

Jämlik vård och hälsa

ARBETEN SOM PÅGÅR FÖR ATT UPPNÅ EN MER JÄMLIK VÅRD OCH
HÄLSA

Innehåll

SKL:s kongressmål och prioriterade frågor.....	4
Jämlig hälsa och jämlig vård.....	6
Öppna jämförelser.....	10
Social hållbarhet och minskade hälsoskillnader	13
Primärvård – insatser för jämlig vård.....	16
Kunskapsstöd.....	18
Cancervård.....	22
Tillgänglighet	26
Läkemedelsbehandling	29
Assisterad befruktning	32
Psykisk hälsa.....	34

Förord

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige blir allt bättre. Det är en positiv utveckling som visar att satsningar som genomförts inom välfärdssektorn i Sverige och dess kommuner, landsting och regioner på många sätt har varit lyckade. Den svenska sjukvården håller också en hög kvalitet. Trots detta finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället avseende t.ex. kön, etnisk tillhörighet, olika socioekonomiska grupper. Inom vissa grupper fortsätter skillnaderna till och med att öka.

Våren 2015 presenterade SKL en rapport där den svenska hälso- och sjukvården jämfördes med 15 andra länder. Rapporten visar att Sverige har de bästa medicinska resultaten utifrån 13 olika kvalitetsindikatorer. Där ingår bland annat överlevnad efter hjärtinfarkt, stroke, bröst- och kolorektalcancer samt spädbarnsdödlighet. Sverige intar även förstaplatsen i effektivitetsindex, det index där den samlade kvaliteten i ländernas sjukvård sätts i relation till de totala kostnaderna för att uppnå denna kvalitet

Men trots de goda resultaten och den höga kvaliteten i sjukvården finns oacceptabla skillnader i vården och i hälsa. Det behövs ett aktivt arbete för att bibehålla en fortsatt framstående position inom hälso- och sjukvården. Den kan förbättras ytterligare genom att mer systematiskt rikta fokus på en mer jämlik hälso- och sjukvård samt att verka för att minska hälsoskillnaderna. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har de senaste åren tagit sig an utmaningarna att bidra till en jämlik vård och minska hälsoskillnaderna genom olika utvecklingsarbeten. Syftet med denna rapport är att visa på några av dessa initiativ.

Stockholm i juni 2016

Hans Karlsson

Avdelningen för vård och omsorg

SKL:s kongressmål och prioriterade frågor

SKL prioriterar frågan om jämlik vård och hälsa. Förbundet har fattat beslut om följande inriktningsmål för kongressperioden 2016- 2019:

- SKL ska verka för att kommunerna, landstingen och regionerna arbetar hälsofrämjande och förebyggande för att stärka social hållbarhet och minska skillnader i hälsa.
- SKL ska verka för att kommuner, landsting och regioner arbetar för att uppnå målet om att sluta folkhälsoklyftan inom en generation.
- SKL ska verka för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård.

SKL:s styrelse har under de senaste åren beslutat att jämlik vård och hälsa är en särskilt prioriterad fråga. Denna rapport har tagits fram inom ramen för 2015 års prioriterade fråga ”Vårdens utveckling och likvärdighet”. År 2016 har SKL beslutat att ”Minska folkhälsoklyftan” ska vara en prioriterad fråga vilket innebär att SKL aktivt ska verka för minskade hälsoskillnader i samhället och ta fram en strategi som medför att kommunernas, landstingens och regionernas behov, förutsättningar och prioriteringar höras av den nationella kommissionen för jämlik hälsa. En kommission som regeringen har tillsatt i syfte att lämna förslag till åtgärder som bidrar till minskade hälsoskillnader i samhället

2014 lämnade programberedningen ”Hur olika får det bli?” sin slutrapport. I rapporten görs en genomlysning av olikheter och skillnader. Beredningens uppdrag var att belysa skillnader i kvalitet och service mellan kommunernas respektive landstingens verksamheter och göra en värdering när skillnader kan vara bra respektive oacceptabla. Syftet var att ge underlag för en samlad politisk diskussion om hur landsting och kommuner ska möta de ökade kraven på likvärdighet. I slutrapporten konstateras att skillnader ofta handlar om att man utvecklar sin verksamhet i olika takt eller att behov och prioriteringar ser olika ut. Samtidigt konstaterar beredningen att det finns skillnader som inte är godtagbara. Det är viktigt att identifiera dessa oacceptabla skillnader och där sätta in resurser. Programberedningens slutrapport finns i länken nedan.

[Slutrapporten hur olika får det bli](#)

SKL:s positionspapper En hälsofrämjande hälso- och sjukvård från 2013 slår fast vikten av att en hälsofrämjande hälso- och sjukvård fokuserar på att hälso- och sjukvårdens samlade insatser bidrar till bättre hälsa för den enskilde och för befolkningen (och inte enbart på sjukdomsbehandlande åtgärder). Vinsterna är många och visas till exempel i minskad dödlighet och sjuklighet, förbättrad funktionsförmåga, större välbefinnande och högre hälsorelaterad livskvalitet.

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård medverkar till en mer jämlik vård och hälsa där befolkningsgrupper som har störst behov ställs i centrum. Vid alla åtgärder som rör barn ska barnets perspektiv beaktas. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård prioriterar aktiviteter som ger de största hälsovinster inte bara för patienter och individer utan också för hälso- och sjukvårdens egen personal.

Jämlik hälsa och jämlik vård

De mänskliga rättigheterna och regeringsformen är utgångspunkten för arbetet med jämlik vård och hälsa

I nationalencyklopedin beskrivs jämlikhet som ”*alla människors lika värde*”. Till skillnad från jämställdhet som begrepp så tar inte jämlikhet utgångspunkten endast från relationen kvinnor och män utan belyser fler maktordningar och dimensioner. Det finns ingen nationell jämlikhetspolitik (som det finns inom jämställdhetsområdet) men begreppet ingår som övergripande perspektiv i grundlagen och i flera av de lagar som styr kommuner, landsting och regioner (exempelvis hälso- och sjukvårdslagen).

I den första artikeln i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948 beskrivs att ”Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter”. I konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter och konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter regleras medborgares individuella rättigheter gentemot staten, bland annat rätten till en rimlig levnadsstandard och politiskt deltagande.

Vissa gruppers rättigheter har förstärkts genom andra konventioner, exempelvis konventioner mot rasdiskriminering, mot diskriminering av kvinnor samt konventioner om barns och personer med funktionshinders rättigheter. Även EU:s stadgar rymmer internationella överenskommelser för likabehandling, icke-diskriminering och mänskliga rättigheter. Den nationella lagstiftningen ska tolkas i enlighet med internationella överenskommelser.

Regeringsformen slår fast att invånarnas välfärd är grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Staten, kommuner och landsting ska särskilt trygga rätten till arbete, bostad och utbildning och verka för trygghet, social omsorg och goda förutsättningar för hälsa.

Jämlik hälsa och jämlik vård

Det är ganska vanligt att begreppen jämlik hälsa och jämlik vård blandas samman i den samhällsdebatten. När jämlik vård riktar fokus på en välfärdstjänst (hälso- och sjukvården) så handlar jämlik hälsa snarare om en ojämlig fördelning av hälsa i befolkningen som påverkas av andra faktorer än enbart hälso- och sjukvården. Även inom ramen för begreppet jämlik vård råder olika uppfattningar vad jämlikheten innefattar. Skillnader mellan kommuner och landsting eller skillnader med avseende på exempelvis kön, socioekonomiska faktorer eller etnisk tillhörighet?

Jämlig hälsa

Den klassiska definitionen av begreppet hälsa är att hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom (WHO, 1948).

