

Välfärd – för dig med rätt postnummer

En jämförande studie om implementeringsproblemen för lika rättigheter inom den svenska diabetesvården

Abstract

This bachelor thesis builds on an uneven diabetic health care, more specific at Swedish medical clinics where patients with type-1 diabetes are being treated. Today patients are not able to get the same benefits, the access and quality of health care is based on where patients are getting their treatment. However, this is not compatible with the Swedish law saying that the purpose of health care is supposed to be good and equal for the whole population.

Three county councils are in focus for this study: Västra Götaland, Kalmar, and Skåne. The procedure is based in Lennart Lundquists theory of implementation, how the steering is successful or not. The topics that will be in focus for this investigation are *will*, *can* and *understanding*. Two persons from each county councils were chosen out for interviews, one from the profession and one politician.

The outcome of this thesis rule out *will* as single answer to the question, thus it may still affect *can* and *understanding*. However, the analysis clearly shows that *can* has a huge impact on the implementation and that *understanding* often is connected to it.

Nyckelord: implementering, policyprocess, välfärd, hälso- och sjukvård, typ-1 diabetes

*Antal ord:*8802

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Bakgrund.....	1
1.2	Syfte.....	2
2	Metod	3
2.1	Material och urval.....	3
2.1.1	Västra Götaland	4
2.1.2	Kalmar	4
2.1.3	Skåne.....	5
2.2	Intervjuer.....	5
2.2.1	Västra Götaland	6
2.2.2	Kalmar	6
2.2.3	Skåne.....	7
3	Implementeringsteori	8
3.1	Implementeringsproblem	8
3.2	Vill inte, kan inte eller förstår inte?	9
3.2.1	Vilja	9
3.2.2	Kunna.....	11
3.2.3	Förstå	12
3.3	Policys och riktlinjer.....	13
3.4	Forskning	14
4	Analys.....	16
4.1	Professionen.....	16
4.2	Politikerna.....	20
5	Slutsats	23
6	Referenser	25
7	Bilagor	27

1 Inledning

Denna uppsats handlar om den svenska vården, närmare bestämt en ojämlik sådan. Uppsatsen kommer undersöka ett specifikt och mycket centralt område i den svenska välfärden, nämligen hälso- och sjukvården. Den svenska lagen säger nämligen följande:

”2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (SFS 1982:763)

Detta betyder alltså att varje individ, som är medborgare i Sverige har rätt till en likvärdig vård. Detta oberoende var personen ifråga är bosatt. Så är emellertid inte alltid fallet, när förlossningsmottagningar stänger tvingas födande kvinnor att färdas flera mil (Leffler 2016) och vårdköerna skiftar kraftigt mellan landstingen (Widegren 2016). Detta är bara två av flera områden inom vården ur ett brukarperspektiv där kritik och missnöje har lyfts fram.

Ett instrument som används för att mäta välbefinnande är Human Development Index, förkortat HDI. Här mäts bland annat befolkningens hälsa, levnadslivslängd, utbildningsnivå, och GNI som på svenska är det samma som BNI, alltså bruttonationalinkomst. I flera decennier har Sverige placerats i den högsta gruppen som kallas ”Very High Human Development” och i de senaste mätningarna hamnade Sverige på fjortonde plats av totalt 188 länder (UN 2017).

Enligt väljarundersökningar är sjukvårdsfrågan den tredje viktigaste frågan inför det stundande valet hösten 2017 (Mellin 2017). Därför är min åsikt att det finns hög inom- och utomvetenskaplig relevans att studera vården ur ett statsvetenskapligt perspektiv. Vården är ett område där mycket missnöje har framkommit och jag ämnar undersöka vilka statsvetenskapliga problem som ligger till grund för detta.

Frågan om just diabetesvården är i sig viktig för Sveriges medborgare. Diabetes har ökat kraftigt de senaste åren. Antalet barn som fått typ-1 diabetes har fördubblats sedan 80-talet och hela 15 % av befolkningen har arvsanlag för att utveckla typ-2 diabetes (Diabetesförbundet 2017).

1.1 Bakgrund

Idag ser alltså förutsättningarna till jämlik vård väldigt olika ut i regionerna och landstingen. Jag har valt att rikta denna uppsats mot typ-1 diabetes, vilken är den typ av diabetes som är kronisk och i dagsläget inte går att bota. Sjukdomen är

autoimmun vilket innebär att kroppens egna immunförsvar av okänd anledning förstör sina egna celler (Diabetesförbundet 2017).

Av de drygt 9 miljarder som läggs på diabetesvården i Sverige går hela 92 % av dessa pengar åt för att behandla komplikationer (Landin-Olsson 2017). Men själva vårdkostnaderna är inte den enda samhällsliga utgiften som finns, andra faktorer såsom ökade bidrag och minskade skatteintäkter till följd av att patienter helt eller delvis förlorar arbetsförmåga är också en förlust. Det finns alltså en hel del pengar att spara för Sverige - om rätt insatser sätts in i tid. Förutom pengar finns också ett annat tungt argument: ett längre och friskare liv för patienterna.

Skiftande resurser är en stor orsak till ojämlik vård över lag, diabetesvården är inget undantag. Tidigare räknades insulinpumpar in under den statliga läkemedelsförmånen, men TLV flyttade den 1 december 2013 över ansvaret på varje landstingen (Löndahl m.fl. 2013). Detta innebar i praktiken att det inte längre fanns nationella riktlinjer eller garantier för att alla skulle få rätt till samma hjälpmedel. När inte staten längre subventionerar medicinska hjälpmedel eller mediciner är risken att landstingens budget får avgöra patienternas livskvalité.

1.2 Syfte

Frågan som kommer att vara principiellt intressant att besvara kommer således att vara:

- Vilka implementeringsproblem orsakar ojämlik diabetesvård i Sverige?

Några förtydligande bör emellertid göras. Uppsatsen kommer, som tidigare presenterats, att rikta in sig på typ-1 diabetes. Vilket innebär att det är medicinkliniker som är av intresse och att primärvården kommer exkluderas. Detta eftersom patienter med typ-1 behandlas på medicinkliniker och patienter med typ-2 i största utsträckning behandlas i primärvården. Primärvården omfattar vårdcentraler medan medicinkliniker är anslutna till sjukhus, således finns alltså specialistkunskap samt större resurser för att bemöta patienter med typ-1 diabetes där.

Valet att rikta in uppsatsen på typ-1 diabetes, eller barndiabetes som det också lite felaktigt kallas, trots att även vuxna kan insjukna, är att den typ av diabetes är kronisk och inte går att bota (Diabetesförbundet 2017). Dessa patienter befinner sig således inom vården från diagnos tills livets slut. Detta är samtidigt ett argument till varför studien behövs, eftersom patienterna kräver en lång livsuppehållande behandling är det viktigt att undersöka, utvärdera och förbättra vården för dessa patienter.

Uppsatsen kommer vara avgränsad till Sverige och själva utförandet kommer inkludera ett tämligen snävt urval av landsting. Det blir således intressant att undersöka varför vården i Sverige skiljer sig åt mellan landstingen och på vilken nivå detta ligger på.

2 Metod

2.1 Material och urval

Jag har valt att utgå ifrån det Nationella Diabetesregistrets senast publicerade årsrapport (Bergsten m.fl. 2015) för min studie. Konkret fakta från rapporten har legat till grund för val av studieobjekt.

Innan jag motiverar mina val av material behövs dock några vårdbegrepp och förkortningar förklaras närmre. HbA1c återkommer frekvent i uppsatsen och är ett blodprov som mäter glukoshalten i blodet, alltså hur mycket socker som finns (Fass 2017). Skillnaden mellan ett HbA1c och ett vanligt blodsockerprov, även kallat P-Glukos, är att det senare är i realtid och ett HbA1c återspeglar hur värdena legat de senaste två till tre månaderna tillbaka. HbA1c kallas därför också långtidsblodsocker och är en av de viktigaste grundstenarna för att bedriva diabetesvård i hela världen. Det kan också vara av värde att förtydliga att mmol/mol är själva enheten som HbA1c mäts i och det vanliga blodsockret mäts i mmol/L. Vidare i uppsatsen kommer det att till största del vara HbA1c som jag utgår ifrån.

Ett av målen som Socialstyrelsen (Bergsten m.fl. 2015:14) satte för den svenska diabetesvården 2015 var att patienter med HbA1c över 70 mmol/mol skulle vara under 20 % i riket. Detta gällde för patienter med typ-1 diabetes, alltså den typ som uppsatsen är fokuserad mot.

