



Strategi för en god
och mer jämlik vård
2012–2016

Förord

Varje människa är unik och värdefull. Varje människa har potential, möjligheter och viktiga bidrag att ge till samhället. Denna människovärdesprincip är fundamentet för regeringens arbete för en jämlik vård. Vården ska därför ges på lika villkor till hela befolkningen. Jag kan aldrig acceptera omotiverade skillnader i vården, som att människor med psykisk ohälsa eller sjukdom ges en sämre vård för kroppsliga sjukdomar än andra, eller att lågutbildade äldre i högre utsträckning behandlas med riskfyllda läkemedelskombinationer än de med hög utbildningsnivå. Det är oacceptabelt att tillgången till specialiserad vård skiljer sig beroende på var man bor och att vissa avancerade läkemedel i högre utsträckning ges till män än till kvinnor, trots att de skulle ha samma nytta av dem.

När det finns sådana omotiverade skillnader i vården måste vi våga diskutera detta och göra insatser för att rätta till dem. Att följa utvecklingen, redovisa och synliggöra skillnader är därför nödvändigt och det är också en viktig drivkraft för förbättringsarbetet i vården. Därför har vi gjort stora insatser på detta område. Det är första gången som någon regering haft mod att så systematiskt och öppet redovisa skillnader i vården.

Jag anser att hälso- och sjukvården utgör en av de viktigaste delarna i vår välfärd. Den ska hålla en hög kvalitet och vara tillgänglig för alla som behöver den och den ska vara jämlik. Jämlik vård innebär att vården ska vara anpassad efter vars och ens behov och förutsättningar. Bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla.

I denna strategi presenteras regeringens samlade arbete för en jämlik vård. Samverkan med vårdgivarna är en viktig framgångsfaktor. Regeringen har tecknat flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om stimulans och stöd till åtgärder inom hälso- och sjukvårdens områden. Härutöver genomför regeringen ett stort antal insatser för att öka jämlikheten.

Så länge det finns en enda människa som på grund av ojämlik vård riskerar en negativ påverkan på hälsan ska vi aldrig sluta anstränga oss i att komma tillrätta med omotiverade skillnader i vården.

Stockholm den 18 december 2012



Göran Hägglund
Socialminister



Strategi för en god och mer jämlik vård 2012-2016

Innehåll

Sammanfattning.....	3
1 Inledning.....	5
2. Generellt en positiv utveckling i hälsa och välfärd men stora utmaningar finns för en jämlik vård.....	8
2.1 En positiv utveckling i hälsa och välfärd.....	9
2.2 Övergripande utmaningar i hälso- och sjukvården.....	13
2.5 Skillnader i vård av olika grupper.....	22
2.4 Vården skiljer sig beroende på var i landet man bor.....	31
2.5 Skillnader inom särskilda vårdområden.....	32
3. Regeringens bedömning.....	56
3.1 Brister i bemötande, vård och behandling måste åtgärdas.....	56
3.2 Metoder behöver utvecklas för att ge bättre tillgång till vård för de som upplever sig vara i behov av vård men som inte söker vård.....	57
3.3 Behov av stöd till hälsosamma levnadsvanor.....	58
3.4 Fortsatta utmaningar när det gäller tillgången till specialister i den specialiserade vården, djupare analyser behövs.....	59
3.5 Stora skillnader inom flera vårdområden kräver systematiska insatser och bättre kunskapsstyrning.....	59
3.6 Behov av ökad kunskap.....	60

4. Strategi för en god och mer jämlik vård.....	61
4.1 Värdegrund	61
4.2 Strategi	61
5 Regeringens insatser.....	63
5.1 Synliggöra och analysera skillnader i vård, behandling och bemötande samt resultat	63
5.2 System, stödstrukturer och tjänster till vården och till enskilda ...	65
5.3 Strategier och åtgärder inom särskilda områden	67
5.4 Stöd och stimulans till utveckling i vården	84
5.5 Samverkan och dialog med hälso- och sjukvårdens aktörer, invånare och patienter	90
6 Fortsatt arbete för ökad kunskap.....	92
6.1 Öppna jämförelser för jämlik vård	92
6.2 Fördjupade analyser av skillnader ur ett patientperspektiv	92
6.3 Analys av utvecklingen att allt fler skaffar sig en högre utbildning	93
6.4 Analys av nationella riktlinjer ur ett jämlikhetsperspektiv.....	93
6.5 Stöd till forskning inom livsvetenskap	93
 Bilagor	95
Statliga myndigheter samt patienter och invånares möjligheter och förmåner.....	95
Målen för hälso- och sjukvården och jämlikhet i hälsa.....	103

Sammanfattning

Skillnader i vård och behandling har allt mer uppmärksamats och synliggjorts, bland annat genom den utveckling av Öppna jämförelser som regeringen drivit på inom hälso- och sjukvården. Regeringen gav Socialstyrelsen år 2011 i uppdrag att ta fram ett underlag som dels beskriver nuläget, dels beskriver vilka som är de fortsatta utmaningarna när det gäller att nå en ökad jämlikhet i vården.

I Socialstyrelsens rapport Ojämna villkor för hälsa och vård redovisas att vården har stora utmaningar. Det handlar om tillgänglighet, ökat patientinflytande och kunskapsbaserad vård där man särskilt uppmärksammar det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Socialstyrelsen lyfter också fram behov av harmonisering när det gäller avgifter, specialistkompetens och läkemedel. De vårdområden som särskilt lyfts fram är cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdom, vård vid psykisk ohälsa, missbruk och beroende samt tandvård. Rapporten redovisar också att det finns utmaningar när det gäller olika grupper i befolkningen. Bland annat lyfter man fram att diskriminering är vanligare än väntat och att det handlar om skillnader i behandling, bemötande, kommunikation, information och delaktighet.

En del skillnader kan vara bra för att driva utvecklingen framåt, till exempel vid implementering av nya metoder. Det är när skillnaderna är omotiverade och håller i sig över tid som särskilda insatser måste vidtas. Regeringen tar sådana skillnader på stort allvar och avser fortsätta följa och driva på en förbättrad utveckling inom de områden som visar på omotiverade skillnader i vård och behandling. Med en strategi för jämlik vård presenterar regeringen sitt arbete för ökad jämlikhet i vården. I strategin redovisar regeringen sin värdegrund och fokusområden för arbetet. De fokusområden som regeringen arbetar med handlar om;

- Synliggörande och analys av skillnader i vård, behandling och bemötande samt resultat.
- System, stödstrukturer och tjänster till vården och till enskilda
- Strategier och åtgärder inom särskilda områden.
- Stöd och stimulans till utveckling i vården.
- Samverkan och dialog med hälso- och sjukvårdens aktörer, invånare och patienter.

I strategin redovisas också regeringens insatser för fokusområdena. I ett inledande kapitel i strategin redogörs för de utmaningar som Socialstyrelsen beskriver i sin rapport till regeringen liksom områden som visar på en positiv utveckling.

Regeringens arbete för att komma tillrätta med omotiverade skillnader i vården ska fortsätta med strategin för jämlik vård som grund.

1 Inledning

I Sverige ses generellt en positiv utveckling i både hälsa och välfärd, det visas inte minst genom ökad livslängd och att allt fler får det allt bättre. Hälso- och sjukvården står för en viktig del av utvecklingen mot minskade skillnader i hälsa och vård men också andra delar av samhällsutvecklingen bidrar till minskade skillnader i hälsa. Samtidigt har skillnader i vård, behandling och bemötande i hälso- och sjukvården uppmärksamats alltmer. De omotiverade skillnader som finns i vården måste åtgärdas för att ge människor ökade förutsättningar för att nå en god hälsa och välbefinnande. Arbetet för ökad jämlikhet i vården är en angelägen investering som bidrar till en bättre hälsa i befolkningen och därmed också till samhällsekonomin.

En av regeringens viktigaste prioriteringar har varit ett ökat patientfokus i vården. Regeringen har därför under föregående och nuvarande mandatperiod bland annat drivit på arbetet med att systematiskt synliggöra och öppet redovisa de skillnader som finns i vården, både geografiska skillnader och skillnader i vård och behandling av olika grupper.

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.

Målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen finns inskrivet i hälso- och sjukvårdslagen. Lagen beskriver också innebörden av målet och hur hälso- och sjukvården ska bedrivas. Bland annat anges att hälso- och sjukvården ska bedrivas med god kvalitet, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja god kontakt mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose behov av kontinuitet och säkerhet i vården samt att vård och behandling så långt möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

1.1 Hälso- och sjukvård i Sverige

Ansvar för svensk hälso- och sjukvård är delat. För att nå en mer jämlik vård måste därför många aktörer bidra. I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan stat, landsting och kommun. Riksdagen stiftar lagar som gäller i hela landet,

medan regeringen styr riket genom att lägga fram förslag (propositioner) som riksdagen sedan tar ställning till. Regeringen beslutar också om förutsättningarna för enskilda myndigheters verksamhet och särskilda åtgärder. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) regleras vad som är landstingens respektive kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården. Lagen är utformad så att den ger landstingen och kommunerna stor frihet när det gäller hur den egna hälso- och sjukvården ska organiseras.

Staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. Regeringen bidrar med generella statsbidrag till landstingens hälso- och sjukvård. Dessutom riktar den särskilda medel till landstingen för att öka tillgängligheten i vården och till läkemedelsförmånerna liksom för satsningar i cancerstrategin, satsningar inom området psykisk ohälsa samt äldre.

Det huvudsakliga ansvaret för finansiering, organisering och utförande av hälso- och sjukvård ligger hos landstingen. I Sverige finns det 21 huvudmän för hälso- och sjukvården, 21 landsting inklusive regionerna Gotland, Halland, Skåne och Västra Götaland. Landstingen ansvarar för att organisera vården så att alla invånare har tillgång till en god vård. Landstingens verksamhet finansieras till största delen av landstingsskatten. Varje landsting beslutar själva över hur stor skatten ska vara och hur den ska fördelas.

Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård i särskilt boende och hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med landstinget, i dagverksamhet och för stöd och service till dem som är färdigbehandlade och utskrivna från sjukhusvård. Kommunerna ansvarar också för skolhälsovården samt för boende, sysselsättning och stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning.

1.2 Regeringens satsningar på jämlikhet i vården

Regeringen har under lång tid genomfört insatser för att öka jämlikheten i vården, vilket redovisas i kapitlet *5 Regeringens pågående och kommande insatser inom hälso- och sjukvården*. Under 2011 och 2012 gör regeringen också en särskild satsning på jämlik vård. Under perioden avsätts 15 miljoner kronor per år för särskilda insatser. Den strategi för en jämlik vård som här presenteras utgör en del av denna satsning.

Under 2011 tecknade regeringen också en särskild överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om åtta åtgärder för en mer jämlik vård. Flera av dessa åtgärder ges även en fortsättning.

Det är känt sedan länge, framför allt genom enskilda rapporter, att skillnader i vård och behandling finns i Sverige, men regeringens stöd till utveckling av så kallade Öppna jämförelser har lagt grunden för att systematiskt följa och synliggöra utvecklingen av skillnader i hälso- och sjukvården. Öppna jämförelser är en viktig drivkraft för förbättringsarbetet för en mer jämlik vård, en drivkraft att analysera bakomliggande faktorer, lära av varandra och utveckla vården inom de områden där omotiverade skillnader redovisats.

Genom Öppna jämförelser har skillnader i vård och behandling kunnat följas och inom vissa områden har påtagliga skillnader i vården redovisats. Regeringen har tagit dessa uppgifter som grund för beslut om att ta fram en strategi för jämlik vård. Regeringen gav därför ett särskilt uppdrag till Socialstyrelsen år 2011 om att beskriva vilka som är de största utmaningarna när det gäller att uppnå jämlikhet i vården. Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* utgör en viktig grund för arbetet med denna strategi för en mer jämlik vård.

I det följande kapitlet redogörs för Socialstyrelsens analys av vilka som är de största utmaningarna för att uppnå en mer jämlik vård. I viss mån redovisas även delar av andra underlag som undersökningen *International Health Policy Survey* (IHP) av The Commonwealth Fund, Diskrimineringsombudsmannen med flera.

Regeringen tar de utmaningar som beskrivs på stort allvar och redovisar i kommande avsnitt regeringens strategi för jämlik vård, insatser som vidtas och en beskrivning av områden som visar en positiv utveckling. Slutligen redovisas arbetet med fortsatt uppföljning och analys avseende de utmaningar som beskrivits.

2. Generellt en positiv utveckling i hälsa och välfärd men stora utmaningar finns för en jämlik vård

I Socialstyrelsens rapport Ojämna villkor i hälsa och vård, som togs fram på regeringens uppdrag, beskrivs stora utmaningar inom vården. Både skillnader i vård, behandling och mötande av olika grupper, regionala skillnader och skillnader inom särskilda vårdområden beskrivs och redovisas i detta kapitel.

Samtidigt kan konstateras att utvecklingen i Sverige när det gäller hälsa och välfärd generellt är positiv och det finns också många områden som visar på en positiv utveckling i vården, även delar av denna utveckling redovisas i detta kapitel.

Skillnader i vård, bemötande och behandling av olika grupper

Socialstyrelsen redovisar olika utmaningar när det gäller barn och unga, äldre, kvinnor och män, personer med funktionsnedsättning, nationella minoriteter, utrikes födda, olika sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Socialstyrelsen redovisar också att det är stora socio-ekonomiska skillnader. Exempelvis redovisas att äldre med enbart grundskoleutbildning löper större risk att behandlas med riskfyllda läkemedelskombinationer, att homo- och bisexuella kvinnor besöker vården i lägre utsträckning trots ett upplevt behov, att personer med funktionsnedsättning avstår från vård och behandling i högre utsträckning än andra samt att personer med psykisk ohälsa löper större risk att dö i förtid av stroke. *Skillnaderna i vården avseende olika grupper redovisas i avsnitt 2.3.*

Regionala skillnader

Området regionala skillnader handlar om behovet av harmonisering när det gäller avgifter, specialistkompetens och läkemedel. Socialstyrelsen lyfter också fram tillgänglighet, ökat patientinflytande och kunskapsbaserad vård där man särskilt uppmärksammar det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Till exempel lyfts fram att tillgången till specialister varierar liksom regionala variationer i läkemedelsförskrivning samt att avgifterna för besök i öppenvården skiljer sig beroende på var man bor. *Mer om dessa skillnader redovisas i avsnitt 2.4*

Skillnader inom olika vårdområden

Socialstyrelsen lyfter särskilt fram vårdområdena cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdom, vård vid psykisk ohälsa, missbruk och beroende samt tandvård. Exempel på skillnader som redovisas gäller behandling med blodtryckssänkande läkemedel som minskar risken för återinsjuknande i hjärtinfarkt som i högre utsträckning ges till män än till kvinnor,

stora regionala skillnader i kompetens i vården för psykisk ohälsa, stora skillnader i väntetider inom cancervården, skillnader i femårsöverlevnaden i samtliga cancerformer mellan grupper och mellan personer med olika utbildningsnivå, stora skillnader i läkemedelsbehandling inom missbruksvården samt att tandvård efter stroke är eftersatt. *Skillnader inom dessa vårdområden redovisas i avsnitt 2.5.*

Nedan beskrivs de utmaningar som Socialstyrelsen redovisat liksom indikatorer för att följa utvecklingen, eller andra beskrivningar där indikatorer saknas. I redovisningen ingår också underlag från Diskrimineringsombudsmannen, Statens folkhälsoinstitut, Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och undersökningen International Health Policy Survey (IHP) av The Commonwealth Fund och andra internationella undersökningar.

2.1 En positiv utveckling i hälsa och välfärd

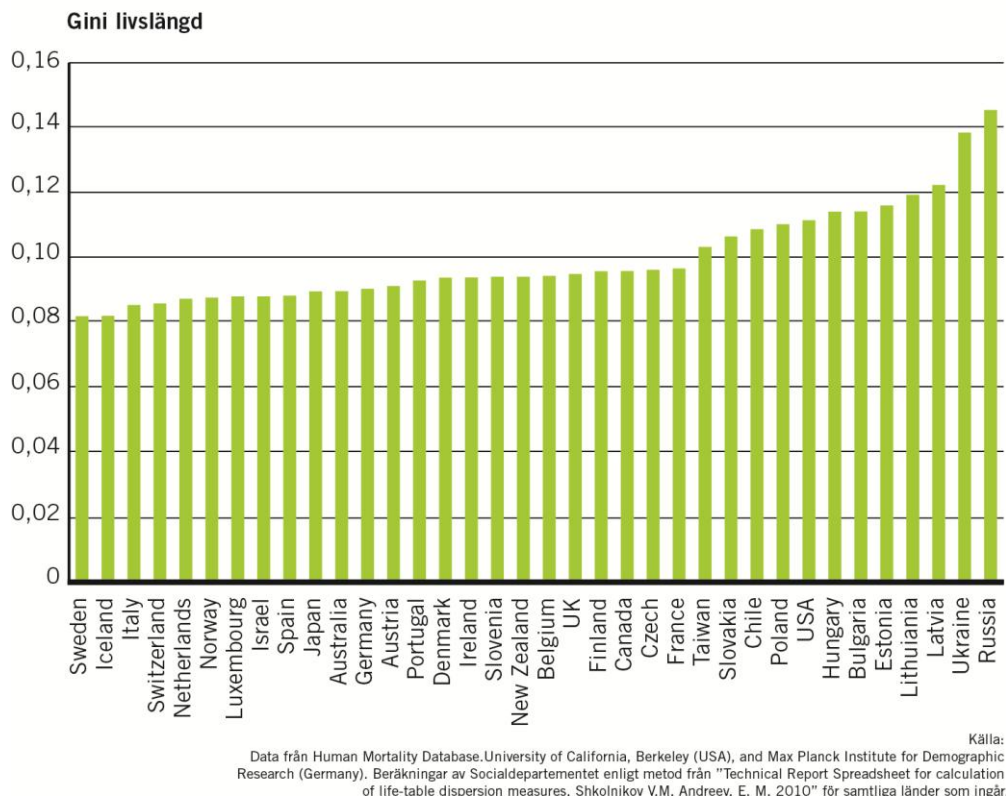
I Sverige ses en positiv utveckling i både hälsa och välfärd. Det visas inte minst genom ökad livslängd och att allt fler får det allt bättre. Hälso- och sjukvården står för en viktig del av utvecklingen mot minskade skillnader i hälsa och vård men också andra delar av samhällsutvecklingen bidrar till minskade skillnader i hälsa. Nedan redovisas delar av denna utveckling.

Sverige har den jämnaste fördelningen av livslängd i världen

Sverige har den jämnaste fördelningen av livslängd i världen om man mäter hela befolkningens livslängd med den s.k. Ginikoefficienten¹. Ju lägre värde på Ginikoefficienten desto jämnare är livslängden fördelad i befolkningen. För Sverige ligger den på 0,08175, vid ett värde på noll skulle livslängden vara lika lång för alla.

¹ Ginikoefficienten är en allmänt använd ojämlikhetsindikator som används när man Ginikoefficienten för livslängd är ett mått som beskriver hur jämn eller ojämn spridningen av befolkningens livslängd är. Ju lägre värde på Ginikoefficienten, desto jämnare är livslängden fördelad i befolkningen. Vid värde noll lever alla lika länge.

Figuren visar hur jämlik befolkningens livslängd är mätt med den s.k. Ginikoefficienten.

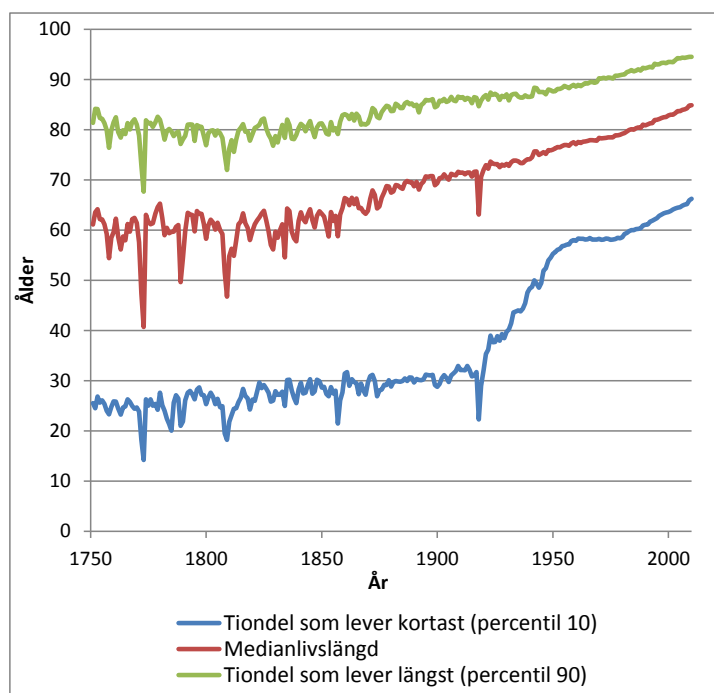


Det är dessutom så att skillnaderna i livslängd mätt på detta sätt minskar. Det är till och med så att Sverige aldrig tidigare haft så jämn livslängdsfördelning som idag och allt tyder på att denna utveckling fortsätter. Det här hänger bland annat samman med att allt fler får det allt bättre, allt fler skaffar sig en högre utbildning och med högre utbildning brukar också en god hälsa följa. Detta beskrivs närmare nedan.

Skillnaderna i livslängd minskar samtidigt som medianlivslängden ökar

Ett annat sätt att redovisa att skillnaderna i livslängd minskar över tid är att jämföra de som lever längst med de som lever kortast. Medianlivslängden i Sverige ökar stadigt (röd kurva). Samtidigt minskar skillnaderna i livslängd. Det ser vi genom att avståndet mellan dem som lever länge (grön kurva) och dem som lever kortast (blå kurva) minskar. Allt tyder på att denna utveckling fortsätter.

Figuren visar skillnaderna i livslängd i Sverige över tid

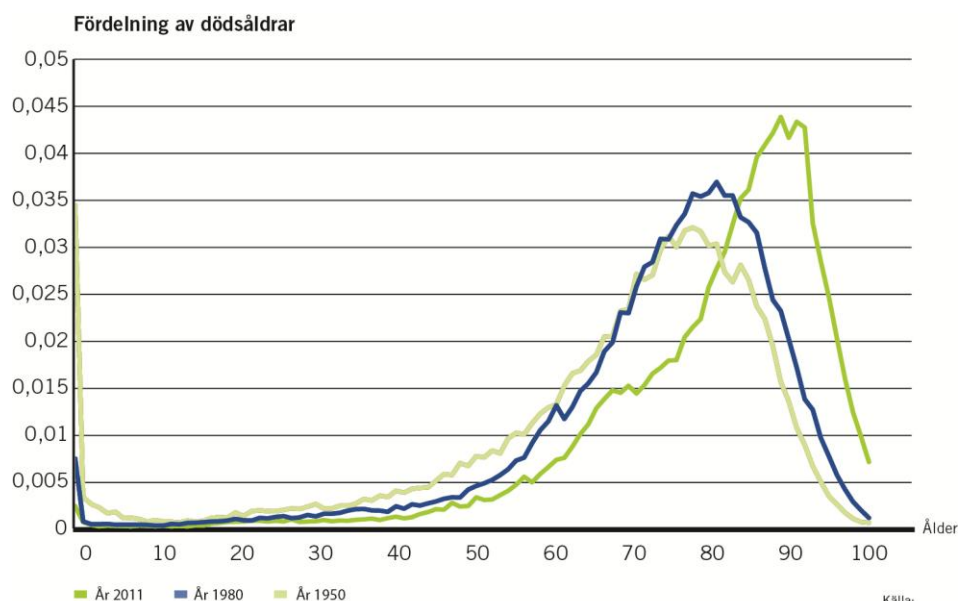


Källa: Data från Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). Beräkningar av Socialdepartementet enligt metod från "Technical Report Spreadsheet for calculation of life-table dispersion measures, Shkolnikov V.M., Andreev, E. M, 2010".

Skillnaderna minskar även avseende fördelning av dödsåldrar

Även när man studerar skillnader avseende fördelning av dödsåldrar så visar data att skillnaderna stadigt minskar över tid. Figuren nedan visar minskade klyftor i livslängd sett till dödsålder, vilket visas av en mer sammantryckt fördelning 2011 jämfört med både 1950 och 1980.

Figuren visar fördelningen av dödsåldrar för olika årtal



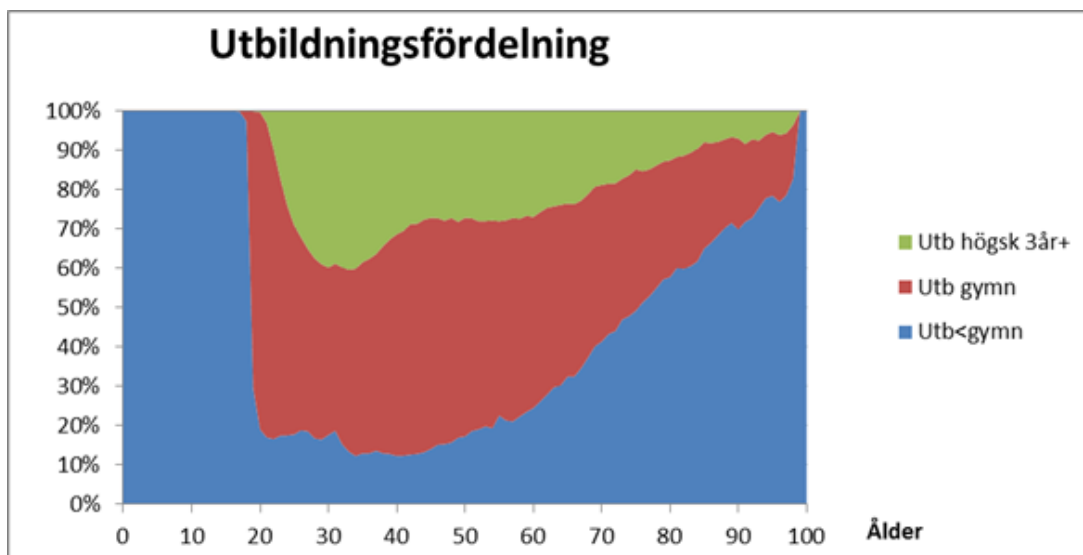
Källa: Data från Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). Socialdepartementets beräkningar.

Allt fler skaffar sig en högre utbildning

Det har skett en dramatiskt stor förändring när det gäller utbildningsnivåer i Sverige. Utbildning i Sverige är kostnadsfri och tillgänglig för alla. Samhälleliga insatser har spelat en avgörande roll för utvecklingen. Det finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och förvärvsintensitet. Den högutbildade delen av befolkningen förvärvsarbetar i större utsträckning än dem med lägre utbildning. Det finns också ett tydligt samband mellan hög utbildning, förvärvsarbete och hälsa. Personer med hög utbildning och inkomst har i allmänhet en bättre hälsa och lever längre än dem med låg utbildning. Därför är utvecklingen i Sverige att allt fler skaffar sig en högre utbildning en viktig faktor för en positiv hälsoutveckling och ökad jämlikhet. Med högutbildade avses här personer med eftergymnasial utbildning på minst tre år och med lågutbildade avses personer som genomgått folk- eller grundskola.

Figuren nedan visar skillnader mellan generationer, andelen bland unga i dag som har en högre utbildningsnivå är betydligt större än för de äldre generationerna. Samtidigt kan konstateras att skillnaderna i den förväntade återstående livslängden för 30-åringar ökar mellan utbildningsgrupperna, då livslängden ökar snabbare för dem med högre utbildning än för dem med låg utbildning. Lågutbildade har en större risk att avlida tidigare i livet än högutbildade. Denna högre dödsrisk återfinns för samtliga av de tre största dödsorsakerna, det vill säga hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och skador.

Figuren visar utvecklingen av utbildningsnivåer, andel i befolkningen



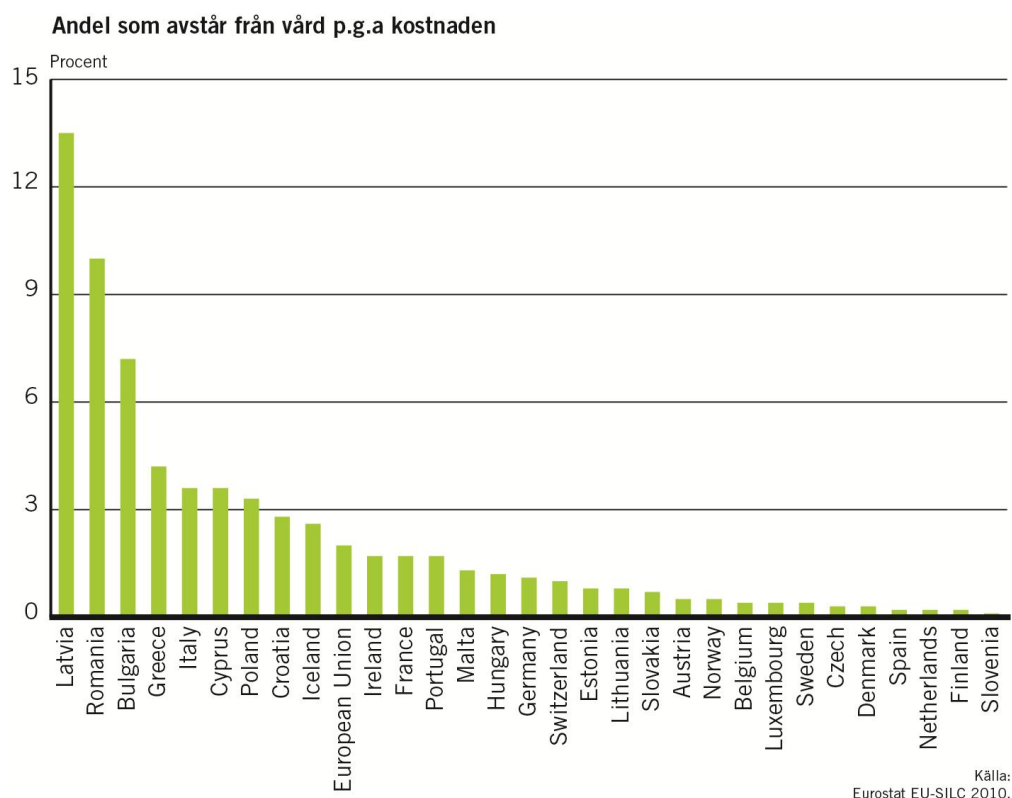
Källa: SCB

Tillgång till vård ser olika ut

De faktorer som brukar lyftas fram som centrala för en jämlik vård handlar om att vården ska vara solidariskt finansierad och tillgänglig för alla, att den uppmärksammar särskilda behov hos utsatta grupper och att vården har ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Vården i Sverige är väl utvecklad avseende dessa aspekter.

Den solidariskt finansierade vården och taken för avgifter i sjukvården har stor betydelse för tillgängligheten till vård för personer med små marginaler. Den svenska vården står sig bra internationellt sett, t.ex. är det relativt få som avstår från vård för att de anser sig inte ha råd. I Sverige är det 0,4 procent av invånarna som säger sig avstå från vård på grund av kostnaden enligt EU-undersökningen EU-SILC (om inkomst och levnadsförhållanden i EU-länderna).

Figuren visar andel i befolkningen som anger att de avstår från vård på grund av kostnaden



2.2 Övergripande utmaningar i hälso- och sjukvården

Utvecklingen är positiv och det finns goda grundläggande förutsättningar för tillgänglighet i vården. Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) anser trots detta en av fyra personer att de inte har tillgång till den vård de behöver och en av fem avstår från att söka vård trots att de anser sig ha behov av det. Kvinnor avstår i högre grad än män, och personer

med enbart grundskoleutbildning avstår oftare än personer med eftergymnasial utbildning.

Skälen anges variera. Vissa vill avvakta, andra anser att de inte kan få någon hjälp eller att det är för besvärligt att söka vård och många får vänta alltför länge i telefon för besök hos primärvårdsläkare och för besök eller behandling hos specialistläkare. Skillnader i de öppna vårdformernas geografiska tillgänglighet kan också bidra till en ojämlig tillgång till hälso- och sjukvården. När det gäller den andel av befolkningen som söker läkare har de som bor i glesbygd betydligt färre läkarkontakter än de som lever i tätorter.

Ökat patientinflytande – patientfokuserad vård

Med patientfokuserad vård avses aspekter som bemötande och delaktighet i planering av vård och kontinuitet. Varje år görs 25 miljoner läkarbesök och 34 miljoner besök hos andra personalkategorier i vården. Ett gott samspel mellan patient och vårdpersonal är en avgörande faktor för bedömning av vårdbehov och beslut om diagnostik, behandling och rehabilitering. Samspelet mellan patient och vårdpersonal utgör därmed en viktig patientsäkerhetsfråga. Ett antal steg har tagits i riktning mot en mer patientfokuserad vård, men fortsatt stora utmaningar finns. Det gäller till exempel de mest sjuka äldre, personer med olika funktionsnedsättningar, personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska diagnoser och personer som lider av långvariga smärtproblem. Det är också så att kvinnor respektive kvinnor och män med invandrarbakgrund ger lägre betyg på bemötande i vården än män respektive kvinnor och män födda i Sverige. Resultaten från undersökningarna om bemötande bör tolkas med försiktighet på grund av en ofta låg svarsfrekvens, men ger ändå en indikation om att det finns anledning att göra mer avseende olika aspekter av bemötande inom hälso- och sjukvården. Generellt ges bättre omdömen från patienter när det gäller bemötande än delaktighet och tillräcklig information. Socialstyrelsen har i fördjupade analyser undersökt i vilken utsträckning det finns skillnader i hur de olika aspekterna bedöms av patientgrupperna i de nationella patientenkäterna.

