

Rapport 2014:2

# VIP i vården?

– Om utmaningar i vården  
av personer med kronisk sjukdom



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm

**Omslagsbild:** Getty Images

**Tryck:** TMG Sthlm, Stockholm 2014

ISBN 978-91-87213-24-3

## **VIP i vården?**

– Om utmaningar i vården  
av personer med kronisk sjukdom



Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Utredaren Marianne Svensson har varit föredragande. Analyschefen Christofer Montell har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2014-02-13  
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström  
Styrelseordförande

Anders Anell  
Vice ordförande

Eva Fernvall  
Styrelseledamot

Mef Nilbert  
Styrelseledamot

Karin Tengvald  
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson  
Myndighetschef

Marianne Svensson  
Föredragande





## Förord

Under de senaste åren har ett stort antal rapporter konstaterat att vi står inför en framtida utmaning för att kunna tillgodose ett ökat behov av vård och omsorg. Den positiva utvecklingen som medför att hälsan i befolkningen förbättras och att livslängden ökar, kan enligt Socialdepartementets framskrivningar innebära att kostnaden för hälso- och sjukvård ökar med cirka 30 procent fram till år 2050. För äldreomsorgen förväntas ökningen bli mer än dubbelt så stor.

Med en allt äldre befolkning kommer allt fler att drabbas av kroniska sjukdomar, och allt fler kommer att leva allt längre med kronisk sjukdom. Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har därför genomfört en analys som syftar till att få en tydligare förståelse för några av de utmaningar som vården behöver hantera för att bättre möta behoven hos denna målgrupp. Studien tar sin utgångspunkt i en omfattande nulägesanalys som bland annat belyser följande frågeställningar:

- Hur vanlig är kronisk sjukdom, och vilka kroniska sjukdomar är vanligast förekommande?
- Hur vanlig är multisjuklighet?
- Hur stor andel av sjukvård, läkemedelsanvändning och sjukskrivning kan relateras till kronisk sjukdom?
- Hur ser sjukvårdskonsumtionen ut för olika grupper av personer med kronisk sjukdom?
- Hur upplever personer med kronisk sjukdom sina kontakter med vården?

Analysen pekar på ett antal områden där vården måste bli bättre än idag på att stödja personer med långvarig och kronisk sjukdom. Vården står väldigt



tydligt inför utmaningen att samtidigt möta kraven på förbättrad kvalitet och ökad effektivitet i vården.

Under arbetet med denna studie har regeringen presenterat en nationell satsning på kronisk sjukdom. Vi hoppas att denna rapport kan bli ett värdefullt bidrag till diskussionen om satsningar och prioriteringar på området och också vara ett underlag för utvärderingar av framtida satsningar på området.

Arbetet har letts av utredaren Marianne Svensson vid Vårdanalys. I projektgruppen har också Jesper Olsson vid Vårdanalys ingått. Health Navigator AB har bistått med externt stöd. Vi vill särskilt tacka Michael Bergström, Sveriges Kommuner och Landsting, Milan Knezevic, Landstinget Sörmland, Anders Lönnberg, Storstockholms diabetesförening, Maj Rom, Sveriges Kommuner och Landsting samt patientsäkerhetsstrateg Dag Ström för värdefulla synpunkter på rapporten.

Stockholm i februari 2013

Fredrik Lennartsson  
Myndighetschef



# Sammanfattning

Allt fler människor lever allt längre i Sverige. Det är en positiv utveckling med flera förklaringar. Det handlar exempelvis om bättre levnadsförhållanden, kraftfullare preventiva insatser för att förebygga olyckor och ohälsosamma levnadsvanor samt att vården blir allt bättre på att diagnostisera och behandla sjukdomar. Att vi blir äldre gör också att fler personer hinner utveckla de kroniska sjukdomar som normalt följer av ökad ålder. Den i grunden mycket positiva utvecklingen medför därför en utmaning för vården och omsorgen: hur ska de ökade behoven av vård och omsorg för personer med långvarig och kronisk sjukdom tillgodoses?

En ökad andel äldre i befolkningen innebär även att andelen personer i arbetsför ålder minskar. Det för med sig ökad konkurrens mellan sektorer om tillgänglig arbetskraft liksom en reducerad skattebas. Att utnyttja de resurser som finns på bästa sätt kommer vara avgörande för utvecklingen. Mycket tyder på att samhällets insatser kan och behöver utvecklas för att ännu bättre än idag stödja de som drabbas av kroniska sjukdomar och deras närstående.

## **Vi försöker identifiera några av de utmaningar som vården av personer med kroniska sjukdomar står inför**

Vårdanalys har gjort en omfattande nulägesanalys av vården och omsorgen för personer med kronisk sjukdom. Syftet är att få en tydligare förståelse för några av de utmaningar som hälso- och sjukvården och omsorgen, som system, behöver hantera för att möta behoven hos denna målgrupp.

Vår förhoppning är att underlaget ska utgöra en grund för och stimulera till diskussion om vilka satsningar och prioriteringar som behöver göras inom

området, på både regional och nationell nivå. Vi hoppas också att underlaget ska fungera som en bas för den fortsatta uppföljningen av hur vården av personer med kroniska sjukdomar utvecklas.

## **Analysen baseras på ett stort antal datakällor**

Vi har i denna rapport valt en bred definition av kronisk sjukdom som omfattar både kroniska sjukdomar och långvariga tillstånd såsom grav hörselnedsättning, svår synnedsättning och förlamning. Valet av definition innebär att de besvär som sjukdomarna eller tillstånden orsakar kan vara allt från relativt lindriga till mycket svåra.

Även analyserna har utgått från en bred ansats genom att sammanställa information från ett stort antal tillgängliga datakällor. Analyserna baseras på nationell data om sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning samt läkemedelsförsäljning. I avsaknad av nationella källor har vårdstatistik från två medelstora landsting i Mellansverige och omsorgsstatistik från 14 kommuner analyserats för att beskriva hur kontakterna med sjukvården och omsorgen ser ut för personer med kronisk sjukdom. En analys har också gjorts av patienternas egen upplevelse av sin hälsa och sjukvård utifrån en aktuell internationell befolkningsundersökning. De kvantitativa analyserna har sedan kompletterats med intervjuer med experter och vårdgivare för att få en djupare förståelse av möjliga förbättringsområden. Analysen har genererat ett antal huvudslutsatser:

## **Många personer har kroniska sjukdomar och ett stort antal aktörer är involverade i deras vård och omsorg**

► *Kronisk sjukdom förekommer hos nästan halva befolkningen och står för en majoritet av sjukvårds- och sjukförsäkringskostnaderna*

I de landsting som studerats förekommer kronisk sjukdom hos en stor del av befolkningen; 44 procent av befolkningen, inklusive var femte person under 20 år har fått minst en kronisk diagnos de senaste tre åren. En majoritet av sjukvårdens resurser riktas till gruppen; de står för cirka 80-85 procent av sjukvårdskostnaderna och baserat på sjukvårdskostnaden per person använder de med kronisk sjukdom fyra till sex gånger mer sjukvård per individ än personer utan kronisk sjukdom. Kronisk sjukdom ligger även bakom en majoritet av kostnaderna för ersättning vid sjukfrånvaro.

Det faktum att gruppen med kronisk sjukdom utgör nästan halva befolkningen och att en majoritet av sjukvårdens insatser riktar sig till dem,

gör det viktigt att nyansera bilden av kronisk sjukdom och fördjupa kunskapen om hur vård och omsorg ska bedrivas för att på bästa sätt svara upp mot denna heterogena grupps behov.

- ▶ *Multisjuklighet är vanligt förekommande och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar görs av personer med två eller flera kroniska sjukdomar*

Multisjuklighet är vanligt förekommande, inte bara hos äldre; en fjärdedel av befolkningen har två eller fler kroniska diagnoser i de landsting som studerats. En stor del av sjukvården riktas till multisjuka; personer med minst två kroniska sjukdomar står för 50 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar. Vissa sjukdomar förekommer så ofta tillsammans med andra att kombinationen är vanligare än att sjukdomen förekommer ensam; till exempel är det tre gånger vanligare att samtidigt som metabol sjukdom även ha hjärtsjukdom än att endast ha en metabol sjukdom.

- ▶ *En majoritet av äldre har flera kroniska sjukdomar, särskilt äldre med omsorgsinsatser*

Kronisk sjukdom är vanligt förekommande hos äldre; 85 procent av personer över 65 har minst en kronisk sjukdom, och 66 procent har två eller flera. Personer med kommunala omsorgsinsatser har i ännu högre grad (90 procent) kronisk sjukdom.

- ▶ *Primärvården svarar för en stor del av sjukvården för personer med kronisk sjukdom, men akutmottagningarna spelar en betydande roll*

Endast var femte person med kronisk sjukdom vårdas i slutenvården under ett år. En stor andel av personer med kronisk sjukdom har någon specialistvårdskontakt, men över hälften av läkarbesöken görs i primärvård och en tredjedel av personerna har endast primärvårdskontakt under ett år. Det innebär att merparten av vården av de kroniska sjukdomarna görs av patienter och närstående själva. Akutmottagningarna spelar dock en stor, möjligtvis för stor, roll i vården av kronisk sjukdom; vart tionde läkarbesök av personer med kronisk sjukdom görs på akutmottagning, och var tolfte person med kronisk sjukdom har haft två eller fler akutbesök under ett år.

## Vården av personer med kronisk sjukdom är inte tillräckligt patient-centrerad

### ► *Sjukvårdsinsatser för personer med kronisk sjukdom, särskilt multisyuka, samordnas inte tillräckligt*

Nästan en tredjedel av de med kronisk sjukdom (mer än en tiondel av befolkningen i de studerade landstingen) träffar läkare på två eller fler specialistkliniker under ett år, och långt fler har kontakt med både primär- och specialistvård. En stor grupp patienter har alltså ett stort behov av en fungerande samordning mellan olika vårdgivare. Samordningen fungerar idag oftast inte. Drygt 40 procent av personer med kronisk sjukdom uppger att deras primärvårdsläkare inte känt till vad som gjorts i specialistvården, och över 70 procent uppger att de inte fått hjälp av sjukhuset att boka återbesök trots att de behövt det. Sjukvården utgår fortfarande ofta ifrån organisatoriska indelningar istället för patientens behov vilket försvårar möjligheten till helhetsansvar. Även om lagar och andra bindande regler ställer krav på vårdgivaren att samordna vården, lägger vården i praktiken ett stort ansvar på patienten (eller närstående) att samordna sin egen vård.

### ► *Patientens egen kraft och förmåga används inte tillräckligt*

Om alltför stort ansvar läggs på patienten vad gäller samordning läggs samtidigt alltför lite fokus på att öka patientens möjlighet att vara delaktig och aktiv i sin egen vård (bortom logistik och tidbokning). Patienter med kronisk sjukdom i Sverige anser sig mindre delaktiga i den egna vården jämfört med patienter i andra länder. Vården fullgör inte sina skyldigheter enligt gällande lagstiftning och lyckas exempelvis inte säkerställa att patienten får individanpassad information kring sin sjukdom och behandling vid rätt tillfälle. Vården använder inte heller de verktyg som står till buds för att öka patientens möjligheter att påverka sin egen sjukdom. Det finns en stor förbättringspotential att utbilda patienter om till exempel viktiga tecken på försämring och när man behöver (och inte behöver) söka vård.

### ► *Vården av kronisk sjukdom är inte tillräckligt proaktiv, och lägger för lite fokus på att förebygga försämring och akutvård*

Vården av kronisk sjukdom är inte tillräckligt proaktiv, varken när det gäller att förebygga följsjukdomar eller att förebygga försämring och behov av akutvård. Exempelvis uppger nästan fyra av tio personer med kronisk sjukdom att de besökt akuten någon gång de senaste två åren för ett tillstånd som de tror skulle kunna ha hanterats av deras ordinarie

läkarkontakt om denna varit tillgänglig. Proaktiva åtgärder, som till exempel riktade kallelser till kontroller eller uppföljande telefonsamtal efter sjukhusbesök, skulle kunna användas i större omfattning till grupper med kronisk sjukdom och sämre hälsa. Sjukvården begränsar sig för ofta till att reagera på föreliggande och akuta behov istället för att förutsäga och undvika exempelvis onödiga komplikationer.

## Vården av vissa grupper har särskilt stora utmaningar

### ► *Multisjuka är en särskilt utsatt grupp, vars sjukvård uppvisar flera brister*

Personer med två eller flera sjukdomar har ett större sjukvårdsbehov, och träffar fler vårdgivare. Flera utmaningar finns vad gäller deras vård. Samordningen brister ofta för dessa personer, med risk för att patienten "faller mellan stolarna" och att ingen vårdgivare tar ett helhetsansvar. Läkemedelsinteraktioner och felaktig läkemedelsbehandling vid nedsatt njurfunktion framstår som två viktiga förbättringsområden generellt sett, men framförallt för den stora gruppen multisjuka äldre. Både en bristande medvetenhet om förekomsten (och bristande rutiner för upptäckt) av nedsatt njurfunktion och en bristande kunskapsstyrning kring hur läkemedelsbehandling ska anpassas, bidrar till felaktig läkemedelsanvändning vid nedsatt njurfunktion.

### ► *Personer med psykisk ohälsa har ofta även somatisk sjukdom, och flera brister finns i deras vård*

En kraftig somatisk översjuklighet ses hos personer med psykisk ohälsa; diagnostiserat högt blodtryck, metabola sjukdomar och hjärtsjukdom är alla mer än dubbelt så vanliga jämfört med i befolkningen som helhet. Det är välkänt att personer med psykisk ohälsa inte alltid får en fullgod somatisk vård. En förklaring är sannolikt att personer med samtidig psykisk och somatisk ohälsa har behov av vård inom både specialistpsykiatri och i primärvården, och på båda ställena beskrivs en brist på den andra kompetensen.

## Kunskapsstödet försvåras av brister i datatillgång och riktlinjer

Det är flera saker som påverkar möjligheten till kunskapsstyrning. Data-tillgång och riktlinjer är två exempel där våra resultat visar på brister. Bland annat saknas uppgifter om primärvård i Socialstyrelsens hälsodataregister



och i existerande kvalitetsregister. I Försäkringskassans register finns endast uppgifter om en diagnos per sjukskrivningstillfälle, vilket försvårar analys av multisjuklighet. För läkemedel saknas uppgifter om diagnos i centrala register, vilket försvårar analys av vilka läkemedel som används mot vilka sjukdomar. Underlag för att beskriva användningen av hjälpmedel bland personer med kronisk sjukdom saknas i stora delar på nationell nivå. Denna nulägesanalys visar på behovet av data för att möjliggöra strukturerad och regelbunden analys av vård och omsorg för personer med kronisk sjukdom.

Dessutom är vårdens kunskapsstöd inte tillräckligt anpassat för multisjuklighet. Nuvarande fokus på enskilda diagnoser i arbetet med kunskapsgenerering ökar risken att multisjukas behov kommer i skymundan. Det finns därför behov av att se över kunskapsstyrningen och hur nationella riktlinjer kan utvecklas och utformas för att bättre än idag fungera som ett stöd för vårdpersonalen och patienterna i själva vårdsituationen. Idag saknas dessutom nationella riktlinjer för flera vanliga sjukdomar och för behandling av kombinationer av sjukdomar.

### **Det krävs åtgärder på både regional och nationell nivå för att skapa en mer patientcentrerad vård för personer med kronisk sjukdom**

Resultaten visar att vården har en betydande utmaning att bättre möta behoven hos personer med kronisk sjukdom. Även om det inte har varit fokus för denna studie väcker resultaten frågor om hur vården på ett bättre sätt än idag kan fullgöra de krav som ställs i lagar och andra bindande regler för att nå en patientcentrerad vård, bland annat genom skyldigheter om samordning, kontinuitet, delaktighet och information. Vi tror att det krävs fortsatta åtgärder på både regional och nationell nivå, och nedan lämnar vi några avslutande reflektioner kring det fortsatta utvecklingsarbetet.

Regeringen och landstingen behöver överväga hur man kan utveckla informationsflöden, ansvarsförhållanden och incitamentsstrukturer för att:

- stärka samarbetet mellan kliniker och verksamheter, både inom landstinget och mellan kommun och landsting. Primärvården har uppdraget att hålla samman vården, men saknar de verktyg och mandat som krävs för att axla rollen som projektledare för patienter med en eller flera kroniska sjukdomar. Det finns ett behov av att förbättra informationsöverföringen exempelvis via journalsystemet för att personal tillsammans med patienter och närstående ska kunna överblicka och koordinera vården.

- bättre stödja och tillvarata kraften hos patienterna själva för att öka både deras och närståendes delaktighet och inflytande över hur vården utformas.
- främja ett proaktivt arbete för gruppen av personer med kronisk sjukdom med sämre hälsa för att minska behovet av akutsjukvård. Det handlar bland annat om att utveckla verktyg för att identifiera de grupper av patienter där insatserna är av störst betydelse.
- öka förutsättningarna för att ny kunskap och evidens kan omsättas i klinisk vardag. Det kan till exempel handla om att ta det nationella riktlinjearbetet vidare på ett sådant sätt att personalen i vårdsituationen kan ta till sig de rekommendationer som ges i dem.
- förbättra möjligheten till uppföljning av prestationer, processer och utfall av vården av kronisk sjukdom, inte minst i primärvården. Det finns ett behov av att öka kunskapen om kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för grupper av personer med en eller flera kroniska sjukdomar.







# Innehåll

<b>1 Inledning .....</b>	<b>21</b>
1.1 Analysen syftar till att tydliggöra de utmaningar som vården av personer med kronisk sjukdom står inför .....	22
1.2 Analysen baseras på kvantitativa och kvalitativa källor.....	22
1.3 Analysen tar sin utgångspunkt i sjukvården.....	23
<b>2 Kronisk sjukdom – vad vet vi idag?.....</b>	<b>27</b>
2.1 Begreppet hälsa.....	27
2.2 Vad som betraktas som kronisk sjukdom skiljer sig åt .....	29
2.3 Kroniska sjukdomar är ett stort och växande globalt problem .....	30
2.3.1 Icke-smittsamma sjukdomar .....	30
2.3.2 Kroniska sjukdomar .....	31
2.4 Multisjuklighet är vanligt.....	32
2.5 Konsekvenser inom och utanför sjukvården.....	33
2.5.1 Sjukvårds- och läkemedelskostnader .....	33
2.5.2 Övriga kostnader .....	34
2.6 Flera initiativ för att öka kunskapen om kroniska sjukdomar .....	35
<b>3 Metod .....</b>	<b>39</b>
3.1 Definition av kronisk sjukdom .....	40
3.2 Klassificering av kroniska sjukdomar .....	40
3.3 Identifiering av personer med kronisk sjukdom .....	43
3.4 Kartläggning av vårdkonsumtion.....	44
3.5 Kartläggning av vård- och omsorgsinsatser hos äldre .....	45
3.6 Analys av läkemedelskostnader.....	46
3.7 Analys av sjukskrivning.....	46



3.8 Hur de med kronisk sjukdom upplever vården .....	47
3.9 Intervjuer och fokusgrupper.....	48
<b>4 Närmare halva befolkningen lever med kroniska sjukdomar .....</b>	<b>51</b>
4.1 Var fjärde person har mer än en kronisk sjukdom .....	55
<b>5 Kronisk sjukdom står för en majoritet av sjukvården.....</b>	<b>63</b>
5.1 Sjukvårdskostnader .....	64
5.2 Vårdnivåer .....	66
5.3 Vårdkonsumtion vid multisjuklighet .....	68
5.4 Vad karaktäriserar de med störst vårdkonsumtion? .....	69
5.5 Kronisk sjukdom står för en majoritet av läkemedelsförsäljningen.....	72
<b>6 Kronisk sjukdom står för en majoritet av sjukförsäkringskostnaden .....</b>	<b>75</b>
6.1 Totala kostnader för sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning ..	75
6.2 Uppskattning av kostnader per person med sjukpenning eller sjukersättning .....	77
<b>7 En majoritet av äldre har kronisk sjukdom .....</b>	<b>81</b>
7.1 Högre sjukvårds- och omsorgskonsumtion ses hos äldre med kronisk sjukdom .....	83
<b>8 Personer med kronisk sjukdom upplever brister i vården .....</b>	<b>91</b>
8.1 Ungefär lika nöjda med sjukvården som patienter utan kronisk sjukdom .....	92
8.2 Sverige sämre än andra länder på information till patienten.....	93
8.3 Många upplever brister i samordning .....	95
8.4 Inga skillnader i upplevelsen av vårdens tillgänglighet .....	97
8.5 Få upplever att de fått information om prevention .....	97
<b>9 Vårdens särskilda utmaningar .....</b>	<b>101</b>
9.1 Särskilt utsatta grupper .....	101
9.1.1 Multisjuka upplever brister i patientcentrering och samordning	102
9.1.2 Personer med psykisk ohälsa har ofta även somatisk sjukdom .....	102
9.1.3 Läkemedelsbehandling av personer med njursvikt eller kraftigt nedsatt njurfunktion uppvisar brister .....	103

9.2 Betydande skillnader i vårdkonsumtionsmönster mellan grupperna .....	104
9.2.1 Grupp 1 – en somatisk kronisk sjukdom .....	107
9.2.2 Grupp 2 – flera somatiska kroniska sjukdomar .....	108
9.2.3 Grupp 3 – både psykisk och somatisk ohälsa .....	109
9.2.4 Grupp 4 – både somatisk sjukdom och njursvikt .....	111
<b>10 Vården av kronisk sjukdom måste bli mer patientcentrerad .....</b>	<b>115</b>
10.1 Vården måste se personer med kronisk sjukdom som medaktörer .....	117
10.2 Vården måste samordnas utifrån multisjuklighet .....	120
10.3 Helhetsansvar – en utmaning för vården av kronisk sjukdom.....	126
10.3.1 Vården är inte tillräckligt proaktiv .....	126
10.3.2 Vårdens kunskapsstöd är inte tillräckligt anpassade för multisjuk- lighet .....	130
<b>11 Referenser .....</b>	<b>137</b>
<b>Bilaga 1 Diagnoser som inkluderats i analysen av kroniska sjukdomar och tillstånd .....</b>	<b>145</b>
<b>Bilaga 2 Klassificering av läkemedel .....</b>	<b>148</b>
<b>Bilaga 3 Riktlinjer för kronisk sjukdom .....</b>	<b>152</b>









## Inledning

Allt fler människor lever allt längre i Sverige (Ahlbom m.fl. 2010). Det är en positiv utveckling med flera förklaringar. Det handlar om bättre levnadsförhållanden och kraftfullare preventiva insatser för att förebygga olyckor och ohälsosamma levnadsvanor. Det handlar också om att vården blir allt bättre på att diagnostisera och behandla sjukdomar. Studier visar att medicinska framsteg inom exempelvis vården av hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och bröstcancer bidragit till ökad hälsa och livskvalitet för den enskilde och ett mer värde för samhället i stort i termer ökad produktivitet till följd av förbättrad överlevnad (Lundqvist m.fl. 2013, Steen Carlsson m.fl. 2013, Lundqvist m.fl., 2012).

Att vi blir äldre gör också att fler personer hinner utveckla de kroniska sjukdomar som normalt följer av ökad ålder. Den i grunden mycket positiva utvecklingen medför samtidigt en utmaning för vården och omsorgen: hur ska de ökade behoven av vård och omsorg för personer med långvarig och kronisk sjukdom tillgodoses? Tänkbara scenarior om framtida behov av vård och omsorg visar att kostnaden för sjukvården kan öka med cirka 30 procent under perioden 2010-2050 (Regeringskansliet 2010). Kostnaden för äldreomsorgen förväntas öka med mer än det dubbla, cirka 70 procent. Eftersom antalet äldre kommer att öka och att ohälsan är som störst i denna grupp, förväntas antalet personer med svår ohälsa i befolkningen öka med 45 procent mellan år 2010 och år 2050.

En ökad andel äldre i befolkningen innebär även att andelen personer i arbetsför ålder minskar. Det för med sig ökad konkurrens mellan sektorer om tillgänglig arbetskraft liksom en reducerad skattebas. Att utnyttja de resurser som finns på bästa sätt kommer vara avgörande för utvecklingen. Mycket tyder på att samhällets insatser kan och behöver utvecklas för att ännu bättre än



idag stödja de som drabbas av kroniska sjukdomar och deras närstående. Det kan handla om att skapa förutsättningar för en fortsatt utveckling av innovativa behandlingsmetoder men också att utveckla vårdens strukturer så att de på bästa sätt kan bidra till vårdens framtida prioriteringar.

## 1.1 ANALYSEN SYFTAR TILL ATT TYDLIGGÖRA DE UTMANINGAR SOM VÅRDEN AV PERSONER MED KRONISK SJUKDOM STÅR INFÖR

Vårdanalys har gjort en omfattande nulägesanalys av vården och omsorgen av kronisk sjukdom. Analysen syftar till att få en tydligare förståelse för några av de utmaningar som hälso- och sjukvården och omsorgen, som system, behöver hantera för att förbättra kvaliteten och effektiviteten. Vår förhoppning är att underlaget ska utgöra en grund för och stimulera till diskussion om satsningar och prioriteringar inom området. Vi hoppas också att underlaget kan fungera som en bas för fortsatt uppföljning av kronisk sjukdom och utvärdering av framtida satsningar.

De frågeställningar som denna rapport har som mål att besvara inkluderar:

- Hur vanlig är kronisk sjukdom, och vilka kroniska sjukdomar är vanligast förekommande?
- Hur vanlig är multisjuklighet?
- Hur stor andel av sjukvård, läkemedelsanvändning och sjukskrivning kan relateras till kronisk sjukdom?
- Hur ser sjukvårdskonsumtionen ut för olika grupper av personer med kronisk sjukdom?
- Hur upplever personer med kronisk sjukdom sina kontakter med vården?
- Vilka strategiska förbättringsmöjligheter finns inom vården av personer med kronisk sjukdom?

## 1.2 ANALYSEN BASERAS PÅ KVANTITATIVA OCH KVALITATIVA KÄLLOR

Vårdanalys nulägesanalys studerar både hur vanliga kroniska och långvariga sjukdomar och tillstånd är och vilka följder, i form av vård- och omsorgskontakter, läkemedelsförskrivning och arbetsfrånvaro, de orsakar. Genom att identifiera personer med de diagnoser som kan betraktas som kroniska och långvariga försöker vi, med hjälp av mönster i vårdkonsumtion, läkemedelskonsumtion, omsorgskonsumtion och sjukskrivning, urskilja grupper av personer med kronisk sjukdom med sämre hälsa.

Vi har i denna rapport valt en bred definition av kronisk sjukdom som omfattar både kroniska sjukdomar och långvariga tillstånd såsom grav hörsel-



nedsättning, svår synnedsättning och förlamning. Valet av definition innebär att de besvär som sjukdomarna eller tillstånden orsakar kan vara allt från relativt lindriga till mycket svåra.

En kvantitativ kartläggning har gjorts utifrån tillgängliga datakällor. Nationell statistik över sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning samt läkemedelsförsäljning har analyserats. Förekomsten av kronisk sjukdom och vård- och omsorgskontakter har i brist på nationell statistik analyserats med hjälp av vård- och omsorgsstatistik från två medelstora landsting och 14 kommuner i Mellansverige. Vår bedömning är att landstingen är tillräckligt representativa för att med stora penseldrag ge en bild av omfattningen och följderna av kronisk sjukdom i vård och omsorg.

Kartläggningen inkluderar även hur personer med kronisk sjukdom upplever sin hälsa och sjukvård. I tillägg till detta har en kvalitativ kartläggning gjorts av möjliga förbättringsområden för vården av personer med kronisk sjukdom genom djupintervjuer och fokusgrupper. I kapitel 3 beskrivs de metoder som analyserna baseras på i sin helhet.

### 1.3 ANALYSEN TAR SIN UTGÅNGSPUNKT I SJUKVÅRDEN

Vårdanalys kartläggning tar utgångspunkt i sjukvården. Analysen utgår från att den enskilde personen har varit i kontakt med sjukvården – antingen till följd av sin kroniska och långvariga sjukdom och tillstånd eller av annan orsak. Den enskildes sjukvårdskontakter har således varit analysens huvudfokus, även om omsorgs- och sjukskrivningsmönster beskrivs i delar.

Förbyggande insatser av kronisk sjukdom genom primärprevention och folkhälsoarbete och som sker såväl inom sjukvården som av andra aktörer inryms inte i analysen. Detta är angelägna områden som bör studeras vidare i andra sammanhang. En avgränsning i rapporten har också gjorts gentemot tandvård.









## Kronisk sjukdom – vad vet vi idag?

*Det finns ingen allmänt vedertagen definition av kronisk sjukdom. Ofta används begreppet icke-smittsamma sjukdomar (non-communicable diseases; NCD) synonymt med kroniska sjukdomar, men även begreppen långvariga tillstånd (long-term conditions) används. Begreppen är inte helt synonyma eftersom vissa smittsamma sjukdomar kan betraktas som kroniska.*

*Relativt mycket kunskap finns kring enskilda kroniska sjukdomar, till exempel vad gäller förekomst i befolkningen. Kunskapsläget är dock betydligt mer begränsat vad gäller hur vanligt förekommande kronisk sjukdom är som helhet bland befolkningen, hur stor andel av befolkningen som har flera kroniska sjukdomar, och hur stor andel av sjukvårdens resurser som går till personer med kronisk sjukdom. Det finns därför ett behov av att komplettera bilden av kronisk sjukdom och dess följder i Sverige.*

### 2.1 BEGREPPET HÄLSA

Hälsa är inte bara avsaknad av sjukdom. Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) konstitution från 1946 är hälsa “ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt och social välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller skröplighet” (WHO 2006). Hälsan ska således betraktas utifrån en helhets-syn av de egenskaper som ger den enskilde välbefinnande. Vid kronisk sjukdom är det ofta inte möjligt att bota patientens sjukdom, utan fokus måste vara på att hjälpa patienten att nå bästa möjliga hälsa och på bästa sätt kunna leva med sin sjukdom under en längre tid. Detta innebär både att minska de medicinska konsekvenserna av sjukdomen, och att stärka patientens funktionsförmåga och livskvalitet. I Prioriteringsutredningens slutbetänkande uttalas att upplevelsen av livskvaliteten är individuell och en person med stora



begränsningar i sin fysiska förmåga kan uppleva betydligt högre livskvalitet jämfört med en fysiskt frisk person (SOU 1995:5).

Vården stärker den enskildes hälsa genom såväl kortsiktiga akuta insatser som långsiktigt preventivt arbete.

*På kort sikt* kan sjukvårdens uppgift beskrivas som att vara att möta och hantera patientens aktuella problem (som ofta kan vara följder av patientens kroniska sjukdom), på ett sätt som minimerar negativa följder i form av lidande. De aktuella problemen kan vara akuta eller mindre akuta. Även om patientens aktuella problem måste vara i fokus bör de inte vara det enda sjukvården fokuserar på.

**Exempel på att hantera akuta följder och problem:**

Gustav, 75 år, är försämrad i sin KOL och behöver akutvård. Vårdcentralen rekommenderar honom att åka till akuten.

*På något längre sikt* bör sjukvården också arbeta förebyggande och rehabiliterande för att i så stor utsträckning som möjligt bevara funktion och förebygga att personen försämras i sitt kroniska tillstånd.

**Exempel på försämringsförebyggande arbete:**

Gustav, 75 år, har de senaste vintrarna haft flera episoder med akut sjukhusvård på grund av försämring i sin KOL. Hans primärvårdsläkare avsätter ordentligt med tid för att diskutera olika förebyggande åtgärder, och på så sätt ökar chansen att Gustav kan undvika försämring och akutvård denna vinter.

*På lång sikt* bör sjukvården också arbeta för att förebygga sjukdom och följd-sjukdom, genom primär- och sekundärprevention. En viktig del i detta är primärprevention genom minskning av riskfaktorer (alkohol, rökning, fetma, stress) och ökning av friskfaktorer (till exempel bra kost och motion). I gränslandet mellan primär- och sekundärprevention finns ett bra omhändertagande av ”tidiga kroniska diagnoser” som annars kan leda till andra kroniska diagnoser (till exempel diabetes, som ökar risken för bland annat kardiovaskulär sjukdom, njursvikt, och blindhet). Sekundärprevention inkluderar ofta förebyggande av till exempel en andra stroke eller hjärtinfarkt efter ett första tillfälle.

**Exempel på sjukdomsförebyggande arbete:**

Gustav, 45 år, röker. Hans läkare stöttar honom i ansträngningarna att sluta. Gustav lyckas sluta röka, och minskar därmed kraftigt sin risk för utveckling av bland annat KOL.

