

# Ojämna villkor för hälsa och vård

Jämlikhetsperspektiv på hälso-  
och sjukvården

*Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.*

Artikelnr 2011-12-30

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), december 2011

# Förord

---

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande till alla oavsett bland annat bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelse-land, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Enligt formuleringarna i hälso- och sjukvårdslagen ska en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor prioritera de som har störst behov.

Världshälsoorganisationen, WHO, lyfter fram följande övergripande faktorer inom hälso- och sjukvårdssystemen som viktiga för att åstadkomma en jämlik vård:

- Solidariskt finansierad vård med hög tillgänglig för alla medborgare
- Uppmärksammande av särskilda behov hos utsatta grupper
- Ökad betoning på en sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Trots goda förutsättningar i ett internationellt perspektiv har Socialstyrelsens utvärderingar av hälso- och sjukvården i Sverige länge visat på relativt betydande regionala så väl som olika typer av sociala skillnader i både hälsa och vård. I juni 2011 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att beskriva det aktuella kunskapsläget när det gäller jämlikhet i vården. Därutöver efterfrågades bedömningar av effektiva metoder för att utjämna skillnader och vilka åtgärdsområden som kan förväntas ge störst hälsovinster.

Denna rapport syftar till att sammanfatta kunskapsläget inom några centrala områden i hälso- och sjukvården, identifiera de viktigaste utmaningarna, samt ge förslag på fortsatta analyser och åtgärder.

Rapporten har utarbetats av projektledare Ingrid Schmidt, i samarbete med projektassistent Susanna Kanmert. Följande medarbetare vid Socialstyrelsen har bidragit med texter, statistiskt underlag, databearbetning, och värdefulla synpunkter: Marie Berlin, Danuta Biterman, Maria Danielsson, Rosita Claesson–Wigand, Karin Flyckt, Inger Heimerson, Gudrun Jonasdottir Bergman, Thomas Malm, Björn Nilsson, Åsa Klint, Max Köster, Gunilla Ringbäck-Weitof, Maja Stenberg, Daniel Svensson, Mats Talbäck, Ann-Britt Thulin och Annika Öhqvist. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Petra Otterblad - Olausson

Chef, avdelningen för Statistik och utvärdering

# Innehåll

---

<b><i>Förord</i></b>	<b>3</b>
<b><i>Sammanfattande slutsatser, utmaningar och rekommendationer</i></b>	<b>7</b>
<b>Regionala skillnader i hälsa och vård – fortsatt stora behov av harmonisering</b>	<b>7</b>
Olikheter som behöver harmoniseras landstingen emellan – några exempel	8
<b>Sociala skillnader i hälsa och vård – ofta större än de regionala</b>	<b>9</b>
Sociala skillnader i hälsa och vård är kostsamt	10
<b>Jämlikhetsaspekter på några vårdområden</b>	<b>10</b>
Vård vid psykisk ohälsa – stora regionala variationer i kompetens	10
Vård vid missbruk och beroende- fortsatt stora i variationer i behandlingspraxis	11
Vård vid hjärt- och kärlsjukdom – stärk det förebyggande arbetet	11
Socialt betingade skillnader i överlevnad vid cancer – betydligt större än de regionala	12
Ett nytt tandvårdsstöd utvecklas	12
<b>Jämlikhetsaspekter för några grupper</b>	<b>13</b>
Barnhälsovården och elevhälsan behöver stärkas	13
Äldres vård och omsorg – varierande resurser och kvalitet	13
Personer med funktionsnedsättning – tillgängligheten behöver förbättras	14
Nationella minoriteter – kunskap behöver utvecklas	14
Sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck – fördomarna behöver minska	15
Utlandsfödda – tillgänglighet och kommunikation kan utvecklas	15
Diskriminering vanligare än väntat	16
<b>Rekommendationer om fortsatt arbete</b>	<b>17</b>
<b><i>Inledning</i></b>	<b>20</b>
<b>Uppdraget</b>	<b>20</b>
<b>Syfte</b>	<b>21</b>
<b>Vad är jämlik vård?</b>	<b>21</b>
<b>Metoder, datakällor och underlag</b>	<b>22</b>
<b>Rapportens disposition</b>	<b>22</b>
<b>Systemperspektiv på jämlikhet i vården</b>	<b>23</b>
Legala utgångspunkter och förutsättningar	23
God vård är jämlik – modell för uppföljning	25
Jämlikhetsperspektiv på hälsans utveckling	26
Socialt betingade skillnader i förtida död är större än de regionala	33
Kostnader för ojämlikhet i hälsa och vård	34
<b>Utmaningar för hälso- och sjukvården</b>	<b>36</b>
Tillgänglighet för grupper med stora vårdbehov	37
Ökat patientinflytande -patientfokuserad vård	41
Kunskapsbaserad vård – fokus på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet	50
<b><i>Valda vårdområden</i></b>	<b>54</b>

<b>Cancervård</b>	<b>54</b>
Sammanfattande slutsatser	54
Skillnaderna mellan utbildningsgrupper minskar inte	55
Cancer bland utlandsfödda – stora variationer	59
<b>Vård vid hjärt- och kärlsjukdom</b>	<b>61</b>
Sammanfattande slutsatser	61
Hjärt- och kärlsjukdomar drabbar vid allt högre åldrar	62
Högre dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland dem med lägre utbildning	63
Regionala skillnader i dödlighet efter hjärtinfarkt	64
Hjärtinfarkt bland utlandsfödda	64
Levnadsvanor har stor betydelse	65
Hjärtsjukvård	65
Pågående utvecklingsarbete	71
<b>Vård vid psykisk ohälsa</b>	<b>73</b>
Sammanfattande slutsatser	73
Betydande sociala skillnader i självmord	73
Brist på psykiatrisk kompetens	74
Brister i vården för äldre	75
Flertal skillnader mellan könen	76
Socioekonomiska skillnader i behandling	76
Flyktingbarn bOLLas mellan verksamheter	77
<b>Missbruk och beroende</b>	<b>78</b>
Sammanfattande slutsatser	78
Om missbruk	78
Socialt betingade skillnader i missbruksrelaterad dödlighet	79
Geografiska skillnader i vårdutbud	80
Bemötande och delaktighet	83
Svårt att införa alkoholinterventioner i vården	83
Många verksamheter saknar tydlig styrning och uppföljning	84
Regeringens strategi	85
Nationella riktlinjer förbättrar vården	85
<b>Tandvård</b>	<b>87</b>
Sammanfattande slutsatser	87
Sociala skillnader i tandhälsa	87
Skillnader i besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper	90
Socioekonomins påverkan på val av behandling	94
Ojämn fördelning av tandvårdspersonal över riket	95
<b>Utvalda grupper</b>	<b>98</b>
<b>Barn och unga</b>	<b>98</b>
Sammanfattande slutsatser	98
Barns hälsa – positiv utveckling men inte för alla	98
Hälso- och sjukvård för barn	99
Särskilt utsatta barn	103
<b>Äldre</b>	<b>110</b>
Sammanfattande slutsatser	110
Äldres hälsa – positiv trend men inte entydig för de allra äldsta	110
Män och kvinnor har olika behov – och får ibland olika vård	111
Högutbildade äldre gör oftare läkarbesök	113
Geografiska skillnader är betydande	114
Vård vid livets slut – stor regional variation i kompetens	116
Är vården lika bra för äldre som för yngre?	117
Tandvård – bättre kompetens angelägen i kommunerna	118
<b>Funktionsnedsättning</b>	<b>120</b>

Sammanfattande slutsatser	120
Inledning	120
Tio gånger vanligare med dålig hälsa bland funktionshindrade	120
Fler vårdkontakter än den övriga befolkningen	123
Vården som ges är inte likvärdig	123
Pågående insatser och arbete	128
Kunskapsbrister	131
<b>Nationella minoriteter</b>	<b>133</b>
Sammanfattande slutsatser	133
Nationella minoriteter skyddas av gemensam lagstiftning	133
Sämre och bättre hälsa än övriga befolkningen	133
Både högre och lägre vårdutnyttjande	135
Diskriminering och bemötande inom vården	135
Pågående insatser och arbete i verksamheterna	137
<b>Sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck</b>	<b>139</b>
Sammanfattande slutsatser	139
Utsatthet och ohälsa bland hbt-personer	139
Högre och lägre vårdutnyttjande än övriga befolkningen	140
Pågående insatser	143
<b><i>Patientföreträdarnas erfarenheter och iakttagelser</i></b>	<b><i>145</i></b>
Sammanfattande slutsatser	145
Inledning	145
Patientorganisationernas syn på utmaningarna	146
Konsekvenser av ojämlik tillgång till vård	147
Sammanfattat om utmaningarna	149
Vad behöver göras?	149
<b><i>Landstingsledningarnas arbete med jämlik vård</i></b>	<b><i>151</i></b>
Sammanfattande slutsatser	151
Inledning	151
Samstämmighet om problemets omfattning	152
Vad är jämlikhet i vården och hur ska man mäta den?	152
Utmaningar	153
SKL prioriterar arbete mot en jämlik vård	155
Revisionsrapporter visar på behov av lokala riktlinjer som främjar ett jämlikt bemötande	158
<b><i>Metoder för ökad jämlikhet i hälsa och vård – exempel från aktuell forskning</i></b>	<b><i>160</i></b>
Sammanfattande slutsatser	160
Inledning	160
Övergripande interventioner på systemnivå	161
Interventioner inom vissa hälso- och sjukvårdsområden	165
<b><i>Seminarium med svenska forskare om utmaningar och strategier</i></b>	<b><i>171</i></b>
<b>Utmaningar</b>	<b>171</b>
<b>Strategier</b>	<b>174</b>
Sjukvårdshuvudmännen	174
Nationella aktörer (t.ex. myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet)	177
Regering och riksdag (lagstiftning och andra grundförutsättningar	179
Forskning och utbildning (nya forskningsfrågeställningar som behöver belysas, insatser inom grundutbildningarna etc.)	180
Deltagare	182

# Sammanfattande slutsatser, utmaningar och rekommendationer

---

Socialstyrelsens utvärderingar och analyser av hälso- och sjukvården i Sverige har länge visat på relativt stora regionala och sociala skillnader i både hälsa och vård. Detta trots att Sverige i ett internationellt perspektiv har goda förutsättningar för att uppnå jämlik vård och hälsa. Att arbeta mot en mer jämlik hälso- och sjukvård – och samtidigt stärka patientens ställning – är en av framtidens stora utmaningar för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor och med gott bemötande till alla, oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvården sträva efter att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor, och prioritera dem som har störst behov.

Fortsättningsvis redovisas i detta avsnitt en sammanfattning av de huvudsakliga slutsatserna inom några centrala områden. Därefter presenteras ett antal förslag med syfte att öka jämlikheten i vården. Dessa bygger bland annat på Socialstyrelsens rapporter, aktuell forskning, och intervjuer med hälso- och sjukvårdshuvudmännen, företrädare för patientorganisationer, samt underlag från flera av Socialstyrelsens vetenskapliga råd och andra forskare.

## Regionala skillnader i hälsa och vård – fortsatt stora behov av harmonisering

Socialstyrelsens beskrivningar och analyser har i många sammanhang visat på betydande regionala skillnader i framför allt vård och behandling. På senare år har därför arbetet med öppna jämförelser intensifierats, bland annat med syftet att minska variationen i praxis och resultat. Flera andra initiativ har tagits för att bidra till denna utveckling. Att minska oönskad variation i vården ingår exempelvis i uppdraget för en annan grupp: Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning (NSK). Gruppen består av företrädare för hälso- och sjukvården från samtliga regioner, och representanter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt flera nationella myndigheter. Gruppens arbete syftar bland annat till att utvärdera nya metoder snabbare, att mer effektivt sprida ny kunskap samt att öka kunskapen om implementering.

Behandling av cancer är ett verksamhetsområde där ett mycket specifikt arbete pågår för att ge patienter i hela landet samma högkvalitativa vård. I den nationella cancerstrategin samarbetar sjukvårdshuvudmännen och andra viktiga aktörer i regionala cancercentra. Kriterierna för dessa definieras på

nationell nivå, och de centra som uppfyller kriterierna få särskilda medel för detta.

## Olikheter som behöver harmoniseras landstingen emellan – några exempel

### *Avgifter*

Olika delar av vården har olika avgiftssystem. Det finns patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård, i slutenvård, för läkemedel, för tandvård, för tekniska hjälpmedel samt för sjukresor. För en del av dessa gäller högkostnadsskydd, det vill säga man betalar inte mer än ett bestämt maxbelopp under en 12-månadersperiod. De olika avgiftssystemen är inte harmoniserade med varandra, och högkostnadsskydd för de olika avgiftssystemen gäller oberoende av varandra. Systemet kompliceras ytterligare av att alla de 21 landstingen har rätt att bestämma avgifterna själva, även om maxbeloppet är fastställt av regeringen. Ett besök i öppenvård hos en husläkare kostar allt från 65 kronor (Dalarna, för 65 år och äldre) till 200 kronor (Gotland och Västerbotten). Liknande skillnader finns när det gäller besök hos specialistläkare eller på akutmottagningar.

Avgifter från de olika systemen kan tillsammans uppgå till höga belopp för patienten, då de för många oftast inte är jämnt spridda över tid, utan utfaller samtidigt när personen insjuknar. Detta drabbar särskilt sårbara grupper, som funktionshindrade och äldre med låg inkomst. Ett annat exempel är ensamstående med barn, där över tre fjärdedelar är kvinnor. Den gruppen avstår oftast från att gå till läkare eller hämta ut läkemedel. De avstår från sjukvårdsbesök mer än fem gånger så ofta och från att köpa ut läkemedel nästan fyra gånger så ofta som den övriga befolkningen.

### *Specialistkompetens*

Socialstyrelsen har länge visat på den varierande tillgången på olika typer av specialister inom exempelvis psykiatri och geriatrik. Särskilt patientorganisationerna har pekat på detta som en av de större utmaningarna när det gäller jämlik tillgång till vård över landet. I detta sammanhang är det centralt att nationell och mellanregional remittering fungerar väl för att utjämna tillgången till specialiserad vård. Erfarenheter från patientorganisationerna pekar dock på att det finns brister här. Landsting utan egen specialistkompetens verkar ofta ha problem med en snabb och effektiv remittering. Regionala prioriteringar och kostnadsskäl kan också bidra till att remittering inte sker, och att ojämlikheter därigenom uppstår.

### *Läkemedel*

Socialstyrelsen har i många år visat på stora variationer när det gäller läkemedelsförskrivning. Ändå finns det fortfarande många exempel på regionala skillnader i läkemedelsförskrivning. Skillnader som är större än vad som rimligtvis kan förklaras av variationer i förekomsten av sjukdomar. En av anledningarna är att flera landsting har bildat egna HTA-grupper ("Health Technology Assessment") vars bedömningar ibland avviker från nationella riktlinjer och rekommendationer. Att göra egna, preliminära bedömningar



av nya läkemedel kan vara motiverat i väntan på nationella riktlinjer, men det ska inte finnas betydande skillnader efter att dessa har publicerats.

En annan viktig förklaring till ojämlik läkemedelsförskrivning är landstingens beslut om tillfälliga eller mer permanenta ekonomiska begränsningar inom läkemedelsområdet. Dessa beslut kan ha stor påverkan på specifika patientgrupper och uppmärksammas ofta av medierna. Det är inte ovanligt att behandlingar som kan erbjudas i de flesta andra landsting inte längre finns i patientens eget landsting. Olika typer av ekonomiska överväganden kan leda till variationer som inte är medicinskt motiverade. Det pågår en hel del försök till harmoniseringar på området. Att få till stånd en mer jämlik tillgång till läkemedel mellan landstingen är sedan flera år tillbaka en prioriterad fråga för Sveriges kommuner och landsting (SKL). Därför har olika initiativ tagits som syftar till att harmonisera landstingens rutiner och bedömningsgrunder inom läkemedelsområdet. Den nationella strategin för jämlik läkemedelsanvändning är ett led i detta arbete.

## Sociala skillnader i hälsa och vård – ofta större än de regionala

Sociala skillnader i hälsa är sedan länge väldokumenterade, bland annat i Socialstyrelsens folkhälsorapporter. Stora delar av dessa skillnader åtgärdas kanske framför allt inom andra sektorer i samhället, men i allt större utsträckning har hälso- och sjukvårdens roll diskuterats och uppmärksammas när det gäller att bidra till att minska dessa skillnader. Risken för förtida död (före 65 års ålder) är mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning, vilket gäller både kvinnor och män. Stora skillnader i förtida död finns såväl när det gäller dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, skador, alkoholrelaterad sjuklighet, diabetes och sjukdomar i andningsorganen – dvs. samtliga stora dödsorsaker.

Också när det gäller så kallad undvikbar slutenvård (sjukdomar och tillstånd som kan behandlas framgångsrikt inom öppna vårdformer) är det också en betydande skillnad - undvikbar slutenvård är mer än dubbelt så vanligt bland lågutbildade som bland högutbildade.

Motsvarande skillnader finns också när det gäller män och kvinnor, och när det gäller utlandsfödda jämfört med sverigefödda. Män och utlandsfödda har till exempel högre dödlighet i behandlingsbara sjukdomar jämfört med kvinnor och svenskfödda.

De sociala skillnaderna för dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom och cancer är dock större än de regionala skillnaderna.

Även om förtida död i behandlingsbara sjukdomar minskar i alla utbildningsgrupper, sker förbättringen snabbare för högutbildade. Det har medfört att skillnaderna mellan grupperna har ökat på senare år. Det finns också socialt betingade skillnader i tillgång i olika vårdinsatser, t.ex. behandling med läkemedel, eller remittering till specialist, där bland annat Socialstyrelsens analyser under senare år pekat på att lågutbildade och utlandsfödda missgynnas. Också könsrelaterade skillnader återfinns inom vården.

## Sociala skillnader i hälsa och vård är kostsamt

Kostnaderna för skillnaderna i förtida död och undvikbar slutenvård mellan hög- och lågutbildade uppgår till minst cirka 1 miljard kronor per år i direkta sjukvårdskostnader och ytterligare 5 miljarder per år i indirekta kostnader i form av produktionsbortfall. Till detta kan läggas över 100 miljarder kronor per år i indirekta kostnader på grund av lägre livskvalitet. Detta framkommer i de översiktliga beräkningar Socialstyrelsen låtit genomföra. Motsvarande beräkningar har på senare år också börjat genomföras internationellt.

## Jämlikhetsaspekter på några vårdområden

Nedan sammanfattas iakttagelser och analyser inom några vårdområden som är särskilt relevanta utifrån ett jämlikhetsperspektiv.

### Vård vid psykisk ohälsa – stora regionala variationer i kompetens

När det gäller slutenvården finns det stora geografiska skillnader i antalet vårdtillfällen. Flera län i landet har färre än 10 psykiatrer per 100 000 invånare, vilket kan jämföras med ett riksgenomsnitt på 17. Storstadsområdena har större tillgång till specialister, exempelvis Stockholm som ligger 28 procent över genomsnittet. Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för depressionssjukdom, möjligheterna till läkarkontakt efter utskrivning samt förskrivning av lugnande medel varierar också stort mellan landstingen. Personer födda utomlands kan ha en särskilt problematik – på senare år har det skett en klar ökning av unga med psykisk ohälsa till följd av asyl- och migrationssituationer.

### *Skillnader i insatser*

Under de senaste åren har den tilltagande ohälsan hos yngre kvinnor och den ökade andelen yngre kvinnor som tvångsvårdas enligt LPT uppmärksamats. Självmod är betydligt vanligare män och bland lågutbildade jämfört med bland kvinnor och bland högutbildade. När det gäller socioekonomiska skillnader på behandlingsinsatser visar Socialstyrelsens analyser att högutbildade ordinerar en mer adekvat läkemedelsbehandling vid psykosjukdom jämfört med lågutbildade. Det finns inga studier som visar om andra behandlingsinsatser, t.ex. tillgång till kognitiv beteendeterapi varierar med socioekonomisk position, däremot har Socialstyrelsens analyser tidigare visat att personer som är 65 år eller äldre i lägre utsträckning än andra åldersgrupper ordinerar kognitiv beteendeterapi vid depression och ångest. Det är sannolikt att även socioekonomisk position har betydelse för tillgång till denna typ av behandling.

## Vård vid missbruk och beroende- fortsatt stora i variationer i behandlingspraxis

Det finns stora socialt betingade skillnader i alkohol- och drogrelaterad dödlighet. Dessutom ökar den alkoholrelaterade dödligheten, särskilt bland äldre kvinnor. Sjukvården har blivit bättre på att ställa frågor om riskbruk av alkohol men måste fortsätta ansträngningarna för att tidigt upptäcka och behandla personer i riskzonen. 2011 års öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården visar generellt på stora regionala skillnader.

Missbruksutredningen visar också att missbruksvården har brister för personer med funktionshinder och utländsk bakgrund. Dessutom saknas kunskap om hur missbrukare behandlas i den övriga hälso- och sjukvården.

## Vård vid hjärt- och kärlsjukdom – stärk det förebyggande arbetet

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar, men är fortfarande högre hos personer med lägre utbildning. Skillnaderna mellan utbildningsgrupper är större än de regionala skillnaderna. Detta gäller både män och kvinnor. Om hälso- och sjukvården i samverkan med andra aktörer intensifierar sitt förebyggande arbete bland annat genom särskilt riktade insatser till riskgrupper, kan insjuknandet i hjärt- och kärlsjukdomar minska, liksom skillnaderna mellan socioekonomiska grupper.

Socialstyrelsen publicerade år 2009 en nationell utvärdering av hjärtsjukvården. På ett antal områden visar utvärderingen att hjärtsjukvården lever upp till förväntningarna och rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, och att patienterna i hög grad får den rekommenderade behandlingen oavsett sjukhus eller landsting. Samtidigt ser Socialstyrelsen att det inom många områden finns stora variationer både mellan landsting och mellan sjukhus, dessutom är de regionala skillnaderna stora på de områden där patienter också underbehandlas. Exempel på sådana områden är insatser för rökstopp efter hjärtinfarkt och behandlingar vid rytmrubbningar. Vidare identifierades även några områden för vilka könsskillnader finns. De inkluderar insättande av implanterbar defibrillator hos patienter med ökad risk för plötslig död och insättande av sviktpacemaker (CRT) hos patienter med svår hjärtsvikt samt vid behandling med vissa typer av läkemedel hos sviktpatienter. Kvinnor får dessa insatser i lägre utsträckning jämfört med män. Utvärderingen visar också att det finns en avsevärd variation mellan landstingen när det gäller hur många personer som dör i hjärtinfarkt utan att ha sjukhusvårdats.

Sverigefödda hjärtinfarktpatienter får i högre grad de rekommenderade läkemedlen jämfört med hjärtinfarktpatienter födda utanför EU. Detta har tidigare framkommit i Socialstyrelsens fördjupade analyser. Socialstyrelsen visar även i en nyligen publicerad rapport att personer med psykisk sjukdom inte får samma behandling som andra patienter och att de dessutom har en ökad risk att avlida sex månader efter infarkt.

