



State of Health in the EU

Sverige

Landprofil hälsa 2017

Landsspecifika hälsoprofiler

Landsprofilerna ger en kortfattad, policyinriktad översyn över hälsa och hälso- och sjukvårdssystem i EU:s medlemsstater. Varje lands särdrag och utmaningar lyfts fram i profilerna. De är avsedda att hjälpa medlemsstaterna att fatta evidensbaserade beslut.

Landsprofilerna har tagits fram gemensamt av OECD och *European Observatory on Health Systems and Policies* i samarbete med Europeiska kommissionen. Värdefulla kommentarer och förslag har också inkommit från medlemsstaterna och från nätverket *Health Systems and Policy Monitor*.

Innehåll

1 • ÖVERSIKT	1
2 • HÄLSA I SVERIGE	2
3 • RISKFAKTORER	4
4 • HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET	6
5 • HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMETS PRESTATION	8
5.1 Vårdresultat	8
5.2 Tillgänglighet	11
5.3 Anpassningsförmåga	13
6 • SLUTSATSER	16

Data- och informationskällor

De data och upplysningar som presenteras i landsprofilerna är till största delen hämtade från den officiella statistik som länderna rapporterat in till Eurostat och OECD. All information validerades i juni 2017 för att säkerställa högsta möjliga kvalitet i fråga om informationens jämförbarhet. I Eurostats databas och OECD:s hälsodatabas hittar du mer information om de källor och metoder som använts vid insamling och hantering av dessa data. Vissa data har också samlats in från *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), undersökningarna om hälsobeteende bland barn i skolåldern (HSBC), Världshälsoorganisationen (WHO) samt andra nationella källor.

EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde för de 28 EU-medlemsstaterna om inte annat anges.

Om du vill ladda ner en Excel-fil med samtliga tabeller och diagram ur denna landsprofil skriver du in följande StatLinks i din webbläsare: <http://dx.doi.org/10.1787/888933623590>

Demografisk och socioekonomisk kontext i Sverige, 2015

		Sverige	EU
Demografiska faktorer	Befolkning (i tusental)	9 799	509 277
	Andel av befolkningen över 65 år (%)	19,6	18,9
	Fertilitet ¹	1,9	1,6
Socioekonomiska faktorer	BNP per capita (euro PPP ²)	35 700	28 900
	Relativ fattigdom ³ (%)	8,0	10,8
	Arbetslöshet (%)	7,4	9,4

1. Antal barn som föds per kvinna i åldern 15-49 år.

2. Köpkraftsparitet (PPP) används för att räkna ut vilken växelkurs som krävs för att olika valutor ska ha samma köpkraft, genom att prisskillnader mellan länder elimineras.

3. Andel av befolkningen som lever på under 50 % av den ekvivalerade disponibla medianinkomsten.

Källa: Eurostats databas.

Ansvarsfriskrivning: De åsikter och synpunkter som uttrycks i detta dokument är författarnas egna och återspeglar inte nödvändigtvis åsikterna hos OECD eller dess medlemsländer, European Observatory on Health Systems and Policies eller någon av dess partner. De synpunkter som presenteras i dokumentet ska inte på något sätt anses återspegla Europeiska unionens officiella ståndpunkt. Detta dokument samt alla data och kartan i detta påverkar inte något territoriums status

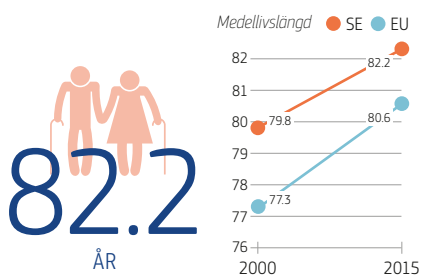
eller suveränitet, dragningen av internationella gränser eller namnet på några territorier, städer eller områden.

Ytterligare ansvarsfriskrivningar för WHO finns på: <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

1 Översikt

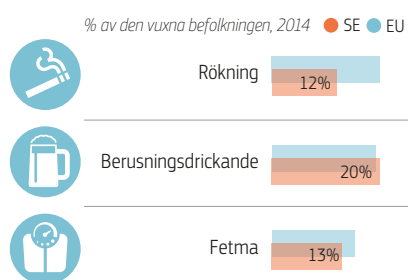
Medellivslängden i Sverige är bland de högsta i EU. Både män och kvinnor har fler förväntade friska levnadsår framför sig vid 65 års ålder än i något annat EU-land. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kännetecknas av omfattande ekonomiska och personella resurser. Trots detta har det visat sig vara svårt att stärka vården och samordningen mellan olika vårdgivare och vårdnivåer för att bättre tillgodose den åldrande befolkningens behov.

Hälsostatus



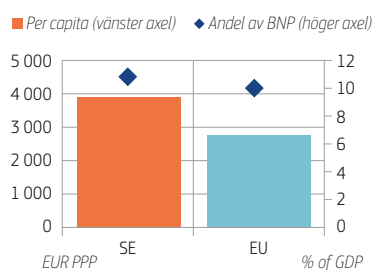
Medellivslängden var 82,2 år 2015, vilket är nästan 2,5 år mer än 2000. Denna siffra är högre än EU-genomsnittet. Ökningen beror främst på minskad dödlighet efter 65 års ålder. Färre personer avlider på grund av stroke, men dödstalen ökar för Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar.

Riskfaktorer



Endast 12 % av den vuxna befolkningen i Sverige röker varje dag – jämfört med 19 % år 2000 – vilket är den lägsta siffran bland alla EU-länder. Alkoholkonsumtionen per vuxen har gått upp, och en femtedel av alla vuxna uppger att de regelbundet dricker en större mängd alkohol. Fetma bland vuxna har också ökat, men ligger kvar under EU-genomsnittet. Många riskfaktorer är mer vanligt förekommande bland låginkomsttagare och lågutbildade, vilket bidrar till att skapa ojämlikhet i hälsa.

Hälso- och sjukvårdssystemet

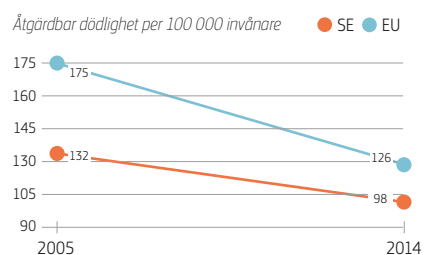


Räknat i andel av BNP ligger Sverige på tredje plats i EU vad gäller hur stora medel som går till hälso- och sjukvården (11,0 % 2015 jämfört med EU-genomsnittet på 9,9 %) och på femte plats när det gäller belopp per capita (3 932 euro jämfört med EU-genomsnittet på 2 797 euro). 84 % av all hälso- och sjukvård finansieras med skattemedel, vilket också är högre än EU-genomsnittet (79 %). Frivilliga sjukförsäkringar utgör en liten men snabbt växande del av finansieringen.

Hälso- och sjukvårdssystemets prestation

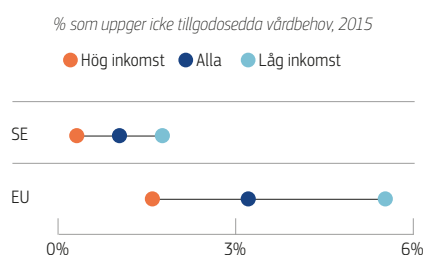
Vårdresultat

Den åtgärdbara dödligheten i Sverige är lägre än i de flesta andra EU-länder, vilket tyder på att hälso- och sjukvården har en god förmåga att undvika dödsfall från behandlingsbara tillstånd.



Tillgänglighet

Väntetider och vårdsamordning är fortsatt problematiska, men tillgången till vård är överlag god i Sverige: relativt få personer uppger att de har icke tillgodosedda vårdbehov, även om detta varierar något i olika inkomstgrupper.



Anpassningsförmåga

I Sverige finns ett stort antal läkare och sjuksköterskor, men vårdpersonalens arbete organiseras inte alltid på det effektivaste sättet. En omfattande omfördelning av resurser och verksamhet – från sluten vård till öppen vård – har pågått under en längre tid. Primärvården behöver dock stärkas ytterligare.



2 Hälsa i Sverige

Medellivslängden ökar och är fortfarande bland de högsta i EU

Medellivslängden i Sverige har ökat med nästan 2,5 år mellan 2000 och 2015, till 82,2 år (se diagram 1). Landets medellivslängd är nu 1,6 år högre än EU-genomsnittet, och den femte högsta i EU.

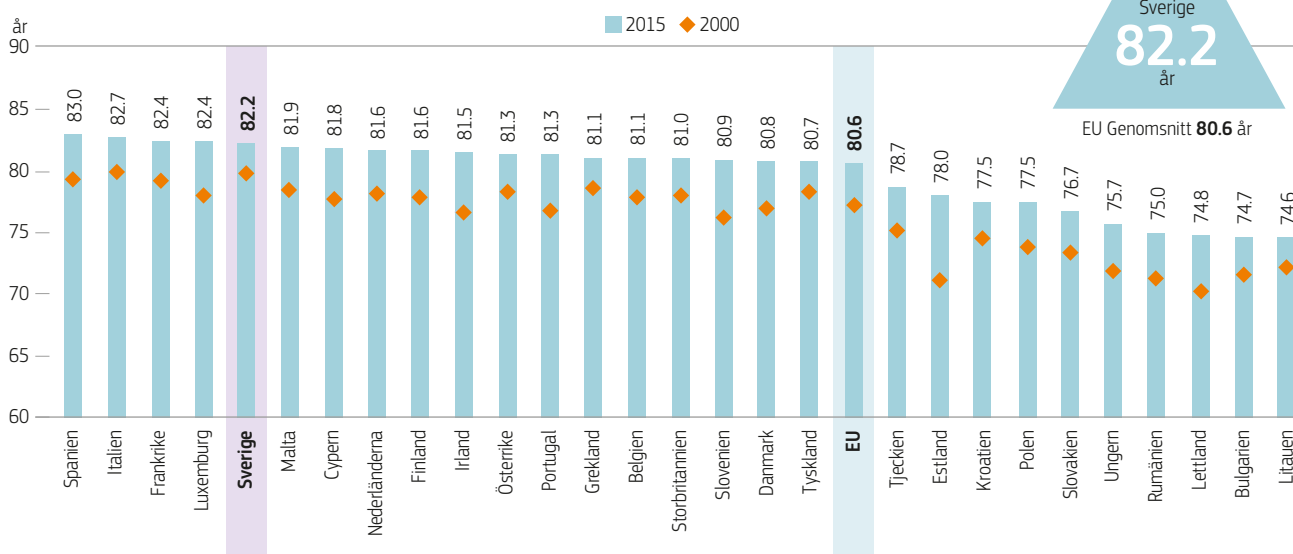
Skillnaden i medellivslängd mellan män och kvinnor är 3,7 år (80,4 år för män och 84,1 år för kvinnor), vilket är en av de minsta skillnaderna i EU. Skillnaden mellan olika samhällsgrupper är emellertid betydande, särskilt för män. Svenska universitetsutbildade män lever i genomsnitt nästan fem år längre än män som inte har gått ut gymnasiet¹. Skillnaden är något mindre bland kvinnor (under tre år).

Medellivslängdens ökning sedan 2000 beror främst på minskad dödlighet efter 65 års ålder. Svenska kvinnor som var 65 år 2015 kunde förvänta sig att leva ytterligare 21,5 år (jämfört med 20,2 år 2000). Samma siffra för män var 18,9 år (16,7 år 2000). Antalet år vid god hälsa är högt jämfört med andra EU-länder. Antalet förväntade friska levnadsår vid 65 års ålder är bland de högsta i EU, både för män (15,7 friska år jämfört med EU-genomsnittet 9,4 år) och för kvinnor (16,8 år jämfört med EU-genomsnittet 9,4 år).²

1. "Lågutbildade personer" avser personer som inte har genomgått grundskolans sex första år eller högstadiutbildning (ISCED-nivåer 0–2). "Högutbildade personer" är personer som har genomgått eftergymnasial utbildning (ISCED-nivåer 5–8).