**2.2 VAD SOM BETRAKTAS SOM KRONISK SJUKDOM SKILJER SIG ÅT**

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av kronisk sjukdom. Ofta används begreppet icke-smittsamma sjukdomar (*non-communicable diseases; NCD*) synonymt med kroniska sjukdomar. Att använda begreppet icke-smittsamma sjukdomar betonar skillnaden mellan de tidigare vanligare smittsamma sjukdomarna och dagens sjukdomspanorama som istället oftare har ett samband med livsstilsfaktorer. Begreppen kroniska sjukdomar och icke-smittsamma sjukdomar är inte helt synonyma. Vissa smittsamma sjukdomar (till exempel HIV och vissa hepatiter) kan idag betraktas som kroniska, och icke-smittsamma sjukdomar är inte alltid kroniska (till exempel akut ryggskott eller vissa cancerformer). I stor utsträckning täcker definitionerna in samma sjukdomar (figur 1). I litteraturen förekommer även begreppet långvariga tillstånd (*long-term conditions*) i betydelsen kronisk sjukdom.

**Figur 1.** Schematisk bild över gränsdragningen mellan kronisk sjukdom och icke-smittsam sjukdom.

Kronisk	<b>Exempel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV</li> <li>• Hepatit</li> <li>• TBC</li> <li>• Vissa typer av cancer</li> </ul>	<b>Exempel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjärtsjukdom</li> <li>• Lungsjukdom</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Vissa typer av cancer</li> </ul>
	<b>Exempel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lunginflammation</li> <li>• Förkylning</li> <li>• Vissa typer av cancer</li> </ul>	<b>Exempel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akut ryggskott</li> <li>• Ungdomsacne</li> <li>• Vissa typer av cancer</li> </ul>
Ej kronisk	Smittsam	Icke-smittsam



## 2.3 KRONISKA SJUKDOMAR ÄR ETT STORT OCH VÄXANDE GLOBALT PROBLEM

### 2.3.1 Icke-smittsamma sjukdomar

#### *Internationellt*

Flera internationella organisationer har valt att fokusera på begreppet icke-smittsamma sjukdomar, och lyfter fram dessa sjukdomar som ett växande problem. FN höll i september 2011 ett högnivåmöte för att diskutera prevention och behandling av icke-smittsamma sjukdomar (Förenta Nationens generalförsamling 2011). Icke-smittsamma sjukdomar lyftes fram som en av de stora utmaningarna för den globala utvecklingen under det tjugoförsta århundradet. Samtidigt noterade FN beröringspunkter mellan icke-smittsamma sjukdomar och vissa smittsamma sjukdomar, till exempel HIV/AIDS, och pekade i sin resolution på betydelsen av att integrera åtgärder för personer med båda typerna av sjukdomar. FN betonade fyra sjukdomsgrupper (kardiovaskulära sjukdomar, cancer, diabetes och kroniska lungsjukdomar) och fyra riskfaktorer (rökning, ohälsosam kost, fysisk inaktivitet och alkohol) som särskilt viktiga vad gäller utvecklingen av icke-smittsamma sjukdomar.

Även WHO använder sig framför allt av begreppet icke-smittsamma sjukdomar snarare än kroniska sjukdomar, och uppskattar att antalet dödsfall orsakade av dessa sjukdomar kommer att öka från 36 miljoner 2008 till 55 miljoner 2030. WHO betonar därför vikten av att arbeta med förebyggande insatser kring dessa sjukdomar (WHO 2013). Enligt *Global burden of disease* för 2001–2011, i vilken WHO uppskattar hur den totala sjukdomsördan i olika regioner i världen fördelar sig över olika sjukdomar, utgör icke-smittsamma sjukdomar 80 procent av den totala sjukdomsördan i Europa.

Vissa menar att ett fokus på icke-smittsamma sjukdomar, och särskilt FN:s fokus på i första hand fyra sjukdomsområden, riskerar att ta fokus från andra viktiga områden inklusive smittsamma sjukdomar. Till exempel betonar World Medical Association (2014) vikten av en helhetssyn baserad på riskfaktorer, som inte utesluter smittsamma sjukdomar.

#### *Sverige*

Enligt WHO (2011) uppskattas 90 procent av alla dödsfall i Sverige bero på icke-smittsamma sjukdomar, som till exempel kardiovaskulära sjukdomar (42 procent), cancer (25 procent), luftvägssjukdom (4 procent), diabetes (2 procent) eller övriga icke smittsamma sjukdomar (17 procent).



### 2.3.2 Kroniska sjukdomar

Vid sidan av begreppet icke-smittsamma sjukdomar (*non-communicable diseases*) används som nämnts begreppen kroniska sjukdomar (*chronic diseases*) eller långvariga tillstånd (*long-term conditions*) i den internationella litteraturen.

#### *Internationellt*

WHO (2014) och Europeiska kommissionen (2014) definierar kroniska sjukdomar som långvariga sjukdomar med långsamt sjukdomsförlopp, ofta med gradvis försämring. I studier från Australien och Kanada definieras kroniska sjukdomar som långvariga sjukdomar som kan kontrolleras och lindras men inte botas och som gör att den drabbade får leva hela sitt liv med avsevärt försämrad fysisk och psykisk funktion (National Health Policy Action Council 2006). I bland annat Frankrike har en förteckning över sjukdomar som kan betraktas som kroniska tagits fram som utgångspunkt i arbetet med att förbättra vården för dessa patienter (Nolte m.fl. 2008).

Enligt uppskattningar publicerade av Europeiska kommissionen utgör kroniska sjukdomar den tyngsta sjukdomsörden i Europa och står för 86 procent av Europas dödsfall. Uppskattningarna av förekomsten av kronisk sjukdom i befolkningen varierar, men ligger ofta mellan 30 och 50 procent. I uppskattningar från brittiska National Health Service (NHS) uppges att cirka 30 procent av invånarna har långvariga sjukdomar/tillstånd (Taylor 2011). I en amerikansk studie uppges att knappt hälften av alla amerikaner har minst en kronisk sjukdom (Anderson 2010). I befolkningen över 65 år har kroniska sjukdomar uppskattats förekomma hos 80 procent i Europa (Directorate General Health and Consumers European Commission 2013).

#### *Sverige*

Prevalensuppskattningar finns för många av de stora kroniska sjukdomarna. Till exempel uppskattas hjärt- och kärlsjukdomar förekomma hos mellan 19 procent av befolkningen i stort och 40 procent av befolkningen över 20 år i Sverige (Socialdepartementet 2012a, Kearney m.fl. 2005). Även allergi uppskattas förekomma i hög utsträckning; prevalensen av allergisk rinit samt allergi som orsakar magbesvär bland vuxna i Sverige uppskattas till cirka 20 procent, och något lägre för barn. Astmaförekomsten uppskattas till 8-10 procent (Granström 2011), fetma till 13-14 procent (Socialdepartementet 2012a, Folkhälsomyndigheten 2014), och depression till 5-10 procent (Socialdepartementet 2012a, Läkemedelsverket 2004). Läkemedelsverket uppskattar förekomsten av depression bland personer över 65 år till 15



procent, och till 30 procent bland äldre som lider av andra kroppsliga sjukdomar (Läkemedelsverket 2004). En kronisk sjukdom som tros vara kraftigt underdiagnostiserad är kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL. Enligt Läkemedelsverket beräknas 5-15 procent i befolkningen 45 år eller äldre ha KOL (Läkemedelsverket 2013). Demens är en sjukdom som till stor del behandlas i primärvården och får stora konsekvenser i den kommunala omsorgen av äldre. Enligt Socialstyrelsen (2010a) har åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre en demenssjukdom.

## 2.4 MULTISJUKLIGHET ÄR VANLIGT

Kroniska sjukdomar uppträder ofta tillsammans och särskilt hos äldre personer. I takt med att antalet äldre i befolkningen ökar kommer allt fler personer ha mer än en kronisk sjukdom. Viss kunskap finns framför allt kring förekomsten av multisjuklighet hos äldre.

I litteraturoversikten Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år, beskrivs förekomsten av multisjuklighet och kroniska sjukdomar hos personer över 60 år. Fratiglioni med flera konstaterar i översikten att det vanligaste hälsotillståndet hos personer äldre än 75 år är att ha flera kroniska sjukdomar (SOU 2010:48). Rapporten beskriver också att hög ålder, kvinnligt kön och låg utbildningsnivå har visats hänga samman med ökad risk för multisjuklighet. Rapporten använder två olika definitioner av multisjuklighet; två eller fler, respektive tre eller fler samtidigt förekommande kroniska sjukdomar. Man finner i den internationella litteraturen att 60-70 procent av personer över 70 år har minst två kroniska sjukdomar, och cirka 25 procent har fler än två kroniska sjukdomar (SOU 2010:48).

Internationellt finns flera studier som visar att multisjuklighet är vanligt förekommande; en amerikansk studie från Robert Wood Johnson Foundation vid Johns Hopkins University uppskattar att 28 procent av den amerikanska befolkningen har multipla kroniska sjukdomar (Anderson 2010) och även i en studie från NHS Scotland hade nästan en fjärdedel av hela populationen, och mer än hälften av de med kronisk sjukdom, mer än en sjukdom (Barnett m.fl. 2012). Europeiska kommissionen betonar förekomsten av multipla sjukdomar/tillstånd som en viktig försvårande omständighet som är av ökande betydelse då andelen äldre i befolkningen växer (Directorate General Health and Consumers European Commission 2013).

## 2.5 KONSEKVENSER INOM OCH UTANFÖR SJUKVÅRDEN

### 2.5.1 Sjukvårds- och läkemedelskostnader

Kostnaderna för vården av personer med kroniska sjukdomar uppskattas stå för en stor andel av de totala sjukvårdskostnaderna, både i Sverige och internationellt. I Europa och USA har kostnaderna för kroniska sjukdomar uppskattats stå för 80 procent av de totala sjukvårdskostnaderna och förväntas stiga under kommande år (Anderson 2010). I England uppskattas att personer med kronisk sjukdom står för 60 procent av primärvårdsbesöken, 30 procent av vårddygnet och 70 procent av den totala sjukvårdskostnaden (Taylor 2011). En amerikansk studie från 2006 beskriver att de genomsnittliga sjukvårdskostnaderna för en person med en kronisk sjukdom är tre gånger högre än för en person utan kronisk sjukdom, och 15 gånger högre för en person med 5 kroniska sjukdomar (Anderson 2010). Europeiska kommissionen lyfter fram hög förekomst av riskfaktorer, sen upptäckt, samt sen och felaktig behandling som bidragande orsaker till de höga kostnader som kroniska sjukdomar medför. Vidare uppges att förekomsten av flera samtidiga tillstånd har en multiplikatoreffekt på sjukdomsburda och sjukvårdsbehov (Directorate General Health and Consumers European Commission 2013).

I Sverige finns få studier avseende *samlade* sjukvårdskostnader för kronisk sjukdom. Däremot finns ett antal studier avseende specifika sjukdomar eller sjukdomsgrupper. Studierna baseras på olika metodik och skiljer sig från varandra och det är svårt att utifrån dessa skapa en tydlig bild av den totala sjukvårdskostnaden för kronisk sjukdom.

I rapporten *Kroniska sjukdomar – Volym och kostnad* (2012) beskrivs nationella sjukvårdskostnader för olika diagnoser baserat på uppgifter från Patientregistret (Eftersom primärvården inte omfattas av Patientregistret avspeglar siffrorna endast kostnader och volym i specialistvården, vilket innebär en underskattning både av förekomsten av kronisk sjukdom, och av totala sjukvårdskostnader.). Cancer beskrivs stå för totalt 8 miljarder kronor 2011, följt av kardiovaskulära sjukdomar med 7 miljarder. En studie av Sobocki och Allgulander (2007) indikerar att detta är en underskattning då den uppskattar den totala kostnaden för endast patienter med hjärtsvikt i Sverige till någonstans mellan 5 och 6,7 miljarder kronor år 2004 (motsvarande cirka 37 000 kronor per individ, varav 22 procent i primärvården).

Psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseapparaten är de sjukdomar som beskrivs orsaka högst totala samhällskostnader. Stora delar av kostnaderna är indirekta, men sjukvårdskostnaderna för dessa sjukdomar utgör en betydande del av de totala sjukvårdskostnaderna i Sverige. Uppskattningar av totala sjuk-



vårdskostnader för psykiska sjukdomar och beroendesjukdomar skiljer sig kraftigt och uppgår till mellan knappt 5 och 22 miljarder kronor (den senare studien inkluderar inte enbart kroniska psykiska sjukdomar) (Socialdepartementet 2012a, Sobocki m.fl. 2007). För sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväv uppskattar *Kroniska sjukdomar – Volym och kostnad* den årliga sjukvårdskostnaden till 3,2 miljarder kronor år 2011 (Socialdepartementet 2012b). Liknande skattningar för år 2010 presenteras av Kalkan m.fl. (2014). Andra uppskattningar är betydligt högre; Schmidt m.fl. (2003) uppskattade sjukvårds- och läkemedelskostnaderna för enbart reumatiska sjukdomar till 5,1 miljarder kronor år 2001. Även när det gäller KOL och astma skiljer sig genomförda uppskattningar väsentligen från varandra (cirka 1 till 3,6 miljarder kronor), vilket beror på skillnader i metod men sannolikt även på att KOL är en mycket underdiagnostiserad sjukdom (Socialdepartementet 2012a, Jansson 2006).

### 2.5.2 Övriga kostnader

Landstingens sjukvårdskostnader motsvarar endast en del av kostnaderna för kronisk sjukdom. Särskilt för gruppen äldre med en eller flera kroniska sjukdomar tillkommer kostnader för kommunal omsorg. För de äldsta multisjuka står kommunerna för en stor del av kostnaden; enligt en studie står kommunerna för cirka 80 procent av den totala kostnaden (Jönsson och Gurner 2001). Även kostnader för hjälpmedel tillkommer.

Utöver direkta kostnader för vård och läkemedel är kroniska sjukdomar förknippade med ytterligare betydande samhällskostnader, i form av till exempel indirekta kostnader såsom produktionsbortfall på grund av sjukskrivning eller anhörigvård. En studie från Linköpings universitet från 2006 uppskattar att indirekta kostnader utgör två tredjedelar av de totala samhällskostnaderna av kroniska sjukdomar, och att psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar är de sjukdomsgrupper som orsakar de högsta samhällskostnaderna, på grund av långvarig sjukfrånvaro (Schmidt och Andersson 2008).

Även individens lidande och oro och försämrad livskvalitet kan ses som en del av samhällskostnaden för en sjukdom – så kallade intagibla kostnader (Olofsson 2008). Dessa konsekvenser kan för vissa sjukdomar vara den största bördan för sjukdomen. På grund av värderingssvårigheter ingår vanligtvis inte dessa kostnader i uppskattningar av sjukdomars samhällskostnader.

## 2.6 FLERA INITIATIV FÖR ATT ÖKA KUNSKAPEN OM KRONISKA SJUKDOMAR

Områdena icke-smittsamma och kroniska sjukdomar behandlas i flera pågående internationella satsningar. WHO antog i mars 2000 en global strategi för prevention och kontroll av icke-smittsamma sjukdomar, vilken utgör grund för en rad pågående satsningar. Strategins mål är att analysera sociala, ekonomiska, beteendemässiga och politiska aspekter av icke-smittsamma sjukdomar och att stärka det förebyggande arbetet utifrån kända riskfaktorer som tobaksbruk, ohälsosam diet och brist på fysisk aktivitet. Vidare ämnar strategin stärka vården av personer med icke-smittsamma sjukdomar genom normer och riktlinjer, med särskilt fokus på kardiovaskulära sjukdomar, cancer, diabetes och kroniska lungsjukdomar (WHO 2000).

FN höll 2011 ett högnivåmöte där man antog en politisk deklaration kring prevention och kontroll av icke-smittsamma sjukdomar, med särskilt fokus på utvecklingsländer. Med utgångspunkt i denna och i den globala strategin presenterade WHO i januari 2013 en handlingsplan för förebyggande och kontroll av icke smittsamma sjukdomar i medlemsländerna 2013-2020. Handlingsplanen fokuserar på samma sjukdomar som den globala strategin och presenterar bland annat ett antal konkreta, relativa resultatmål gällande minskad dödlighet, minskad förekomst av riskfaktorer samt ökad tillgänglighet till vård och läkemedel för personer med dessa sjukdomar (WHO 2013).

Även inom det EU-gemensamma folkhälsoarbetet är området prioriterat; bland annat pågår framtagning av en policy för kroniska sjukdomar och därtill finns forskningsmedel som medlemsländerna kan ansöka om för att bedriva forskningsprojekt inom området.

I Sverige har Socialdepartementet låtit genomföra två studier på området under 2012/2013 (Socialdepartementet 2012a, 2012b). Även Socialstyrelsen (2009a) berör ämnet i sin Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen har också ett regeringsuppdrag att identifiera och föreslå patientrapporterade utfallsmått för kvalitetsregister för kroniska sjukdomar, som ska redovisas i mars 2014 (Socialdepartementet 2013). I januari 2014 beslutade regeringen om en satsning för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar (Socialdepartementet 2014) En nationell strategi har presenterats som syftar till att utveckla vården för dessa personer och på så sätt skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård.











## Metod

*I vår nulägesanalys har vi valt en bred definition av kronisk sjukdom. I analysen inkluderas kroniska sjukdomar men även långvariga tillstånd såsom grav hörselnedsättning, svår synnedsättning och förlamning. Vår definition innebär att de besvär som sjukdomarna eller tillstånden orsakar kan vara allt från relativt lindriga till mycket svåra.*

*Hur stor andel av befolkningen som kan förväntas ha en eller flera kroniska sjukdomar har, i brist av nationell statistik, identifierats med hjälp av de diagnoser som registerats i vårdstatistik från två landsting. Samma statistikkällor har använts för att analysera gruppens kontakter med slutenvård, öppen specialistvård och primärvård och sjukvårdens kostnader för dessa vårdkontakter. En persons samtliga vårdkontakter inkluderas, vilket innebär att vård oavsett orsak ingår i analysen. Underlag har även hämtats från kommuner i två landsting för att analysera i vilken omfattning personer med kronisk sjukdom har hemtjänst eller bor i särskilt boende och hur deras kontakter med sjukvården ser ut.*

*En analys har även gjorts av patienternas egen upplevelse av sin hälsa och sjukvård utifrån en aktuell befolkningsundersökning presenterad av The Commonwealth Fund. Sjukskrivningsmönster och hur stor andel av de med kronisk sjukdom som har sjuk- eller aktivitetsersättning har uppskattats med hjälp av Försäkringskassans nationella statistik efter diagnoskod. En uppskattning har även gjorts av läkemedelskostnaden för kroniska sjukdomar utifrån nationell läkemedelsförsäljning.*

*I tillägg till dessa kvantitativa analyser har en kvalitativ kartläggning gjorts av möjliga förbättringsområden för vården av personer med kronisk sjukdom genom djupintervjuer med experter och vårdgivare.*



### 3.1 DEFINITION AV KRONISK SJUKDOM

I denna kartläggning inkluderas kroniska sjukdomar men även långvariga tillstånd som inte strikt utgör sjukdomar. Som kronisk eller långvarig inkluderas sjukdomar eller tillstånd som i en majoritet av fallen kan förväntas kvarstå i minst fem år, eller tills patienten avlider av annan orsak. Ingen distinktion görs i detta sammanhang mellan smittsamma och icke-smittsamma sjukdomar och definitionen skiljer sig därför från icke-smittsamma sjukdomar (NCD:s), som ofta behandlas relativt synonymt med kronisk sjukdom (figur 2). Vår definition innebär att de besvär som sjukdomarna eller tillstånden orsakar kan vara allt från relativt lindriga till mycket svåra. Den innebär också att hur länge vi lever med sjukdomen kan variera stort – vissa föds med kronisk sjukdom/tillstånd medan andra insjuknar först i vuxen ålder.

Figur 2. Schematisk bild av Vårdanalys definition av kronisk sjukdom.

Kronisk	<b>Exempel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV</li> <li>• Hepatit</li> <li>• TBC</li> <li>• Vissa typer av cancer</li> </ul>	<b>Exempel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjärtsjukdom</li> <li>• Lungsjukdom</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Vissa typer av cancer</li> </ul>
	<b>Exempel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lunginflammation</li> <li>• Förkylning</li> <li>• Vissa typer av cancer</li> </ul>	<b>Exempel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akut ryggsnitt</li> <li>• Ungdomsacne</li> <li>• Vissa typer av cancer</li> </ul>
Ej kronisk	Smittsam	Icke-smittsam

### 3.2 KLASSIFICERING AV KRONISKA SJUKDOMAR

Flera tidigare studier av kronisk sjukdom utgår från en klassificering där viktiga kroniska diagnoser saknas. Till exempel har ibland neurologiska sjukdomar som multipel skleros och epilepsi samt utmattnings- och smärtsjukdomar såsom fibromyalgi och kronisk smärta utelämnats (Socialdepartementet 2012a, Wales Audit Office 2008). Detta kan medföra en underskattning av förekomsten av kronisk sjukdom i befolkningen.

Sjukdomar redovisas också ofta på en relativt hög nivå, det vill säga utgångspunkten i redovisningen är enligt kapitelindelningen i den systematiska

förteckningen av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – ICD-10-SE (exempelvis kapitel G: *Sjukdomar i nervsystemet* eller kapitel I: *Cirkulationsorganens sjukdomar*) (Socialstyrelsen 2010b).

För att skapa en mer fullständig och detaljerad klassificering av kroniska sjukdomar har Vårdanalys därför utgått från ICD-koder på fyrställig nivå (diagnoser, exempelvis G35.9: *Multipel skleros* eller I06.0: *Reumatisk aortastenos*) och identifierat och sammanställt de diagnoskoder som i fler än hälften av fallen kan antas vara kroniska eller långvariga. Klassificeringen har genomförts av tre legitimerade läkare.

Identifiering av diagnoser på fyrställig nivå medför en hög detaljnivå och ger förbättrade möjligheter att skilja kroniska tillstånd från akuta. För många diagnoser finns på fyrställig nivå i ICD-10 en tydlig uppdelning i akut och kronisk (exempel J20.2 *Akut bronkit orsakad av streptokocker* och J41.0: *Mukös kronisk bronkit*). För andra är distinktionen inte lika självklar och en bedömning måste göras. Det faktum att sjukdomar inte alltid tydligt delas in i akuta och kroniska gör att urvalet av kroniska sjukdomar med nödvändighet kommer att innehålla ett visst mått av subjektiv bedömning. Vi gör ändå bedömningen att det urval av diagnoskoder som använts representerar en god beskrivning av kronisk sjukdom. Klassificeringen inkluderar fler diagnoser än flera tidigare kartläggningar av kronisk sjukdom, och är därför mer fullständig. En förteckning över de diagnoser som inkluderats i definitionen kroniska sjukdomar redovisas i bilaga 1.

Några viktiga definitioner och avgränsningar har gjorts i urvalet vid klassificeringen av kronisk sjukdom:

- Sjukdomar och tillstånd som i en majoritet av fallen kan förväntas leda till att patienten avlider inom några få år, till exempel ALS, har exkluderats.
- Mycket förenklat kan personer som drabbas av cancer delas in i tre grupper; en grupp som avlider efter en kort tids sjukdom, en grupp som blir friska, och en tredje grupp som lever en längre tid med sin sjukdom. De som tillhör den senare gruppen kan ses som personer med kronisk sjukdom, och i viss mån även personer i den ”friska gruppen” i de fall de har följer av sin sjukdom och behandling eller drabbas av återfall. Med ett ökande antal personer som lever med cancer eller blivit friska efter sin cancersjukdom ses cancer allt oftare som en kronisk sjukdom. Samtliga cancerformer, exklusive benigna (godartade) tumörer, har därför inkluderats i klassificeringen av kronisk sjukdom.
- Även kroniska tillstånd som inte nödvändigtvis klassas som sjukdom har inkluderats, till exempel grav hörselnedsättning, svår synnedsättningen, förflamning, och medfödd utvecklingsstörning (se bilaga 1).



Diagnoser måste grupperas för att möjliggöra en meningsfull redovisning av till exempel förekomst av olika sjukdomar. Detta kan göras på flera sätt. Vi har grupperat de identifierade diagnoserna i 20 ”sjukdomsgrupper” och 43 mer detaljerade ”diagnosgrupper”.

Grupperingen i sjukdomsgrupper följer i huvudsak kapitlen i ICD-10, men lyfter ut vissa sjukdomar av särskilt intresse. Till exempel delas kardiovaskulär sjukdom (ICD-10 kapitel I) i vissa analyser upp i hjärtsjukdom (inklusive kranskärllssjukdom), högt blodtryck och cerebravaskulär sjukdom för att möjliggöra en beskrivning av till exempel hur ofta de förekommer tillsammans och var för sig. Njursvikt behandlas separat från övriga sjukdomar i kapitlet urogenital sjukdom för att möjliggöra separat analys av detta tillstånd med anledning av dess påverkan på läkemedelsbehandling. Demens och beroende analyseras separat från övriga tillstånd i kapitlet psykisk sjukdom, och i sjukdomsgruppen demens inkluderas även diagnoskoder för Alzheimers sjukdom (från ICD-10 kapitel N). Diagnoser för långvarig smärta eller utmattningssyndrom behandlas tillsammans som en separat grupp (figur 3).

**Figur 3.** Klassificering av kroniska sjukdomar, grupperade efter 18 sjukdomsgrupper och 43 diagnosgrupper.

<b>A-B: Infektion</b>	• Långvariga infektiösa sjukdomar	<b>N: Njursvikt</b>	• Njursvikt
<b>D: Blodsjukdom</b>	• Faktorbrist • Övriga blodsjukdomar	<b>F: Psykisk sjukdom (utom demens, beroende)</b>	• Schizofrenispektrumstörning • Bipolär sjukdom • Depression • Övriga psykiatrisk diagnoser • Personlighetsstörningar • Utvecklingsstörning och autism
<b>E: Metabola sjukdomar</b>	• Diabetes • Övriga metabola sjukdomar	<b>F, G: Demens</b>	• Demens
<b>E: Neurologiska sjukdomar</b>	• Parkinson, MS, degen, neurosjukdomar • Epilepsi • Migrän och Hortons huvudvärk • Övriga neurologiska sjukdomar	<b>F: Beroende</b>	• Beroende
<b>H: Ögon &amp; öron</b>	• Ögonsjukdomar • Öronsjukdomar	<b>C: Cancer</b>	• Cancer
<b>I: Kardiovaskulär sjukdom</b>	• Högt blodtryck • Ischemisk hjärtsjukdom • Sjukdomar i övriga blodkärl • Arytmier • Hjärtsvikt • Hjärnblödning/stroke • Övrig hjärtsjukdom • Bensår	<b>E: Riskfaktorer</b>	• Fetma
<b>J: Lung sjukdom</b>	• KOL • Astma • Övriga lungsjukdomar	<b>Utmattnings-/smärtsyndrom</b>	• Utmattnings- och smärtsyndrom
<b>Q: Missbildningar</b>	• Medfödda missbildningar	<b>Magtarm sjukdomar</b>	• Infl. tarmsjukdomar • Leversjukdomar • Övriga mag-tarmsjukdomar
		<b>Sjukdom i rörelseapparaten</b>	• Reumatiska systemsjukdomar • Övriga sjukdomar i rörelseapparaten
		<b>Övrigt</b>	• Hudsjukdomar • Allergi • Urogenitalia exkl njursvikt

Källa: Socialstyrelsen 2010b

### 3.3 IDENTIFIERING AV PERSONER MED KRONISK SJUKDOM

Vårdanalys kartläggning av kronisk sjukdom baseras på statistik från två medelstora landsting i Mellansverige (i denna studie kallade "A och B"), som tillsammans utgör cirka tio procent av Sveriges befolkning. Landstingen har valts främst utifrån datakvaliteten i de parametrar som ligger till grund för analysen. Det gäller bland annat registrering av bidiagnoser och vårdkontakter i primärvård samt kostnadsredovisning enligt kostnad per patient. Vår bedömning är att landstingen är tillräckligt representativa för att med stora penseldrag ge en bild av omfattningen och följderna av kronisk sjukdom i vården. Både landsting A och landsting B ligger strax under riksgenomsnittet när det gäller totala hälso- och sjukvårdskostnader per invånare samt antal läkarbesök per invånare. Landsting A har något färre läkarbesök per invånare i primärvård än riksgenomsnittet men ligger mycket nära riksgenomsnittet vad gäller läkarbesök i den specialiserade somatiska vården. Landsting B ligger nära riksgenomsnittet vad gäller läkarbesök per individ i primärvård, men har färre läkarbesök per individ i den specialiserade vården än riksgenomsnittet.

Identifieringen av personer med kronisk sjukdom har gjorts utifrån den diagnosregistrering som skett vid kontakt med sjukvården under en period av tre år. Personer som vid minst ett tillfälle under tidsperioden fått en diagnos som ingår i listan över kroniska diagnoser, i primär- eller specialistvård, antingen som huvud- eller bidiagnos, betraktas som en person med kronisk sjukdom.

Denna ansats, baserad på sjukvårdskontakt och diagnosregistrering, har några tydliga fördelar och begränsningar. En viktig begränsning är att endast de som haft någon form av vårdkontakt under tidsperioden identifieras som personer med kronisk sjukdom. Det finns en risk att de personer som har en kronisk sjukdom men som sällan besöker sjukvården inte fångas upp, vilket innebär att vi underskattar förekomsten av kronisk sjukdom. Å andra sidan ter det sig rimligt att anta att personer helt utan sjukvårdskontakt under tre års tid i allmänhet är mindre påverkade av sin sjukdom. Ansatsen fångar inte heller upp de personer som inte har en diagnos men ändå är sjuka.

En viktig fördel med ansatsen är att den inkluderar primärvård, vilket inte är fallet i studier som baseras på data från Socialstyrelsens Patientregister. Då många kroniska tillstånd huvudsakligen behandlas inom primärvården är denna ansats central för att ge en rättvisande bild av såväl förekomst av kroniska tillstånd som av vårdkonsumtionen för dessa personer. Samtidigt är diagnossättningen i primärvårdsstatistiken inte fullständig vilket innebär en underskattning av förekomsten av kronisk sjukdom. I de två studerade landstingen registreras en huvuddiagnos vid cirka hälften av samtliga besök i primärvården.



För att fånga upp så många personer som möjligt med kronisk sjukdom inkluderar analysen samtliga personer som fått en kronisk diagnos någon gång under treårsperioden 2009-2011. Dessutom krävs att personen haft någon form av kontakt med vården under studieåret 2011. På så sätt exkluderas avlidna och utflyttade personer ur analysen. Genom att inkludera personer som fått en diagnos registrerad under 2009 och 2010 fångar kartläggning även dem som fått en kronisk diagnos under dessa två år och besökt vården 2011 utan att någon diagnos registrerats.

Förekomsten av kronisk sjukdom har kartlagts i båda de analyserade landstingen. Vårdstatistiken skiljer däremot mellan de olika landstingen. För landsting A saknas uppgifter om vårdkontakter i öppenvården under åren 2009-2010, medan det för landsting B endast saknas uppgifter om primärvården 2009. För båda landstingen finns uppgifter om *samtlig* somatisk och psykiatrisk öppen- och slutenvård för studieåret 2011. Landsting B, som har mer heltäckande öppenvårdsdata 2009-2010, registrerar även bidiagnoser vid primärvårdsbesök i högre utsträckning än landsting A. Detta innebär att kroniska diagnoser oftare registreras även vid läkarbesök som sker av andra orsaker.

Den bättre datakvaliteten för de två första åren och den högre diagnosregisteringen i primärvård i landsting B, innebär att en analys av förekomsten av kronisk sjukdom sannolikt är mer tillförlitlig. De *analyser av förekomst* av kroniska sjukdomar som redovisas i denna rapport baseras därför på statistik från landsting B.

I syfte att kvalitetskontrollera resultaten har ett urval av analyser genomförts även för landsting A. Resultaten skiljer sig i mindre utsträckning åt mellan landstingen. Landsting A har en något lägre förekomst av kronisk sjukdom vilket är att förvänta; andelen multisjuka är liknande, och kostnadsbilden är liknande. Den något lägre förekomsten av kronisk sjukdom i landsting A visar på betydelsen av att inkludera primärvård och bidiagnoser i kartläggning av kronisk sjukdom.

