

Ojämlig vård – ett hot mot vår sjukvård



Innehåll

Sammanfattning	1
1. Bakgrund	5
1.1 Direktiv till Kommissionen för jämlik vård	6
1.1.1 Huvuduppdrag och syfte	6
1.1.2 Arbetsformer	7
1.1.3 Ledamöter	7
2. Den enskilde patientens perspektiv	8
3. Den svenska hälso- och sjukvården är ojämlik	11
3.1 Geografiska skillnader	12
3.1.1 Väntetid lungcancer	14
3.1.2 Väntetid huvud- och halscancer	16
3.1.3 Trombolysbehandling	17
3.2 Ojämlikhet på grund av socioekonomiska förutsättningar	17
3.3 Kvinnor och män	19
3.4 Personer med funktionsnedsättning	20
3.5 Äldre	21
4. Orsaker till ojämlik vård	23
5. Personalsituation bidrar till ojämlik vård	26
6. Ekonomiska förutsättningar	29
7. Förslag för jämlik vård	33
7.1 Övergripande patientperspektiv	33
7.2 Nollvision för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	34
7.3 Patientens rätt till information och second opinion	35
7.4 Jämlik vård mellan befolkningsgrupper	39
7.5 Sjukvårdens organisation	41
7.6 Nationell styrning av sjukvården	43
7.7 Jämlik tillgång till läkemedel	45
7.8 Forskning, innovation och utveckling	48

Sammanfattning

Den svenska hälso- och sjukvården är ojämlik. Den vård och behandling som erbjuds befolkningen är beroende av bostadsort, om den enskilde är man eller kvinna, vilken utbildningsnivå och årsinkomst den enskilde har, om hen är född i Sverige, vilken åldersgrupp den enskilde tillhör, eller om den enskilde utöver den somatiska sjukdomen har en psykiatrisk diagnos eller en funktionsnedsättning.

Ojämligheterna är stora och bestående. Att det förhåller sig så har politiska, administrativa och kliniska beslutsfattare på alla nivåer inom hälso- och sjukvården, från regeringen till minsta vårdcentral, känt till i årtionden. Men kraftfulla åtgärder har uteblivit.

Kommissionen för jämlik vård anser att ojämlik vård är särskilt allvarlig för ett land som Sverige. Vårt sjukvårdssystem med solidariskt finansierad vård via skattsedeln bygger på att vården ska finnas på plats för alla när vi behöver den. Det givna löftet till befolkningen rör sig inte om enkel bassjukvård. Den enskilde ska erbjudas sjukvård av hög kvalitet som utgår från vårdbehovet och med beaktande av vetenskap och beprövad erfarenhet. Den svenska sjukvården ska – som ledande politiker oavsett partifärg genom åren ständigt återkommit till – vara världsledande.

I denna slutrapport lyfter Kommissionen fram ett antal exempel på ojämlikheter inom hälso- och sjukvården som bygger på sjukvårdens egen rapportering och analyser av centrala myndigheter och andra aktörer. Vissa exempel är mer upprörande än andra. I några delar av Sverige får patienter med lungcancer vänta i genomsnitt 40–55 dagar från remiss till behandlingsbeslut. För patienter med lungcancer – en sjukdom där 75 procent av patienterna har avlidit inom ett år efter diagnos – utgör varje dag av väntan en oacceptabel vårdskandal.

Vad är det som gör att hälso- och sjukvården ännu präglas av omfattande ojämlikheter? Varför ska i genomsnitt 10 personer varje dag året om behöva dö i sjukdomar som sjukvården hade kunnat åtgärda? Kommissionen är övertygad om att svaren framför allt ligger i att sjukvården fortfarande inte utgår från varje enskild patient och dennes behov. Det borde vara självklart att sjukvården ska vara patientcenterad. En mer jämlik vård är möjlig endast om den enskilde får verklig makt över sjukvården. Perspektivet måste förskjutas till den enskilde medborgaren och patienten. Den enskildes vårdbehov ska vägleda sjukvården. I varje given vårdssituation ska endast hänsyn tas till det aktuella vårdbehovet. Den vårdinsats som patienten och vårdgivaren kommer överens om ska inte väga in ekonomiska, personella eller administrativa konsekvenser.

Ett sådant synsätt medför konsekvenser. Patienten måste ha verktyg som gör det möjligt att jämföra olika vårdalternativ och göra ett medvetet val. Sjukvården måste på enhetsnivå på ett transparent sätt mäta och redovisa vårdresultat och kvalitet. Verklig patientmakt innebär också att de geografiska gränser som utgörs av landstingen kommer att få mindre betydelse. Patienten ska ha tillgång till bästa möjliga sjukvård varhelst den finns, konsekvenserna för sjukvårdssystemet är underordnat.

Kommissionens grundläggande utgångspunkt för resonemang, avväganden och förslag i denna slutrapport utgörs av portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Den tar sikte på den enskilde medborgaren och inte på hälso- och sjukvårdssystemet: *Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.*

Till denna definition ska läggas att jämlik vård också ska beskrivas som en vård som skapar jämlikhet i det som hälso- och sjukvården åstadkommer i form av vårdresultat och hälsoutfall. Kommissionen anser att jämlik vård inte ska begränsas till vad sjukvården är skyldig att erbjuda, utan även måste omfatta utjämnade skillnader i hälsoutfall.

Kommissionen föreslår i denna rapport ett antal åtgärder för en mer jämlik sjukvård som utgår från patientperspektivet. Vi anser att kraftfulla åtgärder måste vidtas. Annars kommer den ojämlika vården på längre sikt utgöra ett hot mot hela sjukvårdssystemet.

Kommissionen för jämlik vård lägger fram följande 17 förslag i syfte att bidra till en mer jämlik hälso- och sjukvård:

- En nollvision för dödsfall på grund av ojämlik vård införs. Socialstyrelsen ska ges ett utökat uppdrag att kartlägga och redovisa hur många människor som bedöms dö i onödan. Nollvisionen ska utgöra ett långsiktigt mål. Utredningen ska även ta fram förslag på etappmål. Genom att fastslå nollvisionen i riksdagen tydliggörs att onödiga dödsfall inte är acceptabelt.
- Alla ska oavsett hälsotillstånd ha en generell rätt till en ny medicinsk bedömning, en second opinion. Det innebär en avsevärd skärpning jämfört med den patientlag som nyligen trätt i kraft.
- Alla ska oavsett förutsättningar få tydlig information om de rättigheter man har som patient. Sjukvården lever inte upp till sitt ansvar att tydligt informera. Betydande resurser måste avsättas både på nationell och regional nivå för informationsinsatser. Socialstyrelsen ska varje år följa upp hur information från landstingen riktad till patienterna har målgruppsanpassats.
- Alla har rätt att få ta del av sjukvårdens resultat. Landsting ska publicera patientanpassad information om vårdresultat på enhetsnivå. Ett särskilt pilotprojekt skulle kunna genomföras av 1177 Vårdguiden att via webb och telefon informera patienter om vårdresultat för enskilda sjukhus för utvalda diagnoser.

- Landstingen måste med betydligt större kraft agera mot ojämlik vård mellan olika befolkningsgrupper. Kartläggning och synliggörande av skillnader på lokal nivå – exempelvis gällande olika behandlingsbeslut avseende socio-ekonomi, kön, ålder, funktionsnedsättning, eller mellan utbildningsnivåer och etniciteter – kan utgöra grunden för en öppen diskussion inom vården om vårdpersonalens egna beslut och förhållningssätt.
- Alla landsting bör inrätta en särskild fristående regional samordnare för jämlik vård. En samordnare kan utreda strukturella ojämlikheter inom sjukvården och snabbt ge förslag på konkreta åtgärder mot ojämlik vård.
- Kunskap om förhållanden i samhället som påverkar hälsan för enskilda och för grupper bör införas som ett examensmål inom läkar- och sjuksköterskeutbildningarna, liksom kunskaper om hur denna information förmedlas till medborgarna.
- Landstingen måste ge vården bättre förutsättningar att möta varje patient utifrån dennes behov och egenskaper. Ersättningar till vårdgivare måste i högre grad ta hänsyn både till vårdbehovet och den enskilde patientens förutsättningar och egenskaper.
- Regionala cancercentrum, RCC, är ett första steg mot sjukvård i större regioner, utan förändring av sjukvårdens huvudmannaskap. Förutsatt att Regionala cancercentrum (RCC) kommer att fungera som tänkt, är en önskvärd fortsättning sjukvård i större regioner även för andra diagnosområden.
- På länge sikt kan hela hälso- och sjukvården kan organiseras i större sjukvårdsregioner. Alternativt kan universitets- och regionsjukhus förstatligas och ges ett större uppdrag jämfört med i dag. Regeringen bör förutsättningslöst utreda sjukvårdens framtida organisation där jämlik och personcentrerad vård ska utgöra ett tydligt nationellt mål.
- Staten bör ta fullt kostnadsansvar för alla nya innovativa läkemedel under de första tre åren efter att ett läkemedel fått tillstånd för försäljning av EU:s läkemedelsmyndighet EMA och godkänts för pris av myndigheten TLV. Det ger en mer jämlik läkemedelsanvändning och tryggar patienternas tillgång till de bästa behandlingsmetoderna.
- Endast ett nationellt system kan skapa jämlik tillgång till läkemedel. När ett läkemedel godkänts inom förmånssystemet ska det omedelbart kunna förskrivas av läkare och nå patienter oavsett bostadsort. All överprövning av ett läkemedel på landstingsnivå bidrar till ojämlik vård och måste upphöra.
- Patienter skall ha rätt att få information om relevanta forskningsstudier. En nationell webb-baserad forskningsportal bör inrättas som gör det möjligt att söka och kontakta forskare som planerar studier, oavsett var i landet dessa skall bedrivas.

- Patienter har unika kunskaper om sin egen sjukdom och kan ta aktiv del och bidra inom olika forskningsprojekt. Regeringen bör anslå särskilda medel för forskningsmedverkan riktat till patientorganisationer.
- Sjukvården måste organiseras så att infrastruktur som IT-stöd, journalsystem, biobanker stödjer nationellt samordnad diagnostik, behandling och forskning.
- Sjukvårdshuvudmännens uppdrag till vården måste tydligt innefatta krav på och ökade resurser till forskning. Förutsättningarna för forskning måste stärkas så att det blir lockande för sjukvårdspersonal att kombinera klinisk och vetenskaplig verksamhet.
- Alla specialtläkare måste garanteras fortbildning för att följa med i den medicinska utvecklingen. Specialistläkare ska genomgå kontinuerlig fortbildning som ett krav för att få behålla specialistbevis.

1. Bakgrund

Vid årsskiftet 2011/2012 tillsatte LIF – de forskande läkemedelsföretagen Kommissionen för jämlik vård med uppdraget att oberoende utreda, analysera och initiera debatt kring hur patienter i Sverige ska få jämlik tillgång till vård och omsorg av bästa möjliga kvalitet. Sedan dess har medvetenheten om ojämlikheten i vården ökat. Frågan om den ojämlika vården har blivit en av de mest brännande frågeställningarna i debatten om vård och omsorg, med bl.a. uppdrag till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen att inom ramen för Öppna jämförelser också titta på jämlikhet i vården. Kommissionens arbete har dessutom bidragit till bl.a. kunskap/fokus på frågan om second opinion m.m.

Genom ett gemensamt initiativ mellan Cancerfonden och LIF har Kommissionens uppdrag förlängts till och med den 31 december 2014. Tanken är att Kommissionen ska ges tillräcklig med tid för att göra en allsidig belysning av de komplexa frågeställningar som uppdraget omfattar.

Kommissionen har under de senaste dryga tre åren bedrivit omfattande opinionsbildnings- och utredningsarbete. Debattartiklar har publicerats i Dagens Nyheter, Svenska Dagbladet och Göteborgsposten. Två rapporter har tagits fram: "Är ojämlikheten i vården ofrånkomlig?" (Juli 2013) och "Patienten eller landstinget – vem ska ha makten i svensk sjukvård?" (Juli 2012). Kommissionen har deltagit i seminarier ordnade både av SKL, Socialstyrelsen, Stockholms läns landsting och det civila samhället och Cancerfonden. Utöver 3 almedalsseminarier, seminariet på Kvalitetsmässan 2013 har kommissionen ordnat ytterligare 6 seminarier. Några av seminarierna refereras det till i rapporten. Totalt har cirka 600–700 personer deltagit i kommissionens seminarier. Patientorganisationer har erbjudits att både delta i seminarier och komma med egna förslag för att minska ojämlik vård. Kommissionen och dess ledamöter har utöver sin långa erfarenhet också fört samtal med professionen och företrädare för både patienterna, landstingen, industrin och det civila samhället. Utöver de nuvarande ledamöterna som står bakom rapporten och som finns förtecknade nedan har också följande personer deltagit i den första delen av kommissionens arbete: Hans Bergström, Docent, journalist och fristående kolumnist, Laura Hartman, Analys- och prognoschef Försäkringskassan, den numera avlidne Johnny Munkhammar, Riksdagsledamot (M), Annelie Nordström, Ordförande Kommunal och Utredningssekreterare Emma Ölmebäck, Utredare Kommunal, Dessutom har underlagsrapport skrivits av Ann-Christin Tauberman, skribent och f.d. Departementsråd och Generaldirektör; och som sekreterare har också under en tid tjänstgjort Henrik Kennedy, journalist.

1.1 Direktiv till Kommissionen för jämlik vård

1.1.1 Huvuduppdrag och syfte

Kommissionens huvuduppdrag kvarstår. Även om debatten kring jämlik tillgång till vård har intensifierats kvarstår de stora skillnaderna mellan landstingen och mellan olika patientgrupper. I Cancerfondsrapporten 2012 konstateras till exempel att överlevnaden för tolv vanliga cancerdiagnoser skiljer starkt mellan olika socioekonomiska grupper, trots att risken att insjukna är jämnt fördelad mellan grupperna. "Det innebär att 3 000 dödsfall i cancer hade kunnat undvikas om överlevnaden för samtliga patienter hade varit på samma nivå som för gruppen med den högsta socioekonomiska statusen", skriver Cancerfonden i rapporten.

Vidare ska Kommissionen ta nästa steg i frågan om ökad jämlikhet i vården genom att bredda frågeställningen till att även omfatta vårdens kvalitet. Sakta men säkert börjar kvalitetsaspekterna av vård och omsorg nu tränga in i debatten. Samtidigt är kvalitetsarbetet i sjukvården splittrat, ofokuserat och går för långsamt. Orimliga kvalitetskillnader mellan olika landsting består år efter år. Sannolikt är det patienter i utsatta grupper, till exempel de med låga inkomster och låg utbildning, som är de stora förlorarna i vad som närmast framstår som ett kvalitetslotteri.

Huvuduppdraget kvarstår:

Att oberoende utreda, analysera och initiera debatt kring hur alla får jämlik tillgång till vård och omsorg av bästa möjliga kvalitet.

Nästa steg:

- Att belysa behovet av att samma krav ställs på vårdens kvalitet över hela landet.
- Att belysa hur olika sätt att se på och arbeta med frågor om vårdens kvalitet leder till ojämlik vård.
- Att formulera principer för nationella riktlinjer ifråga om definition, uppföljning och premiering av kvalitet inom svensk sjukvård.

Kommissionens mål:

- Fortsätta öka medvetenheten om ojämlikheten i vården.
- Bygga kunskap och medvetenhet om kopplingen mellan kvalitet och jämlikhet i vården hos allmänheten och beslutsfattare.
- Lägga förslag på hur vi i Sverige ska uppnå en ökad jämlikhet inom en högkvalitativ sjukvård.

1.1.2 Arbetsformer

Kommissionens arbete har två samverkande spår, dels ett utåtriktat och dels ett med fokus på analys- och utredningsarbete. Kommissionen avser att, via seminarier och öppna möten, inhämta kunskap och viktiga infallsvinklar och genom ett internt analysarbete arbeta fram en rapport med förslag till åtgärder för ökad jämlikhet och högre kvalitet i svensk sjukvård.

