



2017-11-29

Socialdepartementet  
[s.registrator@regeringskansliet.se](mailto:s.registrator@regeringskansliet.se)  
[s.fs@regeringskansliet.se](mailto:s.fs@regeringskansliet.se)

## Remissvar Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa (SOU 2017:47)

---

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga och professionella organisation, politiskt och fackligt obunden, som arbetar för en förbättrad hälsa och sjukvård i samhället, för patientens bästa. SLS har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade betänkande och vill lämna följande synpunkter.

SLS svar har beretts i vår kommitté för prevention och svar har inkommit från våra vetenskapliga sektioner för allmänmedicin och reumatologi. Dessa yttranden innehåller enligt vår bedömning värdefulla synpunkter och bifogas i sin helhet.

### Allmänt

SLS ser kommissionens slutbetänkande som ett viktigt steg i arbetet för en mer jämlik hälsa. Många genomtänkta förslag läggs fram, och de kommer att ha stor betydelse – om de genomförs. Vi vill betona att det avgörande nu är om kommissionens arbete leder till aktivitet från aktörer som riksdag, statliga myndigheter, regioner/landsting, kommuner. Kunskapen om att vi har en ojämlik hälsa, och att ojämlikheten ökar, har funnit i årtionden. Nu krävs att en vilja till förändring omsätts i praktisk handling.

SLS är positivt till den föreslagna ändringen av det övergripande folkhälsopolitiska målet. SLS vill särskilt påpeka vikten av det föreslagna åttonde målområdet – en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Slutbetänkandet beskriver sju centrala livsområden där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa. Vi menar att hälso- och sjukvården är ett sådant centralt livsområde för den jämlika hälsan, på samma nivå som de övriga sju.

SLS är positivt till den dialektiska syn på jämlikhetsarbete inom och utom hälso- och sjukvården som slutbetänkandet beskriver: ”Ojämlikheten i hälsa kan således inte lösas enbart genom insatser för bättre levnadsvanor eller i hälso- och sjukvården. Men utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi inte heller att uppnå en jämlik hälsa”. I sammanfattningen (s. 7) finns dock en olycklig formulering: ”Ojämlikheten i hälsa börjar således inte med levnadsvanorna...”. Detta är inte sakligt helt korrekt. I vissa fall är det uppenbart att ojämlikhet i hälsa faktiskt börjar i bruket av exempelvis alkohol och tobak. Detta ses exempelvis vid påverkan på barn i familjer där föräldrar har skadligt bruk eller är beroende av alkohol, där barnen senare i livet klarar sig sämre i skolan och har en större sjuklighet än andra barn. Det ses mer uppenbart vid alkoholorsakade fosterskador som sträcker sig från fetalt alkoholsyndrom till sociala problem och inlärningsproblem, och alkoholens inverkan på skolresultat.

**SLS saknar** ett djupare resonemang om ett av de stora problemen i hälso- och sjukvården, bristen på läkare i primärvården, och vilken betydelse det har för att leva upp till hälso- och sjukvårdslagens krav på en jämlik vård. En stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa, men det saknas förslag om hur primärvården ska kunna stärkas.

## Kap 4.6 Levnadsvanor

SLS ställer sig generellt bakom förslagen i 4.6. Vi vill särskilt framhålla några områden.

### Tobak

**SLS anser** att det är viktigt att slutbetänkandet ställer sig bakom EU:s tobaksdirektiv angående ökad tobaksskatt, utökade rökfria miljöer och exponeringsförbud. **SLS saknar** dock förslag om *neutrala tobakspaket*, d.v.s. att tobakspaketen endast får tillverkas i en bestämd färg och att tobaksbolagens logotyper inte får användas. Det är väl känt att detta gör konsumenterna mindre intresserade, och därför motarbetas förslaget av tobaksindustrin. I tobaksdirektivet uttrycktes viss oro för att neutrala paket skulle bryta mot tryckfrihetsförordningen. Det finns dock jurister som göra andra tolkningar av detta, och tryckfrihetsförordningen är inte tänkt att skydda vinstdrivande företag som säljer dödliga, beroendeframkallande produkter. Vi menar att neutrala tobakspaket är en viktig åtgärd för en jämlik hälsa.

