

Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003

**Pia Maria Jonsson, Agneta Ekman, Bengt Göran Emtinger,
Örjan Ericsson och Stefan Håkansson**

I hälso- och sjukvårdens lägesrapport har stor vikt lagts vid att redovisa och kommentera skillnader mellan landsting och regioner vad gäller vårdens kostnader, kvalitet och tillgänglighet. Rapporten är också ett försök till vidareutveckling av en nationell uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården.

Pia Maria Jonsson, Med.dr., projektledare, Medical Management Centre, Nobels väg 15 a, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm. Tel. 08-524 86189, 0709-90 14 27, E-post pia.maria.jonsson.mmc.ki.se

Agneta Ekman, Odont.dr., medicinalråd, Bengt Göran Emtinger, Fil.kand., utredare, Örjan Ericsson, Farm.dr., utredare, Stefan Håkansson, Ekon.dr., docent i hälsoekonomi, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, 106 30 Stockholm

Systematisk uppföljning kräver modell- och metodutveckling

2003-års utgåva av Hälso- och sjukvårdens lägesrapport [1] är den andra i Socialstyrelsens serie. Rapporten har samma syfte som året innan – att beskriva tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården och tandvården, med fokus på vårdens kvalitet, inklusive tillgänglighet [2]. Samtidigt är rapporten ett försök till vidareutveckling av den nationella uppföljningsmodell för hälso- och

sjukvården – Performance Assessment Framework, PAF – som börjat växa fram under arbetet med den första lägesrapporten och den tidigare utgivna Hälso- och sjukvårdsrapport 2001 [3]. Detta innebär att medvetna val och prioriteringar har gjorts avseende vilka dimensioner av hälso- och sjukvården som skall ingå i rapporterna och vilka mått och indikatorer som skall användas för att beskriva dem.

Internationellt sett finns det flera konstel-

lationer som arbetar med att utveckla modeller och metoder för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Nordiska Ministerrådets arbetsgrupp för kvalitetsfrågor i hälso- och sjukvården publicerade våren 2003 sin slutrapport [4], som bl.a. innehåller ett förslag till 13 övergripande kvalitetsindikatorer på sju olika verksamhetsområden. I den här aktuella lägesrapporten ingår redovisningar som gjorts med hjälp av 11 av de rekommenderade indikatorerna.

Rapportarbetet har också hämtat inspiration från ett samarbete, som pågått inom ramen för OECD:s hälsoprojekt. I januari 2003 startades ett delprojekt i syfte att utveckla internationella kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården, främst med tanke på att jämföra kvaliteten i OECD-länderna [5]. Arbetet har drivits i högt tempo i en expertkommitté och fem underkommittéer, som representerar tvärvetenskaplig expertis från mer än 20 länder. Till hösten 2003 hade grupperna producerat flera arbetsdokument med förslag till övergripande kvalitetsindikatorer, dels för hela hälso- och sjukvårdssektorn (s.k. A-lista), dels för fem utvalda områden, där man bedömde att behovet av att utveckla indikatorer var stort: primärvård samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, hjärtsjukvård, diabetesvård, psykiatrisk vård samt patientsäkerhet. Arbetet avseende indikatorerna fortsätter under 2004.

I Sverige har förutsättningarna för att kunna redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet blivit allt bättre, i och med att flera av de nationella kvalitetsregistren beslutat att vara mer öppna med sina kvalitetsjämförelser. Den förbättrade öppenheten avser både jämförelser mellan landsting och regioner och mellan olika sjukhus och vårdenheter. Öppna redovisningar på huvudmannanivå kan ses som en nödvändig förut-

sättning för att huvudmännens beslutsfattare skall kunna fatta rimliga beslut om resursnivåer och prioriteringar. Som en konsekvens har den aktuella lägesrapporten koncentrerats tydligare än den förra på att jämföra huvudmännen, bl.a. genom att i en databilaga redovisa ett stort antal indikatorer per landsting/region. Indikatorerna bör emellertid tolkas med viss försiktighet och mot bakgrund av vad som är känt om kvaliteten på de registerdata som redovisas. I vissa fall kan t.ex. geografiska variationer när det gäller kvalitetsregistrens täckningsgrad påverka jämförelserna.

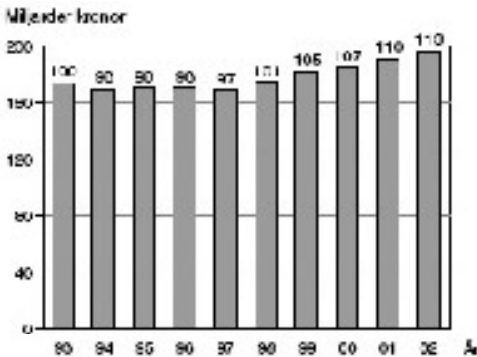
Trots de allmänt goda förutsättningarna för uppföljning av läget i vården, kvarstår en hel del problem med att beskriva och följa upp hur väl hälso- och sjukvården totalt sett fungerar. De nationella kvalitetsregistren täcker främst avancerad specialistvård som ges på sjukhus, medan primärvården i stort sett saknar gemensamma uppföljningssystem. Att bygga upp kvalitetsregister inom psykiatri har visat sig vara en svår utmaning. Indikatorer för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet har helt nyligen börjat utvecklas.

Det finns en påtaglig risk för att breda och "mjuka" verksamheter, där det är svårt att använda enkla, kvantitativa mått på kvalitet och resultat, hamnar i skuggan av verksamheter som lätt kan beskrivas med sådana mått. Detta kan ge en snedvriden bild av tillståndet i vården. Det är därför särskilt angeläget att utveckla metoder och strategier för uppföljning av verksamheter som berör stora och utsatta patientgrupper, men där möjligheter till kvalitetsuppföljning hittills varit begränsade. Exempel på sådana verksamheter är vård vid psykiatriska sjukdomar och missbruk, vård och rehabilitering vid olika smärttillstånd, hörselvård och barnhälsovård.

Allmänna förutsättningar för den svenska hälso- och sjukvården

Ekonomisk utveckling

Kostnaderna för hälso- och sjukvården ökade med cirka 23 miljarder kronor, eller 13 procent, i fasta priser under perioden 1993–2002 [6]. År 2002 var kostnaderna cirka 197 miljarder, vilket motsvarar 8,4 procent av BNP (Figur 1). Om den kommunala hälso- och sjukvården räknas in, stiger siffrorna till 213 miljarder, eller 9,1 procent av BNP.