Strokevård är på flera områden jämlik utifrån aspekterna ålder, kön och geografi. Detta framkommer i Socialstyrelsens senaste utvärdering av strokevården. Det finns dock även här exempel på ojämlik vård, inte minst när det gäller väntetider. Där är de regionala skillnaderna stora. Även vid be-

handling med läkemedel efter stroke finns exempel på könsskillnader och socioekonomiska skillnader

### **Socialt betingade skillnader i överlevnad vid cancer – betydligt större än de regionala**

När det gäller överlevnad vid vissa former av cancer finns det relativt stora regionala skillnader. Det gäller exempelvis lungcancer. De skillnader som finns i insjuknande och överlevnad för de tolv vanligaste cancerformerna i Sverige är dock större mellan socioekonomiska grupper än regioner. Skillnaderna gäller främst den första tiden efter diagnosen, vilket understryker att bakgrunden är komplex. Tidig upptäckt är centralt och här har rutinerna för screening stor betydelse, men även vårdens insatser senare i förloppet påverkar möjligheterna för överlevnad.

Den senaste beskrivningen av cancervården inom ramen för Öppna jämförelser visar på förbättringar i olika delar av vården, men också på variationer landstingen emellan när det gäller vårdinsatser och väntetider. För att kunna bedöma patientens behov och göra en individuell behandlingsplan är det ofta viktigt att ha en så kallad multidisciplinär konferens. Rapporten visar att skillnaderna här är stora – antalet patienter med nyupptäckt cancer som får en så kvalificerad bedömning varierar mellan 4 och 100 procent. Det finns också stora skillnader i väntetider mellan landsting och mellan cancerformer. Väntetiden från remissankomsten till det första besöket hos en specialist varierade exempelvis mellan 17 och 43 dagar för de olika cancersjukdomarna. Däremot finns i dagsläget ingen möjlighet att med hjälp av dessa data undersöka om olika grupper av patienter, exempelvis socioekonomiskt utsatta, får vänta längre än andra.

### **Ett nytt tandvårdsstöd utvecklas**

Skillnaderna i tandhälsa mellan barn och ungdomar med olika socioekonomisk ställning är fortsatt stora. Också i den vuxna befolkningen har socioekonomiskt utsatta liksom utlandsfödda sämre tandhälsa än högutbildade. Det är tydligt att arbetslösa, studerande, låginkomsttagare, personer utan kontantmarginal och personer födda utanför Europa avstår tandvård av ekonomiska skäl i högre utsträckning än andra grupper i befolkningen.

Socialstyrelsens tillsyn visar vidare att det kan huvudmännen ha problem med att erbjuda ge äldre den omvårdnad och behandling som behövs för en god munhälsa.

Just nu utvecklas ett nytt tandvårdsstöd för personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har ett ökat behov av tandvård. Det innebär bland annat att denna grupp ska få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

### **Vårdområden – sammanfattning**

Sammanfattningsvis förefaller de regionala skillnaderna vara särskilt betydande inom missbruksvården och psykiatrin. Det gäller både olika typer av strukturella skillnader, som variationer i tillgång till specialister och vårdplatser, som möjligheten att få adekvat behandling. För hjärtsjukdomar och

cancer förefaller skillnaderna mellan landstingen successivt minska – däremot kvarstår betydande sociala skillnader i förtida död i dessa sjukdomar även om dödligheten totalt sett minskar. När det gäller tandhälsa har det länge funnits stora skillnader utifrån socioekonomisk position. Det är också sedan länge väl känt att ekonomiska faktorer betyder mer inom tandvården än inom övrig hälso- och sjukvård, bland annat p.g.a. de betydligt högre kostnaderna för den enskilde. Gemensamt för de beskrivna vårdverksamheterna är att det är helt centralt med tidiga insatser och ett effektivt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete när det gäller att utjämna skillnader mellan olika socioekonomiska grupper.

## Jämlikhetsaspekter för några grupper

Vissa grupper av patienter och medborgare är särskilt viktiga att belysa utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Det handlar bland annat om barn, äldre och personer med funktionsnedsättning. Vården kan också tänkas fungera olika ändamålsenligt för andra grupper, beroende på till exempel sexuell läggning, om man tillhör någon av de nationella minoriteterna eller är född utomlands. Nedan sammanfattas några iakttagelser.

### Barnhälsovården och elevhälsan behöver stärkas

Tidiga förebyggande insatser för barn och ungdomar har länge varit kännetecknande för det svenska välfärdsystemet. Grundtanken har varit att förebyggande insatser för alla främjar jämlikhet i hälsa och levnadsvillkor.

Svenska barns och ungdomars hälsa får generellt betecknas som god, särskilt i ett internationellt perspektiv. Samtidigt har sjukdomspanoramat de senaste decennierna förskjutits mot psykisk ohälsa.

Under lång tid har mödravården och barnhälsovården lyfts fram som särskilt framgångsrika verksamheter inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. På senare tid finns dock flera indikationer på att dessa verksamheter har försvagats. Det gäller både barnhälsovården och skolhälsovården. För barnhälsovården tyder en aktuell kartläggning på betydande skillnader över landet.

Även när det gäller skolhälsovården har Socialstyrelsen länge pekat på de stora regionala skillnaderna när det gäller resurser och organisation. Inom den traditionella hälso- och sjukvården behöver också ett tydligare barnperspektiv utvecklas. Bland annat har tandvården och hälso- och sjukvården stora möjligheter att upptäcka olika typer av misshandel och annan utsatthet hos barn. Men när det gäller insatser för särskilt utsatta barn pekar tyvärr i stället olika undersökningar på brister i tillgången till relevanta hälso- och sjukvårdsinsatser.

### Äldres vård och omsorg – varierande resurser och kvalitet

Läkares tid för besök på äldreboenden varierar mycket mellan olika län och också inom länen. Andelen på äldreboenden som har fått sina läkemedelsordinationer genomgångna av läkare det senaste året varierar kraftigt mellan kommuner och landsting. Andelen som har fått en riskbedömning av fall,

trycksår och undernäring varierar också mycket påtagligt mellan olika boenden. Även kvaliteten i läkemedelsbehandlingen varierar. Här är variationerna mellan landstingen relativt måttliga, medan variationerna mellan kommuner och boenden är mer påtagliga.

Riskfylld läkemedelsförskrivning till äldre har uppmärksammats i många år i Sverige. Överförskrivning är en viktig patientsäkerhetsfråga och reser frågor om kvaliteten i omvårdnad och tillgången till andra behandlingsinsatser för äldre. Socialstyrelsens analyser har tidigare visat bland annat att äldre personer med depression i mindre utsträckning än yngre får tillgång till andra effektiva behandlingsmetoder, exempelvis kognitiv beteendeterapi.

Äldre kvinnor ordinerar oftare läkemedel som kan orsaka förvirring och fall jämfört med män i samma åldersgrupp. Därtill har äldre med enbart grundskoleutbildning också större risk att behandlas med riskfyllda kombinationer av läkemedel, och högutbildade äldre får oftare nyare läkemedel mot demens utskrivna jämfört med lågutbildade.

## **Personer med funktionsnedsättning – tillgängligheten behöver förbättras**

Självskattad ohälsa är tio gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen. Den självupplevda ohälsan är störst hos personer med rörelsehinder. Samtidigt behöver en funktionsnedsättning förstås inte automatiskt betyda en försämrad hälsa. Däremot kan funktionsnedsättningen alltså utgöra en hälsorisk.

Flera studier pekar dessutom på att personer med funktionsnedsättning avstår från vård och behandling i högre utsträckning än den övriga befolkningen. Det är också betydligt vanligare att denna grupp avstår av ekonomiska orsaker. Detta förklaras dels av en låg disponibel inkomst, dels av att de redan har omfattande utgifter för hälso- och sjukvård.

Det tycks också finnas skillnader i somatisk (kroppslig) sjuklighet och i vilken vård som ges. Personer som har vårdats för psykisk sjukdom löper till exempel större risk att dö i förtid av stroke. Det är också så att cancerbehandling inleds i ett senare skede och att risken för amputation vid diabetes är större i denna grupp än hos den övriga befolkningen. Detta reser frågor om helhetssynen i vården och visar på behovet av förstärkt samarbete mellan somatisk och psykiatrisk vård.

Den bristande tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning riskerar att göra det ännu svårare för dem att få vård. Det kan ta längre tid, och i värsta fall kan bristerna helt utestänga dessa personer från att söka vård och stöd på samma villkor som den övriga befolkningen.

Sämre hälsa och därmed större vårdbehov gör att det är allvarligt att personer med funktionsnedsättningar i så pass stor utsträckning avstår från besök i hälso- och sjukvården.

## **Nationella minoriteter – kunskap behöver utvecklas**

De nationella minoriteterna är en heterogen grupp med olika livsvillkor och erfarenheter, men som skyddas av en gemensam lagstiftning. Intervjuer och

anmälningar om diskriminering i sjukvården visar att hälso- och sjukvården här brister i sitt bemötande. Preliminära studier tyder också på att de nationella minoriteterna har lägre tilltro till vården, lägre vårdutnyttjande och sämre psykisk och fysisk hälsa än den övriga befolkningen. Undantaget är den judiska gruppen som tycks ha högre vårdutnyttjande och bättre hälsa än den övriga befolkningen, även om judiska män rapporterar att de har blivit diskriminerade i högre utsträckning.

Socialstyrelsen avser att utveckla samarbetet med representanter från de nationella minoriteterna och utreda möjligheten att utveckla metoder för att på sikt följa hälsan hos minoriteterna och arbeta med att utveckla bemötande och tillgänglighet för denna grupp.

### **Sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck – fördomarna behöver minska**

HBT-personer har högre ohälsa och besöker också vården oftare än andra grupper i befolkningen. Samtidigt tyder resultat från olika enkätundersökningar på att också homo- och bisexuella kvinnor besöka vården i lägre utsträckning trots ett upplevt behov. Detta gäller särskilt kvinnosjukvård.

Olika typer av uppfattningar och attityder påverkar hälso- och sjukvårdens sätt att bemöta och behandla – detta framkommer i olika intervjuundersökningar och i anmälningar till diskrimineringsombudsmannen (DO). Transpersoner och män som är osäkra på sin sexuella läggning har också lägre förtroende för sjukvården. Det finns påtagliga skillnader mellan landstingen när det gäller att tillämpa regler kring könsbytesutredning, och när det gäller homosexuella kvinnors möjligheter att få tillgång till insemination.

För att öka kunskapen om hur professionellt bemötande styrs av normer kring kön och sexuell läggning är ökad kunskap om HBT viktigt. God kompetens förbättrar förutsättningarna för att var och en som söker vård och omsorg får rätt behandling. Det finns flera goda exempel på verksamheter som inom ramen för förbättringsarbetet för en jämlik vård arbetar med dessa frågor.

### **Utlandsfödda – tillgänglighet och kommunikation kan utvecklas**

Drygt en miljon av Sveriges befolkning är utlandsfödda. Därutöver finns det cirka 800 000 personer som har en eller två utlandsfödda föräldrar. Hälso-tillståndet skiljer sig mellan olika grupper utlandsfödda, beroende på faktorer som varifrån personen kommer, migrationsprocessen och tillvaron i det svenska samhället.

Många studier har visat att utlandsfödda har sämre hälsa än den svenskfödda befolkningen. Ojämlighet i hälsa mellan utlandsfödda och inrikes födda har också observerats i flera andra europeiska länder samt sedan länge i USA. Bland annat har de utlandsfödda ökad risk för psykisk ohälsa som exempelvis mer depressioner, ångest, posttraumatisk stress och sömnsvårigheter. Socialstyrelsens analyser liksom andra studier har också visat att åtgärdar och förtida dödlighet är högre bland utlandsfödda jämfört med inrikes födda i exempelvis hjärtsjukdom. Ekonomiska problem, sociala fak-

torer, arbetslöshet och språksvårigheter brukar vidare anges som bidragande faktorer till sämre upplevd hälsa. Hur vården arbetar och hur tillgänglig den är kan ha stor betydelse för att minska skillnaderna.

Olika studier både i Sverige och i andra länder visar att levnadsvanor kan ha betydelse, bland annat är rökvanor och andra ohälsosamma vanor vanligare bland vissa grupper av migranter. Även i detta sammanhang har alltså sjukvårdens sjukdomsförebyggande arbete stor betydelse. Språkliga och andra barriärer försvårar migranternas tillgång till information om hälsa och om hälso- och sjukvården, och därmed möjligheterna att uppnå en bättre hälsa.

Aktuella analyser av de nationella patientenkäterna inom primärvården och sjukhusvården visar att de som inte har svenska som modersmål i lägre grad än övriga patienter känner sig informerade, respekterade och delaktiga. I områden med många utlandsfödda drivs inom vården olika utvecklingsprojekt för att förbättra hälsan och vården för dessa grupper. Arbetet bör intensifieras ytterligare mot bakgrund av den ökande andelen utlandsfödda i Sverige.

### Diskriminering vanligare än väntat

Många av de skillnader som finns i bemötande och behandling mellan grupper beror troligen på omedvetna ageranden, men mer uttalad diskriminering förekommer också. Detta framkommer i intervjuer Socialstyrelsen genomfört med företrädare för patientorganisationerna.

I nationella enkäter om vården svarar en majoritet att de är nöjda med bemötandet i vården, men många av de ärenden som kommer in till patientnämnderna berör problem med bemötande och kommunikation i vården. De nationella patientenkäterna visar också på vissa systematiska skillnader. Personer med invandrarbakgrund ger sämre omdömen om bemötande, information och delaktighet i vården jämfört med sverigefödda. Kvinnor upplever också ett något sämre bemötande än män inom både primärvård, vid akutmottagningar och inom den slutna vården. Socialstyrelsens har också tagit det av Diskrimineringsombudsmannens (DO) ärenden under året och preliminära resultat från en pågående forskningsstudie. Båda dessa underlag visar på problem med diskriminering

Sammantaget visar dessa olika underlag på att diskriminering i vården tyvärr inte är ovanligt, och att verksamheter och vårdgivare behöver utveckla strategier för att motverka diskriminering.

### Valda grupper– sammanfattning

Sammanfattningsvis kan konstateras att det behövs förbättringar när det gäller bemötande, vård och behandling för de ovan beskrivna grupperna. Att utveckla vårdverksamheter för att göra vården tillgänglig för dem med allra störst behov av vård och stöd är en utmaning som kräver nya angreppssätt. De obefogade skillnaderna i hälsa och vård behöver minska. Sjukvårdshuvudmännen behöver också vidta åtgärder för att motverka diskriminering.



## Rekommendationer om fortsatt arbete

Ett antal initiativ har tagits på olika nivåer på senare år när det gäller att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård. Nedan sammanfattas ett antal rekommendationer för det fortsatta arbetet. Dessa baseras på Socialstyrelsens analyser under senare år, aktuell hälso- och sjukvårdsforskning, intervjuer med patientorganisationer och företrädare för landstingsledningarna, samt diskussioner med vetenskapliga råd och andra forskare.

### Socialstyrelsen avser att

Ta fram en samlad strategi för att genom samtliga tillgängliga verktyg bidra till utvecklingen mot en mer jämlik hälsa och vård, bland annat genom att:

- Driva på utvecklingen genom att ta fram en plan för hur olika informationssystem, inklusive hälsodataregister och kvalitetsregister, och andra databaser inom sjukvården kan utvecklas för att kontinuerligt belysa och följa skillnader i hälsa, tillgänglighet och vårdkvalitet för olika grupper i befolkningen.
- Utveckla metoder för att ta fram mer kunskap om situationen för grupper som hamnar utanför vanliga kartläggningar och analyser. Det handlar om nationella minoriteter, men också papperslösa, bostadslösa, svåra missbrukare och vissa grupper av svårt psykiskt sjuka.
- Ta fram en systematisk kunskapsöversikt om metoder med syfte att minska skillnaderna i hälsa och vård.
- Utveckla metoder i Socialstyrelsens normering och tillsyn för att beakta jämlikhetsaspekter av vårdens tillgänglighet, säkerhet och kvalitet.

### Sjukvårdshuvudmännen bör

- Satsa strategiskt på tidiga insatser och förstärka barnperspektivet på alla nivåer i vården.
- Förstärka vårdens förebyggande roll genom att bland annat effektivt tillämpa Socialstyrelsens riktlinjer för metoder som stödjer hälsosamma levnadsvanor. Behovet av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är störst hos dem med sämst förutsättningar för en god hälsa.
- Fokusera på att utveckla vården i utsatta områden. Förbättra tillgängligheten genom att identifiera och avveckla barriärer inom vården för utsatta grupper, samt utveckla uppsökande verksamhet i områden med hög ohälsa.
- Förstärka samarbetet mellan psykiatrisk och somatisk vård och satsa på multiprofessionella vårdteam.
- Satsa på innovativa projekt och stimulera personalen i de patientnära verksamheterna. För att öka kunskapen behöver medarbetarna aktivt uppmuntras till att utveckla projektidéer och gemensamma målbilder kring hur man kan uppnå en mer jämlik vård.

- Använda befintlig kunskap om förbättringsarbete för att uppnå en mer jämlik hälsa och vård. Ofta finns sådan kunskap hos dem som arbetar i verksamheterna. Utveckla rutiner för att ta till vara goda exempel från olika håll där man har arbetat med detta, och sprid dem. Använd också exempel från aktuell interventionsforskning från andra länder som inspiration.
- Inrätta särskilda verksamhetsbaserade vårdteam för att utveckla och stärka utsatta grupperns möjligheter till vård. Dessa team kan kopplas till lokala FoU samt relevanta forskningsinstitutioner.
- Bredda uppdragen för de regionala kunskapscentrum för jämställd vård som redan finns, till att omfatta övriga jämlikhetsaspekter. Dessa centrums huvuduppdrag kan vara att bedriva forskning och verksamhetsutveckling för att öka kunskapen och det professionella engagemanget kring frågor som rör jämlikhet i hälsa, vård och omsorg.
- Vidareutveckla metoder för en behovsbaserad resursfördelning och ersättningsmodeller med särskilt fokus på sjukvårdens förebyggande, behandlande och rehabiliterande verksamhet.

### Regering och riksdag bör överväga att

- Uppmärksamma den pågående utredningen med uppdrag att se över avgiftssystemet i vården på att särskilt överväga förutsättningarna för ett samlat högkostnadsskydd, som omfattar alla avgifter inom vården, inklusive transporter, hjälpmedel, läkemedel och på sikt tandvård.
- Införa obligatoriska hälsokonsekvensanalyser för politiska reformer och andra typer av policyförändringar (jämför miljökonsekvensanalyser).
- Utveckla en ny modell i samarbete med sjukvårdshuvudmännen med syfte att nå större harmonisering mellan olika delar av landet inom kritiska områden som exempelvis avgifter, geografiska skillnader i tillgång till kompetens etc.
- Utforma ett tilläggsdirektiv till den pågående s.k. Patientmaktsutredningen (S2011: 03) om att man särskilt bör uppmärksamma jämlikhets- och inflytandeaspekter för sårbara grupper i befolkningen.
- Ge ett uppdrag till en lämplig aktör med syfte att se över hur den etiska plattformen och prioriteringsriktlinjerna kan få en ökad praktisk tillämpning.
- Överväg att tillsätta en nationell kommission i syfte att minska sociala och regionala skillnader i hälsa och vård. Denna bör ha ett bredare anslag och även rikta sig till andra sektorer i samhället som har möjlighet att påverka hälsan i befolkningen.

## Forskning och utbildning

- Den planerade översynen av läkarutbildningen bör ta stor hänsyn till de framtida behoven av läkare inom första linjens sjukvård, vård av äldre och vård vid psykisk ohälsa.
- Öka fokus i samtliga vårdutbildningar på omfattning och orsaker till socioekonomiskt betingade skillnader i ohälsa och vårdbehov.
- Öka stödet till forskning som särskilt riktar in sig på att utveckla metoder för att minska skillnaderna i hälsa och vård (t.ex. aktionsforskning deltagande observationer etc.).

# Inledning

---

Under 2000-talet har olika regionala skillnader i vård och behandling varit i fokus för den sjukvårdspolitiska debatten. Under senare år har arbetet med öppna jämförelser i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) satt fokus på många områden där de regionala skillnaderna i vård och behandling behöver minska.

Sedan länge är det också väl känt att det är stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. På senare år har bland annat Socialstyrelsens rapporter och analyser visat att det även finns obefogade skillnader mellan bland annat olika utbildningsgrupper och kön när det gäller tillgång till olika insatser i vård och omsorg. Också när det gäller utlandsfödda jämfört med svenskfödda finns ibland betydande skillnader i hälsa, dödlighet och vård. Våren 2009 publicerade Socialstyrelsen bland annat *Folkhälsorapport 2009* och *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009* [1,2]. Båda dessa rapporter visar på skillnader mellan olika grupper både när det gäller hälsa, dödlighet i behandlingsbara sjukdomar och vårdinsatser.

Under 2010 och 2011 har ett flertal ytterligare rapporter och studier publicerats som framför allt visar på regionala skillnader i vård [3,4,5]. I mars 2011 kom en analys av cancervården som visar att de socialt betingade skillnaderna i överlevnad och dödlighet är större än de regionala [6].

## Internationell utveckling

På senare år har skillnaderna i hälsa och vård uppmärksammats allt mer internationellt, och i fokus har särskilt varit hälso- och sjukvårdssystemets roll när det gäller att utjämna dessa skillnader. Rapporten *Closing the gap* utgavs av WHO år 2008 [7]. Rapporten hade tagits fram av en oberoende kommission (Commission on the Social Determinants of Health, CSDH) som arbetade med den i fyra år. Kommissionen tillsattes av WHO som bedömde både de stora globala hälsoklyftorna liksom de sociala skillnaderna inom WHO:s medlemsländer (både låg- och höginkomstländer) som oacceptabla och ville med en bred ansats komma tillrätta med dem.

## Uppdraget

Regeringen gav i maj 2011 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett underlag med en beskrivning av nuläget och utmaningarna när det gäller att nå jämlikhet i vården. Lägesbeskrivningen skulle omfatta en beskrivning av utmaningarna utifrån ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, religiös tillhörighet och sexuell läggning. Socialstyrelsen ombads också beskriva kunskapsläget när det gäller implementering av metoder för att uppnå en jämlik vård samt göra en bedömning inom vilka åtgärdsområden störst hälsovinster kan uppnås.

Uppdraget avrapporterades till regeringen den 14 oktober 2011 vid ett muntligt seminarium, samt i en kortfattat PM innehållande de viktigaste slutsatserna samt rekommendationer för fortsatta satsningar. I denna mer utförliga rapport ges mer fördjupade beskrivningar inom ett antal områden.

## Syfte

Syftet med rapporten är att

- sammanställa kunskapsläget när det gäller olika jämlikhetsaspekter inom några olika områden i vården
- redovisa Socialstyrelsens förslag och rekommendationer när det gäller fortsatta åtgärder och analyser för att uppnå en mer jämlik vård.

Beskrivningarna av kunskapsläget bygger på redan publicerade rapporter samt preliminära data från pågående projekt som bedöms vara relevanta och tillförlitliga.