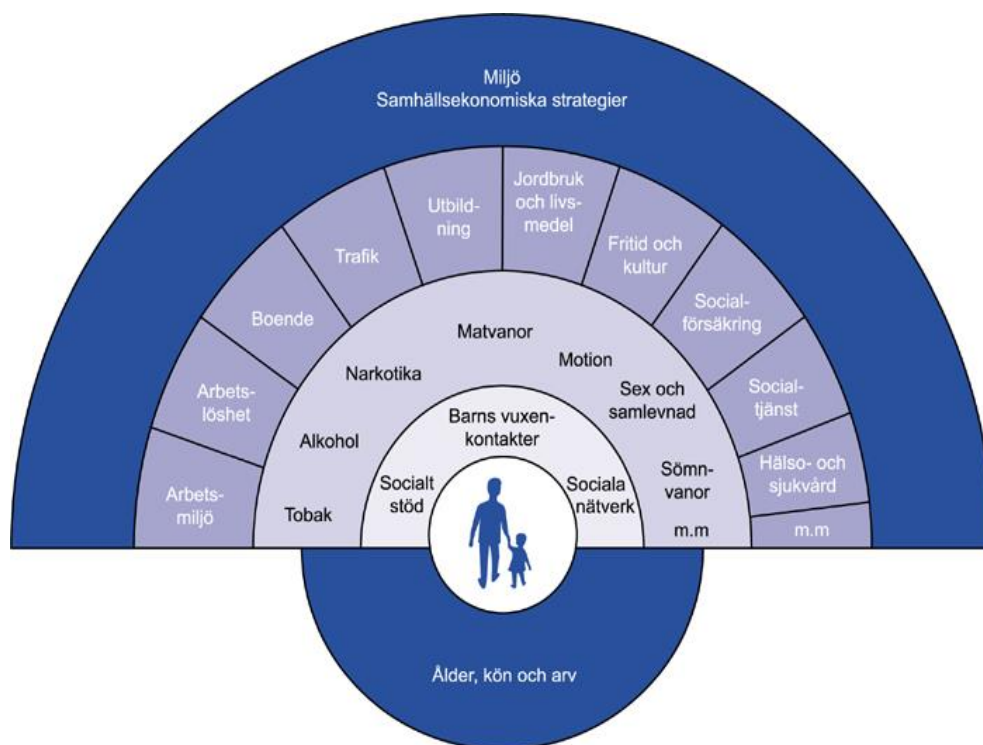
Fysiskt välbefinnande handlar om fysisk aktivitet, frånvaro av smärta, om sömn, närhet och beröring, mat och matvanor och tillgång till hälso- och sjukvård. Psykiskt välbefinnande handlar bland annat om att uppleva sin tillvaro som meningsfull, att inse sin egen förmåga, kunna använda sina resurser väl, hantera stress, förstå och påverka sin situation, ha förmåga att hantera livets vanliga motgångar, att vara delaktig i samhället. Socialt välbefinnande innefattar våra relationer till andra människor, att vara bekräftad, att känna sammanhang och tillhörighet i vardagen, i familjen, i skolan, på jobbet och bland vänner, att känna oss älskade, sedda och betydelsefulla för någon.

Vad innebär det då att hälsan är ojämlik? WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer beskrev 2008 ojämlikhet i hälsa på följande sätt:

”Det finns ojämlikhet i hälsa när vi har systematiska skillnader i hälsa som bedöms vara åtgärdbara genom rimliga åtgärder globalt eller inom samhället.”

För att förstå vilka skillnader som är åtgärdbara krävs en förståelse av hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga de faktorer i samhällsorganisationen och i människors levnadsvanor som bidrar till ohälsa och hälsa. Med andra ord de faktorer som påverkar folkhälsan. I figur 1 nedan beskrivs vilka faktorer som påverkar hälsan.

Figur 1: Hälsans bestämningfaktorer (Dahlgren/Whitehead 1991)



Folkhälsa definieras som ”ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsa mellan sociala grupper”(Janlert 2000). Målet för den nationella folkhälsopolitiken är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Det innebär att folkhälsa och jämlik hälsa är mer eller mindre synonyma begrepp.

Jämlik vård

Jämlik vård är själva kärnan i Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763) som beskriver att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

I regeringens strategi för en god och mer jämlik vård 2012-2016 beskrivs jämlik vård på följande sätt:

Att vården ska vara jämlik innebär att den ska vara likvärdig och anpassad efter var och en efter behov, det vill säga att den ska ges på lika villkor utan diskriminering. Att det finns vissa typer av skillnader i vården är också naturligt för att åstadkomma en utveckling av effektivitet, kvalitet och resultat i vården. Det är när skillnaderna är omotiverade eller funnits över omotiverat lång tid som det är angeläget att vidta insatser för att vården ska bli mer jämlik. Diskriminering är aldrig acceptabelt.

En beskrivning av jämlik vård beskrivs i en rapport från Myndigheten för Vårdanalys; En mer jämlik vård är möjlig (2014)

”För varje enskild patient, närstående eller medborgare är det viktigt att veta att det finns tillgång till bästa möjliga vård vid det tillfälle den behövs. Detta särskilt då man som patient ofta befinner sig i medicinskt kunskapsunderläge och då sjukdom i många fall innebär ytterligare utsatthet.

Faktorer som bland annat kön, etnicitet, sexuell läggning och socioekonomiska förhållanden ska inte påverka vilken vård och behandling man får som patient. På samma sätt ska inte heller var man bor i landet påverka vilken vård man får. Detta är utgångspunkter som de flesta skriver under på och som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen genom målet om vård på lika villkor.”

SKL har samlat ett antal myndigheter och organisationer till en nationell plattform för jämlik hälsa och vård. I plattformen beskrivs jämlik hälso- och sjukvård på följande sätt:

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

Att främja jämlik vård och hälsa

För att främja jämlik vård och hälsa har WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer en övergripande strategi som kallas ”proportionell universalism”. SKL har översatt denna strategi till ett budskap ”Gör jämlikt – gör skillnad” vilket innebär att inte fokusera på "lika till alla", utan på att göra skillnad, på att se människors individuella förutsättningar. Alla ska erbjudas generella insatser men de ska vara anpassade och utformade så att de bättre motsvarar olika människors och gruppers behov.

I den nationella plattformen för jämlik vård och hälsa fångas denna utgångspunkt upp på följande sätt:

Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera de som har störst behov. Lika villkor är alltså inte samma sak som lika vård. Insatserna måste anpassas så att de motsvarar olika människors olika förutsättningar och behov.

Öppna jämförelser

Syftet med öppna jämförelser är att ge underlag för att stimulera till systematiskt förbättringsarbete inom olika verksamheter på regional och lokal nivå. Öppna jämförelser möjliggör jämförelser över tid samt jämförelser mellan vårdgivare på olika nivåer.

Öppna jämförelser folkhälsa

I december 2014 publicerade Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) öppna jämförelser inom folkhälsa. Rapporten redovisar resultat på landstings- eller länsnivå per kön samt kommunnivå totalt samt nationella trender och skillnader för olika grupper exempelvis utifrån socioekonomi och ålder för kvinnor respektive män. I tabellbilaga finns även resultaten uppdelade per kön för kommuner samt utifrån socioekonomi (utbildningsnivå) för vissa indikatorer på landstingsnivå. I tabellbilagan kan man även enkelt ta fram sin egen kommuns eller landstings resultat och se dess utveckling över tid i önskvärd eller icke önskvärd riktning.

Vad visar resultaten?

Resultatet visar att det finns både likheter och stora skillnader mellan kommuner och mellan landsting när det gäller livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa.

Över hälften av indikatorerna uppvisar ett bättre resultat på riks nivå jämfört med när öppna jämförelse folkhälsa genomfördes 2009. De nya indikatorer som berör livsvillkor och levnadsförhållanden har inte utvecklats lika gynnsamt. Några resultat i korthet:

- Medellivslängden i Sverige har fortsatt att öka. Det finns dock förhållandevis stora variationer inom landet. Ökningen av medellivslängden har inte heller varit lika stor för alla grupper, framförallt för kvinnor med förgymnasial utbildning.
- I de flesta landsting och kommuner är det en något större andel individer som upplever att deras hälsotillstånd är gott än vid tidigare mätningar, men även här finns tydliga skillnader mellan könen samt mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.
- Tidigare ökade andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande men ökningen tycks ha avtagit i flera landsting och kommuner. En högre andel kvinnor än män rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande och bland de yngre har andelen ökat 2007-2014.
- Det finns stora variationer i landet i andelen elever som uppnår behörighet till gymnasieskolan, och i andelen elever som slutför sina gymnasiestudier inom fyra år.

- Långtidsarbetslösheten, mätt som andel i hela befolkningen, har ökat i nästan alla kommuner jämfört med 2009 och varierar stort mellan kommunerna.
- Befolkningens levnadsvanor varierar mellan kommuner och mellan landsting och mellan grupper med kort respektive lång utbildning. På flera områden har levnadsvanorna förbättrats, vilket också kan utläsas i att insjuknandet i hjärtinfarkt och lungcancer minskar. Förekomsten av fetma har dock ökat i de flesta landsting och kommuner.

