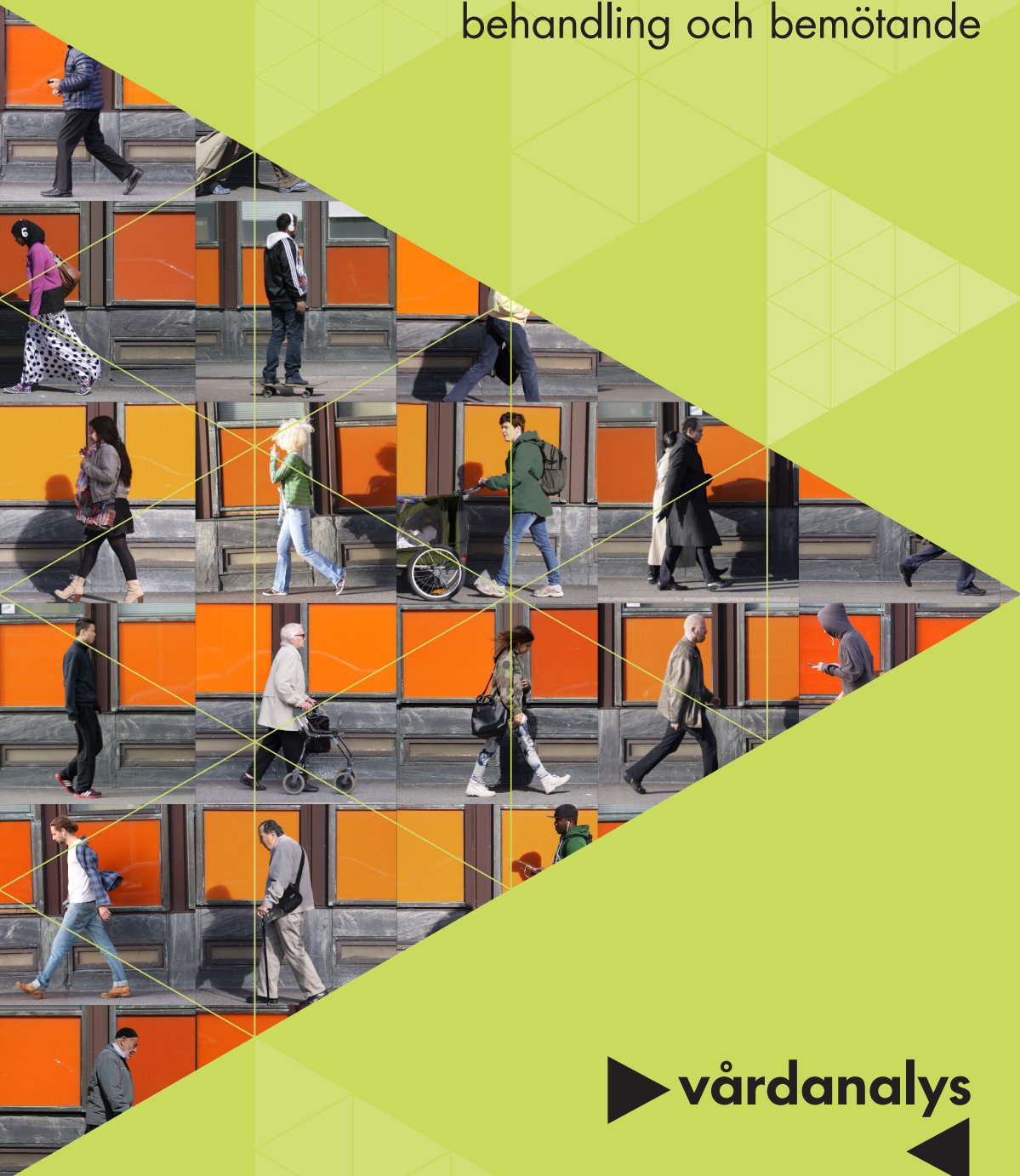


Rapport 2014:7

# En mer jämlik vård är möjlig

Analys av omotiverade skillnader i vård,  
behandling och bemötande



► vårdanalys

Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm

**Omslagsbild:** Lars Eriksson

**Tryck:** TMG Sthlm, Stockholm 2014

ISBN 978-91-87213-29-8

# En mer jämlik vård är möjlig

Analys av omotiverade skillnader i vård,  
behandling och bemötande



Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Utredaren Åsa Ljungvall har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2014-09-10  
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström  
*Styrelseordförande*

Anders Anell  
*Vice styrelseordförande*

Karin Tengvald  
*Styrelseledamot*

Mef Nilbert  
*Styrelseledamot*

Fredrik Lennartsson  
*Myndighetschef*

Åsa Ljungvall  
*Föredragande*





## Förord

Jämlik vård är ett centralt område för hälso- och sjukvården, och ett ämne som är återkommande i den offentliga debatten. En jämlik vård är självklart angeläget ur ett patient- och medborgarperspektiv. För varje enskild patient, närstående eller medborgare är det viktigt att veta att det finns tillgång till bästa möjliga vård vid det tillfälle den behövs. Detta särskilt då man som patient ofta befinner sig i medicinskt kunskapsunderläge och då sjukdom i många fall innebär ytterligare utsatthet. Faktorer som bland annat kön, etnicitet, sexuell läggning och socioekonomiska förhållanden ska inte påverka vilken vård och behandling man får som patient. På samma sätt ska inte heller var man bor i landet påverka vilken vård man får. Detta är utgångspunkter som de flesta skriver under på och som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen genom målet om vård på lika villkor. Trots detta observeras skillnader i vården. Det handlar om skillnader i vård, behandling och bemötande såväl som skillnader i vårdens resultat. Utöver det finns det även skillnader i hälsa. Den här rapporten fokuserar på skillnader i vård, behandling och bemötande. Men även skillnader i vårdens resultat och hälsa är viktiga att uppmärksamma och analysera. Skillnader i vård, behandling och bemötande kan påverka skillnader i vårdens resultat och även i hälsa. En jämlik vård kan därför ses som en förutsättning för att också jämna ut skillnader i utfall och hälsa.

Myndigheten för vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att utifrån Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* genomföra en fördjupad analys av skillnader i vården – en analys av vad som orsakar skillnaderna och vilka åtgärder som kan vidtas för att nå en mer jämlik vård. Den här rapporten är vår slutredovisning av uppdraget.

Projektet har genomförts av utredarna Åsa Ljungvall och Nils Janlöv. I arbetet har Health Navigator AB bistått med externt stöd. Som en del av vår kvalitetssäkring har sex externa läsare lämnat synpunkter på ett tidigare

utkast. Dessa är Birgitta Lindelius och Ingrid Ström (Socialstyrelsen), Hanna Wallin (SKL), Kjell Asplund (Statens medicinsk-etiska råd), Margareta Dackehag (Lunds universitet) och Angelica Frithiof (utbildare i bemötandefrågor och medlem i Vårdanalys patientråd). Vi vill framföra ett stort tack för värdefulla synpunkter och kommentarer.

Jämlig vård är ett svårt och komplext analysområde. Den här rapporten innehåller inte en fullständig kartläggning av området och analysen ska ses som en påbörjad men inte komplett och avslutad kartläggning av orsaker till skillnader i vården. Det finns många andra intressanta och relevanta aspekter av jämlig vård som därmed inte berörs i rapporten. Men genom att belysa några möjliga orsaker till att skillnader uppstår och genom att ge förslag på områden där vi bedömer att åtgärder skulle göra nytta är förhoppningen att kunna bidra till det fortsatta arbetet mot en mer jämlig vård.

Stockholm i september 2014

Fredrik Lennartsson  
Myndighetschef



## Sammanfattning

Att vården är jämlik är en angelägen fråga ur ett patient- och medborgarperspektiv. För varje enskild patient, närstående eller medborgare är det centralt att veta att faktorer som bland annat kön, etnicitet, sexuell läggning och socioekonomiska förhållanden inte påverkar vilken vård man får. På samma sätt ska inte heller var man bor i landet spela roll. Trots detta observeras skillnader i vården i dessa dimensioner.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har fått i uppdrag av regeringen att göra en fördjupad analys av skillnader i vård, behandling och bemötande. Syftet är att öka kännedomen och kunskapen om vad som kan ha betydelse för jämlik vård och om vad som kan orsaka skillnader i vården. Uppdraget innefattar också att komma med förslag på åtgärder som kan vidtas för att öka jämlikheten i svensk hälso- och sjukvård. Analysen ska göras utifrån Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* – en rapport som redovisar omkring 150 skillnader i svensk hälso- och sjukvård.

### DET FINNS MÅNGA SKILLNADER I VÅRDEN – ALLA ÄR INTE OJÄMLIK VÅRD

#### *Fokus på skillnader i vård, behandling och bemötande*

Socialstyrelsens *Ojämna villkor för hälsa och vård* visar på komplexiteten och de många aspekter det finns på skillnader i vård och hälsa. Exempelvis kan skillnader observeras i flera dimensioner, bland annat mellan geografiska områden, män och kvinnor och socioekonomiska grupper. Likaså kan det finnas skillnader i den vård som ges, i resultatet av den vård som ges, och i förlängningen i mer övergripande mått såsom livslängd och allmänt hälso-tillstånd.

Den här rapporten fokuserar på skillnader i vård, behandling och bemötande. Sådana skillnader innefattar bland annat skillnader i väntetider, läkemedelsbehandlingar och kirurgiska ingrepp. Detta fokus innebär att rapporten handlar om jämlik *vård* snarare än jämlik *hälsa* – en viktig distinktion eftersom hälsan påverkas av många andra faktorer utöver det som sker inom vården, bland annat livsstilsfaktorer och levnads- och arbetsförhållanden. Vad gäller vilken vård, behandling eller bemötande en patient får, spelar sådana övriga faktorer mindre roll. Vård, behandling och bemötande ligger till fullo inom hälso- och sjukvårdens domän och är därmed aktiviteter som hälso- och sjukvården har stor möjlighet att påverka.

### *Alla skillnader i vården är inte ojämlik vård*

Alla skillnader som observeras i vård, behandling och bemötande innebär inte nödvändigtvis att vården är ojämlik. Tvärtom är vissa skillnader en förutsättning för jämlik vård. Legitima skillnader kan exempelvis bero på att vården tar hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad eller förekomsten av parallell läkemedelbehandling och samsjuklighet. Det är när det uppstår skillnader som inte kan förklaras av medicinska bedömningar eller behovsmässiga skillnader som vården är ojämlik. Därför är det viktigt att skilja på skillnader och olikheter å ena sidan, och ojämlik vård å andra sidan.

### *Behov av att urskilja skillnader som innebär ojämlik vård*

Eftersom inte alla skillnader i vården innebär att den är ojämlik ser vi ett behov av att identifiera och fokusera på skillnader som vi benämner *omotiverade* och *väsentliga*. I arbetet med det här regeringsuppdraget har vi därför utarbetat en modell för att identifiera sådana skillnader.

I figuren på nästa sida specificeras sex kriterier som används för att bedöma om en skillnad är omotiverad och väsentlig. Med *omotiverade* skillnader avser vi skillnader som inte kan förklaras av att patienter har olika medicinska förutsättningar eller har olika medicinska behov. Därutöver syftar modellen också till att urskilja mer väsentliga och särskilt omotiverade skillnader. Skillnader som är stora och som har stora negativa konsekvenser för den utsatta gruppen bedöms som mer *väsentliga* än små skillnader och skillnader där den utsatta gruppens hälsa inte drabbas lika illa. Skillnader där det finns stark evidens för att behandlingen gör nytta, och där patientens egna val inte förklarar skillnaden, ses som särskilt omotiverade.

Modellen ska inte ses som ett fulländat förslag. I stället ska den ses som ett första steg i riktningen mot att ta diskussionen om ojämlik vård från att diskutera skillnader i vården i allmänhet till att fokusera på de skillnader

som inte är medicinskt eller behovsmässigt betingade. Vi menar att det är nödvändigt att förtydliga och klargöra skiljelinjen mellan skillnader i allmänhet och *omotiverade* skillnader för att kunna föra en relevant diskussion om ojämlik vård.

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

#### Bedömning av om en skillnad är omotiverad

En skillnad är omotiverad om den inte kan förklaras av något av följande två kriterier:

1. Skillnader i medicinska förutsättningar
2. Skillnader i vårdbehov

Särskilt omotiverade skillnader urskiljs genom bedömning och gradering utifrån följande två kriterier:

3. Grad av evidens för att behandlingen gör nytta  
*Stark, viss eller svag evidens*
4. Påverkan av patientens egna preferenser  
*Ja eller nej*

#### Bedömning av en skillnads väsentlighet

En skillnads väsentlighet bedöms och graderas utifrån två kriterier:

5. Skillnadens (relativa) storlek
6. Konsekvenser av utebliven behandling
  - Tillståndets svårighetsgrad  
*Svår, måttlig eller ringa svårighetsgrad*
  - Behandlingens effekt (minskad risk för tillståndet)  
*Stor, måttlig eller liten effekt*

## MÖJLIGA ORSAKER TILL OMOTIVERADE SKILLNADER I VÅRDEN

I analysen av möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården har vi valt att utgå från fallstudier av åtta specifika skillnader. Urvalet inkluderar två geografiska skillnader (skillnader mellan landsting) och skillnader mellan män och kvinnor, mellan utbildningsgrupper, mellan patienter födda i Sverige och utanför EU samt mellan patienter med och utan psykisk sjukdom. De rör bland annat skillnader i väntetid vid lungcancer, läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt, stroke och alkoholberoende, samt behandling med ballongutvidgning vid hjärtinfarkt.

Skillnaderna har huvudsakligen valts ut genom tillämpning av modellen, som beskrivs ovan, på de skillnader som redovisas i *Ojämlika villkor för hälsa och vård*. Att i praktiken avgöra om en viss observerad skillnad kan förklaras av medicinskt motiverade avvägningar eller skillnader i behov är svårt. Men även om vi inte med säkerhet kan slå fast att det inte finns några sådana förklaringar till de åtta skillnader som ingår i analysen, menar vi att de tjänar sitt syfte som utgångspunkt för en analys av möjliga orsaker till just omotiverade skillnader i vården. I våra intervjuer med verksamma inom vården och i litteraturen har vi inte funnit att medicinskt eller behovsmässigt motiverade avvägningar ligger bakom dessa skillnader.

Med hjälp av publicerade studier och rapporter, och genom intervjuer med ett antal verksamma inom de olika vårdområdena som finns representerade

bland de åtta skillnaderna, söker vi identifiera möjliga orsaker till att skillnaderna uppstår. Analysen resulterar i fyra slutsatser om möjliga förklaringar till omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande:

- ▶ *Skillnader i vårdens organisation, skillnader i tillgång till utrustning och personal samt lokala behandlingstraditioner bidrar till ojämlikhet mellan landsting*

Vår analys pekar på att skillnader i vård och behandling för patienter i olika landsting bland annat kan förklaras av skillnader i hur vården och vårdkedjor organiseras och av skillnader i tillgång till medicinteknisk utrustning och specialister. Lokala behandlingstraditioner, inklusive skillnader i inställning till hur en viss diagnos ska behandlas, kan också göra att patienter får olika vård och behandling i olika landsting.

- ▶ *Vårdmötet är en viktig faktor bakom omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper*

Vad gäller skillnader mellan befolkningsgrupper (till exempel mellan män och kvinnor eller mellan utbildningsgrupper) framstår själva mötet mellan patient och vårdpersonal som en central förklaringsfaktor. Vi urskiljer tre mekanismer som kan förklara att vårdmötet resulterar i olika beslut för patienter som tillhör olika befolkningsgrupper: 1) otillräcklig kompensation och anpassning efter patienters varierande egenskaper eller förutsättningar; 2) tillämpning av information om patienter på gruppnivå för beslut om enskilda patienter (generaliseringar), exempelvis ett antagande om att en viss patient har dålig följsamhet till läkemedelsbehandling för att andra patienter med samma egenskaper i allmänhet har det; och 3) omedvetet beteende med grund i normer och värderingar från vårdpersonalens sida.

- ▶ *Otillräcklig kompetens i den somatiska vården bidrar till skillnader mellan patienter med och utan psykisk sjukdom*

Den främsta förklaringen som framkommer i våra intervjuer vad gäller skillnad i behandling med ballongutvidgning vid hjärtinfarkt mellan patienter med och utan psykisk sjukdom är bristande kompetens i vården, eventuellt till följd av vårdens organisering. Patienter med psykisk sjukdom som söker somatisk (kroppslig) vård möts inte av personal med tillräcklig kunskap om patientens förutsättningar, vilket påverkar den vård som ges.

► *Bristande kunskapsstyrning kan också bidra till skillnader mellan befolkningsgrupper*

Det finns också exempel på att bristande kunskapsstyrning kan bidra till omotiverade skillnader i vården mellan befolkningsgrupper. Det rör sig exempelvis om begränsad kunskap om optimal behandling eller bristfälligt utbud av insatser där Nationella riktlinjer rekommenderar hög prioritet. Det kan också handla om att olika befolkningsgrupper behandlas på ställen med bland annat olika följsamhet till behandlingsriktlinjer.

## EN MER JÄMLIK VÅRD ÄR MÖJLIG

Utifrån analysen om möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande, ger vi sex förslag på åtgärdsområden som kan öka jämlikheten i vården. Målet är att de ska bidra till fortsatt arbete med och diskussion om jämlik vård, för att på så vis främja aktiviteter och förhållningssätt som resulterar i konkreta förbättringar.

► *Utveckla en nationell modell för att mäta och följa upp ojämlik vård på ett systematiskt, överblickbart och ändamålsenligt sätt*

Eftersom alla skillnader i vården inte innebär att vården är ojämlik är det svårt och inte ändamålsenligt att diskutera, följa upp och utvärdera ojämlik vård utifrån skillnader i allmänhet. För att följa upp ojämlikheter i vården på ett bättre sätt behövs ett verktyg avsett för detta ändamål.

► *Kartlägg geografiska skillnader i resurstillgång*

Ojämnt fördelad och begränsad tillgång till resurser (personal och utrustning) kan leda till omotiverade skillnader i vården. I dagsläget saknas tillgänglig statistik, inte minst om hur personalförsörjningen ser ut i olika landsting. För att kunna dra slutsatser kring förbättringar behöver därför först geografiska skillnader i resurstillgång kartläggas.

► *Samla systematiskt och kontinuerligt in information om provade metoder och dess effekter*

Det finns flera befintliga metoder och initiativ runtom i landet som har provats i syfte att öka jämlikheten i vården. Att systematiskt och kontinuerligt samla information om sådana metoder och initiativ i en nationell kunskapsbank, tillsammans med information om dess evidens och resultat från utvärderingar, skulle kunna underlätta kunskaps-spridning om insatser för en mer jämlik vård.



▶ *Öka kunskapen om vad som händer i mötet mellan patient och vårdpersonal*

Det behövs mer kunskap om bland annat vilken roll värdegrund, normer och förutfattade meningar spelar i vårdmötet, och om hur sådana faktorer påverkar behandlingsbeslutet. Sådan kunskap skulle kunna bidra till ökad medvetenhet om beteenden och varför grupper av patienter behandlas ojämnt, och på sikt kunna bidra till ökad jämlikhet.

▶ *Stärk förutsättningarna för vårdprofessionerna att bedriva en mer jämlik vård*

Eftersom omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper i många fall uppstår i mötet mellan patient och vårdpersonal, har vårdpersonal en viktig roll att spela i arbetet mot en mer jämlik vård. Vårdprofessionerna kan göra viktiga bidrag exempelvis vad gäller att i större utsträckning och på ett ändamålsenligt sätt anpassa vården efter, och kompensera för, patienters skilda förutsättningar och egenskaper. De har också en viktig roll att spela för att uppmärksamma och medvetandegöra oönskade och omedvetna beteenden.

▶ *Stärk utsatta grupper i mötet med vården*

Som ett komplement till vårdens förbättringsarbete mot en mer anpassad och kompensatorisk hållning i mötet med varje enskilt patient, behövs det insatser för att stärka särskilt utsatta grupper. Exempel på hur detta kan göras finns runtom i landet, och ytterligare insatser bör kunna utvecklas.

# Innehåll

<b>1 Inledning .....</b>	<b>19</b>
1.1 Vårdanalys gör en fördjupad analys av skillnader i vård, behandling och bemötande .....	19
1.2 Alla skillnader i vården är inte ojämlik vård .....	19
1.3 Behov av att urskilja skillnader som innebär ojämlik vård .....	21
1.4 Övergripande ansats och metod .....	22
1.5 Avgränsningar .....	22
1.6 Rapportens disposition .....	24
<b>2 Det finns många skillnader i vården – alla är inte ojämlik vård.....</b>	<b>29</b>
2.1 Socialstyrelsens rapport redovisar många skillnader .....	29
2.2 Ojämlik vård är ett brett och komplext analysområde .....	31
2.2.1 Vi fokuserar på skillnader i vård, behandling och bemötande .....	33
2.2.2 Vi fokuserar på skillnader mellan patienter med samma sjukdom och vårdbehov .....	34
2.2.3 Vi fokuserar på att söka orsaker till omotiverade skillnader i vården .....	35
2.2.4 Geografiska skillnader och skillnader mellan befolkningsgrupper är av olika karaktär .....	37
<b>3 Åtta skillnader för analys av möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården .....</b>	<b>43</b>
3.1 Modell för att identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande .....	43
3.2 Identifiering är ofta svårare i praktiken än i teorin .....	45



3.2.1	Bedömning av om skillnader är omotiverade och väsentliga .....	45
3.2.2	Bristande tillgång till datamaterial och uppdaterad information försvårar analysarbetet .....	46
3.3	Analysen utgår ifrån åtta specifika skillnader .....	47
3.3.1	Geografiska skillnader i väntetid från remiss till specialistklinik till beslut om behandling vid lungcancer .....	49
3.3.2	Geografiska skillnader i andelen personer med alkoholdiagnos som har gjort uttag av läkemedel mot alkoholberoende .....	50
3.3.3	Män får oftare än kvinnor behandling med RAAS-hämmare efter hjärtsvikt .....	52
3.3.4	Fler män än kvinnor anger att sjukvårdspersonal har berättat om biverkningar av deras läkemedel som de ska uppmärksamma .....	53
3.3.5	Strokepatienter som är födda i Sverige får warfarin i högre utsträckning än strokepatienter födda utanför EU .....	55
3.3.6	Lågutbildade får warfarin vid stroke i mindre utsträckning än högutbildade .....	57
3.3.7	Lågutbildade schizofrenpatienter får i större utsträckning än högutbildade två eller fler antipsykotiska läkemedel .....	59
3.3.8	Psykiskt sjuka patienter med akut hjärtinfarkt behandlas inte med ballongutvidgning (PCI) i samma utsträckning som övriga patienter .....	61

#### **4 Möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården..... 65**

4.1	Angreppssätt för att analysera omotiverade skillnader i vården.....	65
4.1.1	Skillnader i vården påverkas av styrning, resurser samt relationen mellan patient och vårdpersonal .....	65
4.1.2	Vården bör anpassa sig efter patienters olika egenskaper och förutsättningar .....	69
4.1.3	Vår analys är i huvudsak kvalitativ .....	70
4.2	Sammanställning av orsaker utifrån de åtta fallstudierna.....	70
4.2.1	Skillnader i vårdens organisation, skillnader i tillgång till utrustning och personal samt lokala behandlingstraditioner bidrar till geografisk ojämlikhet .....	71
4.2.2	Vårdmötet är en viktig faktor bakom omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper .....	75
4.2.3	Otillräcklig kompetens i den somatiska vården bidrar till skillnader mellan patienter med och utan psykisk sjukdom .....	80
4.2.4	Bristande kunskapsstyrning kan också bidra till omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper .....	82



4.3 Ersättningsystemens roll är inte självklar för ojämlikheter mellan patienter med samma vårdbehov .....	85
<b>5 En mer jämlik vård är möjlig .....</b>	<b>89</b>
5.1 Förslag på åtgärdsområden för en mer jämlik vård.....	89
5.2 Avslutande reflektioner.....	98
<b>6 Referenser .....</b>	<b>105</b>
<b>Bilaga – Intervjuade personer .....</b>	<b>113</b>









# Inledning

## 1.1 VÅRDANALYS GÖR EN FÖRDJUPAD ANALYS AV SKILLNADER I VÅRD, BEHANDLING OCH BEMÖTANDE

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har fått uppdrag av regeringen att göra en fördjupad analys av skillnader i vård, behandling och bemötande (S2012/8855/SAM). Syftet är att ge ökad kännedom och kunskap om vad i vårdens ersättningssystem, organisation, genomförande, ledarskap och styrning, verktyg, kompetens med mera som kan ha betydelse för jämlik vård och utgöra orsaker till skillnaderna. Inom ramen för regeringsuppdraget ska Vårdanalys också identifiera möjliga åtgärder som kan vidtas för att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård.

Analysen ska göras med utgångspunkt i Socialstyrelsens (2011a) *Ojämna villkor för hälsa och vård*, en rapport som redovisar omkring 150 skillnader i svensk hälso- och sjukvård utifrån exempelvis geografi, kön och utbildningsnivå. Ungefär en fjärdedel av dessa skillnader berör skillnader i vård, behandling eller bemötande (Vårdanalys 2013).

Delar av de resonemang som förs i den här rapporten återfinns i promemorian *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?* (Vårdanalys 2013), vilken utgör en delredovisning av regeringsuppdraget. I den här rapporten återkommer vi till frågan som är i fokus för promemorian, men diskuterar även möjliga orsaker till skillnader i vården och åtgärdsområden med syfte att främja en mer jämlik vård.

## 1.2 ALLA SKILLNADER I VÅRDEN ÄR INTE OJÄMLIK VÅRD

Jämlik vård är en angelägen fråga ur ett patient- och medborgarperspektiv. För varje enskild patient, närstående eller medborgare är det viktigt att veta att det finns tillgång till bästa möjliga vård vid det tillfälle den behövs.



Faktorer som bland annat kön, etnicitet, sexuell läggning och socioekonomiska förhållanden ska inte påverka vilken vård och behandling man får som patient. På samma sätt ska inte heller var man bor i landet påverka vilken vård man får. Trots detta observeras skillnader i vården inom dessa dimensioner.

Att det finns skillnader i vård, behandling och bemötande, liksom i en rad olika hälsoutfall, är tämligen välkänt. Dessa skillnader redovisas bland annat i Socialstyrelsens (2011a) rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård*, i Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Landstings Öppna jämförelser, i andra rapporter samt även i vetenskapliga tidsskrifter. Att mäta och synliggöra att det finns skillnader är ett viktigt första steg. Men vad innebär skillnaderna? Är det ett problem att de finns? Det ger rapporterna sällan svar på. Fokus är främst på att redovisa siffror och ofta saknas en diskussion om vad skillnaderna innebär och om vad som ligger bakom dem. Med utgångspunkt i de skillnader i vård, behandling och bemötande som tas upp i Socialstyrelsens (2011a) rapport, är målet med vårt arbete att ta analysen och diskussionen ett steg vidare.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt förarbeten till lagen innebär detta att bemötandet, vården och behandlingen ska vara jämlik och erbjudas alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. I lagen regleras även att vården ska ge företräde till de patienter som har störst behov.

Formuleringarna hänvisar således till att vården ska infria målen om såväl horisontell som vertikal rättvisa. Med horisontell rättvisa avses att alla individer med lika sjukvårdsbehov, oavsett individuella bakgrundsfaktorer, ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård. Vertikal rättvisa innebär i stället att personer med större behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras framför andra vid tillgången till hälso- och sjukvård (Culyer och Wagstaff 1993).

Det är viktigt att betona att jämlik vård inte innebär att alla nödvändigtvis ska behandlas exakt lika. Det relevanta är i stället att alla individer behandlas likvärdigt utifrån varje individs unika förutsättningar. Samtidigt innebär likvärdig vård, behandling och bemötande att samtliga individer har samma rättighet att få sina behov uppfyllda eller tillgodosedda (DO 2012).

