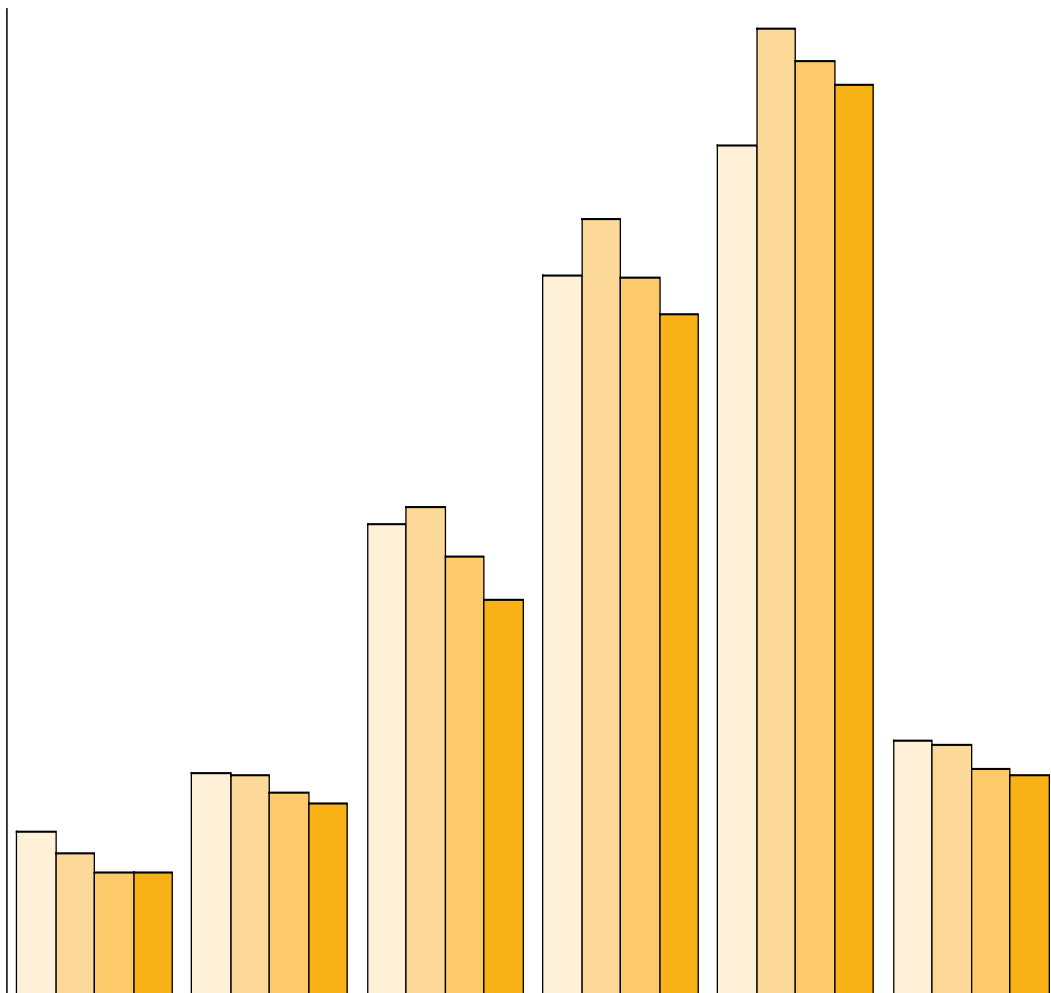


Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård

- struktur och arbetssätt för bättre resultat



Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård

- struktur och arbetssätt för bättre resultat

Sveriges Kommuner och Landsting
118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00, *Fax* 08-452 70 50
info@skl.se, www.skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting

Grafisk form och produktion KLF Grafisk Produktion, Juni 2009

ISBN: 978-91-7164-465-7

Förord

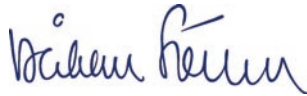
Sveriges Kommuner och Landsting publicerar återkommande rapporter om utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Det sker bland annat genom internationella jämförelser där svensk sjukvård jämförs med vården i andra länder. Den senaste publicerades i juni 2008 med slutsatsen att kvaliteten och effektiviteten i den svenska sjukvården står sig väl mot andra länders. Det sker också genom att SKL, tillsammans med Socialstyrelsen, publicerar årliga jämförelser av kvalitet och effektivitet i landstingen. Syftet med de olika rapporterna är att bidra till ökad öppenhet kring vad hälso- och sjukvården åstadkommer och att stimulera till förbättringar. Det mest slående är att vårdens resultat förbättras år från år. Det innebär både att fler liv räddas och att fler kan leva länge trots kroniska sjukdomar. Det är förstås en alltigenom positiv utveckling. Men den rymmer också en finansiell utmaning, eftersom samtidigt som antalet äldre i befolkningen ökar, minskar den del av befolkningen som är i arbetsföra åldrar. Hittills har utmaningen hanterats genom en kombination av resursförstärkningar och förbättrat resursutnyttjande - effektiviseringar. I framtiden blir arbetet med effektiviseringar allt viktigare.

Denna rapport beskriver de strategier som landstingen i praktiken använt och använder för att öka kvaliteten och effektiviteten och därmed förbättra resultaten. Hit hör att den akuta vården koncentreras, att akut och planerad vård i ökad grad bedrivs åtskilt och att sjukhusen blir mer specialiserade. Samtidigt tillhandahålls allt mer av vården som öppen vård, både vid och utanför sjukhusen, och i allt större utsträckning i patienternas hem. Detta har minskat antalet akutsjukhus, liksom antalet vårdplatser. Fler sjukhus är specialinriktade på planerad vård. Dessa förändringar är ett sätt att dra full nytta av den medicinska utvecklingen och därigenom möjliggöra förbättrad kvalitet och effektivitet. Även framåt kommer den medicinska utvecklingen att förutsätta ytterligare koncentration av akutsjukvård och ännu mer fokus på öppen vård. Lika viktigt för förbättringarna är att vårdens sätt att arbeta förändrats, med fokus på att skapa fungerande processer för olika patientgrupper och på att systematiskt ta bort sådant som inte skapar värde för patienten. Ett konkret uttryck för detta är att schemaläggning och planering av verksamheten över längre tid gör det möjligt att boka tid för behandling redan vid mottagningsbesöket.

Trots att förändringarna varit nödvändiga för att kunna nyttiggöra den medicinska utvecklingen har de i stor utsträckning beskrivits som nedskärningar och försämringar, med besvikelse och oro som följd, både i befolkningen, bland patienterna och hos personalen. Om vården hade förmått att mer öppet redovisa de medicinska sammanhangen och effekterna i termer av bättre resultat och kvalitet, skulle befolkningens och patienternas trygghet ha ökat, liksom personalens stolthet.

Rapporten har tagits fram av Roger Molin och Maj Rom från Avdelningen för Vård och Omsorg. Lena Bäckström och Siv-Marie Lindquist från avdelningen för Ekonomi och Styrning har tagit fram statistik.

Stockholm, juni 2009



Håkan Sörman

Verkställande Direktör
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehållsförteckning

Förord	3
Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård - struktur och arbetssätt för bättre resultat	7
Att hantera ökande vårdbehov under finansiella restriktioner	7
Ökad öppenhet kring resultat	7
Vården omstruktureras i linje med den medicinska utvecklingen	8
Behov av bättre samordning	8
DEL 1: Strukturförändringar i linje med den medicinska utvecklingen	9
Vårdplatser vid sjukhus används effektivare	9
Äldre får mer tillgång till vård och med allt bättre resultat	9
Koncentration, differentiering och en utbyggd närvård	10
Nya arbetssätt	11
Ny teknik skapar bättre tillgång till kunskap om behandlingsmöjligheter	12
Nationell IT-strategi som stöd för verksamhetsutveckling	13
Del 2: En fördjupning om jämförelser av kvalitet och effektivitet	14
Kunskapsstyrning – en modern väg för utveckling	14
Nationella kvalitetsregister	14
Öppna jämförelser	16
Diagram	17
1. Befolkning efter åldersgrupp 1996 och 2007 samt prognos 2017 och 2027. Index 1996=100	17
2. Vårdplatser per 1000 invånare 2006	17
3. Vårdplatser, vårdtillfällen, vård dagar och medelvårdtid 1992-2007. Index 1992 = 100	18
4. Vårdtillfällen per 100 000 invånare 1992-2007	18
5. Olika åldersgruppers andel av befolkningen och av vård dagarna 2007	19
6. Akut hjärtinfarkt. Vårdtillfällen per 100 000 invånare för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007	19
7. Akut hjärtinfarkt. Medelvårdtid för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007	20
8. Stroke. Vårdtillfällen per 100 000 invånare för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007	20
9. Stroke. Medelvårdtid för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007	21
10. Total höftledsplastik. Vårdtillfällen per 100 000 invånare för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007	21
11. Total höftledsplastik. Medelvårdtid för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007	22

Appendix Sjukhus i Sverige – en ögonblicksbild våren 2009	23
Referenslista.....	26
Översiktliga rapporter	26
Kvalitetsregister	26
Öppna jämförelser	26
IT-utveckling	26
Effektiviseringsarbete	26
Statistik	26

Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård

- struktur och arbetssätt för bättre resultat

Att hantera ökande vårdbehov under finansiella restriktioner

Denna rapport följer upp en rapport publicerad 2004 som beskrev utvecklingen inom hälso- och sjukvården under 1990-talet. Nittiotalet präglades av den ekonomiska kris som innebar att antalet anställda inom sjukvården minskade med storleksordningen 20 procent. Men nittiotalet präglades också av en snabb medicinsk utveckling som möjliggjorde genomgripande strukturförändringar. I linje med detta minskade antalet akutsjukhus liksom vårdplatserna vid sjukhus. Samtidigt tillhandahölls en allt större del av vården som öppen vård, både vid och utanför sjukhusen samt i primärvården och inom kommunernas vård och omsorg. Liksom andra framgångsrika branscher förmådde vården dra nytta av den tekniska utvecklingen och tillhandahålla sin service på ett förändrat sätt.

Genom dessa strukturförändringar lyckades vården förbättra kvaliteten och resultaten och nå fler och allt äldre patienter. Nyckelord var koncentration, differentiering och specialisering. Den akuta vården koncentrerades till färre ställen, den planerade vården bedrevs i ökad grad åtskild från den akuta och den öppna vården förstärktes. Detta syftade till och gick hand i hand med bättre kvalitet och säkerhet. Därigenom kunde svensk sjukvård under nittiotalet tillgodose ökande vårdbehov hos en allt äldre befolkning med förbättrade resultat samtidigt som antalet anställda reducerades.