Kommissionen arbetar oberoende och självständigt. Kommissionens ledamöter ansvarar för de frågeställningar, rapporter och slutsatser som presenteras.

1.1.3 Ledamöter

Kommissionen för jämlik vård som avlägger denna slutrapport består av:

Ordförande: Ilija Batljan, vice vd på Rikshem, f.d. landstingspolitiker (S)

Vice ordförande: Cristina Husmark-Pehrsson, f.d. socialförsäkringsminister och riksdagsledamot (M)

Klas Kärre, professor samt ordförande för Cancerfondens forskningsnämnd

Ingrid Burman, ordförande för Handikappförbunden

Curt Persson, ordförande i PRO

Anders Milton, läkare, statlig utredare och tidigare regeringens psykiatrisamordnare

Avsikten med Kommissionens sammansättning är att ledamöternas olika perspektiv och samlade kompetens ska borge för en grundlig och mångsidig debatt om jämlikhets- och kvalitetsaspekter på svensk sjukvård.

Kent Björkqvist har varit huvudsekreterare för kommissionen och kommunikationsföretaget *Hallvarsson & Halvarsson* har hanterat administrativa uppgifter.

2. Den enskilde patientens perspektiv

Vad är det som gör att hälso- och sjukvården – efter minst ett decennium av omfattande debatt och opinionsbildning, framtagande av otaliga lägesrapporter, nationella strategier och plattformar – ännu präglas av omfattande ojämlikheter, både geografiska och sociala? Varför har så lite hänt i praktiken? Varför ska i genomsnitt 10 personer varje dag året om behöva dö i sjukdomar som sjukvården hade kunnat åtgärda? Detta samtidigt som ledande politiker oavsett partifärg genom åren ständigt återkommit till att den svenska sjukvården ska vara världsledande.

Kommissionen för jämlik vård är övertygad om att svaren på ovanstående frågor framför allt ligger i att sjukvården fortfarande inte utgår från varje enskild patient och dennes behov. Det borde vara självklart att sjukvården ska vara patientcenterad. Och lika självklart att den enskilde vid varje givet tillfälle ska erbjudas bästa möjliga sjukvård sett till vårdbehovet och med beaktande av vetenskap och beprövad erfarenhet. Något annat mål är heller inte möjligt i ett system med en solidariskt finansierad sjukvård.

Likväl består omfattande ojämlikheter. Den nya patientlag som trädde i kraft 2015 är i detta sammanhang otillräcklig. Den förtydligar patientens rättigheter i vissa avseenden, och samlar ihop lagregler som redan tidigare fanns upptagna i hälso- och sjukvårdslagen. Patientlagen förändrar dock inte rådande maktordning, dvs att det är landstingen som var för sig avgör vilken vård medborgarna ska erbjudas.

Kommissionen är övertygad om att en mer jämlik vård är möjlig endast om den enskilde får verklig makt över sjukvården. Perspektivet måste förskjutas till den enskilde medborgaren och patienten. Den enskildes vårdbehov ska vägleda sjukvården. I varje given vårdssituation ska endast hänsyn tas till det aktuella vårdbehovet. Den vårdinsats som patienten och vårdgivaren kommer överens om ska inte väga in ekonomiska, personella eller administrativa konsekvenser.

Ett sådant synsätt medför konsekvenser. Patienten måste ha verktyg som gör det möjligt att jämföra olika vårdalternativ och göra ett medvetet val. Sjukvården måste på enhetsnivå på ett transparent sätt mäta och redovisa vårdresultat och kvalitet. Verklig patientmakt innebär också att de geografiska gränser som utgörs av landstingen kommer att få mindre betydelse. Patienten ska ha tillgång till bästa möjliga sjukvård varhelst den finns, konsekvenserna för sjukvårdssystemet är underordnat.

Kommissionens grundläggande utgångspunkt för resonemang, avväganden och förslag i denna slutrapport utgörs av portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Den tar sikte på den enskilde medborgaren och inte på hälso- och sjukvårdssystemet:

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

Lagstiftaren uttrycker i portalparagrafen att vården ska vara jämlik. Med denna utgångspunkt konstaterar Kommissionen att en jämlik vård, i anslutning till lagens förarbeten, innebär följande:

att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, ekonomisk situation, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Till denna definition ska läggas att jämlik vård också ska beskrivas som en vård som skapar jämlikhet i det som hälso- och sjukvården åstadkommer i form av vårdresultat och hälsoutfall. Kommissionen anser att jämlik vård inte ska begränsas till vad sjukvården är skyldig att erbjuda, utan även måste omfatta utjämnade skillnader i hälsoutfall.

Det finns flera skäl till att mål för vårdens resultat bör vara vägledande i arbetet med att finna åtgärder och reformer för en mer jämlik vård. Ett sådant skäl är att mål för utfall på ett tydligt sätt pekar mot den enskilda patienten och dennes individuella behov och önskemål. Patientperspektivet har under de senaste decennierna stärkts i Sverige. Mycket talar för att en ökad förståelse för varje patients kontext gör vården mer ändamålsenlig. En definition som betonar jämlikhet i utfall pekar också mot uppföljning av vårdens kvalitet och resultat. Även detta är områden som fått ökad betydelse under de senaste decennierna och som sannolikt utvecklar sjukvården.

Kommissionen ansluter sig till denna bredare definition av jämlik vård, där utfallet betonas, dock med tydliga avgränsningar. Således kommer kommissionen inte att lämna förslag inom breda folkhälsoområden, som insatser kring rökavvänjning, kost och motion. Dessa insatser är viktiga men faller utanför Kommissionens uppdrag.

Kommissionen vill här också betona att högkvalitativ jämlik vård kräver framsteg, vilka kan leda till temporära ojämlikheter. Tillfälliga kvalitetsskillnader baserade på att vissa landsting och kliniker är innovativa, går före och introducerar nya behandlingsformer och läkemedel är motiverade och är nödvändiga för fortsatta framsteg. Förutsättningen är emellertid att de nya och bättre behandlingarna successivt introduceras så att allt fler patienter får ta del av dem. Intrycket är att så ofta inte är fallet. Istället tenderar skillnader och ojämlikhet att befästas.

Kommissionen konstaterar att den bestående ojämlikhet som finns inom vården strider mot Hälso- och sjukvårdslagens krav på likvärdig vård på lika villkor till alla.

3. Den svenska hälso- och sjukvården är ojämlik

Det finns otaliga belägg för att hälso- och sjukvården är ojämlik. I detta avsnitt visar vi ett antal olika exempel som omfattar ojämlikheter gällande geografi, socioekonomi, kön, födelseort, funktionsnedsättning och ålder. Exempelen är inte heltäckande utan visar på den stora bredden av ojämlik vård. Varje år dör tusentals personer i Sverige på grund av ojämlik vård. Många fler utsätts för lidande och onödig extra vård därför att vården från början varit ojämlik. Det faktum att det inte finns en exakt siffra är bestickande och visar att frågan om jämlik vård hittills inte varit prioriterad.

Ett sätt att visa på att relativt sett många människor dör onödigt tidigt på grund av ojämlik vård är att analysera "sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet", som mäts utifrån ett antal diagnoser där medicinska insatser som tidig upptäckt eller behandling kan påverka utfallet. Exempel på diagnoser som ingår är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. Åldrarna som ingår är 1–79 år. Jämförelsen är åldersstandardiserad.

Diagram A. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2010–2013, patienter per 100 000 innevånare, kvinnor per landsting.

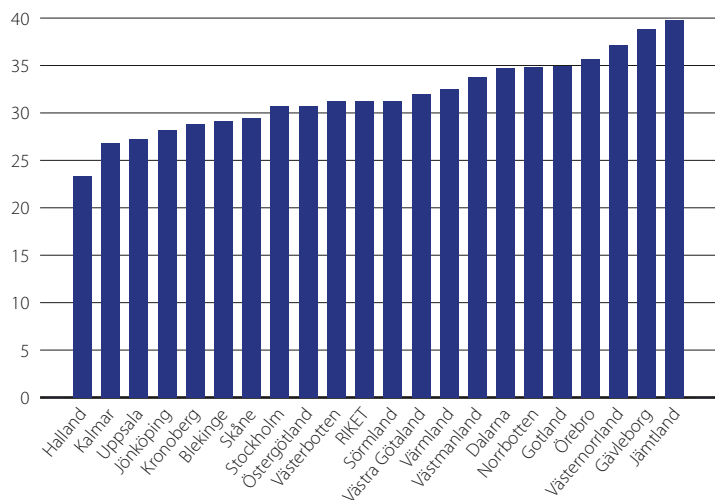
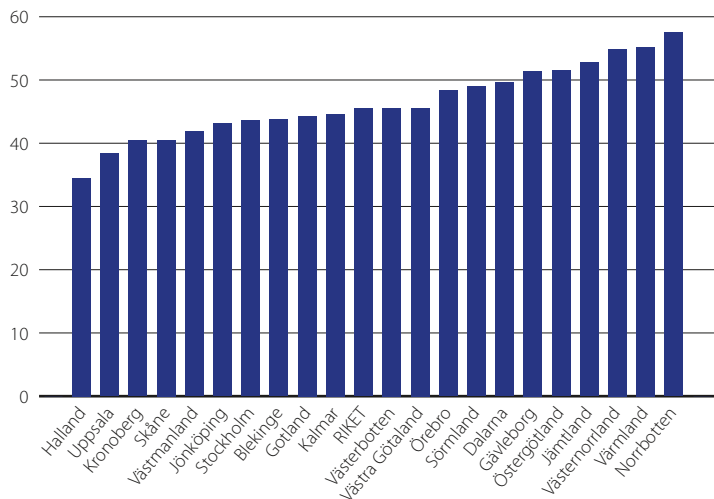


Diagram B. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2010–2013, patienter per 100 000 innevånare, män per landsting.



Källa: SKL och Socialstyrelsen, Öppna jämförelser 2014

Resultatet skiljer mellan olika landsting från 23,4 döda kvinnor och 34,5 döda män per 100 000 invånare i Halland till 57,5 döda per 100 000 män i Norrbotten. Det är en skillnad när det gäller män på ofattbara 23 procentenheter mellan bästa och sämsta landsting. De relativa skillnaderna är detsamma för kvinnor trots att den absoluta är mindre för kvinnor, 16,4 procentenheter. Det faktiska antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall var 13 491 sammantaget för åren 2010–2013, varav 5 739 kvinnor och 7 752 män (stroke, diabetes och cancer i livmoderhalsen har störst påverkan på den sjukvårdsrelaterade dödligheten).

3.1 Geografiska skillnader

Oavsett vilka mått som används när det gäller sjukvårdens kvalitet och effektivitet finns det tydliga skillnader mellan landstingen. I 2012-års rapport om öppna jämförelser angående hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – som tagits fram i samarbete mellan Socialstyrelsen och SKL, – konstateras att det bland annat finns tydliga regionala ojämlikheter när det gäller exempelvis njursjukvård och behandling av benskorhet.¹⁾

¹⁾ SKL & Socialstyrelsen – Öppna jämförelser angående hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2012.

Stora ojämlikheter är tydliga oavsett vilka indikatorer som används. Andelen med vårdrelaterade infektioner våren 2014 skiljer sig från 4,6 procent till 12,9 procent mellan bästa och sämsta landsting.

Väntetiden för vård skiljer sig också mycket mellan olika landsting. I mars 2014 fick 99 procent av patienterna på Gotland och i Halland behandling i specialiserad vård inom vårdgarantins 90 dagar, medan endast 71 procent av patienterna i Västerbotten och 80 procent i Örebro fick det.

Nedan refereras till andra exempel på geografisk ojämlikhet. Dödligheten i tumör-sjukdomar står för cirka en fjärdedel av dödligheten i Sverige. I Socialstyrelsens kartläggning av insjuknande och överlevnad för någon av de 12 vanligast förekommande cancerdiagnoserna visar överlevnadsanalyserna per region och län skillnader. Ofta är skillnaderna mer markanta på länsnivå. När det gäller skillnader i överlevnad mellan länen uppskattas antalet potentiellt åtgärdbara förtida dödsfall i cancersjukdomar till cirka 950 bland män och knappt 500 bland kvinnor efter fem års uppföljning.²⁾

Socialstyrelsen rekommenderar att multidisciplinära konferenser, det vill säga gemensamma bedömningar av olika specialister, används både inför behandlingsstart vid nyupptäckt cancer och efter canceroperationen vid planering av fortsatt behandling. Enligt Socialstyrelsen visar det sig t ex att i 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.³⁾

År 2013 drabbades var 14:e kvinna i Jämtland, som opererats för bröstcancer, av omoperation på grund av komplikationer, medan motsvarande gäller enbart var 100:e kvinna i Blekinge, Gävleborg, Västernorrland, Jönköping och Skåne. I Väster-norrland och Värmland fick var nionde person sitt ben amputerat efter operation av kärlförträngning i ben. Motsvarande siffra för hela landet år 2013 var var femtonde person av knappt 2 500 opererade patienter.

Socialstyrelsen har också lyft fram tre prioriterade områden som behöver harmoni-seras ytterligare gällande de geografiska skillnaderna; avgifter, kompetens och läke-medel. Kostnaden för ett besök i öppenvård kan exempelvis skilja sig från 65 kronor till 200 kronor, beroende på landsting. Tillgången på specialistkompetens varierar kraftigt över landet, vilket ställer höga krav på att landstingen remitterar patienter vidare när kompetens saknas i hemlandstinget. Tyvärr fungerar remitteringen mellan lands-tingen dåligt, troligen på grund av kostnader och regionala prioriteringar. Lands-tingen väljer helt enkelt att erbjuda patienterna sämre vård till förmån för bättre eko-

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

³⁾ Nationell utvärdering 2013 – Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård – Indikatorer och underlag för bedömningar.

nomiska resultat i den egna budgeten. Att läkemedelsförskrivningen skiljer sig i så hög grad över landet tros också vara ett resultat av regionala ekonomiska begränsningar.

En trolig anledning att skillnaderna ovan inte åtgärdas kan vara att det fortfarande finns brister på kunskap om vilka skillnader som är väsentliga och omotiverade. Myn-digheten Vårdanalys gick igenom ett antal indikatorer avseende hälso- och sjukvår-dens kvalitet och lyfte fram ett antal skillnader som ansågs vara väsentliga och omoti-verade⁴⁾. Kommissionen använde almedalsseminariet 2014 för att diskutera Vårdana-lyns rapporter om ojämlik vård. Vi presenterar nedan tre viktiga kvalitetsindikatorer uti-från Vårdanalyisrapporten som alla påvisar stora omotiverade och väsentliga skillnader i vårdens kvalitet mellan landstingen.

3.1.1 Väntetid lungcancer

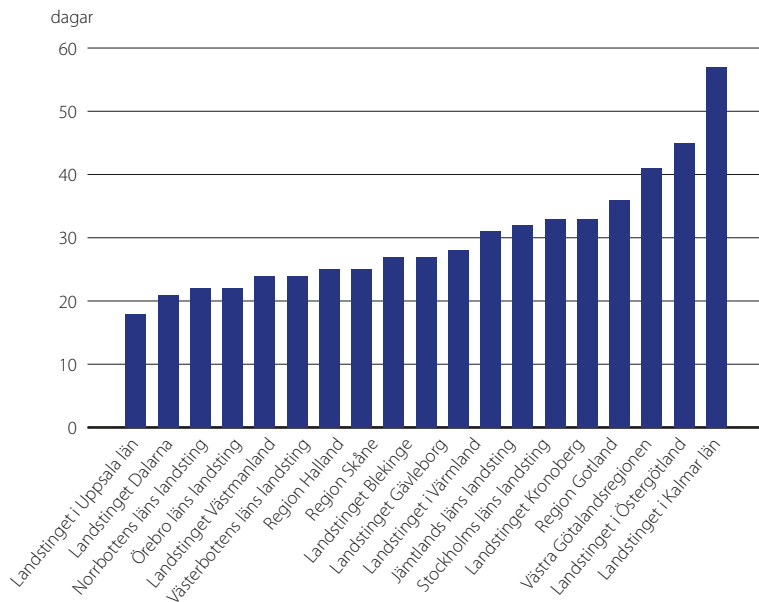
Lungcancer är den cancerform i vilken flest personer avlider och är med cirka 3 500 insjuknande patienter varje år den femte vanligaste cancerformen i Sverige. Det uppenbart att väntan på ett sjukdomsbesked och beslut om behandling är fråga om liv och död. Enligt Socialstyrelsen har cirka 70 procent av alla patienter med lungcan-cer en långt framskriden sjukdom redan vid tiden för diagnos, tre fjärdedelar av dessa avlider inom ett år⁵⁾, och femårsöverlevnaden endast är cirka 12–15 procent⁶⁾. Därför är väntetiden mellan remissankomst och diagnosdatum, samt mellan remissankomst till beslut om behandling, en viktig kvalitetsindikator för vården.

