



Utförd på uppdrag av

LANDSTINGET Dalarna  
Revisorerna

**Bilaga 2 till förstudien:  
Erbjuder landstinget Dalarna  
vård på lika villkor?**

Nationell och internationell statistik om vård på lika villkor

Rapport  
2011-02-08

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

1. INLEDNING .....	3
1.1 Ohälsa .....	3
1.2 Vårdutnyttjande och vårdkvalitet .....	6
1.3 Tillgänglighet.....	7
1.4 Vårdvalet och ersättning till vårdgivarna .....	10
1.5 Förebyggande arbete inom vård på lika villkor.....	11

## 1. INLEDNING

---

Bilagan innehåller statistik och fakta från de nationella rapporter som berör vård på lika villkor. De nationella organ som publicerar sådana rapporter är bl.a. Socialstyrelsen, SKL och Folkhälsoinstitutet. Vi anger även delar från Göran Dahlgrens referensram 1, expertmedverkande i uppdraget. I bilaga 1 *Göran Dahlgrens referensram* anges en fördjupande diskussion inom ämnet vård på lika villkor. I bilagan beskriver Göran som är hälsoforskare och gästprofessor i folkhälsa vid University of Liverpool sin syn på vård på lika villkor främst ur ett socioekonomiskt perspektiv.

### 1.1 Ohälsa

I statistik från Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 kan utläsas att det finns stora socioekonomiska skillnader i sjuklighet och upplevd ohälsa. Målet för svensk folkhälsopolitik är att skapa en god hälsa för hela befolkningen och därför är det särskilt viktigt att uppmärksamma och ge resurser till de grupper som har den sämsta hälsan.

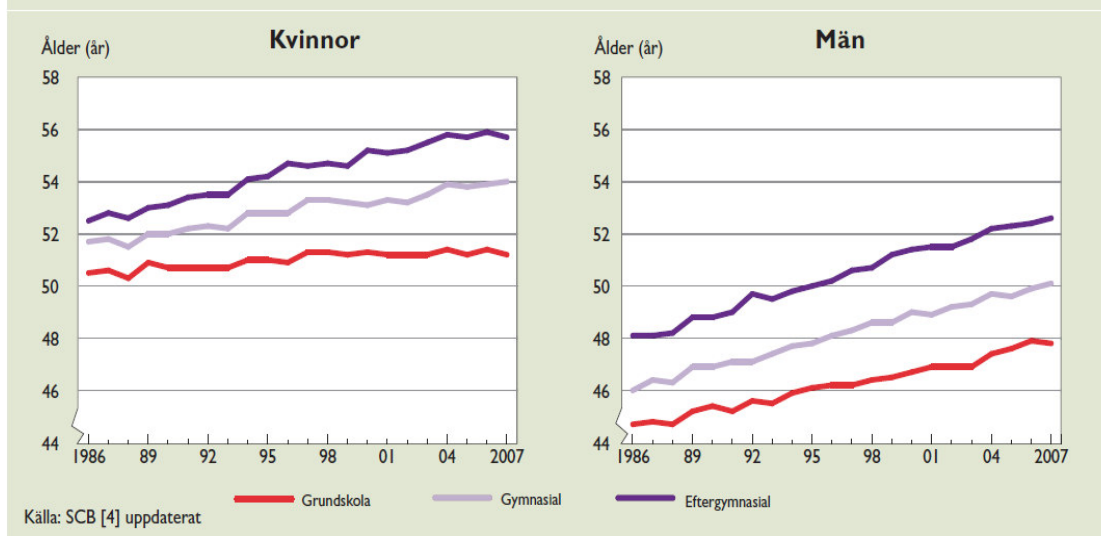
Det finns en omfattande kunskap om ohälsans socioekonomiska fördelning såväl i termer av upplevd ohälsa som professionellt angiven ohälsa. (Se t.ex. Socialstyrelsens periodiska Folkhälsorapport, Folkhälsoinstitutets hälsorapporter och de kartläggningar av ohälsans omfattning och fördelning som periodiskt görs i flertalet landsting inklusive landstinget i Dalarna)

Folk- och bostadsberäkningar som utfördes fram till och med 1990 gjorde att det gick att följa de socioekonomiska skillnaderna i dödligheten. Från 1990 upphörde dessa mätningar och idag redovisas de socioekonomiska skillnaderna i dödlighet genom att visa skillnader mellan grupper med olika lång utbildning. Det kan därför i detta sammanhang räcka med att illustrera storleksordningen på de socioekonomiska skillnaderna i hälsa i dagens Sverige med följande fakta ur Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009, Socialstyrelsen lägesrapport 2010 och SKLs studie *Vård på (o)lika villkor* (2009):

- Skillnaderna i medellivslängd mellan personer med olika lång utbildning ökar och är högre än skillnaderna som finns mellan kön.

