

Myter och fakta om vården i Sverige

Förord

Vi har i Sverige en vård av högsta internationella klass! Vi har också en intensiv debatt om den svenska vården. Det är naturligt i välfärdssamhället att det är så. Vi ser också att en tämligen mörk medial bild växer fram. En bild som många olika aktörer bidrar till. Infallsvinklarna och motiven kan variera men sammantaget finns risk för att bilden bidrar till ett sjunkande förtroende för sjukvården i Sverige.

I debatten om vården är de negativa bilderna i majoritet och får stort medialt utrymme. Vi vet, och kan belägga med fakta, att vi har en vård i världsklass! Sverige är oförändrat ett av de allra bästa länderna att bli sjuk och gammal i. Vi har mycket goda medicinska resultat, och vi har höga resultat i mätningar av patienternas upplevelser av vården. Den positionen ska vi slå vakt om. Vi ska inte ha en förtroendekris för vården.

Med den här skriften vill vi bidra till en diskussion och en bild som skapar det förtroende som vården förtjänar.

Stockholm i juni 2014

Hans Karlsson

*Direktör avdelningen för Vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting*

Innehåll

Förord	3
Därför värnar vi en vård i världsklass	7
Trygghet och legitimitet	8
Framtidsyrken i framtidsbransch	8
Ingen tjänar på att svartmåla sjukvården	8
Myt 1. ”Svensk sjukvård – var god och dröj!”	9
Inga felaktiga prioriteringar	9
Viktigt trendbrott för väntetider	10
Fortsatt arbete för hållbar tillgänglighet	10
Patienter och medborgare nöjda med vården	11
Myt 2. ”Överbeläggningar hotar svensk sjukvård”	12
Flest överbeläggningar på vardagar	13
Minst överbeläggningar på julafton	13
Vårdskador måste minska	13
Myt 3. ”Vårdens kvalitet blir allt sämre”	15
Öppna jämförelser för förbättring	15
Hjärtsjukvård i världsklass	16
Cancersjukvård med utmaningar	16
Myt 4. ”Den ständiga läkarbristen”	18
Fler läkare och sjuksköterskor än OECD-snittet	18
Populära välfärdsjobb	19
Myt 5. ”Ekonomerna har tagit över vården!”	20
Begränsade ekonomiska resurser	20
Resurser kopplas till medicinska behov	21
Utmaningar – men också framtidstro	22
Från slutenvård till primärvård	22
De mest sjuka äldre med stora behov	23

Därför värnar vi en vård i världsklass

Bilden av svensk vård får en allt mörkare nyans. Framförallt är det en medial bild av ”svensk sjukvård i kris” som förefaller få allt starkare fäste.

De enskilda fallen av misslyckanden för vården har getts stort utrymme, och lett till generella slutsatser om vårdens tillstånd. Många aktörer inom vårdens område bidrar till, i allmänhet utifrån sina specifika intressen, den negativa bilden. Det gäller till exempel fackliga organisationer, patient- och anhörigföreningar, läkemedelsindustrin, politiska partier, vårdföretagen, medarbetargrupper som t.ex. ”läkaruppropet” och ”barmorskeupproret”.

Denna samlade negativa bild av vården i Sverige stämmer inte överens med den bild som Öppna Jämförelser (ÖJ), Nationell patientenkät (NPE), Vårdbarometern, nationella kvalitetsregister, internationella jämförelser m.m. visar.

Om inte rätt bild av vården kommer fram så finns det risk för att det resulterar i ett förtroendetapp för svensk sjukvård. Resultatet i förtroendebarometern¹ 2014 har försämrats jämfört med 2013. Andelen svenskar som uttrycker stort/ganska stort förtroende för vården har sjunkit från 57 procent till 46 procent.

Med den här rapporten vill vi bidra till en mer nyanserad bild av svensk vård, och i första hand den landstingsfinansierade sjukhus- och primärvården. Det handlar inte om skönmålning, inte heller om att ifrågasätta medias granskande uppdrag, att ifrågasätta enskilda patienters upplevelser eller att ifrågasätta olika aktörers rätt till opinionsbildning för respektive intresse.

¹ Förtroendebarometern mäter svenska folkets förtroende för ett urval centrala samhällsinstitutioner. Den genomförs av den så kallade MedieAkademien, en ideell förening med bred förankring i akademien, medierna och näringslivet.

Trygghet och legitimitet

Att värna förtroendet för svensk sjukvård är viktigt av flera skäl. Människor ska känna sig trygga när man söker vård. Men det handlar också om den offentligt finansierade vårdens legitimitet.

Medborgarna ska veta att deras skattepengar används på bästa sätt i vården. Självfallet handlar det också om medborgarnas och patienternas direkta förtroende för den vård de erbjuds. Valfriheten ger patienterna alltför många möjligheter att styra sin egen vårdkonsumtion. En ny patientlag på väg in stärker ytterligare patientens makt över sin egen vård. Då måste människor kunna bygga sina val på fakta.