⁴⁾ Vårdanalys. Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården? Delrapporter av regeringsuppdrag S2012/8855/SAM.

⁵⁾ Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården – från remiss till diagnos och behandling. 2012.

⁶⁾ Coleman MP, Bryant H, Butler J, Rachet B, Maringe C, Nur U, et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995–2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet*. 2011;377(9760):127–38.

Diagram C. Medianväntetid (antal dagar) från remiss till beslut om behandling per landsting.



Källa: Socialstyrelsen och SKL

Den Svenska Lungcancerstudiegruppen rekommenderar att första besöket ska ske inom 7 dagar från det att remiss ankommit till specialistklinik. Det ska sedan ta högst 21 dagar (varav max 10 dagar till en skiktröntgenundersökning är utförd) till behandlingsbeslutet. Sammantaget rekommenderar gruppen att det för 80 procent av patienterna ska ta max 28 dagar från det att remissen anlånt till att beslut om fortsatt behandling är fattat⁷⁾. Det innebär att godtagbar kvalitet uppnås om 80 procent av patienterna får vård inom max 28 dagar. Diagrammet ovan visar omotiverad och väsentlig skillnad mellan landsting och regioner i väntetider vid lungcancerbehandling. Till exempel var år 2011 väntetiden i Kalmar mer än tre gånger så lång som i Uppsala och väntetiden i Östergötland och Jönköping var dubbelt så lång som i Dalarna, Norrbotten och Örebro.

En intressant fråga är vad som händer med omotiverade skillnaderna över tid. Tyvärr saknar vi längre tidsserier för att kunna göra genomarbetade analyser. Enkla analyser antyder dock att den inbördes ordningen mellan landstingen är relativt bestående,

⁷⁾ Hillerdal G. Kortare väntetider ett kvalitetskrav vid utredning av lungcancer. Läkartidningen. 1999;96(43):4691.

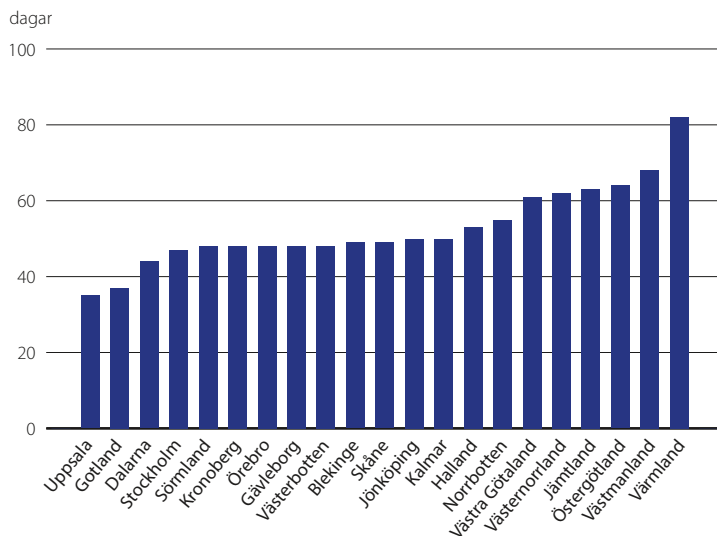
det vill säga de landsting som har sämre utfall och långa väntetider fortsätter med detta år efter år (beräkningar av korrelation mellan mediantid avseende år 2007 och år 2011 visar på en hög korrelation, 79 procent, mellan dessa två år).

En uppföljning av mediantider som omfattade 3 396 patienter som behandlades under 2012–2013 visade att Jönköping (median 45 dagar), Östergötland (40), Väster-norrland (39), Västra Götaland (36) och Kalmar (36) fortfarande ligger i botten. Det är intressant att Kalmar sänkt mediantiden till 36 dagar, men samtidigt väntade 25 procent av patienterna i Kalmar mer än 85 dagar under 2012–2013. Jönköping var det sämsta landstinget där 25 procent av patienterna fick vänta mer än 95 dagar från remissankomst till behandlingsbeslut under 2012–2013. Detta tyder på vård av permanent dåligt kvalitet. I hela landet var det närmare 850 patienter (25 procent) som fick vänta mer än 51 dagar på ett behandlingsbeslut under åren 2012 och 2013.

3.1.2 Väntetid huvud- och halscancer

En annan indikator som Vårdanalys lyfter fram som indikator med omotiverade skillnader är väntetid till behandlingsbeslut vid huvud- och halscancer.

Diagram D. Medianväntetid (antal dagar) till behandlingsbeslut vid huvud- och halscancer per landsting.



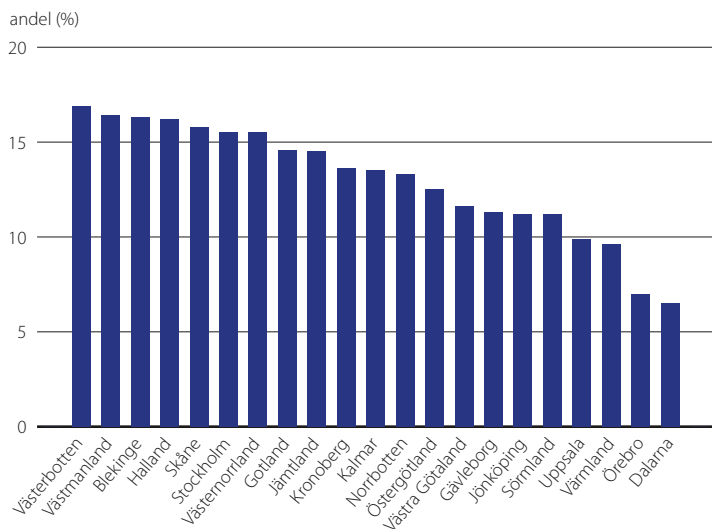
Diagrammet ovan visar de stora skillnaderna. Det som inte framgår från medianti-

derna, men som är mycket anmärkningsvärt att cirka 25 procent av patienterna i Jämtland och Västmanland väntat längre än 100 dagar. I Värmland har dessutom 25 procent väntat på behandlingsbeslut längre än 120 dagar. Det är uppenbart att detta strider mot hälso- och sjukvårdslagen.

3.1.3 Trombolysbehandling

Trombolysbehandling har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna för stroke. Behandlingen har en mycket gynnsam effekt och minskar risken för funktionsnedsättning. Denna behandling ska kunna erbjudas vid samtliga akutsjukhus i landet. Det är därför anmärkningsvärt att skillnaderna är så stora som diagrammet nedan visar (med andelar från drygt 6 till närmare 17 procent). Myndigheten för Vårdanalys har konstaterat att dessa skillnader i vård är omotiverade och väsentliga.

Diagram E. Andel patienter som får reperfusionsbehandling (trombolys/trombektomi) vid stroke, per landsting, 2013. Avser patienter 18–80 år med hjärninfarkt.



3.2 Ojämlighet på grund av socioekonomiska förutsättningar

De sociala och socioekonomiska skillnaderna i vården är väldokumenterade. Medellivslängden ökar inte för alla. Mellan grupper med olika utbildningsnivå skiljer sig till exempel den återstående medellivslängden åt vid 30 års ålder. Personer med enbart

grundskoleutbildning lever kortare tid än personer med eftergymnasial utbildning.⁸⁾ 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 rörande behandling med läkemedel eller remittering till specialist.⁹⁾ Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar, men är fortfarande högre hos personer med lägre utbildning. Skillnaderna mellan utbildningsgrupperna är större än de regionala skillnaderna – för både män och kvinnor.

Varje år dör cirka 22 000 personer i cancer i Sverige vilket gör cancersjukdomar till den vanligaste dödsorsaken för personer under 80 år. Enligt Cancerfondens rapport är en patients överlevnad vid en cancerdiagnos kopplad till dennes socioekonomiska status. När man undersöker femårsöverlevnaden för all cancer är 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.¹⁰⁾ Även cancersjukdomar som drabbar högre socioekonomiska grupper i större utsträckning har större dödlighet bland lägre socioekonomiska grupper, t ex malignt melanom.

När Socialstyrelsen i sin rapport "Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad – utifrån regional och socioekonomisk indelning" analyserar de tolv vanligast förekommande tumörformerna finner de genomgående en bättre överlevnad i den högsta socioekonomiska gruppen. Den lägsta socioekonomiska gruppen har med något enstaka undantag klart sämre överlevnad.¹¹⁾ I samma rapport analyserar Socialstyrelsen överdödlighet relaterat till socioekonomi. Överdödligheten mäts genom att anta att alla grupper har samma dödlighet som den bästa socioekonomiska gruppen för respektive kön. Antalet förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas uppgår till 1 471 dödsfall för män och 1 530 för kvinnor¹²⁾ efter fem års uppföljning.

Enligt Socialstyrelsens rapport om utvärdering av tre vanligaste cancerformerna i Sverige¹³⁾ får patienter med tjock- och ändtarmscancer med en lägre utbildningsnivå inte i samma utsträckning den diagnostik och behandling som Socialstyrelsen

⁸⁾ Socialstyrelsen – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013.

⁹⁾ Socialstyrelsen – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013.

¹⁰⁾ Cancerfundsrapporten 2012.

¹¹⁾ Socialstyrelsen – Cancer i Sverige Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning – 2011.

¹²⁾ Socialstyrelsen – Cancer i Sverige Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning – 2011.

¹³⁾ Socialstyrelsen (2013). Nationell utvärdering 2013 – Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård – Indikatorer och underlag för bedömningar – 2013.

rekommenderar. Dessutom är resultatet av vården sämre än för dem med högre utbildning. Andelen som fått komplikationen perforerad tjocktarm är t ex lägst bland högutbildade och högst bland lågutbildade. Socialstyrelsen anser att det är anmärkningsvärt att lågutbildade löper högre risk att få perforerad tarm under operation.

Ytterligare tecken på ojämlikhet mellan utbildningsgrupper är att lågutbildade med ändtarmscancer opereras om i högre utsträckning på grund av komplikation än högutbildade. För samtliga indikatorer inom tjocktarms- och ändtarmscancervården 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. Samma tendenser när det gäller skillnader i behandling finns också inom bröst- och prostatacancervården. Att lågutbildade män (som har hög risk för prostatacancer) i lägre utsträckning genomgår skelettundersökning än högutbildade är ytterligare ett exempel.

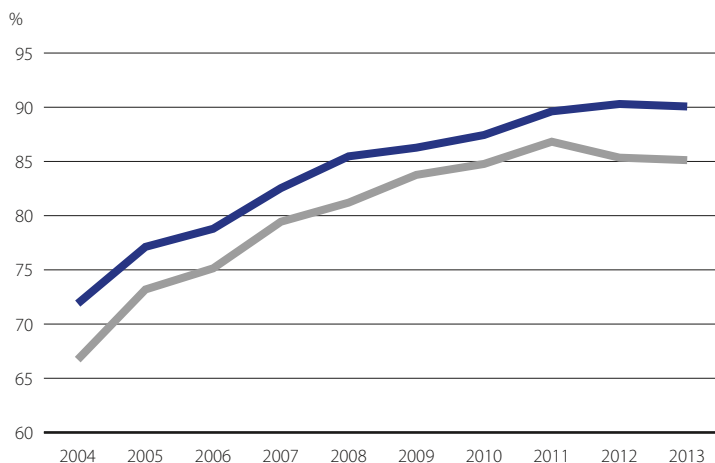
Warfarin är ett läkemedel som bidrar till att minska risk för stroke och död. I de nationella riktlinjerna för läkemedelsbehandling vid stroke orsakat av hjärninfarkt anges att behandling med blodproppsförebyggande medel som Warfarin och Dipyridamol bör vara rutin. Enligt Vårdanalys finns omotiverade och väsentliga socioekonomiska skillnader vid behandling med warfarin och dipyridamol. Lågutbildade får warfarin och dipyridamol i lägre utsträckning (ca 20 procent lägre sannolikhet) än högutbildade vid stroke.

3.3 Kvinnor och män

I olika rapporter, exempelvis Socialstyrelsens rapport: Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården, har skillnader i vård och behandling mellan kvinnor och män analyserats. Här lyfter vi fram exempel från hjärt- och kärlsjukvården. Vårdinsatserna vid hjärt- och kärlsjukdom skiljer sig mellan män och kvinnor. Män får oftare än kvinnor högspecialiserade behandlingar, exempelvis inopererad hjärtdefibrillator vid ökad risk för plötslig död och pacemaker vid svårt hjärtsvikt. (Källa: Den jämlika vårdens väntan, Socialstyrelsen 2011.)

Kronisk hjärtsvikt är i många fall dödligt. Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare och/eller kombinationsbehandling med betablockare har visat minska risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och mortalitet. Enligt Vårdanalys finns det fortfarande omotiverade och väsentliga könsskillnader i läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt med endast RAAS-hämmare, samt med kombinationsbehandling med betablockare. Könsskillnaden är påtaglig i Stockholms läns landsting. Att det fortfarande finns en tydlig skillnad i riket mellan kvinnor och män framgår av diagrammet på nästa sida.

Diagram F. RAAS-hämmande behandling efter hjärtinfarkt, kvinnor och män, riket (SKL, Öppna jämförelser 2014)



3.4 Personer med funktionsnedsättning

Det finns fortfarande stor okunskap och relativt få studier om behandling av personer med funktionsnedsättning.

Tyvärr visar olika exempel att inte heller sjukvården för personer med funktionsnedsättning är jämlik.¹⁴⁾ 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.¹⁵⁾ Ett annat skäl kan vara att man inte erbjuder dem högkvalitativ behandling i samma utsträckning som dem utan funktionsnedsättning.

Ett annat exempel kan hämtas från hjärt- och kärlsjukvården. Efter hjärtinfarkt används s.k. ballongutvidgning (PCI) i syfte att öppna upp tilltäppta blodkärl. PCI-behandling har en bevisad effekt på minskad dödlighet för patienter med akut hjärtinfarkt samt bör ges till alla patienter om inte direkta medicinska skäl föreligger. Personer med psykisk sjukdom får PCI-behandling i lägre grad än personer utan psykisk

¹⁴⁾Socialstyrelsen – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013.

¹⁵⁾Socialstyrelsen – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013.

sjukdom. Sannolikheten att få PCI är 50 procent lägre för kvinnor respektive 40 procent lägre för män med psykos. Detta utgör enligt Myndigheten för Vårdanalys en omotiverad och väsentlig skillnad i vård.

3.5 Äldre

Behovet av insatser från sjukvården ökar när man blir äldre. Äldre personer har ofta flera, sammansatta sjukdomar samtidigt. Vården ska vara tillgänglig för äldre och ingen ska nekas vård eller medicinsk behandling på grund av ålder. Trots detta finns många exempel på åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården. Risken finns att sjukvården oftare behandlar symptomen och inte orsakerna när det gäller äldre patienter. Cancerfonden visar hur behandling varierar beroende på ålder. Få äldre ingår i kliniska studier, vilket kan leda till att äldre får fel behandling, eftersom det inte finns tillräcklig forskning på äldre patienter.