Utmaningen att hantera ökande vårdbehov under finansiella restriktioner är lika levande i dagens ekonomiska situation. Likheten med nittiotalet gäller även den medicinska utvecklingen som också nu möjliggör och förutsätter förändrade strukturer och nya arbetssätt. De strukturella förändringarna har också fortsatt under 2000-talet med ytterligare koncentration av akut vård och mer differentiering genom att vissa sjukhus specialiseras på planerad vård. Jämfört med tidigare ligger medelvårdtiden mer stabilt och vårdplatserna minskar inte i samma snabba takt. Fokus ligger i ökad grad på vårdens arbetssätt med inriktning mot att utveckla vårdens system och processer. Bättre logistik och ökad standardisering är några nyckelord i detta arbete. Det handlar ofta om att korta tiden mellan olika insatser så att patienter efter en undersökning får snabbt besked och när fortsatt behandling är aktuell kort väntetid mellan beslut och åtgärd. Väntetiderna i den svenska sjukvården går nu också ned i snabb takt. En ny tendens i skönjande är vidare att IT-stödet förbättras och börjar bli en integrerad del av verksamhetsutvecklingen. Vår-

dens personal får i ökad utsträckning tillgång till IT-baserat beslutsstöd med den senaste medicinska kunskapen. Också patienterna har i ökad grad tillgång till medicinskt underlag, via webb och telefon, en utveckling som stöds genom en för landstingen sammanhållen nationell IT-strategi.

Ökad öppenhet kring resultat

Vårdens resultat för patienterna står i fokus på ett nytt och mer öppet sätt. Genom så kallade öppna jämförelser jämförs landstingens och enheters resultat på olika områden; medicinska resultat, tillgänglighet och patienterfarenheter. Det handlar om mer än hundra kvalitetsindikatorer, allt från överlevnad efter stroke, hjärtinfarkt eller cancer till bristningar efter förlossningar och väntetid till höftledsoperation. En klinik vid ett sjukhus kan följa hur de egna resultaten utvecklas över tid och jämföra med andra kliniker. Också den statliga styrningen tar i ökad grad sin utgångspunkt i resultat, med prestationsbaserade överenskommelser som "sjukskrivningsmiljarden" och "kömiljarden". I dessa får landstingen del av resurstillskott under förutsättning och i proportion till uppnådda resultat.

Begreppet kunskapsstyrning har etablerats som en beteckning för att vården på ett alltmer systematiskt sätt tillämpar den senaste vetenskapliga kunskapen och följer resultaten för patienterna. Det medför ökat fokus på att föra in nyheter och att ta bort metoder som inte har tillräckligt bra resultat. Kunskapsstyrningen innefattar således både en samverkande infrastruktur med forskning och utbildning, utarbetande av kunskapsunderlag, riktlinjer och vårdprogram, samt en systematisk uppföljning av vårdens resultat och ett kontinuerligt förbättringsarbete. Ett praktiskt led i detta är att de anställda på en klinik via kvalitetsregister löpande jämför resultaten för sina patienter med vad man tidigare presterat och med de resultat som andra kliniker når. Jämförelser av kvalitet och effektivitet i kombination med systematiskt förbättringsarbete ger bättre resultat för patienterna. Konkret uttryckt så handlar det om att färre får stroke, och av dem som får stroke räddas fler till livet och med bättre funktionsförmåga.

Denna utveckling går snabbt och i framtiden kommer redovisningar av kvalitet och resultat också att bidra till att öka patienternas delaktighet och kunna tjäna som vägledning vid val av behandlingsalternativ och val av vårdgivare.

Vården omstruktureras i linje med den medicinska utvecklingen

Det är en i stora stycken positiv bild av en modern vård som tecknas. Vården omstruktureras i linje med den medicinska utvecklingen och förbättrar sina resultat. Personal och patienter får i ökad grad del av modernt IT-baserat beslutsunderlag. Vårdens resultat och kvalitet redovisas i öppna jämförelser. Det betyder inte att allt är frid och fröjd. Det återstår en hel del innan det som här lyfts fram som viktiga tendenser kan sägas gälla i full skala.

Med tanke på de ekonomiska restriktioner som finanskrisen innebär och den samtidiga utmaningen för landstingen att möta ökade vårdbehov från en allt äldre befolkning med förbättrade resultat är det viktigt att strukturförändringarna fortsätter. Det kan handla om ytterligare koncentration av akut vård och att differentieringen mellan olika sjukhus går längre. Dessutom krävs att primärvården utvecklas liksom samarbetet med kommunerna. Kunskapsstyrningen och processtänkandet behöver få ett ännu mer systematiskt och bredare genomslag, där insatser som inte skapar värde för patienten minimeras, här är patientens delaktighet central. Ytterligare ett viktigt utvecklingsområde är att i högre utsträckning använda IT som ett stöd för att utveckla verksamheten.

Behov av bättre samordning

Den kanske mest angelägna förändringen är att få till bättre samordnade insatser utanför sjukhusen för de mest sjuka äldre. Så länge som en patient i huvudsak har en sjukdom i taget och själv är kapabel att medverka aktivt fungerar den specialiserade vården bra och kan drivas isolerat. Men många patienter har flera samtidiga sjukdomar, oklara symptom och problem som saknar diagnos eller är i behov av långvarig rehabilitering. Detta ställer helt andra krav på vårdssystemet som helhet och på processerna. För dessa patienter måste olika enheter kunna samverka och i dialog med patient och närstående satsa på de insatser som leder till största möjliga livskvalitet. Denna uppgift är särskilt viktig för de mycket sjuka äldre som befinner sig i livets slutskede. Då medför sinande krafter och kognitiv svikt att patienten själv inte kan medverka aktivt. För dessa patienter krävs att vårdinsatser från sjukhus och primärvård samordnas med kommunernas vård och omsorg. Liknande samordningsproblem finns även för andra patientgrupper. Hit hör barn och unga, särskild de med psykisk ohälsa, och de psykiskt funktionshindrade. Det ställer krav på genomarbetade vårdprocesser och arbete i team

men också på övergripande överenskommelser på politisk nivå. Ett omfattande arbete pågår runtom i landet, ofta under benämningen närvård, för att skapa en sådan sammanhållen vård.

Inom primärvården genomförs en vårdvalsreform som ska vara införd i alla landsting 1 januari 2010. Det är en övergripande strukturförändring där ökade valmöjligheter för patienterna i kombination med en ökad mångfald vårdgivare ska ge ökad tillgänglighet och kvalitet.

Strukturförändringarna i vården under nittiotalet sammanföll med en ekonomisk kris med åtföljande krav på kostnadsminskningar. I och med detta kom strukturförändringarna att kopplas till nedskärningar och försämringar. Det blir dock allt mer uppenbart att strukturförändringar inom sjukvården inte handlar om att "nu är vi tvingade att spara pengar" utan är ett led i moderniseringen av vården. Strukturförändringarna är uttryck för vårdens förmåga att dra nytta av den medicinska teknologiska utvecklingen och en del av utvecklings- och förbättringsarbetet. Framgångsrika branscher drar nytta av den tekniska utvecklingen och kan därmed tillhandahålla sin service på ett förändrat sätt. Också för den svenska hälso- och sjukvården är detta nödvändigt om den ska kunna försvara positionen i den absoluta världstoppen när det gäller medicinska resultat och kvalitet.

DEL 1: Strukturförändringar i linje med den medicinska utvecklingen

Vårdplatser vid sjukhus används effektivare

I slutet av 1960-talet fanns mer än 120 000 vårdplatser vid svenska sjukhus. Efter Ädelreformen år 1992, som förde över ansvaret för långtidssjukvård från landstingen till kommunerna, återstod drygt 50 000 vårdplatser. Sedan dess har antalet vårdplatser minskat till drygt 25 000. Med 2,2 vårdplatser per 1000 invånare hade Sverige år 2007 det lägsta antalet vårdplatser bland 17 jämförda länder (EU 15 plus Norge och USA). Stora vårdplatsminskningar har ägt rum också i andra länder. Spanien, USA, Irland, Norge, Portugal och Holland låg alla mellan 2,5 och 3,0 vårdplatser per 1000 invånare.

Den största minskningen av vårdplatser ägde rum under 1990-talets mitt men även under 2000-talet har antalet vårdplatser fortsatt att minska, om än i en långsammare takt. Även antalet vård dagar har minskat men inte i samma utsträckning som vårdplatserna. I och med att medelvårdtiden kortats, från knappt 8 dagar 1992 till drygt 5 dagar 2007, har antalet patienter som vårdas i slutenvård vid sjukhus endast minskat från 1,6 miljoner 1992 till knappt 1,5 miljoner år 2007. Varje vårdplats används alltså på ett effektivare sätt än tidigare.

Samtidigt har den öppna vården vid sjukhus (vård där patienten behandlas under dagtid och lämnar sjukhuset samma dag som vården ägt rum) ökat kraftigt. Operation av lumskräck åskådliggör utvecklingen. År 1992 utfördes omkring tre av tio operationer i dagkirurgi. År 2007 kunde nästan åtta av tio operationer utföras i dagkirurgi. Förändringen har varit möjlig tack vare nya metoder för bedövning och operation.

Det är alltså omfattande strukturförändringar som genomförts under 1990-talet och början av 2000-talet. Operationer och andra behandlingar liksom utredningar och omvårdnad har flyttats till öppna vårdformer och till hemsjukvården. Akutsjukvården med traumaberedskap, akuta operationer och förlossningsvård har koncentrerats till färre platser, till de större sjukhusen. De mindre sjukhusen finns kvar men med ett nytt innehåll med fokus på internmedicin och geriatrik, och på flera håll på planerade operationer.

Äldre får mer tillgång till vård och med allt bättre resultat

Vårdbehoven ökar med stigande ålder och de äldre i befolkningen står för en allt större del av vården. Tack vare den effektivisering som strukturförändringarna inneburit har vården kunnat ta hand om de ökande vårdbehoven från en allt äldre befolkning, trots de ekonomiska begränsningar som funnits. Personer 75 år och äldre som år 2007 utgjorde 9 procent av befolkningen stod för 45 procent av vård dagarna i slutenvård.

