



Är ojämlikheten i vården ofrånkomlig?

Rapport från Kommissionen för jämlik vård

Innehåll

Inledning	3
Sammanfattning	3
Bakgrund och syfte	3
Ojämlig vård – i fakta och siffror	4
Ojämlighet mellan könen	4
Ojämlighet mellan landsting	4
Ojämlighet på grund av socioekonomiska förutsättningar	7
Personer med funktionsnedsättning	8
Äldre	8
Vården – procedurfabrik eller utvecklingscentrum?	10
Vård i världsklass eller tillräckligt bra?	11
Källor	12

Inledning

Denna rapport har tagits fram inom ramen för Kommissionen för jämlik vård. Rapporten syftar till att lyfta fram frågan om den ojämlika vården.

Sammanfattning

Diskussionen om den ojämlika hälso- och sjukvården i Sverige har tagit fart de senaste två åren. Det är inte svårt att se varför. Tecknen på bristande jämlikhet är tydliga, till exempel det faktum att skillnaderna i överdödlighet mellan cancerpatienter i olika socioekonomiska grupper motsvarar cirka 3 000 dödsfall varje år. Likaså har personer med funktionsnedsättning dokumenterat sämre möjligheter att bli friska än andra exempelvis när det gäller cancersjukdomar. Omotiverat stora skillnader i vården mellan olika landsting och mellan män och kvinnor består.

Det finns inga enkla svar på varför sjukvården – trots ambitionen om rätt till vård på lika villkor – är ojämlik. Därför finns heller inga enkla svar på hur problemet ska lösas. Dock verkar vårdens relativt ensidiga produktionsfokus, som riskerar tränga undan forskning, utveckling och innovation, få oroande konsekvenser för såväl jämlikheten som för vårdens kvalitet.

Kommissionen för jämlik vård vill under 2013 och 2014 fortsätta analysera och initiera debatt i dessa frågor. Vår ambition är också att sätta in diskussionen i ett större sammanhang, nämligen den övergripande ambitionsnivån för svensk hälso- och sjukvård. Ska svensk vård vara världsledande eller räcker det att den är "tillräckligt bra"? Svaret får betydande konsekvenser för möjligheterna att minska ojämlikheterna i vården.

Bakgrund och syfte

När Kommissionen för jämlik vård nu åter tar sig an frågan om hur vi ska få jämlik tillgång till vård och omsorg av bästa möjliga kvalitet vill vi börja vårt arbete med att kartlägga, diskutera och sätta de fakta som finns om ojämlikheten i vården i en bredare kontext. Denna rapport är resultatet.

Vi vill främja en debatt om frågor om ojämlikhet i vården samt bjuda in till inspel till vårt framtida arbete. Det är vår ambition att bland annat denna rapport ska ligga till grund för en genomgripande, mångsidig och framtidsinriktad diskussion om jämlikhets- och kvalitetsaspekter på svensk sjukvård.

Ojämlig vård – i fakta och siffror

Att analysera ojämlikhet i vården är en omfattande uppgift och det finns många olika sätt att skära frågan. Vad är ojämlikhet? Vilka aspekter är relevanta att analysera och vad finns det data och statistik på? I denna rapport har vi valt att undersöka den ojämlikhet som finns mellan kvinnor och män, den geografiska ojämlikheten mellan landsting och den socioekonomiska ojämlikheten, samt situationen för personer med funktionsnedsättningar och för äldre personer.

Ojämlighet mellan könen

Medellivslängden ger en övergripande bild av hälsoutvecklingen i ett land. Medellivslängden i Sverige fortsätter att öka, och 2011 var den 83,7 år för kvinnor och 79,8 år för män. Ökningen har varit snabbare hos män, vilket leder till att skillnaden mellan män och kvinnor minskar.¹⁾

I en kartläggning av insjuknande i och överlevnad för någon av de 12 vanligast förekommande cancerdiagnoserna visar Socialstyrelsen att överlevnaden genomgående är bättre för kvinnor än för män. Detta mönster är väl känt från många andra studier i Sverige och i andra länder, och därmed också i olika sjukvårdssystem. Troligen finns en biologisk förklaring till den bättre överlevnaden bland kvinnor, men Socialstyrelsen varnar för att den gör det svårt att bedöma hur stor skillnad mellan män och kvinnor som kan accepteras innan det finns skäl att misstänka att den beror på olika handläggning som inte har medicinsk grund.²⁾