**SLS anser** att det är positivt att slutbetänkandet ställer sig bakom målet för Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025. Detta mål är av största vikt för att minska skadorna av tobaksrökning. Det är dock bara sju år kvar till 2025, och Sverige ligger på efterkälken jämfört med flera andra länder. Från regeringens sida är en strukturerad handlingsplan fram till 2025, en sammanhållande och kraftfull nationell ledningsfunktion och en adekvat finansiering av genomförandet nödvändiga komponenter för att målet ska nås till 2025.

Skolans stora roll vid formandet av hälsosamma levnadsvanor framhålls på flera ställen i slutbetänkandet, vilket är positivt. De konkreta områden som nämns är dock endast matvanor och fysisk aktivitet. **SLS anser** att skolans viktiga roll även för att förebygga att unga börjar röka och dricka alkohol bör framhållas. Ett skadligt beteende grundläggs idag oftast under skolåren, både vad gäller rökning och risk/missbruk av alkohol.

### Stress- och sömnstörningar

Det är positivt att slutbetänkandet tar upp sömnproblem och kronisk stress som levnadsvanor och riskfaktorer för sjukdom, och önskar att det leder till att evaluering och kunskapsspridning av metoder för att motverka kronisk stress och sömnproblem prioriteras av ansvariga myndigheter.

## 4.8 En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

SLS ställer sig generellt bakom förslagen i 4.8. Vi vill särskilt framhålla vårt stöd till slutsatsen att det sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården behöver förstärkas. Trots positiva insatser, inte minst vid försöken att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder från 2011, är utvecklingen mycket ojämn i olika regioner/landsting, och det mesta utvecklingsarbetet återstår ännu att göra.

**SLS saknar** ett djupare resonemang om bristen på läkare i primärvården och vilken betydelse det har för att leva upp till hälso- och sjukvårdslagens krav på en jämlik vård. I betänkandet beskrivs de utmaningar vården står inför med många äldre och en stor andel med långvariga och kroniska sjukdomar. Det konstateras att en förutsättning för att kunna ge jämlik vård är att det finns personal och att ett problem är bristen på specialister i allmänmedicin. Betänkandet delar uppfattningen i *Effektiv vård (SOU 2016:2)* att en välfungerande primärvård sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärden som hälso- och sjukvården kan bidra med för att uppnå en mer jämlik hälsa. Trots detta saknas förslag som skulle kunna bidra till att stärka primärvården. Det innebär också att det är svårt att se hur de förslag som läggs om ökad tillgänglighet, särskilt i socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden, ska kunna realiseras. **SLS delar** däremot helt uppfattningen om att hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig efter patienternas behov och att tillgängligheten ska anpassas utifrån skiftande behov. Vi delar också uppfattningen om att patient- och personcentrerade arbetsätt bör utvecklas liksom att vårdens organisering bör utvecklas för att skapa kontinuitet för patienterna. Det är särskilt viktigt för äldre och patienter med kroniska sjukdomar. För utvecklade synpunkter i denna del hänvisar vi till svaret från SLS sektion för allmänmedicin, bilaga 2.

Slutbetänkandet konstaterar att det finns evidens för att riktade hälsoundersökningar, som är kopplade till ett hälsosamtal i form av en dialog utifrån deltagarens egen hälsoprofil, på ett kostnadseffektivt sätt minskar insjuknande och död, men också minskar sociala skillnader i hälsa. **SLS instämmer** i denna bedömning, och ser det som otillfredsställande att praxis i denna fråga är mycket olika i landets regioner/landsting.

I slutbetänkandet finns även förslag om att regeringen ska utveckla de nationella målen för GU och ST för tydligare kriterier om bland annat kunskap om förebyggande arbete. SLS kan konstatera att regeringen för närvarande bereder förslag om en förnyad läkarutbildning enligt förslaget från Läkarutbildningsutredning (SOU 2013:15) samt förslag om en ny gemensam introduktion i form av bastjänstgöring som ska utformas som en fristående första del i ST-tjänstgöringen. Här kommer lärandemålen för läkare naturligt att ses över.

**SLS är i huvudsak positivt** till områdesansvar för befolkningens hälsa. Det framgår av betänkandet att förslaget inte avser att ändra på patientens valfrihet och listningssystem. Det viktiga är att ånyo inte genomföra stora systemförändringar i primärvården som riskerar bryta den kontinuitet och de personliga vårdrelationer som finns idag. Det lokala områdesansvaret innebär ett ansvar att ha kunskap om befolkningens hälsa inom ett geografiskt område. Inom ramen för områdesansvaret bör vården ge stöd till förebyggande och hälsofrämjande insatser i samarbete med andra aktörer i lokalsamhället, särskilt kommuner och civilsamhälle.