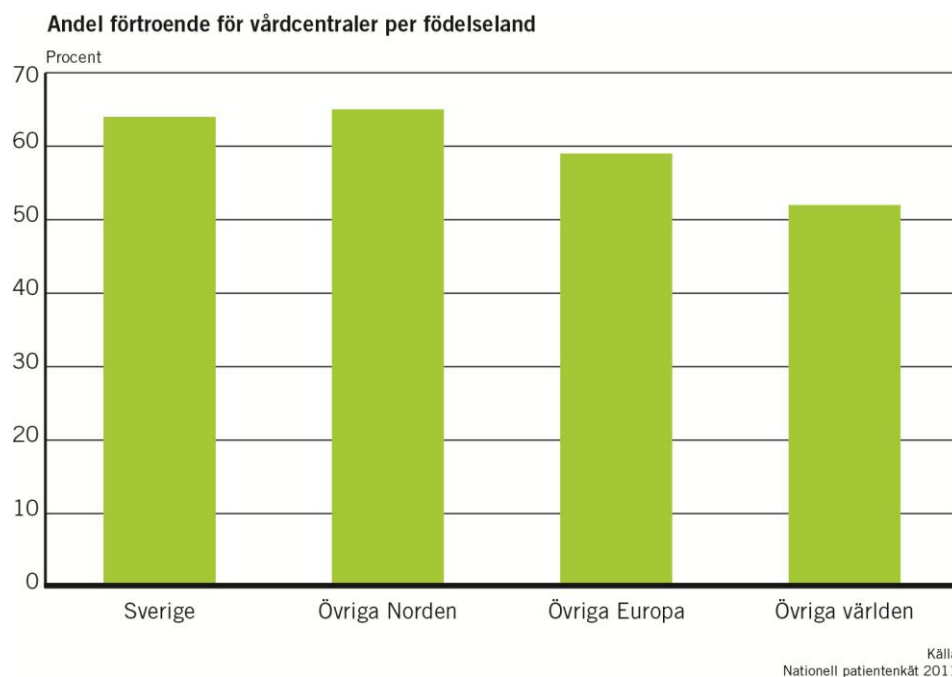
Patientfokuserad vård i primärvården - de flesta är nöjda med vården i Sverige men det finns skillnader mellan grupper

I Sverige är de flesta patienter nöjda med vården. Det visar undersökningarna Vårdbarometern och Nationell patientenkät, se figurerna nedan. Över 60 procent av de som är födda i Sverige och Norden har ett stort förtroende för vårdcentraler. Bland de födda i övriga Europa och övriga världen har över 50 procent förtroende för vårdcentraler, vilket visas i figuren nedan.

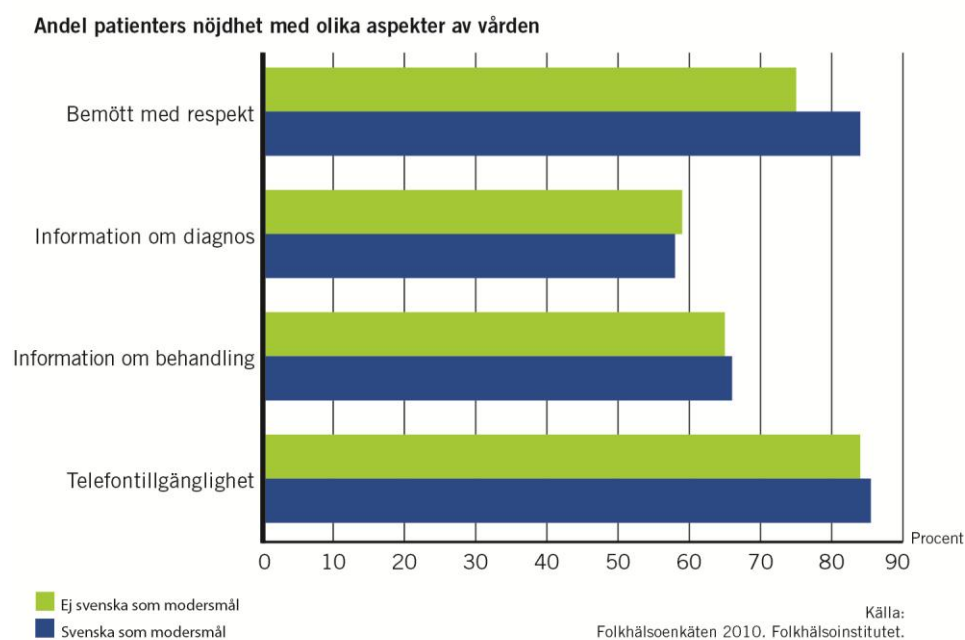
I nästa figur framgår att över 80 procent av de med svenska som modersmål och över 75 procent av de som inte har svenska som modersmål anger att de bemöts med respekt. Över 80 procent i båda

grupperna anger att telefonframkomligheten är bra. När det gäller information om diagnos och behandling är nöjdheten lite lägre, men även här är de flesta nöjda.

Figuren visar andel med mycket eller ganska stort förtroende för vårdcentraler per födelseland



Figuren visar patienters nöjdhet med olika aspekter av vården, de med svenska som modersmål respektive de som inte har svenska som modersmål.



Samtidigt redovisar Socialstyrelsen att det finns skillnader mellan grupper när det gäller nöjdhet i vården. I tabellen nedan illustreras att

kvinnor respektive kvinnor och män som inte har svenska som modersmål, oftare än män respektive kvinnor och män födda i Sverige, är mindre nöjda med bemötandet i primärvården. Kvinnorna har till exempel 16 procent högre sannolikhet för att känna sig mindre respekterade i mötet med vården jämfört med män. För de som inte har svenska som modersmål är sannolikheten 26 procent högre för att känna sig mindre respekterade jämfört med gruppen med svenska som modersmål.

De med ett annat språk har så mycket som 56 procent högre sannolikhet för att känna sig mindre delaktiga i vård och behandling i den grad man önskade, jämfört med de med svenska som modersmål. Därtill har samma grupp 51 procent högre sannolikhet för att ge helheten i vården lägre omdöme jämfört med gruppen med svenska som modersmål. De med grundskoleutbildning känner sig i mindre grad nöjda med helhetsintrycket av vården jämfört med de med högskoleutbildning (23 procent), och de med högskoleutbildning är mindre nöjda med olika aspekter av informationen.

Tabellen visar sannolikheten för att en viss grupp är mindre nöjda med olika aspekter av vården än en jämförelsegrupp. Jämförelserna görs utifrån kön, modersmål och utbildning,

	Respekt	Information	Kontinuitet	Delaktighet	Helhetsintryck
Kön					
Män	1	1	1	1	1
Kvinnor	1.16*	1.11*	1.13*	0.91	1.05*
Svenska					
Ja	1	1	1	1	1
Nej	1.26*	1.02	0.79*	1.56*	1.51*
Utbildning					
Grundskola	1	1	1	1	1
Gymnasium	1.05	1.20*	1.05	1.00	0.90*
Universitet/högskola	0.96	1.24*	1.14	0.91	0.77*

1) Statistisk metod: Logistisk regression. Justerat för ålder, kön, landsting/region, antal besök i vården och självrapporterad hälsa.

2) Svaren visar oddsen för respektive grupp att vara mindre nöjd med de olika aspekterna av vården. Referensvärdet 1 för jämförelsegrupperna betecknar i vilken utsträckning man svarat "ja" på frågan om man är nöjd med denna aspekt av vården. Värden högre än 1 betyder att man är mindre nöjd med respektive aspekt, och ett värde under 1 betyder att man är mer nöjd än referensgruppen.

* Statistiskt signifikant värde.

De vårdvalsreformer som genomförts har ökat möjligheterna för invånare att välja vårdgivare. Tillgängligheten till vård och omsorg har ökat genom de valfrihetsreformer som regeringen vidtagit, t.ex. har fler än 200 nya vårdcentraler etablerats och utvecklingen går mot allt fler besök i primärvården. I en internationell undersökning där gruppen sjukare vuxna undersökts, International Health Survey av The Commonwealth Fund, deltar Sverige tillsammans med tio andra länder. För svensk del visar undersökningen att möjligheter att kunna välja vårdgivare, både

när det gäller planerad vård, vård i primärvården och äldreomsorg, skattas högt i alla åldrar. Av de som deltagit i undersökningen anser 80 procent att detta är viktigt, medan endast 2-3 procent anser att det inte alls är viktigt.

Diskriminering

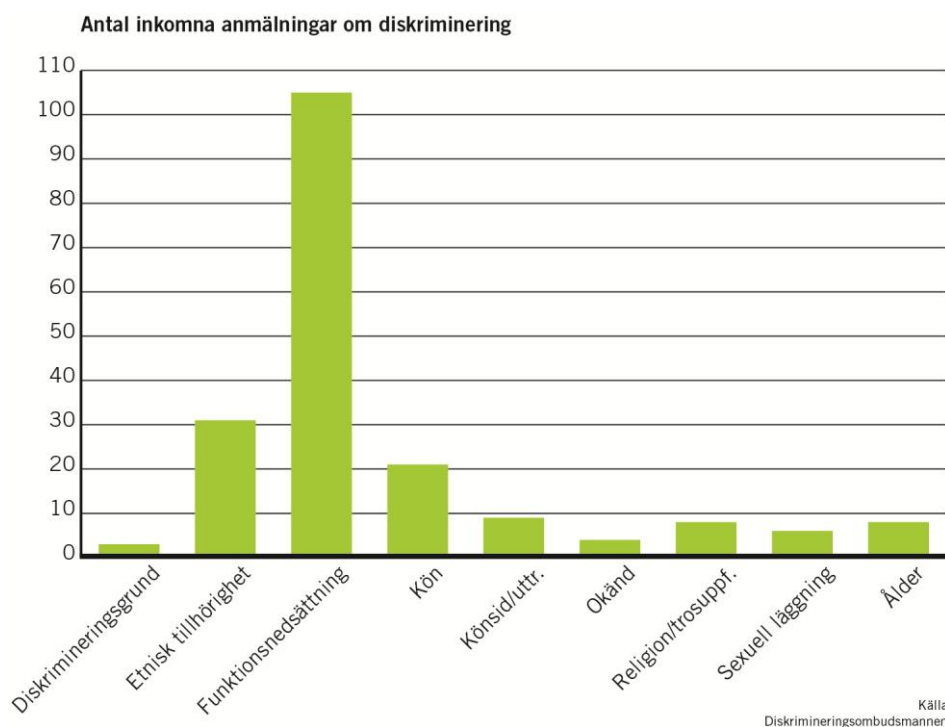
En viktig aspekt avseende bemötande i vården gäller förekomst av diskriminering. Den 1 januari 2009 trädde diskrimineringslagen (2008:567) i kraft. Lagen har till ändamål att motverka diskriminering och på annat sätt främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller ålder. Med diskriminering avses bl.a. direkt- och indirekt diskriminering samt trakasserier. Diskriminering är förbjuden i hälso- och sjukvården och annan medicinsk verksamhet.

Socialstyrelsen beskriver att diskriminering kan förekomma på såväl individuell nivå som på organisatorisk och strukturell nivå. Det kan exempelvis gälla olika regler, rutiner och normer i vården liksom inom andra sociala strukturer. Socialstyrelsen beskriver vidare att diskriminering kan vara dold eller synlig, omedveten eller medveten. Det finns få studier i Sverige som undersökt diskriminering i den svenska hälso- och sjukvården. Diskrimineringsombudsmannen (DO) har 2012 redovisat en studie om rätten till sjukvård på lika villkor som redovisar att vården inte är jämlik och att det finns problem med diskriminering, även en del forskning om bemötande tyder på förekomst av diskriminering.

Enligt Socialstyrelsen anser sjukvårdspersonal att diskriminering är sällsynt. Det är svårt att avgöra omfattningen av den faktiska diskrimineringen men undersökningar som genomförts visar att patienter upplever diskriminering i vården och vittnar om försenade, nekade behandlingar, felbehandlingar, bristande respekt, nedsättande bemötande, trakasserier och undanhållande av information.

Anmälningarna till DO om diskriminering i vården ökar. Totalt har 160 ärenden om anmälningar avseende diskriminering inom hälso- och sjukvården inkommit till DO under perioden 2011-08-01 till 2012-07-31. Figuren nedan visar antalet anmälningar per diskrimineringsgrund. En del anmälningar gäller flera diskrimineringsgrunder, därför visar diagrammet fler än 160 ärenden. Figuren nedan visar enbart anmälningar om diskriminering, data om hur många av dessa som lett till fällande dom saknas än så länge, men antalet anmälningar ger en indikation på att diskriminering inom vården förekommer. Antalet anmälningar ökar också över tid. Under första halvåret 2011 inkom 58 anmälningar, för perioden första halvåret 2012 inkom 76 anmälningar om diskriminering i hälso- och sjukvården.

Figuren visar antal anmälningar till Diskrimineringsombudsmannen om diskriminering i hälso- och sjukvård under perioden 2011-08-01 till 2012-07-31.

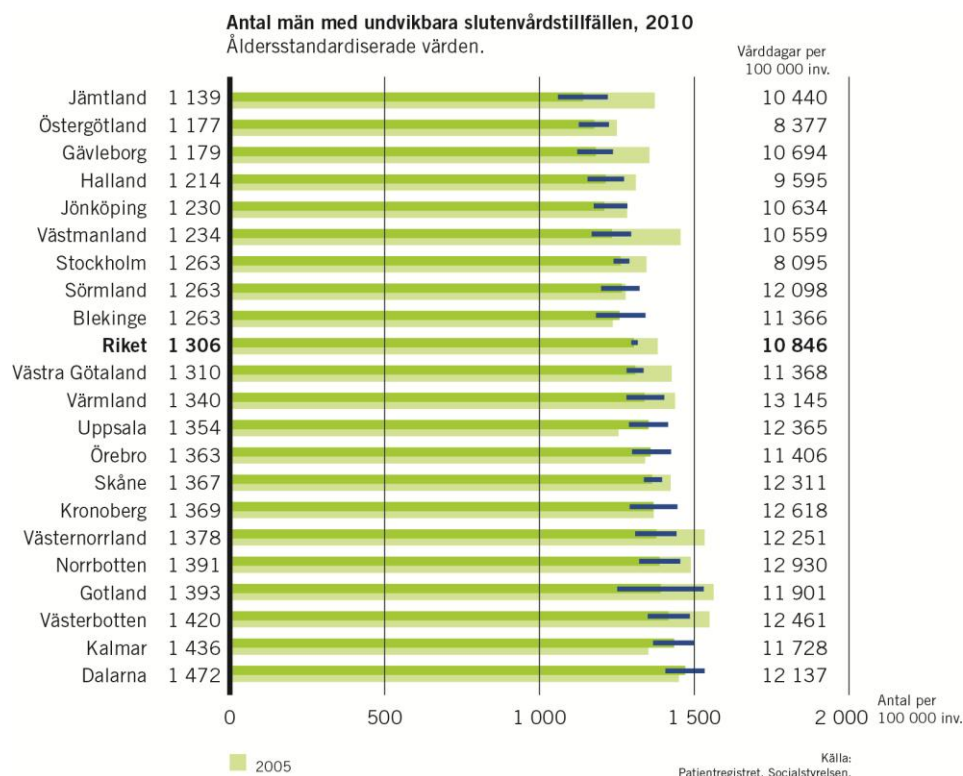
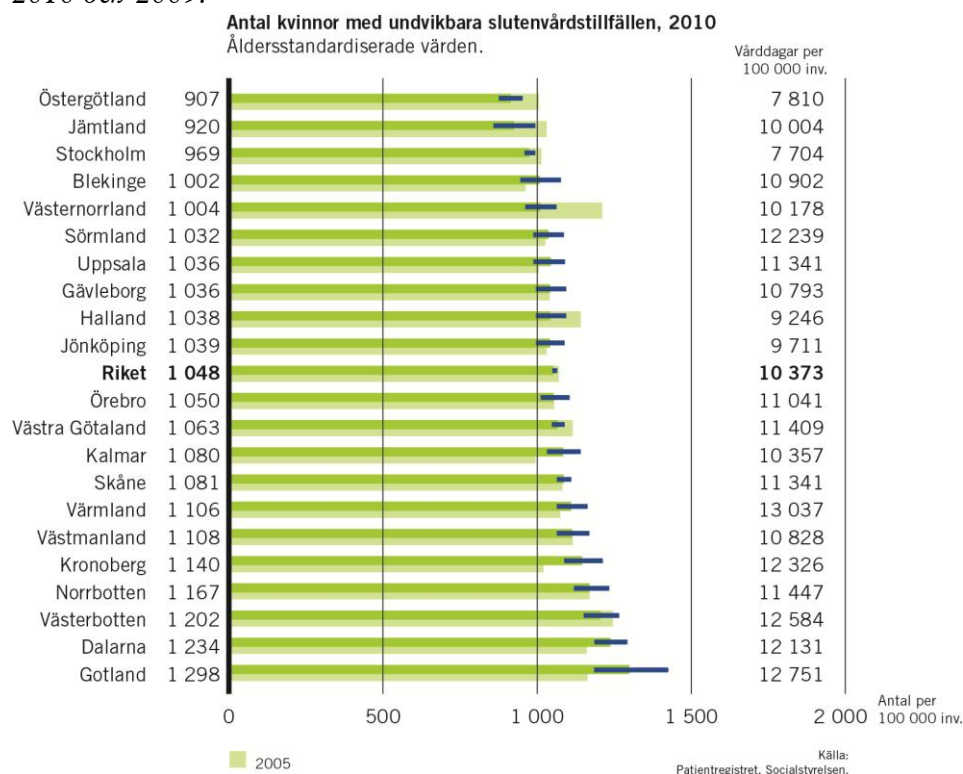


Undvikbar slutenvård förekommer i högre utsträckning för män och personer med låg utbildning

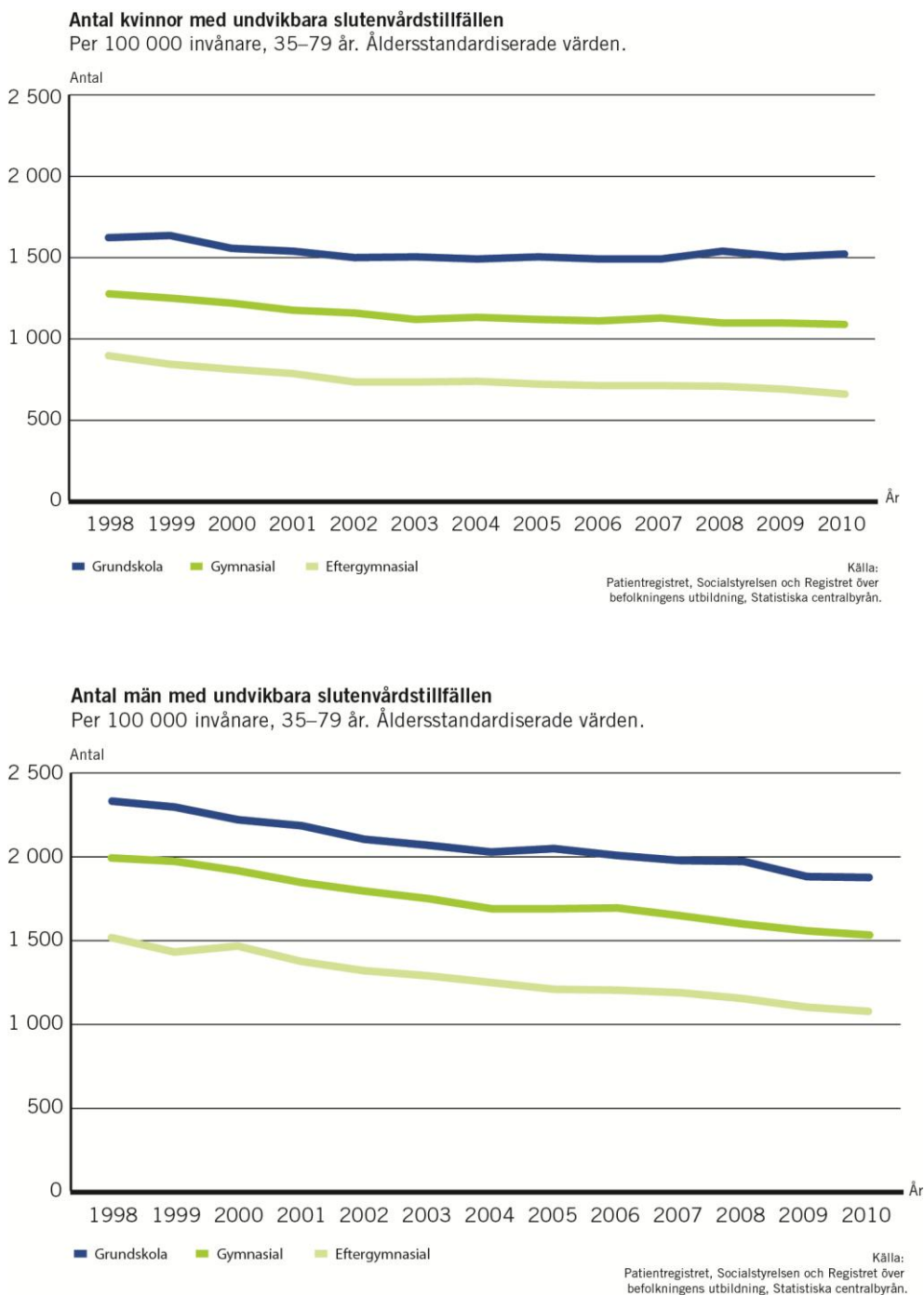
Undvikbar slutenvård är ett mått som innefattar vård för ett antal diagnoser, där slutenvård generellt sett bedöms kunna undvikas vid ett gott preventivt arbete och/eller ett ändamålsenligt omhändertagande i primärvård eller annan öppen vård. Diagnoserna som ingår i måttet är bland annat astma, diabetes, hjärtsvikt och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Även akuta tillstånd som exempelvis blödande magsår och njurbäckeninflammation ingår. Undvikbar slutenvård minskar men skillnaderna mellan utbildningsgrupper består medan skillnaderna mellan könen minskar. Förekomsten av undvikbara slutenvårdstillfällen är dock högre hos män, orsaken till detta kan behöva undersökas mer.

I figurerna nedan visas dels geografiska skillnader i antal undvikbara slutenvårdstillfällen för kvinnor respektive män, samt undvikbara slutenvårdstillfällen efter utbildningsnivå, för kvinnor respektive män.

Figurerna nedan visar geografiska skillnader i antal undvikbara slutenvårdstillfällen för kvinnor respektive män per 100 000 invånare, år 2010 och 2005.



Figurerna nedan visar undvikbara slutenvårdstillfällen efter utbildningsnivå, för kvinnor respektive män.



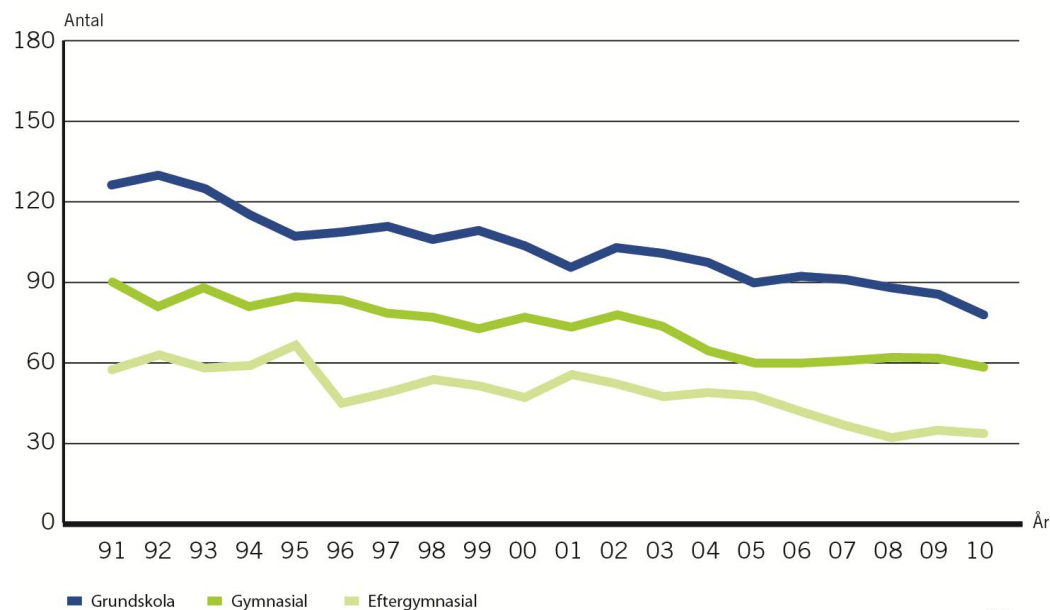
Åtgärdbar dödlighet, kön och utbildningsnivå

Indikatorn bygger på antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms skulle kunna ha åtgärdas med medicinska insatser i något skede. De diagnoser som ingår i måttet är bl.a. diabetes, astma, stroke, hypertonisjukdomar och cervixcancer. På samma sätt som vid undvikbar slutenvård kan man se att skillnaderna mellan utbildningsnivåerna består trots en minskande dödlighetstrend för alla tre grupperna. Skillnaderna mellan kvinnor och män när det gäller åtgärdbar dödlighet minskar dock.

Figurerna visar sjukdomsrelaterad åtgärdbar dödlighet efter utbildningsnivå, för kvinnor respektive män, ålder 35–79 år.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, Kvinnor

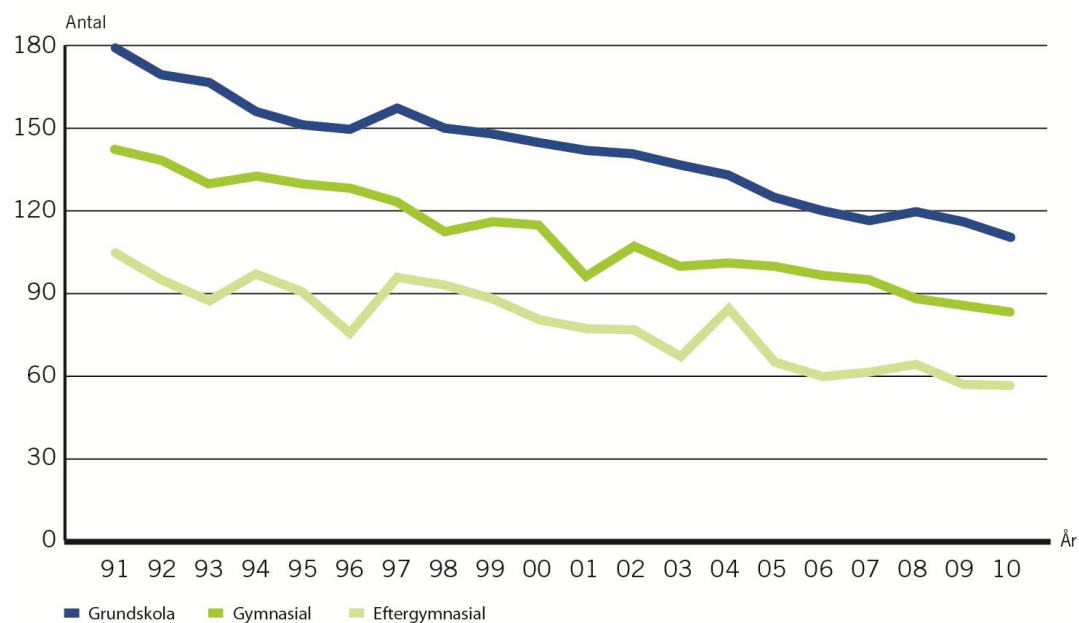
Dödsfall per 100 000 invånare, ålder 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa:
Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över
befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, Män

Dödsfall per 100 000 invånare, ålder 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa:
Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över
befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

2.5 Skillnader i vård av olika grupper

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

Socialstyrelsen har redovisat att det finns omotiverade skillnader i vården för barn och unga, äldre, personer med funktionsnedsättning, nationella minoriteter, homo- och bisexuella samt transpersoner respektive för kvinnor och män och för personer med psykisk sjukdom samt olika socioekonomiska grupper. Det är angeläget att kontinuerligt arbeta med kunskap och attityder inom hälso- och sjukvården och att hänsyn även tas till att människor kan ha olika kombinationer av förutsättningar och egenskaper. Flera skillnader för olika grupper har redovisats tidigare i kapitlet. Nedan redovisas exempel på skillnader för respektive grupp. De grupper som lyfts fram är barn och unga, äldre, personer med funktionsnedsättning, nationella minoriteter, homo- och bisexuella samt transpersoner samt kvinnor och män.

Brister i hälso- och sjukvården för barn och unga

Alla barn i Sverige ska ges tillgång till kostnadsfri hälsovård och det finns generella program som följer deras hälsoutveckling med återkommande besök och kontroller hos barn-, skol- och tandhälsovården. Socialstyrelsen har i uppdrag att se till att vägledning, rekommendationer och kunskapsöversikter för hur barnhälsovårdsarbetet ska bedrivas finns utarbetade och tillgängliggörs. När det gäller tillgång till hälsovård för ungdomar finns ungdomsmottagningar som främst arbetar preventivt med att främja ungdomars psykiska och fysiska hälsa samt stärka deras utveckling av identitet och trygg sexualitet. Det är frivilligt för kommuner och landsting huruvida de tillhandahåller ungdomsmottagningar och antalet unga per ungdomsmottagning varierar stort i landet från drygt 2 000 unga 15–24 år per mottagning i Värmlands, Dalarnas och Kalmar län, och knappt 8 000–10 000 unga per mottagning i Västerbottens län, Region Skåne och på Gotland. Tillgängligheten varierar också i tid eftersom de flesta ungdomsmottagningar har begränsade öppettider.

Socialstyrelsen har uppmärksammat flera brister när det gäller vården för barn och unga och att det finns flera organisatoriska brister i skolhälsovården. Enligt Socialstyrelsens tillsynsrapporter saknas bland annat rutiner för läkemedelshantering och annat som är viktigt för patient-säkerheten. Detta tyder på att många verksamhetschefer inom skolhälsovården inte känner till kraven på säkerhet och kvalitet. Det finns

också brister i den systematiska avvikelsehanteringen. I skollagen används begreppet elevhälsa istället för skolhälsovård.

Resultatet av den nationella patientenkäten i barnsjukvården visar att barnen generellt blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. De flesta föräldrar och barn upplever också att barnen får tillräcklig tid med läkaren. Bäst omdömen får bemötandet inom öppenvården medan bemötandet inom akutvården upplevs som något sämre än inom både öppenvård och slutenvård. I akutvården är 20 procent bara delvis nöjda, de är mindre nöjda med bemötandet i receptionen vid ankomsten och hela 61 procent av dessa uppger att de inte fått någon information om hur de skulle prioriteras som patient. Endast 52 procent bedömer att mottagningen är välorganiserad. De som inte har svenska som modersmål ger lägre omdömen än andra när det gäller bemötandet i receptionen, graden av delaktighet samt olika aspekter av information. Däremot är de lika nöjda med flera andra aspekter och anser exempelvis att läkare avsätter tillräckligt med tid för barnet. I öppenvården uppger 91 procent att de fått komma på en undersökning eller behandling inom tre månader efter beslutet, men samtidigt bedömer en av fyra att barnet hade fått vänta för länge. Socialstyrelsen menar att förbättringar kan göras i såväl öppenvården, akutvården och slutenvården avseende information och delaktighet, att vårdverksamheterna kan bli bättre på att ge information om till exempel läkemedelsbiverkningar och vilka försämringar i hälsotillståndet som familjen ska vara uppmärksam på.

Socialstyrelsen redovisar också att det saknas nationella data för att följa huruvida vissa grupper av barn kommer senare till vård än andra, på motsvarande sätt som man kan studera vuxna genom bland annat Socialstyrelsens hälsodataregister.

Det finns därtill brister i den grundläggande hälsovården och i hanteringen av hälsoproblem för de barn och unga som var placerade i familjehem. Ett grundproblem är stora brister i socialtjänstens dokumentation av barnens hälsa och behov av hälso- och sjukvård samt i kommunikationen mellan olika aktörer.

Socialstyrelsen redovisar också att många fall av övergrepp mot barn aldrig blir kända. Myndighetsanställda är dock skyldiga att göra en anmälan till socialtjänsten om de misstänker att barn utsätts för övergrepp eller missförhållanden. Denna anmälningsskyldighet gäller även anställda inom vård och omsorg som arbetar med barn och unga.

Tillgången till skolläkare, skolpsykolog respektive skolkurator varierar stort

Det finns stora geografiska skillnader när det gäller tillgången till skolhälsovård. Antalet elever per skolläkare varierar mycket. Det är nära 5 000 elever per skolläkare i storstäderna och nästan 21 000 elever per

skolläkare i kommuner med färre än 12 500 invånare. Antalet elever per skolpsykolog var lägst i storstäderna och högst i glesbygdskommunerna. Tillgången till skolkuratorer varierade också mellan olika kommuntyper. Tabellen nedan visar Skolverkets statistik över antalet elever per personalkategori inom skolhälsovården i grund- och gymnasieskolan för 2009.

Antal elever per årsarbetare i grund- och gymnasieskola. Medelvärden för kommungrupper, år 2009*

Kommungrupper	Skol-Sköterska	Skol-läkare	Skol-kurator	Skol-psykolog
Samtliga kommuner	518	12 908	693	1 902
Storstäder	493	4 871	733	1 276
Förortskommuner	550	13 036	853	1 640
Större städer	534	10 630	804	1 729
Pendlingskommuner	526	13 507	645	1 532
Glesbygdskommuner	481	19 938	597	2 919
Varuproducerande komm.	536	5 478	702	1 915
Övriga, > 25 000 inv.	537	10 687	638	1 920
Övriga, 12 500 - 25 000 inv.	527	17 083	656	2 355
Övriga, < 12 500 inv.	480	20 943	617	1 835

*Med årsarbetare i grund- och gymnasieskolan avses antalet tjänster (inklusive köpta tjänster) omräknat till heltidstjänster under ett helt år. Antal elever per årsarbetare baseras på medeltal elever i huvudmannens grund- och gymnasieskolor 2008-2009.