Framtidsyrken i framtidsbransch

Bilden av vården har också en stark koppling till sektorns attraktivitet som arbetsplats och arbetsgivare. SKL:s prognoser visar att det behövs cirka 225000 nya medarbetare inom vård och omsorg fram till 2023. Det borde vara en självklarhet för vårdens medarbetare, men inte minst för våra ungdomar och studenter, att vården erbjuder en mängd framtidsyrken i en framtidsbransch

Arbetsglädje och motivation är lättare att uppnå på arbetsplatser som beskrivs och omtalas i positiva ordalag. Stolta medarbetare som uppträder som ambassadörer för vården torde rimligen smitta av sig i mötet med patienter. Motiverade medarbetare är lättare att engagera i utvecklings- och förbättringsarbete, något som också får effektivitetspåverkande resultat.

Ingen tjänar på att svartmåla sjukvården

Av dessa skäl har SKL gjort en analys av vilka som är de mer framträdande bilderna av vården i den debatt som pågår. I den här rapporten har vi koncentrerat oss till fem områden som framträder extra tydligt:

- Tillgängligheten till sjukvården
- Patientsäkerheten i sjukvården
- Ledning och styrning av sjukvården
- Att jobba i sjukvården
- Vårdens medicinska resultat

Är det verkligen så dåligt som den allmänna bilden ger sken av? Hur ser orsaks-sambanden egentligen ut? I den här skriften försöker vi reda ut begreppen och svara på dessa frågor.

Sjukvården kommer alltid att diskuteras, men diskussionen ska bygga på fakta, inte på dåligt underbyggda myter. Vi vill föra en diskussion som i längden gynnar alla intressenter av svensk sjukvårds positiva utveckling.

Ingen tjänar på en svartmåling av sjukvården i Sverige!

Myt 1. ”Svensk sjukvård – var god och dröj!”

Långa operationsköer inom olika specialiteter, svårt att få kontakt med läkare, lång väntan på provsvar, hopplöst att komma fram på telefon. Det är några bilder som fått stort genomslag genom åren. Tillgängligheten är det kanske mest omdebatterade området inom vården.

Men fakta är att det är ett område där många förbättrande insatser gjorts, med mycket goda resultat. I dag får de flesta patienter vård i tid. Resultaten har förbättrats betydligt jämfört med tidigare. Vårdgarantin följs i nio fall av tio.

Nationella åtgärder har satts in, till exempel Vårdgarantin och Kömiljarden. Men även lokalt inom landstingens sjukhus och vårdcentraler pågår en mängd aktiviteter för att öka tillgängligheten till vården.

Vårdgarantin 0-7-90-90 ifrågasätts dock ibland, framförallt inifrån vården, för att vara för fyrkantig. Kritikerna hävdar att den påverkar medicinsk prioritering och läkarnas beslutsmöjligheter negativt. Det hävdas att den inte hjälper äldre, multisjuka eller kroniskt sjuka patienter. Den beskylls även för att vara kostnadsdrivande och exkludera många sorters vård.

Inga felaktiga prioriteringar

Fakta är att ansvaret för bedömning och prioritering oförändrat ligger kvar hos läkarna. Först när läkaren beslutat om remiss till annan specialist eller behandling så utlöses garantin och tid för åtgärd beslutas i samråd med patienten.

För de äldre, multisjuka och kroniskt sjuka är vårdgarantin särskilt viktig, så att inte mera pådrivande, röststarka, grupper prioriteras före. De uppföljningar som gjorts visar att vårdgarantin inte har lett till felaktiga prioriteringar av vissa patientgrupper.

Vårdgarantin gäller all planerad vård. Den ska undanröja att patienter i onödan får vänta på vård som ska utföras. Tidigare drog en ofta omständlig hantering av köer stora resurser i form av sjukskrivningar, läkemedel och lindrande behandlingar. Dessutom blev det ett onödigt lidande för patienten, genom den oro som skapades i väntan på besked. Allt detta bidrog till att skapa missnöje med vården.

Hantering av väntelistor och kontakter med de väntande har varit ett stort merarbete för personalen. Arbetet med att uppfylla vårdgarantin har därför hos många vårdgivare lett till en förbättrad produktions- och kapacitetsplanering. Ett exempel är en mera långsiktig schemaplanering för hela året, vilket har dokumenterats skapa en bättre arbetsmiljö.

Viktigt trendbrott för väntetider

Under de senaste åren har decennier av problem med orimliga, ibland årslånga, väntetider inom vården sett ett trendbrott. Det återspeglas i Vårdbarometern² som visar att 85 procent av svenska folket tycker att vårdens väntetider är rimliga. En ökning på 15 procent sedan 2010.