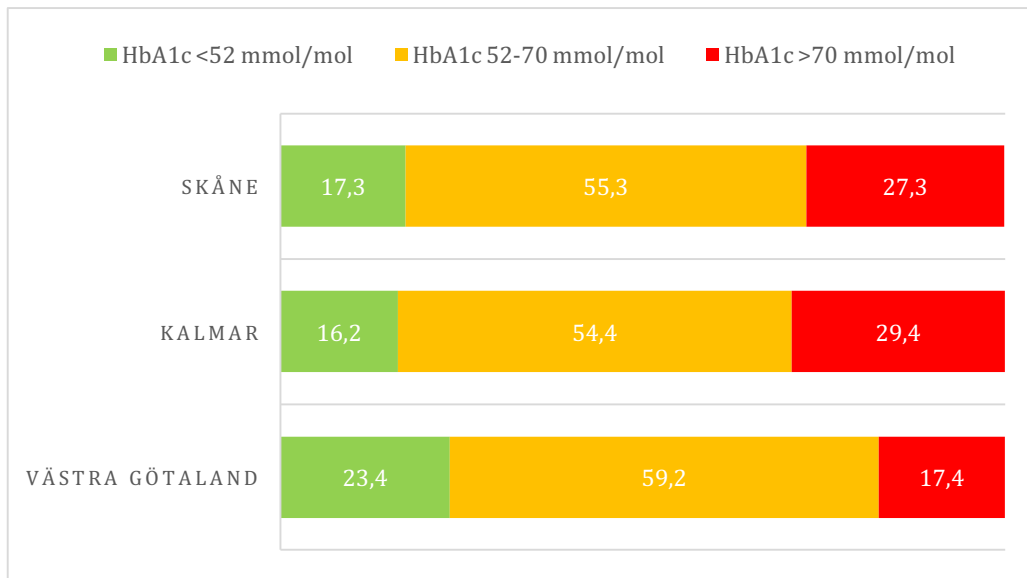
Resultatet (Bergsten m.fl. 2015:22) blev 22,8 % av patienterna i gruppen, vilket är en minskning från året innan med 2,3 %. Det verkar alltså som att trenden från 2013 och framåt håller i sig, andelen med höga värden sjunker. Trots detta var det dock endast 18,9 % av patienterna som uppnår målområdena på ett värde under 52 mmol/mol. På denna front verkar inte samma effekter ha uppkommit.

Som tidigare presenterat är HbA1c ett mått som gör det möjligt att kontrollera hur det går med vården av patienter med typ-1 diabetes och på så sätt jämföra de 21 landstingen emellan. Jag har utifrån rapporten tittat närmare på en statistisk jämförelse. Den redovisar hur HbA1c generellt ser ut i de olika landstingen fördelat över tre olika områdesspann: andelen som når målvärdet under 52 mmol/mol, andelen som ligger i intervallet mellan 52 och 70 mmol/mol och till sist andelen som ligger i den högsta riskgruppen alltså över 70 mmol/mol.

Tre landsting har valts ut strategiskt utifrån årsrapporten (Bergsten m.fl. 2015) för att kunna genomföra en jämförande studie. Dessa landsting är:

- Västra Götaland
- Kalmar
- Skåne

I detta avsnitt följer mer ingående motiveringar till urvalet av dessa tre i den ordning de presenteras ovan. För att få en bättre bild över hur fördelningen av HbA1c ser ut i Västra Götaland, Kalmar och Skåne presenteras här en förenklad bild grundad på statistik ur rapporten.



(Bergsten m.fl. 2015:22)

I dessa tre landsting kommer sedan två olika intervjuer att genomföras på två olika nivåer för att fånga upp ett större perspektiv. I respektive landsting har ett sjukhus som har en medicinklinik för patienter med typ-1 diabetes valts. Motivering till detta urval följer också nedan i respektive landstings avsnitt.

2.1.1 Västra Götaland

Ur båda perspektiven (Bergsten m.fl. 2015:22) rankas Västra Götaland högst, vilket betyder att landstinget har flest patienter som faktiskt uppnår målvärdet under 52 mmol/mol. Samtidigt som de har minst andel patienter som ligger i högsta riskzonen över 70 mmol/mol. Av dessa anledningar har jag valt ut Västra Götaland som mitt ena studieobjekt, för att delvis också kunna lyfta fram dem som ett gott exempel och kunna jämföra vad just dem gör som inte andra landsting gör. Västra Götaland har 23,4 % som faktisk når målvärdet samtidigt som de även har lägst andel patienter med HbA1c över 70 mmol/mol på 17,4 %.

2.1.2 Kalmar

Anledningen till att Kalmar valts ut beror främst på att landstinget har absolut flest patienter i den högsta riskgruppen, alltså med ett HbA1c över 70 mmol/mol (Bergsten m.fl. 2015). Ser vi dock till HbA1c-resultat över lag så är inte Kalmar

sist längre utan det sjätte, landstinget, räknat bakifrån. Alltså betyder det att Kalmar åtminstone lyckas få en betydligt större andel att faktiskt nå målvärdet på under 52 än Värmland, Jönköping, Dalarna, Gotland och Kronoberg. Uppräknade här enligt rankingen där alltså Värmland är har minst andel som når målvärdena, Jönköping näst minst och så vidare.

Kalmar ser statistik sett ut som så att endast 16,2 % lyckas nå målen, samtidigt som hela 29,4 % ligger i övre riskgruppen med HbA1c över 70 mmol/mol (Bergsten m.fl. 2015).

Det är alltså principiellt intressant att undersöka vad det är som gör att Kalmar presterar sämre siffror i sammanhanget. Kalmar har tre medicinkliniker som ansvarar för cirka 1000 patienter (NDR 2017). Detta antal är mer representativt för hur det faktiskt ser ut i resten av landet, få kliniker med ungefär lika många patienter. Ändå skiljer sig resultatet för HbA1c sig åt markant mellan dessa landsting som statistiskt sett har liknande utmaningar.

2.1.3 Skåne

När det kommer till mitt tredje val av landsting så är orsaken bakom valet en annan. Skåne är inte långt ifrån Kalmar när det gäller andelen patienter som har HbA1c över 70 mmol/mol, den kategorin som Kalmar var sämre inom. Här ligger Skåne fjärde sist över alla 21 landsting. När det kommer till andelen som faktiskt lyckas nå målen är Skåne ett mittemellan-landsting med sina 17,3 % (Bergsten m.fl. 2015:22). Skåne har cirka 5300 patienter på sina nio medicinkliniker, Skåne utgör därmed den tredje största patientgruppen i landet efter Västra Götaland och sedan Stockholm (NDR 2017).

2.2 Intervjuer

För studien har det som tidigare nämnts gjorts två intervjuer i respektive landsting. Totalt har sex stycken telefonintervjuer gjorts. Intervjuerna har transkriberats och intervjupersonerna har fått intervjun skickad till sig för att undvika eventuella missförstånd (Esaiasson m.fl. 2007:266) och för att få möjlighet till att förtydliga.

Urvalet är av strategisk karaktär (Teorell – Svensson 2007:83-84), vilket innebär att kommunerna valts ut utifrån specifika kriterier för att försöka uppnå en viss spännvidd i uppsatsen. Det är också därför som det har gjorts två olika intervjuer i olika grupper i respektive landsting, en med professionen och en med landstingspolitiker.

Professionen innefattar bland annat läkare och sjuksköterskor på medicinkliniker i respektive landsting. Dessa bör således ha bättre insyn i hur implementering av politiska beslut påverkar verksamheten och i slutändan dess patienter. Denna grupp har gets möjlighet till anonymitet eftersom det finns flera medicinkliniker i varje landsting samt flera anställda på varje mottagning. Detta anser jag är till fördel för undersökningen då det ger bättre förutsättningar för personen i

fråga att vara helt ärlig utan att riskera något. Inga av de intervjuade i denna grupp har uttryckt en önskan om att få vara anonym. Urvalet av själva intervjupersonerna har skett slumpmässigt, men med en strategiskt motiverad bakgrund (Teorell – Svensson 2007:84). Detta betyder att varje mottagning har fått förfrågan om att ställa upp på intervju och att de själva har fått välja ut lämplig anställd för detta. Däremot har de vid förfrågan fått specificerat vad den utvalde personen bör ha kunskap inom för att kunna genomföra intervjun.

Den andra grupp som intervjuats är personer sittande på poster i hälso- och sjukvårdsnämnder i respektive landsting. Anledningen till att genomföra intervjuer just med denna typ av personer beror på att en stor del av makten över sjukvården finns i dessa nämnder. Mycket görs på denna nivå som sedan sätter gränser eller ger förutsättningar för sjukhuspersonalen. Således kommer dessa personer praktiskt sett inte kunna vara anonyma. Urvalet har i första hand skett strategisk, men det finns även inslag av tillfällighetsurval (Teorell – Svensson 2007:84). Det strategiska urvalet har skett genom val av nämnd och sedan har jag i nedstigande ordning sökt kontakt med sittande politiker. De som suttit högst upp har således blivit tillfrågade först och frågan har sedan gått vidare i nedstigande led. Detta medför att partitillhörighet inte är något som kommer beaktas i uppsatsen.

Jag är högst medveten om att olika personer har olika uppfattningar (Esaiasson m.fl. 2007:258) däremot är min förväntan att de som valts ut för intervju sitter på en så hög och central roll att de har stor förståelse för sin organisation och därför kan representera den på ett rättvist sätt.

2.2.1 Västra Götaland

I Västra Götaland har jag intervjuat Jim Aleberg och Björn Eliasson. Aleberg sitter i opposition som andre vice ordförande i hälso- och sjukvårdsstyrelsen för Socialdemokraterna. Han har sedan 2006 arbetat som politiker på heltid.