## Vad är jämlik vård?

Jämlikhet har sin grund i de mänskliga rättigheterna, grundlagen och i flera av de lagar som styr verksamheter som bedrivs i kommuner, landsting och regioner. När det gäller hälso- och sjukvård och tandvård är det hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och tandvårdslagen (TL 1985:125) som är vägledande. Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning [8].

Enligt artikel 12 i FN konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna är en stat skyldig att se till att hälso- och sjukvården är tillgänglig för alla och särskilt för speciellt utsatta och marginaliserade grupper i samhället. Tillgången på god vård är en mänsklig rättighet. Även EU:s stadgar rymmer internationella överenskommelser för likabehandling, icke-diskriminering och mänskliga rättigheter.

Socialstyrelsen har i sina studier och analyser följt jämlikhet i hälsa och vård genom att analysera relationen mellan olika grupper.

Vanliga indelningar och analysperspektiv är bland annat:

- Olika regionala och geografiska skillnader; landstingstillhörighet, kommun, bostadsort
- Utbildningsnivå, kön sysselsättning, inkomst etc. (socioekonomi)
- Diskrimineringsgrunderna som finns definierade i lagstiftningen – t.ex. funktionsnedsättning, födelseland (etnicitet)

WHO har i sitt arbete med ojämlikhet i hälsa föreslagit följande definition: ”När systematiska *skillnader i hälsa bedöms vara åtgärdbara genom rimliga åtgärder* globalt eller inom samhället är de helt enkelt orättvisa”. Det är det vi kallar ojämlikhet i hälsa”. Det är rimligt att anta skillnader i tillgång

till god vård som uppkommer inom verksamheter också kan betecknas som åtgärdbara. Det kan handla om olika sjukvårds- och hälsopolitiska insatser, styrnings och ledningsfrågor i verksamheterna men också om förbättringsarbeten i det patientnära arbetet.

## Metoder, datakällor och underlag

Underlaget i rapporten baseras på ett antal olika källor:

- Intervjuundersökning med företrädare för landstingsledningarna
- Kartläggning av patientföreträdarnas erfarenheter
- Sammanställning av slutsatser från seminarium med vetenskapliga råd och andra forskare
- Sammanfattningar av aktuella och/eller pågående utredningar och rapporter med relevans för jämlikhet och likvärdighet i vården.
- Vissa specialbearbetningar och analyser av uppgifter från hälsodataregister, kvalitetsregister, nationella befolkningsenkäter, mm.
- Litteratursökningar inom aktuell hälso- och sjukvårdsforskning kring metoder och strategier för att minska skillnader i hälsa och vård.

## Rapportens disposition

Rapporten inleds med kapitlet Sammanfattning, slutsatser och rekommendationer. Här sammanfattas de övergripande utmaningarna när det gäller att uppnå större jämlikhet i vården, samt Socialstyrelsens slutsatser och rekommendationer om fortsatt utvecklingsarbete. Rapporten är indelad i sju avsnitt:

1. *Systemperspektiv på jämlikhet i vården.* Här sammanfattas några övergripande aspekter på jämlikhet och likvärdighet i vården utifrån de olika målen för god vård. Fokus är framför allt på tillgång och tillgänglighet samt på i vilken utsträckning vården kan bedömas vara patientfokuserad och kunskapsbaserad för att nå målen med jämlikhet och likvärdighet.

2. *Valda vårdområden.* Här beskrivs kortfattat jämlikhetsaspekter inom några utvalda vårdområden. Ambitionen har varit att lyfta fram några av de verksamheter som berör vård och behandling av de stora folkhälsosjukdomarna och därmed stora grupper i befolkningen.

3. *Valda grupper.* I detta avsnitt beskrivs kortfattat det aktuella kunskapsläget när det gäller jämlikhetsaspekter för barn och unga, äldre, funktionshindrade och nationella minoriteter, samt jämlikhet utifrån sexuell läggning.

4. *Landstingens pågående arbete och syn på utmaningarna.* Inom ramen för uppdraget har en undersökning genomförts för att få en bild av sjukvårdshuvudmännens utvecklingsarbete när det gäller att uppnå jämlikhet i vården. Denna beskrivs här, liksom andra iakttagelser om huvudmännens arbete på området.

5. *Patientföreträdarnas erfarenheter och iakttagelser.* Patientföreträdarna har intervjuats när det gäller erfarenheter och iakttagelser när det gäller jämlikhet i vården. Detta beskrivs kortfattat i detta avsnitt.

6. *Översikt av aktuell interventionsforskning.* Här sammanfattas vilka typer av interventioner och metoder inom forskningen som har syftat till att minska obefogade skillnader i hälsa och vård.

7. *Seminarium med svenska forskare.* I detta avsnitt sammanfattas en hearing som Socialstyrelsens har genomfört med vetenskapliga råd samt andra forskare. 15 personer deltog i denna hearing och ytterligare 16 personer har bidragit med skriftliga synpunkter.

## Systemperspektiv på jämlikhet i vården

Följande faktorer inom hälso- och sjukvårdssystemen brukar lyftas fram som centrala för att åstadkomma en jämlik vård:

- Solidariskt finansierad vård tillgänglig för alla
- Uppmärksammande av särskilda behov hos utsatta grupper
- Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård

Tillgänglighet och uppmärksammande av behov hos utsatta grupper förutsätter att vården organiseras och planeras på ett ändamålsenligt sätt. Det förutsätter också att det finns en systematisk uppföljning av vårdens resultat ur jämlikhetsperspektiv – och att åtgärder vidtas för att minska orättvisa skillnader.

I detta avsnitt beskrivs några centrala aspekter på de svenska hälso- och sjukvårdssystemet som ger förutsättningar för och ytterligare kan utvecklas för att bidra till en mer jämlik hälsa och vård med potential att påverka skillnader i hälsa och vård.

## Legala utgångspunkter och förutsättningar

Det finns några viktiga utgångspunkter för att människor ska få en jämlik hälsa och vård:

- Jämlikhet har sin grund i de mänskliga rättigheterna, i grundlagen och i flera av de lagar som styr verksamheter som bedrivs i kommuner, landsting och regioner, inklusive hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och tandvårdslagen (TL).
- Principen om allas lika värde och rättigheter ligger till grund för diskrimineringslagen (2008:567) som ger ett skydd mot diskriminering utifrån sju diskrimineringsgrunder: kön, könsöverskridande identitet och uttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder samt ålder.
- Fem nationella minoriteter i Sverige – samer, romer, judar, tornedalingar och sverigefinnar – har ett förstärkt skydd genom lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

### *En god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen*

Ett centralt mål för den svenska hälso- och sjukvården är att vård av god kvalitet ges på lika villkor, oberoende av vem som får den. Alla ska bemötas, vårdas och behandlas på lika villkor – oavsett till exempel ålder, kön,

sexuell läggning, funktionsnedsättning, bostadsort, utbildning, social ställning, födelseland eller religiös tillhörighet. En jämlik och rättvis vård är själva kärnan i HSL och TL. Tillgängligheten till sjukvård i Sverige har därför en stark förankring i jämlikhetsprincipen.

I HSL anges vidare att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, enligt 2 §. Denna princip finns inte angiven i tandvårdslagen.

#### *Om prioriteringar*

I prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* redovisas allmänna uttalanden om prioriteringar i vården. De i propositionen redovisade prioriteringarna är baserade på några grundläggande etiska principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Prioriteringsgrupperna är inte styrande. De ska i stället ses som rekommenderade prioriteringar för vården. En följd av detta är att det inte finns något *lagligt* hinder för att det kan skilja sig åt mellan landsting beträffande vilka sjukdomar eller vilka tillstånd som behandlas och vilka metoder som står till buds om behandlingen väl ska ges. Landstingen har även möjlighet att dra upp riktlinjer som styr huruvida behandlingar ska erbjudas osv. Landstingen har, inom ramen för ovan nämnda principer och rekommenderade prioriteringar, ett finansiellt och planeringsmässigt självbestämmande som utgår från de resurser som bestäms på den politiska nivån.

#### *Om tillgänglighet och samråd*

Av 2 a § HSL framgår att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. Goda kontakter ska främjas mellan patienten och personalen. Vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m. anges att det med ”lätt tillgänglig” bland annat avses geografiska förhållanden. Vidare framhålls vikten av kontinuitet i kontakten mellan patient och personal. Vid täta vårdtillfällen är det angeläget att patienten inte behöver träffa ny personal vid varje nytt besök på mottagningen. Särskilt för äldre människor kan bristande kontinuitet vara problematisk. En motsvarande bestämmelse om bland annat samråd finns i patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL). Enligt 6 kap. 1 § ska en patient ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

#### *Om information, delaktighet och förebyggande arbete*

Enligt 2 b § HSL ska patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd samt de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Vidare ska patienten ges individuellt anpassad information om sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade vården samt om vårdgarantin. Informationen ska anpassas till den aktuella patientens förutsättningar och behov, vilket framgår av prop. 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande*.



När en offentlig vårdgivare inom hälso- och sjukvården har att göra med någon som inte behärskar svenska, eller som är allvarligt hörsel- eller tal-skadad, bör myndigheten vid behov anlita tolk, vilket framgår av 8 § förvaltningslagen (1986:223). Enskilda vårdgivare omfattas inte av denna bestämmelse. Dock har den enskilde vårdgivaren en skyldighet att följa 2 b § HSL, se ovan.

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att *förebygga ohälsa*. Den som vänder sig till en vårdgivare ska, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada, vilket framgår av 2 c § HSL.

Vidare ska patienten ges möjlighet till *delaktighet* vid beslut om till exempel metodval. När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget ska ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna framstår som befogat, i enlighet med 3 a § HSL. Motsvarande bestämmelse om metodval finns i 6 kap. 7 § PSL.

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja vårdgivare samt få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt (vårdval), vilket framgår av 5 § andra stycket HSL. Det är landstingets skyldighet att informera om.

#### *Diskriminering i hälso- och sjukvården är förbjuden*

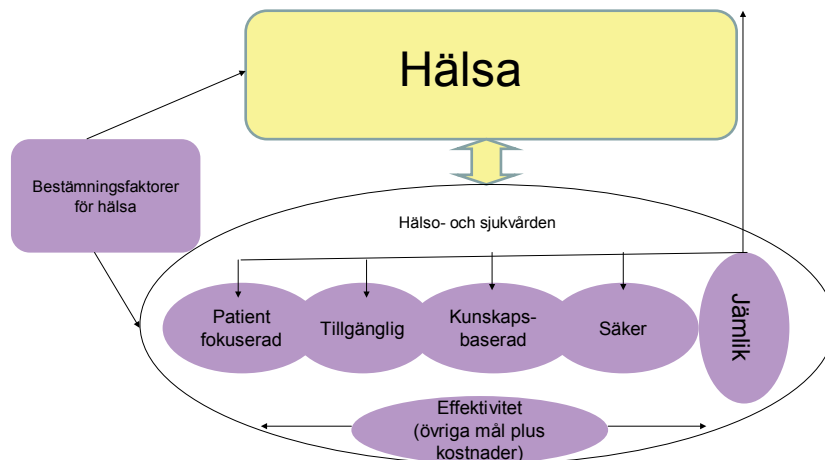
Enligt 13 § diskrimineringslagen (2008:567) är diskriminering förbjuden i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet. Förbudet gäller dock inte diskriminering som har samband med ålder.

#### **God vård är jämlik – modell för uppföljning**

Hur vet vi att målen som finns definierade i de olika lagstiftningarna uppnås? Inom sjukvården, och i ökad utsträckning också inom tandvården, har utvecklingen under ett antal år handlat om att fokusera uppnådda mål och resultat, och med hjälp av fakta, beskrivningar, data och indikatorer styra vårdens utveckling mot dessa mål. Internationella förebilder har inspirerat till utvecklingen av målen för god vård. Målen har tydliga kopplingar till HSL och är i överensstämmelse med den internationella utvecklingen. Målen för god vård utgår från HSL och TL.

Under senare år har Socialstyrelsen använt några olika varianter av en modell för att beskriva hur uppföljningen av de olika målen för hälso- och sjukvårdssystemet kan tänkas hänga ihop. Modellen bygger på och har inspirerats av tidigare ansatser för uppföljning av hälso- och sjukvården och är en förenklad skiss grundad i OECD:s så kallade ramverk – som i sin tur är en syntes av flera olika modeller som har föreslagits under de senaste decennierna.

# Hälsa och god vård



Förenklad modell/ skiss med målen för god vård. Efter OECD:s original. Se Hälso- och sjukvårdsrapport 2009.

Vidare visas hur jämlikhet inom vården kan följas utifrån om den är kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad och tillgänglig i samma utsträckning för olika grupper av medborgare. Effektivitet visas också som en mer genomgripande aspekt i modellen. Det betyder att vårdinsatserna kan bedömas vara effektiva om de fokuserar på och arbetar samstämmigt mot de övriga målen– och samtidigt beaktar kostnaderna.

## Jämlikhetsperspektiv på hälsans utveckling

Målet med hälso- och sjukvårdens verksamhet är hälsa. Sjukvården är den enda aktör som enligt lagstiftningen har denna uppgift. Därmed finns ett tydligt uppdrag att också sträva efter jämlikhet i hälsa. I det här avsnittet beskrivs kortfattat befolkningens hälsa och hälsans fördelning mellan olika grupper. Fokus ligger på de områden som utgör stora folkhälsoproblem samt på trender där utvecklingen har varit oroande under senare år.

Den senaste nationella folkhälsorapporten visar att hälsan i befolkningen har förbättrats under de senaste decennierna, vilket bland annat avspeglas i att medellivslängden fortsätter att öka [1]. Hälsan förbättras dock inte lika mycket för alla. Medelålders och äldre har haft en bättre hälsoutveckling än yngre, och män en bättre hälsoutveckling än kvinnor. Skillnaderna i hälsa är dessutom fortsatt stora mellan arbetare och tjänstemän, och mellan låg- och högutbildade. Skillnaden i återstående medellivslängd från 30 års ålder har till och med ökat mellan låg- och högutbildade kvinnor sedan slutet av 1980-talet.

### *Positiv utveckling av äldres hälsa – mer problematisk för yngre*

Hälsoutvecklingen bland ungdomar har varit sämre än i andra åldersgrupper, och flera tecken finns som pekar mot att i synnerhet den psykiska hälsan men också den fysiska har försämrats. Andelen ungdomar i åldern 16–

24 år som upplever ängslan, oro eller ångest har ökat trefaldigt sedan slutet av 1980-talet, och fortsätter alltså att öka. Åren 2004–2005 uppgav 30 procent av kvinnorna och 14 procent av männen i åldersgruppen 16–24 år att de upplevde ängslan, oro eller ångest. Nedsatt psykiskt välbefinnande är alltså betydligt vanligare bland unga kvinnor än bland unga män.

Det har också blivit vanligare att ungdomar vårdas på sjukhus för depression och för ångesttillstånd samt för självmordsförsök. Det är således inte enbart den självrapporterade psykiska ohälsan som har ökat. Andelen fullbordade självmord har under de senaste tio åren minskat i andra åldersgrupper men inte bland ungdomar. Bland män 16–24 år har den sammantagna risken att avlida ökat något sedan mitten av 1990-talet, vilket beror på ett ökat antal dödsolyckor samt något fler självmord. Oro, ängslan och ångest har ökat bland ungdomar oavsett familjeförhållanden, födelseland, arbetsmarknadsstatus och föräldrarnas socioekonomi. Orsaker till den försämrade psykiska hälsan har sannolikt därför att göra med förändringar i levnadsvillkor som berör stora ungdomsgrupper. Förändringar både i skolan och på arbetsmarknaden har påverkat ungdomars levnadsomständigheter och framtidsutsikter, och kan ha haft betydelse för den försämrade hälsan.

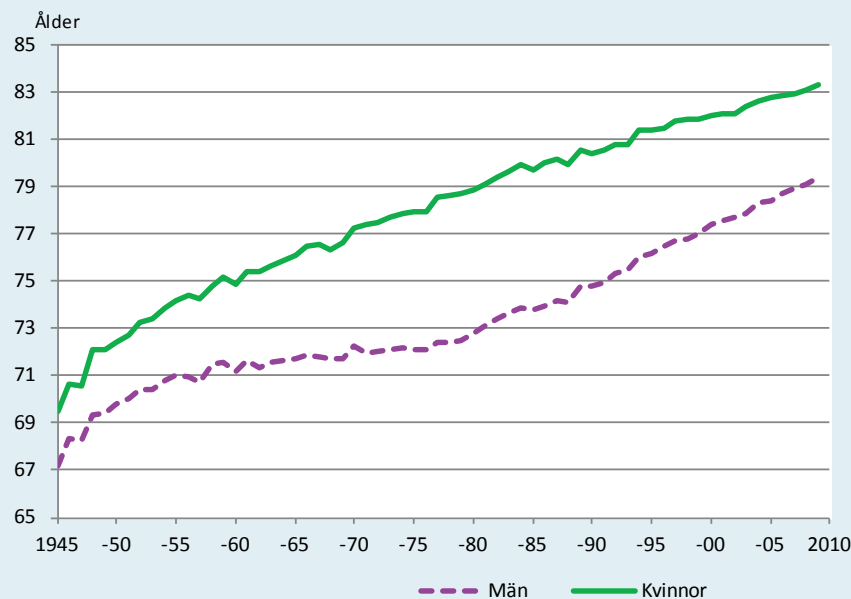
Hälsotillståndet bland medelålders och äldre har förbättrats, vilket avspeglas i att dödligheten har minskat och livslängden ökat. Bara sedan 1990 har livslängden efter ålderspensionen ökat med 2,0 år för kvinnor och 2,9 år för män, och vid 65 års ålder har kvinnor i snitt 21 år kvar att leva och män 18 år (år 2010). Livet har förlängts med i huvudsak friska år, medan sjukdomar och besvär som upplevs som hinder i det dagliga livet uppkommer vid allt högre åldrar. Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligt bland äldre, men bland dem ökade inte besvären under 1990-talet.

### *Skillnader mellan kvinnor och män minskar*

Skillnader i medellivslängd mellan kvinnor och män är i hög grad föränderliga. På 1940-talet var könsskillnaden drygt 2 år, men den ökade till drygt 6 år i slutet av 1970-talet och är i dag 4 år (diagram 1). Medellivslängden år 2010 var 83,5 år för kvinnor och 79,5 år för män.

**Diagram 1. Medellivslängden i Sverige 1945–2009**

Medellivslängden för kvinnor och män i Sverige, perioden 1945–2010.



Källa: Befolkningsstatistiken, SCB

Den relativa överdödligheten bland män är som störst i 20-årsåldern när det är tre gånger vanligare att män dör än att kvinnor gör det. I alla åldrar, även ända upp till 95 års ålder, har män en högre dödsrisk än kvinnor. Män har jämfört med kvinnor en fördubblad risk att dö av skador (inklusive självmord) och omkring 70 procent högre risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar, samtidigt som cancerdödligheten är 50 procent högre. I yngre åldrar är det mäns högre risk att dö i skador som har störst betydelse för könsskillnaden, medan det bland äldre är skillnader i cancer och hjärt- och kärlsjukdom som bidrar mest.

Den viktigaste anledningen till att medellivslängden ökar, för både kvinnor och män, är att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar. Eftersom alla så småningom kommer att dö betyder denna minskade dödsrisk att människor är äldre när de avlider i hjärt- och kärlsjukdomar. Det innebär också att fler än tidigare kommer att hinna dö i cancer. Under 1950-, 1960- och 1970-talet minskade dödligheten endast marginellt bland män, till skillnad mot dödligheten bland kvinnor. Könsskillnaden i dödlighet ökade således under dessa årtionden. Men allt sedan 1980-talets början minskar i stället dödligheten snabbare bland män än vad den gör bland kvinnor, och könsskillnaden i livslängd minskar därmed. Det beror på att dödligheten har minskat i de dödsorsaker som är vanligast bland män, framför allt hjärt- och kärlsjukdomar men även olycksfall, självmord och alkoholrelaterad dödlighet. Mäns dödsorsaksmönster börjar därmed allt mer likna kvinnors. Den minskade hjärt- och kärldödligheten under 1980- och 1990-talen kan, hos både kvinnor och män, ungefär till hälften förklaras av förbättrad behandling och överlevnad efter en stroke eller hjärtinfarkt. Till hälften beror det på att färre insjuknar som en effekt av att färre röker och att matvanorna har förbättrats.

Cancerförekomsten har inte utvecklats lika gynnsamt. Bland personer under 60 år är död i cancer vanligare bland kvinnor än bland män, vilket bidrar till att kvinnors livslängd inte ökar i samma takt som männens. Lungcancer minskar sedan länge bland män, men ökar bland kvinnor. Under de senaste åren har dock lungcancer börjat minska bland yngre kvinnor, vilket är ett första tecken på att den uppåtgående trenden bland kvinnor håller på att vända. Dödligheten i bröstcancer har minskat, men ganska lite trots att behandlingen har blivit mer framgångsrik och allt fler överlever. Det beror på att allt fler insjuknar – bröstcancer har blivit vanligare.

Kvinnor drabbas inte i lika hög grad som män av sjukdomar och skador som leder till förtida död. Kvinnor drabbas däremot i högre grad av sjukdomar som leder till nedsatt hälsotillstånd, framför allt värk och nedsatt psykiskt välbefinnande. Under 1990-talet ökade andelen som upplevde ett nedsatt psykiskt välbefinnande (sömnsvårigheter, oro, ångest, trötthet m.m.), framför allt bland kvinnor men också bland män. Ökade gjorde också andelen som hade värk i nacke och skuldror. En anledning är sannolikt att arbetslivet upplevdes som allt mer psykiskt påfrestande under samma period. Parallellt med dessa besvär ökade också andelen sjukskrivna. Utvecklingen har varit likartad för både kvinnor och män, men kvinnor är mer drabbade

Utsatthet för våld är ett folkhälsoproblem som drabbar både män och kvinnor. Ungdomar och ensamstående mammor med små barn är särskilt utsatta för våld. Män drabbas i högre grad än kvinnor av våld av utomstående och på offentlig plats samt av allvarliga fysiska skador. Kvinnor utsätts oftare än män för våld av en partner i sitt eget hem. Denna typ av partnervåld är ofta upprepat och förenat med en uttalad kontroll av kvinnors liv och leder till en rad allvarliga hälsokonsekvenser.