2. Dessa uppgifter baseras på indikatorn "friska levnadsår" som mäter antalet år som personer kan förvänta sig att leva utan funktionsnedsättning vid olika ålder.

Diagram 1. Sverige har den femte högsta medellivslängden i EU



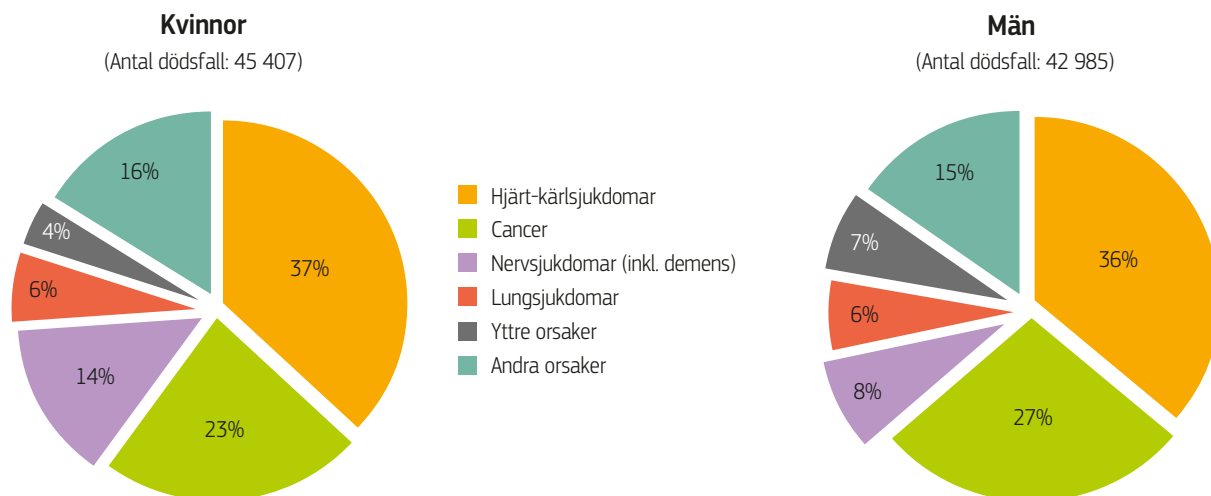
Källa: Eurostats databas.

Hjärt-kärlsjukdomar och cancer är de främsta dödsorsakerna

Hjärt-kärlsjukdomar och cancer är de främsta dödsorsakerna hos både kvinnor och män i Sverige (se diagram 2). År 2014 avled 32 600 personer i hjärt-kärlsjukdomar (37 % av alla dödsfall bland kvinnor och 36 % av alla dödsfall bland män) och 22 400 personer dog i cancer (23 % av alla dödsfall bland kvinnor och 27 % av alla dödsfall bland män).

De mer specifika dödsorsakerna är desamma som 2000, men turordningen har kastats om. Ischemiska och andra hjärtsjukdomar är fortfarande den vanligaste dödsorsaken. Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar har emellertid ersatt stroke som tredje vanligaste dödsorsak (se diagram 3). Den stora ökningen av antalet dödsfall som orsakas av Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar beror på att befolkningen blir allt äldre, att man blivit bättre på att diagnostisera dessa sjukdomar, att det saknas effektiva behandlingar och att man blivit bättre på att fastställa dessa sjukdomar som dödsorsak.

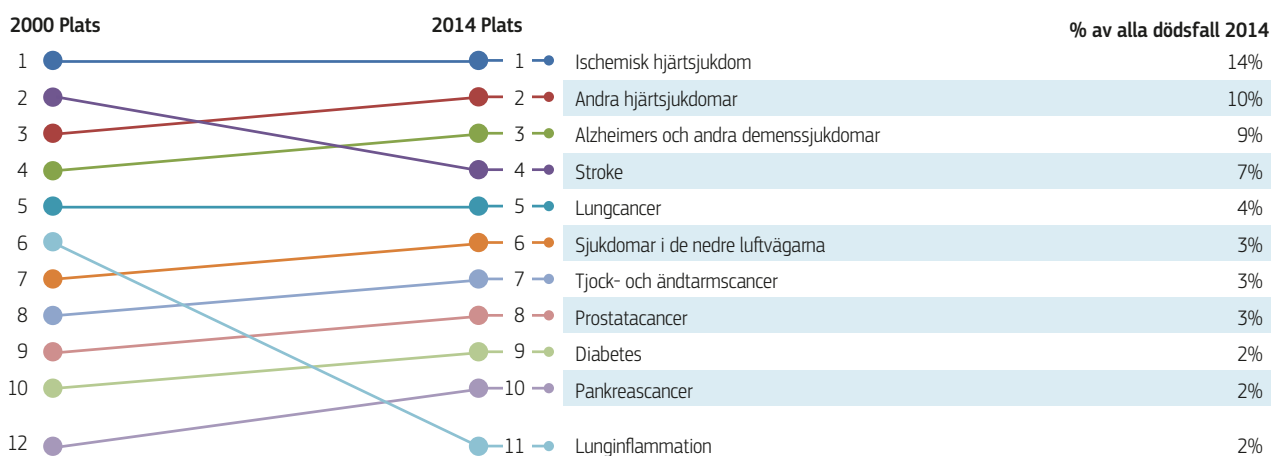
Diagram 2. Hjärt-kärlsjukdomar och cancer står för nästan två tredjedelar av alla dödsfall i Sverige



Observera: Uppgifterna delas in i allmänna ICD-klasser. Demens har räknats in bland nervsjukdomarna, tillsammans med Alzheimers sjukdom (som är den vanligaste formen av demens).

Källa: Eurostats databas (data för år 2014).

Diagram 3. Hjärtsjukdomar är fortfarande den vanligaste dödsorsaken, följt av Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar



Källa: Eurostats databas.

Muskel- och skelettbesvär och depression är bland de största orsakerna till dålig hälsa

Efter livshotande sjukdomar är muskel- och skelettbesvär (bl.a. smärtor i nedre ryggen och nacken) en allt större orsak till förlorade funktionsjusterat levnadsår (*disability-adjusted life year, DALY*)³ i Sverige (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016). Depression är ett annat vanligt hälsoproblem som begränsar livet på ett betydande sätt, trots att det inte är ett livshotande tillstånd.

Enligt självrapporterade uppgifter från Europeiska hälsoenkäten har en av sex personer i Sverige högt blodtryck, en av tio har kronisk depression och en av tretton har astma. Siffrorna för diabetes är något mer positiva: under 5 % av befolkningen har diabetes, vilket är lägre än i de flesta andra EU-länder. Bland de personer som har lägst utbildning har 6 % fler astma, och diabetes är över två och en halv gånger så vanligt i denna grupp jämfört med de mest högtutbildade.⁴

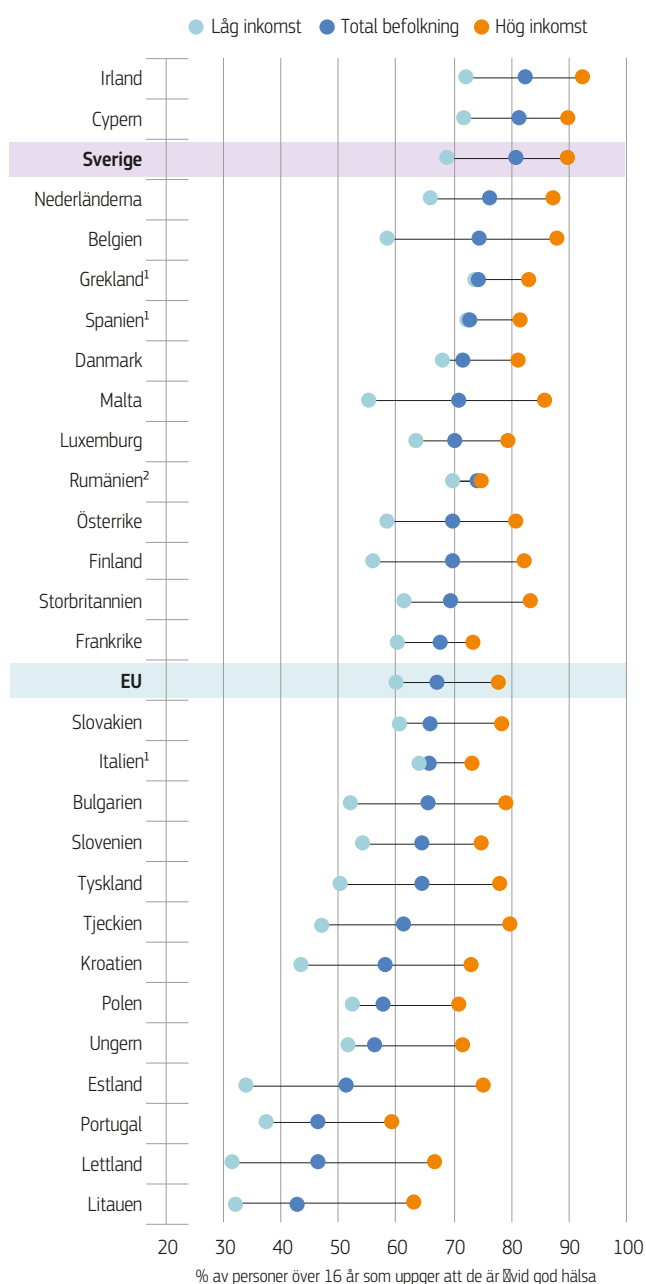
3. Funktionsjusterat levnadsår är en indikator som används för att beräkna antalet förlorade år på grund av specifika sjukdomar och riskfaktorer. Ett funktionsjusterat levnadsår motsvarar ett förlorat friskt levnadsår (IHME).

4. Skillnader i fråga om utbildning kan delvis ha att göra med den större andelen äldre med lägre utbildning. Det förklarar emellertid inte alla socioekonomiska skillnader.

De flesta säger sig ha god hälsa, men skillnaden mellan hög- och låginkomsttagare är stor

Den andel av Sveriges befolkning som säger sig ha god hälsa (80 % 2015) är betydligt högre än EU-genomsnittet (67 %) och den tredje högsta i EU, efter Irland och Cypern (se diagram 4). Precis som i andra EU-länder finns betydande skillnader i självrapporterad hälsa hos olika socioekonomiska grupper: 89 % av personerna i den översta inkomstkvintilen anser att de har god hälsa, jämfört med 67 % av personerna i den nedersta inkomstkvintilen.

Diagram 4. De flesta svenskar säger sig ha god hälsa, men det finns skillnader mellan inkomstgrupper



1. Andelen för den totala befolkningen och andelen för låginkomsttagare är ungefär densamma.
2. Andelen för den totala befolkningen och andelen för höginkomsttagare är ungefär densamma.

Källa: Eurostats databas baserat på EU-Silc (data för år 2015).

3 Riskfaktorer

Siffrorna för beteenderelaterade riskfaktorer är lägre än i de flesta andra EU-länder

Enligt IHME berodde över en fjärdedel (26 %) av alla sjukdomar i Sverige 2015 (mätt i funktionsjusterade levnadsår) på beteenderelaterade riskfaktorer. Bland dessa orsakade diet, rökning, alkoholkonsumtion och stillasittande de flesta sjukdomsfall (IHME, 2016). Det är en lägre andel än i de flesta EU-länder.