** Kommungruppsindelningen är gjord av Sveriges Kommuner och Landsting. Kommunerna är indelade i nio grupper efter vissa strukturella egenskaper som bland annat befolkningsstorlek, pendlingsmonster och näringslivsstruktur. (Källa: Årsarbetare elevvård 1997, 2000, 2003, 2006 och 2009. Skolverket. www.skolverket.se)

Skillnader i tillgång till vård för äldre

Över 18 procent av Sveriges befolkning (1,7 miljoner människor) är 65 år eller äldre. Kvinnor lever längre än män och bland dem som är 80 år och äldre är nästan två tredjedelar kvinnor. Den sista tiden i livet har många män stöd av sin hustru medan kvinnan ofta är ensamstående när hennes vårdbehov är som störst. Flera skillnader avseende vården för äldre redovisas av Socialstyrelsen. Välutbildade äldre får oftare remisser och får oftare nyare läkemedel mot demens utskrivna jämfört med lågutbildade. Äldre med enbart grundskoleutbildning löper större risk att behandlas med riskfyllda kombinationer av läkemedel. Läkare har också olika mycket arbetstid i äldreboenden och skillnaderna är stora både inom och mellan olika län. Det finns dessutom variationer i kommunerna och landstingen när det gäller andelen äldre som har fått sina läkemedelsordinationer genomgångna av en läkare det senaste året.

Socialstyrelsen redovisar också att det finns stora skillnader i andelen som har fått en bedömning av risken för fall, trycksår och undernäring.

Vidare finns det stora geografiska variationer när det gäller vård i livets slutskede. Exempelvis saknar 20 procent av de kommunala boendena tillgång till läkare på jourtid, liksom 14 procent av de avancerade hemsjukvårdsverksamheterna. Dessutom finns det stora brister i

journaldokumentationen som gäller den palliativa vården och innehållet i vården varierar också markant mellan olika vårdenheter. Många saknar rutiner för att skatta patientens smärta, ångest och illamående, men sådana rutiner har blivit vanligare på palliativa enheter och i avancerad hemsjukvård sedan registreringen började. Brister i omvårdnaden märks bland annat genom förekomsten av trycksår, och andelen drabbade patienter varierar mycket mellan enheter av samma typ.

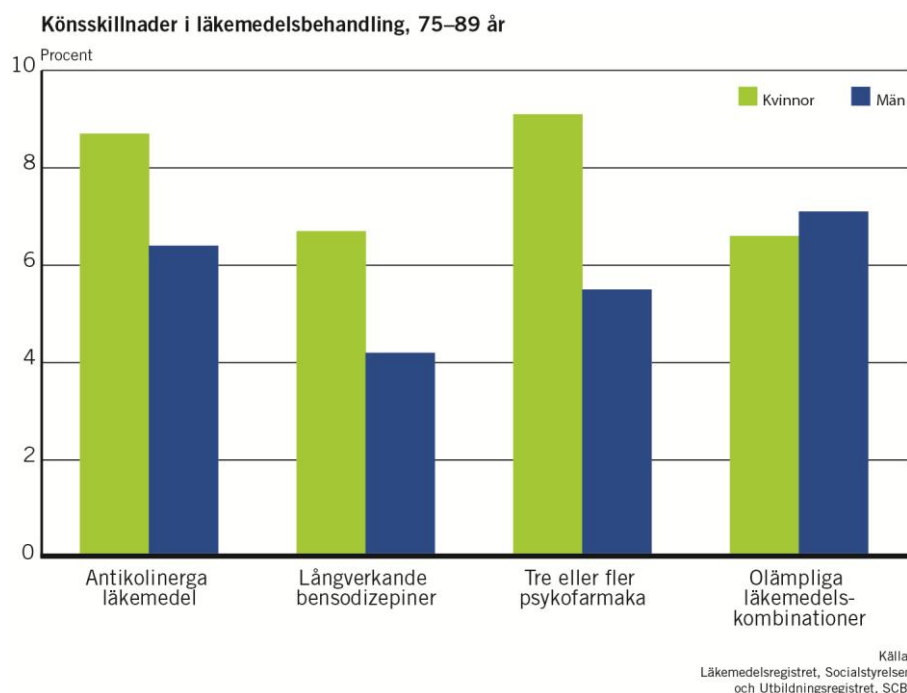
Figuren nedan visar att olämplig läkemedelsanvändning är vanligare bland äldre kvinnor än bland äldre män. I åldersgruppen 75–89 år löper kvinnor större risk för olämplig läkemedelsanvändning, även när resultatet har kontrollerats för utbildning och antalet uttagna läkemedel. Detta gäller framför allt användningen av långverkande bensodiazepiner och samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka. Ett undantag är risken för olämpliga läkemedelskombinationer som är något större för män.

Socialstyrelsen redovisar också att lågutbildade äldre har fler vårdtillfällen i slutenvården, både när det gäller somatisk och psykiatrisk vård.

Äldre med kortare utbildning får sämre läkemedelsbehandling eftersom det är vanligare att de har många olika läkemedel samtidigt och dessutom har olämpliga läkemedelskombinationer. Detta samband kvarstår efter justering för ålder, kön, boende i stad eller på landsbygd samt läkemedelskonsumtion. Lågutbildade får även mindre lämplig läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke. En annan skillnad gäller demens som är vanligare bland lågutbildade, men ändå är det vanligare att högutbildade får läkemedelsbehandling för sin demenssjukdom.

Vissa läkemedel medför en betydande risk för biverkningar och bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger. Det gäller läkemedlen/läkemedelsgrupperna antikolinerga läkemedel som är en grupp läkemedel som hämmar eller blockerar acetylkolinets (en signalsubstans) effekter på det perifera och centrala nervsystemet och kan orsaka att en person utvecklar minnesstörningar eller blir förvirrad och ger demensliknande symtom, och bensodiazepiner som är lugnande läkemedel med lång halveringstid. Figuren nedan visar skillnader mellan kvinnor och män när det gäller användningen av dessa läkemedel, samt tre eller flera psykofarmaka och olämpliga läkemedelskombinationer. Det finns också stora regionala skillnader i behandling för både män och kvinnor när det gäller dessa, se också nästa avsnitt.

Figuren visar olämplig läkemedelsbehandling, skillnader mellan äldre kvinnor och män.

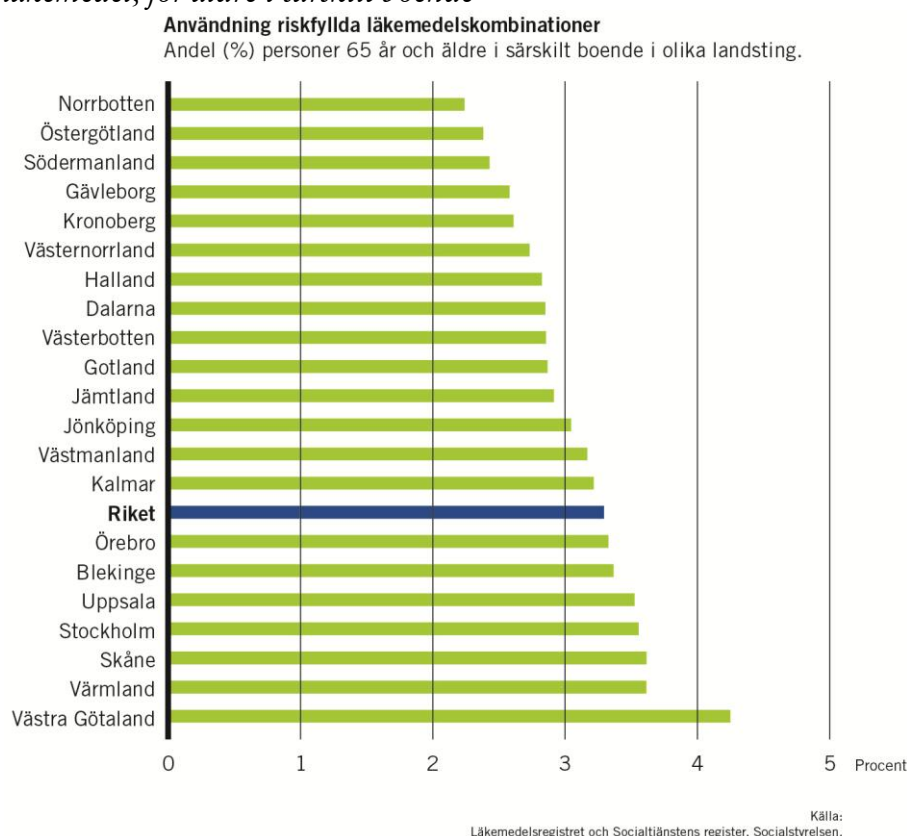


Geografiska skillnader i äldres läkemedelsanvändning

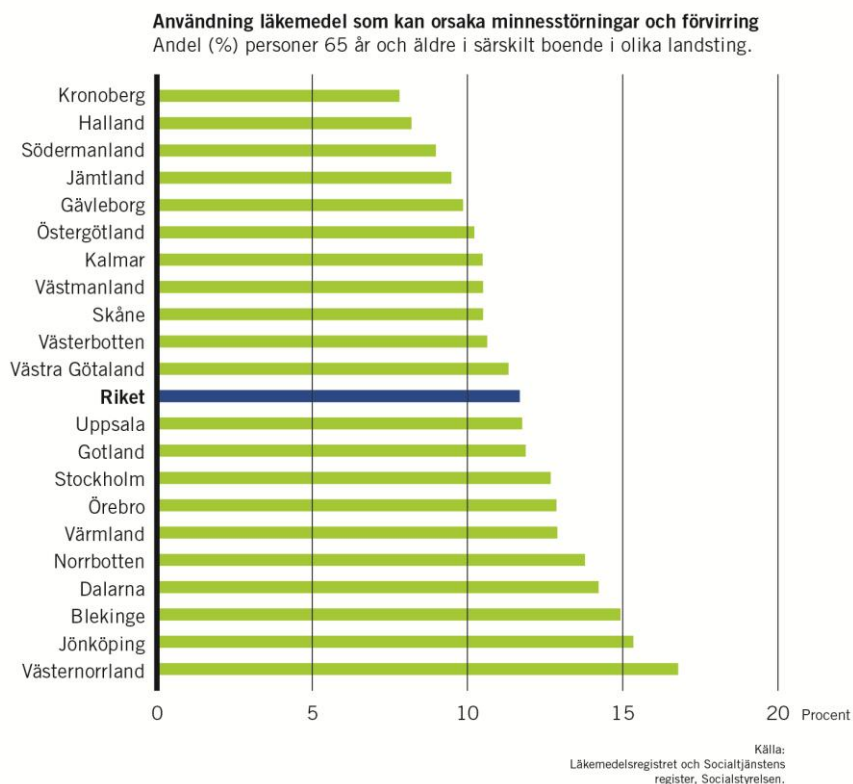
När det gäller äldres läkemedelsanvändning varierar både omfattningen och kvaliteten mellan landstingen, men även inom landstingen, på kommun- och stadsdelsnivå, finns det stora skillnader i läkemedelsanvändningen på särskilda boenden. Ibland kan skillnaderna vara påtagliga också mellan kommuner som gränsar till varandra.

Figurerna nedan visar skillnader mellan landsting i användning av riskfyllda läkemedel respektive läkemedel som kan orsaka minnesstörningar och förvirring, för äldre i särskilt boende.

Figuren visar skillnader mellan landsting i användning av riskfyllda läkemedel, för äldre i särskilt boende



Figuren visar skillnader mellan landsting i användning av läkemedel som kan orsaka minnesstörningar och förvirring, för äldre i särskilt boende



Personer med funktionsnedsättning har sämre förutsättningar att få tillgång till god vård

Kvinnor och män med funktionsnedsättning har oftare kontakt med sjukvården jämfört med den övriga befolkningen. Enligt den nationella folkhälsoenkäten har 66 procent besökt en vårdinrättning under de senaste tre månaderna, jämfört med 42 procent i den övriga befolkningen. Det är också fler personer med funktionsnedsättning som har besökt en kurator eller psykolog. Samtidigt konstaterar Socialstyrelsen att personer med funktionsnedsättning anger att de avstår från vård och läkemedel av ekonomiska orsaker tre gånger oftare än befolkningen som helhet. En förklaring till detta är låg disponibel inkomst i kombination med merutgifter till följd av funktionsnedsättningen, såsom färdtjänst, sjukresor, hjälpmedel och särskilda förbrukningsartiklar samt avgifter för kommunal hemsjukvård. Detta sammantaget kan innebära att kontakter tas med sjukvården först när sjukdomen ger sig till känna på ett mera påtagligt sätt än vad den skulle göra om de gick till doktorn tidigare.

Personer med psykisk funktionsnedsättning har sämre förutsättningar än andra att få en tillräckligt god vård. Detta kan ha flera orsaker, exempelvis att somatisk sjuklighet upptäcks senare hos personer med psykisk funktionsnedsättning och att de får ett sämre omhändertagande av sin somatiska ohälsa eller sjukdom inom vården. Färre diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning hämtar ut receptbelagda blodfetsänkande läkemedel jämfört med övriga diabetespatienter.

Diabetespatienter med funktionsnedsättning löper också högre risk för att behöva amputera delar av benet på grund av allvarliga diabeteskomplikationer. Amputationer kan dock undvikas eller senareläggas med god vård och regelbunden kontroll av fötterna.

Slutligen har diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning en ökad dödlighet, även när analyserna exkluderar självmord och skadehändelser med oklar avsikt.

De nationella minoriteterna – brist på kunskap om vård och tecken på sämre bemötande och diskriminering

De nationella minoriteterna är samer, som även är Sveriges urfolk, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar. Minoritetsgrupperna har en uttalad religiös, språklig eller kulturell samhörighet, en vilja att behålla sin identitet och en lång historia i Sverige. De nationella minoritetsgrupperna har olika förutsättningar, behov och önskemål. De omfattas av två minoritetskonventioner och särskild nationell lagstiftning.

Socialstyrelsen redovisar att det finns brister i kunskapen om de nationella minoriteternas hälsa och vård samt om deras upplevelser av bemöt-

andet och omhändertagandet inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen pekar dock på studier som tyder på att vissa av minoritetsgrupperna har sämre hälsa än den övriga befolkningen och det finns också rapporter om dåligt bemötande och diskriminering. Intervjuer och anmälningar om diskriminering visar att hälso- och sjukvården här brister i sitt bemötande. Preliminära studier tyder också på att de nationella minoriteterna har lägre tilltro till vården, lägre vårdutnyttjande och sämre psykisk och fysisk hälsa än den övriga befolkningen. Det finns därutöver studier som visar att kvinnor, barn och ungdomar som tillhör de nationella minoriteterna riskerar att vara dubbelt utsatta, dels som kvinnor eller barn, dels som tillhörande någon av de nationella minoriteterna.

Utrikes födda – brister i information och delaktighet

Socialstyrelsen konstaterar att många studier visar att utrikes födda har sämre hälsa än den svenskfödda befolkningen. Socialstyrelsen konstaterar vidare att hur vården arbetar och hur tillgänglig den är kan ha stor betydelse för att minska skillnaderna. Sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete har stor betydelse liksom bemötande-frågor. Enligt Socialstyrelsen känner sig de som inte har svenska som modersmål i mindre utsträckning än befolkningen i övrigt informerade, respekterade och delaktiga. Utrikesfödda finns också bland de grupper som säger sig avstå från att söka vård trots ett upplevt behov. Enligt Diskrimineringsombudsmannen är misstro mot hälso- och sjukvårdssystemet en orsak till detta.

Sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck – fördomar påverkar bemötande och behandling

Socialstyrelsen redovisar att hbt-personer generellt sett har sämre hälsa, att det finns olika behov av vård samt att det finns de som trots behov av vård anger att de avstår från att söka vård. Som exempel lyfts fram att hbt-personer har sämre hälsa och besöker vården oftare än andra grupper i befolkningen. Samtidigt finns det tecken på att homo- och bisexuella kvinnor gör färre sjukvårdsbesök, trots att de upplever ett behov av vård. Detta gäller särskilt kvinnosjukvård. Socialstyrelsen har också konstaterat att det finns skillnader mellan landsting i hur utredningar för att diagnostisera könsidentitetsproblematik bedrivs, att väntetiderna varierar samt att det ofta saknas rutiner för eftervård och uppföljning när det gäller dessa patienter. Socialstyrelsen beskriver vidare att tillgången till subventionerad insemination varierar mellan landstingen samt mellan heterosexuella och homosexuella par.

Olika typer av fördomar påverkar det bemötande och den behandling grupperna får inom hälso- och sjukvården, enligt olika intervjuundersökningar och anmälningar till Diskrimineringsombudsmannen. Trans-

personer och män som är osäkra på sin sexuella läggning har också lägre förtroende för sjukvården än andra.

Socialstyrelsen lyfter avslutningsvis fram att det är angeläget att arbeta med kunskap och attityder inom hälso- och sjukvården.

Figuren visar andel män respektive kvinnor i åldern 16–29 år som uppger att de inte sökt läkare trots behov, fördelat efter homo- eller bisexuell, osäker respektive heterosexuell.



Skillnader i vård av kvinnor och män

Socialstyrelsens utvärderingar visar att det oftast inte finns några grundade skillnader mellan män och kvinnor när det gäller vård och behandling. Det finns dock exempel på att kvinnor får sämre vård än män vid samma sjukdomstillstånd såsom att kvinnor har sämre synskärpa än män när de opereras för gråstarr, vilket visar att de väntar längre på operation. Denna skillnad har dock minskat sedan början av 1990-talet.

Enligt Svenska Demensregistret är kvinnor också äldre och har sämre kognitiv förmåga än män när de får sin demensdiagnos.

Olämplig läkemedelsanvändning redovisas vara vanligare bland äldre kvinnor än bland äldre män, medan risken för olämpliga läkemedelskombinationer är något större för män, se vidare avsnitt om *Skillnader i tillgång till vård för äldre*. Män får också i högre utsträckning än kvinnor undvikbar slutenvård respektive drabbas av sjukdomsrelaterad åtgärdbar dödlighet.

2.4 Vården skiljer sig beroende på var i landet man bor

Socialstyrelsens beskrivningar och analyser har i många sammanhang visat på regionala skillnader i vård och behandling. De regionala olikheter med behov av harmonisering som Socialstyrelsen lyfter fram i sin redovisning till regeringen om utmaningar för en jämlik vård handlar om avgifter, specialistkompetens och läkemedel.

Kunskapsbaserad vård – behov av ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Socialstyrelsen menar att det finns stor potential när det gäller tillämpningen av kunskapsbaserade metoder för det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet i vården. Detta är också en av de viktigaste strategierna för vårdens bidrag till minskade hälsoskillnader mellan olika grupper i befolkningen, eftersom levnadsvanorna skiljer sig i betydande grad. De stora folksjukdomarna hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och diabetes kan i stor utsträckning förebyggas med goda levnadsvanor. Riskfyllda levnadsvanor är tobaksbruk, alkoholriskbruk, låg konsumtion av frukt och grönt samt fysisk inaktivitet. För det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i vården har särskilda riktlinjer tagits fram och Öppna jämförelser avseende den hälsoinriktade hälso- och sjukvården är under utveckling.

Patientavgifter skiljer sig mellan landstingen

Olika delar av vården har olika avgiftssystem. Det finns patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård, i slutenvård, för läkemedel, för tandvård, för tekniska hjälpmedel samt för sjukresor. De olika avgiftssystemen är inte harmoniserade med varandra, och högkostnadsskydd för de olika avgiftssystemen gäller oberoende av varandra. Maxbeloppet för högkostnadsskydd fastställs av regeringen. Landstingen bestämmer sina avgifter själva inom ramen för högkostnadsskyddet.

En liten del av befolkningen säger sig avstå från vård på grund av kostnaden. Enligt EU-SILC undersökningen är det 0,4 procent av invånarna som avstår från vård för att de anser sig inte ha råd. Bland de personer som säger sig avstå från vård av ekonomiska skäl finns, enligt Socialstyrelsen, främst personer med funktionsnedsättning, äldre med låg inkomst och ensamstående kvinnor med barn. Ensamstående med barn avstår från sjukvård mer än fem gånger så ofta och från att köpa ut läkemedel nästan fyra gånger så ofta som den övriga befolkningen.

Tillgången till specialistkompetens varierar

Socialstyrelsen visar att den varierande tillgången till olika typer av specialister är en utmaning när det gäller jämlik tillgång till vård. Särskilt

patientorganisationerna pekar på att det finns brister när det gäller remittering för att utjämna tillgången till specialiserad vård. Det är dock inte möjligt att göra någon direkt koppling mellan tillgången till specialistläkare och tillgängligheten eller väntetider till vård. Det går dock att konstatera att skillnaden mellan landstingen i antal specialistläkare är stor. Sedan 2005 har de flesta landsting ökat antalet specialistläkare, men variationen mellan lägst och högst antal verksamma specialister var 145/100 000 invånare år 2009. Inom vissa specialiteter är skillnaden mellan landstingen än mer påtaglig.

Läkemedel – regionala variationer stora

De regionala variationerna när det gäller läkemedelsförskrivning är enligt Socialstyrelsen större än vad som rimligtvis kan förklaras av variationer i förekomsten av sjukdomar. En anledning uppges vara att flera landsting har bildat egna "Health Technology Assessment"-grupper (HTA-grupper) vars bedömningar ibland avviker från nationella riktlinjer och rekommendationer. En annan förklaring är landstingens beslut om tillfälliga eller mer permanenta ekonomiska begränsningar inom läkemedelsområdet. Olika typer av ekonomiska överväganden kan leda till variationer som inte är medicinskt motiverade.

2.5 Skillnader inom särskilda vårdområden

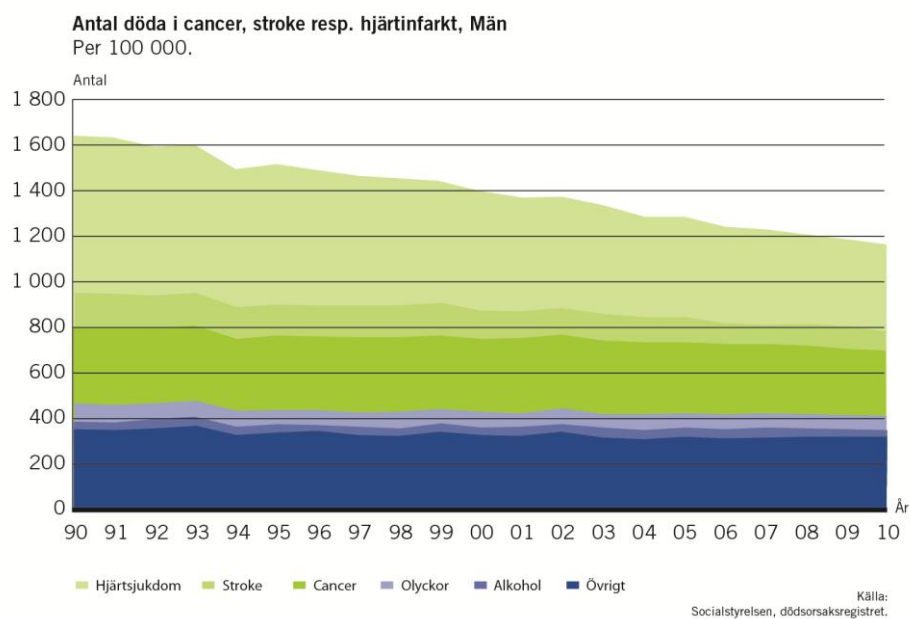
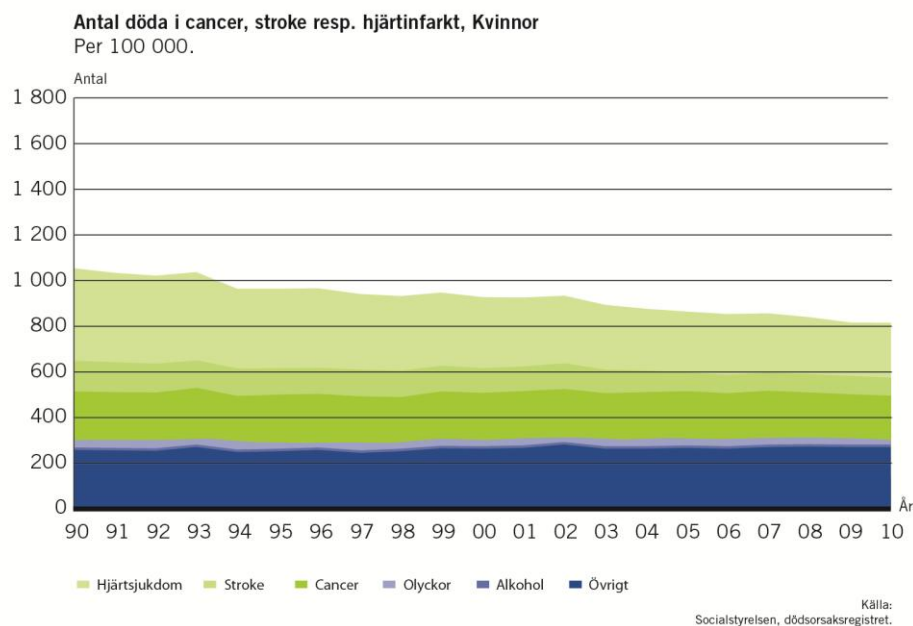
Förtida död i behandlingsbara sjukdomar minskar

Regeringen kan bl.a. med stöd av arbetet med Öppna jämförelser konstatera att förtida död i behandlingsbara sjukdomar minskar. Till exempel minskar dödligheten i stroke och hjärtinfarkt och måtten för processerna i hjärtsjukvården visar stora förbättringar. Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom har minskat med så mycket som 40 procent mellan 1997 och 2010. Ischemiska hjärtsjukdomar är ett samlingsnamn för hjärtsjukdomar orsakade av en försämrad syretillförsel till hjärtat, i den här sjukdomsgruppen är akut hjärtinfarkt den dominerande dödsorsaken.

Andra exempel gäller läkemedelsbehandling mot benskörhet som ökar men också visar stor förbättringspotential. När det gäller cancer kan konstateras att insjuknande i cancer ökar, men samtidigt minskar dödligheten i cancersjukdomar.

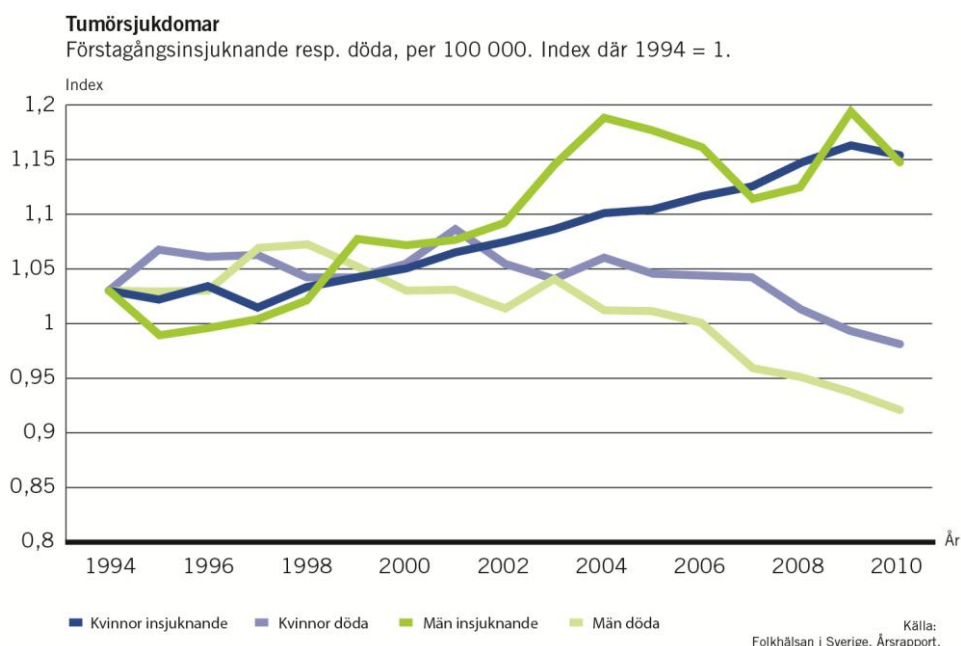
Utvecklingen kan också illustreras med följande figurer som visar antal döda i cancer, stroke och hjärtinfarkt för män respektive kvinnor.

Figureerna visar utvecklingen avseende antal döda i cancer, stroke respektive hjärtinfarkt, kvinnor respektive män per 100 000



När det gäller cancersjukdomar redovisar Socialstyrelsen att även om insjuknandet ökar så minskar dödligheten. Fler kvinnor än män dör i cancersjukdomar. Se figuren nedan.

Figuren visar utvecklingen av tumörsjukdomar, skillnader mellan kvinnor och män i förstagångsinsjuknande respektive döda per 100 000.



Samtidigt visar Socialstyrelsen att det finns avsevärda skillnader i vård och behandling inom hjärt- och kärlsjukvården, cancervården, vården vid psykisk sjukdom och ohälsa, missbruksvården och tandvården.

Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar – högre dödlighet bland män och bland personer med låg utbildning

I vården för hjärt- och kärlsjuka personer finns stora variationer, både mellan landsting och mellan sjukhus. Exempel på sådana områden är insatser för att återställa blodflödet till hjärtat efter en infarkt, rökstopp efter hjärtinfarkt och behandlingar vid rytmrubbningar.

Andra skillnader som uppmärksammas är skillnader mellan kvinnor och män i hjärtsjukvården bl.a. avseende insättande av implanterbar defibrillator hos patienter med ökad risk för plötslig död, insättande av svikt-pacemaker (CRT) hos patienter med svår hjärtsvikt samt vid behandling med vissa typer av läkemedel hos sviktpatienter. Kvinnor får dessa insatser i lägre utsträckning jämfört med män. Det finns också en underbehandling med vissa typer av blodtryckssänkande läkemedel (RAAS-hämmare) vid kvinnlig hjärtsvikt.

Vården vid stroke i stort är jämställd, men ett exempel på skillnader mellan män och kvinnor gäller andelen patienter som ofta eller alltid känner sig nedstämda vid en uppföljning tre månader efter stroke, där en högre andel kvinnor än män behandlas med antidepressiva läkemedel. I vissa landsting kan andelen kvinnor vara mer än dubbelt så stor när det

gäller antidepressiv läkemedelsbehandling i den aktuella patientgruppen. Nedstämdhet och depression kan leda till sämre behandlingsresultat, både vad gäller anpassning till det dagliga livet och överlevnad efter stroke. Av den anledningen bör patienter med nedstämdhet eller depression efter stroke erbjudas behandling med antidepressiva läkemedel. Förhållandet är det motsatta för den indikator som mäter sekundärprevention i form av blodfettssänkande läkemedel (statiner) efter stroke där en högre andel män än kvinnor får behandlingen. Med sekundärprevention menas förebyggande insatser som sätts in när något redan inträffat (t.ex. stroke eller hjärtinfarkt) för att minska risken återinsjuknande, till skillnad från primärprevention som är förebyggande insatser som riktas till bredare grupper redan innan någonting har inträffat.

Det är i högre grad sverigefödda hjärtinfarktpatienter som får de rekommenderade läkemedlen jämfört med hjärtinfarktpatienter födda utanför EU. Socialstyrelsen redovisar också att det finns exempel på könsskillnader och socioekonomiska skillnader vid behandling med läkemedel efter stroke.

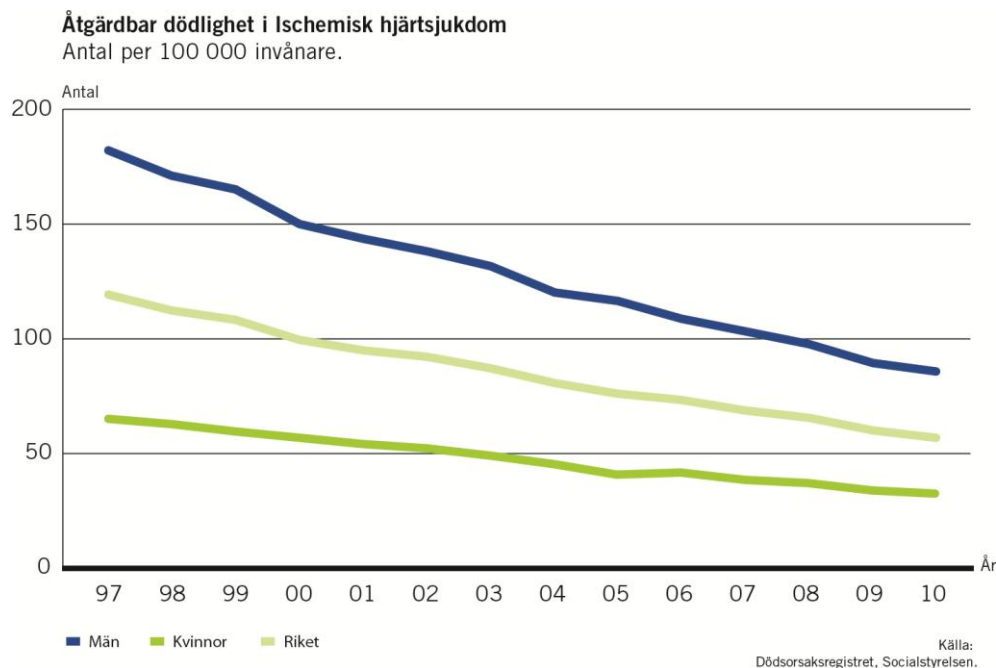
Det finns också en avsevärd variation mellan landstingen när det gäller förtida dödlighet i hjärtinfarkt, till största delen beroende på hur många personer som dör utan att ha sjukhusvårdats. Det finns också stora regionala skillnader i strokevård när det gäller tidsfördröjning vid akut omhändertagande.

Socialstyrelsen har också uppmärksammat att personer med psykisk sjukdom inte alltid ges samma behandling som andra patienter och att de dessutom har en ökad risk att avlida sex månader efter infarkt. Det finns personer med psykisk sjukdom som för första gången insjuknat i en akut hjärtinfarkt och inte behandlades med ballongutvidgning (PCI) av hjärtats kranskärl i samma omfattning som övriga patienter. Det finns skillnader även avseende uthämtning av läkemedel i sekundärpreventivt syfte, personer med psykisk sjukdom hämtade i lägre utsträckning ut sådana läkemedel.

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom minskar men män är drabbade i betydligt högre utsträckning än kvinnor

Dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar har som beskrivits minskat betydligt under senare år, men står fortfarande för 17 procent av all dödlighet i Sverige. Bara dödligheten i cancer har en större andel. Män drabbas i högre utsträckning än kvinnor, se figuren nedan.