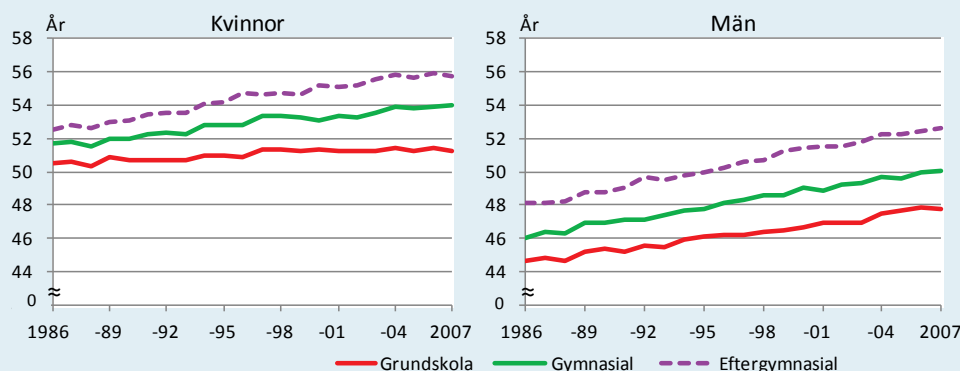
Sexuell och reproduktiv ohälsa drabbar kvinnor i högre grad än män. Exempelvis är sjukhusvård bland kvinnor i åldern 25–44 år 3,6 gånger vanligare än bland män. Det beror helt och hållet på att kvinnor vårdas för *komplikationer* vid graviditet och förlossning samt även i mindre utsträckning på grund av andra gynekologiska besvär. Räknar man inte med dessa ”kvinnosjukdomar” är det något fler män som sjukhusvårdas i åldersgruppen.

#### *De sociala skillnaderna i hälsa ökar*

Den stadigt ökande medellivslängden har inte kommit alla befolkningsgrupper till godo i samma utsträckning. Under det senaste decenniet har den återstående medellivslängden från 30 års ålder till exempel inte alls ökat bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning (diagram 2). Både bland kvinnor och bland män gäller att ju högre utbildning, desto gynnsammare utveckling av medellivslängden. Det innebär att skillnaden har ökat mellan låg- och högutbildade.

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

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



Källa: Folkhälsorapport 2009, "Folkhälsan i översikt", Socialstyrelsen (uppdaterad)

Lågutbildade har en större risk att avlida tidigare i livet än högutbildade. Denna högre dödsrisk återfinns för samtliga av de tre största dödsorsakerna, det vill säga hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och skador (figur 5). Bland män (i åldern 45–74 år) mer än halverades dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar mellan åren 1991 och 2010, och även bland kvinnor har hjärt- och kärldödligheten minskat i samtliga utbildningsgrupper. Skillnaderna mellan låg- och högutbildade är mindre nu än i början av 1990-talet.

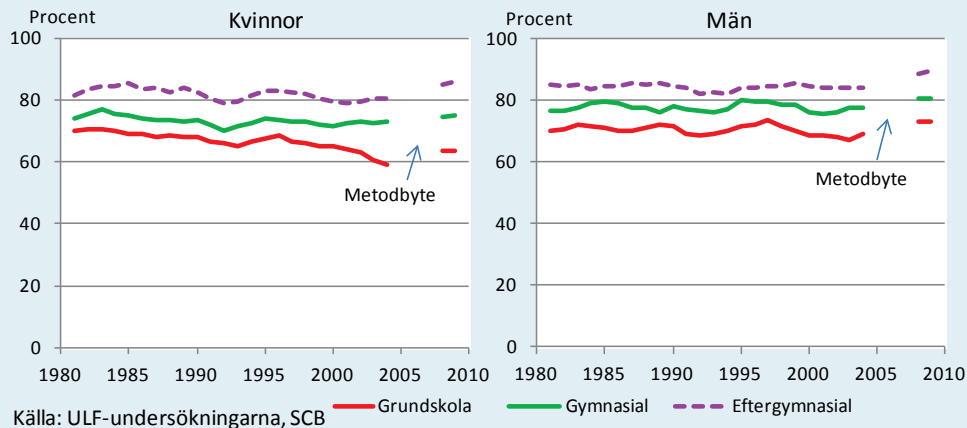
Bland män i alla utbildningsgrupper har också dödligheten i cancer minskat. Cancerdödligheten har inte minskat i samma utsträckning som dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar. För 15 år sedan var det vanligare att män i åldern 45–74 år dog av hjärt- och kärlsjukdomar än av cancer, men i dag är det fler som dör i cancer. Att dö till följd av en skada (självmod och olycksfall sammantaget) är betydligt vanligare bland personer med enbart grundskoleutbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning (diagram 6).

Den höjda utbildningsnivån i befolkningen är sannolikt en viktig orsak till den ökande medellivslängden. Allt fler har en eftergymnasial utbildning. Eftersom dödligheten bland högutbildade är lägre än bland lågutbildade innebär den höjda utbildningsnivån att fler tillhör gruppen högutbildade med lägre dödsrisker och färre tillhör gruppen lågutbildade med höga dödsrisker.

Ett dåligt allmäntillstånd är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän i alla åldrar. *Folkhälsorapport 2009* visar att det är stora sociala skillnader i framför allt värk men även nedsatt psykiskt välbefinnande mellan arbetare och tjänstemän, och att typen av arbete har betydelse [1]. Skillnaden mellan hur låg- respektive högutbildade upplever sitt allmänna hälsotillstånd har ökat under 2000-talet bland kvinnor.

**Diagram 3. Gott allmänt hälsotillstånd i olika utbildningsgrupper 1981–2009**

Andelen (procent) som uppger gott allmäntillstånd i olika utbildningsgrupper. Kvinnor och män 30–74 år, perioden 1981–2009\*. Åldersstandardiserat.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

ULF-undersökningarna genomfördes t.o.m. år 2006 som intervjuundersökning av intervjuare på plats hos respondenten, efter det som telefonintervju. Metodbytet kan ha inverkan på svarsnivåerna. \*Åldersstandardiserade glidande treårsmedelvärden.

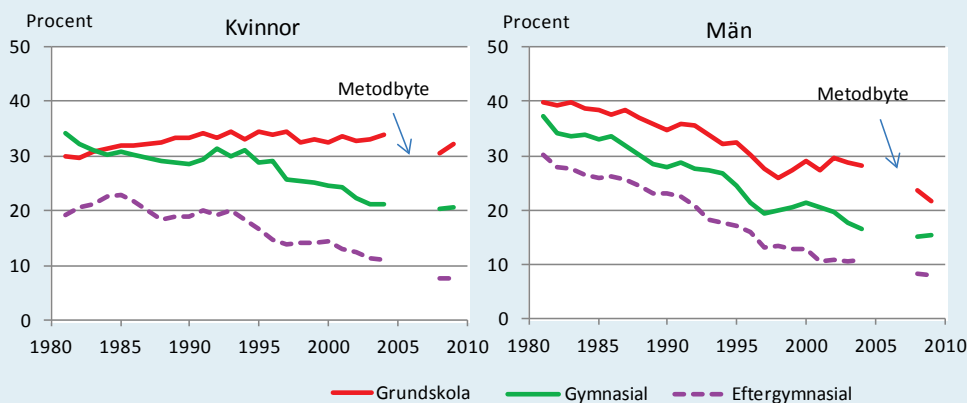
### *Sociala skillnader i levnadsvanor*

Socialstyrelsen har år 2011 publicerat slutversionen av *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* som handlar om följande fyra levnadsvanor: tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor [9]. Sociala skillnader beträffande samtliga av dessa fyra levnadsvanor bidrar väsentligt till sociala skillnader i dödlighet och hälsa, även om de inte förklarar hela skillnaden.

Sociala skillnader i andelen som röker blir allt större (diagram 4). Bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning röker en tredjedel, ungefär lika stor del som för 30 år sedan. Bland män minskar rökning i alla utbildningsgrupper men de sociala skillnaderna har ökat. Om lågutbildade rökte i lika låg utsträckning som högutbildade skulle skillnaderna i dödlighet påverkas väsentligt.

**Diagram 4. Rökning i olika utbildningsgrupper 1981–2005**

Andel (procent) som röker dagligen i olika utbildningsgrupper. Kvinnor och män 30–74 år, perioden 1981–2005\*. Åldersstandardiserat.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB i Folkhälsorapport 2009 "Folkhälsan i översikt", Socialstyrelsen. Bilden är uppdaterad t.o.m. 2010. \* Glidande treårsmedelvärde

Att dö till följd av alkoholrelaterade sjukdomar, såsom levercirros och alkoholförgiftning, är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor och vanligare bland personer med lägre utbildning än bland dem med högre utbildning (se avsnittet om missbruksvård).

Hälsosamma matvanor och tillräcklig fysisk aktivitet har stor betydelse för hälsan. Att vara fysiskt inaktiv är vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade. Övervikt är betydligt vanligare bland låg- än bland högutbildade. Det är också vanligare bland män än bland kvinnor att vara överviktig och fysiskt inaktiv samt att ha ohälsosamma matvanor.

#### *Hälsan bland utlandsfödda – stora variationer mellan grupper*

Hälsan bland personer som har invandrat till Sverige ser olika ut beroende på en mängd faktorer såsom vilken bakgrund personen har (land, utbildning, tidigare levnadsförhållanden, kultur m.m.), hur omständigheterna och anledningen till invandringen har sett ut (krig, tortyr etc.) och hur man har mottagits i Sverige. Till skillnad mot svenskfödda har många haft svåra upplevelser före och under migrationsprocessen och det är därför vanligare att ha en nedsatt psykisk hälsa i många invandrargrupper än bland svenskfödda.

#### *Regionala skillnader i hälsa – många faktorer spelar in*

Geografiska skillnader i hälsa är sammansatta men följer några olika mönster. Hälsan är generellt bättre i södra Sverige jämfört med norra, medan större samhällen eller samhällen där man kan pendla till en stad generellt har bättre hälsa än små, isolerade samhällen. Hälsan är förhållandevis god i förortskommuner, medan den är sämre i glesbygdskommuner. Samtidigt är det så att förortskommuner inte är detsamma som begreppet ”förort”. Dessa är ofta en del av en större stad. Storstäder har ofta stora skillnader i hälsa, det vill säga det finns stadsdelar där hälsan är mycket god medan den i andra stadsdelar, de så kallade ”utsatta” områdena, är betydligt sämre. Även om hälsan generellt är sämre i norr bildar även här städerna med näraliggande pendlingsorter områden där hälsan är bättre [10].

Generellt är det framför allt den fysiska hälsan, i form av hjärt- och kärlsjukdom, diabetes och värk i leder, som är sämre i glesbygder och små kommuner, medan den psykiska hälsan, i form av stress och oro, är sämre i städer och förortskommuner.

Olika strukturella förhållanden, inkomst, utbildning och så vidare följer ohälsomönstret så tillvida att dålig hälsa hänger ihop med låg utbildning och låga inkomster. Att utbildningsmönstret och de socioekonomiska förhållandena är sämre i glesbygd och mindre kommuner än i städer förklarar självklart en stor del av skillnaderna. Analyser visar dock att 20–25 procent av skillnaderna i medellivslängd kan förklaras av i vilken kommungrupp man bor. För ohälsotalet är siffran högre; ungefär 33 procent av skillnaderna bland kvinnorna och 40 procent av skillnaderna bland männen kan förklaras av i vilken kommungrupp man bor [10].



## Socialt betingade skillnader i förtida död är större än de regionala

När det gäller dödlighet i de stora folkhälsosjukdomarna – som alla är förebyggbara och behandlingsbara – är de socialt betingade skillnaderna ofta betydligt större än de regionalt betingade skillnaderna. Detta illustreras i tabell 1.

Tabell 1. Socioekonomiska respektive regionala skillnader i dödlighet<sup>1</sup>

	Socioekonomiska skillnader ***			Regionala skillnader		
	Antal döda**	Förväntat antal döda	Skillnad	Antal döda**	Förväntat antal döda	Skillnad
<b>Kvinnor</b>						
Alkoholrelaterad dödlighet	350	120	230	340	200	140
Själv mord	220	90	130	220	120	100
Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom	3 030	1000	2030	3390	2580	810
Dödlighet cancer totalt (*)	3140	2090	1050	3220	2870	350
Bröstcancer	130	80	50	140	130	10
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	490	110	380	560	290	270
<b>Män</b>						
Alkoholrelaterad dödlighet	1 320	320	1000	1380	950	430
Avsiktlig självdestruktiv handling	560	190	370	570	440	130
Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom	6 600	2460	4140	7100	5850	1250
Dödlighet i cancer totalt (*)	3420	2380	1040	3510	3030	480
Prostatacancer	160	100	60	150	100	50
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	460	140	320	550	230	320

(\*) Utdrag från Cancer i Sverige: Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning.

(\*\*) Antal döda skiljer sig något åt eftersom utbildning och landsting eller region inte finns registrerat på alla personer i dödsorsaksregistret.

(\*\*\*) Utbildningsgrupp har använts som mått på socioekonomi. Utbildningsgrupperna är: Grundskola, gymnasium och högskoleutbildade.

Jämförelsegruppen som har använts för att uppskatta förväntat antal döda är gruppen högutbildade som har lägst dödlighet i samtliga diagnoser, och för landsting och region är det sammanvägda resultaten för de tre bästa landstingen, det vill säga de landsting som har lägst dödlighet i respektive diagnos. Skillnaden mellan faktiskt antal döda och förväntat antal döda utgör

1 Beräkningarna har utgått från uppgifter från dödsorsaksregistret för ålderstandardiserad dödlighet per 100 000 under 2010 samt uppgifter om befolkningen i respektive grupp i åldersgruppen 35-79 år. Den ålderstandardiserade dödligheten per 100 000 har uppräknats till antal döda med hjälp av befolkningen i respektive grupp. Antalet döda sammanräknat för varje enskild grupp jämförs sedan med antalet döda beräknade på den bästa gruppens dödlighet (högutbildade respektive de tre landsting eller regioner med lägst dödlighet). Skillnaden mellan dessa är det antal dödsfall som skillnaderna beroende på utbildningsgrupp respektive landsting eller region.

”överdödligheten” beroende på socioekonomisk grupp respektive landsting. I tabellen framgår att skillnader i dödlighet som är kopplade till utbildningsgrupp väger tyngre än landsting eller region för i princip samtliga diagnoser. Skillnader kopplade till utbildningsgrupp är särskilt uttalade för de vanligaste dödsorsakerna – cancer och hjärt- och kärlsjukdom.

### Kostnader för ojämlikhet i hälsa och vård

Det socialt betingade skillnaderna i hälsa och förtida död i förebyggbara sjukdomar är dyra – för den enskilde i termer av försämrad livskvalitet, ökad lidande och för tidig död – och för samhället som helhet i form av ökade kostnader för sjukvård, sjukskrivning och produktionsbortfall. Socioekonomiska skillnader i förtida död och självupplevd hälsa är en realitet i såväl Europa som USA. På senare år har intresset för att beräkna kostnaderna för dessa skillnader ökat, både i Sverige och internationellt [t.ex.11-13]. Kostnaden för ohälsa beräknas bland annat fram genom förtida dödsfall, förlorade levnadsår, produktionsbortfall och sjukhuskostnader.

I Sverige har Statens folkhälsoinstitut låtit göra en beräkning av samhällets kostnader för ojämlikhet i hälsa på nationell nivå [14]. Beräkningen visade att ojämlikhet i hälsa kostar samhället minst 120 miljarder kronor per år. De samhällsekonomiska kostnaderna beräknades genom den så kallade ”cost-of-illness”-metoden. Metoden innebär att indirekta och direkta kostnader för sjukdomar, tillstånd eller olyckor beräknas. De direkta kostnaderna innefattar kostnader för hälso- och sjukvården, läkemedel samt rehabilitering. Indirekta kostnader utgörs av de kostnader som uppkommer vid sjukskrivning eller för tidig död, ofta omnämnt som produktionsbortfall. Cost-of-illness-metoden ger en uppskattning av nuläget och vilka kostnader som kan fortsätta att belasta samhället.

Socialstyrelsens har översiktligt låtit beräkna de samhällsekonomiska kostnaderna med ett ytterligare angreppssätt som inkluderar vissa direkta och indirekta kostnader för förlorad livskvalitet, men som i övrigt är ”konserverativt” i den meningen att endast vissa kostnader ingår, vilket innebär att kostnaderna är lågt skattade.

#### *Förtida död och undvikbar sjukhusvård*

Beräkningarna grundar sig i huvudsak på uppgifter om dödlighet och slutenvård från Socialstyrelsens register. Dödligheten i behandlingsbara och förebyggbara sjukdomar har kontinuerligt minskat för alla befolkningsgrupper, både för låg-, medel- och högutbildade, men de med högst utbildning har den snabbaste förbättringstakten. De senaste fem åren har minskningen i dödlighet varje år minskat nästan tre gånger snabbare för högutbildade än för lågutbildade, vilket har resulterat i att skillnaden mellan grupperna har ökat. Motsvarande trend ses för undvikbara vårdtillfällen (se diagram 4 och 5 nedan).

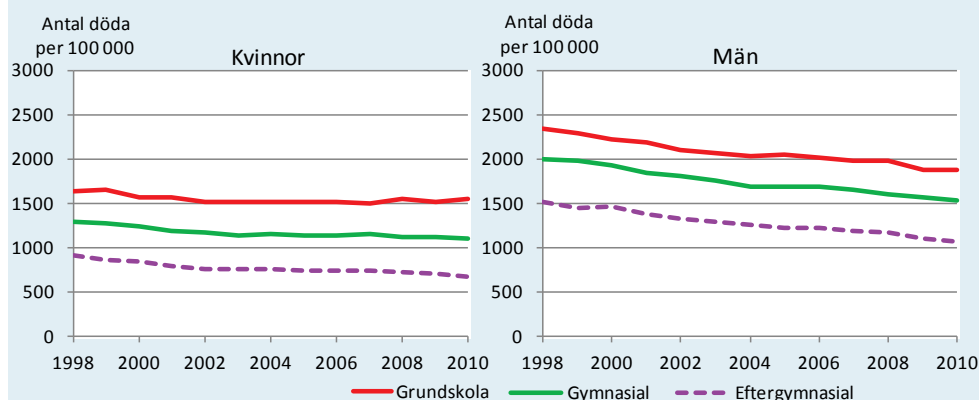
#### *Direkta kostnader*

De direkta kostnaderna för ojämlikhet relaterat till utbildningsskillnader har analyserats genom att beräkna kostnader för undvikbara slutenvårdstill-

fällen. Totalt sker cirka 18 000 fler undvikbara slutenvårdstillfällen per år för låg- och medelutbildade personer (457 fler vårdtillfällen per 100 000 invånare för medelutbildade respektive 856 fler vårdtillfällen per 100 000 invånare för lågutbildade jämfört med högutbildade). Detta ger en extra kostnad för samhället på cirka 800 miljoner kronor för 2010, i form av undvikbar slutenvård för dessa personer.

**Diagram 5. Undvikbar slutenvård**

Antal döda i undvikbar slutenvård per 100 000 invånare med grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldersgruppen 35-79 år, 1998-2010. Åldersstandardiserat.



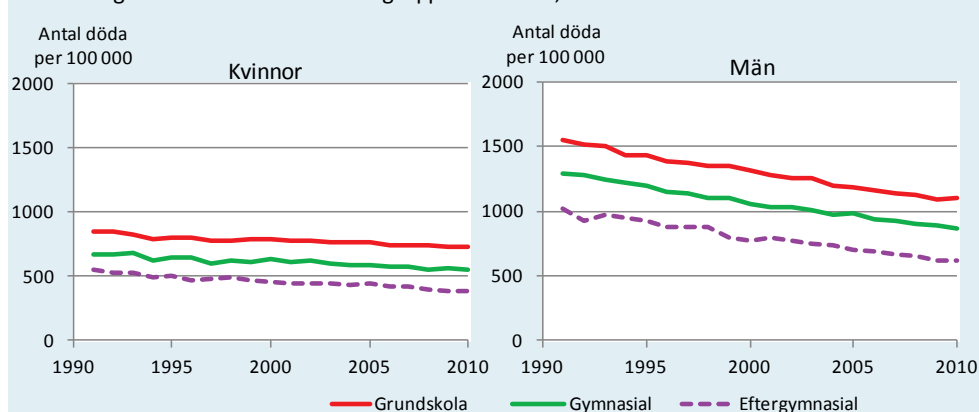
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB

### Indirekta kostnader

De indirekta kostnaderna för ojämlikhet till följd av utbildningsskillnader har analyserats genom att beräkna produktionsbortfall relaterat till åtgärdbara dödsfall och sjukfrånvaro vid undvikbar slutenvård för de personer som direkt drabbas.

**Diagram 6. Dödlighetsutvecklingen i olika utbildningsgrupper**

Totalt antal döda per 100 000 invånare med grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldersgruppen 35-79 år, 1991-2010. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB

Samtliga dödsorsaker, exklusive skador

Totalt dog cirka 2 000 fler låg- och medelutbildade personer under 2010 jämfört med högutbildade av åtgärdbara dödsorsaker. Detta motsvarar cirka 17 000 förlorade återstående arbetsår för gruppen låg- och medelutbildade. Detta i sin tur motsvarar ett framtida produktionsbortfall för den låg- och medelutbildade populationen som dog 2010 till ett värde på cirka 7 miljarder kronor.

Därutöver uppskattas kostnaden för produktionsbortfall relaterat till sjukfrånvaro på grund av undvikbara vårdtillfällen till 115 miljoner kronor under 2010. Inga kostnader är beräknade för närståendes sjukfrånvaro.

#### *Kostnader till följd av försämrad livskvalitet*

Utöver dessa direkta och indirekta kostnader har även *kostnader relaterat till försämrad livskvalitet* uppskattats för både förtida åtgärdbara dödsfall (100-procentig minskning i livskvalitet) och utebliven livskvalitet på grund av försämrad hälsa i de lägre utbildningsgrupperna. Totalt uppskattas cirka 102 000 framtida levnadsår med full livskvalitet ha gått förlorade för de låg- och medelutbildade medborgare som 2010 dog av förebyggbara och behandlingsbara sjukdomar. Den totala samhällskostnaden för denna skillnad, eller ojämlikhet, uppskattas till cirka 55 miljarder kronor för dem som dog 2010.

Utöver detta tillkommer kvalitetskostnader relaterade till sämre självskattad livskvalitet för de låg- och medelutbildade i jämförelse med de högutbildade. Denna summa uppskattades uppgå till cirka 100 miljarder kronor för 2010.

#### *Mycket att vinna*

De samhällsekonomiska kostnaderna för ojämlikhet relaterat till skillnader i utbildningsnivå uppgår sammanfattningsvis till cirka 1 miljard kronor per år i direkta sjukvårdskostnader och ytterligare 7 miljarder per år i indirekta kostnader i form av produktionsbortfall, samt över 100 miljarder kronor per år i form av indirekta kostnader som beror på försämrad livskvalitet. Beräkningarna är gjorda på ett annat sätt jämfört med andra beräkningar som har genomförts på senare tid. Även om beräkningsmetoderna skiljer sig något och metodologin i dessa sammanhang alltid kan diskuteras framträder en samstämmig bild: De gemensamma kostnaderna för skillnader i hälsa och vård är avsevärda. Det finns all anledning att på allvar genomföra förändringar på olika sätt för att minska dessa.

## Utmaningar för hälso- och sjukvården

I detta avsnitt beskrivs övergripande aspekter utifrån några av målen för *god vård*, och hur de hänger samman med målet om en hälsa och vård på lika villkor för hela alla – det vill säga jämlik vård. Det handlar om tillgänglig vård, om patientfokuserad vård och om målområdet kunskapsbaserad vård.