Öppna jämförelser³ 2013 visar bland annat att i riket i genomsnitt:

- 90,7 procent av samtalen till vårdcentralerna besvaras samma dag
- 93,5 procent av patienterna väntar mindre än sju dagar på ett läkarbesök inom primärvården
- 90,7 procent av patienterna har väntat högst 90 dagar på sitt besök hos specialistvården
- 88,8 procent av patienterna har väntat högst 90 dagar på operation i specialiserad vård
- 70 procent av befolkningen känner till att det finns en vårdgaranti

Fortsatt arbete för hållbar tillgänglighet

Arbetet fortsätter i de flesta landsting med att utveckla och bibehålla en rimlig och hållbar tillgänglighet. Till exempel har landsting och regioner under senare år gjort stora satsningar på såväl utbildning som införande av nya sätt att organisera vården. Detta baserat på en systematisk kapacitets- och produktionsplanering, som nu börjar ge resultat.

Det handlar bland annat om mer långsiktig och gemensam schemaläggning för alla yrkesgrupper, och bättre fördelning av olika yrkesgruppers arbetsuppgifter. Men även förbättrad kommunikation med patienterna samt tätare och kvalitets-säkrad uppföljning av väntetider/ledtider, återbesök med mera.

² Vårdbarometern är en befolkningsundersökning om hälso- och sjukvården. Undersökningar görs två gånger om året. I Vårdbarometern deltar alla Sveriges landsting och regioner.

³ Öppna jämförelser genomförs inom en rad områden, som bland annat hälso- och sjukvården, socialtjänsten och äldreomsorgen. Syftet är att mäta medborgarnas nytta av verksamheten, genom att jämföra verksamheterna med varandra inom ett visst urval indikatorer.

Patienter och medborgare nöjda med vården

Det finns olika bilder av hur nöjda patienter och medborgare är med vården. Den som varit i kontakt med vården har ofta en mer positiv uppfattning om den.

Det finns fler olika typer av mätningar som belyser delvis olika aspekter på vården. Vårdbarometern är en årlig nationell befolkningsundersökning. Den mäter befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Nationell patientenkät (NPE) mäter patienters direkta upplevelse av den vård de fått.

Vårdbarometern för 2013 pekar på att 78 procent av befolkningen anser sig ha tillgång till den vård de behöver. Endast åtta procent tar helt avstånd från påståendet.

Vidare uttrycker 63 procent av befolkningen stort eller ganska stort förtroende för vården på vårdcentral, medan 69 procent har förtroende för vården på sjukhus. Det är dock viktigt att komma ihåg att det kan vara stora skillnader mellan olika landsting.

För sjukhusen i egna landstinget känner 69 procent av befolkningen stort eller ganska stort förtroende. Endast nio procent säger sig ha ganska eller mycket litet förtroende för det egna sjukhuset.

I nationella patientenkäterna, där patienternas verkliga upplevelser av vården mäts så är resultaten mycket goda. Nationella patientenkäterna varvar mätningar olika år, mellan specialistvård, öppen och sluten sjukhusvård och primärvård. Aktuell mätning 2013 gällde primärvård. Närmare 138 000 patienter besvarade frågor om bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta, vilja att rekommendera vården samt helhetsintrycket. Det så kallade PUK-värdet (den patientupplevda kvaliteten) ligger i genomsnitt på 80 av 100 när alla svar vägs samman, det vill säga ett mycket positivt resultat.

Myt 2. ”Överbeläggningar hotar svensk sjukvård”

Den ”hotade patientsäkerheten” är ett av de vanligaste uttrycken i debatten om sjukvårdens tillstånd i Sverige idag. Patientsäkerhet används som slagträ i diskussioner om bemanning, arbetstids- och lönefrågor. Överbeläggningar, vårdskador och hygienfrågor hör också hit.

Antalet vårdplatser kopplas mycket ofta till frågan om patientsäkerheten. Såväl vårdens personal som fackliga organisationer och allmänheten är engagerad i frågeställningar om hur många sängar som behövs i svensk vård. Utgångspunkt för diskussionen är genomgående att svensk sjukvård har skurit bort för många vårdplatser, med överbeläggningar och äventyrad patientsäkerhet som följd.

Detta är en myt.

Enligt SKL:s kartläggningar av disponibla vårdplatser, överbeläggningar och så kallade utlokaliseringar (där man vårdas på en annan avdelning än den som har det medicinska ansvaret), har antalet vårdplatser minskat från 25862 år 2008 till 24 927 år 2012. Under de senaste tio åren har minskningen varit totalt 3041 platser, vilket motsvarar 11 procent. Men minskningen har bromsats upp och åtta landsting har till och med utökat antalet vårdplatser något de senaste åren.