Det kan tyckas paradoxalt men det är alltså i takt med att antalet vårdplatser vid sjukhus halverats som de äldre fått ta del av allt mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser och med allt bättre resultat. Det beror på flera samtidiga förändringar. Ädelreformen 1992 överförde ansvaret för sjukvård i särskilda boendeformer, exklusive läkarinsatser, från landstingen till kommunerna. För drygt hälften av kommunerna finns också överenskommelser med landstingen om att kommunerna också ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende. Reformen tillkom för att äldre personer med stora vårdbehov skulle få tillgång till en bättre livsmiljö än långtidsvistelse på sjukhus och sjukhem. Resultatet har, precis som det var tänkt, blivit förkortade vårdtider på sjukhus för den äldre befolkningen. De på så sätt frigjorda resurserna har använts för att utveckla vården för de äldre som får del av allt mer avancerad behandling och allt högre upp i åldrarna. Aktiv behandling vid hjärtinfarkt, cancer, stroke och höftartros är några exempel på detta. Sammantaget innebär detta att andelen vård dagar inom den somatiska slutenvården i högre utsträckning än tidigare tillfaller personer i de äldsta åldersgrupperna.

Ungefär 12 procent av befolkningen har någon hjärtkärlsjukdom och dessa orsakar en fjärdedel av alla dödsfall. Akut hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken hos såväl män som kvinnor. Den utvecklade hjärtsjukvården har medfört förbättringar i form av bättre överlevnad, minskad risk för återinsjuknande och förbättrad livskvalitet. Den största förbättringen har skett i åldersgruppen över 70 år där minskningen i absolut dödlighet varit nästan 10 procent, det vill säga ett ytterligare liv räddas per 10 behandlade patienter. Insatser görs i allt högre åldrar, för åldersgruppen över 85 år har antalet vård tillfällen för akut hjärtinfarkt mer än fördubblats. Expansionen har möjliggjorts genom att medelvårdtiden nästan halverats sedan 1990-talets inledning.

Höft- och knäkirurgi utgör en viktig behandling för äldre människor med värk i höfter och knän. Behandlingsresultaten i form av smärtlindring och ökad rörlighet påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten påtagligt. Antalet höftledsoperationer har ökat kraftigt och den största ökningen ses i de äldsta åldersgrupperna. År 1967 gjordes de första höftledsoperationerna i Sverige. Då fick ett fåtal patienter en ny höftled. 1977 gjordes 4 000 operationer, 1987 cirka 8 000, 1997 cirka 10 000 och 2007 drygt 14 000 operationer.

Drygt 90 000 personer avlider varje år i Sverige varav 60 procent är 80 år och äldre och ca 30 procent i åldern 65-79 år. Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste orsaken följt av cancersjukdomar. De senaste 15 åren har det skett en förskjutning av dödsplatsen från sjukhus till hemmet (särskilda och ordinära boendeformer). Före Ädel-reformen 1992 avled ca 75 procent av befolkningen 65 år och äldre på sjukhus jämfört med 35 procent år 2007, något som haft betydelse för antalet vård dagar för äldre på sjukhus. Att förbättra vården i livets slutskede är en angelägen uppgift. Uppbyggnad av palliativa team i hemsjukvård och andra förbättringsarbeten inom vården av döende personer pågår och där har man kommit olika långt. Med hjälp av ett nystartat palliativt kvalitetsregister finns nu möjligheter för såväl kommuner som landsting att följa upp sina egna resultat och jämföra sig med andra. Kommunernas deltagande i registret ökar mycket snabbt i landet.

Koncentration, differentiering och en utbyggd närvård

Tre parallella huvudspår genomsyrar förändringarna av strukturen i svensk hälso- och sjukvård.

- koncentration av specialiserad vård
- differentiering mellan akuta och planerade vårdprocesser
- utveckling av närvård

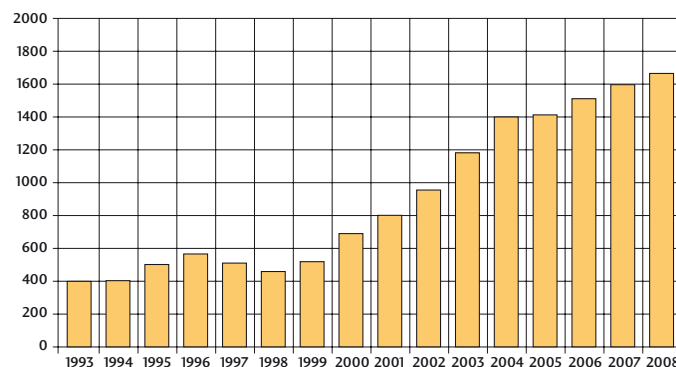
Den ökade kunskapsmassan inom vården ställer krav på specialisering inom många områden. Allmänkirurgi är sedan länge uppdelat i bl.a. övre och nedre bukkirurgi, kärlkirurgi, mm. Allmän internmedicin har differentierats i hjärta-kärl, mage-tarm, diabetes, blodsjukdomar, mm. För att specialisten ska kunna utveckla sin kompetens krävs stora volymer. Och för att minska sårbarheten och erbjuda en stimulerande arbetsmiljö måste varje specialitet vid ett sjukhus bestå av tillräckligt många medarbetare för att kunna hantera sjukdom och andra vakanssituationer. Specialiseringen är också en förutsättning för att medicinska innovationer snabbt ska

kunna nå patienterna på ett säkert sätt. Den specialiserade vården vid sjukhus har också framgångsrikt drivit utvecklingen av medicinska kvalitetsregister, vilket bidragit till de förbättrade resultaten.

I den gamla sjukhusstrukturen talades om länsdelssjukhus, länsjukhus och regionsjukhus. Varje landsting hade ett länsjukhus med ett större innehåll av specialistkliniker med jouruppdrag som t.ex infektion, urologi, lungmedicin, neonatal intensivvård mm. Vid länsdelssjukhusen fanns vanligen kirurgi och medicin och ofta även en förlossningsenhet med tillhörande akutverksamhet. Till regionnivån, med regionsjukhus i de sex sjukvårdsregionerna, koncentrerades resurskrävande verksamheter med behov av stort befolkningsunderlag som neurokirurgi, thoraxkirurgi och brännskador. I och med de senaste 15 årens utveckling har indelningen i läns- och länsdelssjukhus i stor utsträckning förlorat sin betydelse.

I den nya sjukhusstrukturen sker i stället en differentiering som innebär att de gamla länsdelssjukhusen får nya uppdrag inom närsjukvård och planerad specialistvård. Denna differentiering mellan akut och planerad vård har framför allt utvecklats inom opererande specialiteter. Inom vården är det idag naturligt att tala om processer, ledtider, flödesscheman, flaskhalsar och produktionsplaner. Hässleholm är ett av de sjukhus i landet som mest uttalat bedriver planerade operationer på ett industriellt sätt. Det har minskat medelvårdtiden och ökat antalet operationer samtidigt som kostnaden per ingrepp minskat. Sjukhuset följer minutiöst sin verksamhet och kan också visa att denna effektivisering skett med god kvalitet.

Antal utförda höftplastiker vid ortoped kliniken Hässleholm - Kristianstad 1993 - 2008



Samma utveckling ses i hela landet, men i varierande grad. I nedanstående tabell redovisas de offentligt drivna sjukhus som efter omstrukturering opererade fler än 200 höftplastiker år 2007. Trenden har varit att sjukhusen slutat operera akuta höftfrakturer för att istället operera planerade höftplastiker. Sammantaget har detta inneburit en effektivisering av vården där fler operationer utförs med högre kvalitet och till lägre kostnad.

Höftplastiker – primärop 2007

Hässleholm*	851
Trelleborg	476
Motala	402
Piteå	363
Uddevalla	326
Bollnäs	262
Lycksele	238
Falköping	233
Oskarshamn	233
Alingsås	211
Katrineholm	201

* Hässleholm redovisar tillsammans med Kristianstad

Ett annat område där strukturerna förändras är akutmottagningarna. Att hitta en optimal struktur för att ta hand om akuta vårdbehov är en viktig fråga där hänsyn måste tas till såväl patientsäkerhet, sårbarhet, service till befolkningen som rimlighet avseende kostnader. Att bedriva verksamhet dygnet runt årets alla dagar är förenat med höga kostnader varför strävan alltid är att bedriva mesta möjliga verksamhet dagtid. Inom den palliativa vården finns god erfarenhet av att ett väl genomfört arbete på dagen där tänkbara scenarier diskuterats och där "vid – behovsordinationer" finns, skapas en trygghet som innebär få insatser nattetid.

För en god och säker vård i akuta livshotande situationer krävs att sjukhuset har tillgång till resurser från flera specialiteter med så stora patientvolymerna att personalen kan upprätthålla sin kompetens. Därför har de fullskaliga akutsjukhusen koncentrerats till färre enheter. Parallellt med detta har en prehospitall sjukvårdsorganisation vuxit fram med välutbildad ambulanspersonal och mobil teknik där diagnos kan ställas och behandling inledas under transport till sjukhus. Denna utveckling är en del av förklaringen till den kraftigt förbättrade överlevnaden vid hjärtinfarkt.

Det betyder inte att alla akuta insatser ska koncentreras till ett fåtal sjukhus. En grupp människor som har särskilt stort behov av närhet till såväl akut som planerad vård är de mest sjuka äldre. För denna grupp går utvecklingen i en decentraliserande riktning. Mobila team med möjlighet att genomföra akuta hembesök byggs upp. Därigenom kan insatser göras i ett tidigt skede med resultat att den sjuka kan undvika transporter till sjukhus, eller om så behövs, erbjudas direktinläggning på sjukhus utan att behöva passera akutmottagningen.

För att erbjuda god service till befolkningen avseende akuta tillstånd byggs närankutmottagningar upp. Om avståndet till närmaste akutsjukhus inte är så långt håller dessa mottagningar vanligen öppet dagar och kvällar men stänger några timmar på natten när behovet av akuta insatser inte är så stort. Så sker till exempel i Sandviken och i Nacka.

Strukturförändringar inom akutmottagningarna innefattar också vårdens arbetssätt. Många sjukhus inför teamarbete på akutmottagningen. Genom att låta ett team med olika kompletterande kompetenser ha den första patientkontakten har träffsäkerheten i insatserna ökat samtidigt som väntetiderna vid akutmottagningarna minskat. Karolinska Sjukhuset har sedan 2007 arbetat intensivt med att förbättra patientflödena på akutmottagningarna och vårdavdelningarna. Positiva resultat är att väntetiden på kirurgakuten vid Huddinge Sjukhus halverats och att den minskade väntetiden på läkare vid Karolinskas 16 akutflöden nu i tid motsvarar 20 dygns väntan per dygn.

Nya arbetssätt

De värden vården skapar finns alla i relation till befolkningen och patienterna. Det är resultaten för patienterna som är vårdens måttstock. När färre får stroke, när fler av dem som ändå får stroke överlever och när fler gör det med god funktionsförmåga då förbättras vården för patienter och befolkning. För att veta om vården förbättras behöver därför resultaten för patienterna mätas och följas över tid.

