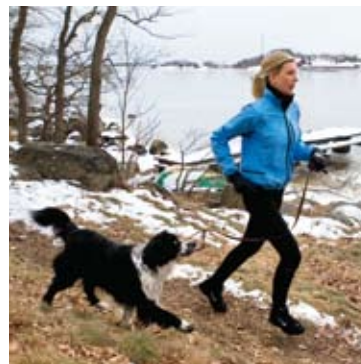


20
09



Bra kan bli bättre

Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 i sammandrag



Om hälso- och sjukvårdsrapport 2009

Socialstyrelsens beskrivningar och analyser av hälso- och sjukvården avser dels att ge en bild av läget i vården, dels stimulera till "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen".

Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 är ett steg i utvecklingen av en nationell strategi för att följa upp och analysera hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens analyser och bedömningar bygger på aktuella kartläggningar, forskningsresultat samt data från olika register och enkäter.

I årets rapport har vi utgått från de sex övergripande målen för god vård – det vill säga att vården ska vara *patientfokuserad* och ges *i rimlig tid* samt vara *säker, kunskapsbaserad* och *ändamålsenlig, jämlik* och *effektiv*. Dessa mål eller dimensioner har direkt koppling till hälso- och sjukvårdslagen och de återfinns också i andra länders modeller för uppföljning av vården.

I rapporten lyfter Socialstyrelsen fram betydelsen av en ökad hälsoorientering i vården för att dels förbättra hälso- och sjukvårdens effektivitet, dels minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper av medborgare. Vidare har vi lagt stor vikt vid medborgar- och patientperspektivet samt hälso- och sjukvårdens utmaningar inför framtiden.

Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 visar att det finns många positiva trender när det gäller behandlingsresultat för flera stora folkhälsosjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Samtidigt visar den att det finns områden som ibland fungerar mindre bra, till exempel hur delaktig patienten är i vården samt vårdens tillgänglighet och jämlikhet.

Syftet med detta sammandrag av Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 är att ge en översikt av läget och utvecklingsbehoven inom svensk hälso- och sjukvård. Samtidigt hoppas vi att den kan inspirera läsaren att ta del av huvudrapportens mer utförliga beskrivningar.

Lars-Erik Holm
GENERALDIREKTÖR



innehåll



- Om hälso- och sjukvårdsrapport 20092**
- God vård i framtiden – hur blir den möjlig?4**
 - Tio viktiga tendenser 5
 - Nio utmaningar inför framtiden 6
 - Åtta övergripande strategier 8
- Sex viktiga områden för god vård..... 10**
- Patientens vilja – vårdens lag? 12**
 - Vad vet vi om läget idag? 13
 - Vad behöver utvecklas? 13
- Flyt i vården – inte bara väntetider 14**
 - Vad vet vi om läget idag? 15
 - Vad behöver utvecklas? 15
- På väg mot en säkrare vård..... 16**
 - Vad vet vi om läget i dag? 17
 - Vad behöver utvecklas? 17
- Kunskap är en process – inte ett tillstånd..... 18**
 - Vad vet vi om läget i dag? 19
 - Vad behöver utvecklas? 19
- Jämlikhet – olika med lika rätt..... 20**
 - Vad vet vi om läget i dag? 21
 - Vad behöver utvecklas? 21
- Valuta för pengarna? 22**
 - Vad vet vi om läget i dag? 23
 - Vad behöver utvecklas? 23
- Några fakta inför framtiden 24**
- Internationell jämförelse 26**
- Mer att läsa 28**



God vård i framtiden – hur blir den möjlig?

En hälso- och sjukvårdsrapport är inget självändamål. Meningen är att den ska leda till eftertanke och strategier inför framtiden. I detta inledande avsnitt sammanfattar Socialstyrelsen dels några tendenser, dels några utmaningar för bland andra beslutsfattare, planeringsansvariga och profession under den kommande tioårsperioden och slutligen några tänkbara strategier. Vi gör inga anspråk på fullständighet utan syftet är att stimulera till diskussion inför framtiden.

Tio viktiga tendenser

- 1** *Folkhälsan har blivit bättre – till viss del.* Risken att insjukna i hjärtinfarkt minskade med 25 procent mellan 1987 och 2006. Även antalet fall av hjärtsvikt och slaganfall (stroke) minskar. Dödligheten i cancer minskar också – även om fler drabbas av cancer, inte minst för att befolkningen lever allt längre. Mer problematiskt är att dödligheten i kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) ökar, liksom problemen med psykisk ohälsa.
- 2** *Vården är inte lika god för alla.* Den svenska sjukvården håller allmänt sett hög klass, jämfört både med tidigare år och med andra länder. Men det finns skillnader i bland annat tillgänglighet och kvalitet mellan landsting och mellan vårdgivare. Flera undersökningar visar också att det finns skillnader utifrån socioekonomiska förhållanden, när det gäller både tillgången till vård och medicinska resultat.
- 3** *Allt fler sjukdomar kan behandlas.* Under 1900-talet skedde stora landvinningar när det gäller behandling av de stora folkhälsosjukdomarna. Många sjukdomar som tidigare hade dålig prognos behandlas idag med goda resultat. Idag knyts stora förhoppningar till molekylära tekniker, stamceller och genteknik. Ett antal möjligheter öppnar sig dessutom när dessa metoder kombineras med informationsteknik och nanoteknik.
- 4** *Sjukvården kostar mer.* Befolkningens ålderstruktur, tillsammans med framsteg på det medicintekniska området, kan innebära stora påfrestningar på sjukvården kommande årtionden. Finansieringsfrågan kommer troligen att aktualiseras allt mer i takt med att vårdkostnaderna ökar.
- 5** *Den vetenskapliga grunden stärks.* Kunskapsgrunden för att fatta kliniska beslut betonas allt mer. Socialstyrelsen har under senare år tagit fram flera nya, och reviderat tidigare, nationella riktlinjer för god vård, där rekommendationerna blivit allt tydligare i fråga om bland annat prioriteringar. I nya föreskrifter och målbeskrivningar för läkares specialiseringstjänstgöring finns nu också krav på utbildning i vetenskaplig metodik.
- 6** *För många patienter skadas inom vården.* Patientsäkerhetsfrågorna har prioriterats allt mer under senare år. Men på många håll behövs ordentliga förbättringar. Inte mindre än 8,6 procent av patienterna i den slutna vården drabbades av en vårdskada 2007–2008. Var tionde av dessa fick någon form av bestående men.
- 7** *Värddokumentationen blir mer enhetlig.* Under en lång följd av år har utredningar och rapporter konstaterat att det finns brister i vårdens kommunikation och dokumentation. Men nu har förutsättningarna för samverkan mellan vårdenheter förbättrats i och med att en nationell IT-strategi för vård och omsorg genomförs och en ny patientdatalag börjar tillämpas.
- 8** *Tillgängligheten är ett fortsatt problem.* Trots stora satsningar för att komma till rätta med väntetider är köerna fortfarande långa på många håll. Socialstyrelsen har i sin uppföljning och utvärdering av vårdgarantin konstaterat att reformen haft begränsad effekt på väntetiderna, särskilt till specialiserad vård. När det gäller kontakter med vårdcentralen per telefon tycker 15–20 procent fortfarande att det är svårt eller mycket svårt.
- 9** *Öppna jämförelser förbättrar vården.* Arbetet med öppna redovisningar och jämförelser av vårdens resultat har fått stort genomslag och används allt mer som underlag för hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete.
- 10** *Trolig personalbrist inom äldreomsorgen.* Antalet läkare och sjuksköterskor har ökat markant på senare år men den regionala fördelningen av specialistläkare är fortfarande ojämn. Arbetsmarknaden för sjuksköterskor verkar vara i balans. Samtidigt finns oroväckande tendenser när det gäller personalförsörjningen i den kommunala sjukvården och äldreomsorgen.