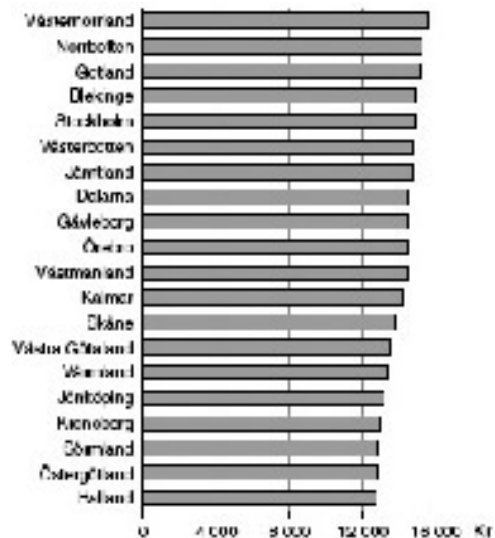


Figur 1. Hälso- och sjukvårdskostnader 1993–2002. Miljarder kronor i 2002 års prisnivå. Index: 1993=100. Källa: SCB, Nationalräkenskaperna.

Minskad ekonomisk tillväxt är ett problem som Sverige delar med många länder. Detta är bekymmersamt, eftersom det finns mycket starka samband mellan ekonomisk tillväxt och resurstilldelningen till hälso- och sjukvården. Som ett räkneexempel kan nämnas att om Sverige hade kunnat hålla jämna steg med OECD under åren 1970–2000, hade vi troligen haft 30 miljarder kronor mer att spendera på sjukvården.

Det finns stora kostnadsvariationer sjuk-

vårdshuvudmännen emellan (Figur 2) [7]. År 2002 varierade kostnaderna per invånare för all landstingssjukvård från 12.782 kronor i Halland till 15.494 kronor i Västernorrland (p.g.a. sen rapportering saknas Uppsala i jämförelsen). Kostnaderna för primärvården varierade även mer: från 1.871 kronor per invånare i Kronoberg till 3.810 kronor i Västernorrland. En del av skillnaden kan förklaras av olikheter när det gäller ansvaret för hemsjukvården. Beträffande den psykiatriska vården varierade kostnaden från lägst 1.058 kronor i Halland till högst 1.827 kronor i Stockholm.



Figur 2. Sjukvårdskostnaderna per invånare 2002. Källa: Landstingsförbundet.

Hushållens andel av sjukvårdskostnaderna har ökat från 11,5 procent år 1993 till 14,9 procent år 2002. Under samma period har läkemedelskostnadernas andel av de totala sjukvårdskostnaderna ökat från 11,5 procent

till 14,3 procent.

År 2003 uppgick Apotekets försäljning till 27,9 miljarder kronor, exklusive moms. Försäljningen mot recept utgjorde drygt 80 procent. Huvudmännens kostnader för läkemedelsförmånen och patienternas egenavgift för receptbelagda läkemedel år 2003 var drygt 20 procent högre i Västernorrlands läns landsting (2.857 kronor) än i Örebro läns landsting, som låg lägst (2.362 kronor).

Ökningstakten när det gäller kostnaden för läkemedelsförmånen avstannade under 2003, då vi hade en ökning på bara 2 procent, att jämföra med 1990-talet då samhällets kostnader för läkemedel ökade med cirka 10 procent per år. Orsaken var dels generikareformen (läkemedelsutbytet), dels att några storsäljande patent gick ut. Utvecklingen mot lägre kostnader tycks vara densamma i flera länder. Om det rör sig om ett kortsiktigt trendbrott eller ej är för tidigt att säga. Socialstyrelsen räknar med en kostnadsökning på i genomsnitt 5 procent per år för perioden 2003–2007 [8]. Prognosen bygger på historiska trender och vetskapen om när vissa patent går ut.

Under perioden 1993–2002 ökade tandvårdskostnaderna från 11,3 till 17,1 miljarder kronor, men deras andel av sjukvårdskostnaderna minskade från 9,1 procent 1993 till 8,6 procent 2002 [9]. En dramatisk ökning har skett när det gäller patientavgifterna: 1993 utgjorde de 39 procent och år 2002 61 procent av kostnaderna. Under samma tidsperiod minskade statens andel från 32 till 13 procent och landstingens andel från 29 till 26 procent.

Som mycket oroande bedöms de stora underskotten i landsting och kommuner. Underskottet för 2003 blev 8 miljarder kronor för landstingen. Trots skattehöjningar beräknas underskottet öka till 15 miljarder år 2007 för kommun och landsting tillsammans [10].

126

I början av perioden står landstingen/regionerna för huvuddelen av underskottet, medan kommunerna har de mest problematiska åren i slutet av perioden.

Hittills har inga verkningsfulla recept kunat utfärdas mot de skenande kostnaderna för långtidssjukskrivningar och förtidspensioner. Enbart kostnaderna för sjukskrivning var 2002 lika stora som de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården [11]. För att klara finansieringen av vård och omsorg i framtiden måste arbetskraftsdeltagandet öka. Detta kan ske genom att färre sjukskrivs och förtidspensioneras samt genom att fler personer över 60 år stimuleras att bli kvar på arbetsmarknaden.

Förändringar i vårdens struktur och organisation

Den slutna vården på sjukhus fortsätter att minska vad gäller antalet patienter, vårdtillfällen och vård dagar. Antalet vårdtillfällen per invånare minskade med tre procent mellan 1999 och 2002. En förklaring är att fler åtgärder utförs i öppna vårdformer, t.ex. dagkirurgi. Antalet läkarbesök ligger kvar på samma nivå som år 1999, med en liten förskjutning mot primärvård i förhållande till specialiserad vård [12,13].

Mer än hälften av landstingen och regionerna planerar att förändra strukturen på sin sjukvårdsorganisation [14]. Det avgörande skälet är viljan att komma till rätta med den ekonomiska obalansen. Huvudlinjen i förändringarna innebär en kombination av när-sjukvård och en specialiserad sjukhusvård som koncentreras och centraliseras. Oftast utgör primärvården navet i närsjukvården, tillsammans med delar av den specialiserade vården, samtidigt som man har ett tätt samarbete med kommunens vård och omsorg. Teknikutveckling, kompetenskrav och kostnadseffektivitet styr utvecklingen så att sjuk-

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004

hus och kliniker inriktar sig på vissa typer av specialiteter eller ingrepp. En tendens är att hålla akut och planerad vård åtskilda, så att den akuta vården inte tränger undan den planerade vården.