Samtidigt mår kvinnor betydligt sämre. Ungefär två tredjedelar av alla sjukskrivningar som är längre än 15 dagar – den gräns där Försäkringskassan börjar betala ut ersättning – tas ut av kvinnor och kvinnor är mer sjukskrivna i alla yrkesgrupper.³⁾

Kvinnor i förvärsarbetande åldrar med endast grundskoleutbildning är en grupp som i flera avseenden har haft sämre hälsoutveckling än andra grupper. SCB:s undersökning om levnadsförhållanden visar att bland dem har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder ökat långsammare än i andra grupper sedan 1990-talet, samtidigt som den självskattade hälsan har försämrats.⁴⁾ Det finns en mängd rapporter som visar att kvinnor får sämre behandling än män (se bland annat avsnittet nedan om Äldre).

Ojämlighet mellan landsting

Oavsett vilka mått som används när det gäller sjukvårdens kvalitet och effektivitet finns det tydliga skillnader mellan landstingen. Två generella indikatorer som Socialstyrelsen använder som del av Nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård rör åtgärdbara dödsfall: sjukvårdsrelaterad dödlighet och dödlighet i ischemiska hjärtsjukdomar, det vill säga sjukdomar orsakade av otillräcklig blodtillförsel till hjärtmuskeln. När det gäller sjukvårdsrelaterad dödlighet ingår följande diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling: diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. Enligt Socialstyrelsen var det faktiska antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall 6 100 kvinnor och 8 082 män för åren 2008–2011. Stroke och diabetes har störst påverkan på den sjukvårdsrelaterade dödligheten. Antalet dödsfall per 100 000 invånare per landsting och kön redovisas i tabellerna nedan.

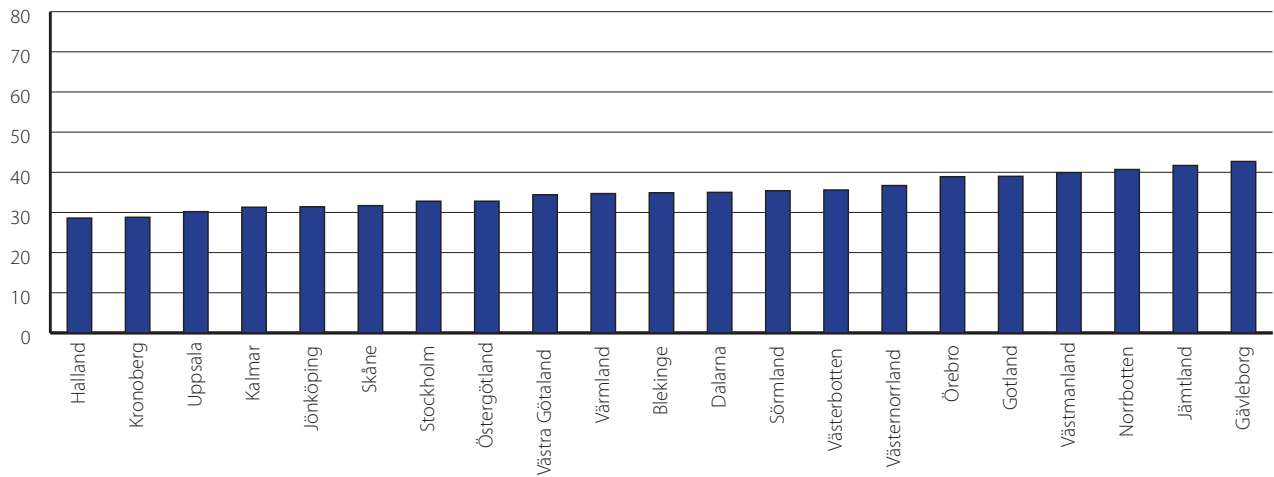
¹⁾ Socialstyrelsen – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013

²⁾ Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning

³⁾ SCB, Kvinnor mer sjukskrivna i alla yrkesgrupper, http://www.scb.se/Pages/Article____332393.aspx

