggande av hjärtinfarkt och stroke

Uppskattning av andelen sjukdomsfall som kan förebyggas om hälften av personerna med en riskfaktor upptäcks och får behandling eller förändrar sina levnadsvanor.



Källa: Socialstyrelsen egna beräkningar, främst baserade på Northern Sweden MONICA Project

Ett ambitiöst men inte orealistiskt mål för de förebyggande insatserna är att hälften av dem som bär på någon av de fem riskfaktorerna upptäcks och behandlas adekvat. I så fall skulle cirka en tredjedel av hjärtinfarkt- och strokefallen kunna elimineras, åtminstone i åldrar upp till 75 år (figur 3:67).

Siffran bygger på beräkningar utifrån svenska epidemiologiska data för åldersgrupperna 35–75 år. Ett undantag är dock underlaget för förmaksflimmer, som bygger på internationella studier i åldrarna 65–84 år.

I beräkningarna har vi använt siffror i det lägre spannet av rapporterade riskökningar – vilket möj-

ligen underskattar potentialen av preventiva insatser. Höga kolesterolvärden medför i sig en mycket liten riskökning för stroke och har därför inte redovisats i stokediagrammet i figur 3:67.

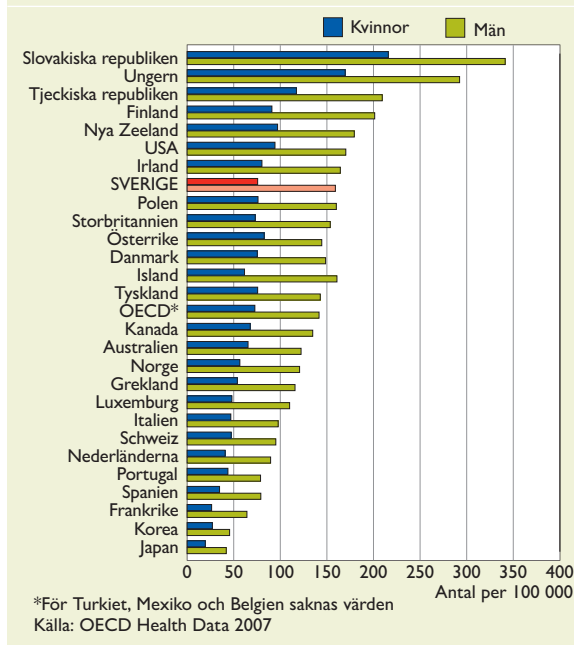
Dödligheten är högre i Sverige än i södra Europa

Norra Europa har länge varit ett högriskområde för kranskärlssjukdomar. Det finns dock tecken på att skillnaderna inom Europa håller på att minska, även om dödligheten i kranskärlssjukdomar fortfarande är högre i Sverige än till exempel i Medelhavsländerna.

År 2004 svarade hjärt- och kärlsjukdomar, inklusive stroke, för ungefär en fjärdedel av samtliga dödsfall i OECD-länderna [6]. Enbart de ischemiska hjärtsjukdomarna stod för 16 procent av dödsfallen. Dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar varierade dock mellan länderna (figur 3:68).

Figur 3:68. Avlidna i ischemisk hjärtsjukdom i OECD

Antal personer per 100 000 kvinnor och män som avlider i ischemisk hjärtsjukdom, år 2004* (åldersstandardiserat).



I Sverige dog en något högre andel i ischemiska hjärtsjukdomar än i OECD som helhet: 112 per 100 000 invånare jämfört med 102 per 100 000 invånare. Vidare dog i genomsnitt ungefär dubbelt så stor andel män som kvinnor i ischemiska hjärtsjuk-

domar i samtliga OECD-länder: 142 per 100 000 män jämfört med 73 per 100 000 kvinnor. Sedan 1980-talet har dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar dock minskat i samtliga OECD-länder. Minskningen har varit särskilt stor i Danmark, Sverige, Australien, Nederländerna och Kanada, där dödligheten har mer än halverats. Trots denna minskning bedöms dock ischemisk hjärtsjukdom även i fortsättningen vara en av de vanligaste dödsorsakerna i världen. Minskningarna gäller åldersstandardiserade tal, d.v.s. risken att avlida vid en given ålder. Eftersom allt fler når högre åldrar med ökad risk för ischemisk hjärtsjukdom, sjunker totalantalet avlidna inte lika snabbt som den åldersstandardiserade dödligheten.

Hjärtinfarkt

– den vanligaste orsaken till akut vård

Hjärtinfarkt (akut kranskärlssjukdom) är den vanligaste orsaken till att människor behöver akut sjukvård i Sverige. Vården vid akut hjärtinfarkt har förbättrats avsevärt under perioden 1995–2007 genom bland annat en kraftigt ökande andel ballongvidgning av kranskärl (primär PCI), markant ökning av tidig kranskärlsröntgen och så kallad revaskularisering (ingrepp för att förbättra eller återställa blodcirkulationen) samt förbättrad följsamhet till andra rekommendationer för hjärtsjukvården.

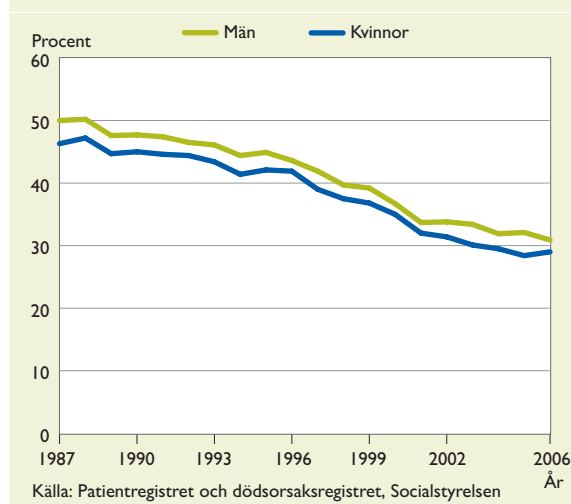
Den vanligaste dödsorsaken hos såväl män som kvinnor är ändå akut hjärtinfarkt – den utgör 16 respektive 11 procent av alla dödsfall. Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt är en internationellt etablerad indikator som speglar kvaliteten i hela vårdkedjan: från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och

den efterföljande vården. I måttet ingår samtliga personer som fått hjärtinfarkt, både de som avlider innan de hinner fram till sjukhuset och de som avlider på sjukhuset.

År 2006 drabbades 21 000 män och 15 500 kvinnor av hjärtinfarkt. Knappt en tredjedel dog inom 28 dagar, och ungefär 7 000 dog utanför akut-sjukvården. Andelen som dör inom 28 dagar har minskat avsevärt sedan år 1990 (figur 3:69). Det bör dock påpekas att fler patienter med lindriga infarkter har fått diagnosen sedan Socialstyrelsen införde utvidgade diagnoskriterier för hjärtinfarkt i de nationella riktlinjerna för kranskärlssjukvård år 2001. Detta är en bidragande förklaring till att andelen avlidna patienter har sjunkit.

Figur 3:69. Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt

Åldersstandardiserat.



För de personer som fått akut hjärtinfarkt och kommit till sjukhus för vård har dödligheten minskat betydligt sedan slutet av 1980-talet. År 2007 vårdades cirka 17 000 män och 12 000 kvinnor på sjukhus för hjärtinfarkt. År 2005–2007 dog knappt 15 procent av samtliga sjukhusvårdade hjärtinfarktpatienter inom 28 dagar och en tredjedel inom ett år.

Fler genomgår kranskärlsröntgen och ballongvidgning

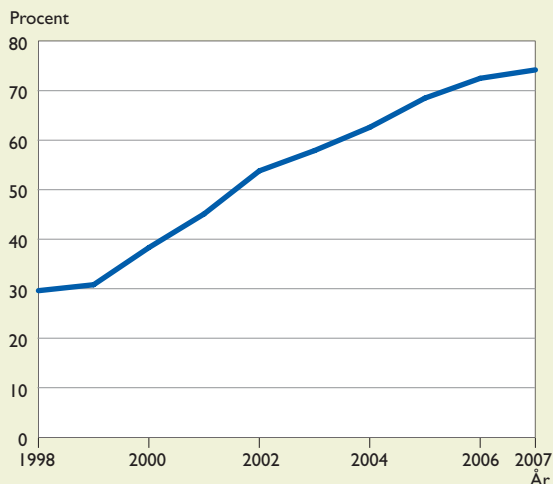
Ungefär 40 procent av alla infarkter är ST-höjningsinfarkter (oftast allvarligare), medan 60 procent är icke-ST-höjningsinfarkter (oftast lindrigare). I den akuta fasen behandlas infarkten med så kallad reperfusion. Det innebär antingen ballongvidgning (PCI), farmakologisk propplösande behandling (trombolys) eller, i ett fåtal fall, akut öppen hjärtoperation (bypasskirurgi).

Patientens kranskärl röntgas innan läkaren tar ställning till om patienten behöver en kärlöppnande behandling med PCI eller bypasskirurgi. Om kranskärlsröntgen utförs tidigt får patienten en snabbare behandling och en bättre prognos. Enligt hjärtsjukvårdsriktlinjerna ska behandlingen prioriteras högst hos dem som har ytterligare två av följande riskfaktorer: ålder över 65 år, manligt kön, diabetes, tidigare infarkt eller andra tecken på allvarlig syrebrist i hjärtat.

Sedan en tid har man kranskärlsröntgat alla patienter med ST-höjningsinfarkter. Patienter med icke-ST-höjningsinfarkter behöver oftast inte PCI eller bypasskirurgi, men de bör ändå erbjudas

Figur 3:70. Andel kranskärlsröntgade patienter

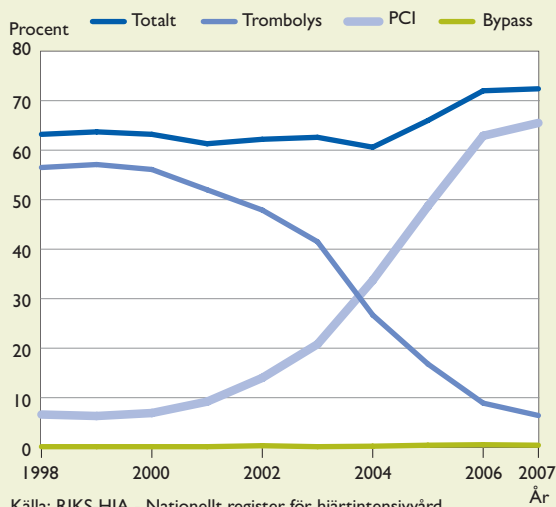
Avser patienter < 80 år vid icke-ST-höjningsinfarkt och ytterligare riskfaktorer.



Källa: RIKS-HIA – Nationellt register för hjärtintensivvård

Figur 3:71. Reperfusionsbehandling

Avser patienter < 80 år vid ST-höjningsinfarkt.



Källa: RIKS-HIA - Nationellt register för hjärtintensivvård

kranskärlsröntgen. I figur 3:70 redovisas andelen kranskärlsröntgade patienter med icke-ST-höjningsinfarkt samt ytterligare riskfaktorer. År 2007 var det 74 procent av dessa patienter som kranskärlsröntgades eller planerades genomgå en sådan undersökning. Sedan början av 2000-talet har andelen ökat successivt.

Tidigare behandlades ST-höjningsinfarkt i första hand med trombolys. De senaste åren har den vetenskapliga dokumentationen för nyttan av PCI stärkts och användningen har därför ökat kraftigt. PCI utförs inte vid alla sjukhus, vilket gör det geografiska avståndet till en faktor vid val av behandlingsstrategi. I figur 3:71 redovisas andelen patienter med ST-höjningsinfarkt som fått olika typer av reperfusionsbehandling.

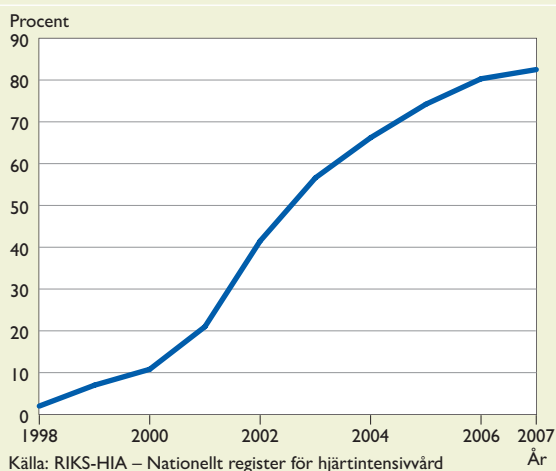
De flesta behandlas enligt riktlinjerna efter en hjärtinfarkt

Vid utskrivning från sjukhus ges patienterna flera läkemedel i syfte att minska risken för återinsjuknande i hjärtinfarkt. Det handlar om blodproppsförebyggande medel (antikoagulantia), läkemedel som underlättar hjärtats arbete (betareceptorblockerare), läkemedel som minskar belastningen på hjärtat (ACE-hämmare eller angiotensin II-hämmare, så kallat ARB) samt blodfettssänkande medel.

Patienter som haft icke-ST-höjningsinfarkt behandlar man med acetylsalicylsyra (ASA), klopidogrel eller warfarin för att förebygga blodproppar. Risken att patienten får hjärtinfarkt, stroke eller dör har visats minska om man kompletterar ASA-behandling med klopidogrel under de första 3–12 månaderna efter en episod av instabil kranskärlssjukdom. Behandling under denna period har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna. I riktlinjerna rekommenderas dock inte en längre tids behandling, eftersom det saknas stöd för att nyttan

Figur 3:72. Klopido­grelbehandling efter hjärtinfarkt

Avser patienter med icke-ST-höjningsinfarkt < 80 år.



överbäger riskerna (blödningskomplikationer) vid långtidsbehandling. I princip bör samtliga patienter med icke-ST-höjningsinfarkt behandlas med klopido­grel, om det inte finns några medicinska hinder.

I figur 3:72 visas andelen sjukhusvårdade med icke-ST-höjningsinfarkt som fick klopido­grel år 1998–2007. År 2007 fick 82 procent av alla patienter detta läkemedel. Andelen har ökat kraftigt sedan början av 2000-talet, men år 2007 verkar ökningstakten ha avtagit [7].

För höga nivåer av blodtryck och blodfetter (kolesterol) hos patienter som haft hjärtinfarkt eller stroke ökar risken för förnyad hjärt- och kärlsjukdom. Som tidigare nämnts är omläggning av levnads­vanorna i hälsosammare riktning naturliga delar av behandlingen, men en betydande andel av hjärtinfarktpatienterna kan också behöva blodfettssänkande läkemedelsbehandling. Behandling med statiner (blodfettssänkande läkemedel) sänker kolesterolvärdet och minskar risken för nya för­träng-

ningar i kranskär­len, och har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Av de personer som vårdats för hjärtinfarkt år 2005–2006 hämtade 83 procent av männen och 80 procent av kvinnorna ut dessa läkemedel 12–18 månader efter sjukhusvistelsen [7].

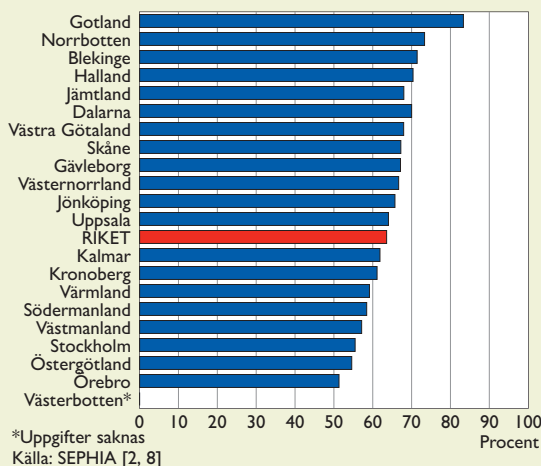
Två tredjedelar slutar röka efter en hjärtinfarkt

Om patienter med kranskär­lssjukdomar slutar röka så minskar risken för att återinsjukna eller dö i hjärtinfarkt. Detta gäller oavsett kön eller ålder. Därför är rökstopp efter hjärtinfarkt en högt prioriterad åtgärd i de nationella riktlinjerna. Sjukvården kan i hög grad påverka hur många som slutar röka genom att erbjuda exempelvis grupp­terapi, läkemedel och andra rökavvänjningsmetoder.

63 procent av patienterna som var rökare när de fick hjärtinfarkt hade slutat röka vid uppföljning 6–10 veckor efter infarkten (figur 3:73). Drygt en fjärdedel av dessa var kvinnor.

Figur 3:73. Rökstopp efter hjärtinfarkt

Andel rökare som slutat röka vid uppföljning 6–10 veckor efter hjärtinfarkt, avser patienter < 75 år, år 2006–2007.



Uppgifterna kommer från kvalitetsregistret SEPHIA, som följer upp hjärtinfarktpatienter som rapporterats till Riks-HIA [8]. Registret är under uppbyggnad och har en varierande täckningsgrad vid de olika sjukhusen och landstingen. Därför måste skillnader mellan landstingen tolkas med försiktighet.

Hjärtsvikt – goda behandlingsresultat

Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom som innebär att hjärtat inte kan pumpa blodet från hjärtat till kroppens olika organ med tillräcklig kraft. Hjärtsvikt utvecklas ofta gradvis. Symtomen kan vara trötthet, andfåddhet vid ansträngning, andnöd och hosta på natten samt svullna ben. Hjärtsvikt går oftast inte att bota. Tillståndet är mycket allvarligt och kräver livslång behandling.

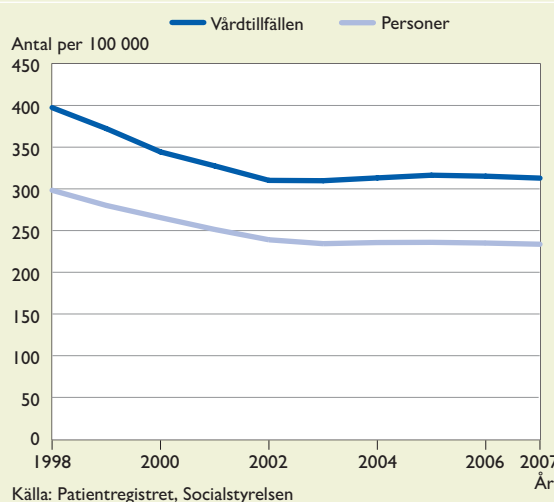
Uppskattningsvis lever cirka 200 000 personer i Sverige med hjärtsvikt som ger symtom. Troligen har minst lika många latent hjärtsvikt. Det betyder att hjärtat har nedsatt pumpförmåga utan att den drabbade känner sig trött eller andfådd. Ofta är det äldre som drabbas. Drygt 1 procent lider av hjärtsvikt i 50-årsåldern, och cirka 10 procent av alla över 70 år är drabbade. Antalet hjärtsviktspatienter kommer sannolikt att öka i framtiden, eftersom andelen äldre i befolkningen ökar.

År 2007 vårdades cirka 21 800 patienter för hjärtsvikt i sjukhusens slutenvård enligt patientregistret, ungefär lika många män som kvinnor. Hjärtsviktspatienterna behandlas dock även i den öppna vården. Patientregistret visar att en stor andel av patienterna som slutenvårdas för hjärtsvikt vårdas upprepade gånger vid sjukhus [2].

Behovet av akuta inläggningar på sjukhus vid hjärtsvikt är påverkbart. En välbehandlad hjärtsviktspatient kan förväntas ha lägre behov av inläggande sjukhusvård. Andelen akuta inläggningar

Figur 3:74. Slutenvård vid hjärtsvikt

Antal personer respektive vårdtillfällen per 100 000 invånare (åldersstandardiserat).



speglar hur framgångsrikt sjukvården behandlar hjärtsviktspatienter – genom hela vårdkedjan, från den öppna vården till specialistvården.

I dag överlever fler patienter än tidigare, och de har ett bättre välbefinnande. Antalet sjukhusinläggningar har också minskat. Detta beror på att behandlingen har moderniserats, med bland annat bättre diagnostik, nya läkemedel och avancerad pacemakerteknik (CRT). I figur 3:74 redovisas antalet personer som sjukhusvårdats med hjärtsvikt som huvuddiagnos, oavsett hur många vårdtillfällen de haft, under perioden 1998–2007. Figuren visar också antalet vårdtillfällen med huvuddiagnosen hjärtsvikt. Såväl antalet personer som antalet vårdtillfällen minskade fram till år 2002, medan ingen förändring märks därefter.

CRT-behandling prioriteras relativt högt i hjärt-riktlinjerna på grund av dess goda effekter på överlevnad, sjukdomsfrekvens och livskvalitet.

Behandlingen berör en stor patientgrupp, men insättandet av CRT:n är tekniskt svårt och kräver stor skicklighet och erfarenhet. Att ställa in och att få behandlingen att fungera på bästa sätt kräver samarbete mellan personal med kunskaper om pacemaker, hjärtsvikt och ekokardiografi. Dessutom är den initiala kostnaden för behandlingen hög.

CRT-behandlingen finns än så länge tillgänglig på ett relativt begränsat antal sjukhus i Sverige, och det råder brist på läkare med kompetens att operera in denna typ av pacemaker.

De flesta får läkemedel enligt riktlinjerna

Det har visat sig att blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB) har en mycket god preventiv effekt hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad. Behandlingen minskar risken för att patienterna behöver läggas in på sjukhus, får hjärtinfarkt eller dör. Behandlingen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. I princip bör alla hjärtsviktpatienter behandlas, om det inte finns några medicinska hinder.

Även behandlingen med betablockerare har en hög prioritet för patienter med hjärtsvikt. Också här gäller att i princip alla patienter ska behandlas, om det inte finns medicinska skäl att avstå. Betablockerare sänker blodtrycket, pulsen och hjärtminutvolymen. Detta skyddar patienten mot bland annat farliga arytmier och hjärtstopp. På lång sikt har betablockerare även en positiv effekt på hjärtats pumpförmåga hos patienter med hjärtsvikt. Betablockerare har visat sig skydda mot såväl plötslig död som död orsakad av minskad pumpförmåga i hjärtat. Behandlingen minskar dessutom behovet av sjukhusvård hos patienter med hjärtsvikt.

För att undersöka i vilken grad som riktlinjerna följs, har de läkemedel som tagits ut av patienter som vårdats på sjukhus för hjärtsvikt studerats [2]. Undersökningen baseras på 8 055 patienter yngre än 80 år som slutenvårdats för hjärtsvikt år 2007 och de läkemedel som patienterna hämtade ut 0–6 månader efter att de skrivits ut från sjukhuset.

Drygt 86 procent av patienterna hade behandlats med blodtryckssänkande RAAS-hämmare, och 85 procent hade behandlats med betablockerare. Det är svårt att bedöma om patienterna underbehandlas. En del av patienterna, särskilt äldre multisjuka, kan ha medicinska skäl eller andra skäl till att inte behandlas.

Förmaksflimmer – trolig underbehandling

Förmaksflimmer är den vanligaste formen av hjärtrytmrubbning. Cirka 2 procent i åldern 60–70 år drabbas, medan andelen är över 8 procent bland personer över 80 år. Förmaksflimmer kan förekomma attackvis eller kroniskt. En del av patienterna kan vara helt besvärsfria, medan andra måste läggas in akut på sjukhus.

Förmaksflimmer ökar risken för blodpropp och stroke. Risken ökar ytterligare om patienten bär på en eller flera riskfaktorer utöver förmaksflimmeret. Då kan det vara aktuellt att behandla patienten med blodförtunnande läkemedel, warfarin.

Warfarinbehandling är väldokumenterat effektiv för patienter med förmaksflimmer och ökad risk för blodpropp. Ändå utnyttjas inte behandlingen tillräckligt ofta för att förebygga blodproppar och stroke. Många strokefall skulle kunna förhindras om man i större utsträckning warfarinbehandlade personer med ökad risk. I dag får

många patienter ingen blodproppsförebyggande behandling alls, eller behandlas med det mindre effektiva läkemedlet acetylsalicylsyra (ASA).

Warfarinbehandling kräver dock att patienten följer behandlingsinstruktionerna mycket noga, annars ökar risken för blödningar. Det är också nödvändigt med kontroller och uppföljning, vilket kräver en välorganiserad sjukvård. I de nationella riktlinjerna ges warfarinbehandling hög prioritet.

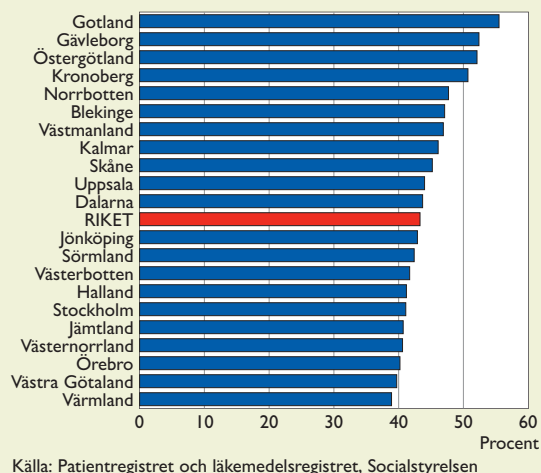
Risikfaktorerna för blodpropp eller stroke är delvis desamma som för blödningar. Risken för både blodpropp och blödningar ökar också med åldern. För att warfarinbehandlingen ska göra största möjliga nytta måste man därför väga risken för blödning mot risken för att patienten drabbas av en blodpropp eller stroke. Därmed finns det patienter med förmaksflimmer som inte är aktuella för warfarinbehandling.

I figur 3:75 redovisas andelen patienter som sjukhusvårdats med förmaksflimmer som huvud- eller bidiagnos och som därutöver har en eller flera av bland annat följande riskfaktorer: diabetes, tidigare ischemisk stroke eller TIA, sjukhusvårdad hjärtsvikt eller ålder över 75 år [2]. Cirka 43 procent av dessa patienter behandlades med warfarin.

Den optimala nivån warfarinbehandlade kan inte fastställas, men kan ligga över de här redovisade nivåerna. Dock är det svårt att dra slutsatser om underbehandling föreligger för äldre patienter, eftersom många äldre med exempelvis demens eller falltendens inte bör behandlas med warfarin.

Figur 3:75. Warfarinbehandling

Andel patienter som behandlas med warfarin vid förmaksflimmer och annan riskfaktor, januari–juni 2008.

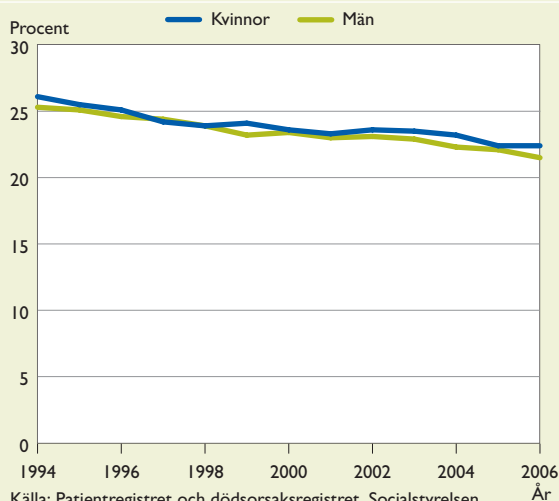


Insjuknande och dödlighet i stroke minskar

Stroke är en av de stora folksjukdomarna och tar stora resurser i anspråk. Cirka 34 000 personer drabbas varje år i Sverige, i stort sett lika många män som kvinnor. Sedan år 2000 har dock antalet strokefall minskat något [1].

Socialstyrelsen gav år 2006 ut nationella riktlinjer för strokesjukvården [9]. Dessa riktlinjer har uppdaterats och publicerats i en preliminär version i februari 2009 [4].

Figur 3:76. Döda inom 28 dagar efter stroke
Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke (åldersstandardiserat).

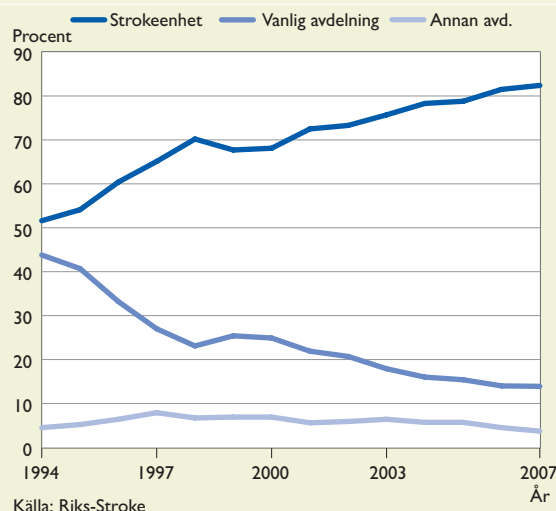


Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken efter hjärtinfarkt och cancer. Dödligheten (letaliteten) inom 28 dagar efter stroke har minskat under den senaste tioårsperioden. År 2006 var den knappt 22 procent för både män och kvinnor (figur 3:76). I måttet ingår samtliga patienter som fått stroke, både de som avlider innan de kommer till sjukhus och de som lagts in på sjukhus. Måttet speglar kvaliteten i hela vårdkedjan: från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.

Dödligheten inom 28 dagar har också minskat för de patienter som lagts in på sjukhus för stroke under den senaste tioårsperioden. År 2006 var den knappt 15 procent för både män och kvinnor.

Dödligheten i malign hjärninfarkt (mycket stor infarkt med svår hjärnsvullnad) är extremt hög, 50–80 procent, om ingen behandling tillgrips. Senare års vetenskapliga studier har visat att långt

Figur 3:77. Vård vid strokeenhet
Andel strokepatienter vårdade på olika typer av vårdenheter.



fler av dessa patienter överlever om de genomgår en tryckavlastande operation (hemikranektomi). Detta ingrepp har i de nya strokeriktlinjerna givits hög prioritet.

Vårdtiden på sjukhus efter stroke är i genomsnitt 13 dagar, men för många patienter kvarstår därefter ett betydande behov av rehabilitering och omsorg. Enligt de nationella riktlinjerna ska strokeenheter vårda patienter i akutfasen av en strokesjukdom. Det finns ett omfattande kunskapsunderlag som motiverar vård på väl fungerande strokeenheter. Dödligheten minskar, liksom det personliga beroendet och behovet av att bo på institution. De positiva effekterna gäller samtliga strokepatienter, oavsett ålder, kön eller sjukdomens svårighetsgrad. Riktlinjerna ger därför vård på strokeenheter allra högsta prioritet. Sedan mitten av 1990-talet har andelen strokepatienter som vårdats på en strokeenhet också ökat successivt (figur 3:77).

Trombolys (med proppupplösande läkemedel) är en effektiv men underutnyttjad behandling vid akut stroke. Den godkända indikationen är behandling inom tre timmar efter att patienten insjuknat i ischemiskt stroke. Många patienter söker hjälp alltför sent och omhändertagandet utanför och på sjukhus är dessutom ofta långsamt. Även om andelen ökat de senaste åren, trombolysbehandlades år 2007 bara 5,5 procent av patienterna under 80 år med ischemiskt stroke (åldersgränsen satt av den europeiska läkemedelsmyndigheten EMEA). Allt talar för att en planerad utvidgning, som föreslås i de nya riktlinjerna, av den godkända övre tidsgränsen till 4,5 timmar kommer att innebära en ökning av andelen som får tillgång till trombolys.

Riskerna med transitoriska ischemiska attacker (TIA; attacker med snabbt övergående strokesymtom) är större än man tidigare förmodat: upp till 10 procent drabbas av hjärninfarkt (blodpropp i hjärnan) inom en vecka. Med omedelbart omhändertagande kan denna risk minskas med tre fjärdedelar. I de nya strokeriktlinjerna högprioriterar man därför det omedelbara omhändertagandet med diagnostik och behandling på sjukhus (innehållande eller i öppenvård), något som i många delar av landet innebär ändring av dagens praxis.

Det skyndsamma omhändertagandet innebär enligt de nya strokeriktlinjerna också att karotisoperation (för att avlägsna förträngning i halsartären) bör utföras inom två veckor efter det att symtom uppträtt. Flera av de sjukhus som utför karotisoperationer har långt till målet med operation inom två veckor. Enligt senaste tillgängliga siffror (verksamhetsåret 2006) från Swedvasc, det nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi, var mediantiden till operation 24 dagar och det

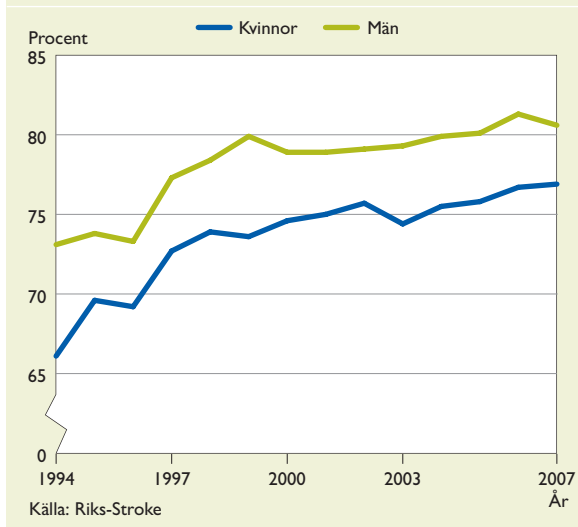
var bara strax över hälften av patienterna i Sverige som opererades inom fyra veckor.

Patienter som överlever stroke får i olika hög grad tillbaka den funktion de hade innan de blev sjuka. I Riks-Stroke finns bland annat data om hur beroende strokepatienter är av andra personer för att utföra personliga aktiviteter i sitt dagliga liv, så kallad personlig ADL. Här ingår aktiviteter som att förflytta sig, gå på toaletten samt klä av och på sig. Uppgifterna samlas in vid en uppföljning tre månader efter att patienten insjuknat. Som kvalitetsindikator speglar måttet både sjukvårdsinsatserna i akutfasen och den fortsatta rehabiliteringen efter att patienten skrivits ut från akutsjukhuset.

Andelen strokepatienter som är oberoende när det gäller ADL efter tre månader har ökat betydligt sedan mitten av 1990-talet (figur 3:78). Kvinnor

Figur 3:78. Funktionsförmåga efter stroke

Andel patienter som uppvisar oberoende med avseende på ADL tre månader efter insjuknande i stroke.



blir dock betydligt oftare ADL-beroende än män. Det beror dels på att kvinnor i genomsnitt är äldre än män när de får stroke, dels på att kvinnor oftare insjuknar med allvarliga symtom.

Tidigarelagd utskrivning från sjukhus följt av intensiv rehabilitering i hemmet ger minst lika goda resultat beträffande ADL-förmåga och dödlighet som rehabilitering på sjukhus. Dessa resultat har åstadkommits under vissa precisa betingelser:

- hemrehabiliteringsteamet är sjukhusbaserat, har inkluderat läkare och har uteslutande ägnat sig åt strokerehabilitering
- patienterna har haft lätta eller måttliga funktionsbortfall

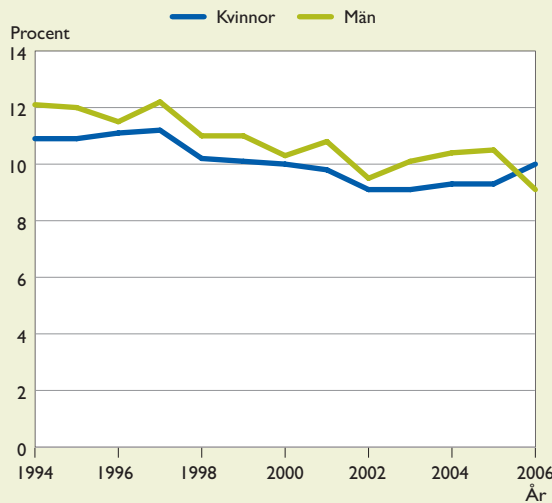
I de nya strokeriktlinjerna har tidig understödd utskrivning från sjukhus med rehabilitering i hemmet, med hjälp av multidisciplinärt team med strokekompetens, prioriterats högt för patienter med lindrig eller måttlig funktionsnedsättning. På några håll i Sverige sköts hemrehabiliteringen efter stroke nu av "allmänna" rehabiliteringsteam i primärvård. Effekterna av denna modell är inte utvärderad.

Andelen personer som återinskrivs på sjukhus efter stroke kan utgöra ett mått på hur väl de sekundärpreventiva insatserna fungerar. Sådana insatser kan handla om att påverka livsstilsfaktorer genom att exempelvis ge råd om rökavvänjning, kost och fysisk aktivitet. Andra åtgärder är läkemedelsbehandling mot högt blodtryck, höga blodfettsnivåer och blodpropp samt karotiskirurgi vid förträngning av halspulsådern.

Av de strokepatienter som rökte vid insjuknandet har drygt 56 procent år 2007 slutat röka efter tre månader [10]. Variationerna mellan sjukhusen är stora. Analyser av läkemedelsbehandlingen visar att 94 procent av de överlevande strokepatienterna behandlades med någon typ av blodproppsförebyggande medel vid utskrivning från akutsjukvården [10].

Figur 3:79 visar hur stor andel patienter som återinskrivs på sjukhus inom ett år efter en första stroke, år 1994–2006.

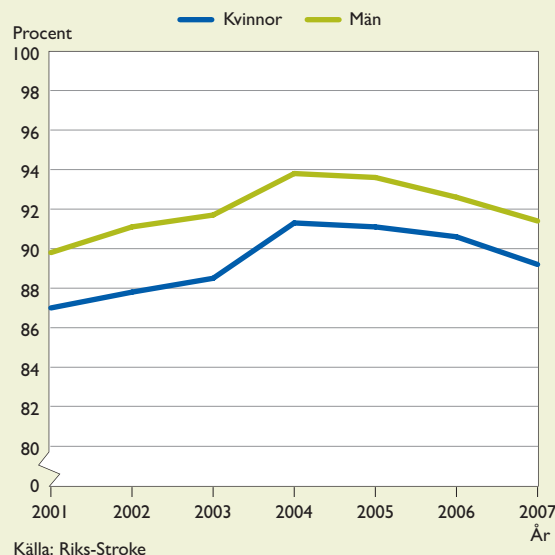
Figur 3:79. Återinskrivning efter stroke
Andel återinskrivna ett år efter förstagångstroke (åldersstandardiserat).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 3:80. Patienter nöjda med stroke-vården

Andel patienter som angav att de var nöjda eller mycket nöjda med vården efter stroke.



Under perioden 2001–2007 var en mycket stor andel patienter nöjda eller mycket nöjda med den vård de fått efter en stroke. Det visar en undersökning från Riks-Stroke (figur 3:80). En stor andel (87 procent) var också nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter stroke [10].

Referenser

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2009. Hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för stroke-sjukvård. Beslutsstöd för prioriteringar. Preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
5. Hemmingsson T, Lundberg I. How far are socioeconomic differences in coronary heart disease hospitalization, all-cause mortality and cardiovascular mortality among adult Swedish males attributable to negative childhood circumstances and behaviour in adolescence? *Int J Epidemiol* 2005;34(2):260–7.
6. Health at a Glance 2007: OECD INDICATORS. OECD, 2007 (ISBN 978-92-64-02732-9).
7. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
8. SEPHIA. Verksamhetsberättelse SEPHIA 2006–2007.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för stroke-sjukvård 2005, Beslutsstöd för prioriteringar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
10. Riks-Stroke, Årsrapport 2007.