## Tillgänglighet för grupper med stora vårdbehov

När det gäller vårdens tillgänglighet har den vårdpolitiska debatten under senare tid ägnats åt väntetider och åt att medborgarna fritt ska kunna välja vårdgivare. Detta är viktiga och angelägna frågor men när fokus är att uppnå större jämlikhet i hälsa och vård behöver man tillämpa ett bredare analysperspektiv på tillgänglighet i vården.

När det gäller den rent formella tillgängligheten ser förhållandena i Sverige relativt goda ut. Alla som bor eller på längre sikt vistas i Sverige omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet, och merparten av Sveriges befolkning har nära till primärvård och apotek och blir hämtade av ambulans i rimlig tid [2,15]. En mindre andel av befolkningen uppfattar ekonomiska skäl som ett hinder för att söka kontakt med hälso- och sjukvården vid behov. Men ekonomiska hinder kan ändå vara avgörande för ekonomiskt utsatta grupper (se avsnittet om avgifter nedan).

Trots goda grundläggande förutsättningar har tillgänglighet under lång tid betraktats som ett problemområde i det svenska systemet. Ungefär en av fyra anser att de inte har tillgång till den vård de behöver, och en av fem avstår från att söka vård trots att de anser sig ha behov av det. Kvinnor avstår i högre grad än män, och personer med enbart grundskoleutbildning avstår oftare än personer med eftergymnasial utbildning. Skälen varierar – vissa vill avvakta medan andra anser att de inte kan få någon hjälp eller att det är för besvärligt att söka vård. Många får vänta alltför länge i telefon för besök hos primärvårdsläkare och för besök eller behandling hos specialistläkare [2, 15].

I början på 1990-talet konstaterades att lågutbildade i förhållande till sitt vårdbehov utnyttjade den öppna sjukvården i mindre utsträckning än de med högre utbildning [16]. Dessa skillnader minskade sedan men har åter konstaterats under 2000-talet – det vill säga högutbildade gör fler läkarbesök än lågutbildade i förhållande till sina vårdbehov [2]. Skillnader i de öppna vårdformernas geografiska tillgänglighet kan också bidra till en ojämlig tillgång till hälso- och sjukvården. När det gäller den andel av befolkningen som söker läkare har de som bor i glesbygd betydligt färre läkarkontakter än de som lever i tätorter [2].

Ojämlighet i hälsa visar sig inom sjukvården i avsevärt högre dödlighet i sjukdomar som kan förebyggas och behandlas, bland män och grupper med lägre utbildningsnivå. Dessa skillnader förefaller öka i vissa avseenden och det gäller framför allt de diagnoser som kan förebyggas. Lågutbildade tas också betydligt oftare in på sjukhus för tillstånd som kan vårdas framgångsrikt inom öppna vårdformer inklusive primärvård (se avsnittet om kostnader för sociala skillnader i hälsa och vård). En av de bakomliggande orsakerna till dessa nedslående resultat – förutom skillnader i hälsa och livsvillkor – är troligen brister i bland annat tillgänglighet till vård för grupper som av olika skäl avstår vård trots behov [ t.ex. 15].

### *Stora förhoppningar på första linjens vård*

Under lång tid har ambitionen i Sverige och många andra länder varit att omfördela resurser till öppna vårdformer för att stärka primärvård och när-vård. En rad reformer och nationella handlingsplaner har strävat efter en

sådan utveckling. En väl fungerande primärvård och närsjukvård har bedömts vara en av de faktorer inom hälso- och sjukvårdssystemets utformning som kan bidra till bättre folkhälsa och minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper samt ge lägre utnyttjande av både slutna och öppna vård, och därmed på sikt minska de totala sjukvårdskostnaderna

[17].

Visionen om en stark primärvård och närvård i Sverige har emellertid varit svår att förverkliga. En rad rapporter och analyser har konstaterat att trots ambitionerna har den specialiserade vården fortsatt att expandera – ofta på bekostnad av primärvård och närvård. Den medicintekniska utvecklingen och den ökade specialiseringen inom vårdprofessionerna brukar beskrivas som några av de bakomliggande orsakerna till denna utveckling [18].

#### *Allt fler utförare i primär- och närvård*

På senare år har dock en del förändringar skett: allt fler nya vårdcentraler har öppnats. Detta är en direkt följd av vårdvalsreformen i primärvården. När det gäller läkarbesök går utvecklingen mot allt fler besök i primärvården i förhållande till den specialiserade vården som bara har ökat marginellt. Antalet läkarbesök i primärvården har ökat med över 10 procent sedan 2005. I vilken utsträckning denna utveckling också bidrar till ökad kvalitet och förbättrad jämlikhet i hälsa och vård utvärderas för närvarande av flera olika aktörer. Socialstyrelsen kommer med sin slutrapport om vårdvalet i februari 2012.

#### *Ekonomisk tillgänglighet – avgifter kan vara avgörande för vissa grupper*

Kostnader för sjukvården kan täckas via offentlig finansiering, privata försäkringar eller avgifter. I Sverige finansieras kostnaderna för vård och omsorg först och främst genom skattemedel. Denna finansieringsmodell baseras på insikten att målet för hälso- och sjukvården – ”en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen” – endast kan realiseras under förutsättningen att vården främst bekostas genom skatter.

Vårdavgifterna är framför allt avsedda för att styra vårdsökande till en ändamålsenlig vårdnivå. Detta fastställdes i prop. 1996/97:1 (utgiftsområde 9, s 11): ”Patientavgifter skall inte i första hand vara en finansieringskälla utan användas för att styra vårdsökande till rätt vårdnivå. Den som är sjuk skall få den vård och omsorg som behövs oberoende av egen ekonomi.”

Avgifterna täcker för närvarande 3–4 procent av kostnaderna för sjukvården och cirka 20 procent av kostnaderna för förskrivna läkemedel. Men även om detta inte var avsikten har avgifterna fördelningseffekter. Internationella studier pekar på att vårdsavgifter har en gynnsam effekt på vårdkvaliteten, men för utsatta grupper utgör de en barriär som begränsar tillgången till vården [19–21]. Samma slutsats har man dragit i de fåtaliga studier som har gjorts i Sverige.

Socialstyrelsen har uppmärksammat detta tidigare i olika rapporter [22–23]. Här tar Socialstyrelsen bland annat upp att om styrningen med vårdavgifter ska vara effektiv måste enskilda människor själva kunna avgöra vilka vårdbehov de har och vilken vårdnivå som är den lämpliga. För övrigt kon-

staterades där att medan inga avgifter alls kan resultera i att personer med största vårdbehov trängs undan kan avgifterna ”styra bort” dem med dålig ekonomi. För människor med god ekonomi spelar det emellertid ingen roll om sjukvården är avgiftsbelagd eller avgiftsfri.

Olika delar av vården har olika avgiftssystem. Det finns patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård, patientavgifter i slutenvård, läkemedelsavgifter samt avgifter för tandvård, för tekniska hjälpmedel och för sjukresor. För en del av dessa gäller högkostnadsskydd, det vill säga att man betalar ett bestämt maxbelopp under en tolv månaders period<sup>2</sup>.

Den enskildes kostnader för vård och läkemedel kan vara högre om man beaktar kostnader och avgifter som inte omfattas av högkostnadsskyddet. Somliga behandlingar – främst av förebyggande karaktär, till exempel vaccinationer eller mammografi – ingår inte i högkostnadsskyddet, däremot kan de vara avgiftsbefriade för vissa grupper. Det finns vissa skillnader mellan olika landsting avseende vilka behandlingar som ingår respektive inte ingår i skyddet. Inte heller avgifter för sjukhusvistelser ingår i högkostnadsskyddet. När det gäller läkemedel omvandlas en del mediciner från att vara receptbelagda till att vara receptfria och därmed lyfts de ur högkostnadsskyddet.

Tandvården är för vissa grupper samt för vissa behandlingar delvis subventionerad, men annars betalar patienten fulla kostnader för behandlingar.

De olika avgiftssystemen är inte harmoniserade med varandra, och högkostnadsskydden för de olika avgiftssystemen gäller oberoende av varandra. Systemet kompliceras ytterligare av att alla 21 landsting beslutar om avgiftsstorleken (däremot inte maxbeloppet i högkostnadsskydden som regeringen bestämmer). Ett besök i öppenvården hos en husläkare kan kosta allt från 65 kronor (Dalarna, för personer 65 år och äldre) till 200 kronor (till exempel Gotland eller Västerbotten). Liknande skillnader finns bland annat för besök hos specialistläkare<sup>3</sup> eller på akutmottagningar<sup>4</sup> [24].

Avgifterna från de olika avgiftssystemen kan tillsammans uppgå till höga belopp då de för många oftast inte är jämnt spridda över tid, utan utfaller samtidigt när personen insjuknar. Att behöva betala flera avgifter under en kort tidsperiod innebär en risk för att vissa avstår från vård eller läkemedel.

I Sverige har relativt få studier gjorts på konsekvenserna av att individer inte hämtar ut läkemedel på flergångsrecept (det vill säga där fler än ett uttag är möjligt) eller gör uppehåll i behandlingen [25]. I de fall där relationen mellan sjukdom och bristande följsamhet i läkemedelsbehandlingen har studerats syns klara samband med förvärrad sjukdom. [26] Detta innebär såväl ytterligare onödigt lidande för enskilda personer samt ökade kostnader för samhället [25].

De flesta i befolkningen kan bära kostnaderna för vård- och läkemedel utan större problem. I undersökningen om hushållens ekonomi år 2009 uppgav mindre än 1 procent av samtliga som var 20 år och äldre (ungefär

---

<sup>2</sup> Maxbeloppet är för närvarande (september 2011) för öppen sjukvård, sjukvårdande behandling och viss tandvård: 900 kronor; för läkemedel: 1 800 kronor; för tekniska hjälpmedel: 2 000 kronor och för sjukresor: 1 400 kronor.

<sup>3</sup> Från 0 kronor (t.ex. Kronoberg, efter remiss samma dag) till 300 kronor (t.ex. Kronoberg, från och med andra besöket, eller Västerbotten och Västmanland, med eller utan remiss).

<sup>4</sup> Från 120 kronor (Stockholm, för barn och ungdom under 18 år på sjukhusens akutmottagningar) till 350 kronor (Stockholm, för personer 18 år och äldre).

48 000 personer) att de avstod från sjukvårdsbesök därför att de inte hade råd och drygt 1 procent (ungefär 75 000 personer) uppgav att de avstod från medicin av samma skäl.

**Tabell 2.** Andel personer i olika befolkningsgrupper som år 2009 avstått sjukvård\*, tandvård\*\* eller receptbelagd läkemedel på grund av att de ej ansett sig ha råd. Särskilt utsatta befolkningsgrupper

	Tandvård		Sjukvård		Läkemedel		
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Samtliga 20+ år	6 725 000	7,3	488 998	0,7	47 593	1,1	74 419
Kvinnor	3 429 000	7,7	262 998	0,9	30 277	1,3	44 789
Män	3 297 000	6,9	226 001	0,5	17 346	0,9	29 626
20-34 år	1 580 000	9,5	150 011	0,7	11 066	1,1	16 515
35-64 år	3 549 000	7,8	275 021	0,9	30 132	1,3	46 022
65+ år	1 596 000	4,0	63 997	0,4	6 422	0,8	11 916
Ensamstående med barn 0-19 år	284 000	24,7	70 003	3,8	10 836	4,2	11 882
Utrikesfödda 20+ år	991 000	13,5	134 004	1,7	16 697	2,3	22 388
Personer i hushåll med ekonomiskt bistånd	274 000	25,6	70 002	3,5	9 483	6,2	16 939
Personer med sjukersättning	934 000	14,5	135 002	1,9	17 718	3,6	33 333
Arbetslösa, sjuka, förtidspensionärer	605 000	15,9	95 999	2,2	13 286	3,9	23 284
20 procent i befolkningen med lägsta inkomster	1 262 000	16,7	211 000	2,3	29 440	2,8	35 450

\*besök hos läkare eller distriktssköterska/ sjuksköterska

\*\*besök hos tandläkare eller tandhygienist

Hushållens disponibla inkomst per ke och år (2009) mindre än 134 565 kronor.

Källa: HEK, SCB.

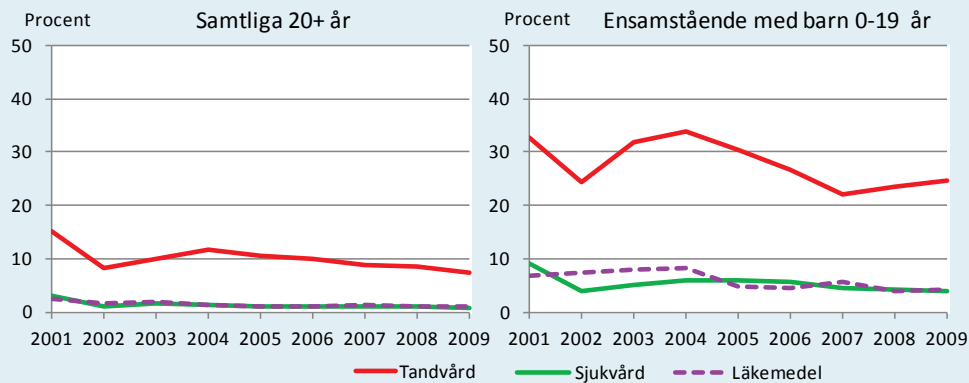
Det är främst ensamstående med barn, arbetslösa och personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, långtidssjukskrivna, funktionshindrade och personer i hushåll med ekonomiskt bistånd som avstår från vårdbesök och/eller läkemedel på grund av ekonomiska skäl. Utrikesfödda gör det i större utsträckning än Sverigefödda. Sambandet med disponibel inkomst är tydligt och andelen som både avstår och uppger ekonomin som främsta orsak stiger med sjunkande inkomst. Bland de 20 procent med lägst disponibla inkomst uppger drygt 2 procent (cirka 30 000 personer) att de avstår från sjukvårdsbesök och något flera att de avstår från förskrivna mediciner. Bland de mest ekonomiskt utsatta – personer i hushåll med ekonomiskt bistånd – är det ungefär fem gånger vanligare att avstå jämfört med samtliga som är 20 år eller äldre.

Ensamstående med barn, där över 75 procent är kvinnor, är den gruppen som oftast avstår från att gå till läkare eller hämta ut läkemedel. De avstår från sjukvårdsbesök mer än fem gånger oftare, och från att köpa ut läkemedel nästan fyra gånger oftare jämfört med samtliga.



**Diagram 7. Avstått från vård**

Andel (procent) personer som avstått tandvård\*, sjukvård\*\* och receptbelagda läkemedel på grund av att de ej ansett sig ha råd 2001-2009



Källa: Hushållens ekonomi (HEK), SCB

2001 var frågan något annorlunda formulerat än både 2002 och 2003-2009, därför är resultat från 2001, 2002 och 2003-2009 inte helt och hållet jämförbara.

\*Besök hos tandläkare eller tandhygienist. \*\* Besök hos läkare eller distriktssköterska/sjuksköterska

Personer med funktionsnedsättning avstår från vård och läkemedel av ekonomiska orsaker tre gånger oftare än befolkningen som helhet. En förklaring till detta är låg disponibel inkomst i kombination med merutgifter till följd av funktionsnedsättningen, såsom färdtjänst, sjukresor, hjälpmedel med tillbehör och särskilda förbrukningsartiklar samt avgifter för kommunal hem-sjukvård.

Det bara en liten del av befolkningen som avstår från sjukvårdsbesök eller från förskrivna mediciner av ekonomiska skäl. Å andra sidan rör det sig om flera tiotusentals personer som lider i onödan därför att de kontakter sjukvården först när sjukdomen ger sig till känna på ett mera påtagligt sätt än vad den skulle göra om de gick till doktorn tidigare.

### Ökat patientinflytande -patientfokuserad vård

Nära kopplat till målet om tillgänglighet är målet om en patientfokuserad vård. Konceptet patientfokuserad vård brukar avse aspekter som bemötande, delaktighet i planering av vård, kontinuitet och så vidare [8]. Mötet mellan vårdare och patient är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Varje år görs över 25 miljoner läkarbesök samtidigt som besöken hos andra personalkategorier uppgår till omkring 34 miljoner. Förutom dessa mer eller mindre planerade besök sker ett otaligt antal möten mellan vårdpersonal och patienter respektive anhöriga. Det är i dessa möten som vårdens centrala uppdrag utförs. Det handlar inte alltid främst om att bota, utan det handlar ännu oftare om att främja hälsa, att förebygga sjukdom och om att lindra. Det är i samspelet mellan patient och vårdpersonal som vårdbehovet identifieras och besluten om diagnostik, behandling och rehabilitering fattas.

I allt större utsträckning visar också forskningen på betydelsen av bemötandet för behandlingsresultatet [2]. Förutsättningarna för samspelet mellan vårdgivare och patient påverkas förstås i stor utsträckning av vårdens tillgänglighet och finansierings- och ersättningsformer. Syftet med sjukvårdens

strukturer och organisation är att stödja och underlätta vårdens möten. En patientfokuserad vård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet. Patienten bemöts utifrån ett socialt sammanhang och vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Den planeras och genomförs i samråd med patienten. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktiga i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling.

### *Positiv utveckling på gång*

Sjukvården har ofta beskrivits som ett strikt hierarkiskt system, med läkarkåren överst och patienterna längst ned i en maktpyramid. Ordningen har rötter i tidigare seklers samhällsstrukturer. De senaste decennierna har den dock utmanats av en internationell utveckling som innebär ökade möjligheter för patienterna att spela en mer aktiv roll inom vården. Individens inflytande har till exempel stärkts i sjukvårdslagstiftningen. Även samhällsutvecklingen i övrigt har inneburit att auktoriteter ifrågasätts i högre grad. Människor har rätt till insyn och inflytande inom områden som tidigare har varit förbehållna experter. Hälso- och sjukvården genomgår alltså en omfattande förändring som successivt gör det möjligt för patienter och närstående att delta aktivt i vården och bättre interagera med personalen. De vårdvalsreformer som har genomförts på senare år har som ett av flera syften att ytterligare öka möjligheterna för patienter och medborgare att välja vårdgivare.

I den nya patientsäkerhetslag (2010:659) som kom 1 januari 2011 har kopplingen mellan patientfokuserad vård och patientsäkerhet blivit tydligare. Detta har skett genom att kraven på individuellt anpassad information, information om olika behandlingsmetoder och möjligheten till förnyad medicinsk bedömning numera även ingår i patientsäkerhetslagen. Nytt i lagen är också att vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet, och vårdgivaren måste därför mer aktivt ta vara på deras kunskaper och erfarenheter. För närvarande pågår också den så kallade Patientmaktsutredningen som syftar till att ytterligare stärka patientens ställning i vården.

För närvarande ökar också intresset för ett hälsofrämjande förhållningssätt i vården. Ett hälsofrämjande förhållningssätt i mötet avser att stärka människors möjlighet till delaktighet och förmåga att hantera patientens förutsättningar att orientera sig i en förändrad livssituation vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Det ökade intresset för utveckling av ett hälsofrämjande förhållningssätt i vårdmötet möten förstärks av förändringar i sjukdomspanorama. Allt fler människor lever med länge olika kroniska sjukdomar, och allt fler patienter är äldre. Det gör att vårdens uppdrag i ökad utsträckning handlar om att stärka patientens förutsättningar att leva ett både aktivt och värdigt liv med sina symtom eller sjukdom.

### *Stora utmaningar kvarstår*

På senare år har ett antal steg tagits i rätt riktning, men trots det har Socialstyrelsens analyser av hälso- och sjukvården under senaste decenniet visat

på fortsatt stora utmaningar när det gäller i vilken utsträckning vården är patientfokuserad och på ett tydligt sätt är organiserad utifrån patientens behov. Enskilda insatser och verksamheter kan fungera bra men en mängd rapporter och analyser visar på stora problem för flera grupper med stora och kontinuerliga behov av vård.

Det handlar till exempel om de mest sjuka äldre, och det handlar om människor med olika funktionsnedsättningar. Det handlar också om grupper med psykisk ohälsa och eller psykiatriska diagnoser. En annan grupp är alla de personer som lider av långvariga smärtproblem, till exempel till följd av skador och sjukdomar i rörelseorganen. Den som drabbas av en halsinfektion då och då får ofta en hög kvalitet på vården, och detta gäller också ofta den i övrigt friska person som drabbas av en allvarligare akutsjukdom som lunginflammation, hjärtinfarkt eller liknande. Den psykiskt sjuka missbrukaren möter däremot flera kvalitetsbrister i sina kontakter med vården. De enskilda insatserna kan hålla hög kvalitet, men för den som har långvariga och stora behov kan ändå den sammantagna kvaliteten, där också förmåga till samtida insatser och kontinuitet är viktigt, brista. Helheten i hälso- och sjukvården brister, och systemet är ofta svårnavigerat för den enskilde.

Nationella mätningar av hur patienter upplever sin senaste kontakt med vården genomförs sedan 2009 med hjälp av Nationell Patientenkät [27]. Enkäterna innehåller ett stort antal frågor varav några av de övergripande frågorna redovisas här. Syftet med enkäten är att resultaten ska användas för att utveckla och förbättra vården utifrån ett patientperspektiv. Resultaten ska också fungera som ett underlag för jämförelser, ledning och styrning av hälso- och sjukvården över tid. Svarsfrekvenserna för de hittills genomförda enkäterna inom de olika vårdområdena varierar och är 35–65 procent. Sämst svarsfrekvens hade enkäterna inom den slutna psykiatriska vården.

Patienterna ger generellt bättre omdömen om bemötande än aspekter som rör delaktighet och tillräcklig information. Detta gällde för samtliga enkäter. Resultat från enkäterna finns sedan tidigare publicerade i olika sammanhang, bland annat i den senaste rapporten med öppna jämförelser för hälso- och sjukvården [3,15].

#### *Psykiatrisk vård – sämre omdömen jämfört med annan vård*

Den nationella patientenkäten skickades ut till 47 000 slumpvis utvalda vuxna patienter som hade besökt eller varit inlagda inom den allmänna psykiatrin i 19 landsting och regioner. Tyvärr var svarsfrekvensen låg – endast cirka 40 procent av målgruppen besvarade enkäten – vilket gör resultaten osäkra. Det är känt sedan tidigare att personer med psykiska besvär eller funktionsnedsättningar ofta besvarar enkätundersökningar i lägre utsträckning än andra grupper. Trots att över hälften inte har svarat är uppgifterna ändå viktiga att redovisa. De frågor som enkäten tar upp har varit särskilt aktuella för patientgruppen under flera år. Trots begränsningarna kan svaren ge indikationer om problem och områden som kan förbättras. Den än inom den psykiatriska slutenvården. De flesta patienter inom den psykiatriska öppenvården bedömde att de bemöttes med respekt, men inom den slutna psykiatriska vården var andelen lägre. Inom den slutna psykiatriska vården uppgav drygt 40 procent att de inte hade, eller bara delvis hade, blivit be-

mötta på ett respektfullt och hänsynsfullt sätt. Nästan hälften svarade att de inte fick tillräckligt med information om sitt tillstånd och en ännu större andel (drygt 50 procent) uppgav att de inte var delaktiga i besluten om sin behandling. Över 33 procent bedömde att de inte var delaktiga i utformningen av vårdplanen och över 33 procent kände överhuvudtaget inte till någon vårdplan. Den låga svarsfrekvensen och de betydligt sämre omdömena inom bemötandet inom den psykiatriska vården väcker viktiga frågor, om patientens ställning i verksamheterna och om viktiga utmaningar när det gäller att utveckla vården mot att bli mer patientfokuserad.