Rökning blir allt mindre vanligt

Andelen vuxna svenskar som röker har minskat betydligt sedan 2000 (från 19 % till 12 %) och är den lägsta i hela EU (se diagram 5). Andelen ungdomar som röker regelbundet är också lägst i EU: bland femtonåriga flickor rökte 19 % 2001–2002 och 7 % 2013–2014 och hos femtonåriga pojkar var motsvarande siffror 11 % 2001–2002 och 6 % 2013–2014. Den minskade rökningen i Sverige har att göra med att omfattande åtgärder för att minska tobaksanvändningen har genomförts under många år (se avsnitt 5.1).



Alkoholkonsumtionen är den lägsta i Europa, men problemen med berusningsdrickande kvarstår

Alkoholkonsumtionen bland vuxna svenskar är den lägsta i EU. Varje vuxen konsumerade i genomsnitt 7,2 liter 2015, vilket förvisso är mer än 2000 (6,2 liter per person). Femtonåringarnas alkoholkonsumtion är också bland de lägsta i EU: 18 % av flickorna och 15 % av pojkarna säger sig ha varit berusade minst två gånger i sitt liv (jämfört med EU-genomsnittet på 23 % av flickorna och 27 % av pojkarna).

Man har emellertid inte lyckats minska det regelbundna berusningsdrickandet⁵, som förekommer bland en stor andel av den vuxna befolkningen. Över 20 % av de vuxna i Sverige (12 % av kvinnorna och 29 % av männen) säger sig konsumera stora mängder alkohol regelbundet, vilket är något högre än EU-genomsnittet. Sverige har redan genomfört ett flertal åtgärder för att minska alkoholkonsumtionen (se avsnitt 5.1), men mer målinriktade insatser kan behövas för att minska alkoholmissbruket bland vissa delar av befolkningen.

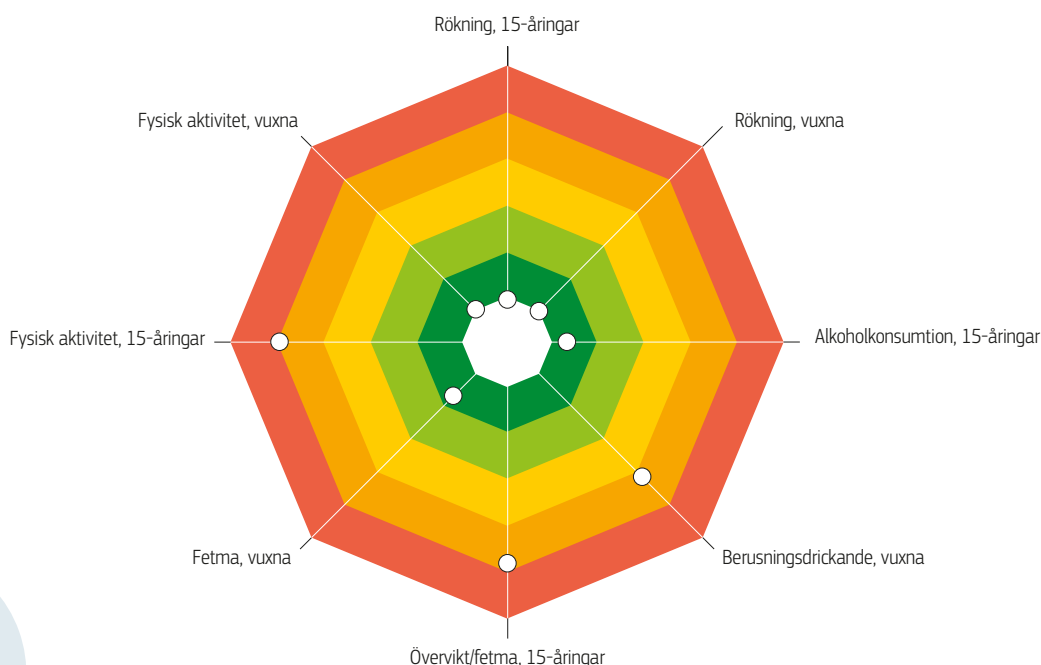
Fetma och stillasittande är växande problem bland ungdomar

Fetma och övervikt hos svenska femtonåringar ligger över EU-genomsnittet (totalt 19 %, jämfört med 11 % 2002). De är också mindre fysiskt aktiva än EU-genomsnittet. Detta är särskilt oroande med tanke på att övervikt och fetma i barndomen eller under ungdomsåren ofta leder till övervikt eller fetma i vuxen ålder.

Många beteenderelaterade riskfaktorer är vanligare i missgynnade befolkningsgrupper

Precis som i andra EU-länder är många riskfaktorer med koppling till beteende betydligt vanligare bland låginkomsttagare eller lågutbildade. Rökning är tre gånger vanligare och fetma är över 50 % vanligare hos den del av befolkningen som har lägst utbildning jämfört med den del som har högst utbildning. Regeringen lägger för närvarande stor vikt vid att minska skillnaderna i fråga om riskfaktorer som påverkar hälsan (se avsnitt 5.1).

Diagram 5. Övervikt och fetma tillsammans med brist på fysisk aktivitet hos ungdomar är ett växande folkhälsoproblem



Obs: Ju närmare mitten punkten är placerad, desto bättre är landets resultat jämfört med andra EU-länder. Inget land hamnar i det vita mittenfältet, eftersom det finns utrymme för förbättringar på alla områden i samtliga länder.

Källa: OECD-uträkningar baserade på Eurostats databas (Europeiska hälsoenkäten från 2014 eller närliggande år), OECD:s hälsostatistik och undersökningen om hälsobeteende bland barn i skolåldern från 2013 och 2014. (Diagrammet designat av Laboratorio MeS.)

5. "Berusningsdrickande" definieras som att ha druckit sex eller fler alkoholhaltiga drycker vid ett enda tillfälle minst en gång per månad under det senaste året.

4 Hälso- och sjukvårdssystemet

Sjukvård erbjuds genom ett decentraliserat nationellt hälso- och sjukvårdssystem

Sverige är uppdelat i 21 regioner med ansvar för finansiering och tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Finansieringen består främst av regionala och lokala skatter, men ett nationellt omfördelningssystem används för att garantera en likvärdig kapacitet att tillhandahålla hälso- och sjukvård i hela landet. Staten ansvarar för reglering och tillsyn. Den tillhandahåller också extra finansiering genom allmänna bidrag, öronmärkt finansiering av läkemedel för patienter i den öppna vården och särskilda nationella program. Det har blivit allt vanligare att regionerna på eget initiativ inleder samarbete sinsemellan, för att dela på investeringar och koncentrera vården till färre platser. Det är också vanligt att den nationella regeringen tar sådana initiativ eller stöder dem. Exempelvis upprättades sex nationella cancercentrum 2011 för att förbättra det förebyggande arbetet och samordningen av cancervården.

Utgifterna för hälso- och sjukvård är relativt stora och andelen offentlig finansiering ligger över genomsnittet

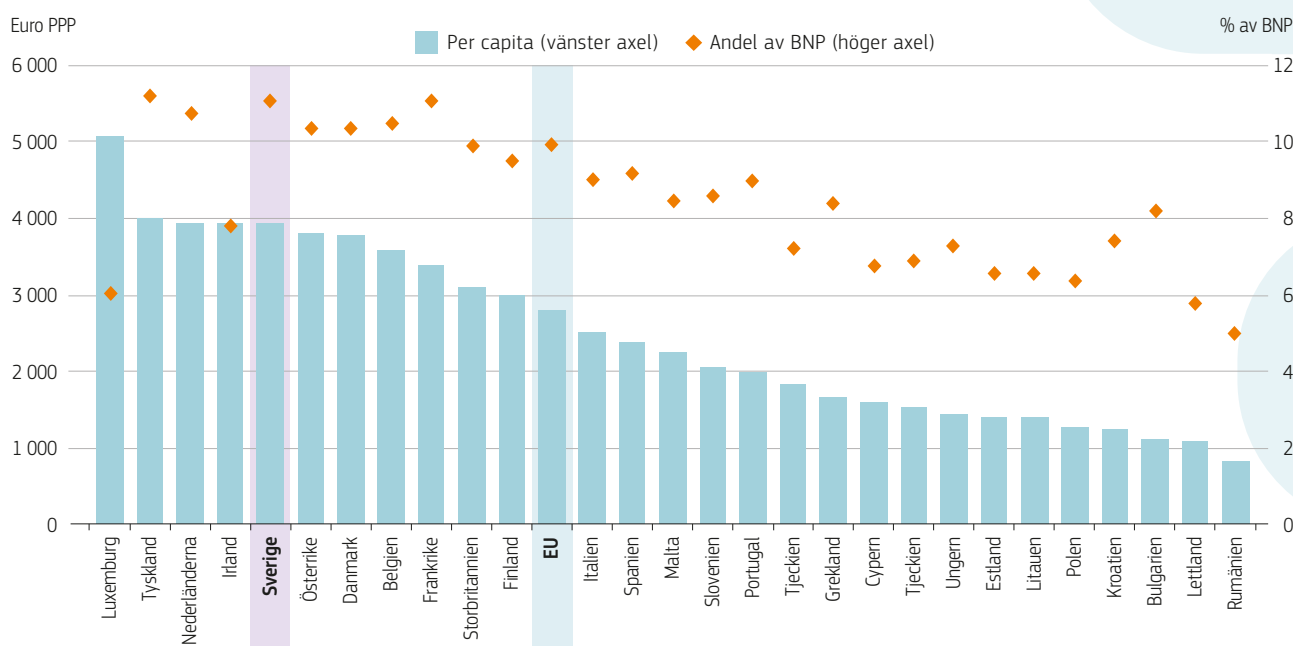
Sverige har de tredje största hälso- och sjukvårdsutgifterna i EU beräknat som andel av BNP (11,0 % jämfört med 9,9 % i EU under 2015). Sverige lade 3 932 euro per capita på hälso- och sjukvård 2015 (justerat för avspegla skillnader i köpkraft), vilket är det femte högsta beloppet i EU (se diagram 6).

84 % av all vård finansieras med hjälp av skattemedel. Denna andel har varit relativt stabil under de senaste tio åren och är större än EU-genomsnittet (79 %). De flesta privata utgifter (93 %) betalas direkt av hushållen själva, och frivillig sjukförsäkring spelar än så länge bara en liten (men växande) roll (se avsnitt 5.2). De 290 kommunerna finansierar äldreomsorg, hemtjänst och socialtjänst, medan regionerna ansvarar för primär-, psyk- och specialistvård. De lokala och regionala skatteintäkterna kompletteras med statliga bidrag och användaravgifter. Receptbelagda läkemedel subventioneras med hjälp av statliga bidrag till regionerna.

Hela befolkningen har tillgång till vård men besöksavgifterna varierar mellan regionerna

Alla personer som är lagligen bosatta i Sverige har rätt till hälso- och sjukvård, och alla patienter från EU/EES samt nio andra länder med bilaterala avtal kan få akutvård. Besöksavgifter tas ut (fasta belopp) för primär- och specialistvård. Priserna fastställs av regionerna, vilket leder till variation mellan olika delar av landet. År 2014 var avgiften för ett besök hos en primärvårdsläkare 100–300 kronor, ett besök hos en sjukhuspecialist inom den öppna vården kostade 200–350 kronor och sjukhusvistelse för en vuxen kostade 80–100 kronor per dag. Det finns ett tak på 1 100 kronor per år för hälso- och sjukvård och ett separat tak för receptbelagda läkemedel. Det senare bekostas helt av patienten upp till 1 100 kronor per år, varefter patientens andel av priset minskar successivt tills ett tak på 2 200 kronor uppnås.