Diabetesvård

Sammanfattning

Diabetesvården i Sverige har i stor utsträckning ambitionen att arbeta i multiprofessionella team där patienten är delaktig i vårdplaneringen. Över 80 procent av landets vårdcentraler uppger också att de arbetar med diabetesteam.

Långsamt sker mätbara kvalitetsförbättringar för patienternas blodsocker-, blodtrycks- och blodfettsnivåer. Det är dock nedslående att andelen rökare inte minskar och att andelen diabetiker med övervikt ökar. Vården har lyckats påverka riskfaktorerna i en positiv riktning, framför allt med farmakologiska insatser. När det gäller att påverka levnadsvanor finns däremot utrymme för stora förbättringar.

Sjukhusen deltar i hög utsträckning i det nationella diabetesregistret. Under år 2008 har deltagandet också ökat påtagligt inom primärvård och närvård i många landsting. Fortfarande täcker dock inte registreringen mer än drygt 50 procent av diabetespatienterna.

Antalet akuta intag på sjukhus på grund av diabetes har minskat över tid. Minskningen kan ses som ett mått på hur effektivt omhändertagandet är i den öppna vården. De akuta vårdtillfällena i slutenvård är vanligare bland män än bland kvinnor.

Underlag, mått och indikatorer

För att bedöma diabetesvårdens kvalitet har vi framför allt använt data från det Nationella diabetesregistret (NDR) som underlag. NDR:s kvalitetsindikatorer redovisas över tid där så är möjligt. Övriga underlag utgörs av en enkätundersökning

till Sveriges alla vårdcentraler som Socialstyrelsen utförde år 2007, data från läkemedelsregistret och slutenvårdsregistret samt relevanta forskningsstudier. Utifrån underlagen redovisas bland annat:

- förekomsten av diabetesteam vid vårdcentraler
- andelen diabetespatienter som uppnår målen för blodsocker, blodtryck och blodfetter
- användningen av diabetesläkemedel
- andelen diabetespatienter som röker och andelen med BMI över 25
- förekomsten av ögonbottenkontroll och fotstatuskontroll hos diabetespatienter
- förekomsten av komplikationer hos diabetespatienter
- antalet vårdtillfällen i slutenvård med diabetes som huvuddiagnos.

Fler har diabetes

– vanligare bland lågutbildade

De vanligaste formerna av diabetes är typ 1- och typ 2-diabetes. Förutom dessa former förekommer även graviditetsdiabetes och andra ovanligare former av diabetes. Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodsockervärden och en stigande risk för komplikationer ju längre tid man varit sjuk. Diabetes är en av de vanligaste orsakerna till att människor blir blinda, får en njursjukdom som kräver dialysbehandling eller njurtransplantation eller tvingas amputera en fot eller ett ben. Diabetes bidrar vidare till för tidig död genom hjärtinfarkt och stroke, särskilt hos kvinnor. 6 procent av samhällets hälso- och sjukvårdskostnader går till vård av personer med typ 2-diabetes [1].

Typ 1-diabetes är en autoimmun sjukdom där bukspottkörteln helt förlorar förmågan att producera insulin. Ungefär 0,5 procent (cirka 40 000

personer) av befolkningen har typ 1-diabetes som behandlas med insulin från sjukdomens start.

Typ 2-diabetes är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna som omhändertas i den öppna vården. Sjukdomen orsakas av genetiska faktorer i samverkan med andra riskfaktorer. Störst betydelse har övervikt, fetma och fysisk inaktivitet, men även rökning och hög alkoholkonsumtion spelar in. Cirka 5 procent av kvinnorna och 7 procent av männen i åldern 18–84 år hade diabetes enligt Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät år 2007. Därutöver antas lika många personer ha sjukdomen utan att ännu ha fått diagnosen [2]. Diabetes är dubbelt så vanligt bland lågutbildade som bland högutbildade och tre gånger så vanligt bland personer födda utanför Europa som bland personer födda i Sverige [3, 4].

Antalet personer som insjuknar i typ 2-diabetes har hittills legat stabilt i Sverige, trots att allt fler blir överviktiga [5]. Det tar dock många år att utveckla diabetes, och det är möjligt att insjuknandet ännu inte har hunnit öka. Trots detta lever allt fler med diabetes i Sverige. Det kan bero på att personer med diabetes lever allt längre med sin sjukdom till följd av bättre behandling. Det kan också bero på att man får sjukdomen tidigare eller på att diabetes upptäcks tidigare i sjukdomsförloppet.

I OECD-länderna varierar förekomsten av diabetes mellan 2 och 11 procent (figur 3:81).

Diabetes kan förebyggas

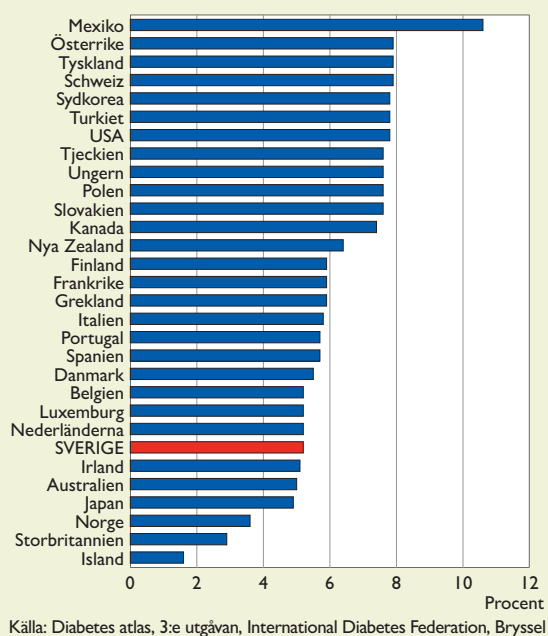
Förstadiet till diabetes (glukosintolerans) föreligger när blodsockret är över det normala men ännu inte så högt så att man sätter diagnosen diabetes. Vid dessa förstadiet kan livsstilsförändringar förhindra eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes [6, 7]. De livsstilsförändringar som framför

allt påverkar förloppet är ökad fysisk aktivitet, vikttnedgång, ändrad kost och rökstopp.

Vid utvecklad typ 2-diabetes innebär behandlingen alltid livsstilsförändringar. Framför allt behöver patienterna gå ned i vikt och i regel även behandlas med olika läkemedel. Efter en längre tids sjukdom behövs ofta behandling med insulin för att åstadkomma en god blodsockernivå. Cirka hälften av patienterna med typ 2-diabetes behandlas med insulin efter tio år. Det övergripande målet för behandlingen är att förhindra akuta och långsiktiga komplikationer samt att hjälpa patienten att upprätthålla en god livskvalitet. Därför är upptäckt

Figur 3:81. Förekomst av diabetes i OECD-länderna 2007

Ålderstandardiserad prevalens av diabetes i olika länder i åldersgruppen 20–79 år, uppskattade data.



och handläggning av samtidiga riskfaktorer som rökning, högt blodtryck, höga blodfetter, fysisk inaktivitet och stress centrala komponenter i all diabetesbehandling.

Diabetes var den första sjukdomen för vilken Socialstyrelsen utformade nationella riktlinjer för vård och behandling [8]. Dessa riktlinjer gavs ut år 1996 och en andra version kom år 1999 [9]. Hösten 2006 påbörjades en mer genomgripande revision, och en preliminär version av denna beräknas vara klar våren 2009.

Diabetesvård är teamarbete

De allra flesta patienter med typ 1-diabetes har sina kontroller och sin vård förlagd till sjukhusens medicin- eller endokrinologikliniker. De flesta med typ 2-diabetes tas om hand på vårdcentralerna, medan sjukhusen tar hand om remissfall och mer komplicerade fall av typ 2-diabetes.

Vårdens insatser för diabetespatienter är i stor utsträckning ett teamarbete. Läkare och sjuksköterskor med vidareutbildning inom diabetesområdet har båda centrala roller [10, 11]. I diabetessteamet kan även andra yrkesgrupper ingå, till exempel dietister.

Tillsammans med patienten sätter diabetessteamet mål för behandlingen. Målen baseras på en bedömning av risken för komplikationer. De sätts också upp med hänsyn till patientens förmåga att klara en viss behandling. För att behandlingen ska få ett gott resultat måste patienten ta ett stort eget ansvar och vara delaktig i sin vård. Vårdpersonalen stödjer patienten i att förändra sina kost-, motions- och rökvanor. Diabetesvården har på detta sätt stått som modell för hur man kan ta hand om patienter med andra kroniska kroppssjukdomar.

Drygt 80 procent av vårdcentralerna i Sverige har diabetessteam, enligt Socialstyrelsens enkätundersökning från år 2007. Vårdcentraler med offentlig driftsform hade i högre grad särskilda diabetes-team än privata vårdcentraler.

Nationella diabetesregistret – anslutningen ökar långsamt

Kvaliteten i diabetesvården följs med hjälp av det nationella diabetesregistret (NDR). NDR innehåller resultat för vuxna med diabetes från perioden 1996–2008. År 2008 registrerades 219 319 patienter, vilket motsvarar drygt 50 procent av det uppskattade antalet personer med diabetes i landet. Över 90 procent av landets medicinkliniker och 80 procent av vårdcentralerna deltar för närvarande i rapporteringen.

Primärvården och närvården i Östergötland har en nära nog maximal täckningsgrad i NDR för sina patienter, medan Västmanland har den lägsta täckningsgraden. Sådana skillnader beror sannolikt inte på enskilda läkares eller vårdcentralers agerande utan påverkas mer av om huvudmännen ställer krav på och följer upp deltagandet i registret. Landstingen har börjat ställa krav även på att privata vårdgivare deltar i registret, eftersom dessa hittills endast har deltagit i låg utsträckning.

NDR presenterar ett kvalitetsindex för varje landsting baserat på de nationella riktlinjerna för diabetesvården. Detta index syftar till att visa vilka landsting som har den högsta vårdkvaliteten. Indexet baseras på sex indikatorer: andelen patienter som nått behandlingsmålet för blodsocker, blodtryck respektive blodfetter, andelen patienter som inte röker, frekvens för fotstatuskontroll samt frekvens för makroalbuminuri.

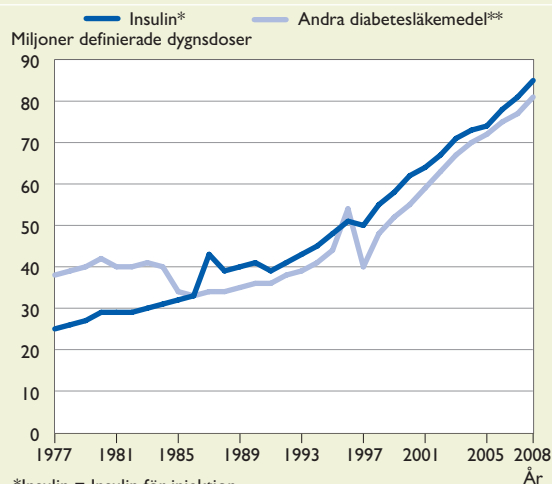
Landsting med en täckningsgrad på mindre än 40 procent ingår inte i bedömningen. År 2007 var dessa landsting fem stycken. De tre landsting som hade bäst resultat i diabetesregistrets index för år 2007 var Jönköping, Östergötland och Gävleborg [12].

Intensiv läkemedelsbehandling ger mätbara resultat

Försäljningen av diabetesläkemedel har ökat kraftigt sedan början av 1990-talet (figur 3:82). Ökningen gäller både diabetesläkemedel i tablettform och insulin. Ökningen beror inte enbart på att fler personer har diabetes utan även sannolikt på att en allt intensivare behandling. Diabetesvården har haft

Figur 3:82. Försäljningsutvecklingen av diabetesläkemedel

Receptförskrivna läkemedel samt försäljning till slutenvården.



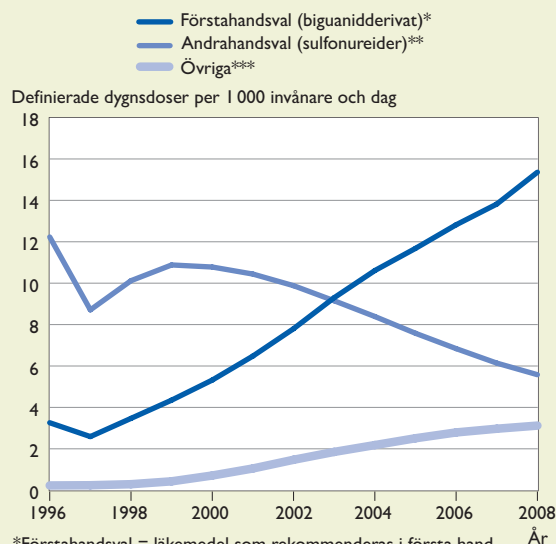
*Insulin = Insulin för injektion

**Andra diabetesläkemedel = diabetesläkemedel i tablettform

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 3:83. Diabetesläkemedel i tablettform

Receptförskrivna läkemedel samt försäljning till slutenvården.



*Förstahandsval = läkemedel som rekommenderas i första hand,

**Andrahandsval = läkemedel som rekommenderas i andra hand

***Övriga = övriga medel som rekommenderas som andrahandsval

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

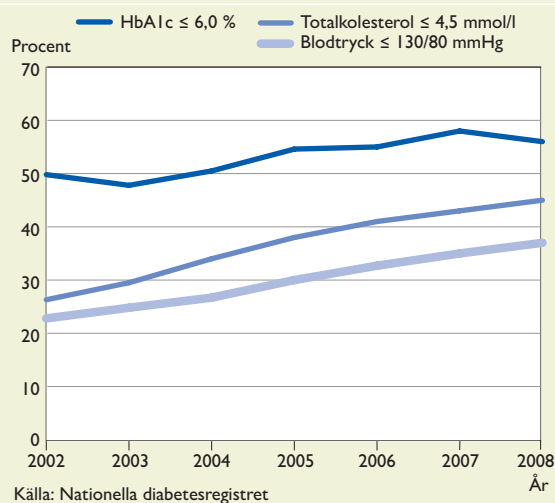
stort fokus på att få ner patienternas blodsockervärden, framför allt med hjälp av diabetesläkemedel.

I figur 3:83 visas utvecklingen av användningen av olika diabetesläkemedel i tablettform. Utvecklingen visar att man i stort följer gällande rekommendationer om vilka läkemedel som ska förskrivas i första hand.

I diabetesvården följs och behandlas olika riskfaktorer för diabeteskomplikationer. Diabetesvårdens kvalitet, beträffande andelen patienter som uppnår målvärden för blodsocker, blodtryck och blodfetter, har förbättrats vid landets vård-

Figur 3:84. Andel patienter som uppnår mål för blodsocker, blodfetter och blodtryck

Primärvårdens diabetespatienter, båda könen, år 2002–2008.



centraler och medicinkliniker [12]. Resultatet för primärvårdens patienter för NDR:s målvärden visas i figur 3:84.

Kvinnor och män uppnår målet för blodsocker i lika hög grad. För blodtryck och blodfetter uppnår männen däremot målvärdena i högre grad än kvinnorna. Äldre över 65 år uppnår målvärdet för blodsocker i något högre än de under 65 år. Däremot uppnår de äldre (≥ 65 år) målet för blodtryck i lägre grad än personer under 65 år. Målen avspeglar dock en hög ambitionsnivå, som kan behöva modifieras särskilt för äldre patienter. Om målen inte nås behöver det därför inte betyda att diabetesvården har dålig kvalitet, men man bör ändå analysera orsakerna lokalt. När Socialstyrel-

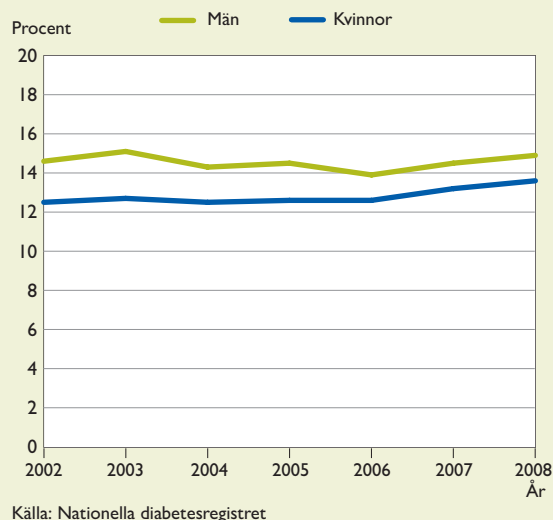
sen uppdaterar de nationella riktlinjerna kommer målvärdena att ses över och eventuellt revideras.

Användningen av blodfettssänkande medel och acetylsalicylsyra fortsätter att öka, särskilt vid hjärtsjukdom. Detta stämmer överens med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård [13]. Omkring 75 procent av de diabetespatienter över 18 år som behandlades med diabetesläkemedel år 2007 fick även blodtrycks-sänkande läkemedel. Av de patienter som var över 40 år behandlades cirka 54 procent med blodfettssänkande medel [14].

Behandlingsresultaten har blivit bättre över tid, förutom när det gäller andelen rökare (figur 3:85)

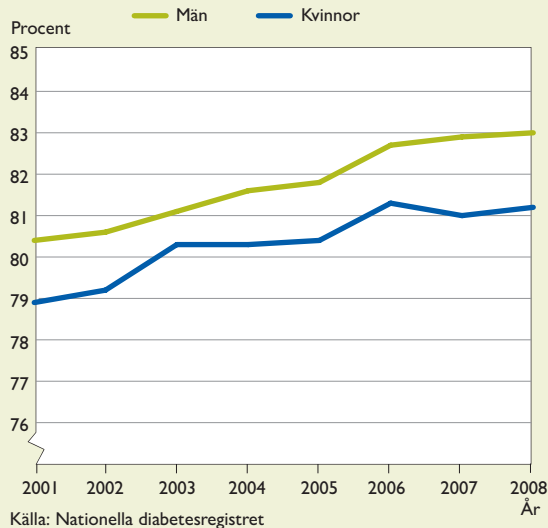
Figur 3:85. Andel rökare

Primärvårdens diabetespatienter, år 2002–2008.



Figur 3:86. Andel patienter med övervikt eller fetma

Primärvårdens diabetespatienter med BMI > 25,0 år 2001–2008.



och personer med övervikt eller fetma (figur 3:86) [12].

Andelen rökare visar inget tecken på att minska, medan andelen överviktiga till och med ökar. Eftersom dålig blodsockerkontroll ger viktminskning, kan den intensifierade insulinbehandlingen (jämför figur 3:82) möjligen ha bidragit till viktökningen över tid. Dessa resultat talar för ett ökat behov av rådgivning om rökstopp, kost och motion.

Det finns också påtagliga skillnader mellan landstingen vad gäller i vilken grad kvalitetsmåtten uppnås [14].

Enligt en svensk studie från 2008 är kvinnor med diabetes mindre nöjda med diabetesvården och har en sämre livskvalitet än män med diabetes [15].

Positivt är dock att överlevnaden bland personer som har diabetes har förbättrats sedan 1980-talet och mest bland kvinnor [16].

Regelbundna kontroller minskar komplikationer

Det finns goda möjligheter att minska diabetespatienters funktionsnedsättningar i form av nedsatt syn, njurskador och fotproblem.

Tabell 3:16 visar andelen patienter i primärvården med dessa komplikationer. Andelarna har inte förändrats under de senaste åren.

Tabell 3:16. Diabeteskomplikationer

Kontroll för och förekomst av komplikationer hos primärvårdens diabetespatienter år 2005 och 2008. Andel (%) av patienterna.

	2005	2008
Vårdprocesser		
Kontroll av ögonbottenstatus utförd de senaste två åren	74	80
Kontroll av fotstatus utförd det senaste året	88	88
Diabeteskomplikationer		
Har retinopati (näthinneförändringar)	27	28
Har makroalbuminuri (diabetisk nefropati, njurskada)	9,2	8
Är amputerade ovanför fotleden	0,8	0,8

Källa: Nationella diabetesregistret

Andelen patienter som fått sin ögonstatus kontrollerad de senaste två åren har genomgående varit hög vid landets medicinkliniker år 2002–2008. Över 90 procent av patienterna hade genomgått denna kontroll. Av primärvårdens patienter kontrollerades 80 procent år 2008. Frekvensen kan

påverkas av att vissa landsting har egna riktlinjer som rekommenderar tre år mellan kontrollerna.

I en studie av svensk öppenvård undersöktes synskärpan hos alla diabetespatienter i en kommun. Resultatet jämfördes med ålders- och könsmatchade kontrollpersoner utan diabetes [17]. Ingen statistiskt säkerställd skillnad kunde påvisas för betydande nedsättning av synskärpan mellan personer med och utan diabetes. Det goda resultatet bedöms bero på aktiva insatser genom systematisk opportunistisk screening av befolkningen. Tidig upptäckt av diabetessjukdomen, tillsammans med ett väl utvecklat program för ögonbottenundersökningar vid landstingens ögonkliniker, kan skapa goda möjligheter för prevention av synnedsättning hos patienter med diabetes. Om diabetessjukdomen diagnostiseras innan patienten utvecklar retinopati så kan de fortsatta kontrollerna med ögonbottenundersökningar göra det möjligt att tidigt behandla synhotande retinopati.

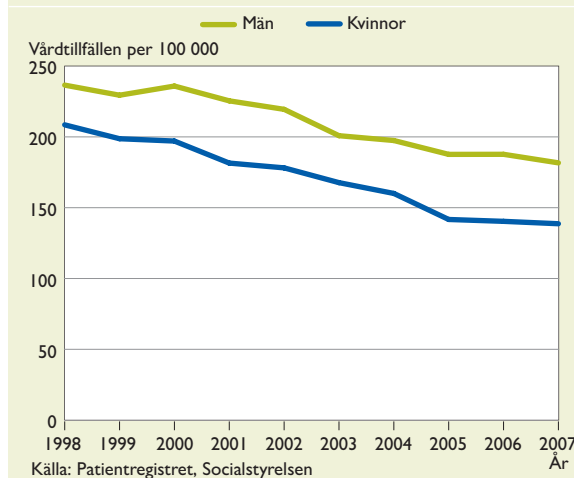
Diabetespatienter har en förhöjd risk för amputation ovanför fotleden [18]. År 2008 fick cirka 90 procent av diabetespatienterna sin fotstatus kontrollerad, vid såväl medicinkliniker som i primärvården. Andelen bland primärvårdspatienterna har dock minskat något, från 93 procent år 2002 till 88 procent år 2008. Men det är fortfarande en liten andel av diabetespatienterna som måste amputera en fot eller ett ben.

Akuta intag på sjukhus minskar

Ett indirekt mått på hur väl den öppna vården lyckas ge vård av god kvalitet till diabetespatienter kan sägas vara frekvensen av akuta inläggningar på sjukhus som orsakas av diabetes. En låg frekvens kan tyda på att den öppna vården har kapacitet och kompetens att ge god vård till

diabetespatienterna. En hög frekvens kan tyda på brister i organisation, kompetens eller tillgänglighet. I landet som helhet har antalet sjukhusinläggningar som orsakas av diabetes minskat sedan år 1998 (figur 3:87). Minskningen gäller för personer med insulinberoende diabetes, och är störst för de högre åldrarna.

Figur 3:87. Akuta vårdtillfällen p.g.a. diabetes
Antal vårdtillfällen på sjukhus per 100 000 invånare med diabetes som huvuddiagnos, år 1998–2007.



Det finns stora variationer mellan landstingen. Generellt är vårdtillfällena fler för män jämfört med för kvinnor, utom i Blekinge. Exempel på faktorer som eventuellt kan påverka hur diabetespatienter söker akut vård är avståndet till närmaste sjukhus, lokala överenskommelser mellan sluten och öppen vård, bemanningsläge eller primärvårdens möjligheter att bedriva vård av hög kvalitet. Att fler män än kvinnor tas in akut kan delvis förklaras av en högre förekomst av diabetes hos män, men kan eventuellt också bero på mäns och kvinnors olika sätt att hantera sjukdomen.

Referenser

- Henriksson F, Agardh CD, Berne C, Bolinder J, Lönnqvist F, Stenström P, et al. Direct medical costs for patients with type 2 diabetes in Sweden. *J Intern Med* 2001;249:391–3.
- Eliasson M, Lindahl B, Lundberg V, Stegmayr B. Diabetes and obesity in Northern Sweden: occurrence and risk factors for stroke and myocardial infarction. *Scand J Public Health* 2003; 31 (Suppl. 61): 70–77.
- Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten. Tillgänglig på www.fhi.se.
- Agardh EE, Ahlbom A, Andersson T, Efendic S, Grill V, Hallqvist J, et al. Socio-economic position at three points in life in association with type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in middle-aged Swedish men and women. *Int J Epidemiol* 2007;36(1):84–92.
- Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
- Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007;334(7588):299.
- Orozco LJ, Buchleitner AM, Gimenez-Perez G, Roqué i Figuls M, Richter B, Mauricio D. Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Sys Rev* 2008;(3):CD003054.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
- Ovhed I, Johansson E, Odeberg H, Råstam L. A comparison of two different team models for treatment of diabetes mellitus in primary care. *Scand J Caring Sci* 2000;14:253–8.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001271.
- Nationella diabetesregistret, Årsrapport 2007 års resultat. *Diabetolognytt* 2008.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: SKL och Socialstyrelsen; 2008.
- Undén AL, Elofsson S, Andréasson A, Hillered E, Eriksson I, Brismar K. Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. *Gend Med* 2008;(2):162–80.
- Eliasson M, Talbäck, M, Rosén M. Improved survival in both men and women with diabetes between 1980 and 2004 – a cohort study in Sweden. *Cardiovasc Diabetol* 2008;7:32.
- Olafsdottir E, Andersson DK, Stefansson E. Visual acuity in a population with regular screening for type 2 diabetes mellitus and eye disease. *Acta Ophth Scand* 2007;85:40–45.
- Jonasson JM, Ye W, Sparén P, Apelqvist J, Nyrén O, Brismar K. Risks of Nontraumatic Lower-Extremity Amputations in Patients with Type 1 Diabetes: A population-based cohort study in Sweden. *Diabetes Care* 2008;31:1536–1540.

Cancervård

Sammanfattning

Dödligheten i cancer har sjunkit under de senaste 40 åren och överlevnaden efter diagnos har ökat. Dessa förbättringar hänger bland annat ihop med att vården har förbättrat möjligheterna till tidig diagnos. Däremot ökar antalet diagnostiserade cancerfall, även med hänsyn till att befolkningsmängden ökar och de äldre blir allt fler. För närvarande är det förebyggande åtgärder som ger störst möjligheter att minska sjukdomsburden av cancer. Hälso- och sjukvården behöver därför satsa mer på prevention.

Dödligheten skiljer sig åt mellan olika cancerformer. För prostatacancer har dödligheten ökat med 1 procent per år under de senaste 20 åren, medan dödligheten i både bröstcancer och kolorektalcancer har minskat med 1 procent per år under samma period.

Patienter med lungcancer har hög dödlighet, och behandlingsresultaten är sämre än för flera andra cancerformer. 90 procent av alla personer med lungcancer är rökare. Rökstopp eller utebliven rökdebut utgör därför de effektivaste åtgärderna för att minska insjuknande och dödlighet i lungcancer. Inom lungcancervården finns utrymme för stora förbättringar. Väntetiderna från remiss till beslut om behandling är orimligt långa för många lungcancerpatienter. Analyser visar också att både diagnostiska metoder och behandlingsval vid lungcancer skiljer sig åt mellan olika regioner. Vidare visar nya studier att en högre behandlingsintensitet förbättrar överlevnaden i lungcancer. För såväl lungcancer som andra cancerformer har

dessutom socioekonomiska faktorer betydelse för både insjuknande och överlevnad.

Cancervården i Sverige uppvisar goda resultat i ett internationellt perspektiv men står inför framtida utmaningar, framför allt på grund av att antalet personer som insjuknar ökar, liksom läkemedelskostnaderna. Vården kan förbättras genom ökad kunskapsstyrning, god personaltillgång och en likvärdig palliativ vård i hela landet.

Underlag, mått och indikatorer

I detta avsnitt belyser vi cancervårdens kvalitet och resultat. Vi ger särskilt utrymme åt lungcancer, som är den cancerform som orsakar flest dödsfall. Lungcancervården har också varit mindre belyst i tidigare rapporter. Underlaget har huvudsakligen utgjorts av rapporter från kvalitetsregister, statistik från dödsorsaksregistret och nationella cancerregistret samt vetenskapliga studier. Här redovisas:

- insjuknande och dödlighet i cancer, samtliga tumörer
- canceröverlevnad fem respektive tio år efter diagnos
- insjuknande, dödlighet och överlevnad i lungcancer
- väntetider från remiss till behandlingsbeslut för lungcancerpatienter
- regionala skillnader i behandling av lungcancer i relation till överlevnad
- femårsöverlevnad efter cancerdiagnos i några europeiska länder.

Allt fler diagnostiseras med cancer

Antalet diagnostiserade cancerfall har ökat kraftigt de senaste 40 åren, från omkring 20 000 per år i början av 1960-talet till över 50 000 år 2007. Ök-

ningen beror på faktorer som ökad befolkningsmängd, ökat antal äldre personer samt förbättrade möjligheter att ställa diagnos. Det är troligt att antalet personer som får cancer kommer att fortsätta öka i framtiden på grund av dessa omständigheter. I slutet av 2006 fanns det 375 000 personer folkbokförda i Sverige som diagnostiserats med någon form av cancer under sin livstid. Av dessa var 57 procent kvinnor.

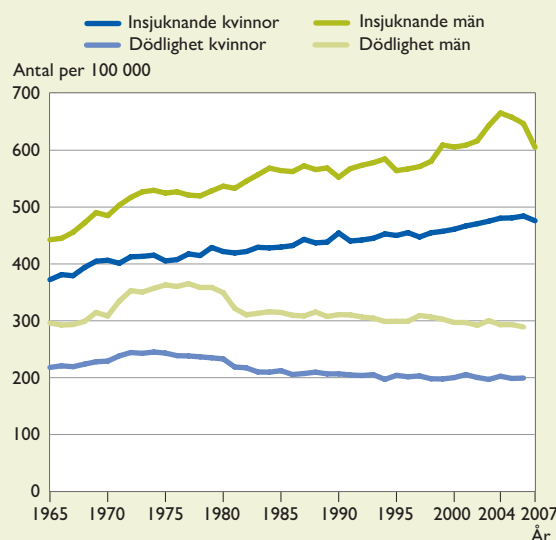
Men även med hänsyn till demografiska faktorer har antalet diagnostiserade fall ökat. Ökningen har då varit cirka 0,5 procent per år för kvinnor och cirka 0,8 procent per år för män under de senaste 20 åren. Ökningen per år har varit högre de senaste tio åren: 0,7 procent för kvinnor och 0,9 procent för män. Figur 3:88 illustrerar dödlighet och insjuknande mellan år 1965 och 2007.

Bland kvinnor är bröstcancer den vanligaste cancerformen. Antalet kvinnor som fått diagnosen bröstcancer har dessutom ökat sedan 1960-talet, bland annat på grund av att mammografi-screening har införts.

Hos män står prostatacancer för den högsta andelen diagnostiserad cancer. Även här har antalet fall ökat kraftigt. En viktig förklaring är att PSA-prov har använts alltmer för att ställa diagnos.

Efter bröstcancer och prostatacancer är lungcancer och kolorektalcancer de två vanligaste cancer typerna i Sverige. Antalet personer som insjuknar i kolorektalcancer har varit i stort sett oförändrat sedan 1960-talet för båda könen om man räknar bort effekten av en ökad och äldre befolkning. För lungcancer däremot har antalet insjuknanden ökat för kvinnor de senaste 20 åren, medan det sjunkit för män. Rökning är den helt dominerande riskfaktorn för att insjukna i lungcancer.

Figur 3:88. Insjuknande och dödlighet i cancer
Insjuknande 1965–2007 och dödlighet* 1965–2006, samtliga cancerformer (åldersstandardiserat).



*Puckeln i dödlighetskurvorna beror på förändrade kodningsrutiner. Under 1970-talet blev i stort sett alltid cancer den underliggande dödsorsaken om personen var diagnostiserad med cancer.
Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Det finns sociala skillnader i risken att utveckla flera olika cancerformer. Lågutbildade kvinnor löper till exempel högre risk än högutbildade att få bland annat lung- och livmoderhalscancer, vilket delvis kan förklaras av skillnader i levnadsvanor. Högutbildade kvinnor löper däremot större risk än lågutbildade att drabbas av bröstcancer, vilket bland annat förklaras av att högutbildade oftare föder barn senare i livet.

Socialstyrelsen har utformat nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancervård [1]. Arbetet med nationella riktlinjer för lungcancervård pågår och beräknas vara klart år 2010.

Tabell 3:17. Förebyggande av cancer

Olika riskfaktorerers uppskattade andel av cancerdödligheten samt möjlig reduktion till år 2020 genom förebyggande insatser.

Risikfaktor	Cancerlokalisatlon	Uppskattad andel av total cancerdödlighet (procent)	Möjlig reduktion till år 2020 (procent)
Tobaksrökning	Lunga, struphuvud, munhåla, svalg, matstrupe, bukspottkörtel, njure, urinblåsa, livmoderhals m.fl.	20–25	65
Alkohol	Munhåla, struphuvud, matstrupe, bröst, lever	3	30
Kost	Flera	} 30	25
Övervikt och fetma	Livmoder, njure, bröst, matstrupe m.fl.		
Fysisk inaktivitet	Tjocktarm, sannolikt bröst m.fl.	> 3	5
Infektioner (t.ex. HPV)	Magsäck, livmoderhals och övriga anogenitala lokalisatloner, lever	5	20
UV-strålning och joniserande strålning	Hud m.fl.	2	10
Ärftliga faktorer	Bröst, äggstockar m.fl.	2	50

Källa: Cancerfonden 2004 [3]

Cancer kan förebyggas

För närvarande är det förebyggande åtgärder som ger störst möjligheter till att minska sjukdoms-bördan av cancer [2]. I en utredning från Cancerfonden uppskattas att dödligheten i cancer skulle kunna sänkas med 30 procent inom en tjugooårs-period om cancerprevention prioriterades på ett helt annat sätt än i dag [3]. Tabell 3:17 visar de olika riskfaktorernas andel av den totala cancerdödligheten och hur mycket det är möjligt att reducera dödligheten.

Det klart effektivaste sättet att minska antalet personer som insjuknar i cancer är att få färre att börja röka och fler att sluta röka. Mellan 20 och 25 procent av all cancer kan hänföras till rökning.

Av det nationella kvalitetsregistret för lungcancer framgår också att cirka 90 procent av alla personer med lungcancer är rökare.

Vidare anses dåliga kostvanor och övervikt eller fetma bidra till omkring en tredjedel av all cancer. Fetma är en väldokumenterad riskfaktor för ett flertal cancerformer. I avsnittet *Hälsoinriktad hälso- och sjukvård* redovisas sjukvårdens arbete med att påverka levnadsvanorna.

Dödligheten minskar och överlevnaden ökar

En tydlig indikator för cancervårdens kvalitet och resultat är dödlighet och överlevnad, även om detta är relativt grova mått. Visserligen har antalet

personer som insjuknar i cancer ökat, men antalet som avlider i cancer har ökat i mycket mindre utsträckning. Om måttet justeras för demografiska förändringar så har dödligheten till och med sjunkit de senaste två decennerna med i genomsnitt cirka 0,3 procent årligen. Även antalet personer som överlevt sin cancersjukdom har ökat under de senaste 40 åren (figur 3:89). Dessa förbättringar hänger bland annat ihop med att vården har förbättrat möjligheterna att ställa diagnos tidigt.

Dödligheten skiljer sig dock åt mellan olika cancerformer. För prostatacancer har dödligheten ökat med 1 procent per år under de senaste 20

åren, medan dödligheten i både bröstcancer och kolorektalcancer har minskat med 1 procent per år under samma period.

Det finns också regionala skillnader i både dödlighet och överlevnad i cancer. Historiska skillnader i exempelvis screening kommer att påverka statistiken i många år framöver, och därför är det svårt att uttala sig om de regionala variationernas orsaker och betydelse.

Den svenska cancervårdens positiva resultat har att göra med faktorer som god tillgång till screening för bröstcancer och livmoderhalscancer och effektiv diagnostik och behandling [4–6]. Screening för livmoderhalscancer och mamмоgrafi berörs i avsnittet *Hälsoinriktad hälso- och sjukvård*.

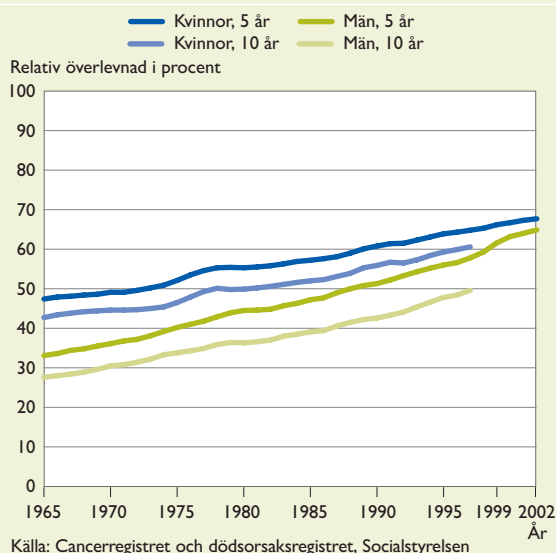
Lungcancer – stora utmaningar kvarstår

För lungcancervården finns stora förbättringsmöjligheter. Patienter med lungcancer har hög dödlighet och behandlingsresultaten är sämre än för flera andra cancerformer. Även kunskapsläget är sämre än för bröst- och kolorektalcancer. Ett nationellt register för kvalitetsuppföljning av lungcancer startades dock år 2002.

Lungcancer utgör drygt 6 procent av samtliga cancerfall hos både män och kvinnor. År 2007 diagnostiserades totalt 3 203 lungcancertumörer: 1 627 hos män och 1 576 hos kvinnor. Medelåldern vid diagnos var 70 år för män och 68 år för kvinnor år 2006. Samma år avled 3 479 personer med lungcancer som den huvudsakliga dödsorsaken. Antalet diagnostiserade fall har trefaldigats under de senaste 40 åren, från 1 100 fall per år i

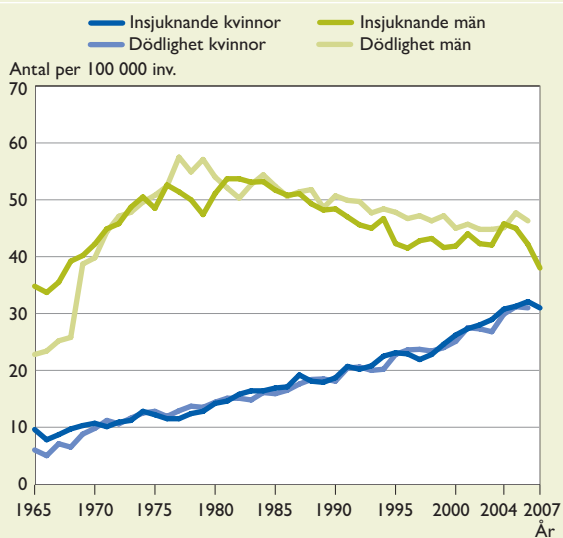
Figur 3:89. Canceröverlevnad 1965–2002

Överlevnad bland män och kvinnor 5 respektive 10 år efter diagnos (åldersstandardiserat).