I rapportens jämförelser beaktas skillnader mellan män och kvinnor samt mellan grupper med kort, mellan respektive lång utbildning. I de flesta fall är situationen sämre för dem med kort utbildning. Detta gäller i synnerhet för kvinnor med kort utbildning, vilka ofta haft den minst gynnsamma hälsoutvecklingen över tid.

SKL:s roll i öppna jämförelser

Förutom att medverka till rapportskrivandet så valdes indikatorerna ut i samråd med företrädare för kommuner och landsting samt experter. Indikatorerna som fanns i ÖJ från 2009 har använts och fyllts på utifrån uppföljning och synpunkter från kommun- och landstingsföreträdare.

SKL har tillsammans med sina medlemmar bedrivit ett utvecklingsarbete för att underlätta arbetet i att använda resultatet. Arbetet har mynnat ut i en webbaserad verktygslåda, vilket är ett stöd i kommande analys- och förbättringsarbete. Ex:

- påbörjat kommunikationsmaterial som spar tid
- tips och råd om för att undvika fallgropar i statistiken,
- verktyg/material för fördjupad analys av resultaten mm, mm.

[Läs mer om Öppna jämförelser: folkhälsa 2014](#)

Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård

Sedan kvalitet började jämföras mer öppet har kunskapen om olika variationer i vårdkvalitet mellan landsting och sjukhus ökat. De årliga redovisningarna analyseras och diskuteras såväl nationellt som inom landstingen. Det har varit möjligt att identifiera medicinska områden med särskilt stora behov av gemensamma insatser och landstingen har kunnat initiera förbättringsarbeten utifrån sina egna analyser. Den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) och programråden (se kap.6) är exempel på hur arbetet kan organiseras. Regionala cancercentrum i samverkan (se kap. 7) och arbetet med psykisk hälsa (se kap 11) är andra exempel.

De indikatorer som tidigare ingått i Öppna jämförelser hälso- och sjukvård publiceras från och med 2015 på en särskild webbsida – Vården i siffror. Publicering på webben tillsammans med en automatiserad insamling av data möjliggör en mer frekvent återkoppling av resultaten till verksamheterna. Framförallt synliggörs enheternas eventuella avvikelser gentemot jämförbara enheter och snittet för riket. Det finns även grafiska presentationer som hjälper till att synliggöra på vilka områden omotiverade skillnader finns. Nyheter och analyser som pekar på skillnader mellan vårdgivare över landet, och exempel på förbättringsåtgärder, kommer också att publiceras på Vården i siffror. Det återkommande synliggörandet av skillnader i resultat ska driva på arbete mot en jämnare vårdkvalitet i landet.

[Länk till Vården i siffror](#)

Under 2016 lanseras PrimärvårdsKvalitet som är system för att samla in data som kan användas för analys och lärande samt vid lokalt förbättringsarbete. I nuläget saknar svensk sjukvård samlade data om primärvårdens verksamhet för att säkerställa jämlik vård och i många landsting är det svårt att på ett enkelt sätt få ut data om primärvården. Genom det nya landstingsgemensamma systemet PrimärvårdsKvalitet blir det möjligt. Data hämtas automatiskt ur journalsystemen för att presenteras på vårdcentralnivå och kräver således ingen manuell registrering. Data kommer även att aggregeras och samlas automatiskt i en nationell statistikdatabas där genomsnittsvärden beräknas och sedan återrapporteras till vårdcentralerna. I framtiden kommer statistik även att presenteras på Vården i siffror vilket möjliggör jämförelser och lärande mellan landsting och vårdcentraler.

En grupp med representanter från SFAM och Distriktssköterskeföreningen har tillsammans med Fysioterapeuterna och Sveriges arbetsterapeuter samt Folkhälsomyndigheten och Strama tagit fram 82 indikatorer som speglar kvalitet i primärvården. De berör både vanliga sjukdomstillstånd som handläggs i primärvård, kroniska sjukdomar och infektionssjukdomar samt övergripande områden som kontinuitet, prioritering och samsjuklighet. Under 2016 kommer systemet att spridas i landsting och på vårdcentraler.

Social hållbarhet och minskade hälsoskillnader

Samling för social hållbarhet – minskar skillnader i hälsa

SKL genomförde år 2011-2013 ett arbete som gick under namnet ”Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa” som byggde på WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer (s.k. Marmotkommissionen). Tillsammans med 20 kommuner, landsting och regioner identifierades fem rekommendationer och 23 åtgärder som kommuner och landsting kan göra för att komma till rätta med skillnaderna i hälsa.

Rekommendationerna är

- Integrera jämlikhet i hälsa i all politik och i ordinarie styrning och ledning
- Mät och analysera problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder
- Ge alla barn och unga en bra start i livet
- Ge alla förutsättningar till egen försörjning
- Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen

Samling för social hållbarhet – minskade skillnader i hälsa konstaterade att arbetet för minskade skillnader inte enbart kan genomföras av kommuner, landsting, regioner. Det är viktigt att agera tillsammans med stat, EU, civilsamhällets organisationer, näringsliv och akademien för att åstadkomma förändring.

Enligt en uppföljningsrapport, ett år efter arbetet i Samling för social hållbarhet uppgav 47 procent av deltagarna att de hade gått vidare med rekommendationerna i hög grad eller i mycket hög grad. 80 procent av dessa uppgav att beslutet att gå vidare var att betrakta som långsiktigt.

[Läs mer om Samling för social hållbarhet](#)

Vägledning för jämlik styrning och ledning

SKL har tagit fram en vägledning ”Göra jämlikt är att göra skillnad” som stöd för arbetet med att göra välfärdstjänsterna mer jämlikt fördelade. I vägledningen presenteras en modell för hur en mål- och budgetprocess kan integrera ett jämlikhetsperspektiv. Den ska ses som ett stöd för de kommuner, landsting och regioner som utifrån det lokala självstyret har satt som mål att arbeta för ökad jämlikhet. Vägledningen som har tagits fram i samarbete med företrädare för kommuner, landsting och regioner bygger på erfarenheter från arbete med jämställdhet, mänskliga rättigheter och folkhälsa. Den har också testats i praktiken i ett särskilt utvecklingsarbete med åtta kommuner, landsting och regioner.

[Läs mer om vägledningen](#)

Mötesplats social hållbarhet

År 2014 bildades Mötesplats social hållbarhet som är ett forum för att utveckla välfärden på ett socialt hållbart sätt. Genom kunskaps- och erfarenhetsutbyte bidrar mötesplatsen till minskade hälsoskillnader och att tillgodose människors grundläggande behov och rättigheter. Mötesplatsen är en fristående fortsättning på Samling för social hållbarhet och bedrivs i samverkan mellan SKL och Folkhälsomyndigheten.

Mötesplats social hållbarhet är öppen för alla samhällsaktörer. Kommuner, landsting, regioner, statliga myndigheter, civilsamhällets organisationer, näringsliv och akademin. Det finns ett särskilt medlemsforum för kommuner, landsting och regioner som är i SKL:s regi. I mötesplatsen sker en nationell konferens och tre temaseminarier per år. I mötesplatsen finns en webbplats med aktuella händelser inom social hållbarhet.

[Läs mer om Mötesplats social hållbarhet](#)

Nordiskt projekt för jämlikhet i hälsa

SKL medverkade under 2014 – 2015 i det nordiska projektet "Social ulighed i sundhed i Norden – fra viden til handling". Projektet skedde i samarbete mellan Sundhedsstyrelsen och KL (Danmark), HelseDirektoratet och KS (Norge) samt Folkhälsomyndigheten och SKL (Sverige) med bidrag från Nordiska Ministerrådet och Socialstyrelsen i Danmark.

Projektet resulterade i en slutrapport av nordiska experter och forskare med 11 rekommendationer med framgångsfaktorer för hur kommuner och landsting i de nordiska länderna kan gå från kunskap till handling när det gäller arbete för minskade skillnader i hälsa. Resultaten bygger bland annat på intervjuer med kommuner och regioner i Danmark, Norge och Sverige.

[Läs rapporten här](#)

Rekommendationer till EU:s institutioner för minskade skillnader i hälsa

Tillsammans med EuroHealthNet och EUREGHA arrangerade SKL 2014 ett seminarium vid den svenska representationen i Bryssel som handlade om att påverka EU:s institutioner att minska skillnader i hälsa och i detta arbete involvera kommuner, landsting och regioner i Europa.