Alla skillnader som finns i vården är således inte nödvändigtvis ett problem och innebär inte nödvändigtvis att vården är ojämlik. Tvärtom är vissa skillnader eftersträvansvärda och nödvändiga för att utjämna andra skillnader, för att ta hänsyn till patienternas preferenser, medicinska förutsättningar eller skillnader i vårdbehov. Ett behandlingsbeslut är en komplex process där

många faktorer vägs in och tas hänsyn till. Exempel på sådana faktorer är samsjuklighet, parallell läkemedelsbehandling och sjukdomens svårighetsgrad. Att patienter får olika vård och behandling, även om de har samma diagnos, är därför inget konstigt i sig. Det är därför viktigt att skilja på skillnader och olikheter å ena sidan, och ojämlig vård å andra sidan. Det är när det uppstår skillnader som inte kan förklaras av medicinska eller behovsmässiga bedömningar som vården är ojämlig.

### 1.3 BEHOV AV ATT URSKILJA SKILLNADER SOM INNEBÄR OJÄMLIK VÅRD

Eftersom inte alla skillnader i vården innebär att vården är ojämlig, och eftersom därmed inte alla skillnader är önskvärda att åtgärda, har vi i arbetet med det här regeringsuppdraget sett ett behov av en definition av vad som utgör *omotiverade* och *väsentliga* skillnader i vården och en modell för att identifiera sådana skillnader. Med *omotiverade* skillnader avser vi skillnader som inte kan förklaras av att patienter har olika medicinska förutsättningar eller olika medicinska behov. Skillnader som är stora och som har stora negativa konsekvenser för den utsatta gruppen är därtill mer *väsentliga* än små skillnader och skillnader där den utsatta gruppens hälsa inte drabbas lika illa. Det är de *omotiverade*, och i första hand också *väsentliga*, skillnaderna som utgör ett problem i vården och som bör åtgärdas.

I samband med det här regeringsuppdraget har vi utarbetat en definition av *omotiverade* och *väsentliga* skillnader och en modell för att identifiera sådana skillnader. Detta arbete presenterades första gången i promemorian *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?* (Vårdanalys 2013) och bidrog då till att lyfta fram relevanta aspekter inom området jämlik vård. Vårt förslag ska inte ses som en fulländad och komplett modell. I stället ska den ses som ett första steg i riktningen mot att ta diskussionen om ojämlig vård ett steg längre, det vill säga från att diskutera skillnader i vården i allmänhet till att fokusera på de skillnader som inte är medicinskt eller behovsmässigt betingade. Att i praktiken avgöra om en viss observerad skillnad kan förklaras av medicinskt motiverade avvägningar eller skillnader i behov är svårt och kräver fördjupade analyser bortom vad som redovisas i exempelvis *Ojämn villkor för hälsa och vård* eller *Öppna jämförelser*. Det kräver kunskap om vilka överväganden som varit en del av den medicinska beslutsprocessen och det kräver tillgång till detaljerad data om sådana bakomliggande faktorer. Men trots sådana svårigheter menar vi att det är nödvändigt att förtydliga och klargöra skiljelinjen mellan



skillnader i allmänhet och *omotiverade* skillnader för att kunna föra en konstruktiv och givande diskussion om jämlik vård.

## 1.4 ÖVERGRIPANDE ANSATS OCH METOD

Figur 1 beskriver och sammanfattar den övergripande ansatsen i vår analys och de metoder vi använt. Den första delen av analysen bestod av att arbeta fram en definition av *omotiverade* och *väsentliga* skillnader, och i att utarbeta en modell för att identifiera sådana skillnader.

Därefter tillämpade vi modellen på skillnaderna som redovisas i Socialstyrelsens (2011a) rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård*. Vi gick igenom samtliga skillnader i rapporten för att urskilja de som rör vård, behandling eller bemötande. Dessa skillnader kartlades sedan utifrån vilken patientgrupp (exempelvis cancer och hjärt-kärslsjukdom) och jämlikhetsområde (exempelvis geografiska skillnader och skillnader mellan kön och utbildningsgrupper) som skillnaderna avsåg. För var och en av skillnaderna bedömde vi i vilken utsträckning skillnaden är omotiverad och väsentlig. Detta gjorde vi med utgångspunkt i befintlig evidens, tillsammans med intervjuer med verk samma inom respektive område. Med utgångspunkt i bedömningarna gjordes sedan ett urval av skillnader som kom att ligga till grund för den fortsatta analysen av orsaker och åtgärder.

Åtta specifika skillnader ligger därmed till grund för vår analys av möjliga orsaker till omotiverade väsentliga skillnader i vården. För var och en av de åtta skillnaderna söker vi identifiera var i vården skillnaden uppstår och vad som orsakar den. Detta arbete baseras i huvudsak på kvalitativ metod, och utgår från publicerade nationella och internationella rapporter och vetenskapliga artiklar samt intervjuer med områdesexperter (exempelvis patientföreträdare och sakkunniga i hälso- och sjukvårdsfrågor). Utifrån analysen om vad som orsakar skillnaderna presenterar vi sex förslag på åtgärdsområden för en mer jämlik vård.

I enlighet med vårt uppdrag har arbetet genomförts i dialog med Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

## 1.5 AVGRÄNSNINGAR

Ojämlik vård är ett komplext och omfattande analysområde. Skillnader i vården är av olika karaktär och kan diskuteras ur olika perspektiv. Likaså finns det flera möjliga angreppssätt och analysmetoder, och vilken som väljs påverkar naturligtvis inriktningen på analysen. För att kunna ta oss an en



Figur 1. Sammanfattning av analysens övergripande ansats och metod.



analys av orsaker till skillnader i vården har vi funnit det nödvändigt att avgränsa analysen. Vid läsning och tolkning av resultaten i rapporten är det viktigt att ha dessa avgränsningar i åtanke.

Även om vår rapport inte berör alla tänkbara och relevanta aspekter av jämlik vård, är förhoppningen att analysen ska bidra till den fortsatta diskussionen om skillnader i vården och till det fortsatta arbetet med att åtgärda omotiverade väsentliga skillnader.

### *Analysen berör skillnader i vård, behandling och bemötande*

En viktig avgränsning är att analysen, i enlighet med vårt uppdrag, enbart berör skillnader i vård, behandling och bemötande. Vi studerar därmed inte skillnader i vårdens resultat (exempelvis dödlighet efter en viss sjukdom eller andelen omopererade), i hälsa (exempelvis livslängd och allmän hälsostatus) eller hur förekomsten av sjukdom eller olika ohälsotillstånd (exempelvis psykisk sjukdom, diabetes och hjärtinfarkt) skiljer sig åt mellan olika grupper eller landsdelar.



### *Analysen utgår ifrån åtta specifika skillnader – i huvudsak hämtade från Ojämna villkor för hälsa och vård*

Enligt uppdraget ska analysen göras utifrån de skillnader som beskrivs i Socialstyrelsens (2011a) rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård*, varför vårt urval på åtta specifika skillnader i huvudsak är hämtat därifrån. Innehållet i Socialstyrelsens rapport påverkar således inriktningen på vår analys. Patientgrupper och jämlikhetsområden som är framträdande i Socialstyrelsens rapport täcks därmed med större sannolikhet även i vår analys.

Urvalet av skillnader som ligger till grund för analysen påverkar sannolikt resultaten. Hade vi utgått från andra skillnader är det möjligt att vi hade funnit andra, eller ytterligare, orsaker till att skillnaderna uppstår. Eftersom analysen utgår från ett relativt litet urval av skillnader är det också svårt att generalisera resultaten till andra skillnader eller till skillnader i allmänhet. Vår ansats ska därför inte ses som ett försök att åstadkomma en komplett kartläggning av orsaker till alla skillnader i vården. I stället ska den ses som just en fördjupad analys utifrån åtta skillnader, med ambitionen att visa på möjliga orsaker till skillnader i vården. Det finns sannolikt ytterligare möjliga om orsaker, men som vi inte har identifierat när vi har fördjupat oss i just de här åtta skillnaderna. Analysen ska därmed ses som en påbörjad men inte komplett och avslutad kartläggning av orsaker till skillnader i vården. Det är mycket möjligt att fler orsaker skulle ha identifierats efter analys av andra skillnader, eller efter att ha angripit frågan om ojämlikheter med en annan analysmetod.

### *Att det saknas studier om en viss faktors påverkan innebär inte nödvändigtvis att faktorn inte spelar roll*

Vår analys utgår från befintlig litteratur och intervjuer med experter. Detta medför att när vi inte identifierar en viss faktor som en viktig förklaring till den aktuella skillnaden, innebär det inte nödvändigtvis att faktorn inte har någon påverkan. Om exempelvis tillgång till utrustning inte framträder som en viktig förklaring till en viss skillnad, måste det alltså inte innebära att detta inte är viktigt, utan att vi inte har funnit någon studie som belyser frågan. Vi har inte gjort några egna kompletterande studier i dessa fall, utan utgår från befintlig litteratur.

## **1.6 RAPPORTENS DISPOSITION**

Kapitel 2 innehåller en diskussion om olika typer av skillnader i vården samt om hur skillnader kan klassificeras och kategoriseras. Utöver att redogöra

för de ställningstaganden som ligger till grund för rapportens fokusering, är ambitionen med detta kapitel att belysa några viktiga aspekter om distinktionen mellan skillnader i vården och ojämlik vård.

Kapitel 3 beskriver den definition och modell för att identifiera omotiverade och väsentliga skillnader i vården som vi har arbetat med som en del av det här uppdraget, och hur vi har använt den. Kapitlet beskriver också de åtta skillnader som har legat till grund för analysen av möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården.

I kapitel 4 beskrivs vårt angreppssätt för att analysera möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården. Därefter presenteras resultaten av analysen. Kapitel 5 innehåller förslag på åtgärdsområden för en mer jämlik vård.









## Det finns många skillnader i vården – alla är inte ojämlik vård

Det finns en mängd olika skillnader i vården. 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 (2011a) *Ojämna villkor för hälsa och vård*, som vår fördjupade analys enligt regeringsuppdraget ska utgå från, utgör ett exempel på en sådan nationell uppföljning.

Det här kapitlet sammanfattar först vilka skillnader som finns representerade i Socialstyrelsens rapport. Därefter förs en diskussion om hur olika skillnader kan tolkas och klassificeras. Syftet är dels att strukturera det breda och komplexa ämnet ojämlik vård, och dels att redogöra för de ställningstaganden som ligger till grund för rapportens fokus. Bland annat betonas skillnaden mellan jämlik *vård* och jämlik *hälsa* samt mellan skillnader i allmänhet och *omotiverade* skillnader. Vidare grupperas geografiska skillnader för sig och skillnader mellan befolkningsgrupper för sig, då dessa två grupper av skillnader är av olika karaktär.

### 2.1 SOCIALSTYRELSENS RAPPORT REDOVISAR MÅNGA SKILLNADER

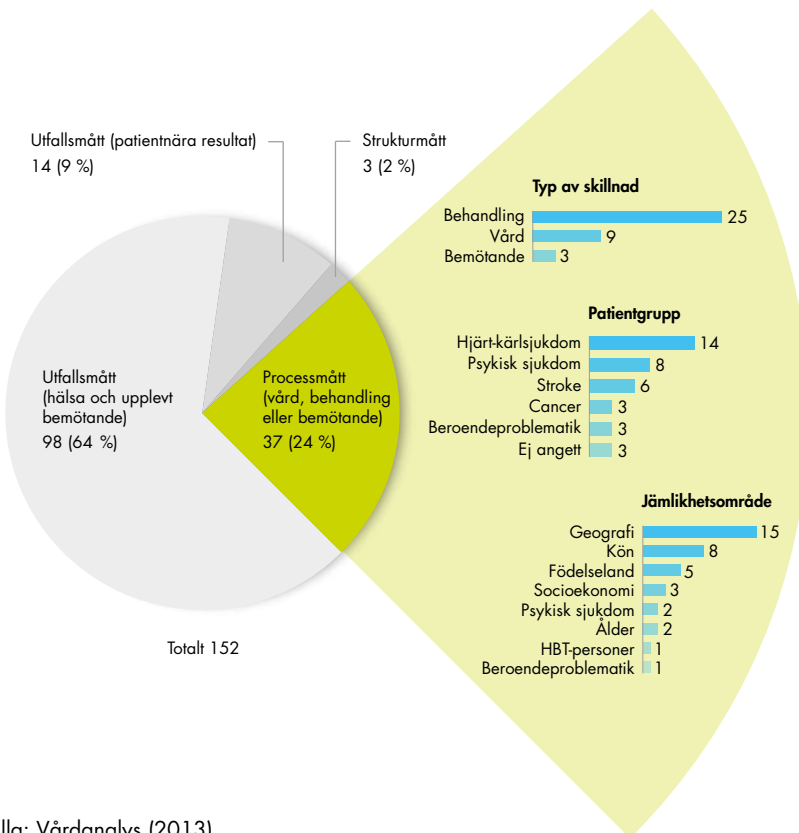
Socialstyrelsen lämnade i december 2011 rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* till regeringen. Rapporten syftar till att sammanfatta kunskapsläget när det gäller jämlikhet inom ett antal centrala områden. Syftet är också att identifiera viktiga utmaningar samt ge förslag på fortsatta analyser och åtgärder.

Socialstyrelsens rapport är omfattande. Vårt arbete startade därför med



att – i enlighet med vårt uppdrag att göra en fördjupad analys utifrån de skillnader som redovisas däri – göra en grundlig genomgång av rapporten. I genomgången identifierades totalt 152 skillnader som berör hälso- och sjukvården. Figur 2 är en översikt av vilken typ av skillnader som redovisas. Den visar att ungefär en fjärdedel av skillnaderna (37 stycken) berör vård, behandling eller bemötande. En majoritet (73 procent) av skillnaderna är i stället så kallade utfallsmått av olika slag, det vill säga att de berör skillnader i hälsoutfall (exempelvis antal överlevande efter en viss sjukdom eller tillstånd), upplevt bemötande eller patientnära resultat (exempelvis andel omopererade). Två procent, vilket motsvarar tre skillnader, är så kallade strukturmått.

**Figur 2.** Fördelning av skillnader i vård, behandling och bemötande utifrån typ av skillnad, patientgrupp och jämlikhetsområde. Baserad på Vårdanalys genomgång av Socialstyrelsens (2011a) rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård*.



Källa: Vårdanalys (2013).



Eftersom vår analys, enligt uppdraget, är avgränsad till skillnader i vård, behandling och bemötande har vi kartlagt dessa ytterligare. Majoriteten (25 stycken) av de 37 skillnaderna representerar skillnader i behandling, medan bara ett fåtal berör bemötande.

En gruppering utifrån vilken patientgrupp skillnaderna berör visar att flera patientgrupper finns representerade. Hjärt-kärlsjukdom står för den största andelen, därefter psykisk sjukdom och stroke. Även flera olika jämlikhetsområden finns representerade. Med jämlikhetsområden avses de dimensioner som skillnaden gäller, exempelvis geografiska skillnader över landet, skillnader mellan kvinnor och män eller skillnader mellan personer med olika utbildning eller etnisk bakgrund. Geografiska skillnader utgör det mest frekventa jämlikhetsområdet i Socialstyrelsens rapport, följt av skillnader mellan kön och födelseland. Geografiska skillnader och skillnader mellan kön står tillsammans för nära två tredjedelar av antalet redovisade skillnader.

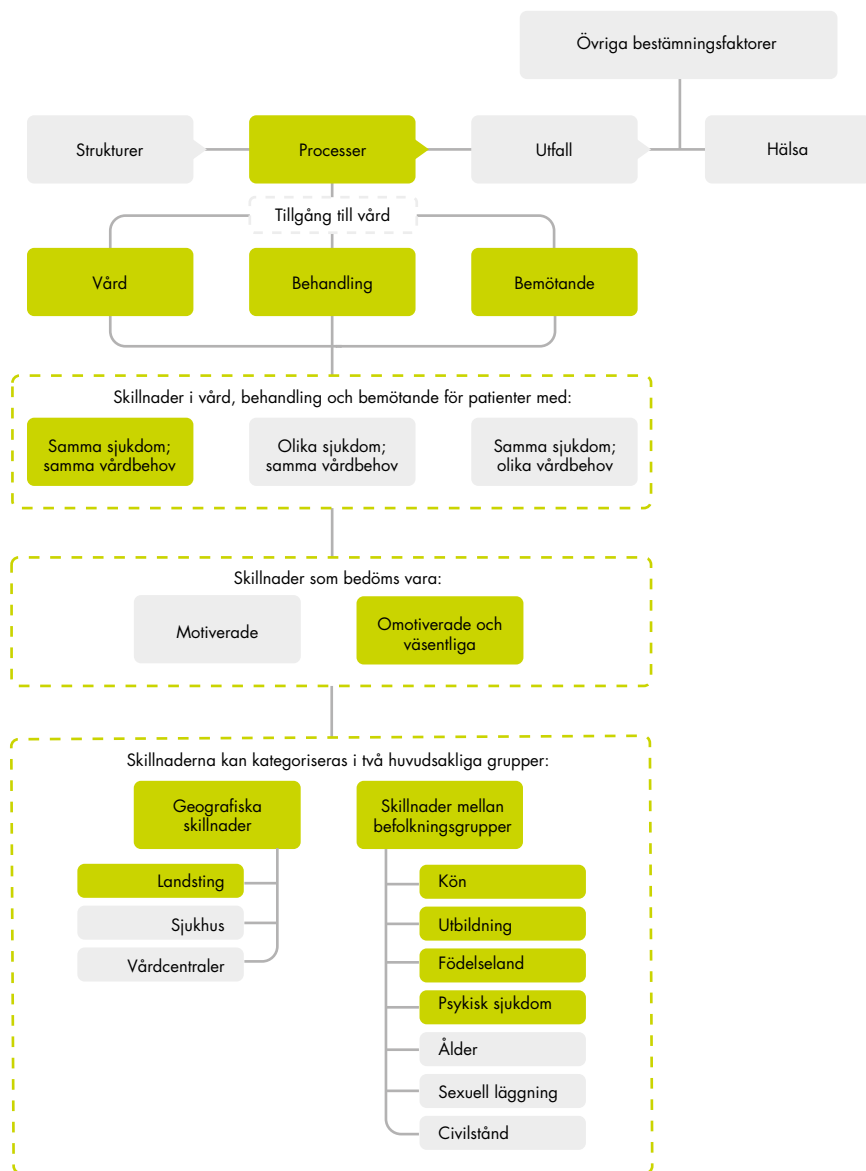
## 2.2 OJÄMLIK VÅRD ÄR ETT BRETT OCH KOMPLEXT ANALYSOMRÅDE

Socialstyrelsens rapport visar på komplexiteten och de många perspektiv som finns på skillnader i vård och hälsa. Som en följd av detta finner vi det nödvändigt att avgränsa vår analys och fokusera på vissa aspekter. Figur 3 syftar till att introducera och diskutera några centrala begrepp och aspekter avseende skillnader i hälso- och sjukvården, och samtidigt till att sammanfatta den här rapportens fokus.

Som tidigare nämnts berör den här analysen skillnader i vård, behandling och bemötande. Det innebär att analysen berör skillnader i vårdens processer snarare än skillnader i strukturer, vårdens resultat eller hälsa. Vi ser vidare till skillnader som innebär att patienter med samma sjukdom och samma vårdbehov vårdas, behandlas och bemöts på olika sätt. Analysen fokuserar på möjliga förklaringar till omotiverade skillnader, och utgår från skillnader som också bedöms som väsentliga. I nästa steg grupperas skillnaderna utifrån olika dimensioner. Vi särskiljer två grupper av skillnader: geografiska skillnader och skillnader mellan befolkningsgrupper. Skillnader mellan landsting är ett vanligt exempel på geografiska skillnader, men det kan också finnas skillnader mellan andra geografiska enheter, exempelvis mellan kommuner eller mellan vårdcentraler och sjukhus i olika delar av Sverige. Skillnader mellan befolkningsgrupper utgörs exempelvis av skillnader mellan män och kvinnor och mellan personer med olika utbildningsbakgrund.

Det finns många skillnader i vården – alla är inte ojämlik vård

**Figur 3.** Analysen berör omotiverade och väsentliga skillnader inom vård, behandling och bemötande.



■ Fokus för rapporten

### 2.2.1 Vi fokuserar på skillnader i vård, behandling och bemötande

Den övre delen av figur 3 illustrerar att den här rapporten fokuserar på skillnader i vårdens processer, det vill säga på skillnader i vård, behandling och bemötande. Med behandling avses här aktiviteter i hälso- och sjukvården som direkt syftar till att behandla en sjukdom eller ett tillstånd. Det kan exempelvis vara olika former av läkemedelsbehandlingar eller operationer. Med bemötande avses vårdpersonalens faktiska (inte upplevda) uppträdande i mötet med patienten, exempelvis om personalen är respektfull och lyhörd. Vård inkluderar övriga aktiviteter och vårdprocesser, det vill säga sådant som inte är behandling eller bemötande. Det kan exempelvis vara väntetider eller diagnostik.

Utöver skillnader i processer kan det finnas skillnader i hälso- och sjukvårdens strukturer och i utfallet av den vård som ges. Med vårdens strukturer avses här faktorer som påverkar förutsättningarna för att tillhandahålla vård, exempelvis personalförsörjning och it-infrastruktur. Med vårdens utfall avses resultat av vårdprocesser, exempelvis överlevnad eller hälsoutfall efter viss behandling. Dessutom finns det skillnader i hälsa, exempelvis i livslängd och i allmän hälsostatus.

De olika typerna av skillnader relaterar naturligtvis till varandra. Exempelvis kan skillnader i vårdens struktur bidra till skillnader i vårdens processer, skillnader i processer kan, och bör, påverka utfallet och skillnader i utfall utgör en del av den övergripande hälsan. Men kategoriseringen av skillnader är ändå användbar då orsakerna till att skillnaderna finns, och därmed även lämpliga åtgärder för hur de kan motverkas, sannolikt skiljer sig åt beroende på om det rör sig om en skillnad i struktur, process, utfall eller hälsa.

Avgränsningen att fokusera på skillnader i vård, behandling och bemötande är viktig då den tydliggör att analysen avser skillnader i vården och inte skillnader i *hälsa*. Detta är en viktig distinktion och viktigt att ha i åtanke eftersom en människas hälsa påverkas av många andra faktorer utöver det som sker inom vården. Hälsa är ett resultat av faktorer på flera nivåer, där socioekonomiska och miljömässiga förhållanden, levnads- och arbetsförhållanden, sociala och samhälleliga influenser samspekar med livsstilsfaktorer och biologiska förutsättningar (Dahlgren och Whitehead 2007). Hälsa är således en produkt av både den vård, behandling och det bemötande som ges och av de förutsättningar som omgärdat patienten innan kontakten med vården. Vad gäller vilken vård, behandling eller bemötande en patient får, spelar sådana övriga faktorer mindre roll eftersom vård, behandling och bemötande till fullo äger rum inom hälso- och sjukvårdens domän. *Ojämlik vård* och *ojämlik hälsa* är därför inte samma sak, och



samhällets arbete för att åstadkomma en jämlik hälsa i befolkningen kan därmed innefatta åtgärder som påverkar ett stort antal faktorer, där hälso- och sjukvården enbart utgör en av flera viktiga delar.

En annan viktig aspekt av jämlik vård illustreras av rutan märkt ”Tillgång till vård” i figur 3. Den tar fasta på att det kan finnas skillnader i sökmönster bland olika grupper av patienter, exempelvis att vissa grupper av patienter söker vård i mindre utsträckning än andra patienter, trots att de har behov av vård. Men vårt fokus på skillnader i vård, behandling och bemötande innebär att vi analyserar skillnader bland patienter som befinner sig i sjukvårdens domän, det vill säga bland patienter som redan har sökt vård. Följaktligen innehåller den här rapporten inte någon analys av skillnader i tillgång till vård.

### **2.2.2 Vi fokuserar på skillnader mellan patienter med samma sjukdom och vårdbehov**

Behov är ett centralt begrepp i hälso- och sjukvården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska vården ge företräde till de patienter som har störst behov. Den andra delen av figur 3 grupperar skillnader i vård, behandling och bemötande i tre huvudtyper efter sjukdom och vårdbehov:

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

De skillnader som ligger till grund för vår analys är av den första typen – det vill säga att patienter med samma sjukdom och samma vårdbehov får olika vård, behandling eller bemötande. Exempel på skillnader av det här slaget är att patienter som har misstänkt cancer väntar på beslut om behandling olika länge eller att patienter som har haft stroke eller har en viss diagnos får en viss läkemedelsbehandling i olika utsträckning. De har alltså samma sjukdom (diagnos). Vad gäller vårdbehov antar vi att de har samma behov av den aktuella behandlingen, så länge det inte finns något som talar för att de inte skulle ha det.

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 val mellan patientgrupper, verksamhetsområden, vårdcentraler eller kliniker. Denna typ av prioritering ska normalt göras på en politisk nivå men kan även ske i verksamheten (exempelvis inom primärvården). Rätt utförd innebär detta att de skillnader som består i att patienter med olika sjukdomar men samma vårdbehov behandlas på olika sätt inte kan anses vara ojämlik vård.

Den tredje typen av skillnader, där patienter med samma sjukdom men olika vårdbehov behandlas på olika sätt, 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 påverkas av politiska beslut. Rätt utförda vertikala prioriteringar innebär inte ojämlik vård eftersom vården då ges efter skillnader i behov. Men felaktiga vertikala prioriteringar kan leda till ojämlik vård. Oönskade undanträngningseffekter av vissa (mer behövande) grupper när andra (mindre behövande) grupper prioriteras är ett exempel på en felaktig prioritering. Undanträngningseffekter kan till exempel uppstå som en negativ sidoeffekt av åtgärder för att öka tillgänglighet och minska vårdtider om patienter inte prioriteras efter behov.

### **2.2.3 Vi fokuserar på att söka orsaker till omotiverade skillnader i vården**

Alla skillnader som finns i vården är inte nödvändigtvis ett problem och innebär inte ojämlik vård. Vissa skillnader i vård, behandling och bemötande är önskvärda och nödvändiga för att exempelvis driva den medicinska utvecklingen eller för att ta hänsyn till patienters skilda egenskaper, förutsättningar, behov och preferenser. Jämlik vård innebär inte heller nödvändigtvis att alla ska behandlas lika, utan att alla ska behandlas likvärdigt (DO 2012).

Ett behandlingsbeslut är en komplex process där många faktorer vägs in och tas hänsyn till, däribland exempelvis samsjuklighet, parallell läkemedelsbehandling och sjukdomens svårighetsgrad. Att patienter får olika vård och behandling, även om de har samma sjukdom, är därför inte nödvändigtvis konstigt i sig. Det är när det uppstår skillnader som inte kan förklaras av medicinskt motiverade bedömningar som vården är ojämlik.



Nedan ges fyra exempel på skillnader i vården som kan anses vara motiverade och som *inte* innebär att vården är ojämlik.

*Exempel på skillnad som uppstår till följd av olika medicinska förutsättningar:* 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.

*Exempel på när patienter behandlas olika, men likvärdigt:* Den optimala behandlingen för ett visst tillstånd skiljer sig mellan män och kvinnor på grund av mäns och kvinnors olika biologiska förutsättningar. Män och kvinnor får därför olika behandling – men det medicinska resultatet av den behandling grupperna får är i båda fallen det bästa som finns att tillgå.

Andra skillnader, som inte kan betraktas som önskvärda eller nödvändiga, bidrar till en ojämlik vård. Exempelen ovan belyser behovet av att fokusera på de skillnader i vård, behandling och bemötande som kan anses vara *omotiverade*. Omotiverade skillnader inom vården är problematiska och önskvärda att åtgärda. I vår analys fokuserar vi på möjliga förklaringar till sådana skillnader.