År 2002 gjordes 7,5 miljoner läkarbesök hos privata vårdgivare som finansieras offentligt (vårdavtal och ersättning med nationell taxa). Det motsvarar 27 procent av alla besök i primärvården och 31 procent i den specialiserade vården. Den relativt kraftiga ökningen av besök hos privata vårdgivare mellan 1999 och 2001 fortsatte inte i samma takt mellan 2001 och 2002 i primärvården och stannade av i den specialiserade vården [13].

Det finns stora regionala skillnader när det gäller andelen läkarbesök i privata vårdformer. I Stockholms läns landsting gjordes hälften av läkarbesöken år 2002 hos privata vårdgivare i primärvården och den specialiserade vården. Härnäst kom Skåne (34 procent) samt Uppsala och Västmanland (29 procent). Lägst andel privata läkarbesök – mellan fem och sju procent – gjorde invånarna i Västernorrland, Dalarna, Västerbotten och på Gotland.

Internationella jämförelser av hälsosystemets kvalitet

I rapporten ingår färskas jämförelser av olika länders hälsosystem med hjälp av övergripande indikatorer. De flesta av dessa indikatorer mäter inte bara hälso- och sjukvårdens kvalitet, utan speglar kvaliteten på bredare aktiviteter vars primära syfte är att främja befolkningens hälsa. Jämförelserna kan dock ha relevans för hälso- och sjukvårdsplanering samt koordinering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Åtgärdbar dödlighet i OECD-länder

Begreppet ”åtgärdbar dödlighet” introducerades av en amerikansk forskargrupp i slutet av 1970-talet. Metoden har vidareutvecklats av forskare från flera länder, och en svensk avhandling från 1993 anpassade metoden för svenska förhållanden. Med begreppet avses vissa sjukdomstillstånd som anses vara påverkbara genom allmänna hälsopolitiska åtgärder – hälsopolitiska indikatorer – eller genom olika medicinska insatser – sjukvårdsindikatorer.

I en nyligen publicerad artikel i *British Medical Journal* har två brittiska forskare analyserat den åtgärdbara dödligheten i 19 OECD-länder år 1998 [15]. Bakgrunden till studien är den diskussion som förts om WHO:s Världshälsorapport 2000 och de jämförelser som presenterades där avseende olika länders hälsosystem [16]. Istället för att, som WHO, jämföra hälsosystemens effektivitet genom att studera funktionsjusterad förväntad livslängd (disability adjusted life expectancy) har forskarna valt att studera åtgärdbar dödlighet.

De brittiska forskarna har använt sig av en nyare modifikation av begreppet åtgärdbar dödlighet, vilket innebär att något fler sjukdomar ingår i analysen och att vissa åldersgränser justerats jämfört med den metodik som använts i Sverige. Forskarna har dessutom gjort en extra variant av analysen, där även 50 procent av dödsfallen i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna 1–74 år ingår i åtgärdbar dödlighet.

Resultaten från studien illustrerar hur de 19 ländernas hälsosystem rangordnas beroende på vilket mått som används (Tabell 1). Sverige och de övriga nordiska länderna flyttar sig uppåt när rangordningen baseras på den åtgärdbara dödligheten istället för på funktionsjusterad förväntad livslängd. Motsatt flytt nedåt blir resultatet för de flesta av Medelhavsländerna.

Om åtgärdbar dödlighet kompletteras

Tabell 1. Rangordning av 19 OECD-länder baserad på jämförelser av a) funktionsjusterad förväntad livslängd (1999), b) åtgärdbar dödlighet (1998) och c) åtgärdbar dödlighet kompletterad med (50 procent av) dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom (1998).

Rangordning	Funktionsjusterad förväntad livslängd	Åtgärdbar dödlighet	Åtgärdbar dödlighet + 0,5 x dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom
1	Japan	Sverige	Frankrike
2	Australien	Norge	Sverige
3	Frankrike	Australien	Japan
4	Sverige	Canada	Spanien
5	Spanien	Frankrike	Norge
6	Italien	Tyskland	Italien
7	Grekland	Spanien	Australien
8	Nederländerna	Finland	Canada
9	Canada	Italien	Tyskland
10	Storbritannien	Danmark	Danmark
11	Norge	Nederländerna	Nederländerna
12	Österrike	Grekland	Grekland
13	Finland	Japan	Österrike
14	Tyskland	Australien	Nya Zeeland
15	USA	Nya Zeeland	Finland
16	Irland	USA	USA
17	Danmark	Irland	Irland
18	Portugal	Storbritannien	Portugal
19	Nya Zeeland	Portugal	Storbritannien

Källa: Nole E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327:1125.

med (50 procent) av dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom, hamnar de nordiska länderna ett par steg längre ned i rangordningen. Sverige halkar ned från första till andra plats. Nedflyttningen är tydligast beträffande Finland, där dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar är högst.

Sammanfattningsvis ger studiens resultat en mer positiv bild av det svenska hälsosystemet än den kritiserade WHO-rapporten. Möjligen ger rangordningen enligt åtgärdbar dödlighet en mer rättvis bild av hälsosystemens effektivitet än rangordningen enligt funktionsjusterad livslängd, eftersom man har större möjligheter att påverka den åtgärdbara dödligheten genom sjukvårdsät-

gärder. Den aktuella studien ger emellertid inget exakt svar på frågan hur Sveriges totala placering bland WHO-länderna (23 enligt WHO-rapporten) skulle ändras, om de olika hälsomåtten kombinerades med mått på hälsosystemets kostnader, ”kundkänslighet” samt med olika fördelningsaspekter.