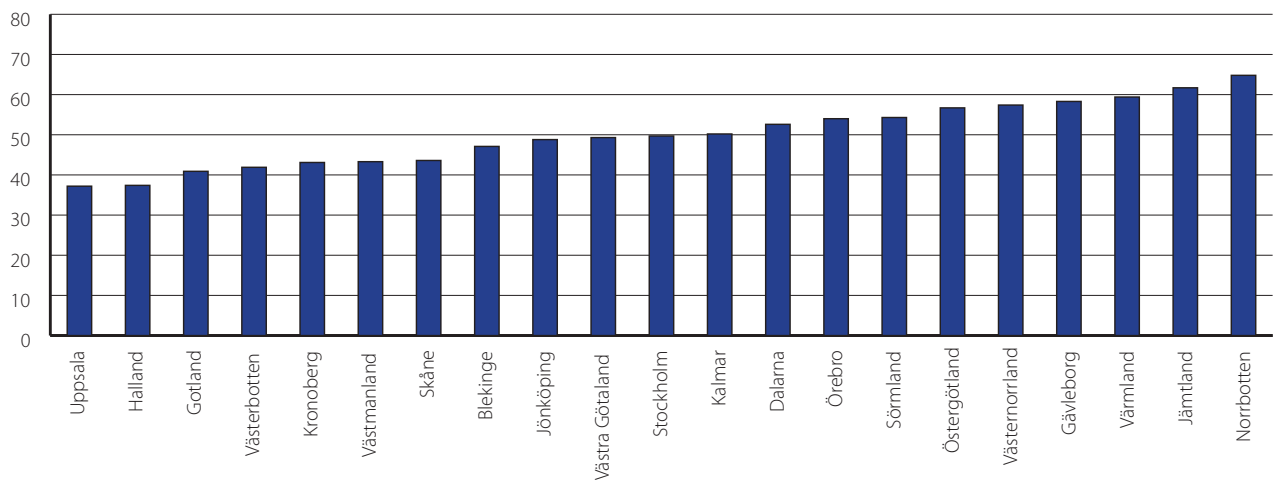
⁴⁾ Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013

Diagram 1. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet bland kvinnor – dödsfall per 100 000 invånare 2008-2011.



Källa: Öppna jämförelser 2012

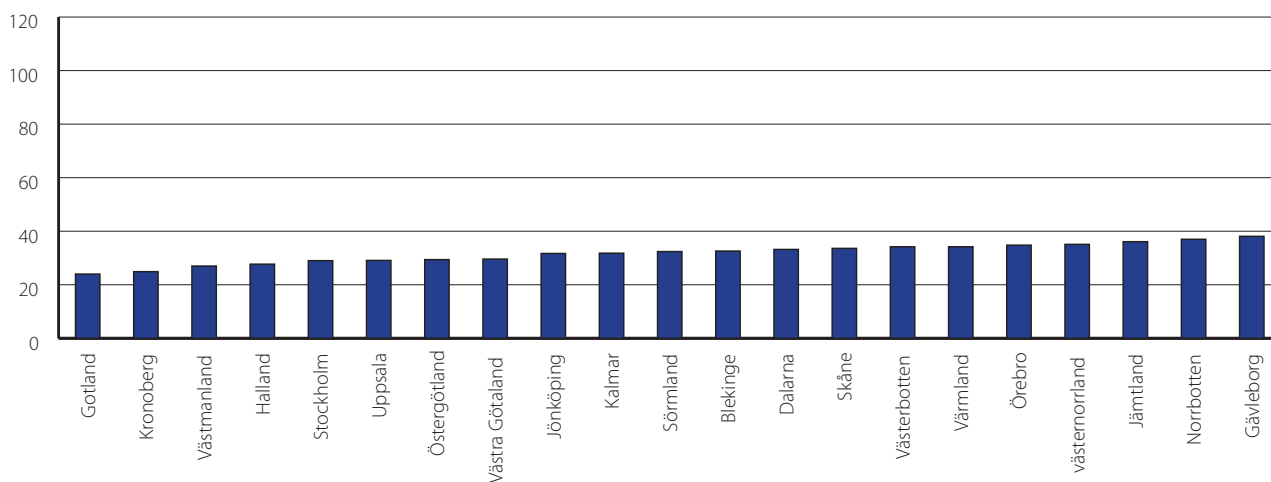
Diagram 2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet bland män – dödsfall per 100 000 invånare 2008-2011.