Diagram 6. Sverige är ett av de EU-länder som lägger mest pengar på hälso- och sjukvård



Källor: OECD:s hälsostatistik, Eurostats databas, WHO:s databas över utgifter för hälso- och sjukvård i världen (data för år 2015).

Barn, ungdomar, gravida kvinnor och äldre har vissa undantag från avgiftsreglerna. För tandvården gäller ett separat och mindre generöst system, och där finns inget tak för avgifterna. Runt 6 % av befolkningen har en kompletterande privat sjukförsäkring betald av arbetsgivaren, främst för snabb tillgång till specialistvård och elektiva behandlingar (se avsnitt 5.2).

De flesta sjukhus är offentliga, men i primärvården finns många privata aktörer

I Sverige finns både offentliga och privata vårdinrättningar, vilka alla finansieras med skattemedel. Högspecialiserad vård, som kräver den mest avancerade utrustningen, koncentreras till sju offentliga universitetssjukhus. Det finns ett 70-tal offentliga sjukhus på regionnivå, varav omkring två tredjedelar erbjuder akutvård dygnet runt. I Sverige finns dessutom sex privata sjukhus av olika storlek och med olika inriktning.

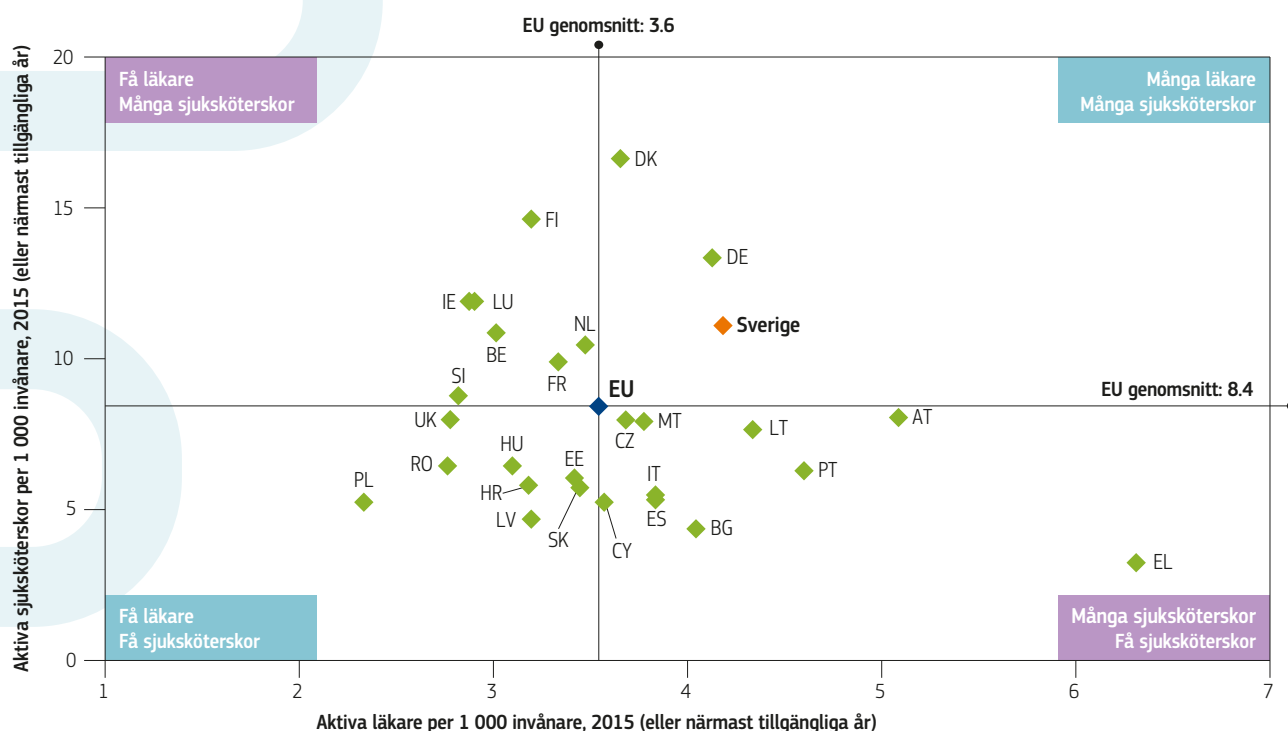
Primärvård tillhandahålls på över 1 100 primärvårdsinrättningar, av vilka 42 % är i privat ägo. Ägarstrukturen varierar dock stort mellan olika regioner. Andelen privata primärvårdsinrättningar har ökat snabbt

på senare år. I vissa regioner tilläts fri etablering för ackrediterade vårdgivare redan för tio år sedan, men rätten att fritt etablera offentligt finansierade primärvårdsinrättningar infördes inte i den nationella lagstiftningen förrän 2010. Offentliga och privata läkare (inbegripet sjukhusspecialister) samt annan hälso- och sjukvårdspersonal är till största delen avlönade anställda. Kapitalinvesteringar initieras och finansieras i allmänhet av regionerna.

Antalet läkare och sjuksköterskor är relativt högt

Såsom visas i diagram 7 är antalet läkare och sjuksköterskor per capita i Sverige betydligt större än EU-genomsnittet, med 4,2 praktiserande läkare per 1 000 invånare (EU-genomsnitt: 3,6) och 11,1 praktiserande sjuksköterskor per 1 000 invånare (EU-genomsnitt: 8,4). De flesta läkare (70 %) har specialistutbildning och nästan en fjärdedel av dem är specialister inom allmänmedicin.

Diagram 7. Sverige har fler läkare och sjuksköterskor än de flesta EU-länder



Obs. Siffrorna från Portugal och Grekland omfattar alla läkare som har rätt att utöva sitt yrke, vilket leder till en kraftig överuppskattning av antalet praktiserande läkare (t.ex. med omkring 30 % i Portugal). I Österrike och Grekland underskattas antalet sjuksköterskor, eftersom siffrorna endast omfattar sjuksköterskor som arbetar på sjukhus.

Källa: Eurostats databas.

Sverige har mycket få disponibla vårdplatser

Sedan 1990 har Sverige minskat antalet disponibla vårdplatser på sjukhus, och antalet per invånare är nu det lägsta i EU, med så lite som 2,3 vårdplatser per 1 000 invånare, jämfört med EU-genomsnittet 4,2. Den genomsnittliga sjukhusvistelsen är också mycket kort – 5,9 dagar – vilket är den tredje lägsta siffran bland EU-länderna (se avsnitt 5.3).

Den stora användningen av elektroniska patientjournaler hindrar inte fragmentering i vårdinformationssystemen

Patientjournaler hanteras i elektronisk form, och de flesta primärvårdgivare använder sig av dessa för diagnostiska uppgifter. Erecept används också med få undantag. Arbete pågår för att samordna patientjournalerna på alla vårdgivarnivåer. På nationell nivå arbetar man med att integrera olika informationssystem. Detta arbete har emellertid krävt mycket pengar och inneburit en stor börda. Funktionaliteten och användarvänligheten har också kritiserats och integreringen har ännu inte genomförts i stor skala.

Fritt vårdval och snabb tillgång är lagstadgat

Fritt val av primärvårdsinrättning och etableringsfrihet för ackrediterade primärvårdgivare är fastställt i svensk lag. I de flesta regioner finns ingen formell grindvaktfunktion, och patienter har rätt att kontakta specialister direkt. Genom den lagstadgade vårdgarantin fastställs längsta tillåtna väntetider för olika sorters vård. Tanken är att ge patienterna bättre tillgång till vård. I lagen fastställs den s.k. 0–7–90–90-regeln, vilken föreskriver att en vårdsökande ska få kontakt med primärvården samma dag, träffa en läkare inom sju dagar, träffa en specialist inom 90 dagar, och att behandling ska påbörjas inom 90 dagar efter beslut. Efterlevnaden av vårdgarantin varierar emellertid stort på olika håll i landet, och ingen region har hittills lyckats uppfylla kraven helt och hållet (se avsnitt 5.2).

5 Hälso- och sjukvårdssystemets prestation

5.1 VÅRDRESULTAT

Den låga åtgärdbara dödligheten tyder på att Sveriges hälso- och sjukvård generellt uppnår goda resultat

Den åtgärdbara dödligheten i Sverige är relativt låg⁶, vilket tyder på att hälso- och sjukvården är bra på att förhindra behandlingsbara tillstånd (se diagram 8). Den åtgärdbara dödligheten har minskat med 25 % i Sverige sedan 2005.

Fler överlever hjärtattack och stroke

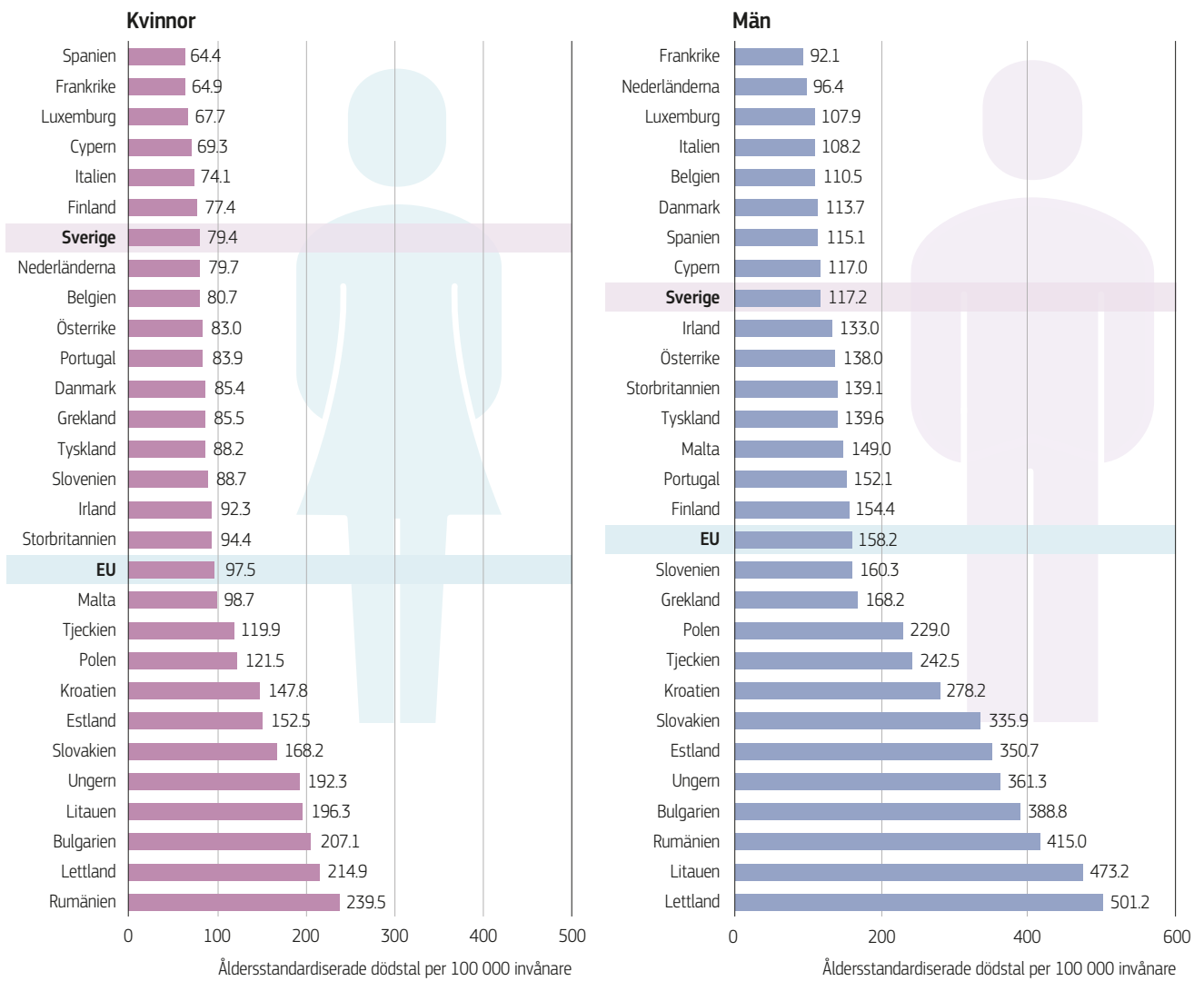
Sverige har en låg 30-dagarsdödlighet efter sjukhusvård på grund av hjärtattack (akut hjärtinfarkt) och stroke. Dödligheten till följd av hjärtattack minskade snabbt i Sverige 2005–2015, liksom i många andra EU-länder (se diagram 9). Bättre tillgång till högkvalitativ akutvård vid hjärtattack, däribland evidensbaserade ingripanden och mycket specialiserade vårdinrättningar av god kvalitet, har hjälpt till att minska 30-dagarsdödligheten (OECD, 2015).