I slutbetänkandet föreslås en översyn av lagstiftningen för att möjliggöra samkörning av kvalitetsregisterdata med lokala och regionala data avseende socioekonomi. Syftet skulle vara verksamhetsutveckling och länkningarna skulle ske utan etiskt tillstånd. **SLS anser** att behovet av den sortens uppgifter i folkhälsoarbetet inte får inkräkta på den personliga integriteten och på så sätt riskera att minska det förtroende befolkningen ger genom att dela med sig av sina hälsodata till kvalitetsregistren. En sådan förändring av lagstiftningen måste föregås av en noggrann konsekvensutredning. För att säkra nationella, jämförbara data är det också oundgängligt att behålla kompetensen i riksövergripande funktioner i kvalitetsregistren, även om dessa kan kompletteras av regionala ansatser i vissa specifika frågor.

Avslutningsvis för avsnitt 4.8, vill SLS uppmärksamma att formuleringen (s. 232) ”De flesta kroniska sjukdomar är möjliga att förebygga genom att påverka levnadsvanor” är onödigt hård och skuldbeläggande. Ingen av de reumatiska sjukdomarna kan säkert förebyggas för den enskilde individen genom förändrade levnadsvanor. Analyserna som genomförts räknar risk på populationsnivå.

### **Kap 5.3 Finansieringsmodeller med ett socialt investeringsperspektiv**

**SLS är i huvudsak positivt** till slutbetänkandets tankar om att det bör utvecklas finansieringsmodeller och arbetssätt som har ett socialt investeringsperspektiv och främjar ett effektivt användande av offentliga resurser med tydligt fokus på förebyggande arbete och en god och jämlik hälsa. Kortsiktigt budgettänkande kan säkert ofta vara ett hinder för samverkan och nödvändiga investeringar inom den offentliga sektorn. Däremot är betänkandets förslag om resursfördelningsmodeller, finansiell samverkan och offentliga upphandling för övergripande och okonkreta för att det ska vara möjligt att kunna bedöma konsekvenserna.

### **Kap 5.4 Ett stärkt kunskapsbaserat arbete**

SLS delar generellt uppfattningen att kunskapen bör öka om hur politiska beslut och olika verksamheter påverkar hälsan och dess bestämningsfaktorer för olika sociala grupper. Vi delar också synen om att det behövs en kontinuerlig dialog och gemensam kunskapsutveckling mellan olika vetenskapliga fält liksom mellan forskning, praktik och politik inom olika samhällssektorer.

När det gäller de konkreta förslagen har dock **SLS några reservationer**. Bland annat föreslår slutbetänkandet en översyn av lagstiftningen för att möjliggöra samkörning av kvalitetsregisterdata med lokala och regionala data avseende socioekonomi. Syftet är verksamhetsutveckling och att länkningarna kan ske utan etiskt tillstånd. SLS vill understryka att behovet av den sortens uppgifter i

folkhälsoarbetet aldrig får inkräkta på den personliga integriteten och på så sätt riskera att minska det förtroende befolkningen ger genom att dela med sig av sina hälsodata till kvalitetsregistren. En sådan förändring av lagstiftningen måste föregås av en noggrann konsekvensutredning. För att säkra nationella, jämförbara data är det också oundgängligt att behålla kompetensen i riksövergripande funktioner i kvalitetsregistren, även om dessa kan kompletteras av regionala ansatser i vissa specifika frågor.

**SLS känner även stor tveksamhet** inför förslaget att inrätta ett ”Råd för en god och jämlik hälsa” som ska fungera som en oberoende rådgivare åt regeringen. Att inrätta separata policyskapande enheter inom eller utanför Regeringskansliet förstärker den byråkratiska överbyggnaden och kan leda till gränsdragningsproblem gentemot fackdepartement och myndigheter, dubbelarbete och oklarhet om ägandeskapet av frågorna. Utvärderingar av exempelvis nationella samordnare visar också att den här typen av samordningsfunktioner ofta innebär dyra kostnader men sällan ger önskvärda effekter.