*Kvinnor och personer med invandrabakgrund ger lägre betyg till bemötandet i vården*

Socialstyrelsen har i fördjupade analyser undersökt i vilken utsträckning det finns skillnader i hur de olika aspekterna bedöms av patientgrupperna i de nationella patientenkäterna.

I tabell 3 nedan illustreras att kvinnor och de som inte hade svenska som modersmål, oftare än män respektive Sverigefödda, hade högre ”odds” för att vara mindre nöjda med flera centrala aspekter av bemötandet i primärvården. Kvinnorna hade till exempel 16 procent högre ”odds” för att känna sig mindre respekterade i mötet med vården jämfört med män. För de som inte hade svenska som modersmål var ”oddsen” 26 procent högre för att känna sig mindre respekterade jämfört med gruppen med svenska som modersmål. De med ett annat språk hade 56 procent högre ”odds” för att känna sig mindre delaktiga i vård och behandling i den grad man önskade, jämfört med de med svenska som modersmål. Därtill hade samma grupp 51 procent högre ”odds” för att ge helheten i vården lägre omdöme jämfört med gruppen med svenska som modersmål. De med grundskoleutbildning kände sig i mindre grad nöjda med helhetsintrycket av vården jämfört med de med högskoleutbildning (23 procent), och de med högskoleutbildning var mindre nöjda med olika aspekter av informationen.

**Tabell 3. Primärvård, indikatorer för patientfokuserad vård. "Odds" för att vara mindre nöjda med olika aspekter av vården utifrån kön, modersmål och utbildning.**

	<b>Respekt</b> (n=93 038) OR (95% CI)	<b>Information</b> (n=92 846) OR (95% CI)	<b>Kontinuitet</b> (n=93 059) OR (95% CI)	<b>Delaktighet</b> (n=92 263) OR (95% CI)	<b>Helhetsintryck</b> (n=93 692) OR (95% CI)
<b>Kön</b>					
Män	1	1	1	1	1
Kvinnor	1.16 (1,11-1,12)*	1.11 (1,08-1,15)*	1,13 (1,1-1,16)*	0.91(0,89-1,0)	1.05 (1,02-1,08)*
<b>Svenska</b>					
Ja	1	1	1	1	1
Nej	1.26 (1,19-1,33)*	1.02 (0,97-1,08)	0.79 (0,75-0,83)*	1.56 (1,48-1,64)*	1.51 (1,43-1,59)*
<b>Utbildning</b>					
Grundskola	1	1	1	1	1
Gymnasium	1.05 (0,99-1,10)	1.20 (1,16-1,24)*	1.05 (1,02-1,09)	1.00 (0,97-1,04)	0.90 (0,87-0,94)*
Universitet /högskola	0.96 (0,91-1,01)	1.24 (1,19-1,29)*	1.14 (1,10-1,19)	0.91 (0,87-0,94)	0.77 (0,74-0,80)*

1) Statistisk metod: Logistisk regression. Justerat för ålder, kön, landsting/region, antal besök i vården och självrapporterad hälsa.

2) Svaren visar odds" för respektive grupp att vara mindre nöjd med de olika aspekterna av vården. Referensvärdet 1 för jämförelsegrupperna betecknar i vilken utsträckning man svarat "ja" på frågan om man är nöjd med denna aspekt av vården. Värden högre än 1 betyder att man är mindre nöjd med respektive aspekt, och ett värde under 1 betyder att man är mer nöjd än referensgruppen.

\* Statistiskt signifikant värde.

I tabell 4 nedan visas motsvarande resultat för analysen av enkäten vid akutmottagningar. Även här visas att kvinnor och de som inte hade svenska som modersmål, oftare än män respektive de med svenska som modersmål, hade högre "odds" för att vara mindre nöjda med flera centrala aspekter av bemötandet. Kvinnorna hade till exempel 43 procent högre "odds" för att känna sig mindre respekterade i mötet med vården jämfört med män. För dem som inte hade svenska som modersmål var odds" 18 procent högre för att känna sig mindre respekterade jämfört med gruppen med svenska som modersmål. De med ett annat språk som modersmål hade 30 procent högre "odds" för att känna sig mindre delaktiga i vård och behandling i den grad man önskade jämfört med dem med svenska som modersmål. Därtill hade gruppen 47 procent högre "odds" för att ge helheten i vården lägre omdöme jämfört med gruppen med svenska som modersmål. De med grundskoleutbildning kände sig även här i något mindre grad nöjda med helhetsintrycket av vården jämfört med dem med grundskoleutbildning. Högscoleutbildade var inte lika nöjda med information och kontinuitet som dem med grundskoleutbildning.

**Tabell 4. Akutmottagningar indikatorer för patientfokuserad vård. Oddsen<sup>1</sup> för att vara mindre nöjda med olika aspekter av vården utifrån kön, modersmål och utbildning.**

	<b>Respekt</b> (n=14 435) OR (95% CI)	<b>Information</b> (n=14 408) OR (95% CI)	<b>Kontinuitet</b> (n=8 287) OR (95% CI)	<b>Delaktighet</b> (n=14 183) OR (95% CI)	<b>Helhetsintryck</b> (n=12 434) OR (95% CI)
<b>Kön</b>					
Män	1	1	1	1	1
Kvinnor	1.43 (1,30-1,57)*	1.30 (1,20-1,40)*	1.13 (1,03-1,23)*	1.04 (0,96-1,11)	1.16 (1,08-1,25)*
<b>Svenska som modersmål</b>					
Ja	1	1	1	1	1
Nej	1.18 (1,02-1,35)*	0.93 (0,82-1,06)	0.79 (0,67-0,91)*	1.30 (1,16-1,47 )*	1.47 (1,28-1,70)*
<b>Utbildning</b>					
Grundskola	1	1	1	1	1
Gymnasium	1.11 (0,99-1,24)	1.18 (1,08-1,30 )*	1.05 (0,93-1,18 )	1.09 (1,00-1,20)	0.98 öjj(0,89-1,08)
Universitet /högskola	1.09 (0,96-1,21 )	1.31 (1,18-1,46)*	1.16 (1,00-1,31 )	1.14 (1,00-1,31)	0.85 (0,76-0,94 )*

1) Statistisk metod: Logistisk regression. Justerat för ålder, kön, landsting/region, antal besök i vården och självrapporterad hälsa.

2) Svaren visar oddsen för respektive grupp att vara mindre nöjd med de olika aspekterna av vården. Referensvärdet 1 för jämförelsegrupperna betecknar i vilken utsträckning man svarat "ja" på frågan om man är nöjd med denna aspekt av vården. Värden högre än 1 betyder att man är mindre nöjd med respektive aspekt, och ett värde under 1 betyder att man är mer nöjd än referensgruppen.

\* Statistiskt signifikant.

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom den specialiserade vården våren 2010. Mätningar genomfördes inom öppen och sluten psykiatrisk vård (för vuxna) samt inom somatisk öppen- och slutenvård. Alla landsting deltog utom Norrbotten och Stockholm. Drygt 148 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som hade gjort ett besök inom den somatiska öppenvården. Inom den somatiska slutenvården gick enkäten ut till drygt 56 000 patienter som hade legat inlagda på sjukhus. Svarsfrekvens för riket låg på 61 procent respektive 67 procent. Patienterna upplevde generellt att de fick ett gott bemötande och en majoritet skulle rekommendera den enhet som de hade besökt. Däremot behöver enligt patienterna helhetssynen och kontinuiteten i vården förbättras. I tabell 5 nedan illustreras att kvinnor och de som inte hade svenska som modersmål, oftare än män respektive Sverigefödda, hade högre "odds" för att vara mindre nöjda med flera centrala aspekter av vården. Kvinnorna hade till exempel 21 procent högre "odds" för att känna sig mindre respekterade i mötet med vården jämfört med män. För dem som inte hade svenska som modersmål var oddsen 32 procent högre för att känna sig mindre respekterade jämfört med gruppen med svenska som modersmål. De med ett annat språk som modersmål hade också 14 procent högre "odds" för att inte känna sig tillräckligt informerade om sin sjukdom och behandling. Samma grupp hade 49 procent högre "odds" för att känna sig mindre delaktiga i vård och behandling i den grad man önskade, jämfört med Sverigefödda. Därtill hade gruppen 36 procent högre "odds" för att ge helheten i vården lägre omdöme jämfört med gruppen.

pen med svenska som modersmål. Högutbildade hade högre ”odds” för att känna sig mindre nöjda med informationen (32 procent) och kunskap om vart man skulle vända sig efter besöket i vården (22 procent).

**Tabell 5. Öppenvård vid sjukhusmottagningar. Indikationer för patientfokuserad vård. ”Odds” för att vara mindre nöjda med olika aspekter av vården utifrån kön, modersmål och utbildning.**

	<b>Respekt</b> (n=76 264) OR (95% CI)	<b>Information</b> (n=75 447) OR (95% CI)	<b>Kontinuitet</b> (n=74 554) OR (95 % CI)	<b>Delaktighet</b> (n=75 054) OR (95% CI)	<b>Vården som helhet</b> (n=77 452) OR (95% CI)
<b>Kön</b>					
Män	1	1	1	1	1
Kvinnor	1.22 (1,16-1,28)*	1.15 (1,10-1,18)*	1.12 (1,05-1,13)*	0.92(0,87-0,93)*	1.06(1,02-1,10)*
<b>Svenska som modersmål</b>					
Ja	1	1	1	1	1
Nej	1.33 (1,22-1,43)*	1.14 (1,08-1,22)*	1.07 (0,99-1,15)	1.50 (1,41-1,59)*	1.36 (1,27-1,45)*
<b>Utbildning</b>					
Grundskola	1	1	1	1	1
Gymnasium	1.05 (0,98-1,11)	1,22 (1,16-1,27)*	1.10 (1,04-1,16)*	1.03(0,98-1,06 )	1.05 (1,00-1,10)
Universitet /högskola	0.98 (0,92-1,05 )	1.32 (1,16-1,27)*	1.23 (1,16-1,29)*	0.93 (0,88-1,02 )	0.99 (0,98-1,10 )

1) Statistisk metod: Logistisk regression. Justerat för ålder, kön, landsting/region, antal besök i vården och självrapporterad hälsa.

2) Svaren visar oddsen för respektive grupp att vara mindre nöjd med de olika aspekterna av vården. Referensvärdet 1 för jämförelsegrupperna betecknar i vilken utsträckning man svarat ”ja” på frågan om man är nöjd med denna aspekt av vården. Vården högre än 1 betyder att man är mindre nöjd med respektive aspekt, och ett värde under 1 betyder att man är mer nöjd än referensgruppen.

\* Statistiskt signifikant.

I den slutna somatiska vården ser mönstret likartat ut – kvinnor och de med annat språk än svenska som modersmål har högre odds för att i lägre grad känna sig respekterade och delaktiga jämfört med män respektive dem med svenska som modersmål. Likaså har de med högre utbildning högre ”odds” för att i mindre grad känna sig nöjda med både visad respekt, information om sjukdomen och behandlingen samt delaktighet. (visas inte i tabell).

Sammanfattningsvis visar de fördjupade analyserna av svaren i de nationella patientenkäterna på vissa systematiska skillnader. Kvinnor uppfattar sig som mindre respektfullt bemötta jämfört med män inom samtliga verksamheter. Skillnaderna är inte så stora i procentandelar, men det återfinns i alla verksamheter, och kvarstår efter justering av en mängd faktorer. De som inte har svenska som modersmål känner sig i mindre grad informerade och delaktiga i beslut om vård och behandling, och har också högre ”odds” för att ge lägre omdömen om helhetsintrycket i vården

Särskilt oroande är de övergripande resultaten från den psykiatriska vården jämfört med patienternas bedömningar i andra verksamheter. Majoriteten av dem som har besökt eller vårdats inom den psykiatriska vården har inte svarat på enkäten och de som har svarat är betydligt mindre nöjda med både bemötande, information och delaktighet jämfört med patienter från övriga vårdverksamheter.

Vad säger oss dessa resultat? Innebär detta att kvinnor har generellt något högre förväntningar än män? Är skillnaderna avseende modersmål framför allt en konsekvens av språkliga och kulturella missförstånd? Är personer som vårdas för psykisk ohälsa mindre motiverade än andra att svara på enkäter och har de allmänt högre förväntningar på vården jämfört med de förväntningar som finns på andra vårdverksamheter? I detta sammanhang är också det viktigt att komma ihåg att svarsfrekvenserna generellt är relativt låga för samtliga enkäter. Många har alltså inte svarat. Man vet sedan tidigare att mindre resursstarka grupper och utlandsfödda i lägre uträkning svarar på enkäter. Troligen är de "verkliga" resultaten mer påtagliga – det vill säga att skillnaderna mellan grupper troligen är större. En rimlig slutsats är att det finns påtagliga behov av förbättringar när det gäller bemötande och omhändertagande av patienter som inte tillhör majoritetsbefolkningen eller som i någon mening avviker från en etablerad norm. Mycket talar för att när olika typer av skillnader blir synliga med data och olika mått stimulerar detta till förbättrings- och utvecklingsarbete i verksamheterna. Många "skillnader" som uppkommer i möten till följd av patientens bakgrund eller liknande är troligen omedvetna och kan, när de blir synliggjorda, åtgärdas. Det finns samtidigt anledning att fundera över i vilken utsträckning skillnaderna indikerar att mer uttalad diskriminering förekommer i vården.

#### *Hur vanligt är diskriminering i hälso- och sjukvården?*

Diskriminering är ett komplext begrepp och kan manifestera sig på både individuell, organisatorisk och strukturell nivå. Detta sker exempelvis med hjälp av olika regler, rutiner och normer i vården liksom inom många andra sociala strukturer. Genom dessa kan människor med till exempel invandrarbakgrund hindras från att få tillgänglighet och bemötande på samma villkor som dem i majoritetsgruppen. Diskriminering kan vara dold eller synlig, omedveten eller medveten. Den kan dölja sig bakom beteenden som anses som "normala" och finnas i situationer där det inte märks att diskriminering faktiskt sker. För att kunna motverka diskrimineringen måste den synliggöras i praktiken. Om hälso- och sjukvården ska uppnå målet om god hälsa och tillgänglig vård för alla måste diskrimineringens mekanismer och konsekvenser systematiskt motverkas.

Det har hittills funnits relativt få studier i Sverige som har undersökt diskriminering i den svenska hälso- och sjukvården. Det finns däremot en hel del forskning om bemötande i vården [28]. I möten mellan människor kommer ofta förutfattade meningar fram på olika sätt och kan bli särskilt synliga för den som redan är i underläge – i en vårdssituation är det patienten. Problemet med förutfattade meningar är att de inte alltid är just synliga utan ofta kan gömma sig bakom en professionell fasad. Läkare och annan sjukvårdspersonal har traditionellt utbildats till se att patienten utifrån diagnostiska system. En huvuduppgift är att se och diagnostisera sjukdomar. Patienternas erfarenheter görs ofta om till kliniska fakta, som används för att kommunicera diagnoser och behandlingar till patienterna.

Detta bidrar till svårigheter i kommunikation och kompliceras ytterligare av den begränsade tid som ofta står till buds vid ett läkarbesök är som praxis i svensk sjukvård. Dessa förutsättningar kan tyvärr mycket väl leda till dis-



kriminering. Man hinner inte lyssna klart på vad patienten vill säga, eller lyssnar mer på dem som kan det egna språket (det medicinska) och ägnar mer tid åt dem som själva ställer initierade frågor. De mekanismer som styr diskriminering inom hälso- och sjukvården kan, tillsammans med det subtila sätt som de kommer till uttryck på, skapa misstro mot sjukvården bland personer med till exempel invandrabakgrund, vilket i sin tur kan leda till skillnader i behandling [29].

Troligen är det patienternas egna *beskrivningar* av sina erfarenheter som bäst belyser mekanismerna i diskrimineringen. I *Hälsa, vård och strukturell diskriminering* (SOU 2006:78) betonas att en undersökning av hur patienter behandlas i vårdkedjans alla led kan peka ut var diskriminering kan äga rum och hur den yttrar sig [29]. ”Hur fördelas tiden och uppmärksamheten på olika patienter? Vem pratar man med och hur? Vem hälsas med ett leende? Vem frågar man om man behöver något att äta eller dricka? Vilka hoppas över i kön – kanske eftersom deras namn är svårt att uttala? Vem får ta emot besök av familj och vänner?” [29]

### *Diskrimineringsombudsmannens arbete med diskriminering*

Patienterna kan göra en anmälan till patientnämnderna om de vill framföra klagomål och synpunkter på vården eller har blivit felbehandlade. Under drygt ett års tid har Diskrimineringsombudsmannen (DO) bedrivit ett arbete med fokus på rätten till sjukvård på lika villkor. DO:s fokusarbete kring sjukvården syftar till att synliggöra de diskriminerande strukturer som leder till individuella kränkningar. DO har genomfört seminarier med företrädare för intresse- och patientgrupper och forskare. I våras granskades jämställdhetsplaner och planer för lika rättigheter och möjligheter hos tio landsting, bland annat Västra Götalandsregionen. För närvarande görs en ärendeanalys, grundad på de anmälningar som har kommit in till DO inom hälso- och sjukvårdsområdet. Våren 2012 kommer en rapport med DO:s samlade erfarenheter från fokusarbetet.

Sammantaget har DO fått 269 anmälningar om diskriminering inom sjukvården sedan den nya diskrimineringslagen började gälla 2009. De flesta av anmälningarna handlar om diskriminering som har samband med funktionsnedsättning (111). Övriga anmälningar berör diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet (86), kön (29), sexuell läggning (22), religion eller annan trosuppfattning (13) samt könsidentitet eller könsuttryck (7). Ett stort antal ärenden visar hur flera diskrimineringsgrunder kan samverka med varandra, till exempel hur sjukvården bemöter kvinnor med funktionsnedsättningar.

Många ärenden som DO utreder handlar om att patienter inte bemöts eller får vård utifrån sina faktiska behov, utan att vårdpersonalen i stället bemöter dem utifrån sina förutfattade meningar om exempelvis sexuell läggning eller religion. Detta leder inte sällan till att patienterna får sämre vård eller till och med nekas vård.

### *Ny EU-studie pekar på problem med diskriminering*

På uppdrag av EU-organet Fundamental Rights Agency (FRA) har en studie om förekomst av diskriminering genomförts i fem EU länder inklusive Sverige [30]. Ett 60-tal personer i Sverige har intervjuats – sjukvårdspersonal,

jurister och administratörer samt några grupper av patienter. De patientgrupper som har intervjuats var bland annat personer med rötter i afrikanska länder eller i Mellanöstern, personer över 50 år samt unga vuxna med funktionsnedsättning. De har intervjuats om en mängd olika aspekter, bland annat om barriärer de har mött när de har sökt vård samt om deras erfarenheter av diskriminering inom sjukvården. I undersökningen ingick också frågor om tillgång till information samt erfarenheter av att anmäla eller framföra klagomål på vården. Särskilda frågor ställdes också utifrån yrke, kön, ålder och funktionsnedsättning.

Gemensamt för samtliga av de intervjuade grupperna av patienter är att de genom sin bakgrund har upplevt olika typer av diskriminering. Gemensamt är också att de känner sig maktlösa – ingen i studien som anmält en felbehandling har fått upprättelse eller ersättning för en vårdskada. Många av de intervjuade vittnar om vårdpersonalens föreställningar om personer som inte har ”svensk majoritetsbakgrund”. De muslimska kvinnorna upplever genomgående bristande respekt och bemötande från sjukvården. Unga kvinnor med psykisk funktionsnedsättning berättar om hur sjukvårdspersonalen inte respekterar deras privatliv utan ställer ovidkommande frågor, till exempel om deras sexliv.

Enligt de preliminära resultat från studien som Socialstyrelsen har tagit del av skiljer sig bilden av sjukvården diametralt beroende på om den förmedlas av sjukvårdspersonal eller av patienter. Sjukvårdspersonalen menar att diskriminering är sällsynt i den svenska hälso- och sjukvården. Så här säger en läkare:

Man är ungefär likadant skapt rent anatomiskt och fysiologiskt och sedan vad man tror på eller hur man ser ut påverkar inte oss.

De intervjuade patienterna tecknar en helt annan och nedslående bild, och berättar om försenade och nekade behandlingar, felbehandlingar, bristande respekt och nedsättande bemötande, trakasserier samt undanhållande av information. Ett exempel är den kvinna med utländsk bakgrund som först genomgick en misslyckad operation av livmodern och blev inkontinent. När hon försökte ta reda på vad som hade gått fel fick hon höra att alla journalanteckningar var borta. När hon sedan misstänkte cancer dröjde det två år innan hon röntgades. Så småningom blev hon opererad men då hade canceren hunnit sprida sig. Helt klart är att de grupper av patienter som har intervjuats inom ramen för studien har råkat ut för dåligt bemötande och fått bristfällig information, både när det gäller tillgänglighet och innehåll i vården.

### Kunskapsbaserad vård – fokus på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Hälso- och sjukvården utvecklas mot att bli mer kunskapsbaserad. I Socialstyrelsens senaste bedömning av hälso- och sjukvårdssystemet konstaterades att kunskapsutvecklingen framför allt har skett inom den specialiserade vården, och det är också den som främst har blivit mer kunskapsbaserad [2]. Det finns dock fortfarande stor potential när det gäller att tillämpa kunskapsbaserade metoder för det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande

arbetet i vården. Detta är också en av de viktigaste strategierna för vårdens ska bidrag till minskade hälsoskillnader mellan olika grupper i befolkningen, eftersom levnadsvanorna skiljer sig åt i betydande grad.

De stora folksjukdomarna som hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och diabetes kan i stor utsträckning förebyggas. WHO Europas strategi för de stora folkhälsosjukdomarna anger att nära 60 procent av sjukdomsburden kan kopplas till sju riskfaktorer. Fyra av riskfaktorerna har direkt att göra med levnadsvanor, det vill säga tobaksbruk, alkoholriskbruk, låg konsumtion av frukt och grönt samt fysisk inaktivitet. De övriga tre riskfaktorerna, som alla påverkas av levnadsvanor, är högt blodtryck, högt blodkolesterol och övervikt. Hälso- och sjukvården är en av flera viktiga arenor för det sjukdomsförebyggande arbetet. Sjukvårdspersonalen har hög trovärdighet hos patienterna när det gäller frågor om levnadsvanor och hälsa.

