

Vägen mot världsklass

SÅ FÅR VI EN BÄTTRE VÅRD FÖR PERSONER
MED LÅNGVARIGA SJUKDOMAR

*Samverkan kring en bättre vård för personer
med långvariga sjukdomar*



**Reumatiker
förbundet**



Innehåll

OM OSS	4
SAMMANFATTNING	5
INLEDNING	6
EN INTERNATIONELL JÄMFÖRELSE	
– DEN SVENSKA VÅRDEN ÄR INTE SÅ BRA SOM DET SÄGS	7
LÄKARE.....	9
PATIENTER.....	10
BEFOLKNINGEN.....	11
BRA KAN BLI MYCKET BÄTTRE	12
DET FINNS EN VÅRD I VÄRLDSKLASS – HÄR OCH DÄR	14
UTBILDNING STÄRKER PATIENTER OCH PERSONAL.....	14
NY TEKNIK KAN GE PATIENTER STÖRRE KONTROLL OCH SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR MYCKET BÄTTRE DELAKTIGHET.....	15
BRA UPPFÖLJNING OCH AKTIV ÅTERKOPPLING GER MER STÖD TILL DEM SOM VERKLIGEN BEHÖVER DET	16
SAMMANHÅLLEN VÅRD OCH SAMVERKAN MELLAN OLIKA AKTÖRER ORGANISERAR VÅRDEN PÅ PATIENTENS VILLKOR.....	16
ATT GE STÖD TILL EN FÖRÄNDRAD LIVSSTIL ÄR OFTA EN VIKTIG DEL AV EN FRAMGÅNGSRIK BEHANDLING	17
NYA ARBETSSÄTT KAN OFTA FRIGÖRA RESURSER OCH GÖRA ATT ALLAS KOMPETENS TAS TILLVARA.....	17
EN STÄRKT PRIMÄRVÅRD KAN SKAPA SAMMANHÅLLEN VÅRD NÄRA PATIENTEN	18
VÄGEN VIDARE.....	18
SEX FÖRSLAG PÅ HUR VI KAN FÖRBÄTTRA VÅRDEN FÖR PERSONER MED LÅNGVARIG SJUKDOM.....	19
<i>Gå från en strukturbaserad till personcentrerad vård.....</i>	19
<i>Patienten ska inkluderas i vården och ha rätt till en sammanhållen hälsoplan.....</i>	19
<i>Skapa och genomför patientutbildningar.....</i>	19
<i>Utveckla vårdens struktur för förbättrad uppföljning.....</i>	19
<i>Utveckla digitala verktyg och harmoniserad lagstiftning.....</i>	19
<i>Skapa en modell för interprofessionellt teamarbete.....</i>	19
BILAGA	20
LÄKARE.....	20
<i>Patientcentrering och samordning.....</i>	20
<i>Tillgång till vård.....</i>	20
<i>Tidsanvändning.....</i>	21
<i>IT-stöd.....</i>	22
<i>Syn på yrket och vården.....</i>	22
PATIENTER.....	22
<i>Aktiv medaktör och information.....</i>	22
<i>Själv följa och hantera sin sjukdom.....</i>	23
<i>Samordning och kontinuitet.....</i>	23
<i>Kost och levnadsvanor.....</i>	23
<i>Planering för svåra tillstånd.....</i>	23
BEFOLKNINGEN.....	24
<i>Övergripande erfarenheter.....</i>	24
<i>Erfarenheter av den egna mottagningen/läkaren.....</i>	24
<i>Information och delaktighet.....</i>	24
<i>Involvering av personer med kronisk sjukdom i vård och behandling.....</i>	24
<i>Hälsofrämjande samtal.....</i>	26
<i>Vård av psykisk ohälsa.....</i>	26

<i>Specialistsjukvård och akutsjukvård</i>	26
<i>Delaktighet och bemötande på sjukhus</i>	26
<i>Koordination och information</i>	26
<i>Samordning av vård mellan olika vårdgivare</i>	27

Om oss

Vi som står bakom denna rapport är Astma- och Allergiförbundet, Neuroförbundet, Reumatikerförbundet, Riksförbundet Hjärtlung, Diabetesorganisationen i Sverige och Storstockholms Diabetesförening. Rapporten har tagits fram inom ramen för **Samverkan kring en bättre vård för personer med långvariga sjukdomar**. Syftet med samverkan är att lyfta frågor som kan förbättra vården för personer med långvariga sjukdomar. Rapporten har tagits fram med ekonomiskt stöd från läkemedelsföretaget Sanofi.



Sammanfattning

Sverige har till måttliga kostnader en vård i världsklass. Oavsett politisk färg är uttalanden i stil med detta vanliga när svenska politiker beskriver svensk sjukvård. Beroende på vilket ämne som är aktuellt för dagen brukar det sedan komma ett tillägg om att – det finns fortfarande vissa utmaningar. De senaste åren, i synnerhet efter utredningen om "Effektiv vård", har utmaningarna kanske lyfts fram lite mer men i grunden finns det fortfarande en bild av att "det mesta" fungerar väl. Det är en bild som det finns anledning att modifiera. Det är inte bara så att det finns breda områden där Sverige i en internationell jämförelse presterar dåligt, det är också så att just dessa områden är centrala för de stora utmaningar som svensk sjukvård står inför. Bristerna finns inte på marginalen, de berör själva kärnan i vården. Och mer än något annat berör de vården av personer med långvarig sjukdom.

Med hjälp av data från OECD och den omfattande undersökningen International Health Policy Survey beskriver vi var den svenska hälso- och sjukvården är svag jämfört med andra länder. I huvudsak handlar det om brister när det gäller att sätta individen och patienten i centrum. Bristerna finns i de enskilda mötena men kanske framförallt i en oförmåga att organisera verksamheterna runt patientens behov. Men i en fördjupad analys visar vi också att det finns delar av svensk vård där det fungerar väl, där vi väl mäter oss med andra länder. Hur de verksamheterna kan se ut illustreras med en lång rad positiva exempel från runt om i landet.

Vi som står bakom denna rapport vill vara med och skapa en vård i världsklass för alla. Det kommer att kräva att också vården i sig bygger på ett samarbete där hälso- och sjukvårdens aktörer samverkar för att skapa en verkligt personcentrerad vård. En hälso- och sjukvård som ser hela människan och där patienterna ges utrymme att själva vara med och forma sin vård och sitt liv utifrån de egna behoven och möjligheterna. Där är vi ännu inte.

Inledning

"Vården av personer med mer än en kronisk sjukdom står för hälften av de samlade sjukvårdskostnaderna. Men vårdens nuvarande struktur och stödsystem gör det svårt för vårdpersonalen att ta ett helhetsansvar för patienterna. Det gör vården ineffektiv".

-Fredrik Lennartsson, generaldirektör för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Vården av personer med kroniska sjukdomar är en stor del av svensk sjukvård och för de patienterna är möten med vården ofta en stor del av vardagen. Hur väl den vården fungerar betyder mycket för både sjukvården och för personerna med långvariga sjukdomar. Det är här den stora potentialen för en mer effektiv vård och det är också här som det finns stora möjligheter till ett bättre liv för den stora grupp av oss som lever med en eller flera långvariga sjukdomar.

Samtidigt utgör vården av långvariga sjukdomar en särskild utmaning. Det räcker inte med att hälso- och sjukvården fungerar väl i det enskilda mötet, det enskilda ingreppet eller i en avgränsad behandling. Kvalitet uppstår i stället i en lång relation där det krävs en bra långsiktig samverkan mellan vården och den som lever med en långvarig sjukdom. Det blir särskilt viktigt vad som händer mellan möten och hur väl behandlingen kan bli en naturlig del av vardagen.

För personer som lever med en eller flera långvariga sjukdomar är det vanligt med kontakter med såväl primärvård som öppen specialistvård och akutvård under ett år.¹ Det ställer stora krav på vårdens aktörer att dela information och att samverka. Kvaliteten i vart och ett av mötena beror på hur det fungerar. Men hur många möten det blir och vad som kommer ut av dem beror också på vad som händer däremellan. Den patient som är väl utbildad i sin sjukdom och som har fått de nödvändiga verktygen för att ta hand om sig och vet vad hen ska vara uppmärksam på, vad som hjälper och vad som stjälper, den patienten kommer att ha färre och bättre möten med vården. Den patienten kommer att må bättre och leva bättre.

