

PM 2013:3

Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?

► vårdanalys
◄

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vårdanalys
ISBN: 978-91-87213-17-5
www.vardanalys.se

Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?

Delrapportering av regeringsuppdrag
S2012/8855/SAM



Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av Myndigheten för vårdanalys myndighetschef Fredrik Lennartsson. I den slutliga handläggningen har analyschef Christofer Montell deltagit. Utredaren Åsa Ljungvall har varit föredragande.

Stockholm 2013-11-25
Myndigheten för vårdanalys

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Åsa Ljungvall
Föredragande

Förord

Regeringen har uppdragit till Myndigheten för vårdanalys att genomföra en fördjupad analys av de skillnader som Socialstyrelsen redovisat i sin rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård*. Huvudsyftet med uppdraget är att ge ökad kännedom och kunskap om vad i vårdens ersättningssystem, organisation, genomförande, ledarskap, styrning, verktyg och kompetens m.m. som kan ha en betydelse för att utveckla en mer jämlik vård. Vårdanalys ska även bedöma behovet av åtgärder och vilka åtgärder som kan vidtas för att uppnå en mer jämlik vård.

I Socialstyrelsens rapport har omkring 150 skillnader identifierats. Det är inte möjligt att analysera samtliga dessa skillnader. Vårdanalys avser istället ge svar på regeringens frågor genom fördjupade analyser utifrån ett antal avgränsningar och inom ett antal valda områden. I denna delrapport redovisar Vårdanalys hur dessa områden för fortsatt analys har valts ut.

Vi har valt att avgränsa oss till de skillnader i rapporten som kan bedömas som särskilt omotiverade och väsentliga utifrån vilka vi gör ett urval av fem skillnader som beskrivs mer detaljerat. Detta utgör underlag för Vårdanalys fortsatta arbete med regeringsuppdraget där vi kommer att genomföra fördjupade analyser för att identifiera möjliga påverkbara faktorer (exempelvis organisation, ersättningssystem eller kompetens) inom vården som ger upphov till de observerade skillnaderna. Vi kommer i det fortsatta arbetet också diskutera möjliga åtgärder för att minska skillnader i vården. Uppdraget ska slutredovisas till regeringen i oktober 2014.

Arbetet har genomförts av en projektgrupp bestående av Åsa Ljungvall, Nils Janlöv och Jesper Olsson vid Vårdanalys samt Christian Danielsson, Patrik Stäck och Jonas Lundberg vid Health Navigator. Projektgruppen vill rikta ett tack till alla de personer som har låtit sig intervjuas under projektets gång. Vi vill särskilt tacka Hanna Wallin vid SKL, Birgitta Lindelius vid Socialstyrelsen samt Kjell Asplund vid Riks-Stroke för värdefulla inspel.

Stockholm i november 2013

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef



Termer och begrepp

Begrepp	Förklaring	Exempel
Patientgrupp	Sjukdomsområdet för den patientgrupp som berörs av skillnaden	<ul style="list-style-type: none"> Hjärt- och kärlsjukdom Cancer Stroke Diabetes
Jämlikhetsområde	Den aspekt baserat på vilket uppdelning i grupper görs för att beskriva skillnader i vården.	<ul style="list-style-type: none"> Geografi Kön Alder Socioekonomi Födelseland
Skillnader i strukturer	Skillnader i faktorer som påverkar förutsättningarna för verksamheten. Mäts genom s.k. "strukturmått".	<ul style="list-style-type: none"> Organisation Personalförsörjning IT-infrastruktur Rapportering Uppföljning Registrering i kvalitetsregister
Skillnader i processer	Skillnader i aktiviteter och vårdprocesser (vård, behandling och bemötande) som direkt påverkar hälso- och sjukvårdens resultat och utfall. Mäts genom s.k. "processmått".	<ul style="list-style-type: none"> Utredning Behandling Bemötande av patienter
Skillnader i utfall	Skillnader i hälsoutfall, upplevelse av vården och patientnära resultat. Mäts genom s.k. "utfallsmått".	<ul style="list-style-type: none"> Hälsoutfall <ul style="list-style-type: none"> Dödlighet efter hjärtinfarkt. Upplevda resultat <ul style="list-style-type: none"> Nöjdhet med vården Upplevt bemötande Patientnära resultat <ul style="list-style-type: none"> Andel omopererade efter höftprotesoperation Andel diabetespatienter med HbA1c <52 mmol/mol
Behandling	Aktiviteter i hälso- och sjukvården som direkt syftar till att behandla en sjukdom eller ett tillstånd.	<ul style="list-style-type: none"> Läkemedelsbehandling Operation Strålterapi vid cancer
Bemötande	Vårdgivarens uppträdande i mötet med patienten. Observera att det kan finnas ett behov att i vissa fall skilja på faktiskt bemötande, d.v.s. om läkaren är lyhörd, och upplevt bemötande, d.v.s. om patienten upplevde läkaren som lyhörd.	<ul style="list-style-type: none"> Om vårdpersonalen är: <ul style="list-style-type: none"> Trevlig Lyhörd Empatisk Auktoritär Diskriminerande Involverande
Vård	Övriga skillnader i aktiviteter och vårdprocesser som direkt påverkar hälso- och sjukvårdens resultat och utfall som inte är behandling eller bemötande.	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostik Utredning Väntetider
Hälso- och sjukvårdens resultat	Hälsoutfall och upplevd kvalitet i bemötande relativt patientens förutsättningar.	



Sammanfattning

BAKGRUND OCH SYFTE

I december 2012 gav regeringen Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) i uppdrag (1) att göra en fördjupad analys ur ett patientperspektiv av de skillnader i vård, behandling och bemötande som Socialstyrelsen redovisat i sin rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* (2) och som beskrivs i regeringens strategi för jämlik vård (3). Syftet är att nå ökad kännedom och kunskap om vilka påverkbara faktorer (exempelvis organisation, ersättningssystem eller kompetens) i vården som kan ha en betydelse för en jämlik vård och utgöra orsaker till skillnader i vården. Vårdanalys ska även bedöma behovet av åtgärder och vilka åtgärder som kan vidtas för att nå en mer jämlik vård.

I Socialstyrelsens rapport redovisas en mängd skillnader i vård, behandling och bemötande. Det är inte möjligt att inom ramen för detta regeringsuppdrag analysera samtliga dessa skillnader och behovet av åtgärder kopplat till dem. För att avgränsa uppdraget har Vårdanalys därför valt att fokusera arbetet genom att utgå från de skillnader i Socialstyrelsens rapport som kan bedömas som omotiverade och väsentliga. För att svara mot uppdraget har vi formulerat tre övergripande frågeställningar:

- 1) Vad utgör omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande och hur kan dessa identifieras och graderas?
- 2) Vilka påverkbara faktorer i vården bidrar till att dessa skillnader uppstår?
- 3) Vilka åtgärder kan vidtas för att minska skillnaderna?

Denna promemoria, som utgör en delredovisning av uppdraget, berör den första frågeställningen. Arbetet med frågeställning 2 och 3 kommer att redovisas i en slutrapport som ska lämnas till regeringen i oktober 2014.

ÖVERGRIPANDE ANSATS OCH METOD

För att besvara frågeställningen om *vad som utgör omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande, och hur dessa kan identifieras och graderas* har Vårdanalys tillämpat följande övergripande ansats:

Steg 1: Framtagande av en modell för att kunna identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande

- Vad innebär begreppen vård, behandling och bemötande och hur kan dessa typer av skillnader identifieras?

- Vad betyder det att en skillnad är omotiverad och hur kan en gradering göras av mer respektive mindre omotiverade skillnader?
- Vad betyder det att en skillnad är väsentlig och hur kan en gradering göras av mer respektive mindre väsentliga skillnader?

Steg 2: Test av modellen genom tillämpning på Socialstyrelsens rapport Ojämna villkor för hälsa och vård i syfte att välja ut skillnader som ska utredas vidare i uppdragets andra fas (orsaksanalys)

- Identifiering av de skillnader i Socialstyrelsens rapport som är antingen vård, behandling eller bemötande (till skillnad från till exempel hälsoutfall)
- För varje identifierad skillnad i vård, behandling och bemötande:
 - Bedömning av i vilken utsträckning skillnaden är omotiverad med utgångspunkt i tillgänglig evidens.
 - Bedömning av i vilken utsträckning skillnaden är väsentlig med utgångspunkt i analysen av skillnadens storlek och effekt.
- Jämförelse av skillnader i syfte att välja omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande för orsaksanalys i arbetets andra fas

Inom ramen för arbetet med slutredovisningen kommer vi att genomföra fördjupade analyser av de skillnader som identifieras i denna delredovisning. Syftet är att identifiera vilka påverkbara faktorer i vården som bidragit till att skillnaderna har uppstått.

I arbetet har en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder använts. Analysen är baserad på publicerade nationella och internationella rapporter, vetenskapliga artiklar, statistisk bearbetning av resultat i bland annat *Öppna jämförelser* och kvalitetsregister samt intervjuer med områdesexperter (exempelvis patientföreträdare och sakkunniga i hälso- och sjukvårdsfrågor).

VAD UTGÖR OMOTIVERADE VÄSENTLIGA SKILLNADER I VÅRD, BEHANDLING OCH BEMÖTANDE?

Skillnader inom hälso- och sjukvården kan grupperas utifrån om de utgörs av skillnader i strukturer, processer eller utfall. I den här rapporten analyseras skillnader i *vård, behandling, och bemötande* vilket utgör aktiviteter och vårdprocesser som direkt påverkar hälso- och sjukvårdens resultat och kan mätas med så kallade processmått. Hälso- och sjukvårdens resultat kan definieras som *hälsoutfall och upplevd kvalitet i bemötande relativt patientens förutsättningar*. Det verkliga utfallet (*hälsostatus och patientnöjdhet*) påverkas även av flera andra bestämningsfaktorer som ligger utanför hälso- och sjukvården, såsom livsstilsfaktorer, socioekonomisk status och miljömässiga förhållanden. En jämlik hälsa och en jämlik upplevelse av vården är således en produkt av både den vård, behandling och bemötande som getts, och de förutsättningar som fanns för patienten före kontakten med vården.

Skillnader i vård, behandling och bemötande kan i sin tur delas in i tre huvudtyper:

- 1) Skillnader som består i att patienter med *samma sjukdom* och *samma vårdbehov* (lika svårt sjuka) vårdas, behandlas eller bemöts på olika sätt
- 2) Skillnader som består i att patienter med *olika sjukdomar* men *samma vårdbehov* vårdas, behandlas eller bemöts på olika sätt
- 3) Skillnader som består i att patienter med *samma sjukdom* men *olika vårdbehov* vårdas, behandlas eller bemöts på olika sätt

De skillnader i vård, behandling och bemötande som lyfts fram i Socialstyrelsens rapport berör i princip enbart skillnader av den första typen.

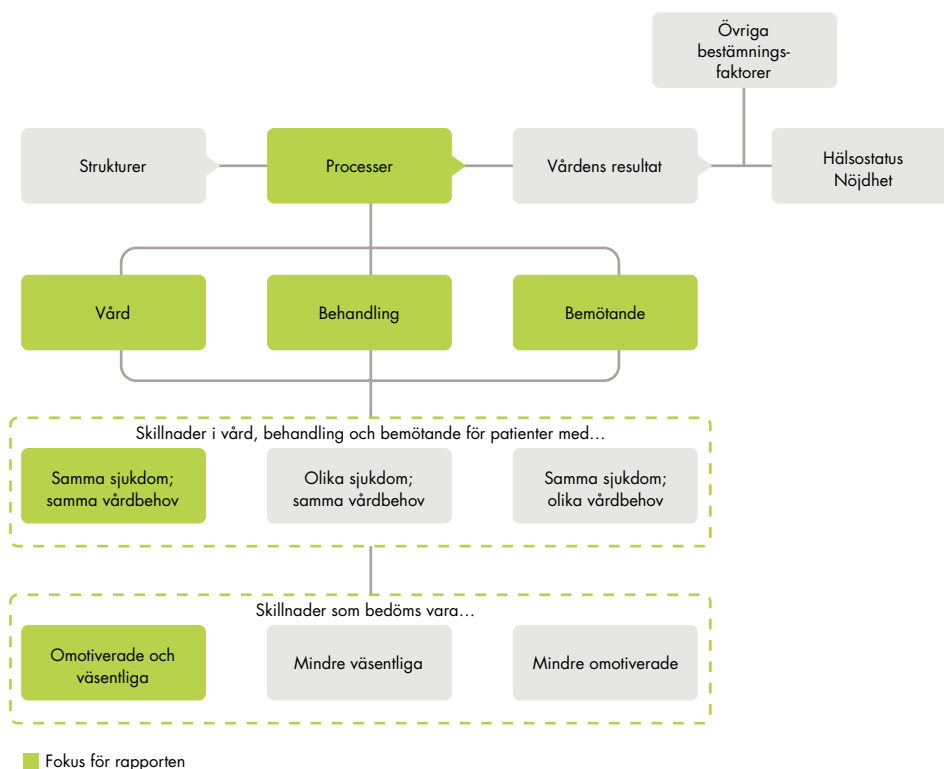
Skillnader i vård, behandling och bemötande kan ge upphov till olikheter i vårdens resultat och en ojämlik hälsa och patientnöjdhet. Samtidigt bidrar inte alla skillnader i vård, behandling och bemötande till varken olikheter i vårdens resultat eller en ojämlik hälsa. Tvärtom är vissa skillnader i vård, behandling och bemötande eftersträvansvärda och nödvändiga för att beakta patienternas preferenser eller medicinska förutsättningar, för att utjämna skillnader i till exempel hälsa, samt för att följa de lagstiftade prioriteringsprinciperna. Vidare kan skillnader driva den medicinska utvecklingen framåt.

Andra skillnader är inte eftersträvansvärda utan bidrar till en ojämlik vård och ojämlik hälsa. Inom ramen för vårt uppdrag finns det därför ett behov av att fokusera på de skillnader i vård, behandling och bemötande som kan anses vara *omotiverade* och som bidrar till olikheter i vårdens resultat, och en ojämlik hälsa och patientnöjdhet. I den här promemorian antar vi ett patientperspektiv, och med en omotiverad skillnad menar vi i den här promemorian dels att det finns evidens för att behandlingen det rör sig om gör nytta för patienten, dels att den observerade skillnaden inte kan anses bero på antingen patientens egna preferenser eller på medicinska avvägningar, och dels att skillnaden inte kan anses vara i enlighet med etiska principer.

I vår avgränsning har vi dessutom valt att fokusera på skillnader utifrån effekt och storlek eftersom det finns ett värde i att möjliggöra att samhällets resurser används så effektivt som möjligt för att åstadkomma en mer jämlik hälsa i befolkningen. Skillnader som resulterar i stora negativa konsekvenser för hälsan för de som drabbas kan ses som mer *väsentliga* att påverka än de där konsekvenserna är ringa. Ur ett nationellt perspektiv kan det också anses som mer angeläget att prioritera åtgärder som minskar stora snarare än små skillnader mellan grupper. För vårt fortsatta arbete har vi därför valt att även försöka ta hänsyn till hur väsentliga skillnader är.

Figuren nedan illustrerar rapportens avgränsningar och fokus. Sammanfattningsvis analyseras skillnader i processmått som rör vård, behandling och bemötande, och vi fokuserar på omotiverade och väsentliga skillnader som innebär att patienter med samma sjukdom och samma vårdbehov vårdas, behandlas och bemöts på olika sätt.

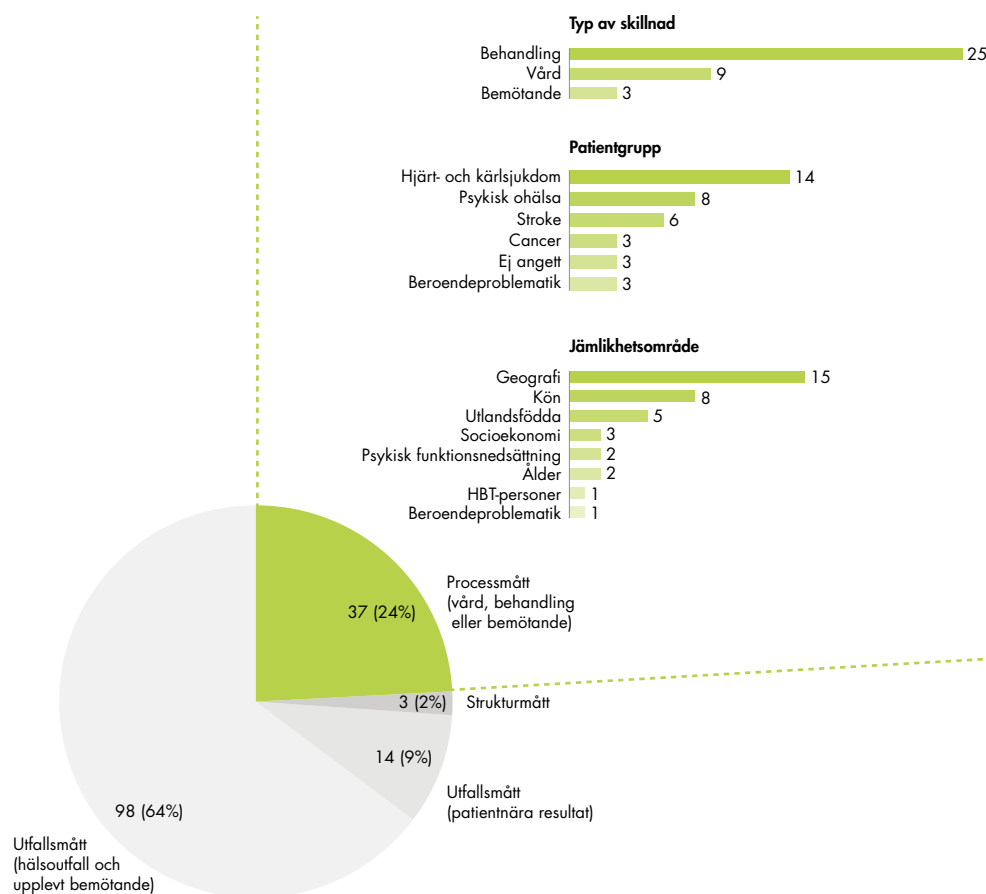
Övergripande beskrivning av vilken typ av skillnader som analyseras i promemorian.



VILKA SKILLNADER BESKRIVS I SOCIALSTYRELSENS RAPPORT OJÄMNA VILLKOR FÖR HÄLSA OCH VÅRD?

Socialstyrelsen lämnade i december 2011 rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* till regeringen. Rapporten sammanfattar kunskapsläget kring olika jämlikhetsaspekter inom ett antal centrala områden.

I Socialstyrelsens rapport har vi identifierat totalt 152 skillnader som berör hälso- och sjukvården. Rapporten fokuserar i huvudsak på utfallsmått som utgör 73 procent av de beskrivna skillnaderna. 37 skillnader berör vård, behandling och bemötande. Figuren nedan redögor för hur dessa skillnader är fördelade mellan olika typer av skillnader, patientgrupper och jämlikhetsområden. 25 av skillnaderna berör behandling, 9 berör skillnader i vård och endast 3 berör skillnader i bemötande. Det finns också en betydande variation i vilka patientgrupper och jämlikhetsområden som dessa skillnader berör. Patientgrupperna hjärt- och kärlsjuka och patienter med psykisk ohälsa är överrepresenterade. Med avseende på jämlikhetsområden kan man se en överrepresentation av geografiska skillnader och skillnader mellan könen, som tillsammans står för över hälften av skillnaderna (23 st).



Det finns stora variationer i kvaliteten i det underliggande materialet varifrån de skillnader som beskrivs i Socialstyrelsens rapport är hämtade. För stora patientgrupper såsom hjärt- och kärlsjuka, patienter med cancer och patienter med psykisk funktionsnedsättning har Socialstyrelsen bland annat hämtat information från stora egna analyser och från kvalitetsregister vilket ofta ger ett gott statistiskt underlag. Skillnader som syftar till att ge en bild av vården för HBT-personer eller etniska minoriteter har istället ofta en mer kvalitativ karaktär och refererar i stor utsträckning till små undersökningar och anekdotisk evidens. I vår vidare analys där vi identifierar och gör ett urval av skillnader inför fördjupade analyser i nästa fas, har vi exkluderat skillnader med begränsat underliggande material. Detta innebär att vi inte har gått vidare med skillnader som berör till exempel HBT-personer och etniska minoriteter.

I Socialstyrelsens rapport finns flera exempel på utfallsmått som belyser skillnader i upplevt bemötande i eller nöjdhet med vården. Upplevelsen av vården påverkas samtidigt av de förutsättningar som varje patient har i sitt möte med vården. I Socialstyrelsens rapport finns enbart tre skillnader som beskriver vad som kan sägas vara "faktiskt bemötande" (exempelvis vad en enskild vårdgivare gör och säger i sitt möte med patienten). Samtliga dessa tre skillnader har ett mycket begränsat underlag och baseras på mindre

enkätundersökningar. Vid en litteraturgenomgång har enbart ett fåtal svenska studier av faktiskt bemötande hittats, vilket talar för att kunskapen om skillnader i faktiskt bemötandet i den svenska hälso- och sjukvården är bristfällig.

MODELL FÖR ATT IDENTIFIERA OMOTIVERADE VÄSENTLIGA SKILLNADER I VÅRDEN

Som ovan beskrivits har en viktig utgångspunkt för detta arbete varit att identifiera skillnader i vården som är både omotiverade och väsentliga, för att i ett nästa steg kunna identifiera påverkbara faktorer i vården som bidrar till att dessa skillnader uppstår. Det är angeläget att förstå vad som utgör stora skillnader i livsviktig behandling och små skillnader i behandling med begränsad nytta och bristfällig evidensbas.

Socialstyrelsen har i rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* inte bedömt eller graderat de skillnader i vård, behandling och bemötande som de presenterar. Vi har därför genomfört en litteraturgenomgång och intervjuat experter för att kartlägga om det finns någon modell för att identifiera och jämföra omotiverade väsentliga skillnader mellan olika patientgrupper och jämlikhetsområden. Sammanfattningsvis tycks det inte finnas någon sådan etablerad modell idag.