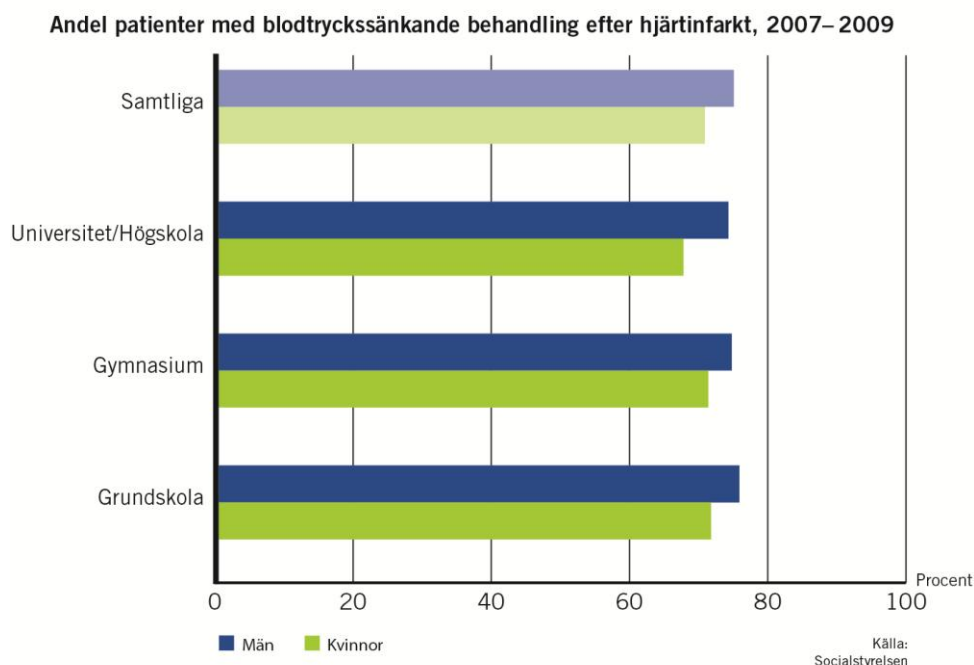
Figuren visar åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom för män, kvinnor och riket. Dödsfall per 100 000 invånare i åldern 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Behandling med blodtryckssänkande läkemedel, RAAS-hämmare, ges i högre grad till män

Enligt de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård är blodtryckssänkande läkemedel som betablockerare, lipidsänkare och RAAS-hämmare högt prioriterade behandlingar eftersom de minskar risker för återinsjuknande och död. Behandling med RAAS-hämmare är vanligare bland män födda i Sverige än bland män födda utanför riket med skillnader på 3-5 procentenheter. Kvinnor födda i EU-länder har lägre förekomst av behandling med RAAS-hämmare. Behandling med RAAS-hämmare är också genomgående något vanligare bland män än kvinnor i alla utbildnings- och födelselandsgrupper. Därtill ges kvinnor med högre utbildning behandling i mindre utsträckning än kvinnor med lägre utbildning.

Figuren visar andel kvinnor respektive män i åldersgruppen 40–79 år, med blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare 12–18 månader efter hjärtinfarkt för åren 2007–2009. Jämförelser efter utbildning. Åldersstandardiserade värden.

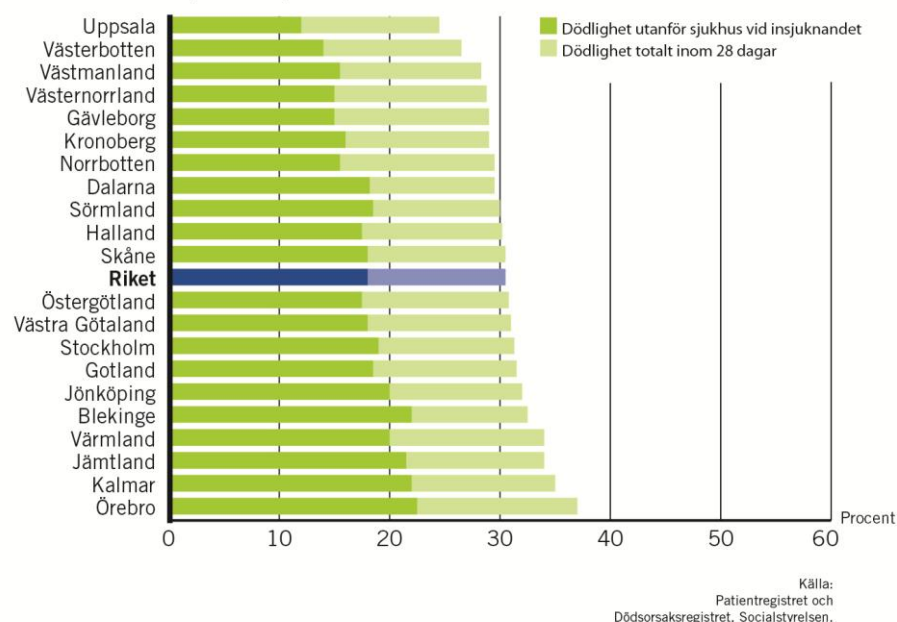


Mer än hälften av dem som avlider i hjärtinfarkt avlider utan att ha vårdats på sjukhus

Mer än hälften av dem som avlider i hjärtinfarkt inom 28 dagar, avlider utan att ha vårdats på sjukhus vid insjuknandet. Variationen mellan landstingen är större när det gäller denna dödlighet än för dödligheten bland sjukhusvårdade patienter, vilket visas i figuren nedan. Det kan finnas flera orsaker till variationerna i den uppmätta dödligheten mellan landstingen. Tillförlitligheten i diagnossättningen spelar roll, liksom skillnader i annan sjuklighet. Skillnader i sociala faktorer kan ha betydelse, liksom skillnader i befolkningens benägenhet att söka vård. Det kan också vara så att hälsorelaterade levnadsvanor skiljer sig åt mellan landstingen. Dessutom finns det direkt sjukvårdsrelaterade faktorer, till exempel avståndet till ett akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhuset men också direkt omhändertagande på plats.

Figuren visar geografiska skillnader i andelen döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt

Andel döda efter hjärtinfarkt, 2004–2006



Stora skillnader mellan landstingen i hur snabbt patienter med stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA) får tillgång till operation

Sekundärpreventiva insatser efter stroke är viktiga eftersom de minskar risken för att patienten ska återinsjukna i stroke eller någon annan hjärt- och kärlsjukdom. Enligt Swedvasc, registret för perifer kärlkirurgi som omfattar sjukdomar och skador i artärer och vener, finns stora skillnader mellan landstingen i hur snabbt patienter med stroke eller TIA får tillgång till operation, se figuren nedan. TIA innebär att en mindre del av hjärnan drabbats av övergående syrebrist från en övergående blodpropp i hjärnan.

Det svagaste resultatet i jämförelsen är 34 dagar och eftersom det gäller medianväntetid till operation tvingas alltså hälften av patienterna att vänta ännu längre. Konsekvensen är en kraftigt ökad risk för att drabbas av en allvarlig stroke som kan leda till funktionsnedsättningar eller döden, vilket går att undvika. Det är dock svårt att ge en generell förklaring till att patienter med en symptomgivande förträngning på halspulsådern får vänta olika länge på operation, och anledningarna varierar troligen mellan landstingen. Mer kunskap om detta behövs.

Figuren visar skillnader mellan landstingen avseende medianväntetid till karotiskirurgi vid symptomatisk karotisstenos (förträngning på halspulsådern)

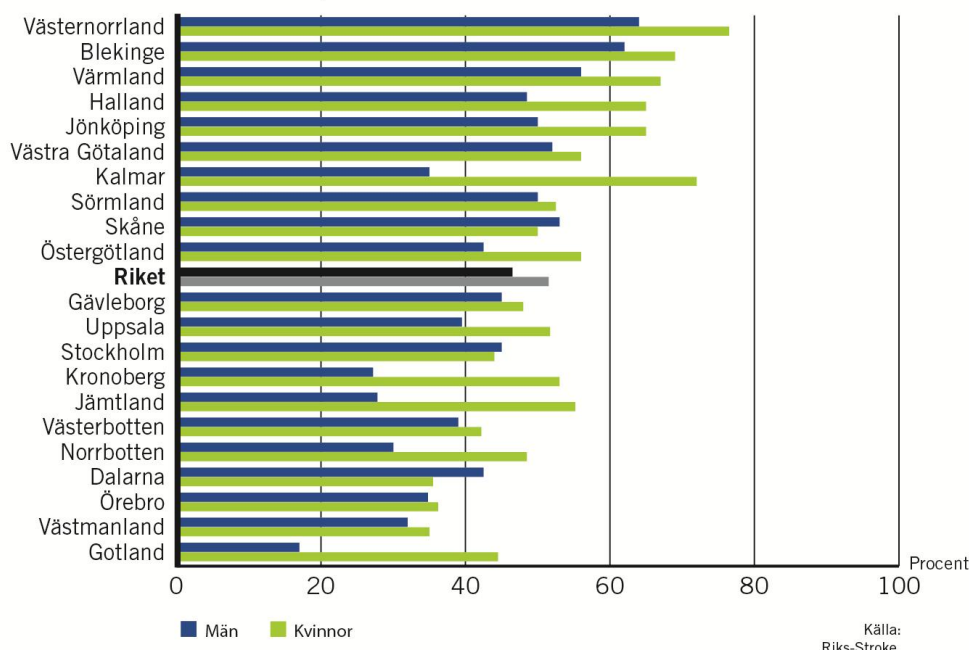


En högre andel kvinnor än män behandlas med antidepressiva läkemedel för nedstämdhet efter stroke

När det gäller andelen patienter som ofta eller alltid känner sig nedstämda vid en uppföljning tre månader efter stroke finns det stora skillnader både mellan män och kvinnor och mellan landstingen. En högre andel kvinnor än män behandlas en med antidepressiva läkemedel. I vissa landsting kan andelen kvinnor vara mer än dubbelt så stor när det gäller antidepressiv läkemedelsbehandling i den aktuella patientgruppen. I figuren nedan visas andelen män respektive kvinnor behandlade med antidepressiva läkemedel, se figur nedan.

Figuren visar andel behandlade med antidepressiva läkemedel vid nedstämdhet tre månader efter stroke

Andel behandlade med antidepressiva läkemedel vid nedstämdhet efter stroke, 2009



Vården vid psykisk ohälsa - stora skillnader i tillgång till vård, både regionala skillnader och skillnader mellan olika grupper

I Sverige utgör psykiska sjukdomar 25 procent av den totala sjukdoms-bördan och för befolkningen upp till 45 år så mycket som 55 procent av sjukdomsbördan. Sociala faktorer är relaterade till risk för allvarlig psykisk sjukdom, exempelvis psykosjukdomar. Det finns inte lika tydligt samband när det gäller mildare psykisk ohälsa.

När det gäller vård vid psykisk ohälsa redovisar Socialstyrelsen att det finns stora regionala variationer i *kompetens*. Storstadsområdena har större tillgång till specialister. Samtidigt visar studier att psykisk sjukdom är mer vanligt förekommande i storstadsområden jämfört med landsbygd.

Socialstyrelsen redovisar att det också finns stora variationer mellan landstingen när det gäller *återinskrivning* efter sluten psykiatrisk vård för depressionssjukdom, möjligheterna till läkarkontakt efter utskrivning samt förskrivning av lugnande medel. Återinskrivning kan belysa vårdtidens betydelse, kvaliteten i öppenvården, kommunen och socialtjänsten samt samspelet dem emellan. Tillgång till uppföljande besök kan också ha betydelse.

I de *nationella riktlinjerna* för vård vid depression och ångestsyndrom prioriteras kognitiv beteendeterapi vid medelsvår depression och vissa ångesttillstånd. Socialstyrelsen redovisar att endast 27 procent av

patienterna ges kognitiv beteendeterapi inom den psykiatriska öppenvården. Variationen är 17 till 49 procent mellan olika landsting.

Det finns särskilt stora brister i vården för *äldre* när det gäller depression, Socialstyrelsens bedömning är att äldre med psykisk ohälsa inte har tillgång till god och säker vård. Fortfarande används psykofarmaka för äldre i hög omfattning och kognitiv beteendeterapi i låg omfattning. Många äldre som lider av depression har varken fått diagnos eller behandling. Socialstyrelsen har också iakttagit att dödligheten hos äldre med depression var högre än hos jämnåriga utan depression.

Socialstyrelsen redovisar också skillnader mellan *män och kvinnor* i vården vid psykisk ohälsa. Inom slutenvården är 60 procent unga kvinnor i åldern 15-24 år. Situationen ser liknande ut inom tvångsvården. Unga kvinnor med psykisk funktionsnedsättning berättar om brister i bemötande, hur sjukvårdspersonalen inte respekterar deras privatliv utan ställer ovidkommande frågor, till exempel om deras sexliv. Inom slutenvård och tvångsvården är män i åldrarna 25 år och äldre i majoritet. Männen dominerar också inom den rättspsykiatriska vården, där 87 procent är män. Att männen dominerar så starkt kan inverka på vårdinnehåll och vårdmiljö för minoriteten kvinnor.

Verktyget Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), som är ett självskattningsformulär, finns i dag översatt och validerat till ett tjugotal språk och syftar till att lyfta fram de mammor som är i behov av samtalsstöd. Enligt Socialstyrelsen arbetar de flesta relevanta verksamheter mycket med att tidigt identifiera svensktalande mödrar med depressiva symtom. Det är dock bara 32 procent av de undersökta verksamheterna som erbjuder screening till andra än svensktalande mödrar.

När det gäller *barn och unga* är, enligt den nationella tillsynen 2008 och i Socialstyrelsens rapport *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa - uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*, den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien av så skiftande kvalitet att den inte uppfyller målen om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Även den löpande uppföljningen av arbetet med den förstärkta vårdgarantin visar detta. Det strider också mot konventionen om barnets rättigheter. God tillgänglighet är en viktig patientsäkerhetsfaktor, men slutenvård i egen klinik för barn och unga finns inte i alla län och därtill kan väntetider till utredningar vara långa. Många verksamheter saknar också tydliga uppdrag. Socialstyrelsen beskriver dessutom att asylsökande barn med psykisk ohälsa bollas mellan verksamheter då det är oklart vem som har ansvar för dem. Få av dessa barn, i relation till de uppskattade behoven, återfinns i den psykiatriska vården.

Enligt Socialstyrelsen ges *personer med låg utbildning* sämre kvalitet i läkemedelsbehandling jämfört med högutbildade. Lågutbildade får också oftare slutenvård än övriga grupper. Lågutbildade med schizofreni

behandlas mindre ändamålsenligt än medel- och högutbildade patienter. Även äldre kvinnor med låg utbildning tenderar att ha flera olika psyko-farmaka och ordinerar äldre läkemedelssorter än välutbildade och yngre.

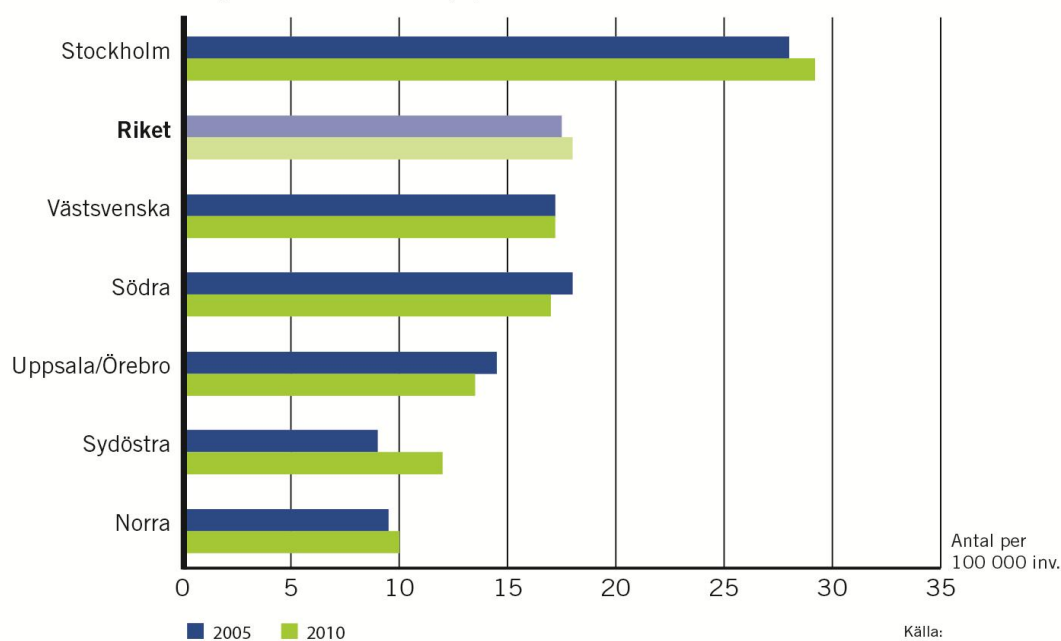
Personer med psykisk sjukdom ges också ofta *sämre somatisk* vård än andra, exempelvis vid hjärtsjukdom. Överlevnad i cancer är också sämre för denna grupp än för befolkningen totalt vilket kan bero på att de får diagnos i ett senare skede.

Stora skillnader i tillgång till specialistläkare inom psykiatri

Det är inte möjligt att göra någon direkt koppling mellan tillgång till verksamma specialistläkare inom psykiatri och tillgänglighet eller väntetider till vård. Det går dock att konstatera att skillnaden mellan regionerna i antal specialistläkare inom psykiatri per 100 000 invånare är stor. I ett par regioner har tillgången minskat sedan 2005.

Figuren visar antal specialistläkare inom psykiatri 2010 och 2005

Antal verksamma specialistläkare inom psykiatri, 2010



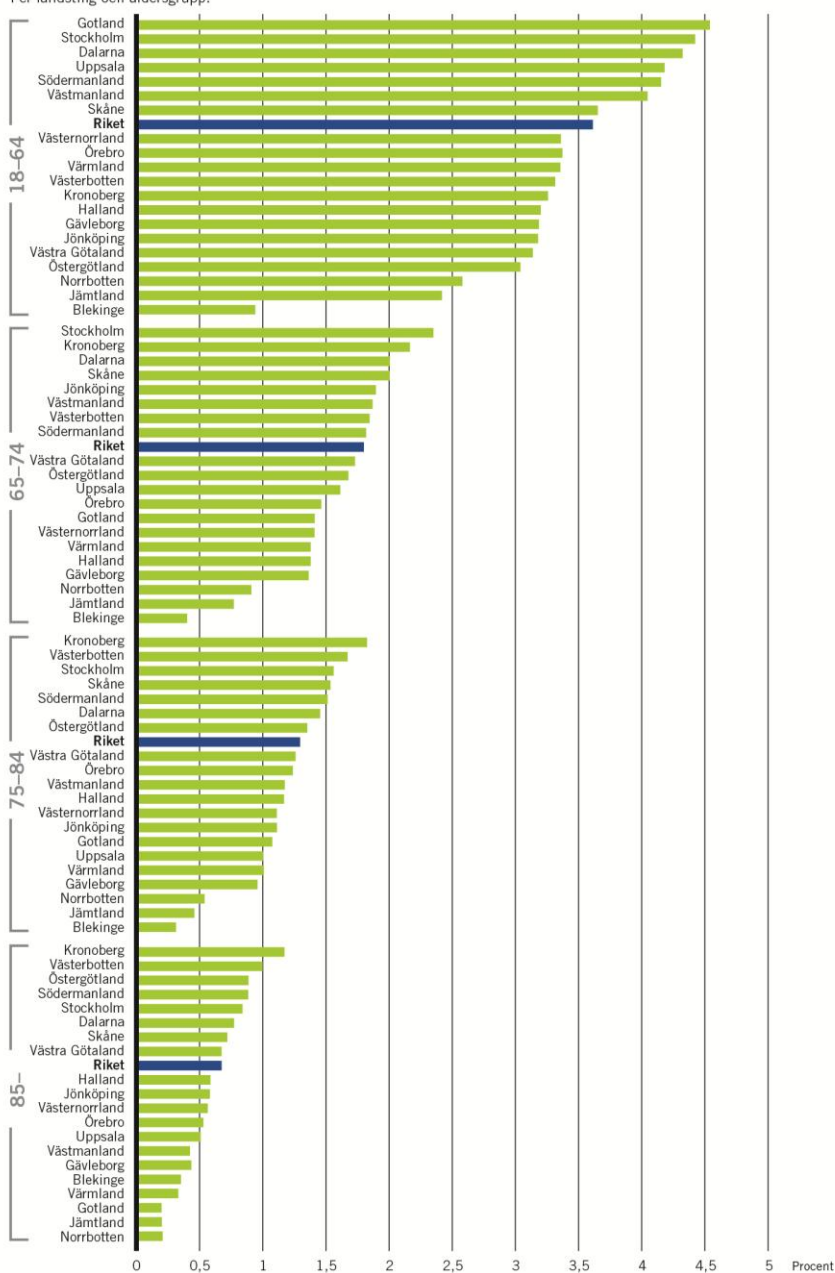
Öppenvårdade med psykiatrisk diagnos 2010

Nedan redovisas andelen öppenvårdade för psykiatrisk diagnos. Figuren visar att äldre personer vårdats i klart lägre omfattning för en psykisk sjukdom än den yngre befolkningen. I ljuset av att psykisk sjukdom är minst lika vanlig bland äldre som bland yngre tyder siffrorna på att den äldre befolkningen missgynnas när det gäller tillgång till psykiatrisk vård.

Figuren visar öppenvårdade kvinnor med psykiatrisk diagnos, per landsting och efter åldersgrupper.

Andel öppenvårdade kvinnor med psykiatrisk diagnos, 2010

Per landsting och åldersgrupp.



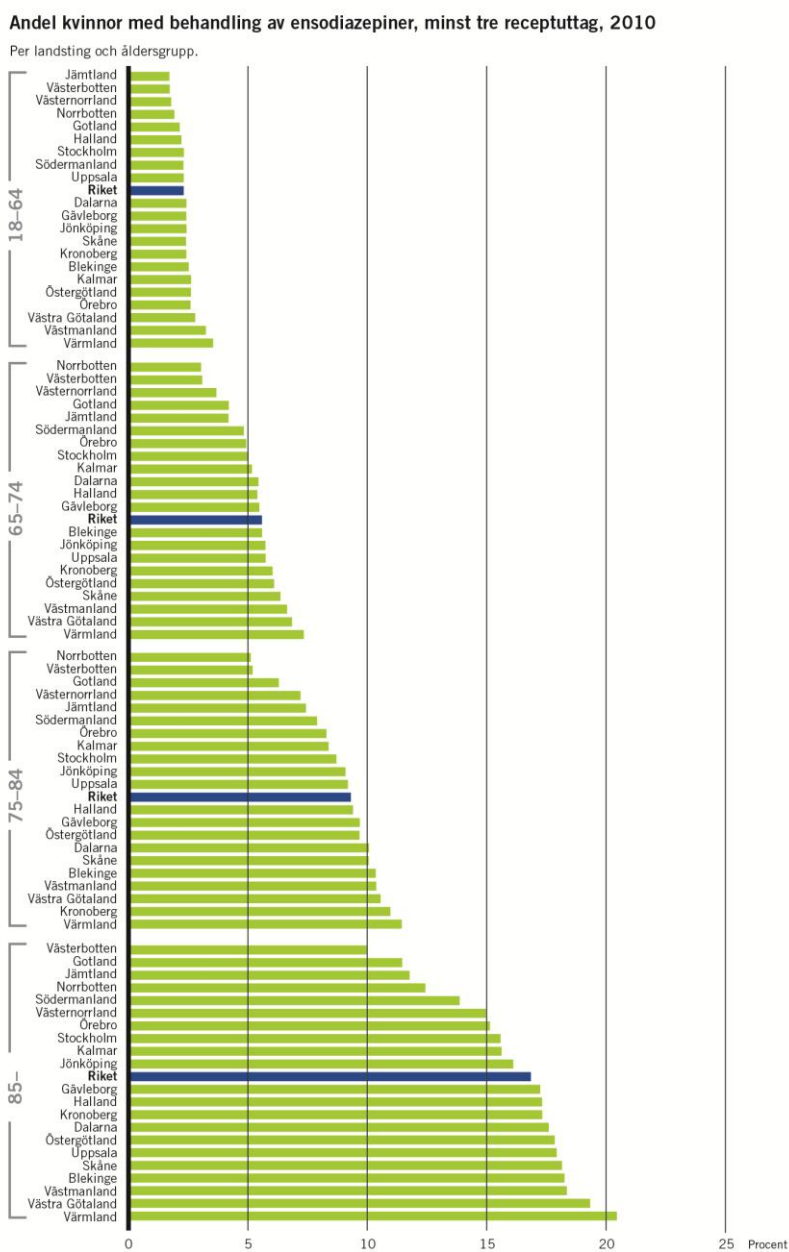
Källa:

Fördjupad analys av: Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Socialstyrelsen 2012.

Uttag av psykofarmaka (bensodiazepiner) vid minst tre tillfällen 2010

Figuren nedan visar behandling av bensodiazepiner som är lugnande läkemedel. Figuren tillsammans med föregående figur visar på en situation där äldre personer ges klart mer lugnande läkemedel än yngre och att äldre samtidigt inte får tillgång till psykiatrisk vård. Det väcker frågor om överbehandling med bensodiazepiner bland äldre. Socialstyrelsen utgår från att man kan anta att dessa läkemedel skrivs ut inom primärvården och inte inom specialistpsykiatri. Samma förhållande, att äldre ges mer lugnande läkemedel och inte får samma tillgång till psykiatrisk vård som yngre, gäller även för män.

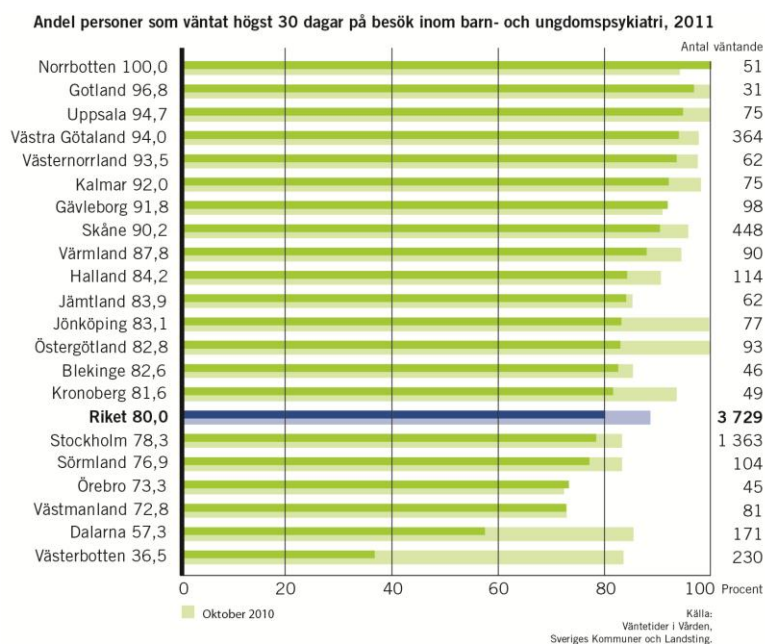
Diagrammet visar kvinnor med behandling av bensodiazepiner - landsting och åldersgrupper.



Stora skillnader i väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri

God tillgänglighet är en viktig patientsäkerhetsfaktor och Socialstyrelsen redovisar stora brister i barn- och ungdomspsykiatri. Det finns bland annat stora regionala skillnader när det gäller tillgång till besök i barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar.

Figuren visar andel som väntat högst 30 dagar på besök inom barn- och ungdomspsykiatri



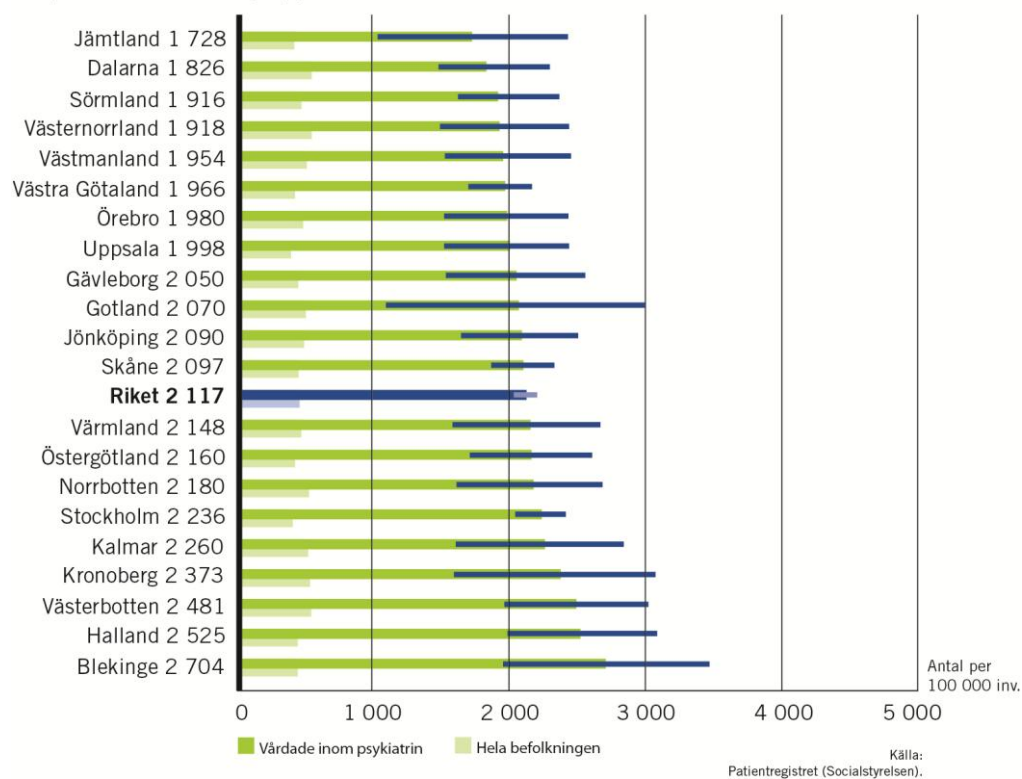
Personer med psykisk sjukdom ges sämre somatisk vård

Socialstyrelsen redovisar att det tycks finnas skillnader i somatisk (kroppslig) sjuklighet och i vilken vård som ges. Personer som har vårdats för psykisk sjukdom löper till exempel större risk att dö i förtid av stroke. Det är också så att cancerbehandling inleds i ett senare skede och att risken för amputation vid diabetes är större i denna grupp än hos den övriga befolkningen. Det finns också stora skillnader när det gäller undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen där personer med tidigare psykiatrisk vård i betydligt högre utsträckning kommer till slutenvården än befolkningen i övrigt. Detta reser frågor om helhetssynen i vården och visar på behovet av förstärkt samarbete mellan somatisk och psykiatrisk vård. I nedanstående figurer redovisas exempel på skillnader när det gäller undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen mellan personer med tidigare psykiatrisk vård och befolkningen i övrigt, även skillnader mellan landstingen redovisas.

Figuren visar antal personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen, befolkningen respektive personer med tidigare psykiatrisk vård.

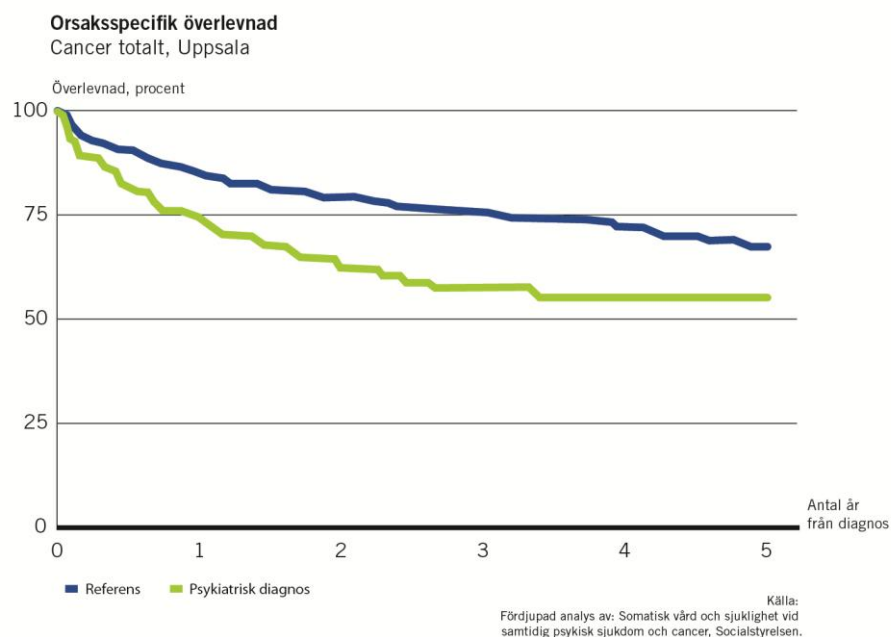
Antal personer med somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2010

Avser personer 20–59 år med tidigare psykiatrisk vård. Åldersstandardiserade värden.



Som exempel på skillnader i somatisk vård redovisas också figuren orsaksspecifik överlevnad i cancer.

Figuren visar orsaksspecifik överlevnad efter diagnostiserad cancer hos personer med eller utan samtidig psykisk sjukdom.



Genom att studera orsaksspecifik överlevnad är det möjligt att visa om ökad dödlighet i en viss grupp beror på sjukdomen i sig och inte på andra faktorer, det vill säga alla dödsorsaker som inte är relaterade till cancer har tagits bort. Som framgår av figuren lever cancerpatienter med samtidig psykisk sjukdom kortare tid efter diagnos än övriga. Detta tyder sannolikt på att deras sjukdom var i ett mer framskridet skede vid tidpunkten för diagnos, exempelvis på grund av att de kommer till vård senare än övriga patienter.