Problem finns när det gäller primärvård för kroniska sjukdomar

Effektiv vård av patienter med en eller flera kroniska sjukdomar är en mycket omtalad fråga i Sverige. En effektivare primärvård skulle kunna göra hälso- och sjukvården i sin helhet betydligt mer effektiv och responsiv. Enligt *Commonwealth Funds* undersökning av internationell hälso- och sjukvård från 2014 är andelen svenska patienter som uppger att deras vårdkontakt (läkare eller annan person) ofta eller alltid har tillgång till information om vård som patienten fått på sjukhus är betydligt lägre än i andra länder (bara 53 %, jämfört med 90 % i Tyskland och 84 % i Frankrike). Endast 45 % uppger att deras läkare alltid eller ofta hjälper dem att samordna sin vård med andra vårdgivare, jämfört med 58 % respektive 68 % i Tyskland och Frankrike (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2014). Trots att dessa problem är välkända och uppmärksammade har man i Sverige fortfarande problem med att stärka primärvården, delvis på grund av svårigheter med att rekrytera allmänläkare (se avsnitt 5.3).

6. "Åtgärdbar dödlighet" avser förtida dödsfall som skulle ha kunnat undvikas genom snabb och effektiv vård.

Diagram 8. Den låga åtgärdbara dödligheten tyder på en effektiv vårdapparat

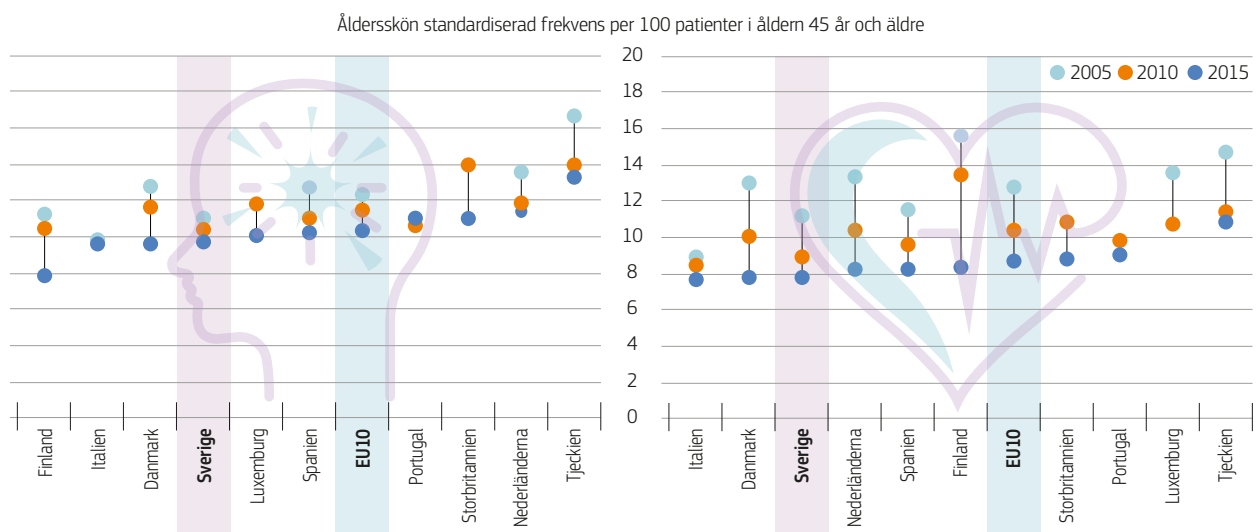


Källa: Eurostats databas (data för år 2014).

Diagram 9. Dödligheten efter sjukhusinläggning för stroke och akut hjärtinfarkt är bland de lägsta i EU

30-dagarsdödlighet efter sjukhusinläggning för stroke

30-dagarsdödlighet efter sjukhusinläggning för hjärtattack

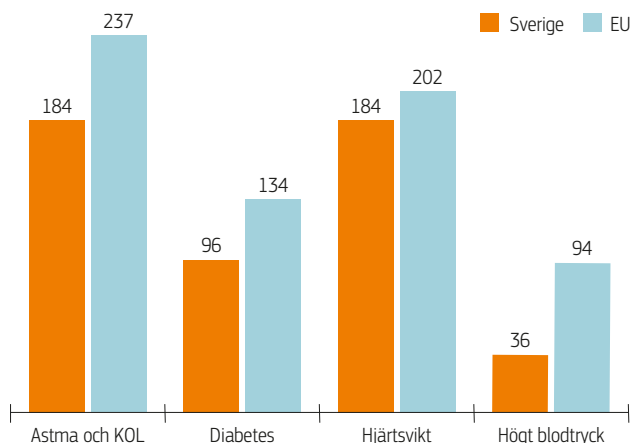


Obs: Denna indikator baseras på patientdata. Siffran för Luxemburg är ett genomsnitt under en treårsperiod. EU-genomsnittet är oavsett.

Källa: OECD:s hälsostatistik.

Den svenska primärvårdens samordningsproblem till trots, har Sverige ett lägre antal sjukhusinläggningar för kroniska sjukdomar såsom astma, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), diabetes, hjärtsvikt och högt blodtryck än EU-genomsnittet (se diagram 10). För alla dessa diagnoser gäller emellertid att flera länder har ett lägre antal inläggningar, vilket tyder på att det finns utrymme för förbättringar.

Diagram 10. Antalet undvikbara sjukhusinläggningar vid kronisk sjukdom är lägre i Sverige än EU-genomsnittet



Obs: Ålders- och könsstandardiserade siffror för sjukhusinläggningar per 100 000 invånare.

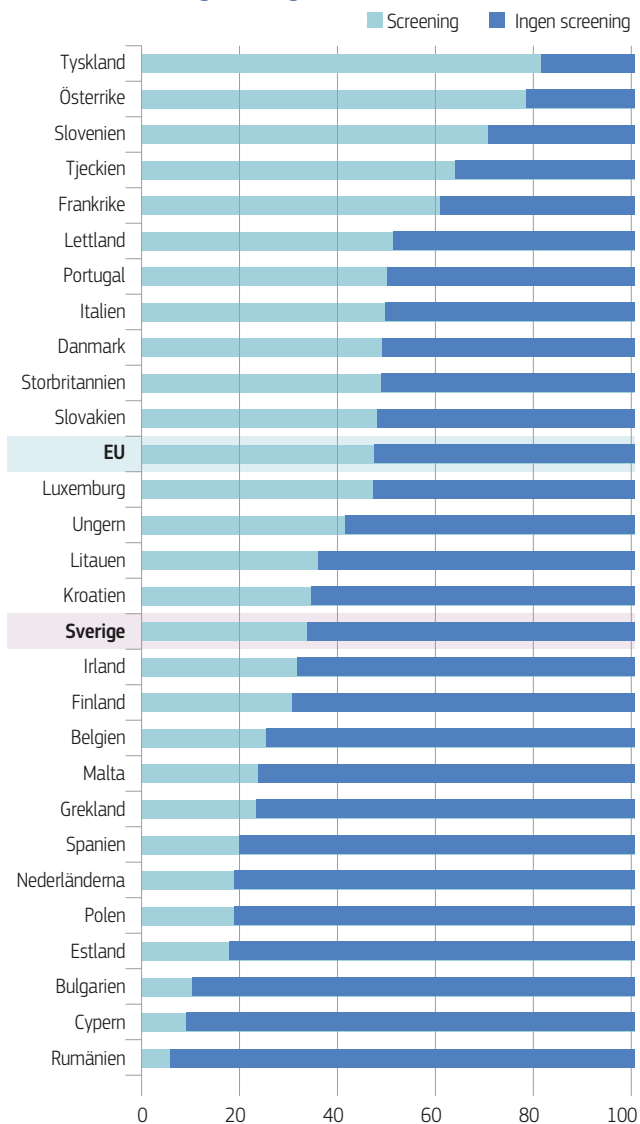
Källa: OECD:s hälsostatistik (data för 2015 eller närmaste tillgängliga år).

Cancervården har blivit bättre, men heltäckande screening har fortfarande inte införts

Antalet personer i Sverige som överlever olika typer av cancer (t.ex. bröstcancer, livmoderhalscancer och tjock- och ändtarmscancer) har ökat under de senaste tio åren och är bland de högsta i EU. Sedan den nationella cancerstrategin lanserades 2009 har man gjort mycket för att förbättra cancervården. Strategin var främst inriktad på kvalitet och jämlik tillgång till vård, men förebyggande arbete och tidig upptäckt var också viktiga delar av denna (SOU, 2009).

Alla svenska regioner erbjuder mammografi, och man når ut till en stor del av målgruppen. Bland kvinnor i åldern 50-69 uppper 90 % att de har genomgått en bröstundersökning under de senaste två åren. Nationell screening för livmoderhalscancer erbjuds också, och även där deltar en stor del av målgruppen. Å andra sidan är screening för tjock- och ändtarmscancer ännu inte standard i hela landet, vilket förklarar den relativt dåliga täckningen: endast 33 % av alla personer i åldern 50-74 år uppper att de har genomgått en sådan undersökning, jämfört med EU-genomsnittet på nästan 50 % (se diagram 11). Heltäckande regelbunden screening för tjock- och ändtarmscancer har än så länge bara införts i Stockholmsregionen.

Diagram 11. Screening för tjock- och ändtarmscancer är relativt ovanlig i Sverige



Källa: Eurostats databas (data för år 2014).

Sverige har en lång tradition av folkhälsoarbete för att minska riskfaktorer och förebygga dödsfall

Sveriges låga nivåer av undvikbara dödsfall som orsakas av exempelvis lungcancer (den tredje lägsta dödligheten i EU), alkoholrelaterade dödsfall (den åttonde lägsta dödligheten) och trafikolyckor (den näst lägsta dödligheten) kan delvis förklaras med landets kraftfulla folkhälsoåtgärder. Informationskampanjer riktade till allmänheten kombinerat med höga skatter på tobak och alkohol – en svensk tradition med många år på nacken – har bidragit till att minska konsumtionen. Det finns ett statligt monopol på alkoholförsäljning, och alkohol säljs bara i särskilda butiker med begränsade öppettider. Man måste också vara 20 år för att få köpa alkohol.