Tillfredsställelse med hälso- och sjukvården - Eurobarometer

Statistik från Sverige ingår i de återkommande sameuropeiska undersökningarna av befolkningens erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården, den så kallade Eurobarometern. I undersökningen som genomfördes 1999 placerade sig Sverige

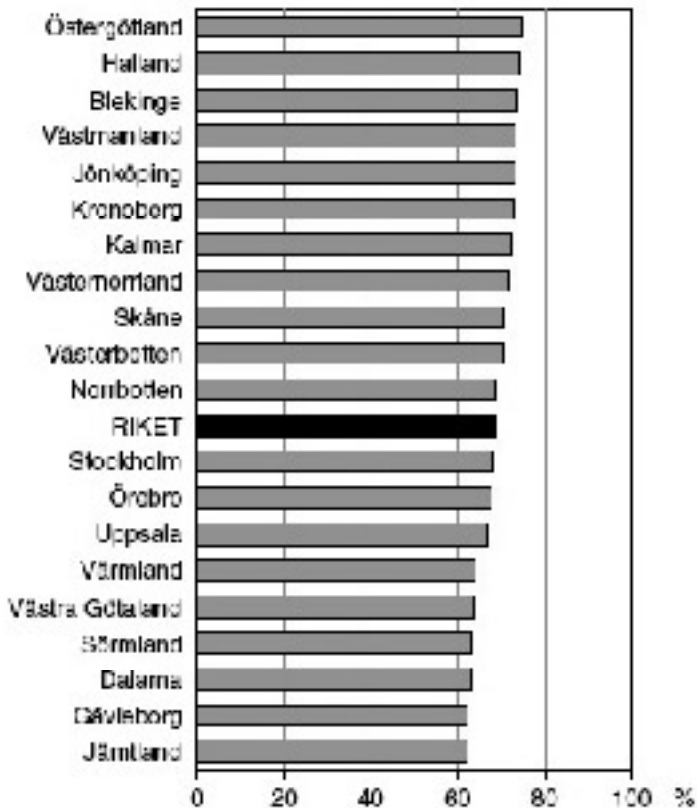
i mellanskiktet som åttonde land av de 15 EU-länderna, med 59 procent mycket eller ganska nöjda med vården. Andelen mycket missnöjda var drygt 9 procent [3].

Färsk data från en motsvarande undersökning 2002 visar att 48 procent av befolkningen är mycket eller ganska nöjda med vården, medan andelen mycket missnöjda nu är 11 procent [17]. Därmed placerar sig Sverige återigen i mellanskiktet som sjunde land i rangordningen. Skillnaden gentemot Tyskland (8. plats), Nederländerna (9.) respektive Spanien (10.) är dock statistiskt osä-

ker.

Tillgänglighet och allmänhetens syn på vården

Sju av tio personer i Sverige anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver. En av tio tar avstånd från detta påstående [18]. Uppgifterna kommer från "Vårdbarometern", där man årligen telefonintervjuar ungefär en halv procent av den vuxna befolkningen om erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården. Samtliga sjukvårdshuvudmän förutom Gotlands kommun deltar i undersökningen.



Figur 3. "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver". Svar 4+5 på skala 1-5. Källa: Vårdbarometern.

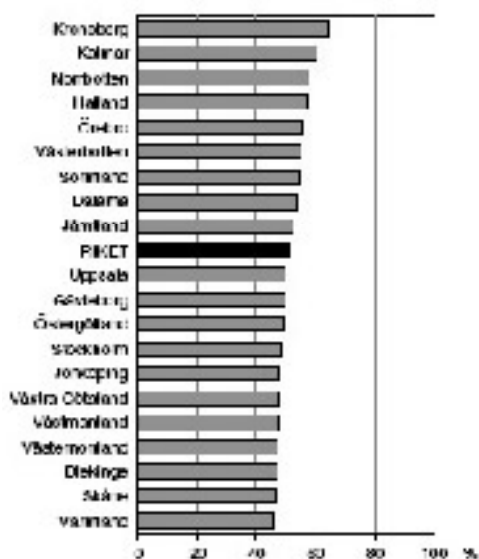
Resultatet år 2003 var ungefär detsamma som år 2002. Uppfattningen hos invånarna skiljer emellertid åt i de olika landstingen. Mest nöjda enligt mätningen är invånarna i Östergötland, Halland och Blekinge och minst nöjda i Jämtland, Gävleborg och Dalarna (Figur 3).

Enligt Vårdbarometern är det kortare väntetider och kortare köer som allmänheten anser vara viktigast att förbättra i vården i ens eget landsting. Andelen som anser detta hade ökat från 18 procent år 2002 till 23 procent år 2003. Det näst viktigaste ansågs vara att anställa mer personal och minska belastningen på personalen. Som det tredje utpekade området kom mer kontakt och tid med läkare. Rangordningen är nästan identisk bland alla grupper i befolkningen, obe-

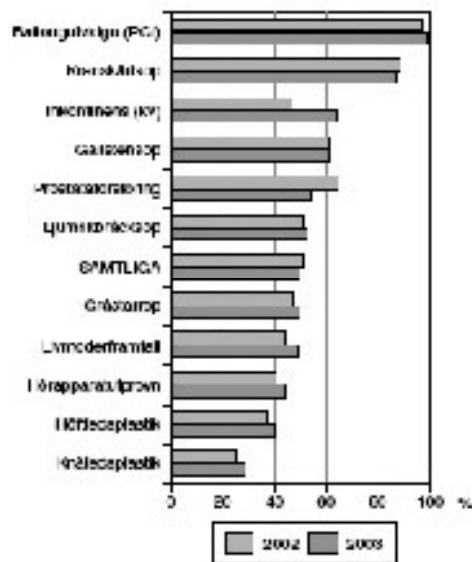
roende av kön och ålder.

Det stora tillgänglighetsproblemet i primärvården är fortfarande att komma fram på telefon till vårdcentralen. Bara hälften av befolkningen tyckte att det var lätt att komma fram (Figur 4). Av de personer som sökte läkare på vårdcentralen fick lite mer än hälften komma samma dag de sökte, och åtta av tio inom en vecka. Väntetiderna var desamma som år 2002.