Eliasson är verksamhetsöverläkare vid Sahlgrenska sjukhuset, han har arbetet inom vården i 20 år och adjungerad professor vid Göteborgs Universitet vid den medicinska institutionen. Han är även en av författarna bakom *Nationella Diabetesregistrets Årsrapport* (2015).

2.2.2 Kalmar

I Kalmar har jag intervjuat Marie Danielsson och Lena Segerberg. Den sistnämnda har huvudansvaret för sjukhus- och regionvården i landstinget, hon arbetar som heltidspolitiker i Socialdemokraterna sedan 16 år tillbaka och har de senaste 11 åren arbetat med vårdfrågor.

Danielsson är avdelningschef för endokrin- och diabetesmottagningen i Kalmar. Hon är sedan år 2008 dietist och har arbetat inom diabetesvården i lite mer än sex år. De senaste fyra åren har hon varit avdelningschef för diabetesmottagningen.

2.2.3 Skåne

I Skåne har jag valt att intervjua Mona Landin-Olsson och Anders Åkesson. Landin-Olsson är vid tidpunkten för intervjun professor i diabetologi samt diabetesöverläkare vid Skånes universitetssjukhus. Hon är företrädare för det Nationella Diabetesteamet, NDT, som är en politiskt obunden organisation med personer från professionen som agerar patientföreträdare (NDT 2017). Landin-Olsson var dessutom ordförande i Svensk Förening för Diabetologi, SFD, tills ganska nyligen. SFD är en av fem representerade organisationer i NDT. Hon har arbetat som läkare i 37 år och har specialkompetens inom diabetes.

Åkesson är bland annat förste vice ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne. Han tillhör Miljöpartiet och har varit heltidspolitiker sedan 2007 och är från början sjuksköterska.

3 Implementeringsteori

Avsnitt 3.1 om implementering tar avstamp i Evert Vedungs bok *Implementering i politik och förvaltning* (2016). Medan avsnitt 3.2 utgår ifrån Lennart Lundquists bok *Förvaltning, stat och samhälle* (1992).

Till att börja med ska begreppet implementering definieras för att sedan specificeras och knyts an till ämnet. Uppsatsen grundar sig teoretiskt till största del ur *Förvaltning, stat och samhälle* (Lundquist 1992) och ur den tas ”vilja”, ”kunna” och ”förstå” upp.

3.1 Implementeringsproblem

Implementering handlar mer konkret om att verkställa politiska beslut, alltså det som händer från det att beslut fattats av de styrande till dess att det önskade resultatet är uppnått (Vedung 2016:13).

Den offentliga implementeringsprocessen kan se ut som så att det hela börjar med ett uppkommet problem som därefter utreds vidare. Denna uppsats skulle kunna ses som ett sådant problem och förhoppningarna är att kunskapen om ojämlig vård kan generera politiska beslut för att arbeta emot detta. I en sådan process skulle förslag med möjliga lösningar eller ingripande sedan tas fram. Därefter fattas beslut om implementering och det praktiska arbetet med att genomföra beslutet börjar. (Vedung 2016:18)

Processen som den porträtteras i korta drag ovan kan till synes verka tämligen enkel att genomföra. Med det sagt finns det dock flera problem som kan uppstå på vägen och kan hindra en lyckad implementering.

Evert Vedung tar upp olika faktorer som kan påverka implementeringsprocessen. En av dessa faktorer (2016:65-67) är en otydlighet från de styrande till de som styrs. Att otydlighet även kan vara av positiv karaktär är dock viktigt att poängtera då det ger upphov till mer kreativa och innovativa lösningar från de styrda. Men de negativa är överrepresenterade, att de styrda inte vet exakt vad det är som ska göras eller uppnås kan bero på både språklig oklarhet och tvetydiga direktiv. Emellertid får båda dessa samma konsekvens – det tilltänkta syftet uppnås inte så som de styrande önskade.

Eftersom denna uppsats riktar in sig på både de styrda och de som styr är det av vikt att spegla implementeringsproblem i just dessa grupper. De styrande tillhör i detta fall den mellersta nivån av implementering, dit räknas bland annat kommuner, landsting, Länsstyrelsen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (Vedung 2016:82-86). Problem som kan uppstå här har att göra med Lennart

Lundquist teori kring ”förstå”, ”vilja” och ”kunna” som kommer tas upp mer ingående i det följande avsnittet.

De som är styrda i detta fall är professionen, alltså allt från läkare, sjuksköterskor och undersköterskor till dietister och verksamhetschefer. Kort och gott, alla personer som på något vis ingår i diabetesteamet och tillsammans är en av förutsättningarna för god vård. Denna grupp har i uppgift att verkställa eller genomföra besluten uppifrån. Beroende på om professionen förstår, vill och kan genomföra implementeringen får det i sin tur också inverkan på resultatet. Det är professionen som är sista anhalten innan implementeringen når slutmottagaren och brukaren, som i detta fall är patienterna (Vedung 2016:107). En annan aspekt i detta är att om professionen upplever att de ramar som ges är för snäva så kan de välja att agera emot beslutet. Detta kan liknas som Vedungs (2016:130) beskrivning av civil olydnad och betyder att om en lag eller beslut uppfattas som orättvist eller dåligt för i detta fall patienterna så görs motstånd.

Som presenterat ovan är Lennart Lundquists teori (1992) om ”vilja”, ”kunna” och ”förstå” oerhört centrala för ämnet och själva resultatet av all implementering. Därför kommer dessa begrepp att tas upp mer ingående i följande avsnitt.

3.2 Vill inte, kan inte eller förstår inte?

Bakgrunden till varför begreppen ”vilja”, ”kunna” och ”förstå” valts är på grund av att dessa förklarar varför resultaten av implementering blir som de blir (1992:75). Alltså, uppifrån kommer direktiv som de styrda, i detta fall professionen, ska implementera. Implementeringsprocessen bör ske i en obruten länk där resultatet bli så som de styrande, det vill säga beslutsfattarna, avsåg från början (Lundquist 1993:72).

Men precis som Vedung (2016) menar Lundquist att det finns faktorer som hotar fullständig implementering. Lundquist identifierar tre stycken sådana förlopp (1992:73), den första är att lagtexten är otydlig, den andra att styrningen förändrats och den tredje orsaken är att länken av implementering är bruten och därför kommer att misslyckas. I samband med att dessa begrepp förtydligas kommer även en operationalisering att göras.

3.2.1 Vilja

Anledningen till varför ”vilja” presenteras först i sitt sammanhang är därför att Lundquist (1992:76) menar att av dessa tre kategorier är det den som i praktiken ger mest bekymmer. Kunskapsbrist och oförståelse kan åtgärdas med enklare metoder, vilket kommer redogöras i respektive avsnitt nedan. Möjligheter att kunna genomföra beslut kan åtgärdas genom att resurser skjuts till.

”Vilja” handlar om (Lundquist 1992:76) den styrdas vilja att implementera politiska beslut, detta betyder att om personen i fråga inte tycker att styrningen är

önskvärd så kan det finnas en risk för att den heller inte verkställs. Alternativt att innehållet ändras eller anpassas.

Relevant för denna uppsats är att operationalisera genom att formulera hur ”vilja” karakteriseras hos de båda intervjugruperna. Till professionen ställs därför frågor som försöker identifiera detta:

- Vad är ert mål med diabetesvården?
- Har ni på mottagningen försökt påverka landstinget?

Frågorna ovan, som kommer från bilaga 2, riktar sig till professionen och deras vilja att driva vården framåt genom att till exempel försöka påverka politiker till förändring så att professionens handlingsutrymme ökar. Det vill säga att deras möjlighet att nå upp till nationella målen ökar.

När det gäller politiker identifieras ”vilja” på liknande sätt, däremot kommer vilja att handla om en önskan om att bedriva bättre och likvärdig vård mer generellt och inte rikta in sig enbart på diabetesvård. ”Vilja” i detta fall handlar om att förse professionen med rätt verktyg att kunna implementera beslut:

- Vad är ert mål för vården som ni är ansvariga för?

Frågan stämmer både av om det finns några mål, förhoppningsvis stämmer dessa i så fall överens med de nationella målen och riktlinjerna. Annars har implementeringskedjan brustit redan innan de områden som denna uppsats ämnar undersöka. Det nationella målet för hälso- och sjukvården (SFS 1982:763) är som tidigare poängterats god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Därför är det även av vikt att ta reda på hur detta hanteras:

- Hur vill ni arbeta med att motverka ojämlik vård?

Ovanstående fråga är alltså ett sätt att undersöka om uttrycket ”mycket snack och liten verkstad” stämmer eller inte - samt hur politikernas bild av hur detta ska hanteras stämmer överens med professionens. Det är alltså ett sätt att undersöka om det är lika mycket verkstad som det är snack.

Eftersom professionen efterlyser en mer jämlik vård där fler ges möjligheten att använda bättre hjälpmedel och mediciner (Landin-Olsson 2017) är det även intressant att undersöka följande:

- Hur arbetar landstinget med det hälsoekonomiska perspektivet för bedömning av vilka tekniska hjälpmedel och mediciner som ska erbjudas?