Vi har även valt att fokusera på *väsentliga* skillnader, där vi med väsentlighet avser hur stor skillnaden är och hur stora de negativa konsekvenserna är för den utsatta gruppen. Skillnader som är stora eller 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. Denna avgränsning, eller prioritering, har vi gjort eftersom det finns ett värde i att möjliggöra att samhällets resurser används så effektivt som möjligt för att åstadkomma en mer jämlik vård. Skillnader 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 en mycket mindre (men fortfarande lika omotiverad) skillnad där konsekvensen av utebliven behandling inte är lika påtaglig.

I samband med den här rapporten har vi utarbetat en definition av omotiverade och väsentliga skillnader, och en modell för att identifiera dessa skillnader. Definitionen och hur vi har använt oss av modellen beskrivs i nästa kapitel.

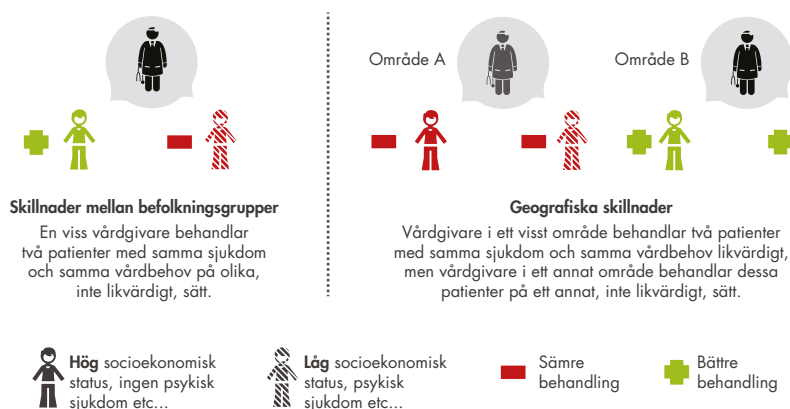
#### **2.2.4 Geografiska skillnader och skillnader mellan befolkningsgrupper är av olika karaktär**

Den sista delen i figur 3 belyser att omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande bland patienter med samma sjukdom och samma vårdbehov spänner över många olika jämlikhetsområden. Till att börja med är det värdefullt att separera *geografiska skillnader* och *skillnader mellan befolkningsgrupper*. Geografiska skillnader i vård, behandling och bemötande kan exempelvis vara skillnader mellan landsting, men de kan också utgöras av skillnader mellan vårdenheter inom ett landsting eller skillnader mellan sjukhus. Skillnader i vård, behandling och bemötande mellan befolkningsgrupper är skillnader mellan olika grupper av patienter, exempelvis mellan män och kvinnor, mellan utbildningsgrupper, mellan personer som är födda i olika länder och mellan patienter med och utan psykisk sjukdom.

Geografiska skillnader och skillnader mellan befolkningsgrupper skiljer sig åt i karaktär. Detta illustreras i figur 4. Omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande mellan befolkningsgrupper karaktäriseras i princip av att det är en och samma vårdgivare som ger två olika patienter, med samma sjukdom och vårdbehov, olika behandlingar. Skillnader mellan exempelvis män och kvinnor eller mellan utbildningsgrupper innebär att två patienter, med olika kön eller olika utbildningsnivå, blir behandlade olika när de går till exempelvis samma vårdcentral eller blir inlagda på samma vårdenhet. För den här gruppen av skillnader blir därför *vårdmötet* mellan den enskilda patienten och vårdaren, och *mötets innehåll*, centrala faktorer. Kön, utbildningsnivå, födelseland och psykisk sjukdom kan innebära särskilda behov och förutsättningar som påverkar mötet mellan patienten och vården, vilket kan bidra till en ökad risk för att omotiverade väsentliga skillnader uppstår.

Det finns många skillnader i vården – alla är inte ojämlik vård

**Figur 4.** Skillnader mellan befolkningsgrupper och geografiska skillnader är av olika karaktär.



Geografiska skillnader kännetecknas i stället i princip av att en vårdgivare i ett visst geografiskt område behandlar och utreder patienter med samma medicinska behov på ett visst sätt, men att en vårdgivare i ett annat område behandlar eller utreder dessa patienter på ett icke likvärdigt sätt. Det geografiska området kan vara exempelvis ett landsting, delar inom ett landsting, olika sjukhus eller vårdcentraler. Två patienter med exempelvis olika utbildning får samma behandling när de går till en viss vårdcentral eller sjukhus, men skulle få en annan behandling om de gick till en annan vårdcentral eller sjukhus. För denna grupp av skillnader är vad som sker i själva vårdmötet mindre viktigt än för skillnader mellan befolkningsgrupper. I stället bidrar variationer inom organisation, lokala prioriteringar, tillgång till rätt kompetens och lokala arbetssätt till geografiska skillnader. Dessa variationer förekommer på flera olika nivåer: regions-, landstings-, sjukhus- och vårdcentralnivå.

Uppdelningen i de två grupperna av skillnader är ibland svår att göra i praktiken eftersom det kan finnas både geografiska skillnader och skillnader mellan befolkningsgrupper vad gäller i vilken utsträckning en viss behandling ges. Exempelvis rapporterar Socialstyrelsen (2013a) att det finns både tydliga könsskillnader, skillnader mellan utbildningsgrupper och stora skillnader mellan landstingen vad gäller regelbunden användning av lugnande medel och sömnmedel mot sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar.

I andra fall är uppdelningen svår att göra på grund av otillräcklig



information som gör att det är svårt att veta vilken grupp en skillnad tillhör. Exempelvis kan något som observeras som en geografisk skillnad i själva verket vara en skillnad mellan socioekonomiska grupper. Detta kan hända om befolkningens socioekonomiska förutsättningar skiljer sig åt mellan olika geografiska platser. På liknande sätt kan något som observeras som en socioekonomisk skillnad i praktiken vara en skillnad mellan åldersgrupper. Detta kan hända om åldersstrukturen skiljer sig åt mellan de socioekonomiska grupperna. Denna komplexitet pekar på vikten av att analysera en skillnad ur flera aspekter samtidigt så att exempelvis en geografisk jämförelse kan ta hänsyn till skillnader i befolkningsstruktur.

Sammantaget finner vi ändå uppdelningen användbar vid diskussionen om orsaker till omotiverade skillnader i vården. Skillnader inom en huvudgrupp har ofta flera gemensamma beröringspunkter. Exempelvis har de ofta gemensamma orsaker och flera skillnader inom en huvudgrupp kan därför begränsas med samma åtgärd(er) eller åtminstone med likartade angreppssätt.









## Åtta skillnader för analys av möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården

Alla skillnader i vården innebär inte ojämlik vård. Det är när det uppstår skillnader som inte kan förklaras av medicinska eller behovsmässiga avvägningar som vården är ojämlik.

I den här rapporten fokuserar vi på att söka förklaringar till *omotiverade* skillnader i vården. I analysen har vi valt att utgå från skillnader som också kan anses vara väsentliga. Följaktligen presenterar det här kapitlet den modell för att identifiera omotiverade och väsentliga skillnader som vi har utarbetat i samband med den här rapporten. Därefter beskrivs hur vi har gått till väga för att använda modellen i syfte att göra ett urval av skillnader inför analysen av möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården. Avslutningsvis redogör vi för de åtta skillnaderna som utgör utgångspunkt för den fortsatta analysen.

### 3.1 MODELL FÖR ATT IDENTIFIERA OMOTIVERADE VÄSENTLIGA SKILLNADER I VÅRD, BEHANDLING OCH BEMÖTANDE

Eftersom det är viktigt att urskilja vilka skillnader i vård, behandling och bemötande som kan anses vara *omotiverade* och *väsentliga* behövs det en definition av vad sådana skillnader innebär och en modell för att identifiera dem. Då vi inte funnit någon sedan tidigare etablerad modell eller metod för detta ändamål, har vi som en del av vårt uppdrag utarbetat en sådan definition och modell. Med hjälp av modellen gör vi sedan ett urval av skillnader som utgör utgångspunkt för vår analys av orsaker till *omotiverade* skillnader i vården.

Figur 5 presenterar de kriterier som ligger till grund för definitionerna



och graderingen av omotiverade respektive väsentliga skillnader. En skillnad anses vara omotiverad om den uppfyller följande två kriterier:

1. *Skillnader i medicinska förutsättningar kan inte förklara att skillnaden observeras*
2. *Skillnader i behov kan inte förklara att skillnaden observeras*

Utöver att definiera om en skillnad är omotiverad eller inte syftar modellen också till att urskilja *särskilt* omotiverade skillnader, genom att gradera skillnaderna efter *hur* omotiverade de är. För detta används två kriterier:

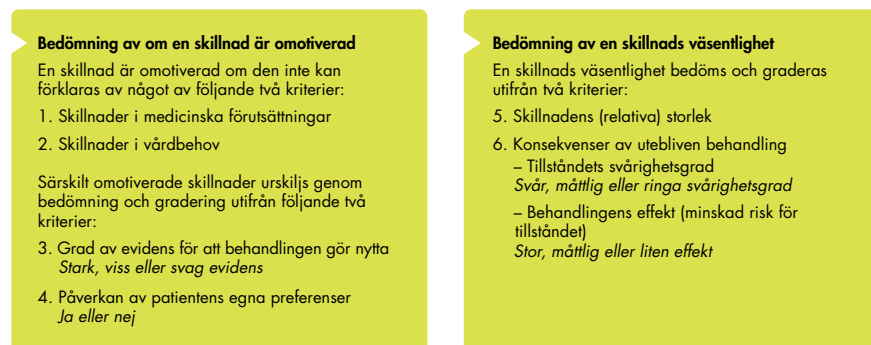
3. *I vilken utsträckning finns det evidens för att åtgärden eller behandlingen gör nytta?*  
Evidensen graderas med svag, måttlig eller stark evidens.
4. *Är patientens egna preferenser avgörande för att skillnaden uppstår?*  
Preferensernas roll graderas som antingen ja eller nej.

Definitionen av en skillnads väsentlighet sker utifrån två kriterier:

5. *Skillnadens storlek*  
Graderingen av skillnadens storlek sker i olika intervall, där den minsta kategorin avser en skillnad på 0–50 procent mellan de aktuella grupperna och den största avser en skillnad som är större än 200 procent.
6. *Konsekvenserna av utebliven behandling*  
Denna bedömning sker dels utifrån tillståndets svårighetsgrad och dels utifrån hur stor skillnad som behandlingen gör vad gäller minskad risk för patienten. Svårighetsgraden graderas som ringa, måttlig och svår. Den minskade risken för patienten graderas som liten, måttlig och stor effekt.

Bedömningarna utifrån modellens kriterier sammanfattas i en poängskala, där varje skillnad får en gradering i de två dimensionerna omotiverad och väsentlig. Teoretiskt sett kan skillnader på så vis kategoriseras som omotiverade eller inte, särskilt omotiverade skillnader kan urskiljas, och skillnaders väsentlighet kan graderas. I *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?* (Vårdanalys 2013) återfinns en mer utförlig beskrivning av modellen och graderingarna.

**Figur 5.** Kriterier för att identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården.



Källa: Vårdanalys (2013).

Vår modell för att identifiera omotiverade och väsentliga skillnader i vården ska inte ses som fulländad och komplett. I stället ska den ses som ett första steg i riktningen mot att ta diskussionen om ojämlig vård från att diskutera skillnader i vården i allmänhet till att fokusera på de skillnader som inte är medicinskt eller behovsmässigt betingade. För att kunna föra en relevant diskussion om ojämlig vård menar vi att det är nödvändigt att förtydliga och klargöra skiljelinjen mellan skillnader i allmänhet och *omotiverade* skillnader.

## 3.2 IDENTIFIERING ÄR OFTA SVÅRARE I PRAKTIKEN ÄN I TEORIN

I nästa steg används modellen, som presenterades i föregående avsnitt, på de skillnader som redovisas i *Ojämna villkor för hälsa och vård*. I det här avsnittet beskrivs först hur vi gick till väga för att göra bedömningarna. Därefter beskrivs några datarelaterade svårigheter som arbetet har inneburit vad gäller tolkning och bedömning av skillnaderna.

### 3.2.1 Bedömning av om skillnader är omotiverade och väsentliga

För var och en av de skillnader i vård, behandling och bemötande som redovisas i Socialstyrelsens (2011a) *Ojämna villkor för hälsa och vård* har vi gått igenom de sex kriterier som redovisas i föregående avsnitt, för att på så vis bedöma om skillnaderna är omotiverade och väsentliga. Syftet är att göra ett urval av skillnader som kan fungera som utgångspunkt för den fortsatta analysen om vad som utgör orsaker till omotiverade skillnader i vården.

En kombination av metoder och underlag ligger till grund för



bedömningarna. Nationella riktlinjer utgör en viktig källa vad gäller evidensen för att behandlingar gör nytta och vilken svårighetsgrad ett tillstånd har. Rapporter och vetenskapliga artiklar är andra viktiga källor som har använts för att bland annat söka efter förklaringar som är motiverade ur medicinsk synvinkel. En ytterligare central komponent består av intervjuer med experter inom det område som skillnaden berör. För varje skillnad har vi diskuterat med sakkunniga personer som är väl insatta i den aktuella behandlingen för att på så vis inhämta information om huruvida det finns några medicinska överväganden som kan tänkas ligga bakom skillnaden. Dessa intervjuer utgör en viktig grund för vår bedömning av om skillnader kan bedömas som omotiverade eller inte. I bilagan listas samtliga intervjuade personer.

Promemorian *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?* (Vårdanalys 2013) innehåller en mer detaljerad beskrivning av vilka skillnader som har bedömts och resultaten av bedömningarna.

Att med säkerhet avgöra om det finns några medicinskt rimliga och godtagbara överväganden bakom en observerad skillnad är naturligtvis en stor utmaning som kräver djupgående analyser. Vårt försök ska därför inte ses som att vi har nått ända fram i det här avseendet. Det innebär att det fortfarande kan finnas medicinskt grundade förklaringar till att skillnaderna uppstår, även om vi inte har funnit dem. Vår genomgång, baserad på litteratur och diskussion med verksamma inom vården, ska i stället ses som ett första försök att ta i frågan om vilka skillnader som är omotiverade och hur dessa kan identifieras. Vi välkomnar fortsatt analys och metodutveckling på det här området.

Det är också viktigt att ha i åtanke att en observerad skillnad kan vara delvis motiverad och delvis omotiverad. En observerad skillnad kan alltså i princip ha medicinskt och behovsmässigt motiverade förklaringar till viss del, medan resterande del kan anses omotiverad. Även om det finns rimliga medicinska förklaringar till att en skillnad uppstår kan det samtidigt finnas kvar element av en omotiverad skillnad.

### **3.2.2 Bristande tillgång till datamaterial och uppdaterad information försvårar analysarbetet**

Avslutningsvis är det viktigt att nämna något om svårigheten med att tolka eller diskutera jämlig vård utifrån enskilda skillnader som redovisas på annat håll. En del av svårigheten består i bristande tillgång till data. Vårdanalys har inte tillgång till de datamaterial som skillnaderna i *Ojämna villkor för hälsa och vård* grundar sig på. Det innebär bland annat att vi inte har möjlighet att analysera och verifiera skillnaderna på ett kvantitativt sätt.



Exempelvis finns det ingen möjlighet att ta hänsyn till att det kan finnas betydande skillnader i befolkningsstruktur mellan olika landsting, vilket potentiellt kan vara en delförklaring till att det observeras skillnader mellan landsting. På liknande sätt finns det ingen möjlighet för oss att ta reda på om en skillnad som observeras mellan män och kvinnor egentligen är en skillnad mellan åldersgrupper.

Ett ytterligare problem är att de skillnader som redovisas inte alltid baseras på uppdaterad information. Det innebär att skillnaden kanske inte längre finns, eller har förändrats. Eftersom vi inte har tillgång till datamaterialen kan vi inte undersöka detta.

Sådana faktorer som diskuteras ovan bör tas hänsyn till om enskilda skillnader ska användas som underlag för diskussion om jämlik vård, men eftersom vi inte har tillgång till några datamaterial har detta inte varit möjligt i vårt fall. Å andra sidan är vårt syfte med den här delen av analysen att göra ett urval av skillnader som kan fungera som utgångspunkt för en sammantagen analys av möjliga orsaker till omotiverade skillnader, och inte en kvantitativ analys eller kartläggning av var och en av de skillnader som redovisas i Socialstyrelsens rapport. Men diskussionen belyser svårigheten med att diskutera ojämlig vård utifrån en observerad skillnad som saknar vidare analys eller förklaring om vad skillnader innebär.

### 3.3 ANALYSEN UTGÅR IFRÅN ÅTTA SPECIFIKA SKILLNADER

Med hjälp av definitionen av omotiverade och väsentliga skillnader, och modellen för att identifiera dem, har vi gjort ett urval av sammantaget åtta skillnader. Dessa utgör utgångspunkt för vår analys av vilka faktorer i vården som gör att omotiverade skillnader uppstår.

Tabell 1 listar de åtta skillnaderna. Tabellen specificerar också vilket jämlikhetsområde och vilken patientgrupp som respektive skillnad berör, och om det antingen är en skillnad i vård, behandling eller bemötande. Detta är alltså åtta skillnader som vi, med hjälp av befintlig litteratur och utifrån intervjuer med verksamma inom respektive område, inte har hittat några medicinskt logiska och godtagbara förklaringar till. Även om det i praktiken finns svårigheter med att säkert slå fast om det föreligger medicinska eller behovsmässiga avvägningar bakom en skillnad, menar vi att de åtta skillnaderna tjänar sitt syfte som utgångspunkt för diskussionen om möjliga orsaker till just omotiverade skillnader i vården.

Urvalet av skillnader är gjort i syfte att inkludera flera patientgrupper och jämlikhetsområden för att fånga så många dimensioner av jämlik



Åtta skillnader för analys av möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården

**Tabell 1.** Lista över de åtta skillnader som ligger till grund för analysen av möjliga orsaker till omotiverade väsentliga skillnader i vården.

Skillnad	Jämlikhetsområde	Patientgrupp	Vård, behandling, bemötande
1. Geografiska skillnader i väntetid från remissdatum till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer	Geografi	Cancer	Vård
2. Geografiska skillnader i andel personer med alkoholdiagnos som gjort uttag av läkemedel mot alkoholberoende	Geografi	Beroende-problematik	Behandling
3. Män får oftare än kvinnor behandling med RAAS-hämmare efter hjärtsvikt	Befolkningsgrupp: kön	Hjärt- och kärlsjukdom	Behandling
4. Fler män än kvinnor anger att sjukvårdspersonal har berättat om biverkningar om deras läkemedel som de ska uppmärksamma	Befolkningsgrupp: kön	Läkemedels-behandlade	Bemötande
5. Strokepatienter som är födda i Sverige får warfarin i högre utsträckning än strokepatienter födda utanför EU	Befolkningsgrupp: födelseland	Hjärt- och kärlsjukdom	Behandling
6. Lägutbildade får warfarin vid stroke i mindre utsträckning än högutbildade	Befolkningsgrupp: utbildning	Hjärt- och kärlsjukdom	Behandling
7. Lägutbildade schizofrenipatienter får i större utsträckning än högutbildade två eller fler anti-psykotiska läkemedel	Befolkningsgrupp: utbildning	Psykisk sjukdom	Behandling
8. Psykiskt sjuka patienter med akut hjärtinfarkt behandlas inte med ballongutvidgning (PCI) i samma utsträckning som övriga patienter	Befolkningsgrupp: psykisk sjukdom	Hjärt- och kärlsjukdom	Behandling

vård som möjligt. De sammanlagt åtta skillnaderna representerar fem jämlikhetsområden (geografi, kön, utbildning, födelseland och psykisk sjukdom) och fem patientgrupper (cancer, hjärt- och kärlsjukdom, beroendeproblematik, läkemedelsbehandling och psykisk sjukdom).

Fem av skillnaderna är ett direkt resultat av tillämpningen av modellen för identifiering av omotiverade väsentliga skillnader på Socialstyrelsens rapport (se Vårdanalys (2013) för detaljer). Utöver dessa har vi valt att inkludera ytterligare tre skillnader. Syftet med de kompletterande tre skillnaderna är att uppnå en större bredd i analysen genom att kunna täcka in fler relevanta jämlikhetsområden och patientgrupper. Kompletteringen består av en skillnad som rör läkemedelsbehandling vid alkoholdiagnos, en skillnad som rör faktiskt bemötande och en skillnad som rör schizofrenipatienter. De två förstnämnda fallen finns inte med i *Ojämna villkor för hälsa och vård*.

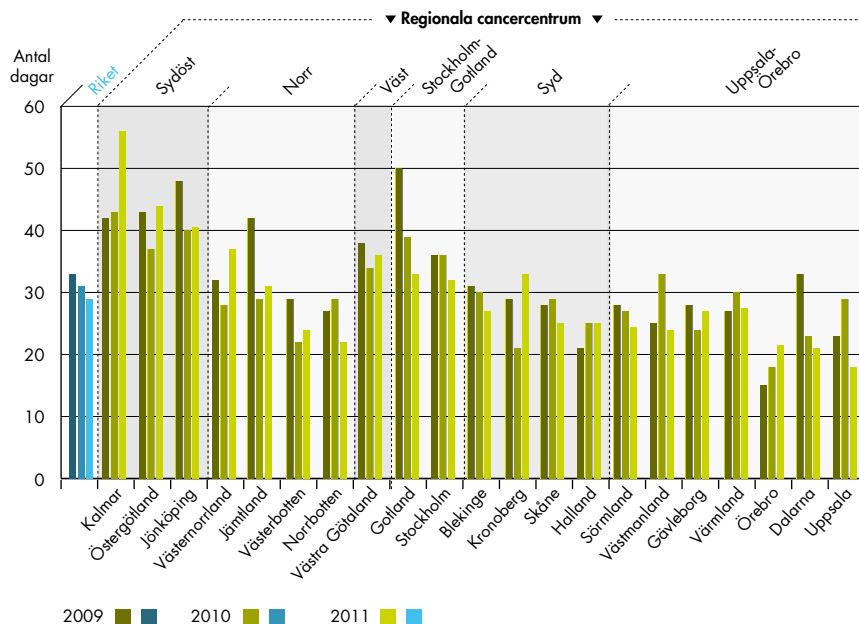
I kommande avsnitt beskrivs var och en av de åtta skillnaderna kortfattat. Analysen av möjliga förklaringar till skillnaderna återfinns i nästa kapitel.

### 3.3.1 Geografiska skillnader i väntetid från remiss till specialistklinik till beslut om behandling vid lungcancer

Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige och varje år diagnostiseras cirka 3500 patienter med lungcancer (RCC Uppsala-Örebro 2014). Svenska Lungcancerstudiegruppen har rekommendationer och uttalade kvalitetsmålnivåer för väntetider vid lungcancer som innebär att det i 80 procent av fallen ska ta högst 28 dagar från det att remissen anländer till dess att beslut om fortsatt behandling är fattat (Hillerdal 1999).

Det finns stora skillnader mellan landstingen vad gäller väntetiden från remiss till specialistklinik till beslut om behandling vid lungcancer. I *Ojämna villkor för hälsa och vård* konstateras att medianväntetiden från remiss till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer varierade mellan 15 och 48 dagar i landstingen år 2009 (Socialstyrelsen 2011a). Figur 6 illustrerar medianväntetiderna för 2009, 2010 och 2011, per landsting och med markering för vilket regionalt cancercentrum (RCC) som landstinget tillhör. Skillnader

**Figur 6.** Medianväntetid från remiss till beslut om behandling vid lungcancer 2009, 2010 och 2011. Stapeln längst till vänster för varje landsting är för 2009, stapeln i mitten för 2010 och stapeln längst till höger för 2011.



Källa: Nationella lungcancerregistret (Socialstyrelsen och SKL (2011) för år 2009, RCC Uppsala-Örebro (2012a) för år 2010 och Socialstyrelsen (2014a) för 2011).

finns för samtliga år även om den inbördes ordningen ändras något från år till år. År 2011 varierade väntetiderna mellan 18 dagar i Uppsala och 56 dagar i Kalmar. Det innebär att 50 procent av patienterna i Uppsala fick ett beslut om behandling inom 18 dagar medan övriga 50 procent av patienterna där fick vänta mer än 18 dagar. I Kalmar hade 50 procent av patienterna fått ett besked först efter 56 dagar.

Skillnaden i väntetider varierar både mellan och inom de regionala cancercentrumen. Av figur 6 framgår att samtliga landsting som ingår i RCC Sydöst har en längre medianväntetid än riksmedianen. De landsting som tillhör RCC Uppsala-Örebro har tvärtom generellt sett kortare medianväntetider än riksmedianen.

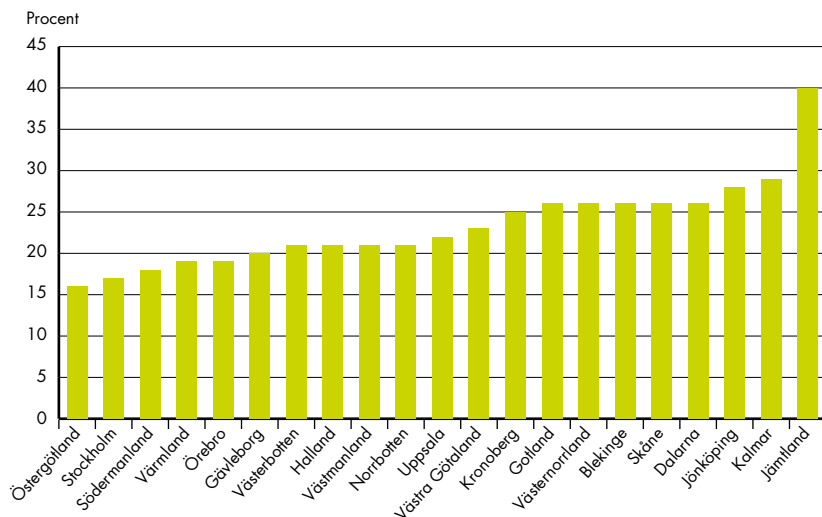
Vi bedömer att skillnaden mellan landsting i väntetider vid lungcancer är omotiverad eftersom vi ser det som osannolikt att de regionala skillnaderna skulle ha uppstått för att patienternas behov eller medicinska förutsättningar skiljer sig på ett sådant sätt att detta skulle kunna förklara skillnaden. Vi hittar inget stöd för sådana förklaringar i litteratur eller i intervjuer med verksamma inom området.

### **3.3.2 Geografiska skillnader i andelen personer med alkoholdiagnos som har gjort uttag av läkemedel mot alkoholberoende**

I samband med en statlig översyn av missbruks- och beroendevården i Sverige (den så kallade missbruksutredningen) uppskattades antalet personer med alkoholberoende till 330 000 stycken (SOU 2011). Enligt de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården ges läkemedelsbehandling vid alkoholberoende hög prioritet (Socialstyrelsen 2014b). De läkemedel som rekommenderas bedöms ha god effekt till en relativt låg kostnad, och läkemedelsbehandling kan förbättra möjligheten att förebygga återfall, öka andelen helnyktra och minska missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2014b).

I *Öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården* (Socialstyrelsen 2014c) framgår att det råder relativt stora geografiska skillnader i andelen patienter med alkoholdiagnos som gör uttag av läkemedel mot alkoholberoende. Figur 7 visar andelen personer med alkoholdiagnos (diagnos F10 i diagnossystemet ICD-10) som under 2012 gjorde uttag av något av de tre läkemedel som bör skrivas ut enligt de nationella riktlinjerna (disulfiram, akamprosat och naltrexon) per landsting. Andelen skiljer sig från 16 procent i Östergötland till 28-29 procent i Jönköping och Kalmar. Jämtland står ut med en betydligt större andel, 40 procent. Genomsnitt för riket är 21 procent.