Enligt Socialstyrelsen ordineras äldre kvinnor oftare läkemedel som kan orsaka förvirring och fall jämfört med män i samma ålder. Att just äldre kvinnor får sämre behandling går att se i många rapporter och avseende olika diagnoser. Till exempel är det, enligt Öppna jämförelser, ett faktum att alltför få kvinnor som fått en benskörhetsfraktur behandlas med läkemedel som stärker skelettet. I dag upphör screening för livmoderhalscancer vid 64 års ålder och mammografi vid 74 år.

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. 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 medicin alls eller får läkemedel som enligt den senaste forskningen saknar effekt.¹⁶⁾

Underbehandlingen gäller framförallt kvinnor och personer äldre än 80 år, 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 förmaksflimmer får warfarinbehandling. En adekvat behandling skulle, enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, minska antalet strokefall med 5 000 om året.¹⁷⁾

¹⁶⁾ SBU – Rapport – Förmaksflimmer – förekomst och risk för stroke 2013.

¹⁷⁾ SBU – Rapport – Förmaksflimmer – förekomst och risk för stroke 2013.

Professor Peter J Svensson, en av forskarna bakom SBU-rapporten har till Sydsvenska Dagbladet uppskattat att en fördubbling av warfarinbehandlingen skulle kunna leda till att mer än 1 000 liv räddas varje år.¹⁸⁾

Ett uppmärksammat fall av en diskriminerande syn på äldre, som diskuterades på ett av Kommissionens seminarier i Stockholm våren 2014, var när myndigheten TLV 2013 skulle fatta beslut om ett läkemedel mot prostatacancer skulle subventioneras och ingå i läkemedelsförmånerna. I ett underlag inför beslutet skrev TLV följande kring den äldre åldersgruppen:

"... För den här åldersgruppen av patienter tillkommer indirekta kostnader eftersom produktion minus konsumtion resulterar i ett underskott. Förlängd överlevnad för den här åldersgruppen ger därmed upphov till ökade samhällskostnader..."

Formuleringen ovan kring äldre patienter antyder att den hälsoekonomiska effekten blir lägre för patienter som gått i pension eftersom de inte kan återgå till arbete efter behandling med läkemedlet. Myndigheten fick hård kritik. Formuleringen ansågs bland annat av pensionärsorganisationerna vittna om en syn på sjukvården som en segmenterad försäkring, där försäkringsinnehållet anpassas utifrån olika förutsättningar, i det här fallet ålder. Organisationen PRO anmälde även myndigheten till Diskrimineringsombudsmannen. Senare har TLV medgett att formuleringen var olycklig och fallet har påverkat processen för hur myndigheten gör ekonomiska bedömningar inför subventionsbeslut kring läkemedel.

¹⁸⁾ Sydsvenska Dagbladet, 130609. Många får fel strokemedicin.

4. Orsaker till ojämlik vård

Trots att politiska, administrativa och kliniska beslutsfattare på alla nivåer inom hälso- och sjukvården under mycket lång tid haft kännedom om att vården är ojämlik har i realiteten ganska lite hänt för att ändra dessa förhållanden.

Den årliga rapportserien "Öppna jämförelser från Socialstyrelsen och SKL" kom till bland annat efter en lång debatt om betydande skillnader i sjukvården mellan landstingen. Rapporterna visar på en övergripande positiv utveckling. Sjukvården förbättras kontinuerligt inom ett stort antal indikatorer. Det tycks dock inte finns någon ambition från aktörerna att utreda huruvida de regionala ojämlikheterna minskar över tid, eller om de rent av ökar. Trots att ett antal områden följts under ett antal år saknas direkta analyser avseende om skillnaderna mellan landstingen minskar eller ökar, och om det är så att vissa landsting, när det gäller en viss typ av sjukvård, ständigt presterar bättre eller sämre än andra landsting.

Genom att jämföra de årliga rapporterna kan man likväl urskilja ett mönster. Utvecklingen innebär att kurvorna följer varandra parallellt så att resultaten höjs generellt, medan de regionala skillnaderna mellan landstingen består. Den senaste rapporten visar på stora ojämlikheter rörande ett antal områden¹⁾. Den separata rapporten kring folkhälsoutvecklingen visar dessutom att klyftorna mellan olika socioekonomiska grupper har ökat de senaste fem åren. Särskilt har kvinnor utan gymnasieutbildning en sämre hälsoutveckling²⁾.

Det råder samsyn inom alla delar av sjukvården att en jämlik vård är önskvärd. En fråga som därför måste ställas är om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är utformat på ett sätt som gör det möjligt att uppnå en mer jämlik vård, eller om det finns systemfel eller mekanismer som motverkar jämlik vård? Hälso- och sjukvården är komplex. Den är beroende av en mängd faktorer såsom landstingets ekonomi, styrnings- och ersättningsystem, personalsituation och kontinuitet, politiska prioriteringar, vårdgivarnas interna kulturer och behandlingstraditioner, statliga regler och incitamentssystem, deltagande i klinisk forskning, samt intresse och öppenhet för innovationer. Kommissionen konstaterar dock att det svenska sjukvårdssystemet inte förmår att åstadkomma jämlik vård, vare sig när det gäller skillnader mellan landstingen, köns-, ålders- eller socioekonomiska skillnader.

¹⁾ Socialstyrelsen, SKL. Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård, jämförelser mellan landsting 2014.

²⁾ Socialstyrelsen, SKL, Folkhälsomyndigheten. Öppna jämförelser Folkhälsa 2014.

Jämlik vård är nära förknippad med vårdkvalitet och en övergripande frågeställning är vilken ambitionsnivå Sverige ska ha för sin hälso- och sjukvård. Under den tidigare alliansregeringen upprepades ofta begreppet "vård i världsklass", och s-mp-regeringen som tillträdde efter valet 2014 anger i regeringsförklaringen att "svensk hälso- och sjukvård ska vara världsledande." För ett land som Sverige, med solidariskt finansierad vård via skattsedeln, är jämlik vård av bästa tänkbara kvalitet den enda möjliga ambitionsnivån. Sjukvårdssystemets legitimitet står i förhållande till att medborgarna känner sig trygga med att sjukvården finns där när den behövs.

Huruvida den svenska sjukvården internationellt sett håller högre kvalitet än andra länder är svårt att bedöma. Den årliga jämförelsen bland OECD-länderna³⁾ visar att Sverige ligger bland de främsta länderna gällande grundläggande variabler som förväntad livslängd och låg spädbarnsdödlighet. Sverige presterar också bättre än de flesta andra länder när det gäller exempelvis överlevnad i cancersjukdomar och hjärtkärlsjukdomar. Vidare utmärker sig Sverige som ett land med förhållandevis många läkare, få patientbesök per läkare, korta vårdtider på sjukhus och få vårdplatser inom slutenvården. Samtidigt ger en annan internationell jämförelse från Myndigheten för Vårdanalys⁴⁾ om i vilken mån hälso- och sjukvården är patientcentrerad en helt annan bild. Undersökningen bygger på erfarenheter av sjukvården hos personer över 55 år i elva jämförbara länder. På flertalet undersökta områden utmärker sig Sverige med mycket svaga resultat. Svenska patienter får i lägre utsträckning information om exempelvis olika behandlingsalternativ, och den svenska sjukvården är sämst bland de undersökta länderna på att diskutera läkemedel och eventuella biverkningar med patienterna. Vidare finns stora brister inom den svenska vården exempelvis när det gäller att se varje patient som en individ med unika behov. Patienter upplever också att läkare och annan vårdpersonal inte tar ett koordineringsansvar för kontakter med andra delar av vården, särskilt inte efter utskrivning från sjukhus.

Dessa två undersökningar visar sammantaget en svensk hälso- och sjukvård med hög ambitionsnivå som håller hög kvalitet på centrala områden och som präglas av hög effektivitet. Samtidigt är sjukvården anmärkningsvärt svag när det gäller att involvera patienten i vården och vårdbesluten, och när det gäller att lyssna på den enskildes behov. I ett sådant system riskerar ansvaret för jämlik vård att överlämnas åt den enskilde. Den vård som ges blir beroende av den enskilde patientens kunskaper om sin sjukdom, samt mod och förmåga att kräva sin rätt i mötet med sjukvården. Kommissionen anser att det är uppenbart att bristen på patientcentrering utgör en gro-

³⁾ OECD. Health at a glance 2014.

⁴⁾ Vårdanalys. Rapport 2014:11. Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund 2014.

grund för ojämlik vård, särskilt mellan olika socioekonomiska grupper. Här återstår ett omfattande förbättringsarbete.

Det saknas i dag transparens och tydlighet kring vad den enskilde har rätt till och kan förvänta sig av sjukvården. Landstingen gör exempelvis kontinuerligt olika prioriteringar kring behandlingsmetoder och läkemedelsbehandlingar, ofta av ekonomiska skäl. Dessa prioriteringar tydliggörs inte för de skattebetalare som finansierar sjukvården. Ett annat exempel är den nya patientlagen från 1 januari 2015 som ytterligare förstärker patientens valfrihet. Alla har nu rätt att fritt välja vårdgivare i hela landet inom all offentligt finansierad primärvård och öppen specialistvård. Patienterna måste dock betala resor och uppehälle själva, vilket bidrar till den socioekonomiska ojämlikheten. Patienten ges dock inte det underlag som skulle behövas för att kunna välja utifrån uppnådd vårdkvalitet hos olika vårdgivare. Ständigt framhålls de svenska kvalitetsregistren inom sjukvården som internationella förebilder, men resultaten har ännu inte gjorts tillgängliga för den enskilde. Det har tagits initiativ för att utreda hur valfrihetsinformationen kan förbättras, men vad det pågående arbetet kommer resultera i är ännu oklart.

Ett hinder för jämlik vård är också avsaknaden av en diskussion rörande vilken måttstocken ska vara. Om markanta skillnader finns i vårdresultat för en given sjukdom eller vårdinsats mellan olika landsting, är det då resultatet för det främsta landstinget vården ska sträva emot, eller räcker det att ligga på ett medelvärde? Om det visar sig att äldre personer i lägre grad ges en läkemedelsbehandling jämfört med personer i arbetsför ålder, beror detta på en medveten prioritering inom vården eller på att vissa patienter ställer högre krav i mötet med vården? Kommissionen anser att vårdens alla aktörer öppet måste börja diskutera vad som orsakar den ojämlika vården, och hur skillnaderna ska kunna minska. Till detta hör också en diskussion om hur vårdresultat och kvalitetsvariabler kan presenteras på ett sätt som den enskilde medborgaren kan ta till sig. Prioriteringar inom vården måste också diskuteras offentligt i en begränsad ekonomi.

5. Personalsituation bidrar till ojämlik vård

Samtidigt som hälso- och sjukvården ofta har svårt att anställa personal har antalet verksamma i sjukvården inom viktiga personalgrupper i hälso- och sjukvården, läkare, sjuksköterskor och barnmorskor under många år kontinuerligt ökat, även i förhållande till befolkningstillväxten i stort. Läkare är den yrkesgrupp bland vårdens personalgrupper som haft den största tillväxten¹⁾. Under 2011 var omkring 37 000 läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Även antalet sjuksköterskor har ökat kraftigt med 23 procent sedan 1995 till ungefär 105 000. Däremot har antalet specialistutbildade sjuksköterskor minskat sett i förhållande till befolkningsökningen, särskilt specialistsjuksköterskor inom medicin och kirurgi. Antalet barnmorskor har under perioden ökat med 18 procent till omkring 8 000.

Internationellt sett har Sverige en mycket hög läkartäthet. Men samtidigt kommer ständigt rapporter om personalbrist inom akutsjukvården och inom vissa delar av specialistsjukvården, framför allt vad gäller specialistutbildade läkare och sjuksköterskor inom vissa sjukdomsområden. Det väcker frågor kring kvaliteten på landstingens och statens arbete för att planera och dimensionera utbildningar inom sjukvården, samt hur sjukvården utnyttjar verksamhetskritiska kompetenser.

I en jämförelse mellan OECD-länderna är Sverige ett av länderna med högst läkartäthet. En paradox är att Sverige samtidigt placerar sig i den absoluta botten när det gäller antalet patientbesök per läkare.²⁾ Detta beror dock inte på att läkare och patienter har mer tid för varje patientbesök än i andra länder. Tvärtom utmärker sig Sverige i internationella jämförande studier som ett av de länder med sämst resultat vad gäller upplevelsen av hur mycket tid patienten och läkaren har tillsammans i mötet, enligt en studie från myndigheten för Vårdanalys³⁾. I studien bedömer Vårdanalys att det finns en stor potential för en mer effektiv användning av läkarresursen inom hälso- och sjukvården, och pekar på fyra utvecklingsområden: Det första handlar om omfattningen av administrativa krav, som i många fall utgör en tredjedel av läkarnas arbetstid. Det andra handlar om att IT-stöden för läkare måste samordnas och förbättras. Det tredje rör att läkare i dag utför många arbetsuppgifter som skulle kunna utföras av andra personalgrupper inom vården. Det fjärde utvecklings-

¹⁾ Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2014. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

²⁾ OECD. Health at a glance 2014.

³⁾ Vårdanalys 2013. Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens.

området handlar om att planeringen av läkarnas arbetstid ofta inte utgår från patienternas behov.

Tidigare studier visar att administration utgör ungefär en tredjedel av läkarnas arbetstid. En ny jämförande studie mellan läkare på sjukhus i Sverige och Storbritannien visar att svenska läkare tillbringar mindre tid med patienterna än sina brittiska kollegor⁴⁾. I tidsstudien följdes under en vecka läkare under ST-utbildning i kirurgi på fyra olika sjukhus, det vill säga läkare som har förhållandevis mycket direkt patientarbete. De svenska läkarna ägnade 40 procent av arbetstiden åt patientarbete och 37 procent åt patientrelaterat administrativt arbete, som exempelvis dokumentation i patientjournaler, sjukintyg och journalsignering. De brittiska läkarna arbetade 66 procent av sin arbetstid med patienter, medan patientrelaterad administration bara tog 15 procent av arbetstiden. Den främsta orsaken är att brittiska läkare totalt sett har färre administrativa uppgifter än svenska läkare.

Problemen kring att läkare har för lite tid för patienter har uppmärksammats under lång tid, och en särskild utredare har tillsatts av Socialdepartementet för att lämna förslag på hur i första hand läkare ska få mer tid till patienterna, och i mindre grad ägna sig åt administration.

En rapport från Kommunal⁵⁾ pekar ut "den ineffektiva arbetsorganisationen och bristen på teamarbete" som en viktig förklaring varför läkarna inte tillbringar mer tid med patienterna. Många arbetsuppgifter som tidigare utfördes av undersköterskor görs idag enligt Kommunal av läkare och sjuksköterskor. Enligt Kommunals statistik har var fjärde undersköterska försvunnit sedan mitten på 1990-talet. Dessutom har troligen det faktum att läkarsekreterarna närmast försvunnit under de senaste tio åren bidragit till den ökade administrativa bördan för läkare och sjuksköterskor.

Den accelererande medicinska utvecklingen ställer höga krav på ett kontinuerligt lärande för alla yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Särskilt läkare behöver fortbildning för att kunna ta in nya behandlingsmetoder och ha möjlighet att hålla sig uppdaterade inom sin specialitet. Samtidigt saknas det i Sverige reglerade krav på fortbildning, till skillnad från i andra länder. Efter sex års läkarutbildning och ytterligare fem års specialistutbildning upphör alla krav på att ta in ny kunskap.

⁴⁾ Läkartidningen. 2014;111:CUWE.

⁵⁾ Emma Ölmebäck. Framtidens sjukvård kräver patientnära proffs. En rapport om undersköterskorna i hälso- och sjukvården. Kommunal 2013.