Fakta är samtidigt att definitionen på patientsäkerhet i modern sjukvård inte bygger på antalet vårdplatser. Ny teknik, nya läkemedel och moderna behandlingsmetoder gör att vårdtiderna på sjukhus har kunnat kortas ned.

Fakta är också att det inte finns någon korrelation mellan tillgång på vårdplatser och mängden överbeläggningar. I stort sett alla sjukhus har av och till överbeläggningar och det får betraktas som ofrånkomligt. Att kontinuerligt ha disponibla vårdplatser som täcker de mest extrema topparna i vården kräver resurser som är svåra att motivera över tid.

En genomsnittlig beläggning på ca 85-90 procent är gränsen för att ett sjukhus ska kunna hantera överbeläggningarna på ett effektivt sätt.

Flest överbeläggningar på vardagar

I media framställs oftast att överbeläggningarna är fler på helgerna, när bemanningen är mer sårbar.

Men fakta är att antalet överbeläggningar på våra sjukhus varierar mer med den planerade vården än med den akuta, det vill säga att överbeläggningar är mer förekommande på vardagarna än på helgerna.

Sommaren 2013 minskades antalet disponibla vårdplatser med ca 5 000 utan att antalet överbeläggningar ökade. Det betyder förstås inte att inte enskilda sjukhus eller avdelningar kunde få en ökad belastning.

Minst överbeläggningar på julafton

Ett talande exempel är att SKL:s kartläggning visar att julafton är den dag på året då det finns minst disponibla vårdplatser. Men det är också den dag på året som antalet överbeläggningar och utlokaliseringar är minst.

Det finns också en föreställning om att överbeläggningar främst drabbar de äldsta patienterna. Bilden är att de äldre är i majoritet i sjukhussängarna med betydligt längre vårdtider.

Fakta är att den vanligaste patienten, eller 22 procent, på vårdavdelningar är mellan 45 och 64 år. Gruppen som är 85 år och äldre står för tolv procent av antalet vårdtillfällen. Skillnaden i medelvårdtid mellan patienter som är 45 till 65 år och de allra äldsta, 85 år och äldre, är bara 1,5 dagar.

Vårdskador måste minska

Den största enskilda faktorn för att öka patientsäkerheten och frigöra vårdplatser är istället att minska vårdskadorna, där upp till var tionde patient drabbas. De beräknas kosta elva miljarder kronor om året. Det finns beräkningar som visar att omkring 50-70 procent av vårdskadorna skulle gå att undvika genom förbättrade rutiner och ökad följsamhet.

En minskning av vårdskadorna skulle få stor betydelse för en av de allra mest debatterade frågorna om vården, nämligen antalet vårdplatser vid landets sjukhus.

SKL, landsting, regioner och kommuner jobbar löpande med att stärka patientsäkerheten. Det sker inom ramen för en fyraårig överenskommelse mellan staten och SKL. Det handlar bland annat om att förebygga trycksår och stärka basala hygienrutiner och klädregler på våra vårdinrättningar.

Dessutom främjas patientsäkerheten av arbetet med nationella patientöversikten. Den syftar till att vårdgivare säkert ska kunna skicka patientinformation mellan sig, till exempel mellan olika landsting, mellan vårdcentraler och sjukhus och mellan kommuner och landsting. Det skapar trygghet för dagens rörliga medborgare om sjukvården snabbt kan få korrekt information. Detta oberoende av om patienten är på landet, jobbar någon annan stans än i hemkommunen eller av annan anledning inte finns nära sin ordinarie vårdgivare när sjukdom eller skada inträffar.

I den nationella överenskommelsen om patientsäkerhet så lyfts IT-verktygen i vården fram som väsentliga för att stärka patientsäkerheten.

Färre vårdskador får som naturlig följd höjd kvalitet i vården, frigjorda resurser, ökad tillgänglighet och minskat lidande för patienten.

Myt 3. ”Vårdens kvalitet blir allt sämre”

Hur mår svensk sjukvård egentligen? Sjunger de medicinska resultaten, och halkar svensk vård efter i internationella jämförelser? Den upplevelsen kan man få av rådande debatt, men fakta talar ett annat språk. Viktiga bakgrundsfakta är de mycket stora volymer som vården handlar om.

Svensk primärvård har över fyrtio miljoner besök årligen. Det sker i genomsnitt 57 100 läkarbesök dagligen, och 98 000 besök dagligen till andra kategorier i primärvården. Det sker över 800 000 operationer årligen i slutenvård, och 1 800 000 operationer årligen i så kallad dagkirurgi, det vill säga när patienten går hem samma dag som ingreppet utförts.

I internationella jämförelser används ofta så kallad åtgärdbar dödlighet som mått. Det gäller dödsrisken i diagnoser och åldersgrupper där hög dödlighet och brister i sjukvården kopplas samman.

När det gäller medicinska resultat så placerar sig Sverige bland de tio bästa av OECDs⁴ totalt 34 länder. För många mätindikatorer ligger svensk vård dessutom bland de fem bästa.