**Figur 7.** Andel patienter med alkoholdiagnos som gjort uttag av läkemedel mot alkoholberoende under 2012 i olika landsting.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret från Socialstyrelsen (2014c).

Figuren redovisar andelen personer som gjort *uttag* av läkemedel, men visar inte hur stor andel som fått ett läkemedel förskrivet. Det innebär att de skillnader som observeras skulle kunna förklaras av att patienter i olika landsting är olika benägna att hämta ut de läkemedel som de får förskrivna, snarare än att sannolikheten att få ett läkemedel förskrivet skiljer sig mellan landsting. Statistik om förskrivning finns inte att tillgå. Men vi bedömer det som osannolikt att det är patienternas eget val att inte hämta ut förskrivet läkemedel som gör att skillnaden uppstår. Även om det är möjligt att patienter väljer att inte hämta ut förskrivna läkemedel bedömer vi det som osannolikt att andelen patienter som inte hämtar ut läkemedlet skiljer sig så markant över landet att skillnaden som illustreras i figur 7 uppstår.

Figuren belyser inte heller hur många personer, eller hur stor andel, som blivit diagnostiserade i de olika landstingen. Det innebär att den diagnostiserade patientgruppen kan se olika ut i olika landsting. Men vi bedömer att skillnaden mellan landsting i andelen personer med alkoholdiagnos som hämtar ut läkemedel mot alkoholberoende avspeglar en omotiverad skillnad eftersom vi ser det som osannolikt att de regionala skillnaderna skulle ha uppstått för att patienternas behov eller medicinska förutsättningar skiljer sig åt.



### 3.3.3 Män får oftare än kvinnor behandling med RAAS-hämmare efter hjärtsvikt

Hjärtsvikt innebär att hjärtats förmåga att pumpa blod i kroppen är nedsatt. Enligt Hjärt-lungfonden (2014) lider omkring 250 000 personer av hjärtsvikt i Sverige, och ungefär 30 000 personer insjuknar varje år.

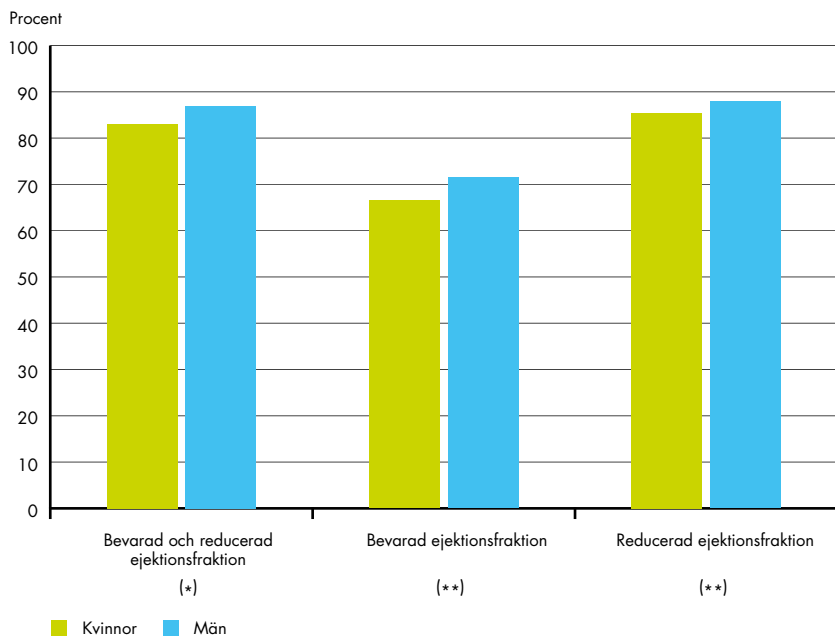
Det finns två typer av hjärtsviktdiagnoser – bevarad respektive reducerad ejektionsfraktion, där ejektionsfraktion är ett mått på pumpförmågan. Vid hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion har hjärtat nedsatt pumpförmåga så att blodet inte pumpas vidare ut i kroppen tillräckligt effektivt (Hjärt-lungfonden 2014). Vid bevarad ejektionsfraktion är inte pumpförmågan nedsatt, men hjärtat har svårigheter att fyllas med blod (Hjärt-lungfonden 2014).

För hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion har RAAS-hämmare visat god effekt och är därför rekommenderat. Men för hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion är kunskapen om optimal behandling begränsad – här råder osäkerhet kring behandling (RiksSvikt 2014, McMurray m.fl. 2012, Edner och Lund 2013).

Vad gäller skillnader mellan män och kvinnor i hjärtsjukvården menar Socialstyrelsen (2011a) att det inom de flesta områden inte finns några grundade skillnader mellan hur män och kvinnor vårdas och behandlas. Men det finns undantag. Ett sådant undantag är behandling med RAAS-hämmare 6–18 månader efter hjärtsvikt, vilket redovisas i *Ojämna villkor för hälsa och vård* (Socialstyrelsen 2011a). Den vänstra delen av figur 8 visar att andelen män som behandlas med RAAS-hämmare är 87 procent, medan motsvarande andel bland kvinnor är 83 procent. Resultaten baseras på information från läkemedels- och patientregistret och motsvarar Socialstyrelsens redovisning i *Ojämna villkor för hälsa och vård*.

RiksSvikts årsrapport för 2012 menar att det är viktigt att separera informationen om behandling för patienter med de två olika hjärtsviktsdiagnoserna (bevarad respektive reducerad ejektionsfraktion) (RiksSvikt 2014). De menar att skillnaden mellan män och kvinnor är tydligast vid hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion (RiksSvikt 2014). Baserat på informationen från kvalitetsregistret RiksSvikt illustrerar den högra delen av figur 8 andelen kvinnor och män som har hjärtsvikt med bevarad respektive reducerad ejektionsfraktion och som får behandling med RAAS-hämmare. Staplarna visar att behandling med RAAS-hämmare är vanligare vid hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion och indikerar en något större skillnad bland hjärtsviktspatienter med bevarad ejektionsfraktion. Detta är alltså vid den typ av hjärtsvikt där kunskapsläget om optimal behandling är oklart. RiksSvikts (2014) årsrapport visar också att det finns skillnader mellan patienter i olika

**Figur 8.** Andel män och kvinnor som behandlas med RAAS-hämmare efter hjärtsvikt.



(\*) Information från Socialstyrelsen. Baseras på patientregistret och läkemedelsregistret och återfinns i Socialstyrelsen (2011 a). Avser behandling 6–18 månader efter hjärtsvikt och patienter som är 80 år eller yngre.

(\*\*) Information från kvalitetsregistret RiksSvikt. Data för år 2012. Avser patienter i alla åldrar.

åldrar, och den största skillnaden mellan män och kvinnor återfinns bland patienter under 65 år med hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion.

Vi bedömer att skillnaden mellan andelen män och kvinnor som behandlas med RAAS-hämmare efter hjärtsvikt är omotiverad eftersom vi inte finner några tecken på att män och kvinnor med hjärtsvikt med bevarad eller reducerad ejektionsfraktion har olika medicinska förutsättningar som skulle påverka val av behandling. För den ena typen av hjärtsvikt är kunskapsläget om optimal behandling visserligen oklart, men vi hittar inga argument för att män och kvinnor skulle behandlas olika.

### 3.3.4 Fler män än kvinnor anger att sjukvårdspersonal har berättat om biverkningar av deras läkemedel som de ska uppmärksamma

De flesta läkemedel ger någon form av negativa sidoeffekter – effekter som vanligen benämns som biverkningar. Det är relativt ovanligt med allvarliga biverkningar. Däremot kan olika former av mer lindriga biverkningar variera

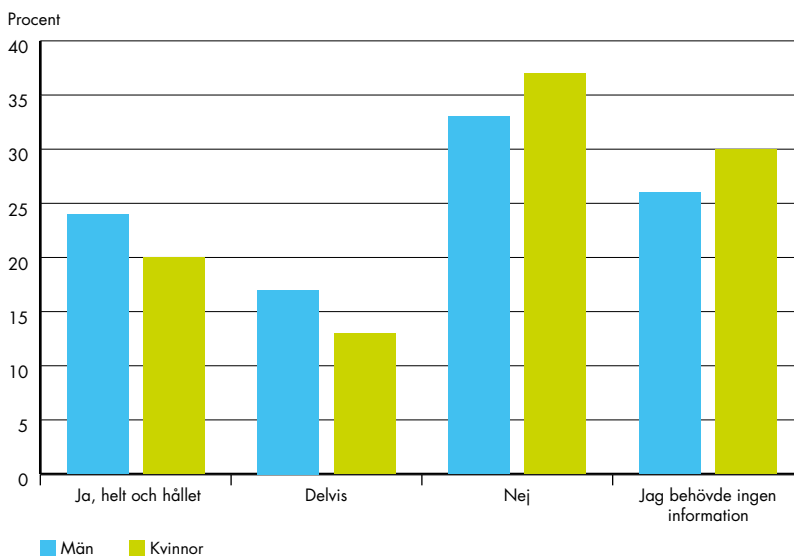


stort beroende på vilket typ av läkemedel det rör sig om. Med tanke på möjliga läkemedelsbiverkningar är det centralt att sjukvårdspersonalen informerar patienten om de effekter som eventuellt kan uppstå.

Av resultaten i den nationella patientenkäten för primärvården (SKL 2014a) framgår att det finns en skillnad i andelen män och kvinnor som anger att läkaren eller någon annan ur personalen har berättat om biverkningar som de ska uppmärksamma. Baserat på 2013 års enkätsvar visar figur 9 att en större andel kvinnor svarade ”nej” på frågan om de fått information om biverkningar som de skulle uppmärksamma. 37 procent av kvinnorna och 33 procent av männen svarade ”nej” på frågan. En mindre andel kvinnor än män angav svaret ”ja, helt och hållet” eller ”delvis”.

Utifrån resultaten i nationella patientenkäten går det inte avgöra om män och kvinnor faktiskt har fått olika information, eller om män och kvinnor har fått samma information men kvinnor uppfattar det som att de har fått den i mindre utsträckning. Beroende på vilket alternativ det rör sig om, kan förklaringarna till skillnaden tänkas vara olika, vilket vi återkommer till i nästa kapitel.

**Figur 9.** Berättade läkaren eller någon annan ur personalen för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?



Källa: Nationell Patientenkät 2013 (SKL 2014a).



Oavsett om män och kvinnor faktiskt har fått samma information eller inte, bedömer vi att skillnaden är omotiverad. Vi hittar inte några argument för att medicinska avvägningar skulle kunna förklara skillnaden, och kvinnor har sannolikt inte mindre behov av information än män. Enligt Socialstyrelsens (2004) rapport *Jämställd vård?* rapporterar kvinnor oftare än män biverkningar, och de drabbas oftare av läkemedelsrelaterad sjuklighet. Kvinnor ordinerar också i genomsnitt fler läkemedel och riskerar därför i större utsträckning att drabbas av olämpliga läkemedelskombinationer (Socialstyrelsen 2004). Detta bör innebära att kvinnor är i minst lika stort behov som män av att få information om biverkningar som de ska uppmärksamma.

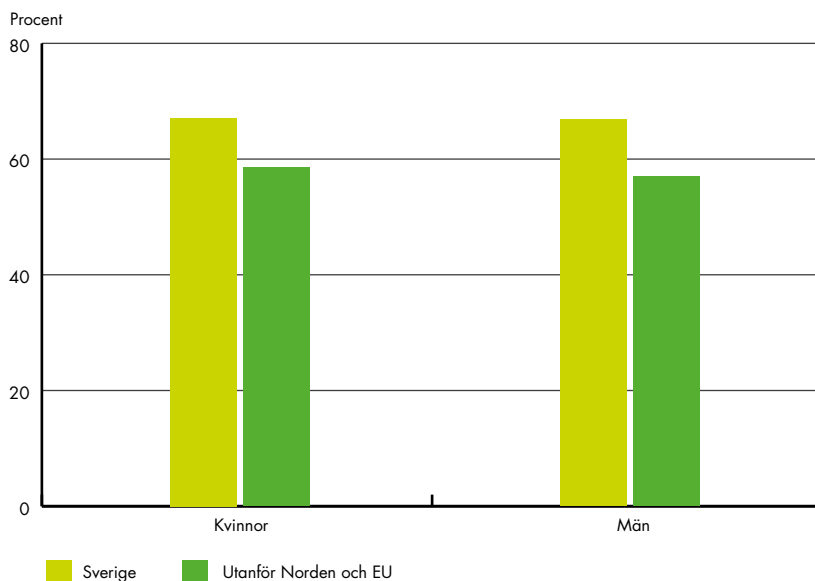
### **3.3.5 Strokepatienter som är födda i Sverige får warfarin i högre utsträckning än strokepatienter födda utanför EU**

Stroke innebär syrebrist i hjärnan, vilket uppkommer till följd av hjärninfarkt (blodpropp i något blodkärl) eller hjärnblödning (bristning av något blodkärl) (Hjärt-lungfonden 2014). Ungefär 85 procent av strokefallen beror på hjärninfarkt och 15 procent uppkommer till följd av hjärnblödning (Hjärt-lungfonden 2014, Stroke-Riksförbundet 2014). Symtomen vid stroke uppkommer ofta plötsligt och kan bland annat bestå av halvsidig förlamning, bortdomningar och tal- och språkrubbningar (Stroke-Riksförbundet 2014). Ungefär 30 000 personer per år drabbas av stroke (Stroke-Riksförbundet 2014, Hjärt-lungfonden 2014). Omkring hälften av de som drabbas avlider eller får svåra funktionsnedsättningar (Hjärt-lungfonden 2014).

I *Ojämna villkor för hälsa och vård* skriver Socialstyrelsen (2011a) att deras tidigare analyser visar att patienter som är födda utanför EU får sämre läkemedelsbehandling vid stroke än patienter som är födda i Sverige. Ett exempel utgörs av behandling med läkemedlet warfarin efter stroke som orsakats av hjärninfarkt där blodproppen har bildats i hjärtat och förts med blodet till hjärnan (så kallad embolisk hjärninfarkt). I sådana fall har warfarin en väldokumenterad förebyggande effekt och har hög prioritet i de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen 2009a). Warfarin är ett blodförtunnande läkemedel som hämmar blodets förmåga att koagulera (FASS 2014) och som därmed minskar risken för blodpropp. Warfarin är det vanligaste blodförtunnande läkemedlet och behandling med läkemedlet är väletablerat (Socialstyrelsen 2013b). Behandling med läkemedlet kräver att patienten är mycket följsam till behandlingen och behandlingen kräver täta kontroller. Annars ökar risken för biverkningar i form av exempelvis blödningar (Socialstyrelsen 2009a).



**Figur 10.** Jämförelse av andelen patienter som är födda i Sverige och utanför Norden och EU som får behandling med warfarin efter stroke till följd av hjärninfarkt orsakad av proppvandring från hjärtat.\*



\* Avser behandling 12–18 månader efter förstagsinsjuknande i stroke åren 2007–2009. Åldersstandardiserade värden för män respektive kvinnor i åldern 55–79 år. EU avser de 25 länder som var medlemmar före år 2007.

Källa: Socialstyrelsen (2012).

Figur 10 visar andelen patienter som är födda i Sverige respektive utanför Norden och EU som har fått behandling med warfarin efter stroke till följd av hjärninfarkt orsakad av proppvandring från hjärtat för män respektive kvinnor. För både män och kvinnor är andelen mindre bland patienterna födda utanför Norden och EU jämfört med patienter födda i Sverige. Bland patienter födda i Sverige är andelen 67 procent för både män och kvinnor. Bland patienter födda utanför Norden och EU är andelen 57 procent för män och 59 procent för kvinnor. Siffrorna är åldersstandardiserade, vilket innebär att de skillnader som observeras mellan grupperna inte kan förklaras av att de har olika åldersstruktur.

Det finns två svårigheter med tolkningen av skillnaden som redovisas i figur 10 som bör nämnas. För det första reflekterar skillnaden enbart behandling med *warfarin*, men det finns också andra blodförtunnande läkemedel. Utifrån informationen som redovisas i Socialstyrelsens rapporter går det inte att utläsa huruvida de patienter som inte får warfarin får något annat likvärdigt

läkemedel. På senare år har det introducerats flera nya blodförtunnande läkemedel som inte kräver lika noggrann uppföljning och lika regelbundna kontroller. Men enligt Riks-Stroke (2012) var det endast sex procent av patienterna som fick något av dessa nyare läkemedel år 2011, vilket alltså är ett senare år än vad informationen i figur 10 baseras på. Den lilla andelen patienter som behandlas med de nyare läkemedlen gör det osannolikt att förklaringen till skillnaden i figur 10 ligger i alternativa behandlingsmetoder.

En andra svårighet med tolkningen av skillnaden i figur 10 är att den reflekterar *uttag* av förskrivna läkemedel. Det innebär att det inte går att veta säkert om det som orsakar den observerade variationen är skillnader i läkares förskrivningsmönster eller skillnader i uttagmönster bland patienterna. I princip skulle det kunna vara så att patienter födda utanför EU får warfarin förskrivet lika ofta som patienter födda i Sverige, men att de inte hämtar ut läkemedlet på apoteket i samma utsträckning. Skillnaden i uttag skulle här kunna bero på att dessa patientgrupper i olika utsträckning möter olika barriärer, exempelvis ekonomiska, avseende att få tillgång till vård och behandling. I vår fortsatta analys utgår vi dock ifrån att åtminstone en del av skillnaden beror på skillnader i förskrivning.

Med utgångspunkten att personer födda utanför EU faktiskt får warfarin vid stroke i lägre utsträckning än patienter som är födda i Sverige bedömer vi denna skillnad som omotiverad eftersom båda patientgrupperna torde vara i lika stort behov av behandlingen. I litteraturen eller i våra intervjuer med verksamma inom området finner vi inte heller några argument för att patienter födda utanför EU skulle ha andra medicinska förutsättningar att tillgodogöra sig en warfarinbehandling med god följsamhet, kontroll och uppföljning.

### **3.3.6 Lågutbildade får warfarin vid stroke i mindre utsträckning än högutbildade**

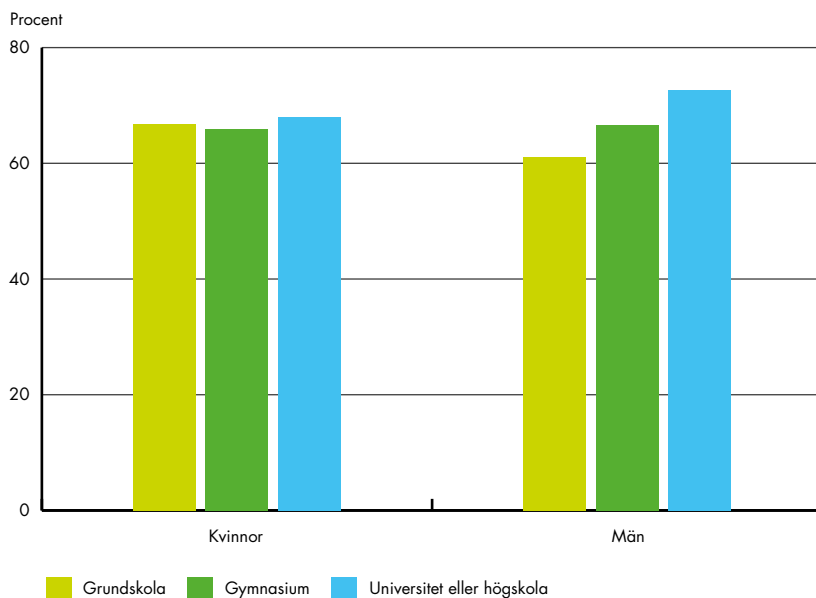
Vid sidan om den skillnad i andelen strokepatienter födda i Sverige och utanför EU som behandlas med warfarin vid stroke som beskrivs i avsnittet ovan, finns det även en motsvarande skillnad mellan andelen hög- och lågutbildade strokepatienter. I *Ojämna villkor för hälsa och vård* skriver Socialstyrelsen (2011a) att deras tidigare analyser visar att lågutbildade patienter får sämre läkemedelsbehandling vid stroke än högutbildade. Figur 11 illustrerar andelen patienter som får behandling med warfarin vid stroke till följd av hjärninfarkt orsakad av proppvandring från hjärtat för tre olika utbildningsgrupper för män respektive kvinnor. Bland kvinnor finns inte



någon särskild skillnad, men bland män skiljer sig andelen betydligt. Bland patienter med grundskoleutbildning behandlas 61 procent medan 73 procent av männen med högskole- eller universitetsutbildning behandlas. Siffrorna är åldersstandardiserade, vilket innebär att de skillnader som observeras mellan grupperna inte kan förklaras av att de har olika åldersstruktur.

Liksom för skillnaden mellan patienter födda i Sverige och utanför EU vad gäller sannolikhet att behandlas med warfarin efter stroke, kan det vara värdefullt att ha i åtanke att skillnaden som illustreras i figur 11 i princip skulle kunna reflektera en skillnad i *uttag* snarare än i *föreskrivning*. Det är också i princip möjligt att de lågutbildade patienterna får något annat likvärdigt blodförtunnande läkemedel i stället för warfarin. Men liksom för skillnaden mellan patienter födda i Sverige och utanför EU bedömer vi det osannolikt att hela skillnaden som illustreras i figur 11 skulle förklaras av någon av dessa faktorer. I vår fortsatta analys bortser vi därför från dessa faktorer och utgår ifrån att åtminstone en del av den skillnad som illustreras i figur 11 innebär att hög- och lågutbildade inte får likvärdig behandling.

**Figur 11.** Jämförelse av andel patienter med olika utbildning som får behandling med warfarin efter stroke till följd av hjärninfarkt orsakat av proppvandring från hjärtat.\*



\* Avser behandling 12–18 månader efter förstagångsinsjuknande i stroke åren 2007–2009. Åldersstandardiserade värden för män respektive kvinnor i åldern 55–79 år.

Källa: Socialstyrelsen (2012).

I likhet med skillnaden mellan patienter födda i Sverige och utanför EU, bedömer vi att skillnaden i andel hög- och lågutbildade som behandlas med warfarin vid stroke är omotiverad eftersom båda patientgrupperna torde vara i lika stort behov av behandlingen. Vi finner inte heller några argument för att patienter med lägre utbildning skulle ha sämre medicinska förutsättningar att tillgodogöra sig en warfarinbehandling med god följsamhet, kontroll och uppföljning.

### **3.3.7 Lågutbildade schizofrenipatienter får i större utsträckning än högutbildade två eller fler antipsykotiska läkemedel**

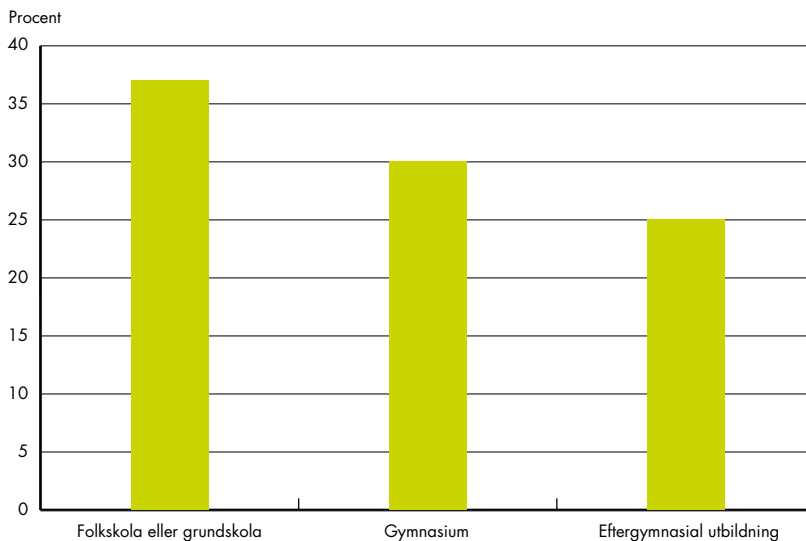
Schizofreni är en form av psykosjukdom, vilket innebär att den drabbade uppfattar verkligheten på ett annat sätt än andra. Att höra röster, känna sig förföljd och att tänka eller prata osammanhängande är exempel på vanliga symtom vid psykos. Schizofreni skiljer sig från flera andra psykosjukdomar genom att schizofrenipatienter har en sämre prognos och i många fall en tydlig funktionsnedsättning. Risken att insjukna i schizofreni under en livstid är omkring 0,8 procent, och det finns 30 000–40 000 personer som är i behov av insatser. (Socialstyrelsen 2003)

Socialstyrelsen (2009b) visar i *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009* att andelen schizofrenipatienter som har två eller fler antipsykotiska läkemedel är högre för patienter med kort utbildning än för patienter med lång utbildning. Figur 12 visar att omkring 37 procent av lågutbildade patienter hade två eller flera antipsykotiska läkemedel, att jämföra med cirka 24 procent av de schizofrenipatienter som hade en hög utbildningsnivå. Skillnader kvarstår även efter kontroll för kön, ålder, ålder vid inskrivning på sjukhus, tidsrymd mellan första inskrivning och läkemedelsuttag samt födelse-region och bostadsort (Socialstyrelsen 2009b).

Att behandlas med flera antipsykotiska läkemedel är i allmänhet inte positivt. Enligt Svenska Psykiatriska Föreningens (2009) kliniska riktlinjer för utredning och behandling vid schizofreni är läkemedelsbehandling effektivt vid schizofreni, men behandlingen bör också kombineras med andra insatser. I riktlinjerna framgår att det saknas stöd för att fler läkemedel ger förbättrad effekt och att behandling med endast ett läkemedel bör eftersträvas. Även SBU (2012) pekar på den begränsade eller otillräckliga evidensen av kombinationsbehandling, och Socialstyrelsen (2000) använder information om andel patienter som får två eller fler antipsykotiska läkemedel som en indikator på (sämre) vårdkvalitet. I en översikt om behandling med flera läkemedel vid schizofreni beskriver Barnes och Paton (2011) också



**Figur 12.** Andel schizofrenipatienter med olika utbildningsnivå som hämtat ut två eller fler antipsykotiska läkemedel.\*



\*Informationen avser läkemedel som hämtats ut 2006, patienter som var 30–69 år 2005 och som vårdats i slutenvård med diagnosen schizofreni någon gång under åren 1964–2005.

Källa: Socialstyrelsen (2009b).

den osäkra evidensen för positiva effekter av kombinationsbehandling, och nämner bland annat förhöjda doser och större risk för biverkningar som risker med kombinationsbehandling. Men de pekar också på att det kan finnas enskilda fall då behandling med mer än ett läkemedel faktiskt har positivt utfall för patienten (Barnes och Paton 2011), vilket innebär att det kan finnas tillfällen då läkare aktivt väljer att frångå riktlinjer om att enbart behandla med ett läkemedel. Detta framkommer också i våra intervjuer med verksamma inom området.

Enligt Socialstyrelsens (2011b) Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd bör schizofrenipatienter som har kvarvarande symtom efter läkemedelsbehandling erbjudas psykologisk behandling och psykosociala insatser. De psykosociala insatserna syftar huvudsakligen till att minska symtom och ge ökad livskvalitet för patienterna. De kan också bidra till att behålla eller ge ökad funktion när det gäller sådant som boende, arbete och relationer samt att ge ökad delaktighet i samhället för målgruppen.

Vi bedömer att skillnaden mellan andelen hög- och lågutbildade schizofrenipatienter som behandlas med två eller flera antipsykotiska läkemedel

är omotiverad eftersom vi inte hittar några argument för att den förklaras av en medicinsk avvägning. Vi hittar exempelvis inga argument för att lågutbildade skulle tillhöra den grupp av patienter där kombinationsbehandling fungerar i större utsträckning än för högutbildade.