Läkarförbundet har de senaste tio åren regelbundet genomfört enkäter kring fortbildning inom läkarkåren. Dessa visar på en stadigt nedåtgående trend för extern fortbildning, exempelvis fördjupad utbildning och deltagande i vetenskapliga möten. Den senaste enkäten visar att läkarna i genomsnitt deltog i sådan utbildning i 7,1 dagar under 2012, jämfört med 8,5 dagar 2004, vilket innebär en minskning med 20 procent⁶⁾. Internutbildning på den egna kliniken eller vårdcentralen har också gått ned och låg på 1,0 timme i veckan. Egen fortbildning, som avser läkarens egen kunskapsuppdatering via litteratur och webbaserad information, låg på i genomsnitt 2,0 timmar per vecka.

Fortbildningen var särskilt låg bland specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården, med endast 5,3 dagars extern fortbildning under 2012. Ungefär 14 procent av allmänläkarna uppgav att de inte hade genomgått någon extern fortbildning alls det året. Vanliga förklaringar i enkäten var att arbetsbelastningen inte medgav någon frånvaro, eller att besparingar omöjliggjorde deltagande i kurser och kongresser.

Trenden med allt mindre fortbildning för läkare hänger också samman med att läkemedelsföretagen tidigare stod för en betydande del av fortbildningen. År 2004 tecknades den första etiköverenskommelsen mellan läkemedelsindustrin och landstingen. Den reglerade bland annat relationen mellan företagen och läkarna, och begränsade möjligheterna till vidareutbildning finansierad av läkemedelsindustrin. Sedan dess har andelen fortbildning som läkemedelsföretagen finansierar halverats, från 18 till 9 procent.

I länder som Tyskland och USA är kontinuerlig fortbildning obligatorisk för att läkare ska få behålla sin specialistläkarlicens. Sverige har länge haft en avvaktande hållning och överlåtit frågan åt arbetsmarknadens parter. En viss förändring är dock på gång med anledning av ett nytt EU-direktiv, Yrkeskvalifikationsdirektivet som ska träda i kraft 2016. En statlig utredning som analyserat vilka förändringar som krävs i Sverige med anledning av direktivet föreslår att Socialstyrelsen ska utfärda föreskrifter kring fortbildning för läkare, sjuksköterskor och barnmorskor inom vården⁷⁾.

⁶⁾ Sveriges Läkarförbund. Fortbildningsenkät 2012.

⁷⁾ SOU 2014:19 Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande.

6. Ekonomiska förutsättningar

Vård och omsorg utgör en stor andel av samhällsekonomin. Den svenska hälso- och sjukvårdens totala kostnader uppgick 2012 till omkring 340 miljarder kronor, enligt nationalräkenskaperna från SCB¹). Det motsvarar omkring 9,6 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Om man lägger till de totala kostnaderna inom kommunernas socialtjänst, som omfattar äldreomsorg, individ- och familjeomsorg, samt insatser till personer med funktionsnedsättning, var kostnaderna sammanlagt 505 miljarder kronor under 2012, vilket motsvarar 14,2 procent av BNP.

Sett ur ett tioårsperspektiv har kostnaderna inom vård och omsorg vuxit i takt med den samlade ekonomin i Sverige. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP sjönk under några år i mitten av 2000-talet men har därefter stabiliserats på omkring 9,5 procent. En liknande utveckling kan ses inom socialtjänsten där kostnaderna de senaste åren varit stabila på cirka 4,7 procent av BNP.

En ekonomisk analys från Socialstyrelsen av utvecklingen inom hälso- och sjukvården de senaste fem åren visar att landstingens kostnader ökat främst inom primärvården, med sex procent under 2008–2012²). Den specialiserade somatiska sjukvården har under samma period ökat med fyra procent, medan specialiserad psykiatrisk vård minskat med cirka 1 procent.

Den allmänna bild som finns av att kostnaderna för läkemedel kontinuerligt ökar, och är höga totalt sett, överensstämmer inte med den officiella statistiken. Den övervägande delen av läkemedelskostnaderna utgörs av landstingens nettokostnader för läkemedel inom förmånssystemet. Dessa kostnader minskade enligt Socialstyrelsens analys med hela 12 procent under femårsperioden.

Enligt Hälsoräknenskaperna från SCB utgjorde kostnaderna för läkemedel 10,8 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna 2001, jämfört med 8,3 procent under 2012. Under tidsperioden ökade sjukvårdskostnaderna totalt sett med 132 miljarder, medan läkemedelskostnaderna ökade med sex miljarder kronor. Läkemedelskostnadernas andel av BNP har under tioårsperioden minskat med 17 procent, från 0,95 till 0,79 procent av BNP. Till viss del styrs kostnadsutvecklingen på läkemedel av introduktion av nya patentskyddade läkemedel, samt när patenten upphör för läkemedel med hög användning inom sjukvården. Men det kan inte förklara hur kostnaderna

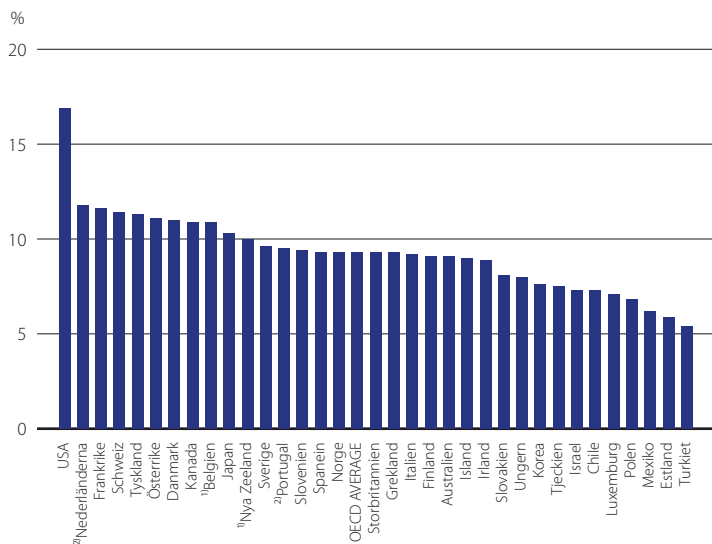
¹) Statistiska Centralbyrån. Svenska Hälsoräknenskaper 2001–2012.

²) Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014.

relativt sett kontinuerligt minskat under en så lång tidsperiod. Statistiken tyder på att hälso- och sjukvården nedprioriterat läkemedelsbehandling det senaste decenniet.

Likväl fortsätter opinionsbildning kring att kostnaderna för läkemedel utgör ett allvarligt hot mot hälso- och sjukvårdens ekonomi. Ett av de senare exemplen är ett antal verksamhetschefer inom cancervården som i en debattartikel med nyckelorden "tickande bomb" och "kostnadsexplosion" driver teorin att nya cancerläkemedel på sikt kommer att kosta hälso- och sjukvården ytterligare 25 miljarder kronor³⁾. Ingen kan i dag säga vilka framtida omfördelningar av kostnader inom hälso- och sjukvården som blir följden av den accelererande medicinska och medicintekniska utvecklingen, och de nya behandlingsmöjligheter forskningen innebär. Därför borde diskussionen snarare handla om vilka förändringar inom hälso- och sjukvården som blir följden av nya medicinska landvinningar som ger patienter bättre vård. Effekten av att den felaktiga myten om ökande läkemedelskostnaderna ständigt förs fram är förstås en mer återhållsam förskrivning. Detta är allvarligt då läkemedelsbehandling är den vanligaste medicinska insatsen och då tydliga belägg finns kring att många patienter nekas viss behandling av kostnadsskäl.

Diagram G. Hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP



¹⁾ Exklusive investeringar.

²⁾ Aktuella kostnader för hälso- och sjukvård.

Källa: OECD, Health Data 2014

³⁾ Svenska Dagbladet. Bot eller tickande bomb. Freddi Levin et al, debattartikel 10 mars 2014.

De årliga internationella jämförelserna av hälso- och sjukvårdens kostnader i förhållande till BNP mellan OECD-länderna visar att Sverige placerar sig i mitterskiktet.⁴⁾ Sverige lägger en något högre andel på hälso- och sjukvård än länder som Finland, Norge, Spanien och Storbritannien, men betydligt lägre andel av BNP än länder som Belgien, Danmark, Tyskland och Frankrike. Sverige har betydligt lägre kostnader för läkemedel i förhållande till BNP än ett flertal OECD-länder som exempelvis Spanien, Kanada, Italien, Frankrike, Belgien och Tyskland.

Internationella jämförelser har sina begränsningar eftersom det finns skillnader mellan länderna rörande hur hälso- och sjukvården är organiserad och finansierad. I Sverige är sjukvården till allra största delen offentligt finansierad med ett begränsat uttag av egenavgifter för patienter. Politiskt är också samstämmigheten stor kring att hälso- och sjukvården ska vara solidariskt finansierad via skattsedeln och ges efter den enskilda patientens vårdbehov.

På senare år har ett antal larmrapporter kommit som antyder att Sverige måste vara berett att lägga en betydligt högre andel av samhällsresurserna på vård och omsorg i framtiden. En långtidsprognos från SKL 2010 visade på ett framtida stort finansieringsgap mellan behov och resurser⁵⁾. Prognosen bygger bland annat på demografiska framskrivningar där effekten av en allt äldre vårdkrävande befolkning slukar stora resurser, i kombination med allt högre förväntningar på välfärdstjänster i befolkningen. I dag har dock den tidigare intensiva diskussionen om vårdens framtida finansiering avtagit. Något nationellt initiativ har heller inte tagits kring en utredning om hur de framtida utmaningarna ska mötas.

Samtidigt utmanas den gemensamma finansieringen av hälso- och sjukvården. Landstingen har på senare år prioriterat att minska köerna till vården och staten har avsatt stimulansmedel i form av den så kallade kö-miljarden. Det är också väntetider i vården som utgjort ett kraftfullt incitament för enskilda och för grupper att teckna en privat sjukvårdsförsäkring som garanterar tillgång till vård. I dag har omkring 13 procent av den arbetsföra befolkningen en privat sjukvårdsförsäkring, oftast betald via arbetsgivarvaren⁶⁾. Ytterligare ett tecken på att finansieringsmodellen utmanas är att patienter i högre utsträckning betalar vård ur egen ficka. Särskilt inom cancerområdet finns exempel på hur svårt sjuka själva får betala läkemedel som av kostnadsskäl nekats offentlig subvention. Det saknas dock i dag en tydlighet från politiska och administrativa beslutsfattare till medborgarna kring hur sjukvården ska finansieras i framtiden, och huruvida medborgarna ska vara beredda på att i framtiden betala själva för viss vård.

⁴⁾ OECD, Health at a glance 2013.

⁵⁾ SKL, Programberedningen för välfärdsfinansieringen. Framtidens utmaning, välfärdens framtida finansiering.

⁶⁾ Svensk Försäkring. Sjukvårdsförsäkringsstatistik 2014.

Utifrån ett jämlikhetsperspektiv finns några centrala frågeställningar vad gäller hälso- och sjukvårdens finansiering:

- Behövs det på kort sikt större samlade resurser till hälso- och sjukvården för att minska ojämlikheter i vården beroende på bostadsort, ålder, kön eller socio-ekonomiska faktorer, eller handlar det i högre grad om att vården ska göra rätt saker och uppmärksamma ojämlikheter?
- Finns det en risk att hälso- och sjukvården kommer att bli alltmer ojämlig i takt med att ekonomin inom landstingen blir mer ansträngd när vårdbehov successivt ökar mer än skatteunderlaget?
- Ska den gemensamma finansieringen av hälso- och sjukvården i framtiden gälla all vård, eller ska medborgare vara beredda på att betala mer ur egen ficka. Hur påverkar möjlighet eller krav om att själv betala för viss vård jämlikheten ur ett socio-ekonomiskt perspektiv?

7. Förslag för jämlik vård

7.1 Övergripande patientperspektiv

Kommissionens utgångspunkter:

Samtliga förslag som läggs fram i denna slutrapport genomsyras av ett patientperspektiv. Kommissionen är övertygad om att en mer jämlik vård är möjlig endast om den enskilde får verklig makt över sjukvården.

Hälsa- och sjukvårdslagens portalparagraf om vård på lika villkor för hela befolkningen markerar patientperspektivet. Det är dags att landstingen i denna mening uppfyller lagen.

Kommissionen anser att Sverige inte har råd att avstå från kraftfulla konkreta åtgärder för att göra vården mer jämlik. Fortsatt ojämlik vård hotar på sikt den solidariska finansieringen via skattsedeln.

En mer jämlik vård är möjlig att åstadkomma om den enskilde får verklig makt över sjukvården. Men då måste perspektivet förskjutas till den enskilde medborgaren och patienten. Den enskildes vårdbehov ska vägleda sjukvården. I varje given vårdssituation ska endast hänsyn tas till det aktuella vårdbehovet. Sjukvården ska inte väga in ekonomiska, personella eller administrativa konsekvenser av vårdbehovet.

I Sverige utgår hälso- och sjukvårdslagstiftningen från ett organisatoriskt perspektiv och är en skyldighetslagstiftning. Det är landstingens ansvar och skyldigheter som huvudman för hälso- och sjukvården som utgör grunden för vårt sjukvårdssystem, samt landstingens samverkan med kommuner inom äldreomsorg, och samverkan mellan landstingen för viss region- och rikssjukvård.

Genom åren har flera olika statliga utredningar avvisat tankar på ett skifte till en rättighetslagstiftning, där man som patient ska kunna utkräva vård. Några givna skäl har varit att det skulle bli kraftigt kostnadsdrivande och att det skulle innebära att domstolar skulle komma att avgöra medicinska beslut. Samtidigt har hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf ett mycket tydligt patientperspektiv gällande vilka krav den enskilde kan ställa på vården. Som tidigare redogjorts för ansluter sig Kommissionen till den bredare definition av portalparagrafen som är i linje med lagens förarbeten.

Eftersom det mesta av våra gemensamma regler inom hälso- och sjukvården är ramlagar och nationella överenskommelser blir det landstingens tolkningar och tillämpningar av reglerna som i slutänden avgör vilken vård patienterna får. Här ligger också grogrunden för det som sedan leder till den ojämlika vården. Kommissionen

anser att staten, i samverkan med den medicinska professionen, behöver ta ett fastare grepp om det gemensamma nationella ramverket. Det gäller exempelvis vilka nya behandlingar och metoder som bör användas inom vården, och vilka föråldrade som bör utrangeras. Med tydligare styrning ökar möjligheterna till en mer jämlik vård, och det tydliggörs vad man som patient har rätt till och kan förvänta sig av vården.

Sett utifrån portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen om att vården ska vara jämlik konstaterar Kommissionen att landstingen kollektivt inte levt upp till gällande lag ända sedan den trädde i kraft 1983. Trots att den ojämlika vården har varit känd under mycket lång tid har hittills mycket lite konkreta åtgärder vidtagits. Det är särskilt allvarligt då Sverige har ett sjukvårdssystem som helt bygger på solidarisk finansiering via skattsedeln och vård efter behov. Den ojämlika vården utgör i förlängningen ett allvarligt hot mot hela vårt sjukvårdssystem.

Den svenska sjukvården har inte råd att avstå från kraftfulla konkreta åtgärder på kort sikt för att göra vården mer jämlik. Allt som behövs för att skapa en jämlik vård finns redan inbyggt i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf – men det krävs att landstingen uppfyller lagen.

7.2 Nollvision för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Kommissionens förslag:

Socialstyrelsen ska ges ett utökad uppdrag att kartlägga och redovisa hur många människor som bedöms förlora sina liv på grund av ojämlik vård.

En statlig utredning bör tillsättas för att ta fram förslag på en nollvision med innebörden att ingen ska behöva dö på grund av att vården är ojämlik. Nollvisionen ska utgöra ett långsiktigt mål. Utredningen ska även ta fram förslag på etappmål.