Medellivslängden, ett vanligt mått på god folkhälsa, är också den bland den allra högsta i världen, för både män och kvinnor.

Öppna jämförelser för förbättring

Det finns skillnader mellan landstingen när det gäller medicinska resultat och de redovisas löpande i Öppna jämförelser för hälso- och sjukvården. På övergripande nationell nivå har resultaten för de största sjukdomsgrupperna förbättrats över tid. Jämförelserna som visar på skillnader är tänkta att vara underlag för förbättringsarbetet i de landsting och regioner där vissa resultat är svagare.

⁴ OECD är en internationell organisation med 34 medlemsländer. Organisationen är ett forum för idé- och erfarenhetsutbyte och ett organ för analys och jämförelser inom alla områden som påverkar den ekonomiska utvecklingen.

Några exempel ur Öppna Jämförelser 2013:

- Dödligheten efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt har minskat med sju procent sedan 2008 och över 30 procent under hela 2000-talet.
- Femårsöverlevnad i bröstcancer har ökat med fem procent under 2000-talet och är nu nära 90 procent. För den andra stora cancerformen gäller att män med prostatacancer av mellan- eller högrisktyp, och som behandlas i botande syfte, har ökat från 30 till 58 procent under 2000-talet.
- Även femårsöverlevnaden i tjocktarmscancer har ökat med mer än tio procent sedan 1990-talet.
- Dödligheten efter förstagångsstroke minskar. Dessutom får numera 90 procent av strokepatienterna vård vid särskild strokeenhet.

Hjärtsjukvård i världsklass

Hjärt- kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till död, och en av de vanligaste orsakerna till invaliditet i Sverige. Inom den här sjukdomsgruppen är akut hjärtinfarkt den vanligaste dödsorsaken.

Risken att dö inom 28 dagar efter hjärtinfarkt är ett mått på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter en hjärtinfarkt. Det mäter även kvaliteten i hela vårdkedjan, från förebyggande till ambulansverksamhet och efterföljande vård.

I en jämförelse över de senaste 25 åren har andelen som dör inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt halverats. Och i en jämförelse med Storbritannien visar en sex år lång studie att dödligheten 30 dagar efter hjärtinfarkt är 30 procent lägre i Sverige än i Storbritannien.

I den ansedda medicinska tidskriften The Lancet hävdar forskarna bakom studien att 11 000 liv hade kunnat räddas om svensk hjärtsjukvård hade praktiserats i Storbritannien. Den stora skillnaden beror enligt forskarna på en högre och jämnare kvalitet i svensk hjärtsjukvård.

Av det svenska kvalitetsregistret Swedeheart⁵ framgår att kvaliteten inom svensk hjärtvård har ökat dramatiskt under de senaste 10-15 åren. Vården registreras noggrant, jämförs och resultaten publiceras offentligt till stöd för förbättringsarbetet.

Cancersjukvård med utmaningar

Cancersjukvården får stort medialt utrymme. Det är naturligt – cancer är en allvarlig, livshotande sjukdom som drabbar var tredje svensk. I princip alla svenskar kommer därmed i kontakt med sjukdomen. I medierna uppmärksammas ofta patientärenden där väntetiden blivit onödigt lång eller där handläggningen varit bristfällig på annat sätt. Det är bra att svagheterna lyfts fram, berättelserna hjälper oss att fokusera och ha patientens perspektiv i förbättringsarbetet.

⁵Swedeheart är ett nationellt kvalitetsregister för hjärtsjukvård som stöds av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Men det leder fel om man drar generella slutsatser av enskilda patientfall och det blir missvisande om dessa ger en samlad bild av att den svenska cancervården är dålig.

Fakta är att det skett en kraftfull utveckling av cancervården. Fler patienter botas och fler lever allt längre med sin cancerdiagnos. Femårsöverlevnaden i cancer låg under 50 procent 1970 och har nu ökat till 70 procent. Förklaringen är bättre diagnostik, sjukdomen upptäcks tidigare, och bättre behandlingsmetoder. En annan förklaring är att antalet cancerläkemedel ökat kraftigt.

Samtidigt fortsätter cancerfallen att öka. Det beror bland annat paradoxalt nog på vårdens framsteg inom andra områden. Fler överlever till exempel i hjärt- och kärlsjukdomar, och löper därmed större risk att drabbas av cancer senare i livet.