Av de patienter som fick remiss till en sjukhusmottagning fick mer än sju av tio en tid inom tre månader. Lika många opererades eller behandlades inom tre månader efter det att de fått besked om operation eller behandling. En analys av vissa enskilda behandlingar och operationer visade att andelen patienter som fått behandling inom



Figur 4. "Hur lätt eller svårt var det att komma fram på telefon till vårdcentral?" Andel som tyckte det var lätt. Svar 4+5 på en skala 1-5. Källa: Vårdbarometern



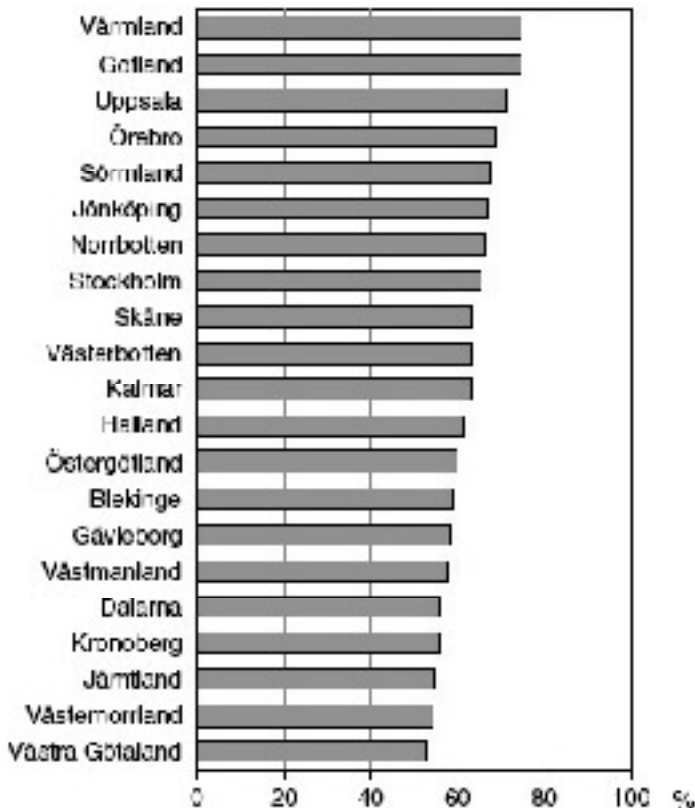
Figur 5. Andel patienter som fått behandling inom tre månader. Tertiäl 1 år 2002 och 2003.

tre månader var densamma 2002 som 2003 [19]. De kortaste väntetiderna fanns inom hjärtsjukvården och gällde ballongutvidgning och kranskärloperation (Figur 5). De längsta väntetiderna gällde operation av knä- och höftled samt utprovning av hörapparat.

Medicinsk kvalitet allt bättre men ojämnt fördelad

Trots den relativt dystra ekonomiska bilden, visar analyser av data från nationella kvalitetsregister och hälsodataregister fortsatt positiva trender när det gäller tillgången till evidensbaserad vård och behandling vid sto-

ra folksjukdomar, såsom hjärtinfarkt, stroke, diabetes och gråstarr. Likaså visar många av de analyserade områdena successiva förbättringar av vårdens medicinska resultat, medan inget område visar försämringar av resultat kvaliteten. Exempel på positiv utveckling när det gäller vårdens resultat kvalitet är minskad 28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt [20]; förbättrad 5-års överlevnad vid vanliga cancerformer såsom bröstcancer, prostatacancer och malignt melanom [21]; allt bättre metabol kontroll vid diabetes [22]; och förbättrad implantatöverlevnad efter höftledsplastik [23].

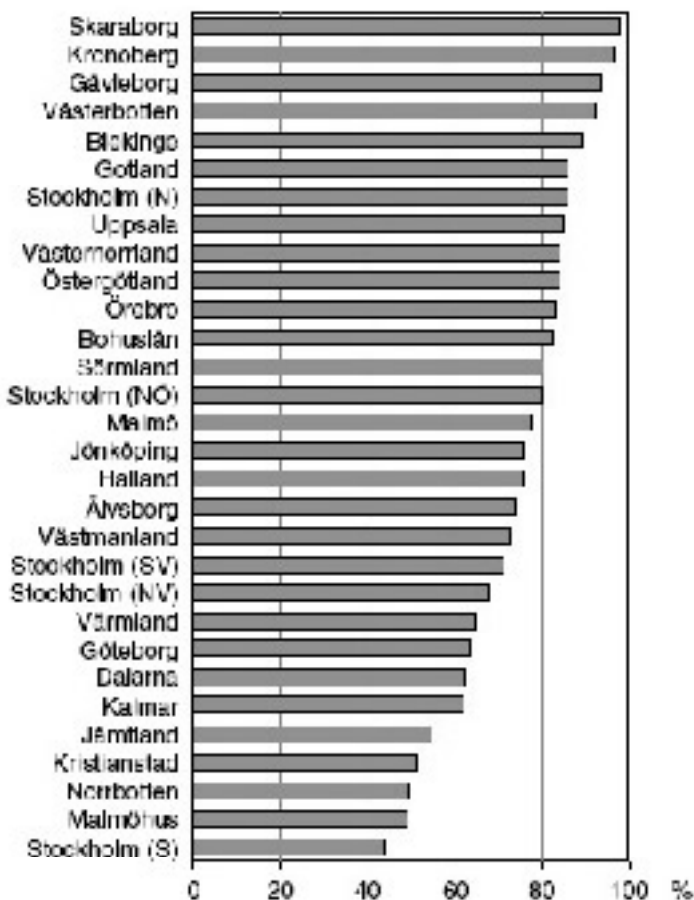


Figur 6. Andel patienter <80 år som fått akut reperfusionsbehandling vid hjärtinfarkt med ST-höjning eller vänstergrenblock. Per landsting. 2002. Källa: RIKS-HIA.