**Figur 2. Sociala skillnader i medellivslängd 1986–2007**

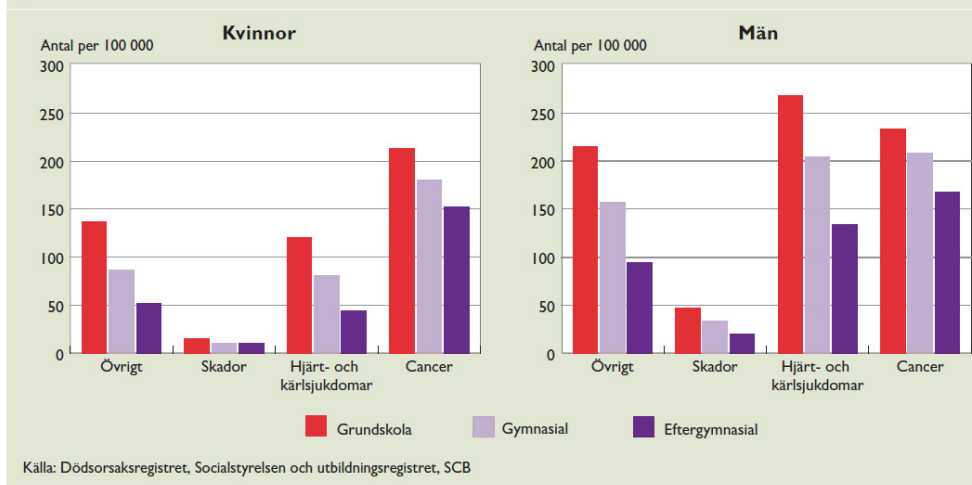
Förväntad återstående medellivslängd från 30 års ålder (år) fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1986–2007.



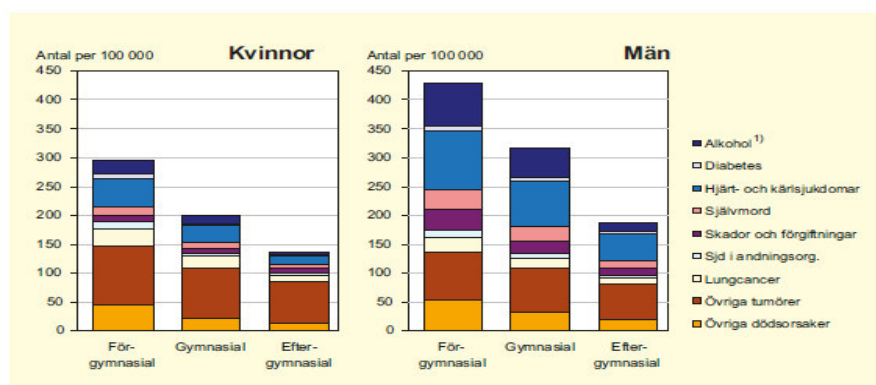
- Dödsrisken i åldern 30 – 74 år är dubbelt så hög bland personer med enbart grundskola jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Dessutom är skillnaden i dödsrisk mellan personer med olika lång utbildning större bland yngre jämfört med äldre.
- Skillnader i dödlighet mellan personer med olika lång utbildning finns i de flesta dödsorsaker. Utvecklingen från år 1991 till 2005 visar på att skillnaderna mellan personer med olika lång utbildning minskar avseende hjärt- och kärlsjukdomar men ligger relativt konstant när det gäller cancer. Dödlighet och insjuknande i bröstcancer är dock större bland högutbildade än lågutbildade. Däremot är lungcancer vanligare bland lågutbildade. Riskerna för att insjukna i hjärtinfarkt är större bland lågutbildade jämfört med högutbildade. Nedan anges dödsorsaken Skador. Den innefattar bland annat självmord och olycksfall.

**Figur 10. Dödlighet i några dödsorsaker efter utbildning**

Antal döda per 100 000 i olika dödsorsaker bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 30–74 år, genomsnitt åren 2001–2005. Åldersstandardiserat.