Dödligheten i cancer minskar men det finns regionala och sociala skillnader i insjuknande och dödlighet

Överlevnaden i cancer ökar för både män och kvinnor, men män har fortfarande högre dödlighet. Mäns högre dödlighet hänger delvis samman med att män och kvinnor drabbas av olika cancerformer men mäns dödlighet är högre även i de cancerformer som inte är könsspecifika. Det kan bero på skillnader i levnadsvanor eller att män är mindre benägna att söka vård och därför får diagnos och behandling i senare skede. För all cancer sammantaget är insjuknanderisken ungefär lika stor i olika socioekonomiska grupper, men dödligheten i cancer är högre bland personer med kort utbildning. Lungcancer är den cancerform som tar flest liv i Sverige varje år, trots att det är betydligt fler som insjuknar i bröst- och prostatacancer samt tjocktarmscancer. Andelen som dör i lungcancer har ökat bland kvinnor i åldern 47–74 år, förutom bland kvinnor med eftergymnasial utbildning. Tidig upptäckt och tillgång till multidisciplinär konferens för kvalificerad bedömning är viktigt, liksom väntetider från remiss till besök och till behandling. När det gäller den regionala cancer vården har Socialstyrelsen visat att det finns många olika skillnader. Exempelvis varierar väntetiderna mellan landstingen, liksom olika typer av behandlingsinsatser.

Bröstcancer vanligare bland högutbildade kvinnor, överlevnaden sämre bland lågutbildade kvinnor

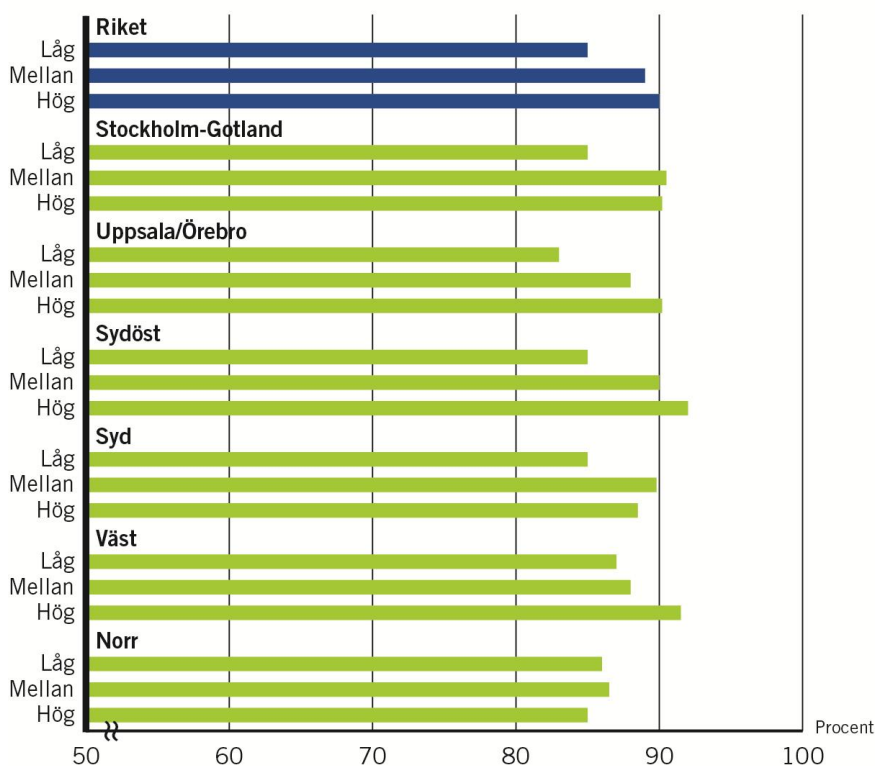
Kvinnor med förgymnasial utbildning har 20–30 procent lägre risk att få bröstcancer, men de har ändå 30–40 procent högre risk att avlida i sjukdomen. I hela riket är överlevnadschansen fem år efter diagnosen 90 procent för högutbildade kvinnor och 85 procent för lågutbildade, jämfört med kvinnor som inte har bröstcancer. De regionala skillnaderna är små. I de flesta regioner finns den sociala gradienten men inte i den norra delen av landet, där är överlevnaden för högutbildade kvinnor lägre än i övriga regioner. Med mammografiscreening går det att upptäcka cancer i ett tidigt skede. Det är känt att följsamheten till screening programmet varierar mellan de socioekonomiska grupperna, även överlevnaden för olika stadier visar en socioekonomisk skillnad som inte bara förklaras av

att de lägsta socioekonomiska grupperna uteblir från mammografiscreening och därmed får sin diagnos i ett senare skede.

Figuren visar relativ femårs- överlevnad vid bröstcancer, efter utbildningsnivå, för riket respektive sjukvårdsregion

Relativ överlevnad vid bröstcancer, 2005–2009

Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp samt riket och sjukvårdsregion. Kvinnor, ålder 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard.



Källa:
Cancer i Sverige – insjuknande och överlevnad
utifrån regional socioekonomisk indelning

Stora skillnader i väntetider i cancervården

Inom cancervården finns det bland annat markanta skillnader i väntetider både mellan olika landsting och inom landstingen. När det gäller exempelvis tjocktarmscancer, var den genomsnittliga tiden från det att remissen registrerats på specialistkliniken tills det att operation genomfördes 42 dagar under år 2010. Hälften av patienterna hade en väntetid som var 35 dagar eller kortare. Männens medianväntetid var något längre än kvinnornas, 36 dagar respektive 34 dagar. Patienterna 65 år och yngre hade en något kortare väntetid jämfört med den äldre patientgruppen, 32 mot 36 dagar. Knappt 5 procent av patienterna opererades utan någon väntetid alls. Ytterligare 11 procent opererades inom en vecka. Tabellen visar att väntetiden från utfärdande av remiss till behandling/operation vid tjocktarmscancer varierar kraftigt mellan de olika landstingen. Medianväntetiden för riket är 35 dagar med en landstingsvariation på mellan 25 och 66 dagar.

Tabellen visar väntetider (dagar) mellan utfärdande av remiss till start av behandling/operation av tjocktarm. Regionnivå.

Län	25-percentil	Median	75-percentil
Dalarna	11	25	49
Kalmar	13	26	49
Örebro	13	26	38
Västmanland	14	26	43
Jönköping	10	29	48
Uppsala	13	30	49
Norrbottn	15	30	55
Stockholm	17	31	44
Kronoberg	16	32	44
Jämtland	16	32	62
Östergötland	10	34	49
Gävleborg	8	34	57
Riket	17	35	54
Skåne	17	36	50
Halland	20	36	51
Västernorrland	21	36	56
Gotland	27	43	51
Västra Götaland	26	43	63
Västerbotten	18	45	78
Värmland	13	47	79
Sörmland	21	55	69
Blekinge	53	66	87

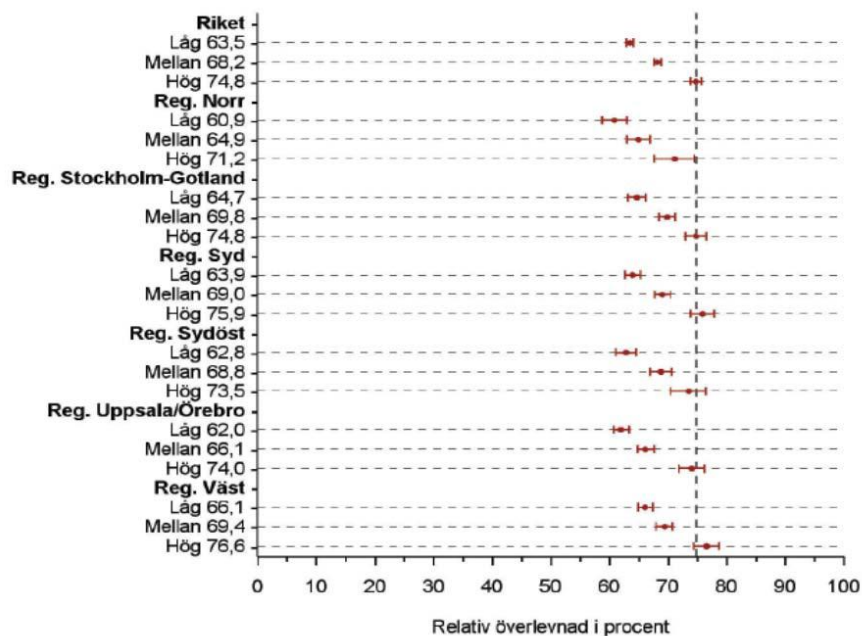
Källa: Väntetider inom cancervården – från remiss till behandlingsstart. Socialstyrelsen 2011

Femårsöverlevnad avseende samtliga cancerformer – skillnader mellan grupper med olika utbildningsnivå

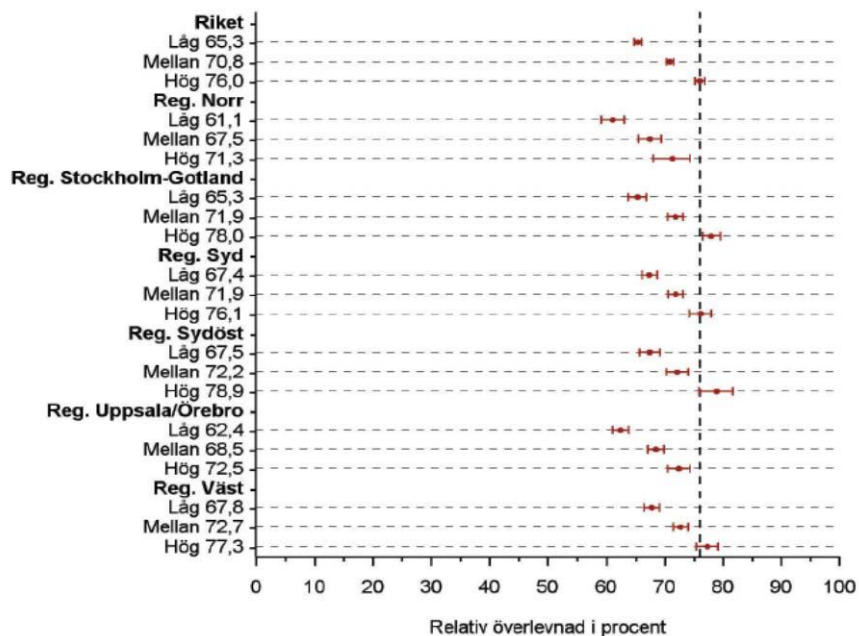
Det finns skillnader i femårsöverlevnad mellan socioekonomiska grupper. Skillnaden i femårsöverlevnad mellan dem med hög utbildning och dem med låg utbildning är 10,7 procentenheter för män och 11,3 procentenheter för kvinnor. Den socioekonomiska gradienten beträffande överlevnad innebär sämre överlevnad för låg- och medelutbildade i förhållande till de högt utbildade i samtliga regioner. Det finns också en variation i relativ överlevnad mellan grupper med olika utbildningsnivå, exempelvis högutbildade män i Region Norr som har en sämre relativ överlevnad än män i medelgruppen bosatta i Region Syd.

Figurerna nedan visar relativ fem-årsöverlevnad för kvinnor respektive män i åldern 30-89 år i samtliga cancerformer och per utbildningsgrupp, för riket och per region. Med 95 % konfidensintervall, åldersstandardiserade värden, perioden 2005-2009. Referensnivå: med högst överlevnad.

Kvinnor



Män



Källa: Cancer i Sverige. Socialstyrelsen 2011

Missbruks- och beroendevården visar stora regionala variationer

Socialstyrelsen redovisar att sjukvården har blivit bättre på att ställa frågor om riskbruk av alkohol men måste fortsätta ansträngningarna för att tidigt upptäcka och behandla personer i riskzonen. Enligt Socialstyrelsens redovisning finns det stora regionala skillnader i missbruks- och beroendevården. Det gäller både olika typer av strukturella skillnader, som variationer i tillgång till specialister och vårdplatser, som möjligheten att få adekvat behandling.

Det finns stora regionala skillnader för samtliga fem hälsoindikatorer: läkemedelsuttag, bruk av alkohol eller narkotika, återinskrivning för vård, alkohol- eller narkotikadiagnos och dödlighet bland personer med missbruks- och beroendediagnos. Exempelvis finns stora skillnader mellan landstingen i andelen personer med opiatdiagnos som tog ut läkemedlen metadon eller buprenorfin under 2010.

Socialstyrelsen redovisar att två tredjedelar av de verksamheterna som granskats av utredningen om översyn av missbruks- och beroendevården (missbruksutredningen) saknar ett tydligt uppdrag för arbetet med personer som har missbruks- och beroendeproblem. Det är få landsting som begärt att verksamheterna ska redovisa sina resultat och som har gett några direktiv om uppföljningar och utvärderingar. Dessutom saknas kunskap om hur missbrukare behandlas i den övriga hälso- och sjukvården. Socialnämnderna har inte alltid tydliga mål för sitt arbete med missbruksvården och det finns brister när det gäller att systematiskt säkra kvaliteten och följa upp insatserna.

Socialstyrelsen pekar också på att missbruksvården har brister för personer med funktionsnedsättning eller utländsk bakgrund. Det finns brister i ansvarsfördelningen mellan landstingen och kommunerna som särskilt drabbar personer med en samtidig somatisk eller psykisk sjukdom eller en funktionsnedsättning. Exempelvis kan huvudmännen vara oense om huruvida missbruket eller den psykiska sjukdomen ska behandlas först. Tillgången till stöd och vård varierade mellan kommunerna och landstingen. Inom hälso- och sjukvården har primärvården och den specialiserade beroendevården ofta svårt att samverka, särskilt när beroendevården bedrevs vid psykiatriska kliniker. Däremot fungerar det oftast bra med integrerade mottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst. De kan ge samtidiga insatser till personer som behöver det och har oftast ett brett utbud av stöd- och behandlingsinsatser.

Sociala skillnader har också betydelse för andra behandlingsformer. Personer med sociala problem tenderar exempelvis att hänvisas till socialtjänstens verksamheter medan socialt etablerade personer tas om hand i hälso- och sjukvården. Vissa behandlingar förekommer bara i vissa verksamheter, såsom läkemedelsbehandling, och därför innebär det att olika grupper får tillgång till olika typer av behandling.

Socialstyrelsen redovisar vidare att både hälso- och sjukvården och socialtjänsten är dåliga på att dokumentera situationen för barn till personer med missbruks- och beroendeproblem. En del behandlingspersonal i öppenvården och vid HVB saknar lämplig utbildning inom vård och omsorg, och i drygt 15 procent av alla granskade HVB är det ingen eller bara några få som har en särskild utbildning om missbruk och beroende. Samtidigt finns det inga uttalade kompetenskrav för dem som arbetar inom missbruks- och beroendevården.

Det är också så att personer med missbruks- eller beroendeproblem upplever att de får ett sämre bemötande i hälso- och sjukvården och socialtjänsten jämfört med andra. Patienter berättar till exempel, enligt Socialstyrelsen, att de upplever att vårdgivare moraliserar och skuldbelägger dem och många upplever att integriteten inte respekteras eller att de känner sig kränkta.

Härutöver redovisar Socialstyrelsen att det finns könsskillnader i missbruks- och beroendevården. Det saknas kunskap om mäns specifika behov men samtidigt ges män fler insatser än kvinnor. Missbrukande kvinnor löper högre risk att utsättas för våld. Vården behöver bli bättre på att uppmärksamma och anmäla misstankar om övergrepp.

Arbetet med nationella riktlinjer är viktigt för att stödja missbruks- och beroendevården så att kvaliteten ökar och vården blir mer jämlik. Socialstyrelsen har beslutat att även inkludera unga vuxna i riktlinjerna och att utforma särskilda rekommendationer för denna grupp.

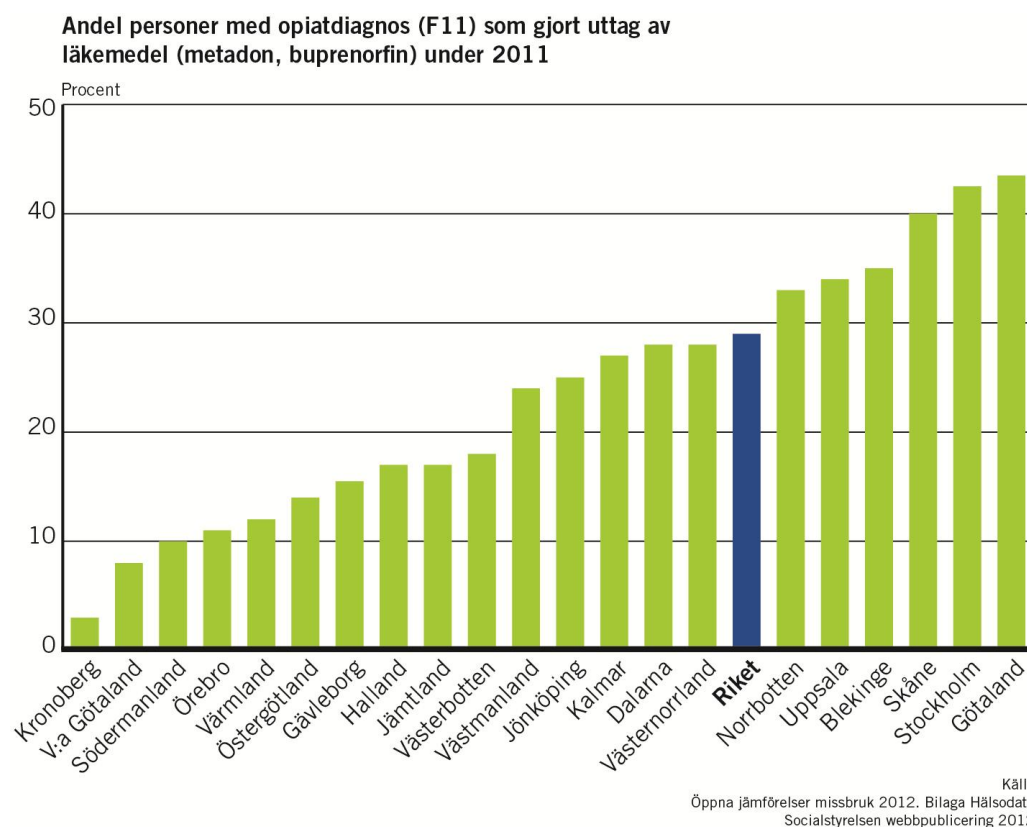
Stora variationer i läkemedelsbehandling i missbruksvården

Vid opiatmissbruk används såväl läkemedelsbehandling som psykosocial behandling. Läkemedelsbehandling med metadon eller buprenorfin har visat sig öka följsamheten till behandlingsplanen hos personer med opiatmissbruk. Dessutom har läkemedlen flera andra positiva effekter, bland annat minskat missbruk, förbättrad social situation samt minskad dödlighet.

I figuren nedan framgår att andelen personer med opiatmissbruk som får tillgång till de aktuella läkemedlen varierar stort mellan landstingen. Det

är dock viktigt att poängtera att inte alla personer med opiatmissbruk är aktuella för läkemedelsbehandling.

Figuren visar andel personer med opiatdiagnos (ICD F11) med uttag av metadon eller buprenorfin 2011, per landsting.



Tandvård – socioekonomiskt resurssvaga och utrikes födda avstår tandvård

Det finns skillnader i tandhälsa bland barn och ungdomar som har olika socioekonomisk bakgrund. Flera landsting har tagit fram åtgärdsprogram inom barntandvården där man bland annat fördelar resurser till barntandvården utifrån socioekonomi eller utbildningsnivå. Barn och ungdomars tandhälsa i de mest utsatta områdena har, exempelvis i Stockholmsområdet, också förbättrats de senaste åren. I den vuxna befolkningen har socioekonomiskt utsatta och utrikes födda sämre tandhälsa än andra.

Socialstyrelsen redovisar att många vuxna anger att de avstår tandvård trots behov och det förekommer oftast bland socioekonomiskt utsatta och utrikes födda. Ekonomiska skäl anges vara den vanligaste orsaken till att avstå från tandvård trots behov och det är främst arbetslösa, studerande, låginkomsttagare, personer utan kontantmarginal och personer födda utanför Europa som avstår tandvård av ekonomiska skäl.

Det finns också skillnader i besöksfrekvens mellan personer i olika åldrar, med olika födelseland och med olika socioekonomisk status. Av de olika åldersgrupperna är det personer i åldersgruppen 65–74 år som

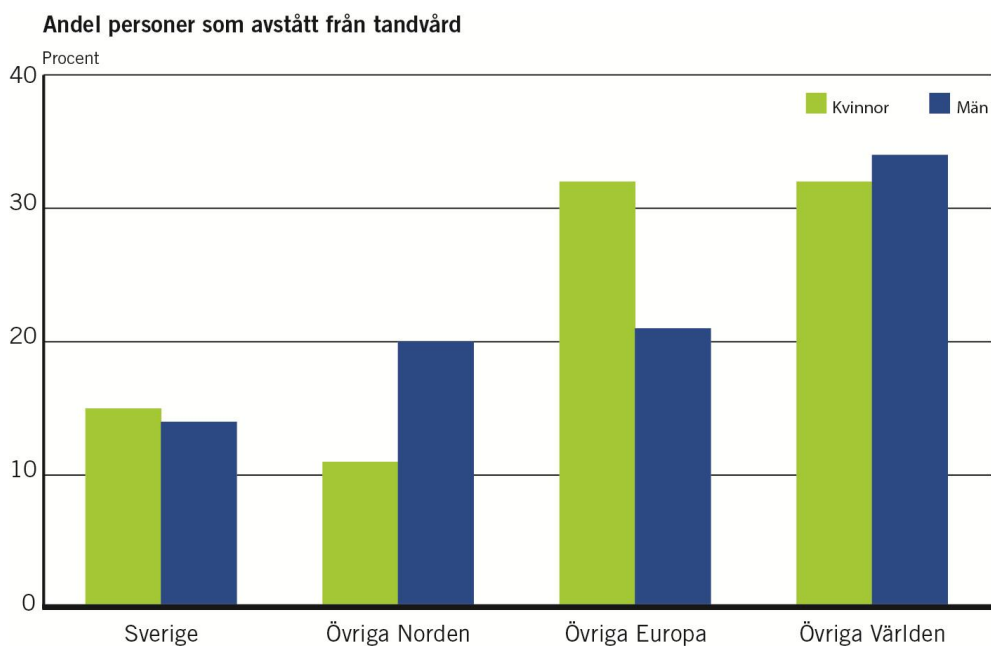
besökt tandvården i högst utsträckning. Kvinnor har dock högre besöksfrekvens än män i samtliga inkomstgrupper och kvinnor med låg inkomst har nästan lika hög besöksfrekvens som män med medelinkomst. Vidare är besöksfrekvensen markant högre bland gifta och samboendes med eller utan barn samt bland högutbildade jämfört med ensamstående med eller utan barn och lågutbildade. Socioekonomiska och demografiska faktorer påverkar också typen av tandvårdsbehandling.

Socialstyrelsen pekar också på att antalet tandläkare varierar mycket mellan de olika länen och det finns en tydlig skillnad i kvoten mellan tandläkare och tandhygienister mellan olika län.

Vissa grupper avstår från tandvård

Av figuren nedan framgår att män födda i övriga Europa och utanför Europa anger att de avstår tandvård trots behov i högre utsträckning än personer som är födda i Sverige och övriga Norden. Det gäller även kvinnor födda i övriga Europa och framförallt födda i övriga världen. Enligt Socialstyrelsen är många oroliga inför ett tandvårdsbesök eftersom de känner att de inte har någon kontroll över kostnaderna och kan därför ibland prioritera bort tandvårdsbesök av ekonomiska skäl. De anser vidare att den ekonomiska hjälpen från samhället är alldeles för liten och att karensbeloppen på 3 000 kronor respektive 15 000 kronor för högkostnadsskyddet är för höga. Patienterna förstår inte heller varför tandvården har en annan taxa än den övriga hälso- och sjukvården.

Figuren visar andel personer som avstått tandvård trots upplevt behov.



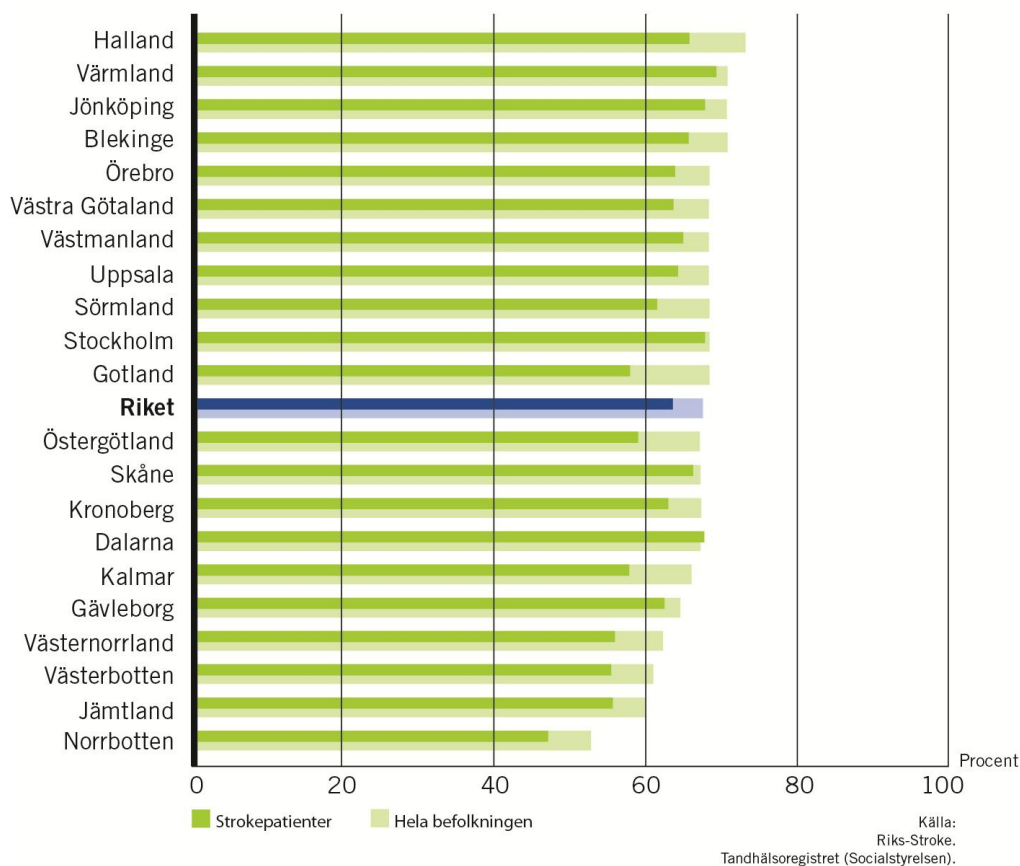
Källa:
Folkhälsoenkäten 2010. Folkhälsainstitutet

Tandvård efter stroke är eftersatt

Socialstyrelsen redovisar att personer som insjuknat i stroke löper på grund av faktorer kopplade till sjukdomen ökad risk att få problem med tänder och munhåla. Genom kontakt med tandläkare eller tandhygienist kan dessa problem förebyggas. I den nationella utvärderingen 2011 av strokevården Socialstyrelsen 2011 gjordes en jämförelse mellan strokepatienter och befolkningen i övrigt. I jämförelsen syns två saker: variationen mellan landstingen avseende andelen tandvårdsbesök är stor för båda grupperna och gruppen strokepatienter besöker i lägre omfattning än befolkningen i övrigt tandläkare eller tandhygienist. Vad gäller den geografiska variationen är mönstret tydligt. I Norrlandslänen är andelen tandvårdsbesök för båda grupperna lägre än i övriga landet. Skillnaden mellan de båda grupperna kan bero på att tandvården för strokepatienter är eftersatt eller att det finns brister i tandvårdens tillgänglighet.

Figuren visar skillnader mellan landsting när det gäller andel äldre strokepatienter respektive hela befolkningen som besökt tandläkare eller tandhygienist år 2009.

Andel personer 60 år och äldre som besökt tandläkare eller tandhygienist, 2009



3. Regeringens bedömning

En del skillnader i vård är naturliga för att föra utvecklingen i vården framåt, exempelvis vid utveckling och införande av nya metoder. Andra skillnader kan bero på att olika grupper har olika behov. Men det finns skillnader som tydligt visar tecken på att vården inte är jämlik. Mot bakgrund av beskrivningen i tidigare kapitel framgår det tydligt att det finns omotiverade skillnader och att vården inte är så jämlik som den bör och skulle kunna vara. Nedan ges regeringens bedömning av de utmaningar som redovisats.

3.1 Brister i bemötande, vård och behandling måste åtgärdas

Det är framträdande i redovisningen av skillnader inom vården att personer från olika grupper i befolkningen ges olika bemötande, vård och behandling. Bland annat lyfts fram att det förekommer diskriminering som ger skillnader i behandling, bemötande, kommunikation, information och delaktighet. Uppfattningen mellan vårdpersonal och utsatta grupper skiljer sig. Många upplever sig diskriminerade samtidigt som vårdpersonalen menar att diskriminering är sällsynt. Även om det är svårt att avgöra omfattningen av den faktiska diskrimineringen så är det ett problem i sig att många upplever sig diskriminerade. Samtidigt påtalas att de bakomliggande undersökningarna ofta har låg svarsfrekvens och därför ska användas med försiktighet. Det saknas också kunskap om förhållanden för vissa grupper. Andra indikatorer ger mer säker information om de skillnader i vård som förekommer. Regeringen anser att det finns starka skäl att ta de resultat som framkommer i främst Socialstyrelsens redovisning, men också i övriga underlag som redovisats, på största allvar. Att människor ges olika behandling och bemötande är oacceptabelt och det finns utmaningar när det gäller värdegrundsarbetet i svensk hälso- och sjukvård. Att människor inte ges likvärdig behandling strider också mot svensk lag, både hälso- och sjukvårdslagstiftningen och diskrimineringslagstiftningen samt mot grundläggande rättigheter i olika internationella konventioner.

Samspelet mellan patient och vårdpersonal är en viktig patientsäkerhetsfråga och har en avgörande betydelse för bedömning av vårdbehov och beslut om diagnostik, behandling och rehabilitering. Regeringen anser att det är angeläget med en samlad insats för de grupper som av olika skäl riskerar ett sämre bemötande i vården än andra. Regeringen har därför bland annat givit Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Diskrimineringsombudsmannen, ta fram ett utbildningspaket för fortbildning av vårdpersonal om olika aspekter av värdigt och professionellt bemötande och agerande i vården, *se vidare kapitel 5, fokusområdet Strategier och åtgärder inom särskilda områden*. Utvecklingen av bemötandet i vården

kommer fortsätta att följas och en patientfokuserad vård är en av regeringens viktigaste prioriteringar.

3.2 Metoder behöver utvecklas för att ge bättre tillgång till vård för de som upplever sig vara i behov av vård men som inte söker vård

Regeringen anser också att det är allvarligt att det förekommer att människor trots behov avstår från vård av olika skäl, som att man avvaktar för länge med att söka vård, inte tror att man kan få hjälp, att det är för besvärligt att söka vård eller att det är för långa avstånd till mottagningarna. Det är ofta personer med låg utbildning respektive kvinnor som i högre utsträckning än män som anger att de avstår från vård. Ur ett internationellt perspektiv finns det också förbättringsområden. Till exempel upplever patienter i Sverige som varit i kontakt med vården att de fått sämre information om egenvård än vad patienter i andra länder upplever. En sak som sticker ut är också att bara två av tio personer med kronisk sjukdom anser sig involverade i sin vård. Det finns behov av utveckling av nya metoder för att nå ut med information om hälso- och sjukvården och om vikten av att söka vård i tid till dessa grupper, liksom att förbättra olika aspekter av tillgänglighet och delaktighet. En väl fungerande primärvård och närsjukvård har en stor betydelse. En av regeringens insatser för att stödja utvecklingen är överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting om Lärandeprojektet vård på lika villkor som handlar om metodutveckling i första linjens vård i resurssvaga områden, se vidare avsnittet om *Stöd och stimulans till utveckling*.

När det gäller personer som avstår från vård för att de anser sig inte ha råd konstateras att det finns regionala skillnader i patientavgifter mellan landstingen och att en del patienter på grund av sammanlagda avgifter för olika avgiftssystem kan få höga kostnader. Regeringen vill bevara utrymmet för landstingen att utforma avgiftssystem, inom ramen för högkostnadsskydden och avgiftstaket inom slutenvården, för att de ska ha möjlighet att styra vårdefterfrågan till lämplig vårdnivå. Landstingen kan också sinsemellan överväga viss harmonisering. Regeringen följer utvecklingen av patientavgifterna mycket noga. Högkostnadsskydden för hälso- och sjukvård och läkemedel som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. gäller lika över landet och utgör ett skydd i form av tak för hur höga avgifter enskilda patienter behöver betala för hälso- och sjukvård. Inom tandvården genomför regeringen insatser för att underlätta för grupper som avstår från tandvård genom det så kallade Tredje steget.

Men det är också angeläget att vidta åtgärder för att komma tillrätta med socioekonomisk utsatthet, ett ansvar som vilar på många aktörer utöver

hälso- och sjukvården. Regeringen har bland annat förstärkt det särskilda bostadstillägget till pensionärer och för personer med sjuk- och aktivitetsersättning, höjt bostadsbidrag, flerbarnstillägg och studiemedel. Regeringen har också sänkt skatten för pensionärer, utvecklat tandvårdsstödet liksom genomfört en satsning på minskat utanförskap genom arbetslinjen. Den ekonomiska familjepolitiken ger ett omfattande ekonomiskt stöd till barnfamiljer. De familjeekonomiska stöden förstärker ensamståendes ekonomi i större utsträckning än sammanboendes. Flera studier visar att särlevande föräldrar har liten kunskap om olika sätt att reglera underhåll till barn. Regeringen tillsatte därför utredningen om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad som har lämnat sitt betänkande (SOU 2011:51) och regeringen avser att utreda hur föräldrar kan få bättre stöd för att i en större utsträckning själva reglera underhållet, *se vidare kapitel 5, fokusområdet Strategier och åtgärder inom särskilda områden*.