För Svenska Läkaresällskapet

*Stefan Lindgren*  
Ordförande

Bilaga:

Remissvar från SLS

- kommitté för prevention
- vetenskapliga sektion för allmänmedicin (Sfam)
- vetenskapliga sektion för reumatologi

# Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Slutbetänkande från Kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2017:47)

## Remissvar från Svenska Läkaresällskapets kommitté för prevention

Vi ser kommissionens slutbetänkande som ett viktigt steg i arbetet för en mer jämlik hälsa. Många genomtänkta förslag läggs fram, och de kommer att ha stor betydelse – om de genomförs. Vi vill betona att det avgörande nu är om kommissionens arbete leder till aktivitet från aktörer som riksdag, statliga myndigheter, regioner/landsting, kommuner. Kunskapen om att vi har en ojämlik hälsa, och att ojämlikheten ökar, har funnit i årtionden. Nu krävs att en vilja till förändring omsätts i praktisk handling.

Vi är positiva till den föreslagna ändringen av det övergripande folkhälsopolitiska målet. Vi vill också särskilt påpeka vikten av det föreslagna åttonde målområdet – en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Slutbetänkandet beskriver sju centrala livsområden där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa. Vi menar att hälso- och sjukvården är ett sådant centralt livsområde för den jämlika hälsan, på samma nivå som de övriga sju.

Vi är positiva till den dialektiska syn på jämlikhetsarbete inom och utom hälso- och sjukvården som Slutbetänkandet beskriver: "Ojämlikheten i hälsa kan således inte lösas enbart genom insatser för bättre levnadsvanor eller i hälso- och sjukvården. Men utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi inte heller att uppnå en jämlik hälsa" (s 17). I sammanfattningen (s 7) finns dock en olycklig formulering: "Ojämlikheten i hälsa börjar således inte med levnadsvanorna...". Detta är inte sakligt helt korrekt. I vissa fall är det uppenbart att ojämlikhet i hälsa faktiskt börjar i bruket av exempelvis alkohol och tobak. Detta ses exempelvis vid påverkan på barn i familjer där föräldrar har skadligt bruk eller är beroende av alkohol, där barnen senare i livet klarar sig sämre i skolan och har en större sjuklighet än andra barn. Det ses mer uppenbart vid alkoholorsakade fosterskador som sträcker sig från fetalt alkoholsyndrom till sociala problem och inlärningsproblem, och alkoholens inverkan på skolresultat.

### Levnadsvanor

Vi ställer oss generellt bakom förslagen i avsnittet Levnadsvanor (4.6). Vi vill särskilt framhålla några områden:

**Tobak:** Det är viktigt att slutbetänkandet ställer sig bakom EU:s tobaksdirektiv angående ökad tobaksskatt, utökade rökfria miljöer och exponeringsförbud. Vi saknar dock förslag om *neutrala tobakspaket*, d.v.s. att tobakspaketen endast får tillverkas i en bestämd färg och att tobaksbolagens logotyper inte får användas. Det är väl känt att detta gör konsumenterna mindre intresserade, och därför motarbetas förslaget av tobaksindustrin. I tobaksdirektivet uttrycktes viss oro för att neutrala paket skulle bryta mot tryckfrihetsförordningen. Det finns dock jurister som göra andra tolkningar av detta, och tryckfrihetsförordningen är inte tänkt att skydda vinstdrivande företag som säljer dödliga, beroendeframkallande produkter. Vi menar att neutrala tobakspaket är en viktig åtgärd för en jämlik hälsa.

Vi är positiva till att slutbetänkandet ställer sig bakom målet för Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025. Detta mål är av största vikt för att minska skadorna av tobaksrökning. Det är dock bara sju år kvar till 2025, och Sverige ligger på efterkälken jämfört med flera andra länder. Från regeringens sida är en strukturerad handlingsplan fram till 2025, en sammanhållande och kraftfull nationell ledningsfunktion och en adekvat finansiering av genomförandet nödvändiga komponenter för att målet ska nås till 2025.

**Skolans roll vid primärprevention av tobaks- och alkoholbruk:** Skolans stora roll vid formandet av hälsosamma levnadsvanor framhålls på flera ställen i slutbetänkandet, vilket vi är positiva till. De konkreta områden som nämns är dock endast matvanor och fysisk aktivitet. Skolans viktiga roll för att förebygga att unga börjar röka och dricka alkohol bör även framhållas. Ett skadligt beteende grundläggs idag oftast under skolåren, både vad gäller rökning och risk/missbruk av alkohol.