Kommissionen definierar, som tidigare angetts, jämlik vård som ett begrepp som inte endast kan handla om den vård som erbjuds den enskilde, utan också måste omfatta det som hälso- och sjukvården åstadkommer i form av vårdresultat och hälsoutfall. Den yttersta konsekvensen av ojämlik vård är att människor dör i sjukdomar som sjukvården kunde ha åtgärdat. Alla är överens om att varje sådant dödsfall är helt oacceptabelt. Men tyvärr är det mycket vanligt förekommande.

Socialstyrelsen tar varje år fram statistik för begreppet Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Det innebär dödsfall i ett antal sjukdomar som valts ut för att dödsfallen borde vara möjliga att undvika genom tidig och rätt diagnos och behandling. Några sjukdomar som ingår i begreppet är stroke, livmoderhalscancer, diabetes, gallstenssjukdom och blindtarmsinflammation. Den senaste mätningen visar att antalet sjuk-

vårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall var 13 491 för åren 2010–2013, varav 5 739 kvinnor och 7 752 män. Det innebär att varje dag dog i genomsnitt cirka 10 människor helt i onödan i dessa sjukdomar. Kommissionen anser att begreppet Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet måste breddas och omfatta all överdödlighet som kan hänföras till ojämlik vård. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utreda förutsättningarna för ett sådant bredare begrepp.

Kommissionen föreslår att en nationell nollvision gällande onödiga dödsfall inom hälso- och sjukvården på grund av ojämlik vård tas fram. Erfarenhet från andra områden, exempelvis trafiken, visar att en nollvision med framgång kan användas för att kraftsamla kring åtgärder mot onödiga dödsfall. Alla inser att en nollvision mot onödiga dödsfall är omöjlig att uppnå inom sjukvården, på samma sätt som antalet döda i trafiken heller inte kan komma ned till noll. Men genom att kraftsamla och lyfta frågan om att ojämlik vård leder till att människor dör i onödan varje dag kan successiva förbättringar uppnås. En nollvision mot onödiga dödsfall har ett betydande signalvärde om att ojämlik vård är ett stort problem som hälso- och sjukvården ska ta sig an oberoende av tid eller resurser.

En statlig utredare bör utses med uppgift att ta fram förslag till en nollvision. Genom att fastslå nollvisionen i riksdagen, på samma sätt som sjukvårdens prioriteringsordning antogs 1997, tydliggörs att onödiga dödsfall inte är acceptabelt.

7.3 Patientens rätt till information och second opinion

Kommissionens förslag:

Sjukvården lever inte upp till sitt ansvar att tydligt informera om patienternas rättigheter. Betydande resurser måste avsättas både på nationell och regional nivå för informationsinsatser.

Alla ska oavsett hälsotillstånd ha en generell rätt till en ny medicinsk bedömning, en second opinion.

Alla har rätt att få ta del av sjukvårdens resultat. Landsting ska publicera patientanpassad information om vårdresultat på enhetsnivå. Ett särskilt pilotprojekt skulle kunna genomföras av 1177 Vårdguiden att via webb och telefon informera patienter om vårdresultat för enskilda sjukhus för utvalda diagnoser.

Socialstyrelsen ska varje år följa upp hur information från landstingen riktad till patienterna har målgruppsanpassats.

Den nya patientlagen som nu trätt i kraft syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning inom sjukvården. Lagen tydliggör bland annat patientens rätt till information

och delaktighet, patientens val av vårdgivare och behandlingsmetod, samt rätt till en ny medicinsk bedömning, second opinion, vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom. Patientlagen samlar ihop olika regler kring vilka rättigheter man har som patient. Mycket av innehållet i den nya lagen finns redan upptaget i hälso- och sjukvårdslagen.

En rätt att välja primärvård eller specialistvård inom öppenvården var som helst i landet införs i den nya lagen. Efter en vårdinsats i ett annat landsting skickas räkningen till patientens hemlandsting. Detta förfarande finns delvis redan via en överenskommelse mellan landstingen, men har försvårats genom olika remissregler. Fortfarande måste dock patienten själv betala resa och uppehälle, vilket kan bidra till att denna reform blir ojämlig då ekonomiskt starka grupper har större möjlighet att ta till vara denna rättighet.

Den förra regeringen ansåg att rätten till second opinion stärks med den nya lagen, men sett till hur lagtexten är formulerad är förändringen marginell. Det införs även en kostnadsklausul i den nya lagparagrafen. Tidigare gällde att patienten ska erbjudas den behandling som kan föreslås av en ny läkare. Nu införs en ekonomisk begränsning om att patienten kan få behandlingen om; "det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat". Detta innebär en begränsning av second opinion jämfört med tidigare.

Kommissionen konstaterar att det i dag är osäkert om patientlagen i realiteten kommer att stärka den enskilda patientens rätt, och om den bidrar till att göra vården mer jämlik.

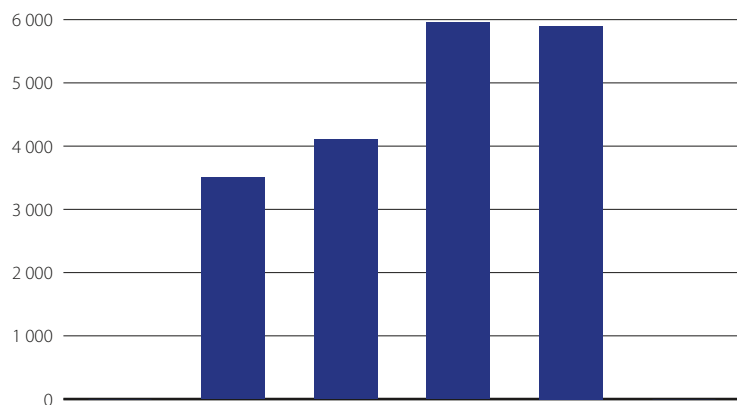
Kunskapen om sjukdomar och hälsa ökar i samhället i stort. I takt med att även den äldre delen av befolkningen blir alltmer van vid att själv söka upp information om hälsa och sjukdomar är det en alltmer välinformerad patient som kommer till sjukvården. Dagens patienter lyssnar inte längre stillatigande till vad läkaren bestämmer i överdriven respekt. Men samtidigt visar olika undersökningar att kännedomen om vilka rättigheter man har som patient är starkt knuten till utbildningsnivå och socioekonomisk grupp. Även kunskapen inom sjukvården om patienträttigheter är bristfällig och sjukvården är därtill dålig på att informera. Därför har en pott på 24 miljoner avsatts under de kommande tre åren för informationsinsatser. Detta är otillräckligt. Om man verkligen avser att medborgarna i bred mening ska förstå och kunna utnyttja sina rättigheter som patient måste betydligt större resurser avsättas.

Information riktad till patienterna måste i större utsträckning än i dag målgruppsanpassas. Det finns exempelvis stora skillnader vad gäller deltagande i screeningprogrammen inom cancervården vilket resulterat i överdödlighet bland vissa grupper. Kvinnor dör varje år i bröstcancer på grund av att de inte deltagit i mammografiundersökning. Mer resurser bör läggas på att rikta information om vikten av screening till

underrepresenterade grupper. Sjukvårdsinformation ska också finnas tillgänglig på olika språk för att nå alla grupper.

Information anpassad till patientmålgruppen är ett effektivt sätt att minska ojämlik vård. Samtidigt som vi konstaterar att det återstår ett betydande arbete innan målgruppsanpassad information är en självklarhet vill vi lyfta fram de försök som ändå görs och har gjorts. Det pågår bland annat ett nationellt arbete för att utveckla gemensamma inbjudningar och se över den nationella informationen när det gäller screening för bröstcancer. Kommissionen har dessutom i samband med två seminarier, ett på Kvalitetsmässan i Göteborg och ett i Stockholm uppmärksammat projektet "Ta med en vän" (ett samverkansprojekt med syfte att få fler kvinnor i nordöstra Göteborg att ta cellprov för att på så sätt minska risken för livmoderhalscancer). Samverkansprojektet mellan Angeredes Närsjukhus, Kunskapscentrum för Jämlik Vård, Regionalt Cancercentrum Väst, Födelsehuset och barnmorskemottagningar genomfördes under tiden 1 april 2011 till 31 mars 2012, och hade, som det framgår av bilden nedan, mycket bra resultat.

Diagram H. Cellprov i nordöstra Göteborg



Källa: Erik Olsson och Malena Lau, Kunskapscentrum för Jämlik Vård

Eftersom det svenska sjukvårdssystemet bygger på att vården ska ges efter varje individs enskilda behov, förutsätter den enskilde att man får bästa möjliga vård när man blir sjuk. För många blir mötet med vården därför ett bryskt uppvaknande. Den enskilde kan drabbas av väntetider, omotiverade remisskrav, föråldrade behandlingsmetoder, bli nekad ingrepp och behandlingar som landstinget anser är för kostsamma, få sämre behandling eller bemötande på grund av socio-ekonomiska eller

etniska skäl, etcetera. Kommissionen anser att landstingen måste bli mycket tydligare gentemot sina medborgare om vad som faktiskt ingår i det allmänna åtagandet och vad patienten kan förvänta sig av vården.

Kommissionen konstaterar att patientlagen i vissa avseenden inte är tillräckligt långtgående. I Sverige har patienter "med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom" haft rätt till en ny medicinsk bedömning, second opinion, i 15 år. Enligt Patientmaktstutredningen har sjukvården inte uppfyllt detta så som det var tänkt när regeln infördes 1999. Kunskapen om att patienten har rätt till en second opinion är låg både hos patienter och hälso- och sjukvårdspersonal.

Kommissionen anser att alla patienter, oavsett hälsotillstånd, ska ha en generell rätt till en ny medicinsk bedömning, en second opinion. Begreppet "särskild allvarlig sjukdom" leder till tolkningsproblem och till godtycke. Det finns inget som talar för att detta skulle bli kraftigt kostnadsdrivande, och att patienter med mindre åkommor helt i onödan skulle begära att få bli bedömda av en ny läkare. I Sverige har läkarnas medicinska bedömning högt förtroende hos allmänheten, och i de fall där patienten av olika skäl inte känner detta förtroende, eller känner sig osäker inför läkarens val av behandling, är det en helt rimlig rätt att få bli bedömd av ytterligare en annan läkare. Det ger både patienten och sjukvården större trygghet kring diagnos och medicinsk bedömning. Det finns heller inget skäl att ha kvar en ekonomisk begränsning för den behandlingskostnad som en second opinion kan ge upphov till. En sådan begränsning antyder, utan grund, att den nya läkaren skulle kunna vara ekonomiskt ansvarslös. Den ekonomiska begränsningen avseende second opinion bör strykas i lagen. Däremot är det naturligtvis viktigt att en eventuell ny behandling ska vara i linje med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Rätten att välja vårdgivare blir en chimär om patienterna inte får ta del av nödvändig information för att kunna göra ett medvetet val. I rapportserien Öppna jämförelser redovisar landstingen tillsammans med Socialstyrelsen vårdresultat på övergripande nivå för ett stort antal indikatorer. Men dessa jämförelser hjälper inte den enskilde medborgaren. Det saknas i dag en öppen och jämförande redovisning av sjukvårdens resultat för olika ingrepp och behandlingar på vårdenhetsnivå. De svenska kvalitetsregistren inom sjukvården anses ofta vara internationella förebilder, men resultaten görs inte i tillräcklig grad tillgängliga för den enskilde.

Kommissionen anser att landstingen omedelbart måste inleda ett arbete för att ta fram nationella kvalitetsindikatorer för olika diagnoser som mäter vårdresultat på enhetsnivå, och öppet redovisa dessa resultat för medborgarna. Ett särskilt pilotprojekt kan startats inom 1177 Vårdguiden avseende några utvalda diagnoser, där 1177 via webb och telefon kan informera enskilda om vårdresultat.

7.4 Jämlik vård mellan befolkningsgrupper

Kommissionens förslag:

Landstingen måste med betydligt större kraft agera mot ojämlik vård mellan olika befolkningsgrupper. Kartläggning och synliggörande av skillnader på lokal nivå, exempelvis gällande olika behandlingsbeslut avseende socio-ekonomi, kön, ålder, funktionsnedsättning, eller mellan utbildningsnivåer och etniciteter, kan utgöra grunden för en öppen diskussion inom vården om vårdpersonalens egna beslut och förhållningssätt.

Alla landsting bör inrätta en särskild fristående samordnare för jämlik vård. En samordnare kan utreda strukturella ojämlikheter och snabbt ge förslag på konkreta åtgärder mot ojämlik vård.

Kunskap om förhållanden i samhället som påverkar hälsan för enskilda och för grupper bör införas som ett examensmål inom läkar- och sjuksköterskeutbildningarna, liksom kunskaper om hur denna information förmedlas till medborgarna.

Landstingen måste ge vården bättre förutsättningar att möta varje patient utifrån dennes behov och egenskaper. Ersättningar till vårdgivare måste i högre grad ta hänsyn både till vårdbehovet och den enskilde patientens förutsättningar och egenskaper.

Det faktum att vård, behandling och bemötande i dag till viss del avgörs av sociala faktorer som socio-ekonomi, kön, ålder, utbildning, etnicitet, samt fysisk eller psykisk funktionsnedsättning är ett kraftigt underbetyg till hela vårt sjukvårdssystem. Att patienten tillhör en viss befolkningsgrupp eller patienters olika egenskaper ska inte ha någon betydelse för den vård som erbjuds. Detta är dock en realitet idag. Sociala skillnader inom sjukvården är större än regionala skillnader inom stora sjukdomsområden som dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar och cancer.

Det finns flera förklaringar till att mötet mellan patienten och vården resulterar i olika behandlingsbeslut för olika befolkningsgrupper. Myndigheten för Vårdanalys menar att det framför allt är i mötet mellan patienten och vårdpersonalen som dessa ojämlikheter uppstår¹⁾. Vårdanalys lyfter fram tre förklarande mekanismer: att vården inte förstår att anpassa sig till patienters olika egenskaper och förutsättningar, att vårdpersonal agerar utifrån förutfattade uppfattningar om exempelvis ålder eller kön, samt ett omedvetet beteende som har sin grund i normer och värderingar hos vårdpersonalen.

Det råder en stor samsyn om att hälso- och sjukvården ska vara patientcentrerad, och utgå från varje individs särskilda förutsättningar och behov. Det är därför en central uppgift för alla inom vården att så långt möjligt anpassa sig efter varje individs

¹⁾ Vårdanalys 2014. En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omutiverade skillnader i vård, behandling och bemötande.

egenskaper. Det ska inte spela någon roll för behandlingsbeslutet om en patient är påläst och välinformerad och har specifika krav, medan en annan patient med samma vårdbehov sitter tyst. Eller att en patient med utländsk bakgrund av språkliga skäl har svårare att ta till sig information än en patient med svensk bakgrund. Att sätta sig in i patientens situation kräver dialog mellan patient och vårdgivare.

En förutsättning för att kunna ge mer jämlik vård till olika befolkningsgrupper är att styrnings- och ersättningsssystem medger detta. Inom exempelvis primärvården, där de olika vårdvalssystemen innebär att ersättningen till vårdgivarna främst följer patienten, finns olika sätt att ta hänsyn till socio-ekonomisk tyngd i ett område. Men dessa åtgärder ska främst kompensera för ökad sjuklighet, eller en särskild befolkningssammansättning, i ett område. Systemet kan dock inte reglera att två patienter med samma vårdbehov kan ge upphov till helt olika vårdmöten beroende på den enskildes egenskaper.

Kommissionen konstaterar att mycket lite gjorts genom åren för att minska ojämlikheter inom vården mellan olika befolkningsgrupper. Vi anser att uppmärksamheten kring dessa ojämlikheter måste öka och konkreta insatser behöver göras både avseende det fysiska mötet mellan patienten och vården, och inom vårdens organisatoriska och ekonomiska förutsättningar.