Många med ohälsosamma levnadsvanor vill förändra sina levnadsvanor och flera anser sig behöva stöd för att göra det [31]. Av dagligrökarna och personerna med låg fysisk aktivitet vill cirka 33 procent ha stöd, medan endast 6–7 procent av dem med lågt intag av frukt och grönsaker, samt av personerna med riskbruk av alkohol, önskar stöd.

#### *Riktlinjer stödjer det sjukdomsförebyggande arbetet*

I november 2011 publicerade Socialstyrelsen slutversionen av *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* [32]. Riktlinjerna innehåller metoder för att stödja människor att förändra ohälsosamma levnadsvanor. De levnadsvanor som berörs är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Socialstyrelsen riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har fått ett positivt mottagande i alla landsting som också var angelägna om att komma igång med tillämpningen av rekommendationerna. I landstingen är för närvarande insatser som gäller tobaksbruk, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet vanligare än åtgärder som gäller matvanor. För ohälsosamma matvanor är dessutom skillnaden mellan dagens praxis i landstingen och riktlinjernas rekommendationer särskilt stor.

När det gäller att främja fysisk aktivitet visar uppgifter från Folkhälsoinstitutet att antal recept med fysisk aktivitet på recept fördubblades under åren 2007–2010 [31].

Under 2011 gav regeringen Socialstyrelsen särskilda medel för att stödja införandet av riktlinjerna i hälso- och sjukvården. Stödet ska särskilt gälla att sprida kännedom om riktlinjerna, stödja metodutveckling inom det förebyggande arbetet och skapa en interaktiv utbildning för olika yrkesgrupper, samt stöd för att säkerställa datatillgången för uppföljningar av riktlinjerna. Socialstyrelsen arbetar med implementeringen som kommer att pågå under 2012–2014. Under 2012 kommer Socialstyrelsen också att påbörja arbetet med uppföljning av riktlinjerna. Dessutom har Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och redovisa öppna jämförelser för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården.

## Referenser

1. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
4. Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering Strokevården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
7. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
8. Nationella indikatorer för God vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
9. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
10. Svenska lärdomar av Marmot-kommissionens rapport Closing the Gap Folkhälsoinstitutet. Östersund:2010.
11. Kostnader för ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland. En beräkning av vad socioekonomisk ojämlikhet i hälsa kostar samhället. [Www.vgregion.se/folkhalsa](http://www.vgregion.se/folkhalsa)
12. Mackenbach, J., W. J. Meerdink, et al. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. European Commission: DG SANCO; 2007.
13. Mazzucco, S., S. Meggiolaro, et al. The economic benefits of reducing health inequalities in England and Wales, the Strategic Review of Health Inequalities in England Post; 2010.
14. Folkhälsopolitisk rapport 2010. Solna: Statens Folkhälsoinstitut; 2010.
15. Lägesrapport hälso- och sjukvård 2011 Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
16. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
17. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i Hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
18. Lägesrapport hälso- och sjukvård 2006. Fokus Primärvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
19. James CD, Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., Kirunga, C., Knippenberg, R., Meessen, B., Morris, S. S., Preker, A., Souteyrand, Y., Tibouti, A., Villeneuve, P., Xu, K. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low-

- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2006;5(3):137-53.
20. Chen WY, Liang, Y. W., Lin, Y. H. Pricing-out effect from possible user-fee policies under Taiwan's National Health Insurance. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*. 2010 Aug;10(4):453-64.
  21. Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Review*. 2011. (4): Publicerat 13 Apr 2011. Citerat Sept 2011. Tillgänglig från: <http://www.thecochranelibrary.com>.
  22. Socialstyrelsen. Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg? Stockholm: 2002. Tematisk översikt och analys.
  23. Andersson A. Att avstå från receptförskrivna läkemedel - en kartläggning av vem och varför [Examensarbete i folkhälsovetenskap] Göteborgs universitet, Institutionen för medicin; VT 2007.
  24. Sveriges kommuner och landsting. Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2011.; 2011-01-12; Tillgänglig från: [http://www.skl.se/press/nyheter\\_2/patientavgifter\\_i\\_halso\\_och\\_sjukvarden](http://www.skl.se/press/nyheter_2/patientavgifter_i_halso_och_sjukvarden).
  25. Krigsman K., Melander A., Carlsten A., Ekedahl A., Nilsson LG. Refill non-adherence to repeat prescriptions leads to treatment gaps or to high extra costs. *Pharmacy World & Science*. 2007;29(1):19-24.
  26. Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Kanani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002(2):CD000011.
  27. Mätningar och resultat om Nationell Patientenkät. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. [www.skl.se](http://www.skl.se)
  28. Patientläkarmötet. SBU. Stockholm; 2000.
  29. SOU 2006:78. Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Stockholm; 2006
  30. Personlig kommunikation med forskare Helene Brodin. November 2011.
  31. Levnadsvanor. Lägesrapport 2010. Statens folkhälsoinstitut; 2010.
  32. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

# Valda vårdområden

---

## Cancervård

### Sammanfattande slutsatser

Dödligheten i cancer har minskat i befolkningen som helhet. Det finns vissa regionala skillnader i både insjuknandet och överlevnaden, men skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper är betydligt större. Det finns också skillnader i cancerdödlighet mellan män och kvinnor som till stor del beror på att de drabbas av olika cancerformer, men mäns dödlighet är högre även i de cancerformer som inte är könsspecifika. Detta kan bero på skillnader i levnadsvanor samt på att män är mindre benägna att söka vård och därför får cancerdiagnosen i ett senare skede.

För all cancer sammantaget är insjuknanderisken ungefär lika stor i olika socioekonomiska grupper, men dödligheten i cancer är högre bland personer med kort utbildning. Efter diagnosen har personer med eftergymnasial utbildning bättre överlevnadschanser oavsett cancerform. Kvinnor med endast förgymnasial utbildning har 20–30 procent lägre risk att få diagnosen bröstcancer, men samma grupp har ändå 30–40 procent högre risk att avlida i sjukdomen jämfört med kvinnor som har eftergymnasial utbildning, något som gäller oavsett födelseland.

Gruppen utlandsfödda är heterogen, och risken för att insjukna och dö i cancer varierar beroende på ursprungsland och vistelsetid i Sverige. Dessutom finns det variationer för olika cancerformer. Barn till invandrade föräldrar har däremot vanligen samma cancerrisker som barn till föräldrar som är födda i Sverige, vilket visar miljöfaktorernas stora betydelse när det gäller uppkomsten av cancer. Detta kan också ge viktiga ledtrådar när det gäller att förstå mekanismerna bakom de olika cancersjukdomarna.

När det gäller den regionala cancervården har Socialstyrelsens analyser inom ramen för öppna jämförelser länge visat att det finns många olika skillnader. Exempelvis varierar väntetiderna mellan landstingen, liksom olika typer av behandlingsinsatser. De regionala cancercentrum som är under utveckling har dock som mål att minska de geografiska skillnaderna i tillgången till en lämplig cancervård. För att minska de socialt betingade skillnaderna krävs ökade insatser på det förebyggande området.

### *Överlevnaden ökar för både män och kvinnor – men män har fortfarande högre dödlighet*

Dödligheten i cancer har sjunkit något de senaste 40 åren trots att fler än tidigare insjuknar i cancer. Det beror på att allt fler överlever allt längre efter en cancerdiagnos. För män med en cancerdiagnos har chansen att överleva i fem år ökat från drygt 50 procent till nästan 70 procent under de senaste

decenniet, jämfört med män utan någon cancerdiagnos. För kvinnor har överlevnaden under samma tid ökat från cirka 60 till 68 procent.

De i särklass vanligaste cancersjukdomarna är bröstcancer bland kvinnor och prostatacancer bland män när det gäller insjuknande. Medianåldern för dem som insjuknar i bröstcancer är relativt låg, 61 år, och hälften av alla som får bröstcancer får alltså diagnosen före 61 års ålder. Tillsammans med äggstocks- och livmodercancer är bröstcancer orsaken till att cancerdödligheten är högre för kvinnor än för män i förvärvsarbetsande åldrar. Prostatacancer drabbar vanligen vid betydligt högre ålder, och medianåldern är 81 år [1].

Den högsta överlevnaden efter en cancerdiagnos har patienter med bröstcancer och malignt hudmelanom. Femårsöverlevnaden jämfört med personer utan cancer var 87 procent för kvinnor med cancer under perioden 2005–2009 och vid malignt hudmelanom var motsvarande femårsöverlevnad 93 procent för kvinnor och 86 procent för män.

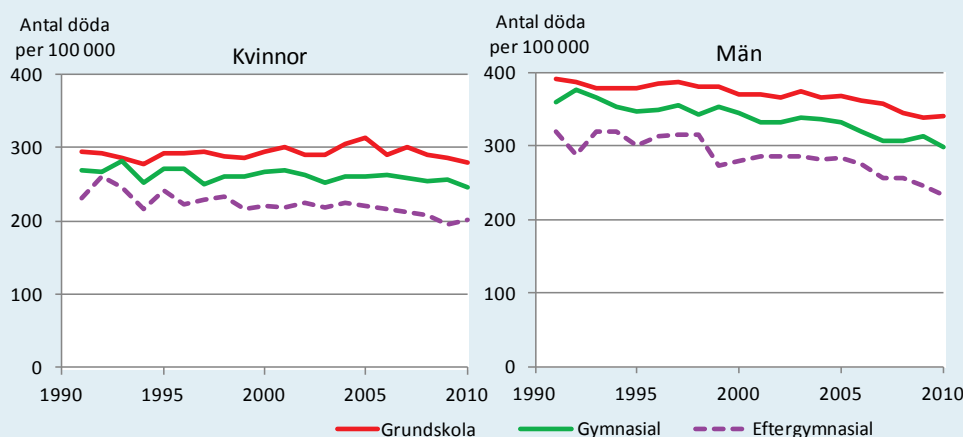
Lungcancer är den cancerform som tar flest liv i Sverige varje år, trots att det är betydligt fler som insjuknar i bröst- och prostatacancer samt tjocktarmscancer. Fler kvinnor än män insjuknar och dör i lungcancer före 60 års ålder, men i de högre åldersgrupperna dominerar männen – något som återspeglar utvecklingen av rökvanorna bland kvinnor och män. Överlevnaden efter en lungcancerdiagnos är låg men har ökat något sedan början av 1990-talet. Femårsöverlevnaden efter en lungcancerdiagnos är cirka 12 procent bland män och cirka 15 procent bland kvinnor [2].

### **Skillnaderna mellan utbildningsgrupper minskar inte**

När man tittar på all cancer sammantaget är insjuknandet detsamma i olika socioekonomiska grupper, men dödligheten i cancer är högre bland personer med kort utbildning (se diagram 1). Bland kvinnor är det endast bland dem med eftergymnasial utbildning som cancerdödligheten tydligt minskar. Bröstcancer och lungcancer står tillsammans för omkring 40 procent av cancerdödsfallen bland kvinnor i åldern 45–74 år. Det är också dessa två cancerformer som gör att de sociala skillnaderna i dödlighet har ökat bland kvinnor, framför allt utvecklingen av lungcancer.

**Diagram 1. Dödlighet i cancer**

Antal döda i cancer per 100 000 invånare med grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldersgruppen 35-79 år, 1991-2010. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB

Lungcancer är betydligt vanligare bland lågutbildade än högutbildade, vilket främst beror på att rökning är vanligare bland dem med lägre utbildning. Andelen som dör i lungcancer har ökat de senaste femton åren bland kvinnor i åldern 45–74 år, förutom bland kvinnor med eftergymnasial utbildning. Detta innebär att de sociala skillnaderna har ökat. Dödligheten i lungcancer avspeglar också insjuknandet eftersom lungcancer sällan botas. Bland män har lungcancerdödligheten minskat något i alla utbildningsgrupper [1].

Att insjukna i bröstcancer är vanligare bland högutbildade kvinnor än bland dem med lägre utbildning, men i den senare gruppen är överlevnaden sämre. Kvinnor med endast förgymnasial utbildning har 20–30 procent lägre risk att få diagnosen bröstcancer, men de har ändå 30–40 procent högre risk att avlida i sjukdomen jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning, något som gäller oavsett födelseland [3]. Bröstcancer är en av få dödsorsaker som tidigare var varit vanligare bland högutbildade än bland lågutbildade, och så är det fortfarande i högre åldrar. Denna ”omvända” sociala gradient verkar dock ha börjat svänga bland yngre kvinnor (45–59 år) [1].

Även insjuknande i prostatacancer och malignt melanom är vanligare bland dem med högst utbildning. Skillnaden i malignt melanom beror sannolikt på skillnader i solvanor, medan skillnaderna i bröst- och prostatacancerinsjuknande åtminstone delvis beror på att personer med olika utbildningsnivå är olika benägna att genomgå mammografi och PSA-provtagningar för prostatacancer[4].

Personer med eftergymnasial utbildning har bättre överlevnadschanser oavsett cancerform och personer med endast grundskoleutbildning har sämre överlevnadschanser. Skillnaderna i överlevnad är störst under den första tiden efter diagnosen, vilket tyder på att den viktiga faktorn är hur långt framskriden sjukdomen var när den diagnostiserades. Detta är dock inte den enda förklaringen, vilket framgår av diagram 2 nedan som visar överlevnaden vid upptäckt av bröstcancer i olika stadier. Förekomsten av andra allvarliga sjukdomar och andra riskfaktorer har också stor betydelse.

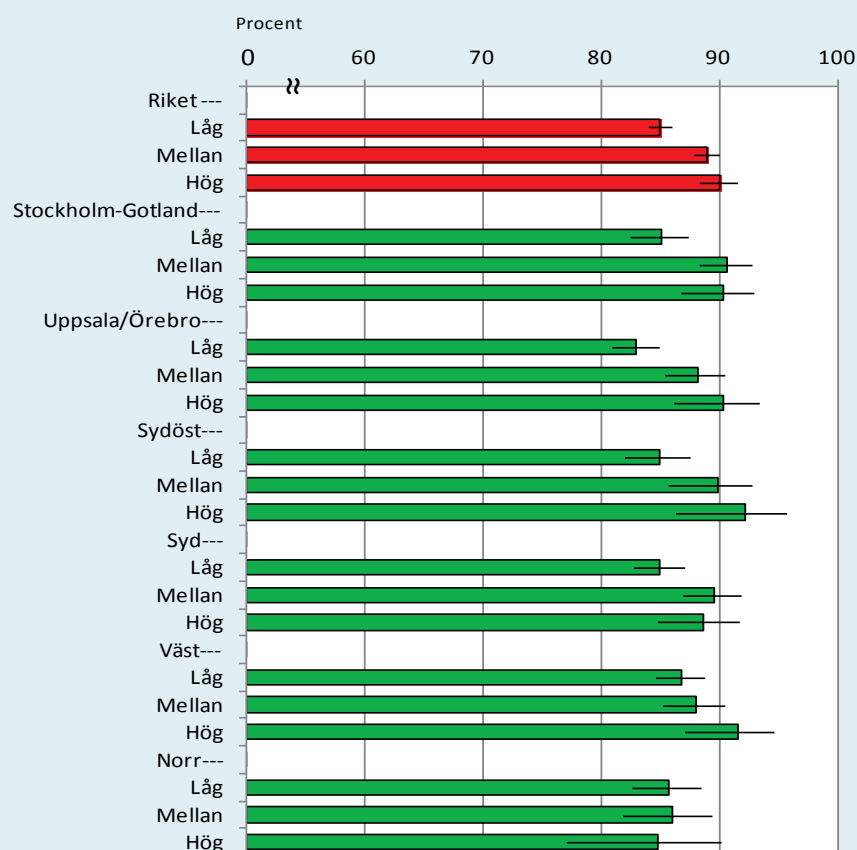


### *Dödligheten i bröstcancer högre bland dem med kort utbildning trots högre insjuknande bland högt utbildade*

I hela riket är överlevnadschansen fem år efter diagnosen 90 procent för högt utbildade kvinnor och 85 procent för lågutbildade, jämfört med kvinnor som inte har bröstcancer. De regionala skillnaderna är små. I de flesta regioner finns den sociala gradienten, men inte i region norr där överlevnaden för högt utbildade kvinnor är lägre än i övriga regioner (se diagram 2) [4].

**Diagram 2. Relativ överlevnad vid bröstcancer**

Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer, med 95 % konfidensintervall, per socioekonomisk grupp samt riket och sjukvårdregion. Kvinnor, ålder 30-89 år vid diagnos. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Period 2005-2009.



Källa: Cancer i Sverige – insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning

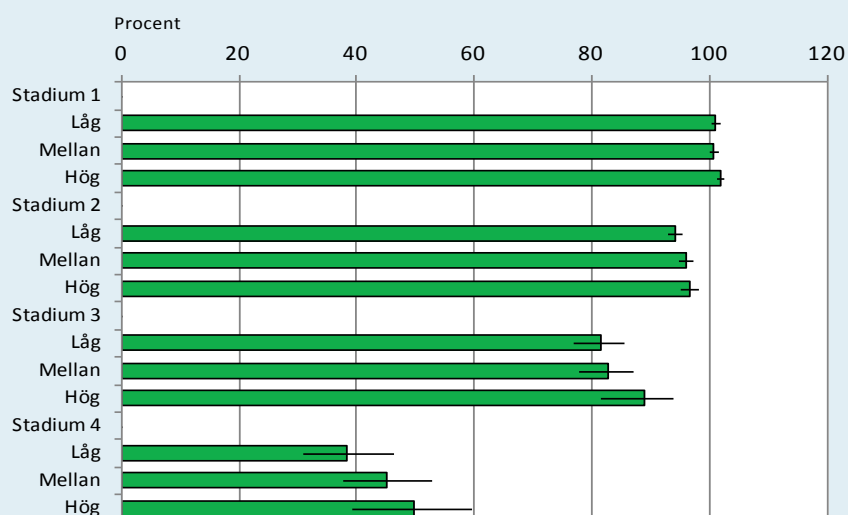
Skillnader i överlevnad mellan olika socioekonomiska grupper brukar ofta förklaras av hur avancerad canceren var vid diagnostillfället. Med mammografiscreening går det att upptäcka cancer i ett tidigt skede och det är sedan tidigare känt att följsamheten till screeningprogrammet varierar mellan de socioekonomiska grupperna.

Diagram 3 och 4 visar den relativa två- respektive femårsöverlevnaden utifrån cancers stadium när diagnosen ställdes. Resultaten visar att överlevnaden skiljer mellan de socioekonomiska grupperna även inom varje stadium. Kvinnor som diagnostiseras med bröstcancer i stadium 1 och 2 har en hög tvåårsöverlevnad i samtliga grupper, men det går att se en socioekono-

misk gradient för stadium 3 och 4. Efter fem år finns en tydlig socioekonomisk gradient för stadium 2 och 3. Resultaten tyder på att skillnader i överlevnad inte bara beror på att de lägsta socioekonomiska grupperna uteblir från mammografiscreening och därmed får sin diagnos i ett senare skede.

### Diagram 3. Relativ överlevnad vid bröstcancer

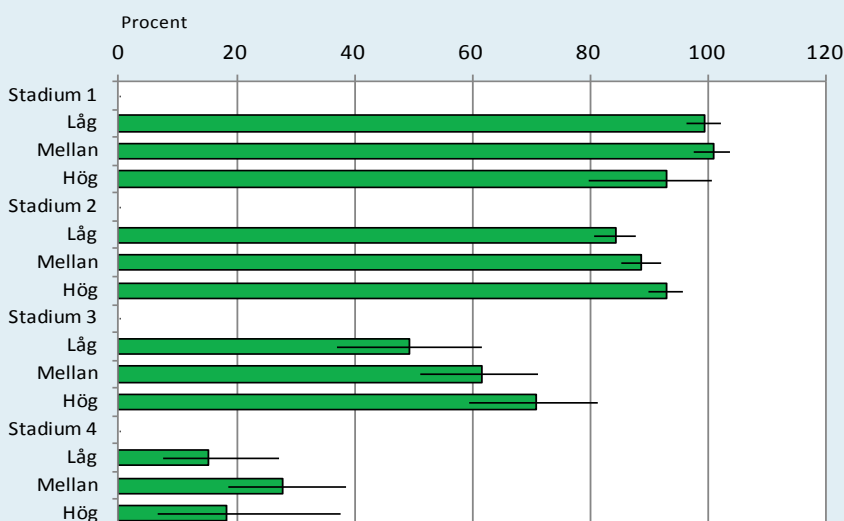
Relativ 2-årsöverlevnad vid bröstcancer med 95 % konfidensintervall, per socioekonomisk grupp samt cancerstadium vid diagnos. Kvinnor, ålder 30-89 år vid diagnos. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Period 2005-2009.



Källa: Cancer i Sverige – insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning

### Diagram 4. Relativ överlevnad vid bröstcancer

Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer med 95 % konfidensintervall, per socioekonomisk grupp samt cancerstadium vid diagnos. Kvinnor, ålder 30-89 år vid diagnos. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Period 2005-2009.



Källa: Cancer i Sverige – insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning

## Cancer bland utlandsfödda – stora variationer

Gruppen utlandsfödda är mycket heterogen, och risken för att insjukna och dö i cancer varierar beroende på ursprungsland och vistelsetid i Sverige. Risken är också olika stor för olika cancerformer. Utlandsfödda kvinnor har, som grupp, en lägre risk att insjukna i bröstcancer än sverigefödda kvinnor. Risken för bröstcancer är också lägre för dem som har bott kort tid i Sverige och dem som invandrade vid hög ålder. Bland annat Asien och Latinamerika är ”lågriskområden”, men döttrar till invandrare från dessa områden har samma risk att insjukna i bröstcancer som döttrar till sverigefödda föräldrar. Den lägre risken bland utlandsfödda kvinnor kan delvis bero på skillnader i riskfaktorer. Utlandsfödda kvinnor som får en cancerdiagnos efter 50 års ålder har dock en högre dödlighet i bröstcancer jämfört med sverigefödda kvinnor. Skillnaden kan bero på att färre äldre och nyanlända deltar i screeningprogrammen.

Utlandsfödda män har i genomsnitt 40 procent lägre risk att få diagnosen prostatacancer jämfört med män som är födda i Sverige. Det finns både miljömässiga och genetiska skillnader som kan ligga bakom variationen, men också skillnader i tillgången till sjukvård. En del av förklaringen kan vara att relativt många män genomgår PSA-test för prostatacancer i Sverige, och då upptäcks även fall av prostatacancer som aldrig leder till några symtom. Dessa fall hade inte upptäckts i de flesta andra länder och det är sannolikt att utlandsfödda män med kortare vistelsetid i Sverige inte genomgår PSA-test i samma utsträckning som övriga män.

Generellt finns det variationer i cancerförekomsten mellan olika invandrargrupper och dessa variationer är olika beroende på cancerformen. Barn till invandrade föräldrar har dock ofta samma cancerrisker som barn till föräldrar som är födda i Sverige, vilket visar hur viktiga miljöfaktorer är när det gäller uppkomsten av cancer. Detta kan också ge viktiga ledtrådar när det gäller att förstå mekanismerna bakom de olika cancersjukdomarna. [3]

### *Regionala skillnader i väntetid*

Inom cancervården finns det bland annat markanta skillnader i väntetider både mellan olika landsting och inom landstingen.