Därför har vi inom ramen för detta regeringsuppdrag utvecklat en modell för att genomföra och åskådliggöra denna typ av bedömning. Modellen tar sin utgångspunkt i de principer som används inom utvärdering av och prioriteringar inom vården och i internationella modeller och strategier för arbete med jämlik vård.

Figuren nedan beskriver vår modell i allmänna ordalag. Modellen består av fyra steg. Det första steget består av en fokusering. Här kan en avgränsning av vilken typ av skillnader som ingår i analysen göras. Därefter görs en bedömning av huruvida de skillnader som ingår i analysen kan anses vara omotiverade och väsentliga. Därpå kan de olika skillnaderna jämföras med varandra utifrån den ursprungliga frågeställningen. Det är viktigt att framhålla att modellen syftar till att göra ett urval och prioritera bland skillnader för vidare analys, och att modellen inte ska ses som ett instrument för hur vården ska prioritera mellan olika patientgrupper och behandlingsområden.



Fokusering. Utifrån frågeställningen identifieras skillnader som berör ett sjukdomsområde eller grupp, exempelvis hjärtsjukvård eller äldre.

Bedömning om skillnaden är omotiverad. Innebär en bedömning av om det finns skäl som rättfärdigar skillnaden.

Bedömning om skillnaden är väsentlig. Innefattar en analys av skillnadens storlek och effekt för den grupp som drabbas.

Jämförelse mellan de omotiverade väsentliga skillnaderna utifrån den ursprungliga frågeställningen.

TILLÄMPNING AV MODELLEN PÅ SOCIALSTYRELSENS RAPPORT

Modellen för identifiering och gradering av skillnader som beskrivs i figuren ovan har tillämpats på Socialstyrelsens rapport. Syftet med tillämpningen var dels att testa modellen, dels att fungera som underlag för urval av de skillnader som ska analyseras djupare i nästa fas av arbetet. Det är viktigt att poängtera att urvalet *inte* innebär att de skillnader som selekterades bort i urvalet är oviktiga.

1. Fokusering

Analysen avgränsades till de skillnader i vård, behandling och bemötande som redovisas i Socialstyrelsens rapport. Fokus för analysen var samtliga patientgrupper och jämlikhetsområden som fanns representerade bland skillnaderna i rapporten. Av dessa exkluderades drygt tjugo skillnader, framför allt på grund av att källan till en skillnad inte gick att finna inom de tidsramar som har styrt vårt arbete.

2. Bedömning om skillnaden är omotiverad

I detta steg gjordes en bedömning om skillnaden kan anses rättfärdigad genom en analys av evidens för nytta med åtgärden/behandlingen, påverkan av patienternas preferenser, förekomsten och påverkan av medicinska avvägningar samt om skillnaden förklaras av prioriteringar i linje med hälso- och sjukvårdens tre etiska principer (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen). Om det finns evidens för att den aktuella behandlingen gör nytta för patienten, och om skillnaden inte kan förklaras av patienternas egna preferenser, medicinsk avvägning eller är i enlighet med etiska principer betraktas alltså en skillnad vara omotiverad i den här promemorian.

3. Bedömning om skillnaden är väsentlig

I detta steg bedömdes hur väsentlig skillnaden är genom att analysera skillnadens storlek och effekt. Med skillnadens storlek avses den procentuella skillnaden mellan det värde som uppmätts för den utsatta/drabbade gruppen jämfört med värdet för den "icke utsatta gruppen". Effekten av skillnaden bedömdes genom att analysera risken för att den "utsatta gruppen" drabbas av negativa konsekvenser till följd av den omotiverade skillnaden samt hur allvarliga dessa negativa konsekvenser är.

4. Jämförelse och prioritering

Sammantaget bedömde vi att 17 skillnader kunde anses vara mer omotiverade och väsentliga än övriga. Av dessa omotiverade väsentliga skillnader valdes fem ut för fortsatt orsaksanalys i nästa fas av arbetet med regeringsuppdraget. Dessa fem skillnader redovisas i tabellen nedan. Som framgår av tabellen består urvalet av en bredd av både jämlikhetsområden och patientgrupper. Fem jämlikhetsområden och tre stora patientgrupper finns representerade.

Urval av fem omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande.

Utvalda omotiverade väsentliga skillnader	Jämlikhetsområde	Patientgrupp
Män får oftare än kvinnor behandling med RAAS-hämmare 6-18 månader efter hjärtsvikt	Kön	Hjärtsjuka
Lågutbildade får warfarin och dipyridamol i mindre utsträckning än högutbildade vid stroke	Utbildningsnivå	Stroke
Skillnader mellan landstingen i väntetid från remissdatum till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer (jämförelse mellan samtliga landsting)	Geografi	Cancer
Sverigefödda får warfarin och dipyridamol i större utsträckning än personer födda utanför EU vid stroke	Utlandsfödda	Stroke
Psykiskt sjuka patienter som för första gången insjuknande i en akut hjärtinfarkt behandlas inte med ballongutvidgning (PCI) i samma omfattning som övriga patienter	Psykisk funktionsnedsättning	Hjärtsjuka

I vårt urval saknas bemötandeskillnader. Ingen av skillnaderna i bemötande som beskrivs i Socialstyrelsens rapport bedömdes ha ett tillräckligt underlag för att kunna göra en bedömning av om de är omotiverade och väsentliga. I urvalet finns inte heller flera viktiga jämlikhetsområden representerade, till exempel nationella minoriteter och HBT-personer. I likhet med bemötandeskillnader bedömdes ingen av de skillnader i vård, behandling eller bemötande som lyfts fram i Socialstyrelsens rapport ha ett tillräckligt underlag för att kunna göra en bedömning av om de är omotiverade och väsentliga. Flera viktiga patientgrupper som omnämns i Socialstyrelsens rapport saknas också i urvalet, till exempel diabetiker där inga processmått redovisas. För det fortsatta arbetet inom regeringsuppdraget kan det därför finnas skäl att komplettera urvalet, antingen med någon eller några skillnader från Socialstyrelsens rapport, eller genom att identifiera kompletterande omotiverade väsentliga skillnader i andra källor.

Nästa steg i Vårdanalys arbete fokuserar på att identifiera påverkbara faktorer i vården som bidrar till att och omotiverade väsentliga skillnader i vården uppstår och vilka åtgärder som bör vidtas för att minska skillnaderna. Utgångspunkten för analysen kommer att vara de skillnader som har identifierats i denna delrapport och eventuellt ett antal kompletterande skillnader i enlighet med ovanstående resonemang. Detta arbete kommer att fortsätta under våren 2014 och redovisas i en slutrapport som ska lämnas till regeringen i oktober 2014.



Innehåll

1 Inledning	29
1.1. Vårdanalys regeringsuppdrag	29
1.2. Vår tolkning av uppdraget.....	29
1.3. Syfte och frågeställningar	29
1.4. Övergripande ansats och metod	30
1.5. Avgränsningar	31
2 Vad utgör omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande?	35
2.1. Vad är jämlik vård?	35
2.2. Vilka faktorer påverkar hälsan?	35
2.3. Skillnader i vård, behandling och bemötande	36
2.4. Vad utgör en omotiverad och väsentlig skillnad i vård, behandling och bemötande?.....	38
2.5. Vilken typ av skillnader analyseras inom ramen för detta regeringsuppdrag?	39
3 Vilka skillnader beskrivs i Socialstyrelsens rapport Ojämna villkor för hälsa och vård?	43
3.1. Typer av skillnader.....	43
3.2. Patientgrupper och jämlikhetsområden	44
3.3. Kunskapsunderlag för beskrivna skillnader	46
3.4. Fördelning av skillnader i vård, behandling och bemötande utifrån berörda jämlikhetsområden och patientgrupper	47
4 Modell för att identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården	51
4.1. Modell för att identifiera och gradera omotiverade och väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande	51
4.2. Tillämpning av modellen på Socialstyrelsens rapport Ojämlika villkor för hälsa och vård	52
4.3. Fokusering.....	54
4.4. Bedömning om skillnaden är omotiverad	56
4.5. Bedömning om skillnaden är väsentlig	58

4.6. Jämförelse och prioritering	60
4.7. Observationer utifrån arbetet med att identifiera omotiverade väsentliga skillnader i Socialstyrelsens rapport	64
5 Fördjupad beskrivning av fem omotiverade och väsentliga skillnader inom fem olika jämlikhetsområden	67
5.1. Regionala skillnader i väntetid från remissdatum till specialistklinik, till beslut om behandling för lungcancer	67
5.1.1 Jämlikhetsområdet: Geografi	67
5.1.2 Skillnaden som beskrivs i Socialstyrelsens rapport	67
5.1.3 Bakgrund till skillnaden	68
5.2. Män får oftare än kvinnor behandling med RAAS-hämmare 6–18 månader efter hjärtsvikt	71
5.2.1 Jämlikhetsområdet: Kön	71
5.2.2 Skillnaden som beskrivs i Socialstyrelsens rapport	72
5.2.3 Bakgrund till skillnaden	73
5.3. Lågutbildade får warfarin och dipyridamol i mindre utsträckning än högutbildade vid stroke.....	76
5.3.1 Jämlikhetsområdet: Socioekonomi	76
5.3.2 Skillnaden som beskrivs i Socialstyrelsens rapport	77
5.3.3 Bakgrund till skillnaden	78
5.4. Sverigefödda får warfarin och dipyridamol i större utsträckning än personer födda utanför EU efter stroke	78
5.4.1 Jämlikhetsområdet: Födelseland	78
5.4.2 Skillnaden som beskrivs i Socialstyrelsens rapport	79
5.4.3 Bakgrund till skillnaden	80
5.5. Psykiskt sjuka patienter som för första gången insjuknande i en akut hjärtinfarkt behandlas inte med ballongvidgning (PCI) i samma omfattning som övriga patienter	80
5.5.1 Jämlikhetsområdet: Psykisk funktionsnedsättning	80
5.5.2 Skillnaden som beskrivs i Socialstyrelsens rapport	81
5.5.3 Bakgrund till skillnaden	81
6 Slutsatser	85
7 Fortsatt arbete 2014	89
8 Referenser.....	93
Bilaga 1 Sammanställning över alla bedömda skillnader i Socialstyrelsens Ojämlika villkor för hälsa och vård	97



1 Inledning

1.1. VÅRDANALYS REGERINGSUPPDRAG

I december 2012 gav regeringen Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) i uppdrag (1) att göra en fördjupad analys ur ett patientperspektiv av de skillnader i vård, behandling och bemötande som Socialstyrelsen redovisat i sin rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* (2) och som beskrivs i regeringens strategi för jämlik vård (3). Analysen ska ge ökad kännedom och kunskap om vad det finns i vårdens ersättningssystem, organisation och genomförande, ledarskap och styrning, verktyg och kompetens med mera som kan ha en betydelse för en jämlik vård och utgöra orsaker till skillnader i vården. Vårdanalys ska även bedöma behovet av åtgärder och vilka åtgärder som kan vidtas för att nå en mer jämlik vård.

1.2. VÅR TOLKNING AV UPPDRAGET

Landsting, myndigheter, universitet och andra organisationer har under en lång tid arbetat med att mäta och följa upp hälso- och sjukvårdens resultat, processer och strukturer ur olika jämlikhetsperspektiv. Olika typer av mätningar och uppföljningar är ett nödvändigt och viktigt första steg för att överhuvudtaget kunna uttala sig om huruvida vården är jämlik. Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* utgör ett exempel på en sådan nationell uppföljning. Vårt uppdrag är ett uttryck för att det nu är angeläget att ta nästa steg genom att öka kännedomen och kunskapen om vilka *påverkbara faktorer i vården* som bidrar till att dessa skillnader uppstår. Först då är det möjligt att uttala sig om vilka åtgärder som hälso- och sjukvården bör vidta för att minska skillnaderna.

1.3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med uppdraget är att bidra med ökad kunskap om vilka påverkbara faktorer i vården som kan ha betydelse för jämlik vård. I Socialstyrelsens rapport beskrivs en mängd skillnader som rör vård, behandling och bemötande. Det är inte möjligt att inom ramen för detta regeringsuppdrag analysera samtliga dessa skillnader och behovet av åtgärder kopplat till dem. För att avgränsa uppdraget har Vårdanalys därför valt att fokusera arbetet. Vi har valt att utgå från de skillnader som kan bedömas som omotiverade och väsentliga. För att svara mot uppdragets syfte behöver tre huvudsakliga frågeställningar besvaras:

- 1) Vad utgör omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande och hur kan dessa identifieras och graderas?

- 2) Vilka påverkbara faktorer i vården bidrar till att dessa skillnader uppstår?
- 3) Vilka åtgärder kan vidtas för att minska skillnaderna?

Denna rapport, som utgör en delredovisning av uppdraget, berör den första frågeställningen. Arbetet med frågeställning 2 och 3 (orsaker och åtgärder) kommer att redovisas i en slutrapport som ska lämnas till regeringen i oktober 2014.

1.4. ÖVERGRIPANDE ANSATS OCH METOD

För att besvara frågeställningen om vad som utgör omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande, och hur dessa kan identifieras och graderas, har Vårdanalys tillämpat följande övergripande ansats:

Steg 1: Framtagande av en modell för att kunna identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande

- Vad innebär begreppen vård, behandling och bemötande och hur kan dessa typer av skillnader identifieras?
- Vad betyder det att en skillnad är omotiverad och hur kan en gradering göras av mer respektive mindre omotiverade skillnader?
- Vad betyder det att en skillnad är väsentlig och hur kan en gradering göras av mer respektive mindre väsentliga skillnader?

Steg 2: Test av modellen genom tillämpning på Socialstyrelsens rapport Ojämna villkor för hälsa och vård i syfte att välja ut skillnader som ska utredas vidare i uppdragets andra fas (orsaksanalys)

- Identifiering av de skillnader i Socialstyrelsens rapport som är antingen vård, behandling eller bemötande (till skillnad från till exempel hälsoutfall)
- För varje identifierad skillnad i vård, behandling och bemötande:
 - Bedömning av i vilken utsträckning skillnaden är omotiverad med utgångspunkt i tillgänglig evidens
 - Bedömning av i vilken utsträckning skillnaden är väsentlig med utgångspunkt i analyser av skillnadens storlek och effekt
- Jämförelse av skillnader i syfte att välja omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande för orsaksanalys i arbetets andra fas

Inom ramen för arbetet med slutrapporten kommer vi att genomföra fördjupade analyser av de skillnader som identifieras i denna delrapport i syfte att analysera vilka påverkbara faktorer i vården som bidragit till att skillnaderna har uppstått.

I arbetet med delrapporten har en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder använts. Analysen är baserad på publicerade nationella och internationella

rapporter, vetenskapliga artiklar, statistisk bearbetning av resultat i bland annat *Öppna jämförelser* och kvalitetsregister samt intervjuer med områdesexperter (exempelvis patientföreträdare och sakkunniga i hälso- och sjukvårdsfrågor). Dialog har förts med Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting i enlighet med vårt uppdrag.

1.5. AVGRÄNSNINGAR

Vi har gjort två viktiga avgränsningar i vår analys. Dels är analysen avgränsad till skillnader i vård, behandling och bemötande (olika typer av processer). Vi studerar därmed inte skillnader i exempelvis vårdens resultat eller hälsoutfall. Vidare är analysen avgränsad till de skillnader som beskrivs i Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård*. Andra skillnader, som också kan anses vara både omotiverade och väsentliga, lämnas därmed utanför ramen för den här promemorian.



2 Vad utgör omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande?

2.1. VAD ÄR JÄMLIK VÅRD?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Härmed avses enligt förarbetena till lagen att bemötandet, vården och behandlingen ska vara jämlik och erbjudas alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning (horisontell rättvisa). Vården ska också ge företräde till patienter med störst behov (vertikal rättvisa).(5)

En del av jämlik vård är att skapa förutsättningar för en mer jämlik hälsa. De analyser och aktiviteter som görs inom området jämlik vård berör därför ofta både skillnader i vård, behandling och bemötande och olika typer av hälsoutfall.

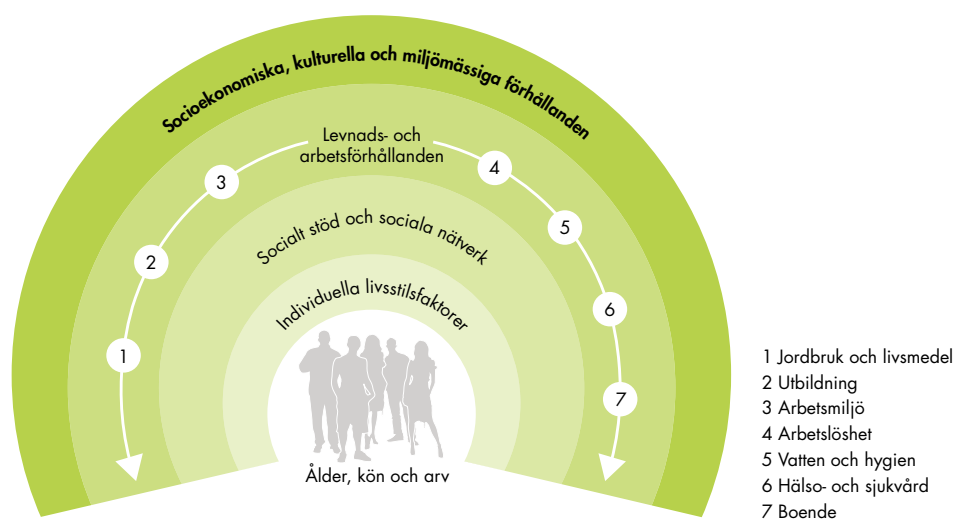
2.2. VILKA FAKTORER PÅVERKAR HÄLSAN?

En individs hälsa påverkas av flera faktorer. En vanligt använd modell, som bland annat tillämpas av WHO, presenteras i Figur 1 (6). Enligt modellen är hälsan hos en individ ett resultat av bestämningsfaktorer på flera nivåer där socioekonomiska och miljömässiga förhållanden, levnads- och arbetsförhållanden, sociala och samhälleliga influenser samspelar med livstilsfaktorer och biologiska förutsättningar.

Samhällets arbete för att åstadkomma en jämlik hälsa i befolkningen kan därmed innefatta åtgärder som påverkar ett stort antal olika bestämningsfaktorer där hälso- och sjukvården enbart utgör en av flera viktiga delar. Det finns ett antal olika uppskattningar av hälso- och sjukvårdens bidrag till folkhälsan, bland annat i termer av bidrag till minskad undvikbar dödlighet i behandlingsbara sjukdomar. Översiktsrapporter av situationen i Europa har bland annat redovisat att (7, 8):

- Dödligheten i behandlingsbara sjukdomar som hälso- och sjukvården kan och bör påverka, minskar snabbare än dödligheten av andra orsaker
- Hälso- och sjukvårdens bidrag är generellt större i länder med ett sämre utgångsläge
- Sverige tillhör de länder som har bäst folkhälsa, och förbättringar inom hälso- och sjukvården har varit en bidragande faktor till minskad dödlighet i behandlingsbara sjukdomar

Figur 1. Ramverk för hälsans bestämningfaktorer.



Källa: Fritt översatt utifrån Whitehead och Dahlgren (6)

I Sverige har hälso- och sjukvården det generella ansvaret för en god hälsa i befolkningen. Utöver detta har hälso- och sjukvården också ett ansvar för att förebygga ohälsa. (9) På senare tid har behovet av att stärka det hälsofrämjande arbetet i vården lyfts fram i bland annat 2008 års folkhälsoproposition och i Patientmaktsutredningens slutbetänkande (10, 11). Socialstyrelsens arbete med att utveckla nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kan också ses som ett led i denna utveckling.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för en god hälsa innebär ett tydligt ansvar för att sträva för en jämlik hälsa. Detta ska uppnås genom att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården och att bemötande, vård och behandling skall erbjudas på lika villkor (5, 9).

2.3. SKILLNADER I VÅRD, BEHANDLING OCH BEMÖTANDE

Skillnader inom hälso- och sjukvården kan grupperas utifrån om de utgörs av skillnader i strukturer, processer eller utfall (12). I denna promemoria analyseras skillnader i *vård*, *behandling*, och *bemötande* vilket utgör aktiviteter och vårdprocesser som direkt påverkar hälso- och sjukvårdens resultat och kan mätas med så kallade processmått. Hälso- och sjukvårdens resultat kan i sin tur definieras som *hälsoutfall* och *upplevd kvalitet i bemötande relativt patientens förutsättningar*. Som beskrivits i föregående avsnitt påverkas det verkliga utfallet (*hälsostatus och patientnöjdhet*) även av flera andra bestämningfaktorer som ligger utanför hälso- och sjukvården. En jämlik hälsa och en jämlik upplevelse av vården är således en produkt av både den vård, behandling och bemötande som getts och de förutsättningar som fanns för patienten före kontakten med vården.

Exempel

Skillnader i hälsa (utfall) för patienter med hjärtinfarkt i olika landsting beror både på patienternas rökvanor och på skillnader i hur väl vården kan kompensera för rökning i den vård, behandling och det bemötande som erbjuds (vårdens resultat).

Skillnader i vård, behandling och bemötande kan i sin tur delas in i tre huvudtyper:

- 1) Skillnader som består i att patienter med *samma sjukdom* och *samma vårdbehov* (lika svårt sjuka) vårdas, behandlas eller bemöts på olika sätt
- 2) Skillnader som består i att patienter med *olika sjukdomar* men *samma vårdbehov* vårdas, behandlas eller bemöts på olika sätt
- 3) Skillnader som består i att patienter med *samma sjukdom* men *olika vårdbehov* vårdas, behandlas eller bemöts på olika sätt

De skillnader i vård, behandling och bemötande som beskrivs i Socialstyrelsens rapport är av den första typen – patienter med *samma sjukdom* och *samma vårdbehov* erhåller olika vård, behandling eller bemötande.