Källa: Öppna jämförelser 2012

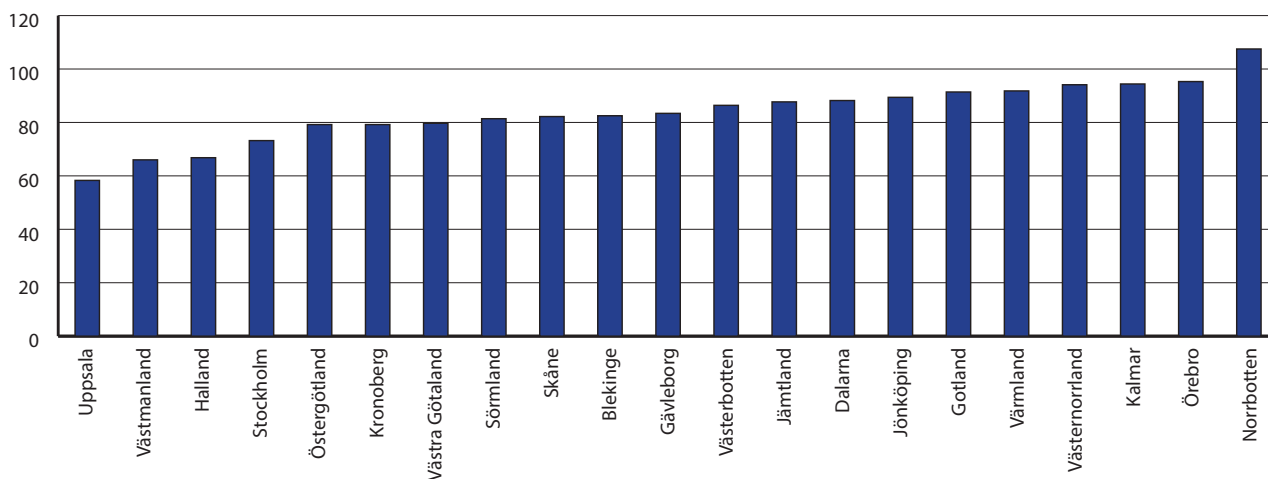
I internationella sammanhang diskuteras att dödlighet i ischemiska sjukdomar borde ingå i analysen av åtgärdbar dödlighet. Ischemiska hjärtsjukdomar, där akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken, ledde till att 14 166 personer avled i Sverige år 2011, motsvarande ca 17 procent av all mortalitet i landet.

Diagram 3. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom bland kvinnor – dödsfall per 100 000 invånare 2010-2011.



Källa: Öppna jämförelser 2012

Diagram 4. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom bland män – dödsfall per 100 000 invånare 2010-2011.



Källa: Öppna jämförelser 2012

Dödlighet i tumörsjukdomar står för cirka en fjärdedel av dödligheten i Sverige. I Socialstyrelsens kartläggning av insjuknande i och överlevnad för någon av de 12 vanligast förekommande cancerdiagnoserna visar överlevnadsanalyserna per region och län på skillnader som inte enbart kan förklaras av en slumpmässig variation. Ofta är skillnaderna mer markanta på länsnivå. När det gäller skillnader i överlevnad mellan länen uppskattas antalet potentiellt åtgärdbara förtida dödsfall till cirka 950 bland män och knappt 500 bland kvinnor efter fem års uppföljning.⁵⁾

Socialstyrelsen rekommenderar att multidisciplinära konferenser, det vill säga samlade bedömningar, används både inför behandlingsstart, vid nyupptäckt cancer och efter canceroperationen. Enligt Socialstyrelsen visar det sig att i exempelvis Jämtland och Västerbotten får bara omkring var femte patient denna samlade bedömning efter operation för tjocktarmscancer, medan nästan alla patienter får den i Västmanland och Gävleborg.⁶⁾

I Jämtland drabbas var 12:e kvinna som opererats för bröstcancer av omoperation på grund av komplikation, medan motsvarande gäller enbart var 127:e kvinna i Uppsala län. I Västerbotten får var femte person sitt ben amputerat (eller till och med dör) efter operation av kärlförträngning i ben. Motsvarande siffra i Halland är en per 41 opererade.