Vid seminariet identifierades fem rekommendationer för EU:s institutioner att beakta i det fortsatta arbetet:

- Recognize the key role of local and regional authorities
- Recognize the need of a whole-of-government approach to health equity
- Highlight the reduction of health inequalities in EU policies and programmes
- Facilitate increased engagement of local and regional authorities
- Further engage with who Europe and its networks

[Läs mer om arbete att minska skillnader i hälsa.](#)

Primärvård – insatser för jämlik vård

”Vi behandlar alla olika - för att nå lika resultat”

Regeringen och SKL slöt 2011 en överenskommelse om insatser för en mer jämlik hälso- och sjukvård. En av de insatser som genomfördes var Lärandeprojektet Vård på lika villkor. Projektets syfte var att öka jämlikheten i första linjens sjukvård inom resurssvaga områden genom att identifiera och sprida effektiva arbetssätt. Sju offentligt drivna verksamheter från fem län/regioner deltog i projektet som genomfördes 2011-2014.

Medarbetarna har själva normkritiskt granskat sina arbetsplatser, sina arbetsmetoder och rutiner, identifierat förbättringsområden och genomfört konkreta förändringar. Analyserna och arbetet har skett med flera olika perspektiv, både patienters, forskares, medarbetares och utomstående föreläsares.

Erfarenheterna från de medverkande verksamheterna visar att det går att göra första linjens vård mer anpassad utifrån patienternas behov och förutsättningar genom att dels arbeta med värdegrundsfrågor, men också genom att göra konkreta förbättringar och förändringar av rutiner och arbetssätt i vardagen.

I beskrivningarna framkom att de kontextuella förutsättningarna (hälsa, etnicitet, demografi, levnadsvanor, socioekonomi etc.) i de deltagande verksamheterna varierade stort. Detta innebär att en mer jämlik vård har olika förbättrings- och utvecklingsområden beroende på i vilket sammanhang verksamheten befinner sig. Det vill säga man kan behöva göra olika på olika ställen och i olika verksamheter för att nå målet en mer jämlik vård.

En generell modell för att göra områdesbeskrivningar har tagits fram. Varje verksamhet är unik och finns i ett unikt sammanhang. Därför måste verksamheterna göra sin egen områdesbeskrivning och utgå från den i sitt arbete för en mer jämlik vård. Generella förbättringsområden som identifierades var; kartläggning av befolkningens vårdbehov, öka tillgänglighet för de som har behov av vård men inte kommer dit, förbättra kommunikationskompetensen i vården, satsa på förebyggande arbete och ökad kunskap om vården, skapa förutsättningar för det goda mötet med patienten samt utveckla styrning och ledning på systemnivå.

De fem viktigaste kriterierna enligt utvärderingen av projektet för att kunna erbjuda vård på lika villkor var kontinuitet i vården, tilldelning av ekonomiska resurser efter patientgruppens behov/hälsa, utbildad personal, tillgänglighet, hur vård anpassas sig till brukarnas behov.

Kostnaden för de aktiviteter som genomförts för ökad jämlikhet inom ramen för projektet har varit begränsade, vilket pekar på att ekonomin inte borde vara ett

hinder för att arbeta mot en mer jämlik vård. Detta projekt ledde till bättre metoder och omhändertagande av patienterna de vårdcentraler där projektet genomfördes. Fortsatt arbete att sprida erfarenheter från projektet pågår.

Nya arbetssätt inom vården

SKL driver i samverkan med landstingen ett innovationsprojekt, Flippen, som syftar till att utveckla nya patientcentrerade arbetssätt inom primärvården. Grundidén är att utforma vården mer systematiskt utifrån patienternas behov. Vad kan och vill patienterna göra själva och vad ska vården göra? Finns teknik som vården kan använda på bättre sätt än i dag? Ordet Flippen kommer från *flipping health care* (som i sin tur kommer från *flipped class room*). Det handlar om att vända på perspektiven och utgå från vad patienten kan och vill själv - med sjukvården som stöd och om att utforma arbetssätt utifrån behov, och inte att försöka möta behov med de arbetssätt man redan har. Samverkan med andra aktörer, inspiration från andra branscher och befintliga goda exempel är viktiga utgångspunkter i arbetet. En vårdcentral i varje sjukvårdsregion (två i Uppsala/Örebro - regionen) deltar som piloter i projektet, men många fler vårdcentraler är i praktiken involverade. Tanken är att vårdcentralerna ska frigöra sig från nuvarande uppfattade och/eller faktiska begränsningar i arbetssätt, göra en analys av patienternas och befolkningens behov för ökad hälsa, och sedan hitta helt nya arbetssätt för att möta de behoven. En viktig del i utformandet av de nya tjänsterna är att verkligen fundera på vad olika patientgrupper vill och kan göra själva och vad vården ska bidra med.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att främja patientcentrerade arbetssätt inom primärvården. I detta arbete ingår att stödja de enheter som redan ingår i projektet samt spridningen och utökningen inom respektive sjukvårdsregion utifrån regionernas behov och önskemål. SKL kommer även att skapa förutsättningar för spridning av nya arbetssätt och metoder mellan sjukvårdsregionerna.

Kunskapsstöd

SKL:s arbete med nationella programråd och kompetensgrupper samt kliniska behandlingsrekommendationer

SKL stödjer arbetet med nationella programråd för bland annat diabetes, stroke samt för astma och KOL. Programråden är nationella samverkansgrupper, bestående av representanter från huvudsakligen sjukvårdsregionerna som utför insatser gemensamt för att bidra till att stödja vården så att den i högre utsträckning ska kunna bedrivas enligt bästa tillgängliga kunskap.

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer som ett stöd för landstingens ledningar vid prioriteringar och de ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa på. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är inte utformade som praktiska kunskapsstöd och därför har SKL tillsammans med landstingen påbörjat ett arbete med att ta fram kliniska kunskapsstöd i form av nationella diagnos- och behandlingsrekommendationer. Detta är ett nytt arbetssätt som utvecklats för att ta fram och sprida kunskap. Rekommendationerna är framtagna av vårdens experter och först ut är nationell likformig beskrivning riktad till alla cancerkliniker i Sverige (se kapitlet cancer). Nästa steg är att ta fram nationella diagnos- och behandlingsrekommendationer för primärvården, med särskild prioritet för behandling av kroniska sjukdomar. Primärvården har en nyckelroll i den svenska sjukvården. Den har stark koppling till både den specialiserade vården och till den kommunala vården och omsorgen. Primärvården är i praktiken både första vårdinstans vid flertalet kroniska sjukdomar, och även den del av vården som står för merparten av vård och behandling vid kronisk sjukdom. Dessa nationella kliniska kunskapsstöd framtagna av professionen för professionen anpassade för primärvården leder till en mer jämlik vård. Oavsett var du bor, vem du är, var du kommer ifrån ska du få vård baserad på samma kunskap.

Detta är ett viktigt steg för jämlik vård. De insatser som erbjuds en patient ska inte hänga på var man söker vård eller vem patienten är. Insatserna ska baseras på bästa tillgängliga kunskap, och kunskapen behöver vara enkelt åtkomlig i vårdens praxis. Detta arbete har påbörjats inom några områden och kommer att utvidgas till fler.

Nationella programråd

Utgångspunkten för satsningen har varit att målen för en utvecklad kunskapsstyrning nationellt, regionalt och lokalt är:

- En kunskapsbaserad och mer jämlik hälso- och sjukvård
- En snabbare och mer likvärdig tillgång till nya effektiva läkemedel
- Effektivare resursutnyttjande
- Förbättrat samarbete och samordning nationellt, regionalt och lokalt

SKL har i överenskommelser med staten etablerat ett antal programråd. Syftet med programråden är att samverka nationellt för att sprida och tillämpa kunskapsstöd i vården, bl.a. från Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Samtliga råd har uppdraget att analysera nationellt viktiga förbättringsområden samt ge förslag på insatser och utvecklingsarbeten som bedöms kunna utveckla området.

I dag finns nio programråd och kompetensgrupper etablerade. Programområdena som är ämnesorienterade är Hjärta/kärl, Endokrina/metabola, psykisk hälsa samt cancer. De ämnesorienterade nationella programråden är Stroke, diabetes, astma/kol.