Kommissionen anser att landstingen med betydligt större kraft måste agera mot ojämlik vård mellan olika befolkningsgrupper. Fortsatt synliggörande av och konkreta åtgärder mot skillnader på lokal nivå, exempelvis gällande olika behandlingsbeslut mellan kvinnor och män, åldersgrupper eller mellan utbildningsnivåer och etniciteter, måste prioriteras. Det behövs en öppen diskussion inom vården om vårdpersonalens egna beslut och förhållningsätt. Inget talar för att ojämlikheter beror på medvetna beslut eller beteenden hos vårdpersonal, och därför behövs mer kunskap om värderingar och normer, och om hur dessa påverkar mötet med patienten. Dessutom krävs utbildning i patientbemötande baserat på ett personcentrerat synsätt på patienten.

För att ytterligare sätta fokus på ojämlikheter mellan befolkningsgrupper bör varje landsting inrätta en särskild regional samordnare för jämlik vård. I dag finns i många landsting, och ibland även på enskilda sjukhus, patientombudsmän som hanterar klagomål och andra ärenden. En samordnare för jämlik vård, med en självständig ställning gentemot landstinget, skulle i stället ges ett brett uppdrag att uppmärksamma strukturella ojämlikheter i vården på såväl övergripande landstingsnivå som på enskild vårdenhetsnivå, samt lämna förslag på konkreta åtgärder. Eftersom ojämlik vård mellan befolkningsgrupper oftast uppstår i mötet mellan patienten och vården är det svårt för vården själv att identifiera och åtgärda dessa ojämlikheter då man är en part. En samordnare skulle exempelvis kunna uppmärksamma och ställa krav på lokala för-

ändringar om lågutbildade ges sämre vård än högutbildade, eller om kvinnor och män med samma sjukdom ges olika läkemedel. Samordnaren för jämlik vård skulle också bidra till en levande diskussion inom vården kring jämlikhetsfrågor.

Den statliga utredningen Läkarutbildningsutredningen lämnade i mars 2013 ett förslag på en ny läkarutbildning till regeringen. Utredningen föreslår bland annat en ny examensbeskrivning för läkarexamen som i högre utsträckning betonar vetenskaplig och professionell kompetens och förmåga till medicinskt beslutsfattande. Ett nytt examensmål om socialt ansvarstagande adresserar särskilt att vården inte är jämlik mellan olika befolkningsgrupper. För läkarexamen ska enligt utredningen studenten: "visa kunskap om, och förståelse för, förhållanden i samhället som påverkar hälsan för enskilda och olika grupper ur ett nationellt och globalt perspektiv."

Den tidigare regeringen tog dock inga initiativ utifrån förslaget om en ny läkarutbildning, och skickade heller inte ut betänkandet på remiss. Kommissionen anser att utredningens förslag om ett examensmål om jämlik vård är utmärkt. Oavsett om en ny läkarutbildning som helhet ska införas eller inte måste frågan om jämlik vård mellan olika befolkningsgrupper tydligare tas in i utbildningarna för såväl läkare som sjukvårdssköterskor, liksom utbildning i personcentrerad vård.

Landstingen måste ge vården bättre förutsättningar att möta varje patient utifrån dennes behov och egenskaper. De ekonomiska ersättningsystemen till vårdgivare i egen regi eller externa utförare är statiska, och leder till att ojämlikheter snarare förstärks. Ersättningar till vårdgivare måste i högre grad ta hänsyn både till vårdbehovet och den enskilde patientens förutsättningar och egenskaper.

7.5 Sjukvårdens organisation

Kommissionens förslag:

Det nuvarande systemet med 21 olika sätt att organisera och styra sjukvården är dysfunktionellt när det gäller att erbjuda alla medborgare en jämlik vård.

Regionala cancercentrum, RCC, är ett första steg mot sjukvård i större regioner, utan förändring av sjukvårdens huvudmannaskap. Förutsatt att RCC kommer att fungera som tänkt, är en önskvärd fortsättning sjukvård i större regioner även för andra diagnosområden.

På länge sikt bör utredas om hela hälso- och sjukvården kan organiseras i större sjukvårdsregioner. Alternativt kan universitets- och regionsjukhus förstatligas och ges ett större uppdrag jämfört med i dag. Regeringen bör förutsättningslöst utreda sjukvårdens framtida organisation där jämlik och personcentrerad vård ska utgöra ett tydligt nationellt mål.

Det faktum att Sverige är en nation som är liten till antalet invånare och stor till landytan har haft stor betydelse för hur vårt hälso- och sjukvårdssystem utformats. Sverige har många små landsting och många små sjukhus. Att ett landsting med några hundra tusen invånare i Sverige ska kunna ligga vid den medicinska kunskapsfronten inom samtliga diagnosområden såväl vad gäller läkarkompetens som teknisk utrustning och behandlingsmetoder är orimligt. Ett system med 21 politiskt styrda landsting medför även olika ekonomiska förutsättningar och politiska prioriteringar.

Den nuvarande sjukvårdsstrukturen med helt olika förutsättningar i landstingen ger upphov till ojämlig vård. Senfärdigheten med att ta itu med problemen är också en bärande grund för den diskussion som finns i dag, med opinion för ett förstatligande av hela eller delar av sjukvården. Kommissionen konstaterar att systemet med 21 olika sätt att organisera och styra sjukvården är dysfunktionellt när det gäller att erbjuda alla medborgare en jämlik vård.

Den svenska regionindelningen har utretts ett flertal gånger, senast av Ansvarskommittén 2007, som föreslog att 6–10 regioner skulle ersätta landstingen. Det förslaget, liksom tidigare utredningar, föll dock pga politiska låsningar på nationell och regional nivå. I stället har verkligheten i form av snabb medicinsk och medicinteknisk utveckling gjort det alltmer uppenbart att våra landsting är för små. En alltmer subspecialiserad och tekniskt krävande sjukvård medför att patientunderlaget är för litet i många små landsting. Utvecklingen inom cancerområdet var katalysatorn till den nationella cancerstrategin och bildandet av sex regionala cancercentrum, RCC, i sjukvårdsregionerna. Men RCC är en kunskapsorganisation utan formell makt, helt beroende av beslut och prioriteringar i de landsting som ett RCC omfattar. Socialstyrelsens uppföljningar visar att mycket arbete återstår när det gäller att få landstingen att samverka.

Kommissionen anser att regionala cancercentrum är ett steg i rätt riktning. Tiden får utvisa om RCC med nuvarande mandat lyckas få landstingen att acceptera nödvändiga nivåstruktureringar inom cancervården. Hittills har detta gått trögt. Förutsatt att RCC kan etableras och fungera som tänkt finns förutsättningar för en mer jämlik cancervård.

En önskvärd fortsättning är att modellen används även för högspecialiserad eller tekniskt avancerad sjukvård inom andra diagnosområden som i dag inte betecknas som regionvård. Den snabba tekniska och medicinska utvecklingen skapar ständigt nya möjligheter för patienter inom ett flertal sjukdomsområden. Det finns ett uppenbart behov av att landsting samverkar gällande nödvändiga investeringar i såväl specialistkompetens som högteknologisk utrustning.

På längre sikt blir det då naturligt att huvudmannaskapet över hela eller delar av sjukvården indelas i större sjukvårdsregioner. En alternativ lösning kan vara ett förstat-

ligande av universitets- och regionsjukhus, där de statliga sjukhusen ges större möjligheter att ta ett regionalt ansvar för all högspecialiserad och tekniskt avancerad sjukvård som kräver betydande investeringar.

Kommissionen anser att en statlig utredning bör tillsättas och få i uppdrag att förutsättningslöst utreda sjukvårdens framtida organisation. En sådan utredning bör ha bättre förutsättningar att nå resultat om den fokuserar på hur sjukvården ska organiseras för att Sverige på lång sikt ska kunna vara ledande i den snabba medicinska utvecklingen, samt garantera alla god vård. Tidigare utredningar har snarare haft fokus på hur länsgränserna ska flyttas, vilket lett till låsningar. I ett första steg bör utredas inom vilka ytterligare diagnosområden som modellen med RCC kan användas, i syfte att höja den medicinska kvaliteten i hela landet. En sådan utredning bör också ha i uppdrag att lägga förslag kring hur kompetensförsörjningen vad gäller läkare och annan vårdpersonal kan följas upp och planeras på nationell nivå.

7.6 Nationell styrning av sjukvården

Kommissionens förslag:

Dagens system med nationella riktlinjer fungerar dåligt som statligt styrinstrument av sjukvården och bidrar inte till en mer jämlik vård.

Systemet bör ersättas med att Socialstyrelsen tillsammans med den medicinska professionens specialitetsföreningar och patientorganisationerna snabbt utarbetar nationella medicinska behandlingsriktlinjer. Syftet ska vara att riktlinjerna ska fungera att använda i den konkreta vårdsituationen. Nationella medicinska behandlingsriktlinjer ska alltid vara aktuella och uppdateras i takt med att ny kunskap tillkommer.

Nationella medicinska behandlingsriktlinjer enligt en ny modell ska bli obligatoriska att följa enligt reglering i hälso- och sjukvårdslagen. Som patient blir det tydligt vad man har rätt till och kan förvänta sig av sjukvården. För sjukvården blir nationell medicinsk behandlingsriktlinje ett golv. Behandlingsnivån får inte underskridas, men däremot ska sjukvården uppmuntras att ge bättre vård än behandlingsriktlinjen.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för olika sjukdomar och sjukdomsområden är statens främsta styrinstrument över hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen är det främsta syftet med nationella riktlinjer att vara ett stöd vid prioriteringar i landstingens styrning och ledning av sjukvården. Riktlinjerna värderar nytta och risk med olika vårdinsatser utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. I dag finns nationella riktlinjer på tolv områden, bland annat vissa cancersjukdomar, hjärtsjukvård, stroke, rörelseorga-

nens sjukdomar, samt depression och ångest. Arbete pågår med riktlinjer inom stora sjukdomsområden som diabetes och astma och KOL.

De nationella riktlinjerna har på senare år varit starkt ifrågasatta. Det har bland annat gällt att riktlinjerna tar flera år att ta fram och när de väl når vården finns redan nya metoder införda som inte omfattas av riktlinjerna. Utvärderingar har också visat att implementeringen av riktlinjerna är långsam och att följsamheten till rekommendationerna är bristfällig. En grundläggande kritik är också att nationella riktlinjer främst är till för sjukvårdens beslutsfattare och är svåra att tillämpa i den konkreta vårdssituationen mellan läkare och patient.

Riksrevisionen har nyligen granskat om styrning via nationella riktlinjer kan främja en patientcentrerad vård²⁾. Revisionen menar att staten mer effektivt skulle kunna använda nationella riktlinjer som ett styrmedel för att främja en patientcentrerad vård. Enligt Riksrevisionen saknar i dag riktlinjerna rekommendationer ur ett patientperspektiv, och riktlinjernas mål och syfte är otydligt preciserat.

Den tidigare borgerliga regeringen har inom ramen för sin kronikersatsning därefter gett uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en patientversion av nationella riktlinjer. En särskild version anpassad för vårdssituationen inom primärvården ska också tas fram, och riktlinjerna ska göras mer tillgängliga för vårdpersonal. Den nya regeringen har avisat att man vill göra riktlinjerna mer bindande.

Kommissionen anser att systemet med nationella riktlinjer, som det ser ut i dag, inte fungerar som ett statligt styrinstrument över sjukvården. I dag finns endast 12 färdiga riktlinjer och ytterligare en handfull är under arbete. Men det finns hundratals vanliga sjukdomar, många av dem kroniska sjukdomar som exempelvis migrän och psoriasis, som saknar nationella riktlinjer.

Kommissionen anser att ett stort steg mot en mer jämlik sjukvård med större inflytande för patienterna skulle kunna tas genom att staten styr sjukvården på ett betydligt mer handfast sätt. Den statliga styrningen bör då även kunna användas för att ställa gemensamma krav på vårdkvalitet, och faktiska vårdresultat. För att det ska kunna ske anser vi att två aktörer måste vara mer delaktiga i processen: de medicinska specialitetsföreningarna och patientorganisationerna.

Det finns redan i dag riktlinjer för i princip alla sjukdomar. Den medicinska professionens vetenskapliga sällskap, specialitetsföreningarna, har uppdaterad kunskap och behandlingsriktlinjer som kontinuerligt uppdateras. Samtidigt har patientorganisationerna unik kunskap om behoven ur ett patientperspektiv som inte utnyttjas i dag. Med professionens riktlinjer och patienternas insikter som utgångspunkt skulle ett

²⁾ Mer patient- perspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod? (RiR 2013:4).

stort antal nationella behandlingsriktlinjer i en betydligt snabbare process kunna tas fram i samarbete med Socialstyrelsen och ges en nationell myndighetsstämpel.

Kommissionen har valt att benämna dessa Nationella Medicinska Behandlingsriktlinjer. De ska vara anpassade för den konkreta vårdssituationen, och ständigt uppdateras med ny kunskap i en kontinuerlig process som ställer krav på ett nära samarbete mellan Socialstyrelsen och den medicinska professionen. Nationella medicinska behandlingsriktlinjer enligt en sådan modell skulle ha bättre förutsättningar att bli implementerade och använda i sjukvården. De nationella vårdprogram som arbetats fram inom ramen för RCC har kommit långt och kan utgöra en förebild för det fortsatta arbetet.

Nationella medicinska behandlingsriktlinjer ska vara bindande för sjukvården och fungera som en grundläggande nivå. Vårdgivaren kan ge mer avancerad vård, men inte mindre än riktlinjerna anger. För patienten blir det tydligt vad man har rätt till, och vad som kan förväntas av vården. Sjukvårdens skyldighet att ge vård enligt nationella riktlinjer bör i linje med det infogas i hälso- och sjukvårdslagen.

7.7 Jämlik tillgång till läkemedel

Kommissionens förslag:

Sverige kan som ett litet land inte ha olika system för läkemedel i vart och ett landsting. Endast ett nationellt system kan skapa jämlik tillgång till läkemedel.

Läkemedel godkänns på EU-nivå och läkemedel inom förmånssystemet prissätts och finansieras av staten. All överprövning av ett läkemedel på landstingsnivå bidrar till ojämlig vård och måste upphöra. När ett läkemedel godkänts inom förmånssystemet ska det omedelbart kunna förskrivas av läkare och nå patienter oavsett bostadsort.

Staten bör ta fullt kostnadsansvar för alla nya innovativa läkemedel under de första tre åren efter att ett läkemedel fått tillstånd för försäljning av EU:s läkemedelsmyndighet EMA och godkänts för pris av myndigheten TLV. Det ger en mer jämlik läkemedelsanvändning och tryggar patienternas tillgång till de bästa behandlingsmetoderna.

Det finns som tidigare redogjorts för otaliga exempel på hur tillgången till läkemedel i Sverige är ojämlig, geografiskt, socioekonomiskt och könsmissigt. Detta är särskilt allvarligt när det gäller läkemedel mot livshotande sjukdomar och där ett ja eller nej till behandling kan vara skillnaden mellan liv och död.

Den geografiska ojämligheten är paradoxal då läkemedel, till skillnad från de flesta andra insatser inom sjukvården, är nationellt reglerat. Den gemensamma EU-myndigheten EMA utvärderar effekt och säkerhet för nya läkemedel, och ger tillstånd till

användning inom EU. På nationell nivå gör myndigheten TLV, efter godkännandet, en hälsoekonomisk utvärdering och beslutar om läkemedlet ska ges statlig subvention inom förmånssystemet för läkemedel eller inte. Efter dessa beslut kan sjukvården börja använda läkemedlet. Experter på EU-nivå har granskat att läkemedlet är säkert att använda och att det har den avsedda effekten. Den nationella myndigheten TLV har vägt kostnaderna mot patientnyttan och de medicinska behoven och fastställt ett nationellt pris på läkemedlet.