I den senaste rapporten om öppna jämförelser angående hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – som tagits fram i samarbete mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, – konstateras att det finns tydliga regionala ojämlikheter när det gäller exempelvis njursjukvård och behandling av benskörhet.⁷⁾

Ojämlikhet på grund av socioekonomiska förutsättningar

De sociala och socioekonomiska skillnaderna i vården är väldokumenterade. Dessa skillnader har inte sin början vid mötet med vården, utan påverkas även av en rad andra faktorer. Dock har bland andra Socialstyrelsen i allt större utsträckning uppmärksammat vårdens roll när det gäller att minska skillnaderna.⁸⁾

Den positiva trenden, där medellivslängden ökar, gäller inte för alla. Bland annat skiljer sig den återstående medellivslängden vid 30 års ålder åt mellan grupper med olika utbildningsnivå. Personer med enbart grundskoleutbildning lever kortare tid än personer med eftergymnasial utbildning.⁹⁾

Enligt Socialstyrelsen förklaras de ökande skillnaderna i dödlighet och livslängd mellan olika utbildningsgrupper, särskilt hos kvinnor, till stor del av en ökad dödlighet i sjukdomar som är relaterade till rökning. Men det finns också socialt betingade skillnader i tillgången till olika vårdinsatser där lågutbildade och utlandsfödda missgynnas, till exempel behandling med läkemedel eller remittering till specialist.¹⁰⁾

Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten som vi refererade till ovan brukar användas som ett mått för att bedöma hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Den åtgärdbara dödligheten har minskat sedan 1991 för både kvinnor och män. För gruppen med enbart grundskoleutbildning tycks dock minskningen i dödlighet ha avtagit något, och gapet mellan grupperna har inte minskat.¹¹⁾

Enligt Cancerfonden är en patients överlevnad vid en cancerdiagnos kopplad till hennes socioekonomiska status. När man undersöker 5-årsöverlevnaden för all cancer finns det en mycket tydlig skillnad i överlevnad mellan den högsta och den lägsta socioekonomiska gruppen. De senaste 15-20 åren har överlevnaden ökat i samtliga socioekonomiska grupper, men skillnaden dem emellan är konstant. Innovationer och kvalitetsförbättringar kommer inte alla till del på ett jämlikt sätt.¹²⁾

När Socialstyrelsen i sin rapport "Cancer i Sverige - Insjuknande och överlevnad – utifrån regional och socioekonomisk indelning" analyserar de tolv vanligast förekommande tumörformerna finner de anmärkningsvärda resultat. Resultaten av överlevnadsanalysen visar genomgående en bättre överlevnad i den högsta socioekonomiska gruppen. Den lägsta socioekonomiska gruppen har med något enstaka undantag klart sämre överlevnad.¹³⁾

I samma rapport analyserar Socialstyrelsen överdödlighet. Med uttrycket överdödlighet avses den dödlighet som cancerpatienterna har utöver den förväntade dödligheten

5) Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning

6) Nationell utvärdering 2013 – Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård – Indikatorer och underlag för bedömningar

7) SKL & Socialstyrelsen – Öppna jämförelser angående hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2012

8), 9), 10), 11) Socialstyrelsen – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013

12) Cancerfondsrapporten 2012

13) Socialstyrelsen – Cancer i Sverige Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning – 2011

i befolkningen. Den observerade överdödligheten är 2 295 dödsfall för män och 2 154 för kvinnor sex månader efter diagnosen, 3 418 män och 3 136 kvinnor ett år efter diagnosen samt 6 032 män och 5 571 kvinnor fem år efter diagnosen. Den hypotetiska potentiellt uppnåbara överdödligheten, det vill säga överdödligheten under förutsättning att alla grupper har samma dödlighet som den bästa socioekonomiska gruppen för respektive kön, är 4 652 män och 4 042 kvinnor efter fem år. Skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska överdödligheten kan tolkas som det antal förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas. Denna skillnad uppgår till 1 471 dödsfall för män och 1 530 för kvinnor.¹⁴⁾

Enligt Socialstyrelsens rapport med utvärdering av de tre vanligaste cancerformerna i Sverige¹⁵⁾ får patienter med tjock- och ändtarmscancer med en lägre utbildningsnivå inte i samma utsträckning den diagnostik och behandling som Socialstyrelsen rekommenderar. Dessutom är resultatet av vården sämre än för dem med högre utbildning. Till exempel är andelen som fått komplikationen perforerad tjocktarm lägst bland högutbildade och högst bland lågutbildade. Att lågutbildade löper större risk att få perforerad tarm under operation är anmärkningsvärt anser Socialstyrelsen.