Den andra typen av skillnader, att patienter med *olika sjukdomar men samma vårdbehov* behandlas olika är vanligtvis ett resultat av medvetna eller omedvetna horisontella prioriteringar. Horisontella prioriteringar innebär till exempel prioritering mellan olika patientgrupper eller verksamhetsområden. Denna typ av prioritering ska normalt göras på en politisk nivå, men kan även ske i verksamheten. Ett exempel på horisontella prioriteringar är de beslut om subvention av läkemedel som fattas av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Trots att två läkemedel kan ge upphov till exakt samma resultat i form av förbättrad livskvalitet och förlängt liv för de patienter som erhåller läkemedlet, kan det ena läkemedlet beviljas subvention men inte det andra beroende på om kostnaderna för läkemedlet kan anses vara motiverade ur ett samhällsperspektiv. Det finns alltså skillnader i hur patienter med olika sjukdomar, men samma vårdbehov, behandlas som är ett resultat av medvetna horisontella prioriteringar och kan anses vara motiverade. Det sker också felaktiga horisontella prioriteringar (medvetna, eller omedvetna; direkta, eller indirekta) som kan resultera i omotiverade skillnader. Denna typ av skillnader är svåra att analysera och beskrivs inte i Socialstyrelsens rapport.

Den tredje typen av skillnader, där patienter med samma sjukdom men olika vårdbehov behandlas på olika sätt beskrivs inte heller i Socialstyrelsens rapport. Denna typ av skillnader är vanligtvis ett resultat av vertikala prioriteringar. Vertikala prioriteringar berör beslut inom exempelvis en sjukdomsgrupp och ska ske med utgångspunkt i att den med störst behov ska ges företräde i vården. Denna typ av beslut fattas primärt av vårdpersonal men kan också påverkas av till exempel politiska beslut. På motsvarande sätt som för horisontella prioriteringar fattar TLV även vertikala prioriteringsbeslut. Detta innebär till exempel att man tillämpar en högre betalningsvilja för läkemedel som behandlar livshotande tillstånd än för läkemedel som behandlar lindrigare besvär. Rätt utförda resulterar inte vertikala prioriteringar i omotiverade skillnader i vård, behandling eller

bemötande. Felaktiga vertikala prioriteringar (medvetna, eller omedvetna; direkta, eller indirekta) kan samtidigt skapa omotiverade skillnader.

Exempel: Omotiverad skillnad orsakad av vertikal prioritering

Ett exempel på en vertikal prioritering som kan leda till omotiverade skillnader är ersättningsmodeller som premierar vårdcentraler till att producera många korta besök. Det finns då en risk att grupper med större och mer komplexa behov, exempelvis äldre, patienter med psykisk funktionsnedsättning och i vissa fall utlandsfödda inte prioriteras då dessa besök generellt sett är mer tidskrävande. Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting beskriver i sin rapport *Vårdgaranti och vårdval – Hur följs effekter för patienter med störst behov* (13) att vårdgivare i primärvården inte anser att ersättningsystemet stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov.

2.4. VAD UTGÖR EN OMOTIVERAD OCH VÄSENTLIG SKILLNAD I VÅRD, BEHANDLING OCH BEMÖTANDE?

Som beskrivits ovan kan skillnader i vård, behandling och bemötande ge upphov till olikheter i vårdens resultat och en ojämlik hälsa och patientnöjdhet. Samtidigt bidrar inte alla skillnader i vård, behandling och bemötande till varken olikheter i vårdens resultat eller en ojämlik hälsa. Tvärtom kan vissa skillnader i vård, behandling och bemötande vara eftersträvarvärdiga och nödvändiga för att beakta patienternas preferenser eller medicinska förutsättningar, utjämna skillnader i till exempel hälsa, samt för att följa de lagstiftade prioriteringsprinciperna. Vidare kan skillnader driva den medicinska utvecklingen framåt.

Exempel på skillnad som bidrar till att minska olikheter i hälsoutfall mellan grupper: Läkare förskriver i mindre utsträckning läkemedel som kan vara skadliga för patienter med nedsatt njurfunktion till äldre personer eftersom förekomsten av exempelvis njursvikt är högre i denna grupp.

Exempel på skillnad som uppstår till följd av att en patientgrupp har ett större behov av behandlingen än en annan: Väntetider på akutmottagningen varierar mellan patienter med olika vårdbehov då det är önskvärt att patienter med svårare akut sjukdom behandlas före dem med lindrigare besvär.

Exempel på skillnad till följd av gruppens egna preferenser: Det förekommer att vissa patienter väljer att avstå från blodtransfusion, även när detta är starkt medicinskt motiverat.

Exemplen ovan belyser behovet av att fokusera på de skillnader i vård, behandling och bemötande som kan anses vara *omotiverade* och som bidrar till olikheter i vårdens resultat, och till en ojämlik hälsa och ojämlik patientnöjdhet. De senaste åren har ett allt större fokus satts på att belysa och åtgärda dessa omotiverade skillnader (14). I den här promemorian antar vi ett patientperspektiv, och med en omotiverad skillnad menar vi i den här promemorian dels att det finns evidens för att behandlingen det rör sig om gör nytta för patienten, dels att den observerade skillnaden inte kan anses bero på antingen patientens egna preferenser eller på medicinska avvägningar, och dels att skillnaden inte kan anses vara i enlighet med etiska principer.

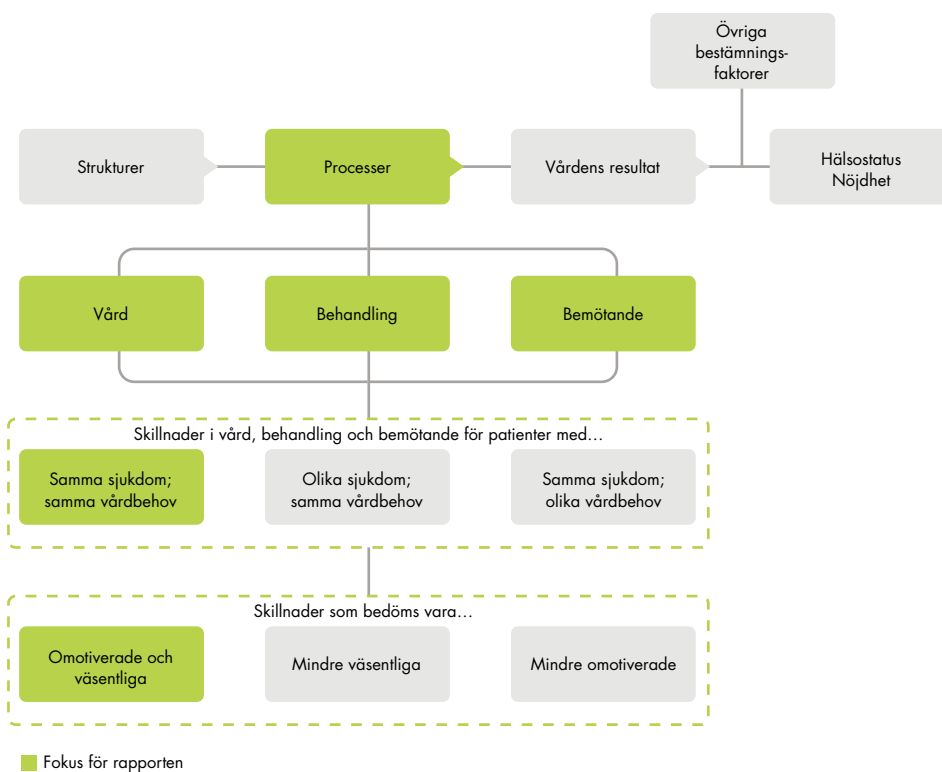
I vår avgränsning har vi dessutom valt att fokusera på skillnader utifrån effekt och storlek eftersom det finns ett värde i att möjliggöra att samhällets resurser används så effektivt som möjligt för att åstadkomma en mer jämlik hälsa i befolkningen. Skillnader som resulterar i stora negativa konsekvenser för hälsan för de som drabbas kan ses som mer *väsentliga* att påverka än de där konsekvenserna är ringa. Skillnader i vård, behandling och bemötande som ökar risken att dö i förtid kan alltså ses som mer väsentliga än skillnader där effekten är en ökad risk för en lindrig och övergående smärta. Ur ett nationellt perspektiv kan det också anses som mer angeläget att prioritera åtgärder som minskar stora snarare än små omotiverade skillnader. Exempelvis kan det ses som mer angeläget att på nationell nivå försöka påverka de flerfaldigt längre väntetiderna mellan remiss och beslut om behandling av lungcancer mellan landstingen än att försöka påverka den mycket mindre (men fortfarande lika omotiverade) skillnaden på 1,2 procent i andelen män respektive kvinnor som behandlas med läkemedelsgruppen betablockerare efter hjärtinfarkt. För vårt fortsatta arbete har vi därför valt att även försöka ta hänsyn till hur väsentliga skillnader är.

2.5. VILKEN TYP AV SKILLNADER ANALYSERAS INOM RAMEN FÖR DETTA REGERINGSUPPDRAG?

Figur 2 sammanfattar promemorians avgränsningar och fokus. Analysen berör skillnader i processmått som rör vård, behandling och bemötande, och fokus för rapporten är att analysera omotiverade och väsentliga skillnader som innebär att patienter med samma sjukdom och samma vårdbehov vårdas, behandlas och bemöts på olika sätt.

Vad utgör omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande?

Figur 2. Övergripande beskrivning av vilken typ av skillnader som analyseras i promemorian.





3 Vilka skillnader beskrivs i Socialstyrelsens rapport Ojämna villkor för hälsa och vård?

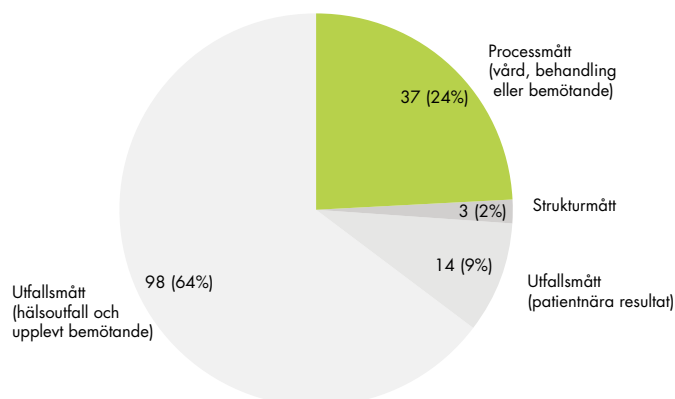
Socialstyrelsen lämnade i december 2011 rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* till regeringen. Rapporten sammanfattar kunskapsläget kring olika jämlikhetsaspekter inom ett antal centrala områden. Underlaget för de skillnader som beskrivs baseras på en rad olika källor, inklusive intervjuundersökningar, litteratursökningar, aktuella eller pågående utredningar och rapporter samt viss bearbetning av uppgifter från hälsodataregister, kvalitetsregister och liknande. Rapporten beskriver ett antal utmaningar inom jämlikhetsområdet och ger rekommendationer för fortsatt arbete inom myndigheten, för regering och riksdag, för sjukvårdshuvudmännen samt inom forskning och utbildning. De patientgrupper som analyseras är bland annat patienter med psykisk ohälsa, missbruksproblematik, hjärt- och kärlsjukdom och cancer. Skillnader i vård och hälsa för dessa patientgrupper beskrivs för bland annat jämlikhetsområdena ålder, funktionsnedsättning, födelseort och sexuell läggning. Rekommendationerna i rapporten uppmanar huvudmännen att bland annat utveckla vården i utsatta områden, förstärka samarbetet mellan psykiatrisk och somatisk vård och att i större utsträckning använda befintlig kunskap i utvecklingsarbetet i vården. Regering och riksdag rekommenderas bland annat att överväga att se över hur den etiska plattformen och prioriteringsriktlinjerna kan få ökad praktisk tillämpning. Regeringen rekommenderas också att utveckla en ny modell i samarbete med sjukvårdshuvudmännen i syfte att uppnå större harmonisering mellan olika delar av landet inom kritiska områden.

Socialstyrelsens rapport är omfattande. I syfte att identifiera skillnader som kan ligga till grund för Vårdanalys fortsatta arbete med möjliga förklaringar till, och åtgärder för, en mer jämlik vård, har vi gjort en grundlig genomgång av rapporten. Vi har gjort en översikt av vilken typ av skillnader som redovisas (struktur-, process- eller utfallsmått), vilka patientgrupper som finns representerade och vilka jämlikhetsområden som belyses. I Socialstyrelsens rapport har vi identifierat totalt 152 skillnader som berör hälso- och sjukvården. Utifrån genomgången av rapporten har vi gjort ett urval av några skillnader som kommer att ligga till grund för vårt fortsatta arbete.

3.1. TYPER AV SKILLNADER

I Socialstyrelsens rapport beskrivs jämlikhetsområden och patientgrupper genom en sammanställning av olika typer av skillnader. En analys av samtliga 152 skillnader som vi identifierar i rapporten visar att majoriteten av de skillnader som presenteras berör skillnader i utfall, det vill säga utfall i hälsa, upplevt bemötande eller patientnära resultat. Figur 3 visar att 73 procent (112 stycken) av de beskrivna skillnaderna antingen beskriver utfall eller patientnära resultat. En fjärdedel, 24 procent (37 stycken), utgörs av mått på vård, behandling eller bemötande (processmått) och 2 procent (3 st) är strukturmått.

Figur 3. Fördelning av 152 skillnader i Socialstyrelsens rapport utifrån struktur-, process- och utfallsmått.



3.2. PATIENTGRUPPER OCH JÄMLIKHETSOMRÅDEN

En skillnad kan kategoriseras utifrån vilken patientgrupp som berörs men även utifrån vilket jämlikhetsområde som är i fokus (exempelvis kön, ålder och socioekonomi).

Exempel:

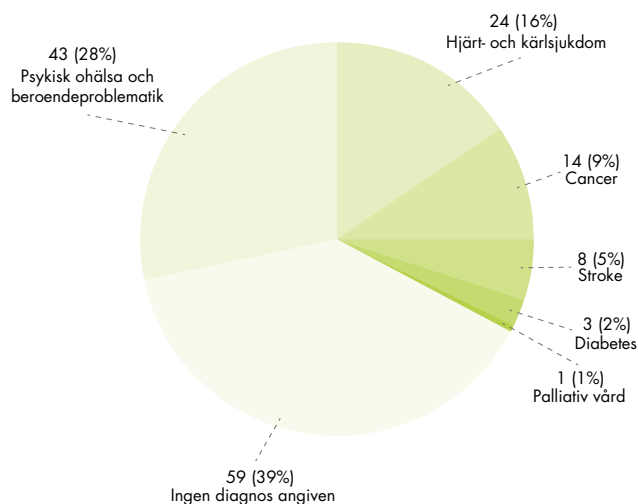
Skillnaden ”Kvinnor behandlas i mindre utsträckning än män med RAAS-hämmare vid hjärtsvikt” kategoriseras enligt:

Patientgrupp: Hjärt- och kärlsjukdom

Jämlikhetsområde: Skillnader i behandling mellan män och kvinnor (könsskillnader)

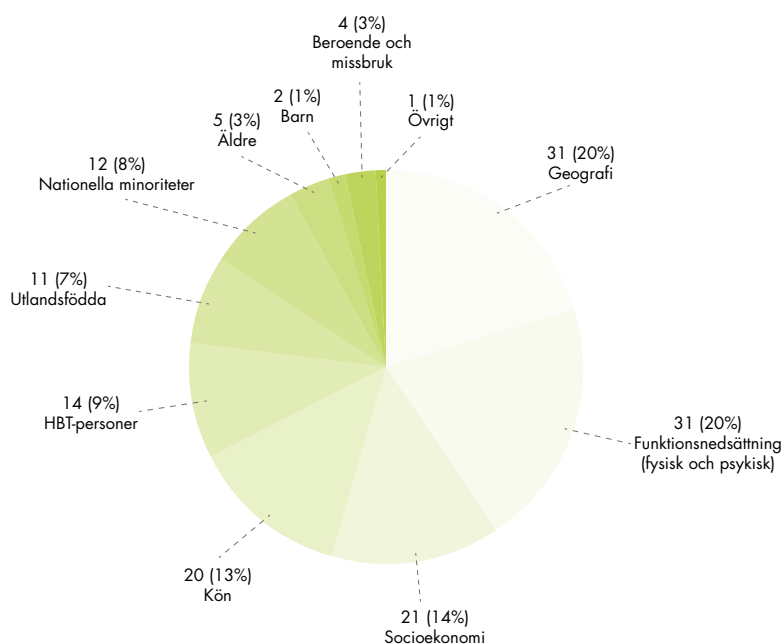
Vad gäller vilka patientgrupper som berörs i Socialstyrelsens rapport visar Figur 4 att 28 procent av skillnaderna berör patienter med psykisk ohälsa och beroendeproblematik, 16 procent berör patienter med hjärt- och kärlsjukdom och 9 procent berör cancerpatienter. Ett fåtal skillnader beskrivs också för patienter med diabetes (2 procent) och patienter i palliativ vård (1 procent). Resterande skillnader (39 procent) berör jämlikhetsområden där skillnaderna inte studerats utifrån en särskild diagnos. Flera stora patientgrupper berörs inte alls, exempelvis patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och traumapatienter.

Figur 4. Fördelning av 152 skillnader i Socialstyrelsens rapport utifrån patientgrupp.



Figur 5 visar att fördelningen mellan jämlikhetsområden är relativt jämn: 20 procent berör funktionsnedsättning (majoriteten av dessa berör individer med psykisk funktionsnedsättning), 20 procent av skillnaderna utgår från ett geografiskt perspektiv, 14 procent antar ett socioekonomiskt perspektiv, 13 procent berör könsskillnader, 9 procent är skillnader mellan HBT-personer och övriga, 7 procent utgår från födelseland, 8 procent berör nationella minoriteter och 8 procent av skillnaderna är skillnader i andra dimensioner (inklusive ålder).

Figur 5. Fördelning av 152 skillnader i Socialstyrelsens rapport utifrån jämlikhetsområde.



3.3. KUNSKAPSUNDERLAG FÖR BESKRIVNA SKILLNADER

Även om fördelningen av skillnader mellan patientgrupper och jämlikhetsområden i rapporten är relativt jämn visar vår genomgång att det finns stora variationer i kvaliteten i det underliggande materialet varifrån de skillnader som beskrivs i Socialstyrelsens rapport är hämtade. I vårt arbete med att identifiera ett urval av skillnader för fördjupad analys är detta en viktig aspekt då vi inte har kunnat inkludera, och därmed vidare analysera, skillnader vars underliggande material är begränsat.

För stora patientgrupper såsom hjärt- och kärlsjuka, patienter med cancer och patienter med psykisk funktionsnedsättning har Socialstyrelsen bland annat hämtat information från stora egna analyser och från kvalitetsregister vilket ofta ger ett bra statistiskt underlag. Skillnader som syftar till att ge en bild av vården för HBT-personer eller etniska minoriteter har istället ofta en mer kvalitativ karaktär och refererar i stor utsträckning till små undersökningar och anekdotisk evidens. Detta innebär att skillnader som berör dessa grupper exkluderas från vår fördjupade analys i nästa fas av arbetet med regeringsuppdraget, eftersom vi inte har kunnat göra någon bedömning av huruvida skillnader som är baserade på begränsat underlag är omotiverade och väsentliga. Det är en utmaning att analysera skillnader i vård, behandling och bemötande för dessa grupper eftersom svenska hälso- och sjukvårdsregister inte registrerar nationell minoritets- eller HBT-status. Det finns behov av ytterligare forskning på området för att öka förståelsen både för hälsan i dessa grupper och för att fördjupa kunskapen om de skillnader i vård, behandling och bemötande som beskrivs i Socialstyrelsens rapport.

Patienternas upplevelser av bemötandet i hälso- och sjukvården kartläggs sedan några år tillbaka i nationella enkäter och i allt större utsträckning inom hälso- och sjukvårdens egen verksamhet. I undersökningarna Nationell patientenkät och Vårdbarometern tillfrågas patienter bland annat om hur de upplever olika aspekter av bemötandet i vården. Ett ökande forskningsunderlag finns också på området. Upplevelsen av vården påverkas samtidigt som beskrivits tidigare i denna rapport av de förutsättningar som varje patient har i sitt möte med vården. Exempelvis är patienter inom psykiatri nästan genomgående mindre nöjda med den vård och det bemötande som de får än patienter utanför psykiatri (15). En mindre nöjdhet behöver samtidigt inte betyda att dessa patienter får ett sämre bemötande i vården utan skulle även kunna kopplas till andra faktorer, exempelvis förväntningar eller tidigare upplevelser. Om detta är fallet behöver sjukvården arbeta för att ge dessa grupper ett ännu bättre bemötande än andra grupper för att åstadkomma en likartad patientnöjdhet. Exemplet belyser också behovet av att mäta och följa upp faktiskt bemötande. Med faktiskt bemötande avses det som exempelvis läkaren gör och säger i sitt möte med patienten, till skillnad mot upplevt bemötande som är hur patienten upplever vad läkaren gör och säger och patientnöjdhet som förenklat kan beskrivas som skillnaden mellan förväntningarna på kontakten med vården och den vård och det bemötande som patienten erhåller.