Nio utmaningar inför framtiden

Vad kan då hälso- och sjukvården göra för att nå målet om en god vård på lika villkor för hela befolkningen?

Socialstyrelsen ser bland annat följande utmaningar inför framtiden:

- 1 Minska skillnaderna i hälsa och vård.** Skillnader i livslängd och sjuklighet mellan socioekonomiska grupper är en av de viktigaste utmaningarna för sjukvården och för välfärdsamhället som helhet. Det finns oförklarade skillnader i vård och behandling mellan olika socioekonomiska grupper; yngre och äldre, män och kvinnor samt svensk- och utlandsfödda. Dessutom finns stora skillnader i praxis mellan olika delar i landet.
- 2 Öka medborgarnas och patienternas delaktighet.** Medborgarnas rätt till inflytande har stärkts i sjukvårdslagstiftningen. Socialstyrelsens analyser visar dock att vården fortfarande präglas av ett verksamhets- och professionsperspektiv. Informationen till och dialogen med medborgare måste bli bättre och formerna för patienternas delaktighet i vården måste utvecklas.
- 3 Förbättra tillgängligheten.** Sverige har länge haft sämre resultat än våra grannländer vid mätningar av vad människor tycker om vården. Bristerna i tillgänglighet anses bidra starkt till detta. Sverige måste klara efterfrågan på planerad vård utan att göra avkall på tillgänglighet och kvalitet i den akuta vården. Flaskhalsarna måste också lösas utan att andra angelägna behov inom vården trängs undan.
- 4 Höj patientsäkerheten.** Trots att insatserna när det gäller patientsäkerhet har ökat är vården fortfarande en högriskverksamhet. Ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet behöver bli bättre, forskningen om patientsäkerhet behöver utvecklas och bättre metoder för uppföljning bör tas fram. Patienter ska inte behöva riskera att skadas i hälso- och sjukvården.
- 5 Hantera det nya sjukdomspanoramat.** Förutom utmaningar som har samband med ökad psykisk ohälsa och fler som lever med kroniska sjukdomar, behöver samhället ha beredskap för pandemier. Vården måste tänka mer globalt på grund av ökad migration och stora turistströmmar. Det gäller inte bara hepatit, hiv och tuberkulos utan även zoonoser, det vill säga infektioner som sprids mellan djur och människor. Ett annat bekymmer är den ökande resistensen mot antibiotika, som kommer att försvåra behandlingen av vissa infektioner.
- 6 Utveckla IT-tjänsterna.** IT-stöd är i dag en självklar del av bland annat journalföring och olika säkerhetssystem inom vården. Men mer IT-stöd behöver tas fram för till exempel beslutsstöd och checklistor samt för vårdprogram och behandlingsrutiner. Rätt tillvarataget kan IT stödja effektivare vårdprocesser, samtidigt som kommunikationen mellan vården och patienten blir bättre.
- 7 Hantera den demografiska utvecklingen.** Sveriges folkmängd väntas öka till närmare tio miljoner 2020. Under samma period ökar antalet äldre över 65 år med 28 procent, samtidigt som andelen förvärvsarbete och skattebetalare minskar i förhållande till andelen som inte förvärvsarbetar.
- 8 Ta fram en långsiktig personalförsörjningsplan.** Det kommer att bli svårt att klara vårdens personalförsörjning i framtiden. Totalt sett beräknas den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen behöva rekrytera 40 000–50 000 personer per år under kommande årtionden, det vill säga närmare 500 000 personer fram till 2020.
- 9 Lös finansieringsproblemen.** Enligt vissa beräkningar ökar resursbehoven i vården med ca 20 procent fram till 2030, inte minst för att antalet äldre ökar. Därför måste skatteintäkterna i landstingen öka de kommande årtiondena. En politisk nyckelfråga är hur man finansierar växande verksamhet med nuvarande finansieringsstrukturer.



Åtta övergripande strategier

Socialstyrelsen pekar här på ett antal möjliga strategier för att möta utmaningarna den kommande tioårsperioden.