Det finns väldokumenterade metoder för utvecklingsarbete, ofta med ursprung i industrin, som visat sig vara användbara även inom hälso- och sjukvården. De utgår från att viktiga processer definieras och kartläggs. Målet är att minska oönskad variation och sträva efter ett kontinuerligt flöde för patienterna där slöseri minimeras. På den konkreta vardagliga nivån handlar det om att ha korta ledtider i hela processen.

Remisser skickas elektroniskt, tas emot och bedöms utan dröjsmål, tid för besök erbjuds med kort väntetid och eventuell behandling bokas i samband med mottagningsbesöket. Skaraborgs Sjukhus tillhör pionjärerna och kan visa att processtänkandet gett resultat i form av förbättrad vård för patienterna till lägre resursåtgång. Vid operationsavdelningen kunde utnyttjandegraden av operationssalarna öka med 70 procent och kirurgernas "knivtid" med 13 procent. Med den frigjorda tiden genomför avdelningen 1650 fler operationer per år med kortare väntetider för patienterna som följd. På ögonkliniken på Växjö lasarett kunde processen för ögonbottenfotografering minska från 5 veckor till tre timmar, genom att systematiskt minimera insatser som inte skapade värde för patienten. Förändringarna bygger på att jobba smartare, inte hårdare.

Standardisering fungerar väl för vårdprocesser med stor volym och likartade förlopp. Ett sådant arbetssätt leder till minskad variation av behandlingsval och därmed bättre förutsättningar för att uppnå bästa möjliga resultat varje gång. Detta arbetssätt har framgångsrikt tillämpats inom området planerade operationer.

Inom det systematiska förbättringsarbetet är uppföljning med mätning av resultat centralt. Att sätta mål, mäta och följa upp resultatet och jämföra över tid och med andra håller på att bli en naturlig del i arbetet. Det kan uttryckas som att alla medarbetare har två arbeten: dels att ge god vård, dels att bidra till att vården utvecklas genom att förändra arbetssätt. Det finns kunskap om metoder som leder till förbättring. Genombrott är en sådan metod som SKL introducerat i Sverige.

Teamarbete är nödvändigt när ingen längre ensam kan besitta den kompetens som behövs för att handlägga komplexa vårdbehov. När olika yrkeskategorier bildar team där varje person bidrar med sin kompetens skapas förutsättningar för bättre vård på ett effektivare sätt. Teamarbete passar för vård av patienter med kroniska sjukdomar som är i behov av kontinuerlig uppföljning. Palliativa team, vårdplaneringsteam, rehabiliteringsteam och KOL-team är exempel på vanliga områden för teamarbete. Specialmottagningar för diabetes och hjärtsvikt är andra exempel på att vården kan organiseras på nytt sätt så att den som är kroniskt sjuk snabbt ska kunna få hjälp och stöd vi försämring.

Ett exempel på att ett förändrat arbetssätt gör skillnad är intensivvårdsavdelningen i Malmö. Där förefaller dödligheten minska sedan man genomfört förändringar med bland annat

mobila intensivvårdsteam och nytt läkarschema med treskift. Högre bemanning kvällar och helger ökar möjligheten att fatta beslut kring patienten under större del av dygnet. Parallellt har en ökning av produktiviteten skett och kostnaderna för verksamheten har kunnat sänkas med 4 procent.

Ny teknik skapar bättre tillgång till kunskap om behandlingsmöjligheter

Den tekniska utvecklingen har möjliggjort nya ingångar i vården. Det håller på att bli enklare att få kontakt med vården genom webbtjänster och bättre fungerande telefonväxlar. Tillgängligheten till sjukvårdsrådgivning har ökat genom att tjänsterna tillhandahålls dygnet runt.

1177 är ett nationellt telefonnummer för samordnad nationell sjukvårdsrådgivning per telefon som med nuvarande utbyggnadstakt kommer att finnas tillgänglig för hela befolkningen inom något år. Via 1177 får befolkningen dygnet runt sjukvårdsrådgivning av sjuksköterskor som har tillgång till ett elektroniskt medicinskt beslutsstöd. Särskild rådgivning finns avseende barnsjukdomar och möjlighet finns till rådgivning på olika språk. I ungefär hälften av kontakterna är råden per telefon tillräckliga för att hantera situationen. I övriga fall kan patienten hänvisas till rätt vårdgivare och på en del håll kan sjuksköterskan även direkt boka tid till mottagning om så skulle behövas.

Motsvarande tjänst på webben heter 1177.se och tillhandahåller aktuella, lättlästa och faktagranskade texter inom de områden av hälso- och sjukvården där patienter och allmänhet oftast har frågor. Tjänsten har ca en miljon besök per månad.

UMO invigdes i november 2008 och är en nationell ungdomsmottagning på webben som har utvecklats av Sjukvårdsrådgivningen SVR AB för unga mellan 13 och 25 år. Syftet med webbplatsen är att göra det lättare för unga att hitta relevant, aktuell och kvalitetssäkrad information om sex, hälsa och relationer. På Klamydia.se har personer i Västerbotten, Västra Götaland, Gävleborg och Sörmland möjlighet att enkelt, gratis och med sekretess göra hemtest för klamydia och få svar på nätet. Test kan också beställas via sms.

Vården på webben är ett utvecklingsprojekt där landstingen tillsammans bygger en gemensam webbplats som ska ge medborgarna en samlad ingång till hälso- och sjukvården med information om och guidning till rätt vård. Möjligheter ska

finnas att boka och avboka tider, förnya recept, ställa frågor och få råd. Några landsting har redan sådana funktioner i gång. E-tjänster är ytterligare en ny pusselbit i arbetet med att göra vården tillgängligare.

Nya möjligheter finns också för personalen som idag har tillgång till pålitliga källor för vägledning i det praktiska patientarbetet via webben. Exempelvis har nyligen ett nationellt beslutsstöd tagits i bruk för sjukvårdrådgivning per telefon. EIRA är ett samarbete mellan landstingen för gemensamt inköp av elektroniska informationsresurser i form av tidskrifter och andra medicinska databaser.

Nationell IT-strategi som stöd för verksamhetsutveckling

För att kunna erbjuda en god, tillgänglig, säker och effektiv vård och omsorg behöver information om patienters och brukares behov och insatser kunna följa individen oavsett vård- och omsorgsgivare. För att kunna utveckla detta område har Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Apoteket AB enats om en nationell vision och en strategi för att synkronisera informationsöverföringen inom vård och omsorg. Detta är ett arbete som kommer att ske i flera steg. Det handlar om att revidera lagar och regelverk, ta fram en gemensam informationsstruktur, utveckla den tekniska infrastrukturen, förbättra systemens användbarhet, skapa åtkomst till nödvändig information och öka tillgängligheten för befolkningen.

I juli 2008 infördes en ny patientdatalag. Den nya lagen ger personal inom vården möjlighet att efter patientens medgivande elektroniskt få tillgång till journalinformation från olika vårdgivare. Programmet **Nationell patientöversikt** är en del av den nationella IT-strategin och syftar till att göra patientinformation tillgänglig för behörig personal över organisationsgränser. Den nya tjänsten ger behöriga användare möjlighet att med patientens samtycke hitta och titta på viktig patientinformation som registrerats i de olika vårdsystemen hos landstinget, kommunen och den privata vårdgivaren. Informationsmängder såsom diagnoser, provresultat, läkemedelsordinationer och vårdplaner blir tillgängliga för alla anslutna huvudmän via ett webbgränssnitt. Först ut att ansluta sig är Örebro landsting och kommun, som under 2009 genomför provdrift av tjänsten i skarp miljö. Det blir den första nationella lösningen i världen på det här området.

Del 2: En fördjupning om jämförelser av kvalitet och effektivitet

Hälsa- och sjukvården är en av de allra kunskapsintensivaste branscherna i samhället. Nya behandlingar utvecklas och introduceras i snabb takt och för att kunna göra anpassningar och förbättringar är det centralt att följa resultaten för patienterna.

Kunskapsstyrning – en modern väg för utveckling

Diskussionen inom vården kring modern styrning har kommit att sammanfattas i begreppet **kunskapsstyrning**. Den innefattar en hel kedja av olika aktiviteter i syfte att förbättra och modernisera vården. Kunskapsunderlag, riktlinjer och vårdprogram omsätts i handling med hjälp av systematiskt förbättringsarbete i vardagen. Mål för verksamheten formuleras och följs upp med olika mått och indikatorer som rapporteras i kvalitetsregister. Öppna jämförelser mellan olika sjukhus och kliniker driver på utvecklingen. Detta systematiska arbete har nu pågått under så lång tid att resultat finns inom många områden som visar att detta arbetssätt gör att praxis förändras snabbare än tidigare och att den oönskade variationen mellan bästa möjliga vård och den som ges i praktiken minskar.

SBU och andra tar fram kunskap om vilka insatser och metoder som visat sig ge bäst resultat inom olika områden. Socialstyrelsen är normerande och föreskriver vad som är god vård och tar fram nationella riktlinjer. Inom hälso- och sjukvården omsätts riktlinjerna genom anpassning och lärande i det lokala sammanhanget till praktisk handling. Kunskap byggs också underifrån. På vårdcentraler och kliniker prövar man sig fram i liten skala, följer upp för att se vad som ger bäst effekt och utvidgar det som fungerar bäst.

Nationella kvalitetsregister

Det finns 69 Nationella Kvalitetsregister tillkomna i avsikt att systematiskt utveckla och förbättra kvaliteten genom att verksamheterna löpande får tillgång till sina egna resultat. Resultaten kan dels ses över tid för den egna verksamheten och dels jämföras med andra verksamheter. Registren ger även information på aggregerad nivå vilket exempelvis kan leda till att nya behandlingar och metoder snabbt kan utvärderas i praxis. Inom de områden där kvalitetsregister varit etablerade under en längre tid med högt deltagande kan man idag se att systematisk uppföljning och jämförelser leder till förbättrade resultat för patienterna.

Registren är under ständig utveckling och öppnas också upp och görs tillgängliga för allmänheten via registrens årsrapporter, webblossningar och genom att vissa indikatorer ingår i öppna jämförelser.

På vissa områden finns dock inte utvecklade Nationella Kvalitetsregister. Arbete pågår för att även skapa användbara register för psykiatri, primärvård och tandvård. En särskild utmaning består i att kunna följa patientens väg i en vårdprocess som omfattar flera vårdnivåer för att på så sätt kunna följa resultat för ett lokalt vårdssystem. Senior Alert är ett nytt kvalitetsregister som bygger på denna tanke och där registreringar kan göras på individnivå avseende trycksår, fall och nutrition. Här kan registreringar avseende samma patient göras från såväl landsting som kommun.