I Socialstyrelsens rapport finns tre beskrivna skillnader i faktiskt bemötande:

- Skillnader i läkares och sjuksköterskors bemötande av patienter med alkoholmissbruk
- Skillnader i bemötande och information till HBT-personer (förutsättande av heterosexuallitet) som resulterat i felbehandling
- Skillnader i vårdstudenters attityder och bemötande av homosexuella

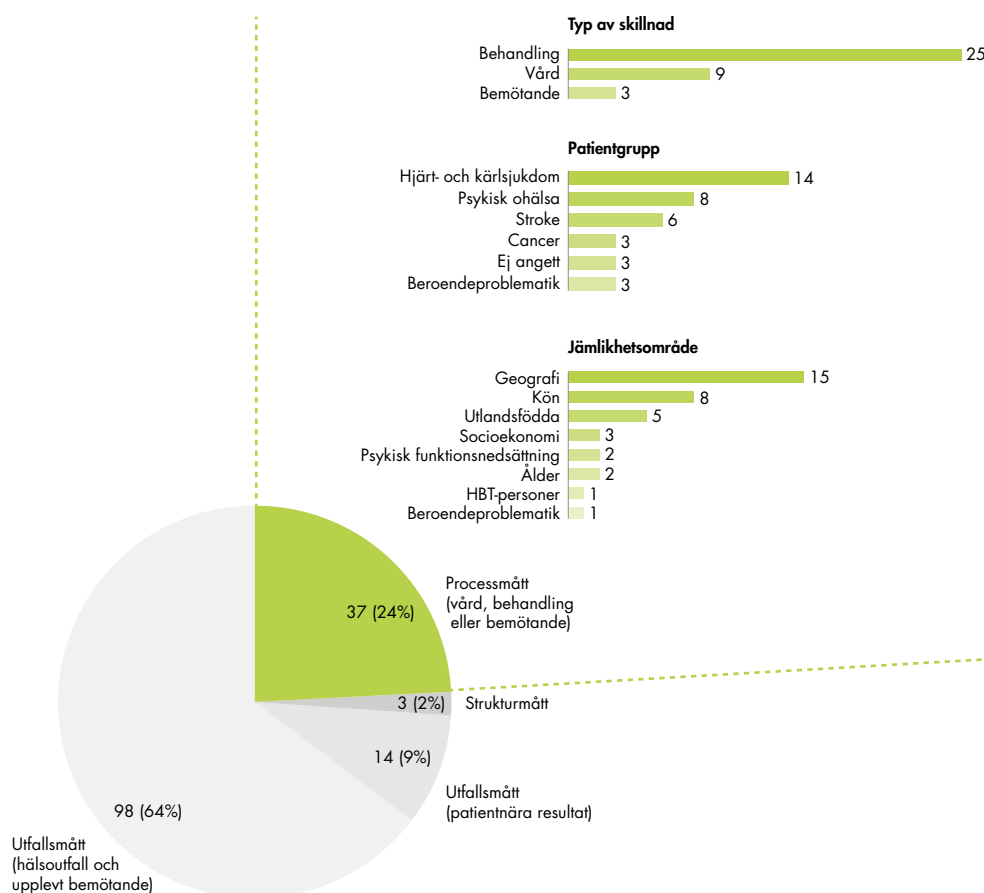
Samtliga dessa tre skillnader har ett mycket begränsat underlag och baseras på mindre enkätundersökningar. Vid en litteraturgenomgång har enbart ett fåtal svenska studier av faktiskt bemötande hittats, vilket talar för kunskapen om skillnader i faktiskt bemötandet i den svenska hälso- och sjukvården är bristfällig.

3.4. FÖRDELNING AV SKILLNADER I VÅRD, BEHANDLING OCH BEMÖTANDE UTIFRÅN BERÖRDA JÄMLIKHETSOMRÅDEN OCH PATIENTGRUPPER

Fokus för Vårdanalys regeringsuppdrag är på skillnader i vård, bemötande och behandling (se kapitel 1 och 2). Som framgår av Figur 3 har vi identifierat 37 sådana skillnader i Socialstyrelsens rapport, och dessa kommer således att utgöra underlag för vårt vidare arbete. I Figur 6 redovisas skillnaderna i vård, behandling och bemötande uppdelat på typ av skillnad, berörda patientgrupper, samt berörda jämlikhetsområden.

Bland de 37 identifierade skillnaderna i vård, behandling och bemötande berör 25 skillnader i behandling, 9 berör skillnader i vård och endast 3 berör som ovan nämnts skillnader i bemötande. Det finns också en betydande variation i vilka patientgrupper och jämlikhetsområden som dessa skillnader berör. Patientgrupperna hjärt- och kärlsjuka och patienter med psykisk ohälsa är överrepresenterade. Med avseende på jämlikhetsområden kan man se en överrepresentation av geografiska skillnader och skillnader mellan könen, som tillsammans står för över hälften av skillnaderna (23 st).

Figur 6. Fördelning av skillnader i vård, behandling och bemötande utifrån typ, patientgrupp och jämlikhetsområde.





4 Modell för att identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården

4.1. MODELL FÖR ATT IDENTIFIERA OCH GRADERA OMOTIVERADE OCH VÄSENTLIGA SKILLNADER I VÅRD, BEHANDLING OCH BEMÖTANDE

För att kunna identifiera påverkbara faktorer i vården som bidragit till att skillnader uppstår har det, som beskrivits ovan, varit en viktig utgångspunkt för detta arbete att identifiera skillnader i vården som är både omotiverade och väsentliga. Det är angeläget att förstå vad som utgör stora skillnader i livsviktig behandling och små skillnader i behandling med begränsad nytta och bristfällig evidensbas.

Socialstyrelsen har i rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* inte bedömt eller graderat de skillnader i vård, behandling och bemötande som de presenterar. Vi har därför genomfört en litteraturgenomgång och intervjuat experter för att kartlägga om det finns någon modell för att identifiera och jämföra omotiverade väsentliga skillnader mellan olika patientgrupper och jämlikhetsområden. Sammanfattningsvis tycks det inte finnas någon sådan etablerad modell idag.

Därför har vi inom ramen för detta regeringsuppdrag utvecklat en modell för att genomföra och åskådliggöra denna typ av bedömning. Modellen tar sin utgångspunkt i de principer som används inom utvärdering av, och prioriteringar inom, vården och i internationella modeller och strategier för arbete med jämlik vård.

Som framgår av Figur 7 består modellen av fyra steg. Det första steget består av en fokusering. Här kan en avgränsning av vilken typ av skillnader som ingår i analysen göras. Därefter görs en bedömning av huruvida de skillnader som ingår i analysen kan anses vara omotiverade och väsentliga. Därpå kan de olika skillnaderna jämföras med varandra utifrån den ursprungliga frågeställningen. Det är viktigt att framhålla att modellen syftar till att göra ett urval och prioritera bland skillnader för vidare analys, och att modellen inte ska ses som ett instrument för hur vården ska prioritera mellan olika patientgrupper och behandlingsområden.

Figur 7. Modell för att identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande.



Fokusering. Utifrån frågeställningen identifieras skillnader som berör ett sjukdomsområde eller grupp, exempelvis hjärtsjukvård eller äldre.

Bedömning om skillnaden är omotiverad. Innebär en bedömning av om det finns skäl som rättfärdigar skillnaden.

Bedömning om skillnaden är väsentlig. Innefattar en analys av skillnadens storlek och effekt för den grupp som drabbas.

Jämförelse mellan de omotiverade väsentliga skillnaderna utifrån den ursprungliga frågeställningen.

Internationella exempel på modeller och strategier för arbete med jämlik vård

Det finns flera internationella exempel på strategiramverk som kopplar samman identifierade ojämlikheter, orsaker och åtgärder. Vissa fokuserar tydligt på det lösningsrum som finns inom vården och dess styrning medan andra omfattar åtgärder inom alla samhällsfunktioner (utbildning, socialtjänst med mera). Få av de identifierade ramverken syftar till att gradera skillnader för att identifiera de mest omotiverade väsentliga skillnaderna utan utgår istället ifrån en given ojämlikhet (exempelvis att ”förbättra diabetsvården för en etnisk minoritet”).

Skottland

Focus on inequalities: a framework for action syftar till att översätta principer och rekommendationer till ett ramverk som kan hjälpa aktörer i den offentliga sektorn att planera, implementera och utvärdera olika initiativ för att minska ojämlikheter.

Nya Zeeland

Reducing Inequalities in Health beskriver en nationell strategi som syftar till att förbättra hälsan samt minska ojämlikheterna i befolkningen, med fokus på etniska minoriteter och låginkomsttagare.

USA

The Strategic Framework for Improving Racial and Ethnic Minority Health and Eliminating Racial and Ethnic Health Disparities syftar till att stödja planering, implementering och utvärdering av interventioner för att minska ojämlikheter i vården hos etniska minoriteter.

World Health Organisation (WHO)

A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health är WHO:s konceptuella ramverk för att beskriva hur sociala determinanter påverkar ojämlikheter i hälsa och välmående och hur åtgärder för att minska dessa bör utformas.

Center for Health Equity Research and Promotion, USA

Health Disparities Research Framework är framtaget för vårdgivare, myndigheter och forskare för att stödja forskning inom området ojämlikhet i vård.

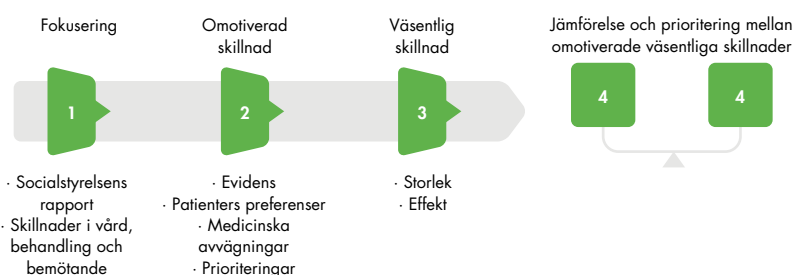
4.2. TILLÄMPNING AV MODELLEN PÅ SOCIALSTYRELSENS RAPPORT OJÄMLIKA VILLKOR FÖR HÄLSA OCH VÅRD

Modellen för identifiering och gradering av skillnader som beskrivs i Figur 7 tillämpades på Socialstyrelsens rapport i syfte att testa modellen och göra ett urval av skillnader för fördjupad orsaksanalys. Det är viktigt att redan inledningsvis poängtera att urvalet *inte*

innebär att de skillnader som selekterades bort i urvalet är oviktiga.

Nedan redovisas hur modellen applicerats för att identifiera omotiverade väsentliga skillnader i Socialstyrelsens rapport (Figur 8).

Figur 8. Tillämpning av modellen för att identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande.



1. Fokusering

Vår analys är avgränsad till de skillnader i vård, behandling och bemötande som redovisas i Socialstyrelsens rapport. Fokus för analysen var samtliga patientgrupper och jämlikhetsområden som fanns representerade bland de 37 skillnaderna som identifierades inom detta område (se kapitel 3).

För de 15 geografiska skillnader som beskrivs i Socialstyrelsens rapport har vi mätt storleken på skillnader på två olika sätt; dels som den procentuella skillnaden mellan det landsting eller den region med det högsta och lägsta värdet, och dels som skillnaden mellan medelvärdet för de landsting med resultat över rikssnittet och de landsting med resultat under rikssnittet. Detta innebär att vi utvärderar varje geografisk skillnad i Socialstyrelsens rapport som två olika skillnader, och de 15 geografiska skillnaderna i Socialstyrelsens rapport blir 30 skillnader i vår modell. Totalt finns således 52 skillnader för bedömning av om de är omotiverade och väsentliga.

22 av dessa 52 skillnader exkluderades, framför allt till följd av att källan till en skillnad inte gick att hitta eller att det inte gick att fastställa vad som utgör ett bra och mindre bra måttvärde (se vidare avsnitt 4.3). Således återstod 30 skillnader för bedömning.

2. Bedömning om skillnaden är omotiverad

I detta steg gjordes en bedömning om skillnaden kan anses rättfärdigad genom en analys av evidens för nyttan med åtgärden eller behandlingen, påverkan av patienternas preferenser, förekomsten och påverkan av medicinska avvägningar samt om skillnaden förklaras av prioriteringar i linje med hälso- och sjukvårdens tre etiska principer (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen). I den här promemorian anses alltså en skillnad vara omotiverad om det finns evidens för att den aktuella behandlingen gör nytta för patienten, och om skillnaden inte kan förklaras av patienternas egna preferenser, medicinsk avvägning eller är i enlighet med etiska principer. Bedömningen sammanfattades i form av en poängsättning (1–4 poäng; se utförligare beskrivning i avsnitt 4.4).

3. Bedömning om skillnaden är väsentlig

I detta steg bedömdes hur väsentlig skillnaden är genom att analysera skillnadens storlek och effekt. Med skillnadens storlek avses den procentuella skillnaden mellan det värde som uppmätts för den utsatta eller drabbade gruppen jämfört med värdet för den "icke utsatta gruppen". Effekten av skillnaden bedömdes genom att analysera risken för att den "utsatta gruppen" drabbas av negativa konsekvenser till följd av den omotiverade skillnaden samt hur allvarliga dessa negativa konsekvenser är. Bedömningen sammanfattades i form av en poängsättning (4–12 poäng; se utförligare beskrivning i avsnitt 4.5).

4. Jämförelse och prioritering

Jämförelsen gjordes utifrån poängsättningen från bedömningarna av om skillnaden är omotiverad och väsentlig. Sammantaget bedömde vi att 17 skillnader kunde anses vara mer omotiverade och väsentliga än övriga. Dessa fick maximala 4 poäng med avseende på om skillnaden är omotiverad och 8 eller fler poäng i bedömningen av väsentlighet.

Av de 17 omotiverade väsentliga skillnaderna valdes initialt sex ut för fortsatt fördjupad analys i nästa fas av arbetet med regeringsuppdraget. Avsikten var att inkludera ett brett urval av skillnader i termer av jämlikhetsområde och berörda patientgrupper. Urvalet är således inte baserat på en inbördes rangordning av de 17 skillnaderna.

4.3. FOKUSERING

22 av de totalt 52 skillnaderna exkluderades för vidare bedömning och analys i modellens första steg, främst på grund av ofullständigt underlag. För att möjliggöra en bedömning om skillnaden är omotiverad och väsentlig krävs att källmaterialet finns enkelt tillgängligt. De skillnader där det inte varit möjligt att identifiera ursprungskällan till skillnaden vid tiden för gradering exkluderades därför. En av skillnaderna hade minskat så mycket över tid att den vid tiden för vår analys inte längre var aktuell. I vissa fall gick det inte att fastställa vad som är ett bra eller eftersträvarsvärt resultat med exempelvis en särskild behandling. Det fanns också fall där det inte utifrån det begränsade underlaget för den beskrivna skillnaden var möjligt att bedöma dess storlek. De skillnader som exkluderades i det här steget redovisas i Tabell 1. Notera att de geografiska skillnaderna bedöms som två skillnader i linje med beskriven metodik på sida 53.

Tabell 1. Skillnader som exkluderas från vidare vidare analys.

Skillnad	Anledning till exklusion
Sverigefödda hjärtinfarktpatienter använder statiner i högre grad än patienter födda utanför EU	Källa till skillnad kan inte hittas
Sverigefödda hjärtinfarktpatienter använder ACE-hämmare i högre grad än patienter födda utanför EU	Källa till skillnad kan inte hittas
Hjärtinfarktpatienter med höga inkomster behandlas i högre utsträckning med lipidsänkare än patienter med lägre inkomst	Källa till skillnad kan inte hittas
Förskrivning av lugnande medel varierar mellan länen*	Kunskapsläge om målnivå otillräcklig
Den genomsnittliga vårdtiden inom psykiatrisk slutenvård för schizofreni varierar mellan länen*	Kunskapsläge om målnivå otillräcklig
Skillnader mellan landstingen i medianvårdtid i slutenvården för bipolär sjukdom*	Kunskapsläge om målnivå otillräcklig
Skillnader mellan landstingen i andelen patienter med depression och vissa ångestillstånd som behandlas med KBT*	Antal berörda kan inte fastställas
Ordinationerna av äldre antipsykotiska läkemedel ökar med stigande ålder	Källa till skillnad kan inte hittas
Skillnader i läkares och sköterskors inställning till alkoholprevention	Otillräckligt underlag
Skillnader i behandlingsinformation till homosexuella patienter då vårdpersonal förutsätter att patienten är heterosexuell	Otillräckligt underlag
Geografiska skillnader i väntetid till att få träffa specialist för transexuella och personer med könsidentitetsstörning*	Otillräckligt underlag
Skillnader i om landstingen subventionerar insemination mellan hetero- och homosexuella*	Ej aktuell
Skillnader i metoder för att möta barn med risk för att drabbas av psykisk ohälsa*	Otillräckligt underlag
Skillnad i det akuta omhändertagandet vid hjärtinfarkt mellan sjukhus*	Otillräckligt underlag

* Avser en geografisk skillnad som bedömts enligt de två analysvarianter som beskrivs på sid 53.

4.4. BEDÖMNING OM SKILLNADEN ÄR OMOTIVERAD

Bedömningen av huruvida en skillnad kan anses vara omotiverad vilar på fyra kriterier. I den här promemorian anses en skillnad vara omotiverad om:

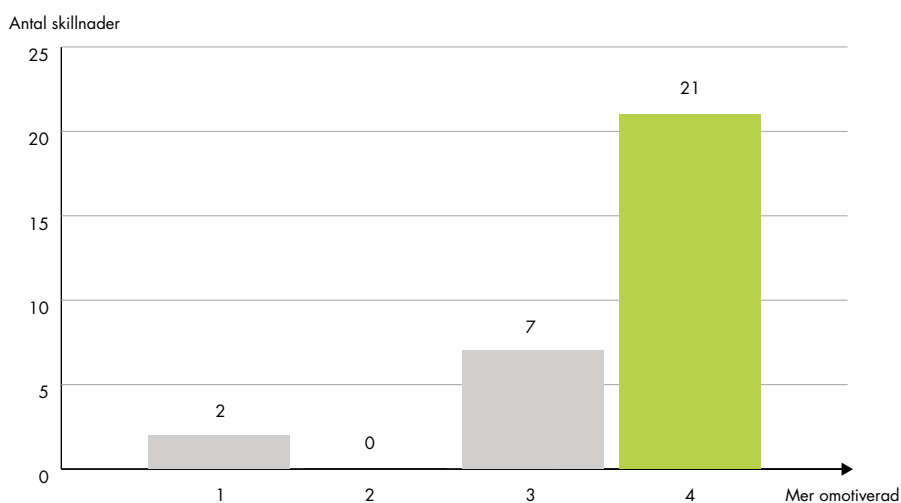
- 1) det finns evidens för nytta av den behandling som skillnaden berör
- 2) skillnaden inte beror inte på patientens preferenser
- 3) skillnaden inte beror på medicinska avvägningar
- 4) skillnaden inte är i enlighet med etiska principer

De två sista kriterierna fungerar som inklusionskriterier där skillnader som uppfyller dessa kriterier anses omotiverade. Om en observerad skillnad kan förklaras av medicinska avvägningar, till exempel om det finns negativa effekter av behandlingen som kan förklara varför vården kan välja att behandla grupper olika, anses den alltså inte vara omotiverad. För det sista kriteriet görs bedömningen av om skillnaden kan orsakas av skillnader i korrekta prioriteringar, exempelvis att behovet skiljer sig mellan de jämförda grupperna. Skillnader som är i linje med de etiska principerna och till exempel ger företräde åt grupper med större behov anses inte vara omotiverade.

De två första kriterierna, evidens för nytta av behandlingen och patientens preferenser, poängsätts och summeras för att gradera hur omotiverad skillnaden är. Det första kriteriet bedömer vilken grad av evidens eller beprövad erfarenhet som finns för nyttan av behandlingen eller åtgärden för den skillnad som avses. Evidensen graderas från svag till stark och poängsätts från 1-3 poäng. Det andra bedömningskriteriet avser reflektera huruvida den observerade skillnaden kan förklaras av skillnader i patientens preferenser. Denna bedömning utgår till stor del från vilket jämlikhetsområde som bedöms, exempelvis "- är det sannolikt att patienter i olika delar av landet väljer en behandling i olika utsträckning?". Detta kriterium poängsätts som 0 eller 1 poäng beroende på hur sannolikt det är att patientens preferenser påverkar skillnaden. Bedömningen av hur omotiverad en skillnad utifrån de två första kriterierna adderas och graderas därmed på en skala mellan 1 och 4.

Resultatet av bedömningen av huruvida skillnaderna kan anses vara omotiverade redovisas i Figur 9. En majoritet (21 stycken) av skillnaderna anses särskilt omotiverade, medan nio skillnader bedömdes som mindre omotiverade än övriga. Tabell 2 listar de nio skillnader som bedöms som mindre omotiverade än övriga.

Figur 9. Bedömning av hur omotiverade skillnaderna är.



Tabell 2. Skillnader som bedömdes som mindre omotiverade än övriga.

Skillnad
Skillnad mellan landstinget med längst respektive kortast väntetid för besök hos specialist för patienter med prostatacancer
Skillnad mellan landstingen med längst respektive kortast väntetid än rikssnittet för besök hos specialist för patienter med prostatacancer
Skillnad i andelen män respektive kvinnor som får sviktpacemaker (CRT) insatt vid svår hjärtsvikt
Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med lipidsänkare 6-18 månader efter hjärtinfarkt
Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med Warfarin efter förmaksflimmer plus annan riskfaktor
Skillnad i andel hög- respektive lågutbildade som får fler antipsykotiska läkemedel vid schizofreni
Skillnad i andel män respektive kvinnor som får fler antipsykotiska läkemedel vid schizofreni
Skillnad mellan verksamheter i huruvida man har genomtänkta strategier för att anpassa beroendevården till män och kvinnor (största skillnaden mellan två landsting)
Skillnad mellan verksamheter i huruvida man har genomtänkta strategier för att anpassa beroendevården till män och kvinnor (skillnaden mellan landsting över och under median)

4.5. BEDÖMNING OM SKILLNADEN ÄR VÄSENTLIG

För att bedöma graden av väsentlighet för de observerade skillnaderna användes två kriterier:

- 1) Skillnadens storlek (2–6 poäng)
- 2) Skillnadens effekt för den ”utsatta gruppen” (2–6 poäng)
 - Tillståndets eller sjukdomens svårighetsgrad (1–3 poäng)
 - Storleken på nyttan med åtgärden eller behandlingen (1–3 poäng)

Skillnadens storlek bedöms först utifrån om den är statistiskt signifikant, där en signifikansnivå på $\alpha=0,05$ valdes. I de fall ett konfidensintervall på skillnaden, exempelvis vid ett medelvärde eller en proportion, har funnits redovisad i källan eller kunnat beräknas har så också gjorts. Den statistiskt signifikanta skillnadens storlek uttrycks som relativ skillnad i procent mellan grupperna och poängsätts från 2–6 där en skillnad på 0–50 procent får 2 poäng och en skillnad på >201 procent får 6 poäng enligt följande:

- 0–50 procent = 2 poäng
- 51–100 procent = 3 poäng
- 101–150 procent = 4 poäng
- 151–200 procent = 5 poäng
- >201 procent = 6 poäng

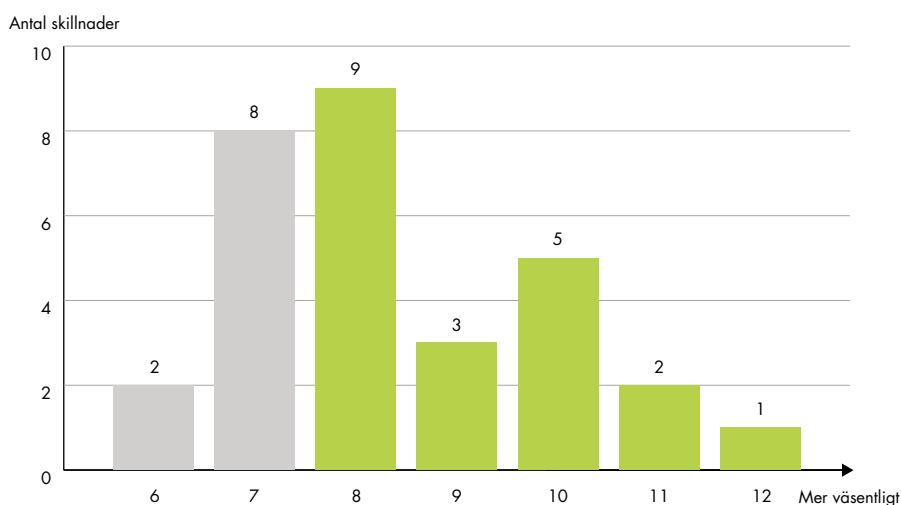
Skillnadens effekt för den ”utsatta gruppen” bedömdes utifrån två parametrar:

- Tillståndets eller sjukdomens svårighetsgrad (1–3 poäng; ringa, måttlig och svår), vilket är en kombination av allvarlighetsgraden av ett möjligt negativt utfall (till exempel död eller funktionsnedsättning) och risken för att tillståndet eller sjukdomen leder till att detta inträffar.
- Storleken på nyttan med åtgärden eller behandlingen i termer av minskad risk för att det negativa utfallet inträffar (1–3 poäng; liten, måttlig och stor).