Det är givetvis ett grundläggande krav att det finns förutsättningar för snabb diagnostik, för rätt behandling, för bra uppföljning och för en god tillgång till kontakt med vården när det behövs. Där är vi långtifrån alltid i dag men det räcker inte heller hela vägen till en god vård. För det krävs att vården på allvar blir personcentrerad. Att individens behov och möjligheter sätts i centrum och att individen på allvar tillåts bli en medaktör som ges verktygen att efter förmåga ta kontroll över sin vård.

Vården av personer med långvariga sjukdomar skiljer sig i dessa avseenden inte från någon annan vård men hur väl den fungerar blir särskilt viktigt. Det är en så stor del av all vård och den är en så betydelsefull del av livet för de personer som berörs.

I den här rapporten sätter vi den svenska vården under luppen. Vi belyser var den brister med hjälp av internationella och nationella jämförelser och vi lyfter fram de glädjande ljuspunkterna med konkreta exempel från runt om i landet. Rapporten utgör en sammanställning av internationella och svenska jämförelser. Vår förhoppning är att den ska tjäna både som en väckarklocka och som inspiration. Den är en uppmaning. Det finns mycket att göra, mycket att förbättra men det behöver inte vara svårt eller dyrt och det kräver inte nödvändigtvis nya lagar eller pengar.

¹ Se t.ex. *VIP i vården?*, *Vårdanalys 2014:2* och *En primär angelägenhet*, *Vårdanalys 2017:3*

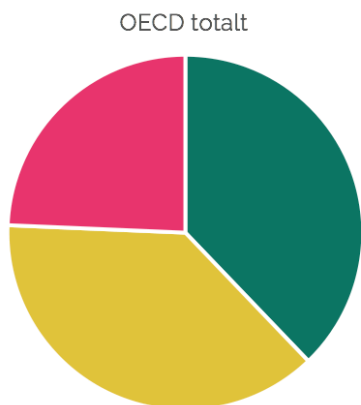
En internationell jämförelse – Den svenska vården är inte så bra som det sägs

Den bredaste jämförelsen av länders hälso- och sjukvård görs av Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD). De har under lång tid arbetat fram ett system med indikatorer som bland annat mäter kvalitet. Resultaten presenteras vartannat år i den stora rapporten "Health at a glance". När det gäller kvalitet brukar man redovisa ca 40 olika indikatorer inom åtta olika områden. Vi har gått igenom och bearbetat de 37 kvalitetsindikatorer där det finns svenska resultat.²

För att skapa en överskådlig bild av resultaten har vi rangordnat alla länder inom respektive indikator och delat upp dem i bästa, mellersta och sämsta tredjedelen. I diagram 1 presenteras Sveriges resultat sett över alla de 37 indikatorerna. Där framgår det att vi hör till den bästa tredjedelen inom 14 indikatorer, till den mellersta inom 14 och till den sämsta tredjedelen inom 9 indikatorer. Det finns en tendens till att ju närmare vi kommer indikatorer med stark koppling till vården av personer med långvariga sjukdomar desto sämre blir resultaten.

Diagram 1. Sammanställning av Sveriges position relativt andra länder i OECD:s kvalitetsindikatorer

I diagram 2 presenteras samma resultat nedbrutet på de åtta olika områden som OECD delar upp



sina indikatorer i. Där framträder en tydlig bild av Sveriges styrkor och svagheter i jämförelse med andra länder.

De bästa resultaten har vi när det gäller överlevnad i cancer. Där ligger vi i den bästa tredjedelen för alla de fyra indikatorer som finns. När det gäller vaccinationer och akutvård av livshotande tillstånd är det dominerande grönt, till viss del gult men inte för någon indikator rött. Vi undviker bottenplaceringar men är inte heller konsekvent i den bästa tredjedelen. Inom psykiatri och läkemedelsförskrivning inom primärvården är det i stället mittenplaceringarna som dominerar men inte heller här placerar vi oss i något fall i den sämsta tredjedelen. När det gäller förskrivningar är vi i den absoluta toppen när det gäller låg användning av antibiotika men sämre när det gäller att undvika lugnande mediciner till äldre.

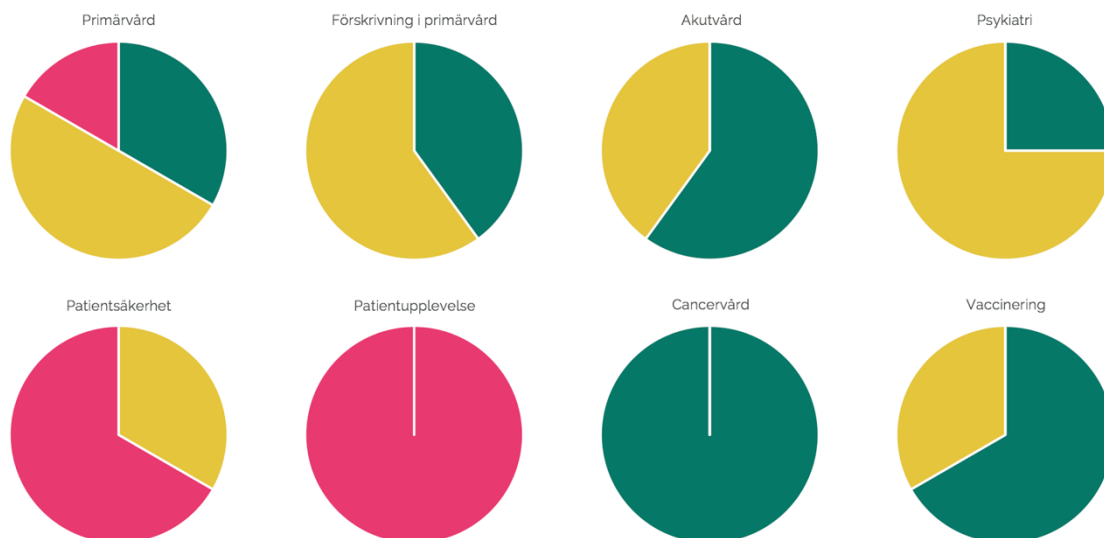
Inom primärvården är det gult och rött som dominerar. Dessa mått mäter framför allt inläggningar i slutenvård för kroniska sjukdomar. Endast för en av sex indikatorer tillhör vi den bästa tredjedelen.

Där det verkligen lyser rött är de två områden som rör patientsäkerhet och patientupplevelser. Patientsäkerhet beskriver förlossningsskador samt komplikationer och misstag vid vissa kirurgiska

² Data är hämtad från oecd.stats.org

ingrepp. Patientupplevelser handlar om hur väl läkaren förklarar, om man får tillräcklig tid med sin läkare, har möjlighet att ställa frågor och om patienten involveras i beslut om omvårdnad och behandling. I samtliga dessa fyra frågor ligger Sverige i den absoluta botten.

Diagram 2. Sammanställning av Sveriges position relativt andra länder i OECD:s kvalitetsindikatorer, uppdelat på ämnesområden



Även om OECD beskriver många områden blir det ändå ett snävt urval av indikatorer, bland annat eftersom man försöker inkludera så många länder som möjligt. Jämförelserna fångar därför bara delar av det som är avgörande för en bra vård av personer med långvariga sjukdomar.

Sverige deltar också sedan 2009 i den årliga undersökningen International Health Policy Survey (IHPS). Syftet med undersökningen är att bidra till en bättre förståelse av styrkor och svagheter i svensk hälso- och sjukvård. Jämförelsen omfattar tio välståndsmässigt likartade länder: Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA. I Sverige är det Myndigheten för vård och omsorgsanalys som hanterar undersökningen.

Undersökningen är en enkätundersökning som riktar in sig på primärvården och görs i ett rullande treårschema där varje år har en av tre målgrupper. Vi kommer här främst att redovisa resultat från de undersökningar som riktar sig till patienter som är 55 år och äldre samt till läkare inom primärvården.³ Redovisningen baserar sig på Vårdanalys färgklassificering av varje fråga där grönt betyder ett starkt resultat jämfört med de andra länderna, gult är likvärdigt och rött är ett svagt resultat.⁴

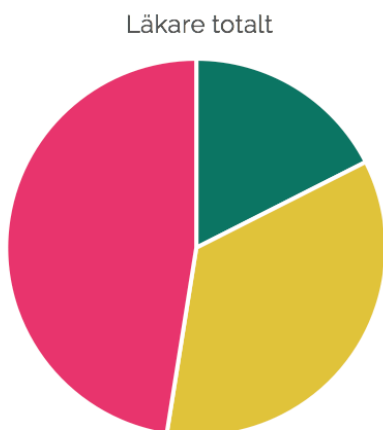
³ *Vården ur patienternas perspektiv, Vårdanalys 2014:11* samt *Vården ut primärvårdsläkarnas perspektiv, Vårdanalys 2015:9*

⁴ Samtliga frågor finns redovisade längst bak i rapporten

Läkare

De svenska läkarnas bild av den svenska primärvården är genomgående mer kritisk än i de andra länderna. I diagram 3 är resultaten för alla de 40 frågor som undersökningen innehåller sammanfattade. Det är dominerande rött och gult. Svaren fördelar sig på 19 röda, 14 gula och 7 gröna.