### **3.3.8 Psykiskt sjuka patienter med akut hjärtinfarkt behandlas inte med ballongutvidgning (PCI) i samma utsträckning som övriga patienter**

Hjärtinfarkt innebär syrebrist i hjärtat och uppkommer till följd av blodpropp i något av hjärtats kranskärl. Om syrebristen blir långvarig för att proppen inte löser upp sig dör cellerna i hjärtmuskeln – det är då tillståndet kallas hjärtinfarkt. När en hjärtinfarkt har inträffat är det viktigt att så snabbt som möjligt öppna upp det blodkärl där proppen finns (Hjärt-lungfonden 2014). En viktig behandlingsinsats i detta skede är PCI (Percutaneous Coronary Intervention). PCI kallas ballongutvidgning på svenska och innebär att det tilltäppta kärlet vidgas med hjälp av en ballong som förs in i kärlet via en ledare.

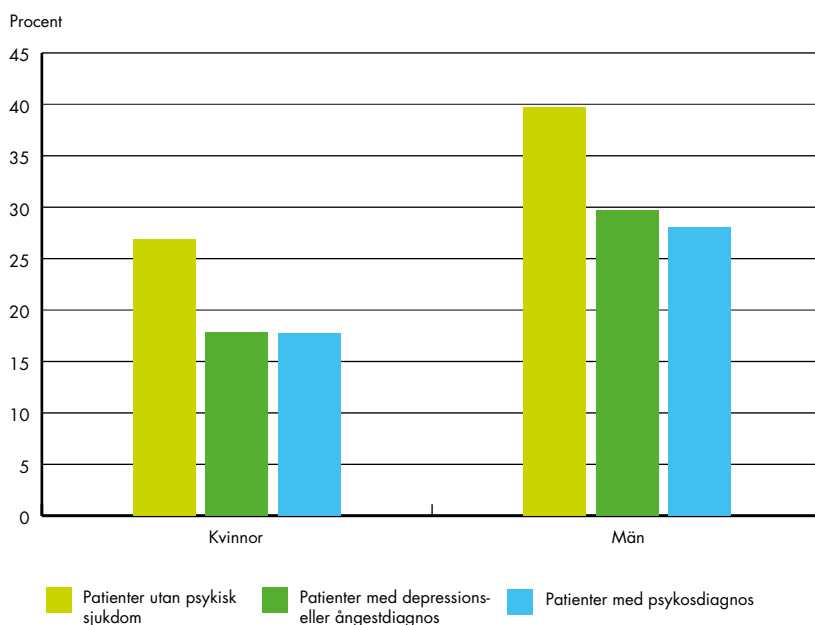
I *Ojämn villkor för hälsa och vård* refererar Socialstyrelsen (2011a) till en av sina studier om den somatiska vården vid psykisk sjukdom. I studien analyseras tillgång till PCI vid akut hjärtinfarkt baserat på data från åren 2003–2009 (Socialstyrelsen 2011c). Baserat på motsvarande analys utifrån uppdaterade data för åren 2006–2012 visar figur 13 att patienter med ångest- eller depressionsdiagnos och psykosdiagnos som för första gången insjuknar i akut hjärtinfarkt behandlas med PCI i mindre utsträckning än andra patienter. Andelen patienter utan psykisk sjukdom som behandlas med PCI är 28 procent bland kvinnor och 40 procent bland män. Bland både män och kvinnor är andelen mindre för både patienter med depressions- eller ångestdiagnos och psykosdiagnos. När Socialstyrelsen i studien justerar dessa skillnader för ålder, vilket landsting patienterna bor i och sammanlagd vårdtid de senaste tio åren för andra orsaker än psykisk sjukdom (i syfte att ta hänsyn till grad av annan somatisk sjukdom) kvarstår skillnader vad gäller patienter med psykosdiagnos bland både män och kvinnor. Det innebär att denna skillnad inte kan förklaras av att patienter med och utan psykosdiagnos eventuellt skiljer sig åt vad gäller dessa faktorer. Skillnaden mellan patienter med och utan depression- eller ångestdiagnos är statistiskt signifikant bland män, men inte bland kvinnor, när dessa faktorer kontrolleras.

Vi bedömer att skillnaden mellan patienter med och utan psykisk sjukdom vad gäller sannolikheten att behandlas med PCI vid akut hjärtinfarkt är omotiverad eftersom vi inte finner några argument för att patienter med psykisk sjukdom skulle vara i mindre behov av PCI. I den situation där patienterna



befinner sig då de drabbats av akut hjärtinfarkt torde båda grupperna av patienter ha samma behov av behandlingen (även om grupperna möjligen har olika behov i andra sammanhang). I litteraturen eller i våra intervjuer med verksamma inom området finner vi inte heller några argument för att det skulle finnas några särskilda medicinska skäl till att patienter med psykisk sjukdom inte kan behandlas. Även för patienter med psykisk sjukdom har behandlingen effekt och kan genomföras. Socialstyrelsens (2011c) studie visar att dödligheten bland psykospatienter som får hjärtinfarkt och behandlas med PCI är betydligt mindre än psykospatienter som får hjärtinfarkt och inte får PCI. Socialstyrelsen (2011c) beskriver också att risken att avlida efter hjärtinfarkt är avsevärt större för patienter med psykisk sjukdom än för andra patienter. De menar att avsaknaden av behandling med PCI av patienter med psykisk sjukdom bidrar till den förhöjda risken att avlida för patienterna med psykisk sjukdom.

**Figur 13.** Andel patienter med och utan psykisk sjukdom som behandlas med PCI.\*



\*Avser behandling 0–6 dagar efter inksrivning för hjärtinfarkt. Data för 2006–2012.

Källa: Socialstyrelsen (2014d).







## Möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården

### 4.1 ANGREPPSSÄTT FÖR ATT ANALYSERA OMOTIVERADE SKILLNADER I VÅRDEN

Målsättningen i det här kapitlet är att, utifrån befintlig litteratur och kompletterande intervjuer, fördjupa kännedomen om möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården. Analysen tar sin utgångspunkt i åtta skillnader och i en konceptuell modell, vars ambition är att i så hög grad som möjligt täcka in relevanta och tänkbara faktorer som kan bidra till att förklara omotiverade skillnader i vården.

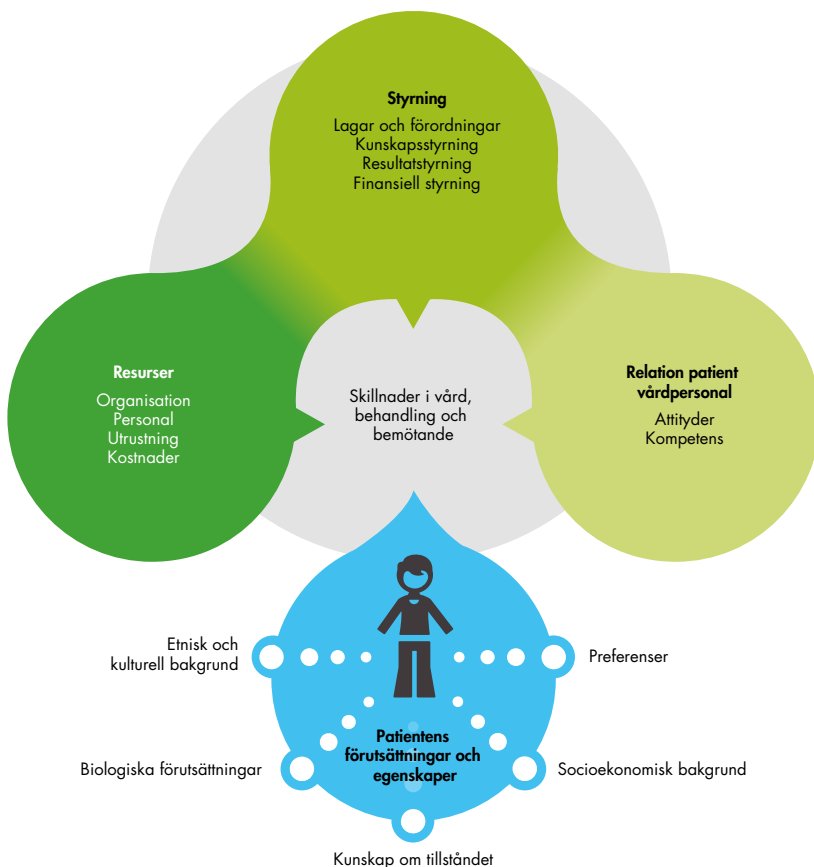
#### 4.1.1 Skillnader i vården påverkas av styrning, resurser samt relationen mellan patient och vårdpersonal

Den konceptuella modell som ligger till grund för analysen av möjliga orsaker till att det uppstår omotiverade väsentliga skillnader i vården illustreras i figur 14. Modellen har hämtat inspiration från Kilbourne och medförfattare (2006) som bland annat diskuterar just identifikation av faktorer som förklarar skillnader i hälsa och sjukvård. De lyfter fram en rad bestämningsfaktorer på olika nivåer: faktorer som kan härledas till den individuella patienten, till den enskilde behandlande vårdpersonalen, till vårdprofessionen som kollektiv såväl som till vårdens organisation och styrning.

Modellen avser att specificera viktiga delar av hälso- och sjukvården, delar som utgör beståndsdelar av vårdmötet och som därmed även kan utgöra faktorer som gör att patienter behandlas på ett inte likvärdigt sätt så att omotiverade skillnader uppstår. Modellen består av tre övergripande och viktiga delar av hälso- och sjukvården – 1) styrning; 2) resurser; samt



**Figur 14.** Konceptuell modell som ligger till grund för analys av möjliga orsaker till omotiverade väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande.



3) relationen mellan patient och vårdpersonal. Var och en av dessa delar inkluderar i sin tur relaterade och mer specifika faktorer, och tillsammans syftar de till att ringa in och kategorisera möjliga faktorer i vården som gör att omotiverade och väsentliga skillnader uppstår. Samtidigt svarar de mot vårt uppdrag då flera av de faktorer som nämns i regeringsuppdraget (S2012/8855/SAM) återfinns i modellen. Uppdraget är att göra en analys av vad i vården – exempelvis ersättningssystem, organisation, styrning och kompetens – som kan ha en betydelse för jämlik vård och utgöra orsaker till skillnader i vården.

### *Styrning*

Den första kategorin – styrning – inkluderar lagar och förordningar samt kunskapsstyrning, resultatstyrning och finansiell styrning.

Med kunskapsstyrning avses här att kunskap samlas in och sprids, att resultat följs upp och att ny kunskap sedan genereras och sprids på nytt. Det är den definition som nyligen lagts fram i departementspromemorian *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst* (Ds 2014:9). Det övergripande syftet är att använda mer evidensbaserade metoder och ta kunskapsbaserade beslut. Nationella riktlinjer, Öppna jämförelser och vägledningar är exempel på inslag i den statliga kunskapsstyrningen. Resultatstyrning och finansiell styrning utgör tillsammans den ekonomiska styrningen av en verksamhet. Resultatstyrning utgår från målformuleringar och uppföljning av resultat. Finansiell styrning inkluderar bland annat ersättningssystem och på vilka nivåer och organisatoriska enheter som ekonomiska beslut fattas.

Vårdens styrning kan bidra till att det uppstår skillnader i vården, exempelvis genom att kunskapsstyrning används i olika utsträckning av olika vårdgivare eller att ersättningssystem gör att en viss typ av patienter prioriteras före en annan typ av patienter (på andra grunder än utifrån vårdbehov).

### *Resurser*

Den andra kategorin – resurser – inkluderar faktorer som relaterar till hur verksamheten är organiserad, vilka kostnader som olika verksamheter är förknippade med, samt tillgång till personal och utrustning.

Dessa delar kan bidra till omotiverade skillnader genom att exempelvis patienter möts av olika vårdprocesser, genom att verksamhetens organisation i olika utsträckning gynnar olika patientgruppers behov eller genom att vissa patienter möts av brist på en viss grupp av vårdpersonal eller vårdplatser. Vidare är medvetna prioriteringar en del av vårdens organisation och kan bidra till att det uppstår skillnader. Om exempelvis ett särskilt sjukdomsområde tilldelas extra resurser i ett visst landsting, medan ett annat sjukdomsområde tilldelas extra resurser i ett annat landsting, ger detta olika förutsättningar som kan resultera i omotiverade skillnader utifrån patientens perspektiv.

### *Relationen mellan patient och vårdpersonal*

Den tredje kategorin – relationen mellan patient och vårdpersonal – består av faktorer som relaterar till vilken kompetens vårdpersonalen har om, och vilken attityd de har gentemot, olika patienter. Här ingår bland annat vårdens kommunikativa kompetens, vilket bland annat består av förmåga att förmedla viktig information på ett för patienten förståeligt sätt. Relationen mellan patient och vårdpersonal innefattar alltså bland annat den enskilde vårdpersonalens beteende, vilket i sin tur även kan påverkas av dennes egenskaper.



Relationen mellan patient och vårdpersonal kan leda till omotiverade skillnader genom exempelvis fördomsfulla attityder gentemot en viss grupp av patienter eller bristande kompetens vad gäller vilka behov en viss grupp av patienter har av information och stöd i behandlingen.

### *Patientens förutsättningar och egenskaper*

Utöver de tre övergripande delarna av sjukvården består modellen av en fjärde kompletterande kategori – patientens egenskaper och förutsättningar. Patienten utgör en central del av vårdmötet. Patienter är olika, med olika egenskaper och förutsättningar. För att analysera vilken vård, behandling eller bemötande som patienten får, och hur vård, behandling och bemötande skiljer sig åt mellan olika grupper av patienter, är det därför viktigt att även patienten utgör en del av modellen som beskriver mötet med vården.

De egenskaper och förutsättningar som kan vara viktiga i vårdmötet inkluderar bland annat patientens socioekonomiska bakgrund, då detta kan hänga samman med exempelvis förmågan att påverka vilken vård som ges, benägenheten att ställa krav och förmåga att ta till sig och bearbeta den information som ges. Vidare ingår patientens egen kunskap om möjliga alternativ vid det aktuella tillståndet, exempelvis vad gäller vilka behandlingar och behandlingsalternativ som finns tillgängliga. Etnisk och kulturell bakgrund kan därtill exempelvis påverka kommunikationsmöjligheterna. Patienter kan också ha olika biologiska förutsättningar att tillgodogöra sig vård och behandling. Vidare kan patienter ha olika syn på exempelvis i vilken utsträckning man önskar vara delaktig och vilken behandling som väljs i fall där det finns olika alternativ. Sådana val kan i sin tur påverkas av tidigare erfarenheter av vården.

Patientens så kallade hälsolitteracitet diskuteras ofta som en viktig faktor i vårdmötet. Begreppet hälsolitteracitet innefattar förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa och sjukdom, och därmed möjligheten att fatta välgrundade hälsorelaterade beslut (Mårtensson och Hensing 2009, 2011a och 2011b). I en översiktstudie om begreppet hälsolitteracitet, skriver Mårtensson och Hensing (2011b) att det finns studier som pekar på att hälsolitteraciteten är sämre i vissa grupper, såsom bland äldre, lågutbildade och utrikes födda. Men de diskuterar också hur hälsolitteracitet kan ses som ett komplext och dynamiskt fenomen som kan variera från fall till fall för en och samma person. Med det här synsättet är hälsolitteracitet inte en bakgrundsfaktor, och det blir svårt att gruppera personer efter hälsolitteracitet eftersom den ändras. Exempelvis kan en person ha god hälsolitteracitet i vissa sammanhang, men en sämre i andra, beroende på bland annat kontext, sinnesstämning och hur information förmedlas.

#### 4.1.2 Vården bör anpassa sig efter patienters olika egenskaper och förutsättningar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt förarbetena innebär det att det i princip bör vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster (prop. 1981/82:97 s 27). Därav följer att möjligheterna att vid behov få vård inte får påverkas av geografiska förhållanden och faktorer som exempelvis ålder, kön, utbildning, kulturella olikheter och etnicitet, och inte heller av exempelvis betalningsförmåga, förmåga att ta initiativ eller funktionsnedsättning (prop. 1981/82:97 s 113). Som exempel nämns det i förarbetena att alla ska ges likvärdiga möjligheter att exempelvis förstå en diagnos eller att sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd. Hänsyn ska alltså alltid tas till skillnader i individuella förutsättningar. Så långt det är möjligt ska verksamheter inrättas så att betydelsen av exempelvis språkliga och kulturella olikheter begränsas (prop. 1981/82:97 s 113-114). Vården ska också sträva efter att jämna ut skillnader som beror på bland annat förmåga att ta initiativ, och det framgår att vården ibland måste anpassas till vissa grupper (prop. 1981/82:97 s 28).

Sammantaget innebär detta att patienters olika egenskaper och förutsättningar inte ska påverka vilken vård som ges (såvida inte skilda medicinska förutsättningar eller medicinska behov föreligger), och vården ska anpassas efter patienten. Även om patienten utgör en central del av vårdmötet och även om patientens egenskaper och förutsättningar ingår som en del av mötet, är det vårdens uppgift att anpassa sig utifrån dessa skillnader och arbeta för att de jämnas ut. Två patienter med olika förmåga att uttrycka sig verbalt, olika förmåga att beskriva sina symtom eller som ställer olika krav på vilka prover som ska tas, kan användas som ett tänkbart och illustrerande exempel på hur patientens egenskaper och förutsättningar kan spela roll för vilken behandling som ges. En patient som har förmåga att sätta ord på sina symtom och som själv har viss kännedom om vilka lämpliga prover som kan tas för att ställa diagnos och hitta rätt behandling, kan tänkas ha ett bättre utgångsläge för att få genomgå en viss diagnostik eller behandling. Å andra sidan kan den patient som inte lika väl kan beskriva sitt tillstånd tänkas missa denna behandling. Om inte vårdgivaren kompenserar för patienternas olika förmågor att uttrycka sig och ställa krav blir vården ojämlig.

Det är alltså inte patienternas skilda egenskaper och förutsättningar som orsakar omotiverade skillnader, utan det är när vården inte lyckas kompensera eller anpassa i tillräcklig utsträckning som den omotiverade skillnaden



uppstår. Det innebär att det primära området där omotiverade och väsentliga skillnader i vården kan åtgärdas återfinns i hälso- och sjukvården, och inte hos patienten. Det är inom vården som det finns möjlighet att genomföra förändringar i syfte att minska omotiverade väsentliga skillnader. Det är vårdens ansvar att kompensera för patienternas skiftande förutsättningar, och inte patientens ansvar att anpassa sig till vårdens skiftande förmåga.

### 4.1.3 Vår analys är i huvudsak kvalitativ

För var och en av de åtta skillnader som ligger till grund för vår analys (se avsnitt 3.3) använder vi modellen i figur 14 för att identifiera möjliga orsaker till att skillnaden uppstår. Analysmetoden är i huvudsak kvalitativ och bygger på bedömningar och resonemang utifrån befintlig litteratur och kompletterande intervjuer med experter inom det sjukdomsområde som respektive skillnad berör. Totalt har 28 personer intervjuats. Dessa listas i bilagan. Vi har alltså inom ramen för det här uppdraget inte utfört någon egen empirisk kvantitativ analys där vi exempelvis bearbetat de data som ligger till grund för skillnaden.

Utifrån analyserna av de åtta skillnaderna gör vi en sammanställning av resultaten, i syfte att ringa in delar i vården som framstår som viktiga för att på en mer generell nivå förstå varför det finns omotiverade och väsentliga skillnader i vården. Resultaten från analysen presenteras i nästa avsnitt.

## 4.2 SAMMANSTÄLLNING AV ORSAKER UTFRÅN DE ÅTTA FALLSTUDIERNAS

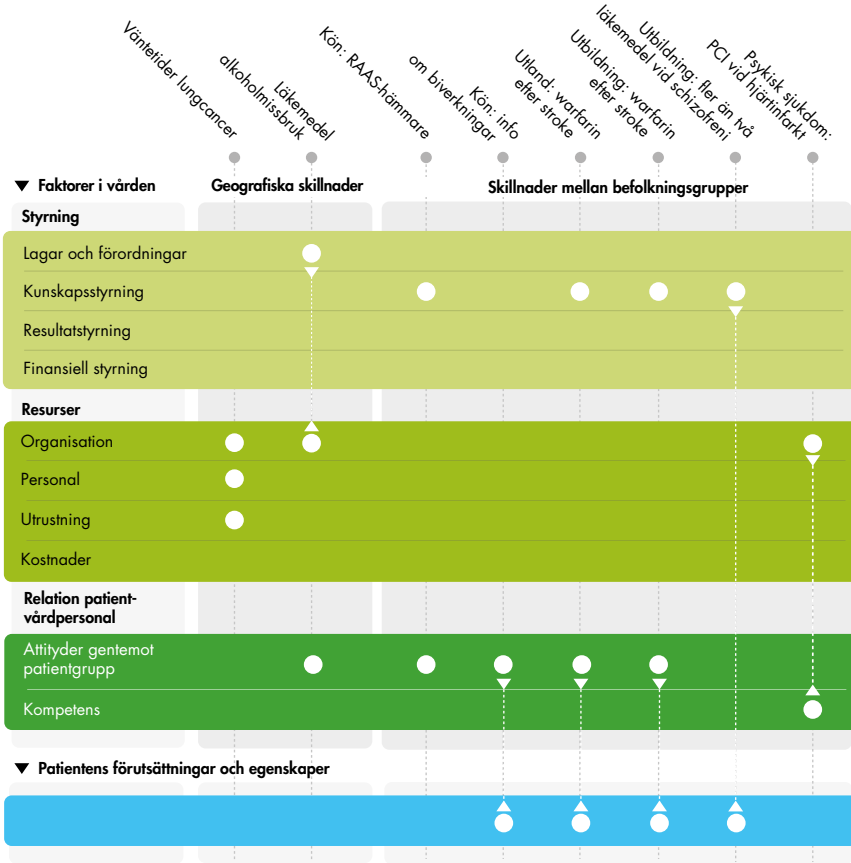
Figur 15 redovisar en sammanställning av våra resultat om vilka övergripande delar i sjukvården som kan förklara de åtta skillnader som ligger till grund för vår analys. Exempelvis finner vi förklaringar som relaterar till personal, organisation och utrustning vad gäller den geografiska skillnaden i väntetider vid lungcancer. En streckad linje i figur 15 innebär en förklaring där de två sammankopplade faktorerna samverkar. Exempelvis, vad gäller flera av skillnaderna mellan befolkningsgrupper finner vi att patientens egenskaper och förutsättningar i kombination med vårdens attityder gentemot en viss patientgrupp är en möjlig förklaring till skillnaden.

Utifrån analyserna dras fyra slutsatser om möjliga orsaker till omotiverade skillnader i vården:

- Skillnader i vårdens organisation, skillnader i tillgång till utrustning och personal samt lokala behandlingstraditioner bidrar till geografisk ojämlikhet



**Figur 15.** Sammanställning av vilka faktorer som kan förklara de åtta skillnader som utgör grund för analysen. Streckad linje innebär en förklaring där de sammankopplade faktorerna samverkar.



- Vårdmötet är en viktig faktor bakom omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper
- Otillräcklig kompetens i den somatiska vården bidrar till skillnader mellan patienter med och utan psykisk sjukdom
- Bristande kunskapsstyrning kan också bidra till omotiverade väsentliga skillnader mellan befolkningsgrupper i vården

#### 4.2.1 Skillnader i vårdens organisation, skillnader i tillgång till utrustning och personal samt lokala behandlingstraditioner bidrar till geografisk ojämlikhet

De två skillnader som ligger till grund för vår analys vad gäller ojämlikhet mellan landsting är skillnader i väntetid från remissdatum till specialistklinik

till beslut om behandling vid lungcancer samt skillnader mellan landsting i andelen patienter med alkoholdiagnos som gjort uttag av läkemedel mot alkoholberoende. I figur 15 framgår att vår analys finner att dessa främst orsakas av faktorer som relaterar till styrning och resurser, och mer specifikt av faktorer som relaterar till organisation, personal, utrustning och det juridiska ramverket (lagar och förordningar).

### *Vårdens organisation och tillgång till utrustning och specialister spelar roll för skillnader i väntetider vid lungcancer*

Vad gäller skillnaden i väntetider för lungcancerpatienter mellan landsting identifierar vi geografiska skillnader i vårdens organisation som en viktig orsak. Detta lyfts fram som en viktig förklaringsfaktor i våra intervjuer och det finns exempel på hur förändrade arbetssätt och vårdkedjor kan påverka väntetiderna.

I syfte att korta väntetider har införande av vårdlotsar och telemedicinska konferenser ingått i en försöksverksamhet i Uppsala-Örebro-regionen (RCC Uppsala-Örebro 2011 och 2012b). Preliminära siffror pekar på minskade väntetider i flera delar av processen. Exempelvis verkar vårdlotsarna ha kortat medianväntetiden mellan nybesök och behandlingsstart med tio dagar, från 42 till 32 dagar (RCC Uppsala-Örebro 2011 och 2012b).

Ett annat exempel på förkortade väntetider genom nya arbetssätt är ett pilot-projekt på Karolinska sjukhuset i Stockholm, där ett snabbspår för utredning av patienter med stark misstanke om lungcancer har provats (Kölbeck m.fl. 2013). Bland de första 80 patienterna som valdes ut till snabbspåret var medianväntetiden mellan remissankomst och behandlingsbeslut 17 dagar (Kölbeck m.fl. 2013). Kölbeck och medförfattare (2013) betonar att snabbspåret är designat för patienter med potentiellt botbar lungcancer (stadium I-III), medan den största delen av patienterna har spridd sjukdom, vilket gör dem mindre lämpade för utredningsupplägget i snabbspåret.

En annan möjlig orsak till skillnaden i väntetider är skillnader i tillgång till medicinsk utrustning. Inom RCC Uppsala-Örebro nämns bland annat lokala variationer i tid till PET-DT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi) som en orsak till inomregionala skillnader i väntetider, och tillgängligheten till PET-DT beskrivs som att den har varit begränsad och ojämnt fördelad i regionen (RCC Uppsala-Örebro 2011). Liknande resonemang lyfts i våra intervjuer fram som en bidragande orsak till längre väntetider, där särskilt ökad efterfrågan i kombination med bristande tillgång till PET-DT-utrustning diskuteras. Intervjuade läkare i landsting med längre väntetider uppger att det finns en ökad efterfrågan på PET-DT

men samtidigt en brist på PET-DT-resurser inom deras landsting. Ökade och skärpta krav på att en större andel patienter ska undersökas kombinerat med en begränsad tillgång på PET-DT-utrustning är därför en tänkbar orsak till skillnader i väntetider inom lungcancer vården. På nationell nivå har tillgången till PET-DT ökat de senaste åren, men det finns fortfarande stora regionala skillnader i både användning och tillgång till PET-utrustning (Socialstyrelsen och SKL 2011).

Även personaltillgång (specialister), och att små verksamheter är känsliga för förändringar i personalstyrkan, anges som en möjlig flaskhals när patienten ska utredas. Cancerfonden (2014) lyfter fram bristande personalförsörjning som en bidragande orsak till väntetider, samtidigt som de påvisar att det finns stora skillnader i förekomsten av vissa specialistläkare (patologer) räknat per invånare mellan landstingen. RCC Uppsala-Örebro (2011) beskriver att utredningar ibland försenas på grund av en ansträngd bemanningssituation, och relaterar detta till att det i landet överlag råder brist på både specialutbildade läkare och sjuksköterskor på lungcancerområdet.

Vi har inte haft tillgång till statistik över landstingens utrustning eller personaltillgång för de relevanta specialistgrupperna, och kan därför inte belysa det möjliga sambandet kvantitativt. Men då tillgång till personal och utrustning lyfts fram som viktiga faktorer ser vi ett behov av vidare kartläggning och analys av dessa områden.

### *Organisation och inställning till behandling lyfts fram som möjliga förklaringar till skillnader i läkemedelsbehandling vid alkoholdiagnos*

Vad gäller den geografiska skillnaden i andelen personer med alkoholdiagnos som har gjort uttag av läkemedel mot alkoholberoende framträder två huvudsakliga orsaker. Den ena är en kombination av lagstiftning och organisation där tolkningsutrymmet i de lagar som reglerar missbruksvården innebär regional variation i hur vården organiseras. Den andra är att kunskapen om patienternas behov och inställning till behandling av alkoholmissbruk inom sjukvården varierar över landet.