Som underlag för bedömningen av skillnadens effekt användes primärt de bedömningar av svårighetsgrad och nytta som beskrivs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. För att få 3 poäng inom varje dimension krävdes exempelvis en bedömning att tillståndet medför signifikant risk för förtida död och att behandlingen medför en stor minskning av denna risk.

Sammanfattningsvis poängsattes skillnadens väsentlighet genom att addera skillnadens storlek (2-6 poäng) och effekt för den utsatta gruppen (2–6 poäng), totalt 4–12 poäng. Figur 10 sammanfattar resultatet av bedömningen. 20 skillnader fick 8 poäng eller mer och anses vara mer väsentliga än övriga. Tabell 3 listar de tio skillnader som bedömdes mindre väsentliga än övriga skillnader.

Figur 10. Bedömning av hur väsentliga skillnaderna är.



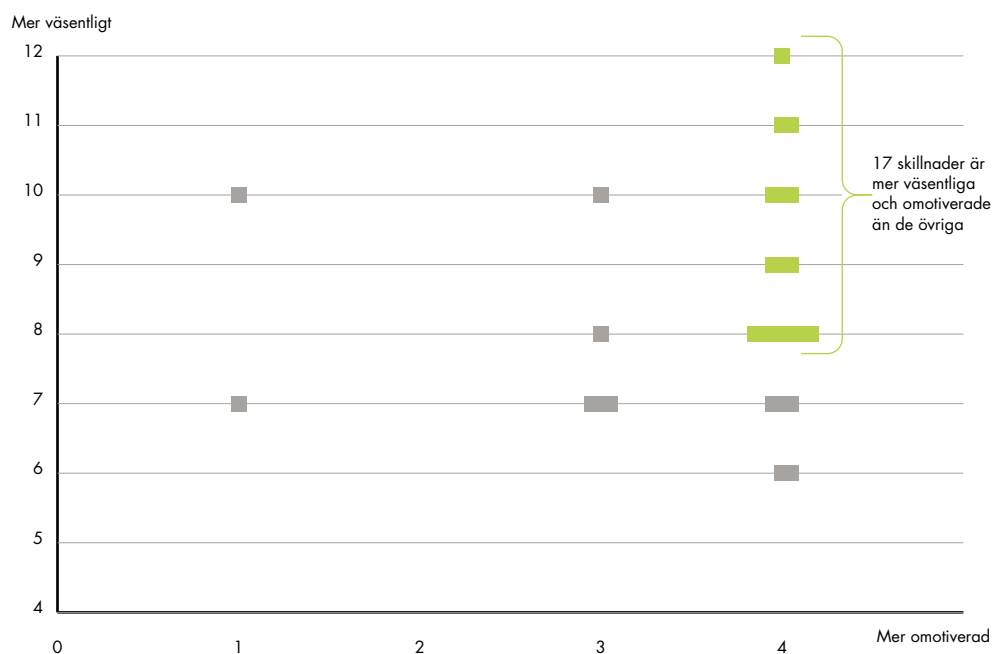
Tabell 3. Skillnader som bedömdes som mindre väsentliga än övriga.

Skillnad
Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med antidepressiva läkemedel vid nedstämdhet 3 månader efter stroke
Skillnad mellan landstingen med längre respektive kortare väntetid än rikssnittet för besök hos specialist för patienter med prostatacancer
Skillnad i andel hög- respektive lågutbildade som får fler antipsykotiska läkemedel vid schizofreni
Skillnad i andel män respektive kvinnor som får fler antipsykotiska läkemedel vid schizofreni
Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med Warfarin efter för-maksflimmer plus annan riskfaktor
Skillnad mellan verksamheter i huruvida man har genomtänkta strategier för att anpassa beroendevården till män och kvinnor (största skillnaden mellan två land-sting)
Skillnad mellan verksamheter i huruvida man har genomtänkta strategier för att anpassa beroendevården till män och kvinnor (skillnaden mellan landsting över och under median)
Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med RAAS-hämmare 6-18 månader efter hjärtinfarkt
Skillnad i andelen Sverigefödda respektive utlandsfödda hjärtinfarktspatienter som använder betareceptorblockerare
Skillnad i andelen Sverigefödda respektive utlandsfödda hjärtinfarktspatienter som behandlas med ASA

4.6. JÄMFÖRELSE OCH PRIORITERING

Tillämpningen av modellen för att identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande i Socialstyrelsens rapport resulterade i att 17 skillnader bedömdes vara mer omotiverade och väsentliga än övriga. Dessa skillnader fick alla höga poäng vad gäller bedömningen av hur omotiverade och väsentliga de är. Figur 11 visar spridningen i resultatet av tillämpningen av modellen och Tabell 4 listar de 17 skillnader som bedömdes vara mer omotiverade och väsentliga än övriga, tillsammans med resultatet av bedömningen. I bilaga 1 återfinns en sammanställning över graderingen för alla de 30 skillnader som bedömdes.

Figur 11. Spridningen av poäng inom dimensionerna omotiverad och väsentlig för de 30 analyserade skillnaderna.



Tabell 4. 17 omotiverade och väsentliga skillnader i vård och behandling

Beskrivning av skillnad	Poäng omotiverad	Poäng väsentlig
Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med betablockerare 6-18 månader efter hjärtsvikt	4	8
Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med RAAS-hämmare 6-18 månader efter hjärtsvikt	4	8
Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med betablockerare 6-18 månader efter hjärtinfarkt	4	8
Skillnad mellan landstingen med högre respektive lägre andel personer än rikssnittet med opiatdiagnos som tog ut läkemedlen metadon eller buprenorfin under 2011	4	9
Skillnad i andel låg- respektive högutbildade som får warfarin och dipyridamol vid stroke	4	8
Skillnad mellan landstingen med längre respektive kortare väntetid än rikssnittet för behandlingsbeslut för patienter med lungcancer	4	8
Skillnad mellan landstingen med längre respektive kortare väntetid än rikssnittet för besök hos specialist för patienter med elakartad huvud- och halscancer	4	8
Skillnad i andel Sverige- respektive utlandsfödda som får warfarin och dipyridamol vid stroke	4	8
Skillnad mellan landstingen med högre respektive lägre andel än rikssnittet som behandlas med trombolys vid stroke	4	8
Skillnad i andel patienter med psykisk funktionsnedsättning respektive övriga patienter som behandlas med ballongutvidgning (PCI) vid akut hjärtinfarkt	4	10
Skillnad mellan landstingen med högst respektive lägst andel personer med opiatdiagnos som tog ut läkemedlen metadon eller buprenorfin under 2011	4	12
Skillnad mellan landstingen med längre respektive kortare medianväntetid än rikssnittet till karotiskirurgi vid symtomatisk karotisstenos	4	9
Skillnad mellan landstingen med högst respektive lägst andel som behandlas med trombolys vid stroke	4	10
Skillnad i andelen patienter med psykisk funktionsnedsättning respektive övriga patienter som får karotiskirurgi vid symtomatisk karotisstenos	4	9
Skillnad mellan landstingen med längst respektive kortast väntetid för behandlingsbeslut för patienter med lungcancer	4	11
Skillnad mellan landstingen med längst respektive kortast väntetid för besök hos specialist för patienter med elakartad huvud- och halscancer	4	8
Skillnad mellan landstingen med längst respektive kortast medianväntetid till karotiskirurgi vid symtomatisk karotisstenos	4	9

Av de 17 skillnader som bedömts som särskilt omotiverade och väsentliga valdes till att börja med sex skillnader ut för fortsatt orsaksanalys i nästa fas av arbetet med regeringsuppdraget. Avsikten var att inkludera ett brett urval av skillnader i termer av jämlikhetsområde och berörda patientgrupper. Urvalet är således inte baserat på en inbördes rangordning av de 17 skillnaderna. Tabell 5 listar de sex utvalda skillnader som tillsammans täcker in samtliga övergripande patientgrupper och jämlikhetsområden som berörs av resterande elva skillnader.

Tabell 5. Urval av sex omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande som beskrivs i Socialstyrelsens rapport

Skillnader	Jämlikhetsområde	Patientgrupp
Män får oftare än kvinnor behandling med RAAS-hämmare 6-18 månader efter hjärtsvikt	Kön	Hjärtsjuka
Lågutbildade får warfarin och dipyridamol i lägre utsträckning än högutbildade vid stroke	Utbildningsnivå	Stroke
Skillnader mellan landstingen i väntetid från remissdatum till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer (jämförelse mellan samtliga landsting)	Geografi	Cancer
Sverigefödda får warfarin och dipyridamol i högre utsträckning än personer födda utanför EU vid stroke	Utlandsfödda	Stroke
Psykiskt sjuka patienter som för första gången insjuknande i en akut hjärtinfarkt behandlas inte med ballongutvidgning (PCI) i samma omfattning som övriga patienter	Psykisk funktionsnedsättning	Hjärtsjuka
Skillnader mellan landsting i andelen andelen personer med opiatdiagnos som tog ut läkemedlen metadon eller buprenorfin*	Geografi	Missbruk

* Då Socialstyrelsen har fått i uppdrag att analysera denna skillnad närmare har vi valt att exkludera den från vårt fortsatta arbete även om den ingår i vårt urval av omotiverade väsentliga skillnader (se vidare diskussion i texten).

Det kan noteras att Socialstyrelsen har fått i uppdrag (S2013/2121/FST) att utveckla kunskapen om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, vilket är en av de sex skillnader som ingår i vårt urval (se Tabell 5). Socialstyrelsens uppdrag innebär bland annat att öka kunskapen om tillgänglighet och omfattning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, förskrivning av de aktuella läkemedlen både inom och utanför programmen, läckage och de dödsfall som bedöms vara relaterade till de aktuella läkemedlen. Socialstyrelsen ska närmare granska situationen i de landsting där tillgängligheten brister och lämna förslag till hur den kan öka. För att undvika dubbelarbete mellan myndigheterna har vi därför valt att exkludera denna skillnad från vidare analys. De återstående fem utvalda skillnaderna beskrivs närmare i nästa kapitel.

I vårt urval saknas bemötandeskillnader. Ingen av de skillnader som beskrivs i Socialstyrelsens rapport bedömdes ha ett tillräckligt underlag för att kunna göra en bedömning av om de är omotiverade och väsentliga. I urvalet saknas också flera viktiga jämlikhetsområden, till exempel nationella minoriteter och HBT-personer. I likhet med bemötandeskillnader bedömdes ingen av de skillnader i vård, behandling eller bemötande som lyfts fram i Socialstyrelsens rapport ha ett tillräckligt underlag för att kunna göra en bedömning av om de är omotiverade och väsentliga. Flera viktiga patientgrupper som omnämns i Socialstyrelsens rapport saknas också i urvalet, till exempel diabetiker där inga processmått redovisas och patienter med psykisk ohälsa där flertalet skillnader exkluderas för att de inte berör skillnader i vård, behandling eller bemötande. För det fortsatta arbetet inom Vårdanalys regeringsuppdrag kan det därför finnas skäl att komplettera urvalet, antingen med någon eller några ytterligare skillnader från Socialstyrelsens rapport, eller genom att identifiera kompletterande omotiverade väsentliga skillnader i andra källor än Socialstyrelsens rapport.

Vi har valt att utforma modellen, och därmed göra bedömningarna, på det sätt som beskrivs i detta kapitel, men det finns många andra tänkbara sätt som eventuellt skulle leda till ett annat urval av skillnader. Det är därför viktigt att se modellen som ett förslag och ett utvecklingsarbete som behöver valideras och känslighetstestas om den ska utvecklas vidare och användas i större omfattning. Till exempel kan man diskutera hur viktningen av de olika kriterierna ska göras, hur en skillnads storlek ska mätas och om patientens upplevelse i termer av till exempel stress ska ingå som ett kriterium för en skillnads väsentlighet.

Trots dessa möjliga utvidgningar av modellen anser vi att modellen i sin nuvarande utformning utgör en bra introduktion till en diskussion om hur man kan identifiera omotiverade och väsentliga skillnader i vården, och den utgör ett verktyg för att på ett systematiskt sätt göra ett urval av skillnader som ska ligga till grund för Vårdanalys fördjupade analys i nästa fas. Det är dock viktigt att framhålla att modellen syftar just till att introducera en diskussion och göra ett urval och prioritera bland skillnader för vidare analys, och att modellen inte ska ses som ett instrument för hur vården ska prioritera mellan olika patientgrupper och behandlingsområden. Det är också viktigt att framhålla att finns många andra sätt som själva bedömningen skulle kunna göras.

4.7. OBSERVATIONER UTIFRÅN ARBETET MED ATT IDENTIFIERA OMOTIVERADE VÄSENTLIGA SKILLNADER I SOCIALSTYRELSENS RAPPORT

I arbetet med genomgången av Socialstyrelsens rapport har vi gjort flera iakttagelser kring rapportens innehåll:

- Flertalet av de skillnader i vård, behandling och bemötande som lyfts fram i Socialstyrelsens rapport kan anses vara omotiverade och väsentliga - men det finns flera undantag.
- Enbart Socialstyrelsens rapport utgör oftast inte ett tillräckligt underlag för att kunna bedöma om en beskriven skillnad kan anses som omotiverad och väsentlig. Det saknas ofta också ett resonemang kring vilka av de beskrivna skillnader som Socialstyrelsen bedömer som viktigast (mest omotiverade och väsentliga).
- Hur väl underbyggda de studier som beskrivna skillnaderna baseras på varierar betydligt. Vissa skillnader baseras exempelvis på stora registerutdrag medan andra skillnader baseras på beskrivna upplevelser från mycket små grupper.
- Vilka skillnader som åsyftas i rapporten är ibland oklart eller föremål för tolkning. I några fall har det inte varit möjligt att identifiera exakt vilken skillnad som Socialstyrelsen åsyftar.
- Ett fåtal skillnader baseras på äldre underlag och är inte längre aktuella. Förändringen över tid för flera indikatorer i exempelvis *Öppna jämförelser* är relativt snabb.



5 Fördjupad beskrivning av fem omotiverade och väsentliga skillnader inom fem olika jämlikhetsområden

I detta kapitel presenteras en fördjupad beskrivning av de fem omotiverade väsentliga skillnader inom fem olika jämlikhetsområden som identifierades och valdes ut i föregående kapitel. Beskrivningarna utgör underlag för nästa steg i Vårdanalys arbete där vi kommer att genomföra fördjupade analyser för att identifiera möjliga påverkbara faktorer inom vården som ger upphov till de observerade skillnaderna.

5.1. REGIONALA SKILLNADER I VÄNTETID FRÅN REMISSDATUM TILL SPECIALISTKLINIK, TILL BESLUT OM BEHANDLING FÖR LUNGCANCER

5.1.1 Jämlikhetsområdet: Geografi

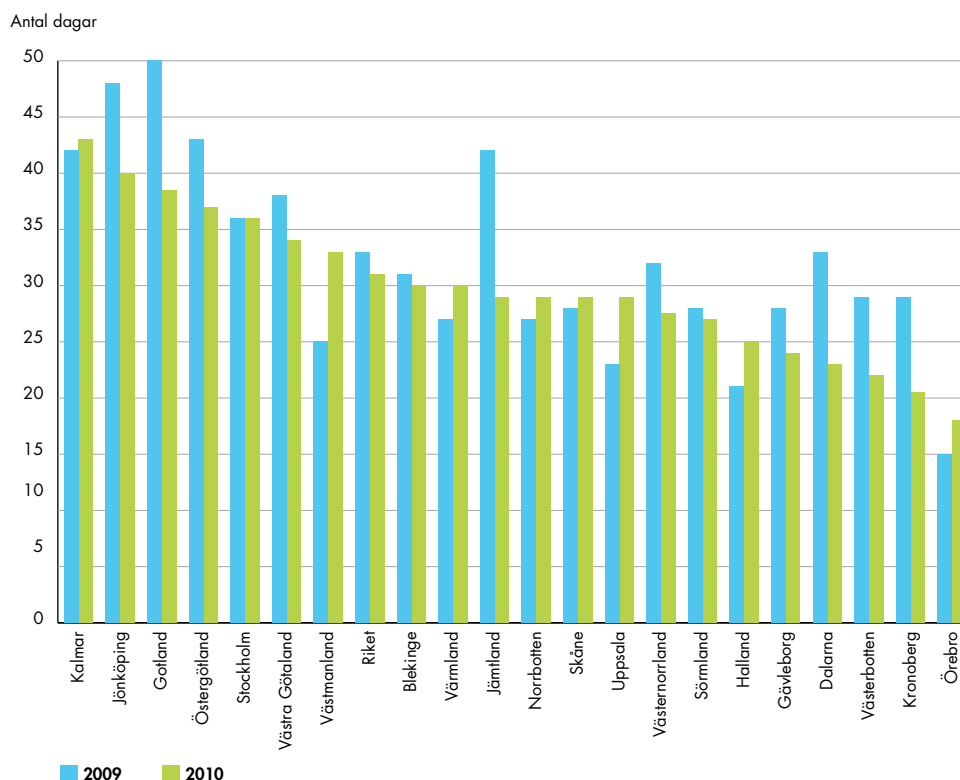
I flera rapporter och utredningar, bland annat i Socialstyrelsens *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet (Öppna jämförelser)* beskrivs betydande geografiska skillnader i medicinska utfall och hälso- och sjukvårdens resultat. Enligt Socialstyrelsen leder skillnader i prioriteringar, organisation, lokala arbetskulturer och specialisttillgång till stora regionala variationer både mellan sjukvårdsregioner, landsting och kommuner samt mellan vårdgivare både vad gäller resultat och medicinska utfall (2). I *Öppna jämförelser* redovisar Socialstyrelsen kvalitetsindikatorer uppdelat på både sjukvårdsregioner och landsting, och även flera diagnosspecifika kvalitetsregister fokuserar på regionala skillnader (16). Flera av kvalitetsindikatorerna i *Öppna jämförelser* visar att det finns skillnader i tillgänglighet, vård och behandling beroende på var i landet man bor (4). Enkätundersökningar, bland annat Sveriges Kommuner och Landstings nationella patientenkät och Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät, visar att det även finns regionala skillnader i upplevt bemötande hos flera patientgrupper (15, 17).

5.1.2 Skillnaden som beskrivs i Socialstyrelsens rapport

I Socialstyrelsens rapport redovisas att medianväntetiden i landet från remiss till specialistklinik till behandlingsbeslut för lungcancer är 31 dagar för patienter diagnostiserade 2010. Det landsting som hade längst väntetid i mätningen var Kalmar med 44 dagar och kortast väntetid hade Örebro med 18 dagar (18). Mellan dessa landsting skiljer sig alltså medianväntetiden med 26 dagar, och väntetiden i Kalmar är mer än dubbelt så lång som i Örebro.

Den skillnad som redovisas i Socialstyrelsens rapport baseras på data från Nationella lungcancerregistret. Figur 12 redovisar medianväntetiden för samtliga landsting och för patienter diagnostiserade år 2009 och 2010.

Figur 12. Medianväntetid från remiss till behandling vid lungcancer.



Källa: (18, 19)

5.1.3 Bakgrund till skillnaden

Vi bedömer att skillnaden mellan landsting i väntetider vid lungcancer är omotiverad och väsentlig. Detta bland annat eftersom spridningen mellan landstingen är stor och att det är en betydande skillnad mellan det landsting som har längst väntetid jämfört med det landsting som har kortast. En lång väntetid till behandlingsbeslut kan försämra prognosen för patienten och resultera i en betydande stress.

Socialstyrelsens prognos att antal individer som lever med cancer skulle öka (20) föranledde regeringen att 2007 besluta om att tillsätta en utredning som skulle lämna förslag på en nationell cancerstrategi. I den nationella cancerstrategin (21) som överlämnades till regeringen 2009 konstaterades bland annat att:

- Samhället måste öka sina investeringar i prevention. Detta är det mest betydelsefulla för att minska sjuklighet och död i cancer.
- Kunskapsbildning och kunskapsspridning inom cancervård och prevention måste förbättras.
- Cancervårdens organisation behöver förbättras.

- Nationellt samarbete blir allt mer nödvändigt och måste ges fastare former.
- Cancervården måste möta framtida patienters krav på information och kvalitet i omhändertagandet.
- Särskilda insatser behöver göras för att minska skillnader mellan befolkningsgrupper.