Diagram 3. Sammanställning av Sveriges position relativt andra länder i IHPS till läkare inom primärvården



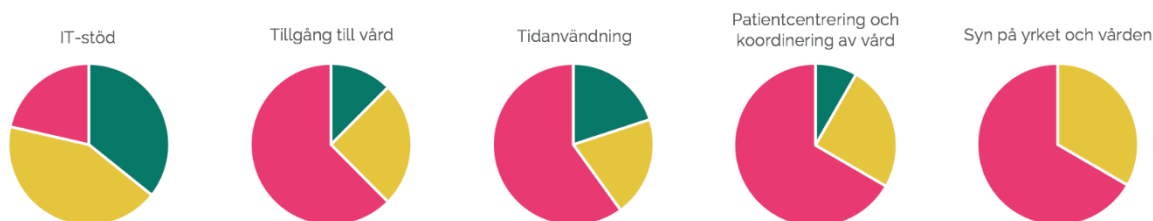
Vårdanalys sammanfattning av resultaten är att "det finns brister vad gäller flera aspekter av patientcentrering i vården som samordning, helhetssyn och kontinuitet jämfört med i de andra länderna i undersökningen. Samtidigt är resultaten i många av frågorna likvärdiga med dem i de andra länderna och det har också skett vissa förbättringar vad gäller exempelvis tillgänglighet, samordning och IT. På några områden visar Sverige starka resultat i internationell jämförelse, däribland ett par IT-funktioner, uppföljning av patientnöjdhet och att läkarna får återkoppling av verksamhetens resultat."⁵

I synnerhet när det gäller de områden som är i fokus för denna rapport finns det en klar förbättringspotential. Enligt läkarna har svensk primärvård långt kvar när det gäller patientcentrering. Bristerna gäller såväl kontinuitet som samverkan med patienterna när det gäller deras eget ansvar och vad de själva kan tänka på och göra mellan besöken. Jämfört med andra länder är det ovanligt med nedskrivna planer för egenvård och patienternas egna målsättningar. Det finns också brister när det gäller samverkan mellan olika vårdaktörer vilket gör att läkarna tycker sig ha svårt att samordna och planera vården. Jämfört med andra länder är det också en lägre andel av de svenska läkarna som tycker att deras organisation är väl förberedd för att hantera vården av patienter med flera kroniska sjukdomar. Till de starkare områdena hör mätning av resultat och återkoppling kring hur den egna verksamheten fungerar. Svenska läkare har också tillgång till relativt många IT-stöd, även om de är mer missnöjda än andra med hur de fungerar.

Frågorna i undersökningen är uppdelade i fem områden och i diagram 4 framgår resultaten fört vart och ett av områdena. Det finns många frågor kring patientcentrering och koordinering av vård och där är endast en av tretton frågor grön medan åtta är röda. Det område där vi har de bästa resultaten är IT-stöd, där återfinns fem av de sju frågor som får grönt. När det gäller tillgång till vård är det faktiskt ett område där resultaten har blivit bättre sedan senaste mätningen medan synen på hur väl svensk sjukvård fungerar har gått i andra riktningen. Svenska läkare spenderar relativt liten del av sin arbetstid med patienter och är missnöjda med hur länge de möter varje patient.

⁵ Vården ut primärvårdsläkarnas perspektiv, Vårdanalys 2015:9, sid 7.

Diagram 4. Sammanställning av Sveriges position relativt andra länder i IHPS till läkare inom primärvården, uppdelat på ämnesområden

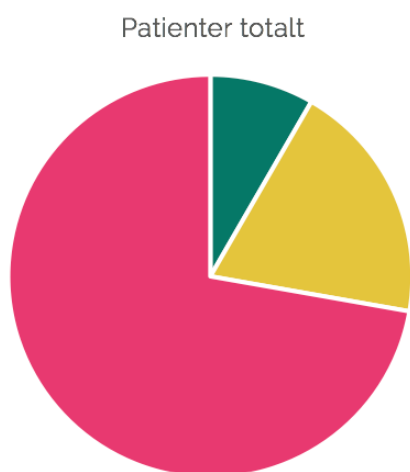


De tretton frågor som bygger upp området patientcentrering är centrala för vården av personer med långvariga sjukdomar. Det handlar om bristande kommunikation mellan öppen och sluten vård, om hur väl vården koordinerar med kommunala verksamheter, om hur väl förberedd man är att möta kroniker och om frånvaron av dialog kring egenvård och patienternas egna målsättningar samt kontakt med patienterna mellan besöken.

Patienter

Patientundersökningen vände sig till personer som är 55 år eller äldre, som har beskrivit sina erfarenheter från kontakter med vården. Totalt har drygt 7 200 svenskar deltagit. Sammanlagt innehåller den 36 frågor uppdelade på sex områden. Svaren fördelar sig på 3 gröna, 7 gula och hela 26 röda.

Diagram 5. Sammanställning av Sveriges position relativt andra länder i IHPS till patienter 55+



Patienternas bild överensstämmer i stor utsträckning med den som ges av läkarna. Också Vårdanalys sammanfattning är likartad "Vårdanalys har tidigare pekat på att en central svaghet i svensk hälso- och sjukvård är att den inte är tillräckligt patientcentrerad. Denna rapport bekräftar den bilden. Jämfört med andra länder i undersökningen utmärker sig Sverige genom att presentera svaga resultat på en rad områden som beskriver patientens erfarenheter av sina kontakter med vården."⁶

Den grundläggande bilden är att svenska patienter i låg utsträckning upplever sig involverade i den egna vården. I synnerhet för den som lever med en långvarig sjukdom är ju sjukdomen alltid närvarande medan det ofta går långt mellan mötena med vården. Då krävs det att man har

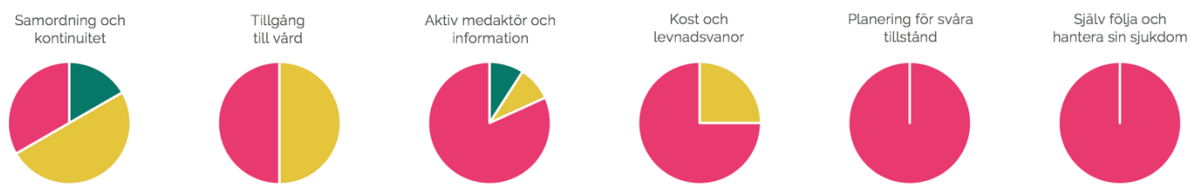
⁶ Vården ur patienternas perspektiv, Vårdanalys 2014:11, sid 9.

kunskap och möjligheter att sköta sin behandling rätt, att man vet vilka varningstecken man ska vara vaksam på och vilken roll levnadsvanorna spelar för hur sjukdomen utvecklas. Som framgår av diagram 5 nedan är det dominerande rött i de områden som tar upp dessa punkter.

Ett område som visserligen är mest gult och rött men där det ändå skett förbättringar är samordning och kontinuitet. Både läkare och patienter delar bilden att det finns någon att kontakta mellan läkarbesöken men de är också överens om att värden sällan på eget initiativ tar kontakt för att kolla upp hur det går.

När det gäller tillgång till vård är det starka kortet att avgifter inte är ett hinder. Däremot saknas ofta en fast läkarkontakt och väntetider samt tillgänglighet under kvällar och helger är låg.

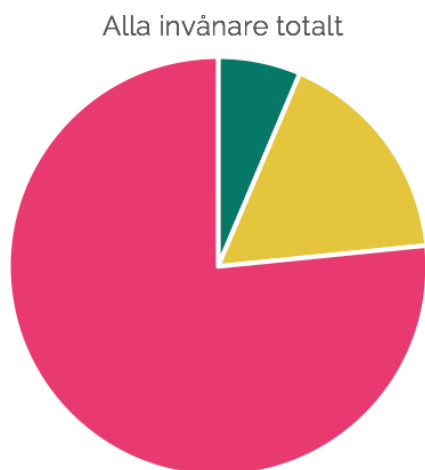
Diagram 6. Sammanställning av Sveriges position relativt andra länder i IHPS till patienter 55+, uppdelat på ämnesområden



Befolkningen

Inom ramen för IHPS vänder man sig också till alla vuxna invånare.⁷ Frågorna liknar i stor utsträckning de som finns i patientenkäten. Resultaten är också väldigt liknande. Sammanlagt innehåller den 46 frågor och 36 är röda, sju är gula medan bara 3 är gröna.⁸ Några av frågorna i den allmänna befolkningenkäten är också av lite bredare karaktär. Där får respondenterna bedöma den svenska sjukvården generellt. Där blir det tydligt att svenskarna har en mer kritisk syn på sitt lands sjukvård jämfört med medborgarna i de andra länderna, USA undantaget.