Frågorna (bilaga 7.2 och 7.3) försöker fånga upp indikationer på hur ”vilja” ser ut och vilka åtgärder det i så fall finns för att åtgärda problemen med ojämlik vård. Däremot finns det en variation i frågornas utformning beroende på om de är till professionen eller politikerna. Detta eftersom professionen är beroende av landstinget som i sin tur är beroende av statsbidrag.

3.2.2 Kunna

Som tidigare sagt är en icke-vilja mer problematiskt än ett scenario av outförbarhet. Detta kan åtgärdas genom att till exempel tillföra resurser och förutsättningar som behövs för att de politiska besluten ska kunna genomdrivas i praktiken (Lundquist 1992:76). Det kan således handla om att tillsätta kompetent personal eller handleda för att skapa bättre kunskap i hur saker kan genomföras.

För att på brukarnivå kunna leverera bra vård måste det finnas både ekonomiska och praktiska förutsättningar som till exempel en mottagning, utrustning, kompetent personal, mediciner, hjälpmedel och givetvis pengar. Problemet när det gäller möjligheten att kunna leverera likvärdig vård i alla landsting idag är att olika budgetar ger olika förutsättningar och i vissa landsting är upphandlingar av nya tekniska hjälpmedel mer restriktiva (Roslyng 2015). Detta gör i sin tur att läkare och sjuksköterskor inte kan erbjuda alla patienter samma möjligheter. Alternativt att det blir en socioekonomisk fråga, eftersom patienten själv tvingas betala för sina hjälpmedel. En kostnad som ligger på i snitt 30 000 kronor per år (Roslyng 2015) och inte täcks in i högkostnadsskyddet. I praktiken innebär detta att vissa patienter får modern och mer effektiv behandling som minskar riskerna för komplikationer och för tidig död (Moberg 2010). Modern behandling är uppemot sex gånger så dyr än äldre behandlingsmetoder. Däremot har det visat sig att den dyrare behandlingen lönar sig ekonomisk på längre sikt genom mindre sjukskrivningar, dödlighet, färre komplikationer som innefattar till exempel blindhet, amputation och transplantation (Moberg 2010).

Principen som jag här vill lyfta fram är att om alla vårdgivare fick möjligheten att kunna ge tillgång till moderna hjälpmedel och läkemedel till fler, trots att de kostar mer, så skulle samhället göra vinster på andra områden.

För att kunna dra slutsatser utifrån Lundquists implementeringsteori är det av vikt att operationalisera begreppet närmare. Därför har jag identifierat olika frågor i intervjun (bilaga 7.2) som mäter möjligheten att kunna generera jämlik vård. Ett exempel på en fråga till professionen detta är:

- Hur upplever ni era möjligheter att kunna bedriva diabetesvården sett ut ett resursperspektiv?

Just den här frågan kommer ge svar på om det saknar resurser så som till exempel ekonomiska förutsättningar, personal, hjälpmedel eller utbildning. Andra påverkande faktorer på vården kan fångas genom följande fråga:

- Hur pass tycker du att ni i professionen får komma till tals?

I denna fråga undersöks hur professionen ser på sina möjligheter att komma till tals eller försöka påverka de styrande för att få bättre förutsättningar att bedriva sitt arbete. Om inte professionen har möjlighet att dela med sig av sin kunskap blir det i sin tur svårt för beslutsfattare att skapa sig kunskap och förståelse. För att fånga politikernas upplevelse (bilaga 7.3) av detta ställdes andra typer av frågor:

- Hur upplever ni som landsting att diabetesvården blivit sedan de tekniska hjälpmedlen tagits bort ut den statliga läkemedelsförmånen?

Meningen med ovanstående fråga är att fånga upp huruvida möjligheterna att bedriva vården har förändrats. Förut låg nämligen kostnaden på staten, numera är det istället varje enskilt landsting som måste ta ställning, vilket ger upphov till olika beslut. Besluten kommer i sin tur att påverka professionens möjligheter att driva vården. Även en övergripande förståelse av vården i sin helhet försökte skapas genom att ställa frågan:

- Vilka är största utmaningarna för regionen generellt idag när det kommer till hälso- och sjukvården?

Att lokalisera var behoven finns eller kommer att finnas skapar möjligheten till att stöd i form av utbildning eller ökad personalstyrka kan sättas in i förebyggande syfte. Men eftersom "kunna" (Lundquist 1992:76) är starkt knutet till både "vilja" och "förstå" måste alla dessa bitar falla på plats för en lyckad implementering.

3.2.3 Förstå

När det gäller avsaknad av förståelse utgör begreppet "förstå" på så sätt en grund för både "vilja" och "kunna" (Lundquist 1992:76). Om det således inte finns någon förståelse är det lätt att se framför sig varför det sedermera inte heller skulle finnas någon vilja att genomföra ett beslut. Förstår inte tjänstemän vad det är de ska göra så är det svårt att kunna genomföra det. Bristande förståelse kan till viss del förebyggas genom information och utbildning.

Om beslutsfattare inte har förståelse kring en sjukdom, dess förlopp eller vad som behövs för att bedriva god vård så finns således inga incitament för att tillföra tillräckliga resurser. Därför är det även av vikt att undersöka förståelsen för sjukdomen då det finns flera fördomar mot diabetes (SVT 2016).

I intervjuerna undersöks även förståelse genom mer specifika frågor som till exempel:

- Trots att modern teknik och nya mediciner minskar kostnaderna för senare komplikationer så erbjuds inte alla patienter den nya men kostsammare behandlingen. Hur arbetar landstinget med dessa ekonomiska överväganden?

Även frågor om kunskapen om och förståelsen för sjukdomen har ställts:

- Hur stora kunskaper skulle du uppskatta att du har inom diabetes?

Frågan fångar upp på vilket nivå kunskapen ligger - detta är viktigt eftersom besluten som tas på högre nivå får konsekvenser för alla patienter. Samt att jag som intervjuare med säkerhet vet hur detaljerade vidarefrågor jag kan ställa. Vad gäller

förståelse finns även intresse av att veta hur upplevelsen av hur vården är som helhet:

- Upplever du att vården är ojämlik i Sverige? Om ja, på vilket sätt?

Det har förhoppningsvis inte undgått någon politiker att vården är ojämlik, men hur det ser ut i varje landsting skiljer sig och det vill jag fånga upp genom att ställa följdfrågor inom samma område.

3.3 Policys och riktlinjer

Landstingen bär kostnaden för blodsockermätare och sensorbaserad glukosmätning, det sistnämnda är ett marknadsområde som på sistone ökat dramatiskt och därför har SKL begärt en utredning från TLV i frågan. Utredningen (Blixt – Hjort 2017) som är en nationell utvärdering av medicintekniska produkter är fortfarande inte avslutad, men en delrapport publicerades i maj 2017. Utredningen innebär att TLV gör hälsoekonomiska utvärderingar för att minska hälsoklyftor och ojämlik vård. Slutrapporten ska vara klar senast december 2017.

Delrapporten (Blixt – Hjort 2017) kommer inte fram till några konkreta slutsatser i detta stadie, däremot understryks behovet hos landsting och kommuner att få tillgång till samma bedömningsunderlag för tekniska hjälpmedel inom diabetesvården. Detta för att på så sätt undvika ojämlik fördelning och användning av tekniska produkter. Författarna fastslår att den svenska diabetesvården är ojämlik när det kommer till att erbjuda olika tekniska hjälpmedel till patienter.

För att kunna diskutera implementering i vården är det därför viktigt att redogöra för vilka policydokument och riktlinjer som finns inom landstingen. Dessa fungerar även som ett komplement till intervjuerna. De dokument som kommer att tas upp handlar om tekniska hjälpmedel som insulinpumpar samt sensorbaserad glukosmätning som innefattar både FGM och CGM. I en förenklad förklaring har FGM och CGM i praktiken samma funktion, de mäter blodsockret, fast utan att patienten behöver sticka sig i fingrarna (Landin-Olsson 2017).

För Skåne finns olika riktlinjer vad gäller CGM (Region Skåne 2014) och FGM (Region Skåne 2016). Gemensamt är att patienten måste vara diagnostiserad med typ-1 diabetes. Sedan finns det en rad kriterier där patienten måste uppfylla minst ett av dessa. För CGM handlar det om att patienten ska ha haft två eller flera fall av svår hypoglykemi, det vill säga mycket lågt blodsocker där personen behövt hjälp. Andra kriterier är HbA1c över 70 mmol/mol, graviditet eller att patienten annars behöver ta minst 10 blodsockerprover om dagen med de gamla mätarna. Om CGM inte bidragit till att lösa de problem som patienten fick hjälpmedlet på grund av, så ska behandlingen avbrytas.

För FGM krävs också ett HbA1c över 70mmol/mol alternativt allvarlig hypoglykemi. För FGM behövs istället minst 8 manuella blodsockerprover per dag, svårigheter med att kontrollera blodsockret eller att patienten har ett arbete eller fritidssysselsättning som kräver att fingertopparna är intakta. (Region Skåne 2016)

För insulinpump är kriterierna liknande kriterier som för FGM och CGM men ett viktigt tillägg är att patienten bör ha haft typ-1 diabetes i minst 6 månader och ha en förväntad livslängd på minst 10 år till (Region Skåne 2013).