**Figur 13. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildningsnivå**

Antal döda per 100 000 efter högsta uppnådda utbildningsnivå. Kvinnor och män i åldrarna 30–64 år, genomsnitt för åren 2003–2007. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



- Arbetare upplever sitt allmäntillstånd sämre i större utsträckning än tjänstemän.
- Rökning har en större utbredning bland lågutbildade jämfört med högutbildade. Mellan år 1980 och 2005 har den skillnaden ökat.
- I Sverige är högt blodtryck, tobak, hög kolesterol och högt BMI de riskfaktorer som bidrar mest till sjukdomsburda.
- Den icke arbetande delen av befolkningen har större risker att dö i astma, hypertoni, stroke, magsår och hjärt-kärlsjukdomar jämfört med den arbetande befolkningen.

- Fetma ökar mer bland lågutbildade jämfört med högutbildade.
- Psykisk ohälsa är mer utbredd bland socialt utsatta grupper.
- Personer med lägre utbildning har sämre allmänt hälsotillstånd, t.ex. värkbesvär, sämre rörelseförmåga, sömnproblem, besvär av oro och mer psykisk ohälsa än personer med högre utbildning.
- Den åtgärdbara dödligheten är högre bland låg- än högutbildade.

Det har visat sig att ekonomiskt pressade människor upplever en ökad stress. Stress som förmedlas och sprids inom familjen leder till att barn som växer upp i socialt utsatta familjer har en större sannolikhet att själva hamna i en socialt utsatt position som vuxna. Stresshanteringen leder till negativa levnadsvanor och ett negativt hälsorelaterat beteende. (SKL, 2009)

## 1.2 Vårdutnyttjande och vårdkvalitet

En rad studier visar på att låginkomsttagare, arbetslösa och lågutbildade oftare avstår från att söka vård vid upplevt behov jämfört med höginkomsttagare och högutbildade. Vidare visar rapporter från OECD att högutbildade i Sverige har ett högre vårdutnyttjande än kortutbildade inom den öppna vården. Däremot visar inte rapporterna att det fanns några socioekonomiska skillnader inom slutna vården. Rapporterna visar också att Sverige har ett ojämligare vårdutnyttjande än andra OECD-länder. Socialstyrelsens analyser av vårdutnyttjandet visar på att det finns ett samband mellan social position och omfattning av kontakterna med vården.

Vårdutnyttjande är ett resultat av en process där den professionella bedömningen möter patientens, samt dennes förtroende för och kunskap om vården. Om vård ges på lika villkor påverkas därför av vårdutbudets organisation och omfattning. (Socialstyrelsen, 2009)

I SKLs studie Vård på (o)lika villkor (2009) och Socialstyrelsens Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009 framkommer bl.a. att:

- Bland de personer som har behov men inte söker vård är andelen lågutbildade högre än högutbildade. Anledningen till detta kan var antingen att det har uppstått ett gap mellan vårdutbud och vårdbehov, alternativt att de ekonomiska svårigheterna ökat.
- Högutbildade oftare får nyare och dyrare mediciner, bland annat inom behandling av hjärtsvikt, stroke samt KOL.
- Lågutbildade använder i allmänhet mindre blodfettsänkande läkemedel trots ett högre behov än de högutbildade.
- Högutbildade och höginkomsttagare behandlas oftare med revaskularisering än lågutbildade. Revaskularisering är en metod vid behandling av instabil kranskärlsjukdom som minskar dödligheten och ger färre nya hjärtinfarkter och mindre be-

svär med kärlekskramp.

- Högutbildade gör fler läkarbesök än lågutbildade, trots att sjukligheten är större hos lågutbildade.
- Boende i glesbygd gjorde färre besök hos läkaren än boende i storstadsregioner.
- Arbetslösa som har psykiska besvär låter i större utsträckning bli att söka hjälp för sina besvär.
- Av de som inte söker vård anger många ekonomin som den huvudsakliga anledningen.
- Arbetslösa och studerande valde bort läkemedel oftare än anställda, företagare, hemmaarbetande och pensionärer.
- Lågutbildade visade sig vara sämre på att följa läkarens medicinrekommendationer jämfört med högutbildade.
- Lågutbildade äldre personer (75 år och äldre) visade på högre olämplig läkemedelsanvändning än högutbildade.
- Personer med låg utbildning vårdas betydligt oftare på sjukhus för tillstånd som hade kunnat behandlas i öppna vårdformer (inklusive primärvård och närvård) jämfört med högutbildade.
- Högutbildade gör fler läkarbesök inom den somatiska specialistvården än lågutbildade bland de som är 60 – 74 år och omvänt förhållande avseende åldern 45 -59 år. Däremot har lågutbildade fler vårdtillfällen inom somatisk slutenvård.
- Trots att demens är vanligare bland lågutbildade så använder högutbildade oftare demensläkemedel än lågutbildade.