Diagram 7. Sammanställning av Sveriges position relativt andra länder i IHPS till hela befolkningen



⁷ Vården ur befolkningens perspektiv, Vårdanalys PM 2016:5

⁸ Här baseras färgerna på en egen bedömning eftersom Vårdanalys inte gjort någon karaktärisering. Färgerna baseras på var i rangordningen Sverige ligger men både i denna och de andra undersökningarna finns det frågor där det i absoluta tal skiljer mycket lite mellan grönt och rött. Spridningen mellan ländernas resultat är ibland mycket liten.

Bra kan bli mycket bättre

Vår genomgång av de olika internationella jämförelserna illustrerar det som också våra medlemmar ofta vittnar om. Även om det finns mycket som är bra i den svenska vården brister den alltför ofta just när det gäller att vara samskapande och sammanhållen. Patienterna involveras inte tillräckligt och vårdens olika aktörer klarar inte riktigt att organisera sig utifrån varje persons unika behov.

Som patientorganisationer arbetar vi mycket med utbildningar för våra medlemmar. Målet är att ta vara på den egna kraften och kunskapen, både i mötet med vården och i egenvården. I en personcentrerad vård av personer med långvariga sjukdomar, finns det en allians mellan vården och patienten där man tillsammans hittar vägen till ett bättre liv för den som lever med långvarig sjukdom. Men välutbildade patienter räcker inte om inte också vården tar sitt ansvar. Vi som står bakom denna rapport vill sätta ljuset på de brister som finns i dag men vi vill också vara med och ta ansvar för att hitta nya lösningar.

Det finns ibland en tendens i den svenska sjukvårdsdebatten att delvis förringa resultaten från IHPS-undersökningarna. Argumenten är dels att det är intervjuundersökningar som kan präglas av att förväntningarna i länderna är olika och dels att det är viktigare att följa konkreta medicinska utfall än att fråga om patienters och läkares upplevelser och bedömningar.

När det gäller det senare argumentet kan noteras att, som OECD-jämförelsen visar, inte heller mer renodlade utfallsmått ger en fullt så smickrande bild av resultaten i den svenska hälso- och sjukvården som det ibland framstår som i den svenska debatten. Men också att de fångar en begränsad del av de resultat som spelar roll. Femårsöverlevnad i cancer är bra och något vi ska vara stolta över men vi får samtidigt inte förringa viktiga patientupplevelser som mäter fundamentala faktorer för en god vård när det gäller många av våra stora och allvarliga folksjukdomar. Svensk sjukvård borde lyckas med både och. Även den uppmärksammade rapport som publicerades i *Lancet* i maj 2017 innehåller blandade resultat.⁹ Sverige placerade sig visserligen, tillsammans med fem andra länder, på fjärde plats i en ranking av hur väl olika länders hälso- och sjukvårdssystem bidrog till låg dödlighet i 32 olika sjukdomar/tillstånd – skillnaderna var dock väldigt små mellan ett stort antal länder. För de stora folksjukdomar som är i fokus för denna rapport fanns det både bra och dåliga resultat. Medan Sverige t.ex. låg bra till för högt blodtryck och cerebrovaskulär sjukdom tog vi oss inte in på topp 30 när det gällde diabetes eller KOL. Ett problem med studien är att den inte fullt ut kan kontrollera för förekomsten av de olika sjukdomarna. Australien har t.ex. väldigt dåligt resultat för hudcancer (ej melanom) men de sjukdomarna är också väldigt mycket vanligare där än i andra länder. På samma sätt kan Sveriges dåliga resultat för diabetes hänga ihop med att förekomsten är högre här än i andra länder.

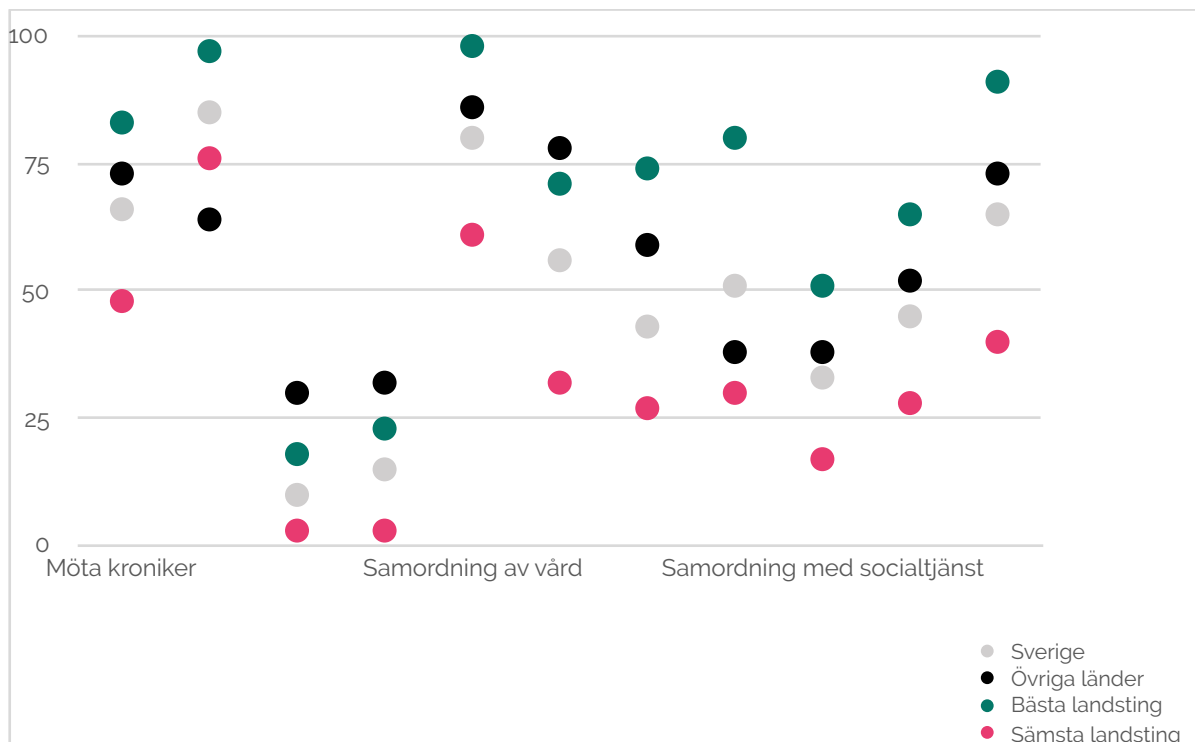
Vad avser kritiken mot att använda intervjuundersökningar kan det vara värt att poängtera att relativt få av frågorna i IHPS-undersökningarna gäller mer subjektiva värderingar. De gäller betydligt oftare frågeställningar där de som svarar faktiskt får svara på hur ofta eller sällan något inträffar. Huruvida jag till exempel har fått veta vilka symptom och tecken jag ska hålla koll på hemma eller inte är i mycket liten utsträckning fråga om en subjektiv värdering. I stället handlar frågorna i huvudsak om fullt jämförbara storheter och belyser fundamentala delar av vad som kan betraktas som en god och effektiv vård.

En jämförelse mellan Sverige som land och andra länder döljer dock det faktum att Sverige har 21 landsting och regioner. De svenska landsting som i olika avseenden ligger i topp inom Sverige kan ibland mäta sig väl med resultaten i andra länder. Av de tre IHPS-undersökningarna är det bara

⁹ Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015, *Barber, Ryan M et al., The Lancet, Volume 390, Issue 10091, 231 - 266*

den som riktar sig till läkare som konsekvent redovisas på landstingsnivå men där finns det åtskilliga frågor där spridningen mellan landstingen är så stor att de bästa ligger i en helt annan del av fördelningen än vad Sverige som helhet gör. Diagrammet nedan visar, utöver det svenska resultatet och genomsnittet för de övriga länderna, också resultaten för det bästa och sämsta landstinget. Frågorna är hämtade från området "patientcentrering och koordinering av vård" i den undersökning som riktar sig till läkare inom primärvården. Sett till resultatet för hela landet är åtta av frågorna röda och tre gula men det bästa landstinget ligger trots det bättre till än genomsnittet för de andra länderna i åtta av de elva frågorna.¹⁰

Diagram 8. Sammanställning av Sveriges position relativt andra länder i IHPS till läkare inom primärvården, området patientcentrering och koordinering av vår, Sverige, genomsnitt av övriga länder samt bästa och sämsta landsting.