För patienter i Kalmar (Vårdriktlinjer 2017) finns inga direkta riktlinjer för användning av CGM och för att få FGM har landstinget samma kriterier som Skåne har för CGM. För pump används samma kriterier som i Skåne.

Västra Götaland följer de nationella riktlinjerna för tekniska hjälpmedel (Socialstyrelsen 2015). Rekommendationerna för pump är att det är en behandlingsform som bör erbjudas till alla patienter med typ-1 diabetes som har återkommande problem med svängigt blodsocker, det vill säga hyper- eller hypoglykemi.

När det gäller förskrivning av FGM så finns inga rekommendationer. Något som kan vara anledning till att det inte finns styrdokument kring FGM-mätare, kan bero på att de kom till den svenska marknaden under 2015. Alltså samma år som Socialstyrelsens riktlinjer skrevs och därför hann dessa mätare inte bedömas.

För CGM finns det riktlinjer (Socialstyrelsen 2015), dessa utgår ifrån ett prioriteringssystem för rekommendationen i en skala 1 till 10 där 1 är högsta prioritet och 10 är lägsta. Det finns även en annan klassificering som kallas *icke-göra*. I dessa fall ska hälso- och sjukvården inte alls utföra åtgärden. De patienter som har problem med återkommande hyper- och hypoglykemi har prioritet 5 och de patienter som inte har dessa problem har prioritet 9. En intressant detalj i rekommendationerna är att det i samband med att prioriteringen presenteras var att ”det finns en osäkerhet om åtgärdens kostnadseffektivitet” för CGM.

3.4 Forskning

Det finns tidigare forskning som berör ämnet ur ett vårdperspektiv. En avhandling av Lena Hanberger (2010) fastslår en ojämlig kvalitet i diabetesvården. Artikeln riktar in sig mot barnkliniker runt om i Sverige där enbart patienter med typ-1 diabetes behandlas. Motiveringen till att välja en artikel som enbart fångar den målgrupp som tillhör barnkliniker görs med tanke på att det till största mån är barn som insjuknar i typ-1 diabetes, dessa patienter kommer sedan att tillhöra vuxenmottagningen resten av livet. Därför lägger studien en bra grund för en förståelse av hur vården ser ut eftersom detta avspeglar patienterna även senare i livet (Diabetesförbundet 2017).

Slutsatsen i avhandlingen (Hanberger 2010) var att somliga kliniker nådde bättre resultat än andra, vilket stämmer överens med den statistik (Bergsten m.fl. 2015) som finns över vuxenmottagningarna. Uppsatsen slår också fast att diabetesvården är otillräcklig när det gäller att undvika kostsamma komplikationer och lidande hos patienterna. Faktorer till att resultatet skiftade så pass mycket torde delvis bero på de anställda och deras arbetssätt.

Något som Hanberger (2010) också kommer fram till är att diabetesteamets förhållningssätt och de signaler som de sänder ut påverkar patienterna. Teamets attityder och samarbete verkade onekligen ha en effekt på HbA1c-resultaten. Detta är något som jag känner kan vara förankrat i ”vilja”, ”kunna” och ”förstå”

på olika sätt. Detta sker dock inte medvetet av teamet, men min uppfattning att professionens upplevda möjligheter att bedriva god vård, genom bland annat rätt resurser, kunskap och förståelse påverkar patienterna direkt eller indirekt.

4 Analys

Analysen av respektive intervju kommer delas upp efter respektive intervjugrupp, i avsnitt 4.1 analyseras professionen och i 4.2 politiken. Detta för att tydligare kunna se likheter och skillnader mellan landstingen inom implementeringsteori.

4.1 Professionen

När det gäller professionen finns en hel del saker som förenar de olika landstingen. Alla uppger att de strävar mot att möjliggöra en så god hälsa som möjligt för patienterna – eller som den svenska lagen (SFS 1982:763) för hälso- och sjukvård säger:

”Målet är att våra patienter ska kunna leva ett gott liv med diabetes, med en så liten inverkan på livet av sjukdomen som möjligt.” (Skåne)

”Det handlar övergripande om att alla våra patienter ska kunna leva ett så bra liv som möjligt trots diabetes.” (Kalmar)

”Vårt övergripande mål är att personer med diabetes ska må så bra som möjligt på kort och lång sikt.” (Västra Götaland)

Svensk författningssamling (1982:763) tar som bekant även upp att vården ska vara likvärdig i hela landet, oberoende på var personen bor eller söker vård. Detta är dessvärre något som ingen av mottagningar upplever stämmer överens med dagens vårdssituation:

”Inom landet finns det troligtvis stora skillnader [...]. TLV avsade sig kostnadsansvaret för insulinpumparna [ur den statliga läkemedelsförmånen] den 1 december 2013. Där någonstans tycker jag att vården började bli ännu mer ojämn mellan landstingen.” (Kalmar)

”Det finns skillnader mellan både landstingen och olika sjukhus inom samma landsting. Tillgång till erfaren personal eller tekniska hjälpmedel varierar kraftigt beroende på ort.” (Skåne)

Samtliga hade mycket god förståelse för både svensk författningssamling (1982:763) och det nationella målet som Socialstyrelsen satte 2015 (Bergsten m.fl. 2015:14) för den svenska diabetesvården. Målet innebar att andelen patienter med HbA1c över 70 mmol/mol skulle vara under 20 %. Alla uppgav också att

dessa mål var något som de ständigt strävade mot. Ett citat ifrån intervjun med Kalmar sammanfattar samtliga intervjuers mening i frågan:

”Arbetet med riskgruppen gör att vi kan minska antalet dialyspatienter och ögonkomplikationer. Vilket sänker därmed samhällskostnaderna.” (Kalmar)

En intressant aspekt i detta är dock att deras vilja att genomföra målet från Socialstyrelsen inte har någon samhörighet med förståelse för implementeringen. Tvärt om menar de att myndigheten inte gett något stöd eller utbildning i frågan. Professionen upplever att Socialstyrelsen enbart börjat använda sig av statistiken från NDR för att kunna kontrollera mottagningarna och styrningen av pengar. Med andra ord, professionen vill sänka andelen patienter i riskgrupperna för de enskilda för att de ska få ett gott liv, medan Socialstyrelsen använder det som kvalitetsindikatorer:

”Från början är NDR skapat av professionen för att få bra kvalitet i hela Sverige. Det är angeläget att man inte misstolkar data och använder det som underlag för ekonomisk ersättning. Sådana tendenser har tidigare också funnits från SKL. Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer är inte helt bra för det är viktigt att inte bara fokusera på detta.” (Skåne)

”Socialstyrelsen är ett tyst stöd. Vi får varken backning, konkreta förslag till förbättring eller beröm.” (Kalmar)

Med andra ord skulle implementeringen kunna förbättras från båda hållen om Socialstyrelsen ökade sin förståelse för professionen för att sedan kunna ge dem det stöd och feedback som de behöver för att kunna utvecklas.

Professionen fick även frågan på varför just diabetesvården är ojämlig, de hade olika svar i varje landsting vilket å andra sidan stämmer överens med att de även har olika förutsättningar, resurser och utmaningar. Så här svarade de:

”Det är svårt att rekrytera, dels finns bekymmer att skaffa kompetent personal men det är mycket på grund av dålig arbetsmiljö och missnöje med landstingets styrning av sjukvården.” (Skåne)

”TLV är största orsaken [...]. Sen att diabetiker är en väldigt osynlig grupp bidrar nog mycket i detta. Komplikationerna kommer ju inte förrän man haft diabetes i flera år. Den som står utanför diabetesvården eller inte träffat någon med diabetes typ-1 är generellt inte särskilt insatt. (Kalmar)

”I landstingsledningarna finns inflytelserika personer som har egna värderingar.” (Västra Götaland)

Med det sista citatet från Västra Götaland innebär det att om det finns personer från professionen som är inflytelserika så finns större möjligheter att besluten som tas gynnar patienterna mer. Det i sin tur gör att vården blir bättre för vissa områden där professionen får komma till tals än andra där de inte får det. Givetvis kan

det lika gärna vara tvärt om, att personer i beslutsfattande positioner inte alls vill prioritera diabetesvården.

När det gäller möjligheterna till att bedriva den vård som professionen önskar såg det annorlunda ut, Kalmar och Skåne sticker ut något gentemot Västra Götaland. Intervjupersonerna fick svara på hur deras möjligheter för att bedriva en bättre diabetesvård såg ut utifrån ett resursperspektiv. Här blev det återkommande fokus på medicinska förutsättningar som skilde sig åt mellan landstingen:

”Jag anser att vi har mycket goda möjligheter till detta, det finns inga hinder för oss att erbjuda det som patienterna behöver.” (Västra Götaland)

”Pengar är en bristvara, men jag saknar hälsoekonomiska beräkningar på lång sikt. Men politiker tittar generellt sett ganska kortsiktigt när det kommer till vården. Annars hade man resonerat annorlunda när det kommer till tekniska hjälpmedel till typ-1 diabetiker.”
(Kalmar)

”Socialstyrelsens riktlinjer och landstingets prioriteringar är inte alltid så som vi inom professionen tycker är det mest optimala för patienterna och därför följes inte alltid dessa riktlinjer.” (Skåne)

Mottagningspersonalen i Skåne menar att de för patienternas bästa måste arbeta utanför vad riktlinjerna anger. De menar att riktlinjerna är allt för restriktiva och att det i sin tur leder till lidande för patienten. De argument som ges som förklaring till varför mottagningen menar att de måste frångå riktlinjerna faller även inom Vedungs (2016:130) definition av civil olydnad. Detta kopplar jag ihop med ovilja, det finns alltså ingen vilja att genomföra beslutet. Detta blir då ett fall av misslyckad implementering.