Programråden har bland annat identifierat förbättringsområden och föreslagit olika insatser. Under hösten 2015 startade ett programråd för ADHD – det första av tre programråd inom psykisk hälsa. Övriga två är barn och ungas psykiska hälsa och ångest och depression. Dess kommer att starta under 2016.

Det har också skapats programråd för levnadsvanearbete inom hälso- och sjukvården som kompletterar programrådets arbete med att ta sig an hur levnadsvaneperspektivet ska integreras på ett bättre sätt än idag och exempelvis tydligare kopplas till kroniska sjukdomar. Programrådet ska skapa konsensus kring hur personer med ohälsosamma levnadsvanor uppmärksammas, identifiera goda exempel för levnadsvanearbete och stärka implementeringen av informations-specifikationen för levnadsvanor. Programrådet för primärvård startade också under 2015 och har haft som första uppdrag att stödja de nationella insatserna inom primärvården, ex den som innefattar diagnos- och behandlingsrekommendationer.

Astma- och KOL vård

Programråd för astma och KOL har etablerats som en del av arbetet med kunskapsstyrning och nationella programråd.

Insatsområdena för astma

Rätt diagnostik är viktigt och en förutsättning för en ändamålsenlig och kostnadseffektiv användning av astmaläkemedel. En skriftlig behandlingsplan som görs tillsammans med patienten kombinerat med patientutbildning ökar patientens delaktighet i behandlingen av sin sjukdom och möjliggör för patienten att själv ta kontroll av sin astma.

De insatsområden som omfattas är:

- diagnostik och differentialdiagnostik av astma
- ökad användning av frågeformuläret ACT
- en mall och en större användning av en behandlingsplan
- ökat stöd för interprofessionell samverkan

Insatsområden för KOL

Diagnostik av KOL förutsätter en korrekt utförd spirometriundersökning. Fortfarande finns många med KOL som ännu inte fått diagnos. Samverkan mellan olika yrkeskategorier såsom läkare, astma/KOL-sjuksköterska och sjukgymnast

är viktiga delar i vårdens omhändertagande och behandling av patienter med KOL. För många patienter, främst äldre och funktionshindrade, är samverkan med hemsjukvård och kommunen viktigt.

De insatsområden som omfattas är:

- diagnostik och differentialdiagnostik
- användning av frågeformuläret CAT
- behandlingsplan och patientutbildning
- interprofessionell samverkan

Diabetesvård

Landsting och regioner har tillsammans etablerat Nationella programrådet för diabetes. Ett kunskapsunderlag har tagits fram i form av behandlingsstrategier, grupputbildningsmaterial, vårdprogram och webbutbildning.

Ett nationellt råd för diabetes arbetar för en mer jämlik och kunskapsbaserad diabetesvård. Rådet har arbetat med att identifiera, prioritera och ge förslag på förbättringsområden i diabetesvården utifrån tillgänglig kunskap och öppna jämförelser. Sveriges Kommuner och Landsting fungerar som en stödfunktion.

Kunskapsunderlag inom diabetesvård

Stora variationer i praxis inom diabetesvården medförde en efterfrågan av kunskapsunderlag inom diabetesvården. Nationella programrådet för diabetes har tagit fram ett kunskapsunderlag som består av behandlingsstrategier, grupputbildningsmaterial, vårdprogram och webbutbildning.

Strokevård

Rådet ska arbeta med att identifiera förbättringsområden och bland annat genomföra en inventering av kunskapsunderlag och en kartläggning för att hitta goda exempel inom strokevården.

Programrådet för stroke arbetar med att identifiera förbättringsområden och bland annat genomföra en inventering av kunskapsunderlag och en kartläggning för att hitta goda exempel inom strokevården.

Rådet har arbetat fram en verksamhetsplan där arbetet utgår från uppdraget som de nationella programråden har.

Arbete för att hitta olika förbättringsområden

Olika insatsområden har identifierats för att utveckla och förbättra vården.

Insatserna görs även inom områden där det finns stora skillnader i praxis såväl inom regioner som på nationell nivå.

- En förstudie om nationell rådgivning (strokejour) ska genomföras utifrån en inventering per region. Ett mål är att strokejouren ska finnas tillgänglig per telefon dygnet runt.
- Olika kriterier ska tas fram för certifiering av strokeenheter (underlag från Riksstroke). Kriterierna ska omfatta medicinsk vård, omvårdnad och rehabilitering
- En jämförelse ska göras för att belysa goda resultat inom strokevården baserat på fem olika variabler (data från Riksstroke) för att hitta framgångsfaktorer.
- Rådet ska även inventera vilka regionala beslutsstöd som finns och dessa kan samordnas på nationell nivå.

Cancervård

SKL arbetar tillsammans med landsting, regioner och regionala cancercentrum för att göra cancervården mer patientfokuserad, tillgänglig och jämlik.



Arbetet utgår från målen och utredningsförslagen i den nationella cancerstrategin och är baserat på tio gemensamma kriterier, som regeringen låtit ta fram och som landsting och regioner ställt sig bakom.

En stor del av SKLs och regionala cancercentrums (RCC) arbete med nationella cancerstrategin har som övergripande mål att bidra till att cancervården blir mer jämlik och likvärdig över landet. Två av de fem övergripande målen i strategin handlar om dels att minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos, dels minska skillnaderna mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

Regeringen och SKL har de senaste sex åren träffat en årlig överenskommelse om insatser i enlighet med cancerstrategin. I enlighet med dessa överenskommelser har SKL och RCC genomfört utvecklingsarbeten inom nedanstående områden, alla med målet att de ska bidra till att cancervården blir mer jämlik.

Utveckling av nationella vårdprogram

De nationella vårdprogrammen utgör ett viktigt kunskapsstöd för cancervårdens professioner. De bygger på bästa medicinska kunskap och ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av patienter. Hela tanken med dessa behandlingsrekommendationer är just att alla patienter ska få tillgång till samma goda och likvärdiga vård – oavsett bostadsort, kön och socioekonomisk status.

RCC har i enlighet med överenskommelser med staten uppdraget att tillsammans med professionssammansatta expertgrupper arbeta fram och fastställa nationella vårdprogram för en rad cancerdiagnoser. Arbetsprocessen är väl strukturerad och omfattar bland annat två remissrundor, dels till professionen, dels till landstingens linjeorganisation. I skrivande stund har 24 vårdprogram fastställts på detta sätt, och ytterligare 11 är under utveckling och/eller revidering.

[Läs mer om nationella vårdprogram cancer](#)

Nivåstrukturering

RCCs arbete med att utreda förutsättningarna för och rekommendera landsting och regioner att koncentrera högspecialiserad åtgärder inom cancervården till färre platser i landet än sex har en tydlig koppling till att åstadkomma en mer jämlik vård. Arbetet med nivåstrukturering ska säkerställa att alla patienter får tillgång till den allra bästa expertisen i landet när deras sjukdom kräver komplicerade och komplexa åtgärder, som förutsätter extra resurser, kompetens, erfarenhet och vana hos de som ska utföra åtgärderna. Framförallt gäller detta patienter med ovanliga och sällan förekommande cancerdiagnoser.

Som ett resultat av RCCs och SKLs arbete är sedan den 1 januari 2015 botande kirurgi vid peniscancer koncentrerad till två nationella vårdenheter. En remiss har under hösten lämnats till landstingen med förslag om att ytterligare sju ovanliga och komplicerade kirurgiska och onkologiska åtgärder ska koncentreras till fyra eller färre platser i Sverige. Svar har inkommit från alla regioner och dessa ska nu ställas samman och värderas innan RCC och SKL kan återkomma med förslag till beslut om vilka åtgärder som kan och bör koncentreras nationellt.

[Läs mer om nivåstrukturering](#)

Införandet av standardiserade vårdförlopp för kortare väntetider

SKL träffade i slutet av 2014 en överenskommelse med staten om en fyraårig satsning på kortare väntetider och minskade regionala skillnader i cancervården. Överenskommelsen för 2015 omfattar 444,5 miljoner kronor, varav det mesta gått ut som stimulansmedel till landstingen för att införa standardiserade vårdförlopp.