**Matvanor:** Vi stöder kommissions förslag om punktskatt på sockrade drycker, och även dess positiva inställning till sänkt skatt på frukt och grönsaker. Samma inställning till dessa frågor finns för övrigt även i Folkhälsomyndighetens och Livsmedelsverket utredning "Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet", som publicerades i maj. Genom uppföljningar i länder som infört liknande skatter finns idag evidens för att skatteförändringar på ohälsosamma livsmedel är effektiva och har gynnsamma effekter på jämlik hälsa, vilket även WHO och slutbetänkandet konstaterat.

**Stress- och sömnstörningar:** Vi är positiva till att slutbetänkandet tar upp sömnproblem och kronisk stress som levnadsvanor och riskfaktorer för sjukdom, och önskar att det leder till att evaluering och kunskapsspridning av metoder för att motverka kronisk stress och sömnproblem prioriteras av ansvariga myndigheter.

### **En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård**

Vi ställer oss generellt bakom förslagen i avsnittet En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård (4.8). Vi vill särskilt framhålla vårt stöd till slutbetänkandets slutsats att det sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården behöver förstärkas. Trots positiva insatser, inte minst vid försöken att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder från 2011, är utvecklingen mycket ojämn i olika regioner/landsting, och det mesta utvecklingsarbetet återstår ännu att göra. Slutbetänkandet har för övrigt samma bedömning vad gäller den ojämna utvecklingen: "Det finns emellertid stora skillnader i hur hälso- och sjukvården arbetar med att minska hälsoklyftor i sitt förebyggande arbete. Detta gäller både hur landstingen styr och hur hälso- och sjukvården prioriterar frågan" (s 233).

**Uppsökande verksamhet typ Västerbottens Hälsoundersökningar:** Slutbetänkandet konstaterar att det finns evidens för att riktade hälsoundersökningar, som är kopplade till ett hälsosamtal i form av en dialog utifrån deltagarens egen hälsoprofil, på ett kostnadseffektivt sätt minskar insjuknande och död, men också minskar sociala skillnader i hälsa. Vi instämmer

i denna bedömning, och ser det som otillfredsställande att praxis i denna fråga är mycket olika i landets regioner/landsting.

2017-11-16

Svenska Läkaresällskapet

**Svensk förening för allmänmedicin (Sfams) svar på remissen *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa* SOU 2017:47**

Våra synpunkter på betänkandet gäller främst avsnitten 4.8.1–3 (sid 229-253) *En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård*.

Vi anser att slutbetänkandet utgör en omfattande och väl belagd genomgång av de komplexa orsakerna till de ojämlikheter i hälsa och livslängd som finns i vårt samhälle.

**Allmänna synpunkter**

Betänkandet utgår från Hälso- och sjukvårdslagens intentioner om vård på lika villkor efter behov, vilket innebär både horisontell jämlikhet (personer med lika behov av vård ska erbjudas lika vård) och vertikal jämlikhet (personer med större behov ska prioriteras framför dem med mindre behov och få vård som anpassas efter deras behov). I betänkandet påvisas en rad omotiverade skillnader.

Kommissionen konstaterar bland annat att det finns större skillnader mellan socioekonomiska grupper än mellan regioner, och i betänkandet hänvisar man till myndigheten för Vårdanalys, som i en rapport 2014 konstaterar att de geografiska skillnaderna mellan vårdgivare ofta kan härledas till organisatoriska orsaker och att skillnader mellan befolkningsgrupper inom en vårdgivares ansvarsområde ofta beror på vad som sker i vårdmötet.

Vikten av att hälso- och sjukvården särskilt uppmärksammar behoven hos grupper i särskilt utsatta positioner understryks. Detta gäller såväl sjukvård som förebyggande, hälsofrämjande, stärkande och stödjande insatser.

Det är bra att kommissionen anknyter till utredningen SOU 2016:2 *Effektiv vård*, som hävdar att en utbyggd primärvård sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärd som hälso- och sjukvården kan göra för att åstadkomma en mer jämlik hälsa. Vidare lyfter denna utredning fram betydelsen av det personliga mötet: "...värdet av hälso- och sjukvården uppstår på mikronivån, i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Det är där som effektiviteten inom hälso- och sjukvården får sitt egentliga uttryck."