Hjärtregistren

Det nationella kvalitetsregistret för hjärtintensivvård startade sin nationella registrering 1995. Ca 20 000 registreringar avseende akut hjärtinfarkt görs årligen. Idag deltar alla 74 sjukhus som tar emot patienter med akut hjärtsjukdom. Samtliga patienter som vårdas på HIA rapporteras. Målet med registret är att minska sjukligheten och dödligheten i hjärtinfarkt. Genom systematiska jämförelser och diskussion om variationer har följsamheten till nationella behandlingsrekommendationer ökat. Det har bland annat resulterat i ett brett införande av ballongvidgning och stentbehandling samt bättre blodproppshämmande läkemedel. Behandlingen av ST-höjningsinfarkt har drastiskt förändrats med införande av primär perkutan koronarintervention (PCI) som ökat från 5 procent till 48 procent under perioden. Skillnaderna i behandling och resultat mellan olika landsting och sjukhus har minskat. Effekterna för patienter med hjärt- kärlsjukdom är stora, med en halvering av 30-dagarsdödligheten i hjärtinfarkt under de senaste åren. Minskningen har skett i alla åldrar.

RIKS-HIAs registreringar har en begränsning i och med att de endast avser åtgärder vidtagna under sjukhusvård. För att ytterligare förbättra hjärtsjukvården har ytterligare ett register, SEPHIA, skapats. Där görs registreringar avseende sekundärprevention efter hjärtinfarkt. Ett kvalitetsregister, SCAR, finns också där alla PCI-behandlingar följs upp. Forskning kopplad till registren kan förse vården med värdefull kunskap bland annat visade en stor registerstudie att patienter som behandlats med läkemedelsstentar vid en treårsuppföljning hade nästan tjugo procent högre risk att dö jämfört med patienter som fått vanliga stentar. Detta medförde att användningen av läkemedelsstentar snabbt minskade.

Bräckregistret

Bräckoperation är den vanligaste operationen av vuxna män, med ca 17.000 operationer årligen. 92 kliniker deltar i registret och ca 95 procent av bräckoperationerna registreras. Stora förändringar har skett inom bräckkirurgin sedan registret startade 1992. Fler bräck opereras i dagkirugi och den dominerande operationsmetoden idag är titthålskirurgi med någon form av nätteknik. Registret har en hemsida www.svenskt-brackregister.se som har anpassats för att ge allmänheten bättre information. Recidivfrekvensen, andelen operationer som behöver göras om, är ett av de kvalitetsmått som används. Dessa har minskat från 16 procent 1992 till 9 procent 2007, en påtaglig kvalitetsförbättring.

Svenska Höftprotesregistret

Svenska Höftprotesregistret har varit verksamt i 30 år (startår 1979) och är Sveriges näst äldsta medicinska kvalitetsregister. Samtliga sjukhus som utför höftprotesoperationer använder registret och ca 98 procent av de drygt 20 000 operationer som görs årligen registreras. Registret har världens största databas avseende höftproteskirurgi.

Behandlingsplanen för lårbenshalsbrott har under de senaste åren ändrats i Sverige. Ett stort antal patienter opereras i dag akut med höftprotes efter frakturen. Företrädesvis används då så kallade halvproteser och dessa registreras sedan 2005 i höftprotesregistret.

Registret är helt webbaserat och inkluderar kontinuerlig mätning av patientrapporterat utfall (hälsorelaterad livskvalitet, smärtlindring och nöjdhetsgrad) på alla behandlade patienter. En höftprotesoperation förbättrar den hälsorelaterade livskvaliteten hos många personer som till följd av sjukdom och skada i höftleden levt med smärta och rörelsehinder. Registret har påverkat valet av protes och de dåliga har kunnat utrangeras. Detta har resulterat i färre proteslossningar och minskat behov av omoperationer. Ett systematiskt förbättringsarbete har med stöd av detta register lett fram till att Sverige har den lägsta frekvensen av rapporterade omoperationer i världen.

Riks-Stroke

Årligen drabbas ca 30 000 människor i Sverige av stroke. De flesta är över 65 år. Med närmare en miljon vård dagar är stroke den enskilda somatiska sjukdom som svarar för flest vård dagar vid sjukhus. Dessutom tillkommer ett mycket stort vård- och resursutnyttjande i kommunala särskilda boendeformer och hemtjänst. Den totala samhällskostnaden

beräknas uppgå till minst 14 miljarder kronor årligen. Stroke utgör den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och är den tredje vanligaste dödsorsaken efter hjärtinfarkt och cancer. Uppdaterade nationella riktlinjer för strokesjukvård utkom från Socialstyrelsen i början av 2006. Kvalitetsregistret Riks-Stroke startade 1994. Sedan 1998 deltar alla sjukhus som vårdar strokepatienter i registret. Täckningsgraden är ca 90 procent av alla strokeinsjuknanden. Registreringarna har visat att vård på strokeenhet där tillgång finns till multiprofessionellt team är en viktig framgångsfaktor. Förbättringar för patienterna som visats i registret är förbättrat funktionsstatus med mindre beroende av hjälp för det dagliga livet och större möjlighet att bo hemma utan kommunal hemtjänst.

Svenska Reumatologiska registret

Detta register startade 1995. Registret används systematiskt i daglig klinisk verksamhet och innehåller också en möjlighet för patienter med reumatisk sjukdom att själv ta del i uppföljningen vilket skapar förutsättningar för ett nytt sätt att använda tiden hos läkaren, där fokus kan läggas på att involvera patienten i behandlingen, något som leder till bättre resultat.

Ett särskilt register (*Artis*) startade 1999 för att kunna följa upp effekter och biverkningar av de nya läkemedlen mot reumatism. På detta sätt kan hela landets reumatologer snabbt skaffa sig erfarenhet av hur läkemedlen kommer till största möjliga nytta samtidigt som biverkningarna minimeras.

Svenska Palliativregistret

Varje år avlider ca 1 procent av landets befolkning och en grov uppskattning säger att ca 80 procent av dessa skulle ha nytta av att få tillgång till palliativa vårdinsatser. Syftet med Svenska Palliativregistret är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Målgruppen utgörs av alla döende patienter oavsett var vården ges vilket innebär att såväl kommuner som landsting deltar i arbetet. Registret startade sin verksamhet 2005 och är inne i en uppbyggnadsfas där antalet registreringar hittills fördubblats varje år. Den tekniska plattformen är modern och medger att alla som registrerar har möjlighet att följa upp sina resultat kontinuerligt.

Nationella diabetesregistret (NDR)

Diabetes är en sjukdom som uppvisar en närmast epidemisk utveckling i världen. Diabetesregistret som startade 1996 är det register som även primärvården idag i stor utsträckning deltar i. Varje vårdgivare har omedelbar tillgång till egna resultat och jämförande nationell statistik på webben. NDR har

infört ett kvalitetsindex som bygger på de nationella riktlinjerna för diabetesvård. Nu kopplas också arbetet med registreringar till ett systematiskt förbättringsarbete något som sker i samverkan med SKL och Qulturum i Jönköping. Registret har kunnat visa att en god diabetesvård är kostnadseffektiv och motverkar långsiktigt utvecklingen av komplikationer som amputation, njursvikt, synförändringar och hjärtinfarkt

Öppna jämförelser

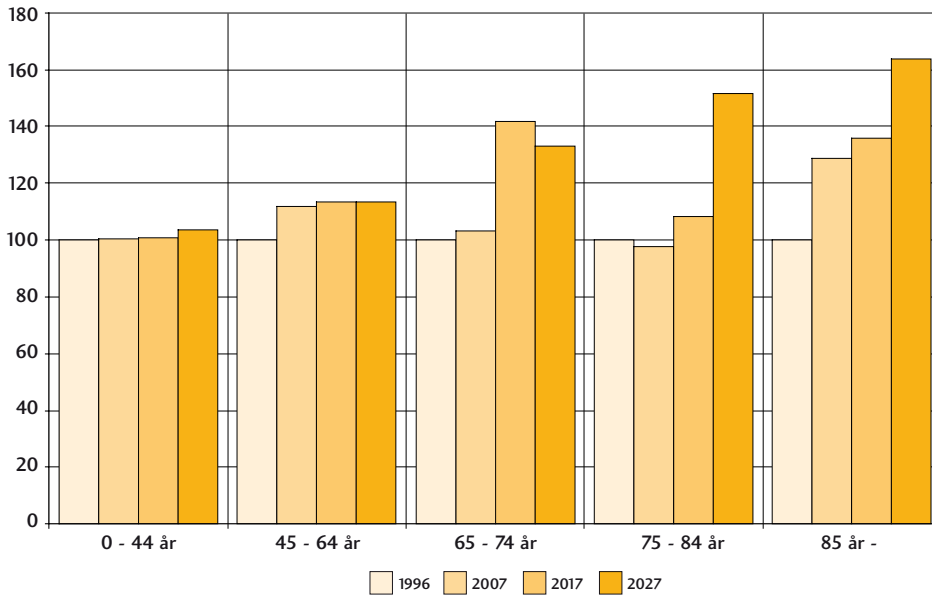
SKL publicerar årligen tillsammans med Socialstyrelsen öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. Landstingen, och för vissa indikatorer sjukhus, jämförs avseende vilka resultat som uppnås i tre kvalitetsdimensioner; medicinska resultat, tillgänglighet och patientomdömen. Resultaten ställs mot kostnaderna för att kunna värdera effektiviteten.

Syftet med de öppna jämförelserna är att ge befolkningen, de som ytterst finansierar vården, besked om vilka resultat landstingen uppnår och till vilka kostnader. På sikt kommer jämförelserna att i högre grad omfatta sjukhus och vårdcentraler och vara utformade för att utgöra underlag för val av vårdgivare.

Öppna jämförelser har också tillkommit som ytterligare stimulans för förbättring av resultaten. Visionen är att den patient som besöker en vårdcentral eller ett sjukhus ska veta att personalen där känner till och följer de resultat som uppnås för olika patientgrupper och att de jämför och lär sig av de enheter som uppnår bäst resultat. Öppna jämförelser vill alltså stimulera en kultur där alla som arbetar i vården är intresserade av den egna enhetens resultat, hur väl man lyckas bidra till att lösa sina patienters problem, exempelvis för patienter med hjärtsvikt, diabetes eller depression.