Vidare är det lågutbildade med ändtarmscancer som i högre utsträckning än högutbildade opereras på grund av komplikationer. För samtliga indikatorer inom tjocktarms- och ändtarmscancer vården hade personer med en lägre utbildningsnivå ett sämre resultat än högutbildade. De fick också i lägre utsträckning de åtgärder inom diagnostik och behandling som rekommenderas i nationella riktlinjer. Motsvarande skillnad återfinns inom bröst- och prostatacancer vården, där personer med lång utbildning får bättre vård än lågutbildade. Till exempel genomgår lågutbildade män (som har hög risk för prostatacancer) skelettundersökning i lägre utsträckning än högutbildade.

Personer med funktionsnedsättning

Sjukvården för personer med funktionsnedsättning är inte jämlik.¹⁶⁾ Många personer med funktionsnedsättning som insjuknar i cancer har sämre chanser att bli friska än övriga patienter med cancer. Ett särskilt talande exempel är att kvinnor som får insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, löper en nästan fördubblad risk att dö i bröstcancer jämfört med andra bröstcancerpatienter. En anledning kan vara att de får sin diagnos i ett senare skede.¹⁷⁾

Äldre

Behovet av insatser från sjukvården ökar när man blir äldre. Äldre personer har ofta flera, sammansatta sjukdomar samtidigt. Det ställer särskilda krav på sjukvården, där det handlar om att ha en helhetssyn på individen och att göra rätt prioriteringar. Vården ska vara tillgänglig för äldre och ingen ska nekas vård eller medicinsk behandling på grund av ålder.

Trots detta dyker det gång på gång upp exempel som lyfter fram att det finns risk att det förekommit åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården. Gränsen mellan förklaringar som hänvisar till hälsoekonomiska överväganden och åldersdiskriminering eller attityder mot äldre är hårfin och oftast varken tillräckligt belyst eller utforskad. Risken finns att läkarna oftare behandlar symptomen och inte orsakerna när det gäller äldre patienter. Cancerfonden visar hur behandling varierar beroende på ålder. Få äldre patienter ingår i kliniska studier, varför man vet mindre om behandlingens effekt på äldre vilket kan leda till att de får felaktig behandling.

Idag upphör screening för livmoderhalscancer vid 60 års ålder och mammografi vid 74 år. Men risken för att drabbas av de två cancersjukdomarna upphör inte vid dessa åldrar. Det borde vara en självklarhet att de kvinnor som vill ska kunna fortsätta bli kallade till screening även efter dessa åldersgränser.

¹⁴⁾ Socialstyrelsen – Cancer i Sverige Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning – 2011

¹⁵⁾ Socialstyrelsen (2013). Nationell utvärdering 2013 – Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer vård – Indikatorer och underlag för bedömningar – 2013

^{16), 17)} Socialstyrelsen – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013

Att just äldre kvinnor får sämre behandling går att se i många rapporter och avseende olika diagnoser. Till exempel är det, enligt Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, ett faktum att alltför få kvinnor som fått en benskörhetsfraktur behandlas med läkemedel.

Ett annat exempel på den ojämlikhet i vården som drabbar äldre är de drygt 300 000 personer i Sverige som är diagnostiserade med förmaksflimmer. Förmaksflimmer innebär en ökad risk för blodpropp och stroke och trots att det finns starkt vetenskapligt stöd för att användning av koagulationshämmande behandling vid förmaksflimmer skulle minska risken för stroke är det mindre än hälften av dem som behöver behandling som får det. Endast 42 procent får behandling som förebygger blodproppar, oftast warfarin. Övriga får ingen läkemedelsbehandling alls eller får läkemedel som enligt den senaste forskningen saknar effekt.¹⁸⁾

Underbehandlingen gäller framförallt kvinnor och personer äldre än 80 år. Detta trots att kvinnor har högre strokerisk än män och att risken för flimmerrelaterad stroke fortsätter att öka efter 80 års ålder. Endast 36 procent av kvinnorna får behandling. Motsvarande siffra för män är 47 procent. Den åldersdiskriminerande underbehandlingen bekräftas också av att endast cirka var tionde 90-årig patient med flimmer får warfarinbehandling. En adekvat behandling skulle, enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, minska antalet strokefall med 5 000 om året.¹⁹⁾ Professor Peter J Svensson, en av forskarna bakom SBU-rapporten har enligt Sydsvenska Dagbladet uppskattat att en fördubbling av warfarinbehandlingen skulle kunna leda till att mer än 1 000 liv räddas varje år.²⁰⁾

^{18), 19)} SBU – Rapport - Förmaksflimmer - förekomst och risk för stroke 2013

²⁰⁾ Sydsvenska Dagbladet, 130609. Många får fel strokemedicin

Vården – procedurfabrik eller utvecklingscentrum?