I analogi med de nationella vårdprogrammen är grundtanken med standardiserade vårdförlopp att alla patienter ska få samma möjligheter att snabbt bli utredda och komma under behandling. Vårdförloppen ska förkorta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. De bygger på innehållet i de nationella vårdprogrammen och anger vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som gäller dels för hela förloppet, dels för de olika utredningsstegen. Tanken är att alla ska utreda patienter på samma standardiserade sätt, utan att ge avkall på vare sig kvalitet eller patientens/individens behov och situation. Man ska inte behöva vänta längre på undersökning än vad som är medicinskt motiverat och man ska inte behöva vänta längre i landsting A än man gör i landsting B.

Under hösten 2014 togs standardiserade vårdförlopp (SVF) för fem pilotdiagnoser fram. I enlighet med de handlingsplaner alla landsting och regioner lämnade in till departementet i mars 2015 har landstingen under året sedan arbetat med att införa dessa fem första vårdförlopp. Samtidigt har på nationell nivå tretton ytterligare vårdförlopp tagits fram, preliminärt för införande under 2016.

[Till Regionala Cancercentrum i samverkans sida](#)

Kontaktsjuksköterskor och Min vårdplan

Enligt den nationella cancerstrategin ska alla cancerpatienter som önskar erbjudas en fast vårdkontakt på den cancervårdande kliniken. Syftet är att förbättra informationen och kommunikationen mellan patienten och vårdenheten, att skapa tillgänglighet, kontinuitet och trygghet och att stärka patientens möjligheter till delaktighet i vården.

Att bidra till en utveckling som innebär att cancervården kan leva upp till denna höga målsättning; att alla patienter får en sådan kontakt, är därför ett prioriterat arbete. Det är också angeläget att vårdgivare runt om i landet kan bli överens om kontaktsjuksköterskans roll och funktion, så att omhändertagandet kan bli lika bra överallt. Inom ramen för SKLs projekt Ännu bättre cancervård har därför en gemensam generell beskrivning tagits fram.

Några av de regionala cancercentrumen har också samarbetat kring att tillsammans med lärosätena i landet ta fram och erbjuda ett antal utbildningar för kontaktsjuksköterskor, varav några ger högskolepoäng.

Att patienten har erbjudits en namngiven kontaktsjuksköterska ska dokumenteras i patientens journal och om möjligt registreras i kvalitetsregister. Idag registreras uppgiften i 32 procent av kvalitetsregistren och fler register planerar att införa informationen framöver.

För att alla patienter i cancervården också ska få en individuell skriftlig vårdplan i samband med utredning och behandling har SKL och RCC utvecklat en gemensam generell mall för en sådan. Mallen har sedan spridits till landsting och regioner via RCC. Den är än så länge i pappersform och fylls i manuellt av personal och patienten, men på några håll pågår arbeten med att integrera mallen i journalsystemen.

Sedan en tid pågår även inom SKL diskussioner om en kravspecifikation för att se om databasen Stöd och behandling kan erbjuda en elektronisk Min vårdplan, som en del av de nätbaserade e-tjänster som byggs upp inom 1177 Vårdguiden.se.

[Mer info KSSK - Kontaktsjuksköterska](#)

[Mer info Min vårdplan](#)

Multidisciplinära konferenser

Multidisciplinär konferens (MDK) är ett allt vanligare och viktigare inslag i bedömningen och behandlingen av patienter med cancer. Ur ett jämlikhetsperspektiv är det både viktigt och glädjande att allt fler patienter blir bedömda i en lokal, regional eller nationell multidisciplinär konferens inom allt fler diagnoser.

I anslutning till RCCs arbete med nationell nivåstrukturering diskuteras behovet av att inrätta multidisciplinära konferenser på nationell nivå inom flera områden. Idag får till exempel alla patienter som behöver botande kirurgi för peniscancer en bedömning av ett nationellt multiprofessionellt team, oavsett var i landet patienterna bor.

Idag registreras om patienten diskuteras i multidisciplinär konferens i 61 procent av de [nationella kvalitetsregistren](#).

Överenskommelse 2016 om fortsatt satsning på kortare väntetider i cancervården

SKL och regeringen är överens om att träffa en ny överenskommelse inför 2016 om att fortsätta arbetet enligt den nationella cancerstrategin.

I överenskommelsen planeras liksom tidigare att SKL ska fortsätta vara en sammanhållande och stödjande part för RCC i samverkan, bland annat genom att ge nationellt stöd inom cancerstrategiområden där kvalitetsutveckling pågått de senaste åren. Syftet med RCCs nationella samverkan är i första hand att cancervården ska bli mer lika över landet.

Huvudområdet i överenskommelsen är fortsättningen på den nationella satsningen för kortare väntetider genom införande av standardiserade vårdförlopp. Uppföljningen av satsningen kommer bland annat att ske nedbrutet på kön.

Tillgänglighet

Inom tillgänglighet är det viktigt att det inte finns obefogade väntetider eller skillnader i tillgänglighet utifrån jämlikhet. De senaste årens satsningar på att utveckla tillgängligheten har resulterat i vissa förbättringar när det gäller exempelvis tillgängligheten till specialist eller planerad kirurgi. Inom primärvården lever flera verksamheter upp till vårdgarantin, men det finns stora variationer mellan landstingen.¹ Inom flera områden finns fortfarande utmaningar och förbättringsområden där ett fortsatt arbete krävs för att ge en jämställd och jämlik vård.

I befolkningsundersökningen Vårdbarometern² indikator 42 anser 64 % av andel i befolkningen att väntetiden till vårdcentralerna är rimlig. Variationen mellan vårdcentralerna i riket varierar mellan 55 % upp till 73 %. De äldre vårdsökande, 80 år och äldre är mer nöjd med tillgängligheten än de yngre 18 – 29 år. Personer födda i Norden anser i högre grad att väntetiderna är rimliga, jämfört med personer födda utanför Norden.

Kunskapen om vilken betydelse individers olikheter har för tillgänglighetsarbetet när det gäller kön, könsidentitet, ålder, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och socioekonomisk bakgrund, är begränsad.

Tillgänglighetsarbetet med beröring på kön och mångfald

Området som det i nuläget finns mest data om vid tillgänglighet är kön och mångfald. De mätningar inom tillgänglighetsområdet som görs och analyseras ska för alla landsting i möjligaste mån rapporteras könsuppdelat. Flera landsting har utifrån denna statistik gjort upprepade analyser men flertalet konstaterar att det i nuläget saknas data för att kunna använda statistiken på ett bra sätt. Det som framförallt gör analyserna komplicerade är att det i dag inte finns en medicinsk prioritering kopplad till tillgänglighetsstatistiken.

Förutom att analysera samtliga mätningar efter kön, har SKL även arbetat med mångfaldsfrågor inom tillgänglighetsarbetet genom att ta fram information på ett flertal språk, för synskadade och som Lätt läst. På SKLs hemsida finns flera översättningar av material och många landsting har tagit hem materialet och delat ut till patienter och medborgare. Några landsting har valt att översätta till ytterligare språk som är vanliga i deras region. Flera kampanjer under åren med vårdgarantin har innehållit information som har anpassats utifrån ett mångfaldsperspektiv. SKL har också lyft frågan om jämställd vård i kontaktpersonsnätverket för tillgänglighet vid olika tillfällen.

¹ Öppna jämförelser, Socialstyrelsen, 2014

² Vårdbarometern, Sveriges kommuner och landsting

Medlemsexempel

Könsuppdelad faktisk väntetidsstatistik

Med faktisk väntetid avses den tid som gått mellan beslut om remiss för första besök eller beslut om behandling, till den dag detta sker eller påbörjas.

Tabellen nedan visar andel av samtliga genomförda besök/behandlingar i specialistsjukvården för kvinnor respektive män som fick besök respektive behandling inom 60 dagar per december 2014. Resultatet visar att något fler kvinnor än män får komma på besök inom 60 dagar. Samma gäller för behandlingar. Till exempel hade 85,5 procent av alla kvinnor som fick sin operation/åtgärd i december väntat 60 dagar eller kortare.

Faktisk väntetid besök/behandling per december 2014	Andel genomförda besök inom 60 dagar, Norrbotten*	Andel genomförda operation/åtgärd inom 60 dagar, Norrbotten*
Kvinnor	73,2 %	85,5 %
Män	72,3 %	83,1 %
Totalt (män och kvinnor sammanräknat)	72,8 %	85,0 %

**Pga. att få landsting/regioner har möjlighet att redovisa könsuppdelade väntetider finns inget riksgenomsnitt att jämföra med.*

Tabellen nedan visar andel av samtliga genomförda läkarbesök inom primärvården för kvinnor respektive män som fick sitt läkarbesök inom vårdgarantins sju dagar i december 2014.