### 3.4 KARTLÄGGNING AV VÅRDKONSUMTION

Vårdkonsumtion kartläggs utifrån vårdproduktionsdata från de två analyserade landstingen. Analyser görs baserat på anonymiserad statistik på individnivå som grundar sig på information om personernas samtliga vårdkontakter och samtliga registrerade diagnoser under tidsperioden. På så sätt kan både specialist- och primärvård kartläggas, och analys av vårdkonsumtion för grupper av personer med till exempel olika kombinationer av diagnoser

låta sig göras. En individs samtliga vårdkontakter inkluderas, vilket innebär att vård oavsett orsak inkluderas. För en individ med kronisk sjukdom skiljer kartläggningen därmed inte på vård som direkt orsakats av sjukdomen och vård av annan orsak.

Kartläggningen av vårdkonsumtion inkluderar både kostnader och vårdkontakter i öppen- och slutenvård och har gjorts för studieåret 2011. *Analys av sjukvårdskostnader* har i första hand gjorts i det landsting som har bäst kostnadsredovisning (landsting A). Kostnader redovisas i detta landsting enligt kostnad per patient (KPP) och inkluderar samtliga sjukvårdskostnader, exklusive läkemedel (Schmidt och Andersson 2008).

*Analys av vårdkontakter* inkluderar både slutenvård och öppenvård, och har i första hand gjorts för det landsting som har bäst diagnosregistering i primärvården (landsting B). Analyser av antal vårdkontakter i öppenvården inkluderar endast läkarbesök. Denna avgränsning har valts för att öka tydligheten i kartläggningen, och innebär inte att övriga kontakter inte ses som viktiga. I kostnadsanalyser har samtliga besöksformer inkluderats.

### 3.5 KARTLÄGGNING AV VÅRD- OCH OMSORGSINSATSER HOS ÄLDRE

Omsorgsinsatser kartläggs baserat på statistik över kommunala insatser från 14 kommuner i två landsting (i denna studie kallade B och C). Analys av omsorgsinsatser baseras på vård- och omsorgsstatistik som tagits fram för år 2012 för sammanlagt 70 000 personer, motsvarande drygt 60 procent av befolkningen över 65 år i de två landstingen. I sammanhanget ska nämnas att både totala hälso- och sjukvårdskostnader och antal läkarbesök i primärvården per individ ligger för landsting C något över riksgenomsnittet. Samtidigt har landstinget något färre läkarbesök per individ i specialistvården jämfört med rikets genomsnitt.

Analyserna baseras på samkörning av brukardata från kommunerna samt vårddata från landstingens sjukvårdsinsatser. Brukardata från kommunerna omfattar samtliga insatser inom äldreomsorgen baserat på verkställda beslut enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Kartläggningen avseende förekomst av kronisk sjukdom bland personer över 65 år baseras på samma vårdstatistik som kartläggningen av förekomsten av kronisk sjukdom bland befolkningen i stort (landsting B).

I vissa analyser delas materialet in i grupper efter typ av omsorgsinsats. Med boende på särskilt boende menas personer som någon gång under året har bott på särskilt boende permanent, alltså inte platser avsedda för korttidsboende eller växelvård. Med hemtjänstinsatser menas verkställda service-



och/eller omsorgsinsatser som går att koppla till en känd utförare, och omfattar inte anhörigstöd.

Kartläggningarna av vårdkonsumtion respektive omsorgsinsatser baseras på senaste tillgängliga statistik, vilket innebär att uppgifterna avser olika år. Skillnaden i förekomst av kronisk sjukdom mellan åren bedöms däremot vara liten.

### 3.6 ANALYS AV LÄKEMEDELSKOSTNADER

För att möjliggöra en uppskattning av läkemedelskostnader för de kroniska sjukdomsgrupperna har Vårdanalys använt sig av statistik över den totala läkemedelsförsäljningen i Sverige under 2012. Inkluderat i statistiken är försäljningssiffror för receptbelagda läkemedel (inklusive subvention), och rekvisitionsläkemedel i sluten- och öppenvård. Statistiken är hämtad ifrån Apotekens Service och är uppdelad på den tredje nivån (kemisk/terapeutisk nivå) för ATC-koder (s.k. fyrställig ATC-kod, exempelvis L04AB: *TNF alfa-hämmare*).

Försäljningsstatistiken saknar information om vilken diagnos ett specifikt läkemedel ordinerats eller förskrivits för. Vi har därför för varje terapeutisk/farmakologisk undergrupp av läkemedel gjort en uppskattning av om läkemedelsgruppen i huvudsak används vid behandling av kronisk eller icke-kronisk sjukdom. Läkemedelsgrupper som tillsammans står för 80 procent av försäljningskostnaderna 2012 har kartlagts på detta sätt. Resterande 20 procent av försäljningen utgörs av ett stort antal mindre läkemedelsgrupper och för dessa har vi antagit en samma fördelning mellan kronisk och icke-kronisk sjukdom som för de övriga 80 procent som kartlagts. I bilaga 2 redovisas vilka läkemedel som vi bedömer som i huvudsak används vid behandling av kronisk sjukdom.

### 3.7 ANALYS AV SJUKSKRIVNING

Försäkringskassan registrerar den huvuddiagnos som ligger till grund för ett beslut om att betala ut sjukpenning eller sjuk- och/eller aktivitetsersättning. Vi har analyserat senast tillgängliga statistik (2012) över antal beslutade sjukfall, dagar med sjukpenning, utbetald sjukpenning samt personer med sjuk- och/eller aktivitetsersättning, samt utbetald ersättning för de diagnoser som klassificerats tillhöra sjukdomsgrupper med kroniska sjukdomar. Syftet var att kartlägga förekomsten av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning för personer med kronisk sjukdom.

Utifrån registrerade huvuddiagnoser kartläggs hur stor andel av utbetald



sjukpenning, beslutade sjukfall, dagar med sjukpenning, utbetald sjukpenning samt personer med sjuk- och/eller aktivitetsersättning som kan kopplas till kronisk sjukdom. I analysen kartläggs också vilka kroniska sjukdomsgrupper som står för den största andelen utbetald sjukpenning och sjuk- och/eller aktivitetsersättning.

Diagnosen i Försäkringskassans statistik redovisas på avsnittsnivå, det vill säga treställig ICD-10. Det innebär att för vissa tillstånd inkluderas både akuta och kroniska tillstånd i samma diagnosgrupp. För dessa tillstånd har hela den treställiga gruppen betraktats som ”kronisk sjukdom”, vilket innebär att vi överskattar ett fåtal kroniska sjukdomsgrupper då ett mindre antal icke-kroniska tillstånd inkluderas. Den eventuella överskattningen som detta ger är sannolikt mindre än den underskattning som det skulle ge att helt utesluta dessa diagnoser. Diagnoser med färre än tio registrerade personer har exkluderats från Försäkringskassans statistik vilket resulterar i att sjukskrivning i sjukdomsgrupper med få registrerade personer underskattas i denna analys.

Baserat på förekomsten av olika sjukdomar har en uppskattning gjorts av utbetald ersättning *per personer med kronisk sjukdom*. Med hjälp av förekomsten av respektive kronisk sjukdomsgrupp för personer under 65 år i ett landsting har antalet personer under 65 år med en kronisk sjukdom i riket uppskattats. Antalet personer per sjukdomsgrupp används sedan för att uppskatta utbetald sjukpenning och sjuk- och/eller aktivitetsersättning per sjuk individ och sjukdomsgrupp. Antalet personer över 65 år som får sjukpenning eller sjukersättning är litet varför vi valt att utgå från förekomsten av de kroniska sjukdomsgrupperna i befolkningen under 65 år. Denna typ av jämförelse utgör med nödvändighet en uppskattning, och ett antal möjliga felkällor finns. Till exempel kan förekomsten av sjukdomen vara underskattad på grund av underdiagnostisering eller avsaknad av vårdkontakt, och förekomsten kan skilja mellan det studerade landstinget och riket. Kostnaderna som i sig är koncentrerade till ett fåtal personer i varje sjukdomsgrupp, men som i denna analys är utslagna på de personer som är diagnostiserade med sjukdomen utgör ändå ett intressant mått på sannolikheten för en person med en viss sjukdom att få sjukpenning eller sjuk- och/eller aktivitetsersättning.

### 3.8 HUR DE MED KRONISK SJUKDOM UPPLEVER VÅRDEN

Vårdanalys har gjort en analys av The Commonwealth Funds årliga enkät (Commonwealth Fund International Health Policy Survey, IHP) om befolkningens upplevelse av vården. Syftet var att beskriva hur personer med kronisk sjukdom ser på sin vård och hur denna bild skiljer sig från personer utan



kronisk sjukdom. Samtliga 2 400 registrerade respondenter i IHP:s enkät från år 2013 har använts som underlag för analysen.

IHP:s definition av personer med kronisk sjukdom inkluderar färre tillstånd än de som inkluderas i denna kartläggning i övrigt. Däremot inkluderas de största folksjukdomarna och undersökningen bör därför i stor utsträckning fånga upp hur personer med kronisk sjukdom ser på sin vård.

Fokus i analyserna har varit att jämföra upplevelser och uppfattningar om vården mellan personer med eller utan kroniska sjukdomar i Sverige, samt mellan gruppen med kronisk sjukdom i Sverige och andra länder som deltagit i studien. För ett fåtal frågor i enkäten har även en fördjupad analys gjorts där personer med kronisk psykisk ohälsa särredovisas. För enskilda frågor har ett urval av respondenter gjorts för att öka relevansen; till exempel för frågan om patienten är nöjd med erhållen vård på sjukhus redovisas endast svar från respondenter som vårdats på sjukhus de senaste två åren.

### 3.9 INTERVJUER OCH FOKUSGRUPPER

Som en del av kartläggningen av nuläge och förbättringsmöjligheter för sjukvården av personer med kronisk sjukdom har vi i denna studie genomfört intervjuer med elva experter samt två fokusgrupper med sammanlagt tio sjuksköterskor som arbetar som stöd åt personer med kronisk sjukdom ("vårdcoacher"). Intervjuade personer har inkluderat representanter för Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Institutet för framtidsstudier, Reumatikerförbundet, HjärtLungförbundet, Svenska Läkaresällskapet och Mest sjuka äldre-satsningen och Karolinska Institutet.

Fokus i intervjuer och diskussioner har varit att belysa vilka grupper av personer med kronisk sjukdom som är särskilt utsatta och vilka aspekter av sjukvården som fungerar väl respektive mindre väl i syfte att identifiera områden med särskild förbättringspotential för att stärka patientcentreringen i vården.





## Närmare halva befolkningen lever med kroniska sjukdomar

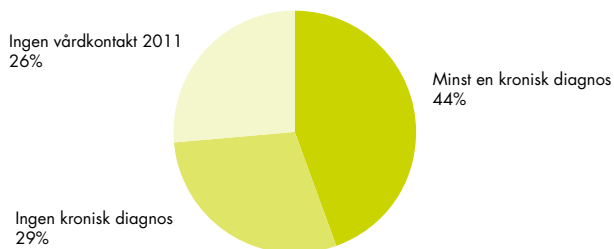
*Kronisk sjukdom förekommer hos en stor del av befolkningen; 44 procent av befolkningen har minst en kronisk diagnos. Var femte person under 20 år har fått minst en kronisk diagnos de senaste tre åren. Motsvarande andel för personer 65 år eller äldre är 80 procent. De vanligaste sjukdomsgrupperna är högt blodtryck och sjukdomar i rörelseapparaten.*

*Multisjuklighet är vanligt förekommande - en fjärdedel av befolkningen har två eller fler kroniska diagnoser. Vissa sjukdomar förekommer så ofta tillsammans med andra att kombinationen är vanligare än att sjukdomen förekommer ensam; till exempel är det tre gånger vanligare att samtidigt som metabol sjukdom även ha hjärtsjukdom än att endast ha en metabol sjukdom. Bland personer med psykisk sjukdom är det vanligare att ha somatiska, kroniska sjukdomar än bland befolkningen i stort.*

Kronisk sjukdom förekommer i stor utsträckning hos befolkningen; i denna kartläggning har 44 procent av befolkningen i det undersökta landstinget minst en kronisk diagnos (figur 4). 30 procent av befolkningen har besökt sjukvården utan att någon kronisk diagnos registerats och 26 procent har inte besökt sjukvården under det aktuella studieåret.



**Figur 4.** Förekomsten av kronisk sjukdom i ett medelstort landsting, procent av befolkningen år 2011.



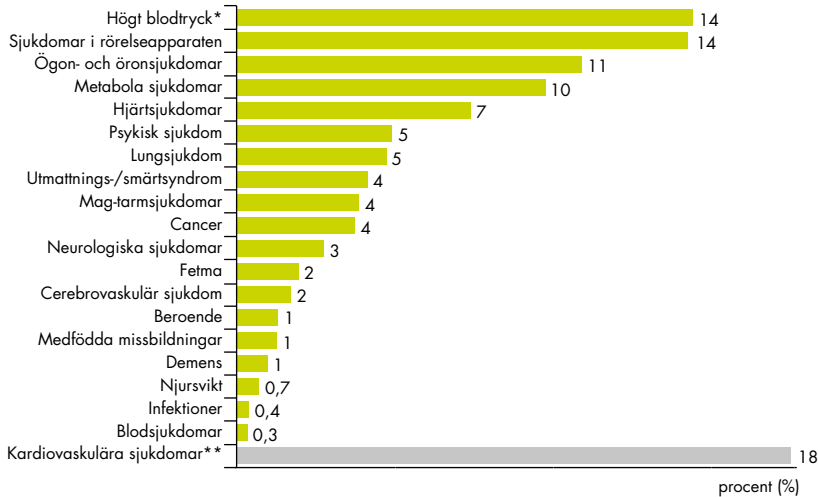
Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

Förekomsten av kronisk sjukdom varierar med såväl kön som ålder. Förekomsten är högre bland kvinnor (49 procent) än bland män (39 procent) och ökar med ålder. I åldersgrupperna 0-19 år och 20-39 år har 19 respektive 30 procent minst en kronisk diagnos, medan 51 procent av dem i åldrarna 40-64 år och drygt 80 procent av dem över 65 år har minst en kronisk sjukdom. Vanliga diagnoser bland de yngsta i befolkningen är diabetes, astma, allergi och kronisk cystit.

Vår skattning av hur stor andel av befolkningen som har kronisk sjukdom ligger väl i nivå med tidigare internationella uppskattningar (Andersson 2010, Taylor 2011). Däremot innebär sannolikt den valda ansatsen att förekomsten snarare underskattas än överskattas, eftersom minst en sjukvårdskontakt där diagnos registreras under 2009-2011 krävs för att kategoriseras som en individ med kronisk sjukdom.

Högt blodtryck och sjukdomar i rörelseapparaten är de vanligaste sjukdomsgrupperna, cirka 14 procent förekomst i befolkningen (figur 5). Även kroniska ögon- och öronsjukdomar, metabola sjukdomar och hjärtsjukdom förekommer hos mer än var tjugonde person i befolkningen. Med metabola sjukdomar menas sjukdomar som beror på störningar i ämnesomsättningen, däribland diabetes.

**Figur 5.** Andel av befolkning i ett landsting som under 2009–2011 vid minst ett tillfälle fått kronisk diagnos inom olika sjukdomsgrupper.



\* Inkluderar förutom högt blodtryck även övriga kärlsjukdomar, exklusive kranskärl och hjärnans kärl. Högt blodtryck utgör den övervägande delen av patienter i sjukdomsgruppen "Högt blodtryck".

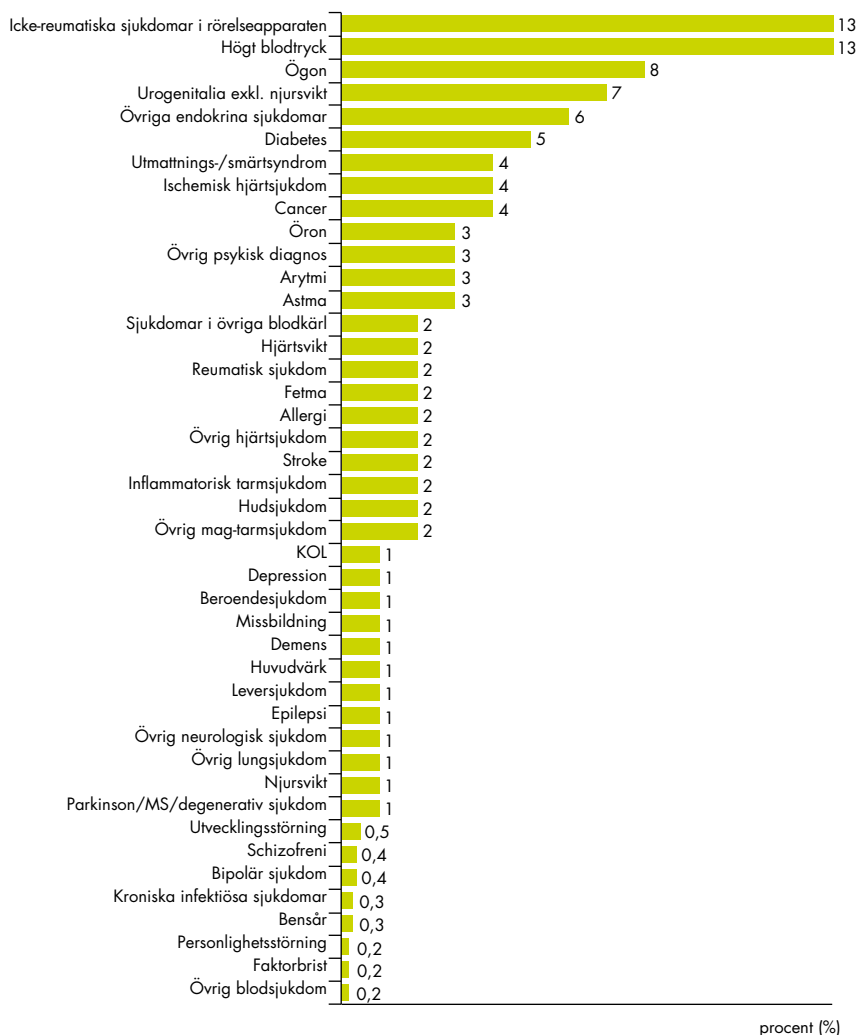
\*\* Inkluderar personer med hjärtsjukdomar, högt blodtryck/kärlsjukdomar och cerebrovaskulär sjukdom.

Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

Vid en mer detaljerad analys av förekomsten av kroniska sjukdomar och tillstånd, framgår att icke-reumatiska sjukdomar i rörelseapparaten är vanligast förekommande (inkluderar till exempel gikt och artros), följt av högt blodtryck och ögonsjukdomar. Även sjukdomar i urogenitalia (exklusive njursvikt) är vanligt förekommande (figur 6).



**Figur 6.** Andel av befolkningen i ett landsting som under 2009-2011 vid minst ett tillfälle fått kronisk diagnos inom olika diagnosgrupper.



Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

För några diagnoser ses en lägre förekomst än väntat jämfört med vad litteraturen säger om prevalens i befolkningen. Exempel på diagnoser där vår ansats sannolikt underskattar den verkliga förekomsten är astma, högt blodtryck, fetma, beroende, allergi och depression.

Prevalensen för astma har uppskattats till 7-10 procent bland barn i skolåldern och 6-7 procent bland vuxna (Socialstyrelsen 2009a), medan före-



komsten av diagnosregisterad astma i vår studie är cirka tre procent. Cirka 20 procent av den vuxna befolkningen i Sverige uppskattas ha allergisk rinit (Granström 2011), medan förekomsten av diagnosregisterad allergi är två procent i vår kartläggning. Prevalensen av högt blodtryck har tidigare uppskattats till 27-40 procent (uppskattningarna skiljer sig väsentligen från varandra) (Kearney m.fl. 2005, SBU 2007), medan vår skattning ger en prevalens på 14 procent.

Lägre förekomst med den aktuella ansatsen kan bero dels på en underdiagnostisering, att personer med en sjukdom aldrig fått denna diagnostiserad i sjukvården, dels på att personer med en viss sjukdom inte söker vård regelbundet och därför inte registreras i denna sjukvårdbaserade kartläggning. Vad gäller astma, allergi och högt blodtryck är sannolikt både dessa orsaker relevanta. Samma resonemang kan appliceras på fetma och depression, där lägre förekomst ses än de prevalenssiffror som beskrivs i litteraturen (beskriven prevalens 13-14 respektive 5-10 procent) (Socialdepartementet 2012a, Folkhälsomyndigheten 2014, Läkemedelsverket 2004) Förekomsten av diabetes (beskriven prevalens 4-5 procent), schizofreni (beskriven prevalens 0,5 procent) och cancer (beskriven prevalens cirka 4,5 procent), som är sjukdomar där underdiagnostisering sannolikt är mindre och en större andel har vårdkontakt, stämmer väl överens med tidigare studier (Läkemedelsverket 2011, Socialstyrelsen 2013a).

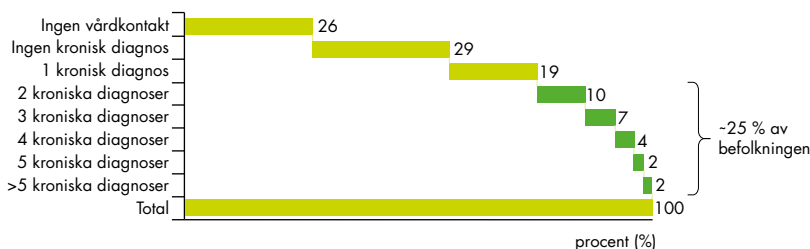
#### 4.1 VAR FJÄRDE PERSON HAR MER ÄN EN KRONISK SJUKDOM

Det är vanligt att ha flera kroniska sjukdomar. I denna kartläggning har mer än hälften av personer med kronisk diagnos fler än en sådan diagnos, motsvarande ungefär var fjärde invånare i Sverige.

Vid kartläggning av multisjuklighet måste en gränsdragning göras för vad som räknas som olika sjukdomar respektive deldiagnoser inom samma sjukdom. Vi har valt en konservativ ansats och endast diagnoser i olika sjukdomsgrupper (se figur 3 i avsnitt 3.2) räknas som olika sjukdomar. Till exempel räknas inte flera olika psykiatriska diagnoser som olika sjukdomar och inte heller flera olika hjärtsjukdomar. En individs kroniska diagnoser ska, enligt denna studies definition, skilja sig väsentligen från varandra för att individen ska betraktas ha flera sjukdomar (figur 7). Multisjuklighet hos en individ kan innebära att denne har flera av varandra oberoende sjukdomar men även att någon/några av dennes sjukdomar uppkommit som följd av en annan.



**Figur 7.** Befolkningens fördelning i ett landsting efter antal kroniska diagnoser.



Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

Ett stort antal (>30) kombinationer av kroniska sjukdomsgrupper förekommer hos mer än en procent av befolkningen. Av dessa innefattar nästan hälften (16 stycken) kombinationer där hjärtsjukdomar eller högt blodtryck ingår. De allra vanligaste kombinationerna är högt blodtryck tillsammans med antingen metabola sjukdomar, icke-reumatiska sjukdomar i rörelseapparaten eller ögon-/öronsjukdomar. Dessa kombinationer förekommer alla hos mer än fem procent av befolkningen.

Andra vanliga kombinationer som förekommer hos mer än tre procent av befolkningen är hjärtsjukdom tillsammans med metabola sjukdomar, metabola sjukdomar tillsammans med icke-reumatiska sjukdomar i rörelseapparaten, metabola sjukdomar tillsammans ögon-/öronsjukdomar samt icke-reumatiska sjukdomar i rörelseapparaten tillsammans med ögon-/öronsjukdomar.

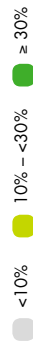
I figuren nedan visas sannolikheten att en individ med en viss diagnos (rader) samtidigt har ytterligare minst en annan specifik diagnos (kolumner) (figur 8). Den andra kolumnen, ”Endast 1 diagnos” visar hur stor andel av personerna i sjukdomsgruppen i den första kolumnen som endast har den sjukdomen.

Flera intressanta observationer kan göras utifrån sammanställningen över multisjuklighet enligt figur 8. Som väntat förekommer hjärtsjukdomar, högt blodtryck och cerebrovasculära sjukdomar ofta tillsammans. Av personer med cerebrovasculära sjukdomar (se rad 4 i figur 8) har nästan 70 procent även diagnostiserat högt blodtryck och knappt hälften även diagnostiserad hjärtsjukdom. Den höga förekomsten av högt blodtryck i kombination med andra sjukdomar är logisk eftersom högt blodtryck är så vanligt förekommande.

Uppdelningen i hjärtsjukdom respektive högt blodtryck gör att vi kan se att även hjärtsjukdom förekommer i hög utsträckning hos personer med andra sjukdomar. Exempelvis har en knapp tredjedel av personer med metabola sjukdomar (till exempel diabetes) även hjärtsjukdom.

**Figur 8.** Förekomst (procent) av multisjuklighet med olika kroniska sjukdomar (kolumner) för personer med en viss kronisk sjukdom (rader).

Sjukdomsgrupp	Beroende	Endast 1 diagnos	Berädda	Bloodsjukdom	Cancer	Cerebrovaskulär	Demens	Hjärtsjukdom	Infektioner	Högt blodtryck	Lungsjukdom	Mag/tarmsj	Metabol	Missbildning	Neurologiska	Njursvikt	Psykisk sj	Felma	Rörelseappar	Umatning / smärta	Ögon- /öronsj
Beroende	9	1	8	5	1	37	9	38	22	11	30	1	7	2	28	8	27	11	19		
Bloodsjukdom	16	3	15	6	1	27	1	40	16	11	27	2	6	4	9	7	32	10	25		
Cancer	14	3	7	3	3	30	<1	47	10	11	26	1	5	3	6	2	32	6	34		
Cerebrovaskulär	4	4	1	15	10	48	<1	68	12	11	42	1	11	5	8	3	33	6	40		
Demens	9	1	13	17	43	43	<1	50	10	8	31	1	8	5	8	1	28	3	34		
Hjärt sjukdom	7	7	1	15	11	6	<1	62	14	11	41	1	6	6	7	4	36	7	39		
Infektion	24	34	1	4	2	0	8	16	8	12	11	1	7	1	28	4	21	10	10		
Högt blodtryck	11	3	1	12	8	3	32	<1	11	10	39	1	6	4	7	6	35	7	35		
Lungsjukdom	24	6	1	8	4	2	22	1	32	9	21	2	6	2	10	6	29	8	23		
Mag/tarmsj	20	4	1	10	5	2	21	1	38	12	25	1	6	3	11	6	34	10	25		
Metabola	10	4	1	10	7	3	31	<1	58	10	10	1	6	3	9	8	32	7	39		
Missbildning	51	1	1	3	2	1	8	<1	11	7	9	1	5	3	7	2	13	4	12		
Neurologiska	23	3	1	7	7	3	16	1	31	11	21	2	1	13	7	28	8	8	21		
Njursvikt	1	4	2	19	14	6	64	1	78	14	15	5	6	7	6	40	5	46			
Psykisk sjukdom	32	7	1	4	3	2	10	2	20	9	17	2	7	1	5	23	11	14			
Felma	16	5	1	4	3	<1	16	1	46	14	11	1	10	2	14	33	11	20			
Rörelse apparat	26	2	1	8	4	2	19	<1	36	10	9	1	5	2	8	5	11	25			
Umatning / smärta	25	3	1	6	3	1	13	1	26	9	18	1	6	1	13	5	40	18			
Ögon-/öronsj	18	2	1	11	6	3	26	<1	46	10	9	1	5	3	7	3	32	7			



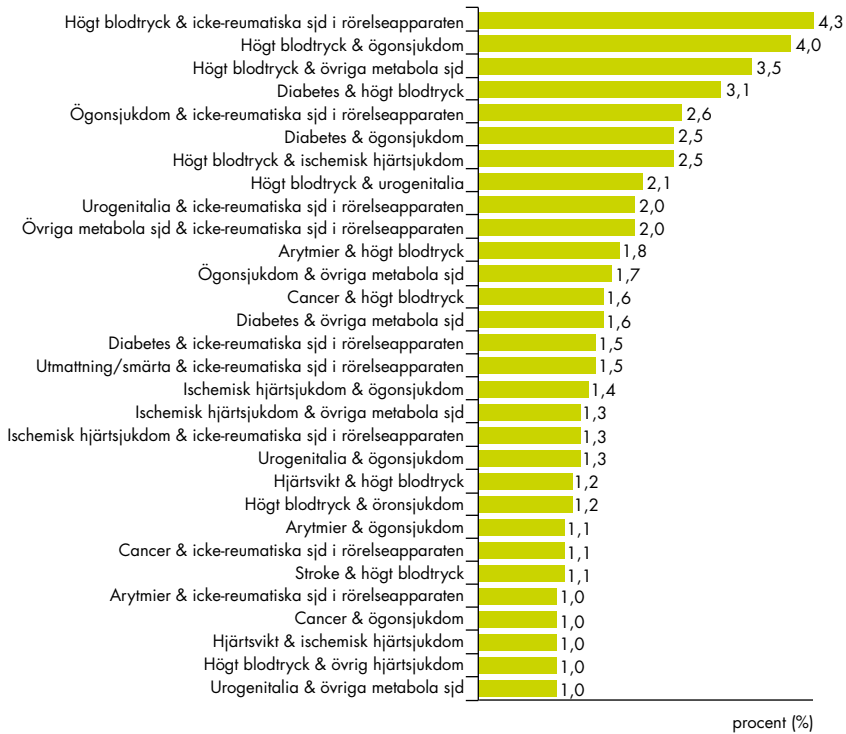
Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsförsamling, år 2011

Personer med psykisk sjukdom har en betydligt högre förekomst av somatiska, kroniska sjukdomar än befolkningen i stort. Till exempel är metabola sjukdomar nästan dubbelt så vanliga hos personer som drabbats av psykisk sjukdom jämfört med befolkningen i sin helhet, och sjukdomar i rörelseapparaten 50 procent vanligare (jämför figur 8 med figur 5). Även cancer och demens förefaller vara något vanligare hos personer med psykisk sjukdom än hos populationen i stort.

För flera sjukdomar är det vanligare att ha andra samtidiga sjukdomar än att endast ha en sjukdom. Till exempel är det tre gånger vanligare att vid metabol sjukdom även ha hjärtsjukdom än att endast ha en metabol sjukdom. En annan sjukdom som sällan förekommer ensam är njursvikt; över 99 procent av personer med njursvikt har minst en ytterligare kronisk diagnos.

Även vid en analys av multisjuklighet baserat på de 43 diagnosgrupperna finns flera kombinationer som förekommer hos mer än en procent av befolkningen. Framför allt högt blodtryck förekommer i kombination med flera andra diagnoser hos en väsentlig del av befolkningen, likaså icke-reumatiska sjukdomar i rörelseapparaten (figur 9).

**Figur 9.** Kombinationer av diagnosgrupper som förekommer hos minst en procent av befolkningen i ett landsting.



Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011









## Kronisk sjukdom står för en majoritet av sjukvården

*En majoritet av sjukvårdens resurser riktas till personer med kroniska sjukdomar; de står för 80-85 procent av sjukvårdskostnaderna. En person med kronisk sjukdom har i genomsnitt fyra till sex gånger så hög sjukvårdskostnad jämfört med en person utan kronisk sjukdom. En stor del av sjukvården riktas till multisyka; personer med minst två kroniska sjukdomar står för 50 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar. Vi uppskattar att ungefär 75 procent av den totala läkemedelsförsäljningen i Sverige består av läkemedel för kroniska sjukdomar.*

*Stora variationer ses i sjukvårdskostnader mellan olika sjukdomar. Variationen kan antingen förklaras av höga kostnader per behandlad patient eller att sjukdomen är vanligt förekommande. Vissa sjukdomar, exempelvis cancer, har relativt sett både höga kostnader per patient och är vanligt förekommande.*

*Endast var femte person med kronisk sjukdom vårdas i slutenvården under ett år. En stor andel av gruppen med kronisk sjukdom har någon specialistvårdskontakt, men över hälften av läkarbesöken görs i primärvård och en tredjedel av personerna har endast primärvårdskontakt under ett år. Akutmottagningarna spelar en stor roll i vården av personer med kronisk sjukdom; vart tionde läkarbesök av en person med kronisk sjukdom görs på akutmottagning, och var tolfte person med kronisk sjukdom har haft två eller fler akutbesök under ett år.*

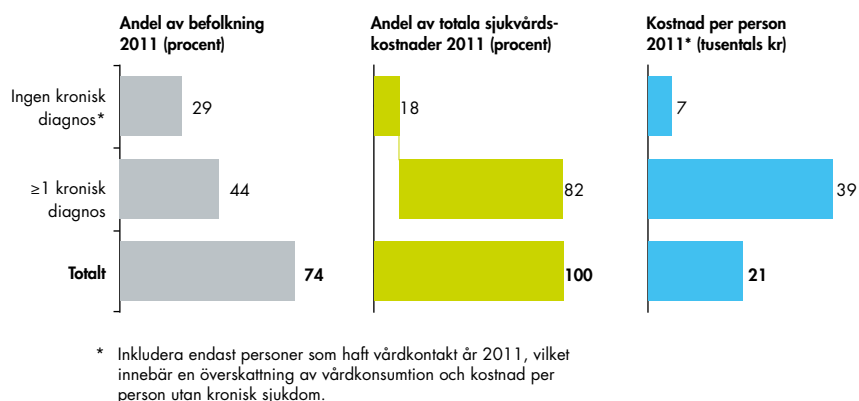
*Nästan en tredjedel av de med kronisk sjukdom (mer än en tiondel av befolkningen) träffar läkare på två eller fler specialistkliniker under ett år, och långt fler har kontakt med både primär- och specialistvård.*



## 5.1 SJUKVÅRDSKOSTNADER

Personer med kronisk sjukdom står för en majoritet (cirka 80-85 procent) av sjukvårdskostnaderna, och sjukvårdskostnaden för en person med kronisk sjukdom är fyra till sex gånger så hög som för en person som varit i kontakt med sjukvården men som inte har en kronisk sjukdomsdiagnos (figur 10). Variationerna i kostnaderna beror på skillnader mellan de studerade lands-tingen.