- 1** *Organisera vården utifrån patientens behov.* Patienten behöver bli mer delaktig i planering och genomförande av sin vård och behandling. Forskning visar att delaktiga patienter bidrar till bättre behandlingsresultat. Patientfokuserad vård innebär en helhetssyn på individen och effektiva kunskapsbaserade metoder för att förebygga sjukdom och bevara människors livskvalitet trots sjukdom och funktionsnedsättning. Denna strategi innebär också att medborgare och patienter måste vara delaktiga i de prioriteringar som görs inom hälso- och sjukvården.
- 2** *Öka hälsoorienteringen.* Människors levnadsvanor påverkar risken att drabbas av sjukdom. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 visar att sjukvården har uppnått goda resultat på en rad områden. Samtidigt visar Socialstyrelsens analyser att det finns en stor potential att utveckla det sjukdomsförebyggande arbetet och det hälsofrämjande förhållningssättet i vården. Tillsammans med en ökad delaktighet från patienter och närstående kan stora hälsovinster uppnås.
- 3** *Följ upp den ökade mångfalden och valfriheten noga.* Syftet att öka valfriheten och mångfalden i vården är vällovligt, men det finns en risk att konsekvenserna blir mer negativa än positiva för utsatta grupper. Konsekvenserna måste följas noggrant genom kontinuerlig utvärdering av hur förändringarna bidrar till lagstiftningens intentioner om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.
- 4** *Förstärk kunskapsstyrningen på nationell, regional och lokal nivå.* Effekterna av nya läkemedel och ny medicinsk teknik ställer stora krav på noggrann bedömning i förhållande till befintliga metoder. Läkarnas grundutbildning, vidareutbildning och fortbildning måste innehålla kompetensutveckling inom evidensbaserad medicin. Patienter och medborgare bör på ett enklare sätt än i dag kunna ta del av kunskap om nya behandlingsmetoder.
- 5** *Öka öppenheten om vårdens resultat.* Sverige behöver bättre system och nationellt enhetliga modeller för att utvärdera och jämföra resultat, utifrån behoven hos medborgare, patienter, profession och beställare. Systemet måste vara långsiktigt och heltäckande. Utvärderingen ska vara producentoberoende. Resultat och jämförelser ska vara lätt tillgängliga för medborgare och patienter.
- 6** *Utveckla vårdarbetet.* Prognoserna för personaltillgången inom vården visar att det behövs en långsiktig plan för att klara framtidens personalförsörjning. Vårdens arbetsformer ska gynna smidighet och produktivitet och samtidigt höja kvaliteten och effektiviteten. Ett förbättrat multiprofessionellt teamarbete och en mer flexibel användning av personalens kompetens är både önskvärd och nödvändig.
- 7** *Förstärk säkerhetskulturen i vården.* Det behövs en mer utvecklad säkerhetskultur; system för effektiv egenkontroll samt större kunskap och medvetenhet om patientsäkerhet i alla delar av vården och hos alla personalgrupper.
- 8** *Skapa nya finansieringsformer och ersättningsmodeller.* Det finns flera vägar att hantera den väntade resursbristen, till exempel ökad effektivitet och prioriteringar av vad som ska finansieras offentligt. Det finns även förslag om att frigöra resurser via socialförsäkrings-systemet. Här finns många erfarenheter att hämta från andra länder.





Sex viktiga områden för god vård

Hur kan man följa upp och utvärdera hälso- och sjukvårdens processer; resultat och kostnader? Vilka mål och kriterier ska vara vägledande? Dessa frågor står högt på dagordningen för de flesta hälso- och sjukvårdssystem i världen. Internationella förebilder har inspirerat till utvecklingen av begreppet **God vård** – ett begrepp som Socialstyrelsen introducerade 2005 i föreskrifterna om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Dessa föreskrifter innehåller bindande regler om det systematiska kvalitetsarbetet – hur ansvaret ska fördelas, vilka områden som omfattas samt krav på rutiner för egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring.

Ett år senare, 2006, gav Socialstyrelsen ut vägledningen **God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården**. Där beskrivs sex kvalitetsområden för god vård – att vården ska vara **patientfokuserad** och ges **i rimlig tid** samt vara **säker, kunskapsbaserad** och **ändamålsenlig, jämlik** och **effektiv**.

De sex kvalitetsområdena kompletterar och samverkar till stor del med varandra. I vissa avseenden kan målen dock överlappa och ibland till och med konkurrera med varandra. Några exempel:

- En säker vård kan innebära att den bästa kompetensen ska samlas på vissa platser i landet. Hur stämmer det med en vård i rimlig tid?
- En effektiv vård kan innebära att distriktssjuksköterskan ansvarar för vissa behandlingar, men patienten vill helst träffa en läkare. Hur stämmer det med en patientfokuserad vård?





Patientfokuserad



I rimlig tid



Säker



Kunskapsbaserad



Jämlik



Effektiv



Patientens vilja – vårdens lag?

Patientfokuserad vård

Vården bygger på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet. Patienten bemöts utifrån sitt sociala sammanhang och vården utförs 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. Allt detta förutsätter en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående.



”Patientfokuserad vård betyder att jag ska stå i centrum av vårdprocessen. Det ska yttra sig i ett genuint intresse inte bara i min sjukdom utan också i hur den påverkar mig som person. Att vara patient måste ju vara mer än bara mina symtom?”

Vad vet vi om läget idag?

En hel del tyder på att vården inte alltid är så patientfokuserad som den borde; forskning och andra studier; anmälningar till patientnämnder; Socialstyrelsens tillsyn och andra underlag pekar i den riktningen. Några av skälen till detta kan vara att:

- ett funktions- och verksamhetsspecifikt perspektiv dominerar vårdens strukturer, processer och uppföljning
- kunskapen brister om att ett patientfokuserat arbetssätt ger bättre resultat.

Men självfallet finns det även många goda exempel där patientperspektivet ligger till grund för det dagliga arbetet och för verksamhetsutvecklingen. Patienternas möjlighet till delaktighet och inflytande har lyfts fram allt mer de senaste decennierna – inom både sjukvårdspolitiken och det praktiska vårdarbetet. Ett antal statliga utredningar har uppmärksammat frågan om hur patientens ställning ska stärkas, och dessa har i sin tur lett till kompletteringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Information och bemötande kan bli bättre

Regionala och lokala patientenkäter visar att patienterna delvis är nöjda, till exempel tycker man att personalen visar respekt. Samtidigt finns områden som kan bli bättre, till exempel när det gäller information om den egna sjukdomen och olika behandlingsalternativ.

Anmälningarna till patientnämnderna visar att brister i bemötande ofta finns med även när det anmälda problemet handlar om behandling. Mellan 2000 och 2007 ökade antalet ärenden som registrerats som "bemötande, kommunikation, information" hos patientnämnderna med 41 procent – från 2 591 till 3 644 ärenden.

Allt fler söker information på Internet

Landstingens, patientföreningarnas och olika andra organisationers webbplatser blir allt vanligare informationskällor i hälso- och sjukvårdsfrågor. Exempelvis har landstingens gemensamma webbplats www.1177.se (tidigare www.sjukvårdsrådgivningen.se) i genomsnitt drygt en miljon besök per månad.

En nationell mätning inleds 2009

De flesta landsting och regioner genomför egna patient- eller medborgarenkäter. Sedan länge förekommer också enkäter på nationell nivå, till exempel Vårdbarometern och Folkhälsoenkäten med frågor om bemötande, tillgänglighet med mera. Från 2009 genomförs en nationell patientenkät i alla landsting. Därmed blir det möjligt att jämföra patienternas erfarenheter nationellt, regionalt och lokalt.