Syftet med det värdebaserade statliga förmånssystemet är att patienter ska få läkemedel efter behov. Det var länge sedan systemet fungerade som tänkt. En starkt bidragande orsak är att varje landsting har kostnadsansvar för sin del av den statliga subventionen. Läkemedelskommittéer och administrativa enheter i de 21 landstingen gör sina egna utvärderingar utifrån lokala kriterier. I vissa landsting har kostnadsansvaret för läkemedel decentraliserats på ytterligare nivåer. Följden blir dels att det oftast tar lång tid innan ett läkemedel börjar användas ute i vården, dels att landstingen gör helt olika bedömningar av om ett läkemedel bör användas. Detta leder till ojämlikheter beroende på bostadsort. Flera undersökningar visar att Sverige i betydligt lägre grad än andra jämförbara länder använder nya innovativa läkemedel.

Kommissionen anser att all överprövning av ett läkemedel på landstingsnivå bidrar till ojämlik vård och måste upphöra. När ett läkemedel godkänts inom förmånssystemet ska det omedelbart kunna förskrivas av läkare och nå patienter oavsett bostadsort.

Landstingen samverkar nu via SKL i den statliga processen genom ett så kallat ordnat införande av vissa nya läkemedel. Projektet syftar enligt landstingen till att läkemedel snabbare ska nå patienterna. Kommissionen anser dock att även om denna process är samordnad så är den onödigt och tidsödande.

När det gäller sjukhusläkemedel som inte omfattas av subventionen utan upphandlas direkt av landstingen finns också betydande ojämlikheter över landet. Det gäller särskilt nya cancerbehandlingar där landstingen i dag, oftast av strikt ekonomiska skäl, gör helt olika bedömningar. Detta har skapat avarter i systemet där ett flertal exempel finns på hur svårt sjuka cancerpatienter betalar läkemedel ur egen ficka sedan patienten fått nej från sitt landsting av ekonomiska skäl. Kommissionen anser att det givetvis är förståeligt ur ett mänskligt perspektiv att en svårt sjuk människa är beredd att själv bekosta en behandling som kan rädda livet. Samtidigt är det allvarligt tecken på att systemet inte fungerar, utan istället bidrar till ojämlikhet inom vården.

Ett arbete har inletts där myndigheten TLV gör hälsoekonomiska utvärderingar även av sjukhusläkemedel, det så kallade klinikläkemedelsprojektet som myndigheten driver med landstingen via SKL. Efter utvärdering av TLV utfärdar SKL en rekommenda-

tion till landstingen avseende om och hur läkemedlet bör användas. Landstingens lojalitet till dessa rekommendationer blir avgörande för om de ojämlikheter som finns kan minska.

Det finns en utbredd uppfattning bland beslutsfattare och inom sjukvården att nya läkemedel utgör ett hot mot landstingens ekonomi. Som vi tidigare redovisat stämmer inte detta överens med den officiella statistiken, som tvärtom tyder på att läkemedel har nedprioriterats av sjukvården. Läkemedelskostnadernas andel av BNP har under den gångna tioårsperioden minskat med 17 procent, enligt SCB. Detta slår hårt mot svenska patienter som i allt större utsträckning får hålla tillgodo med gamla läkemedel. En rad internationella jämförelser visar att Sverige använder nya innovativa läkemedel i betydligt lägre grad än andra jämförbara länder. Sverige halkar efter alltmot. Den rådande situationen leder till mer ojämlig vård, när nya behandlingar förskrivs i vissa landsting och inte i andra, och när patienterna får betala behandlingarna själva.

Problemet med att svenska patienter i lägre grad får tillgång till nya behandlingsmetoder måste lösas på nationell nivå. Kommissionen föreslår att staten tar fullt ekonomiskt ansvar för alla nya innovativa läkemedel under läkemedlets tre första år från tillstånd till försäljning av EMA och godkännande av försäljningspris från TLV. Kostnaderna för nya läkemedel skulle därmed lyftas bort från landstingens budgetar. Detta skulle ge patienterna bättre tillgång till nya behandlingar och regionala ojämlikheter mellan landstingen skulle minska. Ett sådant förslag har tidigare lagts fram av Studieförbundet Näringsliv och Samhälle, SNS, och de hälsoekonomiska forskarna Bengt Jönsson och Katarina Steen Carlsson³⁾.

Satsningen skulle delvis uppvägas mot att de ordinarie statsbidragen till landstingen för läkemedelssubventioner skulle kunna minskas, men den totala effekten skulle bli att samhällets totala kostnader för läkemedel ökar. Detta ska dock ställas mot de betydande hälsovinster som uppnås. Att patienter får tillgång till nya innovativa behandlingsmetoder är också ett grundläggande och berättigat krav som måste ställas på ett land där den politiska enigheten är stor kring att vården ska vara av världsklass.

³⁾ Bengt Jönsson, Katarina Steen Carlsson, SNS 2013. Värdet av läkemedel.

7.8 Forskning, innovation och utveckling

Kommissionens förslag:

Patienter skall ha rätt att få information om relevanta forskningsstudier. En nationell webb-baserad forskningsportal kan göra det möjligt att söka och kontakta forskare som planerar studier, oavsett var i landet dessa skall bedrivas.

Patienter har unika kunskaper om sin egen sjukdom och kan ta aktiv del och bidra inom olika forskningsprojekt. Regeringen bör anslå särskilda medel för forskningsmedverkan riktad till patientorganisationer.

Sjukvården måste organiseras så att infrastruktur (IT-stöd, journalsystem, biobanker m.m.) stödjer nationellt samordnad diagnostik, behandling och forskning.

Sjukvårdshuvudmännens uppdrag till vården måste tydligt innefatta krav på, och ökade resurser till, forskning. Förutsättningarna för forskning måste stärkas så att det blir meriterande för sjukvårdspersonal att kombinera klinisk och vetenskaplig verksamhet.

Specialistläkare måste genomgå kontinuerlig fortbildning som ett krav för att få behålla specialistbevis.

Den första rapporten från Kommissionen för jämlik vård konstaterade att "En jämlik sjukvård kräver en bredare ansats och satsning på innovationer där idéer, forskning och utveckling blir till produkter och tjänster. Det är med nya metoder och behandlingar som vi löser framtidens utmaningar inom sjukvården". Kommissionen står kvar vid denna uppfattning: begreppet jämlik vård får aldrig innebära en anpassning nedåt – att den vård som erbjudas alla är medelmåttig eller till och med dålig. "Jämlik vård" ska betyda "jämlik högkvalitativ vård", där kvaliteten avgörs av hur vi presterar i ett internationellt perspektiv. Det är därför ytterst viktigt att Sverige strävar efter att alltid ligga i internationell toppklass inom medicinsk vetenskap. Då kan vi skapa förutsättningar inte bara för att vi själva ska utveckla nya medicinska metoder, utan också för att ligga i framkant när det gäller att snabbt plocka upp de senaste innovativa lösningarna från andra länder.

Tyvärr har Sverige tappat mark som forskningsnation de senaste decennierna och det gäller särskilt den kliniska forskningen, alltså den som bedrivs inom sjukvården. Detta har belysts i ett flertal utredningar på senare år⁴⁾. Sverige ligger dåligt till vad avser introduktion och spridning av nya läkemedel, behandlingar och medicinsk teknik. Antalet kliniska prövningar av nya läkemedel och andra behandlingsstudier har

⁴⁾ Världsklass! – Åtgärdsplan för den kliniska forskningen (SOU 2008:07), Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården (SOU 2009:43), Starka tillsammans (SOU 2013:87).

minskat⁵⁾. Det finns stora brister i infrastrukturen som krävs för nationell samordning, exempelvis IT-system för utbyte av diagnostisk information och journaler mellan olika landsting, biobanker som lagrar prover och kliniska data från patientgrupper, eller informationskanaler om pågående och planerade kliniska studier. Forskande personal upplever ofta bristande entusiasm eller även motstånd från klinikledning och annan personal när de behöver stöd för att genomföra projekt⁶⁾. Det saknas dessutom incitamentsstrukturer för de som vill kombinera klinisk verksamhet med forskning. I dagens system ställs tuffa krav på de landstingsanställda som utöver sjukvårdsinsatserna vill utbilda sig till och verka som forskare.

Möjligheten att skapa en kultur av forskningsintensiv sjukvård bygger på att forskningsintresset hos sjukvårdens personal tas tillvara. Utöver att resurser avsätts ska medverkande i forskning vara meriterande vid tjänstetillsättningar. Vidare ska forskningsaktivitet belönas så att kliniska forskare bereds möjlighet att långsiktigt bedriva forskningsintensiv sjukvård. I dag finns flera tidsbegränsade satsningar på halvtids forskartjänster vid universitetssjukhusen. Men en tjänstestruktur som främjar en kontinuerlig forskningskarriär är avgörande för att skapa den nödvändiga kulturen av en forskande sjukvård.

I flera olika utredningar har konkreta förslag lanserats för att utveckla den kliniska forskningen. Det gäller olika tekniska plattformar för exempelvis biobanker eller IT-portaler där sjukvård, akademi, industri och patienter kan dela information om kliniska behandlingsstudier, och finansieringsformer för sådana studier med bedömning av projekt i nationell konkurrens⁷⁾. Det saknas således inte ambitioner och nysatsningar, men räcker det? Sammantaget pekar ju de förhållanden som har sammanfattats ovan på ett centralt grundproblem när det gäller sjukvården som kunskapsorganisation. Uppgiften skall inte bara vara att producera vård baserad på dagens kunskap – en fullfjädrad kunskapsorganisation skall också medverka till att söka fram morgondagens kunskap, det vill säga skapa förutsättningar för och genomföra forskning.

I denna rapport har frågan om sjukvårdens organisation väckts (kapitel 7.5) med bland annat förslag om att denna utreds förutsättningslöst när det gäller perspektivet jämlik vård. Kommissionen menar att det för en sådan utredning är minst lika viktigt att beakta förutsättningarna för forskning inom sjukvården. Det kan handla om läkemedelsprövningar, vårdforskning, studier av kirurgiska metoder eller andra behandlingsformer.

⁵⁾ LIF 2014. Forskning och utveckling av läkemedel i Sverige.

⁶⁾ Cancerfundsrapporten 2014.

⁷⁾ En ny biobankslag (SOU 2010:81).

Staten ansvarar i dag för universiteten och därmed för forskningen, medan landstingen ansvarar för sjukvården. Det kan lätt uppstå en intressekonflikt mellan dessa båda områden som utgör forskningens bas. Landstingen har ett visst forskningsansvar men prioriterar sjukvårdsproduktion. Universiteten är beroende av sjukvården för att bland annat få tillgång till olika typer av forskningsunderlag som patienter, biobanker, provtagning och register. Detta dubbla huvudmannaskap är inte optimalt vare sig ut forskningens eller vårdens perspektiv. Oavsett hur huvudmannaskapet för sjukvården organiseras i framtiden måste detta skapa en kultur som genomsyras av viljan att söka ny kunskap och utveckla nya metoder. Inom flera medicinska fält ställs det större krav på nationellt eller även internationellt samordnade kliniska studier. I många länder bildar man exempelvis nu så kallade "comprehensive cancer centers" som ansvarar för integrerad vård och forskning på patientgrupper som motsvarar ett upptagningsområde med mer än tre miljoner invånare. Med dessa perspektiv är det rimligt att fråga sig om dagens situation med 21 landsting är den optimala lösningen för vår sjukvård även sett ur ett forskningsperspektiv. I denna rapport har Kommissionen lyft fram regionala cancercentrum (RCC) som en attraktiv modell för samordning av vård i större skala, och det är intressant att dessa strukturer också har ett uppdrag när det gäller forskning. Det är dock tveksamt om RCC:s mandat i den landstingsdrivna sjukvården är tillräckligt starkt för att göra någon skillnad.

Kommissionens grundläggande synsätt är att hälso- och sjukvården måste bli patientcentrerad. Detta omfattar även forskning. Patienterna måste bli mer delaktiga i forskningen ur två perspektiv. Det första är att det ska vara en självklar del av patientens rättigheter att få information om vilka relevanta forskningsstudier som bedrivs i hela landet, och få stöd vad gäller att söka kontakt med dessa. Det andra perspektivet är att särskilt patienter med en kronisk sjukdom har unika kunskaper som forskningen kan ta tillvara i större utsträckning.

Vad gäller patientens rätt till information kan en nationell webb-baserad medicinsk forskningsportal upprättas där alla kan få mer information och komma i kontakt med forskare, vårdgivare, institut eller företag som planerar och bedriver studier. Ett liknande sådant förslag har tidigare lagts av utredningen om nationell samordning av klinisk forskning (Starka tillsammans). Vetenskapsrådet har fått i uppdrag att tillsätta en kommitté för nationell samordning av kliniska studier som i sin tur ska upprätta ett kansli vars uppgift är bland annat att skapa en forskningsportal. Kommissionen anser att en nationell forskningsportal är en central del av nationell samordning och det är betydelsefullt att det kommer till stånd. Värt att nämna är även den pilotportal som pågår inom RCC i samverkan för att bygga en forskningsportal för cancerstudier. Särskild uppmärksamhet måste ges frågan kring att vissa grupper i samhället kan behöva

hjälp med att förstå och utnyttja en forskningsportal. Här har behandlande läkare och annan sjukvårdspersonal ett ansvar att ge sådant bistånd.

Det andra perspektivet handlar om att patienterna ska ta aktiv del och få inflytande i forskningen – bli jämställd partner till forskarna. Patienter med exempelvis en kronisk sjukdom kan, efter att ha genomgått en relevant utbildning kring forskning, ta aktiv del i forskningsprojekt och bidra med sina djupa kunskaper om sin egen sjukdom. Det kan exempelvis handla om att bidra i frågor kring kliniska behov, eller delta i etiska diskussioner. Det finns exempel på sådan patientmedverkan i forskningen med goda erfarenheter. Samarbete mellan patienter och forskare har förutsättningar att ge både bättre forskning och bättre vård. I Sverige finns aktiva och kunniga patientorganisationer som skulle kunna ges ett samordnande ansvar för detta. Kommissionen föreslår att regeringen, med ett relevant ansökningsförfarande, ansår särskilda medel för forskningsmedverkan enligt ovan riktat till patientorganisationer.

När patienter tar mer aktiv del av forskning uppstår ett tryck på att landstingen utvecklar en organisation som genomsyras av att söka kunskap och innovation. Detta kräver att läkare och annan personal är välinformerade och uppdaterade, även om de själva inte bedriver forskningsverksamhet. Ytterst medför det att sjukvårdshuvudmännen måste erbjuda forskningsanknuten vidareutbildning för sin personal. Det går inte att ställa krav på att alla som är verksamma inom sjukvården måste arbeta med forskning själva, däremot är det rimligt att begära att alla skall ha en grundläggande förståelse för forskningens villkor, hur man söker och presenterar information om de senast introducerade behandlingarna och hur man kommer i kontakt med de som bedriver studier.

Som vi redogjort för under avsnitt 5 saknas det i Sverige reglerade krav på fortbildning för specialisläkare, till skillnad från i majoriteten av EU-länderna. Efter sex års läkarutbildning och ytterligare fem års specialistutbildning upphör alla krav på att ta in ny kunskap. Läkarförbundets regelbundna enkäter kring fortbildning visar på en stadig nedåtgående trend med allt mindre vetenskaplig fortbildning för läkare. Allt mindre fortbildning beror inte på ointresse, utan främst på för hög arbetsbelastning eller att vårdenhetens ekonomi inte tillåter fortbildning.

Kommissionen anser att det är fullständigt orimligt att krav på kontinuerlig vetenskaplig fortbildning för läkare helt saknas i Sverige. Alla specialisläkare ska ha rätt att kunna ta till sig den senaste forskningen inom sitt område. En utredning bör få i uppdrag att, i nära samarbete med läkarnas fackliga och vetenskapliga organisationer, ta fram ett förslag kring obligatorisk fortbildning för specialisläkare, samt vem som ska ha det finansiella ansvaret för fortbildningen. Kontinuerlig fortbildning bör bli ett krav för att specialisläkare ska få behålla sitt specialistbevis.