3.3 Behov av stöd till hälsosamma levnadsvanor

Satsningarna på resurssvaga grupper utgör en viktig del av regeringens åtgärder. Även om samtliga grupper får en ökad medellivslängd, så har gruppen i befolkningen som har en lägre utbildningsnivå en lägre medellivslängd än befolkningen i övrigt. Det finns dessutom grupper som inte har en lika positiv utveckling av livslängden. Det gäller särskilt den förväntade livslängden hos unga kvinnor i 30-årsåldern med låg utbildning.

Livslängden hänger bland annat samman med levnadsvanorna och levnadsvanorna skiljer sig mellan olika utbildningsgrupper. De stora folksjukdomarna hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och diabetes kan i stor utsträckning förebyggas med goda levnadsvanor. Flera insatser krävs för att gruppen med låg utbildning ska nå samma gynnsamma hälsoutveckling som de med högre utbildning. Exempel på åtgärder är implementering av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder som innehåller rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Detta arbete är en viktig del i vårdens insatser för att minska skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen, eftersom levnadsvanorna skiljer sig mellan grupperna. En majoritet i befolkningen är dessutom positivt inställda till att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor. Andelen som är positiva till att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor har också ökat med tiden och ligger nu på 84 procent vilket innebär att det finns goda förutsättningar för implementeringen av riktlinjerna. Ett gott preventivt arbete tillsammans med ett ändamålsenligt omhändertagande i första linjens vård kan också minska både undvikbar slutenvård och åtgärdbar dödlighet. Både undvikbar slutenvård och åtgärdbar dödlighet minskar i antal, men

skillnaderna mellan utbildningsgrupperna består. Regeringen har i budgetpropositionen för 2013 konstaterat att landstingens utgifter för folkhälsotjänster och utgifter för prevention inom hälso- och sjukvården har minskat något under 2010 jämfört med 2009. I dessa utgifter ingår bl.a. utgifter för mödrahälsovård, barnhälsovård samt prevention mot smittsamma och icke smittsamma sjukdomar.

Utveckling av hälsofrämjande stöd till enskilda är också en av regeringens prioriteringar. Bland annat uppdragen till Statens folkhälsoinstitut om uppmärksamhetsveckan Ett friskare Sverige om fysisk aktivitet och goda matvanor, liksom utvecklingen av ett hälsokonto på nätet är exempel på det. Men också andra åtgärder inom folkhälsopolitiken har stor betydelse för hälsoutvecklingen, se vidare regeringens skrivelse *En folkhälsopolitik med människan i centrum* (Skr. 2011/12:166).

3.4 Fortsatta utmaningar när det gäller tillgången till specialister i den specialiserade vården, djupare analyser behövs

När det gäller brister avseende tillgången till specialiserad vård, är en fungerande samordning och remittering mellan vårdgivare och landsting en viktig del i arbetet för att motverka regionala skillnader i vården och skillnader i tillgången till specialistläkare. Regeringen har kunnat konstatera att utvecklingen av tillgången till specialistläkare går åt rätt håll och har också vidtagit åtgärder som kan förstärka tillgången till specialister. Det behöver också vidare analyseras hur bristen på specialister i vården påverkar vårdens resultat.

Fortsatt utveckling av vårdval är angeläget för att bland annat öka tillgängligheten när det gäller den specialiserade vården. Samtliga landsting har sedan 2010 infört vårdvalssystem i primärvården. Uppföljningar av reformen visar att tillgängligheten förbättrats kraftigt och att patienterna är mer nöjda. Regeringen har därför vidtagit åtgärder för det fortsatta arbetet med utveckling av vårdval, som bland annat handlar om att se över hur vårdvalet skulle kunna utvecklas i den öppna specialistvården och att utveckla sammanhållna vårdkedjor. *Se vidare kapitel 5, fokusområde Strategier och åtgärder inom särskilda områden*

3.5 Stora skillnader inom flera vårdområden kräver systematiska insatser och bättre kunskapsstyrning

Socialstyrelsen redovisar också påtagliga brister inom vårdområdena hjärt- och kärlsjukdomar, vården vid psykisk ohälsa, cancervård, missbruks- och beroendevården samt inom tandvården. Både regionala skillnader och skillnader i behandling av olika grupper behöver åtgärdas. För samtliga dessa vårdområden finns nationella riktlinjer. Inom exempelvis hjärtsjukvården lever hälso- och sjukvården upp till

rekommendationerna men ändå finns, enligt Socialstyrelsen, stora utmaningar inom hjärtsjukvården liksom inom övriga nämnda vårdområden. Implementeringen av riktlinjerna behöver också öka.

Eftersom Socialstyrelsen lyfter fram att nationella riktlinjer är ett effektivt verktyg i vården så finns det anledning att analysera de nationella riktlinjerna utifrån perspektivet hur de medverkar eller motverkar en jämlik vård för olika grupper, och om det finns behov av att bredda omfattningen i riktlinjerna inom respektive område. Regeringen har också vidtagit flera åtgärder inom dessa vårdområden liksom gällande patientsäker läkemedelsanvändning som är ett annat område som Socialstyrelsen lyfter fram när det gäller utmaningar för en jämlik vård, *se vidare kapitel 5, fokusområdet Strategier och åtgärder inom särskilda områden respektive Stöd och stimulans till utveckling.*

Den pågående översynen av myndighetsstrukturen handlar också om en effektivare kunskapsstyrning. Stora satsningar görs också när det gäller omsättning av forskningsresultat till praktik.

3.6 Behov av ökad kunskap

Utvecklingen av Öppna jämförelser har bidragit till stor kunskap om skillnader i vården, men mer kunskap om och djupare analyser av skillnader i vården behövs. Regeringen anser att de brister som finns när det gäller tillgång till information och data för uppföljning är angeläget att åtgärda, exempelvis när det gäller resultat och möjligheter att följa hur vården behandlar olika grupper i befolkningen.

Forskningen är en central del för att utveckla vården. Regeringen har därför i forsknings- och innovationspropositionen Forskning och innovation (prop. 2012/13:30) föreslagit en satsning på 1,97 miljarder under 2013-2016 på forskning inom livsvetenskap. Regeringen gör också, tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, historiska satsningar på att bygga ut kvalitetsregistren som är en grund för bland annat forskning och utvecklingen av Öppna jämförelser. Vidare föreslår regeringen en satsning på 175 miljoner kronor på registerbaserad forskning 2013-2016. Regeringen skapar förutsättningar för Sverige att återta en internationell tätposition i den medicinska forskningen och resultaten kan få betydelse för jämlikhet i vården.

Regeringen avser fortsätta stödja utvecklingen för ökad kunskap i arbetet med jämlik vård, *se vidare kapitel 7 Fortsatt arbete för ökad kunskap.*

4. Strategi för en god och mer jämlik vård

4.1 Värdegrund

Hälso- och sjukvården ska utgå från att varje människa är unik och att alla personer har samma absoluta och okränkbara värde. Den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården ska vara behovsstyrd och den ska kännetecknas av jämlikhet och kvalitet. Vården, liksom omsorgen, måste ta hänsyn till kroppsliga, själsliga, sociala och andliga behov och bemöta människor med respekt.

4.2 Strategi

Regeringens arbete för en mer jämlik vård handlar om att synliggöra och undanröja samt följa utvecklingen av omotiverade skillnader i resultat och bemötande inom vården. Särskilt prioriteras områden där stora utmaningar finns såsom tillgänglighet, ökat patientinflytande, hälsofrämjande och förebyggande arbete, specialistkompetens, läkemedel samt vårdområdena cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdom, vård vid psykisk ohälsa, vård vid missbruk och beroende samt tandvård. Särskild vikt läggs vid skillnader i hälso- och sjukvården när det gäller bemötande vid vård och behandling av olika grupper i befolkningen.

Fem fokusområden

Regeringens insatser för en jämlik vård görs utifrån följande fem fokusområden;

1. Synliggörande och analys av skillnader i vård, behandling och bemötande samt resultat
2. System, stödstrukturer och tjänster till vården och till enskilda
3. Strategier och åtgärder inom särskilda områden
4. Stöd och stimulans till utveckling i vården
5. Samverkan och dialog med hälso- och sjukvårdens aktörer samt företrädare för olika grupper.

Regeringen har genomfört särskilda satsningar för att öka jämlikheten i vården inom flera områden. Flera exempel utifrån fokusområdena återges med närmare beskrivning i nästa kapitel. Många av insatserna har dessutom andra värden, exempelvis patientsäkerhet. Hälsofrämjande och förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården för ökad jämlikhet i hälsa, som är en viktig del av hälso- och sjukvårdens roll när det gäller att minska skillnader i hälsa, presenteras närmare i regeringens satsningar inom folkhälsopolitiken, se vidare regeringens skrivelse En folkhälspolitik med människan i centrum (Skr. 2011/12:166).

Regeringen avser fortsätta följa och redovisa utvecklingen i vården inom de områden som utgör de stora utmaningarna för en mer jämlik vård och vidta ytterligare åtgärder med anledning av dessa utmaningar, se vidare kapitel 7 *Fortsatt arbete för ökad kunskap*. Strategin för en god och mer jämlik vård ska gälla för perioden 2012–2016.

5 Regeringens insatser

Regeringen vidtar åtgärder inom särskilda vårdområden och ger stöd och stimulans till utveckling i hälso- och sjukvården. Regeringen för också en dialog med olika aktörer i vården. I detta kapitel presenteras en del av de reformer och åtgärder för stimulans till en positiv utveckling som regeringen vidtagit och vidtar, bland annat i syfte att nå en mer jämlik vård. Presentationen utgår från de fokusområden som strategin bygger på.

5.1 Synliggöra och analysera skillnader i vård, behandling och bemötande samt resultat

För att kunna uppmärksamma och åtgärda omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården är det viktigt att kunna redovisa hur det ser ut när det gäller jämlikhet i hälso- och sjukvården. Det kräver system för att synliggöra och öppet redovisa de skillnader som finns och att vården granskas ur ett patientperspektiv. Nedan presenteras en del av de insatser som regeringen vidtar i denna riktning.

Stöd för kvalitets- och effektivitetsutveckling och öppenhet kring resultat och effektivitet

Regeringen arbetar för att öka öppenheten kring hälso- och sjukvårdens resultat och effektivitet. Genom arbetet med Öppna jämförelser och befolkningsundersökningar blir det tydligt både vad hälso- och sjukvården gör bra och dess brister i form av till exempel omotiverade skillnader mellan olika delar av landet och mellan olika grupper i befolkningen avseende vård och bemötande.

Regeringen menar att det är först när resultaten öppet redovisas som de goda exemplen blir synliga och kan inspirera till metodutveckling och förbättringar. Jämförelser av resultat driver på utvecklingen av en bättre och effektiv vård.

Strategi för Öppna Jämförelser

Ett av regeringens och landstingens verktyg för att analysera ojämlikheter och driva kvalitets- och effektivitetsutvecklingen i vård och omsorg är Öppna jämförelser. Öppna jämförelser består av indikatorer som visar utvecklingen och riktningen över tid avseende effektivitet och kvalitet av olika aspekter inom hälso- och sjukvården. Det handlar om bland annat medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Syftet med Öppna jämförelser är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn, ge ett underlag för den offentliga debatten och stimulera till ett ökad lärande och förbättrade resultat i hälso- och sjukvården. Under mandatperioden arbetar regeringen för att

stärka analys- och förbättringsarbetet inom ramen för Öppna jämförelser, såväl regionalt som nationellt. Regeringen antog 2009 en *Strategi för Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*.

Öppna jämförelser har bidragit till att synliggöra ojämlikheten i vården på ett helt nytt sätt. Den kunskap som vi får gör oss bättre rustade att klara de utmaningar vi vet att vi har. Det har uppmärksammats i de Öppna jämförelserna att de flesta landsting förbättrar sina resultat successivt, vilket visar att det är ett bra verktyg för att skapa en mer jämlik vård. Regeringen stöttar nu utvecklingen för en nationell samordning och ett stöd till landstingen i arbetet med analyser och förbättringsarbete. En särskild överenskommelse om en mer jämlik vård har träffats med Sveriges Kommuner och Landsting 2011, där bland annat dessa insatser ingick. Insatserna har fortsatt i Dagmaröverenskommelsen 2012 och Överenskommelse om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2013.

Befolkningsundersökningar

Även särskilda befolkningsundersökningar på nationell nivå som nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* (HLV) och undersökningar med jämförelser med andra länder är viktiga underlag för ökad kunskap och såväl effektivitets- som kvalitetsutveckling inom vården. Sverige deltar i flera sådana undersökningar.

Som ett led i regeringens ambition att öka kvaliteten och effektiviteten i vården deltar Sverige i en internationell undersökning med jämförelser av vårdens prestationer och befolkningens syn på dessa. Undersökningen *International Health Policy Survey* (IHP) gör jämförelser mellan Sverige, Storbritannien, Nederländerna, Schweiz, Nya Zeeland, Frankrike, Tyskland, Norge, Canada och Australien. IHP tar bland annat upp den översiktliga uppfattningen av hälso- och sjukvården, synen på tillgänglighet samt erfarenheter av sjukhus och akutvård. Regeringen planerar för att utöka undersökningen med fördjupade analyser och rapporteringar inom olika områden.

Även andra undersökningar som genomförs av andra aktörer ger viktiga underlag för regeringen, exempelvis Nationell patientenkät och Vårdbarometern som beskrivs nedan. Regeringen medfinansierar Nationell patientenkät.

Patienters erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården är en viktig grund i vårdens utvecklings- och förbättringsarbete. Patientupplevd kvalitet behöver kontinuerligt och systematiskt mätas. Resultaten ska användas för att utveckla och förbättra vården utifrån ett

patientperspektiv. Det är även underlag för jämförelser, ledning och styrning samt för information till medborgare och patienter. Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården. Undersökningen samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting. Den första undersökningen genomfördes inom primärvården hösten 2009. Mätningar genomförs sedan dess årligen, vartannat år inom primärvården och vartannat år inom specialiserad vård.

Bildandet av Myndigheten för vårdanalys

Myndigheten för vårdanalys inrättades den 1 januari 2011 och har som huvuduppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och granska hälso- och sjukvården, tandvården samt vissa delar av socialtjänsten. Områden som myndigheten granskar är bl.a. hur patientfokuserad hälso- och sjukvården är, tillgången till information för patienter, brukare och medborgare, konsekvenser av valfrihetssystem för olika patient- och brukargrupper avseende bl.a. tillgång till god vård och vård på lika villkor samt brister i vårdprocessen för särskilt utvalda patient- och brukargrupper med komplexa vårdbehov.

5.2 System, stödstrukturer och tjänster till vården och till enskilda

Med system, stödstrukturer och tjänster till vården och till enskilda avses satsningar som stöttar vården men även patienterna när det gäller jämlik tillgång till journaluppgifter och information om vården, liksom satsningar på att stärka förutsättningar för att kunna t.ex. utveckla Öppna jämförelser. Här har regeringen gjort ett antal insatser på olika områden. Nedan följer exempel på några av de viktigaste områdena.

E-hälsostrategin

En angelägen del av utvecklingen av hälso- och sjukvården är det samlade arbete som genomförs inom ramen för nationella e-hälsostrategin. Utvecklingsarbete pågår inom en rad områden, däribland nationell patientöversikt, sammanhållen journalföring, elektroniska beslutsstöd, invånartjänster samt nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk. Det handlar om system, stödstrukturer och tjänster som både ska leda till bättre insatser av högre kvalitet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten och till en starkare ställning och fler möjligheter för individen. Regeringen och aktörer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar i arbetet med eHälsa. Under kommande år fokuseras arbetet på att de olika e-hälsotjänsterna och nya regelverk som utvecklats under senare år införs och används i daglig verksamhet så att nyttan av dem kan realiseras, för den enskilde, personalen och verksamheterna.

Fortsatt utveckling av kvalitetsregister

En viktig förutsättning för fortsatt utveckling av Öppna jämförelser är en fortsatt satsning på infrastrukturen avseende nationella kvalitetsregister. Satsningen på kvalitetsregister redovisas vidare under 5.4 Stöd och stimulans till utveckling under samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting.

Utveckling av ett hälsokonto på nätet

Regeringen har tagit initiativ till ett utvecklingsprojekt som syftar till att etablera en grundplattform för ett hälsokonto på nätet. I det ingår att skapa förutsättningar för offentliga vårdgivare, privata utförare och andra entreprenörer att kunna erbjuda nya interaktiva tjänster. Det personliga hälsokontot bedöms bli särskilt viktigt för dem som har stora vård- och omsorgsbehov och deras anhöriga, men tjänsten ska kunna utnyttjas av alla medborgare. Man beslutar själv om man vill starta ett konto och man avgör även själv vilken information som ska läggas in samt om man vill dela kontot med t.ex. någon anhörig. Exempel på information som ska kunna lagras är uppgifter om egenvård, medicinlista, vaccinationer m.m. Hälsokontot avses lanseras med ett begränsat utbud under 2013 för att sedan utvecklas och vara fullt utbyggt under 2014. Regeringen avser att under 2013 avsätta 40 miljoner kronor och därefter 100 miljoner kronor per år för detta ändamål.

Stöd till utveckling av information på nationella webbplatser på hälso- och sjukvårdsområdet

Det är angeläget att det finns lättillgänglig information på Internet om hälso- och sjukvård, för alla invånare. Regeringen har lämnat stöd till utvecklingen av hälso- och sjukvårdsinformation på de nationella webbplatser som hälso- och sjukvårdens huvudmän använder. Bland annat gäller det utvecklingen av webbplatserna *1177.se* och ungdomsmottagningen på nätet, *umo.se*. Regeringens stöd har bland annat avsett utvecklingen sjukvårdsrådgivning och jämförelser av vård på vårdcentraler och familjeläkarmottagningar eller motsvarande i hela landet och ungdomsmottagningen på nätet. Se också stöd till utveckling av information på de nationella minoritetsspråken, avsnitt 5.3 *Strategier och åtgärder inom särskilda områden* under rubriken Nationella minoriteter.

Ansvarsfördelning och samordnad kunskapsstyrning

Regeringen har sett att det finns ett behov av en tydligare ansvarsfördelning och en mer samordnad kunskapsstyrning inom vård och omsorgssystemet. Mot bakgrund av detta har en särskild utredare tillsatts för översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet (Dir 2011:4). Utredaren har sett över den kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och kunskapsgenerering som berörda myndigheter bedriver

och lämnat förslag som samordnar myndigheternas arbete inom området. Utredaren lämnade sin slutrapport *Gör det enklare!* (SOU 2012:33) till regeringen i april 2012. Utredaren föreslog en ny myndighetsstruktur inom vård- och omsorgssektorn och utredningen har remissbehandlats. Regeringen har påbörjat arbetet för en strukturförändring som bl.a. inneburit ett förslag om en ny myndighet för folkhälsofrågor, Institutet för folkhälsa, som föreslås bildas den 1 januari 2014 genom att de verksamheter som Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Smittskyddsinstitutet (SMI) ansvarar för i dag övergår till den nya myndigheten. Till myndigheten föreslås även att delar av Socialstyrelsens uppgifter, bland annat inom områdena folk- och miljöhälsorapportering och hälsoskydd, förs till den nya myndigheten. Syftet med sammanläggningen är att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt och mer kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet. Förslaget remissbehandlas för närvarande.

Även en ny renodlad tillsyns- och tillståndsmyndighet, *Inspektionen för vård och omsorg* inrättas. Syftet är att tillsynsarbetet ska stå självständigt från normering, kunskapsutveckling och bidragsgivning.

5.3 Strategier och åtgärder inom särskilda områden

Här presenteras exempel på strategier och andra åtgärder som regeringen beslutat om inom särskilda områden som har betydelse för jämlikhet i vården, flera kan också ha andra syften som exempelvis att stärka invånarnas ställning och säkerhet i vården.

Insatser för olika grupper

Utbildningspaket om bemötande i vården

Bland de utmaningar för en jämlik vård som redovisats utmärker sig brister i bemötande och information liksom diskriminering av olika grupper i vården. Svensk lagstiftning är tydlig när det gäller vård på lika villkor. Hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor och diskrimineringslagstiftningen säger att diskriminering är förbjuden i fråga om hälso- och sjukvård. Regeringen har därför givit Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Diskrimineringsombudsmannen, och i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting samt i dialog med berörda organisationer, ta fram ett utbildningspaket för vårdpersonal om olika aspekter av värdigt och professionellt bemötande och agerande inom vården. Målet är att arbetet med ett medvetet gott och värdigt bemötande och en god behandling av personer som tillhör någon av de utsatta grupperna ska vara en integrerad del av den ordinarie strukturen i hälso- och sjukvården. Utbildningspaketet ska inkludera kunskap om de grupper som omfattas av lagstiftningens skydd mot diskriminering och

som typiskt sett riskerar att utsättas för diskriminering. Även andra grupper som riskerar bristfälligt bemötande inom vården ska beaktas i utbildningspaketet som socioekonomiskt resurssvaga personer, personer med psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa och de nationella minoriteterna. Utbildningspaketet ska också uppmärksamma att det i samtliga grupper kan finnas skillnader mellan hur kvinnor och män bemöts. Socialstyrelsen ska också lämna förslag till pilotprojekt för att testa och utvärdera utbildningspaketet och testa metoder för att systematiskt arbeta med bemötande i vården. I uppdraget ingår också att lämna förslag till hur man ska motivera vården att utbilda sin personal i dessa frågor. Socialstyrelsen har givits 4 miljoner kronor för genomförandet och uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet senast den 30 september 2013.

Lärandeprojektet vård på lika villkor

Andra insatser som görs är exempelvis Lärandeprojektet vård på lika villkor om utveckling av metoder i första linjens vård i resurssvaga områden. Där utgör bemötandefrågor inklusive uppsökande verksamhet en viktig del i utvecklingsarbetet. Se vidare fokusområdet *5.4 Stöd och stimulans till utveckling*.

Kunskapsspridning och förändring av allmänhetens attityder och beteende avseende människor med psykisk sjukdom

Kunskapsspridning och förändring av negativa attityder och beteenden är en viktig insats för att människor med psykisk ohälsa, psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning ska kunna återhämta sig och/eller hitta strategier för att kunna hantera sina liv. Regeringen har gett Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) i uppdrag att i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) utforma och driva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Inom ramen för uppdraget pågår kampanjen Hjärnkoll – Slå håll på myter om psykisk ohälsa. Uppdraget pågår t.o.m. 2014 och är en del av regeringens satsning inom området psykisk ohälsa (PRIO).

Bildandet av Diskrimineringsombudsmannen (DO)

En mycket stor andel av patienterna är nöjda med bemötandet i hälso- och sjukvården, men när det gäller särskilda grupper finns tecken på att bemötandet behöver förbättras. Regeringen har uppmärksammat att det finns en omedveten diskriminering och okunskap i vården om hur ett gott bemötande ser ut för olika grupper. Här måste vården och omsorgen göra mer. Ingen ska bli diskriminerad utifrån vem man är som individ. Flera lagar är tydliga i detta hänseende, hälso- och sjukvårdslagen med

målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, och att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet är ett exempel. Patientsäkerhetslagen lyfter bland annat fram att vården ska genomföras i samråd med patienten, att patienten ska visas omtanke och respekt och ges individuellt anpassad information är ett annat exempel. Likaså är diskrimineringslagen (2008:567) tydlig. Där stadgas att diskriminering är förbjuden i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet. Regeringen har genom diskrimineringslagen som omfattar fler diskrimineringsgrunder och fler samhällsområden än tidigare lagar mot diskriminering, och inrättandet av Diskrimineringsombudsmannen (DO) skapat förutsättningar för att diskrimineringen i samhället ska bekämpas mer effektivt. Att vända sig till DO är en av de vägar som finns för patienter att uppmärksamma brister gällande diskriminering i vården.

Utredning om beslutsförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning

Dagens regelverk är otillräckligt när det gäller att ge vägledning om hur man inom vården ska agera när en patient inte själv kan uttrycka sin uppfattning eller lämna samtycke. Regeringen har därför tillsatt en särskild utredare som ska lämna förslag till en enkel och ändamålsenlig reglering avseende personer som på grund av att de är beslutsförmögna helt eller delvis saknar möjlighet att fullt ut vara delaktiga eller på annat sätt utöva sitt självbestämmande i situationer då detta förutsätts inom hälso- och sjukvård, tandvård eller forskning. Syftet är att säkerställa att personer som är beslutsförmögna får den vård eller tandvård som behövs för att deras hälsa eller andra levnadsförhållanden ska kunna förbättras, eller för att förhindra en försämring, samtidigt som individens integritet och värdighet tillgodoses. En ny reglering ska också syfta till att möjliggöra att personer som är beslutsförmögna ges bättre förutsättningar än i dag att medverka i forskning. Uppdraget ska redovisas den 1 april 2014.

Utredning om ekonomi och föräldrasamarbete

Ekonomisk utsatthet är en av de frågor som Socialstyrelsen lyfter fram när det gäller orsaker till att människor säger sig avstå från vård på grund av kostnaden, särskilt lyfter de fram ensamstående med barn. Flera studier visar att särlevande föräldrar har liten kunskap om olika sätt att reglera underhåll till barn. Regeringen tillsatte därför en utredning om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad. Utredningen har lämnat sitt betänkande (SOU 2011:51). I betänkandet konstateras att många särlevande föräldrar saknar information, kunskap och stöd rörande ekonomi och barns försörjning. Utredningen har lämnat förslag om att ekonomiska frågor som rör barnet – utöver frågor om vårdnad, boende

och umgänge – ska ingå i kommunernas samarbetssamtal. Samtalen syftar till att enas om det fortsatta gemensamma ansvaret för barnet. Det finns ett behov av rådgivning om civilrättslig underhållsreglering så att underhåll för barn i högre utsträckning kan skötas utanför underhållsstödet. Utredningen har visat att en stor andel av barn med särlevande föräldrar via en civilrättslig underhållsreglering skulle ges bättre ekonomiska förutsättningar än med underhållstöd. Regeringen avser därför att utreda hur föräldrar kan få bättre stöd för att i större utsträckning själva reglera underhållet.

Barn som far illa

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att kartlägga, sammanställa och sprida kunskap som kan stödja, underlätta och förbättra hälso- och sjukvårdens arbete när det gäller att uppmärksamma, bemöta och ta hand om barn och unga som de misstänker far illa eller riskerar att fara illa. Även tandvårdens roll i arbetet med att uppmärksamma barn som far illa ska beaktas i uppdraget.

Satsningar på utvecklad elevhälsa

Det är angeläget att följa utvecklingen av barns och ungdomars hälsa, och utvecklingen av elevhälsoarbetet är prioriterat. Flera angelägna insatser görs. Bland annat en satsning om 650 miljoner kronor på förstärkt elevhälsa fram till 2015. Medlen får användas till personalförstärkningar, utbildningsinsatser och information samt utveckling av modell för uppföljning. Ett uppdrag har givits till Skolverket att stödja skolors utveckling av ämnet idrott och hälsa. Även Livsmedelsverket har givits ett uppdrag om näringsriktig skolmat som handlar om utbildning av personal inom skolkök, kostchefer och ansvariga för upphandling. Det finns också flera uppdrag som fått en fortsättning som gäller diskriminering och annan kränkande behandling respektive jämställdhet. Inom ramen för uppdraget om jämställdhet i skolan ingår också att genomföra utbildningsinsatser för lärare och annan personal för att stödja undervisningen i sex och samlevnad samt insatser för att förhindra och förebygga hedersrelaterat våld och förtryck.

Socialstyrelsen har också i uppdrag att se till att vägledning, rekommendationer och kunskapsöversikter för förlossnings-, nyföddhets-, barn och elevhälsa finns utarbetade, tillgängliggörs och hålls uppdaterade.

Kartläggning av ungdomsmottagningar

Socialstyrelsen har givits i uppdrag att göra en kartläggning av ungdomsmottagningarnas verksamhet. I uppdraget ingår att ta fram uppgifter om antalet besök, tillgänglighet för pojkar och flickor samt unga hbt-personer, geografisk spridning, tillgänglig kompetens, verksamhetens innehåll

m.m. I uppdraget ingår också att föreslå nyckeltal för ungdomsmottagningarnas verksamhet. Uppdraget ska redovisas i en rapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2013.

Förbättringar av vården och omsorgen om äldre

Regeringen genomför en särskild satsning under 2012–2014 för förbättringar av vården och omsorgen av äldre. Regeringens arbete med att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre uppgår till sammanlagt 4,3 miljarder kronor under mandatperioden. För 2012 har det avsatts 1,3 miljarder kronor för detta ändamål. Till regeringens hjälp finns en nationell äldresamordnare, vars uppgift är att stimulera och driva arbetet genom debatt och konkreta förslag.

Som ett led i arbetet slöts en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting för 2012. De primära fokusområdena för 2012 års överenskommelse är en god vård i livets slutskede, preventivt arbets-sätt, god vård vid demenssjukdom, god läkemedelsbehandling och en sammanhållen vård och omsorg. Det är områden där det finns stor förbättringspotential och som har identifierats som särskilt angelägna för målgruppen. Utöver överenskommelsen har regeringen även fattat beslut om myndighetsuppdrag, bl.a. till Socialstyrelsen. Uppdraget till Socialstyrelsen omfattar flera olika deluppdrag, varav kartläggningen av primärvårdens ansvar och insatser, anpassning av nationella riktlinjer till de mest sjuka äldres behov, förbättring av läkemedelsanvändningen för äldre och utveckling av Öppna jämförelser för äldre är några exempel.

Arbetet har fått stor genomslagskraft ute i landsting och kommuner. Samtliga län har nu en gemensam ledningsstruktur med särskilt fokus på att förbättra vården för och omsorgen om de mest sjuka äldre. Arbetet med de olika kvalitetsregistren har möjliggjort ett strategiskt förändringsarbete vad gäller den palliativa vården, det förebyggande arbetet och demensvården. Även på läkemedelsområdet och samordningen mellan huvudmännen kan man skönja en förbättring i många län.

Strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011–2016

Regeringen har beslutat om en strategi för att genomföra funktionshinderspolitiken under perioden 2011–2016. Strategin syftar till att effektivisera arbetet med att genomföra politiken och förbättra arbetet med uppföljning och utvärdering av genomförda insatser och deras effekter. I strategin presenteras inriktning, mål och insatser för politiken inom ett antal prioriterade områden, däribland arbetsmarknad, utbildning, hälsa, samhällsplanering och bebyggelse, it och transport. Vidare anges hur insatserna ska kunna följas upp och utvärderas. Ett

tjugotal myndigheter har i uppdrag att arbeta i enlighet med ett antal delmål. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) ska ta fram ett samlat uppföljningssystem för funktionshinderspolitiken och ska årligen följa och analysera arbetet med att genomföra funktionshinderspolitiken och utvecklingen av levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning. Regeringen redovisar årligen utvecklingen till riksdagen i samband med budgetpropositionen.

I strategin anges också insatser inom hälso- och sjukvårdens områden, bland annat att Socialstyrelsen ska genomföra studier i hur jämlik hälso- och sjukvården är för personer med funktionsnedsättning. Studierna görs genom bearbetning och analys av registerdata. Socialstyrelsen ska också upprepa 2010 års studie av tillgängligheten till socialkontor och till vårdcentraler. Resultaten från Socialstyrelsens aktiviteter är avsedda att bidra till att öka kunskapen om målgruppens förutsättningar för delaktighet och jämlika levnadsvillkor. Resultaten ska även bidra till att öka kunskapen om hur skillnaderna kan åtgärdas.

Bättre vård för personer med transsexualism mm

Regeringen har i propositionen Ändrad könstillhörighet (prop. 2011/12:142) konstaterat att det finns ett behov av nationellt kunskapsstöd för utredning, vård och behandling och stöd. Det finns även behov av insatser för att minska den administrativa bördan för personer som ändrat könstillhörighet. Regeringen har mot den bakgrunden avsatt 23 miljoner kronor under tre år för att stärka det nationella kunskapsstödet på området, förbättra information till patienter och vårdpersonal samt för att stimulera ökad regional samordning, t.ex. genom gemensamma utrednings- och behandlingsteam.

Steriliseringskravet vid ändrad könstillhörighet avskaffas

Under senare år har det skett en tydlig utveckling inom såväl FN som Europarådet när det gäller lika möjligheter och rättigheter oavsett könsidentitet. En grundläggande aspekt av dessa rättigheter är att ingen ska tvingas genomgå medicinsk behandling eller medicinska ingrepp för att få sin juridiska könstillhörighet ändrad. Att genom sterilisering beröva en människa möjligheten att få barn är ett mycket långtgående och allvarligt ingrepp. Därför har regeringen gjort bedömningen att det nuvarande kravet för fastställelse av ändrad könstillhörighet att sökanden har steriliserats eller av annan orsak saknar fortplantningsförmåga bör avskaffas. Under hösten 2012 utarbetades en promemoria (Ds 2012:46) som föreslår att kravet på sterilisering och upphävande av fortplantningsförmåga tas bort. Promemorian remissbehandlas för närvarande.

Stöd till utveckling av information på de nationella minoritetsspråken

Det finns brister när det gäller informationen om hälsa och sjukvård till de nationella minoriteterna på de nationella minoritetsspråken samiska, romani chib, finska, meänkieli och jiddisch. Regeringen anser att det är angeläget att hälso- och sjukvårdshuvudmännen ökar takten i arbetet med att översätta information till minoritetsspråken. De nationella minoritetsspråkens särskilda ställning och skydd anges i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk och i språklagen (2009:600) samt genom två minoritetskonventioner. Regeringen har därför beslutat avsätta 3 miljoner kronor för utveckling av information på de nationella minoritetsspråken på 1177.se och umo.se som är de webbplatser där hälso- och sjukvårdens huvudmän informerar om hälso- och sjukvården och ungdomsmottagningen på nätet.

Ny minoritetspolitisk strategi

Regeringen presenterade en ny minoritetspolitisk strategi 2009 i propositionen Från erkännande till egenmakt – regeringens strategi för de nationella minoriteterna (prop. 2008/09:158). Strategin syftar till att

- förtydliga den rättsliga regleringen av de nationella minoriteternas rättigheter genom en sammanhållen lag som gäller i hela landet och inte enbart i en viss region i landet,
- motverka diskriminering och utsatthet,
- säkerställa en bättre efterlevnad av Europarådets ramkonvention om skydd för nationella minoriteter och den europeiska stadgan om landsdels- eller minoritetsspråk,
- stärka de nationella minoriteternas egenmakt och inflytande samt
- främja bevarandet av de nationella minoritetsspråken.