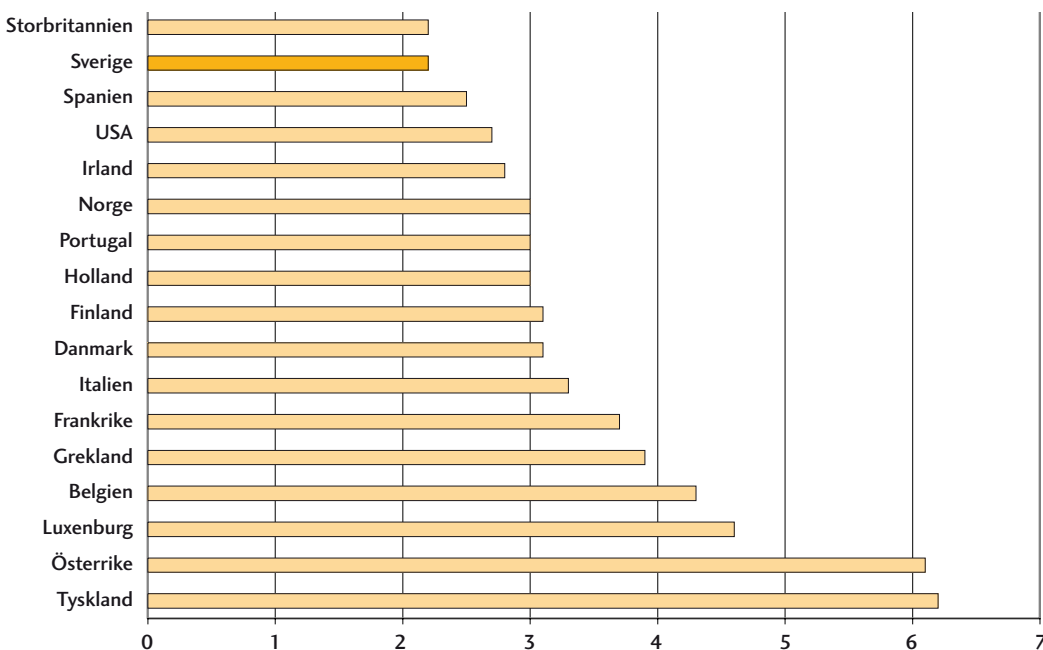
Diagram

1. Befolkning efter åldersgrupp 1996 och 2007 samt prognos 2017 och 2027. Index 1996=100



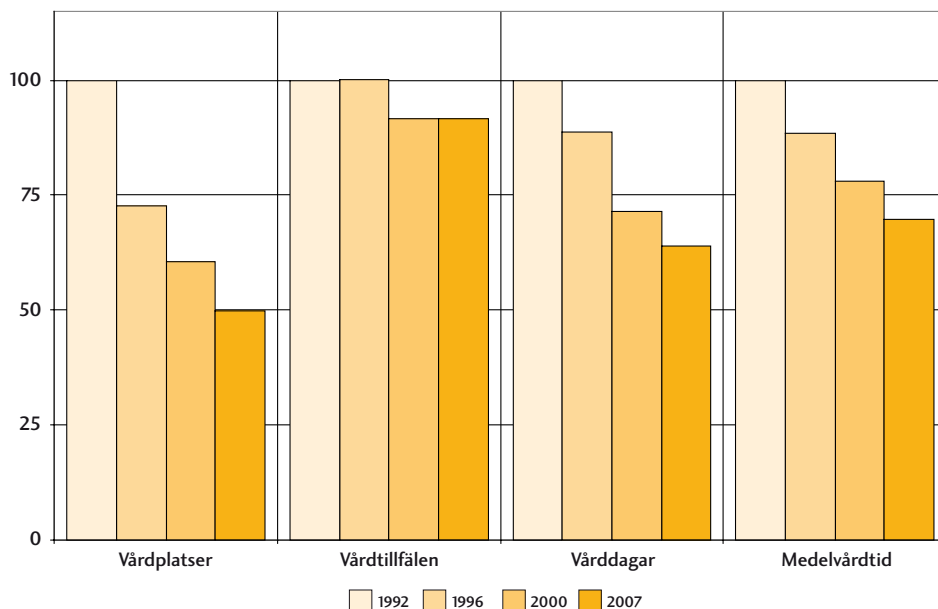
Andelen äldre i befolkningen ökar. För närvarande är det gruppen 85 år och äldre som ökar men om 10-15 år kommer Sverige, enligt beräkningar från SCB, att få en kraftig ökning i hela gruppen 65 år och äldre. Den största ökningen i gruppen 75-84 år kommer att ske efter 2020.

2. Vårdplatser per 1000 invånare 2006



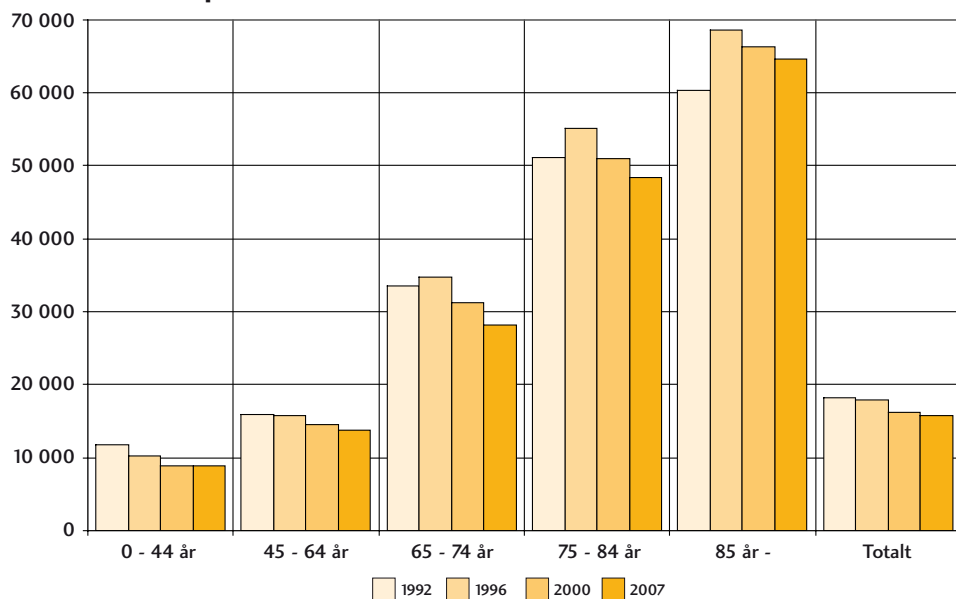
Med 2,2 platser per invånare har Sverige och Storbritannien det lägsta antalet vårdplatser per invånare bland 17 länder som jämförs i OECD 2008. Endast Österrike och Tyskland ligger över 6 platser per 1000 invånare.

3. Vårdplatser, vårdtillfällen, vårddagar och medelvårdtid 1992-2007. Index 1992 = 100



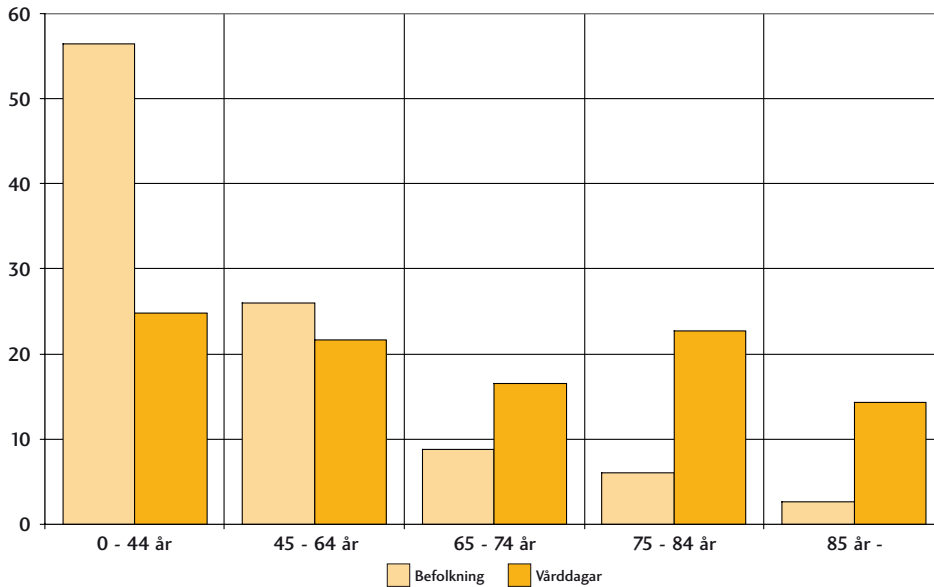
Under 1990-talet minskade antalet vårdplatser kraftigt. Minskningen fortsätter men nu i mindre omfattning. Antalet vårddagar har inte minskat lika mycket och antalet vårdtillfällen har endast minskat marginellt. Medelvårdtiderna på sjukhus har minskat. Genomströmningen på sjukhusen har ökat med nästan lika många patienter som vårdas kortare tider på färre vårdplatser jämfört med 1990-talet. Varje plats används mer effektivt.

4. Vårdtillfällen per 100 000 invånare 1992-2007



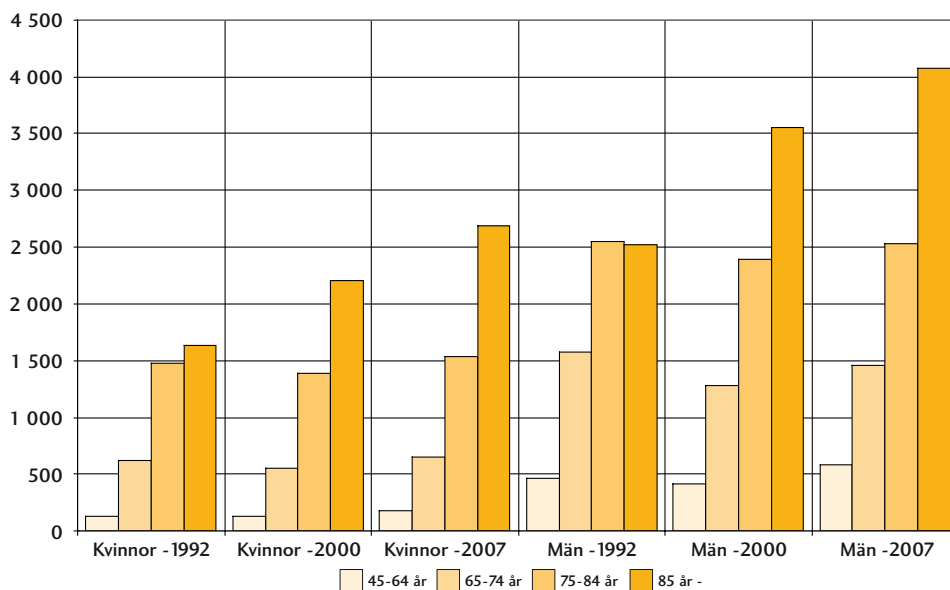
Antalet vårdtillfällen i befolkningen ökar med stigande ålder. Under 2000-talet har antalet vårdtillfällen per 1000 invånare minskat i alla åldersgrupper. Med andra ord har risken för medborgaren att hamna på sjukhus minskat.