Kalmar och Skåne menar att landstingspolitiker har för dålig kunskap om de olika sjukdomar som diabetes är samlingsnamn för samt dålig kunskap om diabetesvården. Hade de styrande haft insikten som professionen kommer upprepade gånger till uttryck hos professionen. Ovan har jag presenterat några exempel men det finns betydligt fler och ytterligare två till vill jag också lyfta fram i analysen:

”Jag har varit på möten med landstinget där tjänstemän frågat om personer med typ-1 diabetes verkligen behöver insulin. Man blir lite skrämmd.” (Kalmar)

”Nej, de [styrande] vet inte så mycket om diabetes, det är en komplex och svår sjukdom att sätta sig in i. Ett stort problem är att det är experter utanför professionen som har synpunkter på hur vården ska bedrivas och ger råd åt landstingen. Detta är inte alls bra. Precis som i skolvärlden, där har lärarna inte längre något att säga till om, det håller inte. Man kollar mer på kronor och ören. Patienterna får inte alls komma till tals.” (Skåne)

I Västra Götaland såg det annorlunda ut:

”Diabetesprofessionen deltar i alla upphandlingar som har med diabetes att göra. Våra röster väger lika tungt. Vi vill inte upphandla skräp, den medicinska förkunskapen som sköterskor och läkare har är helt avgörande.” (Västra Götaland)

Här får alltså professionen andra möjligheter att vara påverka. Deras ”kunna” blir därför annorlunda och ger därmed andra förutsättningar för att bedriva vård. Möjligvits kan detta ligga till grund för nästa problem. För i Skåne har professionen en större vilja gentemot patienterna än besluten:

”Vi går back i budgeten på grund av ökade utgifter för tekniska hjälpmedel, men vi måste göra detta för våra patienters bästa.” (Skåne)

Professionen i Skåne menar således att deras möjligheter att kunna bedriva en mer jämlik vård hade ökat om de haft större resurser. I Västra Götaland finns inte alls dessa tendenser då professionen anser att de har med sig politikerna på tåget. Här finns även en tydlig skillnad mellan Skåne och Kalmar. Detta eftersom Kalmar tidigare haft mindre resurser, men fått mer backning uppifrån:

”Det är ingen hemlighet att vi 2015 var sämst i Sverige enligt NDR [...]. Detta tog vi upp med vår sjukhuschef och det resulterade i fler anställda sjuksköterskor, ökning av tekniska hjälpmedel, studiebesök och större acceptans för våra ökade kostnader.” (Kalmar)

Med hjälp av dessa resurser har mottagningen nu förbättrat sina resultat. De upplever att de har fått större acceptans för att använda tekniska hjälpmedel som till exempel FGM och CGM som är en sensorbaserad glukosmätning, detta trots att det är mer kostsamt än den äldre manuella behandlingen. Skåne har inte fått lika stort genomslag gentemot politiken som Kalmar har fått, Skånes möjligheter är därför mer strikta. Detta ges i uttryck i intervjun, men det stärks även upp av de policydokument som finns och som presenterats i avsnitt 3.3. Skåne är mer restriktiva än Kalmar med både CGM och FGM. För FGM har inte ens Kalmar några riktlinjer i dagsläget, vilket har sin förklaring eftersom FGM är betydligt billigare än CGM. Alla landsting betalar samma pris per enhet, därför är det högst intressant att Skåne inte är mer frikostiga med FGM än CGM, istället för att som idag vara lika restriktiva med båda:

”Vi har tyvärr fått väldigt litet genomslag gentemot politiken, vi som arbetar inom vården har dålig kommunikation med politikerna. Det är många mellanled av chefer där man ser på läkare som allmänt besvärliga individer som inte tänker på ekonomin”. (Skåne)

Till skillnad från Skåne och Kalmar hade Västra Götaland en helt annan situation:

”Västra Götalandsregionen bestämde förra året att en viss andel patienter ska ha CGM. Det signalerar för mig att dem har god insikt i hur vi på bästa sätt uppnår goda resultat.”
(Västra Götaland)

Skillnaden är därmed att medan Kalmar och Skåne har riktlinjer som detaljstyr hur resurserna ska fördelas och begränsar de tekniska hjälpmedel har Västra Götaland gjort tvärt emot. De vill istället garantera att tekniska hjälpmedlen når patienten.

Som ett sista led i att försöka identifiera Lundquists ”kunna” hos professionen ställdes även frågan om vilka utmaningar som deras mottagning stod inför. Alla tre hade gemensamt att de lyfte tillgängligheten till vården för patienter, budgeten och hitta anställda som utmaningar.

4.2 Politikerna

När det handlar om ”förstå” så finns en hög förståelse hos politikerna för varför det är viktigt att sträva mot en god och jämlik vård i enlighet med svensk författningsslagstiftning.

”Vårt mål är att vi ska vara ett av de bästa landstigen i landet, ha hög medicinsk kvalitet, hög tillgänglighet och patientmedverkan där patienterna har ett gott inflytande.” (Kalmar)

”Vi måste skapa en likvärdig vård [...] och se till att vi klarar de ekonomiska ramarna över sikt. Samtidigt måste vi vara försiktiga, drar vi en tråd så kan vi påverka en annan.”
(Skåne)

”Det viktigaste som vi [inom Socialdemokraterna] pratar om är en jämlik hälso- och sjukvård i Västra Götaland. Det är inte så enkelt eftersom de är väldigt stort och demografin ser olika ut.” (Västra Götaland)

Samtliga personer som intervjuades kunde enas om att vården idag är ojämlik och att det är viktigt att driva detta arbete vidare för att få en förändring. Både Kalmar och Västra Götaland lyfte anledningar som att befolkningen är större och blir äldre som en bidragande faktor:

”Den ojämna vården beror ju inte på att vi är opposition just nu, utan de ser ut som i resten av landet, livslängden har ökat och de socioekonomiska klyftorna finns. Alla får inte vård i rätt tid, det skiljer sig markant beroenden på sjukhus eller landsting. Det är helt oacceptabelt när det bara är några mil mellan sjukhusen.” (Västra Götaland)

Alla politiker hade samma uppfattning som professionen, vården är ojämlik. Men deras tillvägagångsätt och vilja att skapa bättre förutsättningar för detta skiljde sig åt:

”Vi [i Socialdemokraterna] har lyft patienter med psykiska åkommor, de får ofta sämre vård än den somatiska vården, vi tittar speciellt på diabetes och psykisk ohälsa som vi sat sig ha en tydlig sammankoppling”. (Kalmar)

”Vi måste skapa bättre förutsättningar genom olika ersättningsmodeller [...]. Vi måste skapa ett mer effektivt sätt för prioriteringsarbetet. Vi måste tillsammans med näringslivet hitta lösningar på detta.” (Skåne)

I bedömningar för vilka patienter som ska erbjudas vad finns en annan viktig aspekt som professionen efterlyst, nämligen hälsoekonomiska beräkningar. Även här gavs olika svar, Västra Götaland använde sig redan av dessa typer av beräkningar och Kalmar ville utveckla det mer:

”Vi har ingen hälsoekonom som direkt räknar på saker [...]. De är ett ganska nytt tänk när det kommer till bedömning av tekniska hjälpmedel, vi borde börja tänka mer så. Det kommer mer teknik som man kan jämföra med dyra och avancerande läkemedel.”
(Kalmar)

I Skåne gjorde man liknande bedömningar, men inte helt självständigt på det sätt som Västra Götaland gjorde:

”Vi gör en genomgång av nya läkemedel och hjälpmedel. Då klassificerar vilka behov som finns samt vilka möjligheter läkemedlet eller hjälpmedlet har att förbättra vården. Delar av detta ansvaret ligger på TLV och Läkemedelsverket.” (Skåne)

Hälsoekonomiska beräkningar spelar en stor roll för samhället på så vis att vi genom att tänka mer långsiktigt kan motivera en kostsam behandling gentemot en framtida avkastning av våra investeringar. Om inte dessa modeller används finns varken förståelse eller vilja att lägga dessa resurser. Och detta ger i sin tur effekt på att ”kunna”, det vill säga sjukvårdens möjligheter. För att återkoppla detta till professionen i Skåne som menade att de kände sig allt för hållna av styrdokument för att generera bättre vård vill jag lyfta fram följande:

”Professionen måste känna att de har förtroende för programmen. Det är en tillitsfråga, om programmen inte efterlevs skapar det ojämn vård.” (Skåne)

Politikern menar att om professionen gör egna bedömningar så skapar det i sig ojämlig vård, i alla fall inom regionen. Eftersom att jag gjort en jämförelse mellan landstingen kan jag konstatera att problemet i sin helhet kvarstår. Ska vi kunna leva upp till den svenska lagen om jämlik vård till hela befolkningen räcker det inte att exempelvis alla skåningar får tillgång till lika dålig eller bra vård. Vad man ska komma ihåg är att Skånes styrdokument fortfarande var mer restriktiva för både insulinpumpar och sensorbaserad glukosmätning än både Kalmar och Västra Götaland.