För att de nationella minoriteterna ska ha tillgång till en jämlik vård har bland annat syftena om motverkande av diskriminering och ett främjande av de nationella minoritetsspråken en stor betydelse.

Kartläggning av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna

Regeringen gav 2008 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att genomföra en kartläggning av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna. Statens folkhälsoinstitut skulle också lämna förslag på hur det hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet rörande nationella minoriteter ska kunna bedrivas. 2010 lämnade institutet rapporten *Hur mår Sveriges nationella minoriteter*. Enligt rapporten finns det bl.a. en bristande kunskap hos majoritetsbefolkningen, myndigheterna och hälso- och sjukvårdspersonal om de nationella minoriteterna och deras hälsosituation. Enligt rapporten finns det flera hälsoproblem hos de

nationella minoriteterna samtidigt som det saknas data och metoder för datainsamling kring hälsa, levnadsvanor och livsvillkor för dessa grupper. I rapporten föreslås bl.a. att det bör utbildas hälsokommunikatörer inom samtliga minoriteter och att myndighetspersonal bör utbildas om de nationella minoriteternas hälsa, levnadsvillkor och kultur.

En samordnad och långsiktig strategi för romsk inkludering

Under 2012 har regeringen till riksdagen överlämnat skrivelsen En samordnad och långsiktig strategi för romsk inkludering 2012–2032. Det övergripande målet med strategin är att den rom som fyller 20 år 2032 ska ha likvärdiga möjligheter i livet som den som är icke-rom. Romers rättigheter ska tas tillvara inom ordinarie strukturer och verksamhetsområden i lika hög grad som rättigheter för övriga i befolkningen. Strategin för romsk inkludering kan få betydelse för en förbättrad situation avseende bemötande och vård.

I Socialstyrelsens rapportering om ojämna villkor för hälsa och vård framkommer att romerna har en särskilt utsatt situation. I strategin för romsk inkludering bedömer regeringen att det krävs ett långsiktigt arbete inom många områden för att romer ska få bättre hälsa och den sociala delaktigheten öka. Ett särskilt fokus vad avser romers hälsa bör läggas på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. I enlighet med strategin har Statens folkhälsoinstitut givits en central roll när det gäller att följa upp situationen för romer i förhållande till målet för folkhälsoarbetet. Myndigheten har också fått i uppdrag att låta genomföra en fördjupad studie om romska flickors och kvinnors livssituation och hälsa. Ett antal kommuner inom strategins s.k. pilotverksamhet har också sökt och beviljats bidrag för att utbilda och rekrytera hälsokommunikatörer med särskilt fokus på romska flickor och kvinnor.

Hälsa- och sjukvård till personer som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd

I juni 2012 enades regeringen och Miljöpartiet de gröna om att personer som håller sig undan verkställighet av avvisnings- eller utvisningsbeslut och personer som vistas i landet utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för detta ska få tillgång till subventionerad vård motsvarande den vård som asylsökande har i dag. Vuxna personer som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd ska erbjudas vård som inte kan anstå inklusive tandvård, mödravård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort och en hälsoundersökning. Barn ska erbjudas subventionerad fullständig hälso- och sjukvård inklusive regelbunden tandvård. En departementspromemoria om ett förändrat regelverk har tagits fram inom Regeringskansliet och har skickats ut på remiss. Förändringen avses träda ikraft den 1 juli 2013.

Generella insatser och insatser för ökad regional jämlikhet

Nationell läkemedelsstrategi

Den nationella läkemedelsstrategin beslutades hösten 2011. I strategin anges en vision om Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle. Till visionen hör fem långsiktiga mål, bland annat ett särskilt mål för jämlik vård som handlar om ett särskilt fokus på jämlikhet i uppföljningsarbetet i strategin. Målen för strategin är:

- Medicinska resultat och patientsäkerhet i världsklass på läkemedelsområdet.
- Jämlik vård.
- Kostnadseffektiv användning.
- Attraktivitet för innovation av produkter och tjänster.
- Minimal negativ miljöpåverkan.

Mer likvärdig användning av slutenvårdsläkemedel

I samband med ansökningar om att läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna måste företagen bifoga hälsoekonomiska underlag som bedöms av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Motsvarande krav finns inte när det gäller läkemedel som används inom slutenvården, s.k. rekvisitionsläkemedel. Bristfälliga kunskapsunderlag från läkemedelsbolslagen och bristande hälsoekonomisk kompetens i landstingen gör det svårt för sjukvårdshuvudmännen att bedöma nya rekvisitionsläkemedels kostnadseffektivitet. Detta får konsekvenser för prioriteringar inom den kliniska användningen och för huvudmännens möjligheter att bedöma läkemedlets pris. TLV fick därför i november 2010 i uppdrag att genomföra hälsoekonomiska bedömningar av läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna men som rekviderats till slutenvården, s.k. rekvisitionsläkemedel. TLV har hittills publicerat totalt tre hälsoekonomiska kunskapsunderlag. Projektet pågår till den 30 juni 2013 och förväntas bland annat leda till en mer kunskapsstyrd och likvärdig läkemedelsanvändning i hela landet.

En nationell process om ordnat införande av nya läkemedel och samordnad utvärdering av läkemedel i den kliniska verkligheten

I handlingsplanen för den nationella läkemedelsstrategin återfinns insatsområdet ”Upprätta en nationell process mellan myndigheter, landsting och industri rörande ordnat införande av nya läkemedel” som specifikt berör jämlik vård. Arbetet inom detta område kommer att utvecklas och intensifiera ytterligare 2013. En mer samordnad introduktion av nya läkemedel kan leda till en mer jämlik användning och att potentialen hos läkemedel som i nationell klinisk praxis visas vara värdefulla för patienter, sjukvård och samhälle snabbare tas till vara samtidigt som användningen av mindre värdefulla nya läkemedel kan begränsas. Detta kan vara positivt även ur ett innovationsperspektiv.

Flera initiativ har tagits för bättre samordning och planering, bl.a. bildandet av NLT-gruppen (Nya Läkemedelsterapier) och det landstingsledda projektet "Horizon scanning". Horizon scanning innebär en identifiering av nya läkemedel eller nya indikationer för befintliga läkemedel samt en bedömning av hur dessa kan komma att påverka läkemedelsbehandlingen inom olika terapiområden. Den primära målsättningen är att skapa en struktur för tidig information om kommande lanseringar av nya läkemedel som kan vara av särskilt intresse för landstingen. Samarbetet kring horizon scanning har hittills främst varit regionalt, men kommer att utvecklas till att involvera myndigheter och berörda organisationer. Ett betydande antal aktiviteter pågår kring ordnat införande och uppföljning, dels på regional basis, dels inom Nationella cancerstrategin. Några av dessa aktiviteter följs inom ett annat insatsområde, "Utveckla nationell modell för framtagande av införandeprotokoll samt inför samordnad utvärdering av läkemedel i den kliniska verkligheten", vilket kommer att ge värdefull kunskap om praktiska möjligheter att genomföra ordnat införande. Aktiviteterna leder inte med automatik fram till en nationell, tydlig och transparent process mellan myndigheter, landsting och läkemedelsindustri. För att påskynda utvecklingen kommer ett forum på nationell nivå att bildas 2013 som bl.a. syftar till att öka samsynen och samverkan mellan berörda parter. Dessutom kommer minst en läkemedelssubstans att testas i en nationell modell för ordnat införande. Genom arbetet kommer målet om en jämlik läkemedelsbehandling och en vård på lika villkor för hela befolkningen att närmas.

Stärkt ställning för patienten

Regeringen har tillsatt en utredare med uppdrag att stärka patientens ställning, bland annat genom en ny patientlagstiftning. Utredaren ska vidare se över frågor med koppling till jämlik vård. Exempelvis ska utredningen föreslå hur regionala skillnader i vårdinnehåll och vårdresultat kan uppmärksammas och hanteras så att kvinnor och män i alla åldrar i hela befolkningen erbjuds en likvärdig och jämlik tillgång till vård av god kvalitet. Utredningen ska även föreslå en reglering av ett fritt vårdval över hela Sverige som ska underlätta möjligheten att utnyttja vårdgivare i ett annat landsting än patientens hemlandsting och föreslå hur information kring bestämmelser om bland annat vårdgarantin ska kunna göras mer tillgänglig för patienten. Utredningen ska också lämna förslag till hur berörda myndigheter kan tillhandahålla information och vägledning i frågor kopplade till patientens ställning på ett enkelt och lättillgängligt sätt, anpassat till olika kategorier av patienter, som till exempel barn, äldre, kvinnor och män, personer med funktionsnedsättning och personer som talar ett annat språk. Utredaren ska

redovisa bland annat förslag till ny patientlagstiftning i januari 2013. Slutbetänkande ska lämnas sommaren 2013.

Patientsäkerhetssatsning

Regeringen har vidtagit åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. Härigenom främjas jämlikhet både inom och mellan landsting, bl.a. genom att lagstiftning, föreskrifter och gemensamma mål upprättas för alla landsting.

En ny patientsäkerhetslag (2010:659) trädde i kraft den 1 januari 2011 med syfte att skapa en säkrare vård. Genom lagen har patientsäkerhetsarbetet i vården främjats. Lagen betonar vikten av att vårdgivaren engagerar patienter och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet. Dessutom innebär lagen ett skärpt ansvar för vårdgivaren att arbeta systematiskt med patientsäkerhet, bl.a. för att förebygga vårdskador. Den nya lagen medför även en förnyad klagomålshantering, vilket bl.a. underlättar för enskilda att framföra klagomål.

Patientsäkerhetssatsningen omfattar totalt 2,5 miljarder under perioden 2011–2014. En stor del av dessa medel används för överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Överenskommelserna innehåller prestationsbaserade stimulansbidrag för landstingen, se avsnitt 5.4 *Stöd och stimulans till utveckling*. Därutöver genomförs inom ramen för patientsäkerhetssatsningen en rad regeringsuppdrag inom olika områden, t.ex. vad gäller läkemedelsanvändning, eHälsa, antibiotikaresistens, etc.

Inom ramen för ett regeringsuppdrag har Socialstyrelsen tagit fram en handbok, *Min guide till säker vård*, som riktar sig till patienter. Handboken syftar till att öka patienternas möjligheter att medverka till en trygg och säker vård. Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att tillgängliggöra handboken för olika patientgrupper. Uppdraget ska redovisas senast i mars 2013.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att ta fram årliga lägesrapporter på patientsäkerhetsområdet, samt kunskapsunderlag för metoder som kan öka patientsäkerheten. Socialstyrelsen ska lämna ett förslag till en nationell strategi för patientsäkerhet. Strategin ska utgöra en plattform i det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet och innehålla ett antal uppföljningsbara mål. Uppdraget ska redovisas senast i maj 2013.

Fortsatt utveckling av vårdvalssystem

Samtliga landsting har sedan 2010 infört vårdvalssystem i primärvården. Uppföljningar av reformen visar att tillgängligheten förbättrats kraftigt.

Det finns i dag fler vårdcentraler och patientenkäter visar att patienterna i stort är nöjda.

Vårdvalet kan, rätt utformat, bidra till en mer jämlik vård. Karolinska institutet har utvärderat vårdvalet i Stockholm och har bl.a. konstaterat att patienter i områden med lägre inkomster har haft den största ökningen av läkarbesök. De får också fortfarande en större andel av resurserna än områden med hög inkomst.

Regeringen har aviserat totalt 360 miljoner kronor under 2012–2014 till insatser nationellt och i landstingen för att fortsätta stärka patientens ställning genom ett utvecklat vårdval. Under 2012 har regeringen givit landstingen och Sveriges Kommuner och Landsting 100 miljoner kronor i bidrag för utvecklingsarbete med vårdvalssystemen. Ett antal förutsättningar gäller för att landstingen ska kunna ta del av bidragen, bl.a. att de åtar sig att utforma vårdvalssystem genom att exempelvis förbättra integrationen mellan vårdens olika delar, t.ex. genom gemensamma vårdvalssystem mellan vårdnivåer (vårdkedjor), över landstingsgränser eller i samarbete med kommuner. Även utformning av nya ersättnings-system, som t.ex. belönar uppnådda resultat för patienten, stärker samverkan över organisationsgränserna eller öppnar för innovativa sätt att organisera verksamheten samt andra förutsättningar som alla syftar till att gynna patienterna ingår.

En nationell samordnare har tillsatts för att stimulera utvecklingen av vårdvalet. En viktig del av uppdraget är att se över hur vårdvalet skulle kunna utvecklas i den öppna specialistvården. En annan del av uppdraget handlar om vårdvalet och framväxten av sammanhållna vårdkedjor. Det handlar om gränser mellan vårdnivåer och huvudmän, till exempel mellan primärvård, specialistvård och äldreomsorg.

Patientrörlighet inom Europeiska unionen

Genom ny lagstiftning, som baserar sig på patientrörlighetsdirektivet, vill regeringen underlätta valfriheten och säkerställa en patientsäker hantering av den gränsöverskridande vården. En jämlik valfrihet kräver beslutsunderlag och förutsebarhet. Därför kommer nationella kontaktpunkter att etableras i Sverige för att säkerställa enhetlig och tydlig information. För att öka den ekonomiska tryggheten och förutsebarhet för den enskilde föreslås införandet av möjligheten att ansöka om förhandsbesked. Förhandsbeskedet syftar till att på förhand ge besked om vården kommer kunna ersättas av Försäkringskassan vid hemkomsten.

Rätten att välja vårdgivare över medlemsstatsgränserna och söka ersättning för denna utlandsvård från sitt bopälsland är väl

förankrad i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt. Rätten grundar sig på rätten till fri rörlighet för tjänster och individer och kan ses som ett led i utvecklingen mot allt större valmöjligheter för patienterna. Patientrörlighetsdirektivet som nu är antaget och ska vara genomfört i samtliga EU-medlemsstater senast den 25 oktober 2013, syftar till att åstadkomma en mer enhetlig och korrekt tillämpning av EU-domstolens principer om vad som gäller för patientrörlighet i EU.

Nationell uppföljning av vårdens tillgänglighet

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. I uppdraget ingår det bl.a. att utveckla ett system för att kunna följa patientens väg genom vården (med fokus på cancerdiagnoser och vården av multisjuka äldre), analysera väntetider m.m. utifrån olika perspektiv t.ex. kön, ålder och diagnos samt att följa tillgängligheten i både planerad och akut vård. I uppdraget ingår även att följa hur landstingen arbetar för att uppnå målen i den nationella vårdgarantin samt att följa upp och analysera vilka åtgärder landstingen genomför med anledning av den årliga överenskommelsen om den s.k. kömiljardsatsningen. I detta ingår det dessutom att göra en analys av eventuella undanträngningseffekter i vården.

Ansvar för specialistkompetenskurser (SK-kurser)

Regeringen bedömer att det finns ett behov av att förändra ansvaret för verksamheten med specialistkompetenskurser (SK-kurser). Kurserna utgör en viktig del av läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST). Sedan 2002 har Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) haft uppgiften att ansvara för verksamheten med SK-kurser. Regeringen återför denna uppgift till Socialstyrelsen. Efterfrågan på kursplatser överstiger samtidigt tillgången på SK-kurser. Det försvårar för läkare att bli färdiga med sin ST-utbildning inom avsedd tid och påverkar därmed hälso- och sjukvårdens tillgång på specialistkompetens. Regeringen avser därför att, under perioden 2013–2014, genomföra en förstärkning på området som syftar till att fler läkare ska kunna gå sin ST-utbildning inom den tid som är avsedd. Genom förstärkningen ska ett kursutbud utvecklas som i större utsträckning motsvarar det behov av SK-kurser som finns.

Insatser inom särskilda vårdområden

En nationell cancerstrategi

I februari 2009 överlämnade utredningen En nationell cancerstrategi sitt betänkande En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11). I betänkandet lämnas förslag på en nationell cancerstrategi med en rad olika insatser och åtgärder för att den svenska cancervården ska kunna

möta den framtida ökningen av cancerfall i Sverige. Under perioden 2009 till 2012 har regeringen arbetat med att genomföra strategin och beslutat om flera olika satsningar som helt eller delvis har sin grund i betänkandet. Inom ramen för cancerstrategin har regeringen gett uppdrag till olika myndigheter. Bland annat fick Socialstyrelsen i uppdrag att fastställa ett utgångsläge och föreslå en modell för uppföljning av skillnader i insjuknande och överlevnadstid efter cancerdiagnos. För åren 2010–2012 har regeringen även ingått överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), se vidare under rubriken *Stöd till utveckling*, för riktade satsningar på strategiska områden.

Det finns fem övergripande mål för arbetet med den nationella cancerstrategin:

1. Minska risken för insjuknande i cancer.
2. Förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer.
3. Förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos.
4. Minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos.
5. Minska skillnader i insjuknande och överlevnadstid mellan befolkningsgrupper.

Regeringen utsåg i november 2009 en nationell cancersamordnare med uppdrag att samordna processen och främja utvecklingen av sex regionala cancercentrum (RCC). Cancersamordnaren har även tagit fram kriterier för vad som ska utmärka ett RCC. Regeringen har avsatt medel för att stimulera huvudmännens arbete med att bygga upp RCC som nu pågår i landets sex sjukvårdsregioner.

Satsningen på RCC är den strategiskt och långsiktigt viktigaste delen i cancerstrategin. RCC ska på ett konkret sätt stärka kunskapsbildning och kunskapsspridning inom cancervården. Syftet med RCC är ytterst att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten samt att effektivisera utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens resurser. Se även överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting om Ännu bättre cancervård, under rubriken *5.4 Stöd och stimulans till utveckling i vården*.

Hälsofrämjande levnadsvanor

Hälsofrämjande levnadsvanor kan minska risken för många sjukdomar. Enligt WHO kan sunda levnadsvanor förebygga 80 procent av all kranskärslsjukdom och stroke, och 30 procent av all cancer. Hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes. Även den som redan är sjuk kan snabbt göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor.

Hälso- och sjukvården är en viktig aktör i arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdom. Arbetet med att stimulera ett förändringsarbete inom landstingen så att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser systematiskt integreras i det löpande vårdarbetet bör därför intensifieras. I utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården bör sociala skillnader uppmärksammas. För att främja och stödja ett brett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete genomförs flera utvecklingsarbeten. Det kanske viktigaste arbetet bedrivs inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Riktlinjerna berör metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring vid skadlig alkoholkonsumtion, tobaksbruk, dåliga kostvanor och brist på fysisk aktivitet. I uppdraget, som pågår t.o.m. 2014, ingår att tillsammans med företrädare för olika professioner sprida kännedom om riktlinjerna, kartlägga behovet av och stödja metodutveckling på området, skapa en interaktiv utbildning samt utveckla modeller eller metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning av riktlinjerna. En viktig del i uppdraget är att stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att skapa strukturer och arbetssätt som ger förutsättningar för ett effektivt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Uppdraget genomförs i samråd med bl.a. Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting.

Kunskapsunderlag om verktyg för att öka överlevnad vid akut hjärt- och kärlsjukdom

Mer än hälften av de som dör inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt dör redan före ankomst till sjukhus. Socialstyrelsen har därför givits i uppdrag att kartlägga och föreslå åtgärder för snabbare vård eller omhändertagande av personer som drabbas av akut hjärt- och kärlsjukdom. I uppdraget ingår att bjuda in landsting att delta i pilotprojekt och stödja de landsting som deltar i genomförandet av pilotprojekten. Socialstyrelsen ska utvärdera pilotarbetet och föreslå hur arbetet med att öka överlevnad i akut hjärt- och kärlsjukdom kan fortsätta utvecklas. Uppdraget slutredovisas 2015, genomförandet stöds med 1 miljon kronor 2012, regeringen avser avsätta 3 miljoner kronor för 2013 respektive 2014 för genomförandet av pilotprojekt, under förutsättning av riksdagen beviljar medel.

Handlingsplan för psykisk ohälsa

Regeringen har under perioden 2007–2011 avsatt cirka 3,7 miljarder kronor till olika insatser som syftar till att åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar i vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa eller sjukdom. Regeringen har beslutat att permanenta

resursförstärkningen på området genom att avsätta cirka 870 miljoner kronor per år. En viktig utgångspunkt i det fortsatta arbetet är att följa upp och säkra hållbarheten i redan genomförda åtgärder, så att erfarenheterna från tidigare års insatser införlivas i ordinarie verksamhet.

Inriktningen för de kommande årens insatser presenteras i handlingsplanen PRIO Psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa. I handlingsplanen redogör regeringen för ett antal strategiska områden som kommer att utgöra en grund för regeringens arbete på området under perioden 2012–2016. De övergripande målen för arbetet är

- En jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet
- Tillgång till arbete och anpassad sysselsättning
- Möjlighet till delaktighet och inflytande.

Regeringen avsätter ca 870 miljoner kronor per år för genomförandet.

Tandvård

Regeringen lämnade hösten 2011 en proposition (prop. 2011/12:7) Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar. I propositionen lämnades förslag till lagändringar avseende tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar. I propositionen föreslås ändringar i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd som innebär att det bland annat införs ett nytt stöd i form av ett särskilt tandvårdsbidrag. Bidraget ska kunna lämnas för tandvård till patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa och ska få användas för betalning av ersättningsberättigade förebyggande tandvårdsåtgärder och abonnemangstandvård. Vidare lämnades förslag om att det i tandvårdslagen (1985:125) ska införas en skyldighet för landstingen att se till att tandvård kan erbjudas personer som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Tandvården ska utföras till hälso- och sjukvårdsavgift. Samtliga lagändringar upptagna i prop. 2011/12:7 föreslås träda i kraft 1 januari 2013.

Vård vid missbruk

Riksdagen beslutade den 30 mars 2011 om en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-politiken). Strategin anger mål och inriktning för hur samhällets insatser ska genomföras, samordnas och följas upp under 2011–2015. Det övergripande målet för ANDT-politiken är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk. Under det övergripande målet finns sju långsiktiga mål som anger inriktningen för ANDT-arbetet i sin

helhet. Ett av målen i ANDT-strategin är särskilt relevant för arbetet med jämlik vård. Målet är att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. För att personer med missbruks- och beroendeproblematik ska få sina vårdbehov tillgodosedda och slutligen bli drogfria, bör tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser öka och individens ställning stärkas. Under strategiperioden prioriteras insatser för att åstadkomma en tydligare ansvarsfördelning mellan huvudmännen och minska regionala och lokala skillnader i vårdkvalitet och tillgänglighet. Exempel på åtgärder är arbetet med att genomföra de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården och med att införa Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården.

Strategidokument för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

Regeringen anser att arbetet på SRHR-området behöver främjas och vidareutvecklas. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet har därför i uppdrag att ta fram ett underlag för framtagande av ett strategidokument på området. Arbetet ska särskilt inriktas på att stärka det förebyggande arbetet mot oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. En viktig del i arbetet är att tydliggöra hur man når ut och sprider kunskap och information till viktiga målgrupper, t.ex. ungdomar.

Hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar

Allt fler människor i Sverige lever med hiv eller aids och antalet personer som varje år smittas med hivinfektion ökar. Ökningen är framför allt relaterad till immigration och ett ökat antal rapporterade fall bland immigranter smittades före ankomst till Sverige. Män som har sex med män är den grupp med störst inhemsk smittspridning av hivinfektion. I slutet av 2011 hade totalt 9 891 fall av hivinfektion rapporterats och ungefär 5 800 personer uppskattas leva i Sverige med en känd hiv-diagnos.

Smittskyddsinstitutet har en strategisk roll och planerar, samordnar, stödjer och följer upp arbetet med att nå de nationella målen. Smittskyddsinstitutet har sammanställt en kunskapsöversikt över studier av livssituationen hos personer som lever med hiv i den industrialiserade delen av världen. Det övergripande syftet är att med utgångspunkt i tidigare studier och erfarenheter identifiera möjliga indikatorer för att följa utvecklingen av levnadsvillkor, livskvalitet, stigma och diskriminering hos personer med hiv i Sverige. Under hösten 2012 genomför SMI en nationell kartläggning av hivpositivas livssituation. Den kunskap som kartläggningen kan bidra med kan få betydelse för arbetet med jämlik vård. Smittskyddsinstitutet vidtar också många andra insatser främst avseende prevention, bl.a. har myndigheten arbetat med att ta

fram kunskapsunderlag för preventionsarbete som är riktat till olika preventionsgrupper, t.ex. män som har sex med män. Frivilligorganisationerna har en viktig roll i utformningen och genomförandet av arbetet mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Smittskyddsinstitutet har årligen fördelat cirka 21 miljoner kronor i statsbidrag till ideella organisationer som bedriver verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Härutöver har regeringen avsatt 95 miljoner kronor per år under 2006 till 2012 till en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar på lokal och regional nivå, även en överenskommelse för 2013 har tecknats där regeringen avsätter 95 miljoner kronor under förutsättning att riksdagen beviljar medel. Regeringen avser att se över formen för fördelningen av statsbidrag till insatser på lokal och regional nivå inför kommande år. I överenskommelsen ingår bland annat särskilda medel för utveckling av kunskapsnätverk för att främja samarbete mellan olika aktörer på lokal och regional nivå rörande kunskapsuppbyggnad och kunskapsförmedling. Kunskapsnätverken kan t.ex. avse stöd och samordning för att säkerställa en god kunskapsnivå hos alla huvudmän rörande bemötandefrågor av personer som lever med hivinfektion.

5.4 Stöd och stimulans till utveckling i vården

Regeringen stödjer utvecklingen inom vården bland annat genom särskilda överenskommelser med eller bidrag till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Här presenteras en del av de överenskommelser som regeringen träffar med SKL liksom beslut om bidrag till utveckling inom vården.

Stimulans till utveckling för olika grupper

Fortsatta insatser för en mer jämlik vård - Lärandeprojektet Vård på lika villkor

I en särskild överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en mer jämlik vård stödjer regeringen ett fortsatt utvecklingsarbete i första linjens vård. Lärandeprojektet Vård på lika villkor. Projektet stöds under 2012 med 3,21 miljoner kronor och syftar till att utveckla metoder och arbetssätt för en mer jämlik vård i första linjens vård. Lärandeprojektet omfattar alla aspekter av första linjens vård från bemötande, tillgänglighet, behandling, sammanhållna vårdprocesser till ledning och styrning. I projektet deltar nio enheter, fokus är resurssvaga områden. Under förutsättning att riksdagen beviljar medel kommer 3,21 mnkr avsättas för 2013 och 1,6 mnkr för 2014 för fortsatt genomförande. Arbetet ska slutredovisas i maj 2014.

Förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri

Regeringen och SKL har sedan 2007 träffat årliga överenskommelser om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Målet är att öka tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Alla landsting, ska utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för en bedömning inom högst 30 dagar och därefter en beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar. Den förstärkta vårdgarantin omfattar 214 miljoner kronor per år under 2007–2012. Medlen fördelas i efterhand enligt en prestationsbaserad modell till de landsting som både uppfyllt kraven för väntetider och kraven på inrapportering till databasen Väntetider i vården. Satsningen på en förstärkt vårdgaranti har varit framgångsrik då den har inneburit att landstingen har utökat sina satsningar på att förbättra tillgängligheten. Fortsatta insatser för att öka tillgängligheten till första linjen och till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri är prioriterade i handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO).

Fortsatt satsning på att förbättra och samordna insatserna för att främja psykisk hälsa och effektivt möta och behandla psykisk ohälsa och psykisk sjukdom hos barn och unga

Regeringen och SKL ingick 2011 en överenskommelse om en fortsatt satsning på att förbättra och samordna insatserna för att främja psykisk hälsa och effektivt möta och behandla psykisk ohälsa och psykisk sjukdom hos barn och unga. Målet med överenskommelsen är att utforma och implementera effektiva strategier för hälsofrämjande insatser och erbjuda vård på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Arbetet ska utgöra underlag för lokalt utvecklingsarbete dels för de kommuner och landsting som deltar direkt i arbetet, dels generera praktiskt fungerande modeller för hela riket vad gäller arbets- och samverkansmetoder avseende insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Projektet pågår mellan 2011 och 2014. Satsningen är en del av regeringens handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO).

Handlingsprogram för att utveckla kunskapen om och vården av unga med självskadebeteende

Under hösten 2011 enades regeringen och SKL om ett handlingsprogram som syftar till att utveckla och samordna insatserna för att minska antalet unga med självskadebeteende. Målsättningen med satsningen är att förebygga självskadebeteenden och skapa ett bättre tidigt omhändertagande genom att skapa en struktur som bättre tillgodoser dessa personers behov av vård och på så sätt minska antalet unga med självskadebeteende. Ett delmål är att minska antalet unga i slutenvården och att minska antalet tvångsåtgärder bland unga kvinnor. Projektet pågår

mellan 2011 och 2013. Handlingsprogrammet är en del av regeringens psykiatrisatsning (PRIO).

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012

Under de kommande åren kommer främst åtgärder som underlättar en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre att prioriteras. Totalt beräknas satsningen under mandatperioden för de mest sjuka äldre att uppgå till drygt fyra miljarder kronor. De medel som avsätts för 2012 och framåt ska huvudsakligen fördelas enligt en prestations- och resultatbaserad modell där krav och mål successivt höjs. Satsningen syftar till att, genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är även att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i större grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Även enskilda utförare omfattas av satsningen.

Hållbar Jämställdhet

Sveriges Kommuner och Landsting bedriver sedan 2008 med stöd från regeringen ett utvecklingsarbete, Hållbar Jämställdhet, som syftar till att skapa jämställda välfärdstjänster inom såväl hälso- och sjukvård, äldreomsorg och skola som inom kultur och fritid. Ett sjuttiototal kommuner och landsting medverkar i programmet och bedriver utvecklingsarbeten som bland annat syftar till kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess, utvecklad verksamhet med fokus på kvinnors hälsa, jämställd ungdomsmottagning, smärtlindring på lika villkor, jämställt bemötande av föräldrar vid förlossningsavdelningar samt kvalitetssäkring av information om kvinnors och mäns ibland olika biverkningar av läkemedel. Satsningen har bland annat bidragit till att utveckla Kunskapscentrum för Jämlik vård vars syfte är att skapa förutsättningar för hållbar jämställdhet och jämlikhet i hela Västra Götalandsregionen.

Stimulans till generell och regional utveckling

En mer jämlik vård

En överenskommelse träffades mellan regeringen och SKL om åtgärder för en mer jämlik hälso- och sjukvård 2011. Överenskommelsen omfattar 15 miljoner kronor och gäller åtta åtgärder:

1. Påbörja ett arbete med att tydliggöra och organisera landstingens resurser för verksamhetsutveckling, patientsäkerhet och innovation i syfte att stärka strukturerna för att ta fram kunskap och omsätta kunskap i praktiken.

2. Påbörja ett arbete med att ta fram landstingsvisa analyser av 2011 års Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.
3. Skapa ett nationellt stöd till landstingen för att bl.a. genomföra punkt 1 och 2.
4. Genomföra en förstudie om möjligheterna att göra vissa aggregerade data ur de Nationella kvalitetsregistren tillgängliga med minimal tidsfördröjning.
5. Genomföra en förstudie om hur data enligt punkt 4 kan redovisas för patienter och medborgare på en enkel och sökbar hemsida.
6. Genomföra en förstudie för att beskriva vilken information brukare och patienter har nytta av vid val av eller erhållande av hjälpmedel t.ex. sortiment och egenkostnader.
7. Genomföra en förstudie om hur information enligt punkt 6 kan redovisas för patienter och medborgare på en enkel och sökbar hemsida.
8. Genomföra ett pilotarbete med första linjens vård för att identifiera innovativa sätt att öka jämlikheten i vården för människor i socioekonomiskt utsatta områden.

Flera av insatserna fortsätter i Dagmaröverenskommelsen 2012 och Överenskommelse om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2013, åtgärd nummer 8 ges fortsättning i en särskild överenskommelse om fortsatta insatser för en mer jämlik vård, *se ovan om stimulans till utveckling för olika grupper.*

Patientsäkerhetssatsning 2012

Inom ramen för den tidsbegränsade patientsäkerhetssatsningen under 2011-2014 har överenskommelser träffats mellan staten och SKL. Överenskommelserna syftar till att uppmuntra, stärka och intensifiera patientsäkerhetsarbetet i landstingen genom prestationsbaserade stimulansbidrag. Utgångspunkten för satsningen är en nollvision när det gäller antalet undvikbara skador, s.k. vårdskador. Vidare är strävan att vården ska präglas av en patientsäkerhetskultur som ska kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan. Den ska också kännetecknas av att arbeta förebyggande. Överenskommelsen innehåller krav och indikatorer som måste uppfyllas för att medlen ska komma landstingen till del. För 2012 handlar det bl.a. om att påbörja arbetet med att införa Nationell Patientöversikt (NPÖ), att mäta förekomsten av överbeläggningar och följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, att motverka förekomsten av trycksår och att bedriva ett aktivt arbete för att uppnå en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotika förskrivning. Avsikten är att succesivt höja ambitionsnivån i

överenskommelserna för att avspegla de framsteg som görs inom de olika områdena.

Kömiljarden

Regeringen och SKL har under åren 2009-2012 slutit årliga överenskommelser för att förbättra patientens tillgänglighet till hälso- och sjukvården. En miljard kronor har avsatts årligen i statsbudgeten för dessa överenskommelser, den s.k. kömiljarden. Överenskommelsen syftar till att genom ekonomiska incitament uppmuntra och stärka tillgänglighetsarbetet i landstingen. De landsting som uppnår de i överenskommelsen uppställda kraven får ta del av medlen, varav 500 miljoner går till de landsting som når målnivåerna för specialistbesök och resterande 500 miljoner går till de landsting som når målnivåerna för behandling inom den specialiserade vården. När kömiljarden infördes 2009 hade nära 130 000 personer stått i kö för vård längre än de tidsgränser som uppställs i vårdgarantin. Sedan dess har köerna till planerad specialiserad vård mer än halverats. År 2011 varierade andelen patienter som väntat mindre än 60 dagar på specialistbesök mellan 64–84 procent. Andelen patienter som väntat mindre än 60 dagar på behandling varierade mellan 53 och 85 procent. Kömiljarden kommer även fortsättningsvis vara en prioriterad fråga för regeringen.

Utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016

Enligt patientdatalagen definieras ett kvalitetsregister som en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättas särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Registren ska möjliggöra jämförelser inom hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå. Patienten är den som har den största vinsten av en utveckling av kvalitetsregistren, då de ger stöd för en bättre vård och omsorg. Överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting innehåller en nationell finansiering av Nationella Kvalitetsregister under åren 2012–2016, ansvars- och rollfördelning och organisation av Nationella Kvalitetsregister samt åtgärder som förbättrar förutsättningarna för klinisk forskning och registerbaserad forskning med koppling till Nationella Kvalitetsregister. Överenskommelsen ska leda till en stabilare och snabbare utveckling av kvalitetsregistren, bättre samordning av IT-stöd och informatik, ökad integration med vårdokumentationen för att undvika dubbelarbete, tydligare rutiner för hur känsliga uppgifter får hanteras så att patientens integritet säkras, tydligare riktlinjer för samverkan mellan kvalitetsregister och industrin. Effekten ska bli ökad kvalitet på data, bättre analyser och återkoppling som stöd för förbättringsarbete, bättre tillgång till, och användning av, kvalitetsregistren för forsknings- och innovationsändamål, ökad

öppenhet och tillgång till data även för patienter samt bättre och mer jämlik vård.

Stöd till utveckling inom olika vårdområden

Förbättringar för personer med långvarig eller kronisk sjukdom

I regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en mer jämlik vård 2011 har regeringen givit stöd till landstingen för att de ska förtydliga strukturerna för kunskapsstyrning och utveckling av verksamheten. Detta har mynnat ut i ett försöksarbete, som bland annat syftar till att i större utsträckning följa nationella riktlinjer och mer systematiskt följa upp kvaliteten med hjälp av nationella kvalitetsregister. Arbetet kommer under kommande år att utvecklas med sikte på att stödja huvudmännen med framtagandet av strategier för att förbättra vård och behandling av sjukdomar som drabbar många personer och som medför lidande och kostnader för den enskilde och för samhället i stort. Det handlar framför allt om kroniska sjukdomar såsom exempelvis diabetes, schizofreni, astma och allergi, osteoporos samt reumatism. Utgångspunkten för regeringens arbete med sjukvårdshuvudmännen är att verka för förbättringar av hälso- och sjukvården inom ramen för rådande ansvarsfördelning mellan stat och kommunsektor.

Ännu bättre cancervård 2012

Syftet med överenskommelsen är att genom riktade satsningar genomföra insatser som huvudsakligen presenterats i betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11). Åtgärder ska genomföras inom följande områden; försöksverksamheter för en patientfokuserad och sammanhållen cancervård, telefonrådgivningstjänst om cancer för allmänheten, insatser för att minska tobaksrökningen, insatser för tidig upptäckt, internationell jämförelse, patientrapporterade mått i kvalitetsregister på cancerområdet, nationell nomenklatur för cytostatikabehandling, samordning för regionala cancercentrum (RCC), insatser för fler kontaktsjuksköterskor eller motsvarande inom cancervården, nationell samordning för strukturerat införande av nya cancerläkemedel, individuella vårdplaner, screening för kolorektal (tarm) cancer, samt nationella vårdprogram. Flera av åtgärderna är avsedda att direkt minska skillnaderna i cancervården. T.ex. ska insatserna för tidig upptäckt bidra till ökat deltagande i mammografiundersökning och gynekologisk cellprovtagning bland grupper med konstaterat lågt deltagande. *Se även om En nationell cancerstrategi under rubriken 5.3 Strategier och åtgärder inom särskilda vårdområden.*

Psykisk ohälsa

Stora satsningar görs inom området psykisk ohälsa, avseende överenskommelser med SKL görs här en särskild inriktning på barn och unga, se vidare ovan avsnitt om stimulans till utveckling för olika grupper.

5.5 Samverkan och dialog med hälso- och sjukvårdens aktörer, invånare och patienter

Kommunikation, erfarenhetsutbyte och delaktighet är en av grundstenarna för lyckosamma satsningar på förbättrat resultat i vården.

Dialog med landstingen

Under 2011 och 2012 har Socialdepartementets politiska ledning genomfört besök i samtliga landsting i Sverige för att bland annat diskutera ojämlikheter i vården och orsaker till dessa. Under landstings-turnén har regeringen särskilt uppmärksammat de stora utmaningarna inom vården och landstingen har fått en möjlighet att dela med sig av utmaningar och goda exempel. En ny landstingsturné planeras 2013.

Dialog med invånare och företrädare för olika grupper

Regeringen möter ofta invånare och företrädare för olika grupper som patientorganisationer, intresseorganisationer och fackliga organisationer för diskussion om olika frågor rörande vården i Sverige. På detta sätt blir regeringen uppmärksam på skillnader i vård och behandling och tar emot förslag till åtgärder.

Överenskommelse mellan regeringen, idéburna organisationer och Sveriges Kommuner och Landsting

En överenskommelse har vuxit fram i dialog och samspel mellan ett antal idéburna organisationer inom det sociala området, regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelsen är en ömsesidig avsiktsförklaring. Huvudmålet med överenskommelsen är att stärka de idéburna organisationernas självständiga och oberoende roll som röstbärare och opinionsbildare, samt att stödja framväxten av en betydligt större mångfald av utförare och leverantörer inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Överenskommelsen ska tydliggöra de ideella aktörernas roll inom det sociala området och möjliggöra för dessa att konkurrera på likvärdiga villkor med andra aktörer verksamma på området.

Exempel på dialog kring särskilda satsningar

Regeringen har också särskilda dialoger kring de satsningar som regeringen planerar. Inom exempelvis psykiatri och psykisk ohälsa som är ett av regeringens mest prioriterade områden för insatser har en

kontinuerlig dialog förts med berörda organisationer och myndigheter för att dra största möjliga lärdom av regeringens satsningar under 2007–2011. Syftet har varit att förse regeringen med underlag för den satsning som planeras inom psykiatriområdet för perioden 2012–2014.

Regeringens välfärdsutvecklingsråd

Regeringen har tillsatt ett välfärdsutvecklingsråd bestående av företrädare för kommuner landsting privata företag, idéburen sektor, fackförbund, arbetsgivarorganisationer, bransch/intresseorganisationer samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Rådets uppgift är att utifrån sin samlade kunskap och erfarenhet lämna råd och förslag till regeringen inom välfärdens områden. Välfärdsutvecklingsrådet ska bidra med kunskap och erfarenheter till regeringen om vad som kan förbättra förutsättningarna för valfrihet, mångfald och tillgänglighet genom ökat entreprenörskap och innovativt företagande inom hälso- och sjukvård, handikapp och äldreomsorg samt apoteksmarknaden och hushållstjänster. Rådet arbetar bland annat med frågor om ersättningssystem, individens valmöjligheter, samverkan, kompetens och arbetskraft, innovationer och internationalisering. Delar av de områden som diskuterats har betydelse för jämlikhet i vården, exempelvis inom området samverkan har frågor om sammanhängande vårdkedjor diskuterats. Rådet har överlämnat sin slutrapport till regeringen den 11 december 2012.

Vikten av ökad kunskap

Vikten av kunskap om hur utvecklingen ser ut i vården, bakomliggande orsaker till skillnader i vård, behandling och resultat samt kunskap om effektiva åtgärder för att förbättra områden där stora utmaningar finns kan inte nog betonas. I arbetet med jämlik vårdstrategin avser regeringen fortsätta vidta åtgärder för att driva på en förbättrad utveckling och ökad kunskap. I nästa kapitel redovisas exempel på fortsatt arbete för ökad kunskap.

6 Fortsatt arbete för ökad kunskap

Regeringens pågående och nya insatser har fokus på de utmaningar som Socialstyrelsen redovisat. Det är angeläget att fortsätta följa utvecklingen och fortsätta vidta åtgärder för att säkerställa utvecklingen mot en mer jämlik hälso- och sjukvård i hela landet.

I arbetet med uppföljning av de särskilda strategier och andra insatser som regeringen beslutat om, såsom läkemedelsstrategin och cancerstrategin, ingår jämlikhetsaspekterna. Här redovisas fortsatt arbete med att öka kunskapen om jämlikhet i vården.

6.1 Öppna jämförelser för jämlik vård

När det gäller uppföljning av de utmaningar som redovisas i strategin för jämlik vård krävs en fortsatt utveckling av data och indikatorer. Det saknas tillgång till data inom vissa områden och möjligheterna att göra analyser om samband mellan vilken vård som erbjuds i relation till t.ex. olika socioekonomiska grupper behöver utvecklas vidare. Det behövs också en vidareutveckling av resultatindikatorer för att kunna följa hur skillnaderna i vården påverkar resultatet för patienten. Även pågående arbetet med vidareutveckling av kvalitetsregister och Öppna jämförelser har en stor betydelse för att bättre kunna följa utvecklingen. Regeringen avser ge Socialstyrelsen i uppdrag att så långt möjligt analysera om skillnaderna i vårdens genomförande påverkar hälsan för patienten, Socialstyrelsen ska vidare i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, dels vidareutveckla indikatorer för uppföljningen och följa upp den fortsatta utvecklingen när det gäller de stora utmaningarna för att nå en mer jämlik i vård och dels regelbundet till Regeringskansliet redovisa utvecklingen i en särskild rapport om jämlik vård inom serien Öppna jämförelser. I uppdraget kommer också att ingå att sprida kunskapen till aktörer i hälso- och sjukvården, patientorganisationer och andra intresserade.

6.2 Fördjupade analyser av skillnader ur ett patientperspektiv

Regeringen avser vidare ge Myndigheten för vårdanalys, i samråd med Socialstyrelsen att ur ett patientperspektiv göra fördjupade analyser av skillnaderna i vård, behandling och bemötande som redovisas i Socialstyrelsens rapport och i strategin för jämlik vård. Analysen ska ge ökad kännedom och kunskap om vad det finns i vårdens finansiering, organisation och genomförande, ledarskap och styrning, verktyg och kompetens m.m. som kan ha betydelse för jämlik vård och utgöra orsaker till skillnader i vården. Myndigheten ska även bedöma behovet av åtgärder och vilka åtgärder som kan vidtas för att nå en mer jämlik vård.

6.3 Analys av utvecklingen att allt fler skaffar sig en högre utbildning

Det är en positiv utveckling i Sverige att allt fler skaffar sig en högre utbildning, att allt fler får det bättre, men utmaningar kvarstår när det gäller gruppen personer med låg utbildning som ofta har en sämre hälsa och kortare livslängd än gruppen personer med högre utbildning. Det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa, det är därför angeläget ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv att den positiva utvecklingen som sker att allt fler skaffar sig en högre utbildning fortsätter men också att öka kunskapen om hur man kan stödja en god hälsa även hos de med låg utbildningsnivå. Regeringen avser därför ge Statens folkhälsoinstitut, i samverkan med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och i samråd med aktuella forskningsinstitutioner, i uppdrag att analysera den sammantagna betydelsen det har för folkhälsan och för hälso- och sjukvården att allt fler skaffar sig en högre utbildning, på medellång och lång sikt. I uppdraget ingår att analysera orsakerna till att gruppen som alltjämt ligger kvar på låg utbildningsnivå inte skaffar en högre utbildning, om sammansättningen av gruppen med låg utbildningsnivå förändras över tid, samt utreda hur man kan stödja personer med låg utbildning till en god hälsa, inklusive hälso- och sjukvårdens roll och hur vården av personer med olika utbildningsnivå kan bli mer jämlik.

6.4 Analys av nationella riktlinjer ur ett jämlikhetsperspektiv

Nationella riktlinjer, vårdprogram, föreskrifter och andra verktyg bör analyseras för att se om dessa medverkar till eller motverkar skillnader i vård, att de inte utesluter grupper eller ger oönskade behandlingsresultat. Socialstyrelsen har redovisat att områden där de nationella riktlinjerna används visar positiva resultat, samtidigt finns riktlinjer för samtliga de vårdområden som Socialstyrelsen pekar ut som områden med fortsatt stora utmaningar. Regeringen avser därför ge Socialstyrelsen i uppdrag att analysera befintliga riktlinjer som verktyg för styrning av vårdområdet. Socialstyrelsen ska också undersöka om tillämpningen av dessa skiljer sig när det gäller olika utsatta grupper och befolkningen i övrigt. Socialstyrelsen ska vidare med dessa undersökningar som utgångspunkt bedöma om det finns anledning att uppdatera eller utveckla verktygen. Utgångspunkten för uppdraget bör vara de vårdområden som Socialstyrelsen lyfter fram i sin rapport; vård vid psykisk ohälsa, vård vid missbruk och beroende, vård vid hjärt- och kärlsjukdom, cancervård och tandvård.

6.5 Stöd till forskning inom livsvetenskap

Regeringen har i forsknings- och innovationspropositionen (Prop. 2012/13:30 Forskning och innovation) med prioriteringar för perioden 2013-2016 föreslagit en särskild insats för forskningen på livsvetenskapsområdet från 2013. Bland annat omfattar det stöd till nationellt centrum

för livsvetenskaplig forskning (SciLifeLab), forskning om läkemedelsutveckling, forskning om infektion och antibiotika, åldrande och hälsa, vårdforskning samt klinisk behandlingsforskning och samordning av kliniska studier. Totalt satsas 1,97 miljarder kronor på detta område för perioden 2013-2016, under förutsättning av att Riksdagen beviljar medel. Utöver detta satsas 175 miljoner kronor på registerbaserad forskning 2013-2016. Resultaten av forskning inom livsvetenskap och den registerbaserade forskningen kan bidra till ökad kvalitet och jämlikhet i vården.

Samarbete med vissa landsting om grundutbildning, forskning och utveckling

Avtalet mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, det s.k. ALF-avtalet, är en viktig länk mellan staten och landstingen när det gäller ansvaret för den kliniska forskningen. År 2012 omfattade den statliga ersättningen för landstingens medverkan i läkarutbildning ca 460 miljoner kronor och för klinisk forskning ca 1,6 miljarder kronor. Det nuvarande avtalet sades upp av staten i december 2009 och förhandlingar med berörda sjukvårdshuvudmän om ett nytt avtal har inletts under hösten 2012. Regeringens inriktning är att ett nytt ALF-avtal ska bidra till att långsiktigt säkra att klinisk utbildning av blivande läkare håller hög kvalitet, att internationellt konkurrenskraftig klinisk forskning främjas och att universitetssjukvården stärks som kvalitetsdrivande och innovativ i utvecklingen av svensk sjukvård. Regeringens inriktning enligt forsknings- och innovationspropositionen är vidare att det bör genomföras regelbundna utvärderingar av den kliniska forskningens kvalitet och av omsättningen av kunskap till praktik och kvalitetsmässig utveckling av hälso- och sjukvården.

Bilagor

Statliga myndigheter samt patienter och invånares möjligheter och förmåner

Statliga myndigheter

De statliga myndigheterna stödjer regeringen i genomförandet av den politik som förs.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen reglerar vård, omsorg, smittskydd och miljöhälsa, bidrar till god och jämlik vård och omsorg genom nationella riktlinjer och fördelar statsbidrag till kommuner, landsting och organisationer. Socialstyrelsen beslutar i tillsynsärenden inom vård och omsorg, utfärdar legitimationer för vårdpersonal, gör Öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet i vård och omsorg, sammanställer kunskap om till exempel tandvård, psykiatri och metoder i socialt arbete, har hälsodataregister om bland annat cancer, läkemedel, tandhälsa och dödsorsaker och publicerar statistik. Socialstyrelsen kontrollerar också att landstingen lever upp till vårdgarantins krav och följer införandet av vårdvalssystem. Socialstyrelsen prövar även anmälningar från patienter och har möjlighet att rikta kritik mot såväl vårdgivare som enskilda yrkesutövare.

Myndigheten för vårdanalys

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har till huvuduppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvården samt tandvården.

Statens beredning för medicinsk utvärdering

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, har i uppdrag att utvärdera metoder som används i vården, både etablerade och nya. Utifrån aktuell forskning tar de reda på vilken medicinsk effekt olika metoder har, om det finns några risker med dem, och om åtgärderna ger mesta möjliga nytta för pengarna.

Läkemedelsverket

Läkemedelsverket ansvarar för tillsyn av medicintekniska produkter och kosmetika samt godkänner och kontrollerar läkemedel och naturläkemedel för att patienter och hälso- och sjukvård ska ha tillgång till säkra och effektiva produkter som används ändamålsenligt.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

TLV:s uppgift är att pröva vilka läkemedel, förbrukningsartiklar och tandvårdsbehandlingar som ska subventioneras av samhället. Vi bedriver

även tillsyn av apotek för att se till att tillgängligheten är god och att patienter får rätt läkemedel till rätt pris.

Smittskyddsinstitutet

Smittskyddsinstitutet (SMI) är en nationell kunskapsmyndighet med ansvar för smittskyddsfrågor med ett brett folkhälsoperspektiv.

SMI följer och analyserar utvecklingen av smittsamma sjukdomar samt bygger upp och förmedlar kunskap till hälso- och sjukvården och andra aktörer inom smittskyddsområdet.

Statens folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut är en nationell kunskapsmyndighet med ansvar för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, är ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området samt ansvarar för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena. När det gäller hälso- och sjukvård har myndigheten i uppdrag att följa upp det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvården och att vara ett nationellt kunskapscentrum för hälsofrämjande metoder som kan tillämpas inom hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ansvarar för att pröva så kallade behörighetsfrågor avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när det gäller återkallelse av legitimation eller andra behörigheter samt provotid.

Diskrimineringsombudsmannen (DO)

Diskrimineringsombudsmannen tar emot anmälningar om diskriminering. DO kan också utöva tillsyn genom att granska hur arbetsgivare, högskolor och skolor lever upp till diskrimineringslagens krav på åtgärder för att förebygga diskriminering. DO har kontakter med myndigheter, företag, enskilda och organisationer för att förebygga diskriminering. DO gör analyser, föreslår lagändringar, skriver rapporter och uppmärksammar beslutsfattare på diskriminerande strukturer. DO utvecklar metoder för att till exempel upptäcka, kartlägga och förebygga diskriminering, samt annat material till hjälp för till exempel arbetsgivare eller utbildningsanordnare.

Riksdagens ombudsmän (JO)

Klaga hos Justitieombudsmannen (JO) - eller Riksdagens ombudsmän som det officiellt heter - kan var och en göra som anser sig själv eller någon annan ha blivit felaktigt eller orättvist behandlad av en myndighet

eller tjänsteman vid en myndighet inom den statliga eller kommunala sektorn. JO har till uppgift att granska om statliga och kommunala myndigheter följer lagar och förordningar.

JO kan kritisera en myndighet eller en enskild tjänsteman och i särskilda fall väcka åtal mot en tjänsteman som tros ha begått tjänstefel eller annat brott i tjänsten. JO kan dock inte ändra på en kommuns beslut eller en dom från allmän myndighet. JO kan inte granska exempelvis riksdagens ledamöter, regeringen eller enskilda statsråd, justitiekanslern och ledamöter i landstings- eller kommunfullmäktige. Tidningar, radio/TV, journalister, fackföreningar, banker, försäkringsbolag, privatpraktiserande läkare och advokater m.fl. står inte heller under JO:s tillsyn. För dessa finns andra övervakningsorgan, t.ex. Pressens opinionsnämnd, Finansinspektionen, Socialstyrelsen och Advokatsamfundet.

Exempel på patienter och invånares möjligheter och förmåner

Rätt att välja vårdgivare

Landstingen är skyldiga att införa vårdvalssystem i primärvården som ger allmänheten rätt att välja privat eller offentlig vårdcentral. Alla vårdgivare som uppfyller ett landstings krav har rätt att etablera verksamhet i det landstinget med offentlig ersättning. Landstingen ska tillämpa lagen (2008:962) om valfritetssystem (LOV) när de infört vårdvalssystem.

Grunderna i ersättningssystemet är att pengarna följer patientens val och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning.

Vissa landsting har beslutat att frivilligt införa vårdvalssystem även för delar av den specialiserade vården i landstinget. Det innebär att patientens valmöjligheter har vidgats ytterligare i de fallen.

Patienterna har inte rätt att välja en vårdgivare i ett annat landsting utanför det egna landstinget. Genom frivilliga överenskommelser mellan landstingen finns det stora möjligheter att välja vårdgivare i ett annat landsting.

Rätt till vård inom en viss tid

Det finns en vårdgaranti som innebär att man har rätt att inom en viss tid få kontakt med och besök i primärvården, samt bedömning och inleda en behandling i den specialiserade vården. Vårdgarantin regleras i hälso- och sjukvårdslagen och tydliggör att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på tillgänglighet som vårdgarantin innebär.

Patientrörlighet inom Europeiska unionen

I det så kallade patientrörlighetsdirektivet, vilket ska vara genomfört i samtliga EES-länder den 25 oktober 2013, fastställs reglerna för patienters rättigheter vid vård i annat EU-land. Rättigheterna innebär att EU-medborgare ska ha möjlighet att söka och få hälso- och sjukvård och tandvård i ett annat EU-land och få kostnaderna för denna vård ersatt av hemlandet. Genom ny lagstiftning genomförs direktivet i Sverige. Regeringen vill med denna lagstiftning och övriga författningsändringar, underlätta valfriheten och säkerställa en patientsäker hantering av den gränsöverskridande vården.

Förnyad medicinsk bedömning och fast vårdkontakt

Landstingen är i vissa fall skyldiga att medverka till att patienter, som önskar det, får en förnyad medicinsk bedömning. En så kallad Second opinion har man rätt till om man har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada, om diagnosen eller den föreslagna behandlingen kan innebära särskilda risker eller få betydelse för ens framtida livskvalitet.

Patienter har även rätt till en samordnare, en så kallad fast vårdkontakt, om detta behövs för patientens trygghet, säkerhet och kontinuitet i vården.

Bedömning av hälsotillstånd och val av behandlingsmetod

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövligt. När det finns flera behandlingsalternativ som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ han eller hon föredrar. Patienten ska ges den valda behandlingen om det framstår som befogat med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen.

Rätt till information

Rätten till information är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården. Patienten ska ges en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, om de möjligheter till undersökning, vård och behandling som finns, om sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentlig finansierade vården samt om vårdgarantin. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska de i stället lämnas till en närstående till patienten.

Alla inom vården har tystnadsplikt

När man vänder sig till vården är det viktigt att man känner förtroende för den personal man möter. Förtroendet är viktigt för att man ska känna sig trygg och våga prata öppet om de besvär eller symtom man har och

på så sätt få den vård man behöver. Därför omfattas alla som arbetar inom hälso- och sjukvården av tystnadsplikt. Grundprincipen är att ingen inom vården får lämna ut uppgifter utan att man själv har godkänt det. Det gäller till exempel uppgifter om den sjukdom man har, den behandling man får eller om ens privata situation.

Tystnadsplikten styrs av offentlighets- och sekretesslagen för dem som arbetar inom staten, landstingen och kommunerna medan de som arbetar hos en privat vårdgivare ska följa reglerna om tystnadsplikt i patient-säkerhetslagen. Den som bryter mot tystnadsplikten kan dömas i domstol eller på andra sätt bestraffas av de myndigheter som har tillsyn över vården.

Rätt att läsa sin journal

Om man vill läsa sin journal kan man vända sig till det ställe där man behandlades. Om man är osäker vänder man sig till sin vårdcentral. Oftast finns anteckningarna samlade i en journal från flera vårdtillfällen om det är inom samma sjukhus eller vårdcentral. I princip har man alltid rätt att läsa sin egen journal efter att läkaren, eller den som har hand om journalen, gjort en prövning. Man har rätt att läsa journalen i lugn och ro och skriva av uppgifterna. Man kan få en kopia av journalen, då får man vanligtvis betala kopieringskostnaden.

Det görs alltid en individuell bedömning av lämpligheten att lämna ut en journal. Till exempel kan man bli nekad att läsa sin journal om den ansvarige läkaren bedömer att det finns starka medicinska skäl till att man inte läser den. Det händer väldigt sällan och då oftast inom psykiatrisk vård. Ofta sekretessbeläggs också delar i journalen där det finns uppgifter som kommer från tredje person om det finns risk för att den personen kan råka illa ut eller få problem om dessa uppgifter lämnas ut.

Rehabiliteringsgaranti

Rehabiliteringsgarantin är ett statsbidrag till landstingen för att personer som riskerar att bli sjukskrivna eller redan är det snabbt ska få behandling. Målet är att den som får del av rehabiliteringsgarantin ska kunna börja arbeta igen eller undvika en sjukskrivning. För att kunna få behandling enligt rehabiliteringsgarantin ska man antingen ha haft ont i ryggen, nacken eller axlarna i minst tre månader, eller sedan en tid ha mått dåligt på grund av ångest, depression eller stress. Man kan få behandling enligt rehabiliteringsgarantin om man är mellan 16 och 67 år.

Remiss

När man ska få en remiss kan man ofta samråda med sin läkare om vart man ska bli remitterad. Till vissa mottagningar kan det vara lång väntetid, då kan man be om att få bli remitterad till en mottagning med kortare väntetid. Hur länge man måste vänta beror också på vad man har för symtom. Om läkaren som skriver remissen bedömer att man behöver få

vård snabbt skrivs det in i remissen. Men det är alltid den vårdenhet som tar emot remissen som avgör hur snabbt man kan få en tid. När man får en remiss gäller den nationella vårdgarantin som innebär att man har rätt att få vård inom en viss tid. För specialistmottagningar gäller att man inte ska behöva vänta mer än nittio dagar för att få en tid. Under tiden man väntar på att få komma till den mottagning man har fått remiss till har läkaren som skrev remissen ansvar för att man får den vård man behöver.

Barns och vårdnadshavares rättigheter i vården

Barns och föräldrars rättigheter i vården hänger ihop med de skyldigheter som vårdgivare har gentemot invånarna enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientsäkerhetslagen samt föräldrabalken som säger att barnets vårdnadshavare har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnet. Det är barnets vårdnadshavare som ska samtycka till den vård som barnet erbjuds. I takt med barnets stigande ålder och mognad ska man ta allt större hänsyn till vad barnet själv vill. Barnet ska ha ett medinflytande som med tiden övergår till ett självbestämmande. Barns grundläggande rättigheter slås fast i FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, en internationell överenskommelse som Sverige har anslutit sig till. Äldre barn bestämmer själva om de vill lämna ut uppgifter om sitt hälsotillstånd och till vem, med undantag för sådana uppgifter som kan behövas för en utredning inom socialtjänsten eller en brottsutredning. Äldre barn har även rätt att spärra journaluppgifter för andra vårdenheter eller vårdgivare, till exempel om den unge besökt en ungdomsmottagning.

Barn och ungdomar har också rätt till avgiftsfri tandvård. Vid två, tre års ålder, beroende på var man bor, brukar barn börja gå till tandläkaren. Till och med sista december det år de fyller 19 år får barn och ungdomar nästan all tandvård de behöver utan kostnad. Det gäller både om de går till en privat tandläkare och om de går till folktandvården. Vissa landsting erbjuder tandvård utan kostnad i ytterligare något år. Man har också möjlighet att välja tandläkare.

Tandvård

Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Kraven på tandvården regleras i tandvårdslagen (1985:125).

Från och med den första januari det år man fyller 20 år måste man i de flesta landsting betala för tandvård. Men det finns möjligheter till ekonomiskt stöd för tandvård. För att man ska få ekonomiskt stöd finns det sedan den första juli 2008 ett statligt tandvårdsstöd som man får det år man fyller 20. Det ekonomiska stödet består av två delar,

ett allmänt tandvårdsbidrag, ATB, på 150 eller 300 kronor per år beroende på hur gammal man är samt ett högkostnadsskydd, som ger avdrag på priset när de så kallade referenspriserna i tandvården kostar mer än 3 000 kronor under ett år. Ibland kan tandvården kosta som den vanliga vården. Det finns ett antal sjukdomar, tillstånd och besvär där viss tandvård kan ingå som en del av sjukdomsbehandlingen. Det innebär att avgiften får räknas samman med andra avgifter för hälso- och sjukvård och därmed ingå i sjukvårdens högkostnadsskydd. Det är bara den tandvård som har samband med sjukdomen eller sjukdomsbehandlingen som ingår. Övrig tandvård får man betala själv.

Även om man har ett stort och långvarigt behov av personlig omvårdnad i sitt dagliga liv kan man ibland få särskild hjälp när det gäller tandvård. Det innebär att man kan få bli undersökt där man bor och få viss tandvård till samma avgift som sjukvård. Det som avgör om man kan få hjälpen är behovet av personlig omvårdnad.

Man har rätt att kunna få veta priser i förväg. Det ska finnas en prislista i väntrummet. Mottagningarna ska tydligt redovisa referenspriser och egna priser för att man ska kunna jämföra. Har man blivit undersökt och behöver flera behandlingar har man rätt att få förslag på vad en kommande behandling kan komma att kosta och om den ingår i högkostnadsskyddet.

Patientens säkerhet i vården

Det finns en ny patientsäkerhetslag vars syfte är att skapa en säkrare vård, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att vårdpersonalen har begått misstag. Genom lagen är det lättare för patienter att anmäla skador som uppstått i vården till Socialstyrelsen. Patienten behöver inte själv ha kännedom om vem eller vad som har brustit i behandlingen, utan det räcker att anmäla händelsen som sådan. Dessutom innebär lagen ett skärpt ansvar för vårdgivaren att arbeta systematiskt med patientsäkerhet.

Om man inte är nöjd

Om man inte är nöjd med den vård som givits eller är missnöjd med bemötandet har man rätt att klaga och lämna synpunkter. Det kan göras till vårdpersonalen, patientnämnden, Diskrimineringsombudsmannen och Socialstyrelsen men man kan också anmäla till polis om man anser att ett brott begåtts, man kan anmäla till patientorganisationer som ibland kan hjälpa till med hanteringen av ärenden som rör klagomål. Har man varit hos en privattandläkare som är medlem i organisationen Privattandläkarna kan man även vända sig till någon av Privattandläkarnas förtroendenämnder.

Patientskadenämnden och Patientnämnden

Patientskadenämnden är en rådgivande nämnd till försäkringsbolagen, den finansieras och upprätthålls av de försäkringsgivare som ingår i patientförsäkringsföreningen. Patientnämnderna ligger under landstingen och ska stödja och hjälpa enskilda patienter att få den information de behöver för att kunna tillvarata sina intressen och hjälpa dem till rätt myndighet.

Bilaga 2

Målen för hälso- och sjukvården och jämlikhet i hälsa

Som en bakgrund till regeringens arbete för en mer jämlik vård står hälso- och sjukvårdslagstiftningen och de övergripande målen för hälso- och sjukvården liksom målet för jämlikhet i hälsa, som här presenteras.

Regeringens mål för arbetet gällande hela hälso- och sjukvården utgår från att hälso- och sjukvården ska ge patienten ett mervärde i form av ökad hälsa. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så effektivt och med så gott resultat för patienterna att den får ett högt förtroende bland allmänheten. Hälso- och sjukvården ska vara hälsofrämjande genom att arbeta för att förebygga ohälsa. Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet.

Mål för hälso- och sjukvården, lagstiftning och förtydligande av vad jämlik vård innebär

Att vården ska vara jämlik innebär inte att den ska vara lika för alla, men likvärdig och anpassad efter var och en efter behov. Att det finns skillnader i vården är också naturligt för att åstadkomma en utveckling av effektivitet, kvalitet och resultat i vården. Det är när det finns omotiverade skillnader som det är angeläget att vidta insatser för att vården ska bli mer jämlik.

Målen för hälso- och sjukvården finns inskrivet i lagstiftningen om hälso- och sjukvård. Nedan presenteras utdrag ur lagtexterna, Socialstyrelsens precisering av vad jämlik vård innebär samt en beskrivning av mål om förutsättningar för hälsan i befolkningen där vissa områden har en stark koppling till vårdens ansvar. Dessa målbeskrivningar tjänar som en viktig utgångspunkt för planering och genomförande av vården i Sverige.

Mål enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

I hälso- och sjukvårdslagstiftningen beskrivs mål och innebörd av målen utifrån jämlikhetsperspektivet om lika villkor i vården. Här presenteras ett utdrag ur hälso- och sjukvårdslagen som beskriver detta.

2 § 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. Lag (1997:142).

I lagen beskrivs också innebörden av målet;

2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Lag (2006:493).

Socialstyrelsens förtydliganden av innebörden av jämlik vård

Socialstyrelsen har presenterat ett förtydligande av vad jämlik vård innebär, förtydligandet lyder;

”Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Eftersom hälsan inte är jämnt 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 och som dessutom bör vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.”²

Socialstyrelsen har också i sitt arbete med God vård ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”

[1] en beskrivning av innebörd gällande en jämlik hälso- och sjukvård;

”Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla”.

Mål jämlikhet i hälsa

Förutom begreppet jämlik vård inom sjukvårdspolitiken så finns också begreppet jämlik *hälsa* eller jämlikhet i hälsa inom folkhälsopolitiken, som har en koppling till arbetet för jämlikhet inom vården.

Beskrivningen av arbetet med jämlik vård avseende arbetet med att förebygga ohälsa som del av vårdens roll presenteras i regeringens skrivelse för folkhälsopolitiken som presenterades i juni 2012, En

² Lägesrapport 2011, Hälso- och sjukvård och socialtjänst

folkhälsopolitik med människan i centrum (Skr. 2011/12:166). Det övergripande målet för folkhälsopolitiken lyder;

Målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Regeringen menar att folkhälsoarbetet bör ha människans behov av integritet och valfrihet som grund och bygga på sambandet mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. Det hälsofrämjande inslaget i det förebyggande folkhälsoarbetet betonas. Kommuner och landsting har en nyckelroll inom folkhälsoarbetet och bör i den egenskapen förbättra och utveckla sina metoder och verktyg.



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

103 33 Stockholm