Vad behöver utvecklas?

- Trots att lagstiftningen tydligt anger vad som ska känneteckna en patientfokuserad vård finns brister i bland annat bemötande, information, kontinuitet, vilka i sin tur kan påverka behandlingsresultat och säkerhet.
- Valfrihet kräver kunskap som ger reella möjligheter att välja. Det är viktigt att informationen är tillgänglig, lätt att förstå och använda för alla, så att ingen kommer i kläm i ett system som premierar valfrihet och ställer ökade krav på egenvård.
- Formerna för patienternas delaktighet i vården behöver utvecklas. Många patienter upplever att de bara deltar i begränsad omfattning i sin egen vårdprocess, trots att patientens medverkan kan ha stor betydelse för en säker vård och för vårdens resultat.
- Det behövs indikatorer och metoder som mäter individens behov och förutsättningar och hur dessa uppfylls i olika vårdssituationer. Både patienter och närstående bör delta i arbetet med att utveckla dessa.
- Informationen till och kommunikationen med medborgare och patienter om vårdens processer och resultat måste bli bättre. Det behövs öppna och lätt jämförbara redovisningar om tillgänglighet, bemötande, vårdresultat, säkerhet med mera.



Flyt i vården – inte bara väntetider

Vård i rimlig tid

Vården erbjuds utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening. Beslut om tidsramen för de insatser patienten behöver tas i dialog med patienten och enligt riksdagens prioriteringsriktlinjer. De resurser som tilldelas hälso- och sjukvården måste överensstämma med befolkningens behov. Om processer och rutiner i hälso- och sjukvårdens olika led optimeras ökar sannolikheten att samtliga patientgrupper kan erbjudas vård i rimlig tid.



”Spontant känner jag att tillgänglig vård i rimlig tid handlar om både geografiskt avstånd och möjligheten att komma fram på telefon, att få en tid och att bli sedd när jag väl finns på plats.”

Vad vet vi om läget idag?

Tillgängligheten till sjukvård i Sverige är i grunden god. Alla som bor eller stadigvarande vistas i Sverige omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet, och merparten av Sveriges befolkning har nära till primärvård och apotek och blir hämtad av ambulans i rimlig tid. En liten andel av befolkningen uppfattar ekonomiska skäl som ett hinder för att söka kontakt med hälso- och sjukvården när de behöver.

Problem med långa väntetider har funnits länge i svensk hälso- och sjukvård och vid internationella jämförelser ligger Sverige ofta bland de sämsta. För att komma tillrätta med väntetiderna infördes en ny vårdgaranti 2005, men Socialstyrelsens analyser har hittills visat att den endast marginellt påverkat väntetiderna i positiv riktning.

Vårdgarantin i korthet

- Primärvården ska erbjuda kontakt per telefon eller på plats *samma dag*.
- Primärvården ska erbjuda läkarbesök inom *högst sju dagar*, om så behövs.
- Besök inom den specialiserade vården ska erbjudas inom *högst 90 dagar* efter beslut om remiss eller vårdbegäran.
- Beslutad behandling ska erbjudas inom *ytterligare högst 90 dagar* efter beslutsdatum.

Allt för många avstår från att söka vård

En av fyra anser att de inte har tillgång till den vård de behöver, och en av fem avstår från att söka vård trots att de anser sig ha behov av det. Kvinnor avstår i högre grad än män.

Skälen varierar – vissa vill avvakta medan andra anser att de inte kan få någon hjälp eller att det är för besvärligt att söka vård. Många får vänta alltför länge i telefon, för besök hos primärvårdsläkare och för besök eller behandling hos specialistläkare. Andelen som avstår från att söka vård för att de inte har råd är låg (2 procent), men detta visar ändå att ekonomin kan vara avgörande för vissa utsatta grupper.

Det behövs bättre information

Sjukvårdshuvudmännens informationsinsatser behöver utvecklas och förbättras för att patienter ska kunna veta *när* och *hur* de kan förvänta sig att få vård. Data om väntetider och andra tillgänglighetsaspekter behöver spegla faktiska förhållanden och inte, som i dag, grunda sig på uppskattningar.

Vårdgarantin kan bli ett hinder

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

Vad behöver utvecklas?

- Landstingens arbete med att ta fram tillförlitliga underlag för att bedöma befolkningens behov av insatser behöver utvecklas och förbättras avsevärt.
- Det behövs mer kunskap om vad befolkningen anser om vårdens tillgänglighet; mer tillförlitliga mätmetoder bör tas fram som mäter faktiska väntetider.
- Alla landsting och verksamheter bör delta i rapporteringen till Sveriges Kommuner och Landstings väntetidsdatabas.



På väg mot en säkrare vård

Säker vård

Säker vård är grundläggande för en vård av hög kvalitet, där insatta åtgärder leder till förväntat resultat utan att orsaka risker och skador för patienterna. För att kunna förebygga vårdskador måste vårdgivaren ha ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och bedriva ett aktivt riskförebyggande arbete. I detta ingår fortlöpande arbete med att sätta mål, följa upp, analysera och återföra resultat på alla nivåer i organisationen.



”Säker vård innebär att det finns system i sjukvården där den ena handen vet vad den andra gör. Två olika läkare ska inte kunna sätta in två olika mediciner som kanske påverkar varandra!”

Vad vet vi om läget i dag?

Alla landsting och kommuner i Sverige bedriver någon form av patientsäkerhetsarbete, även om det varierar i intensitet och omfattning. Hälso- och sjukvårdspersonalens dagliga vårdarbete präglas dock alltför sällan av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och en tydlig säkerhetskultur. Vårdgivarnas planering och direktiv för hälso- och sjukvården har hittills också oftast saknat ett tydligt patientsäkerhetsperspektiv.

Vårdskador hos nästan var tionde patient

I den somatiska sjukhusvården (kroppssjukvården) drabbas 8,6 procent av patienterna av någon vårdskada, enligt Socialstyrelsens vårdskadestudie 2008. Det innebär cirka 105 000 vårdskador och 630 000 extra vårddygn på sjukhus per år. De vanligaste vårdskadorna är infektioner och skador på inre organ. De flesta skadorna sker vid kirurgiska ingrepp och i samband med läkemedelsbehandling.