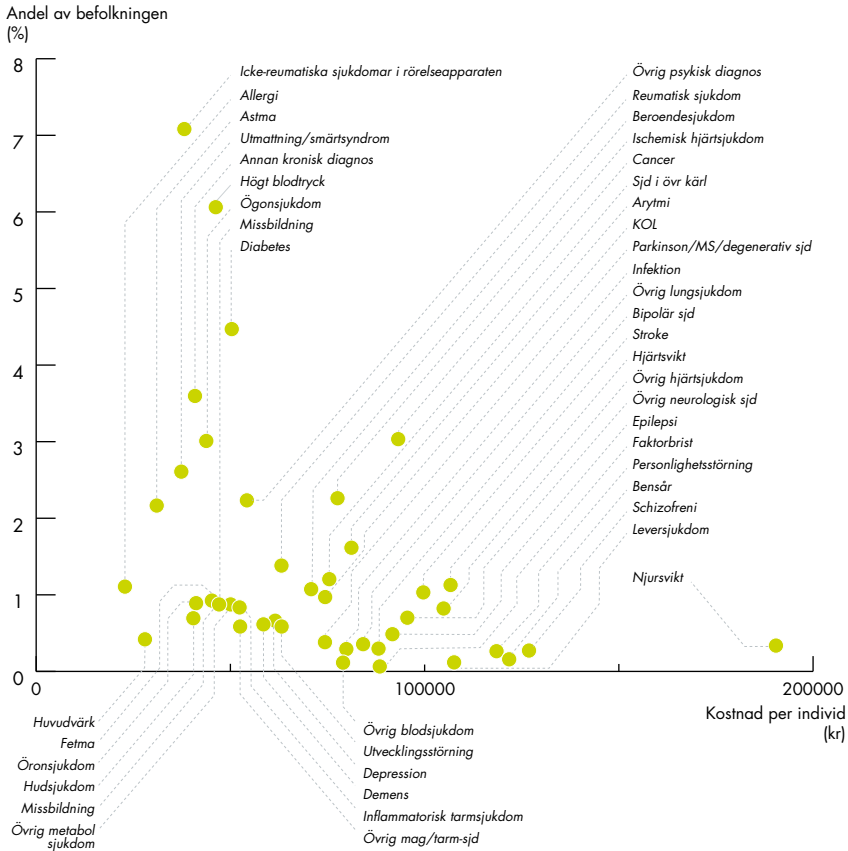
**Figur 10.** Fördelningen av personer med kronisk sjukdom efter antal kroniska diagnoser i ett medelstort landsting, samt gruppens andel av totala sjukvårdskostnader och genomsnittlig sjukvårdskostnad per person, år 2011.



Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

Sjukvårdskostnaderna skiljer sig åt i hög utsträckning mellan olika sjukdomar. En del sjukdomar är kopplade till höga sjukvårdskostnader per person, till exempel njursvikt. I andra fall står sjukdomen för en hög total sjukvårdskostnad på grund av att den är vanligt förekommande i befolkningen. Ett sådant exempel är högt blodtryck; den genomsnittliga sjukvårdskostnaden per person med högt blodtryck är relativt låg men gruppen står för en hög total kostnad till följd av att de utgör en stor andel av befolkningen (figur 11).

**Figur 11.** Andel av befolkningen i ett landsting och sjukvårdskostnaden per person för olika kroniska diagnosgrupper, år 2011.



Not: Uppgifterna om förekomst i diagrammet bygger på statistik från det landsting där förekomsten är lägre på grund av att kostnadsuppgifterna i detta landsting är mer tillförlitliga.

Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, 2011

Njursvikt, schizofreni, bensår och personlighetsstörning är mindre vanligt förekommande diagnosgrupper med höga sjukvårdskostnader per person, medan icke-reumatisk sjukdom i rörelseapparaten, högt blodtryck och diabetes är vanligt förekommande men med relativt låga kostnader per person. Cancer står ut som en diagnosgrupp som är både relativt vanligt förekommande och har relativt höga sjukvårdskostnader per person.

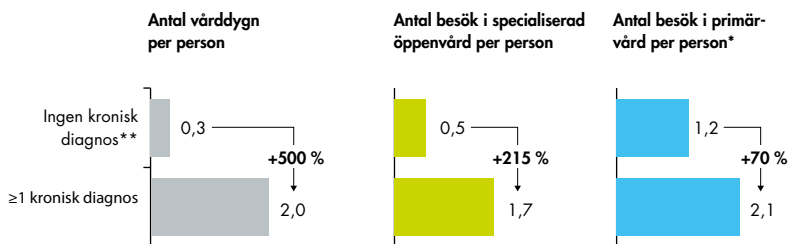
## 5.2 VÅRDNIVÅER

En stor andel av sjukvårdskostnaderna för personer med kronisk sjukdom kan relateras till specialistvården, jämnt fördelat mellan specialiserad öppen- och slutenvård. Primärvården står för 22 procent, den öppna specialistvården för 39 procent och slutenvården för 39 procent av de totala sjukvårdskostnaderna för personer med kronisk sjukdom.

En majoritet av patienterna har endast vårdats i öppenvård under det studerade året; endast 18 procent fick slutenvård under året. En stor andel av patienterna har någon specialistvårdskontakt; två tredjedelar vårdades i specialistvården medan en tredjedel endast vårdades i primärvården.

Personer med kronisk sjukdom har i genomsnitt både fler vårddygn och fler öppenvårdsbesök än de utan kronisk sjukdom. Störst skillnader mellan grupperna ses inom den specialiserade vården; antalet primärvårdsbesök skiljer inte lika mycket mellan grupperna (figur 12).

**Figur 12.** Genomsnittligt antal vårddygn och besök i öppenvården per person i ett landsting, år 2011.



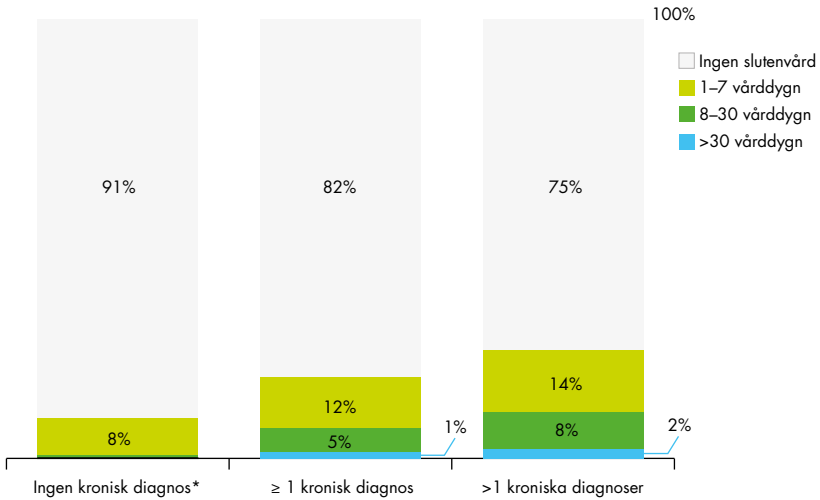
\* Besök i öppenvården inkluderar alla besök med en läkarkontakt.

\*\* Inkluderar endast personer som haft vårdkontakt år 2011, vilket innebär en överskattning av vårdkonsumtion och kostnad per person utan kronisk sjukdom.

Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

Andelen personer som haft slutenvård är dubbelt så hög bland personer med kronisk sjukdom än utan, och ännu högre bland personer med flera kroniska sjukdomar. Skillnaden är ännu större vad gäller andelen som haft mer än sju vårddygn, och ytterligare större vad gäller andelen som haft mer än 30 vårddygn. Skillnaderna i det genomsnittliga antalet vårddygn förklaras både av att fler har slutenvård och att fler har långa vårdtider (figur 13).

**Figur 13.** Fördelning av slutenvårdsdygn efter antal kroniska diagnoser för personer som besökt sjukvården i ett landsting, år 2011, procent.

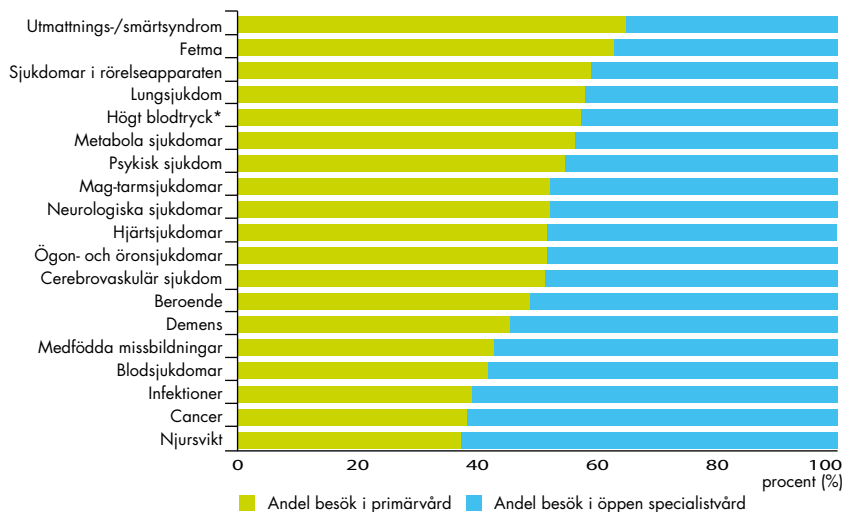


\* Inkluderar endast personer som haft vårdkontakt år 2011. Andel personer med mer än 7 vård dygn motsvarar 0,6 procent.

Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

Ungefär 55 procent av läkarbesöken för personer med kronisk sjukdom sker i primärvården (att jämföra med 22 procent av sjukvårdskostnaderna). En tredjedel av läkarbesöken görs i den specialiserade, icke-akuta, öppenvården medan vart tionde görs vid akutmottagningar. Fördelningen av läkarbesök vid olika vårdnivåer skiljer mellan olika sjukdomsgrupper (figur 14).

**Figur 14.** Fördelning av totala antalet läkarbesök av personer med kroniska sjukdomar mellan primärvård och specialiserad öppenvård, år 2011, procent.



\* Inkluderar förutom högt blodtryck även övriga kärlsjukdomar, exklusive kranuskärl och hjärnans kärl; högt blodtryck utgör den övervägande delen av patienter i sjukdomsgruppen "Högt blodtryck"

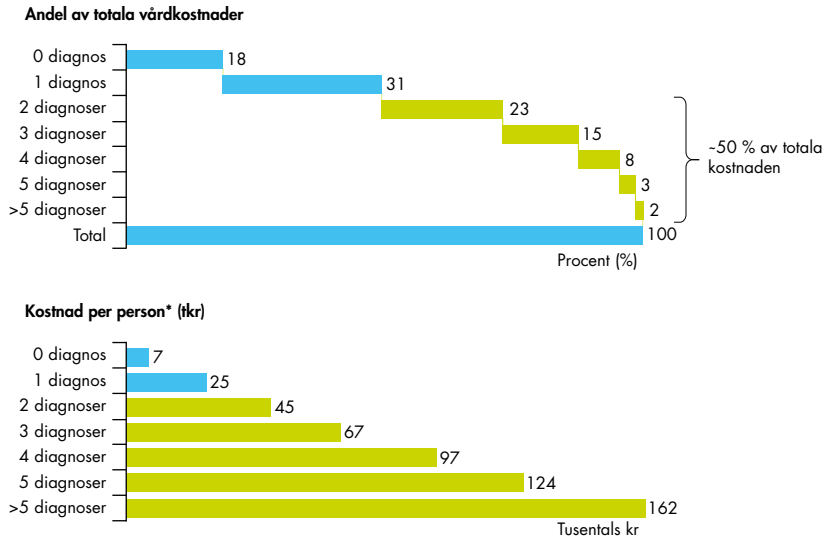
Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

En majoritet, 69 procent, av dem som under året sökt vård vid akutmottagning har minst en diagnostiserad kronisk sjukdom, och 52 procent har flera kroniska sjukdomar. Totalt står personer med kronisk sjukdom för tre fjärdedelar av alla läkarbesök på akutmottagningar. De med flera kroniska sjukdomar står för 56 procent av läkarbesöken på akutmottagningar.

En större andel av personer med kronisk sjukdom har haft kontakt med en akutmottagning under året jämfört med personer utan kronisk sjukdom, 23 procent respektive 15 procent. Relativt många har flera akutbesök per år; var tolfte person (8 procent) med kronisk sjukdom har besökt en akutmottagning två eller fler gånger under året och en av hundra har haft fem akutbesök eller fler.

### 5.3 VÅRDKONSUMTION VID MULTISJUKLIGHET

Vid multisjuklighet ses ett ökat sjukvårdsbehov; ju fler kroniska diagnoser, desto högre sjukvårdskostnader per person (figur 15). Vården av dem med mer än en kronisk diagnos står för en stor del av de totala sjukvårdskostnaderna; cirka hälften i denna kartläggning (analysen baseras på det landsting som uppvisar en lägre frekvens av kronisk sjukdom). Detta innebär att en väsentlig del av

**Figur 15.** Sjukvårdskostnader totalt respektive per person efter antal kroniska diagnoser, år 2011.

\* Sjukvårdskostnad per person för de personer som haft vårdkontakt under år 2011. Det innebär att denna kostnad är högre än för befolkningen i stort.

Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

sjukvården riktas till personer med flera kroniska tillstånd. Den genomsnittliga sjukvårdskostnaden per person ökar med antalet diagnoser; cirka 20 000-30 000 kronor per diagnos.

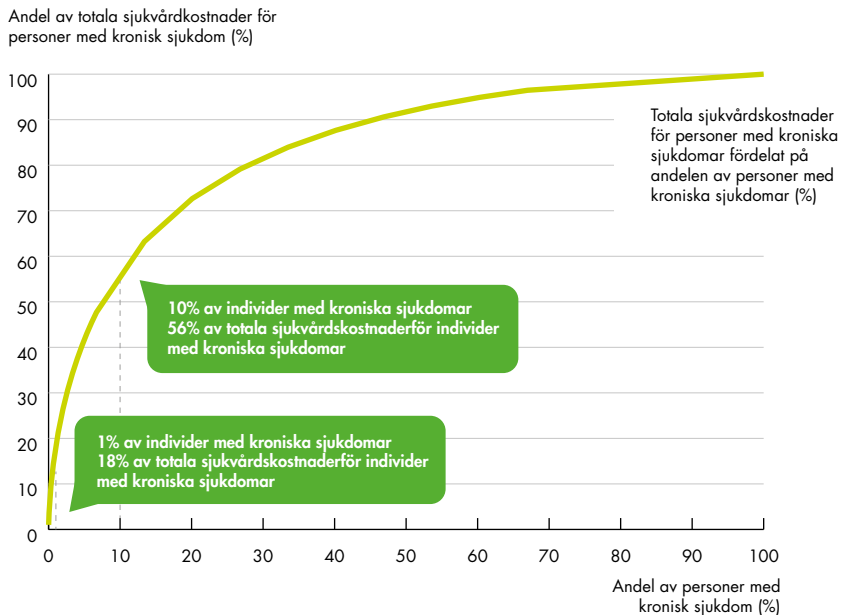
Överlag stiger antalet kliniker som varje person besöker under ett år med antalet kroniska diagnoser som han/hon har. Två tredjedelar av dem med kronisk sjukdom har kontakt med specialistvården (specialiserad öppen- eller slutenvård) under ett år, och nästan en tredjedel har vårdkontakter inom minst två olika specialistkliniker. Av personer med flera kroniska diagnoser gör 45 procent läkarbesök på minst två specialistkliniker per år, och drygt 15 procent gör läkarbesök på tre specialistkliniker eller fler.

#### 5.4 VAD KARAKTÄRISERAR DE MED STÖRST VÅRDKONSUMTION?

Det är välkänt att en liten andel av befolkningen står för en stor andel av sjukvårdskostnaderna. Detsamma gäller för personer med kronisk sjukdom; de flesta personer med kronisk sjukdom har en relativt låg sjukvårdskonsumtion under ett givet år och ett mindre antal personer har mycket omfattande sjukvårdsbehov. En tiondel av personerna med kronisk sjukdom står för 56 procent av den samlade sjukvårdskostnaden för kronisk sjukdom (figur 16).

Eftersom de personer med kronisk sjukdom utgör en selekterad grupp med förhållandevis hög sjukvårdskonsumtion överlag står den mest vårdtunga delen av gruppen för en något mindre del av kostnaderna än vad motsvarande analys för hela befolkningen brukar visa.

**Figur 16.** Fördelning av totala sjukvårdskostnader för personer med kroniska sjukdomar efter andelen personer med kronisk sjukdom, år 2011.

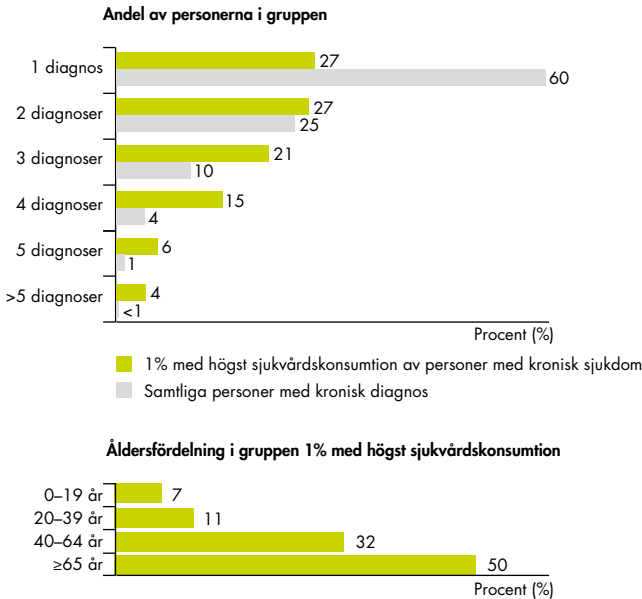


Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

Den procent av personer med kronisk sjukdom som står för de allra största sjukvårdskostnaderna är äldre än genomsnittet; 50 procent är över 65 år (jämfört med 37 procent i hela gruppen med kroniska diagnoser och 20 procent i befolkningen). Detta innebär samtidigt att hälften av de med kronisk sjukdom som står för de allra högsta sjukvårdskostnader är yngre än 65 år (figur 17). Multisjukligheten i gruppen är stor; 79 procent har fler än en kronisk diagnos och ungefär en fjärdedel har fyra eller fler kroniska diagnoser (figur 17). Ungefär lika många kvinnor som män finns i gruppen. Inga sjukdomar är mer förekommande i gruppen med högst sjukvårdskonsumtion jämfört med hela gruppen med kronisk sjukdom.



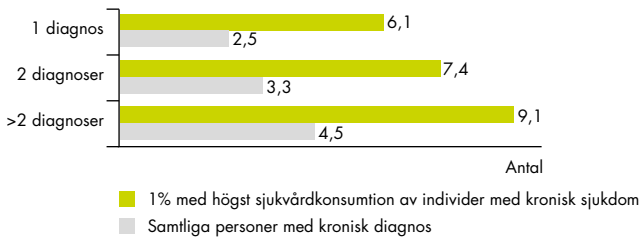
**Figur 17.** Fördelning av personer med högst vårdkonsumtion, mätt i sjukvårdskostnad per person, efter antal kroniska diagnoser respektive åldergrupper.



Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

De personer som har den högsta sjukvårdskostnaden per individ besöker betydligt fler kliniker (inklusive vårdcentraler) under ett år än gruppen med kronisk sjukdom överlag. Detta gäller såväl personer med multisjuklighet som de som endast har en kronisk diagnos. De som har fler än två kroniska diagnoser har i genomsnitt kontakt med nio olika kliniker under ett år (kontakt kan även innebära annan kontakt än fysiskt besök) (figur 18).

**Figur 18.** Antal besökta kliniker per person för gruppen med högst sjukvårdskostnad respektive för samtliga med kronisk diagnos, år 2011.



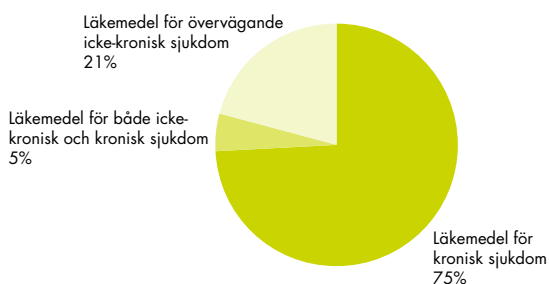
Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

## 5.5 KRONISK SJUKDOM STÅR FÖR EN MAJORITET AV LÄKEMEDELSFÖRSÄLJNINGEN

Läkemedel utgör en viktig del av behandlingen av många kroniska sjukdomar. Vi uppskattar att ungefär tre fjärdedelar av den totala läkemedelsförsäljningen på 32 miljarder kronor (förskrivning inklusive förmån, slutenvårds- och öppenvårdsrekvisition) i Sverige består av läkemedel för kronisk sjukdom (figur 19).

De tio största läkemedelsgrupperna, sett till försäljningen, står tillsammans för över en fjärdedel av den totala läkemedelsförsäljningen i landet (26 procent). Samtliga dessa läkemedelsgrupper används framför allt vid behandling av kroniska sjukdomar (figur 20).

**Figur 19.** Läkemedelsförsäljning (AUP exklusive moms) i Sverige 2012 fördelat på läkemedel för kronisk och icke-kronisk sjukdom, procent.



Källa: Apotekens Service AB, Läkemedelsförsäljning, 2012

**Figur 20.** De tio största läkemedelsgruppernas andel av total läkemedelsförsäljning i Sverige 2012, procent, samt läkemedlets huvudsakliga användningsområden.

Läkemedel	Andel (%)	Huvudsakliga användningsområden
L04AB - tumörnekrosfaktor alfa-hämmare	7%	Rörelseapparaten, IBD, hudsjukdomar
R03AK - adrenergika och övriga medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar	3%	Lungsjukdomar
B02BD - koagulationsfaktorer	3%	Blodsjukdomar
L01XC - monoklonala antikroppar	2%	Cancer, rörelseapparaten
N03AX - övriga antiepileptika	2%	Neurologiska sjukdomar
L04AA - selektiva immunsuppressiva medel	2%	Neurologiska sjukdomar, transplantation
N06BA - centralt verkande sympatomimetika	2%	Psyksiska sjukdomar
L01XE - proteinkinashämmare	2%	Cancer
L03AB - interferoner	2%	Infektioner, cancer
J06BA - humant, normalt immunglobulin	1%	Infektioner, immunbristsjukdom

Källa: Apotekens Service AB, Läkemedelsförsäljning, 2012





## Kronisk sjukdom står för en majoritet av sjukförsäkringskostnaden

*Kronisk sjukdom ligger bakom en majoritet av kostnaderna för ersättning vid sjukfrånvaro. De stod för cirka 40 procent av utbetald sjukpenning och minst 86 procent av utbetald sjuk- och aktivitetsersättning år 2012.*

*Sjukdomar i rörelseapparaten och psykisk sjukdom står för över hälften av sjukfallen och utbetald sjukpenning bland personer med kronisk sjukdom. Närmare hälften (45 procent) av utbetald sjuk- och aktivitetsersättning till dem med kronisk sjukdom går till dem med psykisk sjukdom och knappt en femtedel till dem med sjukdomar i rörelseapparaten.*

*De sjukdomsgrupper som har den högsta genomsnittliga ersättningen från försäkringskassan per person är demens, psykisk sjukdom och utmattnings- och smärtsyndrom.*

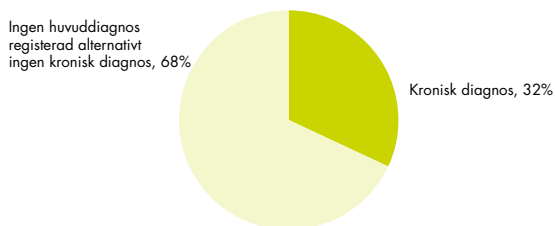
### 6.1 TOTALA KOSTNADER FÖR SJUKSKRIVNING SAMT SJUK- OCH AKTIVITETSERSÄTTNING

Kroniska sjukdomar står för knappt en tredjedel av de registrerade sjukfallen med sjukpenning (figur 21), och för cirka 40 procent av både utbetald sjukpenning och dagar med sjukpenning, motsvarande totalt cirka 8,4 miljarder kronor och cirka 19,6 miljoner sjukdagar. Den högre andelen dagar med sjukpenning som förklaras av kronisk sjukdom jämfört med andelen sjukfall tyder på att personer som får sjukpenning på grund av kronisk sjukdom i snitt är sjukskrivna fler dagar vid varje sjukskrivningstillfälle än personer sjukskrivna för icke-kroniska sjukdomar. Ingen betydande skillnad ses mellan andelen av utbetald sjukpenning och andelen av antalet dagar med sjukpenning, vilket tyder på att nivån på ersättningen per dag är densamma för personer med kronisk respektive icke-kronisk sjukdom.



Kronisk sjukdom står för en majoritet av sjukförsäkringskostnaden

**Figur 21.** Totala antalet sjukfall fördelat på kronisk respektive icke-kronisk diagnos år 2012, procent.



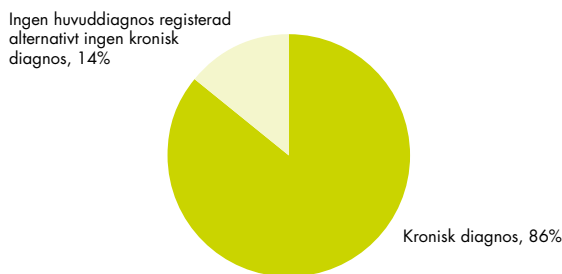
Not: Totala antalet sjukfall år 2012=596 800

Källa: Försäkringskassan, år 2012

Sjukdomar i rörelseapparaten och psykisk sjukdom står tillsammans för över hälften av de sjukfall och den utbetalda sjukpenning som kan hänföras till kronisk sjukdom under 2012. Sjukdomar i rörelseapparaten står för 28 procent och psykisk sjukdom för 24 procent av total utbetald sjukpenning, samt 35 respektive 19 procent av det totala antalet sjukfall.

Som väntat står kroniska sjukdomar för en absolut majoritet av den utbetalade sjuk- och aktivitetsersättningen i Sverige (minst 86 procent 2012). För äldre ersättningsbeslut är registreringsgraden av diagnoser i Försäkringskassans register låg, vilket innebär att personer som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning längre tillbaka kan ha beviljats ersättning för en kronisk diagnos utan att detta framgår i statistiken. Den verkliga andelen kronisk sjukdom är därför sannolikt ännu högre (figur 22).

**Figur 22.** Totalt utbetald sjuk- och aktivitetsersättning fördelat på kronisk eller icke-kronisk diagnos, år 2012, procent.

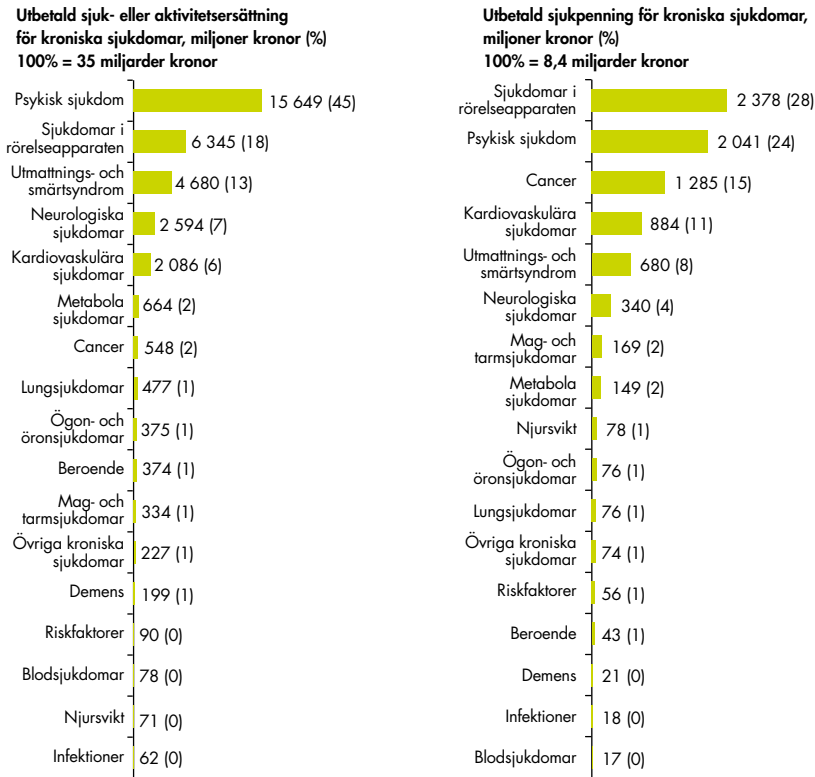


Not: Totalt utbetald sjuk- och aktivitetsersättning år 2012=40,7 miljarder kronor.

Källa: Försäkringskassan, år 2012

För sjuk- och aktivitetsersättning är koncentrationen till ett fåtal sjukdomsgrupper ännu tydligare. Psykisk sjukdom står för nästan hälften av sjuk- och aktivitetsersättningen 2012 (45 procent) och sjukdomar i rörelseapparaten för nästan en femtedel (18 procent) av den totala utbetalning av sjuk- och aktivitetsersättning där en kronisk huvuddiagnos registrerats (figur 23).

**Figur 23.** Utbetald sjuk- och aktivitetsersättning samt sjukpenning till personer med kronisk diagnos år 2012, fördelat på olika kroniska sjukdomsgrupper, miljoner kronor och procent.

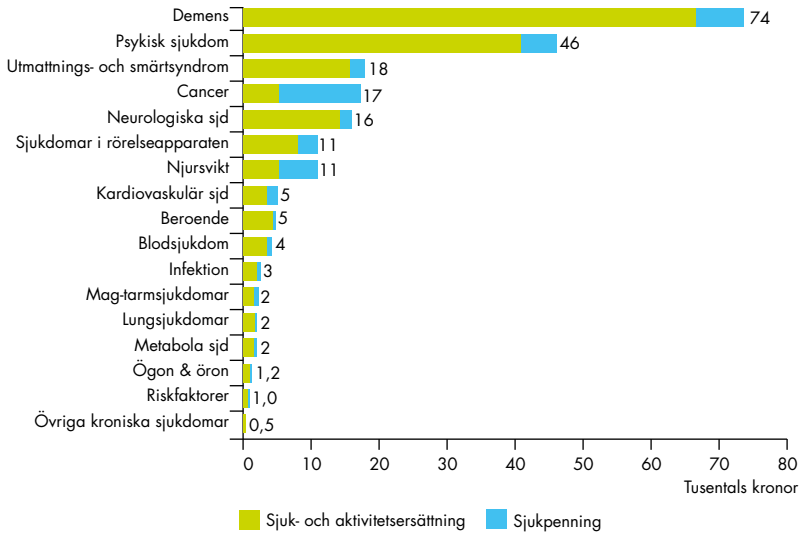


Källa: Försäkringskassan, år 2012

## 6.2 UPPSKATTNING AV KOSTNADER PER PERSON MED SJUKPENNING ELLER SJUKERSÄTTNING

Sjukdomsgrupperna med den högsta genomsnittsutbetalningen av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning per person är demens (cirka 74 000 kronor per person och år), följt av psykisk sjukdom (cirka 46 000 kronor per person och år) samt utmattnings- och smärtsyndrom (cirka 18 000 kronor per person och år) (figur 24).