Figur 3:90. Lungcancer

Insjuknande (1965–2007) och dödlighet (1965–2006) i lungcancer (åldersstandardiserat).



början av 1960-talet till omkring 3 300 fall per år under mitten av 2000-talet (figur 3:90).

Om man räknar bort effekten av en ökad och äldre befolkning har antalet cancerfall dock minskat för män med i genomsnitt 1,2 procent per år under de senaste 20 åren, men ökat för kvinnor med i genomsnitt 2,8 procent per år under samma tidsperiod. Bland personer under 55 år insjuknar sedan slutet av 1990-talet fler kvinnor än män i lungcancer. Mönstret hänger intimt samman med de ändrade rökvanorna hos män och kvinnor.

Antalet personer som avlider i lungcancer som huvudsaklig dödsorsak har minskat med i genomsnitt 1 procent per år för män men ökat för kvinnor med i genomsnitt 3 procent per år (med hänsyn tagen till demografiska förändringar). Antalet avlidna i lungcancer har ökat från omkring 850

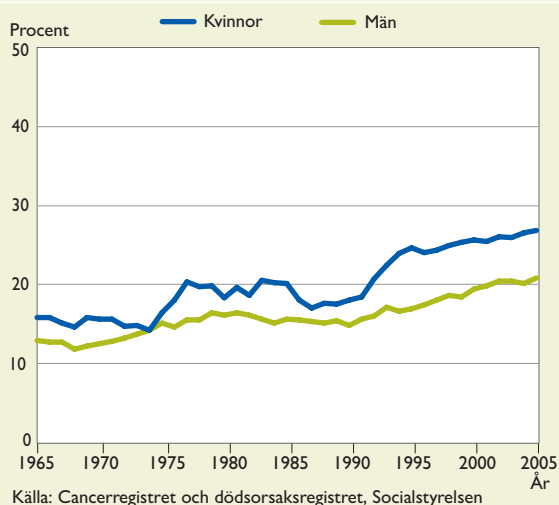
personer per år i början av 1960-talet till drygt 3 000 personer per år i början av 2000-talet.

Patienter som fått diagnosen lungcancer har en kort överlevnad. Detta har inte förändrats markant under de senaste 40 åren (figur 3:91). Överlevnaden har dock förbättrats något under senare år.

Dödlighetskurvorna i figur 3:90 följer nästan helt det motsvarande mönstret för insjuknande. Männens minskade dödlighet i lungcancer beror främst på att färre blir sjuka, vilket i sin tur beror på att män röker mycket mindre än tidigare. I viss mån beror den minskade dödligheten även på att män inte längre exponeras lika mycket för farliga ämnen i industrin. För kvinnor har dödligheten däremot ökat, vilket beror på att kvinnor under många år har rökt alltmer. Förbättrade behandlingsmetoder och ökad användning av cytostatika har dock haft en svagt positiv inverkan på patienternas överlevnad.

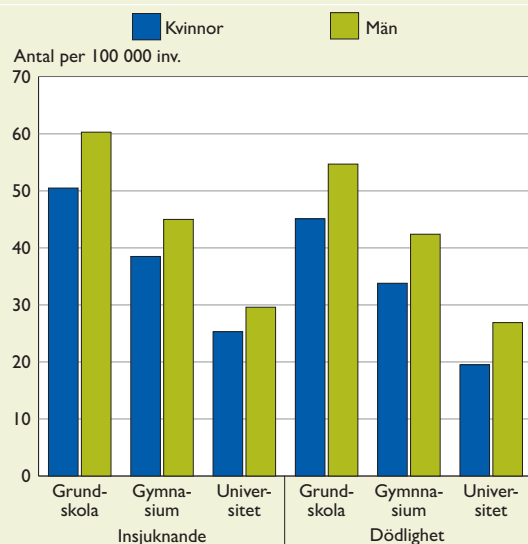
Figur 3:91. Lungcancer, tvåårsöverlevnad

Relativ tvåårsöverlevnad för personer med lungcancer, år 1965–2005.



Figur 3:92. Insjuknande och dödlighet i lungcancer efter utbildning

Genomsnitt för perioden 2001–2005
(åldersstandardiserat).



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Eftersom det är svårt att bota lungcancer så är och förblir rökstopp den effektivaste åtgärden för att undvika att en person insjuknar och avlider i lungcancer. Sverige har internationellt sett få rökare: 11 procent av männen och 14 procent av kvinnorna var dagligrökare år 2008 [7]. Trenden är också kraftigt nedgående. Sedan år 1980 har antalet vuxna som röker minskat med cirka 50 procent. Detta har haft en påtaglig inverkan på insjuknandet i lungcancer. Numera har de flesta vårdcentraler rutiner för och särskilda resurspersoner för rökavvänjning, men potentialen för förbättringar är stor.

Ibland upptäcks lungcancer med lungröntgen vid hälsoundersökningar. Prognosen för dessa patienter är betydligt bättre än för de patienter som

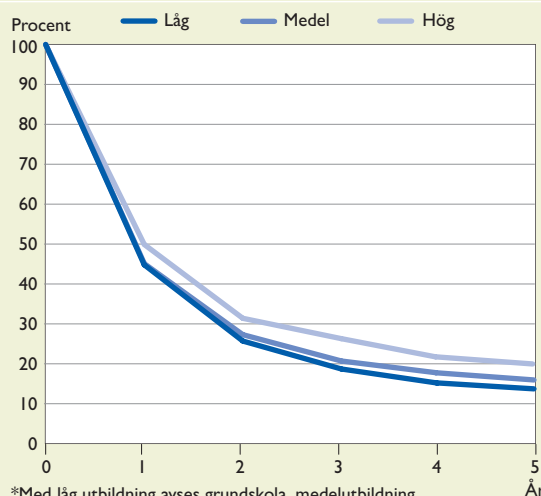
kommer när symtomen har gjort sig gällande. Problemet är dock att endast enstaka cancertumörer upptäcks på detta sätt. Lungröntgen är därför inte lämplig som screening [8]. Screening med datortomografi för högriskgruppen storrökare med eller utan KOL diskuteras inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Det finns tydliga socioekonomiska skillnader i insjuknande och dödlighet för lungcancer (figur 3:92). Personer med lägre utbildningsnivå insjuknade och dog i högre grad i lungcancer än personer med högre utbildningsnivå under perioden 2001–2005. Detta gällde för både kvinnor och män.

När det gäller överlevnad (figur 3:93) är skillnaderna med avseende på utbildningsnivå störst för åldersgruppen 30–64 år. För personer över 65

Figur 3:93. Lungcanceröverlevnad vid olika utbildningsnivåer

Relativ överlevnad efter lungcancerdiagnos för kvinnor och män med olika utbildningsnivå* i åldern 30–64 år vid diagnos (åldersstandardiserat).



*Med låg utbildning avses grundskola, medelutbildning motsvarar gymnasium och hög utbildning motsvarar universitet
Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

år är skillnaderna i överlevnad däremot små mellan personer med olika utbildningsnivåer (visas inte i figur).

Skillnaderna i insjuknande beror med stor sannolikhet på att lågutbildade röker mer än högutbildade. Den högre dödligheten och den lägre överlevnaden i de lägre socioekonomiska grupperna beror troligtvis på att sjukdomen är i en mer framskriden fas när man kontaktar vården. Flera studier har visat att lågutbildade söker sjukvård i lägre grad än högutbildade och att de oftare har svårare att ta sig fram i vården när de väl har tagit kontakt. Dessa förhållanden beskrivs mer utförligt i avsnittet *Jämlig vård*.

Väntetiderna är för långa

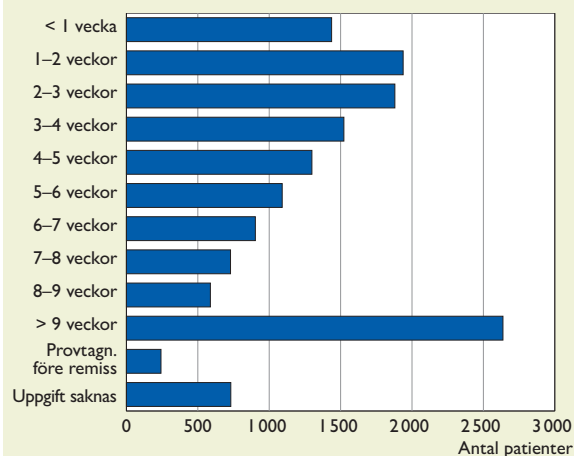
Det nationella registret för lungcancer redovisar tiden från det att remiss nått fram till utredande klinik till dess att beslut om behandling har fattats (figur 3:94) [9].

Enligt Svenska lungcancergruppens rekommendationer ska 80 procent av patienterna ha fått ett behandlingsbeslut inom 28 dagar efter att den utredande kliniken tagit emot remissen. Enligt det nationella registret för lungcancer var mediantiden för behandlingsbeslut 29 dagar under perioden 2002–2006. Cirka 18 procent av patienterna fick dock vänta över nio veckor på beslutet. För patienterna med småcellig lungcancer, den mer aggressiva sjukdomstypen, var medianväntetiden för behandlingsbeslut 18 dagar. Vidare var tiden från remiss till provtagning längre än tiden från provtagning till behandlingsbeslut.

Dessa ledtider överskrider de gränser som Svenska lungcancergruppen har satt upp. Det är dock oklart i vilken mån väntetiderna påverkar den totala överlevnaden [10]. En fördröjd behand-

Figur 3:94. Väntetider för lungcancerpatienter

Utredningstid från remiss till behandlingsbeslut för lungcancerpatienter diagnostiserade åren 2002–2006.



Källa: Nationellt register för lungcancer

ling kan dock minska möjligheterna till ett bra resultat för patienter med ett snabbt sjukdomsförlopp, för patienter som bör opereras eller om väntetiderna är mycket långa. Under alla omständigheter innebär långa väntetider i de allra flesta fall betydande psykologiska och praktiska olägenheter för patienterna och deras anhöriga.

Regionala skillnader i behandlingspraxis

Eftersom lungcancervården är komplex finns ett stort behov av multidisciplinära team. Knappt hälften av terapibesluten fattas på multidisciplinära konferenser där de olika läkarspecialisterna deltar. Under perioden 2002–2006 hade Stockholmsregionen den högsta andelen patienter, 72 procent, där behandlingsbeslut fattats vid en sådan konferens [11].

Multidisciplinära team är viktiga både i bedömnings- och behandlingsfasen, men det är särskilt viktigt att onkologernas erfarenhet av cytostatikabehandlingar tillförs. Det krävs stor erfarenhet och kunskap för att kunna använda mer potenta former av cytostatikabehandling. Hittills har ofta lungläkare ordinerat och administrerat cellgifter.

En majoritet av patienterna genomgår såväl bronkoskopi som datortomografi eller ultraljud av bukens övre del. Trots denna kartläggning kan den stadieindelning som blir resultatet av de diagnostiska aktiviteterna bli felaktig i uppemot 40 procent av fallen.

I likhet med andra cancerformer får lungcancerpatienter inga symtom förrän i en sen fas. Cirka 50 procent av patienterna har spridd cancer när de får diagnosen, medan 30 procent har lokalt avancerad cancer där strålbehandling eller cytostatika är förstahandsalternativ.

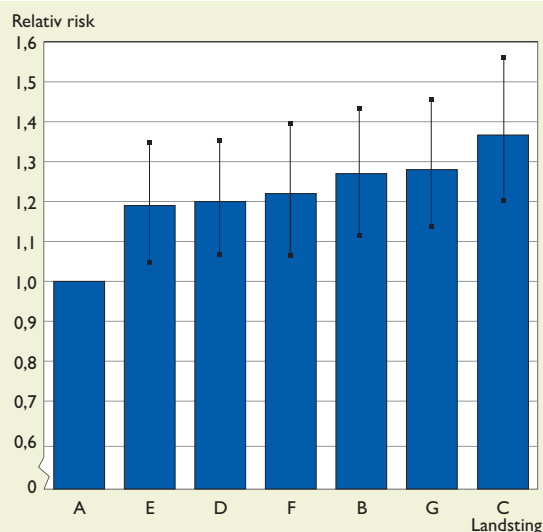
Mellan år 2002 och 2006 behandlades 17 procent av patienterna med enbart kirurgi, 37 procent med enbart cytostatika och 11 procent med strålbehandling i kombination med cytostatika [9].

I sex svenska landsting har man studerat skillnader i överlevnad hos patienter med icke småcellig lungcancer för år 1995–2003 (figur 3:95) [12].

Överlevnaden var högre då patienterna i högre grad behandlats med kirurgi och cytostatika. I de landsting som behandlade med kirurgi och cytostatika i lägre grad var dödligheten 20–40 procent högre än i landstinget med den högsta behandlingsintensiteten. Denna skillnad fanns kvar efter att man kontrollerat för skillnader i ålder, kön, sjukdomsstadium, rökning och cancertyp.

Figur 3:95. Dödlighet för lungcancerpatienter i förhållande till behandlingsintensitet

Landsting i Uppsala-Örebroregionen jämfört med landstinget A med den lägsta dödligheten, för patienter åren 1995–2003*.



*Relativ risk i förhållande till behandlingsintensitet med 95 % konfidensintervall

Källa: Myrdal et al. 2009 [12]

Goda resultat i cancervården vid internationell jämförelse

Förekomsten av olika typer av cancer varierar mellan olika länder. Det beror bland annat på demografiska skillnader men också på variationer i livsstil, kultur och välbefinnande. Skillnader i dödlighet och överlevnad beror exempelvis på vilka cancerformer som dominerar i ett land, på demografiska faktorer och på vårdens kvalitet. Av stor vikt är också möjligheten att ställa diagnos tidigt.

I ett internationellt perspektiv har Sverige låg dödlighet i cancer och hög överlevnad. Bland annat visar två nyare studier att överlevnaden är hög i de nordiska länderna, förutom i Danmark [13, 14]. I Sverige är bland annat femårsöverlevnaden i bröstcancer hög.

För prostatacancer har Österrike den högsta överlevnaden, följt av Schweiz och Tyskland. Sverige ligger på nionde plats när det gäller personer som diagnostiserats år 1995–1999. Länderna har dock infört PSA-test som diagnostik i mycket olika utsträckning. Med PSA-test upptäcks fler fall av prostatacancer, men många gånger är den cancer som upptäcks inte dödlig. Därför påverkas statistiken för överlevnad i prostatacancer i hög grad av om PSA-test används eller inte.

När det gäller överlevnad i lungcancer ligger Sverige över det europeiska genomsnittet, på sjätte plats. Vidare har Norge och Sverige samma resultat för överlevnad i kolorektalcancer, där bara Schweiz visar på högre överlevnad. Författarna konstaterar att om andra europeiska länder nådde upp till samma genomsnittliga överlevnad i cancer som Sverige, Norge och Finland så skulle antalet dödsfall inom fem år efter diagnos i de jämförda länderna minska med omkring 12 procent [13].

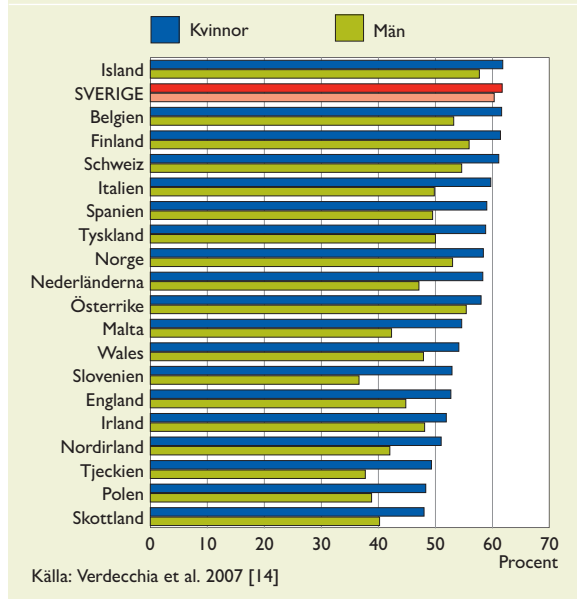
Sverige placerar sig också i topp bland de jämförda länderna i en analys av uppskattad total överlevnad för patienter som diagnostiserats med cancer år 2000–2002 (figur 3:96) [14].

Utmaningar

Statistik visar att det finns regionala skillnader i dödlighet och överlevnad i cancer. Likaså varierar täckningsgraden för bland annat mammografi och screening för livmoderhalscancer. Inte heller erbjuds likvärdig palliativ vård över hela landet [15].

Figur 3:96. Överlevnad efter cancerdiagnos i Europa

Femårsöverlevnad för kvinnor respektive män efter cancer diagnostiserad 2000–2002 i några europeiska länder.



I det här avsnittet har socioekonomiska skillnader i dödlighet och överlevnad i lungcancer redovisats. Socioekonomiska faktorerens betydelse för insjuknande, dödlighet och överlevnad i cancer är även känt från tidigare forskning. De med universitetsutbildning har en bättre överlevnad i ett flertal cancerformer jämfört med de med lägre utbildningsnivå. Det gäller bland annat malignt melanom, mag-, tjocktarms-, lung-, urinblåse-, bröst-, livmoder-, livmoderhals-, prostata- och testikelcancer. Universitetsutbildade har därmed uppskattningsvis sett 40 procent bättre canceröverlevnad i jämförelse med lågutbildade [16].

Kvinnor med högre utbildning har mindre utvecklade tumörer vid bröstcancerdiagnos och även högre femårsöverlevnad än kvinnor med lägre utbildning [17, 18]. En ny svensk studie visar också att risken att dö i bröstcancer är 19 procent lägre för personer med högre socioekonomisk status [19, 20]. Ett annat exempel är att man i Stockholms läns landsting sett att avgifter för screening för livmoderhalscancer har haft en negativ effekt på yngre kvinnors deltagande. Detta har medfört att man åter infört avgiftsfri screening.

Även om den svenska cancervården håller hög kvalitet finns en rad områden med utrymme för förbättringar. Under de senaste åren har, som nämnts ovan, regionala skillnader och kvaliteten i cancervården uppmärksamats alltmer. Regeringen tillsatte därför en utredning om en nationell cancerstrategi som presenterades i februari år 2009 [21]. Beräkningar som Socialstyrelsen gjort inför arbetet med den nationella cancerstrategin pekar på en mycket betydande prevalensökning. Det betyder att många fler patienter kommer att behöva vård och uppföljning, och att läkemedelskostnaderna kommer att öka. Samtidigt har vissa landsting svårt att rekrytera läkare inom vissa specialiteter. Vidare finns å ena sidan större möjligheter till behandling och ökade krav på klinisk forskning, å andra sidan begränsade resurser.

I rapportens avsnitt *Patientfokuserad vård* beskrivs betydelsen av patientens delaktighet i vård och behandling för förbättrat tillfrisknande. Inom cancervården är ett patientcentrerat förhållningssätt sannolikt av särskilt stor betydelse. Även de påtagliga sociala skillnaderna i insjuknande och överlevnad illustrerar att det finns en stor förbättringspotential för en cancervård på lika villkor för hela befolkningen enligt hälso- och sjukvårds-

lagens intentioner. Allt detta innebär framtida utmaningar för cancervården.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
2. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.
3. Cancerfondens utredning om cancerprevention. Övergripande slutsatser, kunskapsunderlag och angelägna forskningsområden. Stockholm: Cancerfonden; 2004.
4. The Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. Reduction in Breast Cancer Mortality from Organized Service Screening with Mammography: 1. Further Confirmation with Extended data. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15(1):45–51.
5. The Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. Reduction in Breast Cancer Mortality from Organized Service Screening with Mammography: 2. Validation with Alternative Analytic Methods. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15(1):52–56.
6. Socialstyrelsen. Cancervården i Sverige. Kvalitet, struktur och aktuella utmaningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
7. Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten. Tillgänglig på www.fhi.se.
8. Hillerdal G. Long-term survival of patients with lung cancer from a defined geographical area before and after radiological screening. Lung Cancer 1996;15:21–30.
9. Lungcancer i Sverige. Nationellt register för lungcancer. Redovisning av material för år 2002–2006.

10. Myrdal G, Lambe M, Hillerdal G, Lamberg K, Agustsson Th, Ståhle E. Effect of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer. *Thorax* 2004;59:45–49.
11. Lungcancer i Sverige. Nationellt register för lungcancer. Regionala jämförelser 2002–2006.
12. Myrdal G, Lamberg K, Lambe M, Ståhle E, Wagenius G, Holmberg L. Regional differences in treatment and outcome in non-small cell lung cancer: A population-based study (Sweden). *Lung Cancer* 2009;63(1):16–22.
13. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Bielska-Lasota M, Coebergh JW, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EUROCARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007;8(9):773–83.
14. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000–02 period analysis of EUROCARE-4 data. *Lancet Oncol* 2007;8(9):784–96.
15. Socialstyrelsen. Vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
16. Hussain SK, Lenner P, Sundquist J, Hemminki K. Influence of education level on cancer survival in Sweden. *Ann Oncol* 2008;19:156–62.
17. Zackrisson S, Andersson I, Manjer J, Janzon L. Non-attendance in breast cancer screening is associated with unfavourable socio-economic circumstances and advanced carcinoma. *Int J Cancer* 2004;108(5):754–60.
18. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: SKL och Socialstyrelsen; 2008.
19. Halmin M, Bellocco R, Lagerlund M, Karlsson P, Tejler G, Lambe M. Long-term inequalities in breast cancer survival – a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). *Acta Oncol* 2008;47(2):216–24.
20. Eaker S, Halmin M, Bellocco R, Bergkvist L, Ahlgren J, Holmberg L, et al. Social differences in breast cancer survival in relation to patient management within a National Health Care System (Sweden). *Int J Cancer* 2009;124(1):180–7.
21. SOU 2009:11 En nationell cancerstrategi för framtiden.

Vård vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom och astma

Sammanfattning

Många vårdcentraler uppger sig ha team för behandling av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) men följsamheten till vårdprogram kan förbättras.

KOL drabbar främst äldre. Sjukdomen är ovanligt före 40 års ålder men däremot har omkring 8 procent av befolkningen över 50 år KOL. Sjukdomen orsakas framför allt av rökning – vårdens viktigaste åtgärd blir därmed att erbjuda metoder för rökstopp. För KOL minskar dödligheten och antalet vårdtillfällen för män, men ökar för kvinnor. Detta avspeglar de olika rökvanorna hos kvinnor och män.

Både dödligheten och antalet vårdtillfällen minskar för astma. Denna minskning beror på en förbättrad behandling och symtomkontroll med astmateam i den öppna vården och med hjälp av nya och rätt använda astmaläkemedel.

Både astma- och KOL-patienter omhändertas framför allt i den öppna vården. Ungefär 8 av 10 vårdcentraler uppger sig ha program eller rutiner för behandling. Ändå finns det brister i vården för patienter med astma och KOL. Många patienter saknar till exempel en behandlingsplan. Särskilt bekymmersamt är att frågan om rökning inte alltid tas upp i kontakter med vården och att patienter med KOL inte alltid får stöd för att sluta röka. Behandling med läkemedel vid astma kan också förbättras ytterligare – uppskattningsvis har en tredjedel av patienterna med måttlig till svår astma inte optimal läkemedelsbehandling.

Inledning

KOL karaktäriseras av långsamt tilltagande besvär av kronisk luftvägsförträngning och det tydligaste symtomet är andnöd. Till skillnad från astma kan sjukdomsförloppet inte helt hävas med behandling på grund av permanenta skador på lungvävnaden.

KOL är ovanligt före 40 års ålder. Bland dem som är över 50 år är däremot omkring 8 procent drabbade. Framför allt orsakas sjukdomen av rökning. Cirka 25 procent av alla rökare har KOL vid 60 års ålder, medan endast 2 procent av icke-rökarna drabbas.

KOL är ett tilltagande hälsoproblem såväl i Sverige som i övriga världen. Dödligheten är betydande, och år 2004 var KOL den fjärde vanligaste dödsorsaken i världen [1].

Astma är en kronisk inflammatorisk rubbning i luftvägarna. Allergi är den vanligaste orsaken till återkommande astma hos skolbarn. Hos vuxna är även astma av icke-allergisk typ vanlig. Orsakerna till astma och allergi är inte klarlagda men till exempel tobaksrök bidrar både till utveckling av astma och förvärrade symtom hos dem som redan har astma.

Förekomsten av astma har ökat kraftigt under senare delen av 1900-talet och är nu bland skolbarn runt 5–10 procent. I den vuxna befolkningen har ungefär 6–7 procent diagnostiserad astma. Det finns dock studier som visar att ökningen tycks ha avstannat under 2000-talet [2].

År 2004 gav Socialstyrelsen ut riktlinjer för vård av astma och KOL [3]. Astma behandlas främst med olika läkemedel. Vid KOL är den viktigaste åtgärden att patienten slutar röka. Effekterna av läkemedel är betydligt sämre vid KOL än vid astma. Förutom rökstopp finns andra viktiga icke-farmakologiska behandlingsåtgärder,

såsom KOL-rehabiliteringsprogram. Det är också viktigt att förebygga osteoporos (benskörhet) hos KOL-patienter, samt att vaccinera mot bland annat influensa.

Under 2009 kommer ett nytt nationellt kvalitetsregister för vård vid KOL att tas i bruk, Riks-KOL. Syftet med registret är att förbättra kvaliteten på vården för KOL-patienterna och att säkerställa en likvärdig vård över landet. Målet är också en ökad följsamhet till nationella riktlinjer. Registret innehåller två delar, en öppenvårds- och en slutenvårdsdel.

Underlag, mått och indikatorer

Detta avsnitt bygger på data från patientregistret, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret. Redogörelsen för primärvårdens insatser bygger på en enkät till landets samtliga vårdcentraler samt på regionala studier och kartläggningar. Indikatorer som redovisas är:

- dödlighet i KOL respektive astma
- intag på sjukhus på grund av KOL respektive astma
- särskilda team, vårdprogram och rutiner för vård vid KOL och astma i primärvården
- primärvårdens insatser
- läkemedelsanvändning vid KOL respektive astma.

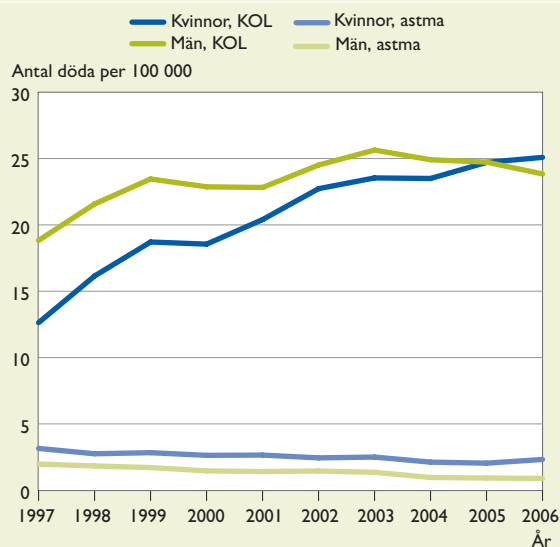
Allt fler kvinnor dör i KOL men dödligheten för män avtar

Trots att allt fler har astma så minskar både dödligheten och antalet vårdtillfällen (figur 3:97 och 3:98). Denna utveckling speglar en ökad symptomkontroll och förbättrad behandling tack vare nya och rätt använda astmaläkemedel. Mycket få

yngre personer dör av astma, medan dödligheten är högst för de allra äldsta. År 2006 avled 146 personer med astma som huvuddiagnos. Endast 5 personer var under 50 år, medan 108 personer var över 80 år.

Sammanlagt avled 2 222 personer år 2006 i KOL. Allt färre män dör i sjukdomen, medan dödligheten fortfarande ökar hos kvinnor (figur 3:97). År 2006 dog för första gången en större andel kvinnor än män i KOL. Sjukhusvård på grund av KOL (figur 3:98) minskade för männen, medan den var relativt oförändrad för kvinnor under perioden 1998–2007. Könsskillnaderna speglar i hög grad rökvanorna – andelen kvinnor som röker är sedan 1990-talets början större än andelen män.

Figur 3:97. Dödlighet i KOL och astma
Antal döda per 100 000 invånare efter kön.



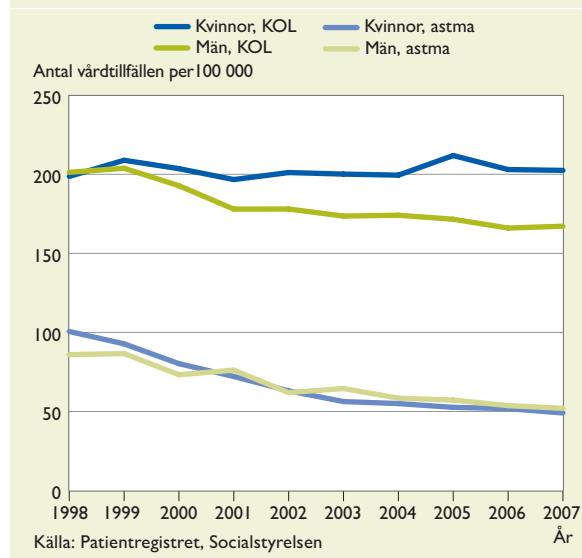
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Följsamhet till vårdprogram kan förbättras

Patienter med astma eller KOL tas i stor utsträckning om hand i den öppna vården. Vården underlättas och förbättras om dessa patienter tas om hand på ett strukturerat sätt, och om det finns väl fungerande astma- och KOL-mottagningar.

Figur 3:98. Sjukhusvård för KOL och astma

Antal vårdtillfällen i slutenvården per 100 000 invånare efter kön.



År 1998 fastställde Svensk förening för allmänmedicins (SFAM:s) nätverk för astma- och allergiintresserade allmänläkare kriterier för astma-mottagningar. År 2008 föreslogs nya kriterier som även innefattar KOL-patienter [4, 5]. I de nya kriterierna föreslås bland annat att astma- och KOL-sköterskor ska ha högskoleutbildning. Vidare föreslås mottagningsresurserna vara minst 1,5 timmar/vecka per 1 000 listade invånare. För att kunna bedriva astma-/KOL-mottagning i en-

lighet med rekommendationerna i Socialstyrelsens riktlinjer har SFAM dock uppskattat att det behövs 4 timmar i veckan.

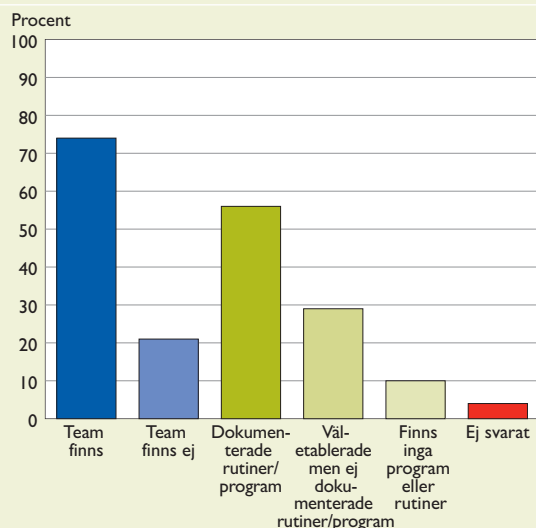
År 2007 genomförde Socialstyrelsen en enkätstudie bland landets vårdcentraler för att bland annat få en övergripande bild av omfattningen av teamarbete och vårdprogram för några kroniska/långvariga sjukdomar, inklusive astma och KOL.

En stor andel, 85 procent, av vårdcentralerna uppgav att de hade dokumenterade eller väletablerade program eller rutiner för att behandla astma och KOL (figur 3:99). Samtliga vårdcentraler med program eller rutiner för astma och KOL uppgav också att de hade särskild personal avsatt för att följa upp, utvärdera och uppdatera vårdprogrammen och rutinerna.

Vidare fanns det särskilda team för astma och KOL på 74 procent av vårdcentralerna. Andelen

Figur 3:99. Team, program och rutiner

Andel av alla vårdcentraler i landet med team, program och rutiner för vård vid astma/KOL.



var lägst i Västmanland och högst på Gotland, där samtliga vårdcentraler hade astma- och KOL-team (figur 3:100). Vårdcentraler med offentlig driftsform hade en högre andel team än vårdcentraler med privat driftsform: 79 procent jämfört med 57 procent.

Några regionala praxisstudier bekräftar att astma- och KOL-vården har en relativt god struktur med mottagningar, team och vårdprogram. Det tycks också finnas en god tillgång till utrustning för diagnostik och kontroll. Men praxisstudierna visar också på stora brister när det gäller i vilken utsträckning utrustningen används och huruvida vårdprogrammen tillämpas och följs. Nedan refereras några av dessa studier.

Uppsala-Örebro

I en praxisstudie vid 56 vårdcentraler i Uppsala-Örebroregionen under perioden 2000–2003 fann man att två tredjedelar av de deltagande vårdcentralerna hade astma- och KOL-mottagningar [6, 7]. Däremot visade det sig att endast hälften av mottagningarna uppfyllde SFAM:s krav för en godkänd astma- och KOL-mottagning. Enligt de nya kriterierna skulle ännu färre vårdcentraler ha uppfyllt kraven.

Praxisstudien visade också att tillgången till diagnosutrustning och behandlingshjälpmedel, till exempel spirometrar, pulsoxymetrar och nebulisatorer, var god. Men trots den goda tillgången

Några ordförklaringar:

Spirometri – undersökning av lungornas funktion och förmåga

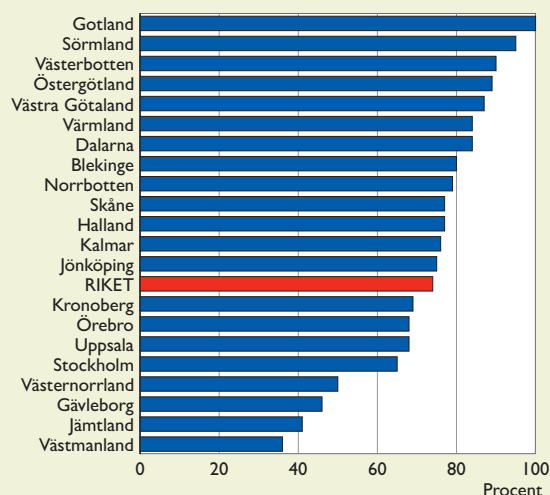
Spirometer – apparat som används för att mäta hur väl lungorna fungerar

Pulsoxymeter – apparat som används för att mäta syresättning i blodet

Nebulisator – en sorts inhalator som möjliggör inhalation av läkemedel

Figur 3:100. Astma-/KOL-team i landstingen

Andel vårdcentraler som uppger att man har ett särskilt Astma/KOL-team 2007.



Källa: Enkät till vårdcentraler 2007, Socialstyrelsen

till spirometrar hade var tredje patient i primärvården fått diagnosen KOL, och hälften hade fått diagnosen astma, utan att spirometri utförts.

Socialstyrelsens riktlinjer betonar att den viktigaste åtgärden för att behandla KOL, och den enda som påverkar långtidsförloppet, är att patienten slutar röka [3]. Även personer med astma bör sluta röka, eftersom rökning minskar medicinernas effekt och ökar risken för att lungfunktionen försämras. Praxisstudien visade dock att rökslutarstöd inte fanns eller inte utnyttjades tillräckligt på vårdcentralerna.

Om en patient med KOL är underviktig ökar till exempel risken för akuta försämringsepisoder och för tidig död. Det är därför viktigt att regelbundet kontrollera vikten hos patienter med medelsvår eller svår KOL. Åtgärder för beräkning av BMI saknades dock i stor utsträckning.

Inte heller utförde vårdcentralerna allergiutredningar för astmapatienter i tillräcklig utsträckning, trots att detta prioriteras högt i riktlinjerna.

Riktlinjerna betonar också vikten av skriftliga behandlingsplaner, men praxisstudien visade att endast ett litet antal patienter hade fått en skriftlig behandlingsplan för hur medicineringen skulle ändras om sjukdomen försämrades. En betydande del av patienterna hade sökt akut vård på grund av sin sjukdom under det senaste halvåret.

Västra Götaland och Halland

I Västra Götaland och Halland gjordes en kartläggning i primärvården under 2004–2005 för att ta reda på hur KOL-patienter diagnostiseras och omhändertas [8]. De flesta av vårdcentralerna hade en astma- och KOL-ansvarig läkare och en sjuksköterska. De hade också tillgång till en spirometer som de använde flera gånger i veckan, men endast cirka hälften kalibrerade spirometern minst en gång i veckan. Vidare hade mindre än 15 procent av vårdcentralerna tillgång till en dietist, medan 25–35 procent hade tillgång till en sjukgymnast eller en arbetsterapeut. Hälften kunde erbjuda ett strukturerat rökavvänjningsprogram.

De flesta av vårdcentralerna (cirka 70 procent) skötte sina KOL-patienter utan något etablerat strukturerat program, och endast en minoritet kunde erbjuda program för fysisk träning, bentätetsmätningar och vaccination.

De större vårdcentralerna hade bättre tillgång till bland annat astma- och KOL-sköterskor och till KOL-ansvariga läkare än de mindre enheterna. De större enheterna använde också sin spirometer oftare samt hade en bättre kännedom om de nationella riktlinjerna.

Resultaten visar bland annat på behov av ökad utbildning kring spirometrier, förbättringar av-

seende ett multidisciplinärt omhändertagande av KOL-patienter och strukturerade program för rökavvänjning med särskild personal.

Östergötland

År 2005–2006 gjordes en kartläggning av astma- och KOL-vården i landstinget Östergötland [9, 10]. Resultaten visade att strukturkvaliteten väl uppfyller de föreslagna kriterierna i Socialstyrelsens riktlinjer. Cirka hälften av vårdcentralerna hade dock avsatt mindre än en timme mottagningstid per vecka per 1 000 listade patienter och variationen mellan vårdcentralerna var stor (0,3–3,5 timmar per vecka). Vidare hade en stor andel patienter inte regelbunden kontakt med sin vårdcentral, och en låg andel patienter hade fått sin lungfunktion mätt.

I en stor andel av de granskade journalerna saknades också uppgifter om rökvanor. Mindre än hälften av de rökande patienterna hade fått rökstoppsråd eller erbjudits rökavvänjningsstöd. Enligt journalanteckningarna var det vanligare att patienter som haft kontakt med en sjuksköterska på en astma- och KOL-mottagning fick sin lungfunktion mätt jämfört med patienter som endast hade träffat en läkare. Patienterna som träffat en sjuksköterska tillfrågades också oftare om sina rökvanor.

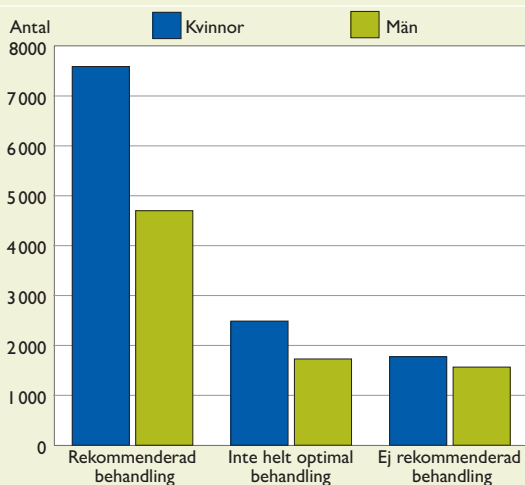
Endast en liten andel av patienterna i båda grupperna hade haft kontakt med en sjukgymnast, och endast ett fåtal av KOL-patienterna hade träffat en dietist.