5. Olika åldersgruppers andel av befolkningen och av vårddagarna 2007



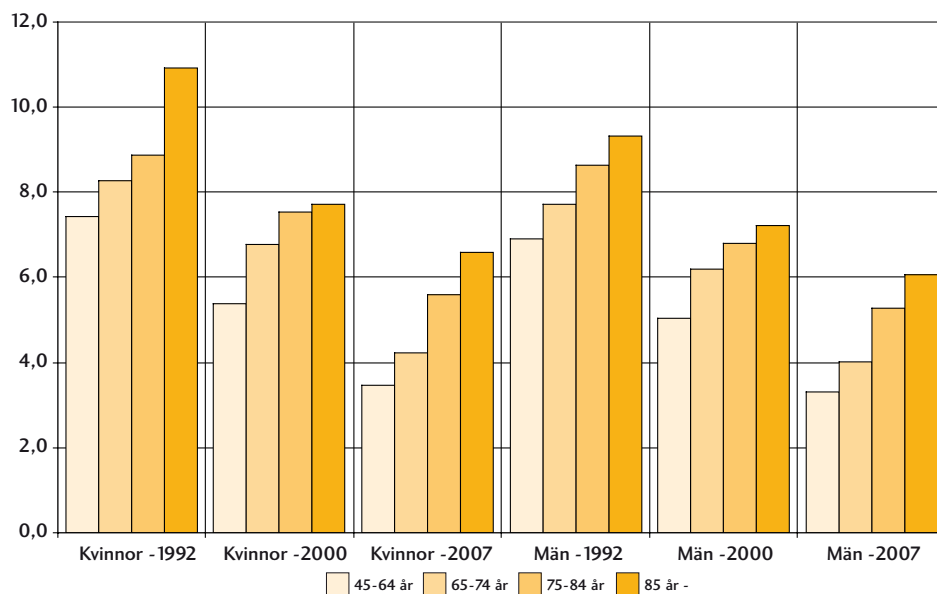
Den åldersgrupp som står för de flesta vårddagarna på sjukhus är gruppen 75-84 år. Även om konsumtionen av vårddagar är störst efter 85 år så är antalet personer i gruppen 75-84 år så mycket större att detta påverkar andelen konsumerade vårddagar.

6. Akut hjärtinfarkt. Vårdtillfällen per 100 000 invånare för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007



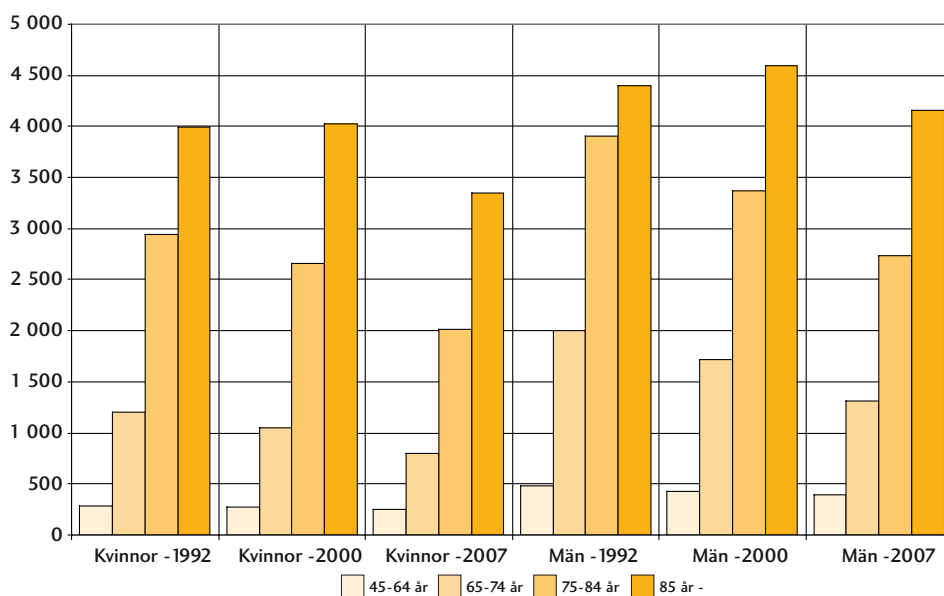
Män har högre risk att insjukna i hjärtinfarkt än kvinnor. Åldersgruppen över 85 år har kraftigt ökat sin andel av antalet vårdtillfällen pga hjärtinfarkt. Denna ökning av hjärtinfarktvård ses både bland män och bland kvinnor.

7. Akut hjärtinfarkt. Medelvårdtid för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007



Medelvårdtiden vid akut hjärtinfarkt har minskat kraftigt i alla åldersgrupper bland både män och kvinnor.

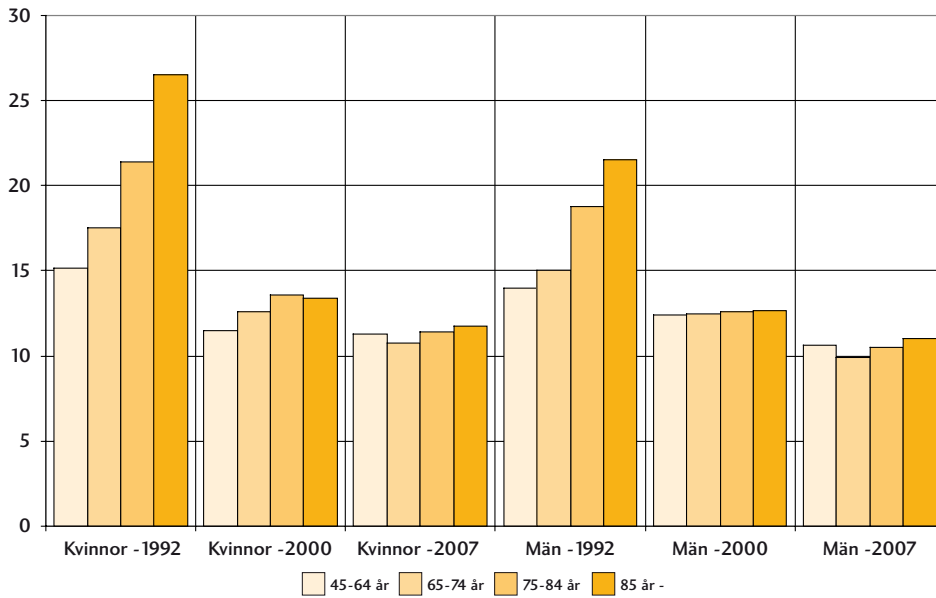
8. Stroke. Vårdtillfällen per 100 000 invånare för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007



Män insjuknar i strokesjukdom i högre utsträckning än kvinnor.

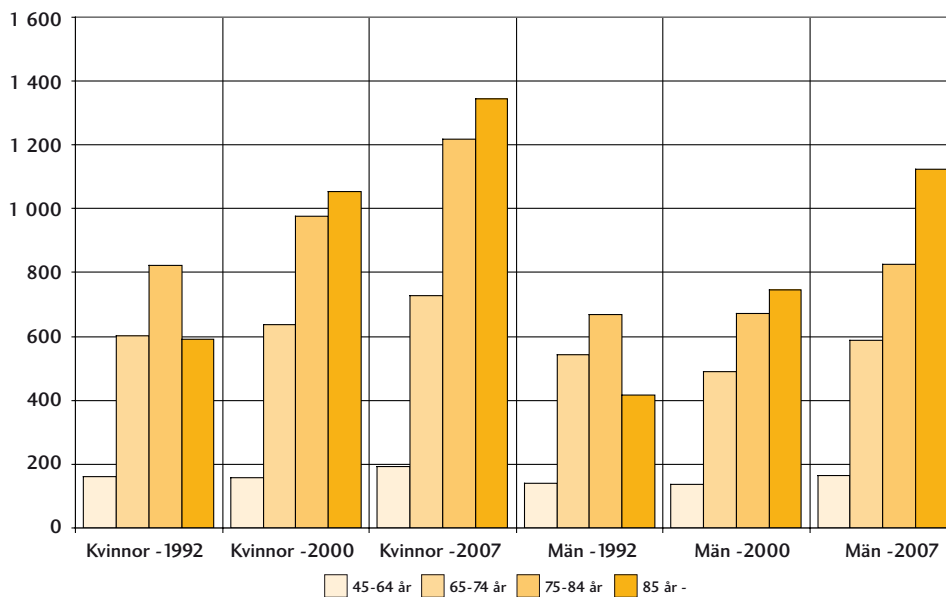
Antalet vårdtillfällen på grund av strokesjukdom har minskat bland både män och kvinnor i alla åldersgrupper.

9. Stroke. Medelvårdtid för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007



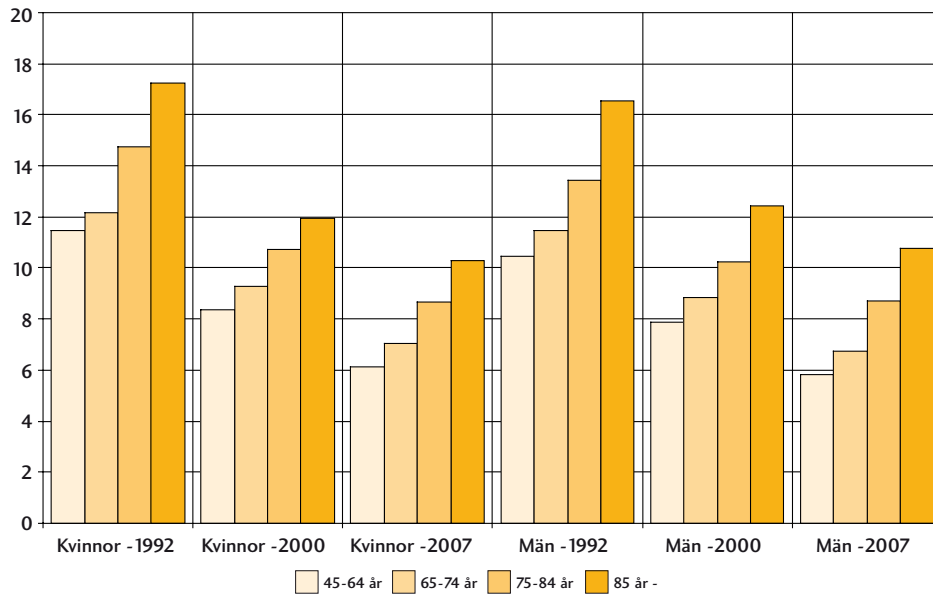
Medelvårdtiden vid stroke har minskat för både män och kvinnor i alla åldersgrupper. Under 2000-talet har medelvårdtiden vid stroke stabiliserats på en lägre nivå med samma vårdtid oavsett ålder och kön.