Brister i samverkan, informationshantering och kommunikation kan leda till att patienter drabbas av risker och vårdskador. År 2000–2006 tog Socialstyrelsen emot 1166 anmälningar enligt lex Maria där sådana brister var den huvudsakliga orsaken till en vårdskada. Att det saknas vårdplatser på landets sjukhus är en annan riskfaktor som kan leda till sämre vård och behandling samt till förlängda vårdtider.

Läkemedel till äldre innebär särskilda risker

Ett särskilt riskfyllt område är läkemedelsbehandling av äldre patienter. Det normala åldrandet gör att äldre är mer känsliga för läkemedel. Dessutom ordineras äldre personer ofta många olika läkemedel. Personer över 80 år får i genomsnitt 5,7 läkemedel per dygn och de allra äldsta (89–105 år) får 8–10 läkemedel per dygn. Detta innebär stora risker för biverkningar och för att läkemedel påverkar varandra negativt.

Fokus har flyttats från yrkesutövaren till systemet

Sjukvården har haft ett säkerhetstänkande i alla tider, men fokus har nu flyttats från den enskilda yrkesutövaren till systemet och organisationen. Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar är fortfarande viktigt men det måste ses i ett vidare sammanhang. Det behövs ledningssystem, organisation och rutiner som stödjer en säker vård. I många landsting och kommuner bygger man upp sådana ledningssystem.

Vad behöver utvecklas?

- Vårdgivarnas ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet behöver förbättras.
- Varje vårdgivare behöver en högsta ansvarig för patientsäkerhetsfrågorna. Ansvarsfördelningen för det förebyggande säkerhetsarbetet måste vara tydlig i alla verksamheter.
- Mycket kan göras för att utveckla utbildningen och forskningen samt för att förändra attityderna i vården. Forskningen kring patientsäkerhet kan till exempel integreras med den rent medicinska forskningen i högre grad.
- Sjukvården måste ha som normal rutin att utreda alla vårdskador, inklusive självmord som begås under eller i anslutning till någon form av vård. De brister som framkommer måste åtgärdas och åtgärderna måste följas upp.
- Metoder för att granska patientsäkerheten med hjälp av indikatorer behöver utvecklas. Ytterligare ett sätt att bedöma utvecklingen över tid är upprepade och jämförbara vårdskademätningar.



Kunskap är en process – inte ett tillstånd

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Vården grundar sig på systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap. Som grund för handlandet finns också reflekterad, kollektiv klinisk erfarenhet. Vidare krävs kunskap om kommunikation och bemötande samt om enskilda patienters förståelse, önskemål och förväntningar. En kunskapsbaserad vård innebär ett stöd för huvudmännens planering och öppna prioriteringar när de fördelar insatser. För att kunna bedöma vårdens ändamålsenlighet måste målet för vården vara fastställt. Patienten ska delta i arbetet med kunskapsbildning och kunskapsspridning.



”För mig innebär kunskapsbaserad vård att forskning inom vården sker kontinuerligt och att den finns med i utbildningen inom vården. Vårdpersonalen måste ha hög och rätt utbildning, så att jag alltid får rätt vård.”

Vad vet vi om läget i dag?

All tillgänglig kunskap används inte som underlag för olika beslut i vården. Några skäl är tidspress och begränsad kännedom om de verktyg som behövs. Vården bör använda de metoder som gör störst nytta utifrån resultat från systematisk forskning. För att det ska ske måste professionen och beslutsfattare känna till kunskapsläget och vara uppdaterade utifrån aktuella studier.

Goda nyheter får företräde

Antalet vetenskapliga studier ökar. Många studier genomförs under optimala förhållanden vilket kan medföra att effekten i praktisk verksamhet inte blir lika bra som i studierna. Det är också vanligt att negativa resultat inte publiceras i samma utsträckning som positiva resultat. Positiva effekter av olika behandlingar överskattas därför ibland. Detta ökar behovet av systematiska kunskapsammansättningar och riktlinjer som stöd till vården vid värderingen av hur resultaten bör tillämpas i det dagliga arbetet.

Mer finns att göra när det gäller tillämpning

För många sjukdomstillstånd finns god kunskap och följsamhet till nationella riktlinjer. Även när det gäller förebyggande hälso- och sjukvård är kunskapen god, men den tillämpas inte i önskvärd omfattning. Här finns en stor potential. Forskning visar att elektroniska beslutsstöd är det mest effektiva sättet att nå ut med aktuell kunskap till vårdpersonalen. Flera landsting och regioner utvecklar för närvarande sådana system.

Kunskapen ökar inom många områden

I Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 pekar Socialstyrelsen på några tendenser när det gäller kunskapsutvecklingen inom ett antal diagnosområden:

- Kunskapsutvecklingen för en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård har ökat kraftigt det senaste decenniet. Individerna med god självskattad hälsa lever längre och är mindre sjuka än de som inte mår

bra. Andelen vårdcentraler som har rutiner och program för alkohol, fysisk aktivitet, matvanor, rökning, stress eller övervikt har ökat och en sådan utveckling sker också bland sjukhusen. Det finns dock ännu mycket mer att göra inom det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande området.

- Inom den specialiserade vården, till exempel vid hjärtkärlsjukdomar, finns i dag god kunskap, dokumenterad i vetenskapliga studier och nationella riktlinjer. Vården vid hjärtinfarkt har förbättrats avsevärt och dödligheten har minskat påtagligt de senaste 20 åren. Läkemedelsbehandlingen efter hjärtinfarkt har i stor utsträckning anpassats till aktuella riktlinjer. Även vid hjärtsvikt har prognosen förbättrats under senare år. Där har dödligheten minskat med fem till tio procent årligen sedan slutet av 1980-talet.
- Många lever i dag med olika kroniska och sammansatta sjukdomar. Här har teambaserad öppen vård visat sig vara framgångsrik. Många primärvårdsenheter har vårdprogram eller rutiner för till exempel diabetes, astma och KOL. En studie visar dock att endast hälften av de vårdcentraler som hade astma- och kolmottagningar uppfyllde kraven för en godkänd mottagning med till exempel stöd för rökavvänjning.

Vad behöver utvecklas?

- Rekommendationer behöver utvecklas inom områden där forskningen ännu inte är så omfattande. Rekommendationerna måste bygga på bästa tillgängliga information i form av konsensus och beprövad erfarenhet. Annars riskerar områden med väl dokumenterad forskning att få företräde framför andra viktiga områden.
- Kunskapsproduktionen bör samordnas för att undvika dubbelarbete och motsägelser. I dag tar sjukvårdshuvudmännen ibland fram egna rekommendationer i stället för att använda nationella kunskapsunderlag. När det saknas nationella underlag bör vårdgivarna samarbeta mer vid utformning av kunskapsunderlag och vårdprogram.
- Det behövs tydliga mottagare lokalt och regionalt som kan ta emot och sprida nationella kunskapsunderlag och rekommendationer.