Läkemedelsbehandlingen inte alltid optimal

Majoriteten av patienter med måttlig till svår astma behandlas med läkemedel i enlighet med aktuella rekommendationer [11]. Analyser utifrån

Figur 3:101. Läkemedelsbehandling vid måttlig/svår astma

Antal patienter med olika läkemedelsbehandling* vid astma, förskrivna och uthämtade läkemedel, år 2008.



*Rekommenderad behandling = mindre än 0,5 DDD/dag beta-2-stimulerare och mer än 0,5 DDD/dag inhalationssteroid

Inte helt optimal behandling = mer än 0,5 DDD/dag beta-2-stimulerare och mer än 0,5 DDD/dag inhalationssteroid

Ej rekommenderad behandling = mer än 0,5 DDD/dag beta-2-stimulerare och mindre än 0,5 DDD/dag inhalationssteroid

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

läkemedelsregistret visar att detta var fallet för cirka 12 300 patienter under år 2008. Samtidigt fick cirka 7 500 patienter en behandling som inte är helt optimal, eller som inte rekommenderas (figur 3:101), vilket tyder på att det finns en förbättringspotential i behandlingen.

För de flesta astmapatienter rekommenderas en behandling med en hög dos inhalationssteroid i kombination med en låg dos betastimulerare. Behandling med inhalationssteroider utgör grunden i astmabehandlingen – den dämpar inflammationen i lufttrören och förebygger astmaanfall. Behandling med betastimulerare är tilläggsbehandling

och används på olika sätt beroende på besvärens svårighetsgrad. Behandling med en hög dos av båda läkemedelsgrupperna anses mindre optimal, medan en hög dos betastimulerare och en låg dos inhalationssteroid inte är i linje med rekommendationerna.

För patienter med lätta astmabesvär räcker oftast tillfällig behandling med betastimulerare.

Som tidigare nämnts har läkemedelsbehandling vid KOL begränsad effekt. Analyser av KOL-patienters läkemedelsbehandling, baserade på patient- och läkemedelsregistret, tyder på att de läkemedel som används är de som rekommenderas i riktlinjer. Däremot använder män med KOL genomgående färre läkemedel än kvinnor (tabell 3:18). Dessa resultat kan antas bero på en lägre förskrivning till män och/eller att män i lägre utsträckning hämtar ut sina läkemedel på apotek.

Tabell 3:18. Läkemedelsanvändning vid KOL

Användning av några läkemedelsgrupper hos KOL-patienter över 40 år, totalt samt uppdelat på män och kvinnor.

Läkemedel	Användning (%)*		
	Totalt	Män	Kvinnor
Beta-2-stimulerande medel (R03AC)	40,1	37,4	42,5
Inhalationssteroider (R03BA)	20,7	19,4	21,9
Antikolinergika (R03BB)	46,1	43,8	48,2
Xantinderivat (teofyllinpreparat, R03DA)	7,1	6,6	7,6

*För preparat som används av minst 3 procent av patienterna

Fet stil anger signifikant skillnad i logistisk regressionsanalys. Kvinnor är referensgrupp. Justerat för ålder, utskrivningsår, utbildning, födelseland och bostadsort

Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen

Referenser

1. WHO. The top ten causes of death. Fact sheet N° 310, oktober 2008.
2. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
4. Tilling B, Jagorstrand B, Johansson G, Kull I, Lisspers K, Romberg K et al. Astma/KOL-mottagning i primärvård – nya kriterier. *AllmänMedicin* 2008;5:9–13.
5. Kull I, Johansson GS, Lisspers K, Jagorstrand B, Romberg K, Tilling B et al. Astma/KOL-mottagningar i primärvård ger effektivt omhändertagande. *Läkartidningen* 2008;42(105):2937–40.
6. Lisspers K, Ställberg B, Janson C. Omhändertagande av patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) i Uppsala-Örebroregionen; En rapport från Praxisstudien astma/KOL. Uppsala: Centrala samverkansnämnden för Uppsala-Örebroregionen; 2007.
7. Lisspers K, Ställberg B, Janson C. Omhändertagande av patienter med astma i Uppsala-Örebroregionen; En rapport från Praxisstudien astma/KOL. Uppsala: Centrala samverkansnämnden för Uppsala-Örebroregionen; 2008.
8. Thorn J, Norrhall M, Larsson R, Curiac D, Axelson G, Ammon C et al. Management of chronic obstructive disease (COPD) in primary care: a questionnaire survey in western Sweden. *Prim Care Respir J* 2008;17(1):26–31.
9. Carljford S, Lindberg M. Astma- och KOL-vården i Östergötland – en kartläggning baserad på nationella riktlinjer. *Rapport-FoU* 2006:4, Forsknings- och utvecklingsenheten för närsjukvården, Landstinget i Östergötland.
10. Carljford S, Lindberg M. Asthma and COPD in primary health care, quality according to national guidelines: a cross-sectional and retrospective study. *BMC Fam Pract* 2008;9(36).
11. Läkemedelsverket. Farmakologisk behandling vid astma – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket Supplement 1: 2007. Uppsala: Läkemedelsverket; 2007.

Vård vid förlossning och gynekologiska sjukdomar

Sammanfattning

Mödrahälsovården har en viktig hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande roll. Verksamheten ska bland annat stödja blivande mammor att sluta röka, och andelen som röker under tidig graviditet minskar stadigt.

Den vanligaste smärtlindringen vid vaginal förlossning är lustgas, men andelen som förlöses instrumentellt eller med kejsarsnitt ökar. En del kejsarsnitt skulle sannolikt kunna undvikas om vården i högre grad erbjöd stöd till kvinnor med förlossningsrädsla. Utvecklingen mot allt fler perinealbristningar ser ut att ha brutits, och sedan 2005 minskar andelen.

Antalet graviditeter som avbröts p.g.a. kromosomavvikelser var cirka 5 per 1 000 födda barn. Nya metoder för screening för att upptäcka sådana avvikelser i ett tidigt skede håller på att införas. De nya metoderna kan leda till att färre foster-vattensprov behöver tas – något som innebär en minskad risk för missfall. Här är adekvat information till den gravida kvinnan mycket viktig.

Abortverksamhet är en typ av vård som kräver snabbt omhändertagande. Ingen abortsökande kvinna ska ofrivilligt behöva vänta på det första läkarbesöket efter tidsbeställning. Aborten bör sedan utföras skyndsamt. Väntetiderna till abort varierade stort över landet enligt en kartläggning 2006. Man fann att om väntetiderna var för långa kunde kvinnan passera tidsgränsen för medicinsk abort. Att många aborter numera kan utföras

medicinskt har i viss mån lett till en förskjutning av arbetsuppgifter från gynekologer till barnmorskor.

De vanligaste gynekologiska operationerna är borttagande av livmodern, operation av livmoderframfall och inkontinensoperationer. Hysterrektomi kan utföras både genom abdominell och vaginal operation eller med titthålskirurgi. En större andel skulle kunna utföras vaginalt, men denna metod har endast till viss del fått genomslag i vården.

Urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem som ökar med åldern och som är vanligare bland kvinnor än bland män. Förskrivningen av antikolinerga läkemedel mot trängningsinkontinens ökar och användningen är störst bland äldre över 80 år. Dessa läkemedel bör dock användas med försiktighet av äldre, eftersom effekten är måttlig och de kan orsaka förvirring. På särskilda boenden blir äldre kvinnors inkontinensproblem alltför sällan utredda – i stället erbjuds de till stor del enbart blöjor.

Inledning

Den del av hälso- och sjukvården som vi redovisar i detta avsnitt handlar dels om hälso- och sjukvårdens insatser i samband med graviditet och förlossning, dels om insatser vid vissa gynekologiska tillstånd.

Graviditet och förlossning innebär alltid en ökad risk för kvinnans hälsa, vilket globalt sett är ett mycket stort hälsoproblem. I Sverige är dock mödradödligheten en av de lägsta i världen. Endast några enstaka kvinnor per år avlider i samband med graviditet eller förlossning. En ny studie av mödradödligheten i Sverige tyder dock på

att dödligheten kan vara underskattad [1]. Vidare förändras den gravida populationen och vi ser allt äldre kvinnor som blir gravida, vilket ökar risken för olika komplikationer.

De vanligaste gynekologiska operationerna är borttagande av livmoder (hysterektomi), livmoderframfall (prolaps) och operationer vid inkontinens. Kvaliteten på vården för dessa tillstånd kan bland annat utvärderas med hjälp av Gynop-registret, där man började registrera information om gynekologiska operationer 1997 [2]. År 2005 startade registreringarna av inkontinens- och framfalloperationer. Vad gäller kirurgisk behandling av livmoderframfall har det skett stora förändringar de senaste åren. Operationsmetoderna har förändrats och man håller för närvarande på att utvärdera kvaliteten på de nya metoderna [2, 3].

Underlag, mått och indikatorer

Underlagen till detta avsnitt kommer från det medicinska födelserregistret, patientregistret, och läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Dessutom ingår uppgifter från kvalitetsregistren för mödrahälsovård och för gynekologiska operationer (Gynop registret) samt även några särskilda studier. Några viktiga mått som redovisas är:

- rökning under graviditeten
- aborter, väntetider
- smärtlindring vid förlossning
- andel kejsarsnitt och instrumentella förlossningar
- perinealbristningar
- hysterektomi, operationsmetoder
- inkontinens: läkemedelsbehandling, operationer.

Graviditet

Mödrahälsovården

Mödrahälsovården arbetar främst med att följa moderns och fostrets hälsa under graviditeten. Sedan 1997 finns ett nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård [4, 5]. Nittio procent av alla mottagningar rapporterade till registret 2007. Mödrahälsovården organiseras främst i primärvården, där 72 procent av alla mottagningar återfinns. Övrig mödrahälsovård bedrivs på länssjukhus eller i privat regi.

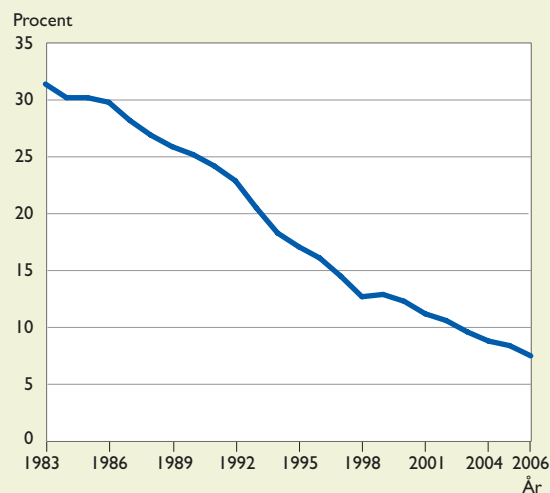
Under flera år har mödrahälsovårdens verksamhet förskjutits mot att modern fått mer tid hos barnmorskan och mindre tid hos läkaren. Samtidigt har antalet nyinskrivna gravida per heltidstjänst som barnmorska ökat från 82 år 1998 till 93 år 2007. Sedan 1998 kan man också se att läkartiden minskat. År 2007 var i medeltal 63 kvinnor inskrivna per läkartimme i veckan.

Mödrahälsovården har en viktig hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande roll. Cirka 85 procent av enheterna bedrev screening för riskbruk av alkohol och cirka 50 procent frågade rutinmässigt om förekomsten av våld.

Mödrahälsovården har också en viktig uppgift när det gäller att stödja gravida kvinnor att sluta röka. Rökning under graviditeten är riskfyllt för fostret och det nyfödda barnet, och ökar risken för bl.a. dålig fostertillväxt och plötslig spädbarnsdöd. Gravidas tobaksvanor registreras sedan 1983 i samband med det första besöket på mödravårdscentralen. Andelen mammor som var rökare vid inskrivningen i mödravården har sjunkit varje år sedan

Figur 3:102. Rökning i tidig graviditet

Andelen rökande kvinnor i tidig graviditet, år 1983–2006.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

registreringarna startade (figur 3:102). År 2006 var 7,5 procent rökare och 1,4 procent snusare [6].

Fosterdiagnostik

– nya screeningprogram har införts

Antalet graviditeter som avbröts p.g.a. fosterskador var cirka 5 per 1 000 födda barn, där den dominerande diagnosen var kromosomavvikelse [7]. Av de upptäckta fallen med Downs syndrom (avvikelse på kromosom 21) avbröts 55 procent år 2007, vad gäller anencefali (medfödd hjärnmissbildning där fostret inte kan överleva) avbröts 94 procent och beträffande ryggmärgsbräck var motsvarande andel 68 procent.

De senaste åren har nya metoder för tidig screening för att upptäcka foster med kromosomavvikelse, inklusive Downs syndrom, införts (nivåer av vissa proteiner och hormoner i moderns blod,

mätning av nackuppkklarning hos fostret med hjälp av ultraljud o.s.v.) [8]. Det nya screeningprogrammet är inte infört i hela landet fullt ut, och det krävs en längre tids uppföljning för att se vilken effekt de nya metoderna kommer att få. I några landsting omfattar det nya screeningprogrammet endast mödrar över 35 år, trots att det är utformat för screening av samtliga gravida kvinnor. De nya metoderna kan leda till att färre fostervattensprov behöver tas, vilket är positivt då provtagningen i sig innebär en liten (1 procent) risk för missfall.

Studier har visat att kvinnor föredrar individuell information om fosterdiagnostik framför information i grupp [8]. Audio- eller videoinformation ger något bättre kunskap och förståelse än brev och broschyrer. Information som kvinnan får före undersökningen har dock brister, enligt de flesta studier. Kvinnors kunskaper är inte tillräckliga för att de ska kunna fatta ett välgrundat beslut om att genomgå en undersökning. Kunskapsbristerna gäller främst målet med undersökningen samt vad resultatet kan leda till. Speciellt svårt är det att förstå att mätning av nackuppkklarning med ultraljud och bedömning av vissa markörer utgör ett led i en sannolikhetsbedömning och inte är en definitiv diagnos. De flesta kvinnor önskar tidiga besked och föredrar screening de första månaderna av graviditeten.

Barnmorskan får större roll vid medicinsk abort

En fjärdedel av alla graviditeter i åldersgruppen 15–44 år slutade med abort år 2006. Denna andel har varit i stort densamma sedan 1975 [9]. Abortverksamhet är vård som kräver ett snabbt omhändertagande. Ingen abortsökande kvinna ska ofrivilligt behöva vänta på det första läkarbesöket

efter tidsbeställning. Eftersom aborter är att betrakta som brådskande, bör kvinnan tas omhand snarast möjligt inom en relativt kort tidsperiod efter det att hon begärt abort.

En kartläggning från år 2006 visade att väntetiderna i abortvården varierade stort i landstingen och att de på många håll var oacceptabelt långa [10]. Om väntetiderna är för långa är risken att kvinnan passerar den tidsgräns då medicinsk abort är möjlig och tvingas till en kirurgisk abort.

Genom att många aborter numera kan utföras medicinskt i stället för kirurgiskt har arbetsuppgifterna i abortverksamheten förskjutits över tid. Många arbetsuppgifter som tidigare utfördes av gynekologer har nu förts över till barnmorskor och sjuksköterskor.

Socialstyrelsen gjorde 2007 en utredning om arbetsuppgifterna i abortvården och specifikt om medicinska aborter [11]. Syftet med utredningen var att se över barnmorskornas delaktighet i medicinska aborter och att tydliggöra det utrymme som finns i befintlig lagstiftning. Två arbetsuppgifter i abortvården är författningsstyrda: utförandet av aborten och efterkontrollen.

Vid det inledande läkarbesöket görs ett vaginalt ultraljud för att fastställa graviditetens längd och för att se om den är normal. För såväl gynekologer som barnmorskor krävs gedigen utbildning, erfarenhet och personlig lämplighet, då vaginala ultraljud betraktas som ett avancerat arbetsmoment. Verksamhetschefen har möjlighet att låta den som är mest lämplig utföra vaginala ultraljud, eftersom detta inte är en regelstyrd arbetsuppgift.

Läkare på en abortmottagning har enligt generella direktiv möjlighet att ordinera de läkemedel som används vid medicinsk abort, så att en barnmorska kan ge dem till en patient efter behovsbe-

dömning. Läkaren styr förutsättningarna för när en ordination enligt generellt direktiv kan användas, genom att ange indikationer och kontraindikationer. Det är dock ytterst verksamhetschefen som avgör om ordination enligt generella direktiv får förekomma. Detta är möjligt inom ramen för gällande författningar, förutsatt att det inte sker på bekostnad av patientsäkerheten.

Efterkontrollen görs oftast av en barnmorska eller sjuksköterska, men det är läkarens ansvar att den utförs.

Förlossning – allt kortare vårdtider

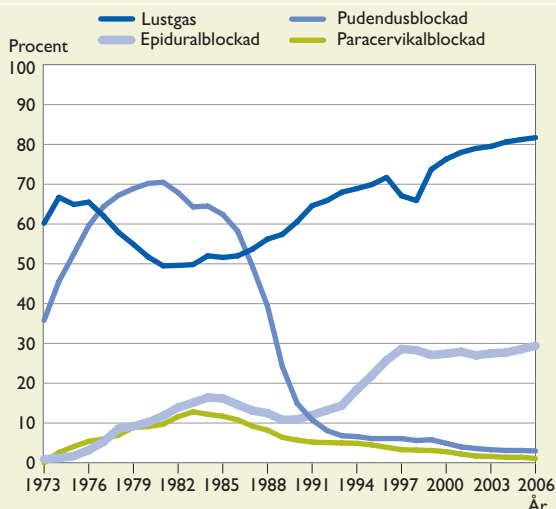
Uppgifter om förlossningar och nyfödda barn rapporteras sedan 1973 av landets kvinnokliniker till det medicinska födelseregistret på Socialstyrelsen [12]. Medelvårdtiden på BB vid vaginal förlossning respektive kejsarsnitt har minskat anmärkningsvärt över tiden. Medelvårdtiden för samtliga förlossningar var 2,8 dygn år 2007. Andelen av alla vaginalförlösta kvinnor som vårdades i högst två dygn var år 2006 nästan 64 procent. De regionala variationerna är stora: från drygt 80 procent i Uppsala till omkring 35 procent i Halland. De korta vårdtiderna förklaras bland annat av att vissa län har en utbyggd verksamhet med barnmorskebesök i hemmet.

Smärtlindring – lustgas vanligast

Den vanligaste formen av smärtlindring vid vaginal förlossning är lustgas, som år 2006 användes av cirka 80 procent av kvinnorna. Andelen kvinnor som fått ryggmärgsbedövning (epiduralblockad) vid förlossningen ökade i början av 1990-talet, men nådde en platå omkring 1997. En förklaring till ökningen under 90-talet är att man införde en ny epiduralmetod som tillåter kvinnan

Figur 3:103. Smärtlindring vid vaginal förlossning

Andel av alla vaginala förlossningar med olika typer av smärtlindring, år 1973–2006.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

att vara uppe och gå trots blockaden. En påtaglig nedgång av antalet bäckenbottenbedövningar (pudendusblockad) kan observeras sedan slutet av 1980-talet. En förklaring till nedgången kan vara att metoden har uppfattats hämma värkarbetet i förlossningens slutskede.

Allt fler förlöses genom kejsarsnitt och instrumentella förlossningar

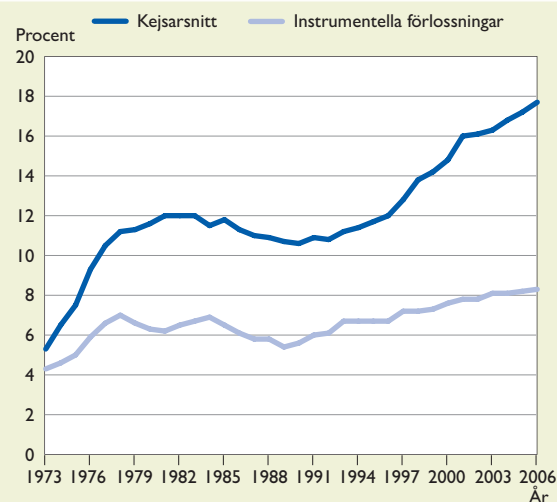
Andelen kvinnor som blir förlösta med kejsarsnitt ökar [12]. I slutet av 1980-talet och början av 1990-talet var andelen kejsarsnitt cirka 12 procent, vilket hade stigit till nästan 18 procent 2006. Vaginala instrumentella förlossningar (sugklocka och tång) visar också en tendens att öka, men inte lika snabbt som andelen kejsarsnitt. Nästan 10 procent av kvinnorna blir förlösta med sugklocka eller tång.

Andelen kejsarsnitt vid enkelbörd ökar långsammare, medan ökningen vid flerbörd har gått snabbare. Sedan år 2000 förlöses mer än hälften av alla kvinnor med flerbördsgraviditet med kejsarsnitt.

Enligt uppgifter från kvalitetsregistret för mödrahälsovård utfördes 12 procent av alla kejsarsnitt på grund av moderns förlossningsrädsla. Av dessa kvinnor var 24 procent förstföderskor och 76 procent omföderskor. Det stora antalet omföderskor tyder på att det framför allt är erfarenheter från en tidigare förlossning som påverkar kvinnors önskemål om kejsarsnitt. Det är viktigt att fånga upp kvinnor med negativa förlossningsupplevelser i samband med eftervårdsbesök och erbjuda dem möjligheter till bearbetning och stöd. Den allt kortare vårdtiden på BB kan också bidra till att kvinnornas upplevelser sällan fångas upp i samband med förlossningen [4].

Figur 3:104. Kejsarsnitt och instrumentella förlossningar

Andel kejsarsnitt och instrumentella förlossningar, år 1973–2006.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Perinealbristningar vid förlossning minskar

Perinealbristningar innebär att det uppstår en bristning i mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen under en vaginal förlossning. Kända riskfaktorer för perinealbristning är att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn, har en långdragen förlossning eller att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka. Perinealbristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade medför allvarliga problem för kvinnan.

Andelen perinealbristningar har ökat de två senaste decennierna. Orsaken till ökningen är inte helt känd, men kan vara att andelen instrumentella förlossningar ökat och på att barnen i allmänhet blivit större. Från år 2005 har dock andelen börjat minska. Denna minskning kan hänga sam-

man med att problemet synliggjorts och därmed bidragit till åtgärder i vården.

År 2006 medförde cirka 4 procent av de vaginala förlossningarna bristningar av grad tre eller fyra (det vill säga med en skada på själva ändtarmsmuskeln), och denna andel varierade mellan 2,6 och 5,4 procent i de olika landstingen [13]. Detta innebär att över 3 000 kvinnor drabbas varje år.

Fosterövervakning

– säkerheten behöver förbättras

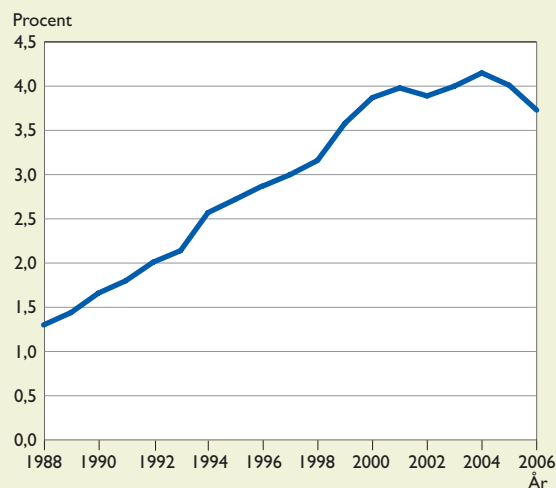
Syftet med att övervaka fostret under förlossningen är att förebygga allvarlig syrebrist, som kan vara livshotande eller ge kvarstående skador på nervsystemet. Av de 100 000 barn som föds i Sverige varje år drabbas uppskattningsvis 60 av så svår syrebrist att de dör eller utvecklar cerebral pares.

Kardiotokografi (CTG) är idag den vanligaste metoden för elektronisk fosterövervakning och har använts sedan 1970-talet. Den registrerar barnets hjärtfrekvens och livmoderns sammandragningar. På senare år har den så kallade STAN-metoden börjat användas. Emellertid är det vetenskapliga underlaget för denna metod osäkert, och ytterligare vetenskapliga studier behövs för att klargöra metodens effekter och kostnadseffektivitet [14].

En systematisk genomgång av 472 fall av misstänkt förlossningsrelaterad syrebristsskada åren 1990–2005 visade 177 fall där syrebristsskadan hos barnet sannolikt orsakats av felbehandling i samband med förlossningen [15]. Den vanligaste typen av felbehandling var bristande fosterövervakning (98 procent av fallen) och att den ansvariga vårdpersonalen inte agerade i tid vid patologisk CTG-kurva (71 procent). I 71 procent av fallen användes oxytocin på ett sådant sätt att man

Figur 3:105. Perinealbristningar

Andel bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar under åren 1988–2006.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

orsakade överstimulering av värkarbetet eller förvärrade syrebrist hos barnet. Den vanligaste orsaken till felbehandling enligt författarna till studien var bristande följsamhet gentemot medicinska riktlinjer för fosterövervakning. Vidare konstaterade man att det finns ett behov av att förbättra samarbetet vid fosterövervakning och handläggning av avvikelser under förlossningsförloppet.

Dock är det viktigt att beakta att brister i patientsäkerheten inte bara beror på hur enskilda personer i vårdpersonalen agerar, utan även på brister i organisation, styrning och ledning. Detta diskuteras i avsnittet *Säker vård*.

Livmoderoperationer – fler bör kunna opereras vaginalt

Hysterektomi, borttagande av livmodern, är en av de vanligaste större operationerna inom gynekologin. Det kan finnas flera skäl till att göra en hysterektomi, exempelvis då kvinnan har rikliga blödningar, myom (muskelknutor) eller livmodercancer. Operationen kan utföras på tre sätt: med snitt i nedre buken (abdominell), genom slidan (vaginal) eller med s.k. titthålskirurgi (laparoskopi). Vaginal hysterektomi kan också utföras i kombination med laparoskopi.

Totalt gjordes 7 024 hysterektomioperationer 2007, varav 4 991 (71 procent) abdominellt. Motsvarande andel 1998 var 77 procent. Vaginal hysterektomi utfördes 2007 i 22 procent av fallen, mot 13 procent 1998. Trenden har på senare år gått mot totalt sett färre hysterektomier räknat per 100 000 kvinnor. En anledning kan vara nya behandlingsmetoder.

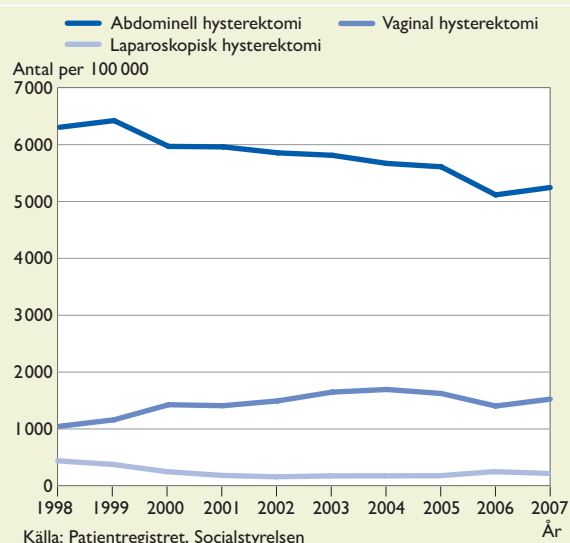
Den abdominella metoden är således den vanligaste vid hysterektomi i Sverige. Figur 3:106

visar att abdominell hysterektomi minskat klart det senaste decenniet. Vaginal hysterektomi har i stället ökat under motsvarande period. Den laparoskopiska tekniken används i mycket begränsad omfattning. En svag uppgång av antalet abdominella såväl som vaginala hysterektomier kunde noteras 2007.

Vaginal och laparoskopisk hysterektomi har vissa fördelar i jämförelse med abdominell hysterektomi, bland annat genomsnittligt kortare vårdtid eftersom det inte kräver buksnitt. Å andra sidan kräver inte vaginal och abdominell hysterektomi den avancerade tekniska utrustning som används vid laparoskopisk kirurgi. Hälften av alla hysterektomier borde enligt vissa experter kunna utföras vaginalt [16]. Orsaken till att detta inte fått genomslag i vården kan vara skilda traditioner, bristande

Figur 3:106. Hysterektomier

Antalet hysterektomier per 100 000 kvinnor fördelat på operationsmetoder, år 1998–2007.



träning och missuppfattningar om vilka patienter som lämpar sig för vaginal hysterektomi. Detta leder till att majoriteten av alla gynekologer fortfarande tar bort livmodern via buksnitt.

Data från det nationella kvalitetsregistret för gynekologisk kirurgi visar att i genomsnitt 94 procent av patienterna i enkäter efter operation anser sig ha blivit bättre eller mycket bättre, och 85 procent anser att vårdtiden var "lagom" [17]. I kontrast mot dessa positiva resultat kan man konstatera att 24 procent av patienterna sökt sjukvård under konvalescensen och att drygt 6 procent haft någon form av komplikation som krävt förnyad operation, återinläggning på sjukhus och/eller förlängd sjukskrivning med mer än fyra veckor.

Uppföljning av vården genom denna typ av enkäter till patienter efter operation är ett viktigt kvalitetsinstrument, som bör utnyttjas i större utsträckning av andra kvalitetsregister.

Urininkontinens

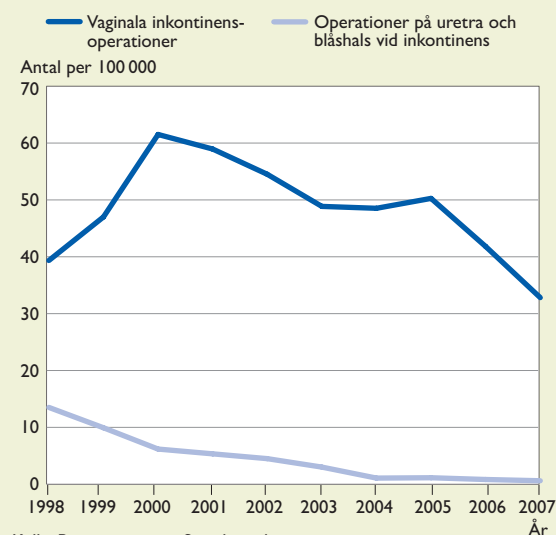
Urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem som är vanligare bland kvinnor än bland män. Behandlingsmöjligheterna är goda men många söker inte vård för sina problem. Bland kvinnor med läckage minst en gång i veckan ökar förekomsten av inkontinens från 10 procent i 40-årsåldern till 25 procent i 80-årsåldern.

Inkontinens hos kvinnor kan indelas i ansträngningsinkontinens, trängningsinkontinens, blandad inkontinens, överflödesinkontinens, samt inkontinens på grund av medfödda eller förvärvade anatomiska orsaker. Äldre kvinnor kan få problem då de inte kan ta sig till toaletten eller helt enkelt glömmer att gå.

Ansträngningsinkontinens är den vanligaste formen av inkontinens. Vid lindriga problem kan

Figur 3:107. Inkontinensoperationer

Antalet inkontinensoperationer per 100 000 kvinnor fördelat på operationskategori, år 1998–2007.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

viktminskning vid övervikt och träning av bäckenbotten vara tillräckliga åtgärder. Svårare läckage kan kräva operation. Den vanligaste operationsmetoden är TVT (tensionfree vaginal tape), som är en vaginal operation. Operationen tar kort tid och komplikationerna är få. Figur 3:107 visar emellertid att inkontinensoperationerna har minskat under 2000-talet.

Orsaken till nedgången av operationerna är sannolikt tillgången på nyare, mindre invasiva metoder såsom periuretrala injektioner eller läkemedel (duloxetin). Injektionerna görs med ett expanderande ämne (till exempel bulkamid). Preparaten är ännu inte tillräckligt utvärderade och långtidsstudier pågår. Behandling med läkemedlet duloxetin minskar antalet tillfällen med

ansträngningsinkontinens med hälften [18]. En analys av kostnadseffektiviteten visade dock att bäckenbottenträning var både effektivare och billigare än duloxetin [19]. Försäljningsutvecklingen av detta läkemedel redovisas i figur 3:108.

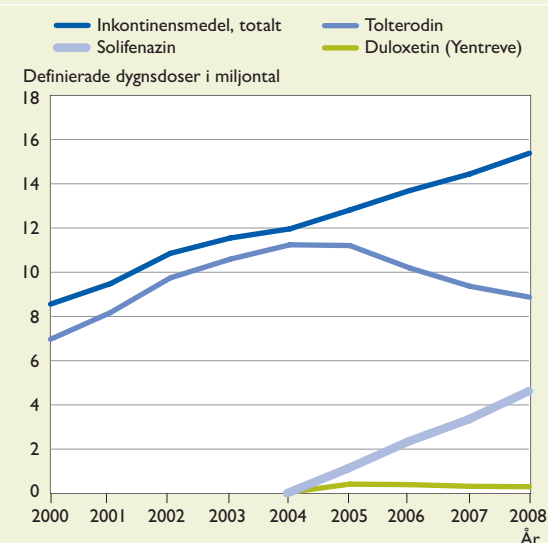
Trängningsinkontinens kan ge stora urinläckage. Orsaken till trängningarna kan vara urinvägsinfektion, blåssten eller tumör och behandlas med hänsyn till orsaken. Blåsträning kan vara en tillräcklig åtgärd. Ett annat behandlingsalternativ är MES-behandling (maximal elektrostimulering). Behandling med antikolinerga läkemedel är vanlig. I figur 3:108 visas utvecklingen av förskrivningen av läkemedel mot inkontinens. Användningen av dessa läkemedel har ökat kontinuerligt sedan 2000.

De antikolinerga läkemedlen är godkända för att användas vid trängningsinkontinens, och effekterna varierar med preparaten men är måttliga eller små [18]. De har också en rad biverkningar. Antikolinergiska läkemedel bör förskrivas med försiktighet till äldre personer, eftersom de kan ge kognitiva störningar och förvirring. Dessa läkemedel används av både kvinnor och män och är vanligast i åldersgruppen 80–89 år. Läkemedelsanvändning bland äldre redovisas mer ingående i avsnittet *Vård av äldre med omfattande vårdbehov*.

Urininkontinens ökar med åldern, och på särskilda boenden har praktiskt taget samtliga dessa besvär. I särskilda boenden är det dock få personer med inkontinens som får sina problem utredda [19, 20]. Den vård och behandling som erbjuds är vanligen enbart blöjor och läkemedel.

Kompetens, attityd och inställning hos de verksamhetsansvariga och vård- och omsorgspersona-

Figur 3:108. Förskrivning av inkontinensmedel
Antal definierade dygnsdoser inkontinensläkemedel totalt samt uppdelat på olika substanser*, båda könen år 2000–2008.



*Tolterodine och solifenazin = antikolinerga medel (G04BD) mot trängningsinkontinens, duloxetin = medel mot ansträngningsinkontinens (N06AX)
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

len kan påverka de boendes situation. Detta kan innebära att personer med inkontinensproblem dels ges möjlighet till toalettbesök vid behov, dels ges möjlighet till utredning för att få rätt vård och behandling. Det är angeläget att de boende får toalettassistans om han eller hon önskar det. Vidare måste personalen dokumentera och följa upp hur detta fungerar. Enhetschefen och sjuksköterskorna bör även få bättre förutsättningar att tillbringa mer tid på enheten för att kunna handleda och vägleda personalen i deras arbete.

De få medicinska utredningar som görs gäller oftast män, trots att fler kvinnor har inkontinensproblem. Dessutom är det fler kvinnor som bor på särskilda boenden för äldre, där problemen är störst.

Referenser

1. Grunewald C, Nilsson E, Cnattingius S, Westgren M, Stephansson O. Mödradödligheten underskattad i Sverige. Registerstudie av död i samband med graviditet, förlossning och post partum. *Läkartidningen* 2008;(105)34:2250–3.
2. Gynop-registret: www.gynop.org.
3. Prolaps. Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupp för urogynekologi och vaginal kirurgi. Rapport nr 60, 2008.
4. Nationellt kvalitetsegister för mödrahälsovård. Sammanställning av individdata för 2006.
5. Nationellt kvalitetsegister för mödrahälsovård. Sammanställning av strukturdata för 2007.
6. Socialstyrelsen. Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
7. Socialstyrelsen. Fosterskador och kromosomavvikelser 2007. Sveriges officiella statistik, Hälsa och sjukdomar 2008:10. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
8. SBU. Metoder för tidig fosterdiagnostik. Stockholm: SBU; 2006.
9. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
10. Socialstyrelsen. Abortverksamheten till och med graviditetsvecka 12. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
11. Socialstyrelsen. Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
12. Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2006. Sveriges officiella statistik, Hälsa och sjukdomar 2008:5. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
13. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: SKL och Socialstyrelsen; 2008.
14. SBU. ST-analys i kombination med CTG (STAN) för fosterövervakning under förlossning. SBU Alert-rapport nr 04; 2006.
15. Berglund S, Grunewald C, Pettersson H, Cnattingius S. Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990–2005. *BJOG* 2008;115(3):316–23.
16. Flam F, Lundberg S. Ökad andel vaginala hysterektomier med bättre tränade vaginalkirurger. *Läkartidningen* 2007;(104)23: 1838–9.
17. Nationella kvalitetsregistret för gynekologisk kirurgi. Årsrapport 2006.
18. Mariappan P, Ballantyne Z, N'Dow JM, Alhassan AA. Serotonine and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRI) for stress urinary incontinence in adults. *Cochrane database syst rev* 2005;(3):CD004742.
19. NICE. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. NICE Clinical guideline 40; 2006.
20. Läkemedelsverket: www.mpa.se.
21. Socialstyrelsen. Inkontinensvården i ordinärt och särskilt boende – Resultat av enkäter och intervjuer bland brukare och personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
22. Socialstyrelsen. Inkontinensvård. Tillsyn av insatser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

Tandvård och tandhälsa

Sammanfattning

Tandhälsan har förbättrats kraftigt de senaste 25 åren även om utvecklingen förefaller ha avmattats något hos barn och ungdomar under 2000-talet. Bland vuxna har antalet tandlösa minskat betydligt sedan 1965. Därmed anser sig en allt större del av den vuxna befolkningen kunna tugga utan större besvär. Detta gör också att behovet av tandvård ökar eftersom en allt större del av de äldre nu har kvar tänder som behöver skötsel.

Trots att tandhälsan har förbättrats finns det fortfarande betydande skillnader mellan olika grupper i befolkningen i tandhälsa och tandvårds-konsumtion. Skillnaderna har bland annat samband med socioekonomiska faktorer, nationalitet, kön och ålder.

Generellt anser sig tandvården ha god tillgång till resurser även om det finns brist på personal inom vissa specialiteter. Socialstyrelsens prognoser pekar också på att det totala antalet tandläkare kommer att minska fram till år 2023. Ett sätt för tandvården att möta denna utveckling är att satsa på teamtandvård för att förbättra effektiviteten och att arbeta ännu mer aktivt med att förändra personalsammansättning och fördelning av arbetsuppgifter. Flera landsting har som mål att ha lika många tandhygienister som tandläkare för att möta den kommande bristen på tandläkare.

År 2008 införde regeringen ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. Det nya tandvårdsstödet består av ett allmänt tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader. Det tidigare högkostnadsskyddet

för personer över 65 år har ersatts av ett allmänt högkostnadsskydd för alla vuxna.