Resultaten ovan är en illustration av att ett så decentraliserat sjukvårdssystem som det svenska förstås rymmer många olika verkligheter. När vi talar om vad som fungerar bättre eller sämre inom svensk vård är det därför viktigt att också fundera över var i vårt land som det finns bättre och sämre exempel.

Givet de stora skillnader som finns inom Sverige bör det finnas goda möjligheter att hitta exempel på en vård i världsklass inom landets gränser. Det finns rimligen en hel del att lära från de landsting som konsekvent visar upp goda resultat men också många enskilda goda exempel från alla delar av landet. Även i landsting med generellt sett svagare resultat finns det ofta enskilda ljuspunkter.

¹⁰ Området innehåller egentligen 13 frågor men för en av dem är landstingsresultaten inte redovisade så att de går att jämföra med de andra länderna och i en var redan rikets resultat grönt (den gäller om man mäter patientnöjdhet).

Det finns en vård i världsklass – här och där

Svagheter i den svenska vården handlar som vi har sett ofta om brist på delaktighet, samordning, kontinuitet och information. Här vill vi lyfta initiativ som på olika sätt har tagit itu med detta.¹¹ Det kan vara helt nya projekt som ännu inte är fullt etablerade och det kan vara väl etablerade verksamheter som har levererat bra resultat länge. Det de har gemensamt är att de visar på vägar att lösa de problem som finns inom ramen för de övergripande förutsättningar som råder. På punkt efter punkt går det att hitta enskilda verksamheter där verkligheten är en annan än den bild som framgår i de internationella jämförelserna av Sverige som helhet.

Många av exemplen visar tydligt på kopplingen mellan en mer patientcentrerad vård och goda medicinska resultat i olika avseenden. Det är närmast slående att tittar man bakom bra resultat i öppna jämförelser och andra liknande mätningar finner man ofta verksamheter som medvetet arbetat med att stärka patienterna och att involvera dem i deras egen behandling. Det är också uppenbart vilken stor potential det finns i ny teknik som både sprider information till fler och som möjliggör möten mer på patienternas villkor.

Långt ifrån alla av exemplen tycks bygga på några särskilda politiska initiativ, även om det finns sådana exempel också. Ofta handlar det om lokala förbättringsinitiativ som kommer ur verksamheternas egna ambitioner. Det visar hur viktigt det är att det finns utrymme för eget förbättringsarbete och att skapa det utrymmet är förstås delvis en politisk fråga. Samtidigt väcker det frågan om i vilken grad politiken har tillräckliga verktyg för att driva en utveckling och förändring av vården. Hur bör en landstingsledning agera för att återskapa de goda exemplen. Den politiska viljan finns nog ofta men ägnar man tillräcklig kraft åt att ta till sig det som är framgångsrikt och med vilken styrka driver man ett konsekvent förbättringsarbete.

Även om vi tecknar en relativt nedslående bild av den svenska vården av personer med långvariga sjukdomar som helhet finns det gott om ljuspunkter. Det är ingen nödvändighet att det ska se ut som det gör på många håll. En förändring är möjlig – överallt.

Utbildning stärker patienter och personal

Att ha god kunskap om den egna sjukdomen ger patienter bättre förutsättningar att sköta sin behandling men också en ökad trygghet och friare liv. I verksamheter som arbetar tillsammans med sina patienter för att stärka deras egen förmåga når man inte bara bättre följsamhet till behandlingar, ofta minskar också behovet av besök i vården. När jag har god kunskap om min sjukdom och behandling blir det lättare att värdera när det behövs ett nytt läkarbesök eller inte. Lika viktigt som välutbildade patienter är vårdteam där alla delar samma bild av verksamheten. Samspelat team ger samma budskap till patienterna och alla professioner kan bidra med sina unika kunskaper till vården.

Barn- och ungdomskliniken i Växjö har sedan flera år mycket goda resultat. Deras patienter har i stor utsträckning både låga och stabila blodsockervärden. Kliniken har varit pionjärer när det gäller arbete med barn som just fått diabetes. Metoden bygger på att utbilda barn och föräldrar, för att tidigt göra dem självständiga och kompetenta. De särskilda insatserna vid nyinsjuknandet följs av återkommande repetitionsutbildningar och det finns en tydlig plan för hur barnen med åren ska bli allt mer självständiga. Kliniken jobbar också mycket med att se till att samma budskap genomsyrar hela teamets arbete. Det senare är något som också lyfts fram från motsvarande klinik i Örnsköldsvik, som de senaste åren har haft de allra bästa resultaten när det gäller blodsocker. Exemplen visar på styrkan i att hela verksamheten är grundad i samma synsätt och den betydelse det kan ha att hjälpa patienterna till självständighet och god kunskap kring sin sjukdom.

¹¹ Beskrivningarna av verksamheterna är i huvudsak hämtade från ringla.nu, lokala och nationella medier samt allergia.se

Ett lite annorlunda exempel som gäller typ 2-diabetes är sajten typ2.se. Den är resultatet av ett samarbete mellan en diabetesläkare och en av hans patienter. De insåg att det behövdes bättre och mer lättillgänglig information om sjukdomen och vad som är viktigt att veta som patient. Sajten innehåller bland annat ett antal filmer som lyfter viktiga ämnen för personer med typ 2-diabetes. God kunskap om den egna sjukdomen är en fundamental nyckel till en bra kronikervård.

Ny teknik kan ge patienter större kontroll och skapa förutsättningar för mycket bättre delaktighet

Nya tekniska lösningar, inte minst på e-hälsoområdet, kan spela en oerhört stor roll för vården av personer med långvariga sjukdomar. De möjliggör en smidig löpande kontakt med vården utan att det alltid behöver betyda ett fysiskt besök, de kan ge patienterna nya förutsättningar att följa sin sjukdom och de kan skapa förutsättningar för en mer individualiserad behandling. Samtidigt uppstår nyttan på allvar först när vården också förändrar sina arbetssätt för att verkligen kunna dra nytta av den nya tekniken. Teknik är bara en möjliggörare men som sådan kan den bidra till bättre hälso- och sjukvård på de allra flesta av de områden som i dag brister.

Akademiska sjukhuset har öppnat Sveriges första virtuella diabetesmottagning för unga med typ 1-diabetes. Syftet är att patienterna ska kunna ha tätare kontakt med vården på ett sätt och på tider som passar dem. En pilotstudie visar att patienterna upplever bättre hälsa och har större koll på sina blodsockervärden.¹² Online-mottagningen har också en stödjande mobilapp. Erfarenheten inom diabetesvården är att tätare kontakt med sjukvården sänker långtidsblodsockret. Tätare besök på plats har dock sitt pris för patienten i form av transporter och frånvaro från skola eller arbete. Grundtanken med online-mottagning är att det ska bli lättare för unga med diabetes att nå sin diabetesmottagning.

Karolinska Universitetssjukhuset ligger långt framme när det gäller reumatikervård. Ett nytt projekt kallas "Patientens Egen Provtagning" (PEP). Patienter med reumatiska sjukdomar kan med hjälp av PEP hantera sina egna provtagningsremisser. E-hälsotjänsten gör det möjligt för patienten att generera sina egna remisser och boka provtagningen när det passar bäst. Provsvaren kommer direkt till patienten samtidigt som den matas in i journalen. Via PEP blir patienten mer delaktig i sin egen vårdkedja och patientsäkerheten ökar då patienten är en aktiv deltagare under en läkemedelsbehandling. Samtidigt frigörs resurser inom vården. PEP är en del av den nationella tjänsten 1177 och kan byggas ut till fler områden. Här finns det en färdig struktur som inte bara skulle kunna användas för reumatiker på fler håll i landet utan också för många andra grupper. Att själv kunna administrera provtagning skapar helt nya möjligheter till delaktighet i den egna behandlingen och en ökad kontroll över sin sjukdom.