Ett resultat av cancerstrategins är att sex regionala cancercentrum har bildats i Sverige. Syftet med de regionala centra är att de skall kunna ta ett helhetsgrepp på cancervården och arbeta med alltifrån preventiva åtgärder till olika former av palliativ vård (21). I cancerstrategin lyfter man även fram att väntetider borde mätas och analyseras på ett standardiserat sätt på både nationell och regional nivå.

I enlighet med cancerstrategin har väntetid för lungcancerpatienter de senaste åren använts som en av kvalitetsindikatorerna i *Öppna jämförelser*, och Socialstyrelsen har utformat en modell för att mäta väntetider på ett standardiserat sätt (18). Figur 12 visar att mellan 2009 och 2010 minskade medianväntetiderna i de flesta landsting, och i ett av landstingen (Jämtland) minskade medianväntetiden med nära 30 procent.

Lungcancer och väntetider

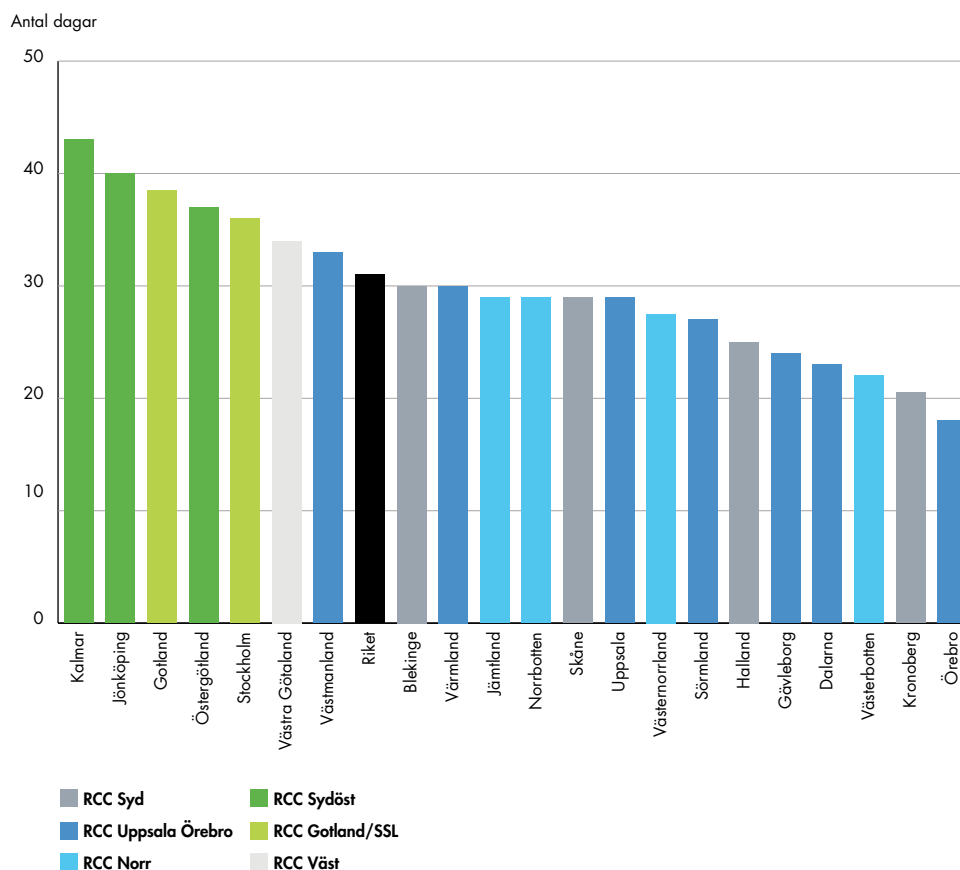
Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige. Varje år får 3 500 patienter diagnosen och 77 män respektive 94 kvinnor per 10 000 invånare har lungcancer (22). De senaste 30 åren har andelen kvinnor som insjuknat i lungcancer ökat, förmodligen på grund av förändrade tobaksvanor (23). Lungcancer är en av de aggressivaste cancerformerna och även den cancerform som tar flest liv. Vissa fall av lungcancer kan botas vid tidig diagnostisering och behandling. Enligt Socialstyrelsen har ca 70 procent av alla patienter med lungcancer en långt framskriden sjukdom redan vid diagnossättning och tre fjärdedelar av dessa avlider inom ett år (18). Femårsöverlevnaden är ca 12–15 procent (24). Beroende på var i sjukdomskedet patienten befinner sig vid behandlingsstart kan alltifrån kurativa kirurgiska ingrepp till olika palliativa behandlingsmetoder vara aktuella. Väntan på ett sjukdomsbesked och beslut om behandling kan även innebära psykiska påfrestningar och oro, och i vissa fall även försämra den medicinska prognosen. Det är därför av stor vikt att tiden är så kort som möjligt mellan remissankomst och diagnosdatum samt mellan remissankomst till beslut om fortsatt behandling (18).

Enligt Svenska Lungcancerstudiegruppens rekommendation bör följande gälla för 80 procent av patienterna: Från det att remiss ankommit till specialistklinik ska första besöket ske inom 7 dagar. Från första besök till behandlingsbeslut ska det gå mindre än 21 dagar varav det ska ta mindre än 10 dagar tills en skiktröntgenundersökning är utförd. Detta innebär att för 80 procent av patienterna ska det ta högst 28 dagar från det att remissen anlant till dess att beslut om fortsatt behandling är fattat (25).

Väntetidens längd mellan remiss och beslut om behandling varierar både mellan och inom de regionala cancercentra. Figur 13 illustrerar medianväntetiden per landsting för år 2010 och grupperat per regionalt cancercentrum. Samtliga landsting som ingår i RCC

Sydöst har längre medianväntetider än riksmedianen och samtliga landsting i RCC Norr har kortare medianväntetider än riksmedianen (18). Samtidigt ingår Västmanland, som har en väntetid över riksmedianen, i samma RCC som Örebro som har kortast medianväntetid i landet.

Figur 13. Medianväntetid (antal dagar) från remiss till beslut om behandling per landsting.



Källa: (18)

Hur ser det ut med skillnader i väntetider i andra jämlikhetsdimensioner än geografi? I Socialstyrelsens rapport *Väntetider i cancervården* från 2012 observeras ingen skillnad i medianväntetid mellan män och kvinnor, och endast en förhållandevis liten skillnad kan observeras mellan patienter under och över 65 år (29 dagar jämfört med 32 dagar). Mätningarna visar också att medianväntetiderna är kortare för individer med allvarigare tumörer (tumörstadium IIIB och IV), vilket är i linje med en rimlig vertikal prioritering där den med störst behov ska ges företräde. Det finns alltså en omotiverad och väsentlig skillnad mellan landsting och regioner i väntetider vid lungcancerbehandling medan skillnaderna är obefintliga eller små mellan män och kvinnor och mellan de som är under och över 65 år.

5.2. MÄN FÅR OFTARE ÄN KVINNOR BEHANDLING MED RAAS-HÄMMARE 6–18 MÅNADER EFTER HJÄRTSVIKT

5.2.1 Jämlikhetsområdet: Kön

Det finns många exempel på skillnader i hälsa och vård mellan män och kvinnor, däribland vad gäller de övergripande hälsomåtteten dödlighet och medellivslängd. Den så kallade åtgärdbara dödligheten, det vill säga den dödlighet som anses vara påverkbar genom hälsopolitiska åtgärder, är betydligt högre bland män än kvinnor, men trenden är ökande för kvinnor medan den är minskande för män. Den ökande dödligheten för kvinnor beror enligt Socialstyrelsen främst på en större sjuklighet och dödlighet i lungcancer (26).

Vad gäller medellivslängd är det välkänt att kvinnor i genomsnitt lever längre än män. Det senaste decenniet har dock medellivslängden ökat snabbare bland män än bland kvinnor. Mellan 2000 och 2012 ökade medellivslängden med 2,5 år bland män och med 1,5 år bland kvinnor. År 2012 var medellivslängden 79,9 år bland män och 83,5 år bland kvinnor (27). Trots att kvinnor lever längre drabbas de i större utsträckning av sjukdomar och söker oftare vård än män. Detta fenomen omnämns ofta som den så kallade könsparadoxen (28).

Även inom vården observeras könsskillnader. Dessa har uppmärksammats och lett till vissa initiativ på området, däribland Socialstyrelsens rapport *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Häri lyfts det bland annat fram att den medicinska forskningen i större utsträckning behöver studera köns- och genusrelaterade skillnader, att medicinska resultat behöver redovisas för män och kvinnor separat och att hälso- och sjukvården behöver arbeta medvetet med ett genus- (eller köns-) perspektiv, så att kunskapen om köns- och genusrelaterade faktorerers betydelse för kvinnors och mäns hälsa, sjuklighet, bemötande, omhändertagande och behandlingsresultat förbättras (26). Rapporten beskriver också hur bemötande, kommunikation och kliniskt beslutsfattande i vården påverkas av såväl patientens som vårdpersonalens kön. Kvinnliga läkare upplevs till exempel av patienterna oftare som mer kommunikativa och empatiska och det är också mer sannolikt att en kvinnlig patient ordinerar ett läkemedel efter ett läkarbesök än att en man gör det (26).

Det finns flera möjliga förklaringar till skillnaderna mellan män och kvinnor i hälsoutfall och vård, behandling och bemötande. Tre vanligt förekommande förklaringsområden berör biologiska skillnader mellan könen, mannen som norm och omedvetna attityder kring kön.

- *Biologiska skillnader mellan könen.* Det finns en faktisk biologisk skillnad mellan män och kvinnor vilken bland annat resulterar i olika prevalens för olika sjukdomstillstånd, skillnader i dödlighet för vissa sjukdomar och förekomsten av vissa biverkningar vid läkemedelsbehandling.
- *Mannen som norm.* Mannen som norm lyfts bland annat fram i genus- och kulturvetaren Goldina Smirthwaites rapport (*O*)*jämställdhet i hälsa och vård* (29). Rapporten beskriver att mannen i stor utsträckning kan ses som normen i hälso- och sjukvården i Sverige. Kvinnor riskerar därför bland annat att få sämre tillgång till vård anpassat för deras specifika förutsättningar. Exempelvis lyfter rapporten fram brister i kunskaper

pen om en del av de sjukdomar som drabbar kvinnor i större utsträckning än män, vilket resulterar i att dessa sjukdomstillstånd, ofta smärttillstånd, ibland beskrivs som "ospecifika" eller "diffusa" (29).

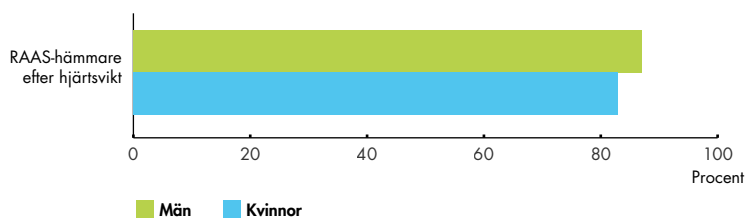
- *Omedvetna attityder kring kön.* Omedvetna könsfördomar, eller så kallad genusbias, innebär medicinska felaktigheter, till exempel feldiagnostisering och felbehandling, orsakade av medvetna eller omedvetna föreställningar om kön. Ett exempel är den forskning som läkaren Gunilla Risberg genomfört där man kan påvisa genusbias genom att låta läkare jämföra fallbeskrivningar där allt utom patientens kön är lika. Risbergs undersökning visade att läkare var mer benägna att rekommendera kvinnor än män att gå ner i vikt redan vid ett BMI på 25. För männens del gavs inte sådana råd förrän de nått ett BMI över 30 (30).

Dessa förklaringsområden går att applicera på olika aspekter inom sjukvården. Exempelvis drabbas kvinnor oftare än män av problem kopplat till läkemedelsbehandling, där kvinnor oftare rapporterar biverkningar, ordineras fler läkemedel och har en ökad risk för att drabbas av olämpliga kombinationer av läkemedel (29). Det finns vissa biologiska skillnader mellan könen som har betydelse på vilken effekt ett läkemedel har och vilka biverkningar det kan ge (26). Dock kan detta inte förklara hela skillnaden som berör rapporterade biverkningar och Läkemedelsverket har i sina analyser visat att det finns få skillnader i förekomst av biverkningar mellan könen för de allra flesta läkemedel (31). Det finns även exempel på att mannen är norm inom medicinsk forskning vilket kan resultera i att läkemedels- och behandlingsriktlinjer inte är optimalt utformade för kvinnor. Läkemedelsverket avfärdar dock att det skulle vara en starkt bidragande orsak till en ökad risk för biverkningar hos kvinnliga patienter och beskriver uppfattningen som en "myt" där den forskande läkemedelsindustrin inte lyckas nå ut med budskapet att kvinnor idag är välrepresenterade i utvärdering av nya läkemedel (32). I intervjuer med experter framkommer dock att omedvetna attityder hos förskrivare är en möjlig orsak till ökad risk för biverkningar hos kvinnliga patienter då läkare kan ha felaktiga uppfattningar om att kvinnor tål eller inte tål ett visst läkemedel. Omedvetna uppfattningar om hur man tolkar kvinnors symptom vid eventuella biverkningar kan också resultera i att kvinnors biverkningar inte tas på allvar och i vissa fall går obehandlade.

5.2.2 Skillnaden som beskrivs i Socialstyrelsens rapport

I Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* (2) beskrivs en skillnad mellan män och kvinnor avseende behandling med RAAS-hämmare efter sjukhusvårdad hjärtsvikt. I rapporten uppgår andelen män under 80 år med hjärtsvikt som behandlas med RAAS-hämmare 6-18 månader efter utskrivning till 87 procent, medan motsvarande siffra för kvinnor är 83 procent (Figur 14).

Figur 14. Andel kvinnor och män (≤ 80 år) som behandlas med RAAS-hämmare 6-18 månader efter hjärtsvikt.



Källa: (2)

5.2.3 Bakgrund till skillnaden

Skillnaden såsom den beskrivs i Socialstyrelsens rapport bedöms som en omotiverad och väsentlig skillnad. Behandling med RAAS-hämmare är en högprioriterad och effektiv behandling som minskar dödligheten vid hjärtsvikt och det saknas motiverbara skäl till könsskillnader i behandling.

För patienter med hjärtsvikt har blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare visat mycket god preventiv effekt. Behandling med RAAS-hämmare minskar risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och mortalitet. Behandlingen har en hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård och i princip bör alla hjärtsviktpatienter behandlas, givet att det inte finns några medicinska hinder (33).

Kronisk hjärtsvikt och läkemedelsbehandling

Vid hjärtsvikt är hjärtats pumpförmåga nedsatt. Vanliga symtom är trötthet, andfåddhet och bensvullnad. Symtomen förvärras i takt med att hjärtats pumpförmåga försämras.

Läkemedelsverket beräknar att 2–3 procent av Sveriges befolkning (motsvarande 180 000–300 000 personer) har symtomgivande hjärtsvikt, och att minst lika många har hjärtsvikt som ännu inte visar symtom. Kronisk hjärtsvikt är i många fall dödligt. Behandlingen syftar till att minska symtom och bromsa sjukdomens förlopp. Läkemedel är en viktig del av behandlingen och är ett komplement till livsstilsförändringar, egenvård och monitorering av symtom.

Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare (läkemedel ur grupperna ACE-hämmare och ARB) är en viktig del av behandlingen, och ges ofta i kombination med läkemedel ur gruppen betablockerare. De nationella riktlinjerna anger inte hur stor andel av patienterna som bör behandlas, men kvalitetsregistret RiksSvikt anger målsättningen att minst 90 procent av patienterna bör behandlas med RAAS-hämmare och en lika stor andel bör behandlas med betablockerare. Av detta kan man sluta sig till att minst 80 procent av patienterna bör få en kombinationsbehandling med både RAAS-hämmare och betablockerare för sin hjärtsvikt.

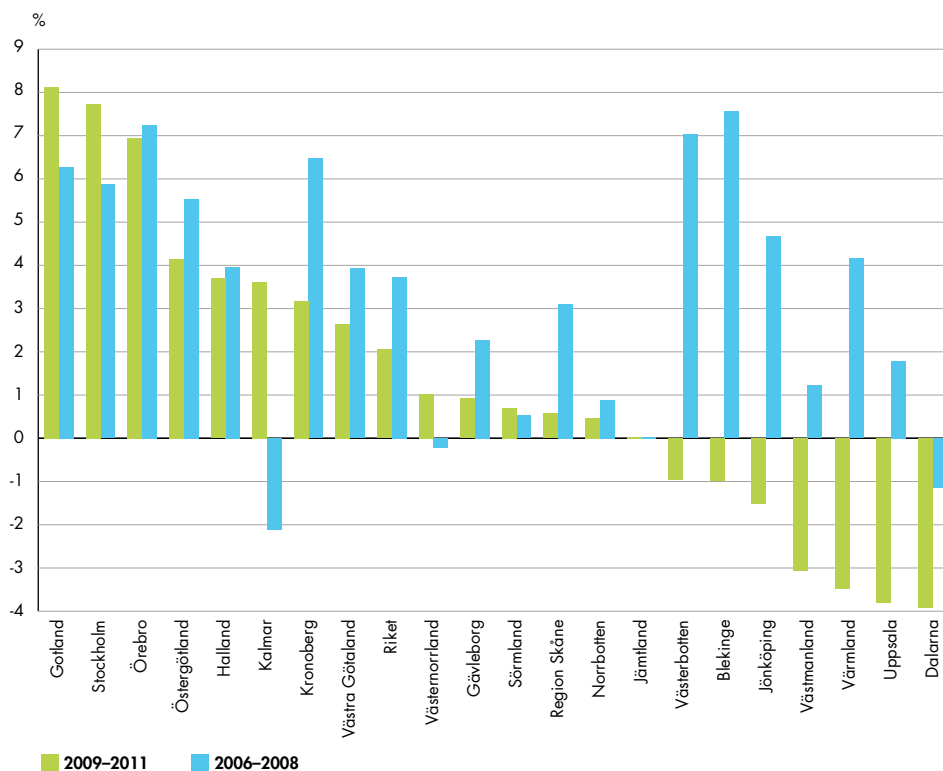
Könsskillnader i hjärtsviktsbehandling med RAAS-hämmare som beskrivs i andra källor ger en differentierad bild.

I *Öppna jämförelser och utvärdering för hjärtsjukvården* från 2009 beskrivs könsskillnaden för behandling med RAAS-hämmare 0–6 månader efter utskrivning. Andelen män som får behandling är då ca 88 procent och andelen kvinnor ca 83 procent (34). I *Öppna jämförelser* för 2012 är inte behandling med RAAS-hämmare särredovisad. Istället redovisas denna behandling tillsammans med behandling med betablockerare efter sjukhusvårdad hjärtsvikt (4). Könsskillnaden för denna behandling har minskat de senaste åren och för åren 2009–2011 fick 69 procent av de manliga hjärtsviktspatienterna behandling jämfört med 67 procent av de kvinnliga. I svenska studier på hjärtsviktspatienter finns det tecken på att kvinnor underbehandlas med RAAS-hämmare vid hjärtsvikt (35, 36).

Analysen från en kompletterande källa, kvalitetsregistret RiksSvikt, för 2011 visar att betydande könsskillnader för behandling med både RAAS-hämmare och med kombinationsbehandling kvarstår. Av samtliga registrerade hjärtsviktspatienter i RiksSvikt fick 83 procent av männen behandling med RAAS-hämmare och 72 procent fick kombinationsbehandling. Detta jämfört med 74 procent av kvinnorna som fick behandling med RAAS-hämmare och 63 procent som fick kombinationsbehandling (16). Ett problem med underlagen från RiksSvikt är dock en relativt låg täckningsgrad och att tre län saknar registreringar i RiksSvikt (Landstinget i Västmanland, Landstinget i Västernorrland och Norrbottens läns landsting).

Figur 15 illustrerar skillnader (antalet procentenheter) mellan män och kvinnor vad gäller kombinationsbehandling med RAAS-hämmare och betablockerare per landsting för perioderna 2006–2008 och 2009–2011. Störst skillnad 2009–2011 observeras i Stockholms läns landsting och region Gotland där skillnaden i båda fallen uppgår till åtta procentenheter. Det är dock bara skillnaden för Stockholm och för riket som är statistiskt signifikanta. I Stockholm fick 72 procent av de manliga hjärtsviktspatienterna behandling jämfört med 64 procent av kvinnorna (37).

Figur 15. Skillnader i kombinationsbehandling med RAAS-hämmare och betablockerare mellan män och kvinnor. Skillnaden anges i antal procentenheter.



För behandling med endast RAAS-hämmare finns det data från 2007 som visar större könsskillnader mellan landstingen. I Blekinge fick omkring 75 procent av kvinnorna behandling med RAAS-hämmare jämfört med drygt 90 procent av männen 0-6 månader efter utskrivning (34).

Sammanfattningsvis tyder sammanställningen på att skillnaden i läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt med endast RAAS-hämmare samt med kombinationsbehandling med betablockerare i riket finns kvar, men har förmodligen minskat de senaste åren. För vissa landsting, exempelvis Stockholms läns landsting, kvarstår en signifikant könsskillnad som inte har minskat de senaste åren. Detta gäller för både enbart RAAS-behandling och i kombination med betablockerare.

Utöver könsskillnader finns det även geografiska skillnader i både RAAS-behandling och för kombinationsbehandling med betablockerare. För behandling under åren 2008-2011 med RAAS-hämmare 12-18 månader efter utskrivning hade Blekinge län lägst andel behandlade patienter med ca 88 procent följt av Skåne på ca 90 procent (37). För behandling med RAAS-hämmare och betablockerare under perioden 2009-2011 behandlade Sörmland ca 80 procent av sina patienter, följt av Uppsala som hade en andel av 78 procent. Lägst andel behandlade hjärtsviktspatienter hade Gotland (67 procent) och Stockholm (68 procent). Redovisade siffror visar att Sörmland når rekommenderad behandlingsnivå för kombinationen RAAS-hämmare och betablockerare (37).