Jämlikhet – olika med lika rätt

Jämlik vård

Jämlik vård relaterar direkt till det övergripande målet för hälso- och sjukvården enligt 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.” Vården bör också vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.



”Jämlik vård för mig innebär att man får bra vård, oavsett kön, ursprung, ålder eller var man bor. Det behöver inte betyda att alla alltid ska ha samma behandling för samma sjukdomar, men alla har rätt att bli bedömda utifrån deras egna förutsättningar.”

Vad vet vi om läget i dag?

Ett centralt mål för den svenska hälso- och sjukvården är att vård av god kvalitet ges på lika villkor, oberoende av vem som får den. Bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla – oavsett till exempel ålder, kön, sexuell läggning, funktionsnedsättning, bostadsort, utbildning, social ställning, födelseland eller religiös tillhörighet. En jämlik och rättvis vård är själva kärnan i hälso- och sjukvårdslagen.

Hälsan i sig är inte jämlikt fördelad. Därför bör en sjukvård som strävar efter god hälsa och god vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera dem med störst behov. Den bör också vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.

Behandlingen inom stora delar av vården ges i enlighet med mer eller mindre standardiserade vårdprogram och riktlinjer, men varje patient måste alltid få en individuell bedömning, där vården ges utifrån behovet i det enskilda fallet. En jämlik vård innebär inte att alla individer får exakt samma bemötande eller insatser – en jämlik vård är en vård som förmår att ta hänsyn till skillnaderna i människors individuella behov.

Människor behandlas olika

En fråga som rönt stort intresse under senare år är hur män och kvinnor blir behandlade i vården. Flera studier har visat att det finns systematiska och signifikanta skillnader i hur män och kvinnor behandlas. Socialstyrelsens senaste uppföljningar visar dock att det skett vissa förbättringar på detta område. Däremot finns det skillnader i tillgång till vård och behandling mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan svensk- och utlandsfödda.

Ekonomi, utbildning och kunskap påverkar

En del söker inte vård i den utsträckning de skulle behöva på grund av exempelvis ekonomi, utbildningsnivå, kunskaper och förväntningar. Självklart spelar det dessutom roll hur lätt- eller svårtillgänglig vården är för olika grupper.

Vad behöver utvecklas?

- Hälso- och sjukvårdens roll för att utjämna skillnader i hälsa bör betonas allt mer. Här är sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete centralt. Hälso- och sjukvården bör än mer kunna använda sin auktoritet, sin kunskap och sina kontaktytor för att främja hälsa i mötet med patienter och närstående.
- Andelen utlandsfödda medborgare ökar; i dag har ungefär vart femte barn i Sverige ett annat ursprungsland. Hälso- och sjukvården behöver ökade kunskaper om hur kulturella skillnader kan påverka samspelet mellan patient och vårdpersonal.
- Förståelse och kunskap om sambanden mellan social utsatthet och ohälsa är mycket viktig. Det behövs mer insikt om att vården kan påverka och minska skillnader i hälsa mellan olika grupper av medborgare.
- Vårdens jämlikhet måste följas upp och analyseras lokalt, regionalt och centralt. Denna fråga har inte fått den centrala plats i uppföljningen av vården som man kunde förvänta mot bakgrund av de tydliga krav på jämlikhet som ställs i lagstiftningen. Ett skäl för detta kan vara att det är svårt att följa upp med befintliga datakällor.



Valuta för pengarna?

Effektiv vård

Effektiv vård innebär 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.



”Effektiv vård är att man får den vård man behöver, när man behöver den. Men det får inte innebära att man ska få sin hjälp på kortast möjliga tid, alltså att personalen ska hinna så mycket som möjligt under sitt arbetspass. Vård och omsorg måste få ta den tid den behöver, för att jag som patient ska känna mig trygg och nöjd.”

Vad vet vi om läget i dag?

Hälso- och sjukvården har begränsade resurser, samtidigt som nya behandlingsmetoder utvecklas och förväntningarna ökar. Detta har lett till ett allt större intresse för vårdens effektivitet, det vill säga att tillgängliga resurser används på bästa möjliga sätt för att nå uppsatta mål.

Antalet läkare har ökat kraftigt på senare år, men den regionala fördelningen av specialistläkare är fortfarande ojämn. Om antalet läkare hade ökat i samma takt som befolkningen i övrigt skulle det ha funnits 2 500 fler läkare 2008 jämfört med 1998, men under denna period ökade antalet yrkesverksamma läkare med cirka 6 000.

På 30 år har antalet patientbesök per läkare halverats samtidigt som antalet läkare har tredubblats, enligt statistik från Sveriges Kommuner och Landsting. Detta reser en del frågor om sjukvårdens effektivitet som bör analyseras närmare.

Effektiv vård förutsätter god vård

I och med att effektivitet definieras som i vilken grad resurserna leder till uppsatta mål måste alla hälso- och sjukvårdens mål speglas när vårdens resultat följs upp. Det betyder att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad och jämlik samt ges i rimlig tid, för att vara effektiv.

Kravet på att vården är effektiv ökar, men det är svårt att analysera och jämföra effektiviteten mellan vårdområden eller huvudmän. Metoderna är fortfarande inte fullt utvecklade och kostnadsdata saknas i stor utsträckning. Det står dock klart att de högsta kostnaderna inte är entydigt med de bästa resultaten.

Ungefär hälften av hälso- och sjukvårdens kostnader är personalkostnader. Därför är personalen ett viktigt redskap för att effektivisera vården – dels för att vården inte ska använda mer resurser än nödvändigt, dels för att uppnå bästa möjliga resultat.

En väg är att omfördela arbetsuppgifterna

Ett sätt att arbeta över yrkesgränserna är att omfördela roller och arbetsuppgifter, till exempel flytta vissa arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor med vidareutbildning. Då kan man frigöra arbetstid för vissa yrkesgrupper och förbättra vårdkvaliteten i stort. Men förskjutningar av arbetsuppgifter får aldrig ske på bekostnad av patientsäkerheten.

De senaste decennierna har intresset för och medvetenheten kring teamarbete och så kallat multidisciplinärt samarbete ökat, och möjligheten att omfördela roller och ansvar mellan yrkesgrupper är relativt stora.