Då professionen fick svara på vad de ansåg vara de största utmaningarna i framtiden lät jag politikerna svara på samma fråga. Detta för att kunna jämföra deras och professionens uppfattningar med varandra. Generellt sett fokuserade de intervjuade personerna mest på typ-2 patienterna, deras uppfattning var att det kommer krävas mer resurser här än när det gäller typ-1. Dessutom går typ-2 dia-

betes att förebygga, vilket kan vara en av anledningarna till deras satsning eftersom det är denna vården som är mest kostsam (Landin-Olsson 2017).

”Största utmaningen är att se till att förebygga sjukdomar och komplikationer så mycket som det är möjligt, annars ser vi inte konsekvenserna förrän om 20 eller 30 år. Det förebyggande arbetet syns inte så tydligt.” (Kalmar)

”Största utmaningen är en jämlik vård och samtidigt klara ekonomin.” (Skåne)

”Det viktigaste är omställning från sjukhusvård till den nära vården. Vi vill få ut mer specialister till primärvården, lite närmare befolkningen där behoven finns. Sen måste ju kulorna måste också räcka till, än så länge ser det rätt så hyfsat ut.” (Västra Götaland)

Sammanfattningsvis handlar politikernas implementeringsproblem enligt min analys till största del om ekonomin, det vill säga ”kunna”. Men där är ”vilja” och ”förstå” tydligt sammankopplade med ”kunna” och påverkar således utfallet.

5 Slutsats

Analysen av politikernas och professionens svar visar på att det finns många likheter. Samtidigt som professionen alltmer lutar åt att det är möjligheterna, alltså ”kunna”, som är det stora hindret för att leverera en jämlik vård. Både gentemot patienterna inom mottagningen men också mellan mottagningar och landsting. Alla de intervjuade efterlyste nationella riktlinjer och att det eventuellt hade blivit bättre om tekniska hjälpmedel återigen hade ingått i den statliga läkemedelsförmänen. Alla tre landsting visade god förståelse för implementering, däremot skiljde sig ”vilja” och ”kunna” åt.

Kalmar och Västra Götaland hade på vissa sätt mycket gemensamt, deras förutsättningar för att kunna leverera en god vård visade sig både genom intervjuerna samt i de policy- och styrningsdokument som fanns att tillgå. Deras profession kände sig inte lika hållna eller styrda och kunde därför leverera bättre vård, enligt deras egna bedömning, till patienterna. Kalmar hade fått bättre förutsättningar genom en ökad acceptans i budgeten för användning av tekniska hjälpmedel. De hade även fått mer kunskap genom utbildning, studiebesök och utveckling av samarbetet inom diabetesteamet. Henberger (2010) kom i sin avhandling fram till att teamets samarbete har en effekt på HbA1c-resultaten. Vilket stämmer överens med Kalmars situation. Kalmar hade även fått fler resurser i teamet i form av två heltidsanställda vilket skapat förutsättningar för att följa upp patienterna närmre och fördela arbetet i teamet bättre.

Kalmar som valdes ut strategiskt till min uppsats på grund av deras dåliga resultat i NDR (2015) har vänt trenden, statistiskt sett. Professionen och politiken är övertygade om att det beror på de insatser som gjorts. Det bör här beaktas att årsrapporten för 2016 ännu inte publicerats och att jag med dessa uppgifter kanske borde ha valt att utgå ifrån ett annat landsting. Å andra sidan har jag genom detta valet fått helt andra kunskaper om den styrning och implementering som lett till att förbättra Kalmars resultat. Kunskap som visar på att om rätt förståelse och vilja finns hos både professionen och politiken kan situationen förbättras genom ökade möjligheter, det vill säga ”kunna”.

Västra Götaland, som valdes ut på grund av deras goda resultat i årsrapporten (Bergsten m.fl. 2015) har många likheter med Kalmar. Men deras möjligheter att bedriva god vård rent resursmässigt ser bättre ut än hos både Skåne och Kalmar. Politikerna verkar till synes ge professionen större möjligheter att påverka besluten. Därav blir det lättare att implementera när professionen fått vara en del av processen och står bakom besluten. Då finns det en annan vilja hos professionen som driver dem framåt. Det verkar tämligen som att på grund av att förståelsen är så god, så verkar det genererar möjligheter att kunna genomföra implementeringen och då blir viljan ännu större. Alla dessa tre faktorer hör starkt ihop - precis som Lundquist (1992) menar – och det är Västra Götaland ett bra exempel på.

Anmärkningsvärt när det kommer till Västra Götaland är att regionen har hela 17 stycken medicinkliniker, vilket är flest av alla landsting i Sverige (NDR 2017). Regionen har alltså störst andel patienter i landet samtidigt som de har bäst resultat avseende HbA1c hos sina patienter.

När det kommer till Skåne, så fanns förståelse för implementering, däremot fanns en ovilja att förhålla sig till vissa av riktlinjerna eftersom professionen ansåg att det gav sämre livskvalité för enskilda patienter och mer ojämlig vård över lag i deras landsting. Detta gällde framför allt föreskrifterna för tekniska hjälpmedel, där professionen tyckte att riktlinjerna var för snäva. Samtidigt finns en ovilja hos politikerna att lösa problemet med ojämlig vård på egen hand, de lutar sig mot Läkemiddelsverket, TLV och SKL i en allt högre grad än Kalmar och Västra Götaland. Frågan jag även ställer mig är hur Region Skåne ska skapa en jämlikvård när de samtidigt vill skapa fler prioriteringsriktlinjer? Någon kommer alltid att behöva bortprioriteras. Alla partier driver öppet frågan om jämlik vård, uppläggen är dock som sagt väldigt olika varandra. Det är intressant att Skåne där intervjupersonen i detta fallet tillhör Socialdemokraterna vill lägga över delar av ansvaret för att hitta en lösning på näringslivet. Denna uppsats har i och för sig inte tagit hänsyn till varken politisk färg eller ideologi, men svaret är i sig intressant eftersom det skiljer sig åt från de andra landstingen. Det är dock olyckligt att Region Skåne vill införa fler modeller och riktlinjer när professionen redan i dag känner sig allt för detaljstyrda för att generera god och jämlik vård.

Professionen i Skåne upplevde inte att de får tillräcklig förståelse från politiken, annars hade de fått resurser. Här kan det givetvis finnas ett annat bakomliggande problem som är värt att belysa, Region Skåne måste få pengarna att räcka till. Så även om förståelsen finns så saknas pengar att kunna genomföra en bättre och mer jämlik vård. Att undersöka landstingens resurser är inget som jag för denna uppsats gått in på, möjligen finns det värde i att undersöka vidare inom detta i vidareforskning. Onekligen är ekonomin en bidragande faktor i detta principiellt intressanta problem kring ojämlig vård.

Enligt de intervjuer som jag har genomfört är det ”kunna” som upprepade gånger hamnat i fokus, kanske inte lika mycket för Västra Götaland då deras möjligheter och resurser ser annorlunda ut. Men för både Kalmar och Skåne är det mest påtagligt att det handlar om resurserna.

Den svenska hälso- och sjukvården står inför en tämligen svår situation, å ena sidan har vi professionen som inte kan göra sitt bästa för patienterna. Å andra sidan har vi politiker som måste få budgeten att gå ihop. Det är svårt att ge ett fullständigt svar på den fråga som uppsatsen ämnade att besvara. Vilka implementeringsproblem som orsakar ojämlig diabetesvård i Sverige har med beaktning av ovanstående gett skiftande svar. Jag vill därför vara försiktig med att peka ut varken ”kunna”, ”vilja” eller ”förstå” som ett enskilt svar. Med det sagt tycker jag mig dock ha tillräckligt med kunskap att utesluta ”förstå”. Förståelse hos både politiken och professionen finns. Förståelsen varierar givetvis något men skillnaderna gentemot ”kunna” och ”vilja” är så pass stora att mina slutsatser är som så att det är dessa två, och till största del ”kunna” som påverkar implementeringsprocessen.