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”

Formuleringen är hämtad från Hälso- och sjukvårdslagen och är ett slags programförklaring för den svenska sjukvården och dess strävan att vara jämlik. Trots detta är ojämlikheten i vården utbredd på många områden. De senaste 15-20 åren har överlevnaden ökat i samtliga socioekonomiska grupper, men skillnaden dem emellan är konstant. Forskningsrön, innovationer och kvalitetsförbättringar kommer inte alla till del på ett jämlikt sätt.

Orsakerna bakom den utbredda ojämlikheten i sjukvården är naturligtvis komplexa. Ojämlikhet finns i samhället, och därmed också i hälso- och sjukvården. Däremot tyder mycket på att ökad jämlikhet i vården skulle främjas av ett starkare fokus på kvalitet och resultat snarare än på kvantitet och produktion. I dag tycks risken vara överhängande att sjukvården fokuserar mer på kvantitet och blir ett slags medicinsk procedurfabrik snarare än att betona kvalitet och innovation. Vården, och därmed kvalitetsarbetet, är splittrad och ambitionsnivån varierar mer än vad som borde vara acceptabelt.

Kvalitetsskillnader – till och med temporär ojämlikhet – baserade på att vissa landsting och kliniker är innovativa, går före och introducerar nya behandlingsformer och läkemedel kan vara motiverade och i viss utsträckning av godo. Förutsättningen är emellertid att de nya och bättre behandlingarna successivt introduceras så att fler och fler patienter får ta del av dem. Intrycket är att så ofta inte är fallet, utan att skillnader och ojämlikhet tenderar att befästas.

En viktig orsak till att kvalitet och utveckling inte får den uppmärksamhet de förtjänar är det faktum att vården allt mer ensidigt fokuserar på produktion och att forskning, utveckling och nya idéer sätts på undantag. Antalet kliniska läkemedelsprövningar i Sverige har minskat med närmare 40 procent de senaste åren. Det är en oroande trend.

Det finns ett starkt samband mellan klinisk forskning och vårdkvalitet. Den bästa hälso- och sjukvården finns inom de områden där man arbetar med kliniska prövningar och med utveckling av nya behandlingsformer. Om sjukvården ska utvecklas och ligga i framkant krävs ett nära och aktivt samarbete mellan vården, akademien och industrin. I dag är bilden snarare att det samarbetet kärvar.

Om forskning och utvecklingsarbete är beroende av att det finns enstaka pådrivande eldsjälar ökar risken för att ojämlikheten i sjukvården förstärks. Det kan bli ett slags kvalitetslotteri. Möjligheterna att komma till en klinik där de moderna och bästa behandlingarna används hänger på tur – eller på patientens kontakter och möjligheter att göra sin röst hörd gentemot vården. På andra ställen stagnerar utvecklingsarbetet och patienterna får hålla tillgodo med terapier och läkemedel som inte ligger i framkant.

Vård i världsklass eller tillräckligt bra?

Frågan om ojämlikhet i vården har under de senaste två åren etablerats som en av de viktigaste systemdiskussionerna i den svenska välfärdsdebatten. Det är lätt att inse varför det blivit så. Sverige är ett samhälle där jämlikhet värdesätts högt och där stödet för värderingar om jämlikhet är brett. Sverige har en internationellt sett jämn fördelning av inkomster och levnadsstandard. Medborgarna förväntar sig jämlikhet i tillgången till och kvaliteten i de offentliga tjänsterna, dit hälso- och sjukvården hör.

Den svenska hälso- och sjukvården har, och ska ha höga ambitioner. Ändå går det inte att frigöra sig från en gnagande misstanke om att allt inte står rätt till. Såväl vittnesmål från patienter och medarbetare i vården, som forskning och tillgänglig statistik pekar på att ojämlikheten i vården består och i vissa avseenden verkar tillta. Olika undersökningar ger bilden att Sverige jämfört med andra länder hamnar på efterkälken i införandet av modernare och bättre behandlingar.