Vid Astrid Lindgrens barnsjukhus har man tagit fram en särskild app för unga astmapatienter – Asthmaturer. Appen kommer med en bärbar spirometer, som mäter lungfunktionen, och kopplas trådlöst via Bluetooth till mobilen. Det ger patienterna tillgång till ett objektiva mätverktyg även mellan sina läkarbesök. Tekniken kan vara extra värdefull för föräldrar som ska behandla barn som inte alltid kan beskriva sina symtom. Alla är olika och det gäller även hur bra astmamedicinerna fungerar. Trots det får nästan alla mer eller mindre samma form av behandling, om än i olika doser. En följd är att endast varannan blir helt bra av dagens läkemedel. Genom att mäta även mellan läkarbesöken skapas förutsättningar för en mycket mer individualiserad behandling. Asthmaturer är ett av många exempel på hur nya verktyg kan hjälpa patienter att själva följa sin sjukdom och behandling.

Projektet "Vård i hemmet av KOL-patienter" syftar till att erbjuda patienter möjligheten att ha regelbunden kontakt med vården från hemmet. Istället för att åka till en vårdcentral eller till akuten

¹² <http://www.akademiska.se/press#/pressreleases/akademiska-oeppnar-virtuell-diabetesmottagning-foer-unga-1251587>

är tanken att KOL-patienten pratar med en så kallad vårdoperatör med hjälp av den surfplatta hen har hemma. Vårdoperatören är en utbildad sjuksköterska och fungerar som en länk mellan patienten och läkaren. KOL-patienten har tillgång till olika mätare och sensorer hemma, t.ex. en blodtrycksmätare och en våg, och får dessutom regelbundet fylla i ett frågeformulär om hur hen mår. All information finns sedan tillgänglig för vårdoperatören i rådgivningen. Vid behov kan vårdoperatören sammanföra patienten med behandlande läkare i ett videosamtal och även koppla in närstående i samtalet om så önskas. KOL-projektet är ett omfattande nationellt projekt som i grunden kan tillämpas på många kroniska sjukdomar. Det ger trygghet och enklare möten för patienten samtidigt som det har potential att spara resurser för vården.

Ett likartat projekt finns i Norrtälje. I ett pilotprojekt inom TioHundra, där man har testat det digitala hjälpmedlet Optilogg, har sjukhusinläggningarna av hjärtsviktpatienter mer än halverats.¹³ Dessutom känner sig patienterna tryggare. Hjälpmedlet har två delar: en våg och en pekador, som består av en liten skärm. Patienten väger sig varje morgon och vikten registreras i Optilogg. Utifrån viktförändringar, som kan tyda på att patienten binder vätska, kan denne ordineras en ökad medicinering. Var femte dag lägger patienten in andra uppgifter om sitt mående, som andfåddhet, trötthet och svullnad. Vid tecken på förvärring av tillståndet uppmanas patienten att kontakta sin vårdgivare. Inläggningar för just hjärtsvikt är det område inom primärvård där Sverige har sämst resultat i OECD:s jämförelser. Även i detta projekt visar det sig hur mycket som finns att vinna när patienter får stöd att följa sin sjukdom i vardagen. De svagheter som kan ses i enkätfrågor om detta har alltså en direkt koppling till högst påtagliga medicinska resultat. Men bättre kunskap om och kontroll över sin sjukdom och behandling har också stor betydelse för trygghet och livskvalitet i en vidare mening.

Bra uppföljning och aktiv återkoppling ger mer stöd till dem som verkligen behöver det

Alla patienter har inte samma förutsättningar och möjligheter. Behandlingar fungerar olika väl och vissa behöver mer stöd än andra. Sjukvården måste ha kapacitet att ge mer stöd till dem som behöver det. Det gäller även att kunna söka upp dem som kanske inte själva tar kontakt med vården. I de internationella jämförelserna faller Sverige rätt väl ut när det gäller att patienterna har någon att vända sig till mellan besöken men vi är sämre än andra länder på att ta kontakt och att följa upp dem som inte själva hör av sig.

Tätare kontakt med patienterna och bättre uppföljning är också receptet bakom en påtaglig förbättring av diabetesvården i Halland, i synnerhet när det gäller typ 2-diabetes. Där har man investerat både i instrument för bättre kontinuerlig mätning av blodsockret och i resurser och rutiner för att ta kontakt och coacha dem som har problem med sina värden.

Sammanhållen vård och samverkan mellan olika aktörer organiserar vården på patientens villkor

En sammanhållen vårdkedja där vården organiseras kring patienten är ofta avgörande för goda resultat. Samtidigt är den svår att få till stånd och dålig kommunikation mellan olika aktörer inom vården är en av svagheter i den svenska sjukvården.

Strokemottagningen på Köpings sjukhus har under flera år på raken utmärkt sig i kvalitetsjämförelser av strokevården. En orsak till de höga placeringarna är att alla delar i behandlingskedjan finns på mottagningen - från akutvården till rehabilitering och uppföljning.

¹³ Patient-centred home-based management of heart failure, Ewa Hägg Lund, Patrik Lyngå, Filippa Frie, Bengt Ullman, Hans Persson, Michael Melin, and Inger Hagerman, Scandinavian Cardiovascular Journal Vol. 49, Iss. 4, 2015

För patienter som drabbats av stroke kan det finnas vinster med en tidig utskrivning från sjukhuset och rehabilitering i hemmet men det förutsätter tillgång till multidisciplinära team som har rätt kompetens. Sådana team finns i Kalmar. Där har man sedan flera år byggt upp en prisbelönt verksamhet för hemrehabilitering riktad bland annat till strokepatienter. Arbetet i Kalmar är också ett exempel på hur specialkompetens inom rehabilitering samarbetar med hemtjänst och andra aktörer. Även detta är ett exempel på en sammanhållen lösning där vården och omsorgen samverkar över verksamhetsgränser utifrån patienternas och brukarnas behov.

Att ge stöd till en förändrad livsstil är ofta en viktig del av en framgångsrik behandling

Hur vi lever, vad vi äter, hur mycket vi rör på oss, hur mycket vi dricker eller röker, allt detta påverkar inte bara risken att drabbas av sjukdom utan också i stor utsträckning hur livet med en långvarig sjukdom ser ut. Vår livsstil har betydelse för hur väl olika behandlingar fungerar och hur många sjukdomar utvecklar sig. Ändå är den svenska vården dålig på att tala med patienter om detta. Jämfört med andra länder sker det förvånansvärt sällan, både läkare och patienter delar den bilden.

Reumatologivården i Västmanland faller väl ut i nationella jämförelser. Det är frukten av ett mycket medvetet arbete. Parallellt med införandet av biologiska läkemedel har reumatologikliniken genomfört flera andra förändringar. Kliniken har bland annat en livsstilmottagning, där patienterna får mer kunskap om sin sjukdom och livsstilens betydelse. För patienter med reumatism är det till exempel viktigt att inte röka. Rökare har inte bara en ökad risk att insjukna i ledgångsreumatism, de blir dessutom betydligt sjukare med sämre prognos och svarar mycket sämre på behandlingen än icke-rökare. Samtal om livsstilsfrågor är en av de punkter där Sverige som helhet kommer dåligt ut i de internationella jämförelserna men i Västmanland finns alltså ett gott exempel på motsatsen.

Nya arbetssätt kan ofta frigöra resurser och göra att allas kompetens tas tillvara

En av de stora utmaningarna för svensk hälso- och sjukvård är kompetensförsörjningen. Inom i stort sett alla landsting kämpar man varje dag för att hitta nyckelkompetenser till olika verksamheter. Det gäller förstås också vården av långvariga sjukdomar i allmänhet och kanske i synnerhet när det gäller neurologiska sjukdomar. Bristen på neurologer lyfts ofta som en orsak till dåliga resultatet när det gäller vården av neurologiska sjukdomar.

Västerbottens läns landsting har länge varit en förebild när det gäller vården av multipel skleros (MS). I Västerbotten har MS-sjuksköterskorna tagit över vissa av läkarnas arbetsuppgifter vilket gjort att mer tid frigjorts för patienterna. Omstruktureringen har gjort att Västerbotten är det enda landsting i landet som uppfyller samtliga kvalitetsmål som har upprättats av svenska MS-sällskapet. Genom att låta sjuksköterskorna ta över vissa av läkarnas arbetsuppgifter blir arbetet effektivare och mer tid kan läggas på patienten. Med snabb diagnos, tidigt insatt behandling och regelbundna uppföljningar hos neurolog med magnetkameraundersökningar kan många MS-sjuka arbeta och leva vanliga liv. Men fortfarande finns det stora brister på många håll. Arbetet i Västerbotten är ett exempel på att befintliga roller och ansvar inte behöver vara givna. Nyttänkande på det området är sannolikt en viktig del av lösningen på problemen med kompetensförsörjningen på många håll inom vården.