I våra intervjuer lyfts en otydlig ansvarsfördelning mellan kommun och landsting i missbruksvården fram som en sannolik orsak till den regionala skillnaden i läkemedelsbehandling för patienter med alkoholdiagnos. Hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen styr – på en övergripande nivå – ansvarsfördelningen mellan olika insatser inom missbruksvården. Enligt missbruksutredningen (SOU 2011) innebär den otydliga ansvarsfördelningen i dessa lagar att kommunerna står för merparten av vården i vissa landsting, medan landstingen gör det på andra ställen. I flera landsting råder delat



ansvar. Utredningen menar att denna oklara ansvarsfördelning drabbar den enskilde patienten genom bland annat bristande tillgänglighet, kontinuitet och samordning, vilket i sin tur kan innebära försämrade behandlingsresultat, eskalerande problem och låg motivation att ta itu med alkoholproblemen (SOU 2011). I våra intervjuer framhålls att det finns tendenser till bättre resultat i missbruksvården i de fall där landstingen har det övergripande ansvaret.

Genom att påverka hur många patienter som kommer i kontakt med vården och blir aktuella för läkemedelsbehandling, kan missbruksvårdens organisation, och vem som har ansvaret för den, också tänkas påverka hur stor andel av de diagnostiserade patienterna som behandlas med läkemedel. Exempelvis har den kommunala socialtjänsten inte möjlighet att diagnostisera och använda sig av medicinsk behandling. I de fall där kommunerna har det övergripande ansvaret för beroende- och missbruksvården finns det därför risk för underbehandling, och att en mindre del av patienterna kommer i kontakt med vården och blir diagnostiserade. Och om en mindre andel av alla patienter kommer i kontakt med vården, och om dessa dessutom är de patienter som har störst problem, är det möjligt att resultatet blir en hög andel läkemedelsbehandlade bland dem som når vården.

En annan möjlig orsak till att andelen med alkoholdiagnos som får läkemedelsbehandling varierar över landet är att kunskapen om patientgruppens behov, och att inställningen till medicinsk behandling av alkoholmissbruk, varierar. Enligt våra intervjuer betraktas alkoholberoende på en del håll som ett socialt problem, och inte som ett sjukdomstillstånd som ska behandlas med läkemedel. Om alkoholberoende ses som ett socialt problem är det sannolikt att läkemedelsbehandling erbjuds i mindre utsträckning.

Att inställning till läkemedelsbehandling varierar mellan olika platser kan ses som en form av lokal behandlingstradition. Lokala behandlings-traditioner är en förklaringsfaktor till geografiska skillnader i läkemedels-användning som lyfts fram i litteraturen i andra sammanhang än just vad gäller läkemedel mot alkoholberoende. Brommels och medförfattare (2013) studerar introduktionen av två läkemedel (trastuzumab och TNF-hämmare) i Sverige. De drar slutsatsen att läkarprofessionen spelar en central roll i beslutsprocessen vid introduktion av nya läkemedel. De menar att observerade regionala skillnader i förskrivningsmönster främst förklaras av de kollegiala nätverkens förhållningssätt till nya teknologier och behandlingsformer. Cutler och medförfattare (2013) uppmärksammar läkarens personliga uppfattning om en behandlings effekt som en viktig förklarande faktor till regional variation, och menar att egna erfarenheter och nätverk spelar en viktig roll. Ett ytterligare exempel är IMS Health

(2010) som lyfter fram variationer i den enskilde läkarens beteende och skillnader i vårdprogram och processer som en viktig förklaring till att lokala behandlingstraditioner skapas.

#### **4.2.2 Vårdmötet är en viktig faktor bakom omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper**

Skillnader mellan befolkningsgrupper karaktäriseras principiellt av att en viss vårdgivare vårdar, behandlar eller bemöter två patienter med samma sjukdom och samma vårdbehov på olika, och inte likvärdiga, sätt. Det är således i mötet mellan patienten och vårdpersonalen som skillnaden uppstår. Sammanställningen i figur 15 bekräftar denna hypotes. För de fyra första skillnaderna framgår det att attityder gentemot patientgruppen är en möjlig förklaringsfaktor.

I det här fallet är det alltså främst vad som sker i vårdmötet som spelar roll. Vi bedömer att faktorer i vården såsom personaltillgång, utrustning, organisation och ersättningssystem inte är direkt avgörande faktorer för vad som sker i vårdmötet. Däremot kan exempelvis organisation och resurser ha indirekt påverkan. För att vårdpersonalen ska ha möjlighet att agera jämlikt i vårdmötet, måste de ha förutsättningar till detta. Det skulle exempelvis kunna handla om att ha tillräckligt med tid i själva patientmötet, stöd att genomföra förändringar, eller tid att reflektera över behandlingsbeslut och jämlikhet. Sådana indirekta orsaker är ett intressant spår för fortsatt analys, men diskuteras inte vidare i det här avsnittet. I stället är fokus på de mekanismer som gör att vårdmötet resulterar i olika behandlingsbeslut för patienter som tillhör olika befolkningsgrupper.

Vår analys urskiljar tre mekanismer som kan förklara att vårdmötet resulterar i olika beslut för patienter som tillhör olika befolkningsgrupper: 1) otillräcklig kompensation och anpassning efter patienters varierande egenskaper eller förutsättningar; 2) tillämpning av information om patienter på gruppnivå för beslut om enskilda patienter (generaliseringar); och 3) omedvetet beteende med grund i normer och värderingar från vårdpersonalens sida, där patienter omedvetet behandlas olika utifrån exempelvis kön.

Att skilja mellan dessa tre mekanismer kan naturligtvis vara svårt i praktiken, och en observerad skillnad kan ha inslag av flera av de tre mekanismerna. Det är exempelvis ofta svårt att skilja på vad som är underliggande och omedvetna normer och värderingar och vad som i stället är agerande utifrån mer medvetna generaliseringar. Trots detta kan det vara viktigt och användbart att försöka särskilja dem, inte minst för att öka



förståelsen av vad som sker i interaktion mellan vårdpersonal och patient. Dessutom betonar Balsa och McGuire (2003) att vilka åtgärder som är effektiva beror på vilken typ av mekanism som ligger bakom. De pekar också på vikten av empirisk forskning på detta område.

Flera av de resonemang som beskrivs nedan, och flera av de studier som refereras, återfinns även i Tengelins (2013) kunskapsöversikt av social ställning och bemötande i vården.

### *Otillräcklig anpassning efter patienters varierande egenskaper och förutsättningar*

Tidigare i detta kapitel har vi diskuterat att vården bör anpassa sig till patienters olika egenskaper och förutsättningar (se avsnitt 4.1.2). Det innebär bland annat att vården så långt det är möjligt ska begränsa betydelsen av exempelvis språkliga och kulturella olikheter och skilda förmågor att ta egna initiativ. Men i vår analys finner vi exempel på skillnader som verkar uppstå just till följd av att vårdpersonalen inte kompenserar för patientens egenskaper eller förutsättningar i tillräcklig utsträckning. Det rör sig alltså om en kombination av vårdens kompetens och attityder och patienters egenskaper och förutsättningar. Det kan exempelvis handla om att två patienter, eller patientgrupper, har olika förmåga att ta till sig och förstå den information som ges, alternativt har olika kunskaper om möjliga behandlingar eller har olika förutsättningar att ta till sig sådan kunskap. Det kan också röra sig om att de har olika behov av mängden information och hur denna förmedlas. När vården inte anpassar sig efter patienters skilda förutsättningar och jämnar ut skilda förmågor kan omotiverade skillnader uppstå.

De två skillnaderna, mellan hög- och lågutbildade respektive mellan patienter födda i Sverige och utanför EU, gällande warfarinbehandling efter stroke utgör exempel på det här resonemanget. Patienter födda utanför EU och lågutbildade kan ha sämre förutsättningar att påverka sin vård och vara aktiva i vårdmötet. Scott och medförfattare (1996) nämner bland annat socialt avstånd mellan vårdpersonalen och patienten, och patientens kunskaper som faktorer som kan göra att socioekonomisk status påverkar vårdmötet. De nämner också att patienter med lägre socioekonomisk status sannolikt är mindre benägna att uttrycka sina preferenser, vilket kan göra att de uppfattas som mindre intresserade även om så inte är fallet. I en översiktstudie skriver Verlinde och medförfattare (2012) att högutbildade patienter är mer kommunikativa, vältaliga och bestämda, och att de ställer fler frågor. I en studie baserad på intervjuer med 20 svenska onkologer som arbetar med mag- och tarmcancer beskriver Cavalli-Björkman och medförfattare (2012) att de intervjuade

onkologerna menade att patienter med högre utbildning uppfattades som pålästa, med kunskap om kliniska prövningar och som ofta hade läst relevant litteratur innan läkarbesöket. Patienter med lägre utbildning beskrevs i stället som tillbakadragna och medgörliga, med färre frågor än högtbildade.

Skillnader i förutsättningar att påverka sin vård och vara aktiv i vårdmötet bör inte påverka behandlingsbeslutet eftersom vården ska anpassa sig efter och jämna ut patienternas skilda förutsättningar. Men det finns tecken på att de likväl spelar roll. Exempelvis drar Cavalli-Björkman och medförfattare (2012) slutsatsen att patientens utbildningsnivå påverkar längden på vårdmötet, vilken information som ges, och i vissa fall även vilken typ av behandling som ges. Enligt artikelförfattarna menar de som intervjuades i studien också att högtbildade i större utsträckning har starka sociala nätverk som kan resultera i mer behandling. Sämre följsamhet till behandling, kommunikationssvårigheter och mindre sociala nätverk nämndes bland de intervjuade som möjliga orsaker till att lågutbildade får mindre behandling vid cancer än högtbildade.

Våra intervjuer bekräftar bilden att vilka krav som ställs på vården varierar med utbildning. I intervjuerna framkommer också att varierande krav kan vara en bidragande orsak till att lågutbildade och utlandsfödda behandlas med warfarin i mindre utsträckning. I så fall lyckas inte vården jämna ut skillnader i förutsättningar utan låter dessa påverka behandlingen.

Även skillnaden mellan män och kvinnor vad gäller andelen som uppger att de har fått information om läkemedelsbiverkningar utgör ett exempel på när en omotiverad skillnad kan uppstå till följd av otillräcklig anpassning från vårdens sida. Men i det här fallet handlar det om patienters skilda behov eller förväntningar, snarare än skillnader i förmåga att ställa krav och påverka sin vård. Det aktuella exemplet gäller vilken information om läkemedelsbiverkningar som män respektive kvinnor uppfattat att de har fått. En möjlig förklaring till att skillnaden uppstår är att kvinnor ibland vill ha mer information än vad män vill, och om män och kvinnor då får samma information upplever kvinnorna i större utsträckning att de inte har fått tillräckligt med information. I detta fall genereras alltså skillnaden av att män och kvinnor bemöts lika (får samma information), men har olika behov eller förväntningar, vilket vården inte anpassar sig till och kompenserar för.

Vad gäller kvinnors och mäns eventuella skilda krav på information framkommer det i våra intervjuer att det finns en uppfattning att kvinnor tenderar att ställa högre krav på hälso- och sjukvården. Detta kan leda till att kvinnor känner sig sämre behandlade eller bemötta när de får samma bemötande eller behandling som män. Att kvinnor i högre grad än män



rapporterar biverkningar och läkemedelsrelaterad sjuklighet (SKL 2014b, Socialstyrelsen 2004), lyfts i våra intervjuer fram som en möjlig orsak till att kvinnor har större behov av att få information om biverkningar.

Resonemanget styrks också till viss del av studier som visar att män och kvinnor reagerar på och är missnöjda med olika delar av vården. Kvinnor tenderar att uttrycka missnöje kring attityder och bemötande, medan män i större utsträckning är kritiska till väntetider och medicinsk behandling (Foss och Hofoss 2004). SKL (2014b) redogör för att kvinnor står för en majoritet av de anmälningar och klagomål som görs och att det också är vanligare att kvinnors ärenden resulterar i kritik från Socialstyrelsen, vilket kan tyda på att reella brister ligger bakom klagomålen. De menar också att kvinnor mer än män klagar på bemötande och att kvinnor i betydligt större utsträckning rapporterar om kränkningar i vården. Baserat på en studie om vårdkvalitet bland patienter på två svenska sjukhus, drar Wilde Larsson och medförfattare (1999) slutsatsen att män och kvinnor ger den vård de får liknande omdömen, men att kvinnor värdesätter vårdens kvalitet högre.

### *Generalisering av information om patienter på gruppnivå för beslut om enskilda patienter*

En annan förklaring till varför det uppstår skillnader mellan två patienter, eller patientgrupper, i mötet med vården är att vårdpersonalen agerar utifrån förutfattade uppfattningar om patienten baserat på någon observerbar egenskap, exempelvis kön, ålder eller hudfärg. Beroende på vilket attribut en patient har, drar vårdgivaren slutsatser om patientens preferenser och förutsättningar utifrån tidigare erfarenheter och generaliseringar, slutsatser som inte nödvändigtvis stämmer med den enskilda patientens egenskaper.

Den här typen av resonemang som orsak till skillnader i vården återfinns också i den vetenskapliga litteraturen. Med fokus på skillnader i vården mellan minoritets- och majoritetsgrupper, diskuterar exempelvis Balsa och McGuire (2003) hur läkares användning av generaliseringar vid behandlingsbeslut och stereotypa föreställningar om patientgrupper kan leda till skillnader. Som ett exempel på det senare finner van Ryn och Burke (2000) i en amerikansk kontext att läkare har olika föreställningar och uppfattningar om olika socioekonomiska grupper. Läkare skattade exempelvis patienter med lägre socioekonomisk status som mer irrationella och mindre självständiga. Givet utbildningsnivå, skattades afroamerikaner som lägre utbildade, vilket tyder på att de skilda föreställningarna om olika grupper inte alltid reflekterar faktiska skillnader mellan grupperna. Artikelförfattarna menar att detta är ett tecken på att information om



grupper appliceras felaktigt på enskilda individer, vilket kan vara skadligt för den enskilda patienten och potentiellt sett påverka vården. De ser det som orealistiskt att läkare skulle vara opåverkade av patienters socioekonomiska position eller demografiska faktorer och endast använda sig av medicinsk information. I stället nämns omständigheter i vårdpersonals vardag såsom behov av snabba bedömningar och beslut, tidsbegränsningar och komplexa arbetsuppgifter, som faktorer som ökar sannolikheten att generaliseringar eller stereotyper används.

Skillnaderna mellan hög- och lågutbildade och mellan patienter födda i Sverige och utanför EU, vad gäller andelen som behandlas med warfarin efter stroke, utgör exempel på att förutfattade meningar om en patientgrupp kan förklara att omotiverade skillnader uppstår. Patienter med högre socioekonomisk status följer i allmänhet behandlingsrekommendationer och läkemedelsbehandlingar i större utsträckning än lågutbildade (Goldman och Smith 2002, Wamala m.fl. 2007). Mer specifikt för warfarinbehandling finner Fang och medförfattare (2006) att patienter med högre hälsolitteracitet har en större förståelse för sin warfarinbehandling och vilken risk den innebär. Däremot visar studien inte något tydligt samband mellan hälsolitteracitet och i vilken utsträckning som patienterna själva uppgav att de följde behandlingen. I våra intervjuer framkommer det att vårdpersonals vetskap om skillnader i patienters efterlevnad av behandlingar och förståelse för behandlingen kan resultera i en ”överdriven försiktighet” att förskriva warfarin till personer med lägre utbildning, särskilt eftersom det är en behandling som kräver stor följsamhet och noggrann kontroll över behandlingen.

Om skillnaden mellan män och kvinnor vad gäller information om läkemedelsbiverkningar är en *faktisk* skillnad, det vill säga att till exempel läkare ger olika information till män och kvinnor, och inte en *upplevd* skillnad, är även denna skillnad ett möjligt exempel på när personalen agerar utifrån förutfattade uppfattningar om patienten med en omotiverad skillnad som följd. I våra intervjuer framkommer det att kvinnor generellt sett förutsätts vara mer kunniga vad gäller vård- och omsorgsrelaterade frågor, bland annat för att kvinnor oftare arbetar inom området. Denna förutsättning skulle kunna förklara att kvinnor får mindre information, eftersom vårdpersonalen tror att kvinnorna har tillräcklig förståelse ändå.

### *Vårdpersonalen behandlar (omedvetet) olika patienter olika*

Vad gäller skillnaden mellan män och kvinnor i andelen som får behandling med RAAS-hämmare efter hjärtsvikt, resulterar vår analys inte i några direkta förklaringar till att den uppstår. För den ena typen av hjärtsvikt



är kunskapsläget om optimal behandling osäkert (RiksSvikt 2014). Men bristande kunskap om optimal behandling är i sig inte en förklaring till varför kvinnor och män behandlas olika. Den bristande kunskapen verkar inte röra sig om enbart behandling av kvinnor, utan av patienter med hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion i allmänhet. Vi bedömer därför att denna skillnad utgör ett exempel på att skillnader också kan uppstå till följd av omedvetna attityder och beteenden från vårdpersonalens sida – läkaren behandlar omedvetet, och utan några särskilda argument eller motiv, kvinnor med RAAS-hämmare i mindre utsträckning än män.

I våra intervjuer framkommer en viss insikt om att skillnaden mellan män och kvinnor vad gäller behandling med RAAS-hämmare nog kan röra sig om omedvetna beteenden. Att kvinnliga hjärtsviktpatienter i högre utsträckning vårdas på internmedicin i stället för vid kardiologisk specialistenhet och att manliga patienter i högre grad får ta del av nyare läkemedel, nämns som exempel på andra skillnader som inte heller har logiska förklaringar utan som sannolikt förklaras av omedvetet beteende.

Exemplet med behandling med RAAS-hämmare efter hjärtsvikt är en skillnad mellan män och kvinnor, men ett liknande resonemang om omedvetet beteende kan föras gällande skillnader i flera andra dimensioner, exempelvis mellan socioekonomiska grupper och mellan patienter med olika kulturell bakgrund. På grund av underliggande normer och värdegrunder påverkas vårdpersonalens beteenden och beslut av vem patienten är.

### **4.2.3 Otillräcklig kompetens i den somatiska vården bidrar till skillnader mellan patienter med och utan psykisk sjukdom**

Även skillnaden i andel patienter med och utan psykisk sjukdom som behandlas med PCI vid akut hjärtinfarkt är en skillnad mellan befolkningsgrupper. Bristande anpassning och kompensation, generaliseringar och omedvetna beteenden, faktorer som alla diskuteras i föregående avsnitt, kan till viss del tänkas råda även för skillnader i den somatiska vården mellan patienter med och utan psykisk sjukdom. Exempelvis finns det studier som visar på utbredda negativa attityder i samhället gentemot psykiskt sjuka (SOU 2010). Men i figur 15 framgår att skillnaden i PCI-behandling har delvis andra viktiga förklaringar. Den främsta förklaringen till att patienter med psykisk sjukdom underbehandlas i den somatiska vården som framkommer i vår analys är *otillräcklig kompetens* i den somatiska vården om psykiskt sjuka patienters tillstånd, behov och förutsättningar.

En bidragande faktor till den bristande kompetensen kan vara den

strikta uppdelningen mellan somatisk och psykiatrisk vård, det vill säga organisatoriska faktorer. Bristande samordning såväl mellan som inom vård- och omsorgsinstanser kan leda till bristande vårdkvalitet till följd av felaktig behandling (Vårdanalys 2014). I de fall där patienten lider av samsjuklighet är risken för felbehandlingar till följd av otillräcklig samverkan mellan olika vårdinsatser eller vårdgivare än mer påtaglig. Detta gäller sannolikt även för psykiskt sjuka patienter som lider av somatisk sjukdom.

I våra intervjuer diskuteras otillräcklig kompetens och bristfälligt omhändertagande av patienter med psykisk sjukdom i den somatiska vården som möjliga förklaringar till skillnader i vården mellan patienter med och utan psykisk sjukdom. Det framkommer att personalen inom den somatiska vården har relativt begränsad kunskap om patienternas typiska psykiska symtom, besvär eller önskvärda behandlingsmetoder. Exempelvis är oförmåga att fatta beslut, tankestörningar som gör patienten svårförståelig i tal, isolering från andra och inaktivitet symtom vid psykisk sjukdom (Internmedicin 2014). Om vårdpersonalen inte har tillräcklig kunskap om dessa tillstånd och förutsättningar, och därför inte anpassar och kompenserar vården därefter, kan den vård som psykiskt sjuka patienter får påverkas negativt.

Vad gäller den specifika skillnaden angående behandling med PCI efter hjärtinfarkt beskrivs i våra intervjuer också svårigheten med att behandla och omhänderta en person med hjärtinfarkt som vid ankomst till akuten befinner sig i ett psykotiskt tillstånd. Svårigheten innefattar att i ett akut skede både ställa korrekt diagnos samt prioritera mellan behandlingsalternativ. PCI är ett kirurgiskt ingrepp och om en person är i ett psykotiskt tillstånd försvårar det möjligheten att genomföra behandlingen. Detta gäller sannolikt i de fall då PCI behöver genomföras direkt efter ankomst till sjukhus eftersom möjligheten att behandla patientens psykos är mycket begränsad.

Det verkar alltså finnas otillräcklig kompetens och osäkerhet kring hur psykiskt sjuka patienter ska omhändertas, både specifikt vid hjärtinfarkt och i den somatiska vården generellt. Det finns även ytterligare aspekter av otillräcklig kompetens gällande omhändertagandet av psykiskt sjuka patienter. Samtidigt som personalen inom den somatiska vården har otillräcklig kompetens om patientens psykiska besvär, kan personalen inom den psykiatriska vården ha otillräcklig kompetens om patientens somatiska besvär. Exempelvis nämner en av de intervjuade att psykiatrin föredrar att remittera patienter med somatiska besvär till primärvården framför remittering till somatisk specialistvård, och att primärvården saknar den kompetens som krävs för att hantera dessa patienters samsjuklighet. Överlag



innebär de olika aspekterna på bristande kompetens att patienter med psykisk sjukdom riskerar att falla mellan stolarna, bli felremitterade och bli felbehandlade.

#### **4.2.4 Bristande kunskapsstyrning kan också bidra till omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper**

I vår analys finner vi också exempel på att bristande kunskapsstyrning kan bidra till skillnader i vård och behandling mellan befolkningsgrupper. Figur 15 indikerar att det finns förklaringar som relaterar till kunskapsstyrning i fyra fall: Vad gäller skillnaden mellan hög- och lågutbildade schizofrenipatienter som får behandling med två eller fler antipsykotiska läkemedel, skillnaden mellan män och kvinnor vad gäller behandling med RAAS-hämmare vid hjärtsvikt och skillnaderna mellan hög- och lågutbildade respektive patienter födda i Sverige och utanför EU som får warfarin efter stroke orsakat av hjärninfarkt.

##### *Lågutbildade schizofrenipatienter drabbas av bristande utbud av rekommenderade psykosociala insatser*

En möjlig orsak till att lågutbildade schizofrenipatienter behandlas med två eller fler antipsykotiska läkemedel i större utsträckning än högutbildade är att lågutbildade patienter är överrepresenterade bland svårbehandlade schizofrenipatienter. Svårbehandlade patienter är mer beroende av att det finns kompletterande psykosociala insatser vid sidan av läkemedelsbehandling. När utbudet av sådana psykosociala insatser är knapphändigt, är det möjligt att risken för ytterligare läkemedelsbehandling ökar.

Nedsatt kognitiv förmåga är väl belagt vid schizofreni och kognitiv dysfunktion är samtidigt en viktig faktor för patientens prognos (Wiesel 2007). Ju större kognitiv funktionsnedsättning desto sämre prognos. En mindre kognitiv förmåga kan på så vis sägas vara förknippat med en högre sjukdomsgrad, och därmed mer svårbehandlade former av sjukdomen. I den mån det finns ett samband mellan utbildning och kognitiv förmåga innebär det att patienter med lägre utbildning kan vara mer svårbehandlade.

Svårbehandlade patienter som vårdas på enheter där psykosociala insatser saknas, kan tänkas ha en förhöjd risk att ordinerar flera läkemedel, eftersom alternativa insatser saknas. Bristande utbud av alternativa insatser kan alltså tänkas drabba lågutbildade patienter i större utsträckning än högutbildade eftersom de lågutbildade är i större behov av dem för att få en fungerande behandling. På så vis drabbar bristande följsamhet till behandlingsriktlinjer, genom bristande utbud av psykosociala insatser, svårbehandlade patienter i större utsträckning.

Utbudet av rekommenderade psykosociala insatser är bristfälligt på många ställen. I de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen 2011b) beskrivs 43 olika insatser med varierande prioritet. Enligt Bättre Psykosvårds enkätundersökning från 2012 erbjuds i Sverige i genomsnitt 26 av de psykosociala insatserna som anges i de nationella riktlinjerna (Bättre Psykosvård 2012). Enkäten pekar på relativt stora skillnader mellan olika enheter och delar av landet när det gäller i vilken utsträckning som de rekommenderade psykosociala insatserna erbjuds. Resultat från 2013 års enkätundersökning visar att knappt 20 procent av enheterna uppskattar att mer än 75 procent av patienterna får tillgång till de rekommenderade insatserna (Bättre Psykosvård 2013). Större delen av dessa enheter är subspecialiserade psykosenheter och en mindre del allmänpsykiatriska enheter. Drygt 40 procent av enheterna uppger att det är mindre än 50 procent av patienterna som erbjuds insatserna. Rapporten konstaterar därmed att det finns arbete kvar att göra innan patienter får tillgång till god och likvärdig vård.

*Det saknas kunskap om optimal behandling för den typ av hjärtsvikt där en mindre andel kvinnor än män behandlas med RAAS-hämmare*

Vad gäller skillnaden i andel män och kvinnor som får behandling med RAAS-hämmare vid hjärtsvikt lyfts otydliga nationella riktlinjer och behandlingsriktlinjer fram som bidragande förklaring. Den medicinska forskningen om hjärtsvikt har till större delen varit inriktad på hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion, medan kunskapsläget om hur hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion ska behandlas är mer oklart (McMurray m.fl. 2012, Edner och Lund 2013, RiksSvikt 2014). Exempelvis utgår majoriteten av alla studier av hjärtsvikt från hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion. I våra intervjuer framkommer det att detta bland annat beror på att normal ejektionsfraktion är förknippat med större samsjuklighet, det vill säga att patienter med normal ejektionsfraktion ofta också har andra sjukdomar. Sådan samsjuklighet minskar möjligheten att göra så kallade randomiserade kontrollstudier och därmed studera hjärtsvikten i sig, utan att riskera att effekter av de andra sjukdomarna påverkar det utfall som studeras. De intervjuade menar att denna avsaknad av kunskap drabbar kvinnor i större utsträckning än män.

Samtidigt ska inte riktlinjers roll för att motverka omotiverade skillnader överdrivas – även om det finns kunskap och tydliga riktlinjer kan skillnader uppstå (som vi ser i flera av de skillnader som den här rapporten grundar sig på) och även om det inte finns riktlinjer behöver det inte uppstå



omotiverade skillnader. Det finns även indikationer på att riktlinjer i vissa fall kan bekräfta redan etablerade behandlingstraditioner snarare än att styra dem (Brommels m.fl. 2013). Men i det specifika fallet med behandling vid hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion pekar våra intervjuer på att avsaknaden av kunskap och otydliga riktlinjer innebär en osäkerhet bland de behandlande läkarna. Detta kan göra att andra faktorer får spela en större roll vid behandlingsbeslutet. Sådana andra faktorer kan exempelvis vara lokala behandlingstraditioner eller omedvetet beteende enligt vad som beskrivs tidigare i det här kapitlet.