Antalet dödsfall i trafiken har minskats med hjälp av strategin "Nollvisionen" som genomförts under de senaste 20 åren. Målet är att ingen ska dödas eller skadas allvarligt i trafikolyckor. Strategin antogs av Sveriges riksdag 1997, och inom ramen för denna har man avskilt körbanor med trafik i olika riktning, byggt många nya cykelvägar och skärpt bestämmelserna om rattfylleri. Omkring 300 personer dog i trafikolyckor i Sverige 2015, jämfört med 600 år 1997. Det innebär att landet har den tredje lägsta trafikdödligheten i EU, efter Malta och Storbritannien.

År 2014 lanserades en annan omfattande folkhälsoåtgärd med målet att ta bort de påverkbara hälsoklyftorna mellan olika befolkningsgrupper inom en generation. För detta ändamål inrättades en kommission för jämlik hälsa i juni 2015. Denna kommission lade fram en rapport i juni 2017, där man framhöll vikten av breda insatser för att minska hälsoklyftor, som riktar sig till många olika samhällsgrupper. Insatserna bör också omfatta fler områden än bara hälso- och sjukvård och riskfaktorer för hälsan.

De gemensamma insatserna för att förebygga antimikrobiell resistens är också ett exempel på arbete för att förbättra folkhälsan som sträcker sig över flera sektorer. I detta fall är insatserna främst inriktade på hälso- och sjukvården och på jordbruket.

TEXTRUTA 1. SVERIGE LEDER KAMPEN MOT ANTIMIKROBIELL RESISTENS

Under många år har man i Sverige lagt stor vikt vid att bekämpa antimikrobiell resistens. Det har lett till att man nu är ett av de EU-länder som använder minst antibiotika i jordbruket. Inom hälso- och sjukvården arbetar yrkesorganisationer i varje region för att informera om och verka för en rationell användning av antibiotika, genom kliniska riktlinjer, utbildning och informationskampanjer. Staten har bidragit genom att finansiera nationell samordning och forskning.

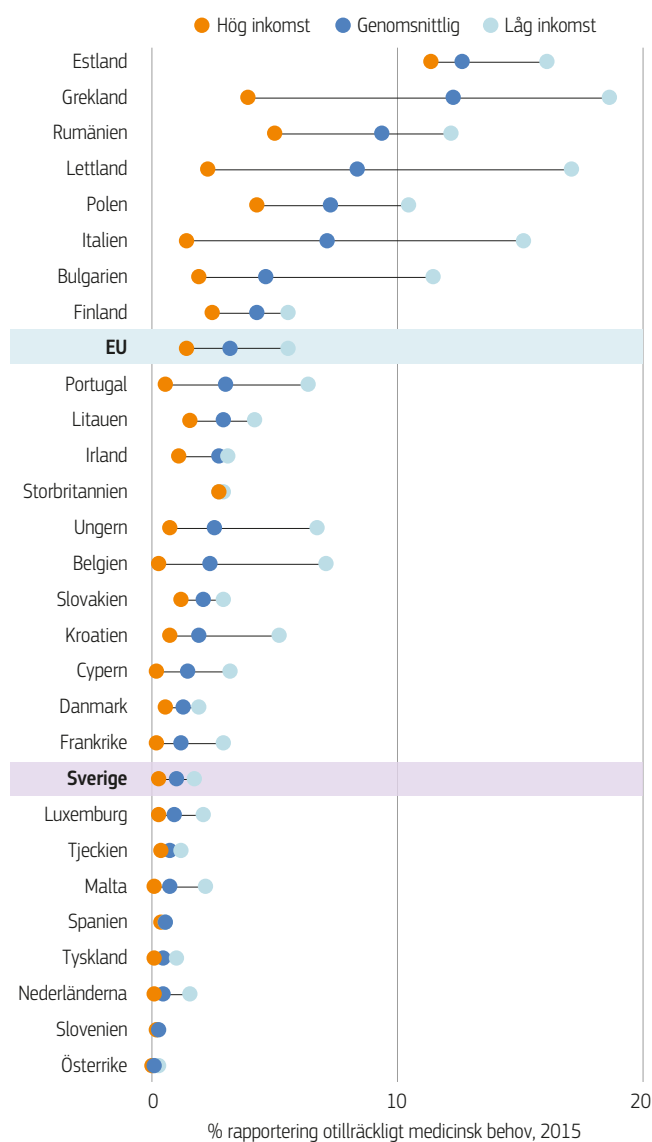
Sverige har en av de lägsta resistensnivåerna i EU när det gäller de bakterier som övervakas av Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC, 2017). Landet har också deltagit i ett antal internationella initiativ, såsom det gemensamma programplaneringsinitiativet om antimikrobiell resistens och den globala hälsosäkerhetsagendan. Sverige har dessutom delat med sig av sin expertis och sitt kunnande genom bilaterala avtal med andra länder.

5.2 TILLGÄNGLIGHET

Sverige har relativt låga nivåer av icke tillgodosedda vårdbehov

En relativt liten del av Sveriges befolkning uppger att de inte fått sina vårdbehov tillgodosedda på grund av kostnader, avstånd eller väntetider. Skillnaden mellan hög- och låginkomsttagare är därtill bland de lägsta i EU (se diagram 12).

Diagram 12. Svenskar uppger låga nivåer av icke tillgodosedda vårdbehov



Källa: Eurostats databas baserat på EU-Silc (data för år 2015).

Obs: Uppgifterna gäller behov av medicinsk undersökning eller behandling som inte tillgodosetts p.g.a. kostnad, reseavstånd eller väntetid. Vid jämförelse av olika länder måste viss försiktighet iaktas, eftersom undersökningsmetoderna skiljer sig åt.

Det offentliga vårdutbudet är omfattande, men vissa skillnader mellan olika delar av landet kvarstår

I Sveriges hälso- och sjukvårdslag slås det fast att alla i befolkningen ska ha tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor. Det innebär att alla invånare automatiskt har rätt till offentligt finansierad vård. På senare tid har täckningen för invandrare ändrats, genom att vissa förbättringar har införts för nyanlända (se textruta 2).

Sverige har ett brett vårdutbud och en vårdlagstiftning med tydligt fokus på jämlikhet och behovsbaserad vård, men indelningen av landet i 21 självstyrande regioner leder till att reglerna om tillhandahållande av vård skiljer sig något åt på olika håll. För att åtgärda detta strukturella problem tar Socialstyrelsen fram riktlinjer, och organisationen Sveriges kommuner och landsting, där regionerna kommer överens om gemensamma regler och strategier, hjälper till med samordningen. Ett exempel är provrörsbefruktning som samordnades i alla regioner 2014 så att samma regler om ålder och offentlig finansiering gäller överallt, för att minska ojämlikheten i offentlig stöd till assisterad befruktning.

TEXTRUTA 2. INVANDRARES TILLGÅNG TILL OFFENTLIGT FINANSIERAD VÅRD HAR FÖRBÄTTRATS

Vissa befolkningsgrupper i Sverige har inte full rätt till hälso- och sjukvård. Detta gäller exempelvis asylsökande, irreguljära invandrare, tillfälligt anställda och studenter från länder utanför EU. Eftersom invandringen till Sverige är relativt stor har det varit en utmaning att besluta hur tillgången till vård för asylsökande och irreguljära invandrare ska se ut. Vuxna asylsökande har endast tillgång till akut vård och mödravård, men alla barn, oavsett bosättningsstatus, har rätt till all vård. I juli 2013 utökades tillgången till akut vård och mödravård till att även omfatta irreguljära invandrare, som tros öka i antal (Migrationsverket, 2017). I denna grupp är många före detta asylsökande som ofta undviker att vända sig till vårdinrättningar av rädsla för upptäckt. Genom icke-statliga organisationer erbjuds frivillig vårdpersonal dessa personer viss primärvård.

Ojämlikhet är också ett vanligt problem när det gäller läkemedelskonsumtion. Nya läkemedel införs efter en strikt nationell medicinsk utvärdering. I praktiken finns det emellertid skillnader mellan regioner, vårdgivare och sjukhusavdelningar när det gäller tillgången till läkemedel, på grund av lokala budgetbegränsningar och implicit ransonering, till exempel av dyra läkemedel mot cancer. Detta är ett jämlikhetsproblem och skapar ytterligare skillnader i tillgänglighet på olika håll i landet.

Tak för besöksavgifter begränsar negativ inverkan, men för låginkomsttagare kan avgifterna vara ett hinder

Omkring 15 % av hälso- och sjukvården finansieras genom patientavgifter, vilket inte skiljer sig nämnvärt från EU-genomsnittet. Avgifter tas ut för nästan alla sorters vård och medicinska produkter, med undantag för mödravård och primärvård för barn. Regionerna fastställer avgifterna på egen hand (utom för receptbelagda läkemedel och tandvård), enligt ett system som ger incitament att vända sig till primärvården i stället för till sjukhus (se avsnitt 4). Avgifterna är inte försumbara och kan därför ha en ransonerande effekt på vårdskonsumtionen.

Olika nationella avgiftstak gäller för vård, receptbelagda läkemedel, hälsorelaterade transporter och medicintekniska hjälpmedel. Det innebär att det totala årsbeloppet kan bli svårt att hantera för personer med låg inkomst. Dessutom, i likhet med de flesta andra länder, ingår tandvården inte i samma offentliga system, vilket bland annat innebär att patienten betalar en större andel av priset. För barn och ungdomar upp till 21 års ålder är tandvård emellertid gratis (gränsen kommer att höjas till 23 år 2019). Sverige har mycket låga nivåer av katastrofala utgifter⁷ för hälso- och sjukvård, men vissa personer uppger att det är svårt för dem att ha råd med vård. Närmare 7 % av personerna med lägst inkomster sade sig ha haft vissa icke tillgodosedda tandvårdsbehov under 2015, jämfört med det nationella genomsnittet på 3 % (Eurostat, EU-Silc). Dessutom uppgav 16 % av låginkomsttagarna att de hade vissa svårigheter att betala för läkarbesök, medicinsk provtagning, receptbelagda läkemedel eller andra uppföljningsbehandlingar, jämfört med 7 % bland övriga befolkningen (*Commonwealth Fund*, 2016).

Sverige har en av EU:s snabbast växande marknader för privata sjukvårdsförsäkringar

Antalet personer som har en privat sjukvårdsförsäkring har ökat snabbt under de senaste femton åren. I dag har 6 % av svenskarna något slags kompletterande sjukvårdsförsäkring (Försäkringsförbundet, 2017), även om innehållet och premierna varierar stort. Dessa försäkringar tecknas oftast genom arbetsgivaren och ger snabbare tillgång till öppen vård och elektiv kirurgi, men det är vanligt att de också omfattar allmänna hälsokontroller och företagshälsovård. Trots att denna företeelse ännu är ovanlig finns anledning till oro när det gäller jämlik tillgången till vård, eftersom det främst är höginkomsttagare som har detta extra skydd.