Vad behöver utvecklas?

- Det behövs sammanhållna vårdprocesser med helhetssyn och patientens behov i centrum. Problemen finns såväl mellan landsting och kommun som mellan olika enheter, nivåer och kompetenser inom vården.
- Sannolikt behöver de öppna vårdformerna utvecklas för att hälso- och sjukvården som helhet ska bli mer effektiv. Samtidigt behöver vården arbeta ännu mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.
- Ibland kan revirstrider mellan professionerna inom vården medverka till att man arbetar mindre effektivt i stället för att använda olika kompetenser på bästa sätt. Huvudmännen behöver utveckla tydliga incitament som stimulerar till samarbete.
- Den individbaserade kostnadsredovisningen måste förbättras. En uppföljning på individnivå, enhetsnivå, huvudmannanivå och nationell nivå är en förutsättning för att kunna analysera effektiviteten i sin helhet.

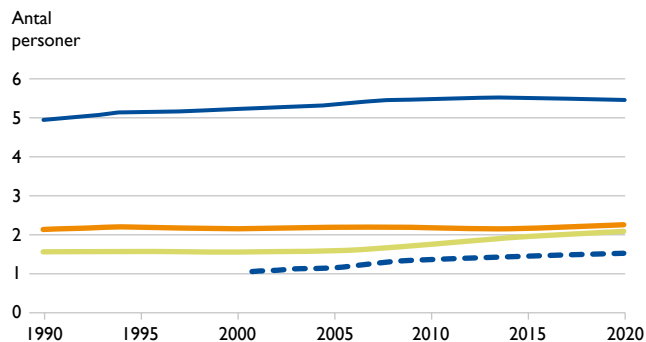
Några fakta inför framtiden

Vi blir allt fler

I framtiden ökar antalet äldre snabbare än antalet personer i arbetsför ålder. Färre kommer alltså att behöva försörja fler.

Nästan 9,2 miljoner personer bodde i Sverige 2007, vilket är en ökning med 7 procent sedan 1990. Nästan 60 procent är 20–64 år och 17 procent (cirka 1,6 miljoner) är över 65 år. År 2020 antas Sveriges befolkning vara 9,7 miljoner. Då kommer andelen över 65 år vara 21 procent, det vill säga 4 procentenheter högre. Dessutom förväntas antalet äldre över 80 år öka mycket kraftigt omkring 2020. Antalet barn och ungdomar ökar fram till 2020 och den arbetsföra befolkningen ökar något fram till 2014. Sedan viker den sistnämnda kurvan av och minskar något fram till 2020.

Befolkningsutveckling 1990–2020



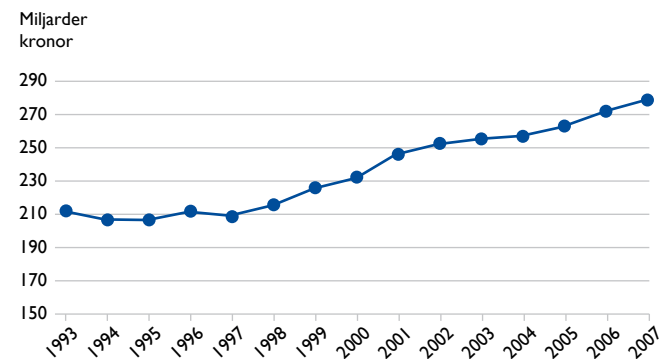
Källa: SCB Befolkningsregistret

— Antal personer 20–64 år — Antal personer 0–19 år
— Antal personer >65 år - - - Antal personer födda utomlands

Sjukvården blir dyrare

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården var 278 miljarder kronor 2007. Kostnaderna ökade med 13 procent mellan åren 2001 och 2007.

Kostnader för hälso- och sjukvården 1993–2007



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

Källa: Specialbearbetning av data från Socialstyrelsen och SCB.

Hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten (BNP) 2006 var 9,2 procent, vilket är en relativt stabil siffra. Jämfört med ett urval av EU-länder, de nordiska länderna, USA, Kanada och Nya Zeeland är Sveriges nivå genomsnittlig.

Det finns mer vårdpersonal – på en del platser

Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare och tandhygienister har ökat 1995–2006, medan tillgången på tandläkare har minskat något. Det finns dock ganska stora regionala skillnader. De uppräknade yrkesgrupperna har låg arbetslöshet och en hög etablering på arbetsmarknaden efter examen.

Organisering och styrning är högintressant

Det finns ett stort intresse inom svensk hälso- och sjukvård för hur hälso- och sjukvården ska organiseras och styras – inte minst när det gäller vårdvalsmodeller och hur olika ersättningsprinciper och system påverkar de ekonomiska drivkrafterna att producera hälso- och sjukvård. Samtidigt håller flera landsting på att utveckla nya styrformer med hjälp av processorientering, där man fokuserar på patientens väg genom vården.

Lagstiftningen förändras

Sedan 2005 har ett antal betydande förändringar i lagstiftningen skett när det gäller patientens ställning i vården, organisationsfrågor, informationsteknik, medicinsk etik, psykiatri och läkemedel.

Några siffror

- Landstingen är den största finansiären av hälso- och sjukvård (71 procent). Hushållen står för 17 procent, kommunerna för 9 procent och staten för 2 procent av kostnaderna.
- Sjukhusen står för 45 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården.
- Läkemedel motsvarar cirka 12 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna. Sedan 2001 har läkemedlens andel av kostnaderna varit nästan konstant.
- Trenden är att läkarbesök i den specialiserade vården minskar medan antalet vårdtillfällen i slutenvården och antalet läkarbesök i primärvården ökar. Däremot minskar antalet vårddagar i den slutna vården.
- Antalet vårdplatser i slutenvården har stadigt minskat sedan 1992. Sverige har lägst antal vårdplatser per invånare jämfört med många andra länder.



Internationell jämförelse

Den svenska hälso- och sjukvården kan både dela med sig och ta till sig av kunskaper från andra länder. Här presenteras några fakta från hälso- och sjukvården utanför Sverige inom de sex dimensionerna för god vård.

Patientfokuserad vård

När det gäller patientfokuserad vård kan inspiration och erfarenhet hämtas från såväl våra nordiska grannländer som andra länder inom och utom Europa. Norge, Danmark, Storbritannien och Nederländerna har goda erfarenheter när det gäller lagstiftning, reglering av patienträttigheter, arbete för att stärka patientens ställning och nationella patientenkäter.