### *Olika grupper av patienter vårdas på ställen med olika följsamhet till behandlingsriktlinjer*

Det tredje exemplet på en möjlig förklaring till omotiverade skillnader som relaterar till bristande kunskapsstyrning, berör skillnaderna i andelen hög- och lågutbildade och mellan patienter födda i Sverige och utanför Norden och EU, som behandlas med warfarin vid stroke som uppstått till följd av hjärninfarkt orsakat av proppvandring från hjärtat.

Historiskt sett har det funnits skillnader i vilken utsträckning hög- och lågutbildade strokepatienter behandlas på särskilda strokeenheter. Strokeenheter började etableras i Sverige på 1970-talet för att sedan utökas successivt. 2011 vårdades 85 procent av alla akuta strokepatienter åtminstone någon del av sin sjukhusvistelse på en strokeenhet (Glader m.fl. 2013). I en studie baserad på data från kvalitetsregistret Riks-Stroke för åren 1995 till 2009 finner Glader och medförfattare (2013) att patienter med lägre utbildning hade sämre tillgång till strokeenheter i början av perioden, men att denna skillnad gradvis har försvunnit över tid då tillgången till strokeenheter överlag har blivit bättre. Eventuellt kan ett liknande mönster tänkas finnas för patienter födda utanför EU även om detta inte studeras av Glader och medförfattare (2013).

I våra intervjuer framkommer det att följsamheten till behandlingsriktlinjer ofta är bättre vid specialiserade strokeenheter. Det innebär att högutbildade, åtminstone historiskt, oftare har vårdats på enheter med bättre följsamhet till behandlingsriktlinjer. Detta är en möjlig förklaring till varför patienter med högre socioekonomisk status (hög utbildning och eventuellt också patienter födda i Sverige jämfört med patienter födda utanför EU) har fått warfarin efter stroke i större utsträckning. Men eftersom skillnaden mellan olika grupper av patienter som behandlas på strokeenheter enligt Glader och medförfattare (2013) har jämnats ut över tid, bör inte den här förklaringen vara särskilt viktig längre för just

skillnaderna vad gäller warfarinbehandling vid stroke. Men resonemanget kan vara relevant i ett större sammanhang då liknande resonemang kan ha betydelse i andra fall. Exempelvis finns det skillnader i var patienter från olika befolkningsgrupper bor – både inom en viss stad, inom en region och över landet. Detta kan påverka exempelvis vid vilket sjukhus patienten får behandling, och beroende på om sjukhuset är ett universitetssjukhus eller inte, kan vårdutbudet, kontinuiteten och kompetensen eventuellt variera. Detta resonemang pekar på vikten av tillgång till datamaterial och på behov av fördjupade analyser så att det i största möjliga mån reds ut ifall en observerad skillnad mellan exempelvis hög- och lågutbildade egentligen förklaras av att hög- och lågutbildade bor på olika ställen och därmed får tillgång till olika behandling. Detta är viktigt för att förstå vilka faktorer som påverkar skillnaden.

#### 4.3 ERSÄTTNINGSSYSTEMENS ROLL ÄR INTE SJÄLVKLAR FÖR OJÄMLIKHETER MELLAN PATIENTER MED SAMMA VÅRDBEHOV

En viktig del i vårdens styr- och ledningssystem består av den ersättning som utgår till vårdgivarna. Ersättningen ska fylla en rad olika syften. Ytterst vore det givetvis optimalt om ersättningen kopplades till uppnådda hälsoeffekter hos patienterna. Trots flera ansatser att belöna kvalitet föreligger dock stora svårigheter för en rättvis och ändamålsenlig ersättning. Det finns knappast någon enskild ersättningsform som kan anses vara mest fördelaktig under alla omständigheter (Barnum m.fl. 1995, Charlesworth m.fl. 2012), utan olika ersättningsformer främjar olika mål. Några exempel på målområden som relaterar till ersättningssystemets funktion är:

- God kostnadskontroll – viktigt för att säkerställa hälso- och sjukvårdssystemets långsiktiga stabilitet
- Hög produktion – viktigt för att uppnå god tillgänglighet
- Produktivitet och kostnadseffektivitet – viktigt för att få mesta möjliga vård i förhållande till insatta resurser
- Hög kvalitet – viktigt för att nå goda medicinska resultat och hög patienttillfredsställelse
- En rättvis fördelning – de med störst vårdbehov ska prioriteras först vid tilldelning av vård
- God koordinering av vården – viktigt för att främja effektiva vårdkedjor och för att undvika ineffektiva behandlingar



Det finns flera uppenbara konflikter mellan dessa målsättningar. Exempelvis kan hög produktion gå ut över den totala kostnadskontrollen. På samma sätt kan ersättning per prestation (vårdaktivitet) gå ut över vårdens kvalitet, eller påverka prioriteringar vid tilldelning av vård.

Den främsta ambitionen vid utformningen av ersättningssystemet vad gäller jämlik vård är målet att systemet ska kompensera för när det föreligger skillnader i vårdbehov mellan olika patientgrupper, det vill säga när vissa grupper har större behov än andra. Detta då ett grundläggande krav på jämlik vård är att vården uppfyller målet om vertikal rättvisa, det vill säga att grupper med större behov ges företräde till hälso- och sjukvården. Det vanligaste sättet att kompensera för skillnader i vårdbehov mellan patientgrupper är att högre ersättning utgår för mer kostnadskrävande diagnoser, antingen vid styckersättning per åtgärd (exempelvis per operation eller besök) eller vid ersättning per patient (så kallad kapitering). Skillnaden i ersättning tar härmed fasta på patienternas diagnoser eller sjukdomar, alternativt andra markörer som kan förklara skillnader i behov (till exempel utbildningsnivå). I en majoritet av landstingen justeras exempelvis i dagsläget primärvårdsersättningen per listad individ för socioekonomiska förhållanden i olika bostadsområden. Exempel på variabler som ligger till grund för justeringen utgörs av andelen utlandsfödda och andelen lågutbildade inom ett område (Lindgren 2014). Via socioekonomiska behovsindex söker landstingen fördela resurserna efter skillnader i vårdbehov. Syftet är alltså att försöka premiera vårdens vertikala rättvisa.

I den här rapporten studeras i stället ojämlikheter i vård, behandling och bemötande för patienter med *samma* vårdbehov – det vill säga vårdens horisontella rättvisa. Jämlikhetsaspekten avser här att personer med samma vårdbehov ska ges likvärdig vård, behandling och bemötande oavsett personliga egenskaper och förhållanden. Ersättningssystemets roll för att hantera denna typ av ojämlikheter är väsentligt mer oklar och i dagsläget inte föremål för justering av ersättningen. Detta kan vara en förklaring till att ersättningens utformning inte framkommit som någon orsak (förklaringsmekanism), vare sig vid intervjuerna eller vid litteratursökningen, inom de skillnader som vi har studerat.

För att stimulera till jämlik vård för personer med samma vårdbehov oavsett bakgrundsfaktorer (exempelvis kön, utbildningsnivå, födelseland) är det troligen mer framkomligt att använda sig av målrelaterad ersättning, där ersättning utgår om vården, behandlingen och bemötandet är jämlikt. Vårdens jämlikhet – vad gäller att personer med samma vårdbehov behandlas på ett likvärdigt sätt – behandlas i detta fall som en kvalitetsaspekt som ersätts om på förhand givna mål uppnås.







## En mer jämlik vård är möjlig

I enlighet med regeringsuppdraget ger vi i det här kapitlet förslag på åtgärder som kan vidtas för att nå en mer jämlik vård. Utifrån analysen i föregående kapitel presenterar vi sex förslag på åtgärdsområden. I det kommande avsnittet beskrivs förslagen mer ingående. Därefter ges några avslutande reflektioner.

### 5.1 FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDSOMRÅDEN FÖR EN MER JÄMLIK VÅRD

Utifrån analysen i föregående kapitel har vi sex förslag på åtgärdsområden som vi bedömer skulle kunna bidra till en mer jämlik vård. Förslagen är av övergripande karaktär och vart och ett av åtgärdsområdena behöver utredas och konkretiseras ytterligare innan de kan bli verklighet. Då våra förslag baseras på en analys med utgångspunkt i åtta enskilda och specifika skillnader i vården ska åtgärderna inte heller ses som en fullständig lista över möjliga åtgärder – det finns givetvis ytterligare möjliga sätt att främja jämlik vård. Men målet är att åtgärdsförslagen ska bidra till fortsatt arbete med och diskussion om jämlik vård, det vill säga till att främja aktiviteter och förhållningssätt som sammantaget syftar till att resultera i konkreta förbättringar.

De sex förslagen på åtgärdsområden listas i figur 16. De fyra första riktar sig i huvudsak till regeringen. Det femte förslaget om att stärka förutsättningarna för vårdprofessionerna att bedriva en mer jämlik vård riktar sig i stor grad till landstingen. Det sjätte förslaget att stärka utsatta grupper i mötet med vården riktar sig till alla nivåer och aktörer inom hälso- och sjukvården. Vi bedömer att regeringen, landstingen såväl som patientorganisationer kan bidra med viktiga delar på det området. Förslagen beskrivs mer utförligt nedan.



**Figur 16.** Sex förslag på åtgärdsområden som kan öka jämlikheten i vården.

#### Åtgärdsområden

- ▶ Utveckla en nationell modell för att mäta och följa upp ojämlik vård på ett systematiskt, överblickbart och ändamålsenligt sätt
- ▶ Kartlägg geografiska skillnader i resurstillgång
- ▶ Samla systematiskt och kontinuerligt in information om provade metoder och dess effekter
- ▶ Öka kunskapen om vad som händer i mötet mellan patient och vårdpersonal
- ▶ Stärk förutsättningarna för vårdprofessionerna att bedriva en mer jämlik vård
- ▶ Stärk utsatta grupper i mötet med vården

- ▶ *Utveckla en nationell modell för att mäta och följa upp ojämlik vård på ett systematiskt, överblickbart och ändamålsenligt sätt*

Vård på lika villkor är ett mål i hälso- och sjukvårdslagen. Trots detta lagstadgade mål om jämlik vård saknas det ett ändamålsenligt verktyg för uppföljning av i vilken utsträckning som vården är jämlik eller ojämlik. I den här rapporten betonar vi att alla skillnader i vården inte innebär ojämlik vård. Att diskutera ojämlik vård utifrån skillnader i allmänhet är därför svårt och inte ändamålsenligt. Därför är det också viktigt att försöka urskilja de skillnader som kan anses vara omotiverade, det vill säga felaktiga. Det är dessa som gör vården ojämlik. Vi anser att det vore värdefullt med en nationell uppföljningsmodell där utvecklingen i vården följs upp ur ett jämlikhetsperspektiv. Det finns flera tänkbara sätt att utforma en sådan modell. Att bestämma hur modellen utformas för att på ett lämpligt sätt täcka komplexiteten i vården med skillnader i flera jämlikhetsdimensioner, sjukdomsområden och patientgrupper, blir en viktig del av ett sådant utvecklingsarbete.

Öppna jämförelser utgör en möjlig och naturlig utgångspunkt för en nationell modell för att mäta och följa upp ojämlikheter i vården, men behöver i så fall utvecklas och anpassas för ett sådant ändamål. Öppna jämförelser är ett viktigt verktyg i arbetet med att kontinuerligt utveckla och förbättra svensk hälso- och sjukvård (Vårdanalys 2012a) och kan också ses som en central komponent i den nationella kunskaps- och resultatstyrningen av vården (Statskontoret 2011). Öppna jämförelser har spelat en viktig roll för att visa på relevanta skillnader och utvecklingsområden inom vården. Huvudsyftet är att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. Genom att öppna jämförelser belyser goda och mindre goda resultat motiveras landstingen till ökat lärande, fördjupade analyser och utvecklingsarbete som leder till förbättrade

resultat. Ett annat syfte är att öppna upp hälso- och sjukvården för insyn. 2013 års rapport innehåller 162 indikatorer över hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet (Socialstyrelsen och SKL 2013).

Även om Öppna jämförelser gör stor nytta i vården och påvisar skillnader, menar vi att de i sin nuvarande form inte lämpar sig för att följa utvecklingen av ojämlikheter i vården (vilket inte heller är ett uttalat syfte). De många indikatorerna, och avsaknaden av analys och diskussion om vad skillnaderna innebär, och om de är omotiverade eller inte, gör det svårt att få en övergripande och överskådlig bild av hur jämlik eller ojämlik vården är. Det kan också innebära en svårighet för landstingen att avgöra hur de ska omvandla resultaten till praktiskt utvecklingsarbete.

Från och med 2013 har Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram särskilda öppna jämförelser av jämlik vård (Socialstyrelsen 2013a). Än så länge har dessa inte utvecklats på ett sådant sätt att de tillgodoser det behov av en nationell uppföljningsmodell som vi bedömer finns. De utgör än så länge inte ett verktyg för att på ett överskådligt och systematiskt sätt följa utvecklingen av ojämlikheter i vården.

Om Öppna jämförelser ska utgöra grund för att belysa och följa ojämlikheter i vården bedömer vi att följande fem punkter bör övervägas i utvecklingsarbetet:

- Koppling till kunskapsbaserade målnivåer
- Urval av särskilt prioriterade indikatorer utifrån ett jämlikhetsperspektiv
- Vikten av att fokusera på skillnader som reflekterar ojämlik vård
- Studera skillnader med hänsyn till flera faktorer på samma gång
- Skillnader som berör patientmötet och bemötande

Dessa potentiella utvecklingsområden beskrivs mer i rutan på nästa sida.

En förutsättning för en ändamålsenlig och relevant nationell uppföljningsmodell av vårdens jämlikhet, och för huvudmännens kontinuerliga uppföljning av vården, är att dessa aktörer har rätta förutsättningar för sådant analys- och kunskapsarbete. Exempelvis behöver möjligheterna att kunna koppla samman information om vård, behandling och bemötande med individuella bakgrundsfaktorer (såsom kön, utbildning och etnicitet) förbättras i syfte att stärka förutsättningarna att göra flerdimensionella analyser av en skillnad, och på så vis tydligare belysa vilken eller vilka underliggande faktorer som driver skillnaden.

Idag finns det juridiska och praktiska hinder för sjukvårdshuvudmän och statliga myndigheter avseende möjligheten att koppla samman infor-



## **Fem utvecklingsområden om Öppna jämförelser används som utgångspunkt för att skapa en nationell modell för uppföljning av ojämlik vård**

### ***Koppling till kunskapsbaserade målnivåer***

I Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser (Vårdanalys 2012a) pekar vi på behovet av att införa tydliga kunskapsbaserade målnivåer. Detta är ett arbete som har påbörjats, vilket är en positiv utveckling. Utöver att veta hur exempelvis landstingen förhåller sig till varandra, eller hur en viss behandling skiljer sig åt mellan olika befolkningsgrupper, är det relevant att veta vad som faktiskt också är en god nivå. En sådan ansats skulle i högre grad öppna upp för reellt förbättringsarbete.

### ***Urval av särskilt prioriterade indikatorer utifrån ett jämlikhetsperspektiv***

Landstingens förbättringsarbete skulle kunna underlättas av en tydligare övergripande vägledning kring vilka indikatorer som är särskilt prioriterade att följa upp utifrån ett jämlikhetsperspektiv, exempelvis genom ett urval av indikatorer. Dessa bör innefatta geografiska skillnader liksom skillnader mellan befolkningsgrupper i flera dimensioner. Indikatorer över tillgången till vård, väntetider och vårdutnyttjande (det vill säga besök och behandlingar) bör ingå.

Var och en av indikatorerna behöver kopplas till en realistisk och kunskapsbaserad målnivå och bör vara nedbruten på en så avgränsad regional nivå som möjligt (minst landstingsnivå) i syfte att hjälpa landstingen att följa utvecklingen på hemmaplan.

### ***Vikten av att fokusera på skillnader som reflekterar ojämlik vård***

Alla skillnader som finns i vården är inte ojämlik vård. Utifrån rapporter om skillnader är det svårt att föra en givande diskussion om huruvida vården är ojämlik eller inte. I en modell för uppföljning av ojämlik vård är det därför centralt att fokusera på skillnader som reflekterar just ojämlik vård. I den här rapporten använder vi begreppet omotiverade skillnader för skillnader som inte kan förklaras av medicinskt relevanta och korrekta avvägningar eller behovsmässiga faktorer. Att bedöma om skillnader är omotiverade eller inte är naturligtvis inte helt enkelt. Men för att på ett rättvisande sätt beskriva huruvida vården är ojämlik eller inte menar vi att det är nödvändigt att förtydliga skillnelinejen mellan skillnader i allmänhet och ojämlik vård.

### ***Studera skillnader med hänsyn till flera faktorer på samma gång***

En skillnad mellan exempelvis två landsting kan i princip förklaras av att befolkningsstrukturen, vad gäller exempelvis ålderssammansättning och socioekonomisk status, skiljer sig åt. På liknande sätt kan en skillnad mellan socioekonomiska grupper i princip förklaras av att grupperna skiljer sig åt exempelvis åldermässigt. Något som framstår som en socioekonomisk skillnad kan därför vara åldersdiskriminering. Utifrån en redogörelse som inte tar hänsyn till och diskuterar den här typen av komplexiteter är det mycket svårt att säga något om vad skillnaden egentligen innebär, vilket i sin tur gör det svårt att åtgärda den. Att enskilt fokusera på en jämlikhetsdimension i taget riskerar att dölja vilken orsak som man först och främst ska rikta fokus mot. Skillnader behöver därför studeras med hänsyn till flera faktorer på samma gång.

### ***Skillnader som berör patientmötet och bemötande***

Möjligheten att inkludera indikatorer som rör bemötandeaspekter bör utredas i syfte att också följa upp denna typ av skillnader. Sådana indikatorer skulle exempelvis kunna beröra information, patientnöjdhet och delaktighet. Ett ännu större fokus än i dagsläget på bemötandeindikatorer av det här slaget skulle kunna fungera som en signal för att markera vikten av att utvärdera kvaliteten utifrån dessa aspekter. På så vis skulle också lokala utvecklingsarbeten rörande jämlikhet i bemötande kunna få högre status och prioritet.

mation om vårdutnyttjande, vårdens kvalitet och patientens bakgrundsfaktorer. Självfallet ska sådan datainsamling ske på ett patientsäkert sätt och utan risk för integritetsintrång. Men med begränsade möjligheter att belysa och följa upp situationen för utsatta grupper är det svårare att arbeta för och se förbättring. Även myndigheter som arbetar med jämlik vård behöver tillgång till data för att kunna göra bra analyser och underlag. Annars riskerar den här typen av fördjupade kvantitativa analyser att främst bedrivas av forskningshuvudmän, vilket gör att uppföljningen av vårdens jämlikhet riskerar att ske alltför sporadiskt, med fördröjd återkoppling av resultat och på ett osystematiskt sätt. Det är därför viktigt att underlätta för både sjukvårdshuvudmän och statliga myndigheter att koppla samman information om vård, behandling och bemötande med skillnader i befolkningsgrupper och geografi – först då kan vi ta ytterligare steg kring att nå systematisk kunskap om vad som orsakar skillnaderna och vilka åtgärder som är mest effektiva.

► *Kartlägg geografiska skillnader i resurstillgång*

Vår analys visar att skillnader i tillgång till utrustning och personal kan bidra till att det uppstår omotiverade och väsentliga geografiska skillnader. I arbetet med den här rapporten har vi sett ett behov av att kartlägga resurstillgången i samband med analysen av de geografiska skillnaderna i väntetider vid lungcancer. Men behovet av en mer utvidgad och mer detaljerad bild av resursförsörjningen är sannolikt relevant även för flera andra specialiteter inom sjukvården, såsom för geriatrik eller psykiatri.

För att kunna dra konkreta slutsatser kring förbättringsförslag som rör tillgång till personal och utrustning behöver bilden av hur resurstillgången ser ut runtom i landet klargöras. Ett problem, som framkommit i vår fallstudie av lungcancer vården, är att det saknas tillgänglig statistik, inte minst om hur personaltillgången ser ut i olika landsting. Socialstyrelsen ansvarar för att ta fram statistik om personaltillgången för specialistläkare och specialistsjuksköterskor inom ramen för det nationella planeringsstödet. Denna statistik bygger främst på utgivning av specialistlegitimationer och är inte nedbruten på landstings- eller vårdgivarnivå för flertalet specialiteter (Socialstyrelsen 2011d). Den visar inte heller på hur bemanningen faktiskt ser ut i olika delar av landet, utan visar bara på antalet legitimationer som beviljas.

Vad gäller cancer vården förstärks problemet i någon mån av det faktum att det finns en otydlighet i vem som ansvarar för den långsiktiga personalförsörjningen. De regionala cancercentrumen har inget operativt



ansvar för vården eller för personalförsörjningen, men ska utforma och genomföra en utbildnings- och kompetensförsörjningsplan för regionens cancervård (Socialdepartementet 2011). För att säkerställa att det finns information om personaltillgång på landstings- eller vårdgivarnivå bör därför landstingen och de regionala cancercentrumen i samråd se över ansvarsfördelningen för den långsiktiga personalförsörjningen inom cancervården. Landstingen bör också utreda möjligheten att ansvara för att samla in statistik över tillgången till specialitläkare och specialistsjuksköterskor i cancervården. Statistiken bör sedan utgöra en del av Socialstyrelsens statistik för personaltillgången.

► *Samla systematiskt och kontinuerligt in information om provade metoder och dess effekter*

Vi anser att det vore värdefullt med en nationellt samordnad informationsplattform, eller kunskapsbank, som innehåller en översikt över vilka lokala, regionala och nationella initiativ och metoder som har provats för att öka jämlikheten i vården. Det är viktigt att se till vilken evidens en viss insats eller metod har vad gäller att öka jämlikheten och det är viktigt att utvärdera kostnader och effekter för insatser som provas. Information om evidens och resultat från utvärderingar bör därför också inkluderas. I de fall där ingen utvärdering har gjorts bör det göras. Åtgärder som visar sig ha positiv och god effekt i förhållande till deras kostnad bör spridas och fortsätta att användas. Åtgärder utan effekt, eller med liten effekt i förhållande till insatsens kostnad, ska däremot väljas bort.

Systematiskt samlad, nationellt samordnad och kontinuerligt uppdaterad information om provade metoder, tillsammans med resultat från utvärderingar, skulle kunna underlätta systematiskt nationellt arbete för att främja jämlik vård. Informationen skulle dels kunna underlätta kunskapspridning, och dels kunna fungera som källa för enskilda vårdgivare i lokalt och regionalt arbete för jämlik vård.

Det finns flera metoder och initiativ som rör olika aspekter av vården som skulle kunna ingå i en sådan översikt. I rutan på nästa sida listas några exempel på potentiellt intressanta insatser som relaterar till aspekter av ojämlig vård som den här rapporten berör (några av dem berörs även på andra ställen i det här kapitlet).

► *Öka kunskapen om vad som händer i mötet mellan patient och vårdpersonal*

Vår analys visar att de skillnader mellan befolkningsgrupper som den här rapporten bygger på till stor del sannolikt uppstår till följd av (omedvetna)



## **Exempel på befintliga metoder och initiativ som skulle kunna ingå i en nationell kunskapsbank över metoder för en mer jämlik vård**

### **Vårdlotsar**

Så kallade vårdlotsar har kortat väntetider i lungcancervården i RCC Uppsala-Örebro (RCC Uppsala-Örebro 2011).

### **Diagnostiska centrum**

RCC Syd och RCC Stockholm-Gotland har inrättat så kallade diagnostiska centrum. Modellen, som har hämtat inspiration från Danmark, innebär ett samarbete mellan primärvården och sjukhuset. Patienter som söker hjälp inom primärvården med symtom på allvarlig sjukdom, men där läkaren efter en grundläggande utredning inte hittar någon diagnos, kan få hjälp med snabb och intensiv utredning av det diagnostiska centrumet på sjukhuset. På så vis fångas patienter med diffusa symptom upp och utreds snabbare (Vi på CSK 2013, RCC Syd 2014, RCC Stockholm-Gotland 2014).

### **Hälsokommunikatörer**

Hälsokommunikatörer används för att stärka patienter med annat modersmål än svenska i flera landsting (Bäärnhelm m.fl. 2013).

### **Etiska ombud**

Etiska ombud är personer i verksamheten som arbetar aktivt för att synliggöra och medvetandegöra beteenden, och bidra till diskussion kring etiska frågor i verksamheten.

### **Flera försök inom Vård på lika villkor**

Sju projekt har bedrivits på olika vårdcentraler runt om i landet inom ramen för SKL:s så kallade Lärandeprojektet Vård på lika villkor. Syftet med projektet, som slutrapporterades under våren 2014, var att utveckla och prova arbetssätt och metoder för att öka jämlikheten i första linjens vård inom resurssvaga områden. Några av de metoder och arbetssätt som provades handlade exempelvis om att ta fram en guide med enkla redskap för att möta patienter med olika egenskaper, fortbildning av personalen gällande bland annat värdegrundsarbete, inrättande av en bedömningsmottagning där patienter med bland annat språksvårigheter bokas in i stället för att få rådgivning per telefon och snabbmottagning för att öka tillgängligheten till vårdcentralen (SKL 2014c).

beteenden i mötet mellan patienten och vårdpersonalen och för att vården misslyckas med att anpassa mötet efter den enskilde patientens behov och kompensera för patienters olika förutsättningar. Vi bedömer därför att det finns behov av att på ett ändamålsenligt och fokuserat sätt studera vårdpersonals beteende, förslagsvis genom en riktad forskningsinsats med fokus på läkar-patientmötet. Det behövs exempelvis mer kunskap om vilken roll värdegrund, normer, förutfattade meningar och omedvetna beteenden spelar. Det behövs också mer kunskap om hur sådana faktorer påverkar behandlingsbeslut, och om hur behandlingsbeslut och bemötande skiljer sig åt beroende på patientens egenskaper i termer av bland annat



kön, utbildningsnivå eller födelseland. Sådan kunskap skulle kunna bidra till ökad medvetenhet om beteenden och förståelse för varför grupper av patienter behandlas ojämnt, och på sikt kunna bidra till arbete med att försöka bygga bort omedvetna och oönskade beteenden.

► *Stärk förutsättningarna för vårdprofessionerna att bedriva en mer jämlik vård*

Vår analys lyfter fram mötet mellan läkare (eller annan aktuell vårdpersonal) och patient som en central förklaring till att det uppstår skillnader i vården mellan olika befolkningsgrupper. Omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande mellan befolkningsgrupper kan delvis förklaras av att vården inte i tillräcklig utsträckning anpassar sig efter och kompenserar för patienternas varierande egenskaper och förutsättningar, för att vårdgivare agerar utifrån förutfattade uppfattningar om patienten, och till följd av omedvetna beteenden som har sin grund i underliggande normer och värderingar.

Vårdpersonal har en viktig roll att spela i arbetet mot en mer jämlik vård. Ledare på olika nivåer har en särskilt viktig roll för att driva utvecklingen mot ökad jämlikhet. De kan exempelvis följa upp vårdens resultat på den aktuella avdelningen och föra en diskussion om varför eventuella skillnader uppstår, uppmuntra diskussion, ta initiativ till att försöka förändra situationen och förbättra möjligheterna för medarbetarna att bedriva en jämlik vård. Utan engagerade ledare blir förändringsarbetet betydligt svårare.

Baserat på vår analys vill vi särskilt lyfta fram två aspekter av vårdens arbete där vi bedömer att vårdprofessionerna kan göra viktiga bidrag i arbetet mot en mer jämlik vård. Det handlar dels om att i större utsträckning och på ett ändamålsenligt sätt anpassa vården efter, och kompensera för, patienters skilda förutsättningar och egenskaper, och dels om att uppmärksamma och medvetandegöra oönskade och omedvetna beteenden. Dessa beskrivs vidare i rutan på nästa sida.