Frågorna om jämlikhet respektive kvalitet i hälso- och sjukvården är nära förknippade med varandra, eftersom de båda begreppen hör samman med den bredare frågan om den övergripande ambitionen för vården. Är "vård i världsklass" en paroll som gärna uttalas i officiella sammanhang men som inte alltid har täckning i vårdens vardag? Inför det kommande arbetet menar Kommissionen att frågan om minskad ojämlikhet behöver belysas utifrån den övergripande ambitionsnivån för hälso- och sjukvården. Om man skulle begränsa ambitionsnivån för svensk hälso- och sjukvård till "tillräckligt bra" snarare än "världsklass" leder detta till ett antal ganska besvärande frågeställningar.

Vi har konstaterat att vården är ojämlik i flera dimensioner, vilket innebär att många människor i Sverige skulle få vård som inte ens är "tillräckligt bra". Risken är stor att det skulle handla om redan utsatta människor, som inte är resursstarka. Är det svenska samhället berett att acceptera konsekvenserna av en sådan sjunkande ambitionsnivå som troligen skulle spå på ojämlikheten ytterligare?

En mer jämlik vård av högre kvalitet behöver inte betyda att kostnaderna ökar okontrollerat. I ett bredare samhälls-ekonomiskt perspektiv är det tvärtom inte svårt att se vinsterna exempelvis av att fler människor blir friskare och kan komma in i arbetslivet.

Man kan ställa sig en mer principiell fråga som sällan diskuteras i debatten om hälso- och sjukvården. För den enskilda människan och för samhället i stort har bättre hälsa – liksom längre liv och högre livskvalitet – ett stort värde. I en svensk kontext borde även minskad ojämlikhet ha ett värde. Om hälso- och sjukvården betraktas enbart utifrån sina kostnader utan att hänsyn tas till värdet, underlättar det knappast arbetet för jämlik tillgång till världslidande vård.

Frågor om hur vården kan bli mer jämlik, hur kvaliteten kan lyftas och vilken ambitionsnivå som ska gälla för svensk hälso- och sjukvård står i centrum för Kommissionens arbete under 2013 och 2014. Vi vill med detta korta diskussionsunderlag bjuda in till en fördjupande dialog med alla som är intresserade av frågorna.

Källor

Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763

Cancerfonden – Cancerfondsrapporten 2013 och Cancerfondsrapporten 2012

LIF – de forskande läkemedelsföretagen – FoU-enkät 2011 – Rapport 2012:1

SBU – Förmaksflimmer - förekomst och risk för stroke 2013

SCB – Kvinnor mer sjukskrivna i alla yrkesgrupper, http://www.scb.se/Pages/Article____332393.aspx

Socialstyrelsen – Cancer i Sverige - Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning

Socialstyrelsen – Nationell utvärdering 2013 – Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård – Indikatorer och underlag för bedömningar

Socialstyrelsen – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2013

SKL & Socialstyrelsen – Öppna jämförelser angående hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2012

Statens Folkhälsinstitut & Socialstyrelsen – Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013

Sydsvenska Dagbladet – Många får fel strokemedicin – 2013-06-09



Detta är Kommissionen för jämlik vård

Kommissionen för jämlik vård har bildats på initiativ av Cancerfonden och LIF – de forskande läkemedelsföretagen. Kommissionen för jämlik vård ska oberoende utreda, analysera och initiera debatt kring frågan om jämlik tillgång till vård och omsorg av bästa möjliga kvalitet.

Kommissionen ska även belysa behovet av att samma krav ställs på vårdens kvalitet över hela landet och belysa hur olika sätt att se på och arbeta med frågor om vårdens kvalitet leder till ojämlik vård.

Kommissionen kommer att arbeta till och med den 31 december 2014. Tanken är att Kommissionen ska ges tillräcklig tid att göra en allsidig belysning av de komplexa frågeställningar som uppdraget omfattar.

Kommissionen för jämlik vård består av:

Ilija Batljan, vice vd på Rikshem, f.d. landstingspolitiker (S), kommissionens ordförande och sammankallande

Cristina Husmark-Pehrsson, riksdagsledmot (M), f.d. statsråd, kommissionens vice ordförande

Klas Kärre, professor samt ordförande för Cancerfondens forskningsnämnd

Ingrid Burman, ordförande för Handikappförbunden

Curt Persson, ordförande i PRO

Laura Hartmann, analyschef på Försäkringskassan

Anders Milton, läkare och tidigare regeringens psykiatrisamordnare