### 1.3 Tillgänglighet

Vid en analys av vårdens tillgänglighet – inte minst ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv – är det väsentligt att alla stegen i den s.k. tillgänglighetstrappan beaktas; dvs. **formell**, **geografisk**, **ekonomisk**, **tidsmässig** och **kulturell** tillgänglighet. ( Dahlgren och Whitehead 2007).

**Formell tillgänglighet** avser att samtliga patienter (ej papperslösa flyktingar) har rätt till en god offentligt finansierad vård som täcker nära nog alla typer av sjukvård. Riskerna i den s.k. informella tillgängligheten kan bland annat skapas genom de ersättningsavtal som landstinget har med sina externa vårdgivare. Ersättningsavtalens utformning kan skapa

incitament för att vårdgivaren prioriterar ”lönsamma” patienter istället för ”olönsamma” patienter. (Dahlgren, 2011)

Det är väsentligt för landstingen att beakta det **geografiska** perspektivet i och med att det oftast finns skillnader mellan storstad och landsbygd avseende ohälsotal, livslängd, utbildningsnivå, medelinkomst samt arbetsmarknad. (SKL, 2009) Vidare påverkar avstånd till närmaste läkare/vårdcentral benägenheten att söka vård. Dålig geografisk tillgänglighet bidrar därför till att färre vårdbehov tillfredställs och att färre sjukdomar upptäcks tidigt medan det finns goda behandlingsmöjligheter. Eftersom personer med låg inkomst ofta tenderar att leva mer i periferin (storstädernas förorter och i glesbygden) finns ofta en socioekonomisk dimension även när det gäller geografisk tillgänglighet. Detta gäller även personer som har stora vårdbehov, t.ex. multisjuka äldre och de med begränsad rörelseförmåga. (Dahlgren, 2011)

Vidare anför Dahlgren (2011) att det vid utformningen av en ideal geografisk tillgänglighetsplan bör beaktas att kraven på närhet i tid är helt andra vid akuta vårdbehov än vid icke akuta vårdbehov. Vid en analys av den geografiska tillgängligheten bör därför särskiljas följande tre olika anledningar att söka vård:

1. Resa till vårdcentral/husläkarmottagning för icke akuta vårdbehov.
2. Resa till vårdcentral/sjukhus för akut vårdbehov.
3. Resa till sjukhus för planerad vård.

När s.k. etableringsfrihet införs inom den offentligt finansierade vården kan andra kriterier, som exempelvis lönsamhetskriterier, snarare än geografisk tillgänglighet och behov, komma att styra beslut om lokalisering av vård. Idag är det enligt lag (Lagen om valfrihetssystem LOV) reglerat att auktoriserade externa vårdgivare har rätt att besluta var inom landstinget deras offentligt finansierade verksamhet ska lokaliseras. Erfarenhetsmässigt innebär det att etablering görs mer i städer än på landsbygden. Samtidigt finns i större städer en tendens att de externa vårdgivarna prioriterar hög- snarare än låginkomstområden. Landstingen har inte heller någon rätt att begränsa antalet etableringar av offentligt finansierade externa vårdgivare. (Dahlgren, 2011)

Gällande den **ekonomiska tillgängligheten** har FN fastslagit att ”health facilities, goods and services must be affordable for all. Payment for health care services, as well as services related to the underlying determinants of health, has to be based on the principle of equity, ensuring that these services, whether privately or publicly provided, are affordable for all, including socially disadvantaged groups.” I FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna anges att ”Equity demands that poorer households should not be disproportionately burdened with health expenses as compared to richer households” (FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 2000).