En stärkt primärvård kan skapa sammanhållen vård nära patienten

Att Sverige behöver en starkare primärvård har varit en ofta upprepad sanning i många decennier. Osäkerheten är större när det gäller hur det ska gå till. En av de tillgänglighetsfrågor där Sverige har svaga resultat gäller hur många som har en fast läkarkontakt. För många grupper med långvariga sjukdomar kan det vara ett problem att kontakten är splittrad mellan t.ex. den öppna specialistvården och en mer vardaglig kontakt med primärvården. En lösning kan vara att stärka specialistkompetensen kring vissa breda sjukdomar inom delar av primärvården.

Region Skåne har satsat på särskilt certifierade Astma-allergi-KOL-mottagningar. De är exempel på hur man även inom primärvården kan bygga specialiserad kompetens kring breda kroniska sjukdomar. Astma, Allergi och Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) är stora folksjukdomar som orsakar lidande och stora kostnader för samhället. Förekomsten av dessa sjukdomar ökar och patienterna tas huvudsakligen om hand i primärvården. De certifierade mottagningarna ska ha särskild kompetens inom området, de ska erbjuda patientutbildning och relevant livsstilsrådgivning samt säkerställa löpande kompetensutveckling. De ska också säkerställa och kunna visa att de följer de nationella riktlinjerna inom området. Särskilt certifierade vårdcentraler är ett sätt att stärka primärvården, något som är särskilt viktigt för många grupper med långvariga sjukdomar.

Vägen vidare

Den svenska hälso- och sjukvården har brister. De svagheter som syns i internationella jämförelser är inga marginalföreteelser. Brister i information, delaktighet, kontinuitet och samordning har stora kostnader, för patienterna och för vården. En bättre vård av personer med långvariga sjukdomar är ett måste i ett land med en snabbt åldrande befolkning. Samtidigt är den svenska vården full av goda exempel på vad som faktiskt kan göras. Där vården verkligen fungerar är det en vård i världsklass. Lösningarna finns, ute i landsting, på kliniker och vårdcentraler.

Det är väldigt sällan som de goda exemplen kräver mer resurser. Oftast är det snarare så att de leder till lägre kostnader. Det är inte heller så att de kräver en ny lagstiftning eller nya nationella initiativ och satsningar. Nya innovationer och goda exempel går att hitta hos såväl offentliga som privata vårdgivare. De finns i stora och små landsting, i glesbygd och i storstad.

Vad som möjligen saknas är ett tillräckligt politiskt fokus. Vårdens stora politiska frågor tenderar att vara andra än de vi behandlat i denna rapport. Det finns gott om medvetenhet om problemen men de har ännu inte hamnat högst på de politiska dagordningarna. Om de gjorde det kan det hända att vi snabbt skulle få se betydande förbättringar. Det är i grunden inte några svåra eller oöverstigligena reformer som krävs. Vi anser även att det finns en omognad i den politiska debatten, som tenderar att handla mer om överbudspolitik än om en vilja att skapa förutsättningar som leder till konstruktiva lösningar och innovation.

Sex förslag på hur vi kan förbättra vården för personer med långvarig sjukdom.

Dessa förslag har tagits fram i en workshop baserad på rapporten som genomfördes tillsammans med ett 40-tal ledande experter inom svensk hälso- och sjukvård. Bearbetningen och det slutliga urvalet har gjorts av de organisationer som står bakom rapporten.

Gå från en strukturbaserad till personcentrerad vård

Grunden för en bättre vård av personer med långvarig sjukdom är en övergång till verkligt personcentrerad vård. Målet är en vård som bygger på ett partnerskap där de professionella lyssnar på patienten och dess närstående och där man ser bortom diagnosen. Vården ska utgå och organiseras från individens förutsättningar och behov. Partnerskapet ska resultera i en gemensam hälsoplan som både tar itu med det sjuka och stärker det friska. En övergång till en personcentrerad vård utgör en grundläggande kulturförändring inom svensk hälso- och sjukvård.

Patienten ska inkluderas i vården och ha rätt till en sammanhållen hälsoplan

En personcentrerad vård förutsätter att patienten på allvar inkluderas i utförandet. Det i sin tur kräver tillgång till de verktyg som behövs. Skapa möjligheter till hemmonitorering och stöd till egenvård för ökad trygghet och självständighet. Patienten ska ha rätt till en sammanhållen plan med koordinator och enkel kontakt – så att alla har samma och en samlad bild av patientens hela situation. Utveckla också ett mer strukturerat sätt att slussa patienter rätt i sitt sökande, t.ex. efter sjukdoms-, läkemedels- och egenvårdsinformation. Upprätta kontrakt som definierar vad patienten respektive vården ska göra. Ge också patienten tillgång till all information om sin egen hälsa.

Skapa och genomför patientutbildningar

För att underlätta för patienter att vara delaktiga och ta mer kontroll över sin behandling behövs det bra utbildningar för nyinsjuknade. Det bör vara en naturlig del av vården att säkerställa att det finns och erbjuds patientutbildningar – de kan med fördel utföras av patientorganisationer. Utbildningarna bör också tas fram i nära samarbete med patienter och patientorganisationer. De ska vara för patienter av patienter. Underlätta organiserat erfarenhetsutbyte mellan patienter och stärk dem för ökad patientmakt.

Utveckla vårdens struktur för förbättrad uppföljning

Det behövs strukturerade uppföljningssystem som inte bara blir vårdens utan också individens instrument med t ex överenskomna vårdplaner som inkluderar uppföljning. Fastställ vad som ska följas upp, hur och för vem. Uppföljning ska alltid utgå från den enskilda individens behov och förutsättningar och informationen ska kunna ges på flera sätt (muntligt, skriftligt, nätbaserat). Skapa större tillgänglighet genom fler sätt för kontakt mellan patienten och vården.

Utveckla digitala verktyg och harmoniserad lagstiftning

Ny teknik skapar stora möjligheter för bättre uppföljning och kommunikation mellan patienten och vården. En grundläggande utgångspunkt måste alltid vara patienternas behov och integritet. Kartlägg och eliminera hinder i system, lagar och arbetssätt som stoppar eller bromsar möjligheten att använda ny teknik. Prioritera enkelhet och användbarhet vid utveckling av ny teknik. Säkerställ att ny teknik bidrar till en förenklad administration samt gör uppföljning systematisk med verktyg, möjlighet och lov för patienter att själv kunna lägga in data. Skapa IT-stöd som underlättar för provtagning och uppföljning i hemmet. Utveckla också exempelvis appar med artificiell intelligens som kan signalera när patienten är på väg in i en akut försämring. Ta vara på möjligheten att använda Big Data för att bygga ny kunskap.

Skapa en modell för interprofessionellt teamarbete

Skapa verkliga förutsättningar för interprofessionellt teamarbete där patienten är en del av teamet. Men det är inte patienten som ska behöva koordinera vården. De professionella aktörerna måste stärka sin förmåga att samverka och att dela information. Förbättra kunskapsstöd för att enkelt sprida kunskap. Ge sjukhusspecialister (läkare och andra professioner) möjlighet att bistå kollegor i primärvård och ge långvarigt sjuka snabbspår till specialistkompetens.

Bilaga

Läkare

Patientcentrering och samordning

34 % kontaktar patienter mellan besöken	Yellow
66 % är väl förberedda för att möta patienter med flera kroniska sjukdomar	Pink
85 % använder personal för uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar	Yellow
10 % ger rutinmässigt skriftliga instruktioner för egenvård till patienter med kroniska sjukdomar	Pink
15 % registrerar rutinmässigt patienters mål för egenvård i journalen	Pink
80 % samordnar uppföljande vård med sjukhus för patienter som skrivs ut	Pink
56 % får återkoppling om när deras patienter besökt specialistvården	Pink
43 % får information från specialistvården i lämplig tid	Pink
51 % kommunicerar regelbundet med kommunen om hemsjukvård	Yellow
33 % tycker att det är lätt att samordna insatser med socialtjänst	Pink
55 % har senaste månaden sett att en patient har fått problem eftersom vården inte var samordnad	Yellow
35 % har senaste månaden fått upprepa tester eftersom resultat inte var tillgängliga	Pink
88 % mäter patientnöjdhet	Dark Green

Tillgång till vård

31 % tycker att deras patienter får för lite vård	Pink
42 % säger att de flesta patienter kan få tid samma eller nästa dag	Pink
75 % säger att deras patienter har någonstans att söka vård utanför ordinarie öppettid	Yellow
94 % erbjuder hembesök	Yellow