Även på andra centrala punkter finns samstämmighet mellan kommissionens betänkande och utredningen SOU 2016:2 *Effektiv vård*, bland annat i konstaterandet att den personliga kontinuiteten eller det personliga ansvarstagandet för "min patient" är en nyckelfråga, att bristande kontinuitet är en väsentlig källa till ineffektivitet i vården samt att: "verksamheter som utredningen tagit del av och som visar bäst resultat är de verksamheter där det finns en kontinuitet i relationen läkare och patient".



I slutbetänkandet framgår det att värdet av hälso- och sjukvård uppstår i själva mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Vi är eniga i detta, men vill lyfta fram att förbättrad effektivitet inom hälso- och sjukvården endast kan åstadkommas genom åtgärder som påverkar *förutsättningarna* för dessa vårdmöten.

Specialisten i allmänmedicin har en kompetens som skapar sådana förutsättningar. Socialstyrelsens målbeskrivning för allmänmedicin är tydlig i kravet på hälsofrämjande kompetens: "Allmänmedicin är en medicinsk specialitet som har sin tyngdpunkt i mötet med patienten. Specialiteten innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem samt att självständigt bedöma och behandla dessa, även de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom. I det allmänmedicinska specialistarbetet ska man under lång tid kunna följa en individs olika hälsoproblem och i bedömningen av dessa kunna väga in personens hela livssituation"

Vi anser att kommissionen inte lyfter fram det personliga ansvarets betydelse tillräckligt tydligt. Det är anmärkningsvärt att man i detta omfattande betänkande endast i förbigående och i en enda mening nämner ett av svensk sjukvårds största strukturella problem, nämligen bristen på allmänläkare. Vi saknar konkreta förslag till lösningar på detta grundläggande problem inom hälso- och sjukvården.

### Rapporter och undersökningar

Rapporter från OECD, Vårdanalys, SKL, Socialstyrelsen, Riksrevisionen, Konkurrensverket m fl, visar att Sverige är världens mest sjukhusläkartäta land, att vi har en av de lägsta andelarna allmänläkare i världen av den totala läkarkåren, att vi har de längsta sjukhusköerna i OECD och att det i Sverige görs minst antal läkarbesök per invånare inom OECD. Antalet fast anställda allmänläkare omräknat i heltider har dessutom minskat de senaste åren.

Vi saknar i betänkandet en genomgång av nationella rapporter och redovisningar som kan leda till en förståelse av den inverkan allmänläkarbristen har på hälso- och sjukvårdens förmåga att leva upp till lagens krav på jämlik sjukvård.

### Forskningsresultat

Det finns vetenskapligt belägg för att en välfungerande primärvård med generalistläkare främjar ett lands folkhälsa. Barbara Starfield, välrenommerad amerikansk utforskare av primärvårdens roll inom hälso- och sjukvården, understryker primärvårdens/allmänläkarens betydelse för en jämlik vård<sup>1</sup>. Starfield tillskriver primärvården fyra attribut eller kännetecken:

- Lätt tillgänglighet för patienterna i deras första kontakt med hälso- och sjukvården.
- Ett heltäckande vårderbjudande – man kan och vill erbjuda allt det patienterna visar sig behöva av vård, om inte i ett möte på mottagningen så genom remisser eller andra samarbetskanaler.
- Samordning – man strävar efter att hålla ihop vårdepisoden oavsett vilka vårdgivare som kan behöva engageras.
- Kontinuitet med varaktigt partnerskap och personlig relation över tid.

Patienten måste utan hinder kunna bestämma behovet av kontakt med en allmänläkare. Det är också patienten som ger allmänläkaren uppdraget att handlägga eller ta hjälp av övrig vård.

Allmänmedicinen är också den specialitet som oftast och på bästa sätt tar ansvar för kontinuiteten i vården och för samordningen med sjukhusspecialister, i synnerhet för kroniskt och multipelt sjuka

---

<sup>1</sup> [https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications\\_PDFs/A243.pdf](https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A243.pdf)

personer. Patienten och läkaren bör i det personliga mötet tillsammans avgöra behovet av vårdinsatser och hur dessa ska tillgodoses.