Aktuella beräkningar visar att antalet fall av cancer kommer att öka med mellan 2,5 och 2,8 procent per år. Därför är också ett omfattande nationellt strategiskt arbete igångsatt. Det samlade målet är att uppnå en patientfokuserad, jämlik, säker och effektiv cancervård i hela landet. Förebyggande arbete, utveckling av behandlingsmetoder, nationella riktlinjer och vårdprogram, koncentration av vårdåtgärder (nivåstrukturer) är några av uppgifterna för de sex regionala cancercentrum (RCC) som bildats. Svenska staten, SKL, landsting och regioner står bakom denna kraftsamling. Ett exempel på förebyggande åtgärd och tidig diagnostik är starten av en nationell screeningstudie av tarmcancer våren 2014. Tarmcancer är den tredje vanligaste cancerformen med hittills betydligt sämre överlevnadsresultat än för bröst- och prostatacancer.

Ett annat exempel på insats för ökad medicinsk kvalitet och bättre förutsättning för forskning är rekommendationen att koncentrera botande kirurgi vid penis-cancer till två sjukhus i landet.

Myt 4. ”Den ständiga läkarbristen”

Det finns en mängd uppfattningar om hur det är att arbeta i vården. Ofta lyfts det fram som ett faktum att Sverige har läkar- och sjuksköterskebrist. Vården under sommar och storhelger påstås närmast haverera med hotad patientsäkerhet som följd. Stafettläkarberoende och personalflykt till bland annat Norge hör också till bilder som återkommer. Frågor ställs också om hur attraktiva yrkena i vården är för ungdomar som ska välja studier och framtida yrkesbana.

Tillgången på läkare och sjuksköterskor är god i Sverige. Det har aldrig funnits så många läkare och sjuksköterskor per 100 000 invånare som idag. Det är också fler som kommer ut från de olika utbildningarna än tidigare.

Men stora framtida pensionsavgångar gör att det också kommer behövas fler nya medarbetare i vårdsektorn i framtiden. Jobben i vården är framtidsyrken med stora möjligheter. Stora satsningar görs också på utökningar av utbildningsprogrammen för läkare och sjuksköterskor. Utbildningarnas längd gör dock att det tar tid innan full effekt uppnås.

Fler läkare och sjuksköterskor än OECD-snittet

I Sverige visar statistiken att det finns 11,1 sjuksköterskor per 1000 invånare jämfört med OECD där snittet är 8,7. Mellan 1995 och 2010 ökade andelen sjuksköterskor med femton procent. Vi har 3,9 läkare per 1000 invånare jämfört med 3,2 för OECD.

Även om det totala antalet läkare och sjuksköterskor är tillräckligt så kommer det att vara svårt att rekrytera inom vissa specialiteter. Det kommer att kräva mer fokus på utbildningarna för att täcka de bristerna.

Bemanningsföretagen hjälper landstingen att besätta vakanta tjänster, framförallt gäller det läkare som hyrs in för att täcka brister på vårdcentraler och sjukhus i landsbygdsområden. SKL har tillsammans med landsting och regioner presenterat en plan för minskat beroende av bemanningsföretag i vården.

I diskussion hörs framförallt ekonomiska argument för detta, men fakta är att minskad inhyrd personal gagnar patientsäkerheten. Patienterna vill till exempel träffa samma läkare både före och efter operation. Patienterna vill också gärna ha en känd läkarkontakt på sin vårdcentral.

Det finns även ekonomiska argument för minskat intag av hyrläkare. Kostnaden för bemanningsföretag 2013 var totalt 2, 7 miljarder kronor, varav 90 procent avsåg läkare. Summan motsvarar dock inte mer 2, 2 procent av landstingens samlade lönekostnader.

Klart är att vården blir bättre om läkarna är fast anställda i den verksamhet där de arbetar. Kontinuiteten är viktig för patienten, för kvaliteten och för effektiviteten. Dessutom behöver läkare finnas långsiktigt i verksamheterna för att bidra till utbildning av unga läkare och andra yrkeskategorier i vården.

Det är de främsta motiven bakom den strategi för minskat beroende av bemanningsföretagen som SKL och landstingen gemensamt fattat beslut om.

Populära välfärdsjobb

Många unga är positiva till välfärdsjobb. Var tredje ung kan tänka sig att jobba inom hälso- och sjukvården. De anser att sjuksköterka och läkare är viktiga och betydelsefulla yrken. De betraktar dem även som roliga och utvecklande och vet att det finns relativt goda förutsättningar för framtida karriär- och utvecklingsmöjligheter. Detta framgår av rapporten "Jobb som gör skillnad" från SKL.

Både sjuksköterskeutbildningen och läkarutbildningen har ett högt söktryck och det finns ett stort intresse att utbilda sig inom dessa yrken. Professionerna inom hälso- och sjukvården kommer ha fortsatt goda framtidsutsikter på arbetsmarknaden.

I Socialstyrelsens prognoser som baseras på NPS-registret⁶ tittar man på både emigrerade leg sjuksköterskor och återinvandrande leg sjuksköterskor och det visar sig att dessa går jämt upp. Därför prognostiserar Socialstyrelsen med att ungefär c:a 300 sjuksköterskor per år emigrerar och c:a 300 återinvandrar.