**Figur 24.** Utbetalad sjuk- och aktivitetsersättning samt sjukpenning per person med kronisk sjukdom, år 2012, tusentals kronor.



Källa: Försäkringskassan, år 2012

Värt att notera är att personer diagnostiserade med demens står för en mycket liten del (0,5 procent) av den totala utbetalningen av sjukpenning och sjukersättning men då denna ersättning betalas ut till ett fåtal personer under 65 år blir kostnaden per person hög. För majoriteten av sjukdomsgrupperna är det sjuk- och aktivitetsersättning som står för merparten av kostnaderna med undantag för cancer där utbetalad sjukpenning står för en större del av den samlade kostnaden.

Detta mått tillför ytterligare ett perspektiv vad gäller sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Ofta diskuteras att psykisk sjukdom och sjukdomar i rörelseapparaten står för de största delarna av utbetalad ersättning. Detta, om än grova, mått på kostnaden per person, ger en uppfattning av risken för en person med en viss diagnos att bli sjukskriven.







## En majoritet av äldre har kronisk sjukdom

*Hos äldre kan kronisk sjukdom sägas vara ett normaltillstånd; 85 procent av befolkningen 65 år eller äldre i det studerande landstinget har minst en kronisk sjukdom, och 66 procent har två eller flera. Personer med kommunala omsorgsinsatser har i ännu högre grad (90 procent) kronisk sjukdom.*

*Ju fler kroniska diagnoser personen över 65 år har desto större är behovet av kontakt med sjukvården. Äldre med kronisk sjukdom som har hjälp av hemtjänsten eller bor i särskilt boende har fler slutenvårdsdygn per år än äldre med kronisk sjukdom utan omsorgsinsatser. Flest vård dygn per person har gruppen med hjälp av hemtjänsten.*

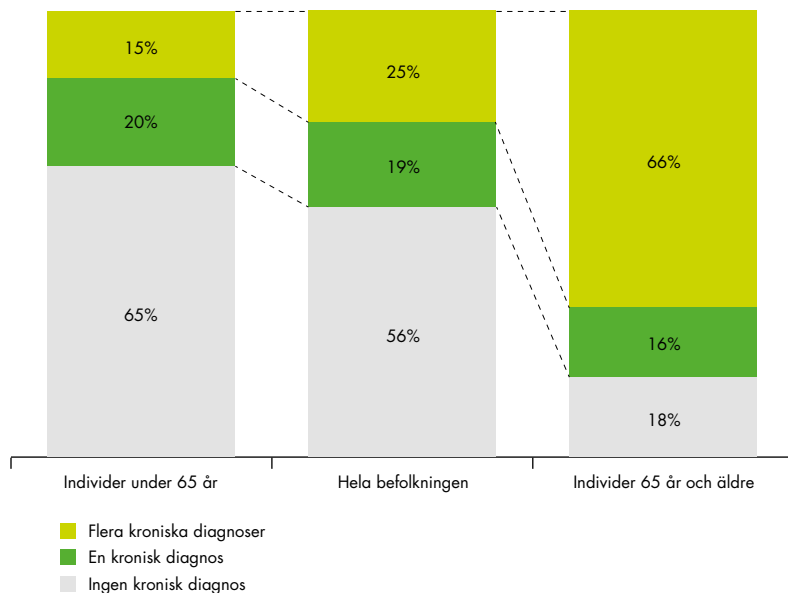
*Även om både hemtjänst och särskilt boende är vanligare för äldre med kronisk sjukdom är andelen personer med omsorgsinsatser relativt låg bland äldre med kronisk sjukdom.*

Åldrande är tätt förknippat med kronisk sjukdom, och på grund av den höga förekomsten av kronisk sjukdom hos äldre har vi gjort en fördjupningsanalys med fokus på gruppen 65 år eller äldre.

Äldre, eller de personer i en population som är 65 år eller äldre, är en mycket heterogen grupp. Många i de yngre åldersspannen är friska och aktiva och många arbetar fortfarande, medan många i högre åldrar är sjuka och beroende av omsorg. Med stigande ålder ökar förekomsten för kroniska sjukdomar. I denna kartläggning har över 80 procent av befolkningen 65 år eller äldre minst en kronisk sjukdom jämfört med cirka 35 procent i befolkningen yngre än 65 år (figur 25). För personer 75 år eller äldre kan det sägas tillhöra "normaltillståndet" att ha en eller flera kroniska sjukdomar.



**Figur 25.** Andel i befolkningen med kronisk diagnos fördelat efter åldersgrupperna yngre än 65 år respektive 65 år eller äldre, procent.



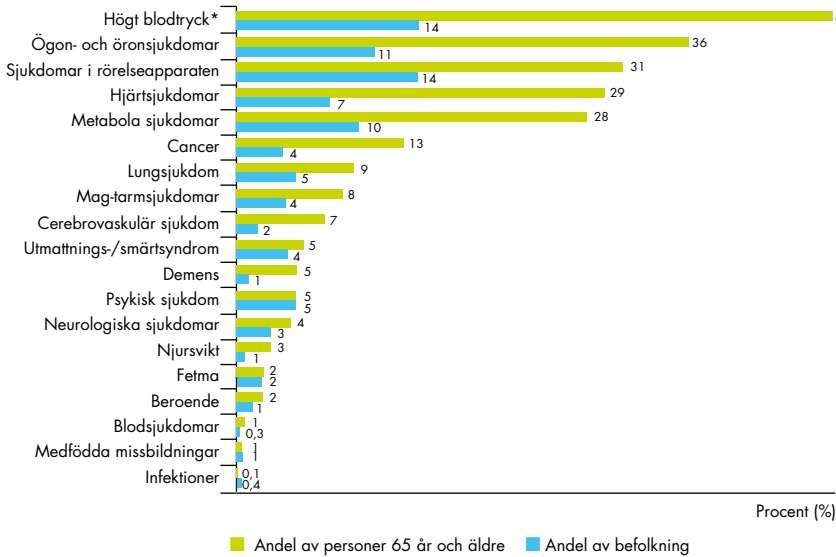
*Not: Gruppen individer med kronisk sjukdom inkluderar individer som fått kronisk diagnos under perioden 2009-2011 och som gjort minst ett fysiskt besök i sjukvården under 2011. Individer som inte haft någon fysisk vårdkontakt under 2011 klassas som inte ha kronisk sjukdom.*

Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

Äldre personer har också i högre utsträckning flera kroniska sjukdomar; knappt två tredjedelar av befolkningen över 65 år har flera kroniska sjukdomar jämfört med 15 procent av befolkningen under 65 år. I gruppen 65-74 år har 56 procent fler än en kronisk sjukdom, i gruppen 75 till 84 år 77 procent, och i gruppen över 85 år 81 procent.

De vanligaste kroniska sjukdomsgrupperna hos äldre är högt blodtryck, ögon- och öronsjukdomar samt sjukdomar i rörelseapparaten (figur 26).

**Figur 26.** Andel av den äldre befolkningen i ett landsting som under perioden 2009–2011 vid minst ett tillfälle fått kronisk diagnos inom olika sjukdomsgrupper.



Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

Många sjukdomar är betydligt vanligare bland den äldre befolkningen. Förutom att de vanligast förekommande sjukdomarna är vanligare förekommer även till exempel demens och njursvikt i högre utsträckning, medan andra sjukdomar och tillstånd förekommer i mindre utsträckning, till exempel medfödda missbildningar och kroniska infektionssjukdomar. En lägre förekomst hos äldre kan ha flera orsaker, till exempel en förkortad medellivslängd eller för till exempel kroniska infektionssjukdomar en lägre förekomst alternativt högre mortalitet när dagens äldre var unga.

Flera kombinationer av kroniska sjukdomar förekommer hos en stor andel av de äldre. Den absolut vanligaste kombinationen av sjukdomsgrupper för personer över 65 år är kardiovaskulära sjukdomar och sjukdomar inom rörelseapparaten, som förekommer hos 31 procent av gruppen.

## 7.1 HÖGRE SJUKVÅRDS- OCH OMSORGSKONSUMTION SES HOS ÄLDRE MED KRONISK SJUKDOM

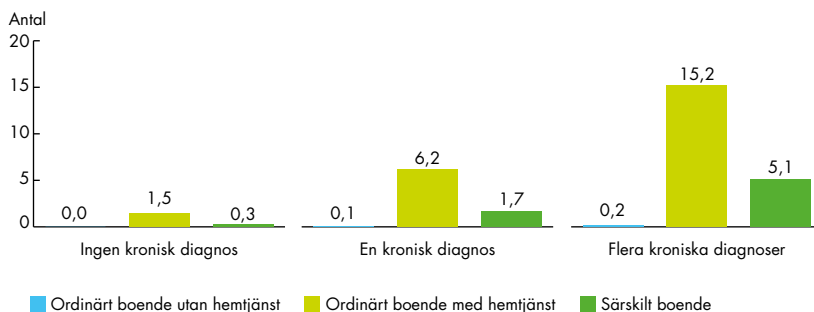
Gruppen över 65 år har en högre sjukvårdskonsumtion än befolkningen som helhet. I det analyserade landstinget står den femtedel av befolkningen som är 65 år eller äldre för cirka 40 procent av de totala kostnaderna, och varje

individ över 65 år har tre gånger så höga sjukvårdskostnader som personer under 65 år. Denna analys baseras på samtliga äldre, oavsett kronisk diagnos eller inte.

Ju fler kroniska diagnoser personen över 65 år har desto större är behovet av kontakt med sjukvården. Till exempel har äldre utan diagnostiserad kronisk sjukdom i genomsnitt 0,1 vårddygn per person och år, medan personer med en kronisk sjukdom har 0,7 vårddygn. Äldre med flera kroniska sjukdomar har nästan tre vårddygn per år. Precis som för hela gruppen med kronisk sjukdom är spridningen stor, och det är en mindre andel personer som står för den största sjukvårdskonsumtionen.

Äldre med kronisk sjukdom som har kommunala omsorgsinsatser har även en högre sjukvårdskonsumtion. Till exempel har äldre med kronisk sjukdom som erhåller hemtjänst i genomsnitt fler slutenvårdsdygn per år än de med kronisk sjukdom utan hemtjänst (figur 27).

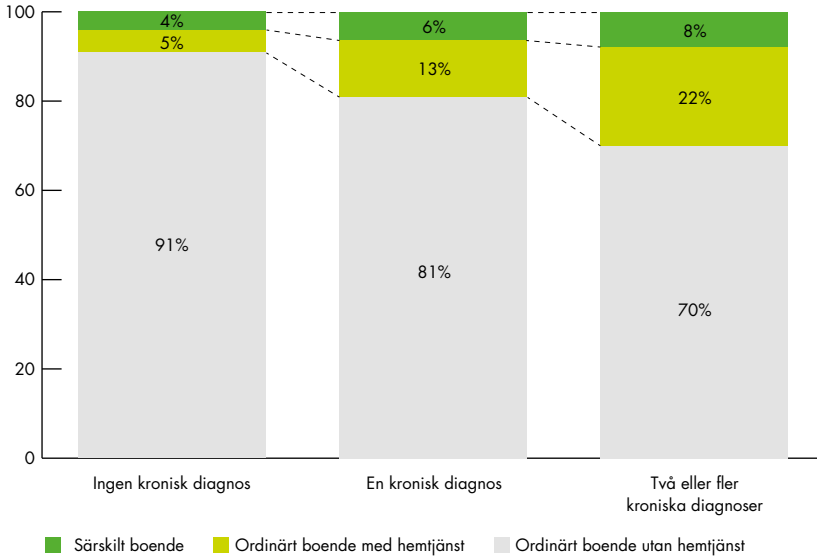
**Figur 27.** Antal vårddygn för äldre efter antal kroniska diagnoser och om de har hemtjänst eller bor i särskilt boende.



Källa: Vård- och omsorgskonsumtionsdata från två landsting (2011) respektive 14 kommuner (2012)

Personer med kroniska diagnoser har inte bara ett större behov av vård, utan också av omsorg. Enligt tidigare genomförda studier bor cirka fem procent av alla invånare över 65 år i ett särskilt boende och 10-20 procent har hemtjänst (Awes m.fl. 2012). Äldre med kronisk sjukdom har i större utsträckning hemtjänstinsatser jämfört med äldre utan kronisk sjukdom (figur 28).

**Figur 28.** Omsorgsinsatser för äldre personer med ingen, en eller flera kroniska diagnoser, procent.



Källa: Vård- och omsorgskonsumtionsdata från ett landsting (2011) respektive 14 kommuner (2012)

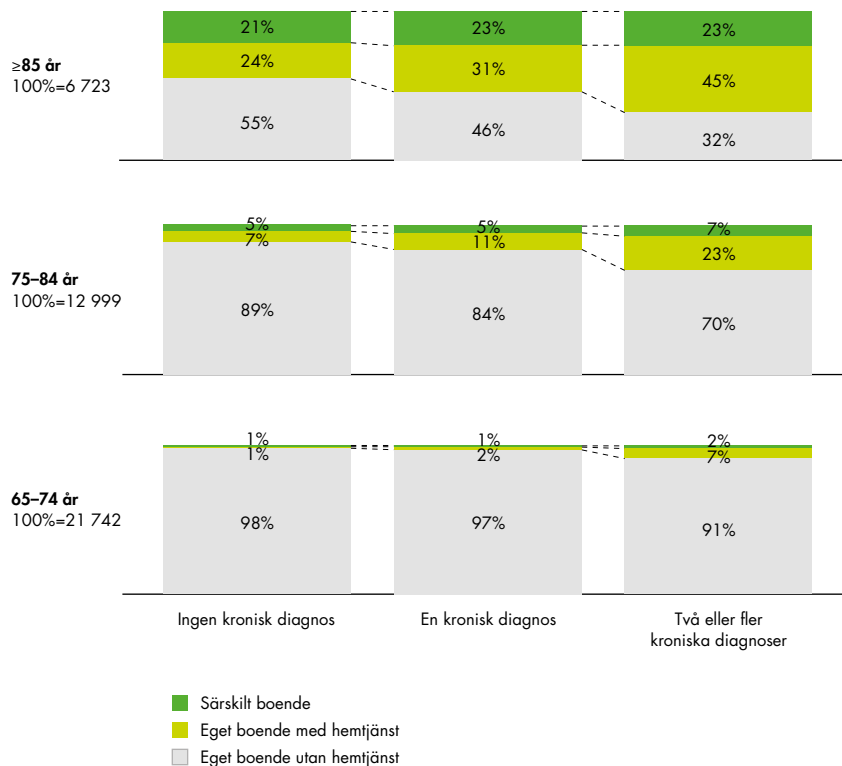
Även om både hemtjänst och särskilt boende är vanligare för personer med kroniska diagnoser är fortfarande andelen personer över 65 år med kronisk sjukdom som har omsorgsinsatser liten. Denna bild speglar inte nödvändigtvis behovet fullt ut; begränsningar finns i tillgänglighet till kommunal omsorg, och anhörigvård är vanligt.

Andelen som bor på särskilt boende ökar mer med stigande ålder än med antal kroniska diagnoser (figur 29).



En majoritet av äldre har kronisk sjukdom

**Figur 29.** Omsorgsinsatser för åldergrupperna 65-74 år, 75-84 år, ≥85 år med ingen, en eller flera kroniska diagnoser, procent.



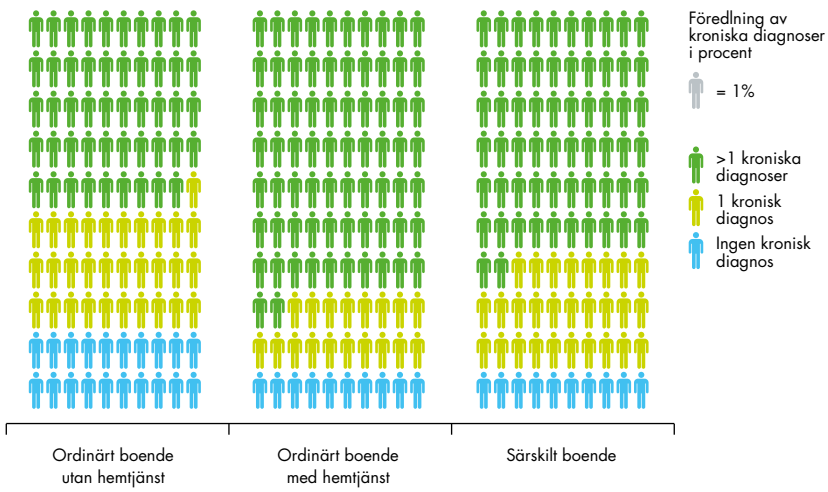
Källa: Vård- och omsorgskonsumtionsdata från två landsting (2011) respektive 14 kommuner (2012)

Både äldre på särskilt boende och äldre med hemtjänst har i stor utsträckning kronisk sjukdom och har ofta flera kroniska sjukdomar (figur 30). Andelen personer med kronisk sjukdom är sannolikt underskattad på särskilt boende eftersom personerna inte uppsöker sjukvården lika ofta som de som bor i eget boende och därför inte i lika stor utsträckning har diagnosregistrerade läkarbesök under ett år.

Sammanfattningsvis visar den fördjupade kartläggningen av personer 65 år eller äldre att förekomsten av kronisk sjukdom och multisjuklighet är mycket hög i den äldre befolkningen, och att förekomst av kronisk sjukdom till viss del hänger samman med ett ökat omsorgsbehov.



**Figur 30.** Andel äldre med kronisk diagnos bland de som bor i ordinärt boende med eller utan hemtjänst eller bor i särskilt boende.



Källa: Vård-och omsorgskonsumtionsdata från två landsting (2011) respektive 14 kommuner (2012)







## Personer med kronisk sjukdom upplever brister i vården

*Personer med kronisk sjukdom upplever brister i samordningen av vården. Drygt 40 procent uppger att deras primärvårdsläkare inte känt till vad som gjorts i specialistvård, och över 70 procent uppger att de inte fått hjälp av sjukhuset att boka återbesök trots att de behövt det. Två tredjedelar upplever att de behöver hjälp med koordinering av sin vård. Av dem upplever var fjärde att de inte fått den hjälp de behöver. Bland de med psykisk ohälsa menar närmare var tredje att de inte fått den hjälp de anser sig behöva. I en internationell jämförelse upplever patienter i Sverige sig mindre delaktiga i sin egen vård.*

*Närmare 40 procent av de med kronisk sjukdom uppger att de besökt akutmottagningen någon gång de senaste två åren för ett tillstånd som de tror skulle kunna ha hanterats av deras ordinarie läkarkontakt om denna varit tillgänglig. Det är inga skillnader i upplevelsen av vårdens tillgänglighet mellan dem med eller utan kronisk sjukdom.*

*Av dem med regelbunden läkarkontakt har mer än hälften av de med kronisk sjukdom fått information om vikten av fysisk aktivitet och om risker med rökning för att undvika att hälsan försämras. Endast var fjärde menar att de har fått preventiv information om alkohol.*

The Commonwealth Fund genomför årligen en internationell enkät (Commonwealth Fund International Health Policy Survey) om befolkningens upplevelse av vården. Enkäten ger en möjlighet att förstå hur personer med kronisk sjukdom ser på sin hälsa och sjukvård.

År 2013 deltog 2400 personer i Sveriges befolkning i undersökningen. En viss snedfördelning observeras vad gäller ålder; 33 procent är äldre än 65 år



jämfört med 24 procent i befolkningen. En individ med kronisk sjukdom definieras i enkäten som en individ som svarar att de har en eller flera av följande sjukdomar: "Artros", "Asthma eller kroniskt lungproblem såsom kronisk bronkit, emfysem eller KOL", "Cancer", "Depression, ångest eller andra mentala hälsoproblem", "Diabetes", "Hjärtsjukdom, inklusive hjärtattack", "Hypertoni eller högt blodtryck" och "Högt kolesterolvärde". I enkäten används således en mer en begränsad definition av kronisk sjukdom, och flera vanliga tillstånd utesluts. Ändå uppger 62 procent av respondenterna att de har en eller flera kroniska sjukdomar. Den höga förekomsten kan förklaras av den högre andelen äldre i urvalet.

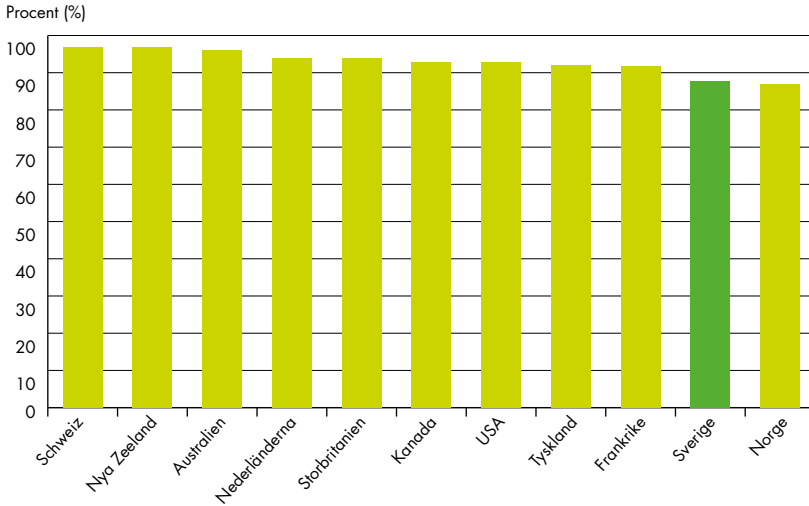
Det är vanligare bland personer med kroniska sjukdomar att uppge att deras hälsa endast är "rimlig" eller "dålig" (26 procent jämfört med 6 procent i gruppen utan kronisk sjukdom) samt att deras hälsa påverkar deras förmåga att arbeta heltid eller att utföra hushållsarbete negativt (28 procent jämfört med 7 procent).

## 8.1 UNGEFÄR LIKA NÖJDA MED SJUKVÅRDEN SOM PATIENTER UTAN KRONISK SJUKDOM

Det finns inga tydliga skillnader mellan personer med eller utan kronisk sjukdom vad gäller nöjdhet med hälso- och sjukvårdssystemet eller med den vård man har fått.

Totalt uppger ungefär hälften av de tillfrågade (47 procent) att de anser att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra och att endast mindre förändringar krävs för att det ska fungera bättre. Övriga tillfrågade anser att hälso- och sjukvårdssystemet har sådana brister att det krävs större förändringar för att det skall fungera bättre. Av de personer som har en regelbunden kontakt med vården och fått sjukvård de senaste två åren uppger en klar majoritet (88 procent) att de är nöjda med den vård de fått, och ingen skillnad ses mellan personer som har en kronisk sjukdom eller inte. Det verkar alltså vara så att båda grupperna i större utsträckning är nöjda med den vård de får än med hälso- och sjukvårdssystemet i dess helhet. Nöjdheten med sjukvården är något lägre i Sverige än i flertalet övriga deltagande länder i enkäten för personer med kronisk sjukdom (figur 31).

**Figur 31.** Andel respondenter med kronisk sjukdom som uppger att de är nöjda med den sjukvård de fått från sin ordinarie läkarmottagning eller klinik under de senaste 12 månaderna, olika länder, procent.

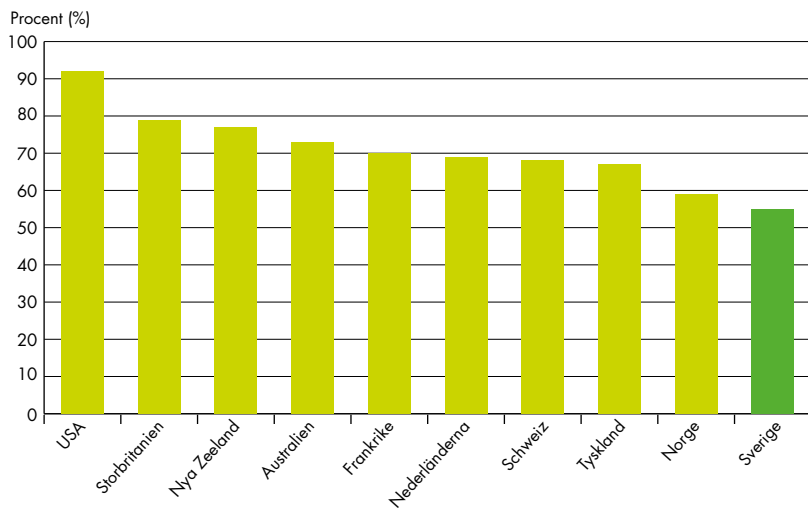


Källa: The Commonwealth Fund, år 2013

## 8.2 SVERIGE SÄMRE ÄN ANDRA LÄNDER PÅ INFORMATION TILL PATIENTEN

Patienter som vårdats på sjukhus upplever i relativt stor utsträckning att de inte fått information om deras läkemedel, eftervård och eventuella symtom de bör hålla under uppsikt. Endast cirka hälften av de tillfrågade (55 procent) som legat inne på sjukhus någon gång under de senaste två åren uppger att de fått skriftlig information vid utskrivning. Något fler uppger att de fick information om läkemedel (64 procent) vid utskrivning. I en internationell jämförelse presterar Sverige dåligt med lägst andel som fått skriftlig information vid utskrivning och tredje lägst andel som fått information om läkemedel.

**Figur 32.** Andel respondenter som uppger att de fick skriftlig information vid utskrivning om symtom och eventuell eftervård, olika länder, procent.

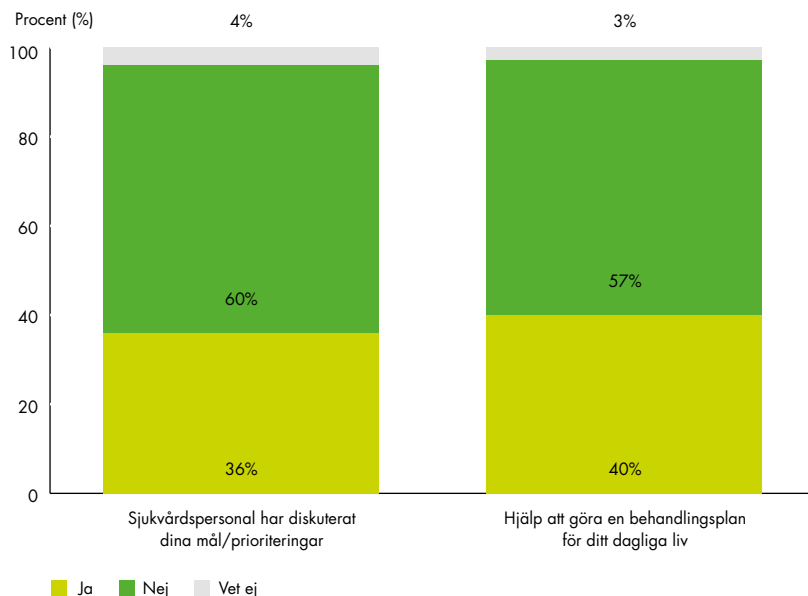


Källa: The Commonwealth Fund, år 2013

Patienter i Sverige upplever också att de är minst delaktiga i den egna vården jämfört med patienter i andra länder. En analys av the Commonwealth Funds undersökning från år 2011 visar att drygt en tredjedel av personer med kronisk sjukdom har diskuterat huvudsakliga mål och prioriteringar med sjukvårdspersonal (figur 33). Jämfört med andra länder ligger Sverige lägst. För Schweiz, Storbritannien och USA, som får högst omdömen, är motsvarande andelar 75-80 procent. Samma studie visar också att 40 procent av patienterna i Sverige upplever att de fått hjälp att göra en behandlingsplan för sitt dagliga liv.



**Figur 33** Andel respondenter som upplever att de är involverade i sin vårdplanering, olika länder, procent.



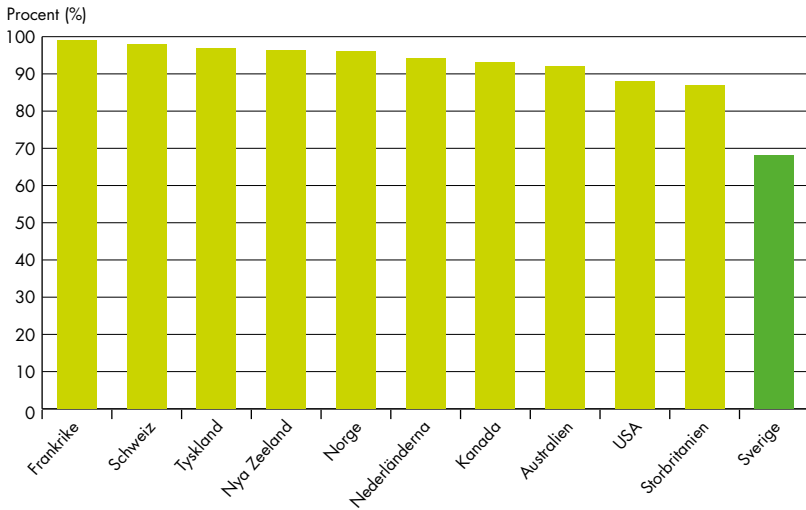
Källa: Socialdepartementet 2012b

### 8.3 MÅNGA UPPLIVER BRISTER I SAMORDNING

Fler personer med kronisk sjukdom uppger att de har en fast läkarkontakt; 68 procent jämfört med 41 procent för personer utan kronisk sjukdom. Det är dock värt att notera att nästan en tredjedel av personerna med kronisk sjukdom därmed inte upplever sig ha en fast läkarkontakt. I en internationell jämförelse har Sverige en låg andel med fast läkarkontakt. I övriga deltagande länder uppger nästan samtliga patienter med kroniska sjukdomar att de har en fast läkarkontakt (figur 34).



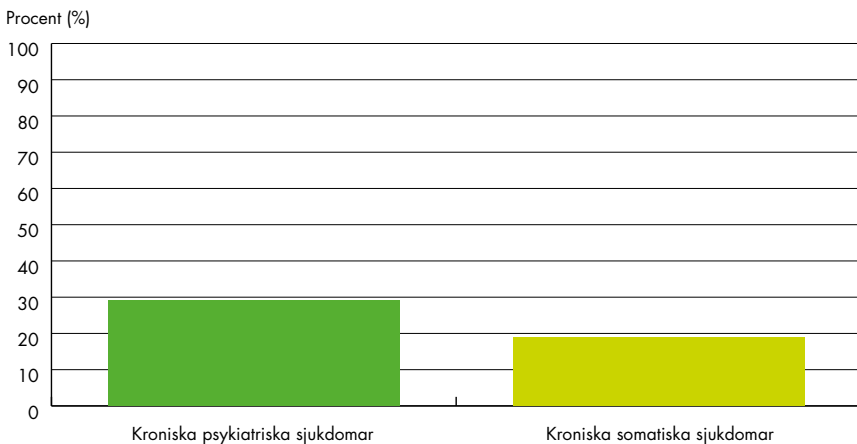
**Figur 34.** Andel respondenter med kronisk sjukdom som uppger att de har en eller flera fasta läkarkontakter, olika länder, procent.



Källa: The Commonwealth Fund, år 2013

Relativt många med kronisk sjukdom upplever att de behöver hjälp med koordinering av sin vård; nästan hälften utan kroniska sjukdomar (48 procent), och nästan två tredjedelar med kroniska sjukdomar (63 procent). En fjärdedel av personer med kronisk sjukdom som uppgett att de behöver hjälp med koordinering upplever att de inte fått den hjälp de behöver. Av personer med psykisk ohälsa uppger nästan en tredjedel att de inte fått den hjälp med koordinering de skulle behöva (figur 35).

**Figur 35.** Andel av de med kroniska psykiska sjukdomar respektive somatiska sjukdomar, som uppger att de inte får hjälp av sin ordinarie läkare att koordinera sin vård trots behov, procent.



Källa: The Commonwealth Fund, år 2013

Brister ses också i delningen av information mellan olika vårdgivare, framför allt från specialist- till primärvård. Många personer med kronisk sjukdom (41 procent) uppger att deras ordinarie primärvårdsläkare inte varit uppdaterad om den specialistvård de fått, och relativt många (22 procent) att deras specialistläkare inte varit informerad om deras ordinarie vård i primärvården. Även samordning inom slutenvården upplevdes som bristfällig; 71 procent uppger att de inte fick hjälp av sjukhuset att boka återbesök trots att behov fanns. Personer med kroniska sjukdomar kan antas ha ett särskilt stort behov av en fungerande samordning än personer utan kroniska sjukdomar, vilket gör det extra viktigt att notera den upplevda bristen på samordning och informationsutbyte för denna grupp.