► *Stärk utsatta grupper i mötet med vården*

Vår analys pekar på att vården inte i tillräcklig utsträckning lyckas kompensera för patienters varierande egenskaper och förutsättningar, vilket är en bidragande orsak till att det uppstår omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper. Som ett komplement till vårdens förbättringsarbete mot en mer anpassad och kompensatorisk hållning i vårdmötet, bedömer vi att det finns ett behov av att stärka utsatta patienter i mötet med vården.

## **Två aspekter av vårdens arbete där vårdprofessionerna kan göra viktiga bidrag för ökad jämlikhet**

### ***Anpassa vården efter, och kompensera för, patienters skilda förutsättningar och egenskaper i större utsträckning***

Att i större utsträckning och på ett ändamålsenligt sätt anpassa vården efter, och kompensera för, patienters skilda förutsättningar och egenskaper, kan exempelvis handla om hur kommunikationen med patienten går till. Anpassad och ändamålsenlig kommunikation är en viktig del av mötet mellan vårdgivare och patient, och kommunikationen kan exempelvis ha betydelse för hur väl en patient följer en rekommenderad läkemedelsanvändning. Samtidigt finns det många svårigheter i kommunikationen. Det kan exempelvis röra sig om språkbarriärer (från både patienten och vårdpersonalens sida) eller att patienter har olika förutsättningar att ta till sig information. För patienter som i dagsläget har svårt att förstå och ta till sig information kan mer moderna kommunikationssätt, såsom exempelvis videoinspelningar och digitalt förmedlade instruktioner, vara värdefulla alternativ. Även så kallad teachback-metodik, som innebär att patienten själv återberättar den förmedlade informationen, och skriftliga läkemedelsberättelser eller vårdplaner är exempel på metoder med potential att förbättra kommunikationen mellan vårdpersonal och patient. Vi anser att det vore värdefullt att låta någon nationell aktör genomföra en kunskapsöversikt av alternativa kommunikationssätt – vad som finns att tillgå och när de fungerar bra.

### ***Uppmärksamma och medvetandegör oönskade och omedvetna beteenden***

Att uppmärksamma och medvetandegöra oönskade och omedvetna beteenden är naturligtvis inte en helt enkel sak att göra. Omedvetna handlingar är ofta svåra att observera i stunden då de sker, och av den som utför dem. De resulterar ofta i en observerad skillnad på en mer övergripande nivå, exempelvis hur det ser ut nationellt. Sådana resultat är lätta att skjuta ifrån sig med motiveringen att det är någon annan någon annanstans som agerar på ett sätt som gör att skillnaden uppstår. Att ändra omedvetna beteenden är därför ett långsiktigt och omfattande förändringsarbete.

Ett exempel på hur omedvetna beteenden kan synliggöras är med hjälp av så kallade etiska ombud – personer i verksamheten som arbetar aktivt för att synliggöra och medvetandegöra beteenden, och bidra till diskussion kring etiska frågor i verksamheten. Etiska ombud är en modell som används i Norrbottens läns landsting och upplevs enligt våra intervjupersoner ha haft god effekt. Antalet klagomål på bemötande har minskat och vårdpersonalen beskriver att de har fått ett förändrat förhållningssätt. De etiska ombuden utbildas i bemötande och värdegrund och har till uppgift att uppmärksamma, påpeka och lyfta diskussioner om ofta omedvetna beteenden. Vi anser att det vore värdefullt att låta någon nationell aktör genomföra en kunskapsöversikt eller utvärdering av effekterna av etiska ombud i vården. Om det visar sig att metoden bidrar till att skärpa det etiska perspektivet i hälso- och sjukvården bör den införas i större skala.

Andra exempel på möjliga ingångar för att stärka arbetet med att synliggöra omedvetna beteenden är vårdutbildningar och olika former av vårdprotokoll. Med ökad kännedom bland blivande vårdpersonal om omedvetna beteenden och skillnader som observeras i vården skulle beteendet uppmärksammas och kunna ändras. För behandlingar där det finns kända omotiverade skillnader skulle vårdpersonalen kunna vara behjälpta av någon form av vårdprotokoll – ett formulär som bygger på behandlingsriktlinjer och som har i syfte att uppmärksamma läkaren (eller annan aktuell vårdpersonal) på när en patient bör behandlas för att på så vis undvika att vissa grupper omedvetet inte får behandling.



Det finns exempel på riktade insatser för att stärka särskilt utsatta grupper i vården. Exempelvis kan patienter stärkas genom *hälsokommunikatörer* (Bäärnhielm m.fl. 2013). Hälsokommunikatörer har ofta en grundutbildning inom hälso- och sjukvård och en vidareutbildning i hälsokommunikation, de har ofta breda språkkunskaper och fungerar som stöd för patienter med annat modersmål än svenska. Vi anser att det vore värdefullt att utvärdera och undersöka effekten av detta initiativ närmare. Om det har god effekt skulle de kunna införas på bredare front.

Vi anser också att det vore intressant att analysera ökad patientdelaktighet, exempelvis via nätbaserad tillgång till sin egen journal och tydliga behandlingsriktlinjer som patienten informeras om, som verktyg att stärka patienter i allmänhet, och utsatta grupper i synnerhet. Genom mer lättillgänglig information, om patientens egen situation och om vad som kan förväntas av vården, skulle förutsättningarna för utsatta patientgrupper kunna förbättras eftersom informationen inte behöver eftersökas på egen hand. Men ett villkor för att den enklare tillgången skulle innebära ökad jämlikhet är att även patienter som tillhör mer utsatta grupper använder sig av informationen. Det finns tecken på att välutformade verktyg för ökad patientdelaktighet hjälper utsatta grupper och minskar ojämlikheter (Durand m.fl. 2014), men kunskapen om effekterna av ökad delaktighet, mer lättillgänglig journal och information behöver studeras vidare ur ett jämlikhetsperspektiv.

## 5.2 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

I det här kapitlet har vi presenterat sex åtgärdsområden som vi bedömer skulle kunna bidra till ökad jämlikhet i vården. Som avslutning på den här rapporten vill vi lyfta fram två ytterligare aspekter som relaterar till skillnader i vården och ojämlik vård. Den första handlar om att eftersträva att uppnå kunskapsbaserade och rimliga kvalitetsmål för alla patienter, vilket innebär jämlikhet med hög kvalitet. Den andra handlar om patientcentreringens roll i arbetet mot en mer jämlik vård. Allra sist vill vi återkoppla till de många aspekter som finns på jämlik vård och vikten av att försöka tydliggöra skiljelinjen mellan skillnader och olikheter å ena sidan och ojämlik vård å andra sidan.

### *Jämlik vård med hög kvalitet*

Att vården är jämlik är angeläget ur ett patient- och medborgarperspektiv. Att analysera och följa upp skillnader i vården är därför centralt. Men det är också viktigt att vårdens kvalitetsnivå inte glöms bort i diskussionerna

om jämlik vård. Om det exempelvis finns en omotiverad skillnad mellan befolkningsgrupper, eller mellan landsting, i hur stor andel som får en viss behandling eller hur länge patienter får vänta på behandling, är det inte en framgång om en sådan skillnad elimineras genom att den grupp eller det landsting som tidigare fick behandling i stor utsträckning får mindre behandling. Det vill säga, vi ser det inte som en framgång om ökad jämlikhet kommer till stånd på bekostnad av minskad kvalitet. Vården behöver tydliga kvalitetsmål, och strävan bör vara att dessa ska uppfyllas för alla patienter, oavsett faktorer som exempelvis bostadsort, kön och socioekonomisk status. Vården, och ojämlikheter i vården, bör därför utvärderas utifrån på förhand specificerade kvalitetsmål snarare än utifrån relativa förhållanden mellan olika befolkningsgrupper eller landsting. Riktade insatser mot särskilt utsatta grupper behövs, men den huvudsakliga strävan bör vara en vård av hög kvalitet för alla, snarare än enbart minskade skillnader mellan landsting eller grupper. Både kvalitet och jämlikhet är viktigt och det torde vara jämlikhet med hög kvalitet som eftersträvas.

### *Viktigt att belysa utvecklingen av patientcentrering ur ett jämlik vård-perspektiv*

Patientcentrering har blivit ett allt viktigare begrepp inom hälso- och sjukvården. En naturlig fråga blir därför hur patientcentrering relaterar till jämlik vård och vilken roll ökad patientcentrering har för jämlik vård. Svaret beror sannolikt på vad som läggs i begreppet patientcentrering. Vårdanalys (2012b) har tidigare utvärderat graden av patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård med utgångspunkt i fem olika dimensioner. En av de fem dimensionerna, vilket är en central del av begreppet patientcentrering, är vikten av att utgå ifrån och ta hänsyn till patienters individuella behov, egenskaper och förutsättningar. Analysen i den här rapporten pekar på att bristande anpassning efter, och kompensation för, patienters skilda egenskaper och förutsättningar kan vara en bidragande förklaring till att det uppstår omotiverade skillnader i vården. Patientcentrering kan därför fungera som ett verktyg för att utjämna omotiverade skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Om vårdgivare utgår från patientens unika förutsättningar och egenskaper bör den anpassning och kompensation som i dagsläget verkar brista bli ett mindre problem och följaktligen leda till mindre omotiverade skillnader.

Samtidigt kan patientcentrering tänkas stärka patienter som redan är aktiva och motiverade att medverka i sin egen vård. Patientcentrerad vård innebär att patientens egna önskemål ska tas i beaktande i så stor utsträckning



som möjligt och syftar till att möjliggöra för patienten att vara mer delaktig i sin vård. Utmaningen i en sådan utveckling blir att säkerställa att alla grupper stärks – och inte bara starka grupper som redan har goda förutsättningar att få bästa möjliga vård. Annars finns det en risk att ojämlikheter i vården ökar.

### *Det finns många aspekter på jämlik vård, men det är viktigt att skilja på skillnader och ojämlik vård*

Ojämlikheter i vården är ett komplext och omfattande analysområde. Ojämlikheter kan diskuteras ur många olika perspektiv och analyseras ur flera aspekter med många skilda ansatser. De kan exempelvis observeras i många olika dimensioner, bland annat mellan geografiska områden, män och kvinnor, socioekonomiska grupper och etniciteter. De kan också observeras inom områden som berör olika patientgrupper, exempelvis inom cancervården, strokevården eller inom den psykiatriska vården. Likaså kan ojämlikheter bestå av skillnader i den vård som ges, i resultatet av den vård som ges, och i förlängningen i mer övergripande mått på hälsa såsom livslängd och allmänt hälsotillstånd. Det finns således många sätt att närma sig en analys av skillnader i vården. Diskussionen om jämlik vård påverkas av vilken aspekt som avses, och vilket angreppssätt som väljs för en analys.

I den här rapporten har vi valt en ansats där vi utgår från ett urval på åtta skillnader i vård, behandling och bemötande. Våra resultat och slutsatser ska ses i ljuset av denna analysmetod och de avgränsningar som har gjorts i arbetet. Både vad gäller möjliga förklaringar till omotiverade skillnader och förslag på åtgärdsområden ska dessa ses som potentiellt viktiga delar, men inte som kompletta kartläggningar. Det finns säkerligen både fler relevanta förklaringar och åtgärder. Likaså finns det flera viktiga aspekter av jämlik vård som inte har varit fokus för vår analys. Ett exempel är tillgången till vård och en analys av om och varför vissa grupper inte söker vård i den utsträckning de behöver. En sådan analys skulle sannolikt resultera i andra möjliga förklaringar och förslag på åtgärder. Förhoppningen är ändå att vår analys ska bidra till fortsatt arbete med och diskussion om jämlik vård inom de områden som analysen berör, men också att den kan fungera som inspirationskälla för vidare arbete och kommande analyser inom andra delar av jämlik vård.

Med jämna mellanrum rapporteras det från olika håll om stora och uppseendeväckande skillnader i vård och hälsa. En viktig del av den här rapporten består av en diskussion om vikten av att förtydliga skiljelinjen mellan skillnader i allmänhet och ojämlik vård. Utifrån skillnader i allmänhet är det svårt att diskutera ojämlik vård. Ett behandlingsbeslut är en komplex process där många faktorer tas hänsyn till och vägs in – varje patient ska

få den behandling som passar dennes medicinska förutsättningar och behov. Det är omotiverade skillnader, sådana skillnader som inte kan förklaras att patienter har olika medicinska förutsättningar eller olika medicinska behov, som gör vården ojämlig.











## Referenser

- Balsa, A. I. och McGuire, T. (2003). Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*, vol. 22, s. 89–116.
- Barnes, T. och Paton, C. (2011). Antipsychotic polypharmacy in schizofrenia. Benefits and risks. *CNS Drugs*, vol. 25, s. 383–399.
- Barnum, H., Kutzin, J. och Saxenian, H. (1995). *Incentives and Provider Payment Methods*. Human Resources Development and Operations Policy Working Paper Series (HROWP) nr 51. Världsbanken.
- Brommels, M., Hansson, J., Granström, E. och Wåhlin, E. (2013). *Professionen, pennan och pengarna – regionala skillnader i användning av läkemedel*. Rapport från SNS forskningsprogram Värdet av nya läkemedel. Stockholm: SNS Förlag.
- Bättre Psykosvård (2012). *Hur används nationella riktlinjer för psykosociala insatser med inriktning på schizofreni och schizofreniliknande tillstånd år 2012?* Sammanställning av nulägesenkät 2012 från projektet Bättre psykosvård.
- Bättre Psykosvård (2013). *Hur ligger det till? En rapport om de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Sammanställning av enkät 2013 från projektet Bättre psykosvård.
- Bäärnhielm, S., Hussein, H., Baker, U. och Allebeck, P. (2013). Hälsokommunikatörer kan bidra till bättre hälsa hos utlandsfödda. *Läkartidningen* 110:CAZZ.
- Cancerfonden (2014). *Cancerfundsrapporten 2014*.
- Cavalli-Björkman, N., Glimelius, B. och Strang, P. (2012). Equal cancer treatment regardless of education level and family support? A qualitative study of oncologists' decision-making. *BMJ Open* 2012;2:e001248.

- Charlesworth, A. Davies, A. och Dixon, J. (2012) *Reforming Payment for Healthcare in Europe to Achieve Better Value*. Nuffield Trust Report. London: Nuffieldtrust.
- Culyer, A. J. och Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, vol. 12, s. 431–457.
- Cutler, D., Skinner, J., Dora Stern, A. och Wennberg, D. (2013). Physician beliefs and patient preferences: A new look at regional variation in health care spending. *NBER Working Paper Series*, nr 19320. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Dahlgren, G. och Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Arbetsrapport 2007:14. Stockholm: Institutet för framtidsstudier.
- DO – Diskrimineringsombudsmannen (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor*. Stockholm: DO.
- Durand, M., Carpenter, L., Dolan, H. m.fl. (2014). Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, vol. 9 e94670.
- Edner, M. och Lund, L. H. (2013). RAS-blockerare ger minskad dödlighet vid diastolisk hjärtsvikt. *Läkartidningen*, nr. 7, vol. 110, s. 331.
- Fang, M.C., Machtinger, E.L., Wang, F., och Schillinger, D. (2006). Health literacy and anticoagulation-related outcomes among patients taking warfarin. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, s. 841–846.
- FASS (2014). *Waran*. Tillgänglig: [www.fass.se](http://www.fass.se) [2014-09-19].
- Foss, C. och Hofoss, D. (2004). Patients' voices on satisfaction: unheeded women and maltreated men? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol 18, s. 273–280.
- Glader, E., Edlund, H., Sukhova, M., Asplund, K., Norrving, B. och Eriksson, M. (2013). Reduced inequality in access to stroke unit care over time: A 15-year follow up of socioeconomic disparities in Sweden. *Cerebrovascular Diseases*, vol. 36, s. 407–411.
- Goldman, D. och Smith, J. (2002). Can patient self-management help explain the SES health gradient? *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 99, s. 10929–10934.
- Hillerdal, G. (1999). Rekommendationer utarbetade av Svenska lungcancerstudiegruppen: Kortare väntetider ett kvalitetskrav vid utredningar av lungcancer. *Läkartidningen*, nr. 43, vol. 96, s. 4691.
- Hjärt-lungfonden (2014). *Hjärt- och kärlsjukdomar*. Tillgänglig: [www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar](http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar) [2014-08-04].

- IMS Health (2010). *Ojämlig hälso- och sjukvård – en rapport om regionala skillnader i läkemedelsbehandling i Sverige 2009*. IMS Health Report oktober 2010. Tillgänglig: [www.lif.se/default.aspx?id=56242](http://www.lif.se/default.aspx?id=56242) [2014-03-24].
- Internmedicin (2014). *Schizofreni*. Författare Eva Lindström. Uppdaterad 2014-05-04. Tillgänglig: [www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1253](http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1253) [2014-09-22].
- Kilbourne, A.M., Switzer, G., Hyman, K., Crowley-Matoka, M. och Fine, M.J. (2006). Advancing health disparities research within the health care system: A conceptual framework. *American Journal of Public Health*, vol. 96, s. 2113–2121.
- Kölbeck, K-G., Kamareji, S., Jacobsson, H. och Hillerdal, G. (2013). Snabbspår vid lungcancer gav halverad utredningstid. *Läkartidningen* 2013;110:CEPU.
- Lindgren, P. (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- McMurray, J.J.V., Adamopoulos, S., Anker, S.D. m.fl. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, nr. 33, s. 1787–1847.
- Mårtensson, L. och Hensing, G. (2009). *Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa. En introduktion till begreppet hälsolitteracitet*. Rapport. Göteborg: Sahlgrenska Akademin, Socialmedicin, Göteborgs universitet.
- Mårtensson, L. och Hensing, G. (2011a). Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*, nr. 51–52, vol. 108, s. 2718–2720.
- Mårtensson, L. och Hensing, G. (2011b). Health literacy – a heterogenous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol 26, s. 151–160.
- Riks-Stroke (2012). Årsrapport. *Rapport från Riks-Stroke 2011*. Västerbottens läns landsting.
- RiksSvikt (2014). Årsrapport *RiksSvikt. 2012 års resultat*. Västerbottens läns landsting.
- RCC Stockholm-Gotland – Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland (2014). *Diagnostiskt Centrum*. Tillgänglig: [www.cancercentrum.se/sv/stockholmgotland/---/Projekt/Diagnostiskt-Centrum/](http://www.cancercentrum.se/sv/stockholmgotland/---/Projekt/Diagnostiskt-Centrum/) [2014-08-11].
- RCC Syd – Regionalt Cancercentrum Syd (2014). *Diagnostiskt Centrum*. Tillgänglig: [www.skane.se/sv/Webbplatser/Regionalt-Cancercentrum/Cancer-i-Skane/Diagnostiskt-Centrum/](http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Regionalt-Cancercentrum/Cancer-i-Skane/Diagnostiskt-Centrum/) [2014-08-11].

- RCC Uppsala-Örebro – Regionalt Cancercentrum Uppsala-Örebro (2011). *Rapport försöksverksamheten ”Mer patientfokuserad och sammanhållen cancervård”*. Vårdkedjeprosjekt lungcancer i Uppsala-Örebroregionen. RCC Uppsala-Örebro.
- RCC Uppsala-Örebro – Regionalt Cancercentrum Uppsala-Örebro (2012a). *Lungcancer. Nationell kvalitetsrapport för diagnosår 2010 från nationella Lungcancerregistret (NLCR)*. RCC Uppsala-Örebro.
- RCC Uppsala-Örebro – Regionalt Cancercentrum Uppsala-Örebro (2012b). *”Merpatientfokuseradochsammanhållencancervård”* – Vårdkedjeprosjektet för lungcancer i Uppsala-Örebroregionen leder till kortare väntetider. Tillgänglig: [www.cancercentrum.se/sv/upsalaorebro/Aktuellt/Nyhetsarkiv/vardkedjeprosjekt-lungcancer-kortare-tider](http://www.cancercentrum.se/sv/upsalaorebro/Aktuellt/Nyhetsarkiv/vardkedjeprosjekt-lungcancer-kortare-tider) [2014-09-17].
- RCC Uppsala-Örebro – Regionalt Cancercentrum Uppsala-Örebro (2014). *Lungcancer. Nationell kvalitetsrapport för diagnosår 2012 från Nationella lungcancerregistret (NLCR)*. RCC Uppsala-Örebro.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012). *Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU.
- Scott, A., Shiell, A. och King, M. (1996). Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? *Social Science and Medicine*, vol. 42, s. 35–46.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014a). *Nationell patientenkät 2013*. Primärvård, fråga c22. Tillgänglig: <http://npe.skl.se> [2014-09-25].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014b). *(O)jämfälldhet i hälsa och vård. Reviderad upplaga 2014*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014c). *Vård på lika villkor – ett lärandeprosjekt. Arbetssätt och metoder för en mer jämfälld första linjens vård*. Stockholm: SKL.
- Socialdepartementet (2011). *Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum*. Promemoria 2011-01-31.
- Socialstyrelsen (2000). *Ett kvalitetsperspektiv på läkemedel i psykiatrisk slutenvård*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003). *Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004). *Jämfälld vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009a). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2009b). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011a). *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011b). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011c). *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011d). *Tillgång på specialistläkare 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Fördjupad redovisning utifrån rapporten "Ojämna villkor för hälsa och vård"*. Daterad 2012-08-20.
- Socialstyrelsen (2013a). *Öppna jämförelser Jämlik vård 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2013. Antikoagulationsbehandling vid förmaksflimmer. Preliminär version*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a). *Jämförelseverktyg för Öppna jämförelser. Indikator Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer. Mätperiod 2011. Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/halso-och-sjukvard/Sidor/jamfor.aspx](http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/halso-och-sjukvard/Sidor/jamfor.aspx) [2014-09-19]*.
- Socialstyrelsen (2014b). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014c). *Öppna jämförelser 2014 missbruks- och beroendevården. Resultat, metod och indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014d). *Resultat från uppdaterade körningar efter förfrågan till Socialstyrelsen*. Opublicerat material.
- Socialstyrelsen och SKL (2011). *Öppna jämförelser av cancervårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL.
- Socialstyrelsen och SKL (2013). *Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting*. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL.
- SOU – Statens offentliga utredningar (2010). *Första hjälpen i psykisk hälsa. Delbetänkande av Självordspreventionsutredningen*. SOU 2010:31. Stockholm: Fritzes.
- SOU – Statens offentliga utredningar (2011). *Bättre insatser vid beroende och missbruk. Individ, kunskapen och ansvaret*. SOU 2011:35. Stockholm: Fritzes.

- Statskontoret (2011). *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting*. Stockholm: Statskontoret.
- Stroke-Riksförbundet (2014). *Vad är stroke?* Tillgänglig: [www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad%20%E4r%20stroke?](http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad%20%E4r%20stroke?) [2014-09-23].
- Svenska Psykiatriska Föreningen (2009). *Schizofreni – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen.
- Tengelin, E. (2013). *Social ställning och medicinskt bemötande i vården – en kunskapsöversikt*. Göteborg: Kunskapscentrum för Jämlik vård, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen.
- van Ryn, M. och Burke, J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science and Medicine*, vol. 50, s. 813–828.
- Verlinde, E., de Laender, N., de Maesschalck, S., Deveugele, M. och Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*, nr. 11:12.
- Vi på CSK – Centralsjukhusets egen tidning (2013). *Diagnostiskt Centrum*. Artikel i nr. 3/2013, s. 4–7.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2012a). *Grönt ljus för öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser*. Rapport 2012:4. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2012b). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Rapport 2012:5. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013). *Hur kan man identifiera omutiverade väsentliga skillnader i vården?* PM 2013:3. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014). *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Wamala, S., Merlo, J., Boström, G., Högstedt, C. och Ågren, G. (2007). Socio-economic disadvantage and primary non-adherence with medication in Sweden. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, s. 134–140.
- Wiesel, F. (2007). Schizofreni är en systemsjukdom. *Läkartidningen*, nr. 30-31, vol. 104, s. 2146–2147.
- Wilde Larsson, B., Larsson, G. och Starrin, B. (1999). Patients' view on quality of care: A comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*, vol. 7, s. 133–139.







# Bilaga

## LISTA ÖVER PERSONER SOM INTERVJUATS I SAMBAND MED ANALYSARBETET

Namn	Funktion
Anders Anell	Professor Ekonomihögskolan, Lunds universitet, och ledamot i Vårdanalys styrelse
Andreas Carlborg	Överläkare och chef för akutsektionen, Norra Stockholms psykiatri, Stockholms läns landsting
Bengt Ullman	Överläkare kardiologen på Södersjukhuset, Stockholm
Birgitta Lindelius	Utredare på avdelningen för statistik och jämförelser, Socialstyrelsen
Daniela Bjarne	Patient- och anhörigrepresentant, Riks-Strokes styrgrupp
Eva Nikell	Projektledare för Vägar till Rättigheter och utredare på Utvecklingsenheten, Diskrimineringsombudsmannen
Ewa Larsson	Ledamot i lungcancerförbundet Stödet och medlem i vårdprogramgruppen för lungcancer RCC Uppsala-Örebro
Goldina Smirthwaite	Genus- och kulturvetare och fil. mag. med inriktning vetenskapsteori, doktorand i vårdvetenskap, Linnéuniversitetet
Gunilla Kalderberg	Processledare lungcancer RCC Sydöst
Hans Starkhammar	Verksamhetschef RCC Sydöst
Johan Franck	Verksamhetschef/professor, Beroendecentrum Stockholm, Stockholms läns landsting
Josefin Wängdahl	MSc i folkhälsovetenskap, doktorand, och forskar om häso-litteracitet inom socialmedicin, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

Namn	Funktion
Karin Engberg	Projektledare på Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
Katarina Hamberg	Professor och överläkare vid institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, allmänmedicin, Umeå universitet
Kjell Asplund	Professor emeritus, ordförande Statens medicinsk-etiska råd (Smer)
Lena Flyckt	Specialistläkare allmän psykiatri, Norra Stockholms psykiatri, Stockholms läns landsting, ordförande i Svenska psykiatriska föreningen
Lena Mårtensson	Fil.dr, leg. arbetsterapeut och forskare inom området hälsolitteracitet på Göteborgs universitet
Lise-Lotte Risö Bergerlind	Chef Regionalt kunskapscentrum för psykisk hälsa i Västra Götaland. Ingår i projektledningsgruppen för revidering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ångest och depression.
Maria Hjelm	Health Navigator, legitimerad sjuksköterska och vårdcoach i Västra Götalandsregionen
Mats Lambe	Professor, enhetschef för RCC register och vårdprogram RCC Uppsala-Örebro
Michael Melin	Biträdande överläkare hjärtkliniken Karolinska sjukhuset
Per G Torell	Ordförande Schizofreniförbundet – Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser
Rickard Ljung	Läkare och docent i socialmedicin, Karolinska institutet
Rose-Marie Isaksson	Med.dr, forsknings- och utvecklingsstrateg, Norrbottens läns landsting
Susanna Toivanen	Sociolog och forskare vid Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholms universitet/Karolinska Institutet
Sven Andreasson	Alkoholläkare, Beroendecentrum Stockholm, Stockholms läns landsting och professor i socialmedicin, Karolinska institutet
Sylvia Määtä	Områdeschef, Kunskapscentrum för jämlik vård, Västra Götalandsregionen
Tony Holm	Samordnare för nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning och nationella programråd, avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting



# En mer jämlik vård är möjlig

## Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande

Vårdanalys har på regeringens uppdrag gjort en fördjupad analys av skillnader i vård, behandling och bemötande. Men alla skillnader som finns i vården innebär inte att vården är ojämlig. En del skillnader behövs exempelvis för att ta hänsyn till patienters olika medicinska förutsättningar. I den här rapporten analyseras möjliga orsaker till omotiverade skillnader – sådana skillnader gör vården ojämlig. Med utgångspunkt i åtta specifika skillnader i vården dras fyra slutsatser om möjliga orsaker till ojämlig vård. Utifrån dessa ger vi förslag på åtgärdsområden för en mer jämlik vård.

---

**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.