10. Total höftledsplastik. Vårdtillfällen per 100 000 invånare för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007



Total höftledsplastik är en vanligare behandling bland kvinnor än bland män. Antalet vårdtillfällen har ökat framför allt i de högre åldersgrupperna. Ökningen har skett både bland kvinnor och bland män.

11. Total höftledsplastik. Medelvårdtid för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1992-2007



Medelvårdtiden för total höftplastik har minskat kraftigt i alla åldersgrupper. Det finns ingen skillnad mellan könen men medelvårdtiden ökar med stigande ålder.

Appendix

Sjukhus i Sverige – en ögonblicksbild våren 2009

Denna tabell är en ögonblicksbild av de svenska sjukhusens innehåll våren 2009. Tabellen bygger på en enkät till landets hälso- och sjukvårdsdirektörer som kompletterats med uppgifter som finns på respektive landstings hemsida.

Ordet sjukhus finns inte definierat i Socialstyrelsens termkatalog. Det finns stora variationer i sjukhusens innehåll. Ordet sjukhus har ett stort symbolvärde och är trygghetskapande för befolkningen. Vid framtagande av denna lista har urvalet gjorts brett utifrån hur verksamheten presenteras gentemot befolkningen på Internet.

Tabellen visar att det pågår en process i landet där sjukhusens uppdrag förändras. Förändringarna går olika snabbt i olika delar av landet. Särskilda koncept för planerade operationer finns nu i 13 landsting från Skåne till Norrbotten. I de två regionerna Skåne och Västra Götaland har förändringarna gått snabbast och där har man i praktiken genomfört beslutade förändringar kring närsjukvård och planerade operationer på

ett strukturerat och systematiskt sätt. Stockholm är det län som har den största mångfalden av privata vårdgivare

Praktiska lokala lösningar för den nära vården utifrån de lokala förutsättningarna utvecklas på många håll. Demografi, geografi, tillgång till personal och tidigare erfarenheter av samverkan och olika lösningar är parametrar att ta hänsyn till i planeringen. En välfungerande samverkanslösning mellan kommun och landsting är Rosengården i Sandviken där kommun och landsting tillsammans driver en vårdavdelning för eftervård och rehabilitering. I Söderhamn finns ett nära samarbete mellan primärvård och kommun där vårdplatserna finns inom den kommunala korttidsvården. På andra håll som Fagersta och Sala är landstinget ensamt ansvarig för rehabiliteringsplatser på sjukhuset. Bland de normalstora landstingen är det idag endast Jönköping och Västernorrland som har 3 förlossningsenheter. Sjukhus med akutmottagning som stänger nattetid är också något som införts i några landsting.

Landsting	Sjukhus	Akuta op nattetid	Planerade op (ej akuta)	Nattöppen akut	Förlossning	Vårdplatser*
Stockholm	KS Solna	x		x	x	
	KS Huddinge	x		x	x	
	Södersjukhuset	x		x	x	
	St Göran	x		x		
	Danderyd	x		x	x	
	Södertälje	x		x	x	
	Norrtälje	x		x		
	Ersta			x		
	Sabbatsberg			x		
	Täby Närsjukhus			dagkirurgi		vpl saknas
Uppsala	Nacka		x			
	Löwenströmska		dagkirurgi			vpl saknas
	Uppsala	x		x	x	
Sörmland	Enköping		x samt akuta dagtid	x		
	Eskilstuna	x		x	x	
	Nyköping	x		x	x	
Östergötland	Katrineholm		x	x		
	Linköping	x		x	x	
	Norrköping	x		x	x	
	Motala		x	x		
	Finspång		dagkirurgi			vpl finns
Jönköping	Jönköping	x		x	x	
	Eksjö	x		x	x	
	Värnamo	x		x	x	
Kronoberg	Växjö	x		x	x	
	Ljungby	x		x		

* Noteringar avseende vårdplatser finns för de sjukhus som saknar operationsverksamhet i sluten vård.

Landsting	Sjukhus	Akuta op nattetid	Planerade op (ej akuta)	Nattöppen akut	Förlossning	Vårdplatser
Kalmar	Kalmar	x		x	x	
	Västervik	x		x	x	
	Oskarshamn		x	x		
Gotland	Visby	x		x	x	
Blekinge	Karlskrona	x		x	x	
	Karlshamn		x	x		
Skåne	Malmö	x		x	x	
	Lund	x		x	x	
	Helsingborg	x		x	x	
	Kristianstad	x		x	x	
	Ystad	x		x	x	
	Hässleholm		x			
	Trelleborg		x			
	Ängelholm		x			
	Landskrona		x			
	Simrishamn					vpl saknas
	Halland	Halmstad	x		x	x
Varberg		x		x	x	
Kungsbacka			x			
Västra Götaland						
Göteborg	Sahlgrenska	x		x		
	Östra	x		x	x	
	Mölnadal	x		x	x	
	Kungälv	x		x		
	Alingsås		x			
	Frölunda spec.sjh		x			
	Angereds Närsjh					under uppbyggnad
	Fyrbodals sjukhus					
Fyrbodals sjukhus	NU/Trollhättan	x		x	x	
	NU/Uddevalla		x	x		
	Lysekil					vpl saknas
	Strömstad					vpl saknas
	Dalslands sjukhus					vpl saknas
Södra Älvsborg						
Södra Älvsborg	Borås	x		x	x	
	Skene		x			
Skaraborg						
Skaraborg	Skövde	x		x	x	
	Lidköping	x		x		
	Falköping		x			
Värmland	Karlstad	x		x	x	
	Arvika	x		x		
	Torsby	x		x		

Landsting	Sjukhus	Akuta op nattetid	Planerade op (ej akuta)	Nattöppen akut	Förlossning	Vårdplatser
Örebro	Örebro	x		x	x	
	Karlskoga	x		x	x	
	Lindesberg	x		x		
Västmanland	Västerås	x		x	x	
	Köping		x	x		
	Fagersta					vpl finns
	Sala					vpl finns
Dalarna	Falun	x		x	x	
	Mora	x		x	x	
	Borlänge					ger vpl
	Ludvika		dagkirurgi	x		med o ger vpl
	Avesta			x		med o ger vpl
Gävleborg	Gävle	x		x	x	
	Sandviken		dagkirurgi			ger vpl finns**
	Hudiksvall	x		x	x	
	Bollnäs		x	x		
	Ljusdal					ger vpl finns**
	Söderhamn					vpl saknas
Västernorrland	Sundsvall	x		x	x	
	Härnösand					
	Örnsköldsvik	x		x	x	
	Sollefteå	x		x	x	
Jämtland	Östersund	x		x	x	
Västerbotten	Umeå	x		x	x	
	Skellefteå	x		x	x	
	Lycksele	x		x		
Norrbotten	Sunderbyn	x		x	x	
	Piteå		x	x		
	Kalix		x	x		
	Gällivare	x		x	x	
	Kiruna	op i beredskap	x	x		

** Vårdplatser gemensamma med kommun. med=medicin ger=geriatrik

Referenslista

Översiktliga rapporter

Landstingsförbundet. 2002. *Svensk Hälsa-och Sjukvård under 1990-talet*. ISBN 91-7188-713-X

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. 2004. *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser*. ISBN 91-7188-801-2

Sveriges Kommuner och Landsting. 2008. *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. ISBN 978-91-7164-363-6

Sveriges Kommuner och Landsting. *Aktuellt på äldreområdet 2008*. ISBN 978-91-7164-398-8

Kvalitetsregister

Nationella Kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. ISBN 978-7164-280-6 Sveriges Kommuner och Landsting. 2007.

Årsrapport 2007, RIKS-HIA, SEPHIA, SCAAR.
www.ucr.uu.se/rikshia

Svenska Höftprotesregistret. Årsrapport 2007.
www.hoftprotesregistret.se

Riks-Stroke, analyserande rapport för helåret 2007

Svenskt Bräckregister. www.incanet.se/Svenskt-Brackregister

Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2008

Svenska Reumatologi Register. www.swerre.se/cms/sv/home

Nationella Diabetesregistret. www.ndr.nu/ndr2

SENIOR alert. www.ucr.uu.se/senioralert/

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2008. ISBN 978-91-7164-387-2

Öppna jämförelser 2008, Vård och omsorg om äldre. ISBN 978-91-7164-406-0

Sveriges Kommuner och Landsting. 2007.

IT-utveckling

Nationell IT-strategi – tillgänglig och säker information inom vård och omsorg, Lägesrapport 2008, ISBN 978-91-633-2885-5

1177 Råd om vård på webb och telefon. www.1177.se

UMO Din nya ungdomsmottagning. www.umo.se

KLAMYDIA.se. www.klamydia.se

Effektiviseringsarbete

Sveriges Kommuner och Landsting. 2006. *Effektiviseringsstrategier i landstingen*. ISBN 91-7164-199-8

Sveriges Kommuner och Landsting, 2007, *Strategier för effektivisering*, ISBN 978-91-7164-276-9

Sveriges Kommuner och Landsting, 2008, *Six Sigma i hälso- och sjukvården*, ISBN 978-91-7164-351-3

Karolinska Universitetssjukhuset Årsberättelse 2008

Dagens Medicin 27/5 2009 Färre dog då treskift infördes

Statistik

SKL

SCB Statistikdatabasen

Socialstyrelsen Patientregistret

OECD 2008

Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård

Sveriges Kommuner och Landsting publicerar återkommande underlag för att värdera effektiviteten inom de områden som kommuner och landsting ansvarar för. Denna rapport beskriver landstingens arbete med att öka kvaliteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Den beskriver såväl vårdens strukturförändringar som förändringar av styrning och arbetssätt.

Juni 2009

TRYCKSAKER FRÅN SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

BESTÄLLS PÅ WWW.SK.LSE ELLER PÅ

TFN 020-31 32 30, FAX 020-31 32 40.

ISBN: 978-91-7164-465-7



118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50
info@skl.se, www.skl.se