5.3. LÅGUTBILDADE FÅR WARFARIN OCH DIPYRIDAMOL I MINDRE UTSTRÄCKNING ÄN HÖGUTBILDADE VID STROKE

5.3.1 Jämlikhetsområdet: Socioekonomi

I Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* finns flera exempel på socioekonomiska skillnader både vad gäller vård och hälsoutfall. En socioekonomisk skillnad innebär att socioekonomiska faktorer, såsom exempelvis utbildningsnivå, inkomst och sysselsättning, samvarierar med hälsa och med vilken vård man får.

Utbildningsnivå är den vanligast förekommande markören för socioekonomisk status i Socialstyrelsens rapport, och det finns många exempel på att människor med lägre utbildning har sämre hälsa än dem med högre utbildning. Till exempel är risken för förtida död (för individer under 65 år) mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning. Stora skillnader i risken för förtida död, för både män och kvinnor, mellan olika utbildningsgrupper finns beskrivna för samtliga stora dödsorsaker, inklusive cancer, alkoholrelaterad sjuklighet och hjärt- och kärlsjukdomar (2). Även vad gäller självrapporterat allmänt hälsotillstånd finns det tydliga skillnader mellan personer med olika utbildningsnivåer. Ju lägre utbildningsnivå, desto färre anger att de har ett gott hälsotillstånd (38).

Det finns betydande skillnader mellan socioekonomiska grupper även i flera av de faktorer utanför hälso- och sjukvårdens primära påverkansrum men som påverkar hälsoutfall och mortalitet, såsom i rökning, i vanor kopplade till mat och fysisk aktivitet och i andra livsstilsfaktorer. Rökning, fysisk inaktivitet och övervikt är samtliga vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade. Socialstyrelsen menar till och med att om lågutbildade skulle röka i lika låg utsträckning som högutbildade skulle skillnaderna i medellivslängd påverkas väsentligt. (2)

Olika utbildningsgrupper söker också vård i olika utsträckning. Enligt Nationella folkhälsoenkäten för år 2012 sökte 52 procent av de högutbildade och 57 procent av de lågutbildade respondenterna vård. Även när individer delades in efter typ av sysselsättning observeras ett liknande samband där 58 procent av gruppen arbetare jämfört med 53 procent av individer anställda som mellan eller högre tjänstemän sökte vård (17). Även om lågutbildade söker mer vård avstår de samtidigt i större utsträckning från att söka vård trots behov (39). Lågutbildade väntar också längre innan de söker vård, vilket kan resultera i sämre möjligheter till behandling (40). Socialstyrelsens lägesrapport om hälso- och sjukvården från 2009 visade också att lågutbildade får en mindre ändamålsenlig läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke. Högutbildade får också i högre grad dyrare läkemedel än lågutbildade (39).

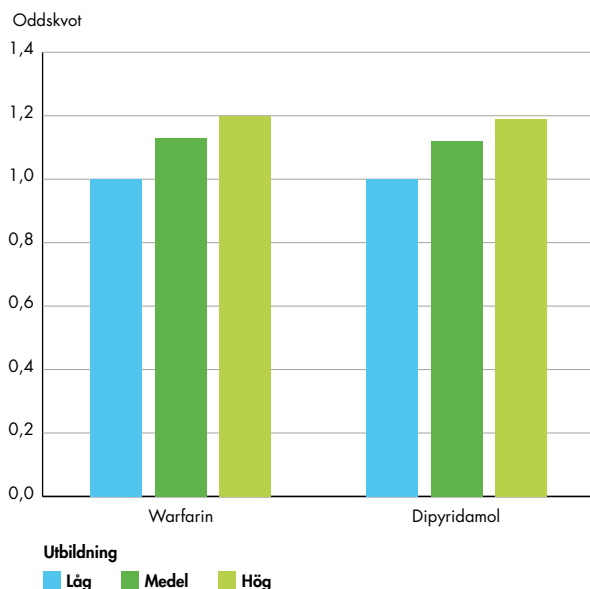
Socioekonomi

Socioekonomisk status används ofta som ett samlingsbegrepp för utbildningsnivå, yrkesstatus och inkomstnivå, men i diskussionen om de socioekonomiska bestämningsfaktorerna till hälsa och nöjdhet används flera olika definitioner av socioekonomi eller socioekonomisk status (2). En vanligt förekommande definition är Statistiska centralbyråns socioekonomiska indelning där individer delas in efter sysselsättning, och klassificeras som arbetare, tjänstemän, företagare och ej förvärvsarbetande (41). På vårdgivarnivå eller bostadsortsnivå finns det även olika metoder för att gruppera individer till olika socioekonomiska nivåer, exempelvis Care Need Index (42). Den vanligaste socioekonomiska indelningen i litteraturen som rör skillnader i vård, behandling och bemötande är dock att dela in individerna efter utbildningsnivå. Det finns flera anledningar till att utbildningsnivå är ett vanligt förekommande mått på socioekonomisk status. Till exempel är tillgången till information om andra indikatorer än utbildningsnivå ofta mindre. Dessutom tenderar utbildningsnivå och inkomst att samvariera, så utbildningsnivån säger även något om inkomsten. Ett akut hälsoproblem kan dock ha en negativ påverkan på individens inkomstnivå men påverkar inte individens utbildningsnivå i lika stor utsträckning. På grund av den här egenskapen är utbildning i vissa fall ett lämpligare mått än inkomst. Analyser av socioekonomiska skillnader försvåras nämligen betydligt om man inte kan kontrollera för om en lägre inkomstnivå resulterade i det negativa hälsoutfallet eller om det negativa hälsoutfallet ledde till en lägre inkomst (43). Man bör dock ha i åtanke att man inte alltid kan använda utbildningsnivå för att ersätta analyser av inkomstnivå eller typ av sysselsättning. Exempelvis kan en individ med låg inkomst vara utsatt i en situation som kräver en ekonomisk insats oavsett utbildningsnivå, medan en högutbildad låginkomsttagare inte behöver vara lika negativt drabbad i en situation där riskfaktorn inte beror på ekonomi utan på exempelvis information från vårdpersonal (38).

5.3.2 Skillnaden som beskrivs i Socialstyrelsens rapport

Den socioekonomiska skillnaden i warfarin- och dipyridamolbehandling i samband med stroke som Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* beskriver utgår från deras *Hälso- och sjukvårdsrapport* från 2009. Där redovisas att sannolikheten att behandlas med både warfarin och dipyridamol vid stroke är omkring 20 procent större bland högutbildade jämfört med lågutbildade (Figur 16). Skillnaderna kvarstår efter att man kontrollerat för patienternas kön och ålder (39).

Figur 16. Skillnad i oddskvoter för behandling med warfarin och dipyridamol vid stroke efter utbildningsnivå.



Källa: (39)

5.3.3 Bakgrund till skillnaden

I de nationella riktlinjerna för läkemedelsbehandling vid stroke orsakat av hjärninfarkt anges att behandling med blodproppsförebyggande medel bör vara rutin (44). Att lågutbildade får warfarin och dipyridamol i lägre utsträckning än högutbildade vid stroke kan anses vara en omotiverad och väsentlig skillnad. Warfarin är en prioriterad behandling som minskar risk för stroke och död och det saknas skäl som motiverar den beskrivna underbehandlingen.

Efter att ha tagit hänsyn till variation i patienternas ålder, visar Socialstyrelsens analys för perioden 2009-2011 på små regionala skillnader mellan landstingen i andelen patienter som behandlas med warfarin 12–18 månader efter stroke och vid förmaksflimmer. På nationell nivå är även skillnaderna mellan män och kvinnor små (4). Riks-Stroke analyser visar begränsad täckningsgrad och att det finns skillnader mellan vårdgivarna i andelen patienter som behandlas med någon form av blodförtunnande läkemedel (45).

5.4. SVERIGEFÖDDA FÅR WARFARIN OCH DIPYRIDAMOL I STÖRRE UTSTRÄCKNING ÄN PERSONER FÖDDA UTANFÖR EU EFTER STROKE

5.4.1 Jämlikhetsområdet: Födelseland

Över en miljon människor i Sverige är födda i utlandet och ytterligare ca 800 000 individer har en eller flera föräldrar födda utomlands. Skillnader i hälsoutfall och nöjdhet,

liksom i vård, behandling och bemötande, mellan grupper med olika etnicitet och olika födelseländer är inte lika väl studerade som skillnader inom andra jämlikhetsområden, men det finns några studier där man kan observera skillnader (2). Det skall dock tilläggas att dessa skillnader kan vara beroende av vilket land person är född i, migrationsprocessen och andra faktorer kopplat till individen. Skillnader ses framförallt för personer födda utanför EU. *Ojämna villkor för hälsa och vård* visar att utlandsfödda har en ökad risk för psykisk ohälsa som exempelvis depressioner, ångest, posttraumatisk stress och sömnsvårigheter samt högre åtgärdbar och förtida dödlighet i exempelvis hjärtsjukdomar (2).

Även skillnader i vård, behandling och bemötande kan observeras. Analyser av de nationella patientenkäterna inom primärvården och sjukhusvården visar att de som inte har svenska som modersmål i lägre grad än övriga patienter känner sig informerade, respekterade och delaktiga (2). Svårigheterna att kommunicera försämrar även möjligheterna att förstå information om behandling samt kommunicera preferenser och önskemål till vårdpersonalen (46). Nationella folkhälsoenkäten visar att fler utomeuropeiskt födda än Sverigefödda någon gång har valt att avstå från att söka vård, 26 procent respektive 15 procent (17).

Det finns flera möjliga förklaringar till varför det observeras skillnader i hälsa, vård, behandling och bemötande mellan Sverige- och utlandsfödda. Diskriminering lyfts ofta fram som en faktor för skillnader i vård, behandling och bemötande. Studier visar att personer som upplever sig diskriminerade i vården också upplever sig som mer diskriminerade i samhället i övrigt. Potentiella risker med diskriminering i vården är till exempel att skillnader i bemötande resulterar i ojämlik tillgång till hälsofrämjande resurser (47).

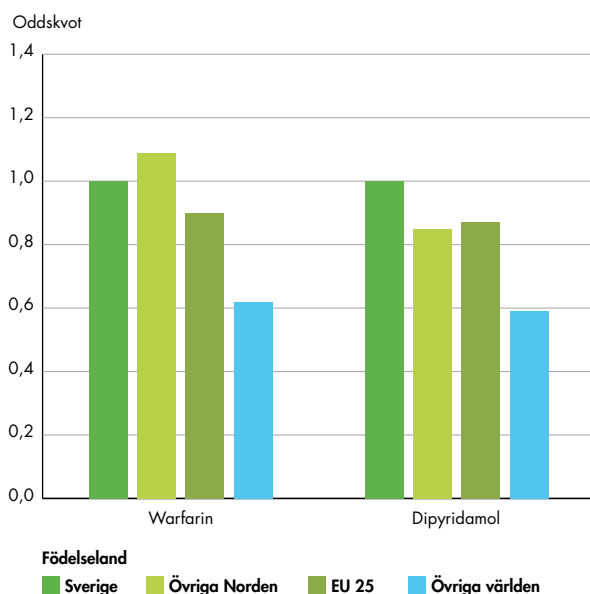
Individens uppfattning om hälsa och sjukdom är bland annat kulturellt betingade och kan därför skilja sig beroende på var man är född och uppväxt. Dessa uppfattningar kan i sin tur påverka beteende och förväntningar på vården. Uppfattningarna kan också påverka individens syn på orsaken till sjukdomen, sjukdomens allvarlighetsgrad, hälsorelaterat beteende och vårdsökande. Även synen på användning av läkemedel och religionens roll och betydelse för hälsa kan härledas till kulturella skillnader (48).

Flera av skillnaderna för personer födda utanför Sverige kan vara orsakade av samma faktorer som påverkas av socioekonomi. Låg socioekonomisk status (hög arbetslöshet, låg inkomst) är mer vanligt förekommande hos personer födda utanför EU jämfört med personer födda i Sverige och födda inom EU (40).

5.4.2 Skillnaden som beskrivs i Socialstyrelsens rapport

Den skillnad i warfarin- och dipyridamol-behandling vid stroke som Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* beskriver utgår från deras *Hälso- och sjukvårdsrapport* från 2009. Där redovisas att utlandsfödda behandlas med warfarin eller dipyridamol efter stroke i betydligt mindre utsträckning än Sverigefödda. Sannolikheten för personer födda utanför EU att behandlas är omkring 40 procent lägre jämfört med Sverigefödda (Figur 17). Däremot är skillnaden mellan Sverigefödda och personer födda i övriga Norden och EU betydligt mindre.

Figur 17. Skillnad i oddskvoter för behandling med warfarin och dipyridamol vid stroke efter födelse land.



Källa: (39)

5.4.3 Bakgrund till skillnaden

Att utlandsfödda behandlas med warfarin eller dipyridamol efter stroke i mindre utsträckning än övriga bedöms vara en omotiverad och väsentlig skillnad. Behandling med dessa läkemedel ska vara rutin vid stroke orsakat av hjärninfarkt (39).

Skillnaden mellan Sverigefödda och patienter födda utanför Europa är nästan dubbelt så stor som motsvarande skillnad mellan hög- och lågutbildade som beskrivs under jämlikhetsområdet socioekonomi (se avsnitt 5.3).

5.5. PSYKISKT SJUKA PATIENTER SOM FÖR FÖRSTA GÅNGEN INSJUKNANDE I EN AKUT HJÄRTINFARKT BEHANDLAS INTE MED BALLONGVIDGNING (PCI) I SAMMA OMFATTNING SOM ÖVRIGA PATIENTER

5.5.1 Jämlikhetsområdet: Psykisk funktionsnedsättning

Ett flertal studier visar att psykiskt sjuka personer är mer utsatta för både sämre somatisk hälsa samt ökad risk för förtida död (49). Inom området hjärt- och kärlsjukdomar visar internationella studier att psykiskt sjuka patienter som har utvecklat hjärtsjukdom har en högre dödlighet och att de i lägre utsträckning behandlas med invasiva åtgärder än övriga hjärtpatienter (50).

Det finns flera tänkbara generella orsaker till varför patienter med psykisk funktionsnedsättning har sämre hälsoutfall, inklusive faktorer förknippade med den livsstil och de

livsvillkor som psykisk ohälsa kan innebära för individen. Exempelvis kan det vara svårare att följa ordinationer om behandling eller att söka vård när psykisk sjukdom finns med i bilden. En annan faktor kan vara hur den somatiska vården faktiskt omhändertar personer med samsjuklighet i psykisk och somatisk sjukdom (51).

5.5.2 Skillnaden som beskrivs i Socialstyrelsens rapport

Den skillnad mellan psykiskt och icke psykiskt sjuka som behandlas med PCI vid akut hjärtinfarkt som Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* beskriver härrör från deras rapport *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt*. Där redovisas att patienter med psykos- eller depressions- och ångestdiagnoser får PCI-behandling inom 0-6 dagar efter hjärtinfarkt i mindre utsträckning än patienter utan psykisk sjukdom (51). Sannolikheten att en patient utan psykisk sjukdom behandlas med PCI är mellan 20 och 50 procent högre jämfört med en patient med psykisk sjukdom (51).

5.5.3 Bakgrund till skillnaden

Att patienter med psykos- eller depressions- och ångestdiagnoser får PCI-behandling i mindre utsträckning än patienter utan psykisk sjukdom kan anses vara en omotiverad och väsentlig skillnad. PCI-behandling har en bevisad effekt på minskad dödlighet för patienter med akut hjärtinfarkt samt bör ges till alla patienter om inte direkta medicinska skäl föreligger.

Hjärtinfarkt och PCI-behandling

Fett och bindväv kan bilda förträngningar i hjärtats kärl och göra blodkärlen trånga och oelastiska. Ett totalt stopp i blodkärlen kan leda till akut syrebrist för hjärtat vilket utvecklas till en hjärtinfarkt. För att öppna upp det tilltäppta blodkärlet använder man sig av en ledare som förs in i kranskärlet och vidgar kärlet med en ballong (Percutan Coronar Intervention, PCI). Före PCI genomförs alltid en kontrastströntgen av hjärtats kranskärl, en så kallad koronarangiografi eller kranskärlsröntgen. Detta görs i syfte att undersöka och kartlägga de tilltäppta kärlen. I vissa icke akuta fall gör man ibland ett uppehåll mellan röntgen och behandling där man i samråd med patienten diskuterar med andra specialister vilken behandling som är den bästa.

Sedan 1990-talets början har såväl antalet PCI-behandlingar samt antalet vårdgivare som genomför ingreppet ökat. Enligt Socialstyrelsen genomförde 2007 ca 40 procent av sjukhusen med akut omhändertagande inom internmedicin PCI-behandling. Fördelningen av vårdgivare som genomförde behandling var jämn över hela landet och nästan alla landsting hade möjlighet att genomföra behandlingen. 2007 planade ökningen ut. Inledningsvis var PCI en elektiv behandling och genomfördes som ett alternativ till kranskärlsoperation. PCI genomförs vid både akut hjärtinfarkt samt vid instabil och stabil kranskärlssjukdom. Akuta så kallade ST-höjningsinfarkter skall enligt riktlinjer behandlas skyndsamt med PCI. PCI vid akut ST-höjningsinfarkt stod för 25 procent av alla PCI-ingrepp 2007 (33).

En mer detaljerad analys av skillnader i PCI-behandling mellan olika grupper i befolkningen visar att det inte finns någon statistiskt signifikant skillnad mellan män och kvinnor. Skillnaden mellan psykiskt sjuka och de utan psykisk sjukdom återfinns bland både män och kvinnor, men är något starkare bland kvinnor. Kvinnor med depressions- eller ångestdiagnoser hade en 20 procent lägre sannolikhet att få PCI-behandling än kvinnor utan dessa diagnoser och kvinnor med psykosdiagnoser hade en 50 procent lägre sannolikhet. För manliga patienter observeras liknande siffror, 10 respektive 40 procent lägre sannolikhet att få behandlingen. För män med depression eller ångest var dock inte skillnaden statistiskt signifikant. I analysen studeras även individer med psykiska eller beteendestörningar relaterade till missbruk. Både män och kvinnor som minst två gånger har fått diagnosen psykiska eller beteendestörningar orsakade av alkohol (ICD 10 F10) i slutenvården har en mindre sannolikhet att få PCI-behandling. Sambandet mellan att ha fått narkotikarelaterade diagnoser (ICD 10 F11-F16) minst två gånger i slutenvården och sannolikheten att behandlas med PCI var inte statistiskt signifikant. I analysen kontrollerade Socialstyrelsen för annan somatisk sjuklighet genom att använda information om patienternas vårdtid på sjukhus för andra orsaker än psykisk sjukdom under 10 år före insjuknande i hjärtinfarkt.

PCI är en högprioriterad insats vid akut hjärtinfarkt då det finns en koppling mellan ingreppet och minskad dödlighet (51). Socialstyrelsen analyserade också om skillnaderna i tillgång till PCI påverkade dödlighet efter hjärtinfarkt. Högst risk för död hade patienter med psykosdiagnos som inte fått PCI, med en nästan fem gånger så hög risk som den grupp som har lägst risk, personer utan psykosdiagnos som fått PCI. Men även bland de patienter med psykosdiagnos som fått PCI finns en förhöjd risk för död. Detta avspeglar sannolikt att dessa patienter är belastade med andra riskfaktorer för dödlighet.

För att kunna utvärdera vilken effekt PCI hade på dödligheten för patienter med psykosdiagnos lät Socialstyrelsen analysera dödligheten justerat för förekomst av PCI-behandling. Analyserna visade att riskökningen minskade för psykiskt sjuka när hänsyn togs till att de fick PCI i mindre utsträckning vilket indikerar att avsaknaden av PCI-insats har betydelse för överdödligheten i gruppen. Socialstyrelsens beräkningar visade också att om psykopatienterna hade haft samma dödlighet efter en hjärtinfarkt, oavsett om de fått PCI eller inte, som andra patienter skulle 0,3 procent av alla dödsfallen i gruppen undvikits. Detta innebär ca 50 dödsfall under den studerade tidsperioden.

Andra omständigheter, som exempelvis att komma för sent under vård, kan dock ha samband med utebliven PCI-behandling. Under sådana omständigheter skulle dödsfallen möjligen ha inträffat oavsett PCI-behandling eller inte. Uppskattningsvis 30 procent av den ökade dödsrisken för psykiskt sjuka patienter uppskattas vara relaterad till utebliven PCI-behandling. Om patienter med psykosdiagnos behandlades med PCI i samma utsträckning som övriga patienter skulle enligt analysen ungefär 15 dödsfall undvikits under mätperioden (51).

Sammanfattningsvis visar Socialstyrelsens analys att personer med psykiatrisk sjukdom i mindre utsträckning får PCI-behandling vid hjärtinfarkt och att utebliven behandling har en signifikant effekt på den överdödlighet som observeras i gruppen.



6 Slutsatser

► *Befintliga mätningar av skillnader i vården bör utvecklas*

Hälso- och sjukvårdslagens krav på att vård ska ges på lika villkor är en målbestämelse. Den grundläggande tanken bakom målet är enligt förarbetena att insatser som görs inom hälso- och sjukvården ska ha den inriktning som målet anger även om den enskilda insatsen inte når fram (5). Lika fullt ska vård på lika villkor vara en generell strävan för hälso- och sjukvården. Ett stort antal mätningar pekar på de många skillnader som finns. Det är i praktiken inte möjligt att åtgärda dem alla på en gång och dessutom kommer nya skillnader att tillkomma. För att beslutsfattare, professioner, patienter och medborgare ska kunna värdera resultat från mätningar av skillnader i vården är det angeläget att förstå till exempel vad som utgör stora skillnader i livsviktig behandling och små skillnader i behandling med begränsad nytta och bristfällig evidensbas. Analysen av de skillnader som beskrivs i Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa vård* påvisar utmaningar med att identifiera och mäta processer som verkligen avspeglar om skillnaderna utgör ojämlik vård och skillnadernas storlek och effekt. I denna rapport presenteras ett förslag på en modell för att bedöma skillnader i hälso- och sjukvården utifrån i vilken grad de kan anses vara omotiverade och väsentliga. En sådan modell kan naturligtvis utformas på olika sätt, och Vårdanalys ser det som angeläget att berörda aktörer fortsätter arbetet med att utveckla och validera en modell för att identifiera och beskriva omotiverade och väsentliga skillnader. Det bör i sammanhanget poängteras att ett sådant arbete berör svåra etiska avvägningar som behöver diskuteras och studeras noggrant.