Allmänläkare i Sverige tar emot 14 miljoner patientbesök per år, vilket motsvarar 1,5 besök per invånare och är motsvarande hälften av det totala antalet läkarbesök i Sverige, en låg andel i förhållande till andra jämförbara, länder. Allmänläkare har trots detta en bred kontaktyta mot befolkningen och på ett år har, enligt en rapport från Myndigheten för vårdanalys, mer än 50 procent av invånarna haft ett personligt möte med en allmänläkare. Inom 3–4 år träffar allmänläkaren i en väl fungerande primärvård cirka 90 procent av befolkningen. Ingen annan vårdprofession har allmänmedicinens breda kontaktyta mot befolkningen eller besitter dess generalistkompetens. Därför är allmänläkaren vårdens huvudsakliga kontinuitetsbärare. Mellan 80 och 90 procent av besöken hos allmänläkare kan hanteras inom primärvården utan att involvera övriga specialistläkare och för majoriteten av befolkningen sker kontakten med hälso- och sjukvården uteslutande genom primärvård.

Med detta vill vi hävda att primärvården med dess allmänläkare intar en särställning för att en mer jämlik vård ska bli möjlig. Hälsans bestämningsfaktorer ligger till stor del utanför hälso- och sjukvården, men det är enligt våra etiska och politiska värderingar hälso- och sjukvårdens uppgift att, så långt det är möjligt, kompensera för de negativa hälsoeffekter som följer av socioekonomiska skillnader, språkliga och kulturella barriärer och nedsatt autonomi. Allmänläkarna har då en nyckelfunktion då det gäller tillgänglighet, kontinuitet, tillit och delaktighet.

I Sverige finns idag enligt SCB 430 000 arbetslösa, 225 000 fattigpensionärer och totalt 1 913 000 pensionärer samt 1 600 000 utrikes födda. En stor del av dessa personer har begränsade möjligheter att få vård på lika villkor. För dem är det av avgörande betydelse att ha tillgång till en lättillgänglig fast, personlig allmänläkare.

Allmänläkare är tack vare den breda kontaktytan med befolkningen och den relation som skapas över tid med personliga besök också en viktig aktör i prevention av sjukdom och ohälsa. Allmänmedicinen har därför en viktig roll i folkhälsoarbetet.

Det krävs en utbyggnad av primärvården för att

- möjliggöra effektivitet och skapa ökat utrymme inom slutenvård.
- möta behoven hos en ökande andel äldre i befolkningen
- främja en jämlik hälso- och sjukvård på lika villkor genom att bidra till att minska skillnader i hälsa som följer socioekonomiska förhållanden, kulturella skillnader och språkliga barriärer
- förverkliga patientcentrerad vård
- skapa tillit till hälso- och sjukvården
- främja personligt ansvarstagande, långvariga patientrelationer och kontinuitet.

Vi anser att kommissionen på ett bra sätt understryker betydelsen av det personliga mötet, och av tillgänglighet, kontinuitet och patientcentrering för att jämställdhet ska uppnås, men man försummar att, med stöd av kända fakta och internationella erfarenheter analysera de strukturella orsakerna till nuvarande brister, bland annat den långvariga underfinansieringen av primärvården och den allvarliga bristen på allmänläkare och sjuksköterskor.

### Områdesansvar

Det är bra att kommissionen lyfter fram det personliga mötets betydelse, tillgänglighet, kontinuitet, och patientens delaktighet. Men kommissionen föreslår även återinförande av områdesansvaret. Vi motsätter oss detta eftersom vi anser att patientens val med en relation till en egen läkare är essentiellt och går före de fördelar ett områdesansvar skulle medföra.

Införande av områdesansvar skulle slå sönder den kontinuitet och de personliga vårdrelationer som finns idag, och det skulle ytterligare förvärra den kris som idag råder i primärvården.

### **Digitala lösningar**

Idag sker en ohämmad utveckling av kommersialiserad vård i olika digitala former. Personer med stora vårdbehov, ofta kombinerat med låg tillgång till ny teknik och svårigheter att använda denna, riskerar att bli eftersatta om sådan teknik införs. Kommissionen framhåller att det är angeläget att bevaka nya IT-lösningar och att välfärdsteknologi tillhandahålls på ett jämlikt sätt.