Som anges ovan var den huvudsakliga anledningen för de som inte söker vård ekonomisk. Vid en analys av vård på lika villkor är det därför viktigt klarlägga i vilken utsträckning ekonomiska faktorer påverkar olika befolkningsgruppers otillfredsställda vårdbehov. Analysen bör göras av hur patientavgiftsförändringar påverkar de resurssvaga grupperna. (Dahlgren, 2011)

Patientavgifter innebär att de med störst vårdbehov får betala mer än de med mindre vårdbehov. Vid ett oförändrat vårdutnyttjande innebär en omfördelning från skatt till patientavgifter att (Dahlgren, 2011):

- äldre betalar mer och yrkesverksamma mindre
- kvinnor betalar mer och män mindre
- låginkomsttagare betalar mer och höginkomsttagare mindre

Ökade intäkter genom olika typer av patientavgifter istället för via skatten minskar således förutsättningarna att erbjuda en vård på lika villkor genom att betalningsbördan omfördelas från dem med små vårdbehov till dem med större vårdbehov. Samtidigt minskar den ekonomiska tillgängligheten speciellt bland de grupper som har den största sjukdomsbördan/vårdbehoven och mest begränsade betalningsförmågan. Vid en analys av vård på lika villkor finns därför dubbla skäl att fokusera på olika vårdavgifters omfattning och fördelning. (Dahlgren, 2011)

Dock bör det tilläggas att i Sverige finns det ett högkostnadsskydd för patientavgifter. Högkostnadsskyddet omfattar bl.a. öppenvård, sjukvårdande behandling, läkemedel, tekniska hjälpmedel, sjukresor samt viss tandvård. ([www.varldguiden.se](http://www.varldguiden.se)) Detta medför att Sverige jämfört med andra länder har en god förutsättning för att skapa en hög ekonomisk tillgänglighet inom hälso- och sjukvården.

**Tidsmässig tillgänglighet** har de senaste åren stått i fokus i den politiska debatten inom hälso- och sjukvården. Det visar sig främst genom införandet av lagkraven kring vårdgaranti som numera är en del av Hälso- och sjukvårdslagen. Tidsmässig tillgänglighet innefattar bland annat patienters möjligheter att nå vårdcentralen per telefon, väntetider till specialistläkare och allmänläkare, kötider till förplanerade operationer etc. Landstingen har genomgående en löpande uppföljning av kösituationen. Detta är också nödvändigt för att kunna bedöma när patienter kan kräva vård vid utomlänssjukvård eller vård utomlands som det egna landstinget bekostar. Ett ytterligare skäl att registrera och prioritera den tidsmässiga tillgängligheten inom vården är statens s.k. kömiljard som premierar landsting som uppfyllt vårdgarantis krav i minst 90 procent av alla fall. Tyvärr har vissa landsting genom att inte räkna med de patienter som är beredda att vänta lite längre för att få vård vid "ortens sjukhus" snarare än vid ett sjukhus i en annan del av landet "förvirrat" bilden av köernas längd. Det finns också fall där vårdgivare för att minska köerna prioriterar första kontakter snarare än återbesök vilket kan drabba t.ex. personer med kroniska sjukdomar som kräver relativt täta läkarkontakter. (Dahlgren, 2011)

En förutsättning för en god **kulturell tillgänglighet** är att vårdgivarna är medvetna om existerande socioekonomiska skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet. Kulturell tillgänglighet omfattar mötet mellan patient och vården. Kommunikationsproblem kan också uppstå mellan en högutbildad läkare och en kortutbildad patient även om båda har svenska som sitt modersmål. Den nödvändiga dialogen för att läkaren ska kunna ställa rätt diagnos kan ta längre tid i de fall patienten har svårt att uttrycka sina hälsoproblem på ett sätt som läkaren uppfattar som relevant. Samtidigt kan det krävas längre tid för att en kortutbildad att fullt ut tillgodogöra sig den information och de råd som läkaren ger. Det finns samtidigt skäl att uppmärksamma att välutbildade patienter i allt högre grad tack vare bl.a. internet och FASS ofta ställer högre krav på vårdgivaren än kortutbildade. De är samtidigt väl medvetna om och kan vanligen hävda sina rättigheter bättre än kortutbildade patienter.

(Dahlgren, 2011) Som angavs ovan visade sig lågutbildade därtill vara sämre på att följa läkarens medicinrekommendationer jämfört med högutbildade.