Det är attraktivt att arbeta som läkare i Sverige. Bland läkare som arbetar i Sverige har 25 procent, enligt statistik från Socialstyrelsen, en utbildning från ett annat land och många är utrikesfödda. Antalet som har fått legitimation i Sverige och har en utbildning från annat EU/EES land har ökat de senaste åren.

⁶ NPS-registret, Nationellt planeringsstöd, är Socialstyrelsens verktyg för att på regeringens uppdrag göra en årlig bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång och efterfrågan på olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

Myt 5. ”Ekonomerna har tagit över vården!”

Dagens vårdpersonal tvingas ägna mer tid åt ekonomi och budgetfrågor än vård. Läkare påstås få ägna datorn större uppmärksamhet än patienten. Det talas också om ett dokumentationskaos, och förtroendekris för IT-lösningar i vården. Samtidigt som IT-utvecklingen i vården beskrivs som både nödvändig och viktig för ökad patientsäkerhet, tillgänglighet och effektivitet så förknippas den med motstånd i olika faser av införandet.

De olika så kallade prestationsbaserade ersättningssystemen diskuteras frekvent, bland annat om de kan missbrukas.

Här finns en komplex bild, som för närvarande ägnas en djupare analys i form av ett regeringsuppdrag till en särskild utredare för ökat resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. En viktig del av uppdraget går ut på att beskriva hur vårdens personal ska få minskad administrativ belastning till förmån för mer tid för patienterna.

Begränsade ekonomiska resurser

Stort utrymme i debatten har frågor om ledning och styrning, inklusive budgetfördelning, fått efter en uppmärksammat artikelserie i Dagens Nyheter härom året. Beskrivningar som att ”ekonomerna har tagit över vården” och att vårdens personal tvingas tänka mer på intäkter än sina patienter har fått stort genomslag i debatten.

- Vårdens resurser är begränsade, inte oändliga.
- Efterfrågan, och behov, av vård är konstant stor och ökande.
- Ny medicinsk teknik och läkemedel möjliggör i snabb takt allt mer avancerad, men också kostsam vård.

Gapet mellan vad vården kan åstadkomma och vad pengarna räcker till ökar. Då krävs ökad effektivitet genom högre kvalitet, liksom bättre styrning och ersättningssystem som stödjer de medicinska prioriteringarna. Bland annat så har den så kallade kömiljarden visat att ekonomiska styrmedel kan vara mycket effektiva.

Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet som bedrivs i en stor och omfattande organisation. Resursfördelning måste alltid kombineras med andra styrmedel som lagstiftning, yrkesetik, ledarskap, kvalitetsutveckling, uppföljning, utbildning, personalutveckling osv.

Resurser kopplas till medicinska behov

En tidigare modell med fast budgetram för sjukhus och kliniker, som räknades upp med pris- och löneökningar utan koppling till produktion, har i stort övergivits. Idag ska resurserna fördelas till olika vårdgrenar och olika organisatoriska enheter och nivåer, till egen regi eller via upphandling.

Landstingen behöver olika ersättningssystem för att utjämna skillnader som finns i t.ex. befolkningsstruktur och sjuklighet som påverkar behoven. Olika system används för att mäta till exempel mängden patienter, deras vårdbehov och vårdtyngd. Resurser kan också fördelas baserat på prestationer, som till exempel besök, eller utifrån uppnådda mål.

Det finns en bild av att ersättningssystemen kan manipuleras genom att man till exempel registrerar diagnoser och behandlingar som ger ”bättre betalt”. Prestationsbaserade ersättningssystem påstås kunna leda till att de professionella drivkrafterna och goda etiska värderingarna åsidosätts.

Enstaka fall av felaktiga diagnossättningar har upptäckts på senare tid men inget tyder på att detta är ett stort eller systematiskt problem. Socialstyrelsen utfärdar klassifikationer av sjukdomar, vårdåtgärder och diagnossättning i sjukvården. Det kan finnas ett utbildningsbehov som handlar om hur och när man sätter diagnoser och även behov av utbildning om ersättningssystemet.

Flera satsningar sker för att utveckla ett bättre samarbete mellan de som utformar systemen och professionen, patienter, företag som driver primärvård med flera. SKL stöder aktivt flera satsningar inom det området.

Utmaningar – men också framtidstro

Det finns alltså en rad uppfattningar, ibland myter, om tillståndet i svensk vård. För en säker utveckling av vården krävs dock korrekta fakta. Därför bedriver SKL tillsammans med andra aktörer ett fortlöpande arbete för att kartlägga vilka utmaningar som väntar svensk sjukvård och vad som kan göras för att bygga vidare på en trygg, effektiv och patientsäker vård i Sverige.

Flera internationella jämförelser visar att Sverige ligger i internationell topp till exempel när det gäller medellivslängd och åtgärdbar dödlighet.