Vi är eniga med kommissionen om vikten av att noggrant bevaka utvecklingen ur jämlikhetssynpunkt när det gäller digitala lösningar, särskilt för äldre personer med stora och långvariga sjukvårdsbehov.

### **Sammanfattning**

Svensk förening för allmänmedicin anser, med stöd av robust vetenskapligt underlag och internationella erfarenheter, att vårdens bidrag till en jämlik hälsa bäst kan främjas genom införande av ett primärvårdssystem i vilket alla invånare i landet på sikt garanteras tillgång till en fast, personlig läkare med specialistkompetens i allmänmedicin.

För Svensk förening för allmänmedicin

**Hanna Åsberg**

Ordförande

Svar på remissen:

Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa, Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47

Liksom i tidigare delbetänkanden från Kommissionen för jämlik hälsa, ställs arbetet med en mer jämlik hälsa i ett större, samhällsligt perspektiv, vilket också vi inser är nödvändigt. Avseende det aktuella slutbetänkandet så lämnar svensk reumatologisk förening här ett yttrande avseende området 4.8 "En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård" och delar av 5.4 "Ett stärkt kunskapsbaserat arbete".

Vi anser att formuleringen på sidan 232 "De flesta kroniska sjukdomar är möjliga att förebygga genom att påverka levnadsvanor" är onödigt hård och skuldbeläggande. Ingen av de reumatiska sjukdomarna kan säkert förebyggas för den enskilde individen genom förändrade levnadsvanor. Analyserna som genomförts räknar risk på populationsnivå. Vi är odelat positiva till satsningar på levnadsvaneinterventioner, såsom hälsosamtal, i primärpreventivt syfte i primärvården.

Såsom det skrivs i slutbetänkandet är dålig tandhälsa en viktig riskfaktor för annan sjuklighet. Inom vårt medicinska område utgör dålig tandhälsa en riskfaktor för insjuknande, men också en risk för komplikationer till läkemedelsbehandling. Vi instämmer i att det behöver utredas hur hela befolkningen på sikt ska kunna garanteras basal tandvård inom hälso- och sjukvården.

I slutbetänkandet föreslås en översyn av lagstiftningen för att möjliggöra samkörning av kvalitetsregisterdata med lokala och regionala data avseende socioekonomi. Syftet skulle vara verksamhetsutveckling och länkningarna skulle ske utan etiskt tillstånd. Behovet av den sortens uppgifter i folkhälsoarbetet får inte inkräkta på den personliga integriteten och på så sätt riskera att minska det förtroende befolkningen ger genom att dela med sig av sina hälsodata till kvalitetsregistren. En sådan förändring av lagstiftningen måste föregås av en noggrann konsekvensutredning. För att säkra nationella, jämförbara data är det också oundgängligt att behålla kompetensen i riksövergripande funktioner i kvalitetsregistren, även om dessa kan kompletteras av regionala ansatser i vissa specifika frågor.

Beträffande vertikal jämlikhet har vi i tidigare remissvar, SOU 2017:4, framhållit den medicinska professionens möjligheter att bidra till en mer jämlik hälso- och sjukvård, i det att läkaren är den som bäst kan överblicka var sjukvårdens insatser behövs mest. Vi anser därför att man inte för snävt ser på begreppet "tillgänglighet" som ofta anförs i sammanhanget, där det är patienter såsom kunder, vars behov tillgodoses, vilket bla framkommer av Agerholms avhandling 2016 beträffande effekter av Vårdval Stockholm. Vi ställer oss bakom slutsatsen att det är patienter med komplexa vårdbehov som konsumerar merparten av vårdens resurser, såsom äldre och patienter med kroniska sjukdomar, de sistnämnda är en för oss välkänd grupp. Vi delar inte till fullo uppfattningen att det inte skulle finnas någon som tar ansvar för hela vårdförloppet, vilket i många fall sker när patienten är knuten till en mottagning eller klinik och följs kontinuerligt under lång tid. En fast läkarkontakt är avgörande i detta sammanhang.

Svensk reumatologisk förening är positiv till inrättandet av ett Råd för god och jämlik hälsa. Även om ansatsen är tvärvetenskaplig bör den medicinska vetenskapen representeras i rådet, permanent eller genom adjungering.

Umeå och Sundsvall november 2017

Lotta Ljung  
Vice ordförande

John Svensson  
Facklig sekreterare

Svensk reumatologisk förening