I anslutning till den nya reformen påtalades att tandvården behöver bli mer kunskapsstyrd. Möjligheterna att följa upp vården behöver också förbättras. Därför inledde Socialstyrelsen ett arbete med att ta fram nationella riktlinjer och nationella indikatorer för att utveckla och följa upp tandvården. Ytterligare utvecklingsarbete inom tandvårdsområdet är bland annat inrättandet av ett nytt tandhälsoregister vid Socialstyrelsen. Vidare är två nya kvalitetsregister under uppbyggnad: Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) och Svenska dentala implantatregistret (SDIR).

Inledning

Tandvården skiljer sig på flera sätt från övrig hälso- och sjukvård. Den styrs av tandvårdslagen i stället för av hälso- och sjukvårdslagen och den har en annan organisatorisk uppbyggnad. Tandvården är också uppdelad i offentlig och privat verksamhet i större omfattning än den övriga hälso- och sjukvården och den har ett inslag av relativt höga egenavgifter.

För barn och ungdomar till och med 19 år är tandvården avgiftsfri medan vuxna till stor del finansierar sin tandvård själva. Vården ges antingen av folktandvården eller av privattandläkare. Drygt hälften av de vuxna patienterna besöker privata tandläkare medan barn och ungdomar framför allt besöker folktandvården.

Inom tandvården finns två legitimerade yrkesgrupper, tandläkare och tandhygienister. Dessutom finns även yrkesgruppen tandsköterskor, och i nära anslutning till tandvården arbetar även tandteknikerna. År 2006 fanns 3 298 tandhygienis-

ter och 7 541 tandläkare sysselsatta inom svensk tandvård [1]. Någon statistik för tandsköterskor och tandtekniker finns inte, men enligt en uppskattning arbetade cirka 12 300 tandsköterskor inom tandvården år 2003 [2]. Enligt en marknadsundersökning från Sveriges tandteknikerförbund fanns det cirka 1 300 tandtekniker år 2006. Knappt 60 procent av tandvårdspersonalen är sysselsatt i offentlig regi men det finns stora skillnader mellan olika län. Tandläkare och tandhygienister arbetar oftare i privat regi än barnmorskor, sjuksköterskor och läkare.

På nationell nivå är det flera aktörer som sköter verksamhetsuppföljningen inom tandvårdsområdet. För närvarande finns inte något statistiksystem för att detaljerat följa upp tandvården i sin helhet. Däremot är ett nationellt tandhälsoregister, ett nationellt register för dentala implantat och ett nationellt kvalitetsregister för karies och parodontit nu under uppbyggnad. Socialstyrelsen arbetar också med att ta fram nationella riktlinjer och nationella indikatorer för tandvården.

Medborgarna generellt nöjda med tandvården

Invånarna i Sverige är mycket nöjda med tandvården och hur tandvårdens personal sköter sin uppgift men de anser också att tandvården är för dyr. Det visar mätningarna av kundnöjdhet och kvalitetsutveckling inom ramen för Svenskt kvalitetsindex (SKI). Tandvården ligger i topp bland de olika samhällsområden som studerades i SKI-mätningen hösten 2007 [3].

Privattandläkarna fick bättre betyg än folk-tandvården men skillnaden mellan den privata och offentliga tandvården har minskat.

På EU-nivå genomförs opinionsundersökningar om medborgarnas åsikter via Eurobarometern på uppdrag av Europeiska kommissionen. Under-

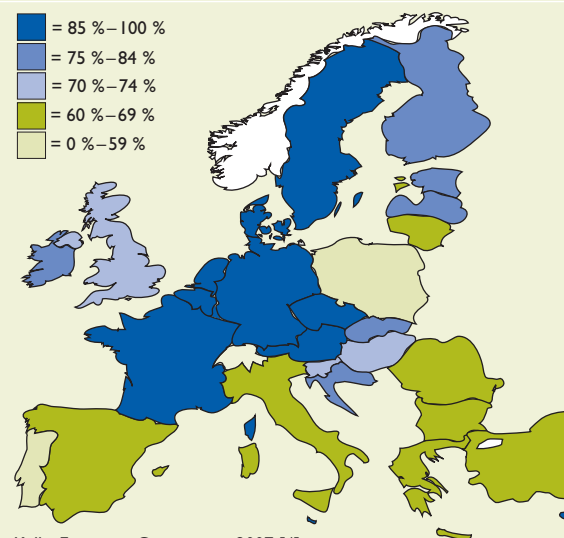
laget till Eurobarometern samlas in genom intervjuer med EU-medborgare över 15 år som valts ut för att ge en så representativ bild som möjligt.

Under våren 2007 genomfördes en Eurobarometer med fokus på hur invånarna i EU:s medlemsländer upplever hälso- och sjukvården, tandvården och äldreården i sina hemländer [4]. Drygt 90 procent av de tillfrågade svenskarna ansåg att den svenska tandvården höll god kvalitet och var lätt att komma i kontakt med. Detta kan jämföras med att 74 procent av EU-invånarna ansåg samma sak (figur 3:109).

Underlag, mått och indikatorer

Våra bedömningar och analyser i detta avsnitt grundar sig på uppgifter från flera källor. Bland annat har vi utgått från Socialstyrelsens rapporter och undersökningar samt från Socialstyrelsens

Figur 3:109. Andel EU-medborgare som uppger sig vara nöjda med tandvården



Källa: European Commission 2007 [4]

arbete med att ta fram nationella riktlinjer och indikatorer inom tandvårdsområdet. Socialstyrelsen utförde även tre enkätundersökningar ställda till tandvården under våren 2008.

Andra viktiga källor är Försäkringskassans och Sveriges Kommuner och Landstings rapporter och redovisningar, Statistiska centralbyråns (SCB:s) återkommande rapporter om levnadsförhållanden (ULF) samt Folkhälsoinstitutets återkommande folkhälsoenkät.

Följande mått och indikatorer används:

- förekomst av dentinkaries hos barn, det vill säga karies som tränger igenom emaljen och når in till tandbenet
- andelen kariesfria barn
- signifikant kariesindex (SiC) som utgör medelvärdet för den tredjedel av populationen som har de flesta kariesskadorna
- tuggförmåga och förekomst av egna tänder hos vuxna
- besöksfrekvens hos tandvården och andel personer med god respektive dålig upplevd tandhälsa i olika befolkningsgrupper
- väntetid till tandvårdsbesök och tillgång till tandvårdspersonal i landstingen inom olika områden
- förekomst av satsningar inom personalområdet i privat och offentlig tandvård.

Förbättrad tandhälsa hos barn och ungdomar – men utvecklingen mattas av

Socialstyrelsen har följt och redovisat hur barns och ungdomars tandhälsa utvecklats sedan 1985. Redovisningarna grundar sig på enkäter till landstingen och innehåller uppgifter om antal och andel kariesfria barn, medelvärden för vissa ka-

riesmått och ett index för dem som har flest kariesskador. Den senaste uppföljningen redovisades år 2006 och baserades på data från år 2005.

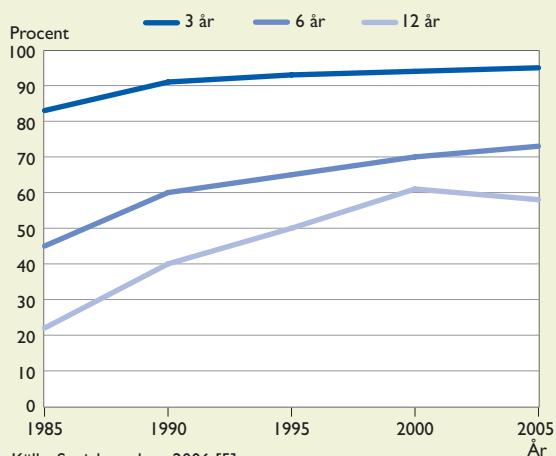
Den karies som registreras är så kallad dentinkaries, vilket betyder att patienterna registreras som kariesfria om de har kariesangrepp som begränsas till emaljen. Dessa patienter har visserligen kariesskador men skadorna anses inte kräva reparativ behandling [5].

Landstingen har ansvaret för att alla barn och ungdomar kallas regelbundet till tandvården. Landstingen finansierar även all tandvård för barn och ungdomar till och med 19 års ålder. Däremot är det fritt val av vårdgivare – folktandvården eller privat tandvård – i alla landsting

Mellan år 1985 och 2000 förbättrades tandhälsan på riksnivå kraftigt hos barn i åldersgrupperna 3, 6 och 12 år. Mellan år 2000 och 2005 tenderade utvecklingen dock att mattas av något, framför allt för 12-åringarna (figur 3:110).

Figur 3:110. Kariesfria barn

Procentuell andel kariesfria 3-, 6-, och 12-åringar enligt rapporter från landstingen.



Källa: Socialstyrelsen 2006 [5]

Uppgifterna om förekomst och utbredning av karies registreras som index i måttet DFT, vilket uttyds Decayed (karierad) Filled (fylld) Teeth (tand). Medelvärde för DFT, det vill säga för antalet karierade och fyllda tänder minskade från drygt 3 tänder till ca 1 tand mellan 1985 och 2005 [5].

En förklaring till att den goda tandhälsoutvecklingen för 12-åringar verkar ha mattats av något kan vara att de större landstingen, där barn och ungdomar alltid har haft en något sämre tandhälsa, nu finns med i statistiken. En annan möjlig förklaring skulle kunna vara att landstingen mer sällan kallar kariesfria barn till undersökning varje år. I stället koncentreras resurserna till de barn som har större behov av tandvård. Dessa så kallade riskpatienter kallas däremot till undersökning årligen, vilket påverkar statistiken negativt. Tandhälsan skulle alltså kunna vara bättre än vad som redovisats [5,6].

Vidare blir medelvärde för karies missvisande när tandhälsan förbättras över tid samtidigt som en liten del av befolkningen har ett större antal kariesskador. Medelvärde döljer nämligen personer med många kariesskador. Ett alternativt kariesindex som tar hänsyn till detta är signifikant kariesindex (SiC) som utgör medelvärde för DFT hos den tredjedel av populationen som har de flesta kariesskadorna. SiC för 12-åringar ökade från 2,82 år 1997 till 2,87 år 2005, vilket innebär att tandhälsan försämrades ytterligare hos den tredjedel av 12-åringarna som hade sämst tandhälsa i slutet av 1990-talet [5].

Enligt Världshälsoorganisationens (WHO:s) tandhälsomål för Europa ska DFT för 12-åringar vara högst 1,5 år 2020 och SiC ska understiga 3. Dessutom ska 80 procent av 6-åringarna vara kariesfria år 2020.

Av redovisningen ovan framgår att Sverige redan har uppnått WHO:s uppsatta tandhälsomål för 12-åringar både för DFT och för SiC. Däremot har Sverige ännu inte nått målet att 80 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria.

Tandhälsan hos 19-åringar förbättrades också kraftigt mellan år 1985 och år 2005. Av de undersökta 19-åringarna år 2005 var 59 procent approximativt kariesfria. Det innebär att de inte hade karies på kontaktytor i tandbågen. Även andelen 19-åringar med många approximala skador har minskat. Det är sådana tandskador som framför allt ger upphov till framtida vårdbehov, till exempel genom att fyllningarna på sikt behöver göras om. DFT för 19-åringar sjönk från 8,5 år 1985 till 3,1 år 2005.

Stockholms läns landsting använder systematiskt SiC-index för att mäta tandhälsan hos den tredjedel 12–13-åringar som har den sämsta tandhälsan. I Stockholms län låg SiC på knappt 3,5 åren 2000–2005. Detta kan jämföras med att värdet för hela riket låg på 2,87 år 2005 och med WHO:s målvärde på 3 för 12-åringar år 2020. Här är det viktigt att notera att Stockholms län även inkluderar 13-åringar i sina siffror, vilket kan påverka resultaten till viss del.

Stockholms län avviker alltså till det sämre jämfört med riket men utvecklingen var svagt positiv år 2005 jämfört med år 2004 [7]. Den svaga tendensen till förbättring fortsatte fram till år 2007 men länet uppnår fortfarande inte WHO:s tandhälsomål för 12-åringar [8].

Satsningar på dem som har sämre tandhälsa

Tiden mellan tandvårdsbesöken (det så kallade revisionsintervallet) verkar som tidigare nämnts ha blivit längre och resurser koncentreras till riskpatienter som har större behov av tandvård. För att

kartlägga betydelsen av detta efterfrågade Socialstyrelsen uppgifter från landstingen om patienter som kallades till undersökning som 11-åringar men inte som 12-åringar. Medelvärde för DFT visade sig vara betydligt bättre för denna grupp än för samtliga 12-åringar. En tolkning av detta är att 12-åringarnas tandhälsa är bättre än vad som redovisas, då allt fler 12-åringar som bedöms ha låg risk för karies inte blir kallade till undersökning varje år [5].

I Stockholms läns landsting får vårdgivarna ett schablonbelopp och ett vårdbehovstillägg som varierar beroende på patientens folkbokföringsadress. Syftet med vårdbehovstillägget är att vårdgivarna ska få likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att ge vård på lika villkor. Vårdbehovstillägget ska också stimulera tandvården till att ta bättre hand om patienter i områden där tandhälsan är sämre. Landstinget har delat in länet i vårdbehovsområden, vilket gör det möjligt att identifiera områden med bättre respektive sämre tandhälsa. I områden med sämre tandhälsa får vårdgivarna alltså ett högre vårdbehovstillägg. På så sätt kan resurser satsas på barn och ungdomar med större vårdbehov [9].

I Norrbotten ska folktandvården intensifiera det hälsofrämjande arbetet i de kommuner där tandhälsan är sämst. Tandvårdens mål är att arbeta utanför klinikerna i samtliga kommuner, till exempel ute i skolorna där man redan nu verkar för att få bort utbudet av läsk och godis i kafeteriorna i flera kommuner. Målet är också att aktivt anpassa insatserna efter situationen i de aktuella kommunerna. Verksamhetscheferna i folktandvården ska även ingå i kommunernas folkhälsoråd för att bidra med kunskaper om hälsoråd och hälsoläge [10].

Insatser för barn och unga med funktionsnedsättning

Barn och unga med funktionsnedsättning är en patientgrupp som behöver anpassad tandvård. Dessa barn och unga kan löpa en ökad risk att utveckla orala sjukdomar och funktionsstörningar. Samtidigt finns det också flera olika faktorer som kan bidra till en tillfredställande oral hälsa, funktion och kvalitet. Det handlar bland annat om tidig identifiering, förebyggande munvård, vårdplanering, teamsamverkan, och högspecialiserad tandvård och oralmotorisk behandling vid behov [11].

De tre kunskapscentren för tandvård har en viktig roll när det gäller att samla in, dokumentera och sprida kunskap om orofacial problematik. Centren finns i Göteborg, Jönköping och Umeå. De är framför allt inriktade mot barn med sällsynta diagnoser, det vill säga sjukdomar eller skador som drabbar högst 100 personer av 1 miljon invånare. Centren finansieras delvis av statliga medel som fördelas av Socialstyrelsen.

Det görs stora insatser för att barn och unga med funktionsnedsättning ska få en god munvård. Det behövs emellertid stora förbättringar som kan minska risken för att dessa barn och unga utvecklar sjukdomar. Det visar en verksamhetstillsyn som Socialstyrelsen utförde i Västra Götaland och Halland år 2005 [11].

Det är till exempel ovanligt att allmäntandvården samarbetar med hälso- och sjukvårdens habilitering för barn och unga med funktionsnedsättning. Vidare är samarbetet mellan habiliteringen och specialisttandvården inte strukturerat. Remittering av patienter från habiliteringen till specialisttandvården fungerar inte heller alltid, trots att det står specificerat i det individuella vårdprogrammet.

Socialstyrelsen drog därför slutsatsen att samarbetet mellan hälso- och sjukvårdens habilitering och tandvården behöver utökas kring barn och unga med funktionsnedsättning [11].

Positiv utveckling av tandhälsan hos vuxna – men skillnader mellan olika grupper

Det är svårare att beskriva vuxnas tandhälsa och tandhälsoutveckling än barns och ungdomars. Det finns nämligen få aktuella uppgifter på nationell nivå och det råder delade meningar om vilka mått som är lämpliga att använda [6].

Färre tandlösa, förbättrad tuggförmåga och god upplevd tandhälsa

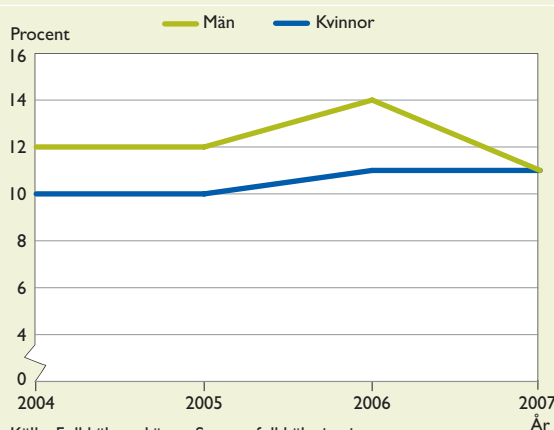
I sin återkommande nationella folkhälsoenkät ställer Folkhälsoinstitutet frågor om upplevd tandhälsa, tuggförmåga och tandlöshet. I folkhälsoenkäten från år 2007 uppgav drygt 10 procent av svarspersonerna i åldern 16–84 år att de hade dålig eller mycket dålig tandhälsa (figur 3:111). Detta år fanns det ingen skillnad mellan könen. År 2006 uppgav däremot 14 procent av männen och 11 procent av kvinnorna att de hade dålig eller mycket dålig tandhälsa [12, 13].

Andelen personer som är helt tandlösa har minskat kraftigt sedan år 1965. Då var drygt 23 procent av befolkningen helt tandlös. År 2005 var däremot mindre än 3 procent helt tandlösa enligt Försäkringskassans och Socialstyrelsens undersökning av befolkningens tandhälsa [14].

I åldersgruppen 75–84 år uppgav 14,6 procent att de var tandlösa. Drygt 40 procent av dem som var tandlösa och hade avtagbara proteser uppgav att de hade svårt att tugga hårda födoämnen som hårt bröd eller äpple.

Figur 3:111. Tandhälsa hos vuxna

Andel kvinnor och män, 16–84 år, med ganska dålig eller mycket dålig tandhälsa (2004:18–84 år).



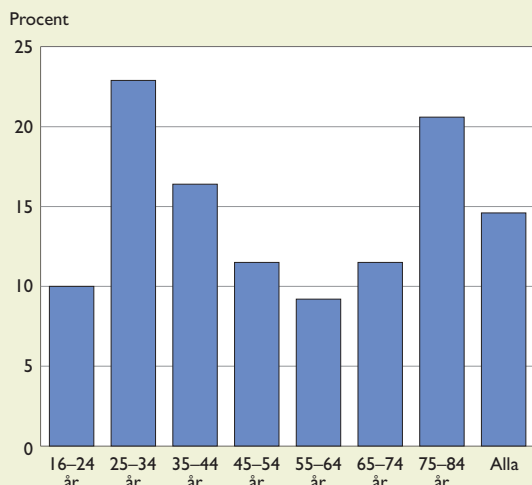
Minskningen av antalet tandlösa leder inte bara till att individers tuggförmåga förbättras. Det innebär också att behovet av tandvård kommer att öka över tid eftersom allt fler äldre nu har kvarvarande tänder som behöver skötsel. Andelen äldre i befolkningen ökar också. Tandvården måste därför vara beredd att möta de växande behoven av tandvård från denna grupp.

Majoriteten av befolkningen besöker tandvården regelbundet

Enligt Socialstyrelsens och Försäkringskassans undersökning besökte 68,2 procent av befolkningen årligen tandvården år 2005. 84,9 procent besökte tandvården vartannat år eller oftare [14]. Besöksfrekvensen var lägst i åldersgruppen 20–39 år och högst i åldersgrupperna 50–74 år. Dessa upp-

Figur 3:112. Ej besökt tandläkare de senaste två åren

Andel i procent som svarat att det var minst två år sedan det senaste tandvårdsbesöket, år 2004–2007.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

gifter bekräftas i Statistiska centralbyråns (SCB:s) undersökning av levnadsförhållandena (ULF) (figur 3:112) [15].

Majoriteten av den vuxna befolkningen har alltså en regelbunden kontakt med tandvården men besöksfrekvensen varierar med åldern. Den är lägst bland de yngre vuxna. Denna utveckling är oroväckande eftersom de som inte besöker tandvården minst vartannat år löper en större risk att drabbas av tandhälsoproblem än andra [14].

Gruppen som uppger sig ha störst problem med karies är också den grupp som nyss har lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, och som besöker tandvården i lägst utsträckning. Det finns en stor risk att denna utveckling fortsätter och att gruppen unga vuxna kommer att be-

höva alltmer tandvård. Det återstår att se om det nya tandvårdsstödet för vuxna som infördes 2008 kan påverka utvecklingen.

Omkring 88 procent av de åtgärder som ersattes med stöd av tandvårdsförsäkringen år 2006 var bastandvårdsåtgärder och cirka 12 procent var protetik- och tandregleringsåtgärder. Det visar en redovisning från Försäkringskassan. Som bastandvård räknas de vanligaste åtgärderna, till exempel undersökningar, förebyggande åtgärder och lagningar. Som protetik- och tandregleringsåtgärder räknas kronor, broar, implantat, proteser och olika typer av tandställningar [16].

Sämre tandhälsa hos ekonomiskt utsatta grupper och hos utlandsfödda

Hur ofta människor i Sverige besöker tandvården varierar med inkomsten. Det visar Socialstyrelsens undersökning av befolkningens tandhälsa från år 2006. Personer med lägre bruttoinkomst besöker tandvården mer sällan än de med högre bruttoinkomst. Cirka 62 procent av alla med en bruttoinkomst under 15 000 kronor i månaden hade besökt tandvården under det senaste året, medan motsvarande siffra för dem med en bruttoinkomst på över 30 000 kronor i månaden var cirka 85 procent [14].

Socioekonomiska skillnader är också mycket tydliga när det gäller att inte ha sökt tandvård trots behov. Det var vanligare att arbetare inte besökt tandvården trots behov jämfört med tjänstemän på mellannivå eller hög nivå. Arbetslösa, sjukskrivna och personer med sjuk- eller aktivitetsersättning besökte inte tandvården i samma utsträckning som yrkesarbetande, trots behov.

Vidare påverkades män i högre utsträckning av sin ekonomiska situation än kvinnor. En större

andel män än kvinnor med låg inkomst och utan kontantmarginal hade alltså inte besökt tandläkare de senaste två åren.

När det gäller självskattad tandhälsa var det vanligare att arbetslösa, långtidssjukskrivna och förtidspensionärer rapporterade sämre tandhälsa än yrkesarbetande (figur 3:113) [13]. Kvinnor som var arbetslösa eller hade sjuk-/aktivitetsersättning uppgav också att de hade väsentligt sämre tandhälsa jämfört med män i samma grupper. Långtidssjukskrivna kvinnor uppgav däremot att de hade bättre tandhälsa jämfört med långtidssjukskrivna män [13].

Högre tjänstemän var mer sällan än arbetare tandlösa eller hade svårigheter att tugga hårda födoämnen. Det finns alltså tydliga samband mel-

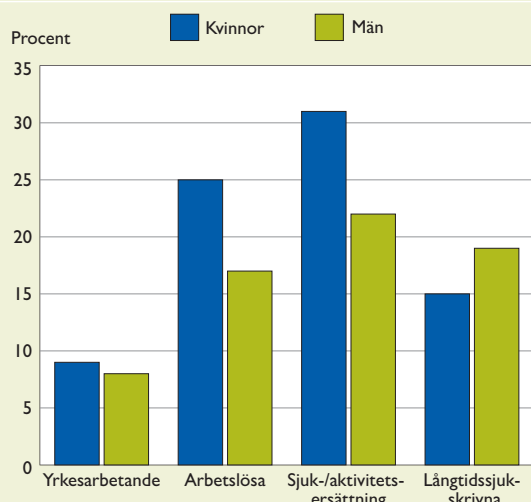
lan att tillhöra en ekonomiskt utsatt grupp, att ha dålig tandhälsa och att sällan besöka tandvården.

Det finns tydliga skillnader i tandhälsa mellan svenskfödda och utlandsfödda enligt Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät. 30 procent av de svarspersoner som var födda utanför Europa uppgav att de hade dålig eller mycket dålig tandhälsa år 2007. Bland de svenskfödda var motsvarande siffra 9 procent (figur 3:114) [13].

Statistiska centralbyråns (SCB:s) undersökningar av levnadsförhållandena (ULF) visar också att besöksfrekvensen varierar beroende på bakgrund. Personer med utländsk bakgrund besöker tandvården mer sällan än de som har svensk bakgrund. Knappt 60 procent av de utlandsfödda uppgav år 2007 att de hade besökt tandläkare under det se-

Figur 3:113. Dålig tandhälsa efter sysselsättning, år 2007

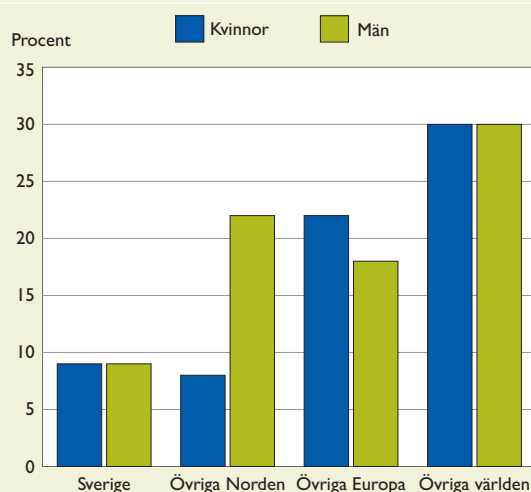
Andel personer i åldern 16–84 år med dålig eller mycket dålig tandhälsa.



Källa: Folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Figur 3:114. Dålig tandhälsa efter födelse-land, år 2007

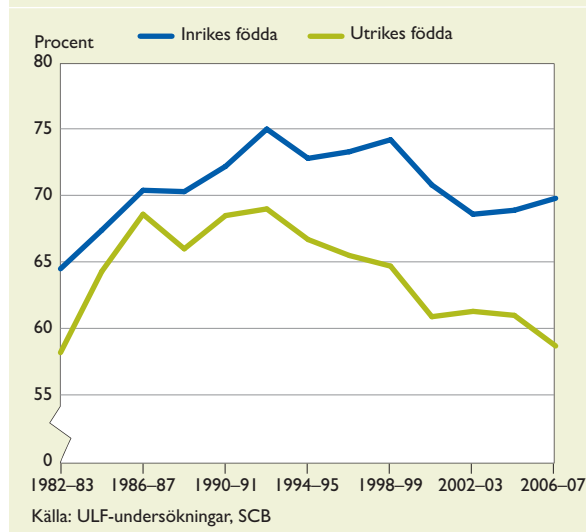
Andel personer i åldern 16–84 år med dålig eller mycket dålig tandhälsa.



Källa: Folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Figur 3:115. Besökt tandläkare det senaste året

Andel personer bland inrikes födda med två inrikes födda föräldrar respektive utrikes födda som besökt tandläkare under det senaste året. Perioden 1982–2007.



naste året (figur 3:115). För de inrikes födda med två inrikes födda föräldrar var motsvarande siffra knappt 70 procent [15].

Utländsk bakgrund spelar även in när det handlar om att inte söka tandvård trots behov. 44 procent av kvinnorna och 40 procent av männen i gruppen födda utanför Europa hade inte sökt tandvård trots behov. Detta kan jämföras med 16 procent av de svenskfödda kvinnorna och 15 procent av de svenskfödda männen.

Att utlandsfödda och låginkomsttagare besöker tandvården mer sällan än andra kan leda till att de behöver mer tandvård på sikt. Det finns nämligen ett tydligt samband mellan att besöka tandvården minst vartannat år och att ha en god tandhälsa [13].

Nytt tandvårdsstöd för vuxna

Det nya tandvårdsstödet trädde i kraft den 1 juli 2008. Stödet består av ett allmänt tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader. Det allmänna tandvårdsbidraget ligger på 150 kronor per år för alla i åldern 30–74 år och 300 kronor per år för alla i åldern 20–29 år samt 75 år och äldre. Bidraget kan användas som delbetalning vid ett tandvårdsbesök hos tandläkare eller tandhygienist eller som delbetalning för abonnemangstandvård.

Som skydd mot höga kostnader får patienten ersättning baserat på så kallade referenspriser. Referenspriserna anger vilken prisnivå som Försäkringskassan ska grunda sin ersättning på för olika behandlingar. Det råder dock fortsatt fri prissättning av tandvård. Patienterna ersätts med 50 procent av referenspriset för belopp mellan 3 000 och 15 000 kronor och med 85 procent av referenspriset som överstiger 15 000 kronor. Det tidigare högkostnadsskyddet för personer över 65 år har tagits bort. I stället omfattas även denna grupp av det allmänna högkostnadsskyddet. Statens kostnad för det nya tandvårdsstödet beräknas uppgå till 5,9 miljarder kronor per år utifrån 2006 års prisläge. Som jämförelse kan nämnas att kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet i det tidigare tandvårdsstödet uppgick till cirka 2,85 miljarder kronor år 2006 [17].

Vidare har en nämnd för statligt tandvårdsstöd inrättats. Nämnden ingår i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Den har befogenhet att meddela föreskrifter om ersättningsberättigande åtgärder och referenspriser samt om karensbelopp och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader (prop. 2007/08:49).

Patienternas roll ska också stärkas, bland annat genom att de får rätt till ett undersökningsproto-

koll. På så sätt ökar patienternas möjligheter att förstå och få information om sin egen tandhälsa. En särskild prisportal på Internet ska även göra det enklare för patienterna att jämföra kostnader mellan olika tandläkare.

Generellt sett god tillgång till resurser inom allmäntandvården

För att undersöka tillgången till resurser inom tandvården genomförde Socialstyrelsen två enkätundersökningar våren 2008: folktandvårdsenkäten och beställarenkäten.

Folktandvårdsenkäten riktade sig till tandvårdsdirektörerna eller tandvårdscheferna i samtliga landsting. Den innehöll frågor om tillgången till resurser som personal etc. inom allmäntandvården för vuxna. 19 av 21 landsting besvarade enkäten. Folktandvårdsenkäten är en uppföljning av en enkät om väntetider som Socialstyrelsen genomförde 2003.

Beställarenkäten riktade sig till landstingens beställare av tandvård och innehöll frågor om tillgången till resurser, till exempel personal, inom allmäntandvården för barn och ungdomar, inom specialisttandvården, inom den uppsökande verksamheten, inom den nödvändiga tandvården samt inom den tandvård som ges som ett led i en sjukdomsbehandling. Samtliga landstings beställare besvarade enkäten.

Allmäntandvården för barn och ungdomar anses ha tillräckliga resurser i form av exempel personal för att kunna täcka behovet av allmäntandvård för barn och ungdomar fram till och med det år de fyller 19.

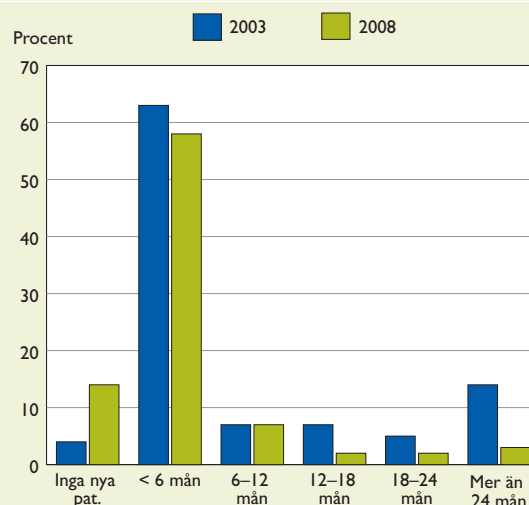
Landstingens beställare anser sig också ha tillräckligt med resurser för att kunna ge omedelbar (akut) tandvård till alla dem som behöver det.

Folktandvårdsenkäten till folktandvårdens tandvårdsdirektörer och tandvårdschefer innehöll frågor om väntetiderna inom folktandvårdens allmäntandvård per den 1 mars 2008. Frågan om väntetider avsåg nytillkommande vuxna patienter (20 år och äldre) utan akuta besvär och som inte omfattades av klinikernas revisions Klientel.

År 2008 hade drygt hälften av klinikerna högst 6 månaders väntetid. Samtidigt tog 14 procent av klinikerna inte emot nya patienter. Detta kan jämföras med den enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde hösten 2003 då drygt 60 procent av klinikerna hade högst 6 månaders väntetid medan endast 4 procent av klinikerna uppgav att de inte kunde ta emot nya patienter (figur 3:116) [18].

Figur 3:116. Väntetider

Folktandvårdens allmäntandvård, mars 2008 och oktober 2003.



Totalt antal kliniker = 656 (2008) och 649 (2003). I 2008 års enkätundersökning är det flera landsting som ej specificerat väntetider utan endast uppgett antal kliniker och hur många av dessa som ej kan ta emot nya patienter. Siffrorna måste därför tolkas med viss försiktighet. Källa: Socialstyrelsens enkätundersökningar 2003 och 2008.

Orsaken till att vissa kliniker inte kunde ta emot nya patienter efterfrågades inte.

I 2008 års undersökning kunde alltså en högre andel kliniker inte ta emot nya patienter över huvud taget. Det var också en lägre andel kliniker som kunde ta emot nya patienter med kort varsel jämfört med år 2003. Samtidigt är det en lägre andel kliniker som hade väntetider på över 12 månader år 2008.

Det är viktigt att landstingen bryter trenden att allt färre kliniker kan ta emot nya patienter med kort varsel. Den lokala marknadens tillgång till tandvård har samtidigt betydelse. Om tillgången till privata tandläkare i ett område är god så behöver inte långa väntetider till folktandvården vara ett problem.

Geografiska skillnader i tandvårdsstöd

Sedan den 1 januari 1999 har landstingen ett utökat ansvar inom tandvårdsområdet. Landstingen ska bland annat se till att avgiftsfri uppsökande verksamhet bedrivs bland boende på sjukhem, i gruppboendestäder m.m. samt att dessa personer också erbjuds nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler [19]. Även personer som ofta behöver tandvård som led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid ska erbjudas tandvård enligt samma avgiftssystem.

Den uppsökande verksamheten innebär att personer som omfattas av stödet erbjuds en munhälso-bedömning av tandvårdspersonal, individuell instruktion om hur den dagliga munhygien ska utföras samt vid behov kontakt med tandläkare eller tandhygienist för att få nödvändig tandvård utförd.

Sveriges Kommuner och Landstings uppföljning visar att cirka 163 000 personer ingick i målgruppen för uppsökande verksamhet år 2007. Av

dessa hade drygt 100 000 personer eller drygt 60 procent blivit uppsökta av tandvårdspersonal [19]. Drygt 104 000 personer fick nödvändig tandvård under 2007, vilket motsvarade 64 procent av målgruppen [19, 20].

Vidare fick drygt 33 000 personer tandvård som led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid år 2007. Den genomsnittliga behandlingskostnaden uppgick till knappt 6 000 kronor per person [19].

Totalt var kostnaderna för landstingens tandvårdsstöd 712 miljoner kronor år 2007. Detta är en ökning med 73 miljoner kronor jämfört med år 2004 (tabell 3:19).

Tabell 3:19. Landstingens kostnader

Totala kostnader i miljoner kronor åren 2004 och 2007 för 1999 års tandvårdsreform.

Område	2004	2007
Uppsökande verksamhet	64	61
Nödvändig tandvård	340	413
Tandvård som led i en sjukdomsbehandling	203	197
Administration m.m.	32	41
Totalt	639	712

Källa: SKL 2008 [19]

Kostnaderna har sedan 2004 minskat något för den uppsökande verksamheten och för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Kostnaderna för nödvändig tandvård har däremot ökat kraftigt. Minskningen av kostnaderna för den uppsökande verksamheten anses bero på att bättre avtal förhandlats fram med utförarna. Antalet personer som är berättigade till nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet kommer dock att öka eftersom befolkningen blir allt äldre. Ökande kostnader blir därmed svåra att undvika.

Landstingens beställare anser att de har tillräckliga resurser till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och personer med funktionsnedsättning så länge de äldre eller funktionshindrade bor i särskilda boenden. Däremot är resurstillgången något lägre för äldre och funktionshindrade som bor i ordinärt boende (beställarenkäten).

Tillgången till resurser för nödvändig tandvård är generellt sett något högre än tillgången till resurser för uppsökande verksamhet. Inom den nödvändiga tandvården är även skillnaderna i resurstillgång mindre mellan särskilt och ordinärt boende jämfört med hur det ser ut inom den uppsökande verksamheten.

Dessa uppgifter bekräftas av den uppföljning av landstingens tandvårdsstöd som Socialstyrelsen publicerade 2006. I uppföljningen konstateras att ungefär 40 procent av målgruppen inte erbjudits någon munhälsobedömning och att störst andel som fått munhälsobedömning finns i särskilda boenden för äldre [20].

Socialstyrelsen konstaterar att det råder stora skillnader mellan olika landsting och att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård inte är tillräckligt kända för dem som ingår i målgruppen, deras anhöriga och vänner, intresseföreningar och den stora allmänheten.

Beställarna uppger också att de har tillräckliga resurser som till exempel personal för att kunna täcka behovet av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. När det gäller tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling visar Socialstyrelsens utvärdering från 2007 att det finns stora skillnader mellan olika landsting när det gäller hur stor andel av befolkningen som fått del av stödet [21]. Utvärderingen visar också att det är

många tandläkare som inte erbjuder stödet till sina patienter beroende på att de inte är särskilt insatta i regelverket, att de anser administrationen för omfattande och komplicerad och att ersättningen från landstingen är för låg. Vidare känner många patienter, läkare och tandläkare inte till att landstingen ska erbjuda tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. Landstingen behöver därför sprida information om detta så att fler får möjlighet att ta del av stödet.

Tillgången till personal inom specialisttandvården

Landstingens beställare anser generellt att de har tillräckliga resurser för att täcka behovet av specialisttandvård för barn, ungdomar och vuxna inom de flesta av specialisttandvårdens områden. Bäst resurstillgång uppges finnas inom områdena parodontologi, käkkirurgi, ortodonti och oral protetik. Sämst resurstillgång finns inom områdena endodonti och odontologisk radiologi.

Specialisttandvården för barn och ungdomar anses ha större tillgång till resurser som personal än specialisttandvården för vuxna. De landsting som har brist på specialisttandläkare inom något område löser detta genom att skicka patienterna till ett angränsande landsting.

Strategier för effektivare tandvård

Tandvårdens personal kan arbeta effektivt på flera sätt. Ett sätt är att tandvården arbetar aktivt med förändringar kring personalsammansättning och fördelning av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier i en personalgrupp, så att tillgängliga personalresurser används på ett så effektivt sätt som möjligt. Se avsnittet *Effektiv vård* i rapportens del 2 för en mer ingående diskussion i detta ämne.

Av särskilt intresse i detta sammanhang är om det finns skillnader i bemanning mellan olika landsting. Är skillnaden i så fall ett resultat av den typ av medvetna satsningar som diskuteras ovan eller beror den på omständigheter utanför landstingens kontroll, till exempel brist på vissa personalkategorier?

Av rapporterna från nationella planeringsstödet (NPS) framgår att kvoten mellan tandläkare och tandhygienister skiljer sig markant mellan olika län [22].