6 Referenser

- Bergsten, Catharina – Eeg-Olofsson, Katarina – Eliasson, Björn – Guðbjörnsdóttir, Soffía – Linder, Ebba – Miftaraj, Mervete – Samuelsson, Pär – Svensson, Ann-Marie, 2015. *Nationella Diabetesregister Årsrapport 2015* [Elektronisk]. <https://www.ndr.nu/#/arsrapport>. Hämtdatum: [2017-04-05]
- Blixt, Malin - Hjort, Sanna, 2017. Nationell utvärdering av medicintekniska produkter för en mer jämlik vård [Elektronisk]. http://tlv.se/Upload/Medicinteknik/Delrapport_medicinteknik_2017.pdf. Hämtdatum: [2017-04-05]
- Diabetesförbundet, 2017. *Lär dig om diabetes*. [Elektronisk] <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/> Hämtdatum: [2017-03-31]
- Esaiasson, Peter – Gilljam, Mikael – Oscarsson, Henrik – Lena Wängnerud, 2007. *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. 3 uppl. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Fass, 2017. *Undersökningar*. [Elektronisk] <http://www.fass.se/LIF/medicinebookdocument?userType=2&headlineIllnessType=Blod+och+lymfkörtlar&headlineType=96&documentId=b19d3921-4d95-41a7-8803-3e647f4fa47c> Hämtdatum: [2017-03-29]
- Hanberger, Lena, 2010. *Quality of Care in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes – Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives*. [Elektronisk]. <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:351220/FULLTEXT01.pdf> Hämtdatum: [2017-03-13]
- Landin-Olsson, Mona, 2017. "Låt alla diabetiker slippa ständig rädsla och oro". *Svenska Dagbladet*, Debattartikel. 2017-04-26
- Leffler, Klas, 2016, "Politisk majoritet i dag: BB i Sollefteå ska stänga för gott". *Allehanda*, Nyheter. 2016-06-30.
- Lundquist, Lennart, 1992. *Förvaltning, stat och samhälle*. Lund: Studentlitteratur
- Löndahl, Fredrik – Landin-Olsson, Mona – Norgren, Svante – Willsteen, Gunilla, 2013. "Varför väljer Sverige en väg mot ojämlik vård?". Diabetesförbundet, debattartiklar.
- Mellin, Lena, 2017. "Totalsvängningen: Väljarnas nya agenda spelar SD i händerna". *Aftonbladet*, Nyhetsartikel. 2017-01-17
- Moberg, Erik, 2010. "Insulinpump med glukossensor vid typ-1 diabetes fungerar bra", *Läkartidningen*, vol.107, nr.49, s.3120-3122.
- NDR – Nationella Diabetesregister, 2017. *Statistik*. [Elektronisk] <https://www.ndr.nu/#/knappen>. Hämtdatum: [2017-04-02]
- NDT – Nationella Diabetesteamet, 2017. *Om Nationella Diabetesteamet*. [Elektronisk] <http://www.nationelladiabetesteamet.se> Hämtdatum: [2017-05-08]

- Region Skåne, 2013. *Regionala riktlinjer för behandling med insulinpump till vuxna i Region Skåne*. [Elektronisk] <http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/lakemedel/rekommendationer-och-riktlinjer/lakemedelsriktlinjer---fillistning/insulinpumpar-vuxna.pdf> Hämtdatum: [2017-04-18]
- Region Skåne, 2014. *Riktlinjer för kontinuerlig glukosmätning vid Diabetes (CGM)*. [Elektronisk] http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/lakemedel/rekommendationer-och-riktlinjer/lakemedelsriktlinjer---fillistning/riktlinjer_cgm_141024.pdf. Hämtdatum: [2017-04-18]
- Region Skåne, 2016. *Riktlinje för användning av annan sensorbaserad glukosmätning vid diabetes (FGM)* i Region Skåne*. [Elektronisk] <http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/lakemedel/rekommendationer-och-riktlinjer/lakemedelsriktlinjer---fillistning/riktlinje-fgm-2016-10-12-rev.pdf> Hämtdatum: [2017-04-18]
- Roslyng, Elin, 2015. "Olika tillgång till blodsockermätare beroende på landsting", *Dagens Medicin*, artiklar. 2015-08-10
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen, 2015. *Nationella riktlinjer för diabetesvård – Stöd för styrning och ledning*. [Elektronisk] <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19689/2015-2-3.pdf>. Hämtdatum: [2017-05-08]
- SVT – Sveriges Television, 2016. Unga drabbas av okunskap kring diabetes [Elektronisk]. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vastmanland/unga-drabbas-av-okunskap-kring-diabetes> Hämtdatum: [2017-05-10]
- Teorell, Jan – Torsten Svensson, 2006. *Att fråga och att svara – Samhällsvetenskaplig metod*. Stockholm: Liber
- UN - United Nations, 2017. *Sweden*. [Elektronisk] <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/SWE>. Hämtdatum: [2017-04-10]
- Vedung, Evert, 2016. *Implementering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur
- Vårdriktlinjer, 2017. *Riktlinjer för diabetes i Kalmar län*. [Elektronisk] <http://www.vardriktlinjer.se/sv/Diabetes/> Hämtdatum: [2017-04-18]
- Widegren, Cecilia, 2016. "Svenska väntetider är längst i Europa", *Dagens Nyheter*, debattartikel. 2016-10-12

7 Bilagor

7.1 Intervjupersoner

Kalmar:

- Marie Danielsson, avdelningschef för endokrin- och diabetesmottagningen i Kalmar. Intervju genomförd 2017-05-08.
- Lena Segerberg, huvudansvarig för sjukhus- och regionvården i Kalmar lands-ting för Socialdemokraterna. Intervju genomförd 2017-05-09.

Västra Götaland:

- Björn Eliasson, verksamhetsöverläkare vid Sahlgrenska i Göteborg. Intervju genomförd 2017-05-14.
- Jim Aleberg, 2:e vice ordförande i hälso- och sjukvårdsstyrelsen för Socialdemokraterna. Intervju genomförd 2017-05-10.

Skåne:

- Mona Landin-Olsson, professor i diabetologi och diabetesöverläkare vid Skånes universitetssjukhus i Lund. Intervju genomförd 2017-05-05.
- Anders Åkesson, sittande heltidspolitiker för Miljöpartiet i hälso- och sjukvårdsnämnden som 1:e vice ordförande. Intervju genomförd 2017-05-10.

7.2 Intervjufrågor till anställd inom vården

1. Vad är din yrkesroll?
2. Kan du beskriva vad din yrkesroll innebär kortfattat?
3. Hur länge har du arbetat inom diabetesvården?
4. Vad är ert mål med diabetesvården i er organisation? (Vilja och förstå)
5. Upplever du att diabetesvården är ojämlik?
 - a. Vad tror du är orsakerna till detta?

6. Hur arbetar ni mot det nationella målet som Socialstyrelsen satte för den svenska diabetesvården 2015 var att patienter med HbA1c över 70mmol/mol skulle vara under 20 % i rikssnittet? (Vilja)
 - a. Anser ni att det är viktigt att arbeta mot detta målet? (Förstå)
 - b. Hur har ni upplevt stöttning och hjälp från socialstyrelsen i processen att nå detta målet? (Förstå och kunna)
7. Hur upplever du era möjligheter att kunna bedriva bättre diabetesvård sett ut ett resursperspektiv? (Kunna)
 - a. Vilka resurser har ni?
 - b. Upplever du att något saknas?
 - c. Om ja, vad?
8. Upplever du att styrande har tillräcklig förståelse och kunskap kring diabetes?
 - a. Hur pass tycker du att ni i professionen får komma till tals? (Kunna)
 - b. Har ni på mottagningen försökt påverka landstinget tidigare? (Vilja)
 - c. Om ja, vad, varför och hur gick det?
 - d. Om nej, varför inte?
9. Hur upplever ni på mottagningen de riktlinjer som ges för att ni ska kunna skriva ut insulinpump och sensorbaserad glukosmätning? (Kunna)
10. Vilka är de största utmaningarna enligt dig för den svenska diabetesvården idag?

7.3 Intervjufrågor till politiker

1. Vad är din yrkesroll?
2. Kan du beskriva vad din yrkesroll innebär kortfattat?
3. Hur länge har du arbetat med vården politiskt?
4. Hur stora kunskaper skulle du uppskatta att du har inom diabetes?
5. Vad är ert övergripande mål för den vård ni är ansvariga för? (Förstå och vilja)

6. Upplever du att vården är ojämlik i Sverige? (Förstå)
 - a. Om ja, tycker ni det är det viktigt att arbeta mot detta? (Vilja)
 - b. På vilket sätt arbetar ni med det? (Vilja)
7. Hur upplever ni som landsting att diabetesvården blivit sedan de tekniska hjälpmedlen tagits bort ut den statliga läkemedelsförmånen? (Förstå och kunna)
8. Professionen menar att riktlinjerna för tekniska hjälpmedel är ohållbara för att producera god och jämlik vård. Hur ser ni på det? (Kunna)
9. Har regionen tillräckliga resurser för att klara av att implementera en jämlik vård? (kunna)
10. Hur arbetar landstinget med det hälsoekonomiska perspektivet för bedömning av vilken teknik och mediciner som ska erbjudas? (Vilja och förstå)
 - a. Kostnaden för den svenska diabetesvården är cirka 9 miljarder, endast 8 % går till mediciner och hjälpmedel. Resten går till att behandla komplikationer. Hur arbetar landstinget för att minska dessa? (Kunna och vilja)
11. Vilka är största utmaningarna för regionen generellt idag när det kommer till hälso- och sjukvården? (Kunna)
 - a. Är det något specifikt för diabetesvården?