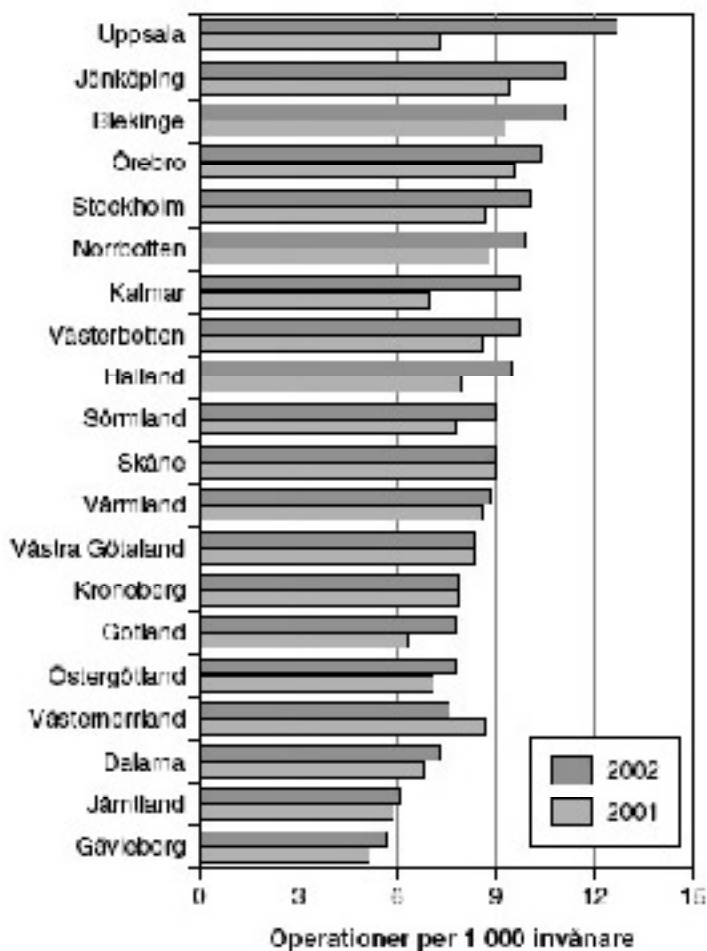
Regionala variationer

Det kvarstår ett stort, gemensamt problem i vården: omfattande regionala variationer vad gäller tillgång till och användning av vetenskapligt etablerade behandlingsmetoder. Variationerna är omfattande t.ex. när det gäller reperfusionsterapi vid hjärtinfarkt (Figur 6) [24], tillgång till vård på stroke-en-

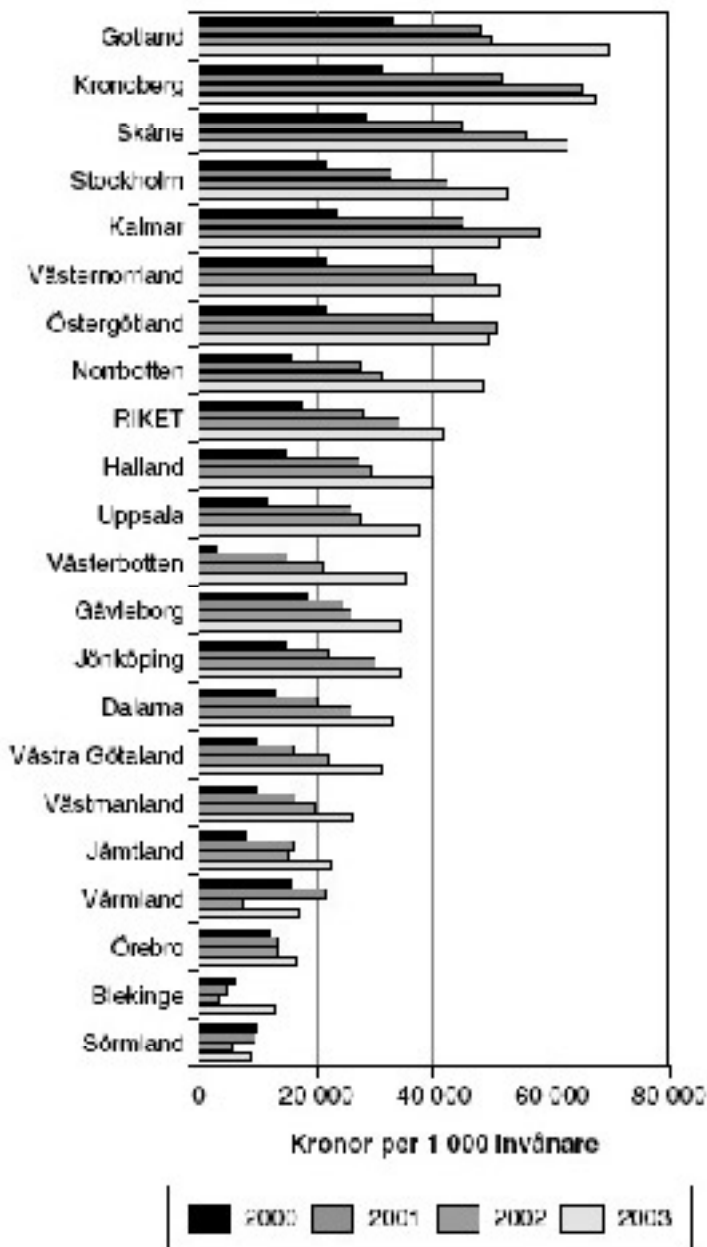
het vid slaganfall (Figur 7) [25] eller ögonoperationer vid gråstarr (Figur 8) [26]. Likaså är variationerna i läkemedelsanvändning påtagliga t.ex. när det gäller behandling av reumatoid artrit med de nya s.k. biologiska läkemedlen (Figur 9) [27]. Dessa läkemedel är dessutom dyra, vilket gör att även små variationer i behandlingspraxis får stora kostnadskonsekvenser.



Figur 7. Andel patienter som fått vård på stroke-enhet. Per landsting /sjukvårdsområde. 2001-2002. Källa: Riks-Stroke.



Figur 8. Antal kataraktoperationer per 1000 invånare. Per landsting. 2001-2002. (Västmanland saknas då Västerås ögonklinik inte deltar i registreringen). Källa: Nationella Kataraktregistret och Svensk Ögonläkarförening.



Figur 9. Försäljning av etanercept och infliximab (summa) per landsting. Observera att infliximab även används vid Crohns sjukdom. 2000-2003. Källa: Apoteket AB.

De regionala skillnaderna kan i de flesta fall bara delvis förklaras med skillnader i befolkningens hälsa och vårdbehov. Till synes omotiverade skillnader i praxis förekommer även i många andra länder. Omfattande forskning om hälsosystem har ägnats åt orsaker till sådana variationer. Skillnader beträffande lokala resurser och prioriteringar kan vara en förklaring. Skillnader i kunskaper, attityder och uppfattningar hos vårdgivare – särskilt så kallade "nyckelpersoner", dvs. starka representanter för den medicinska professionen – kan också ha stor betydelse. I vissa fall – såsom i fallet med de biologiska läkemedlen vid reumatoid artrit – kan variationerna förklaras av skillnader i spridningstakten av ny medicinsk teknologi, vilket kan hänga samman med att kunskapsbasen för användningen av teknologin fortfarande är osäker.