Gävleborg, Dalarna och Värmland har störst andel tandhygienister och lägst andel tandläkare. Relationen mellan tandläkare och tandhygienister är knappt 1:1 i dessa tre län. I Stockholm, Kalmar och Kronoberg är situationen den omvända. Där går det cirka 0,3 tandhygienister per tandläkare.

Under våren 2008 genomförde Socialstyrelsen två enkätundersökningar för att undersöka om, och i så fall hur, man inom tandvården arbetar aktivt med förändringar av personalsammansättning och fördelning av arbetsuppgifter.

Den första av dessa enkätundersökningar är den ovan nämnda folktandvårdsenkäten. Den innehöll förutom frågor om tillgång till allmän tandvård för vuxna också frågor om satsningar på utveckling och förändring av personalens kompetens och sammansättning.

Den andra enkätundersökningen, klinikenkäten, riktade sig till ett urval av privata och offentliga kliniker i de sex län där personalsammansättningen är som mest extrem åt det ena eller andra hållet. Majoriteten av de utvalda folktandvårdsklinikerna besvarade enkäten. På den privata sidan är det däremot svårt att dra några generella slutsatser av resultaten eftersom bara 30 procent av de privata klinikerna svarade. Undersökningen kan dock användas för att ge exempel på hur ett

mindre antal privata tandvårdskliniker arbetar inom kompetensområdet.

Flertalet landsting satsar på kompetensutveckling

Samtliga 19 landsting som besvarade folktandvårdsenkäten svarade ja på frågan om de avsiktligt förändrat personalens kompetenssammansättning eller fördelning av roller och arbetsuppgifter sedan år 2003.

De vanligaste typerna av satsningar handlade om att fördjupa kunskaperna hos en eller flera yrkeskategorier och att förändra fördelningen av arbetsuppgifter och roller mellan yrkeskategorier. Mycket vanliga var också satsningar på att förändra personalgruppens sammansättning av yrkeskategorier.

Fördelningen av tandläkare och tandhygienister har liten inverkan på bredden av folktandvårdens satsningar. De tre landsting som har låg andel tandhygienister (Stockholm, Kalmar och Kronoberg) gör lika breda satsningar på personalens kompetenssammansättning som landstingen med hög andel tandhygienister (Dalarna, Värmland och Gävleborg). Ett av de landsting som hade lägst andel tandhygienister (Kalmar) visade sig ha störst bredd i sina satsningar inom området.

Som skäl till satsningarna uppger de sex ovanstående landstingen genomgående att de vill höja kompetensen hos personalen. En typ av satsning kan också leda vidare till ytterligare satsningar. Exempelvis kan en satsning på att fördjupa personalens kompetens göra det möjligt att förändra fördelningen av personalens arbetsuppgifter och roller. Fördjupad kompetens kan också göra det möjligt för tandläkaren att delegera arbetsuppgifter till tandsköterskan.

Kronoberg är ett av de tre landsting med lägst andel tandhygienister i landet. Kronobergs landsting satsar dock på att öka antalet tandhygienister med målet att ha lika många tandhygienister som tandläkare år 2020.

I Dalarna påbörjades utvecklingen redan under 1980-talet med satsningar som ska stärka folktandvårdens förebyggande profil. På så sätt vill man bland annat kunna möta den kommande bristen på tandläkare. Dalarna är ett av de landsting som redan nu har en hög andel tandhygienister, vilket är resultatet av en medveten utbildnings- och rekryteringssatsning.

I slutet av 1990-talet införde folktandvården i Gävleborg en form av matrisorganisation där man arbetar via processer och olika projekt. Det långsiktiga målet var att skapa mer eller mindre självständiga enheter som samverkar i nätverk [23].

De resterande 13 landstingen som svarade på enkäten gör huvudsakligen samma typ av satsningar som de sex landsting med extrem personalsammansättning.

Flera landsting nämner också att de hushåller med resurser och använder personalen så effektivt som möjligt. Jämtlands läns landsting pekar exempelvis på rekryteringsproblematiken i glesbygden. I Skåne arbetar man enligt BEON-principen (bästa effektiva omhändertagandenivå) och satsar på att frigöra tandläkartid genom att övriga yrkeskategorier i större utsträckning arbetar med de moment som de har formell kompetens att utföra. I Skånes satsning ingår även att öka antalet tandhygienister så att man har lika många tandhygienister som tandläkare år 2020.

På klinisknivå arbetar majoriteten av de utvalda folktandvårdsklinikerna i de sex aktuella länen (Dalarna, Gävleborg, Kalmar, Kronoberg,

Stockholm och Värmland) med olika typer av satsningar på kompetens, fördelning av roller och uppgifter samt delegering.

Det varierar relativt mycket såväl mellan klinikerna i samma län som mellan kliniker i olika län när det gäller vilka områden och verksamheter som omfattas av satsningarna och när det gäller satsningarnas fokus.

I Dalarna är satsningarna delvis ett resultat av brist på tandläkare. Detta stämmer väl ihop med resonemangen i NPS om att antalet tandläkare i stort kommer att minska över tid och att Dalarna är ett av de län som utmärker sig genom att ha en låg andel tandläkare.

Knappt hälften av de utvalda privata tandvårdsklinikerna i de sex aktuella länen som svarat på enkäten uppger att de satsar på kompetens, fördelning av roller och uppgifter samt delegering på olika sätt. De kliniker som uppger att de genomfört denna typ av satsningar ligger i Dalarna, Värmland och Stockholm.

Vanligt med satsningar på teamtandvård

WHO lyfter fram vikten av teamarbete och andra typer av samarbete i policydokumentet *Health21 – Health for all in the 21st Century*. Enligt detta dokument ska minst 90 procent av de europeiska medlemsländerna ha en integrerad primärvård med multiprofessionella team år 2010 [24].

I avhandlingen *Interprofessionella team i vården* definieras ett team som ett samarbete mellan en grupp människor med ett gemensamt mål, ofta men inte alltid för att öka effektiviteten. Teamdeltagarna medverkar till att skapa en process som utvecklas över tid [25].

Teamet kan dels ses som den centrala kontexten där patientcentrerad vård ges, dels som

en funktion för att koordinera interprofessionell vård. Interprofessionellt samarbete som sådant kan förekomma även i andra organisationsformer än i team. Vidare finns det olika typer av team, till exempel bedömningsteam, projektteam och behandlingsteam. Teamet kan beskrivas och definieras utifrån fyra dimensioner [25]:

- graden av integration och närhet mellan medlemmarna
- medlemskap i form av omfattning, sammanfattning och personliga aspekter
- var i vård- och beslutskedjan teamet agerar
- hur teamets ledning är utformad

Socialstyrelsen ställde därför frågor om landstingen satsat på att utveckla ett teambaserat arbetssätt i de ovan nämnda enkätundersökningarna till folktandvårdens direktörer och chefer samt till de privata och offentliga tandvårdsklinikerna.

17 av de 19 landsting som besvarade folktandvårdsenkäten uppger att de har satsat på att utveckla ett teambaserat arbetssätt. Landstingens definition av vad ett teambaserat arbetssätt är skiljer sig i viss mån från varandra.

Landstingen uppger genomgående att de har skapat tvärprofessionella team och att de eftersträvar en helhetssyn med patientens behov i centrum. Vården ska ges på rätt nivå, det vill säga där den bästa kompetensen finns och där tandvården blir som mest kostnadseffektiv. Flera landsting nämner särskilt att det teambaserade arbetssättet utgår från BEON-principen.

Grundidén är att ta tillvara medarbetarnas fulla kompetens så effektivt som möjligt. Som skäl till att utveckla teamtandvård nämns personaltillgången, där utvecklingen går mot fler tandhygienister och färre tandläkare, att befolkningsutvecklingen går mot fler äldre som kommer att

ha ökat behov av tandvård samt tandhälsoutvecklingen som går mot fler friska.

Standardvårdteamet uppges bestå av en tandläkare, en eller två tandhygienister och en eller två tandsköterskor. Det finns dock skillnader mellan klinikerna som beror på hur personalen är sammansatt eller på vilket uppdrag teamet har. Tandläkaren fungerar vanligen som teamledare och är vårdansvarig utifrån en behandlingsplan. I denna plan bestäms vem som gör vad och när behandling ska ges. Teamen fungerar oftast som både undersökningsteam och behandlingsteam.

I flera landsting ingår utveckling av teamtandvård i satsningarna på att utveckla personalens kompetens och roller. Till dessa landsting hör bland annat Västra Götaland. Där uppges teamutvecklingen innebära stora satsningar på utbildning för tandsköterskor i bland annat anestesi. Man har också utbildningar i teamutveckling för att kunna fördela fler arbetsuppgifter till tandhygienister och tandsköterskor. På så sätt hoppas folktandvården kunna lägga patientbehandlande uppgifter på alla teammedlemmar. Detta avlastar tandläkarna, förbättrar ekonomin och ökar effektiviteten. Vissa kliniker i Västra Götaland har även haft bekymmer att rekrytera tandläkare. Detta anges också som skäl för att utveckla teamarbetet.

Teamen som landstingen beskriver i sina enkätsvar är i huvudsak undersöknings- och behandlingsteam. Medlemmarna arbetar nära varandra och har en hög grad av interaktion. Teamens ledning består genomgående av en ansvarig tandläkare och teamen befinner sig ute på de enskilda folktandvårdsklinikerna. Teamen är i huvudsak fasta, även om en viss flexibilitet och rotation förekommer beroende på vilken arbetsuppgift som ska utföras.

På kliniknivå uppger majoriteten av de offentliga klinikerna att de har satsat på att utveckla ett teambaserat arbetssätt men även här skiljer sig definitionen av uttrycket åt mellan länen.

Dalarna har en något annorlunda definition av team: hela kliniken ses som ett team där patienterna först undersöks av tandhygienisten, och därefter kopplas tandläkaren in om det finns behov. Små team existerar däremot inte. Detta arbetssätt beror enligt klinikerna på tandläkarbrist.

De tandvårdsteam som beskrivs i enkätsvaren från folktandvårdsklinikerna är undersöknings- och behandlingsteam. De leds vanligen av en tandläkare som planerar arbetet. Teamen tangerar de tidigare beskrivna satsningarna på kompetens, fördelning av roller och uppgifter samt delegering.

På den privata sidan uppger flertalet av de privata klinikerna i länen med en hög andel tandhygienister att de satsat på att utveckla ett teambaserat arbetssätt. På grund av den låga svarsfrekvensen från de privata klinikerna kan vi dock inte dra några generella slutsatser.

De privata kliniker som arbetar med teamtandvård beskriver det som ett delegerat arbetssätt där alla arbetar på sin kompetensnivå. En klinik beskriver det som att alla kan vara delaktiga i att ta hand om patienterna. De privata kliniker som beskriver hur teamen är uppbyggda anger att teamen består av tandläkare, tandhygienist och tandsköterska.

Socialstyrelsens prognoser pekar på att antalet tandläkare kommer att minska och att antalet tandhygienister kommer att öka fram till år 2023 [26]. Förhoppningsvis kan tandvården förbereda sig på den framtida personalsituationen genom dagens satsningar på att öka andelen tandhygienister för att möta bristen på tandläkare, i kombi-

nation med satsningar på personalutveckling och teamtandvård.

Fortsatt utvecklingsarbete

Kunskapscenter för dentala material

År 2001 inrättade Socialstyrelsen Kunskapscenter för dentala material (KDM). KDM samlar vetenskapligt baserad kunskap om dentala materials egenskaper och hantering. Kunskapen sprids sedan vidare till personal inom tandvården. KDM medverkar även i arbetet med att ta fram nationella riktlinjer för tandvården.

Svenska dentala implantatregistret

Svenska dentala implantatregistret (SDIR) som inrättades år 2004 är det första nationella kvalitetsregistret inom tandvården. Syftet med SDIR är att kartlägga omfattningen av implantatsbehandling och att registrera patienternas tillfredsställelse med vården, deras tuggfunktion, samt implantatförluster och övriga komplikationer.

Registret ska göra det möjligt att kartlägga hur lyckade nya och modifierade metoder och material är. På så sätt kan bristfälliga material och metoder sällas ut.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) startades år 2007. Registret är fortfarande under uppbyggnad och dess syfte är att kartlägga tandvårdens kvalitet och behandlingsresultat. Detta gäller för såväl förebyggande som sjukdomsbehandlande och reparativa eller operativa metoder för tandsjukdomarna karies och parodontit [27]. Vidare ska registret bidra till verk-

samhetsutveckling inom tandvården och stödja utvecklingen av nationella riktlinjer.

Registret kommer att innehålla uppgifter om både barn och vuxna. Det ska göra det möjligt att följa upp behandling både på klinisk nivå och på nationell nivå.

Nytt tandhälsoregister

I samband med arbetet med det nya tandvårdsstödet till vuxna konstaterades att nationella data om befolkningens tandhälsa saknas [28]. För att öka kunskapen om tandhälsa fick därför Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt tandhälsoregister, vilket skedde den 1 juli 2008.

Tandhälsoregistret är ett hälsodataregister som styrs av förordning. Socialstyrelsen planerar att publicera statistiken om tandhälsa och tandvård på samma sätt som data från övriga hälsodataregister.

För att få del av det nya ersättningssystemet måste vårdgivarna, det vill säga tandläkarna och tandhygienisterna, rapportera elektroniskt till Försäkringskassan om vilka undersökningar och behandlingar de har utfört. Utöver dessa uppgifter ska även uppgift om antal kvarvarande och intakta tänder registreras [29]. I den inledande fasen kommer tandvården till barn och ungdomar samt de patienter som omfattas av landstingens tandvårdsstöd inte att registreras.

Socialstyrelsen har dock föreslagit att tandhälsoregistret ska utvidgas så att det även innehåller uppgifter om åtgärder och behandlingar för barn och ungdomar. Om detta sker så kan registret komma att ersätta de tidigare enkätundersökningarna om barns och ungdomars tandhälsa. Denna lösning skulle även kunna möjliggöra breddning av statistiken så att den omfattar andra diagnoser än karies [30].

Riktlinjer och indikatorer

Utredningen *Friskare tänder – till rimliga kostnader* (SOU 2007:19) drar slutsatsen att statens styrning av tandvården är svag och splittrad. Den statliga styrningen ska säkerställa att statens resurser används effektivt och att resurserna fördelas i enlighet med de politiska prioriteringarna. Avgörande för en effektiv kunskapsstyrning är regional/lokal och nationell uppföljning samt analys av tandvårdens resultat, processer och kostnader.

Den statliga styrningen av tandvården har till stor del präglats av hur ersättningssystemen varit utformade. Kunskapsstyrning på nationell nivå förekommer endast i begränsad omfattning. Enligt utredningen borde staten öka sin kunskapsstyrning för att bidra till en mer evidensbaserad tandvård [17]. Mot denna bakgrund har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för tandvården. Dessa riktlinjer ska definiera vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet och öka kunskapsbasen för tandvården. Riktlinjerna ska vara heltäckande för tandvården, men i ett första skede inriktas arbetet mot sex diagnosområden för vuxentandvård. Dessa sex områden är:

- karies
- sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat
- sjukdomar i tandpulpan och vävnaderna kring roten
- total och partiell tandlöshet
- smärta och funktionsstörningar i mun, ansikte och käkar
- bett- och tandpositionsavvikelser.

Riktlinjerna för dessa områden beräknas vara färdiga vid slutet av år 2010. Förutom att vara ett stöd till professionen och patienten vid val av behandling ska riktlinjernas rekommendationer även utgöra underlag till nämnden för statligt tandvårdsstöd vid beslut om vilken tandvård som ska vara ersättningsberättigad i det statliga tandvårdsstödet.

Dessutom har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utarbeta nationella indikatorer för tandvården. Dessa ska spegla god tandvård, utifrån de sex områden som diskuteras i rapportens del 2, *God vård*.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
2. Socialstyrelsen. Tandsköterskans roll i den framtida tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
3. Svenskt Kvalitetsindex. Mätning av brukarnas värdering av centrala samhällsområden hösten 2007. Tillgänglig på www.kvalitetsindex.se/index.
4. European Commission. Health and long-term care in the European Union. Special Euro barometer 283. Tillgänglig på: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf.
5. Socialstyrelsen. Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
6. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
7. Stockholms läns landsting. Tandhälsorapport 2005. Tandhälsans utveckling hos barn och ungdomar i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2006.
8. Stockholms läns landsting. Tandhälsorapport 2007. Tandhälsans utveckling hos barn och ungdomar i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2008.
9. Stockholms läns landsting. Uppföljning av vårdbehovstillägget och bortfallsanalys år 2006. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007.
10. Norrbottens läns landsting. Tandhälsan 2006 hos barn och ungdom. Luleå: Norrbottens län; 2008.
11. Socialstyrelsen. Munnen – en del av kroppen. Tillsyn i Västra Götaland och Halland med inriktning på munvård för barn och ungdomar och funktionshinder. Göteborg: Socialstyrelsen; 2005.
12. Folkhälsoinstitutet. Hälsa på lika villkor. Nationell folkhälsoenkät. Folkhälsoinstitutet; 2007.
13. Folkhälsoinstitutet. Hälsa på lika villkor. Nationell folkhälsoenkät. Folkhälsoinstitutet; 2008.
14. Socialstyrelsen. Befolkningens tandhälsa. Regeringsuppdrag om tandvårdsstatistik, tandhälsa och tandvårdsförsäkring (i samarbete med Försäkringskassan). Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
15. Statistiska centralbyrån. ULF-undersökningarna. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2008.
16. Försäkringskassan. Åtgärdsfördelningen inom tandvårdsförsäkringen 2005 och 2006. Stockholm: Försäkringskassan; 2007.
17. SOU 2007:19 Friskare tänder till rimliga kostnader.
18. Socialstyrelsen. Väntetider inom folktandvårdens allmäntandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
19. SKL. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som led i en sjukdomsbehandling. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
20. Socialstyrelsen. Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

21. Socialstyrelsen. Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
22. Socialstyrelsen. Årsrapport NPS 2008. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
23. Folktandvården landstinget Gävleborg. Utvärdering av vår organisation och ledningsform 1999–2000. Gävle: Folktandvården landstinget Gävleborg; 2000.
24. WHO. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6. Regional Office for Europe, Copenhagen: WHO; 1999.
25. Kvarnström S. Interprofessionella team i vården. En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner. Linköping: Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet; 2007.
26. Socialstyrelsen. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2008–2023. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
27. SKaPa. Konsensuskonferens i Saltsjöbaden 11–13 september 2007. Kvalitetsindikatorer för karies och parodontit. Stockholm, SkaPa; 2007.
28. SOU 2006:71. Stöd till hälsofrämjande tandvård.
29. Socialstyrelsen. Avrapportering av regelverk för ”kvarvarande tänder” respektive ”intakta tänder” i ett tandhälsoregister. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
30. Socialstyrelsen. Framtida statistikredovisning om barns och ungas tandhälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.

Utmaningar för svensk hälso- och sjukvård inför 2010-talet

Många olika faktorer påverkar hur hälso- och sjukvården kommer att se ut i framtiden – utvecklingen beror på en rad gynnsamma tendenser såväl som vissa ogynnsamma faktorer. I detta avsnitt beskriver vi först övergripande några viktiga reformer och andra viktiga förändringar som hälso- och sjukvården gått igenom de senaste decennierna. Därefter diskuterar vi aktuella utvecklingstendenser. Vidare försöker vi beskriva vilka utmaningar som svensk hälso- och sjukvård ställs inför under den kommande tioårsperioden 2010–2020. Slutligen diskuterar vi möjliga strategier för att möta dessa utmaningar.

Vi gör inte anspråk på att ge en fullständig beskrivning, utan syftet är snarare att skissera utvecklingsmöjligheter. Därmed vill vi stimulera till reflektion och diskussion.

Vi har alltså begränsat tidsperspektivet till tio år framåt, för att inte beskrivningen ska bli alltför osäker och spekulativ. Om vi i stället hade försökt beskriva utvecklingen 20 eller 30 år framåt så hade vi behövt ta hänsyn till en rad osäkra faktorer, till exempel storskaliga förändringar i befolkningsutvecklingen, klimatet och energiförsörjningen. Sådana förändringar har antagligen endast en begränsad påverkan när tidsperspektivet inte är längre än tio år.

Svenska sjukvårdsreformer

I många delar av världen reformerades hälso- och sjukvårdssystemen under 1990-talet. Hälso- och sjukvården i olika länder stod då inför gemensamma utmaningar, såsom minskad ekonomisk tillväxt, en åldrande befolkning, allt snabbare medicinteknisk utveckling och ökade förväntningar från medborgarna på sjukvårdens tjänster.

I Sverige utökades kommunernas ansvar för vård och omsorg genom ädelreformen (1992), handikappreformen (1994) och psykiatrireformen (1995). Även kommunerna blev på så sätt huvudmän för hälso- och sjukvårdsinsatser. Reformerna syftade bland annat till att

- sociala och medicinska insatser skulle integreras
- rehabiliteringsinsatserna skulle utvecklas

- kommuner och landsting skulle samverka bättre
- kommunerna skulle stärka sin medicinska kompetens.

Tidigare hade omfattande resurser varit bundna till vårdplatser inom såväl långtidssjukvård som somatisk och psykiatrisk akutsjukvård. Huvudmannagränser ansågs hindra kommuner och landsting från att bygga upp alternativa boende- och vårdformer samt insatser i öppenvården.

Reformerna under 1990-talet ledde också till att arbetsfördelningen förändrades. Öppenvården utanför sjukhusen, det vill säga primärvården i landstingen och kommunerna, fick ansvar för allt fler patienter med allt större vårdbehov. Öppenvården fick dock inte tillräckliga resursförstärkningar, utan stora delar av vården fick problem med tillgänglighet, kvalitet och samordning. Det konstaterade regeringen år 1999 i sin nationella handlingsplan för hälso- och sjukvården. År 2001–2004 fick därför landstingen och kommunerna ett resurstillskott på 9 miljarder kronor, efter att riksdagen hade beslutat om handlingsplanen. Tillskottet skulle ge positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet genom att

- stärka primärvården i såväl landsting som kommuner
- stärka stödet till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa och till personer med psykiska funktionshinder
- öka mångfalden av vårdgivare inom vården och omsorgen.

Den nationella handlingsplanen fick dock endast begränsade effekter på hälso- och sjukvårdens utveckling. Det konstaterade Socialstyrelsen i en uppföljning. Kommunerna kände knappt till planens intentioner, och landstingen hade inte

lyckats föra över resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin. Vidare var en central del i handlingsplanen att landstingen skulle införa familjeläkarsystem, men många landsting valde i stället att utveckla så kallad närsjukvård.

Under 1990-talet och början av 2000-talet försökte huvudmännen också att påverka utbudet av sjukvård. Många landsting införde beställarutförar-modeller för tjänsteproduktion. Dessa modeller syftade huvudsakligen till att förbättra sjukvårdens produktivitet och effektivitet. I början av 2000-talet aktualiserades åter väntetidsgarantier och andra åtgärder som skulle förbättra vårdens tillgänglighet. Åtgärderna kan betraktas som strategier för att möta en ökad efterfrågan på vård.

Aktuella utvecklingslinjer

Folkhälsan har förbättrats – i vissa avseenden

Folkhälsan har förbättrats på olika sätt under senare decennier – framför allt har hjärt- och kärlsjukdomarna minskat. Det visar Socialstyrelsens senaste folkhälsorapport. Risken att drabbas av hjärtinfarkt minskade med 25 procent för män och 14 procent för kvinnor under perioden 1987–2006. Även andelen personer som fått hjärtsvikt och stroke har reducerats under senare år. Att hjärt- och kärlsjukdomar har blivit ovanligare bedöms vara den främsta förklaringen till att medellivslängden har ökat i Sverige under senare decennier. Vidare har barns och ungdomars hälsa förbättrats, liksom befolkningens så kallade reproductiva hälsa.

Intresset för hälsofrågor har ökat och vården har därmed fått ökade möjligheter att arbeta mer effektivt med hälsofrämjande och sjukdoms-

förebyggande insatser. Detta gäller inte minst för "första linjens sjukvård". I kontrast till dessa positiva tendenser har dock flera cancersjukdomar blivit vanligare: främst prostatacancer, bröstcancer och malignt melanom. Dessutom har dödligheten i kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) ökat markant under det senaste decenniet, särskilt bland kvinnor. Också den lindriga psykiska ohälsan verkar ha ökat i vissa grupper, även om antalet självmord har minskat över tid i de flesta grupper. Vidare har antalet personer som missbrukar alkohol ökat.

I både Sverige och Norge steg antalet sjukskrivningar kraftigt i slutet av 1990-talet och i början av 2000-talet. Under de senaste åren har visserligen trenden brutits och sjukskrivningarna börjat minska, men ohälsotalen är fortfarande betydligt högre än under tidigare perioder. De är också högre än i de flesta andra europeiska länder. Framför allt är olika psykiska diagnoser vanliga, liksom sjukdomar och symtom inom rörelseorganen, där långa passiva sjukskrivningar dominerar.

Många nya tekniker utvecklas

En av de starkaste drivkrafterna i den medicinska forskningen är förhoppningar om framsteg i att behandla sjukdomar som hittills varit obotliga, eller att förbättra rådande behandling så att den blir mer effektiv och skonsam. 1900-talet präglades av historiska landvinningar i behandlingen av en rad folksjukdomar, bland annat diabetes och reumatiska sjukdomar. Även behandlingen av svåra infektionssjukdomar som tuberkulos fick stora genombrott. Vidare utvecklades virologin (läran om virus och virussjukdomar). Därmed lyckades man övervinna en lång rad infektionssjukdomar genom vaccinationsprogram på befolkningsnivå.

På 1990-talet förbättrades bland annat den flerdimensionella och funktionella bilddiagnostiken, den interventionella radiologin och andra så kallade minimalt invasiva tekniker (en invasiv behandling innebär att något instrument förs in i kroppen eller att någon kroppsdel öppnas kirurgiskt).

Fortfarande sker avgörande förbättringar som ökar överlevnaden i allvarliga och livshotande sjukdomar. Men hittills har inte effekten av enskilda nya rön under det tidiga 2000-talet kunnat mäta sig med de stora framsteg som medicinen gjorde under 1900-talet. Under 2010-talet kan vi dock få se en rad nya behandlingsmöjligheter som innebär genombrott, även om osäkerheten är stor. Längre har man till exempel hoppats på "den nya biologin", som utnyttjar molekylära tekniker, stamceller och genteknik. Kunskaper inom detta område kan ge nya möjligheter när de kombineras med nya metoder inom nanoteknik och informationsteknologi.

Det finns troligen stora utvecklingsmöjligheter för genetiskt inriktad terapi på sikt, framför allt vid monogena sjukdomar (då endast en specifik gen är skadad). Detta kan innebära intressanta möjligheter att ge en mer riktad och "skräddarsydd" behandling, som kan effektivisera terapin vid en rad sjukdomar. Utvecklingen går dock långsammare än vad man tidigare bedömt. Hittills har nästan inga genombrott skett inom den egentliga genterapin, där man gör ingrepp i cellers arvs massa.

Den nya kunskapen om våra gener och genprodukter kan däremot få stor betydelse för att förbättra diagnostiken av olika sjukdomar. Kunskapen kan också användas för att utveckla och tillverka nya läkemedel. Vi kan förvänta oss att både nya läkemedel och ny administrering av

läkemedel kommer att förbättra behandlingsmöjligheterna vid en rad svåra tillstånd, till exempel vid olika cancersjukdomar eller neurologiska sjukdomar som Alzheimer och multipel skleros.

Läkemedelsverket har bedömt att betydligt fler nya läkemedel än tidigare kommer att nå den svenska marknaden under kommande år. Medel med nya verkningsmekanismer kommer också att introduceras. Därmed kommer man att kunna erbjuda behandling mot sjukdomar som tidigare inte var behandlingsbara. Detta ställer stora krav på att det finns fungerande system för värdering, prioritering och uppföljning.

Läkemedelsindustriföreningen (LIF) bedömer vidare att betydligt fler läkemedel med mer specifik biologisk angreppspunkt, så kallade targeted therapies, kommer att utvecklas inom bland annat cancerbehandlingen. Liksom Läkemedelsverket betonar LIF behovet av att följa upp och utvärdera nya läkemedel.

På sikt kan också nya vacciner och utvidgade allmänna vaccinationsprogram innebära att färre personer drabbas av vissa sjukdomar. Men inom tio år påverkas troligen inte sjukdomspanoramat som helhet nämnvärt.

Patienternas delaktighet och inflytande har ökat

Sjukvården har ofta beskrivits som ett strikt hierarkiskt system, med läkarkåren överst och patienterna längst ned i en maktpyramid. Ordningen anses ha rötter i tidigare seklers samhällsstrukturer. De senaste decennierna har den dock utmanats av en internationell utveckling som innebär ökade möjligheter för patienterna att spela en mer aktiv roll inom vården. Individens inflytande har till exempel stärkts i sjukvårdslagstiftningen. Även samhällsutvecklingen i övrigt har inneburit

att auktoriteter ifrågasätts i högre grad. Medborgarna vill ha och har rätt till insyn och inflytande inom områden som tidigare har varit förbehållna experter. Hälso- och sjukvården genomgår alltså en omfattande förändring, som gör det möjligt för patienter och närstående att delta aktivt i vården.

Det har också blivit lättare att sprida information. Eftersom så många människor använder mobiltelefoner och persondatorer finns nya möjligheter att kommunicera smidigt via till exempel sms och e-post. Vården är dock fortfarande för otillgänglig via telefon, vilket är ett problem. Automatiska telefonsvarare kan vara ett värdefullt komplement, men de kan sällan ersätta den personliga kontakten. När patienter och närstående blir än mer medvetna och informerade så måste vården förbättra kommunikationsmöjligheterna. Nya informationstekniker kan komplettera och förbättra dagens kontaktmöjligheter mellan patienterna och vården.

Tack vare utvecklingen av Internet kan medborgarna också på ett tämligen enkelt sätt skaffa sig information om sjukdomar samt om vård- och behandlingsalternativ. Flera webbplatser tillhandahåller sådan information. Sjukvårdshuvudmännens egen webbplats, 1177.se, har till exempel runt en miljon besökare varje månad. Sjukvårdsrådgivningen arbetar också med projektet ”Vården på webben” i samarbete med alla landsting och regioner. Målet är att erbjuda samlad information om hälsa, sjukdomar och tillgänglighet.

Vidare bevakar medierna i dag hälsofrågor i stor utsträckning. Denna hälsoinformationstrend kommer troligen att fortsätta under överskådlig tid. Efter hand kommer sannolikt sjukvårdens prestationer, resultat och kostnader att redovisas ännu mer öppet. För att patienternas ställning ska stärkas är det självklart avgörande att medborgarna

har bättre kunskap om hälsa och om vad sjukvården kan erbjuda. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör därför ytterligare utveckla sin förmåga att ge saklig och individuellt anpassad information till såväl patienter som närstående. Patienterna och medborgarna kan bidra till utvecklingen genom att i högre grad efterfråga information. De kan också medverka i olika former av patientenkäter och elektroniska beslutsstöd.

Vården har blivit mer kunskapsbaserad

Parallellt med att patientens inflytande över vården långsamt ökar sker en annan viktig utveckling inom hälso- och sjukvården: man betonar alltmer att de kliniska besluten ska ha en vetenskaplig grund. Därmed är man mer stringent när man väljer diagnosmetoder och behandling, och man efterfrågar och värderar vetenskapligt stöd i samband med att man upprättar vårdplaner åt patienter. Professionella organisationer erbjuder fortbildning på temat, och även statliga myndigheter arbetar för en mer evidensbaserad vård. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till exempel fått ökade resurser och utvidgat sitt uppdrag. Socialstyrelsen har också avsevärt breddat sitt arbete med att ta fram nationella riktlinjer inom en rad stora vårdområden.

Ansvarskommittén föreslår att kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården ska stärkas och samordnas bättre. Staten ska också få ett tydligare mandat för att nationellt utvärdera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. I Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) tiopunktsprogram lyfter också regioner och landsting fram betydelsen av en utveckling i denna riktning. Vidare finns tydliga krav på utbildning i vetenskaplig metodik och på kvalitetsgranskning av vidareutbildningskurser i Socialstyrelsens före-

skrifter och målbeskrivningar för läkares specialiseringstjänstgöring.

Det finns alltså ett brett samförstånd i fråga om att stärka vårdens vetenskapliga grund. Förbättrade informationskällor gör det också möjligt att kontinuerligt följa hur den medicinska praxisen förändras över tid. Vi kan analysera skillnader mellan regioner, landsting och sjukhus, och vidta åtgärder där det är nödvändigt.

Dokumentationen behöver förbättras ytterligare

Det finns flera skäl till att vården behöver dokumenteras bättre under kommande år. Bland annat är noggrann dokumentation viktig för spårbarheten, det vill säga för att vi i efterhand kunna se vad som har skett under en vårdprocess. Särskilt viktigt är detta om en vårdskada eller en annan oväntad händelse inträffar.

Socialstyrelsens har länge konstaterat brister i dokumentationen, såväl inom landstingsvården som inom den kommunala sektorn. Därför pågår ett arbete med att utveckla en nationell informationsstruktur för hälso- och sjukvården, enligt den nationella IT-strategin för vård och omsorg. Den gemensamma och enhetliga strukturen minskar risken för att patientjournalerna förväxlas eller innehåller fel. Den underlättar också för vårdgivarna att snabbt utbyta elektronisk information. Detta är till stor nytta för både patienterna och vårdpersonalen. Vidare arbetar hälso- och sjukvården både i Sverige och internationellt för att använda mer enhetliga definitioner av olika termer.

Genom att övergå till elektroniska journaler och en gemensam nationell informationsstruktur kan vården också få en informationskontinuitet, så att nödvändig information följer patienterna oberoende av vilken vårdgivare de befinner sig

hos. Visionen är att den individbaserade patient-informationen ska bli mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig. Detta bör både offentliga och privata vårdgivare kunna förverkliga under det kommande decenniet.

Vården är inte jämlik

Vårdens resultat skiljer sig inte mycket mellan kvinnor och män om man studerar överlevnad, funktionsförmåga och livskvalitet. Däremot finns oroande tendenser när det gäller självrapporterad psykisk ohälsa hos kvinnor i alla åldrar, särskilt ensamstående och kvinnor med utlandsfödda föräldrar. Män dör å andra sidan oftare i olyckor och i en rad sjukdomar som kan behandlas framgångsrikt inom hälso- och sjukvården. Det visar Socialstyrelsens analyser av jämställdheten i vården.

Flera undersökningar har också visat på skillnader i både vårdutnyttjande och medicinska resultat mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Kvinnliga arbetare löper till exempel 60–80 procents högre risk att bli sjuka eller dö i hjärtinfarkt än kvinnliga högre tjänstemän. Låginkomsttagare och lågutbildade har dessutom generellt en sämre självrapporterad hälsa, ett högre ohälsotal och en kortare medellivslängd än personer med bättre socioekonomiska förhållanden.

Vi kan alltså konstatera att den socioekonomiska skiktningen i dag troligen är ett större problem än de skillnader som är kopplade enbart till kön. Även om sambanden är komplexa behöver hälso-systemet som helhet komma tillrätta med problemen. Det är också oroande att utlandsfödda har lägre förtroende för primärvården och är mindre nöjda med information och bemötande än svenskfödda. Andelen utlandsfödda ökar konstant i befolkningen och står för nästan hela folkökningen under perioden 2000–2020. Eftersom utlandsföd-

da medborgare generellt har sämre hälsa så måste vi utforma strategier för att tillgodose deras vårdbehov och minska sjukligheten.

Dagens svenska sjukvård håller allmänt sett en hög klass i fråga om medicinska resultat, både jämfört med tidigare år och jämfört med andra länder, såvitt det går att bedöma med gängse jämförelsetal. Det finns inga enkla och allmänt accepterade mått på sjukvårdens kvalitet, men oavsett mätmodeller och mätetal visar alla jämförelser påtagliga skillnader mellan olika landsting och sjukhus. Orsakerna kan vara kopplade till systematiska faktorer som ålder och kön, men behandlingspraxis kan också skilja sig åt till följd av variationer hos vårdenheten eller vårdgivaren som inte har med sådana faktorer att göra. Skillnaderna uppmärksammas ofta av medierna, och gäller tillgång till vård, behandlingspraxis som sådan och resultat av insatta åtgärder.

Under 1990-talet och 2000-talet har staten satsat på att utjämna bestående skillnader, för att uppnå lagens intentioner om god vård på lika villkor för hela befolkningen. Men i den senaste rapporten från Öppna jämförelser finns fortfarande flera exempel på en otillfredsställande stor variation i praxis och resultat mellan olika landsting och sjukhus, till exempel inom njursjukvården, reumatologin och vid behandling av höga blodfetter respektive högt blodtryck.

Brister i patientsäkerheten

Det är positivt att intresset för patientsäkerhetsfrågor har ökat. Olika länder utbyter också erfarenheter om detta alltmer. Flera europeiska länder har ett liknande mönster när det gäller vårdskador, och det finns många skäl att fortsätta utbyta erfarenheter över gränserna. Det är också ange-

läget att samarbeta i forskningsprojekt för att få mer kunskap om hur vårdskador uppstår.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska all verksamhet i vården omfattas av kvalitetssystem. Vården har gjort stora framsteg under senare år genom att bygga upp en systematisk egenkontroll, men på många håll behövs ordentliga förbättringar. År 2007–2008 hade 8,6 procent av patienterna i slutenvården drabbats av någon form av vårdskada enligt Socialstyrelsens mätning. En tiondel av dessa fick någon form av bestående men. 3 procent av skadorna bedömdes ha bidragit till dödsfall, och man beräknade att cirka 10 procent av antalet vårddygn berodde på vårdskador. Det är därför positivt att Patientsäkerhetsutredningen har tagit ett samlat grepp på problemen och föreslagit en rad lagändringar och andra strukturella åtgärder för att uppnå resultat på systemnivå.

Inom EU-arbetet har patientsäkerhetsfrågor kommit att betyda mer i takt med ökade insikter om att flera frågor kräver ett gemensamt agerande, inte minst inom smittskyddsområdet och när det gäller resistensutveckling mot antibiotika.

Bristande tillgänglighet är ett fortsatt problem

Vårdskador och praxisskillnader har visserligen uppmärksammats mycket i medierna, men frågorna har inte varit centrala i den sjukvårdspolitiska debatten. Debatten har i stället länge dominerats av vårdköer, vårdgarantier och andra frågor om vårdens tillgänglighet. Inte minst har det varit långa köer till den planerade kirurgin och ortopedin. Bristande telefonservice på vårdcentraler har också genererat stort missnöje bland medborgarna. Trots att landstingen har satsat på att komma till rätta med dessa problem är operationsköerna

fortfarande långa på många håll, till exempel för patienter med artros i höft- och knäleder.

År 2008 följde Socialstyrelsen upp och utvärderade den vårdgaranti som infördes år 2005. Reformen hade generellt sett haft begränsade effekter på väntetiderna: trots att den politiska satsningen var kraftfull så minskade väntetiderna till behandling endast marginellt, medan väntetiderna till besök till och med ökade något.

Vidare har telefontillgängligheten i primärvården förbättrats något, men i Vårdbarometern från 2008 anger fortfarande mellan 15 och 20 procent av de tillfrågade att de har haft svårt eller mycket svårt att komma i kontakt med sin vårdcentral per telefon.