Resultaten redovisas uppdelat på kön respektive sammanräknat. Resultaten visar att skillnaderna mellan kvinnor och män som får komma på ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar är så gott som obefintliga.

Genomfört läkarbesök inom 7 dagar inom primärvården (december 2014)	Besök inom 7 dagar, Norrbotten*
Kvinnor	92,7 %
Män	92,4 %
Totalt (män och kvinnor sammanräknat)	92,6 %

**Pga. att få landsting/regioner har möjlighet att redovisa könsuppdelade väntetider finns inget riksgenomsnitt att jämföra med.*

Ett exempel på ett framgångsrikt projekt är Region Skåne och Västra Götalands screening för livmoderhalscancer som räddar liv. Många kvinnor kommer inte till gynekologisk cellprovskontroll när de kallas. Cirka tre fjärdedelar av de som dör av livmoderhalscancer, deltar inte i screeningen på grund av bland annat ojämlika villkor. Screening som startade på 1960-talet har varit framgångsrik. I dag är det 60 procent färre som drabbas av livmoderhalscancer jämfört med då. Men gynekologisk screening sker inte på lika villkor i landets 311 landsting och kommuner. Det finns stora skillnader vad gäller kostnad, tillgänglighet,

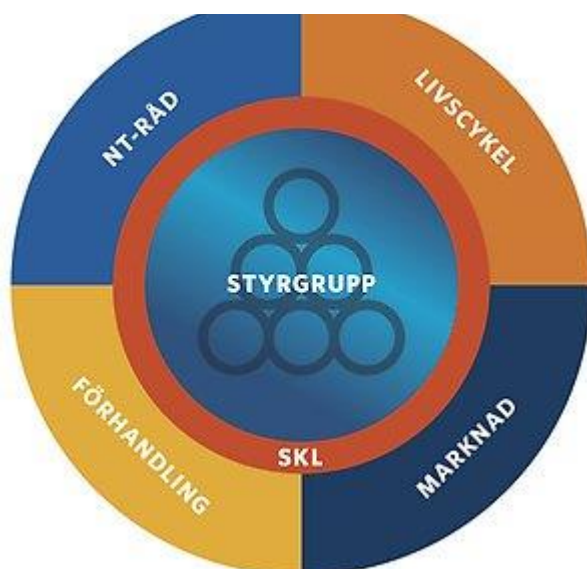
vilken hänsyn som tas till socioekonomiska faktorer och hur man kommunicerar och utformar kallelser.

För cirka fyra år sedan startade Region Skåne en rullande cellprovtagning ”Rädda Livmodern” i Malmö. De utökade även mottagningstiderna till helger och kvällar och utbildade barnmorskor. Kallelserna utformades utifrån kvinnors behov och förutsättningar. Projektet föll väl ut och uppskattades stort av kvinnorna, inte minst av migrerade kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. Ett liknande projekt har testats i nordöstra Göteborg, en stadsdel med cirka 100 000 invånare, varav hälften är födda utanför Sverige.

Insatserna har resulterat i att fler kvinnor, men också män, fått en ökad kunskap om betydelsen av cellprovtagning och vart man kan vända sig.

Läkemedelsbehandling

Med målsättningen att åstadkomma en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning för alla patienter i hela landet, har alla landsting och regioner frivilligt anslutit sig till en samverkansmodell där man arbetar gemensamt med pris-sättning, introduktion och uppföljning av läkemedel.



Att landstingen samverkar genom så kallat ordnat införande av nya läkemedel, ska också leda till att värdefulla läkemedel ska nå patienterna utan onödigt dröjsmål. Samverkansmodellen gör att sjukvårdshuvudmännen kan fatta välgrundade och snabba beslut om användning av nya och mer kostsamma läkemedel. Inom samverkansmodellen uppträder landstingen gemensamt som köpare och kravställare, vilket kan leda till bättre läkemedelspriser och därmed mer kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

Består av fyra funktioner

Inom samverkansmodellen för läkemedel finns fyra utförarfunktioner. Expertgruppen NT-rådet har landstingens mandat att avge rekommendationer till landstingen om användning av nya läkemedel. Rådet beslutar också om vilka läkemedel som ska omfattas av nationellt ordnat införande inom samverkansmodellen.

Livscykefunktionen möjliggör framförhållning i införandet av nya läkemedel genom att kartlägga kommande läkemedel åt landstingen och tar fram gemensamma kunskapsunderlag om vissa nya läkemedel där samordning är särskilt angeläget. Funktionen koordinerar också nationell uppföljning av läkemedlen.

Marknadsfunktionen arbetar strategiskt och bevakar läkemedelsmarknaden och stöttar landstingen med gemensamma avtalsmallar, gemensam prisdatabas och identifierar upphandlingsmöjligheter. Förhandlingsfunktionen har mandat från

landstingen och för tillsammans med TLV trepartsöverläggningar om priser med läkemedelsföretagen.

Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting och Region Östergötland utför tillsammans Livscykelns funktionens och Marknadsfunktionens arbete på uppdrag av alla landsting och regioner.

Genom att arbeta enligt den här modellen har förutsättningar skapats för jämlik tillgång till flera viktiga nya läkemedel. Då flera nya läkemedel som förväntades bota hepatit C blev tillgängliga, möjliggjordes samma prioritering av de svårast sjuka patienterna i hela landet genom landstingsgemensamma rekommendationer, kunskapsunderlag och överläggningar med läkemedelsföretaget i samverkan med Tandvårds- och läkemedelförmånsverket (TLV). Ett annat exempel är två nya, mycket angelägna läkemedel mot hudcancer. Genom samverkan modellen kunde man under kort tid förse landstingen med gemensamma kunskapsunderlag till stöd för användning, en hälsoekonomisk värdering av TLV och en rekommendation från NT-rådet vilket gjorde att landstingen fick förutsättningar för att ge patientgruppen tillgång till behandlingen.

P-piller

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting antog 2013, en rekommendation om en gemensam modell för preventivmedelssubvention enligt följande:

- Att åldersgräns för subvention är till och med 25 år
- Att maximal egen kostnad ska vara 100 kr per år
- Att preventivmedel ska ingå i läkemedelsförmånerna för att vara aktuella för subvention.

I samband med förslaget gavs SKL även i uppdrag att verka för att fler läkemedel inom området inkluderas i läkemedelsförmånen.

2015 har samtliga landsting och regioner harmoniserat sina respektive preventivmedelssubventioner så att de omfattar kvinnor till och med 25 år, i enlighet med SKLs rekommendation.

När det gäller avgifterna för p-piller för den enskilde så varierar de fortfarande något, men betydligt mindre än tidigare. Tjugo landsting/regioner har en avgift som är 100 kronor eller mindre i enlighet med rekommendationen, varav fyra har gratis.

SKL:s rekommenderade preventivmedelssubvention syftade till att skapa mer jämlik vård för patienterna och mer ordning och reda för landsting, regioner och apoteksaktörer. Genom att endast rekommendera förmånspreparat sattes ett krav på att produkter skulle ha genomgått hälsoekonomisk värdering för att subventioneras och en drivkraft gavs för företag att söka förmån. Resultatet av detta är att två viktiga hormonella preparat har kommit in i förmånen sedan rekommendationen antogs.

Även om fullständig följsamhet till rekommendationen inte finns så har ändå avgifterna harmoniserats betydligt och åldersgrupperna fullständigt.

I samband med budgetpropositionen hösten 2015 har regeringen föreslagit en nationell preventivmedelssubvention som omfattar produkter i läkemedelsförmånen tom 20 år från och med 2017. Denna är föremål för remissbehandling under första kvartalet 2016.

Assisterad befruktning

Skillnaderna i landstingens och regionernas erbjudande om assisterad befruktning har minskat. SKL rekommenderar enhetlighet i hela landet kring begrepp, kriterier för genomförande, övre åldersgränser samt antalet behandlingar som ska ingå i det offentliga åtagandet.

Rekommendationen är ett led i SKL:s arbete med att ge stöd till landstingen och regioner i deras arbete med kunskapsstyrning och systematiskt förbättringsarbete inom området assisterad befruktning. Med rekommendationen handlar det om att jämma ut de skillnader som finns.