Skillnaderna ger anledning till att noggrannare än hittills analysera och följa upp de regionala och lokala vårdresultaten. Ojämn vårdpraxis kan befaras leda till ojämna vårdresultat. Sammanställningar av data från nationella kvalitetsregistret för hjärtintensivvård, Riks-HIA, tyder på regionala skillnader i dödlighet bland hjärtintensivvårdade infarktpatienter [24]. Uppgifter från Medicinska Födelseregistret visar på stora skillnader när det gäller andelen kvinnor som ådragit sig en allvarlig perineal bristning vid vaginal förlossning [28]. Landsting och vårdgivare, som i sådana sammanställningar visar dåliga resultat bör naturligtvis intressera sig för vad detta beror på.

Systematisk kvalitetsuppföljning, kopplad till öppna redovisningar och jämförelser mellan vårdgivare, kan förväntas minska variationerna. Att mer aktivt än hittills engagera patienterna som intressenter i vården, t.ex. genom publicering av konsumentvänlig

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004

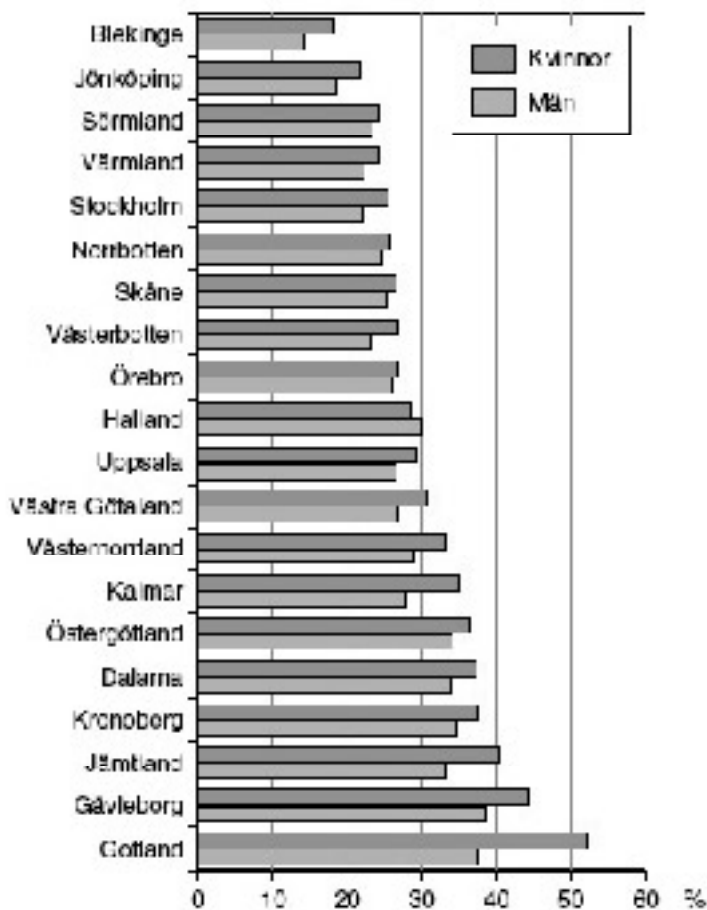
kvalitetsinformation som innehåller medicinska jämförelser, är en väg som prövas i många länder. För att kvalitetsjämförelserna skall bli så pålitliga att även patienter /konsumenter kan använda dem i sina vårdval och beslut, behövs dock analys- och redovisningsmodeller, som tar hänsyn till skillnader mellan sjukhus och regioner när det gäller olika för sjukdomsprognosen betydelsefulla faktorer.

Att utveckla modeller för rättvisa kvalitetsjämförelser bör inte vara något stort problem med tanke på den mångfald uppgifter om patienter och behandlingar som finns i de nationella kvalitetsregistren och den klinisk epidemiologiska kompetens, som finns t.ex. på de nyligen etablerade kompetenscentra för nationella kvalitetsregister.

Köns- och åldersskillnader

Förutom regionala skillnader diskuteras i lägesrapporten köns- och åldersskillnader i tillgång till avancerad vård och behandling. Analyser inom hjärtintensivvården visar på en del skillnader i behandlingsfrekvens mellan män och kvinnor i jämförbara åldersgrupper [24]. T.ex. utförs tidig PCI eller kranskärlsoperation efter akut hjärtinfarkt något oftare på män i yngre åldrar än på kvinnor. Därutöver finns det tydliga skillnader mellan åldersgrupperna: äldre patienter får mer sällan behandling än yngre patienter. Eftersom medelåldern vid insjuknande i hjärtinfarkt är högre bland kvinnor än män, 76 år mot 70 år, berör denna restriktivitet i behandlingen av äldre patienter en avsevärt större andel kvinnor än män.

En viktig principiell fråga som aktualiseras är om det är medicinskt motiverat att ha stora skillnader i behandlingspolicy mellan yngre och äldre patienter. Svaret kan variera beroende på vilken behandling som avses – högre ålder kan medföra större risker, åt-



Figur 10. Andel patienter med en preoperativ synskärpa under 0,5 på bästa ögat. Per landsting och kön. 2002. Källa: Nationella Kataraktregistret.

minstone vid vissa ingrepp. Klart är att om restriktivitet i behandlingspolicy tolkas som åldersdiskriminering, så drabbar detta kvinnor i högre utsträckning än män.

Analysen inom ögonsjukvården tyder på att kvinnor har en något sämre tillgång till kataraktoperationer, vilket kan delvis vara en följd av att kvinnor är i stor majoritet bland de äldsta patienterna. I de flesta landsting

väntar en större andel kvinnor än män mer än sex månader på sin kataraktoperation. En större andel kvinnor har också en preoperativ bästa synskärpa < 0,5, när de väl kommer till operation (Figur 10).

Könsskillnaderna förefaller vara störst i de landsting som visar relativt låga operationsfrekvenser i relation till befolkningen. Det kan finnas anledning att följa upp konse-

kvenser av olika reformer och prioriteringsbeslut, som innebär nedskärningar och/eller omfördelning av tillgängliga vårdresurser. Utredningen om bemötandet av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården analyserade 1990-talets reformer och ändringar i sjukvårdens makrostruktur ur ett jämställdhetsperspektiv. Man kunde konstatera att frågan om hur kvinnor och män bemöts i vården inte diskuterats i reformerna och att det inte fanns några uppföljningar av hur kvinnor respektive män påverkats av förändringarna [29]. En könskonsekvensanalys av nyligen genomförda reformer, som gjorts inom ramen för Socialstyrelsens färskva jämställdhetsutredning [30], har kommit till samma slutsats.