När det gäller kvalitetsutvecklingen i svensk hälso- och sjukvård kan man följa Öppna jämförelser som redovisats årligen från 2006 och framåt. Där framgår, som konstaterats tidigare i rapporten, att Sverige till exempel kan visa mycket goda resultat inom hjärtsjukvård och strokevård, cancervård liksom vård av reumatism och multipel skleros (MS).

Till bilden av svensk sjukvård hör en föreställning om att vården utsätts för ständiga sparbetning. Detta är dock en myt. Svensk sjukvård har fått mer, inte mindre resurser, över tid. Däremot pågår ständigt omprioriteringar av sjukvårdens resurser på grund av den snabba utvecklingen av vården.

Från slutenvård till primärvård

Flera sjukdomar kan idag behandlas i öppen vård samtidigt som den slutna vården har blivit alltmer avancerad. Ökningen i primärvård har dock inte inneburit någon ”automatisk” avlastning för annan specialistvård.

Samtidigt har nämligen den specialiserade somatiska vården, dvs. sjukhusvård utom psykiatri, blivit allt mer vårdintensiv. Diagnostik och behandling sätts in snabbare och i ökad omfattning jämfört med tidigare. Vårdtiderna har blivit kortare för flertalet av alla slutenvårdens diagnosgrupper. De förkortade vårdtiderna har hållit tillbaka kostnadsutvecklingen samtidigt som kvaliteten på vården liksom vårdintensiteten har ökat.

I framtiden kan det emellertid bli svårt att minska vårdtiderna ytterligare. Detta betyder inte per automatik att kostnaderna kommer att öka snabbare i framtiden än vad de gör idag. Men det innebär definitivt en utmaning för vården. Trenden att föra ut den mindre högspecialiserade vården till den mindre resurskrävande öppenvården kommer att fortsätta. Det finns fortfarande stora skillnader mellan landsting och sjukhus hur vård fördelas mellan primärvård och slutenvård.

Några ytterligare framtidsfrågor för vården ska vi i korthet ange här. Förhoppningsvis ger det ytterligare bakgrundskunskap som kan bidra till en fortsatt nyanserad diskussion om vårdens utmaningar.

En oerhört viktig fråga i sammanhanget är förstås hur man kan finansiera en framtida hälso- och sjukvård. Idag är den största delen av hälso- och sjukvården finansierad av landstingen. I vilken utsträckning väljer vi en fortsatt solidarisk finansiering över skattsedeln, eller behöver den kompletteras med andra finansieringslösningar?

De mest sjuka äldre med stora behov

En annan utmaning för god och hållbar vård i framtiden är att vi blir allt fler äldre. Sålunda väntas år 2050 de äldres andel av befolkningen ha ökat från 17 procent till 25 procent. Befolkningen åldras, hälsan förbättras och livslängden ökar. Det är en positiv utveckling, men de höga åldrarna kommer också att medföra kraftigt växande behov av vård och omsorg. Med det följer stigande kostnader. Nya behandlingsmöjligheter inom hälso- och sjukvården gör att kostnadsökningen kan bli avsevärd. Hur detta ska finansieras, och vilka prioriteringar det kommer att krävas, är en politisk fråga som får allt högre dignitet.

Till denna bild hör de mest sjuka äldre. Det är en ökande grupp med stora behov av sjukvård och omsorg. Här krävs nya arbetssätt inom vård och omsorg utanför sjukhusen. Kontinuiteten i de många kontakterna som äldre har med landstinget och kommunen måste förbättras. Samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunal omsorg måste också bli bättre. En insatsförskjutning och omfördelning av kostnader från den slutna, och dyra, sjukhusvården till vård och omsorg utanför sjukhuset skulle innebära en stor kvalitetsförbättring för många av de sjuka äldre. Men även för anhöriga, närstående och för den personal som arbetar inom området. Och det skulle leda till minskade totala kostnader.

Myter och fakta om vården i Sverige

Det är ofta de negativa bilderna som dominerar i svensk vårddebatt. Sällan förmedlas bilden av en vård i värdsklass. Vi vet, och kan belägga med fakta, att vi har en vård i internationell toppklass! Sverige är ett av de allra bästa länderna att bli sjuk och gammal i. Vi har mycket goda medicinska resultat, och vi får höga betyg i mätningar av patienternas upplevelser av vården.

Den positionen måste vi slå vakt om. Men vi måste också slå vakt om *bilden* av vården. Annars riskerar vi en förtroendekris som är både olycklig och onödig. Med den här skriften vill vi bidra till en diskussion och en bild som skapar det förtroende som vården förtjänar.

Upplysningar om innehållet:
Olle Mannberg, olle.mannberg@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2014
ISBN: 978-91-7585-121-1
Tryck: LTAB

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN: 978-91-7585-121-1