#### 8.4 INGA SKILLNADER I UPPLEVELSEN AV VÅRDENS TILLGÄNGLIGHET

Det verkar inte som att personer med kronisk sjukdom upplever en bättre tillgänglighet till sjukvården jämfört med dem utan kroniska sjukdomar. Drygt hälften av de med kronisk sjukdom (55 procent) och de utan kronisk sjukdom (59 procent) uppger att de fick vård redan samma eller nästa dag om de behövde. Många uppger att det är svårt att få tid på kvällar och helger; drygt 60 procent uppger att de hade svårt att få vård dessa tider.

Både personer med och utan kroniska sjukdomar uppger att de i relativt stor utsträckning söker akut vård på grund av upplevd dålig tillgänglighet inom primärvården. 37 procent av de med kronisk sjukdom uppger att de besökt akuten någon gång de senaste två åren för ett tillstånd som de tror skulle kunna ha hanterats av deras ordinarie läkarkontakt om denna varit tillgänglig.

#### 8.5 FÅ UPPLEVER ATT DE FÅTT INFORMATION OM PREVENTION

En relativt låg andel av de tillfrågade upplever sig ha informerats om vikten av preventiva åtgärder i syfte att undvika ett sämre hälsotillstånd. Bland de respondenter som har en regelbunden läkarkontakt och som träffat sin läkare under de senaste två åren uppger 75 procent att de inte fått information om alkoholbruk, 64 procent att de inte fått information om en hälsosam diet och hälsosamt ätande, 46 procent att de inte fått information om träning eller fysisk aktivitet, och 44 procent att de inte fått information om rökning.









## Vårdens särskilda utmaningar

*Att bättre kunna tillgodose behoven för personer som har mer än en kronisk sjukdom är en stor utmaning för vården – det gäller i synnerhet multisjuka äldre, de med samtidig kronisk psykisk ohälsa och de med samtidig nedsatt njurfunktion. Jämfört med personer med en kronisk sjukdom har dessa grupper i högre utsträckning kontakt med specialistvården och oftare söker vård på akutmottagning. Förutom att grupperna har ett större sjukvårdsbehov, kan det av olika anledningar vara svårt för dem att få sina behov tillgodosedda. Multisjukligheten komplicerar behandling och försvårar samordning och i kombination med psykisk ohälsa kan möjligheten för den enskilde att söka vård och tillgodogöra sig information om sin ohälsa och behandling minska.*

*Ungefär var femte i befolkningen har flera samtidiga somatiska kroniska sjukdomar (njursvikt borträknat) och står för en stor del av de totala sjukvårdskostnaderna - närmare 40 procent. Samtidig kronisk psykisk och somatisk ohälsa finns hos nästan fem procent av befolkningen. Sjukvårdsbehovet för dessa personer är omfattande och utgör, relativt sett, en stor andel av de totala sjukvårdskostnaderna (cirka 10 procent). I stort sett alla med diagnoserad njursvikt har en annan samtidig kronisk somatisk sjukdom och sjukvårdskostnaderna per person är höga.*

### 9.1 SÄRSKILT UTSATTA GRUPPER

I intervjuer med olika aktörer i hälso- och sjukvården är det några patientgrupper med kroniska sjukdomar som återkommande lyfts upp, där vården och omsorgen har en särskilt stor utmaning för att möta behoven. Det handlar om grupper med flera kroniska sjukdomar– och i synnerhet multisjuka äldre.



Personer med multisjuklighet i samband med psykisk ohälsa eller nedsatt njurfunktion är ytterligare två grupper där särskilda utmaningar för vården att bättre möta deras behov lyftes i intervjuer.

### 9.1.1 Multisjuka upplever brister i patientcentrering och samordning

Patientcentrering är en särskilt stor utmaning för personer med flera kroniska sjukdomar. De har ofta många olika vårdkontakter och samordningen mellan olika vårdgivare verkar inte alltid fungera optimalt. Den tendens som beskrivs att sjukvården definierar varje patient utifrån dennes sjukdomar eller till och med en av dennes sjukdomar verkar medföra svårigheter särskilt för personer med flera komplexa kroniska sjukdomar. En betydande andel av personer med kronisk sjukdom träffar under ett år fler än två olika vårdgivare, och många upplever brister i kommunikation och samordning. I intervjuer beskrivs också att multisjuklighet ibland ses som en anledning att överföra en patient från specialistvården till primärvården.

*”Ju fler diagnoser desto sämre fungerar vården”*

Representant för patientförening

Det verkar på flera sätt vara utmanande för vårdens olika aktörer att organisera och koordinera sina olika insatser på ett sätt som utgår från patientens (både medicinska, emotionella, sociala och praktiska) behov.

### 9.1.2 Personer med psykisk ohälsa har ofta även somatisk sjukdom

Personer med psykisk ohälsa framstår också i intervjuer som en sårbar grupp. Flera utmaningar ses: För personer med psykisk sjukdom kan det vara svårt för läkaren att ställa en korrekt diagnos då psykiskt sjuka patienter kan ha svårare att kommunicera sina problem samt att symtom för somatiska besvär kan förväxlas med psykiatriska symtom. Dessa patienter har även svårare att kommunicera preferenser om behandling till vårdpersonalen, samt kan ha svårare ta till sig information om behandling både vad gäller psykisk och somatisk ohälsa.

Särskilda utmaningar beskrivs för personer som har samtidig psykisk och somatisk ohälsa. En stor somatisk översjuklighet ses i gruppen, och



personerna får inte alltid en fullgod somatisk vård. Intervjuade personer lyfter särskilt utmaningar i den somatiska vården för patienter som vårdas inom psykiatrin, med en bristande tillgång till somatisk kompetens.

I intervjuer lyfts också utmaningar vad gäller läkemedelsbehandling vid samtidig psykisk och somatisk ohälsa, särskilt hos äldre. En bristande medvetenhet beskrivs om risken för biverkningar av psykofarmaka samt risken för läkemedelsinteraktioner vid samtidig behandling av till exempel hjärtkärlsjukdom. Till exempel beskrivs ökad blödningsrisk vid kombination av anti-depressiva läkemedel och det vanliga blodförtunnande läkemedlet Trombly (Lif 2013), som ett relativt vanligt förekommande problem.

Även bristande psykiatrisk vård för patienter som vårdas inom primärvården beskrivs i intervjuer med vårdgivare, och utmaningar lyfts i till exempel tillgång till psykologhjälp vid lindrigare depression.

### **9.1.3 Läkemedelsbehandling av personer med njursvikt eller kraftigt nedsatt njurfunktion uppvisar brister**

Diagnosen njursvikt förbehålls ofta patienter med den allra mest nedsatta njurfunktionen, som ofta behöver behandling mot sin njursvikt i form av dialys eller transplantation. Denna grupp patienter utgör en relativt liten grupp. Betydligt fler har nedsatt njurfunktion. Njurfunktionen minskar normalt med stigande ålder, och kan avta snabbare vid sjukdomar som till exempel njursjukdom, hjärtsvikt eller diabetes eller vid ogynnsam inverkan av läkemedel. I befolkningen har cirka 4,5 procent uppskattats ha kroniskt nedsatt njurfunktion i den grad att det påverkar läkemedelsbehandling (Läkemedelsverket 2011). Personer med njursvikt har nästan alltid även andra kroniska somatiska sjukdomar, något som i stor utsträckning gäller även personer med måttligt till kraftigt nedsatt njurfunktion.

Vid nedsatt njurfunktion behöver läkemedelsbehandling för personens andra sjukdomar, till exempel högt blodtryck, ofta anpassas (Läkemedelsverket 2011), något som kan vara utmanande. Personer med nedsatt njurfunktion finns ofta inte i specialiserad njurmedicinsk vård, utan återfinns i primärvården eller andra specialiteter, och deras läkemedelsbehandling är alltså en fråga för en stor grupp läkare. Anpassningen av läkemedelsbehandling vid nedsatt njurfunktion verkar inte alltid fungera optimalt, utan både över- och underbehandling verkar vara relativt vanligt förekommande. Flera intervjuade personer beskriver att personer med nedsatt njurfunktion underbehandlas i primärvården, på grund av bristande förtroendet med behandling vid nedsatt njurfunktion och rädsla för biverkningar. I intervjuer beskrivs också att det är



relativt vanligt att nedsatt njurfunktion inte uppmärksammas och att patienter därför behandlas med för höga doser, med risk för biverkningar som följd. Nedsatt njurfunktion har uppskattats ligga bakom upp till en fjärdedel av inskrivningar på grund av läkemedelsbiverkan (Odar-Cederlöf m.fl. 2008).

*”Det största problemet är att läkaren ofta tror att patienten har normal njurfunktion när den i själva verket är kraftigt nedsatt”*

**Forskare i njurmedicin**

Korrekt läkemedelsbehandling vid nedsatt njurfunktion kräver både identifiering av att patienten har nedsatt njurfunktion och en kunskap om hur läkemedelsbehandlingen därför ska anpassas. Brister ses inom båda dessa områden, men identifieringen ter sig mest problematisk.

I intervjuer framgår också att många läkare känner sig osäkra kring läkemedelsbehandling vid nedsatt njurfunktion. Samtidigt framkommer att geriatriker ofta upplever anpassningen som lättare, vilket indikerar att det går att öka medvetenheten och kompetensen.

## 9.2 BETYDANDE SKILLNADER I VÅRDKONSUMTIONSMÖNSTER MELLAN GRUPPERNA

Som beskrivs ovan har, baserat på insikter från intervjuer och kartläggning av vårdkonsumtion, ett antal faktorer identifierats som skapar särskilda utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom:

- flera samtidiga kroniska sjukdomar kan komplicera behandling och försvåra samordning.
- komplicerande tillstånd i form av psykisk sjukdom, demens eller beroendesjukdom kan minska möjligheten att efterfråga och ta del av behandling.
- njursvikt eller kraftigt nedsatt njurfunktion påverkar och komplicerar läkemedelsbehandling av andra kroniska sjukdomar.

Mot bakgrund av dessa insikter beskrivs i detta avsnitt vårdkonsumtionen för de grupper av personer med kronisk sjukdom som bedöms som särskilt utsatta. Syftet är att mer nyanserat belysa olika behov och förbättringsmöjligheter i vården av dessa personer med hjälp av sjukvårdsstatistik över vårdkontakter

och kostnader som presenterats i föregående kapitel.

Det har inom ramen för detta arbete inte varit möjligt att kartlägga läkemedelskonsumtion eller sjukskrivningsmönster för de olika grupperna. För läkemedel finns ingen tillgänglig information som beskriver vilka diagnoser som ligger till grund för förskrivning; däremot är det i vissa landsting möjligt att se vilken förskrivning som skett till patienter med specifika diagnoser. Vid sjukskrivning registreras endast en diagnos, och det är därför inte möjligt att utifrån Försäkringskassans data undersöka sjukskrivningsmönster vid multisykklighet, utan forskningsetiskt tillstånd för samkörning med individkopplad sjukvårdsdata krävs.

Vi har delat in personer med kronisk sjukdom i olika grupper:

- 1 Personer med *en somatisk* kronisk sjukdom/tillstånd (exklusive njursvikt)
  - 2 Personer med *flera somatiska* kroniska sjukdomar/tillstånd (exklusive njursvikt)
  - 3 Personer med *somatisk* kronisk sjukdom/tillstånd (exklusive njursvikt) och *samtidig psykisk ohälsa* (inklusive demens eller beroende)
  - 4 Personer med *somatisk* kronisk sjukdom/tillstånd och *samtidig njursvikt* eller kraftigt nedsatt njurfunktion
- Övriga** Personer med *endast* psykisk ohälsa (inklusive demens eller beroende) eller *endast* njursvikt eller både somatisk och psykisk ohälsa med samtidig njursvikt.

De två största grupperna sett till förekomst är de som har antingen en eller flera somatiska sjukdomar och varken psykisk ohälsa eller njursvikt (figur 36). Dessa två grupper står också för en stor andel av de totala sjukvårdskostnaderna.

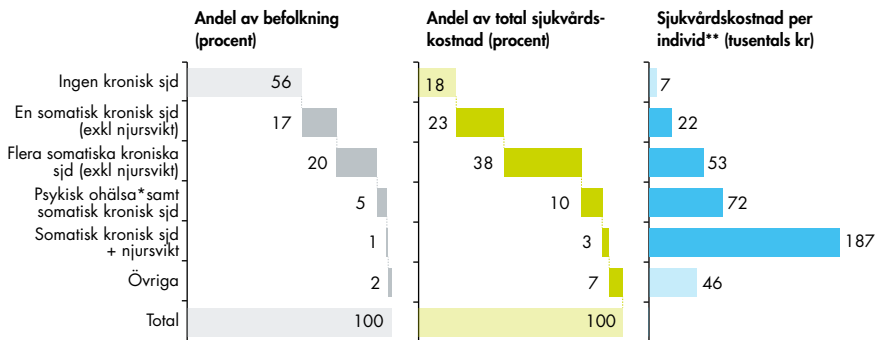
Samtidig förekomst av kronisk psykisk ohälsa (inklusive demens och beroende) och kronisk somatisk sjukdom finns hos nästan fem procent av befolkningen. Sjukvårdsbehovet för dessa personer är betydligt mer omfattande än för dem med endast somatisk sjukdom, och kostnaderna för denna grupp utgör en relativt stor andel av de totala sjukvårdskostnaderna.

Gruppen som har somatisk sjukdom och samtidig diagnostiserad njursvikt utgör en procent av befolkningen. Sannolikt är gruppen med kronisk somatisk sjukdom och samtidig kraftigt nedsatt njurfunktion större; njursvikt tros vara ett underdiagnostiserat tillstånd och upp till fem procent av befolkningen



uppskattas ha tillräckligt nedsatt njurfunktion för att läkemedelsbehandling ska påverkas (Läkemedelsverket 2011). För procenten med diagnostiserad njursvikt och ytterligare somatisk kronisk sjukdom är sjukvårdskostnaderna per person höga, även om totalkostnaderna utgör en relativt liten andel av de totala sjukvårdskostnaderna. Om även personer med kraftigt nedsatt njurfunktion utan diagnos njursvikt inkluderades skulle sannolikt kostnaderna per person vara lägre men totalkostnaden högre.

**Figur 36.** Andel av befolkningen fördelat efter grupper av kronisk sjukdom, samt gruppens andel av totala sjukvårdskostnader och genomsnittlig sjukvårdskostnad per person, år 2011.



\* Med psykisk ohälsa menas att individen har diagnostiserats med någon/några av diagnoserna demens, beroende och psykisk sjukdom

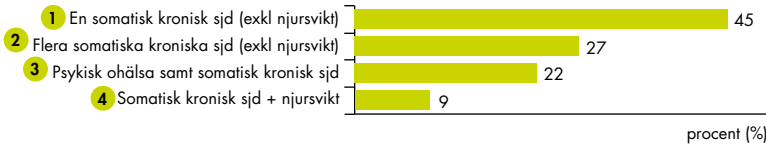
\*\* Endast de som haft vårdkontakt och inte fått någon kronisk diagnos inkluderas, vilket medför en överskattning av kostnaden per individ för individer utan kronisk diagnos.

Not: Analyser av förekomst baseras på det landsting som vi bedömer har mest tillförlitliga uppgifter om förekomst (landsting B). Kostnadsanalyserna baseras på statistik från det landsting med mer tillförlitlig kostnadsdata (landsting A).

Källa: Vårdkonsumtionsdata från två landsting, år 2011

Vidare ses skillnader i vilka vårdnivåer som de olika gruppernas vårdkonsumtion sker inom. Personer med endast en somatisk sjukdom finns i relativt stor utsträckning endast i primärvården (45 procent har endast besökt primärvården under studieåret) medan övriga grupper i högre utsträckning har kontakt med specialistvården (figur 37).

**Figur 37.** Andelen personer som endast har kontakt med primärvården, fördelat på olika grupper med kronisk sjukdom, år 2011, procent.



Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

Även behovet av akutsjukvård skiljer sig mellan grupperna. Av personer med en somatisk, kronisk sjukdom har 15 procent någon gång under året besökt en akutmottagning, och fyra procent har gjort fler än ett akutbesök. Av de med flera kroniska somatiska sjukdomar har 24 procent besökt en akutmottagning någon gång under året, åtta procent mer än en gång och nästa fyra procent har gjort tre eller fler akutbesök. Av personer med samtidig psykisk och somatisk ohälsa har 40 procent besökt en akutmottagning under ett år, tio procent vid minst tre tillfällen, och fem procent vid minst fem tillfällen. Av personer med njursvikt har drygt hälften besökt en akutmottagning, 14 procent haft tre eller fler akutbesök och fem procent minst fem besök.

Nedan beskrivs de fyra grupper som redovisas i figuren ovan i större detalj. Övriga personer, som endast har njursvikt eller somatisk sjukdom, njursvikt och psykisk ohälsa har enligt kartläggningen ett mycket omfattande vårdbehov men utgör mycket små grupper och beskrivs därför inte närmare. Gruppernas sammansättning och sjukvårdsbehov beskrivs nedan.

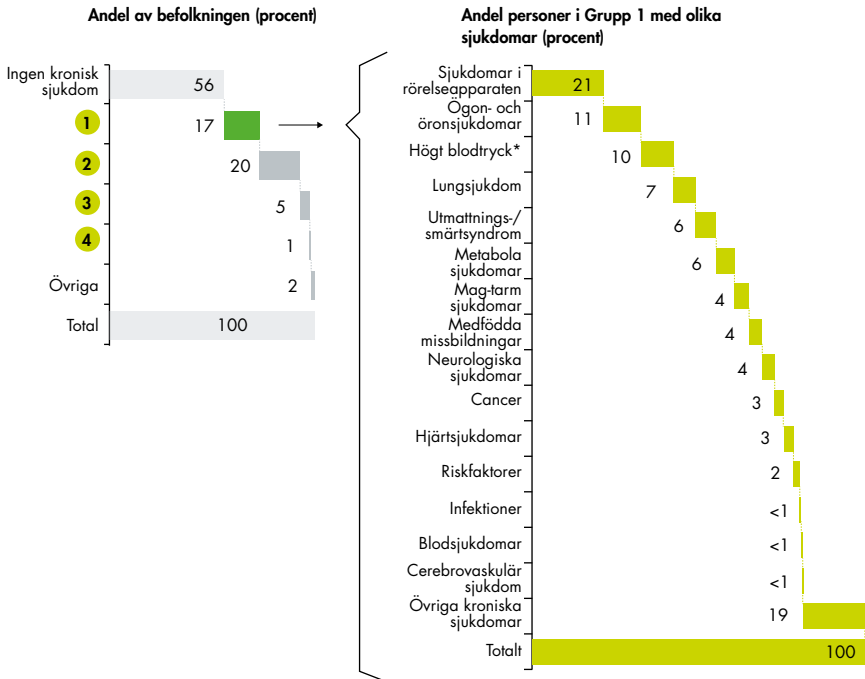
### 9.2.1 Grupp 1 – en somatisk kronisk sjukdom

Personer med en somatisk kronisk sjukdom utgör nästan en femtedel av befolkningen.

De vanligaste kroniska somatiska sjukdomsgrupperna som förekommer ensamma är sjukdomar i rörelseapparaten samt ögon- och öronsjukdomar. Högt blodtryck och hjärtsjukdomar är mindre vanliga ensamma än i befolkningen som helhet, eftersom de ofta förekommer tillsammans med andra kroniska sjukdomar (figur 38).



**Figur 38.** Vanliga kroniska diagnoser i grupp 1 – en kronisk somatisk diagnos.



\* Gruppen består till mycket stor del av högt blodtryck, men inkluderar även andra kärlsjukdomar, exklusive kranskärl och hjärnans kärl.

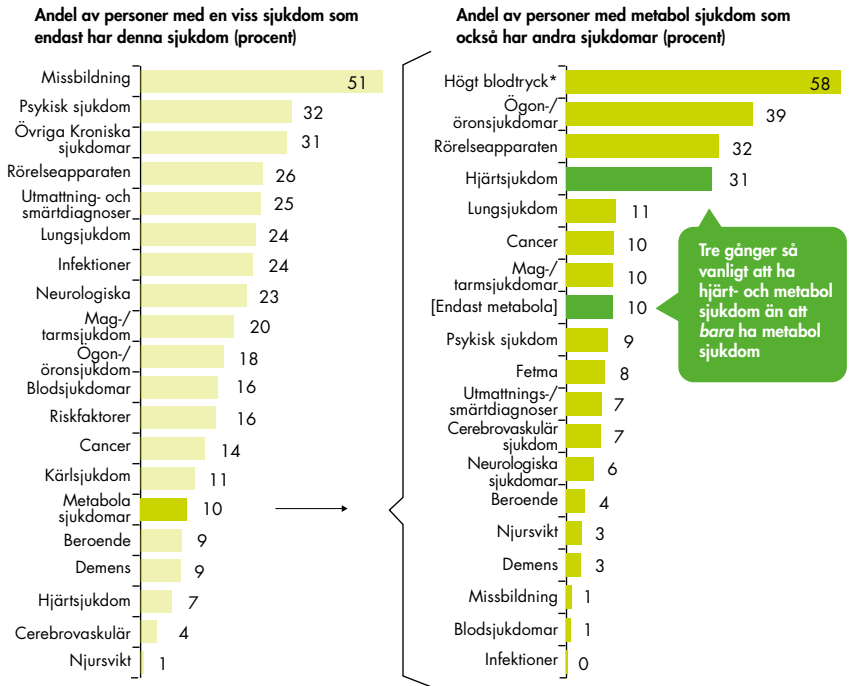
Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, 2011

### 9.2.2 Grupp 2 – flera somatiska kroniska sjukdomar

Personer med flera somatiska sjukdomar men utan psykisk ohälsa eller njursvikt utgör en knapp femtedel av befolkningen.

Att ha flera samtidiga sjukdomar är så vanligt att det ofta är fler personer med en viss sjukdom som har en viss annan samtidig sjukdom än som bara har den första sjukdomen i fråga. Till exempel är det tre gånger vanligare att ha metabol sjukdom och hjärtsjukdom än att bara ha metabol sjukdom (figur 39). Många kombinationer förekommer hos en så stor andel av befolkningen att de kan betraktas som folksjukdomar. Se avsnitt 4.1. för en detaljerad beskrivning av förekomsten av olika kombinationer av diagnoser.

**Figur 39.** Andel personer i befolkningen med viss sjukdom som endast har denna sjukdom, samt förekomst av multisjuklighet för de med metabola sjukdomar.



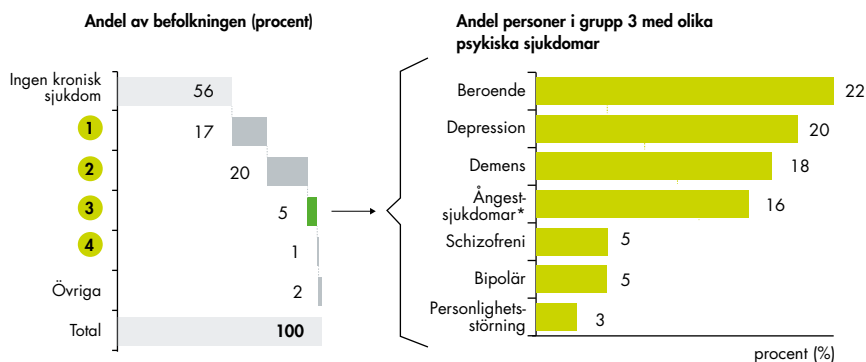
Not: Det högra diagrammet visar kombinationer av sjukdomar i hela befolkningen och inte enbart inom grupp 2.

Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

### 9.2.3 Grupp 3 – både psykisk och somatisk ohälsa

Var tjugonde person i Sverige har kronisk psykisk ohälsa (inklusive demens och beroende) och samtidigt minst en kronisk somatisk sjukdom. De vanligaste psykiatriska diagnoserna bland dessa personer är beroende, depression, demens och ångest (figur 40).

**Figur 40.** Vanliga psykiatriska diagnoser hos personer med somatiskt och psykisk kronisk sjukdom/ohälsa.



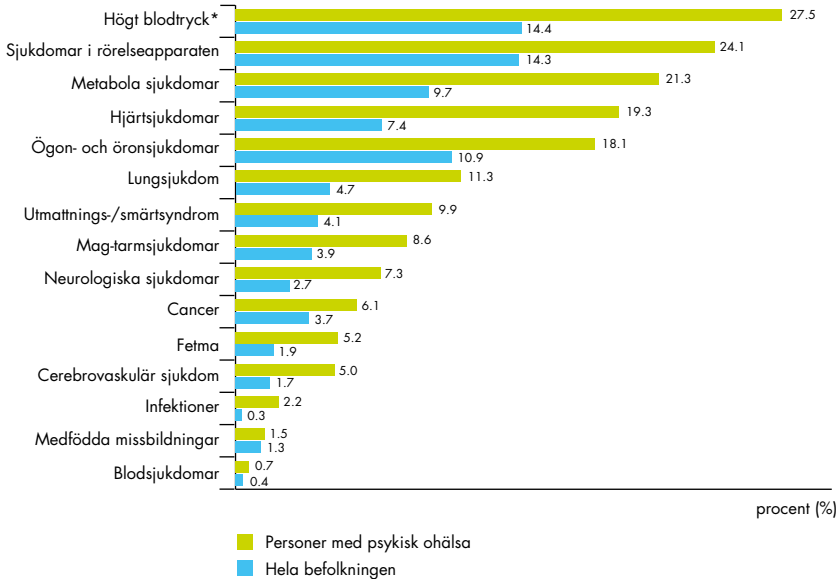
\*Förekomsten av ångestsjukdomar är sannolikt något underskattad då endast huvuddiagnoser analyserats för dessa sjukdomar

Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

En kraftig översjuklighet i somatiska, kroniska sjukdomar ses bland personer med psykisk ohälsa. Figuren nedan visar förekomsten av somatisk sjukdom bland dem med psykisk ohälsa (oavsett om de har somatisk sjukdom eller inte) jämfört med förekomsten av samma sjukdomar i befolkningen i stort (figur41).



**Figur 41.** Andel personer med somatiska, kroniska sjukdomar i grupperna med psykisk ohälsa respektive hela befolkningen, procent.



\* Inkluderar förutom hög blodtryck även övriga kärlsjukdomar, exklusive kranskärl och hjärnans kärl; högt blodtryck utgör den övervägande delen av patienter i sjukdomsgruppen "Hög blodtryck"

Källa: Vårdkonsumtionsdata från ett landsting, år 2011

### 9.2.4 Grupp 4 – både somatisk sjukdom och njursvikt

Denna grupp är den minsta av de fyra som beskrivs. Personer med diagnostiserad njursvikt och samtidig ytterligare somatisk sjukdom utgör 0,6 procent av befolkningen. I princip samtliga som diagnostiseras med njursvikt har ytterligare en somatisk kronisk sjukdom.

De vanligaste somatiska, kroniska diagnoserna som förekommer tillsammans med diagnostiserad njursvikt är högt blodtryck (79 procent), hjärtsjukdomar (63 procent), metabola sjukdomar (48 procent) samt ögon-/öronsjukdomar (47 procent).

Nedsatt njurfunktion är sannolikt underdiagnostiserat, och sannolikt är det en betydligt större grupp som har nedsatt njurfunktion som påverkar läkemedelsbehandling, och samtidigt annan kronisk sjukdom.







## Vården av kronisk sjukdom måste bli mer patientcentrerad

*Det finns en stor förbättringspotential i vården av kronisk sjukdom att, i enlighet med lagstiftningen, öka patientcentreringen. Sjukvården utgår fortfarande ofta ifrån organisatoriska indelningar istället för patientens behov vilket försvårar möjligheten till helhetsansvar. Ett stort ansvar läggs på patienten (eller närstående) att samordna sin egen vård.*

*Sjukvården använder inte de verktyg som står till buds för att öka patientens möjligheter att påverka sin egen sjukdom; vården lyckas inte i tillräcklig utsträckning säkerställa att patienten får individanpassad information kring sin sjukdom och behandling vid rätt tillfälle, och lägger för lite fokus vid att aktivera patienten kring sin egen sjukdom.*

*Sjukvården av kronisk sjukdom är inte heller tillräckligt proaktiv, varken vad gäller att förebygga följsjukdomar eller att förebygga försämring och behov av akutvård. Sjukvården begränsar sig för ofta till att reagera på föreliggande behov istället för att förutsäga och undvika exempelvis undvikbara komplikationer.*

*Sjukvårdens nuvarande fokus på enskilda diagnoser i arbetet med kunskapsgenerering ökar risken att multisjukas behov kommer i skymundan. Förbättringsmöjligheter finns vad gäller utveckling och utformning av riktlinjer; nationella riktlinjer saknas idag för flera vanliga kroniska sjukdomar och för behandling av kombinationer av sjukdomar. I tillägg används den stora potential som finns i Sveriges unika kvalitetsregister inte fullt ut för kvalitetsuppföljning. En utmaning är att utveckla indikatorer för uppföljning av multisjuklighet.*



Vårdanalys (2012) har i tidigare studier uppmärksammat betydelsen av att hälso- och sjukvården utformas efter dem de ska tjäna – det vill säga patienten. I den rapporten drogs slutsatsen att en patientcentrerad vård ger resultat i form av bättre hälsa och nöjdare patienter. Att göra vården mer patientcentrerad kan också ge besparingar inte bara i sjukvården och den kommunala omsorgen, utan också för samhället i stort genom att längre sjukskrivningsperioder kan begränsas.

Patientcentrering innebär både att patienten har stor möjlighet att vara delaktig och aktiv i sin egen vård, och att vården utgår från individens hela situation och behov (holistiskt synsätt) istället för att utgå ifrån endast diagnoser eller baseras på organisatoriska avgränsningar med brisande samordning och kontinuitet som följd.

I denna studie har tre särskilt utsatta grupper med kronisk sjukdom identifierats: multisjuka, personer med samtidig somatisk och psykisk ohälsa och personer med njursvikt tillsammans med annan somatisk sjukdom. Insikterna från expertintervjuer och fokusgrupper visar att utmaningen för dessa grupper är att samordna vården, att få patienten delaktig i behandlingen, att tidigt upptäcka behov och att anpassa behandling efter att patienten har flera sjukdomar - aspekter som alla är viktiga ur ett patientperspektiv. Det är dessutom en skyldighet för vården enligt 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att stå för en samordning av olika insatser på ett ändamålsenligt sätt. Det är också en skyldighet att tillgodose patientens behov av kontinuitet, säkerhet och att vården utformas och genomförs i samråd med patienten och att patienten informeras. Samtidigt visar resultaten från vår kvantitativa kartläggning att dessa grupper utifrån deras mönster av vårdkontakter, och de vårdkostnader som dessa kontakter genererar, sannolikt har sämre hälsa jämfört med personer med kronisk sjukdom utan multisjuklighet.

I intervjuerna har olika egenskaper i vården av kronisk sjukdom lyfts fram som antingen hindrar eller i ännu högre grad än idag skulle kunna bidra till att underlätta utvecklingen mot en mer patientcentrerad vård för personer med kronisk sjukdom och sämre hälsa. Baserat på dessa insikter och kartläggningen i övrigt, har vi identifierat ett antal områden med tydliga förbättringsmöjligheter för att stärka patientcentreringen i vården av kroniska sjukdomar. Analysen utgår från de kriterier som Vårdanalys tidigare presenterat är angelägna för att uppnå en patientcentrerad vård – ”patienter som medaktör”, ”samordning och kontinuitet” och ”helhetsperspektivet”. Samtliga dessa kriterier är grundade i gällande lagstiftning. Beskrivningarna ska ses som exempel på angelägna områden för att stärka patientcentreringen i vården för personer med kronisk sjukdom snarare än en gen heltäckande bild.

Att öka patientcenteringen kan också ske genom ökade möjligheter till egenvård och eget ansvar - inte minst för dem med kronisk sjukdom med livslånga behandlingar. Detta kan ske på många sätt. Inom till exempel diabetesvården tar patienten ett stort ansvar för sin egen behandling genom de självtester av blodsocker som sker. Med rätt strukturer, incitament och professionellt stöd vittnar framtidsspaningar mot att mer av sjukvården skulle kunna decentraliseras till den enskildes ansvar och på så stärka hans/hennes delaktighet i vård och behandling (Regeringskansliet 2012). Dessa möjliga och viktiga förbättringsområden har inte varit utgångspunkt i intervjuer med experter och vårdgivare och tas därför inte upp här.