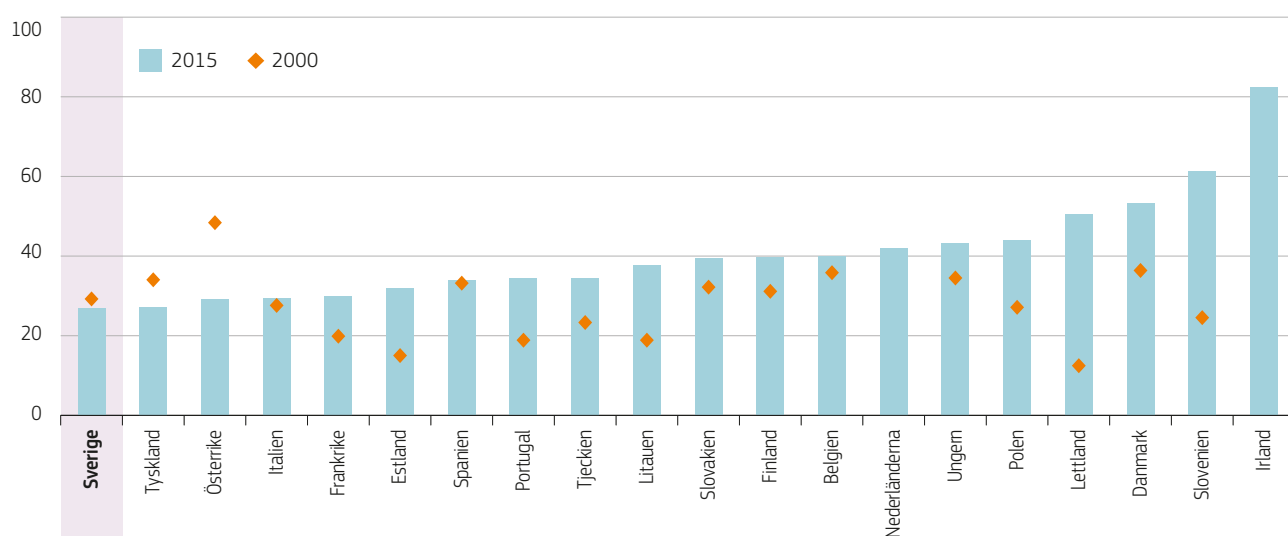
7. "Katastrofala utgifter" (engelska Catastrophic expenditure) är direkta utgifter som överstiger 40 % av hushållets totala nettoutgifter för uppehälle (dvs. mat, boende och räkningar för t.ex. el och vatten).

Väntetiderna för de flesta typer av vård har länge varit en del av den offentliga debatten

Inom många nationella hälso- och sjukvårdssystem fungerar väntetider som en ransoneringsmetod. Sverige är inget undantag, och detta problem har länge diskuterats och varit föremål för ett antal politiska åtgärder. Den mest omfattande åtgärden är den lagstadgade vårdgarantin från 2010, där de längsta tillåtna väntetiderna för olika typer av vård fastställs (se avsnitt 4). Man har också genomfört nationella program för att ge regionerna incitament att korta väntetiderna (avslutades 2015) och ett flertal program för att öka öppenheten genom regelbundet offentliggörande av data över väntetider. Det har gjorts både av enskilda vårdgivare – för att hjälpa patienterna att göra väl underbyggda val – och på nationell nivå, för att jämföra regionerna och därigenom sätta press på de regionala myndigheterna. Väntetiderna har kortats för vissa typer av vård, särskilt elektiv kirurgi. När det gäller knäkirurgi har den andel patienter som har väntat i mer än tre månader nästan halverats mellan 2010 och 2016, från 31 % till 17 %.

Emellertid finns en allt större medvetenhet om att problemen med tillgänglighet inte bara handlar om väntetider. Den svenska vården har problem med att samordna den personcentrerade vården och uppfylla patienternas förväntningar. År 2015 infördes en ny lag om patienträttigheter med målet att ge patienterna mer makt, exempelvis genom en utökad rätt att söka vård utanför hemregionen. Lagen har emellertid inte haft någon större effekt hittills. Cancervården uppvisar mycket goda siffror när det gäller överlevnad men har länge kritiserats för långa väntetider och brist på patientfokus. Den senaste nationella reformen av cancervården inriktades på att förbättra tillgängligheten genom att införliva dessa aspekter och upprätta standardiserade vårdförlopp som omfattar alla berörda parter för att minimera väntetid och osäkerhet för patienten (Wilens m.fl., 2016).

Diagram 13. Sverige examinerar få läkare i förhållande till antalet praktiserande



Obs: Per 1 000 praktiserande läkare.

Källa: OECD:s hälsostatistik.

5.3 ANPASSNINGSFÖRMÅGA⁸

Den åldrande befolkningen är en utmaning, men inte lika mycket som i många andra EU-länder

I likhet med andra EU-länder står Sverige inför en långsiktig utmaning med att uppfylla den åldrande befolkningens behov av långvarig vård och omsorg och att hantera ökningen av kroniska sjukdomar. Äldreförsörjningskvoten (dvs. andelen personer i åldern 65+ jämfört med andelen personer i arbetsför ålder), som för närvarande är en av de högsta i EU, förväntas emellertid öka mindre än i de flesta andra EU-länder fram till 2060, tack vare högre födelsetal och större invandring (Europeiska kommissionen och Economic Policy Committee, 2015).

Sverige är beroende av utlandsutbildade läkare och landsbygden har rekryteringsproblem

Kapaciteten hos Sveriges läkarutbildningar ökar, men inte i samma takt som efterfrågan på läkare. Därför har antalet och andelen utlandsutbildade läkare ökat snabbt under det senaste årtiondet. Mer än en fjärdedel av alla läkare (27 %) har utbildats utanför landets gränser. Av dessa är emellertid 15 % svenska medborgare som återvänt hem efter att ha utbildat sig utomlands. Det årliga antalet utexaminerade läkare i Sverige har ökat med mer än 25 % under perioden 2000-2015 (från omkring 800 år 2000 till över 1 000 på senare år). Andelen inhemskt utbildade läkare har emellertid inte ökat lika snabbt som invandringen av utlandsutbildade läkare, vilken har tredubblats. Det har diskuterats mycket huruvida den inhemska utbildningskapaciteten räcker till för att ersätta de läkare som lämnar yrket och uppfylla de förväntade växande behoven (se diagram 13).

8. Med "anpassningsförmåga" avses hälso- och sjukvårdens förmåga att effektivt anpassa sig till ändrade förhållanden, plötsliga chocker och krissituationer.

De flesta läkare i Sverige är specialister, och vårdpersonalen är ojämnt fördelad över landet. Endast 15 % av alla läkare är allmänläkare – en betydligt lägre andel än i de flesta EU-länder. Det är svårt att rekrytera allmänläkare till norra Sverige och till landsbygden. Dessutom har det fria vårdvalet och den fria etableringsrätten för vårdgivare lett till en koncentration av läkare i stadsområdena.

Bristen på vårdpersonal på vissa platser och inom vissa specialistområden, särskilt allmänläkare på landsbygden, har bidragit till att allt fler tillfälliga läkare och sjuksköterskor hyrs in via vårdbemänningsföretag, med negativa följder både för personalkostnaderna och för vårdkontinuiteten för patienterna. Antalet patienter i Sverige som uppger att de har tvingats uppsöka akutavdelningen på ett sjukhus eftersom det inte funnits någon primärvårdsläkare att vända sig till är betydligt högre än i de flesta andra EU-länder (van den Berg m.fl., 2016). Dessutom är tillgången till primärvård på kvällar och helger ofta begränsad vilket leder till onödiga besök på akutavdelningen för mindre allvarliga åkommor, något som ofta kritiserar av både patienter och vårdpersonal (*Commonwealth Fund*, 2016).

Bristen på specialistsjuksköterskor står i vägen för ett effektivt utnyttjande av sjukhusens resurser

Sverige har med lyckat resultat utökat sjuksköterskornas roll i primärvården, bland annat genom att erbjuda möten med en sjuksköterska i stället för läkarkonsultationer och genom att inrätta en nationell telefonlinje och webbplats bemannad av sjuksköterskor, som utgör en första kontakt med vården. Sjuksköterskor är dessutom ofta avdelningschefer på sjukhus och innehar andra chefspositioner. Det finns emellertid få specialistsjuksköterskor och andra högutbildade sjuksköterskor, och antalet nyutexaminerade sjuksköterskor med specialistutbildning har minskat sedan 2005. Bristen på

specialistsjuksköterskor och problem med att få sköterskorna att stanna kvar i yrket gör det svårt för sjukhusen att utnyttja sina resurser effektivt. Det gör det också svårare att effektivisera systemet som helhet genom ökad användning av sjuksköterskor.

Sverige har lyckats flytta mycket verksamhet från slutna vård till öppen vård

Under de senaste 20 åren har man i Sverige målmedvetet flyttat verksamhet från den slutna till den öppna vården. Det har lett till att man har den lägsta andelen av vårdutgifter som går till slutna vård i EU (se diagram 14). Såsom redan konstaterats i avsnitt 4 har Sverige det lägsta antalet vårdplatser i EU, och den genomsnittliga sjukhusvistelsen är också bland de lägsta. På grund av den mycket höga platsbeläggningen finns en stor oro bland vårdpersonal och patienter att patientsäkerheten kan lida skada, eftersom kapacitetsmarginalerna är små och arbetsförhållandena är stressiga. Sverige har troligen nått en gräns för hur långt antalet vårdplatser kan minska, liksom sjukhuskapaciteten i allmänhet. Ett nationellt rapporteringssystem har nyligen utvecklats för att övervaka överbeläggningar och utlokaliserade patienter, för att undvika dess negativa effekter.

En annan stor förändring är det ökade antalet operationer som numera utförs i den öppna vården i stället för inom den slutna vården. Detta gäller sedan en lång tid tillbaka nästan alla starroperationer, men även många andra ingrepp utförs nu som dagsjukvård. Till exempel har den andel tonsillektomier (avlägsnande av halsmandlarna) som utförs som dagsjukvård ökat från omkring 20 % 2005 till över 70 % 2015.

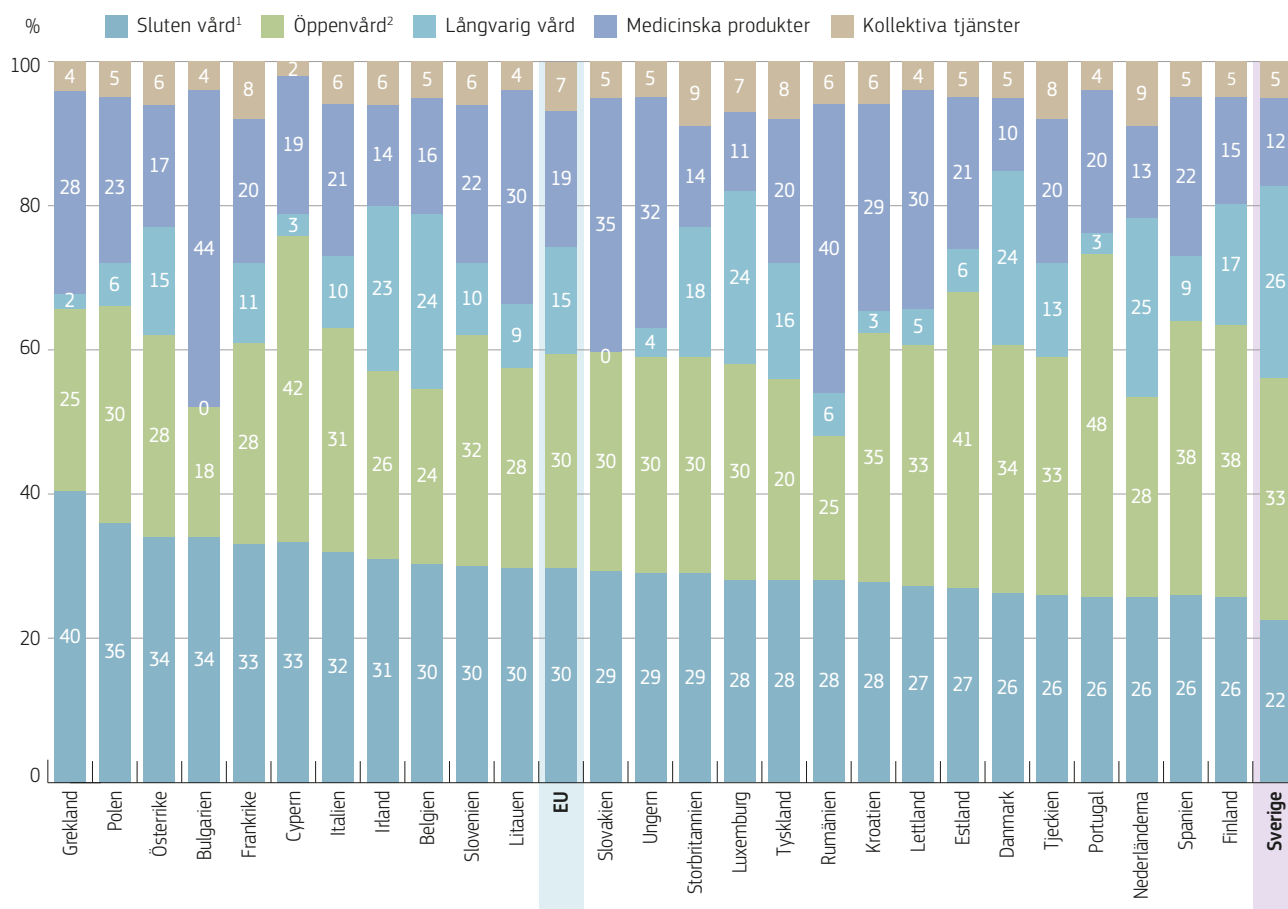
I diagram 14 visas också den relativa betydelsen av formell långvård och omsorg inom den svenska hälso- och sjukvården, och de relativt låga utgifterna för läkemedel.