Tillgänglighetsbristerna framstår som ett dominerande problem i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Regeringen satsar nu åter på att minska köerna genom den så kallade kömiljarden. Denna ersättning är prestationsbaserad och bygger på en överenskommelse mellan Socialdepartementet och SKL.

Kostnadskrisen kan fördjupas

Det är väl omvittnat att landstingen har svårt att ge tillräckligt god vård inom de aktuella ekonomiska ramarna. Sedan tidigare finns stora underskott, och även om många landsting har lyckats hålla nere kostnaderna under de senaste åren kommer förändringarna i befolkningens ålderstruktur att innebära mycket stora påfrestningar under de kommande decennierna. Svårigheterna kvarstår även om man förutsätter oförändrade kostnader per åldersgrupp, oförändrad vårdstruktur och oförändrad service-nivå. Inte minst under perioden 2010–2015 behöver därför verksamhetsvolymen öka kraftigt inom hela hälso- och sjukvården. Parallellt med de ökade resursbehoven förutser SKL att den offentliga kon-

sumtionen kommer att stagnera under 2010–2015, medan den privata konsumtionen bedöms öka i samma takt som tidigare. Dessa bedömningar gjordes dock innan den djupa krisen i världsekonomin utvecklades hösten 2008.

I SKL:s beräkningar förutsattes alltså en oförändrad sjukvårdskostnad per individ i de olika åldersgrupperna. Som nämnts är det dock mycket osäkert hur både den yngre och den äldre befolkningens hälsa och vårdkonsumtion kommer att utvecklas. Om vårdkostnaderna per individ skulle öka under kommande år (till exempel genom ökade kostnader för olika interventioner eller till följd av ökade personalkostnader) riskerar de finansieringsproblem som vi har beskrivit att förvärras avsevärt.

Tillgången på kompetent personal kan bli problematisk

Medierna rapporterar ofta om bemanningsproblem och vakanser på olika sjukvårdsenheter, inte minst i glesbygden. Antalet läkare och sjuksköterskor har dock ökat markant under senare år. År 1995–2005 ökade antalet sjuksköterskor med 13 procent och antalet läkare med hela 24 procent. Men fortfarande är den regionala fördelningen av specialistläkare ojäm, inte minst av psykiatriker.

Om antalet läkare enbart hade ökat i takt med befolkningsökningen så skulle det ha funnits 2 500 fler läkare år 2008 jämfört med år 1998. Men i stället ökade antalet yrkesverksamma läkare med cirka 6 000 personer under denna period. Denna stora ökning reser frågor om sjukvården ökar sin produktivitet i motsvarande grad. Siffrorna är dock osäkra, till följd av olika tjänstgöringsgrad med mera som kan innebära att den siffermässiga ökningen inte motsvaras av samma

ökning i tillgänglig arbetstid. Socialstyrelsen bedömer vidare att arbetsmarknaden för sjuksköterskor är i balans. Men för personal inom den kommunala sjukvården och äldreomsorgen är situationen klart oroväckande, inte minst med hänsyn till de behov av kompetensutveckling som finns.

Framtida utmaningar

Ovan har vi beskrivit utvecklingslinjer av både positiv och negativ art. Utifrån dessa kan man formulera nya politiska visioner och mål för framtidens sjukvård. Vi ska här identifiera ett antal större utmaningar som den svenska hälso- och sjukvården nu står inför.

Tackla folkhälsoproblemen och utjämna hälsoskillnaderna

De bestående skillnaderna i livslängd och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper framstår som en av de allra viktigaste utmaningarna både för sjukvården och för välfärdssamhället som helhet. Sveriges befolkning har länge utmärkt sig genom att hålla en förhållandevis jämn hälsoliv, men denna utveckling har inte fortsatt i önskvärd riktning under det senaste decenniet. Utlandsfödda har som tidigare nämnts sämre hälsa och lägre förtroende för vården än resten av befolkningen. Det finns också geografiska skillnader när det gäller hälsoutveckling. Dessa problem måste angripas med kraftfulla insatser i framtiden.

Hälso- och sjukvårdens insatser är visserligen endast en av flera faktorer som påverkar folkhälsoutvecklingen. Likväl kan vårdens kraft att påverka denna utveckling utnyttjas bättre, inte minst när det gäller att bistå med initierad information och kompetenta råd i en förtroendefull patient-vårdgivarrelation.

På senare år har antalet sjukskrivningar, sjukpensioneringar och sjukersättningar börjat minska, efter att tidigare ha ökat. Ändå finns fortfarande problem kring den stora grupp som står utanför arbetsmarknaden. Det handlar inte minst om psykiska problem och om olika besvär i rörelseorganen. Vi har dessutom bristande kunskaper om varför olika stressrelaterade tillstånd uppstår. Likaså behöver vi stärka det vetenskapliga underlaget för olika interventioner inom arbetslivsinriktad rehabilitering.

Minska skillnader i vård och behandling

Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf anger att målet för hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen”. Enligt samma lag ska varje landsting erbjuda ”en god hälso- och sjukvård för dem som är bosatta i landstinget”. Som vi redan har nämnt finns det flera exempel på att lagens intentioner inte har uppnåtts. Jämlik vård har två dimensioner: jämlikhet utifrån befolkningsgrupp och jämlikhet på individnivå.

När det gäller befolkningsgrupper finns oförklarade skillnader i vårdkonsumtion mellan män och kvinnor samt mellan yngre och äldre. Inte minst finns det avsevärda skillnader i vårdutnyttjande mellan olika socioekonomiska grupper, och mellan utlands- och svenskfödda. Dessa aspekter är viktiga att ta hänsyn till när man analyserar vårdens tillgänglighet.

På individnivå finns också avsevärda skillnader som tillskrivs lokala rutiner och enskilda vårdgivares behandlingspraxis. Variationerna hindrar de satsningar på kunskapsstyrning som görs på både nationell och regional nivå. Myndighetsföreskrifter, nationella riktlinjer och regionala vårdprogram samt verksamhetsuppföljning på

lokal, regional och nationell nivå syftar alla till att åstadkomma en mer enhetlig och evidensbaserad hälso- och sjukvård. Det är mycket angeläget att denna utveckling får gå vidare, genom att man bygger ut infrastrukturer och rekryterar personal med adekvat kompetens.

Planera för den demografiska utvecklingen

Befolkningens åldersstruktur och geografiska fördelning har förskjutits. Detta är en av de största förändringarna i det svenska samhället under de senaste decennierna. Sveriges folkmängd väntas öka till närmare 10 miljoner år 2020.

Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) kommer andelen personer över 65 år att öka med 15 procent under samma period. Befolkningen kommer också att ytterligare koncentreras till landets södra halva, framför allt till de tre storstadsregionerna. Befolkningen antas därmed enbart öka i södra Sverige, medan den bedöms minska i Norrland. Förändringarna går visserligen långsamt, men ändå stadigt åt samma håll och efter hand blir de mycket betydelsefulla.

Vidare bedöms andelen förvärvsarbete och skattebetalande minska i förhållande till andelen icke förvärvsarbete – barn, pensionärer och sjuka, som är beroende av försörjning från det offentliga systemet. Flera ekonomer menar att detta kommer att sätta ett mycket starkt tryck på samhällets förmåga att långsiktigt klara sitt nuvarande åtagande gentemot dessa grupper. Ett oroande scenario är om tillväxten minskar och skatteunderlaget blir lägre, samtidigt som kostnaderna ökar för pensioner, vård och äldreomsorg.

SCB räknar också med att antalet ålderspensionärer passerar 2 miljoner år 2020. Mycket talar därför för att sjukvården i framtiden måste ta

om hand betydligt fler äldre med flera sjukdomar samtidigt, så kallade multisjuka – även om flera studier visar på en bättre självskattad hälsa hos gruppen över 65 år generellt sett. Det bedöms även troligt att andelen ”äldre äldre” (personer över 85 år) ökar ytterligare, bland annat på grund av en förbättrad sjukvård. Det finns dock olika uppfattningar om huruvida den ökande andelen äldre kommer att innebära en ökad sjuklighet totalt sett.

Morgondagens äldre kommer också att ha en generellt högre utbildningsnivå än tidigare, samt tillgång till mer lättillgänglig information om medicinska frågor. Därför är det högst troligt att de ställer högre och mer explicita krav på insatser från sjukvården än vad tidigare generationer har gjort. Dessutom ökar andelen utlandsfödda medborgare, och de ställer delvis andra krav på sjukvårdens kulturkompetens.

Självklart måste sjukvården ha en strategisk beredskap för att möta dessa förändringar, till exempel när det gäller förmågan att ge service till olika medborgargrupper och hur olika sjukvårdsenheter skall fördelas geografiskt. Vården behöver hitta nya lösningar så att den kan nå målen om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Säkra en långsiktig personalförsörjning

Vi kan vänta oss en obalans mellan tillång och efterfrågan på arbetskraft i framtiden, åtminstone inom vissa vårdyrken och i vissa delar av landet. Obalansen beror på de förändringar i befolkningens sammansättning som vi har beskrivit, på medföljande förändringar i sjukdomspanoramat samt på en ökad efterfrågan på vård. Utifrån dagens utbildningsdimensionering förväntas den inhemska tillgången på läkare vara relativt oförändrad under det närmaste decenniet. Om fler

fortsätter att invandra än utvandra förväntas tillgången på läkare öka. För sjuksköterskor bedöms arbetsmarknaden vara i balans under överskådlig tid. Universitet och landsting bör dock planera för ett ökat behov av utbildning för specialistsjuksköterskor, där det finns vissa obalanser.

Oavsett vilken scenario man väljer att utgå från, är det ett faktum att Sverige i dagsläget och under överskådlig tid troligen inte kan klara sin egen personalförsörjning inom vården. Sverige har de senaste åren varit beroende av en nettoimport av läkare, det vill säga man har i ökande grad anställt läkare som är utbildade i något annat land. Mycket talar för att denna lösning på rekryteringsproblemen inte är hållbar i framtiden. Lekaröverskotten har nämligen minskat i de länder som Sverige tidigare har rekryterat från, och Sveriges attraktionskraft på en internationell arbetsmarknad är oviss. Dessutom har systemet med hög nettoimport kritiserats utifrån etisk synpunkt. Det är också problematiskt att läkarspecialister har en lång total utbildningstid (12–14 år), samtidigt som det behövs en viss planeringstid för att utöka utbildningsplatserna. Eventuella beslut om fler platser inom läkarutbildningen kommer i praktiken att ge resultat i form av färdiga specialister tidigast i mitten av 2020-talet.

Våra resonemang här utgår från dagens erfarenheter och efterfrågesituation, det vill säga det rådande rekryteringsintresset hos landets vårdgivare. De egentliga behoven av nytillskott inom enskilda yrkesgrupper kan vara både större och mindre, men detta är betydligt svårare att analysera på ett adekvat och meningsfullt sätt. Man måste då göra helt andra beräkningar och prognoser för till exempel befolkningsutveckling och förändringar av sjukdomspanoramat.

År 2002 bedömde dåvarande Svenska Kommunförbundet (nu SKL) i sin långtidsutredning personalförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Enligt denna analys behövs mellan 40 000 och 50 000 nya medarbetare i vården per år under perioden 2010–2020, det vill säga totalt närmare en halv miljon (inklusive privata utförare).

Därmed behöver vården klara av kostnadskrisen för att kunna finansiera nyrekryteringar och kompetensutveckling. Men även om de ekonomiska förutsättningarna skulle förbättras, kan det uppstå en rad problem. Vi kommer också att bli mer beroende av den ekonomiska och politiska utvecklingen i andra länder, eftersom arbetsmarkanden för hälso- och sjukvårdspersonal har blivit alltmer internationell. Enligt Sveriges läkarförbunds utredare kommer utvecklingen mot en gemensam marknad innebära att löneskillnader utjämnas mellan olika europeiska länder. Lönerna för läkare och sjuksköterskor utgör en dominerande del av landstingens kostnader för sjukvården. Därför är det troligt att vi i framtiden får se en komplex interaktion mellan ”kostnadskrisen” och ”personalkrisen”.

Gör vården mer tillgänglig

Den bristande tillgängligheten är den fråga inom hälso- och sjukvården som verkar skapa mest missnöje ur patienternas synvinkel. Sveriges befolkning har länge gett sämre allmänna omdömen om primärvård och närvård än våra grannländer i olika mätningar och bristerna i tillgänglighet anses bidra starkt till dessa siffror. Om inte tillgängligheten förbättras avsevärt är det därför osannolikt att utfallet i sådana mätningar kan förbättras.

En lång rad sjukvårdspolitiska åtgärder har vidtagits under senare decennier för att förbättra

tillgängligheten. Särskilt har man infört olika former av vård- och behandlingsgarantier.

Socialstyrelsen har analyserat landstingens strategier för att komma tillrätta med problemen och de logistiska mekanismer som påverkar vårdköerna. Landsting med ett kraftfullt och systematiskt arbetssätt visade sig ha nått goda resultat. Socialstyrelsen konstaterar att SKL behöver fortsätta att stödja landstingen i denna process. Samtidigt betonar Socialstyrelsen vikten av att reformerna är långsiktiga och uthålliga.

I framtiden måste vårdgivarna kunna tillgodose efterfrågan på planerad vård utan att göra avkall på tillgänglighet och kvalitet i den akuta vården. De behöver prioritera inom verksamheten så att flaskhalsarna kan lösas utan att andra angelägena insatser inom den planerade vården trängs undan. Inte minst behöver vårdgivarna se till att mindre resursstarka patientgruppers vårdbehov inte åsidosätts när man ska samla krafter för att avskaffa vårdköerna.

Höj patientsäkerheten

Hälso- och sjukvården arbetar aktivare med patientsäkerhet än tidigare. Ändå visar den senaste vårdskademätningen att vården är en högriskverksamhet. Inte mindre än 8,6 procent av patienterna i slutenvården drabbades av någon form av vårdskada år 2007–2008. Det är fortfarande alltför vanligt med vårdrelaterade infektioner och skador som orsakats av läkemedel eller kirurgiska ingrepp. En stor utmaning för vården är alltså att få ned dessa siffror till rimligare nivåer. Även om en nollvision inte är realistisk inom det närmaste decenniet finns alla skäl att sätta upp tydliga mål och utforma strategier på både nationell och regional nivå för att åstadkomma en förändring.

Patientsäkerhetsarbetet behöver ledas och styras bättre. Forskningen behöver utvecklas, och bättre uppföljningsinstrument behöver tas fram. Vården skulle också behöva en helt annan säkerhetskultur, och alla personalgrupper behöver en ökad kunskap och medvetenhet om patientsäkerhet. Vidare är det viktigt att inte betrakta säkerhetsarbete som huvudsakligen en fråga om enskilda yrkesutövares kompetens och omdöme, utan som en central komponent i vårdens system.

Socialstyrelsen har föreslagit att hela anmälnings- och påföljdssystemet inom hälso- och sjukvården ska ses över. Inte minst bör anmälningsförfarandet vid vårdskador (lex Maria-systemet) modifieras så att rapporteringen av tillbud och incidenter förbättras. Patientsäkerhetsutredningen har föreslagit en rad åtgärder, bland annat en starkare betoning på öppenhet med ett "lärande" avvikelsesystem och mindre fokus på att bestraffa enskilda individers misstag.

Det finns alltså en medvetenhet om säkerhetsproblemen och en vilja att hitta vägar för att uppnå en högre säkerhetsnivå inom vården. Men tills dessa planer har fått en fastare form, och tills åtgärderna tydligare har förankrats i alla delar av vården på samtliga håll i landet, framstår vårdskadeproblemet som en av de största utmaningarna för sjukvårdssystemet som helhet.

Bemästra finansieringsproblemen

Enligt SKL innebär enbart Sveriges demografiska förändringar att resursbehoven i hälso- och sjukvården ökar med cirka 20 procent fram till 2030. Utvecklingen i övrigt kommer att skapa finansieringsbehov som vida överstiger det finansieringsutrymme som skulle finnas - om siffrorna framskrivs utifrån dagens skatteunderlag. Lanstingen måste därmed successivt öka sina skatteintäkter

under kommande decennier, om de ska klara av behoven i rimlig grad. Enligt Statskontoret är detta inte någon lättframkomlig väg, eftersom tidigare försök att höja inkomstskatterna inte har gett avsedd effekt. Att bemästra denna utmaning framstår som den politiska nyckelfrågan: hur skall man finansiera en växande verksamhet med nuvarande skattestrukturer?

Socialstyrelsen har utvärderat hälso- och sjukvårdens arbete med prioriteringar, med stöd av en kartläggning och analys från Prioriteringscentrum i Linköping. Socialstyrelsen konstaterar att öppna prioriteringar saknas i stor utsträckning, och att prioriteringarna i stort sett uteslutande sker inom och inte mellan verksamhetsområden. Vårdgivarna uppfattar riksdagsbeslutet om prioriteringar från mitten av 1990-talet som en otillräcklig vägledning för att fatta prioriteringsbeslut. Läkare upplever bristande stöd från politiker, som i sin tur upplever bristande förståelse från befolkningen och massmedierna. Rollfördelningen vid prioriteringsbeslut uppfattas allmänt som oklar, inte minst i gränzonen mellan landsting och kommuner.

Socialstyrelsen drar slutsatsen att prioriteringsprinciperna behöver ses över genomgripande och omarbetas. Socialstyrelsens egna nationella riktlinjer fungerar i ökande grad som rättesnöre för prioriteringar på regional och lokal nivå. Riktlinjerna bör enligt myndigheten fortsättningsvis i högre grad fokusera på de kritiska frågeställningar där de har störst värde för prioriteringsbeslut. Ansvariga huvudmän behöver utveckla regionala strukturer för kunskapsstyrning, som kan agera kompetenta mottagare av nationella riktlinjer, och som kan värdera nya läkemedel och ny teknik. Det är på huvudmannanivå som de politiskt-administrativa processerna möter professionernas, och Ansvarskommittén har föreslagit att

sådana styrsystem ska etableras i form av regionala kompetenscentrum.

Vidare måste de politiska församlingarna på olika nivåer intensifiera arbetet med att definiera statens, landstingens och kommunernas åtaganden inom vårdsektorn. Dessutom är det viktigt att skapa ändamålsenliga stödstrukturer på huvudmannanivå för att medvetna och öppna prioriteringar ska kunna genomföras på ett verkkningsfullt sätt. En förutsättning är då ett väldefinierat och förtroendefullt samspel mellan de politiskt förtroendevalda, tjänstemännen och sjukvårdens professionella grupper.

Var beredd på nytt sjukdomspanorama

Historiskt har befolkningens sjukdomspanorama förändrats avsevärt, särskilt i ett längre tidsperspektiv. Tydligast är att olika infektionssjukdomar har ökat respektive minskat under olika perioder. Men även tumörsjukdomar och hjärt- och kärlsjukdomar har varit slående olika vanliga över tid. I våra dagar ägnas stor uppmärksamhet åt att de psykiska problemen har ökat, och därmed sjukfrånvaron. För tillfället sjunker visserligen sjukskrivningarna, men den höga andelen självupplevd psykisk ohälsa i befolkningen måste tas på största allvar.

Samhället måste också ha en beredskap för pandemier. Likaså måste vården som helhet tänka mer globalt än tidigare på grund av den mer omfattande migrationen och de stora turistströmmarna. Detta gäller inte enbart sjukdomar som hepatit, hiv och tuberkulos, utan även så kallade zoonoser – infektioner som sprids mellan djur och människor.

Det är dock mycket svårt att bedöma sannolikheten för att helt nya sjukdomstillstånd uppträder på längre sikt. I ett tioårsperspektiv bedöms inte

sjukdomspanoramat genomgå så betydande förändringar att dessa skulle påverka sjukvårdskonsumtionen totalt sett. Vi bedömer att vården i huvudsak kan parera sådana situationer genom omfördelningar och prioriteringar, även om en ny farsot skulle få stora praktiska konsekvenser i inledningsskedet.

Viktiga strategier

Ovan diskuterades hälso- och sjukvårdens framtida utmaningar. Utifrån dessa kan vi särskilja ett antal tänkbara strategier, som kan utvecklas under den kommande tioårsperioden. Här belyser vi vilka möjligheter och svårigheter som finns för att realisera sådana initiativ.

Öka hälsoorienteringen

Den framtida hälso- och sjukvården behöver betona sin hälsofrämjande uppgift mycket starkare än i dag. En majoritet av de stora folkhälsosjukdomarna kan förebyggas genom att människor förändrar sina levnadsvanor. Levnadsvanorna har påtagliga effekter även om man redan har blivit sjuk. Komplikationerna och antalet vård dagar minskar när patienter får hjälp att förändra sin livsstil före kirurgiska ingrepp, till exempel genom att sluta röka före en höftledsoperation. Det visar en rad randomiserade kliniska studier. Hälsofrämjande insatser minskar lidande och sparar pengar. Därför är det naturligt och nödvändigt att vårdens personal tar ett större ansvar för att förmedla hälsobudskap av olika slag – de har ju kunskap och auktoritet. Inte minst gäller detta primärvården. Där har personalen många kontaktytor mot olika grupper (barn, ungdomar, äldre) och utmärkta möjligheter att bidra på ett tydligare sätt till folkhälsoutvecklingen.

Intresset för hälsofrågor och hälsoinformation har dessutom ökat i samhället. Därmed kommer medborgarna sannolikt allt oftare kräva att hälso- och sjukvården kan svara på frågor om samband mellan levnadsvanor och hälsa. Patienter och närstående är också alltmer delaktiga i vården. Sammantaget finns alltså en mycket stor potential för hälsovinster hos stora medborgargrupper.

De tydligaste sambanden mellan livsstil och ohälsa har påvisats för tobaksrökning. Ändå har Sverige cirka en miljon dagligrökare. Detta antal måste minska ytterligare. Men den största utmaningen för framtiden är nog att påverka alkoholvanorna – det blir alltmer folkhälsopolitiskt nödvändigt att satsa kraftfullt på att motverka så kallat riskbruk, och påverka medborgarnas attityder till alkohol.

Men fortfarande är en del anställda inom vården tveksamma till sådana här insatser. Det beror till stor del på att vi i vissa avseenden har saknat vetenskapligt underlag för att insatserna faktiskt fungerar. Vårdutbildningarna har inte heller lärt ut metoder för livsstilsinsatser. Detta kommer nu att kunna förändras, eftersom kunskaperna på området utvecklas snabbt.

Uttrycket ”hälsofrämjande förhållningssätt i patientmötet” innebär att ”patienten i centrum” får en radikalare betydelse. Förutom att patienterna ska få information och vara delaktiga i beslut ska de ses som medproducenter i sin hälsoutveckling. Man talar om ”empowerment”. Denna ansats tillämpas alltmer i rehabiliteringsmodeller, kopplad till strategier som bygger på kognitiv beteendeterapi, något som i hög grad involverar patienten. Det finns i dag ett allt större vetenskapligt underlag som visar att relationen mellan vårdgivare och patient har betydelse för vårdens utfall. Bristande

kommunikation kring det som berör patientens egentliga behov kan leda till nya återbesök och dyrare vård.

I ett vidare perspektiv framstår behovet av en tyngdpunktsförskjutning från specialiserad sjukhus vård till hälsoinriktad primärvård och närvård vara allmängiltigt. Världshälsoorganisationen (WHO) pekar på att en oproportionerlig fokusering på specialiserad vård ger dålig valuta för pengarna. Ineffektiva sätt att hantera hälsoproblem tränger ut effektivare, mer ändamålsenliga och rättvisa sätt att organisera vården och förbättra hälsan.

Stärk patientperspektivet ytterligare

Patientens ställning i vården har redan förbättrats på vissa sätt. Det är viktigt att denna utveckling fortsätter. Först och främst är detta en del av den demokratiska samhällsutvecklingen i stort, där medborgarna har fått ökat inflytande inom en rad olika områden i samhället.

Av allt att döma har dock inte den ändrade lagstiftningen varit någon murbräcka för att stärka patientens inflytande i vården. Undersökningar visar att lagstiftningen har varit förhållandevis okänd hos både patienter och hälso- och sjukvårdspersonalen. Det har också funnits uppenbara tolkningsproblem. Lagstiftarnas intentioner bör därför kunna genomföras mer kraftfullt genom ökade informationsinsatser till både hälso- och sjukvårdspersonalen och till befolkningen. Eventuellt skulle en samlad patientlag eller en patienträttighetslag kunna bidra till en sådan utveckling. Sådana lagar har lanserats i andra länder, men effekterna har ännu inte studerats ingående.

Patienterna blir som sagt alltmer delaktiga i vården, bland annat i fråga om att få information

om sina symtom och tillsammans med vårdpersonalen diskutera igenom vårdprogram och åtgärder. Ett exempel är reumatoid artrit-patienternas alltmer aktiva roll i behandlingsplaneringen, och betydelsen av att följa inte bara somatiska resultat utan också mått på hälsorelaterad livskvalitet. Här finns troligen en betydande potential för både kvalitets- och effektivitetsvinster, utöver att patienten får större insikt om sin sjukdom.

Vården har också blivit mer hälsoorienterad under senare år, inte minst till följd av den växande kunskapen om sambanden mellan livsstil och hälsa. Detta innebär i sig ett större ansvar för patienterna. Tidigare hade patienterna en mer passiv roll, medan läkemedel och olika kirurgiska ingrepp var dominerande insatser i vården. Den förändrade inställningen ställer också betydligt större krav på sjukvården att tillämpa metoder som stödjer patienten i att förändra sina levnadsvanor. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvården rankas interventionen rökstopp som "prioritet 1", på grund av den betydande effekten på flertalet hjärtsjukdomar och den förhållandevis låga kostnaden. Självfallet är det helt avgörande att patienten följer ordinationerna för att åtgärden ska fungera.

Patientutbildning och egenvårdsprogram blir alltså centrala och helt nödvändiga element i framtidens sjukvård. Även om detta innebär en maktförskjutning bejakas den av en stor majoritet av sjukvårdens personal. I modernt patientsäkerhetsarbete betonas att patienten aktivt ska medverka i olika vårdmoment, i syfte att minimera felaktiga åtgärder och därmed minska vårdskadorna.

Vi kan se flera exempel på att vården strävar efter att stärka patienternas inflytande, samtidigt som integritetsaspekter får större betydelse. I den

nederländska staden Sittard invigdes till exempel nyligen sjukhuset Maasland, där alla patienter har enkelrum med plats för närstående samt egen dator. I planeringen har man "hämtat inspiration från cateringfirmor för maten och från hotellbranschen för gästvänligheten". All personal får till exempel genomgå en särskild utbildning som leds av personer från hotell- och restaurangbranschen. Enligt sjukhusledningen ska vårdens kvalitet och resultat mätas kontinuerligt och redovisas offentligt.

Även på det så kallade Nya Karolinska Solna, som ska stå klart år 2015, kommer alla inneliggande patienter att ha enkelrum. För att stärka patienternas integritet skapas allmänna zoner som är åtskilda från de professionella, och särskilda förbindelsevägar för att transportera patienter separeras från de allmänna miljöerna.

Satsa på utvecklade IT-tjänster

Informationstekniken är central när det gäller att utveckla vårdens säkerhetssystem. IT-stöd i olika former är ju också en självklar och omistlig del av säkerheten i andra högrisksystem, som trafikflyget och kärnkraftsindustrin. Inom hälso- och sjukvårdens olika delar måste man på liknande sätt ta fram beslutsstöd, kontrollpunkter och checklistor, och systematiskt införliva dem i vårdprogram och behandlingsrutiner. Det är viktigt att satsningarna sker samordnat över landet i enlighet med den nationella strategin för IT i vård och omsorg. Alltför mycket resurser har tyvärr spenderats på dåligt planerade och bristfälligt koordinerade IT-projekt.

Först när den nationella informationsstrukturen är genomförd kommer vården att kunna utnyttja den potential som finns i en mer digitaliserad vårddokumentation. Patientdatalagen utgör

tillsammans med Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering en plattform för att bygga ut dessa system ytterligare. Landets vårdgivare blir på detta sätt kravställare, medan IT-branschen utför och levererar system och tjänster utifrån nationella och internationella standarder. Här kan man förutse att olika former av fasta certifikat fortsätter att utvecklas. Så kallade smarta kort är till exempel smidiga att hantera för både patienterna och vården, och skyddar samtidigt mot olaglig tillgång till patientuppgifter.

IT-utvecklingen innebär alltså stora möjligheter att effektivisera vårdens processer, samtidigt som kommunikationen mellan vården och patienten kan förbättras genom nya tekniker. Det är dock viktigt utnyttja den nya tekniken med förnuft och lyhördhet för patienternas behov. Innovationer ska inte införas brådstörtat, så att vissa medborgare upplever att de nya möjligheterna i stället försämrar kontakterna med hälso- och sjukvården. Det är också viktigt att vården även fortsättningsvis förmår använda traditionella kontaktvägar som personliga besök, post och telefoni. Annars riskerar vården att bli en del av ”den digitala klyftan”, så att medborgare utan tillgång till de nya IT-tjänsterna ställs utanför välfärdstjänsterna.

Öka kunskapsstyrningen

Mycket talar för att vårdens kunskapsgrund måste förstärkas ytterligare. De ökade behandlingsmöjligheter i form av ett stort antal nya läkemedel och medicinska tekniker kommer att ställa stora krav på oberoende och saklig bedömning av innovationerna i förhållande till befintliga metoder. Östrogenbehandling i klimakteriet är ett talande exempel på betydelsen av att för- och nackdelar med nya läkemedelsbehandlingar noggrant analyseras innan medlen marknadsförs till en bredare

allmänhet. Östrogenmedlens biverkningar visade sig så allvarliga att förskrivningen nu har minskat kraftigt, i och med att indikationerna har skärpts betydligt.

Vidare ökar trycket från medierna och allmänheten på att hälso- och sjukvården ska kunna redovisa att vården är ändamålsenlig och grundad på vetenskapliga studier. SBU planerar en rad åtgärder för att myndighetens kunskapsöversikter ska implementeras bättre ute i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har också byggt upp en omfattande organisation för att utarbeta nationella riktlinjer för god vård, och det finns stort behov av att uppdatera riktlinjer och ta fram nya. Regeringen och landstingen har i senare års Dagmaröverenskommelse förstärkt stödet till både SBU:s och Socialstyrelsens arbete. Ansvarskommittén har föreslagit att statens styrning av hälso- och sjukvården ska renodlas och fokuseras på tillsyn, normering och kunskapsstyrning. Kommittén menar att kunskapsstyrningen kan samordnas bättre. Den anser också att ”färre och därmed mer jämnstora regionkommuner ger förutsättningar för en ständig förbättring av vårdens resultat där den senaste tillgängliga kunskapen styr utvecklingen”.

Uttrycket kunskapsbaserad vård innefattar många komponenter, och hela området befinner sig i en mycket dynamisk utveckling där de olika aktörernas roller håller på att utkristalliseras tydligare. Ansvarskommittén har vidare föreslagit att de statliga myndigheterna i högre grad ska samordna sitt stöd till vårdens kunskapsutveckling.

Det är viktigt att man också klarlägger ansvarsförhållanden mellan de statliga myndigheterna, vårdgivarna och producenterna (medicinteknisk industri och läkemedelsföretag) när det gäller att sprida ny kunskap.

Kunskapssammanställningar av olika slag är ett viktigt element inom de professionella organisationernas verksamhet. Detta engagemang är centralt, eftersom den professionella sakkunskapen är nödvändig för att identifiera kliniska tvistefrågor som behöver belysas med systematiska genomgångar. Det är viktigt att både grundutbildningarna, vidareutbildning och fortbildning innehåller kompetensutveckling inom evidensbaserad medicin och att evidensgraderingssystem tillämpas enhetligt i landet. Socialstyrelsens nya föreskrifter om läkares specialiseringstjänstgöring syftar bland annat till att stärka läkares professionella utveckling och kliniska lärande. Dessa målbeskrivningar betonar vetenskaplighet och förbättringskunskap tydligare än tidigare regler.

Genom de ökade insatserna på nationell och regional nivå riskerar kunskapsstyrningen att upplevas som en enkelriktad påverkan från centralt håll. Den kan uppfattas negativt av mottagarna på lokal nivå. Men ett "top down"-perspektiv har aldrig varit ett grundelement i vare sig evidensbaserad medicin eller i kunskapsstyrningen. I stället poängteras ofta det nationellt samordnade arbetet med expertis som arbetar i den kliniska vardagen i olika delar av landet. Såväl staten som landstingen och de olika yrkesprofessionerna utvecklar planer och strategier för att främja en mer kunskapsorienterad hälso- och sjukvård. Därför behövs ett gemensamt utvecklingsarbete mellan professioner, sjukvårdshuvudmän, myndigheter och andra intressenter. På så sätt kan aktörerna komma överens om hur kunskapsstyrningen ska se ut, så att "det bästa inte blir det godas fiende". Denna process har rimligen en avgörande betydelse för hela hälso- och sjukvårdens utveckling och för den svenska vårdens anseende internationellt. Det är dock svårt att bedöma hur fort för-

ändringen kommer att gå, och hur kraftfull den blir. Även om alla aktörer har goda avsikter finns det inbyggda problem och paradoxer, liksom vissa osäkra faktorer (till exempel handledarbrist och för hårt tryck på produktivitet i vården) som riskerar att försvåra utvecklingen.

Pröva nya metoder på ett mer strukturerat sätt

När vården blir alltmer kunskapsstyrd blir utbudet av vårdinsatser mer likartat i landet. Utbudet blir i princip oberoende av var patienten bor och söker vård. Visionen om en god vård blir mer realistisk i och med en större rörlighet bland patienter och personal, gemensamma beslutsstöd och en nationellt utformad informationsstruktur.

Läkemedelsverket beslutar vilka läkemedel som ska godkännas, medan Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar vilka läkemedel som ska subventioneras. Det vore önskvärt att åtminstone nya och kontroversiella terapier av annan art underkastades samma kritiska granskning som läkemedlen – genom att man strukturerat går igenom det vetenskapliga underlaget.

Introduktionen av de så kallade coxiberna runt år 2000 är ett exempel på betydelsen av att nya läkemedel granskas kritiskt. Dessa medel marknadsfördes som ett värdefullt tillskott vid behandling av artrit och artros, men flera kritiska röster höjdes tidigt på grund av de många biverkningarna. Så småningom stoppades medlen helt på grund av allvarliga hjärtbiverkningar, men då hade redan 80 miljoner patienter världen över hunnit behandlas. Det finns även exempel från andra terapiområden där läkemedel har introducerats alltför snabbt (vissa typer av så kallad endoskopisk kirurgi). Detta talar starkt för att vi behöver mer strukturerade former för att värdera och in-

troducera ny teknik, både av patientsäkerhetsskäl och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Rutiner för att introducera nya rutiner och metoder i vården bör vara en naturlig del av verksamheternas ledningssystem, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter.

Tydliggör vad vården presterar

I dag är de flesta eniga om att en ökad öppenhet kring vad vården presterar är av godo. Sverige behöver dock utveckla system för att bättre kunna jämföra resultat. Det behövs också nationellt enhetliga modeller för att utvärdera vården utifrån olika intressenters behov: patienter, medborgare, professionella, beställare med flera.

Hittills har Socialstyrelsen och SKL var för sig eller gemensamt publicerat olika jämförelser, huvudsakligen på landstingsnivå. Men det har tagit tid att få fram information som kan hjälpa patienter och medborgare att välja läkare och vårdenheter. Därför bör en nationell utvecklingsplan komma till stånd, där såväl hälso- och sjukvården som omsorgsverksamheter ingår. Det är viktigt att systemet byggs upp långsiktigt och blir heltäckande, men också att utvärderingen blir producentoberoende.

Förutom enighet kring indikatorer krävs stora insatser för att fånga data och sammanställa informationen på ett enhetligt och pedagogiskt sätt. Dessutom finns en rad inbyggda metodproblem när det gäller att göra jämförelser av detta slag. Socialstyrelsen har förklarat sig beredd att ta på sig denna uppgift. Socialstyrelsen har också regeringens uppdrag att ta fram en nationell förteckning över indikatorer för god vård.

Det återstår att se i vilken grad medborgarna kommer att utnyttja denna typ av jämförande redovisningar för att välja vårdgivare. Vården har

å sin sida länge använt redovisningarna i sitt förbättringsarbete. En sådan utveckling kräver att man redovisar data mer detaljerat på klinik- och enhetsnivå än i dag, men också att man motverkar metodproblem och tolkningssvårigheter (bland annat gällande statistiska framställningar). Inte desto mindre är detta en önskvärd och nödvändig utveckling, som trots de inbyggda problemen är värdefull utifrån både ett sjukvårds- och ett samhällsperspektiv.

Följ upp satsningarna på mångfald och vårdval

Under 1990-talet började frågor om privat vård och olika förslag i syfte att ”bryta landstingens hegemoni” som vårdgivare att bli alltmer centrala i debatten. När den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården utformades fanns ”mångfald” med som en av fyra grundpelare men denna dimension kom att hamna i periferin när planen skulle genomföras i början av 2000-talet. Flera landsting har dock på egen hand infört vårdvalsmodeller i primärvården. Under senare tid har dessa frågor fått ny aktualitet på nationell nivå, inte minst genom regeringsskiftet 2006. Den utredning som tillsattes efter valet har i sitt delbetänkande föreslagit att alla landsting skall genomföra vårdvalssystem så att alla medborgare kan välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Bland andra förslag märks en lagreglering av landstingens skyldighet att genomföra vårdgarantin.

Syftet att ”öka friheten” för medborgare-konsument-patient är i och för sig vällovligt men det finns inbyggda problem i denna utveckling. Det verkar föreligga en betydande politisk oenighet om utformningen av dessa system och det finns farhågor från företrädare för vården att kon-

sekvenserna av förändringarna kan bli mer negativa än positiva, framförallt för människor med komplexa sjukdomstillstånd och/eller boende i socioekonomiskt svaga områden. Det torde vara nödvändigt att följa upp dessa modeller noggrant och vid lämplig tidpunkt utvärdera i vilken mån de bidragit till lagstiftningens intentioner om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Ta fram en ny personalstrategi

Det brukar heta att personalen är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs, och ingen kan nog invända mot detta. Samtidigt kan man därmed påstå att om personalresurser saknas eller är bristfälliga på något sätt så kommer inte vården som helhet att fungera.

Det finns därmed ett stort behov av en långsiktig personalförsörjningsplan för vården, utifrån prognoserna för sjuklighet i befolkningen och personaltillgång. Detta förutsätter en långsiktig utvecklingsplan för sjukvårdens verksamhet och en analys av vilka kompetenser som kommer att behövas i framtidens sjukvård. Även om det finns en rad olika specialkompetenser, kommer en stor del av vårdpersonalen under överskådlig tid att ha en bred kompetens som gör det möjligt att använda de samlade resurserna på ett nytt och mer flexibelt sätt.

I ett framtidsscenario med förutsedda obalanser på denna arbetsmarknad förefaller det ännu viktigare att sjukvårdshuvudmännen och andra vårdgivare värnar om den personal de har. Olika studier visar dock att en stor del av vårdens personal inte upplever att deras insatser värdesätts i tillräckligt hög grad. Många har försökt att söka arbete utanför vården eller funderar i sådana banor. Studierna visar också att klimatet på arbetsplatsen och möjligheterna till kompetensut-

veckling är avgörande för om man som helhet är tillfreds med sitt yrke.