## 10.1 VÅRDEN MÅSTE SE PERSONER MED KRONISK SJUKDOM SOM MEDAKTÖRER

Vård och behandling ska enligt 2 a § hälso- och sjukvårdslagen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens delaktighet är viktig i hela sjukvården, och är kanske särskilt viktig vad gäller kronisk sjukdom där delaktighet innebär större möjligheter att förebygga försämring. Att aktivera patienten runt sin sjukdom och stödja patienten i att kunna hantera sin egen situation är ofta centralt vid kronisk sjukdom. Detta kan handla om att motivera och stödja patienten att förbättra sin egenvårdsförmåga och fullfölja ordinerad behandling.

*”Det är patienten som har störst intresse för och överblick över sin egen situation”*

Tjänsteman på SKL

### *Vårdgivarens roll*

Vårdgivarna har en viktig roll i att säkerställa att skyldigheten enligt hälso- och sjukvårdslagen följs och att en ökad patientcentrerad verksamhet främjas. Det handlar här både om att systematiskt involvera patienter i att designa vårdens processer liksom att ge patienter möjligheter att vara delaktiga i sin egen vård i den mån de kan och vill. Viktiga delar i detta är till exempel att information enligt 2 b hälso- och sjukvårdslagen och utbildning ges, både om praktiska aspekter av till exempel läkemedelsbehandling och om sjukdomen i sig. Patientcenteringen handlar i viss mån om att stötta patienten i hennes resa genom vården och se till att den blir så bra och effektiv som möjligt. I och



med att allt fler patienter har en eller fler kroniska sjukdomar blir vårdgivarens roll mer komplex och sträcker sig långt över den egna enhetens gränser. Detta gör att det finns behov av att skapa verktyg för koordinering av vården på ett sätt som tydliggör för patienter och närstående vem som gör vad. Det krävs även att vårdgivarna, oavsett huvudman, skapar effektiva roller och befogenheter för den som är ansvarig för att koordinera vård och omsorg.

*Praktisk information;* Lättillgänglig information till patienten kring till exempel uppföljning eller läkemedelsbehandling kan tyckas självklar, men verkar ofta brista. Till exempel beskriver intervjuade personer hur läkemedelslistor som inte tillräckligt tydligt anger vilket läkemedel som tas för vilken indikation kan försvåra för patienten att själv styra sin medicinering, och hur bristande information kring bokning av återbesök kan leda till att viktig uppföljning inte görs.

*"Istället för att ställa frågan 'what is the matter with you?' (vad är det för fel med dig) bör vården ställa frågan 'what matters to you and your family?' (vad är viktigt för dig och din familj)."*

**Presentatör Maureen Bisognano, President and CEO,  
Institute for Healthcare Improvement (IHI), vid 25th Annual  
National Forum on Quality Improvement in Health Care**

Information anpassas idag inte tillräckligt till den individuella patientens kunskap, förmåga och motivation på det sätt 2 b hälso- och sjukvårdslagen kräver. Givaren säkerställer inte heller alltid att patienten tagit till sig viktig information.

#### **Exempel**

Aina, 80 år, har hjärtsvikt. På hennes läkemedelslista står "Furix, 2 vid behov", inte "2 Furix, vätskedrivande, tas vid viktuppgång mot försämrad hjärtsvikt och vätskeansamling". Aina har inte heller någon skriven plan för vid vilka typer av symtom hon bör uppsöka vård och när det går bra att avvakta ("krisplan").

*Utbildning kring sjukdomen;* Förtrogenhet med sin egen sjukdom och en aktiv roll i hanteringen av sjukdomen är viktigt. Patienten behöver förstå vilka livsstilsförändringar som är nödvändiga, vara motiverad att genomföra dessa, samt ha en förståelse för hur olika symtom ska tolkas och hur man ska agera



i olika situationer, till exempel när och hur man bör söka vård och i vilka situationer man kan avvakta. Otillräcklig förståelse för symtom kan minska chansen att patienten söker vård innan ett tillstånd försämrats (till exempel vid viktuppgång som ett tecken på försämrad hjärtsvikt), eller leda till att patienten söker vård i onödan.

Idag gör sjukvården inte tillräckligt för att hjälpa patienten att bli expert på sin egen hälsa (och sjukdom). I flera intervjuer med vårdgivare beskrivs att patienter inte alltid känner till vilken diagnos de har, särskilt patienter som ofta besöker akutmottagningar. Flera intervjuade personer beskriver brister vad gäller patientutbildning, både den utbildning som bör genomföras i det ordinarie mötet med vårdgivaren och mer organiserad patientutbildning i form av till exempel KOL-skola eller patientutbildning vid diabetes (SBU 2009, Lindh A m.fl. 2011).

Även så kallade teach back-modeller, som syftar till att säkerställa att patienterna verkligen tagit till sig informationen och därmed öka sannolikheten att kunskapen tillämpas, används i för liten utsträckning. Många vårdgivare upplever att det inte finns tid till att utbilda och informera patienten, trots att det är en lagstadgad skyldighet, och trots att man egentligen tjänar in den tiden längre fram i form av minskade akutbesök. Ytterligare en form av patientutbildning sker på patientens initiativ genom sökande efter information i till exempel olika nätforum och patientnätverk som till exempel PatientsLikeMe ([www.patientslikeme.com](http://www.patientslikeme.com)). Sjukvården kan mer än vad som görs idag bejaka denna typ av kunskapssökande.

### **”Patient activation” – ett begrepp och aktivitet som uppmärksammas internationellt**

Patientaktivering har blivit ett allt viktigare område inom hälso- och sjukvården. Detta område är kopplat till patientens kunskap kring sin sjukdom men innehåller flera andra komponenter. Man kan till exempel beskriva patientaktivering som en utvecklingsprocess där patienten på en inledande nivå börjar finna sin ”roll” som patient, men inte förstår att hon måste spela en aktiv roll i sin egen hälsosituation. Patienter på denna nivå är vanligtvis fortfarande passiva mottagare av sjukvård. En andra nivå är att börja bygga kunskap och självförtroende. Patienter på denna nivå fortfarande sakna grundläggande fakta kring hälsa och sjukdom eller inte koppla ihop denna kunskap med en förståelse för sin egen hälsa eller behandling. På en tredje nivå förstår patienten nyckelfakta och börjar agera, men saknar självförtroende eller förmåga att förändra sina beteenden. På en fjärde nivå har patienten anpassat sina beteenden men är inte förmögen att bibehålla dem vid hög stress eller i krissituationer. Patientaktiveringen fortsätter sedan på fler nivåer där patienten blir allt mer förmögen att hantera sin egen hälsosituation.

Källa: Hibbard m.fl. 2004



### *Nationella aktörers roll*

Nationella aktörer använder idag inte fullt ut sina möjligheter att främja patientens delaktighet vid kronisk sjukdom.

Ett exempel på åtgärder på nationell nivå för att främja en ökad patientdelaktighet är utveckling av fler officiella behandlingsriktlinjer innehållande en del som riktades till patienter. Socialstyrelsen har ansvar för att bidra med kunskapsstöd genom de nationella riktlinjer de presenterar inom olika sjukvårdsområden. Dessa nationella riktlinjer ger beslutsfattare och yrkesverksamma rekommendationer om prioriteringar inom ett visst område, till exempel vården av en kronisk sjukdom. I dag finns patientversioner av riktlinjerna för flera sjukdomsområden (till exempel stroke, demens och sjukdomsförebyggande metoder) men saknas för några sjukdomar. Riktlinjer kan erbjuda ett komplement till andra källor till information kring behandling, och kan öka patientens möjlighet att sätta sig in i och förstå olika behandlingsalternativ, och därmed bidra till en ökad samsyn och förståelse mellan patient och vårdgivare. Vikten av att använda nationella riktlinjer för att främja en patientcentrerad och effektiv vård lyftes också i Riksrevisionens rapport (2013) om mer patientperspektiv i vården.

## **10.2 VÅRDEN MÅSTE SAMORDNAS UTIFRÅN MULTISJUKLIGHET**

Många med kronisk sjukdom har ett flertal vårdkontakter, och kontakter med flera andra aktörer än sjukvården. Detta ställer stora krav på den samordning av insatser som ska ske enligt 2 a § hälso- och sjukvårdslagen och att den sker med patienten i fokus snarare än utifrån organisatoriska indelningar. Sjukvården bör utgå från hela patienten och dennes samlade problematik, för att undvika en situation där patienten i onödan ”slussas runt” mellan olika enheter.

### *Vårdgivarens roll*

Vårdgivarna har en central roll i att säkerställa samordning mellan olika omsorgsinsatser från kommunen. Många personer med kronisk sjukdom har flera olika vårdkontakter, och kontakter med aktörer utanför vården i form av exempelvis omsorgsinsatser från kommunen. Vårdgivare måste tillsammans säkerställa att ett helhetsansvar tas för patientens situation och att samordning sker mellan olika vårdgivare, och med andra inblandade aktörer som till exempel kommunal omsorg eller Försäkringskassan. Detta måste göras med personens hela situation och behov som utgångspunkt, inte endast utifrån personens diagnoser, eller till och med en av den enskildes flera diagnoser. Enligt intervjuerna verkar det vara relativt vanligt att samord-

ningen inte fungera optimalt och att helhetsansvaret brister; personer med kronisk sjukdom upplever att de ”slussas runt” mellan olika enheter, eller glöms bort mellan vårdkontakter. Denna bristande samordning ställer höga krav på personens egen, eller närståendes, förmåga att koordinera och samordna, och missgynnar svaga grupper. Brister i samordning lyfts i flera beskrivningar av svensk sjukvård, och har beskrivits av bland andra Socialstyrelsen som ett viktigt utvecklingsområde för sjukvården (Nolte m.fl. 2008, Socialstyrelsen 2009a).

*”Vid komplexa vårdbehov är diagnoser ointressanta; fokus måste vara på att hjälpa hela människan, med målet att få ett bättre liv”*

**Tjänsteman på SKL**

Möjligheter till bättre samordning och ökat helhetsansvar ses mellan olika typer av vårdgivare och aktörer:

*Inom samma verksamhet eller mottagning; Läkarkontinuitet, i betydelsen att ha en fast läkarkontakt som man som patient träffar upprepade gånger, har länge diskuterats i svensk sjukvård, framför allt vad gäller primärvård (Wedin 2013, Sveriges Läkarförbund 2013). Bristande läkarkontinuitet beskrivs negativt påverka omhändertagandet av framför allt personer med kronisk sjukdom. Att träffa olika läkare vid en vårdcentral behöver inte nödvändigtvis vara ett problem, men det kan vara det om det inverkar negativt på patientens förtroende eller om det gör att viktiga beslut om till exempel behandling skjuts upp. En bristande läkarkontinuitet beskrivs i flera av de intervjuer som gjorts inom ramen för denna kartläggning skapa otrygghet hos många patienter med kronisk sjukdom, och därmed leda till sämre resultat och ökad risk för försämring och behov av akutvård. Läkarkontinuitet verkar vara viktigare för personer med kronisk sjukdom; en större andel i denna grupp anger möjligheten att träffa samma läkare som ett viktigt kriterium vid*

*”På många vårdcentraler får patienter endast ta upp ett problem i taget, även vid planerade besök. Om en äldre person har diabetes, högt blodtryck och begynnande demens så måste hon boka tre besök.”*

**Sjuksköterska**



valet av vårdcentral än bland personer utan kronisk sjukdom (Myndigheten för vårdanalys 2014).

En fast läkarkontakt verkar också vara ovanligare i Sverige än i flera andra länder; en tredjedel av svenska patienter med kronisk sjukdom säger sig sakna fast läkarkontakt i primärvård jämfört med endast tio till tjugoprocent i andra deltagande europeiska länder (jämför avsnitt 8.3). Att inte ha en fast läkarkontakt kan i viss mån kompenseras av tydliga vårdprogram, som minskar personberoendet och gör det mer sannolikt att rätt behandling kan ges även om olika läkare involveras vid olika besök. I intervjuer med vårdgivare betonas att "kontinuerlig" vård inte behöver vara det samma som att träffa en och samma läkare; stabila rutiner för att hålla en regelbunden kontakt med patienter med kronisk sjukdom, även när de själva inte söker vård, kan vara ett sätt att skapa en annan sorts kontinuitet. Även detta ter sig dock idag som ett bristområde, och det är till exempel vanligt att det saknas rutiner för kallelse av patienter med diabetes till regelbundna kontroller.

*Mellan primär- och specialistvård;* En stor andel av patienter med kronisk sjukdom har vårdkontakter i både primär- och specialistvård under ett år (cirka två tredjedelar i denna kartläggning), och samordning mellan dessa är därför av högsta vikt. En stor andel av personer med kronisk sjukdom har upplevt att samordningen inte fungerar optimalt; 40 procent har upplevt att deras primärvårdsläkare inte känt till vilken behandling som getts i specialistvården (jämför avsnitt 8.3).

I intervjuer beskrivs också att ansvarsfördelningen mellan primär- och specialistvård ofta kan vara otydlig, särskilt när det gäller patienter med flera komplexa diagnoser. Flera intervjuade personer beskriver situationer där specialistvården ser patienten som primärvårdens ansvar eftersom den har flera samtidiga sjukdomar, medan primärvården inte känner sig kunna hantera de komplexa sjukdomarna fullt ut. I denna situation riskerar patienten att hamna mellan två stolar.

*"De här patienterna [med flera sjukdomar] har ingenstans att vända sig; de tas inte emot på specialistmottagningarna och vårdcentralen säger åt dem att åka in akut"*

**Sjuksköterska**

### Exempel

Stig, 80 år, har skrivits ut från slutenvården med nyinsatta läkemedel mot hjärtflimmer, och mår några dagar efter hemkomsten sämre. Stig ringer hjärtkliniken på sjukhuset och får erbjudande om en tid om ett par månader; vill han ha snabbare hjälp får han vända sig till primärvården. Vårdcentralen anser sig inte kunna handlägga de nyinsatta läkemedlen och hänvisar tillbaka till specialistvården. Stig åker till slut till akutmottagningen, och skrivs in.

*Mellan specialistvårdsenheter;* Det är vanligt att ha flera olika kroniska sjukdomar, och många patienter behöver specialistvård vid fler än en klinik (cirka en tredjedel av personerna med kronisk sjukdom har under ett år varit på två eller fler specialistkliniker, och en tiondel har varit på tre eller fler). Samordning mellan specialistkliniker är därför också viktig, och beskrivs brista. Patientföreningar beskriver det som särskilt utmanande när åtgärder hos olika specialistkliniker är beroende av varandra; behandling kan fördröjas på grund av väntetid till båda klinikerna, och det beskrivs inte vara ovanligt att remisser mellan kliniker kommer bort. Det beskrivs också vara frustrerande för patienter att ingen tar ett helhetsansvar för deras problematik, utan att de måste vända sig till flera olika specialistkliniker.

*Inskrivning på sjukhus;* En särskild aspekt av samordning är akuta inskrivningar vid försämring av kända tillstånd. Inskrivningar måste ofta gå via akuten, något patienter kan uppleva som besvärligt och som att ingen tar helhetsansvar för deras problem. Cancer nämns ibland, där patienter beskriver en frustration över att behöva åka till akuten med förväntade biverkningar av behandling, istället för att kunna vända sig direkt till onkologkliniken (Ahrnell 2013). Vissa exempel finns på direktinskrivning utan att passera akuten för utvalda tillstånd, till exempel för äldre och personer med höftledsfraktur (Boklund 2012).

*Mellan sjukvård och omsorg;* Stora möjligheter till bättre samordning ses också mellan landstingsdriven sjukvård och kommunala omsorgsinsatser. Ett exempel på bristande informationsöverföring och samordning är att information kring medicinska aspekter inte alltid verkar nå kommunal omsorg. En osäkerhet finns också om möjligheten att utbyta information mellan aktörerna, vilket ses över i en pågående utredning (S 2011:13).

Generellt beskrivs att samordning idag till stor del är personberoende och att tydliga rutiner saknas; hur samordningen fungerar beror på vilken läkare eller sjuksköterska patienten träffar.



### *Huvudmannens roll*

Huvudmannen, landstingen, fastställer ramarna för och utformningen av sjukvården, oavsett om sjukvården utförs av landstingsdrivna vårdgivare eller vårdgivare i privat regi. Detta görs på flera olika sätt, bland annat genom det sätt på vilket vårdens olika delar organiseras, de krav som ställs på vårdgivare, de resurser som ges, de incitament som skapas genom ersättnings-system, och det fokus som olika frågor ges i till exempel kontinuerlig dialog om kvaliteten i vården. Flera av dessa kvalitetsområden används idag inte fullt ut för att främja personcentrering. Nedan beskrivs några exempel:

*Krav på samordning;* Huvudmannens krav på samordning upplevs idag som för svag eller ottydliga för att få genomslag i den kliniska vardagen, och tydligare krav på, och uppföljning av, samordning mellan vårdgivare efterfrågas för att minska personbundenheten.

*”Samordning mellan vårdgivare är idag alltför personbunden. Huvudmannen måste ställa tydligare krav på samordning, och använda både morot och piska, för att det ska fungera bättre”*

**Distriktsläkare och forskare**

*Krav på journalsystem;* Icke-kompatibla journalsystem i primär- och specialistvård kan idag försvåra kommunikation och samordning mellan olika vårdgivare.

*Översyn av sjukvårdsorganisation;* Huvudmannen äger delvis frågan om sjukvårdens organisering och indelning i till exempel kliniker och mottagningar. Idag utgår vårdens organisering till stor del ifrån en traditionell indelning i olika kliniker, men exempel finns på centrumbildningar som på nya sätt förenar olika specialiteter runt patientens behov; bröstcentrum vid Södersjukhuset samlar till exempel cytologisk/patologisk, kirurgisk och onkologisk kompetens på ett ställe för att kunna erbjuda patienten ett samlat omhändertagande (Södersjukhuset 2013). Här rör det sig dock fortfarande om en diagnos, även om flera olika specialiteter behöver vara inblandade. Geriatriska kliniker är ett annat exempel på att ta patientens samlade behov som utgångspunkt för vårdens organisering.

Till stor del organiseras vården fortfarande efter organsystem. Den relativt stora andelen patienter som besökt flera olika specialistvårdskliniker väcker

frågan om kombinerade mottagningar eller centrubildningar borde förekomma i större utsträckning. Till exempel visar denna kartläggning att cirka 40 procent av personer med hjärtsjukdom även har någon form av endokrin eller metabol sjukdom. Flera intervjuade experter nämner att det skulle vara fördelaktigt med en ökad tillgång till allmänmedicinsk (och kanske även annan somatisk) kompetens inom den psykiatriska vården, då en somatisk över sjuklighet ses hos patienter med psykisk ohälsa (i denna kartläggning har till exempel 10 procent av personer med psykisk ohälsa även hjärtsjukdom, 17 procent även någon endokrin sjukdom, och över 20 procent någon sjukdom i rörelseapparaten). På motsvarande sätt skulle det kunna tänkas vara fördelaktigt med en ökad tillgång till specialistkompetens inom vissa områden inom primärvården, antingen i form av läkare som fysiskt finns på plats eller genom ökade möjligheter till telefonkonsultationer för allmänläkare.

*“Tänk om det fanns kompetens kring flera olika sjukdomar på samma mottagning”*

**Sjuksköterska**

#### **Tjänsteutformning:**

Organisering av vårdens kompetenser för att möta patientens behov kan ses som ett exempel på tjänsteutformning ("service design") med utgångspunkt i patienten. Att i större utsträckning utforma vårdens tjänster utifrån patientens behov är ett bredare tema som i högsta grad speglar patientcentrering.

### *Nationella aktörers roll*

Nationella aktörer har inflytande över sjukvårdens kompetensförsörjning i vården genom kontroll över utbildning av olika personalkategorier.

Hög förekomst av multisjuklighet (och en ökad andel äldre) väcker frågor om vilken typ av kompetens som kommer att vara nödvändig framöver. Socialstyrelsen (2011) påpekar till exempel en brist på geriatrisk kompetens, både i form av begränsad kompetens inom området hos läkare generellt och i form av en brist på geriatriker, och betonar också brister i landstingens planering vad gäller kompetensförsörjning för allmänmedicinsk och psykiatrisk kompetens. Den höga förekomsten av multisjuklighet väcker frågan om huruvida det skulle vara relevant att se över specialitetsindelningarna, för att



främja bredare kompetens inom några av de vanligaste kombinationerna av sjukdomar. Till exempel visar denna kartläggning att en kombination av psykiatrisk och allmänmedicinsk kompetens, eller kompetens inom både hjärt-/kärlsjukdomar och diabetes, skulle kunna ge ökade förutsättningar till en patientcentrerad vård för många patienter. Dessa är vanliga kombinationer av sjukdomar där allmänläkarens kompetens ofta men inte alltid räcker till och där en kombination av specialiteter skulle kunna öka helhetsansvaret och kontinuiteten för patienten. Socialstyrelsen (2011) lyfter fler äldre med ökade vårdbehov (multisjuklighet) som en viktig utveckling att ta hänsyn till vid en översyn av läkarnas specialitetsindelning.

## 10.3 HELHETSANSVAR – EN UTMANING FÖR VÅRDEN AV KRONISK SJUKDOM

### 10.3.1 Vården är inte tillräckligt proaktiv

#### *Vårdgivarens roll*

Sjukvården är ofta reaktiv, och behöver ofta vara det; vid akuta händelser eller sjukdomar måste sjukvården, ofta snabbt, kunna reagera på ett adekvat sätt och ta hand om den aktuella situationen. Särskilt vid kronisk sjukdom måste sjukvården dock också kunna vara proaktiv; i tillägg till att reagera på existerande behov måste sjukvården, baserat på en helhetsbedömning av tillgänglig information, kunna förutsäga och förebygga framtida vårdbehov.

En proaktiv förhållningsätt är i högsta grad relevant vid prevention och folkhälsoarbete, där sjukvården ibland aktivt söker upp personer i någon riskgrupp för att erbjuda dem förebyggande åtgärder. Exempel på strukturerade proaktiva insatser är mammografiscreening som erbjuds kvinnor över en viss ålder, cellprovtagning från livmoderhalsen, och influensavaccinering riktad mot äldre och andra riskgrupper. Vid annan prevention, till exempel livsstilsåtgärder vid fetma eller rökning, finns inte samma inbyggda automatik utan det är i större grad upp till den enskilde läkaren eller sjuksköterskan att vara proaktiv och erbjuda insatser. Proaktiva åtgärder är inte bara viktigt vid klassisk prevention, utan också för att förhindra försämring av kronisk sjukdom eller uppkomst av följsjukdomar.

*”Idag är det för mycket fokus på att släcka bränder”*

**Sjuksköterska**



Att vården är proaktiv innebär i detta sammanhang att inte bara reagera på existerande behov utan att baserat på all tillgänglig information aktivt förutspå och förebygga behov. Tydliga förbättringsmöjligheter ses vad gäller proaktivitet förhållningssätt i hanteringen av vårdkontakter och vid läkemedelsbehandling:

*Vårdkontakter;* Proaktiva vårdkontakter, besök eller telefonkontakter som initieras av patientens läkare eller sjuksköterska, kan bidra till att skapa trygghet. Detta gäller inte alla patientgrupper och alla situationer; många personer med kronisk sjukdom har full kontroll över sin sjukdom och sina vårdkontakter och vill och kan själva avgöra när de behöver kontakt med sjukvården. För stora grupper är dock en kontakt initierad av vården, till exempel i form av kallelser till besök eller uppföljande telefonsamtal, något som beskrivs kunna bidra till tidig identifiering av problem och en bättre sjukdomskontroll. Flera intervjuade vårdgivare lyfter fram just uppföljande telefonsamtal efter till exempel läkemedelsjusteringar som något värdefullt och som alltför sällan används idag.

*”Uppföljande telefonsamtal för att kontrollera att en ny behandling fungerar bra kan förhindra många akutinskrivningar, men används alltför sällan”*

**Sjuksköterska**

Både patientföreningar och vårdgivare efterfrågar en ökad kontakt mellan besök för att minska oro, i form av till exempel telefonkontakt eller med hjälp av digitala lösningar. En viktig situation är uppföljning efter utskrivning från slutenvård. I intervjuerna ses ofta ett glapp, där ett stort ansvar läggs på patienten att själv ordna med uppföljning i primärvård istället för att bli kallad. Detta lyfts som en viktig delkomponent i den höga frekvens återinskrivningar som ses. Det ses ofta inte som vårdens uppgift att ”ha koll på” patienterna mellan besök.

*”En känsla av tillgänglighet, att man vet att man får hjälp om man behöver det, skapar trygghet för dem med kronisk sjukdom och kan minska ’onödiga’ besök och faktiskt minska söktrycket”*

**Sjuksköterska**



Även kallelser till kontroll och uppföljning används idag i alltför liten utsträckning. Till exempel visar en undersökning av diabetesvården att kallelser till kontroller används vid långt ifrån alla vårdcentraler (SKL 2013a). Om proaktiva vårdkontakter innebär att vården söker upp patienten kan dålig tillgänglighet till vård sägas utgöra motsatsen. Goda möjligheter att snabbt få tillgång till vård vid försämring ger möjligheter att få hjälp redan innan tillståndet förvärrats och vårdbehovet är akut, och skapar en trygghet som i sig kan förebygga behovet av vård. Flera intervjuade vårdgivare beskriver en utmanande situation vad gäller tillgänglighet för personer med kronisk sjukdom både i primär- och specialistvården. Om ersättningssystem i primärvården lett till undanträngningseffekter för personer med kronisk sjukdom är osäkert (Socialstyrelsen 2013c): oavsett orsak är det dock tydligt att många av de intervjuade upplever att återbesök och telefonkontakt med dem med kronisk sjukdom inte prioriteras tillräckligt.

**Exempel:**

En primärvårdsläkare misstänker att Anna, 78 år, kan komma att få biverkningar av ett nyinsatt viktigt läkemedel och ringer upp henne för att följa upp hur det går. Det framkommer att hon har slutat att ta läkemedlet på grund av biverkningar. Läkaren kan därigenom skriva ut ett alternativt läkemedel, och förhindra en potentiell försämring som skulle ha kunnat leda till en akut inskrivning.

*Läkemedelsbehandling:* Även vad gäller läkemedelsbehandling är proaktivt arbete relevant, särskilt vid kroniska sjukdomar där sekundärprevention av långtidskomplikationer är viktigt, men också vad gäller förebyggande på kort sikt av till exempel försämring vid KOL och hjärtsvikt. Vid förebyggande av långtidskomplikationer kan ett proaktivt arbete till exempel innebära att sjukvården ligger steget före med justering av läkemedelsbehandling vid diabetes, och inte accepterar dåliga blodsockervärden. Här finns stort utrymme för förbättringar. I intervjuer beskrivs till exempel att det förekommer att man avvaktar med läkemedelsjustering eller -byte vid dåliga labvärden vid besök hos annan än patientens ordinarie läkare. Proaktivt arbete vid behandling av riskfaktorer förutsätter ett synsätt där risk för långtidskomplikationer ges stort fokus och vården följs och ageras på.

**Exempel:**

Ingrid, 79, har KOL och står på blodförtunnande läkemedel. Vid rutinmässig blodprovstagning på vårdcentralen för att övervaka den blodförtunnande behandlingen berättar Ingrid att hon har fått svårare att andas och undrar om hon kan få träffa en läkare eller sjuksköterska. Hon uppmanas istället att boka ett besök några dagar senare. Vårdcentralen missar därmed chansen att upptäcka och behandla vad som visade sig vara första tecknen på en försämring av hennes KOL, och Ingrid hamnar två dagar senare på akutmottagningen och blir inskriven.

### *Huvudmannens roll*

Huvudmannen skapar ramarna och förutsättningarna för vårdgivarna, och har också möjligheter att kräva, uppmuntra, och belöna proaktiva insatser. Vilka krav som ställs på vårdgivarna, och hur ersättningssystemen är formulerade, kommer att påverka graden av proaktivitet förhållningssätt, liksom hur resurser fördelas mellan olika typer av vårdinsatser. Idag används möjligheterna att styra mot proaktiva insatser i liten utsträckning.

*Krav på proaktiva insatser:* Idag ställs sällan krav på proaktiva kallelser från primärvården vid till exempel diabetes (SKL 2013a).

*Ersättningsmodeller som främjar proaktiva åtgärder;* Ersättningsmodeller inom primärvård beskrivs inte premiera återbesök eller telefonkontakter, två kontaktformer som är viktiga för personer med kronisk sjukdom, och hävdas ibland leda till undanträngningseffekter där patienter med kronisk sjukdom prioriteras ned. Socialstyrelsen (2013c) beskriver i en uppföljning från 2012 att det finns indikationer på att undanträngningseffekter ses för vissa grupper men inte för andra. Eventuella undanträngningseffekter och deras effekt på personer med kronisk sjukdom, och effekter av olika typer av incitament för primärvården att förebygga akutvård, bör studeras vidare. En annan utmaning är att skapa ersättningssystem som också kan ta hänsyn till, och skapa incitament för, ett proaktivt agerande för kroniskt multisjuka.

*Fördelning av resurser mellan olika typer av vård;* Ett mål med ett proaktivt förhållningssätt är förebyggande av slutenvårdsbehov genom insatser i primärvården (och den öppna specialistvården). Sådan förebyggande behandling, med ett särskilt fokus på de patienter där risken för akut försämring är som störst, kan spara mycket lidande och kostnader.

Enligt denna kartläggning görs var tionde läkarbesök för personer med kronisk sjukdom idag på akutmottagning, medan drygt hälften görs i



primärvård. Personer med kronisk sjukdom kan förstås också vara akut sjuka, antingen i andra sjukdomar eller i akuta följder av deras kroniska sjukdom, och många akutbesök är sannolikt inte möjliga att undvika eller förebygga. Vi frågar oss dock om en annan fördelning av akutbesök och primärvårdsbesök skulle vara möjlig. Är det möjligt att minska antalet akutbesök (och akuta inskrivningar) genom ett ännu mer proaktivt omhändertagande i primärvård och öppen specialistvård? I vilken utsträckning kan huvudmannen möjliggöra detta genom att investera i en förstärkt primärvård?

### **10.3.2 Vårdens kunskapsstöd är inte tillräckligt anpassade för multi-sjuklighet**

Att utveckla kunskapsstöd är särskilt utmanande vad gäller behandling av patienter med flera kroniska sjukdomar. Kunskap, riktlinjer och beslutsstöd för läkemedelsbehandling vid flera samtidiga sjukdomar eller samtidig behandling med flera läkemedel är särskilt viktigt för denna patientgrupp, där det i intervjuerna beskrivs vara relativt vanligt förekommande att läkemedelsinteraktioner orsakar till exempel ökad fallbenägenhet och/eller ökad blödningsrisk. Ökad kunskapsbaserad sjukvård kräver både ökad kunskap (genom till exempel svensk och internationell forskning och uppföljning genom kvalitetsregister) och ökad användning av den kunskap som redan finns genom bland annat ökad uppföljning och återkoppling. Förbättringsmöjligheter ses inom båda dessa områden.

#### *Vårdgivarens roll*

Vårdgivarna, både enskilda läkare och sjuksköterskor och vårdgivarorganisationer, har en viktig roll i att säkerställa att ny kunskap får genomslag i klinisk praxis och kommer patienterna till godo. Sjukvården ska anpassas efter varje patients unika situation och behov, och ska också baseras på bästa tillgängliga kunskap.

Följsamheten till existerande nationella riktlinjer är inte fullständig, och varierar mellan olika vårdgivare. Till exempel ses stora skillnader mellan olika sjukhus i andelen patienter som får behandling med blodfettssänkande läkemedel efter stroke, något som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (SKL 2012). Ökad följsamhet till vårdprogram lyfts också av Socialstyrelsen (2009a) som ett förbättringsområde för svensk sjukvård. I intervjuer med patientföreningar och vårdgivare framkommer också att det är relativt vanligt att behandlingsriktlinjer inte följs, och att behandling ofta upplevs variera mellan olika läkare. Flera möjliga orsaker kan tänkas till bristande följsamhet till riktlinjer:

*Riktlinjers tillgänglighet;* Avsaknad av lättillgängliga lokala PM, eller landstingsspecifika vårdprogram, beskrivs som en orsak till att riktlinjer inte används i det dagliga arbetet.