Både staten och yrkesorganisationer har starkt fokus på resultatbedömning och utvärdering

I de nationella kvalitetsregistren finns en stor mängd information som används för forskning och resultatbedömning. Ursprungligen upprättades dessa register av vårdpersonal på frivillig basis och de förvaltas fortfarande av dessa. De finansieras emellertid i allt högre grad med skattemedel. De flesta av de över 100 registren gäller särskilda diagnoser och innehåller främst medicinska och epidemiologiska upplysningar. Med hjälp av personnummer kan uppgifterna länkas samman med andra register och användas för forskning som går utöver de specifika medicinska diagnoserna. Denna källa används tillsammans med ett flertal andra – t.ex. det nationella patientregistret – för offentliga jämförelser av vårdgivare och regioner, som presenteras i flera publikationer och i den offentliga databasen "Öppna jämförelser". Staten har också stärkt tillsynen över vårdens funktion och resultat. Ett exempel på detta är Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som inrättades 2011 för att stärka resultatövervakningen inom hälso- och sjukvården.



Diagram 14. Sverige lägger relativt små resurser på slutna vård



Obs: Länderna rankas efter den slutna vårdens andel av alla vårdutgifter.

1. Avser botande och rehabiliterande vård inom den slutna vården och dagsjukvården.
2. Inkluderar vård i hemmet och relaterade tjänster.

Källa: OECD:s hälsostatistik, Eurostats databas (data för år 2015).

Den övergripande förvaltningen behöver reformeras men samsyn om hur det ska gå till saknas

Den svenska administrativa indelningen, med 21 självstyrande regioner, väcker tvivel om systemets effektivitet och möjligheterna att erbjuda alla svenskar lika vård. Genom ett resursomfördelningssystem får mindre resursstarka områden stöd för att finansiera vården, men skillnaderna i befolkningsstorlek och geografi medför utmaningar. Exempelvis måste mindre regioner antingen förlita sig på grannregionerna för avancerad eller komplex vård, eller bygga upp en egen, kostsam kapacitet inom regionens gränser. Samordningen med de 290 kommunerna, som ansvarar för äldrevård och socialtjänst, ser också olika ut på olika håll i landet, med varierande resultat.

Danmark och Norge har genomfört omfattande reformer för att åtgärda i grunden liknande problem. I Sverige har tidigare och nyligen genomförda statliga utredningar föreslagit att regionerna bör behålla ungefär samma funktioner och ansvarsområden som nu, men att de bör bli färre och omfatta större geografiska områden. Mer radikala reformer, såsom att förlägga ansvaret för vården på en annan förvaltningsnivå i syfte att integrera kommunal primärvård med vård hos allmänläkare eller nationalisera specialistvården (vilket har gjorts i grannländerna) har inte undersökts i samma utsträckning. När det gäller ett litet antal diagnoser tjänar emellertid några utvalda sjukhus hela landet. I själva verket håller samordningen mellan ansvariga lokala myndigheter och vårdgivare långsamt på att stärkas i syfte att skapa större upptagningsområden, detta trots att förvaltnings- och finansieringsstrukturerna inte har förändrats.

6 Slutsatser

- Svenskarna lever längre och är friskare än den genomsnittliga EU-medborgaren. Sverige har den femte högsta medellivslängden i EU och antalet friska år är stort. Antalet förväntade friska levnadsår för både män och kvinnor vid 65 års ålder är bland de högsta i hela EU. Könsskillnaderna är relativt små, men det finns seglivade socioekonomiska klyftor. Exempelvis är medellivslängden hos män med universitetsutbildning nästan fem år längre än bland män som inte har gått ut gymnasiet.
- Rökning och alkoholkonsumtion är inte särskilt omfattande i Sverige, men övervikt och fetma är ett växande folkhälsoproblem bland ungdomar och vuxna. En av sju vuxna och nästan en av fem femtonåringar är överviktiga eller feta, vilket är mer än i de flesta EU-länder. Svenska ungdomar är också betydligt mindre fysiskt aktiva än EU-genomsnittet.
- Många beteendemässiga riskfaktorer är betydligt vanligare bland låginkomsttagare eller lågutbildade. Rökning är tre gånger vanligare och fetma är 50 % vanligare hos den del av befolkningen som har lägst utbildning, jämfört med den del som har högst utbildning. Regeringen har satt upp ett mål om att avskaffa de påverkbara hälsoklyftorna mellan olika befolkningsgrupper inom en generation, men ännu har ingen tydlig handlingsplan för att nå detta ambitiösa mål lagts fram.
- Den svenska vårdens indelning i 21 regioner bidrar till att skapa regionala skillnader i tillgänglighet och resultat, vilket strider mot den övergripande principen i sjukvårdslagen. För att kunna garantera en mer jämlik resursfördelning tillämpas ett statligt omfördelningssystem, och extra finansiering erbjuds för särskilda program. Denna fragmenterade förvaltning leder till skillnader i tillgänglighet, men i praktiken håller större vårdområden på att växa fram genom ökat regionalt samarbete för gemensamma investeringar och koncentration av vård till färre platser.
- Sverige lägger minst pengar av alla EU-länder på slutet vård. Under de senaste årtiondena har antalet vårdplatser och den genomsnittliga vårdtiden minskat konstant, och antalet operationer som utförs i dagsjukvården har ökat. Platsbeläggningen på sjukhusen är mycket hög, vilket tyder på att resurserna utnyttjas till fullo, och sjukhuspersonal uttrycker en allt större oro vad gäller patientsäkerhet och arbetsförhållanden.
- Sverige lägger stora ekonomiska och personella resurser på hälso- och sjukvården: landet ligger på femte plats i EU när det gäller vårdutgifter per capita och har ett stort antal läkare och sjuksköterskor. Det finns emellertid bestående problem med att rekrytera personal till landsbygden och med att hitta rätt mix av läkare och sjuksköterskor. En viss omfördelning av arbetsuppgifter mellan sjuksköterskor och läkare har genomförts i primärvården, men bristen på specialistsjuksköterskor hindrar ytterligare sådan omfördelning av arbetsuppgifter på sjukhusen.
- En relativt liten del av Sveriges befolkning uppger att de inte fått sina vårdbehov tillgodosedda på grund av kostnader, avstånd eller väntetider. Skillnaden mellan hög- och låginkomsttagare är också bland de lägsta i EU. Patientavgifter tillämpas för de flesta typer av vård, men befolkningen skyddas från finansiella risker genom undantag från avgifter och avgiftstak. Långa väntetider och bristande samordning av vård mellan olika vårdgivare är emellertid bestående problem.



Huvudsakliga källor

Anell, A., Glenngård, A.H., och Merkur, S (2012), "Sweden: Health System Review", *Health Systems in Transition*, Vol. 14(5), s. 1–159.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Källförteckning

Commonwealth Fund (2016), "International Health Policy Survey".

ECDC (2017), *Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe 2015*, Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net).

Europeiska kommissionen (GD ECFIN) och Economic Policy Committee (AWG) (2015), "The 2015 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060)", *European Economy* 3, Bryssel, maj.

IHME (2016), "Global Health Data Exchange", Institute for Health Metrics and Evaluation, tillgänglig på <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Migrationsverket (2017), <http://www.migrationsinfo.se/>.

OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014), "Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem".

SOU (2009), "En nationell cancerstrategi för framtiden", betänkande av utredningen En nationell cancerstrategi, Statens offentliga utredningar.

Svensk försäkring (2017), <http://www.svenskforsakring.se/>

van den Berg, M.J., van Loenen, T., och Westert, G.P. (2016), "Accessible and Continuous Primary Care May Help Reduce Rates of Emergency Department Use. An international Survey in 34 Countries", *Family Practice*, Vol. 33(1), s. 42–50.

Wilkens, J. m.fl. (2016), "The 2015 National Cancer Program in Sweden: Introducing standardized Care Pathways in a Decentralized System", *Health Policy*, Vol. 120(12), s. 1378–1382.

Förkortningar för landsnamn

Belgien	BE	Frankrike	FR	Litauen	LT	Portugal	PT	Sverige	SE
Bulgarien	BG	Grekland	EL	Luxemburg	LU	Rumänien	RO	Tjeckien	CZ
Cypern	CY	Irland	IE	Malta	MT	Slovakien	SK	Tyskland	DE
Danmark	DK	Italien	IT	Nederländerna	NL	Slovenien	SI	Ungern	HU
Estland	EE	Kroatien	HR	Österrike	AT	Spanien	ES		
Finland	FI	Lettland	LV	Polen	PL	Storbritannien	UK		



State of Health in the EU

Landprofil hälsa 2017

Landsprofilerna är en viktig del av Europeiska kommissionens tvååriga initiativ *Hälsotillståndet i EU*. De tas fram i samarbete med Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och *European Observatory on Health Systems and Policies*. Landsprofilerna har samordnats av kommissionen och utarbetats med ekonomiskt stöd från Europeiska unionen.

De kortfattade, policyinriktade landsprofilerna bygger på en öppen, konsekvent metod, med användning av både kvantitativa och kvalitativa data, som anpassas till förhållandena i varje EU-medlemsstat på ett flexibelt sätt. Syftet är att underlätta ömsesidigt lärande och frivilliga utbyten som stöd för medlemsstaternas arbete med att utforma evidensbaserade politiska åtgärder.

Varje landsprofil innehåller en kort sammanfattning av

- landets hälsostatus,
- faktorer som påverkar hälsan, med fokus på riskfaktorer,
- hälso- och sjukvårdssystemets utformning,
- hälso- och sjukvårdens effektivitet, tillgänglighet och anpassningsförmåga.

Detta är den första omgången landsprofiler, som offentliggörs i november 2017. Landsprofiler kommer därefter att ges ut vartannat år. En kompletterande rapport ges ut av kommissionen.

Vill du veta mer? Gå till: https://ec.europa.eu/health/state/summary_sv

Vänligen citera denna publikation så här:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Sverige: Landprofil hälsa 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285453-sv>

ISBN 9789264285453 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.