► *Det saknas kunskap om skillnader på flera viktiga jämlikhetsområden*

De analyser som har genomförts inom ramen för denna rapport visar att skillnader i vård, behandling och bemötande oftast beskrivs ur ett geografiskt perspektiv eller könsperspektiv. På flera områden finns mycket begränsat med kunskap, till exempel avseende HBT-personer eller nationella minoriter.

► *Kunskapen om skillnader i faktiskt bemötande är bristfällig och mer kunskap behövs om de medicinska effekterna av skillnader i bemötande*

Patienternas upplevelse av vården har under senare år blivit en allt viktigare kvalitetsdimension vid utvärdering, uppföljning och styrning inom vården. En ökad förståelse för hur patienterna upplever hälso- och sjukvården har de senaste åren möjliggjorts genom uppföljningar som exempelvis Nationell patientenkät och Vårdbarometern. Också lokalt inom landsting och på vårdgivarnivå har denna typ av uppföljningar blivit en allt större

del av hur vården styrs. Kunskapsläget kring det faktiska bemötandet är samtidigt mycket begränsat. Det saknas nästan helt kunskap om huruvida det finns omotiverade systematiska skillnader i hur vårdpersonal agerar i mötet olika patientgrupper. Det finns ett behov av ökad forskning inom detta område. Särskilt viktigt är det att förstå om det finns skillnader i bemötande som inte bara påverkar patientens nöjdhet med mötet, utan som också får systematiskt negativa medicinska konsekvenser för utsatta grupper.



7 Fortsatt arbete 2014

Syftet med Vårdanalys uppdrag är att nå ökad kännedom och kunskap om vilka påverkbara faktorer (exempelvis organisation, ersättningssystem eller kompetens) i vården som kan ha en betydelse för en jämlik vård och utgöra orsaker till skillnader i vården. Vårdanalys ska även bedöma behovet av åtgärder och vilka åtgärder som kan vidtas för att nå en mer jämlik vård.

För att svara mot uppdraget har vi formulerat tre övergripande frågeställningar:

- 1) Vad utgör omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande och hur kan dessa identifieras och graderas?
- 2) Vilka påverkbara faktorer i vården bidrar till att dessa skillnader uppstår?
- 3) Vilka åtgärder kan vidtas för att minska skillnaderna?

Inom ramen för denna promemoria, som utgör en delredovisning av uppdraget, presenteras Vårdanalys arbete med frågeställning 1. Arbetet med frågeställning 2 (orsaker) och 3 (åtgärder) kommer att fortsätta under våren 2014 och redovisas i uppdragets slutrapport som ska lämnas till regeringen i oktober 2014. Vårdanalys har som mål att slutrapporten ska innehålla konkreta, genomförbara åtgärdsförslag som ska kunna resultera i en förbättrad hälsa och ökad patientnöjdhet för utsatta grupper.



8 Referenser

1. Socialdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende Myndigheten för vårdanalys. S2012/8855/SAM. Regeringskansliet. 2012.
2. Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård - Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2011.
3. Socialdepartementet. Strategi för en god och mer jämlik vård 2012 - 2016. S2012.013. 2012.
4. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting 2012. 2012.
5. Regeringen. Regeringens proposition 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m. 1981.
6. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institutet för Framtidsstudier; 2007:14. 2007.
7. Figueras J, McKee M. Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems. European Observatory on Health Systems and Policies Series. 2012.
8. Nolte E, McKee M. Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited The Nuffield Trust. 2004.
9. Hälso- och sjukvårdslag. SFS 1982:763.
10. Regeringen. En förnyad folkhälsopolitik. Prop. 2007/08:110. 2007.
11. Socialdepartementet. Patientmaktsutredningen; Ansvarsfull hälso- och sjukvård. Slutbetänkande av Patientmaktsutredningen SOU (2013:44). 2013.
12. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988; Sep 23-30;260(12):1743-8.
13. Stockholms läns landsting. Vårdgaranti och vårdval - Hur följs effekter för patienter med störst behov? Projektrapport Nr 10/2012, Landstingsrevisorerna, Stockholm. 2012.
14. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2011.
15. Sveriges Kommuner och Landsting. Nationell patientenkät <http://npe.skl.se> [2013-11-11].
16. Riks-Stroke. Årsrapport 2012. 2013.
17. Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/> [2013-11-11].
18. Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården – från remiss till diagnos och behandling. 2012.
19. Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården – från remiss till diagnos och behandling. 2011.
20. Socialstyrelsen Epidemiologiskt Centrum. Framtida cancerprevalens och cancerincidens i Sverige. Prognoser 2006–2030. 2008.
21. Socialdepartementet. En nationell cancerstrategi för framtiden SOU 2009:11. 2009.
22. NORDCAN. Faktablad Cancerstatistik. Sverige - Lunga. http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/SW/PDF/FS_160-752.pdf [2013-06-17].
23. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting 2011. 2011.

24. Coleman MP, Bryant H, Butler J, Rachet B, Maringe C, Nur U, et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995–2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet*. 2011;377(9760):127–38.
25. Hillerdal G. Kortare väntetider ett kvalitetskrav vid utredning av lungcancer. *Läkartidningen*. 1999;96(43):4691.
26. Socialstyrelsen. Jämställd vård? - Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2004.
27. Statistiska centralbyrån. Befolkningsframskrivningar, Medellivslängd efter kön 1960-2012 och prognos 2013-2060. 2013.
28. Sveriges Kommuner och Lansting. Könsuppdelad statistik och genusanalys. Genomgång av årsrapporter från nationella kvalitetsregister. 2006.
29. Sveriges Kommuner och Lansting. (O)jämställdhet i hälsa och vård - en genusmedicinsk kunskapsöversikt. 2007.
30. Risberg G. »Jag är bara tjänsteman – neutral och könlös«. *Läkartidningen*. 2005;102(40):2852.
31. Läkemedelsverket. Så godkänns ett läkemedel. <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Lakemedel/Sa-godkanns-ett-lakemedel/> [2013-11-07].
32. Läkemedelsverket. Så godkänns ett läkemedel. Test på både män och kvinnor. <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Lakemedel/Sa-godkanns-ett-lakemedel/Test-pa-bade-man-och-kvinnor/> [2013-11-07].
33. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008.
34. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 - Hjärtsjukvård. 2009.
35. Loikas D, Wettermark B, von Euler M, Bergman U, Schenck-Gustafsson K. Differences in drug utilisation between men and women: A cross-sectional analysis of all dispensed drugs in Sweden. *BMJ Open*. 2013;3;3(5).
36. Agvall B, Dahlström U. Patients in primary health care diagnosed and treated as heart failure, with special reference to gender differences. *Scand J Prim Health Care* 2001;19(1):14-9.
37. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser - Så kan du använda öppna jämförelser <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/sakanduanvandaoppnajokforelser> 2013.
38. Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar. 2010.
39. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. 2009.
40. Sveriges Kommuner och Landsting. Vård på olika villkor: en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. 2009.
41. Statistiska centralbyrån. Socioekonomisk indelning (SEI), meddelande i samordningsfrågor, MIS 1982:4. 1982.
42. Statistiska centralbyrån. Inför Vårdval 2010. Care Need Index, CNI – ett socioekonomiskt behovsindex. SCB. 2009;4:09.
43. Lundborg P, Nilsson N, Vikström J. Hur påverkar socioekonomisk status och ålder arbetsmarknadseffekterna av olika hälsoproblem? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). 2011.
44. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård. 2009.
45. Riks-Stroke. Årsrapport Rapport från Riks-Stroke 2011. 2012.
46. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*. 2006;64(1-3):21-34.
47. Statens folkhälsoinstitut. Diskriminering ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa. 2006.
48. Vårdhandboken. Bemötande i vård och omsorg, transkulturellt perspektiv. <http://www.vardhandboken.se/texter/bemotande-i-vard-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/oversikt/> [2013-11-11].

49. Dickey B, Normand SL, Weiss RD, Drake RE, Azeni H. Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatric Services*. 2002;53(7):861-7.
50. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen P. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):713-20.
51. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. 2011.
52. Regionala cancercentrum i samverkan Landstingens och regionernas nationella samverkansgrupp inom cancersjukvård. Prostatacancer. Nationell kvalitetsrapport för diagnosår 2011 från Nationella prostatacancerregistret (NPCR). 2012.
53. Nationella kvalitetsregister. Svensk kvalitetsregister för huvud- och halscancer. <http://www.kvalitetsregister.se> [2013-11-11].
54. Regionala cancercentrum i samverkan Landstingens och regionernas nationella samverkansgrupp inom cancersjukvård. Lungcancer. Nationell kvalitetsrapport för diagnosår 2010 från Nationella Lungcancerregistret (NLCR). 2012.
55. Dickstein K VP, Auricchio A, Daubert JC, Linde C, McMurray J, Ponikowski P, Priori SG, Sutton R, van Veldhuisen DJ. Focused Update of ESC Guidelines on device therapy in heart failure: An update of the 2008 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure and the 2007 ESC guidelines for cardiac and resynchronization therapy. *European Heart Journal*. 2010;31:2677-87.
56. Hjärt-Lungfonden. Hjärtinfarkt i Sverige - drabbade och avlidna i akut hjärtinfarkt sedan 1990. 2012.
57. Läke medelsverket. Hjärtsvikt, Läke medelsboken 2011-2012. 2012.
58. Läke med elsverket. Akutmedicin på vårdcentral och andra vårdenheter - Behandling med antikoagulantia, Läke med elsboken 2011-2012 2012.
59. Socialstyrelsen. Hjärtinfarkter 1987–2007 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987–2008 2009.
60. Statistiska centralbyrån. Statistikdatabasen 2013 http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistikinsamling/uppgiftsinsamling_fran_kommuner_och_landsting [2013-11-11].
61. SWEDEHEART. Årsrapport 2011. 2012.
62. Neuroförbundet. Neuroguiden. <http://www.neuroforbundet.se/diagnoser/narkolepsi/neuroguiden/> [2013-11-11]
63. Statistiska centralbyrån. Utbildningsstatistisk årsbok 2011. 2012.
64. Barnes T, Paton, C. Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: Benefits and risks. *CNS Drugs*. 2011;25(5):383-99.
65. Svenska Psykiatriska Föreningen. Schizofreni kliniska riktlinjer för utredning och behandling. 2009.
66. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. 2007.
67. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård - Symtomgivande höggradig karotisstenos utan kontraindikation hos patient med TIA eller lindrig stroke 2009.
68. Läke med elsverket. Psykoser, Läke med elsboken 2011-2012 2012.
69. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården 2013. 2013.

Bilaga 1

Sammanställning över alla bedömda skillnader i Socialstyrelsens rapport Ojämlika villkor för hälsa och vård

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?				Väsentlig?			Kommentarer	Källa	
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)			Summa (4-12)
1	Skillnad mellan landstinget med längst respektive kortast väntetid för besök hos specialist för patienter med prostatacancer	Nej	Nej	1	0	1	6	4	10	Skillnaden bedöms vara mindre omotiverad eftersom väntetiden sällan är avgörande för behandlingsresultat	(23) (18) (52)
2	Skillnad mellan landstingen med längre respektive kortare väntetid än riksnittet för besök hos specialist för patienter med prostatacancer	Nej	Nej	1	0	1	3	4	7	Skillnaden bedöms vara mindre omotiverad eftersom väntetiden sällan är avgörande för behandlingsresultat	(23) (18) (52)
3	Skillnad mellan landstingen med längst respektive kortast väntetid för besök hos specialist för patienter med elakartad huvud- och halscancer	Nej	Nej	3	1	4	5	6	11	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan landstingen är stor	(23) (18) (53)

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?						Väsentlig?			Kommentarer	Källa
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)	Summa (4-12)			
4	Skillnad mellan landstingen med längre respektive kortare väntetid än riksnittet för besök hos specialist för patienter med elakartad huvud- och halscancer	Nej	Nej	3	1	4	2	6	8	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan landstingen är stor	(23) (18) (53)	
5	Skillnad mellan landstingen med längst respektive kortast väntetid för behandlingsbeslut för patienter med lungcancer	Nej	Nej	3	1	4	6	5	11	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan landstingen är stor	(23) (18) (54)	
6	Skillnad mellan landstingen med längre respektive kortare väntetid än riksnittet för behandlingsbeslut för patienter med lungcancer	Nej	Nej	3	1	4	3	5	8	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan landstingen är stor	(23) (18) (54)	

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?				Väsentlig?			Kommentarer	Källa	
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)			Summa (4-12)
7	Skillnad i andelen män respektive kvinnor som får sviktpacemaker (CRT) insatt vid svår hjärtsvikt	Nej	Nej	2	1	3	4	6	10	Skillnaden bedöms vara mindre omotiverad eftersom det finns medelhög evidens för att sviktpacemaker minskar dödligheten vid svår hjärtsvikt	(33) (34) (55)
8	Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med betablockerare 6-18 månader efter hjärtinfarkt	Nej	Nej	3	1	4	2	6	8	Skillnaden bedöms vara väsentlig och omotiverad eftersom den relativa skillnaden mellan landstingen är stor	(33) (56) (34)

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?				Väsentlig?			Kommentarer	Källa	
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)			Summa (4-12)
9	Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med lipidsänkare 6-18 månader efter hjärtinfarkt	Ja	Nej	3	0	3	2	6	8	Analysen visar att det finns en risk för önskad effekt i form av muskelvärk hos kvinnor vilket skulle kunna innebära en relevant medicinsk avvägning. Skillnaden bedöms vara omotiverad men mindre väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellanandelarna är relativt liten och åtgärden har en begränsad effekt på dödligheten	(34) (56) (33)
10	Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med RAAS-hämmare 6-18 månader efter hjärtinfarkt	Nej	Nej	3	1	4	2	5	7	Analysen visar att det finns en risk för önskad effekt i form av muskelvärk hos kvinnor vilket skulle kunna innebära en relevant medicinsk avvägning. Skillnaden bedöms vara omotiverad men mindre väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellanandelarna är relativt liten och åtgärden har en begränsad effekt på dödligheten	(56) (34) (33)

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?				Väsentlig?			Kommentarer	Källa	
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)			Summa (4-12)
11	Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med betablockerare 6-18 månader efter hjärtsvikt	Nej	Nej	3	1	4	2	6	8	Skillnaden bedöms vara till fullo omotiverad och väsentlig eftersom effekten för den utsatta gruppen är relativt hög	(33) (55) (34) (57)
12	Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med RAAS-hämmare 6-18 månader efter hjärtsvikt	Nej	Nej	3	1	4	2	6	8	Skillnaden bedöms vara till fullo omotiverad och väsentlig eftersom effekten för den utsatta gruppen är relativt hög	(33) (57)

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?						Väsentlig?			Kommentarer	Källa
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)	Summa (4-12)			
13	Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med Warfarin efter förmaksflimmer plus annan riskfaktor	Ja	Nej	3	0	3	2	5	7	Analysen visar på att det hos vissa läkare finns en uppfattning om att det finns en ökad blödningsrisk hos kvinnor vilket eventuellt kan resultera i en medicinsk avvägning	(44) (58)	
14	Skillnad i andelen sverigefödda respektive utlandsfödda hjärtinfarktpatienter som behandlas med ASA	Nej	Nej	3	1	4	2	5	7	Skillnaden bedöms vara omotiverad men bedöms vara mindre väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan andelarna är relativt liten	(33) (34) (56) (59) (60)	

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?				Väsentlig?			Kommentarer	Källa	
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)			Summa (4-12)
15	Skillnad i andelen Sverigefödda respektive utlandsfödda hjärtinfarktpatienter som använder betareceptorblockerare	Nej	Nej	3	1	4	2	5	7	Skillnaden bedöms vara omotiverad men bedöms i mindre utsträckning vara väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan andelarna är relativt liten	(33) (56) (60)
16	Skillnad i andel patienter med psykisk funktionsnedsättning respektive övriga patienter som behandlas med ballongutvidgning (PCI) vid akut hjärtinfarkt	Nej	Nej	3	1	4	5	5	10	Skillnaden bedöms vara till fullo väsentlig och omotiverad eftersom effekten för den utsatta gruppen är relativt hög	(51) (61)

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?						Väsentlig?			Kommentarer	Källa
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)	Summa (4-12)			
17	Skillnad i andelen män respektive kvinnor som behandlas med antidepressiva läkemedel vid nedstämdhet 3 månader efter stroke	Nej	Nej	3	1	4	2	4	6	Skillnaden bedöms vara omotiverad men bedöms i mindre utsträckning vara väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan andelarna är relativt liten	(62) (44) (45)	
18	Skillnad i andel låg- respektive högutbildade som får warfarin och dipyridamol vid stroke	Nej	Nej	3	1	4	2	6	8	Skillnaden bedöms vara väsentlig och omotiverad eftersom effekten för den utsatta gruppen är hög	(45) (63) (44)	
19	Skillnad i andel Sverige- respektive utlandsfödda som får warfarin och dipyridamol vid stroke	Nej	Nej	3	1	4	2	6	8	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom effekten för den utsatta gruppen är hög	(60) (44) (45)	

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?						Väsentlig?			Kommentarer	Källa
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)	Summa (4-12)			
20	Skillnad mellan landstingen med högst respektive lägst andel som behandlas med trombolyt vid stroke	Nej	Nej	3	1	4	4	6	10	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom effekten för den utsatta gruppen är hög	(44) (45)	
21	Skillnad mellan landstingen med högre respektive lägre andel än riksnittet som behandlas med trombolyt vid stroke	Nej	Nej	3	1	4	2	6	8	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom effekten för den utsatta gruppen är hög	(44)	
22	Skillnad mellan landstingen med högst respektive lägst medel- användetid till karotiskirurgi vid symptomatisk karotisstenos	Nej	Nej	3	1	4	5	5	10	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan landstingen är stor	(44) (45)	

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?						Väsentlig?			Kommentarer	Källa
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)	Summa (4-12)			
23	Skillnad mellan landstingen med längre respektive kortare medianväntetid än riksnittet till karotisk kirurgi vid symtomatisk karotisstenos	Nej	Nej	3	1	4	4	3	7	Skillnaden bedöms vara omotiverad men bedöms i mindre utsträckning vara väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan landstingen är relativt liten	(44) (45)	
24	Skillnad i andel högre respektive lågutbildade som får fler antipsykotiska läkemedel vid schizofreni	Nej	Nej	2	1	3	2	5	7	Skillnaden bedöms inte vara till fullo omotiverad och bedöms i mindre utsträckning vara väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan utbildningsnivåerna är relativt liten	(39) (63) (64) (65)	

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?				Väsentlig?			Kommentarer	Källa	
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)			Summa (4-12)
25	Skillnad i andel män respektive kvinnor som får fler antipsykotiska läkemedel vid schizofreni	Nej	Nej	2	1	3	2	5	7	Skillnaden bedöms vara mindre omotiverad och bedöms i mindre utsträckning vara väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan andelar-na är relativt liten	(39) (64) (65) (66)
26	Skillnad mellan verksamheter i huruvida man har genomtänkta strategier för att anpassa beroendevården till män och kvinnor (största skillnaden mellan två landsting)	Nej	Nej	2	1	3	3	4	7	Skillnaden bedöms vara mindre omotiverad och bedöms i mindre utsträckning vara väsentlig eftersom åtgärdens effekt för den utsatta gruppen inte är tillräcklig	(66)

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?				Väsentlig?			Kommentarer	Källa
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)		
27	Skillnad i andelen patienter med psykisk funktionsnedsättning respektive övriga patienter som får karotiskirurgi vid symtomatisk karotisstenos	Nej	Nej	3	1	4	3	6	9	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom effekten för den utsatta gruppen är relativt hög (45) (67) (68) (65)
28	Skillnad mellan landstingen med högre respektive lägre andel personer med opioiddiagnos som tog ut läkemedlen metadon eller buprenorfin under 2011	Nej	Nej	3	1	4	3	6	9	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan landstingen är stor (66) (69)

Skillnad nummer:	Beskrivning av skillnaden	Omotiverad?							Väsentlig?			Kommentarer	Källa
		Medicinska avvägningar (Ja/Nej)	Korrekt prioritering (Ja/Nej)	Evidens för nytta med behandlingen (1-3)	Patientpreferenser (0-1)	Summa(1-4)	Skillnadens storlek (2-6)	Effekt för den utsatta gruppen (2-6)	Summa (4-12)				
29	Skillnad mellan landstingen med högst respektive lägst andel personer med opioiddiagnos som tog ut läkemedlen metadon eller buprenorfin under 2011	Nej	Nej	3	1	4	6	6	12	Skillnaden bedöms vara omotiverad och väsentlig eftersom den relativa skillnaden mellan landstingen är stor	(66) (69)		
30	Skillnad mellan verksamheter i huruvida man har genomtänkta strategier för att anpassa beroendevården till män och kvinnor (skillnaden mellan landsting över och under median)	Nej	Nej	2	1	3	2	4	6	Skillnaden bedöms vara mindre omotiverad och bedöms i mindre utsträckning vara väsentlig eftersom åtgärdens effekt för den utsatta gruppen inte är tillräcklig	(66)		

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att göra en fördjupad analys ur ett patientperspektiv av de skillnader i vård, behandling och bemötande som Socialstyrelsen redovisat i sin rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* och som beskrivs i regeringens strategi för jämlik vård. Den föreliggande promemorian är en delrapportering av uppdraget och fokuserar på vad som utgör omotiverade och väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande, och hur dessa kan identifieras. Promemorian utgör underlag för Vårdanalys fortsatta arbete, där vi ska identifiera vilka påverkbara faktorer (exempelvis organisation, ersättningssystem eller kompetens) inom vården som ger upphov till väsentliga och omotiverade skillnader. Vi kommer i det fortsatta arbetet också diskutera möjliga åtgärder för att minska skillnader i vården. Uppdraget kommer att slutredovisas till regeringen i oktober 2014.