*Uppföljning och återkoppling;* Bristande fokus på riktlinjer från vårdcentrals- eller klinikledning, och avsaknad av uppföljning och återkoppling av patientutfall på kliniken, beskrivs som ytterligare en bidragande orsak till bristande följsamhet. Till exempel beskrivs i en kartläggning av diabetessjukvården att många primärvårdsenheter inte utnyttjar den möjlighet som finns till uppföljning av enhetens egna utfall genom det nationella diabetesregistret (SKL 2013a).

Vårdgivarna har också en viktig roll i utvecklingen av ny kunskap, dels genom deltagande i forskningsstudier, dels genom inrapportering till kvalitetsregister. Nuvarande evidens är begränsad för kunskapsbaserad vård för multisjuka, vilket kan förklaras av att de vetenskapliga studier som ligger till grund för kunskapsstödet kontrollerar för multisjuklighet. Flera kvalitetsregister har sett en positiv utveckling de senaste åren, men mot bakgrund av denna kartläggning behöver registren utvecklas för att möjliggöra kvalitativ uppföljning och utvärdering av behandling inte minst för populationer med flera kroniska sjukdomar. En utveckling måste också till stånd för identifiera, och sammanväga, de egenskaper/indikatorer som är relevanta för uppföljning av behandling och utfall för grupper med flera kroniska sjukdomar.

### *Huvudmannens roll*

Huvudmännen, landstingen, har en nyckelroll i att sprida och förankra riktlinjer, och säkerställa att de får genomslag i klinisk praxis. Förbättringsmöjligheter ses inom flera områden:

*Utveckling av riktlinjer och kunskaps- eller beslutsstöd;* Huvudmannen ansvarar för att översätta Socialstyrelsens nationella riktlinjer till lokalt förankrade tydliga vårdprogram. Detta sker på varierande sätt och med varierande fördröjning. Intervjupersoner ser stora skillnader också i utformningen av vårdprogram; många är långa och relativt svårtillgängliga och därmed inte lika användbara i den kliniska vardagen vilket också beskrivs i andra studier (SKL 2013a). Ett arbete har inletts på Socialstyrelsen (2013b) att göra de nationella riktlinjerna mer användbara och på sikt kunna integreras i journalmiljöer.

I intervjuer beskrivs också brister i tillgången till elektroniska beslutsstöd



som till exempel stöd för undvikande av läkemedelsinteraktioner och stöd för dosering vid nedsatt njurfunktion. Beslutsstöd finns idag endast i begränsad utsträckning inbyggda i journalsystem, och de som gör det upplevs inte alltid fungera optimalt.

*"[Läkemedelsinteraktionsmodulen] larmar så ofta att man stänger av den"*

**Distriktsläkare och forskare**

Ytterligare en typ av "kunskapsstöd" kan bestå av möjligheter att som läkare konsultera en specialist inom ett visst område för att få stöd i omhändertagandet av en patient. Flera intervjuade sjuksköterskor beskriver att telefonkonsultationer idag görs i begränsad omfattning, och att man upplever att patienter ibland hänvisas till akutmottagning för något som hade kunnat lösas med hjälp av en telefonkonsultation med en specialistläkare.

*Uppföljning och återkoppling;* Uppföljning av patientutfall och återkoppling till vårdgivare, med fokus på förbättringsmöjligheter, görs idag ofta i begränsad omfattning (SKL 2013a). Detta trots att möjligheterna till relevant uppföljning ökat kraftigt i och med bättre tillgång till information från till exempel kvalitetsregister och landstingens egna vårdproduktionsdatabaser.

*Stödåtgärder;* Även när uppföljning av utfall görs verkar det vara relativt ovanligt att strukturerade stödåtgärder riktas till de vårdgivare som uppvisar sämre utfall eller sämre följsamhet till riktlinjer (SKL 2013a).

### *Nationell nivå*

En viktig beståndsdel i vårdens kunskapsbaserings utgörs av riktlinjer. Socialstyrelsen utformar nationella riktlinjer som rekommendationer för beslut om prioriteringar, men även andra aktörer utformar olika typer av behandlingsriktlinjer, till exempel specialistföreningar. Flera förbättringsmöjligheter beskrivs i intervjuer.

*Viktiga sjukdomsgrupper saknas;* Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen saknas för ett antal viktiga kroniska sjukdomar, till exempel magtarmsjukdomar, sköldkörtelrubbingar, utmattnings- och smärtsyndrom samt migrän

(jämför bilaga 3). Socialstyrelsens förvaltningsuppdrag av redan publicerade riktlinjer och den relativt långa ledtiden att ta fram nya riktlinjer beskrivs bidra till att relativt få nya riktlinjer tas fram; Socialstyrelsen fokuserar i huvudsak på sjukdomar där riktlinjer inte finns från professions- eller specialistföreningar.

*Kombinationer av sjukdomar täcks inte;* Riktlinjer behandlar i begränsad utsträckning behandling av kombinationer av sjukdomar, något som delvis beskrivs bero på ett bristande vetenskapligt underlag. Många patienter har flera samtidiga kroniska sjukdomar, något som kan komplicera läkemedelsbehandling. I intervjuer lyfts särskilt risken för läkemedelsinteraktioner vid samtidig behandling av psykisk ohälsa och somatisk sjukdom fram som ett problem, och behov av kunskapsstöd för läkemedelsbehandling av multisjuka äldre.

*Bristande patientinvolvering;* Patienter involveras till viss del, ofta genom patientföreningar, men ett behov finns av att stärka patientinvolveringen särskilt för sjukdomsområden där starka patientföreningar saknas.

Ytterligare en aspekt av omsättning av kunskap och evidens i klinisk praxis är fördelningen av behandling av ovanligare sjukdomar mellan olika typer av centra. Att sprida ut behandling av ovanliga sjukdomar på många olika kliniker kan tänkas medföra en utmaning vad gäller kunskapsbaserad och standardisering, eftersom varje vårdgivare då träffar ett begränsat antal fall. SKL och regeringen slöt 2011 en överenskommelse om att påbörja ett arbete med att på nationell nivå koncentrera vården för ovanliga och särskilt svårbehandlade cancersjukdomar till ett fåtal vårdgivare, men många mindre vanliga kroniska sjukdomar behandlas fortfarande på många sjukhus i landet (SKL 2013b).

Nationella (och internationella) aktörer har även en stor roll vad gäller utvecklingen av ny kunskap. Ny kunskap och förbättrad behandling (och prevention) är förstås önskvärd för samtliga kroniska sjukdomsområden. Tydliga kunskapsluckor ses särskilt vad gäller läkemedelsbehandling vid multisjuklighet. Randomiserade studier av läkemedelsbehandling görs ofta på noga selekterade patientgrupper, där multisjuklighet ofta utgör ett exklusionskriterie, och kunskapen om behandlingseffekter i populationer med flera samtidiga sjukdomar är därför relativt begränsad (Fortin m.fl. 2006). Kvalitetsregistren bidrar i viss mån till att ge insyn i utfall i oselecterade patientgrupper, men skulle kunna spela en ännu större roll i en ökad förståelse för behandlingseffekter. I dag saknas också till stor del uppgifter om primärvården i kvalitetsregistren, även om existerande register täcker in vissa delar av primärvården som till exempel diabetes.











## Referenser

- Ahlbom, A., Drefahl, S. & Lundstrom, H. (2010). Den åldrande befolkningen. Fortsatt ökning av medellivslängden kontroversiell och spännande fråga *Läkartidningen*, 107, 3048-51.
- Ahrnell, B.-M. (2013). Vem i vårdapparaten tar ansvar för min mans cancer? *Dagens samhälle*.
- Anderson, G. (2010). *Chronic conditions: making the case for ongoing care*, Princeton, Robert Wood Johnson Foundation.
- Apotekens Service AB (2013). Läkemedelsförsäljning år 2012. Stockholm: Apotekens Service AB
- Awes, A.-M., Rom, M. & Askenbom, P. (2012). *Bättre liv för sjuka och äldre : resultatrapport 2012*, Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380, 37-43.
- Boklund, H.-G. (2012). Direktinläggning av äldre gör nystart. *Nyhetsbrev för massmedia från Skånes universitetssjukhus, Medicinska fakulteten vid Lunds universitet, Labmedicin Skåne och Psykiatri Skåne*.
- Directorate General Health and Consumers European Commission (2013). Reflection process on chronic diseases - Final report 8 October 2013. In: UNION, C. O. T. E. (ed.). Bryssel.
- Europakommissionen. (2014). *Major and Chronic Diseases*. Europakommissionen. [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/policy/index_en.htm) (februari 2014).
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Övervikt och fetma - tidsserier och regionala resultat 2013*. Folkhälsomyndigheten. <http://folkhalsomyndigheten.se/amnesom>

- raden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/overvikt-och-fetma/ (februari 2014).
- Fortin, M., Dionne, J., Pinho, G., Gignac, J., Almirall, J. & Lapointe, L. (2006). Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Annals of family medicine*, 4, 104-8.
- Föreningens Generalförsamling (2011). Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. *Föreningens*.
- Granström, L. (2011). *Allergifakta 2011: [tema: eksem]*, Stockholm: Astma- och allergiförbundet.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R. & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*, 39, 1005-26.
- Jansson, S.-A. (2006). *Health economic epidemiology of obstructive airway diseases : the obstructive lung disease in northern Sweden studies - thesis VII*, Stockholm: Karolinska Institutet.
- Jönsson, L. & Gurner, U. (2001). *Vad kostar vård och omsorg av äldre multisjuka? : beräkning av kostnader för slutenvård och öppenvård, kommunens äldreomsorg samt informella insatser för 26 multisjuka 75+*, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.
- Kalkan, A., Hallert, E., Bernfort, L., Husberg, M. & Carlsson, P. (2014). Costs of rheumatoid arthritis during the period 1990-2010: a register-based cost-of-illness study in Sweden. *Rheumatology (Oxford)*, 53, 153-60.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K. & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, 365, 217-23.
- Lif (2013). *FASS : förteckning över humanläkemedel. 2013*, Stockholm, Läke-medelsindustriföreningen (Lif).
- Lindh A, Lagging E, Jörgensen L & Lohm L (2011). Mer av dialog, delaktighet och ansvar önskas inom diabetesvården. Enkätundersökning bland diabetespatienter i Stockholm. *Läkartidningen*, 108.
- Lundqvist, A., Levin, L.-Å., Persson, U. & Steen Carlsson, K. (2012). *Värdet av forskning och ny medicinsk teknologi för hjärt-kärlsjukdom – en studie utifrån exemplet ischemisk hjärtsjukdom*, Lund: IHE.
- Lundqvist, A., Wilking, N., Gerdtham, U.-G., Persson, U. & Steen Carlsson, K. (2013). *Målriktad behandling av bröstcancer*, Stockholm: SNS.

- Läkemedelsverket (2004). Farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre- Behandlingsrekommendation. *Information från Läkemedelsverket 5:2004*. Uppsala: Läkemedelsverket.
- Läkemedelsverket (2011). *Läkemedelsboken. 2011/2012*, Uppsala: Läkemedelsverket.
- Läkemedelsverket (2013). *Läkemedelsboken. 2014*, Uppsala: Läkemedelsverket.
- Myndigheten för vårdanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård : en extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring (Rapport 2012:5)*, Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2014). *Vem vill veta vad för att välja? (Rapport 2014:1)*, Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- National Health Policy Action Council (2006). National Chronic Disease Strategy. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Nolte, E., Knai, C. & Mckee, M. (2008). *Managing chronic conditions: Experience in eight countries*, Köpenhamn, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Odor-Cederlöf, I., Oskarsson, P., Öhlén, G., Tesfa, Y., Bergendal, A., Helldén, A. & Bergman, U. (2008). Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus. Vanliga medel står för merparten, visar tvärsnittsstudie [Special: Läkemedel]. *Läkartidningen*, 12, 890-3.
- Olofsson, S. (2008). *Cost of Illness : teoretisk genomgång (NCO 2008:4)*, Karlstad: Räddningsverket ; Nationellt centrum för lärande från olyckor.
- Regeringskansliet (2010). *Den ljusnande framtid är vård : delresultat från LEV-projektet*, Stockholm: Socialdepartementet Regeringskansliet.
- Regeringskansliet (2012). *Empati och high tech : delresultat från LEV-projektet*, Stockholm: Socialdepartementet Regeringskansliet.
- Riksrevisionen (2013). *Mer patientperspektiv i vården : är nationella riktlinjer en metod?*, Stockholm: Riksrevisionen.
- S 2011:13. *Tilläggsdirektiv till Utredningen om rätt information i vård och omsorg*, Stockholm: Socialdepartementet.
- SBU (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck : en systematisk litteraturöversikt : uppdatering av SBU-rapporten Måttligt förhöjt blodtryck (2004), nr 170/1*, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- SBU (2009). *Patientutbildning vid diabetes : en systematisk litteraturöversikt*, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

- Schmidt, A. & Andersson, A. (2008). *Östgötars samhällskostnader för ohälsa fördelat på sjukdomsgrupper : 2006*, Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi CMT.
- Schmidt, A., Husberg, M. & Bernfort, L. (2003). *Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar*, Linköping: CMT.
- SKL (2012). *Öppna jämförelser 2013 : hälso- och sjukvård : jämförelser mellan landsting*, Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) : Socialstyrelsen.
- SKL (2013a). *Framgångsfaktorer i diabetesvården : inspiration för utveckling av diabetesvården*, Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).
- SKL (2013b). *Nivåstrukturerad cancervård – för patienternas bästa. En rapport från uppdraget om nationell samordning av delar av den högspecialiserade cancervården*, Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).
- Soboeki, P., Allgulander, C., Hillert, J. & Jonsson, B. (2007). Hjärnsjukdomar leder till stora kostnader för samhället. Men ytterligt litet satsas på forskning om prevention och behandling. *Läkartidningen*, 104, 1590-4.
- Socialdepartementet (2012a). *Kroniska sjukdomar - Volym och kostnad*, Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2012b). *IHP International Survey of Sicker Adults - Resultat för Sverige*, Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2013). *Uppdrag att identifiera och föreslå patientrapporterade utfallsmått för kvalitetsregister för kroniska sjukdomar (S2013/5650/FS)*, Stockholm, Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2014). *Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar (S2014:005)*, Stockholm, Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2009a). *Hälso- och sjukvårdsrapport. 2009*, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009b). *Folkhälsorapport 2009*, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010a). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010b). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem: (ICD-10-SE). Systematisk förteckning*, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi - strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder*, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013a). *Cancer i siffror 2013 - Populärvetenskapliga fakta om cancer*, Stockholm, Socialstyrelsen Cancerfonden.

Socialstyrelsen (2013b). *Socialstyrelsen ökar nationella riktlinjers användbarhet*. Stockholm. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013oktober/socialstyrelsenokarnationellariktlinjersanvandbarhet> (februari 2014).

Socialstyrelsen (2013c). *Vårdgaranti och kömiljard : uppföljning 2012*, Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU (1995:5). *Vårdens svåra val : slutbetänkande*, Stockholm: Fritze.

SOU (2010:48). *Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år: en systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård : en rapport från sociala rådet*, Stockholm: Fritze.

Steen Carlsson, K., Berne, C., Johansen, P., Lanne, G. & Gerdtham, U.-G. (2013). *Behandling av diabetes i ett hundraårigt perspektiv*, Stockholm: SNS.

Sveriges Läkarförbund (2013). *Primärvårdens läkarbemanning Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012*, Stockholm, Sveriges läkarförbund.

Södersjukhuset. (2013). *Bröstcentrum Södersjukhuset*. SÖS Södersjukhuset. <http://www.sodersjukhuset.se/Avdelningar--mottagningar/Mottagningar/brostcentrum/> (december 2013).

Taylor, L. (2011). NHS chiefs call for chronic disease "revolution". *Pharma Times (online)*.

Wales Audit Office (2008). *The management of chronic conditions by NHS Wales*. Cardiff: Wales Audit Office.

Wedin, M. (2013). Kartläggning visar primärvårdens brist på specialister. *Läkartidningen*, 11, 535.

WHO (2000). *Global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases*. Geneve: Världshälsoorganisationen (WHO).

WHO (2006). *Constitution of the World Health Organisation. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006*. Geneve: Världshälsoorganisationen (WHO).

WHO (2011). *NCD Country Profile 2011*. Geneve: Världshälsoorganisationen (WHO).

WHO (2013). *Draft action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020*. Report by the Secretariat. Geneve: Världshälsoorganisationen (WHO).

WHO. (2014). *Health Topics - Chronic Diseases*. Geneve: Världshälsoorganisationen (WHO). [http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/) (februari 2014).

World Medical Association. (2014). *Non-Communicable Diseases*. World Medical Association. Available: <http://www.wma.net/en/20activities/30publichealth/10noncommunicablediseases/> (februari 2014).







## BILAGA 1 DIAGNOSER SOM INKLUDERATS I ANALYSEN AV KRONISKA SJUKDOMAR OCH TILLSTÅND

**Tabell 1.** Förteckning över de diagnoser som inkluderats i analysen av kroniska sjukdomar och tillstånd samt indelning i sjukdoms- respektive diagnosgrupper.

Sjukdomsgrupp	Diagnosgrupp	Inkluderade diagnoser enligt ICD-10
<b>Infektion</b>	Kroniska infektiösa sjukdomar	B18, B20-24
<b>Cancer</b>	Cancer	C00-99
<b>Blodsjukdom</b>	Faktorbrist	D66, D67, D68
	Övriga blodsjukdomar	D55-58, D64.0, D60.0, D71-72, D73.5, D74, D80-81, D82 (exkl. D82.4), D83-84, D86
<b>Metabola sjukdomar</b>	Diabetes	E10-15
	Övriga endokrina sjukdomar	E01-05, E06 (exkl. E06.4), E20-21, E22.0, E23-26, E27.1, E28.2-3, E29, E34, E70-85
<b>Fetma</b>	Fetma	E66
<b>Demens</b>	Demens	F00-03, G30-31
<b>Beroende</b>	Beroendesjukdomar	F10 (exkl. F10.0), F11-19
<b>Psykisk sjukdom</b>	Schizofrenispektrumstörning	F20-22, F25
	Bipolär sjukdom	F31
	Depression	F33-34
	Personlighetsstörningar	F60-61
	Utvecklingsstörning och autism	F70-79, F84

Sjukdomsgrupp	Diagnosgrupp	Inkluderade diagnoser enligt ICD-10
	Övriga psykiatriska diagnoser	F40-42, F43.1, F50, F63-65
<b>Utmattnings- och smärt-syndrom</b>	Utmattnings- och smärtsyndrom	F48.0, F45.4, M79.1, M79.7, R52.1-2
<b>Neurologiska sjukdomar</b>	Parkinson, MS, degenerativa neurologiska sjukdomar	G10-12, G14, G20-21, G23, G25.0, G35
	Epilepsi	G40-41
	Migrän och Hortons huvudvärk	G43, G44.0
	Övriga neurologiska sjukdomar	G47.3-4, G50-55, G60, G62-63, G70-72, G80, G90-91, G93, G95, G81-82, H81-82
<b>Ögon- och öronsjukdomar</b>	Ögonsjukdomar	H17-18, H25-28, H31, H33, H34.1-2, H34.8-9, H35-36, H40, H42, H43, H47, H54
	Öronsjukdomar	H65.2-4, H66.1-3, H71, H80, H81.1, H93.1, H90, H91.0-1, H91.8-9
<b>Hjärtsjukdom</b>	Ischemisk hjärtsjukdom	I20-25
	Arytmier	I47-49
	Hjärtsvikt	I50
	Övrig hjärtsjukdom	I05-08, I09.2, I27, I31, I34-37, I42-45, I67.2, I70, I73.9
<b>Högt blodtryck</b>	Högt blodtryck	I10-13, I15
	Sjukdomar i övriga blodkärl	I26, I65-66, I74, I80-82, I83.0-2, I85-89
	Bensår	I83.1-2, I97.9
<b>Cerebrovaskulär sjukdom</b>	Hjärnblödning/stroke	I60-64, I69
<b>Lungsjukdomar</b>	KOL	J44
	Astma	J45-J46
	Övriga lungsjukdomar	J35.0, J35.8-9, J37.0-1, J38.0, J40-43, J47, J60-70, J92, J96.1 J98-99
<b>Mag-/tarmsjukdomar</b>	Inflammatoriska tarmsjukdomar	K50-K52
	Leversjukdomar	K70-71, K72.1-9, K73-74, K76, K80, K81.1

Sjukdomsgrupp	Diagnosgrupp	Inkluderade diagnoser enligt ICD-10
	Övriga mag-/tarmsjukdomar	K20-21, K25.4-9, K27.4-9, K28.4-9, K29.3-5, K57
Övriga kroniska sjukdomar	Hudsjukdomar utom allergi	L10, L12, L40-41, L71, L89, L93
	Urogenitalia exkl. njursvikt Allergi	N03, N11, N39.3-4, N40.9, N41.1, N80 D69.0, D72.1, D82.4, H10.1X, J30, K52.2, L20.8, L23, L50.0, L50.6
Sjukdomar i rörelseapparaten	Reumatiska systemsjukdomar	M05-09, M12, M79.0, M24.5-6, M30-36
	Övriga sjukdomar i rörelseapparaten	M10-11, M14-19, M20, M41-43, M45, M47, M48.0-2, M48.5-9, M50-53, M75, M80-82, M95
Njursvikt	Njursvikt	N18-19
Medfödda missbildningar	Medfödda missbildningar	Q00-99

Källa: Socialstyrelsen 2010b

## BILAGA 2

### KLASSIFICERING AV LÄKEMEDEL

**Tabell 2.** Kategorisering av de läkemedel som tillsammans utgör 80 procent av läkemedelskostnaden, i fallande ordning.

Läkemedel: ATC och benämning	Bedöms huvudsakligen användas för behandling av kronisk sjukdom (Ja/Nej)
L04AB - tumörnekrosfaktor alfa (tnf-alfahämmare)	Ja
R03AK - adrenergika och övriga medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar	Ja
B02BD - koagulationsfaktorer	Ja
L01XC - monoklonala antikroppar	Ja
N03AX - övriga antiepileptika	Ja
L01XE - proteinkinashämmare	Ja
J06BA - humant, normalt immunglobulin	Ja
N02BE - anilider, inkl kombinationer	Nej
N06BA - centralt verkande sympatometika	Ja
L03AB - interferoner	Ja
N05AX - övriga neuroleptika	Ja
B01AB - heparingruppen	Nej
L04AA - selektiva immunsuppressiva medel	Nej
N07BA - medel vid nikotinberoende	Ja
R03BB - antikolinergika	Ja
C10AA - hmg coa reduktas-hämmare	Ja
G04BE - medel vid erektil dysfunktion	Nej
A10AD - insuliner och analoger för injektion, medellångverkande kombinerade med snabbverkande	Ja
A02BC - protonpumpshämmare	Ja
N06AB - selektiva serotoninåterupptagshämmare	Ja
A10AB - insuliner och analoger för injektion, snabbverkande	Ja
S01LA - medel mot kärlnybildning	Ja
B01AC - trombocyttaggregationshämmande	Ja
N02AA - naturliga opiumalkaloider, opiater	Nej
A10AE - insuliner och analoger för injektion, långverkande	Ja
N06AX - övriga antidepressiva medel	Ja

Läkemedel: ATC och benämning	Bedöms huvudsakligen användas för behandling av kronisk sjukdom (Ja/Nej)
C07AB - beta-receptorblockerande medel	Ja
L04AD - kalcineurinhämmare	Ja
M01AE - propionsyraderivat	Delvis
N05AH - diazepiner, oxazepiner, tiazepiner	Ja
H01AC - somatropin, samt somatropinagonister	Nej
L02AE - gonadotropinfrisättande hormon	Ja
R01AD - kortikosteroider	Ja
C09CA - angiotensin ii-antagonister	Ja
G03CA - naturliga och halvsyntetiska östrogener	Nej
R03BA - glukokortikoider	Ja
V08AB - vattenlösliga, lågosmolära röntgenkontrastmedel med njuraffinitet	Nej
G04BD - urologiska spasmolytika	Ja
L01CD - taxaner	Ja
L01BA - folsyraanaloger	Ja
S01ED - beta-receptorblockerande medel	Ja
H02AB - glukokortikoider	Ja
B03XA - övriga medel vid anemier	Nej
N04BA - dopa och dopaderivat	Ja
N04BC - dopaminagonister	Ja
A12AX - kalcium	Nej
A07EC - aminosalicylsyra och liknande medel	Nej
R03AC - selektiva beta-2-stimulerande medel	Nej
J05AR - virushämmande medel mot HIV-infektion	Nej
N02CC - selektiva serotonin(5ht1)agonister	Ja
A16AB - enzymer	Ja
A06AD - osmotiskt aktiva laxermedel	Nej
D02AX - övriga hudskyddande och uppmjukande medel	Ja
L04AX - övriga immunsuppressiva medel	Ja
R05CB - mukolytika	Nej
R06AX - övriga antihistaminer för systematiskt bruk	Ja
G03AA - gestagener och östrogener	Nej
G03AC - gestagener	Nej
N01BB - amider	Nej

Läkemedel: ATC och benämning	Bedöms huvudsakligen användas för behandling av kronisk sjukdom (Ja/Nej)
B05DB - hypertona lösningar	Nej
N02AE - oripavinderivat	Ja
N06DA - kolinesterashämmare	Ja
D02AE - karbamidpreparat	Ja
M01AB - ättiksyra-derivat och närbesläktade substanser	Delvis
S01EE - prostaglandinanaloger	Ja
H01CB - somatostatiner och analoger	Ja
R01AA - sympatomimetika	Nej
J01CE - betalaktamaskänsliga penicilliner	Nej
N05CF - bensodiazepinbesläktade medel	Nej
C09AA - ace-hämmare	Ja
A01AA - medel mot karies	Nej
C08CA - dihydropyridinderivat	Ja
N05BA - bensodiazepinderivat	Nej
L03AX - övriga immunstimulerande medel	Ja
J05AE - proteashämmare	Ja
N02AX - övriga opioider	Nej
S01XA - övriga medel vid ögonsjukdomar	Ja
B01AA - vitamin k-antagonister	Ja
C09DA - angiotensin ii-antagonister oc	Ja
L01XX - övriga cytostatiska/cytotoxisk	Ja
C01DA - organiska nitrater	Ja
B05BA - lösningar för parenteral nutri	Nej
C03CA - sulfonamider	Ja
L01BC - pyrimidinanaloger	Ja
J01DD - cefalosporiner, tredje generationen	Ja
A10BA - biguanidderivat	Ja
A10BH - Dipeptidylpeptidas 4-hämmare (DPP-4)-hämma-re	Ja
R03DC - leukotrienreceptorantagonister	Ja
A10AC - insuliner och analoger för injektion, medelläng- verkande	Ja
N02BA - salicylsyra och derivat	Delvis



Läkemedel: ATC och benämning	Bedöms huvudsakligen användas för behandling av kronisk sjukdom (Ja/Nej)
J01CF - betalaktamas-resistenta penicilliner (isoxazolylpenicilliner)	Nej
M05BA - bisfosfonater	Ja
M01AH - coxiber	Ja
N06DX - övriga medel vid demenssjukdom	Ja
R05FA - opiumderivat och expektorantia	Nej
V08CA - paramagnetiska kontrastmedel	Nej
C02KX - övriga antihypertensiva medel	Ja
J05AB - nukleosider och nukleotider, exkl omvänd transkriptas-hämmare	Ja
G03GA - gonadotropiner	Ja
H03AA - tyreoidhormoner	Ja
C03AA - tiazider	Ja
J01DH - karbapenemer	Nej
B03BA - vitamin b12 (cyanokobalamin och derivat)	Nej
N07BC - medel vid opioidberoende	Ja

**Källa:** Apotekens Service AB 2013

### **BILAGA 3** **RIKTLINJER FÖR KRONISK SJUKDOM**

För många patientgrupper ses stora praxisskillnader vad gäller behandling, både över landet och mellan enskilda enheter eller läkare. Skillnaderna avser bland annat utbud av olika behandlingsmetoder och utformning av läkemedelbehandling. Ett led i arbetet med att öka vårdens kunskapsbaserings och jämlikhet är behandlingsriktlinjer. Socialstyrelsen ger ut nationella riktlinjer i syfte att vägleda beslutsfattare inom vård, socialtjänst, och vårdgivare i frågor rörande resursfördelning efter befolkningens behov och behandlingsbeslut, med målet att ge största möjliga nytta för patienten och stärka patienternas möjlighet att få en jämlik och god vård. Som komplement och underlag till Socialstyrelsens riktlinjer arbetar även andra myndigheter som till exempel SBU med att ta fram rekommendationer för behandling och prioritering. Även olika specialistföreningar tar fram egna behandlingsrekommendationer för olika sjukdomar. Dessa behandlingsriktlinjer samt Socialstyrelsens riktlinjer ligger även ofta som grund när landsting tar fram lokala vårdprogram för olika sjukdomar.

Socialstyrelsen har publicerat nationella riktlinjer för ett flertal kroniska sjukdomar, men det saknas riktlinjer för flera av de stora kroniska sjukdomsgrupperna. Exempelvis saknas riktlinjer för mag- och tarmsjukdomar, flera av de neurologiska sjukdomarna, samt utmattnings- och smärtsyndrom. Flera av de nationella riktlinjer som finns för kroniska sjukdomar är också relativt gamla och saknar en planerad uppdatering. Riktlinjerna fokuserar också huvudsakligen på behandling och åtgärder av en specifik sjukdom eller tillstånd; samtidig behandling av flera sjukdomar berörs i begränsad omfattning (tabell 3).

Tabell 3. Riktlinjer från Socialstyrelsen.

Sjukdom/tillstånd	Riktlinjer från Socialstyrelsen	Datum för riktlinjer	Kommentar
Sjukdomar i rörelseapparaten	Rörelseorganens sjukdomar	2012	
Ögon- och öronsjukdomar			Riktlinjer saknas
Metabola sjukdomar	Diabetes	2010, uppdateras 2014	Saknas för tex sköldkörtelrubbingar
Hjärt- och kärlsjukdomar	Hjärtsjukvård Hjärtsjukvård och stroke	2008, uppdateras 2014 2011	Riktlinjer för hypertoni ingår i riktlinjer för hjärtsjukvård, dock saknas riktlinjer för tex bensår
Psykisk sjukdom	Schizofreni – psykosociala insatser	2011	Saknas för tex bipolär sjukdom och personlighetsstörning. Riktlinjer från specialistförening finns för tex personlighetsstörning
	Schizofreni – antipsykotiska läkemedel	Våren 2014	
	Depression och ångest	2010	
Lungsjukdom	Astma och KOL	2004, revideras hösten 2014	
Utmattnings-/smärtsyndrom			Riktlinjer saknas
Mag- och tarmsjukdomar			Saknas för samtliga mag- och tarmsjukdomar
Cancer	Lungcancer	2011	Saknas för ett antal cancersorter, tex hudcancer
	Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer-vård 2013	Våren 2014	
	Stöd för styrning och ledning		
Neurologiska sjukdomar			Saknas för tex epilepsi och migrän. Riktlinjer för MS och Parkinsonsjukdom är under utveckling
Risikfaktorer	Sjukdomsbyggande metoder	2011	Saknas för behandling av fetma

Sjukdom/tillstånd	Riktlinjer från Socialstyrelsen	Datum för riktlinjer	Kommentar
Cerebrovaskulär sjukdom	Stroke  Hjärtsjukvård och stroke	2009  2011	Viss beskrivning av multisjuklighet, men begränsat till stroke med risk-faktorer som t ex förmaksflimmer
Beroende	Missbruk och beroende	Preliminär version klar våren 2014	
Medfödda missbildningar			Saknas
Demens	Demens	2010	
Njursvikt			Saknas, både för behandling av njursvikt och för läkemedelsbehandling vid nedsatt njurfunktion
Infektioner			Saknas för både HIV och hepatit C infektiösa sjukdomar
Blodsjukdomar			Saknas för t ex faktorbrist
Övriga kroniska sjukdomar			Saknas för t ex allergi och hudsjukdomar



## VIP i vården?

### – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom

Allt fler människor i Sverige lever allt längre. Denna positiva utveckling innebär samtidigt att allt fler personer hinner utveckla de kroniska sjukdomar som normalt följer av ökad ålder. För vården och omsorgen innebär det en betydande utmaning: hur ska de ökade behoven av vård och omsorg för personer med långvarig och kronisk sjukdom tillgodoses? För att få en tydligare förståelse för några av de utmaningar som vården behöver hantera för att bättre än idag kunna möta behoven hos personer med kronisk sjukdom presenterar Vårdanalys en nulägesanalys. Analysen pekar på ett antal områden där vården måste bli bättre för att stödja personer med långvarig och kronisk sjukdom.

---

**Myndigheten för vårdanalys** (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