I dag finns 21 olika yrkesgrupper i vården med egen legitimation, och dessutom ett antal andra viktiga yrkesgrupper. Det långsiktiga behovet av olika kategorier av sjukvårdspersonal måste naturligtvis inte bara sättas i relation till framtida förändringar i sjukdomspanoramat och vårdens innehåll, utan också till vilken arbetsfördelning som kommer att råda i framtidens sjukvård. Enligt Socialstyrelsens erfarenheter finns många föreställningar bland vårdpersonalen om att olika yrkesgruppers arbetsuppgifter är strikt reglerade, men i själva verket finns stora möjligheter för verksamhetschefer att fördela arbetsuppgifter mer fritt efter personalens reella kompetens.

I framtiden är det viktigt att på ett kreativt sätt finna arbetsformer som gynnar smidighet och produktivitet och samtidigt höjer kvaliteten i vårdens processer. På många håll i landet pågår mycket intressanta utvecklingsprojekt på detta tema. Det är både önskvärt och nödvändigt att använda de samlade personalresurserna mer flexibelt, liksom att patienterna själva deltar mer aktivt i vården. Revir- och prestigetänkande bör inte stå i vägen för förändringar som främjar utvecklingen av en god vård.

Kunskapsbildning och kunskapsspridning blir som sagt alltmer framträdande och kritiska element i vården. Samtidigt ställs högre krav på personalens kompetens, både när det gäller bredd och djup. Mycket talar för att frågor om kompetensutveckling, flexiblare personalanvändning, teamarbete, karriärmöjligheter och annan personalutveckling i fortsättningen kommer att vara än viktigare inom vårdsektorn än i dag.

Överväg nya finansieringsformer och ersättningsmodeller

Oavsett vilket scenario man utgår från är det troligt att landstingen kommer att utforma en rad strategier för att möta hoten om en fördjupad finansieringskris.

SKL har nyligen underrättat regeringen om att landstings- och kommunsektorn får stora underskott under kommande år. Tidigare har SKL pekat ut några sätt att hantera den förväntade resursbristen utifrån ett huvudmannaperspektiv. Vilken strategi som väljs är självklart ett rent politiskt avgörande. Bland annat kan man öka vårdens produktivitet och effektivitet genom att:

- prioritera vad som ska finansieras offentligt och vad som kan finansieras i andra former
- ta ut högre skatter eller höja patientavgifterna
- omprioritera inom den offentliga sektorn till förmån för hälso- och sjukvården.

SKL har också föreslagit att man kan frigöra resurser via socialförsäkringssystemet. Ett uttryck för den tanken är den så kallade landstingsmiljarden. Den innebär att staten och landstingen har avtalat om att ge ersättning till landsting som lyckats få ned sjukskrivningarna.

Hur stora finansieringsproblemen blir i framtiden beror förstås på hur samhällsekonomin utvecklas. Men problemen beror också i hög grad på hur hälso- och sjukvårdssystemet som helhet lyckas utnyttja de befintliga resurserna på bästa sätt. I dag är de olika ersättningsmodellerna inte optimalt konstruerade, eftersom respektive vårdgivare eller huvudman har möjlighet att vältra över kostnader till en annan part. Ett aktuellt exempel är läkemedelskostnaderna i öppen- respektive slutenvården. Samtidigt som huvudmän och staten förhandlar om reglerna för och fördelning-

en av "läkemedelsnotan" vet vi att en ansevärd del av de läkemedel som expedieras aldrig används eller används på ett felaktigt sätt, vilket medför både sämre vårdresultat och onödiga kostnader.

Vid internationella jämförelser framkommer vidare ofantliga skillnader i hur nya tekniker sprids och tillämpas, även inbördes mellan rika länder som USA, Kanada, Japan och olika EU-länder. Skillnaderna beror antagligen till mycket stor del på hur ersättningsmodellerna ser ut.

För närvarande utvecklas intressanta metoder för hur prestationer och resultat kan mätas inom hälso- och sjukvården. Parallellt med denna utveckling har man på alla nivåer i sjukvårdssystemet prövat en rad ersättningssystem för att höja effektiviteten. Utmaningen är att på bästa sätt kombinera dessa utvecklingsarbeten och att skapa en incitamentsstruktur som gynnar resultat (till exempel i form av hälsovinster för patienten) – i stället för som tidigare enbart prestationer (till exempel i form av medicinska ingrepp). Här finns ett stort utrymme för att förbättra systemen och skapa en välfungerande helhet som både åstadkommer goda resultat och hushåller med de tillgängliga resurserna. Det finns omfattande erfarenheter från andra länder och en rikhaltig litteratur på området. Den svenska hälso- och sjukvården bör lära av dessa blandade erfarenheter och inte försöka uppfinna hjulet igen.

Avslutning

De strategier för att hantera vårdens framtida utmaningar som vi har diskuterat är varken nya eller unika för Sverige. I de flesta europeiska länder dryftas denna typ av frågor intensivt, dock med något olika betoning. Sveriges hälso- och sjukvårdssystem har visat sig kunna prestera vård med i många avseenden goda medicinska resul-

tat och med en måttlig resursanvändning jämfört med andra länder.

Antagligen krävs en kombination av nya koncept för att tillgodose behoven av en mer patientfokuserad, säker och kunskapsbaserad vård för hela befolkningen, och samtidigt undanröja de nuvarande tillgänglighetsproblemen. Effektiviteten behöver höjas i sjukvårdssystemet som helhet.

Intressanta strävanden utgörs här av olika projekt för att koordinera vårdprocessen bättre och öka patienternas delaktighet. Det krävs ökade ansträngningar för att få till stånd ett välfungerande prioriteringsarbete så att resurserna fördelas rättvist. Det behövs även en tydligare gränsdragning mellan vilka tjänster som ska ingå i det offentliga åtagandet och vilka som ska finansieras av de enskilda medborgarna. Dessa frågor innehåller ett stort mått av värderingar och etiska bedömningar. De måste därför angripas mer med politiska än med vetenskapliga ansatser.

Referenser

- SBU. Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program. Stockholm: SBU; 1997.
- Burström, B. Vårdval – evidens och effekter för ”vård på lika villkor”? Läkartidningen 2008;43:2992-4.
- Prop 2007/2008:110 En förnyad folkhälsopolitik.
- Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
- Granvik M, Paperin A. Vilseledande slutsatser sprids – dags att ge ”Öppna jämförelser” rött ljus. Dagens Medicin 2009(1):30.
- SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Ansvarskommitténs betänkande.
- SKL. Hälso- och sjukvården till 2030. Stockholm: SKL; 2005.
- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
- Ibrahim S. Chronic disease and calls for action. Int J Epidemiol 2008;37:225-30.
- Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
- SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.
- Socialstyrelsen. Lägesrapport 2007: Hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008
- LIF. Läkemedelsutvecklingen inom cancerområdet. LIF; Stockholm 2008. Rapport 2008:6.
- SOSFS 2008:17 Läkares specialiseringstjänstgöring.
- Socialstyrelsen. Mot en mer jämställd vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- Meredith B et al. Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care? JAMA 2007;297:740-4
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007

- Prop. 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsen. Nationellt Planeringsstöd. Årsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009
- Socialstyrelsen. Nationell undersökning av förekomsten av vårdskador inom somatisk slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008
- Nya Karolinska Solna, projektprogram. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007
- Socialstyrelsen. Patientens rätt till information, delaktighet och inflytande. Läget efter lagändringarna 1 januari 1999. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
- SBU. Patient-läkarrelationen, läkekonst på vetenskaplig grund. Stockholm: SBU; 1999.
- SOU 2008:117 Patientsäkerhet - Vad har gjorts? Vad behöver göras?
- Petersen L A et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine* 2006;145:265-72.
- Smart hushållning ger pengar till ny medicin. *Dagens Medicin* 2008;(50):11.
- SCB. Sveriges framtida befolkning. Demografiska rapporter 2006:2. Stockholm: SCB; 2006.
- SKL. Väntetider i Vården [webbsida]. [citerad 09-01-15]. Tillgänglig på: <http://www.vantetider.se>.
- SKL. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Stockholm: SKL; 2008.
- Taube A: Registerstudie endast ett steg i en vetenskaplig process. *Läkartidningen* 2008; 105:534-7.
- WHO. The World Health Report 2008. Primary health care – now more than ever. Genève: WHO; 2008.
- Socialstyrelsen. Uppföljning av den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
- Socialstyrelsen. Uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Stockholm: Socialstyrelsen; 2006
- Vision om oberoende utvärdering av vård och omsorg i flera perspektiv. Vårdföretagarna; 2008.
- Vårdbarometern. Stockholm: SKL; 2008
- SOU 2008:37 Vårdval i Sverige.
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: SKL och Socialstyrelsen; 2008.

Förteckning över mått, indikatorer, figurer och tabeller

I rapporten presenteras en mängd olika uppgifter som speglar strukturer, processer och resultat i vården. I den vänstra spalten anges om indikatorn/måttet som redovisas i figuren eller tabellen även redovisats inom ramen för Öppna Jämförelser eller Socialstyrelsens förslag till indikatorer för God vård. Vidare anges om indikatorn ingår Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I en del fall kan formulering av måttet/indikatorn eller mätmetod etc. skilja något mellan de olika redovisningarna.

GV God Vård (Socialstyrelsens förslag till Nationella indikatorer för God Vård, 2008)

ÖJ Öppna Jämförelser (Sveriges Kommuner och Landstings och Socialstyrelsens årliga publikation Öppna Jämförelser)

NR Socialstyrelsen nationella riktlinjer.

Del 1. Vårdens förutsättningar verksamhet och kostnader

Figur 1:1	Befolkningsutveckling 1990–2020	43
Figur 1:2	Befolkningsutveckling 65 år och äldre 1990–2020	44
Figur 1:3	Förväntad medellivslängd vid födelsen 2001 och 2006 i olika länder	44
Figur 1:4	Kostnadsutveckling för hälso- och sjukvården 1993–2007	47
Figur 1:5	Totala hälso- och sjukvårdsutgifter per verksamhetsområde 2001 och 2007	47
Figur 1:6	Totala hälso- och sjukvårdsutgifter fördelat efter utförare 2007	48
ÖJ, GV Figur 1:7	Årlig förändring av kostnader per DRG-poäng inom specialiserad somatisk vård 2005–2007	50
ÖJ, GV Figur 1:8	Hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare 2006 i olika länder	51
Figur 1:9	Samband mellan hälso- och sjukvårdens andel av BNP och hälso- och sjukvårdens kostnader	51
Figur 1:10	Vårdströmmar 2003–2007	52
Figur 1:11	Genomsnittlig vårdtid i slutenvården 2001 och 2006	53
Figur 1:12	Antal sysselsatta barnmorskor inom sjukvården per 100 000 invånare 1995–2006	54
Figur 1:13	Antal sysselsatta sjuksköterskor inom sjukvården per 100 000 invånare 1995–2006	55
Figur 1:14	Antal sysselsatta läkare inom sjukvården per 100 000 invånare 1995–2006	55

Figur 1:15	Antal sysselsatta tandläkare inom sjukvården per 100 000 invånare 1995–2006	56
Figur 1:16	Antal sysselsatta tandhygienister inom sjukvården per 100 000 invånare 1995–2006	56
Tabell 1:1	Kostnader i kronor per vårdkontakt och invånare i primärvården 2003–2007	48
Tabell 1:2	Läkemedelskostnaderna (AUP) och dess andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna år 2001–2007	49
Tabell 1:3	Ekonomisk incitamentsstruktur för olika ersättningsprinciper	58

Del 2. God Vård

Patientfokuserad vård

ÖJ Figur 2:1	Betyg på besök i vården 2002–2008	79
GV Figur 2:2	Andel som uppger att vårdpersonalen visat respekt 2002–2008	80
GV Figur 2:3	Andel som är nöjda med den information de fick om sin sjukdom 2002–2008	81
Figur 2:4	Användning av Internet vid vårdkontakter 2008	82
Figur 2:5	Besökskategorier till två landstings-webbplatser 2008/2009	83
Figur 2:6	Anmälningar om bemötande 2007	85
Tabell 2:1	Andel personer som angav att kvaliteten på vården var mycket bra i tio europeiska länder 2007	79
Tabell 2:2	Totalt antal ärenden i patientnämnderna 2000–2007	84

Tillgänglig vård i rimlig tid

	Figur 2:7	Främsta orsak till att man ej sökt vård 2008	103
	Figur 2:8	Andel personer i EU-länderna som anser det lätt att få kontakt med allmänläkare	105
ÖJ	Figur 2:9	Andel besvarade samtal primärvården 2007–2008	107
	Figur 2:10	Andel patienter som anser det svårt att komma fram på telefon 2002–2007	107
ÖJ, GV	Figur 2:11	Andel patienter som får komma på läkarbesök inom 7 dagar i primärvården 2005–2008	108
ÖJ, GV	Figur 2:12	Andel patienter som fått vänta längre än 90 dagar för besök i den specialiserade vården 2005–2008	109
ÖJ, GV	Figur 2:13	Andel patienter som fått vänta längre än 90 dagar för behandling i den specialiserade vården 2005–2008	109
	Tabell 2:3	Andel och antal personer som avstått från vård för att de inte hade råd 2002–2007	103
	Tabell 2:4	Landsting som anger att det finns speciella grupper med behov av rehabilitering vars behov EJ kan tillgodoses 2008	119
	Tabell 2:5	Landsting som anger att det finns speciella grupper med behov av rehabilitering vars behov VÄL kan tillgodoses 2008	119

Säker vård

	Figur 2:14	Orsaker till vårdskador 2008	133
	Figur 2:15	Antal anmälningar enligt lex Maria 2005–2007	134
	Figur 2:16	Lex Maria anmälningar beslutade och fördelade på kategorier 2007	134
ÖJ, GV	Figur 2:17	Riskfylld läkemedelsbehandling. Andel personer i åldersgruppen 80 år och äldre med viss typ av medicinering 2005–2007	140
	Figur 2:18	Missöden under kirurgisk och medicinsk vård 2003–2007	141
	Figur 2:19	Missöden orsakade av medicinska instrument 2003–2007	142
	Figur 2:20	Kirurgiska eller medicinska missöden som orsak till onormala reaktioner eller sen komplikation 2003–2007	142
	Tabell 2:6	Skadetyper hos patienter med skador eller vårdskador 2008	132
	Tabell 2:7	Verksamhetsområde där vårdskadorna uppstod 2008	132

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

	Figur 2:21	Kunskapsorienterad och ändamålsenlig vård	152
	Figur 2:22	Koppling professionell kunskap och förbättringskunskap	153
	Figur 2:23	Patienten i fokus	154
	Figur 2:24	Evidensstyrka i förhållande till prioritering	159
	Figur 2:25	Vetenskaplig underbyggnad för olika åtgärder vid en medicinklinik	160
	Figur 2:26	System för ordnat införande	161
	Figur 2:27	Andelen läkemedelsstent vid ballongutvidgning 1999–2007	162
	Figur 2:28	Samarbetet kring kunskapsunderlag på regional och nationell nivå	167
	Figur 2:29	Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning	171
	Tabell 2:8	Olika typer av vetenskapliga studier	155
	Tabell 2:9	Kunskapsunderlag från nationella myndigheter	158

Vård på lika villkor – hur jämlik är vården?

	Figur 2:30	Antal besök i somatisk specialistvård vid sjukhus per 10 000 invånare efter utbildningsnivå 2006	186
	Figur 2:31	Antal vårdtillfällen inom somatisk slutenvård per 10 000 invånare efter utbildningsnivå 2006	186
	Figur 2:32	Jämförelse av sannolikhet (odds) för läkarbesök under de senaste tre månaderna. Efter utbildningsnivå och bostadsort 1990–2005	188
GV	Figur 2:33	Andel av befolkningen som avstått vård trots behov. Efter utbildningsnivå och kön 1996–2006	189
GV	Figur 2:34	Andel av befolkningen i EU 25 och de nordiska länderna som ej sökt vård trots behov 2005	190
	Figur 2:35	Andel patienter som är nöjda med olika aspekter av vården fördelade på födelseregion 2008	191
ÖJ	Figur 2:36	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet efter utbildningsnivå 1991–2005	193
ÖJ	Figur 2:37	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet efter utbildningsnivå 1991–2005	194
	Figur 2:38	Hälsopolitisk och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet efter födelseland 2001–2005	194

ÖJ, GV

Figur 2:39

Undvikbara vårdtillfällen i slutenvården efter utbildningsnivå och kön 2001 och 2006

195

GV

Figur 2:40

Undvikbara vårdtillfällen i slutenvården efter födelseland 1998 och 2006

196

Figur 2:41

Kvalitet på läkemedelsbehandlingen bland personer 75 år och äldre, efter utbildningsnivå 2005

197

Figur 2:42

Jämförelse av sannolikhet (odds) för att använda olika läkemedel vid stroke med avseende på utbildning och födelseland 2008

199

Figur 2:43

Kvaliteten på läkemedelsbehandlingen bland schizofrenipatienter efter utbildning 2006

201

Tabell 2:10

Andel av befolkningen med minst ett läkarbesök den senaste tremånadersperioden, efter socioekonomi 2001–2005

185

Tabell 2:11

Jämförelse av sannolikhet (odds) för att använda olika läkemedel vid hjärtsvikt med avseende på utbildning och födelseland 2008

198

Tabell 2:12

Demensläkemedel bland äldre 75–89 år efter utbildningsnivå 2005

200

Effektiv vård– fokus på kompetenssammansättning

Figur 2:44

Kostnader som andel av BNP jämfört med förväntad medellivslängd 2006

206

Figur 2:45

Relation mellan produktivitet och effektivitet

207

Figur 2:46

Index för olika hälso- och sjukvårdssystemens effektivitet

209

Tabell 2:13

Nya roller och arbete med personalsammansättning

212

Del 3. Utvecklingen inom valda områden

Inledning

ÖJ

Figur 3:1

Hälsopolitisk och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare och land 1997–98 och 2002–03

225

ÖJ

Figur 3:2

Åtgärdbar dödlighet i hälsopolitiska respektive sjukvårdsrelaterade indikatorer för kvinnor och män 1987–2006 i Sverige

225

Tabell 3:1

Sjukdomsburda Europas hög-inkomstländer 2004 beräknat i DALY

224

Hälsoriktad hälso- och sjukvård

Figur 3:3

Ett tvådimensionellt hälsoperspektiv

228

Figur 3:4

Andel kvalitetsregister som mäter hälsorelaterad livskvalitet 2008

232

Figur 3:5

Blodtryckssänkande och blodfettssänkande medel 2000–2007

234

Figur 3:6

Förekomst av ohälsosamma levnadsvanor efter utbildningsnivå och socioekonomi 2004–2007

236

Figur 3:7

Vårdcentraler med rutiner och program för hälsofrämjande åtgärder 2004 och 2007

237

Figur 3:8

Andel vårdcentraler som utbildat personalen i att hantera riskfylld alkoholkonsumtion

238

Figur 3:9

Andel patienter på sjukhus med riskfylld alkoholkonsumtion, efter ålder och kön 2006

239

Figur 3:10

Samvariation mellan BMI och risk att utveckla nedsatt glukostolerans

240

Figur 3:11

Hälsoorientering i styrdokument 2005–2007

244

Tabell 3:2

Andel av befolkningen med ohälsosamma levnadsvanor 2004–2007

235

Tabell 3:3

Frågor om levnadsvanor i vården 2008

240

Hälso- och sjukvård för barn o ungdomar

Figur 3:12

Antal födda barn i Sverige 1990–2007

253

Figur 3:13

Sjukdomsburda neuropsykiatriska tillstånd hos barn 0–14 år i EU 2002

254

Figur 3:14

Antal diagnoser hos barn 0–14 år vid läkarbesök på vårdcentralen i Tierp

255

Figur 3:15

Antal vårdtillfällen i slutenvården per 100 000 barn i åldern 0–19 år efter diagnosgrupp 1998 och 2007

256

Figur 3:16

Antal receptförskrivningar per 1000 barn och unga 0–19 år 2000 och 2008

257

Figur 3:17

Läkemedel vid magsår och magont per 1000 barn och unga 0–19 år 2000–2008

257

Figur 3:18

Antidepressiva läkemedel vid depression/ångest per 1000 barn och unga 0–19 år 2000–2008

258

Figur 3:19

Antal klamydiafall per 1000 invånare efter kön och ålder 1992–2007

261

ÖJ

Figur 3:20

Dödföddhet och neonataldödlighet 1973–2006

264

ÖJ

Figur 3:21

Nyfödda med låg apgar efter moderns rökvanor och utbildningsnivå 2002 och 2006

265

Tabell 3:4	Antal födda, adopterade, invandrade, utvandrade och avlidna barn 2007	254		
Tabell 3:5	Vårdtillfällen, vård dagar samt medelvårdtid efter ålder	257		
Tabell 3:6	Antal elever per årsarbetare i grund- och gymnasieskola 2006	260		
Vård av äldre med omfattande vårdbehov				
Figur 3:22	De vanligaste sjukdomsgrupperna för kvinnor och män 80 år och äldre vid vård på sjukhus 2007	275		
Figur 3:23	Antal vårdtillfällen på sjukhus per 1 000 invånare 65–79 år samt 80 år och äldre 1998–2007	276		
Figur 3:24	Antal platser i särskilt boende respektive korttidsboende/vård för personer 65 år och äldre 2002–2007	276		
Figur 3:25	Antal läkarbesök i hemsjukvård i ordi-närt och särskilt boende 2002–2007	278		
Figur 3:26	Antal besök i primärvårdsansluten hemsjukvård av andra personalkategorier än läkare 2002–2007	278		
Figur 3:27	Synskärpa före kataraktoperation 1992–2007	280		
Figur 3:28	Andel personer i olika åldrar som vårdas vid strokeenhet 2007	281		
Figur 3:29	Andel patienter som är beroende av andra (P-ADL) 3 månader efter stroke 2001–2007	281		
Figur 3:30	Antal läkemedel i medeltal per person för kvinnor och män 80 år och äldre 2005–2008	284		
Figur 3:31	Andel kvinnor och män 80 år och äldre som använder olika sorters psykofarmaka 2005–2008	284		
Figur 3:32	Antal läkemedel per person i olika åldersgrupper efter typ av boende 2007	285		
Figur 3:33	Andel personer som använder olika typer av psykofarmaka i olika boenden 2007	286		
ÖJ, GV Figur 3:34	Andel personer med olämplig läke-medelsanvändning efter boende 2007	286		
Figur 3:35	Vårdtid i livets slutskede för cancer-patienter. Mediantid vid olika typer av vårdenheter 2007	288		
Figur 3:36	Andel närstående som erbjudits eftersamtal vid väntade cancerdödsfall på olika vårdenheter	288		
Tabell 3:7	Antal personer med hemsjukvård efter boendeform och huvudman 2007	277		
Vård vid nedsatt hörsel				
Figur 3:37	Självskattad hörselnedsättning 1984–2006	297		
Figur 3:38	Antal sålda hörapparater 2002–2007	300		
Figur 3:39	Andel hörselskadade med hörapparat 2008	301		
Figur 3:40	Väntetid för utprovning av hörapparat 2008	301		
Tabell 3:8	Antal personer i Sverige med hörsel-nedsättning enligt tonaudiometri 2007	296		
Vård vid psykisk ohälsa och sjukdom				
Figur 3:41	Självrapporterad psykisk ohälsa. Andel i befolkningen som uppgett svåra besvär av ångslan, oro och ångest 2005–2008	307		
Figur 3:42	Andel av befolkningen som ofta har självmordstankar 2005–2008	307		
Figur 3:43	Antal sjukhusvårdade för självmords-försök och annan självtillfogad skada per 100 000 invånare 1998–2007	308		
ÖJ, GV Figur 3:44	Självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 kvinnor och män 1997–2006	308		
Figur 3:45	Antal vårdtillfällen per 100 000 kvinnor och män inom psykiatrisk slutenvård i olika åldersgrupper 1998–2007	309		
Figur 3:46	Antal vårdtillfällen för olika psykiatriska diagnoser i slutenvården hos kvinnor och män 2006	310		
Figur 3:47	Metoder för samtalsbehandling. Andel vårdcentraler med olika typer av samtalsbehandling vid psykiska besvär 2005 och 2007	313		
Figur 3:48	Antal frivilligt respektive tvångsvårdade i sluten psykiatrisk vård 1991–2008	314		
Figur 3:49	Innehåll i tvångsvården. Typer av be-handling som ges för patienter tvångs-vårdade enligt LRV eller LPT maj 2008	314		
Figur 3:50	Antipsykotiska medel vid schizofreni. Andel personer utskrivna från psykiatrisk tvångsvård 2005 med diagnosen schizo-freni som hämtat ut antipsykotiska läkemedel på apotek 2006	316		
Figur 3:51	Tre eller fler psykofarmaka. Andel personer utskrivna från psykiatrisk slutenvård 2005 som hämtat ut flera olika läkemedel på apotek 2006	316		
Tabell 3:9	Förekomst av olika metoder för tidig upp-täckt av psykisk ohälsa hos barn och ung-domar vid olika typer av verksamheter	311		

Vård vid rörelseorganens sjukdomar

Figur 3:52	Sjukskrivning och sjuk/aktivitetsersättning för rörelseorganens sjukdomar 2004–2007	323
Figur 3:53	Andel vårdcentraler som 2007 uppgav att de har program och/eller rutiner för smärtrehabilitering	325
Figur 3:54	Andel vårdcentraler i de olika lands- tingen som har rutiner/program för behandling av kronisk långvarig smärta 2007	325
Figur 3:55	Omfördelningen av höftoperationer mellan olika typer sjukvårdsenheter 1998–2007	328
Figur 3:56	Läkemedel mot osteoporos. Antal dygnsdoser per 1000 invånare och dag 2000–2007	331
Figur 3:57	Antal höftfrakturer per 100 000 inv. efter kön 1998–2007	331
Figur 3:58	Vissa sömnmedel och lugnande läkemedel till personer 75 år och äldre 2000–2007	332
ÖJ	Figur 3:59 Andel protesopererade patienter 65 år och äldre vid höftfraktur 1998–2007	333

Behandling av infektioner

Figur 3:60	Antal besök till allmänläkare per diagnos/ kontaktsak och 1 000 invånare vid primärvården Västra Götaland	337
ÖJ	Figur 3:61 Antibiotikaförbrukning i Norden 1978–2006	342
ÖJ	Figur 3:62 Antibiotika oftast använd vid luftvägs- infektioner 2000–2008	342
ÖJ	Figur 3:63 Andel kinoloner av all urinvägsantibiotika för kvinnor 2000–2008	343
Figur 3:64	Antibiotikaförskrivning i tandvården 2000–2008	344
Figur 3:65	Andel cefalosporiner av all antibiotika i slutenvård 2000–2008	345
ÖJ, GV	Figur 3:66 Förekomst av antibiotikaresistens 2000–2008	347
Tabell 3:10	Läkemedelsverkets och Stramas work- shops om behandlingsrekommendationer vid vissa infektionstillstånd	338
Tabell 3:11	Kvalitetsindikatorer för infektions- behandling	339
Tabell 3:12	Datakällor för kvalitetsuppföljning av infektionsbehandling/antibiotika- användning	340

Tabell 3:13	Antibiotikabehandling i öppenvården enligt några kvalitetsindikatorer	341
Tabell 3:14	Andel antibiotikabehandlade patienter vid ett urval av luftvägsdiagnoser	342
Tabell 3:15	Andel antibiotikabehandlade i slutenvården	345

Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar

Figur 3:67	Uppskattning av andelen sjukdomsfall i hjärtinfarkt och stroke som kan förebyggas	354
Figur 3:68	Antal personer per 100 000 invånare som avlider i ischemisk hjärtsjukdom, OECD-länderna 2004	355
ÖJ, NR	Figur 3:69 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt 1987–2006	356
ÖJ, GV, NR	Figur 3:70 Andel kranskärlsröntgade patienter vid icke-ST-höjningsinfarkt 1998–2007	357
ÖJ, GV, NR	Figur 3:71 Andel patienter som reperfusions- behandlats vid ST-höjningsinfarkt 1998–2007	357
ÖJ	Figur 3:72 Andel klopido- grelbehandlade patienter vid icke-ST-höjningsinfarkt 1998–2007	358
NR	Figur 3:73 Andel patienter som slutat röka 6–10 veckor efter hjärtinfarkt 2006–2007	358
NR	Figur 3:74 Slutenvård vid hjärtsvikt. Antal personer och vårdtillfällen per 100 000 invånare 1998–2007	359
NR	Figur 3:75 Andel patienter som behandlats med warfarin vid förmaksflimmer och annan riskfaktor januari–juni 2008	361
ÖJ, NR	Figur 3:76 Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke 1994–2006	362
ÖJ, GV, NR	Figur 3:77 Andel strokepatienter vårdade på olika typer av vårdenheter 1994–2007	362
ÖJ, GV, NR	Figur 3:78 Andel patienter som uppvisar oberoende med avseende på ADL tre månader efter insjuknande i stroke 1994–2007	363
ÖJ, NR	Figur 3:79 Andel återinskrivna 1 år efter förstagångsstroke 1994–2006	364
ÖJ, NR	Figur 3:80 Andel patienter som angav att de var nöjda eller mycket nöjda med vården efter stroke 2001–2006	365

Diabetesvård

Figur 3:81	Förekomst av diabetes i OECD- länderna 2007	367
Figur 3:82	Försäljningsutvecklingen av diabetesläkemedel 1977–2008	369

	Figur 3:83	Försäljningsutvecklingen av diabetes-läkemedel i tablettform 1996–2008	369
ÖJ	Figur 3:84	Andel av primärvårdens diabetespatienter som uppnår mål för blodsocker, blodfetter och blodtryck 2002–2008	370
	Figur 3:85	Andel rökare bland primärvårdens diabetespatienter 2002–2008	370
	Figur 3:86	Andel patienter med övervikt eller fetma bland primärvårdens diabetespatienter 2001–2008	371
	Figur 3:87	Antal vårdtillfällen på sjukhus per 100 000 invånare med diabetes som huvuddiagnos 1998–2007	372
GV	Tabell 3:16	Kontroll för, och förekomst av, komplikationer hos primärvårdens diabetespatienter 2005 och 2008	371
Cancervård			
NR	Figur 3:88	Insjuknande 1961–2007 och dödlighet 1961–2006 i cancer	375
ÖJ, GV, NR	Figur 3:89	Canceröverlevnad bland kvinnor och män 5 respektive 10 år efter diagnos 1961–2002	377
	Figur 3:90	Insjuknande och dödlighet i lungcancer per 100 000 invånare 1961–2006	378
GV, NR	Figur 3:91	Tvåårsöverlevnad för personer med lungcancer 1961–2005	378
	Figur 3:92	Insjuknande och dödlighet i lungcancer efter kön och utbildning. Genomsnitt för perioden 2001–2005	379
	Figur 3:93	Lungcanceröverlevnad för kvinnor och män med olika utbildningsnivå	379
NR	Figur 3:94	Utredningstid från remiss till behandlingsbeslut för lungcancerpatienter 2002–2006	380
	Figur 3:95	Dödlighet för lungcancerpatienter i förhållande till behandlingsintensitet	381
	Figur 3:96	Femårsöverlevnad för kvinnor respektive män efter cancer diagnostiserad 2000–2002 i några europeiska länder	382
	Tabell 3:17	Förebyggande av cancer. Olika riskfaktors uppskattade andel av cancerdödligheten samt möjlig reduktion till 2020 genom förebyggande insatser	376
Vård vid kronisk obstruktiv lungsjukdom och astma			
	Figur 3:97	Antal döda per 100 000 invånare i KOL respektive astma 1997–2006	386
NR	Figur 3:98	Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare i KOL respektive astma 1998–2007	387
NR	Figur 3:99	Andel vårdcentraler med team, vårdprogram och/eller rutiner för vård av patienter med astma/KOL 2007	387
NR	Figur 3:100	Andel vårdcentraler i landstingen med astma/KOL-team 2007	388
	Figur 3:101	Antal patienter med olika typer av läkemedelsbehandling vid astma 2008	390
	Tabell 3:18	Läkemedelsanvändning vid KOL, kvinnor och män över 40 år 2008	390
Förlossningsvård och vård vid gynekologiska sjukdomar			
	Figur 3:102	Andel rökande kvinnor i tidig graviditet 1983–2006	394
	Figur 3:103	Andel av alla vaginala förlossningar med olika typer av smärtlindring 1973–2006	396
	Figur 3:104	Andel kejsarsnitt och instrumentella förlossningar 1973–2006	396
ÖJ	Figur 3:105	Bristningar grad III och IV vid vaginala förlossningar	397
	Figur 3:106	Antal hysterektomier per 100 000 kvinnor fördelat efter operationsmetod 1998–2007	398
	Figur 3:107	Antal inkontinensoperationer per 100 000 kvinnor fördelat på operationskategori 1998–2007	399
	Figur 3:108	Förskrivning av inkontinensmedel totalt, och uppdelat på olika substanser 2000–2008	400
Tandvård och tandhälsa			
	Figur 3:109	Andel EU-medborgare som uppger sig vara nöjda med tandvården 2007	403
	Figur 3:110	Andel kariesfria barn 1985–2005	404
	Figur 3:111	Andel kvinnor och män med dålig eller mycket dålig självupplevd tandhälsa 16–84 år 2004–2007	407
	Figur 3:112	Ej besökt tandläkare de senaste två åren	408
	Figur 3:113	Andel med dålig tandhälsa efter sysselsättning och kön 16–84 år 2007	409
	Figur 3:114	Andel med dålig tandhälsa efter födelseland och kön 16–84 år 2007	409
	Figur 3:115	Besöksfrekvens efter födelseland 1982–2007	410
	Figur 3:116	Väntetider i folktandvårdens allmän-tandvård 2003 och 2008	411
	Tabell 3:19	Landstingens kostnader för 1999 års tandvårdsreform 2004 och 2007	412

Datakällor

Socialstyrelsens register

De datakällor som Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar är de nationella hälsodataregistren. Alla registren är individbaserade, vilket innebär att de innehåller data om unika individer och vårdhändelser. Rapporteringen till hälsodataregistren är obligatorisk. Enligt lagen om hälsodataregister (1998:543) får registren användas för forskning, framställning av statistik samt kvalitetssäkring och utvärdering av hälso- och sjukvården. Hälsodataregistren är:

- **Cancerregistret.** Innehåller individrelaterade uppgifter om alla elakartade och vissa godartade tumörer sedan 1958, samt personnummer, kön, hemort vid diagnos, anmälade sjukhus och klinik, diagnosdatum och klinisk såväl som morfologisk diagnos.
- **Dödsorsaksregistret.** Omfattar samtliga i Sverige folkbokförda avlidna sedan 1961, oavsett om dödsfallet inträffade inom eller utanför landet. Innehåller individrelaterade uppgifter om bl.a. underliggande och bidragande dödsorsaker, dödsdatum, kön, ålder och hemort.
- **Läkemedelsregistret.** Registret innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som hämtats ut mot recept eller motsvarande på apotek från 1999 och framåt.
- **Medicinska födelseregistret.** I registret finns samtliga graviditeter som lett till förlossning i Sverige sedan 1973, uppgifter om förlossningarna och om de födda barnen.
- **Patientregistret.** Från 1987 finns information om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård vid offentligt drivna sjukhus. För delar av riket finns uppgifter från 1964. Läkarbesök med kirurgisk åtgärd började rapporteras år 1997 och övriga läkarbesök i specialiserad öppenvård rapporteras sedan år 2001. Ett arbete med att utreda förutsättningarna att utvidga patientregistret med bland annat information från den specialiserade öppna vården och primärvården pågår inom Socialstyrelsen.¹

Övriga nationella datakällor

Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor". Denna enkät har genomförts årligen sedan 2004. Enkäten innehåller frågor om hälsa och livsvillkor. Urvalet består dels av ett slumpmässigt nationellt urval på mellan 10 000–20 000 personer, dels ett stratifierat tilläggsurval för vissa landsting. De svarande är i åldrarna 18–84 år. Statens folkhälsoinstitut genomför undersökningen i samarbete med Statistiska centralbyrån.

Nationella kvalitetsregister. För närvarande (2009) finns 67 nationella kvalitetsregister i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från landstingen och staten. Registren byggs upp av professionella yrkesgrupper inom olika specialiteter. Drift av registren sköts på många olika kliniker runt om i landet. Sveriges Kommuner och Landsting samverkar med Socialstyrelsen på central nivå och stöder ekonomiskt och på andra sätt regis-

¹ Socialstyrelsen. Utvecklingsplan för det nationella patientregistret. Målsättningar, aktiviteter och tidplan – version 2.0. Dnr 34-1286/2007.

terutvecklingen. Alla kvalitetsregister innehåller personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling, och resultat. En sammanställning över de nationella kvalitetsregistren finns på denna webbsida: <http://www.kvalitetsregister.se>

Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF)

Intervjuundersökning med ett årligt riksrepresentativt urval på 6 000–8 000 personer, vanligen i åldrarna 16–84 år. ULF innehåller data om centrala välfärdskomponenter som hälsa, ekonomi, sysselsättning, arbetsmiljö, utbildning, fritid, trygghet och säkerhet m.m. Dessa undersökningar har genomförts av Statistiska centralbyrån sedan 1975.

Vårdbarometern. En rullande befolkningsundersökning som genomförs i nästan hela landet. I undersökningen frågas om den vuxna befolkningens erfarenheter av, kunskaper om och attityder till hälso- och sjukvården kontinuerligt. Undersökningen samlar in uppgifter från 0,5 procent av befolkningen över 18 år. Datainsamlingen sker genom telefonintervjuer som genomförs fyra gånger per år. Undersökningen startade hösten 2001 och administreras av Sveriges Kommuner och Landsting.

Databasen "Väntetider i vården". Databasen täcker två områden: primärvård (besvarade telefonsamtal och väntetider till läkarbesök) och den specialiserade vården (väntande patienter, väntetider, genomförda besök/undersökningar/behandling och ledig kapacitet för nya patienter).

Uppgifter sammanställs inom varje landsting och skickas till Sveriges Kommuner och Landsting som administrerar databasen. Under 2008 fanns det ungefär 2 200 rapportörer som samlar uppgifter utifrån särskilda anvisningar och regelverk. De första resultaten från databasen presenterades år 2000.

Internationella datakällor

Eurobarometern. En opinionsundersökning om medborgarnas åsikter som utförs av Europeiska Kommissionen. Undersökningarna startade 1973 och görs löpande, vanligtvis mellan två till fem gånger årligen. Cirka 1 000 personer intervjuas i varje land med undantag för vissa större länder som till exempel Tyskland där 1 500 personer intervjuas.

European Health for All data base (HFA). WHO:s databas med data om cirka 600 hälsoindikatorer, inklusive grundläggande demografiska och socioekonomiska indikatorer, vissa livsstils- och miljörelaterade indikatorer samt uppgifter om dödlighet, sjuklighet, funktionshinder, slutenvårdsdata, samt hälso- och sjukvårdens resurser, utnyttjande och utgifter. Data inhämtas från länderna som ingår i WHO:s Europaregion.

OECD Health data base. Databasen innehåller uppgifter om befolkningarnas hälsa, om icke-medicinska hälsodeterminanter samt om hälso- och sjukvårdens resurser och utnyttjande i de 30 länder som är medlemmar i OECD.