Brister och problem i vården

När det gäller läget inom psykiatrisk vård, har brister inom psykiatri uppmärksammats i en utredning som Socialstyrelsen gjorde hösten 2003 med anledning av två våldsdåd i Stockholm [31]. Utifrån utredningar och tillsyn konstaterade Socialstyrelsen att den lagreglerade vårdplaneringen inte fungerar tillfredsställande för personer med psykos eller med kombinationen missbruk och personlighetsstörningar. Den vårdorganisation

som finns idag passar sällan dessa grupper. De människor det handlar om, personer med psykisk sjukdom av psykotisk typ samt personer med personlighetsstörning och samtidigt missbruk, har ofta fått vård av olika slag och stora resurser har avsatts. Det är dock troligt att mer samordnade och tydligt evidensbaserade insatser skulle ge bättre resultat.

Sammanställningar av data om klagomål och anmälningar till olika instanser – HSAN, Patientförsäkringen, Socialstyrelsen och landstingens och kommunernas patientnämnder – ger viss information om aktuella brister och problem i vården. En uppdatering av statistik över antalet anmälningar till Patientförsäkringen och patientnämnderna visar fortfarande på en uppåtgående trend, medan anmälningar till HSAN verkar plana ut (Tabell 2). Anmälningar till Socialstyrelsen enligt Lex Maria var något vanligare under 1990-talet än idag.

I Patientförsäkringens material har specialiteter med stora operationsvolym, allmän kirurgi och ortopedi, störst antal ärenden. Kvinnosjukvård, framförallt obstetrik, ger relativt många patientskador bland kvinnor. När det gäller anmälningar till HSAN och Socialstyrelsen (enligt Lex Maria), toppar

Tabell 2. Antal anmälningar till HSAN, Patientförsäkringen, patientnämnderna samt till Socialstyrelsen enligt Lex Maria, 1997-2002.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
HSAN	2 860	3 119	3 064	3 070	3 250	3 227
Patientförsäkringen	8 174	8 552	8 129	8 871	9 003	9 085
Patientnämnderna	u.s.	u.s.	16 289	18 546	19 095	22 572
Lex Maria	1 109	1 130	095	904	022	1 000

Källa: HSAN, Patientnämndernas rapporter till Socialstyrelsen, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsråd, LCF, RiskDataNet.

allmänmedicinen statistiken över antal anmälningar per specialitet. Statistik från landets patientnämnder visar på en uppåtgående trend när det gäller klagomål på primärvårdens verksamhet [32].

Majoriteten av samtliga anmälningar och klagomål inom vården, cirka 60 procent, handlar om vård och behandling av kvinnliga patienter. Detta gäller oavsett om instansen som tar emot ärendena är Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Patientförsäkring, Socialstyrelsen eller huvudmännens patientnämnder. Patientnämndsmaterial visar att andelen ärenden som handlar om allmänt bemötande är större bland kvinnor än bland män [33].

Liknande könsskillnader redovisades redan i betänkandet "Jämställd vård. Olika vård på lika villkor" [29]. Den ojämna könsfördelningen och den högre andelen bemötandeärenden bland kvinnliga patienter är således inga tillfälliga eller slumpmässiga fenomen. Vilka faktorer som förklarar könsskillnaderna har dock inte studerats närmare.

De observerade könsskillnaderna understryker vikten av att tillämpa könsspecifika strategier vid såväl uppföljning som utveckling av kvaliteten i vården. En del förslag till hur hälso- och sjukvården kan förstärkas i ett könsperspektiv har nyligen lämnats i Socialstyrelsens jämställdhetsrapport [30].

Referenser

1. Hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004.
2. Hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
3. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
4. Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe. NHV-Rapport 2003:1. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan, 2003.
5. The OECD Health Care Quality Indicator Project. Review of Data for the Initial Indicator List. DELSA/ELSA/WP1/HCQ(2003)2. OECD, 2003.
6. SCB, Nationalräkenskaperna.
7. Landstingsförbundet.
8. Läkemedelsförsäljningen i Sverige: analys och prognos. Stockholm: Socialstyrelsen, December 2003.
9. SCB, Landstingsförbundets och Riksförsäkringsverkets årsredovisningar.
10. Landstingens ekonomi och kommunernas ekonomiska läge. Stockholm: Landstingsförbundet och Kommunförbundet, November 2003.
11. Persson U. Hur påverkar sjukskrivningarna samhällsekonomin? IHE Forum 2003.
12. Socialstyrelsen, EpC, specialbearbetning, januari 2004.
13. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Landstingsförbundet 2003.
14. Landstingens och regionernas budget- och flerårsplaner 2003-2004.
15. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327:1129.
16. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.
17. Mossialos E. Evaluation of Health Care

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004

- Reform: a Health Economics Perspective. Presentation på STAKES, Finland 2003-11-07.
18. Vårdbarometern, 2003.
 19. "Väntetider i vården", Landstingsförbundet. Specialbearbetning, januari 2004.
 20. Köster M, Andersson J, Carling K, Rosén M. Dödlighet efter hjärtinfarkt har minskat i nästan alla landsting under 1990-talet. *Läkartidningen* 2003;100:2838-44.
 21. Talbäck M, Stenbeck M, Rosén M, Barlow L, Glimelius B. Cancer survival in Sweden 1960-1998. *Developments across four decades. Acta Oncologica* 2003;42:637-59.
 22. Nationella Diabetesregistret. Årsrapport 2003. 2004.
 23. Nationalregistret för Höftledsplastiker i Sverige. Årsrapport 2002. April 2003.
 24. Stenstrand U, Wallentin L. RIKS-HIA 2002. Årsrapport. 2003.
 25. Analyserande rapport från Riks-Stroke. För helären 2001 och 2002. 2003.
 26. Lundström M, Stenevi U, Thorburn W. Svensk kataraktkirurgi. Årsrapport 2002 baserad på data från Nationella Kataraktregistret. Sveriges Ögonläkarförening, 2003.
 27. Apoteket AB.
 28. Medicinska Födelseregistret, EpC, Socialstyrelsen. Bearbetning av årsstatistik för 2003.
 29. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. Huvudbetänkande. Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. SOU 1996:133. Stockholm: Norstedts, 1996.
 30. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004.
 31. Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga samband med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet (S2003/5291/HS). Socialstyrelsen, 2003.
 32. Patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
 33. Årsrapport 2002. Patientnämnden i Stockholms län, 2003.