Under 2012 tog SKL:s sjukvårdsdelegation ett initiativ till ett arbete med en utvidgad kartläggning av området assisterad befruktning. Rapporten bildade ett underlag i landstingens arbete med kunskapsstyrning och systematiska förbättringsarbete för och med patienter och brukare.

Omotiverade skillnader avseende avgifter, antal besök samt ålder på kvinnan och kvinnans partner synliggjordes i rapporten.

Antalet erbjudna inseminationsförsök skiljde sig mellan 2-6 försök. Åldersgränser vid inseminationsförsök varierade mellan 37 och 41 år mellan landstingen. Landstingen hade dessutom olika praxis vad gäller tolkningen av åldersgränsen. Vissa landsting tolkade åldersgränsen som att kvinnan vid behandlingstillfället inte får överskrida en viss ålder, medan för andra avsåg åldern start av första behandling. Åldersgränsen för partnern varierade också och det kunde vara olika åldersgränser beroende på om partnern var en man eller en kvinna. Möjligheten för lesbiska par att dela på inseminationsförsöken varierade mellan landstingen. I ett landsting var avgiften olika beroende på om paret var hetero- eller homosexuellt.

Vid In vitro fertilisering varierade landstingens erbjudanden mellan 2-3 försök. Åldersgränsen för IVF-behandling varierade mellan 37 och 40 år. Även här varierade tolkningen av åldersgränsen. Några landsting erbjöd IVF-behandling till lesbiska par, men inte alla. Argumenten att inte erbjuda lesbiska par behandling var i de flesta fall brist på donerade ägg eller spermier.

[Till SKL:s sida om registrerad befruktning](#)

Kartläggning ligger till grund för en rekommendation från SKL:s styrelse om enhetlighet i erbjudande av assisterad befruktning. De områden som berörs är kriterier för genomförande, vårdavgifter för patienter, åldersgränser samt antal behandlingar.

Donation könsceller

Ersättningen för äggdonation i Sverige har generellt legat som en schablonersättning på cirka 4 000 SEK. Denna schablonersättning har av många bedömts

inte motsvara donatorernas faktiska kostnader, och ersättningen har inte följt generellt ekonomiskt index. Ersättningsnivåerna varierar också stort mellan olika landsting och regioner i Sverige. 2012 tog Regionfullmäktige i Region Skåne beslutet att under två år på prov höja ersättningen till 25 procent av ett prisbasbelopp, dvs. cirka 11 100 SEK. Denna ersättningsnivå beräknades utifrån en simuleringsmodell där kostnaderna skattades till mellan 4 000 – 16 000 SEK per person för framför allt förlorad arbetsförtjänst och resor. Äggdonatorer går igenom en medicinskt avancerad, tidskrävande och emotionellt krävande behandling, som dessutom inte är helt komplikationsfri. Jämfört med flera andra länder i Europa har Sverige en relativt låg ersättningsnivå för äggdonation. Region Skåne har beslutat att tills vidare permanenta sin ersättning på 25 procent av ett prisbasbelopp till äggdonatorer. Ersättningen till spermiedonatorer varierade under 2014 från 300 SEK till 650 SEK mellan olika landsting och regioner. En spermiedonator lämnar vanligen 10-15 prov per donationsserie, och ersättningen kan därmed uppnå omkring 3000 – 10 000 SEK per ”serie”.

Det är en allmän uppfattning att ersättningsnivåerna till äggdonatorer är för låg i Sverige. Det upplevs också problematiskt att ersättningsnivåerna skiljer sig i olika delar av landet. Donation ska vara en altruistisk handling men donatorn ska hållas skadeslös, d.v.s. få ersättning för utlägg och förlorad arbetsinkomst. Då ersättningen är schabloniserad är det viktigt att utreda vad en rimlig ersättningsnivå innebär.

Med tanke på lagen om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor kommer Sverige troligen att behöva ett stort antal nya spermiedonatorer, varför det är lämpligt att även se över och enas om ersättning för spermiedonatorer.

SKL:s kongress beslutade under hösten 2015 att ersättningsnivåerna till äggdonatorer samt till spermiedonatorer ska utredas och att en rimlig ersättningsnivå ska föreslås. Denna utredning kommer att göras under 2016.

Psykisk hälsa

Personer med psykisk sjukdom riskerar sämre hälsa och förtida död och får inte lika vård vid somatisk sjukdom. Den psykiska ohälsan har ökat från 1990-talet fram till idag. Ökningen är störst bland kvinnor i ålderns 16-34 år. Psykiatriska diagnoser var 2012 den största orsaken till sjukskrivning och frånvaro från arbetsmarknaden. En långsiktig handlingsplan togs fram av SKL för perioden 2012-2016 för att möta dessa utmaningar. I handlingsplanen är de prioriterade målgrupperna barn och unga mellan 0-25 år som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa och sjukdom samt personer med allvarlig psykisk sjukdom och långvarig psykisk funktionsnedsättning. Handlingsplanen utgjorde tillsammans med Regeringens PRIO-plan (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016) underlag för den s.k. PRIO-satsningen där SKL tillsammans med regeringen kraftsamlat kring två prioriterade målgrupper – Barn och unga samt personer med allvarlig och komplicerad problematik. Ett av de övergripande målen i satsningen är – En jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet.

SKL:s arbete för barns psykiska hälsa

SKL har sedan några år genom en överenskommelse med regeringen bedrivit ett aktivt arbete för att förbättra barn och ungas psykiska hälsa. Som del i detta arbete har SKL tagit fram verktyg för sociala investeringar som möjliggör för kommuner och landsting att göra förebyggande och hälsofrämjande insatser så tidigt som möjligt och mäta effekterna av dessa investeringar. Enligt olika modeller kan även beräkningar göras som synliggör de kostnader som barns psykiska ohälsa medför samhällsekonomiskt. Det tydliggör vikten av att samverka mellan kommun, landsting och stat samt att staten i flera fall vinner på att tidiga insatser sker (som finansieras av kommun och landsting).

Psykisk funktionsnedsättning

Genom samordning av olika insatser mellan kommun, landsting, Arbetsförmedling och Försäkringskassan kan allvarliga psykiska, fysiska och sociala konsekvenser minskas hos personer som lider av allvarlig psykisk sjukdom och därigenom säkerställa en bättre kvalitet inom alla livsområden

Nyanlända

SKL fick i en överenskommelse tre miljoner av regeringen för att under 2015 göra en förstudie om hur man kan möta ohälsa hos nyanlända och asylsökande. Förstudiens syfte är att öka hälsoundersökningar och att identifiera behov och erbjuda tidiga insatser för att förhindra en negativ utveckling av den fysiska och psykiska hälsan samt öka förutsättningarna för en snabb återhämtning och etablering i Sverige. Utmaningen är att snabbt öka kapaciteten i hela landet och på alla nivåer – från insatser som ges till alla till behandling i den specialiserade psykiatrin.

Överenskommelsen 2016

I 2016 års överenskommelse finns ett fokusområde om utsatta grupper. Här trycker man på vikten av att vara medveten om att olika grupper har olika behov och förutsättningar. Det finns ett behov av att öka kunskapen om skillnader i psykisk hälsa relaterat till sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Personer med andra former av funktionsnedsättning, t.ex. någon form av utvecklingsstörning, behöver också uppmärksammas då de löper ökad risk för psykisk ohälsa. Denna grupp får, trots stora behov, inte adekvat vård i tillräcklig utsträckning. Andra personer som riskerar att hamna i särskild utsatthet är personer med beroendesjukdom eller de som varit i kontakt med kriminalvården. Det finns även utmaningar när det gäller de nationella minoritetsbefolkningarna samt nyanlända.

[Överenskommelsen psykisk hälsa 2016 - SKL](#)

Jämlik vård och hälsa

Arbeten som pågår för att uppnå en mer jämlik vård och hälsa

Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera de som har störst behov. Inom SKL pågår arbeten inom olika områden för en mer jämlik vård och hälsa. Det handlar om metodstöd i form av öppna jämförelser, framtagande av kunskapsunderlag så att den vård som bedrivs ska baseras på samma kunskap, framtagande av riktlinjer. Det handlar också om att möta individens behov och om att göra olika.

Upplysningar om innehållet
Åsa, Sandgren Åkerman, asa.sandgren.akerman@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2016
ISBN: 978-91-7585-335-2

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN 978-91-7585-335-2