55 % tror att deras patienter upplever svårigheter att få tillgång till specialiserade diagnostiska tester	
92 % tror att deras patienter upplever långa väntetider till specialistvården	

Tidsanvändning

Medianandelen av arbetstiden som läggs på direkt patientkontakt är 60 %	
41 % är nöjda med den tid de lägger på varje patient	
25 % tycker att datarapportering utgör ett stort problem i arbetet	
55 % får regelbundet information om vårdcentralens prestation	
56 % tycker att arbetet är mycket eller oerhört stressigt	

IT-stöd

37 % är nöjda med journalsystemet	
100 % kan skicka elektroniska recept till apotek	
97 % beställer laboratorietest elektroniskt	
Syn på yrket och vården	
91 % använder elektroniska varningar vad gäller läkemedel	
75 % är nöjda eller mycket nöjda med att arbeta som läkare	
67 % kan elektroniskt utbyta anamnes med läkare utanför vårdcentralen	
19 % anser att hälso- och sjukvårdssystemet på det hela taget fungerar bra	
77 % kan utbyta laboratorietester elektroniskt med läkare utanför vårdcentralen	
36 % tycker att kvaliteten på vården har försämrats senaste tre åren	
61 % har haft en patient vars journal inte var tillgänglig vid tidpunkten för patientens planerade besök.	
68 % kan via journalsystemet få fram lista över läkemedel en enskild patient tar	
Patienter	
82 % kan via journalsystemet ta fram lista över patienter efter diagnos	
Aktiv medaktör och information	
37 % kan via journalsystemet ta fram lista över patienter som står på tur för tester eller förebyggande vård	
cirka 70 procent av de som besökt specialist var involverade i beslut om behandling.	
52 % kan via journalsystemet ta fram lista över patienter som tar ett visst läkemedel	
cirka 60 procent av de som besökt specialist fick alltid / ofta veta	
behandlingsjournaler om förse patienter med anamnes	
drygt 50 procent fick information om symptom och självhjälp vid hemgång från sjukhus.	
20 % erbjuder patienterna möjlighet att ladda ner sin journal online	
61 % uppger att deras patienter kan maila dem med frågor.	
drygt 80 procent visste vem de kunde kontakta efter hemgång vid frågor.	
cirka 50 procent har haft läkemedelsgenomgångar med läkare eller farmaceut.	
knappt 80 procent har fått läkemedelslista över sina läkemedel.	
cirka 35 procent har fått information om läkemedlets biverkningar av läkare eller farmaceut.	
cirka 60 procent har fått information om varför de ska ta sina läkemedel vid hemgång.	
cirka 65 procent anser att ordinarie vårdpersonal alltid / ofta kände till deras sjukdomshistoria.	
cirka 80 procent anser att ordinarie vårdpersonal alltid / ofta förklarade på sätt som är lätt att förstå.	
knappt 40 procent anser att ordinarie vårdpersonal alltid / ofta uppmuntrade dem att ställa frågor.	

Själv följa och hantera sin sjukdom

cirka 70 procent anser att ordinarie vårdpersonal alltid / oftast tillbringar tillräckligt med tid med dem.	
drygt 30 procent har diskuterat målsättningen med vården av deras tillstånd med vårdpersonalen.	
cirka 45 procent har fått information om vilka symptom de ska ha uppsikt över och när de behöver vård igen.	
cirka 40 procent har en behandlingsplan som stöd i sin vardagliga behandling.	

Samordning och kontinuitet

45 procent anser att de fått hjälp att koordinera sin vård av sin ordinarie läkare när de behövt det.	
cirka 10 procent anser att specialistläkaren saknat information från ordinarie läkare vid besök.	
knappt 20 procent anser att deras ordinarie läkare inte varit informerad om besök i specialistvården.	
drygt 50 procent anser att ordinarie läkare var informerad om deras sjukhusvistelse.	
cirka 70 procent har någon vårdpersonal att kontakta mellan läkarbesöken för att ställa frågor.	
knappt 20 procent anser att det finns en vårdpersonal som kontaktar dem för att höra om allt fungerar.	

Kost och levnadsvanor

knappt 30 procent har talat med vårdpersonal om kostvanor.	
cirka 40 procent har talat med vårdpersonal om träningsvanor.	
cirka 60 procent har talat med vårdpersonal om rökningens hälsorisker för att sluta röka.	
cirka 10 procent har talat med vårdpersonal om saker som oroar / stressar dem.	

Planering för svåra tillstånd

30 procent har talat med närstående eller vården om vilken behandling de vill ha i händelse av svår sjukdom.	
5 procent har nedskriven plan om hur de vill ha det vid livets slut.	
drygt 5 procent har nedtecknat vem som ska besluta om behandling i deras ställe.	

Befolkningen¹⁴

Övergripande erfarenheter

Hur skulle du betygssätta den övergripande kvaliteten på sjukvården i Sverige?	
På det hela taget fungerar hälso- och sjukvårdssystemet bra, instämmer eller inte	
Andel som avstått från medicin, läkarbesök eller behandling på grund av kostnaden	
Andel som hoppat över tandvård eller tandläkarundersökningar på grund av kostnaden	

Erfarenheter av den egna mottagningen/läkaren

Andel med fast läkarkontakt	
Tillgänglighet till besök hos läkare eller sjuksköterska	
Tillgänglighet till vård på kvällar och helger utan att gå till sjukhusets akutmottagning	
Kontakt med ordinarie mottagning samma dag	
Läst sin hälsoinformation på nätet, t.ex. tester och labbresultat	
Skickat e-post till vårdcentral eller mottagning med medicinska fråga	
Övergripande bedömning av vården på den egna mottagningen	

Information och delaktighet

Brukar din läkare känna till viktig information om din medicinska historia	
Brukar din läkare tillbringa tillräcklig tid med dig	
Brukar din läkare involvera dig så mycket som du önskar gällande beslut om din vård och behandling	
Brukar din läkare förklara saker på ett sätt som är lätt att förstå	

Involvering av personer med kronisk sjukdom i vård och behandling

Brukar din läkare känna till viktig information om din medicinska historia	
Brukar din läkare tillbringa tillräcklig tid med dig	
Förutom din läkare, finns det en sjuksköterska eller annan personal som regelbundet är delaktig i din vård	
Har någon vårdpersonal diskuterat med dig vilka målsättningar eller prioriteringar som finns i din vård	

¹⁴ Vissa av frågorna har formulerats om något för att bli kortare.

Har någon vårdpersonal diskuterat dina behandlingsalternativ inklusive eventuella biverkningar	
Har någon vårdpersonal gett dig en skriftlig plan som hjälper dig att ta hand om din sjukdom	
Hur säker är du på att du kan kontrollera och hantera dina hälsoproblem	
Upplever du att du fått tillräckligt stöd från vårdpersonalen för att själv hantera dina hälsoproblem	

Hälsofrämjande samtal

Har du talat med vårdpersonal om en hälsosam diet och hälsosamt ätande	
Har du talat med vårdpersonal om träning eller fysisk aktivitet	
Har du talat med vårdpersonal om alkoholbruk	
Har du talat med vårdpersonal om saker i tillvaron som oroar dig eller orsakar stress	
Har du talat med vårdpersonal om hälsoriskerna med rökning och metoder att sluta	

Vård av psykisk ohälsa

Har du upplevt ångest eller stor sorgsenhet som du haft svårt att hantera på egen hand	
När du kände så kunde du få hjälp av vården	

Specialistsjukvård och akutsjukvård

Väntetid till specialist	
Väntetid till planerad kirurgi	
Väntetid på akuten	
Akutbesök som kunde skötts i primärvården	

Delaktighet och bemötande på sjukhus

Var du delaktig i beslut om vård och behandling	
Information om medicinering, varför ska du ta medicinerna	
Information inför utskrivning, vad ska du göra och hålla koll på hemma	
Behandlade läkarna dig med respekt	
Behandlade sjuksköterskorna dig med respekt	

Koordination och information

Hur ofta hjälper vårdpersonal till att koordinera eller planera vård	
Har du varit med om att testresultat eller journalanteckningar inte funnits tillgängliga vid ditt besök	
Har du fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal	
Har du varit med om onödiga test som redan gjorts	

Samordning av vård mellan olika vårdgivare

Har du mött en specialist som saknat grundläggande information från din ordinarie läkare	
Har din ordinarie läkare saknat information om den vård du fått hos specialistläkaren	
Har din ordinarie läkare/mottagning varit informerad om den vård du fått på sjukhus	
Efter utskrivning, ordnade sjukhuset så att du fick ett återbesök hos en läkare eller annan vårdpersonal	