Inom EU genomförs återkommande intervjuundersökningar, den så kallade Eurobarometern, med EU-medborgare över 15 år. En särskild Eurobarometer våren 2007 undersökte hur medborgarna upplevde hälso- och sjukvården samt äldrevården i sina respektive hemländer. En majoritet av de tillfrågade svenskarna tyckte att hälso- och sjukvården höll god kvalitet. Framför allt tyckte man att kvaliteten på sjukhusvården var hög; 35 procent menade att den var mycket bra. Österrike rankades högst med 39 procent, medan bara 2 procent av de tillfrågade i Portugal tyckte så.

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

Tillgänglighet och vård i rimlig tid


Enligt OECD:s rapport 2008 ökar vårdens kvalitet i OECD-länderna, men det blir allt tydligare att det är en växande utmaning för hälso- och sjukvården att förebygga och hantera kroniska sjukdomar. Hälso- och sjukvården har i mångt och mycket byggts upp utifrån akuta sjukdomstillstånd som fordrar korta och intensiva behandlingar. Verksamheterna fungerar inte lika bra när det gäller att ta hand om människor med kroniska sjukdomar som behöver fortlöpande insatser från hälso- och sjukvården i form av till exempel rehabilitering.

Det är 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 – här tycker nästan fyra av tio invånare att det är svårt att få kontakt med en familjeläkare.

Säker vård

Under 1990-talet genomfördes ett antal nationella studier i USA, Australien och Nya Zeeland som visade att många patienter skadades i vården. Ett av de första problemen som uppmärksammades var att många skadades på grund av brister i läkemedelshantering. Utifrån dessa studier växte det fram en insikt om att fokus måste förflyttas – från att hitta och straffa den som gjort ett misstag till att ta reda på hur misstaget uppstod och hur man kan förhindra att det upprepas.

Under 2000-talet har Världshälsoorganisationen (WHO) uppmärksammat problemet i två resolutioner. Man har även tagit flera initiativ till internationell samverkan, till exempel genom projektet World Alliance for Patient Safety.



EU har en stödjande och främjande roll när det gäller patientsäkerhet. Bland annat har man initierat ett projekt som dels kartlagt patientsäkerhetsutvecklingen i medlemsländerna, dels tagit fram rekommendationer och terminologi för patientsäkerhetsområdet. Projektet har dessutom inventerat möjliga patientsäkerhetsindikatorer.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Sett ur ett internationellt perspektiv kan man säga att Sverige kommit relativt långt när det gäller nationella kunskapsunderlag och riktlinjer. Sverige ligger också bra till när man jämför dödlighet i de stora folksjukdomarna, till exempel hjärtinfarkt och cancer.

I Sverige finns i dag 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.

Jämlik vård

Internationellt framhålls att Sverige och de andra nordiska länderna har kommit långt när det gäller jämlikhet i vården. Däremot brukar det ibland poängteras att den öppna vården i Sverige behöver utvecklas mer för att nå grupper med stort behov av vård.

Vid en jämförelse av "ej tillgodosedda vårdbehov" mellan ett antal europeiska länder utmärker sig Sverige genom att en hög andel säger sig ha avstått från att söka vård för att de till exempel var rädda eller inte kände till någon bra doktor.

Effektiv vård

Under senare år har intresset för effektivitet inom hälso- och sjukvården ökat i västvärlden av flera skäl, inte minst på grund av den tekniska utvecklingen, åldrande befolkningar och allmänt höjda förväntningar på vården. Parallellt har det blivit tydligt att länderna med de högsta hälso- och sjukvårdskostnaderna inte alltid har de bästa resultaten, mätt i till exempel överlevnad.

Sveriges Kommuner och Landstings rapport Svensk sjukvård i internationell jämförelse (2008) visade att Sverige hade 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 enligt index, men samtidigt hade man betydligt lägre resursförbrukning utifrån de mått som användes.



Mer att läsa

Fördjupad information på respektive område finns i huvudrapporten, **Hälso- och sjukvårdsrapport 2009**:

- Patientfokuserad vård, sidorna 75–97
- Tillgänglig vård i rimlig tid, sidorna 99–126
- Säker vård, sidorna 127–149
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, sidorna 151–182
- Jämlik vård, sidorna 183–204
- Effektiv vård, sidorna 205–221

Andra aktuella rapporter från Socialstyrelsen med koppling till hälso- och sjukvården i Sverige är:

- *Miljöhälsorapport 2009*
- *Folkhälsorapport 2009*
- *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2008*
- *Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – HJÄRTSJUKVÅRD*

Rapporterna finns att beställa eller ladda ner på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se

Referenser till mer fakta om sjukvård i andra länder och internationella jämförelser mellan olika länders sjukvårdssystem finns på WHO:s webbplats: www.who.int

Aktuella WHO-rapporter

- The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever
- Closing the gap in a generation

Information finns även på OECD:s webbplats: www.oecd.org/health/keypublications

Aktuell OECD-rapport

- Health at a Glance 2007: OECD Indicators
www.oecd.org/health/healthataglance

Övrig information

- Institute of Medicine, till exempel rapporten Crossing the Quality Chasm
www.iom.edu

För mer information om **Hälso- och sjukvårdsrapport 2009** kan ni kontakta:

- Ingrid Schmidt, telefon 075-247 30 98,
e-post ingrid.schmidt@socialstyrelsen.se


ISBN 978-91-86301-00-2

Artikelnummer: 2009-126-73

Grafisk form: Informationsfabriken AB

Foto: Blekinge Bildreportage, Hans-Peter Bloom

Tryck: Edita Västra Aros, Västerås, april 2009



Detta sammandrag av Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 ger en översikt av läget och utvecklingsbehoven inom svensk hälso- och sjukvård. Tendenser, utmaningar och övergripande strategier för de närmaste tio åren redovisas kort. Särskild tonvikt läggs på läget och utvecklingsbehoven för de sex målen för god vård, det vill säga att vården ska vara patientfokuserad och ges i rimlig tid, vara säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, jämlik samt effektiv. Rapporten kan också ses som en introduktion till huvudrapporten.

Bra kan bli bättre – Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 i sammandrag
(artikelnummer 2009-126-73) kan beställas från
Socialstyrelsens beställningsservice, 120 88 Stockholm
Webbutik: www.socialstyrelsen.se/publicerat
Fax: 08-779 96 67, e-post: socialstyrelsen@strd.se

Publikationen kan också laddas ner från www.socialstyrelsen.se