#### 1.4 Vårdvalet och ersättning till vårdgivarna

Hälso- och sjukvårdslagens behovsprincip slår entydigt fast att offentliga resurser till vård ska fördelas efter behov. En analys av förutsättningarna för en vård på lika villkor bör därför omfatta analyser av olika modeller för att fördela offentliga resurser. I och med att de offentliga resurserna även fördelas externt, till privata vårdgivare, aktualiseras de ökade krav på kontroll och löpande uppföljning som dessa system förutsätter. Göran Dahlgren (2011) talar om tre olika typer av ersättningsmodeller:

- Besöksmodellen - Hög andel av ersättningen relaterad till antalet besök (s.k. Stockholmsmodellen)
- Listningsmodellen - Hög andel av ersättningen relaterad till antalet listade patienter
- Målstyrda modeller - Hög andel målrelaterad ersättning.

Samtliga modeller har för- och nackdelar. Besöksmodellen kan medföra att risker att en prioritering görs av korta snarare än mer tidskrävande konsultationer samt risker för att ett besök delas upp i flera besök ("ett hälsoproblem per besök"). Detta drabbar speciellt multisjuka och andra grupper med många och sammansatta vårdbehov. Eftersom kortutbildade i högre grad än högutbildade har sammansatta vårdbehov bidrar en uppsplittring av ett normalt besök också till en vård på olika villkor.

Riskerna med listningsmodellen är att vårdgivaren försöker lista lönsammare patienter trots krav att ingen får nekas att bli listad (tills kapacitetstaket är uppnått). Indirekt kan vårdgivarna dock påverka vilka som listas genom lokalisering av vårdenheten i attraktiva områden och genom riktad marknadsföring. Vidare kan en hög andel fast ersättning ge incitament att underbehandla. Erfarenheter från bl.a. Danmark och Norge visar att en hög andel fast ersättning till allmänläkare tenderar att öka deras remisser till andra specialister. (Krasnik et.al 1990, Iversen och Lurås 2000).

Den målstyrda modellen är en relativt ny ersättningsmodell. Fördelarna med den är att vårdpersonalen fokuserar på verksamhetens mål i termer av t.ex. god tillgänglighet, hög vårdkvalitet och bättre hälsa. Vidare stimulerar den användningen av evidensbaserade effektiva behandlingsmetoder. Dessutom finns det möjlighet att i en sådan modell bygga in sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser och ha ett tydligt fokus på förbättrad folkhälsa och/eller minskad riskexponering t.ex när det gäller tobak, alkohol, brist på fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, dåliga arbetsmiljöer och skador (inklusive sjukvårdsrelaterade skador). Det återstår dock en hel del utvecklingsarbete innan en målrelaterad ersättningsmodell fullt ut kan tillämpas. Inom bl.a. National Health Services (NHS) i England har dock sedan ett par år tillämpats – med viss begränsad framgång – ett målbaserat ersättningssystem. (Dahlgren, 2011)

Konkurrensverket har utvärderat LOV och anser bland annat att det finns ett behov att utveckla ersättningssystemen mot att en ökad vårdtyngdbaserad ersättning. De anser att mer differentierade ersättningssystem kan bidra till minskade problem som kan uppkomma om det finns systematiska skillnader i vårdtyngden.

Referensram kring LOVs påverkan av den geografiska tillgängligheten återfinns under punkt 2.2.3 *Tillgängligheten*.

### **1.5 Förebyggande arbete inom vård på lika villkor**

Det övergripande målet för svensk folkhälsopolitik är en bättre och jämlikare hälsa. Hälsans och ohälsans bestämningsfaktorer bestäms av såväl miljö, livsvillkor och levnadsvanor. Nära nog alla hälsorisker drabbar i högre grad låg- än höginkomstgrupper. De socioekonomiska skillnaderna i ohälsa är speciellt stora för bl.a. ohälsosamma arbetsmiljöer, arbetslöshet, ekonomisk stress, rökning och fetma. Ur ett hälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv är det viktigt att även hälso- och sjukvårdens förebyggande insatserna sker på lika villkor, dvs. relateras till de socioekonomiska skillnaderna i riskexponering och ohälsoeffekter. Det blir därför viktigt att kartlägga omfattning och den socioekonomiska fördelningen av hälsorisker, skyddsfaktorer och hälsofrämjande faktorer. Det är därför lika väsentligt att beskriva och analysera riskepidemiologin så som epidemiologin<sup>1</sup> avseende olika socioekonomiska fördelningar och differentierade socioekonomiska effekter (Dahlgren, 2011)

---

<sup>1</sup> **Epidemiologi** är läran om sjukdomsförlopp.