Väntetiden från remiss till behandlingsstart varierar kraftigt både mellan och inom landstingen för patienter med elakartad huvud- och halscancer, och 25 procent av patienterna fick vänta längre än 83 dagar. I den sydöstra och den norra sjukvårdsregionen dröjer det längre innan behandlingen startar än i de övriga regionerna, vilket antas bero på att väntetiden för att få en remiss och ett beslut om behandling är längre i dessa båda regioner. På Gotland och i Uppsala län är medianväntetiden från remiss till behandlingsstart kortare än 40 dagar, men i Jönköpings och Västernorrlands län är motsvarande väntetid längre än 75 dagar.

Även för andra cancerformer finns det stora skillnader i väntetid mellan landstingen. I sju landsting fick 25 procent av patienterna med prostatacancer vänta längre än 79 dagar på sitt första besök hos en specialist, räknat från det att remissen inkom till specialistkliniken alternativt från det att pati-

enten själv kontaktade kliniken. Medianväntetiden för ett första besök hos en specialist varierar från 24 dagar i Halland till 95 dagar i Jämtland.

Motsvarande medianväntetid för lungcancerpatienter är 15 dagar för patienter i Örebro, och 48 dagar för patienter i Jönköping. 25 procent av lungcancerpatienterna fick vänta längre än 57 dagar för att få sitt första besök hos en specialist [2].

## Referenser

1. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. Cancer, social position och födelseland. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi; 2011. Rapport 2001:6.
4. Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

## Vård vid hjärt- och kärlsjukdom

### Sammanfattande slutsatser

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar men är fortfarande högre bland män och bland personer med lägre utbildning. Skillnaden i dödlighet mellan olika utbildningsgrupper är större än de regionala skillnaderna, både för män och för kvinnor. Det går dock att minska insjuknandet i hjärt- och kärlsjukdomar med ett intensifierat hälsofrämjande och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården i samverkan med andra aktörer, och det kan även minska skillnaderna mellan olika grupper av medborgare.

På ett antal områden har Socialstyrelsens analyser av hjärtsjukvården lever upp till förväntningarna och rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, och att patienterna i hög grad får den rekommenderade behandlingen oavsett vilket sjukhus eller landsting som ger behandlingen. Exempel på sådana områden är behandling med läkemedel för sekundärprevention efter hjärtinfarkt, såsom blodproppshämmande läkemedel och betablockerare. Det är dock vanligare att personer födda i Sverige behandlas med dessa läkemedel jämfört med personer som är födda utanför EU.

Inom många områden finns det dock stora variationer, både mellan landstingen och mellan sjukhusen. Ett sådant område är andelen som dör inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt. Mer än hälften dör redan före ankomsten till sjukhuset, men här finns en avsevärd variation mellan landstingen. Många av dessa dödsfall skulle kunna förhindras genom ökade satsningar på primärprevention. Ofta fokuserar sjukvårdshuvudmännen istället mer på de akuta och sekundärpreventiva insatserna för överlevande, varav vissa insatser är högspecialiserade och omfattar jämförelsevis få patienter.

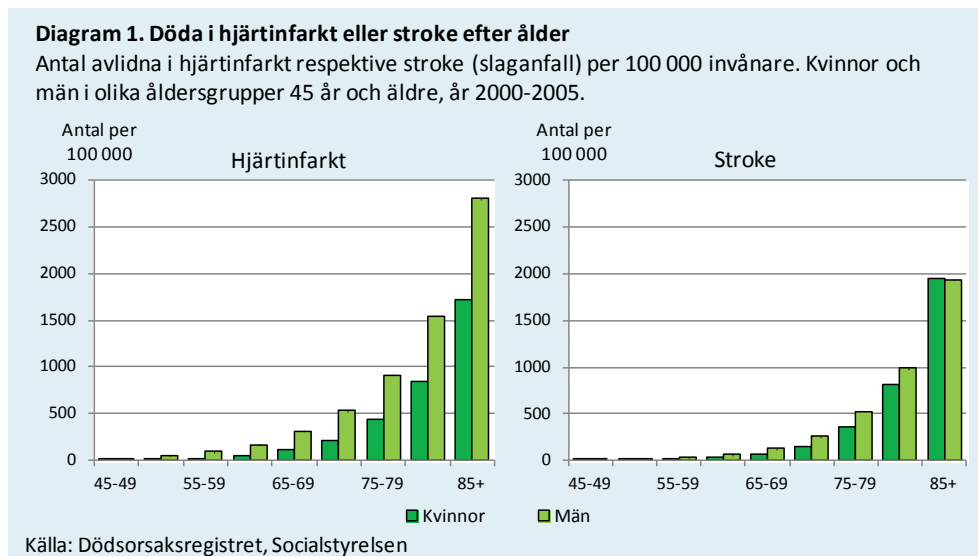
De regionala skillnaderna i behandling är stora, särskilt på områden där patienter också underbehandlas. Exempel på sådana områden är behandling för att återställa blodflödet till hjärtat efter en infarkt, behandlingar vid rytmrubbningar samt rökstopp efter hjärtinfarkt. Det finns också könsskillnader i behandlingen, till exempel när det gäller behandling med vissa läkemedel hos patienter med hjärtsvikt, insättande av pacemaker hos patienter med svår hjärtsvikt samt insättande av hjärtd fibrillator hos patienter med ökad risk för plötslig död.

Socialstyrelsens fördjupade analyser visar att sverigefödda hjärtinfarktpatienter i högre grad får de rekommenderade läkemedlen än hjärtinfarktpatienter som är födda utanför EU. I en nyligen publicerad rapport visar vi också att personer med psykisk sjukdom inte får samma behandling som andra patienter och att de dessutom har en ökad risk för att avlida sex månader efter en infarkt. Vår senaste utvärdering av strokevården visar att landstingens strokevård på flera områden är jämlik utifrån de undersökta aspekterna ålder, kön och geografi. Det finns dock även exempel på ojämlik vård, exempelvis när det gäller tidsfördröjning vid det akuta omhändertagandet av stroke där de regionala skillnaderna är stora.

## Hjärt- och kärlsjukdomar drabbar vid allt högre åldrar

Hjärt- och kärlsjukdomar, framför allt hjärtinfarkt, är den vanligaste dödsorsaken bland både kvinnor och män, och de är också en stor del av sjukdomsördan i den äldre befolkningen. Det är fler kvinnor än män som dör av hjärtinfarkt, men resultatet blir det motsatta om man tar hänsyn till skilda åldersfördelningar; männen har då en högre dödlighet än kvinnorna.

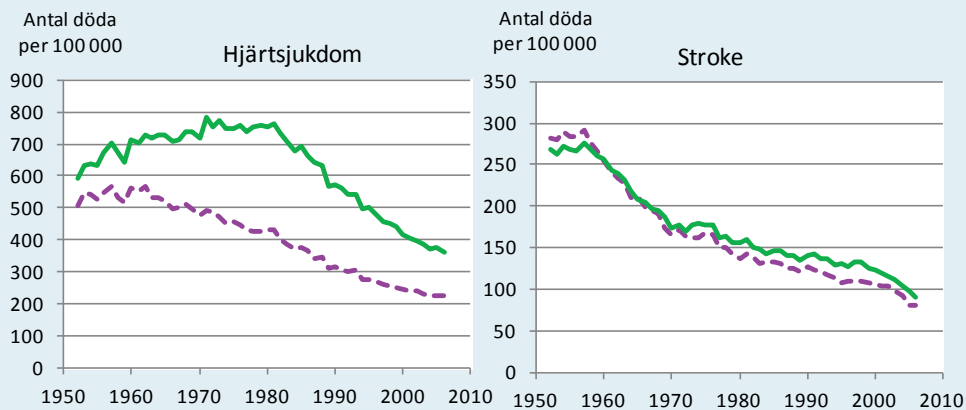
Generellt minskar dock dödligheten i hjärt- och kärlsjukdom, vilket är den viktigaste förklaringen till att medellivslängden ökar. Människor är dessutom allt äldre när de insjuknar eller avlider i hjärtsjukdomar eller stroke (diagram 1).



Dödligheten i hjärtsjukdomar har varierat kraftigt mellan kvinnor och män över tiden (se diagram 2) och beror i hög grad på faktorer som går att påverka. Könsskillnaden var relativt liten i början av 1950-talet, som allra störst omkring 1980 och har därefter minskat. För stroke är könsskillnaden mindre, men den har också varierat över tid och det var först på 1970-talet som stroke blev vanligare bland män.

### Diagram 2. Dödlighet i hjärtsjukdom och stroke

Antal avlidna i hjärtsjukdom och i stroke (slaganfall) per 100 000 invånare. Kvinnor och män, perioden 1952–2006. Åldersstandardiserat



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

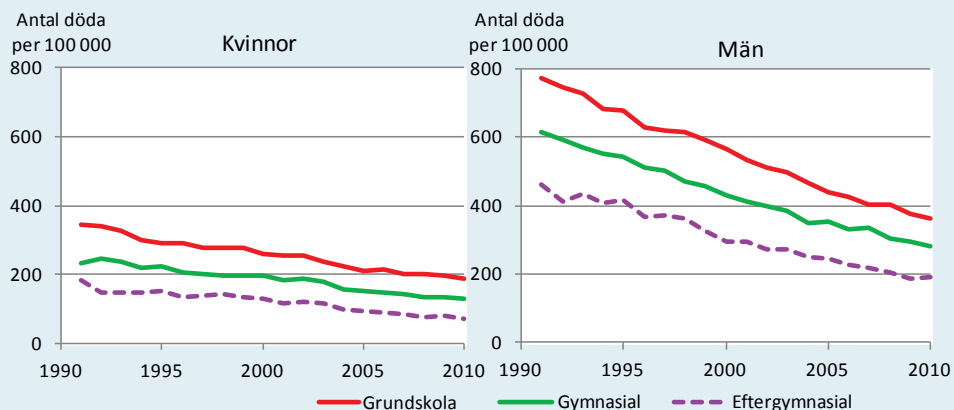
\*För att kunna jämföra dödligheten i stroke och hjärtsjukdom\* över lång tid, där dödsorsaksklassifikationen ändrats flera gånger, har en vidare definition använts än dagens och innefattar motsvarande följande diagnoskoder för stroke, sjukdomar i hjärnans kärl (ICD-10: I60-I69) och för hjärtsjukdom (ICD-10: I00-I13, I15, I20-I25, I27, I30-I52).

### Högre dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland dem med lägre utbildning

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar är högre bland personer med lägre utbildning, till exempel enbart grundskola eller gymnasial utbildning, än bland personer med eftergymnasial utbildning. Detta gäller för både män och kvinnor. Dödligheten har dock minskat för båda könen, och den mer än halverades bland män mellan åren 1991 och 2010 (se diagram 3). Dessutom har dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskat i samtliga utbildningsgrupper och skillnaderna mellan låg- och högutbildade är mindre nu än i början av 1990-talet.

### Diagram 3. Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom

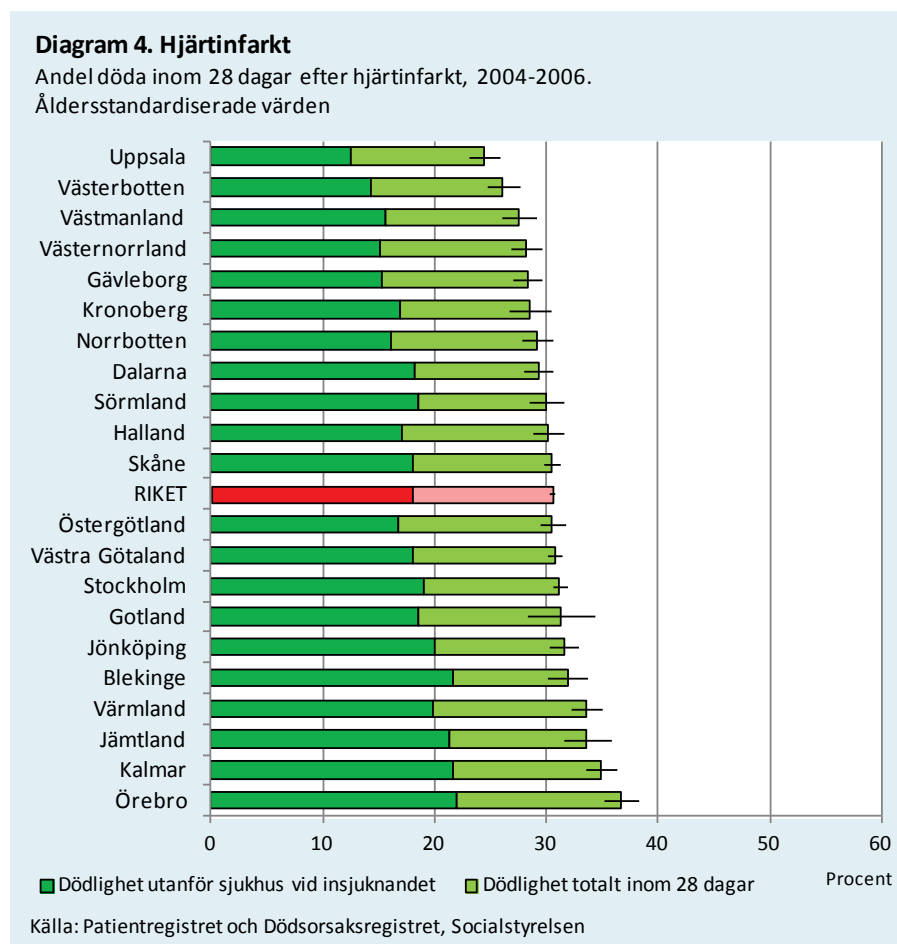
Antal döda i hjärt- och kärlsjukdom per 100 000 invånare med grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldersgruppen 35-79 år, 1991-2010.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB

## Regionala skillnader i dödlighet efter hjärtinfarkt

Det finns en avsevärd variation mellan landstingen när det gäller hur många personer som dör i hjärtinfarkt utan att ha fått någon sjukhusvård. Diagram 4 visar andelen döda inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt, både andelen som dog före ankomst till sjukhus och andelen som fick sjukhusvård.



Mer än hälften av dem som avlider gör det utan att ha vårdats på sjukhus vid insjuknandet. Variationen mellan landstingen är större när det gäller denna dödlighet än för dödligheten bland sjukhusvårdade patienter.

Det kan finnas flera orsaker till variationerna i den uppmätta dödligheten mellan landstingen. Tillförlitligheten i diagnossättningen spelar roll, liksom skillnader i annan sjuklighet. Skillnader i sociala faktorer kan ha betydelse, liksom skillnader i befolkningens benägenhet att söka vård. Det kan också vara så att hälsorelaterade levnadsvanor skiljer sig åt mellan landstingen. Dessutom finns det direkt sjukvårdsrelaterade faktorer, till exempel avståndet till ett akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhuset.

## Hjärtinfarkt bland utlandsfödda

Män och kvinnor med låg utbildning löper högre risk för att få en hjärtinfarkt och har även sämre prognos efter en förstagångshjärtinfarkt. Detta gäl-



ler oavsett födelseland, vilket bekräftar att socioekonomisk position är en viktig riskindikator för hjärtinfarkt, både när det gäller insjuknande och död-  
lighet.

Prognosen efter en första icke-dödlig hjärtinfarkt har dock förbättrats under de senaste decennierna, oavsett kön och födelseland, men den är sämre för män än för kvinnor, för äldre än för yngre och för lågutbildade än för högutbildade.

Risken att få en första hjärtinfarkt är högre för män från södra Asien (Sri Lanka, Afghanistan, Bangladesh, Pakistan, Indien och Iran) och västra Asien (Azerbajdzjan, Armenien, Cypern, Palestina, Libanon, Syrien, Irak och Turkiet) jämfört med sverigefödda män, och allra högst är risken för män som är födda i Azerbajdzjan, Armenien och Bangladesh. Däremot är risken för en förstagångshjärtinfarkt låg bland män från östra och sydöstra Asien samt Latinamerika. Inom Europa verkar risken öka i ett band från södra och västra Europa till Nord- och Östeuropa. Risken är högre för män som är födda i Bosnien, Ungern, Polen och det tidigare Jugoslavien. Kvinnor visar liknande riskmönster som män.[1]

## Levnadsvanor har stor betydelse

Ohälsosamma vanor skyndar på åderförkalkningen som är den huvudsakliga orsaken till hjärt- och kärlsjukdomar, medan hälsosamma vanor bromsar förloppet. Levnadsvanorna har därför stor betydelse för hjärt- och kärlsjukdom och de flesta sjukdomar skulle minska om fler hade hälsosamma vanor [2]. Det är därmed viktigt att tidigt fokusera på hälsosamma vanor hos barn och unga eftersom det ger stora hälsovinster i form av minskad risk för hjärt- och kärlsjukdom [3]. Men hälsosamma levnadsvanor har stor betydelse under hela livet och det är angeläget att underlätta för människor att göra hälsosamma val. Här skulle sjukvården kunna arbeta mer utåtriktat som en expertfunktion i förhållande till andra samhällsaktörer.

Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet är ett prioriterat område i Socialstyrelsens riktlinjer. I november 2011 publicerade vi därför *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor* [4].

## Hjärtsjukvård

År 2009 utvärderade Socialstyrelsen hjärtsjukvården utifrån 45 indikatorer [5], med utgångspunkt i *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008* [2]. På ett antal områden visar utvärderingen att hjärtsjukvården lever upp till förväntningarna och rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, och att de flesta patienter får den rekommenderade behandlingen oavsett vid vilket sjukhus eller landsting som ger behandlingen. Exempel på sådana områden är sekundärpreventiv behandling med blodproppshämmande läkemedel och betablockare efter en hjärtinfarkt. Sekundärpreventiv behandling är dock ovanligare bland personer som är födda utanför EU, jämfört med sverigefödda.

### *Könsskillnader inom ett fåtal områden*

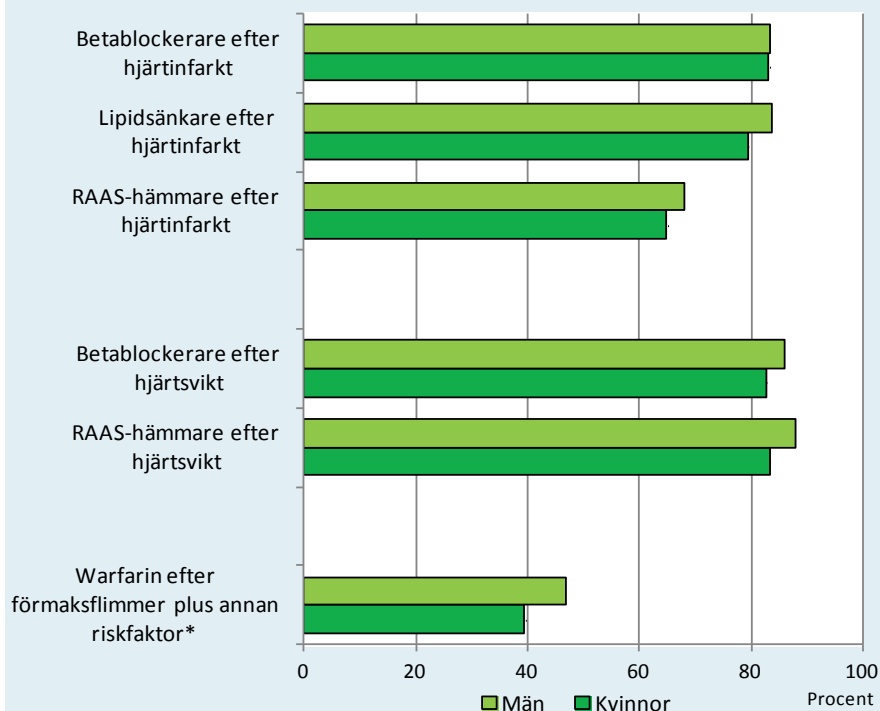
Socialstyrelsens utvärdering tyder på att det inom de flesta områden inte finns några ogrundade skillnader mellan hur män och kvinnor vårdas och behandlas inom hjärtsjukvården. Det finns dock vissa könsskillnader, som att män oftare än kvinnor får högspecialiserade invasiva behandlingar, exempelvis en inopererad hjärtd fibrillator vid ökad risk för plötslig död och en pacemaker vid svårt hjärtsvikt.

Det finns även vissa könsskillnader i läkemedelsanvändningen mellan män och kvinnor med samma sjukdomstillstånd. Diagram 5 visar läkemedlen vid hjärt- och kärlsjukdomar, som hör till våra vanligaste läkemedel, och skillnaderna mellan män och kvinnor 6–18 månader efter vård för hjärtinfarkt, hjärtsvikt respektive förmaksflimmer. Enligt de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård är betablockerare, lipidsänkare och RAAS-hämmare (ACE-hämmare eller Angiotensin-II-blockerare – ARB) högt prioriterade behandlingar eftersom de minskar risker för återinsjuknande och död. Förmaksflimmer är en kronisk sjukdom som ökar risken för blodpropp och stroke. Risken är ännu högre om patienten har en eller flera ytterligare riskfaktorer för blodproppsbildning och då är det aktuellt att behandla med det blodförtunnande medlet warfarin. Fördelarna med warfarin måste dock vägas mot att blödningsrisken ökar.

Färre kvinnor än män får de läkemedel som rekommenderas enligt riktlinjerna, även om de har samma diagnos (se diagram 5). Undantaget är betablockerare vid hjärtinfarkt. Det finns svenska och internationella studier som visar att det finns en underbehandling med RAAS-hämmare vid kvinnlig hjärtsvikt [6], vilket kanske beror på att kvinnor oftare får hosta av ACE-hämmare. I så fall borde de i stället få ARB (som ingår bland RAAS-hämmarna). Den lägre förskrivningen av lipidsänkare bland kvinnor kan delvis hänga ihop med att många får en oönskad effekt i form av muskelsmärk. Dessutom är det färre kvinnor som förskrivs warfarin vid förmaksflimmer. Detta indikerar förmodligen en underbehandling även om kvinnor oftare drabbas av biverkningar i form av blödningar [7].

### Diagram 5. Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling 6-18 månader efter hjärtinfarkt, hjärtsvikt och rytmrubbningar bland patienter ≤ 80 år.



Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

\*Patienten har något av: ischemisk stroke eller TIA/hjärtsvikt/diabetes/är minst 75 år/hypertoni/mechanisk hjärtklaffsprotos/mistralisstenos.

### *Födelseland och socioekonomi spelar roll för läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt*

Socialstyrelsens fördjupade analyser visar att sverigefödda hjärtinfarktpatienter använder ASA i högre grad än hjärtinfarktpatienter som är födda utanför EU. Detta gäller även betareceptorblockerare, statiner och ACE-hämmare. Annan forskning gäller patienter i Skåne och visar att användandet av lipidsänkare efter en hjärtinfarkt var relaterat till patientens inkomst. Höginkomsttagare (inkomsterna delades in i tre grupper baserat på hushålllets ekvivalerade disponibla inkomst) hade ungefär 1,2 gånger högre sannolikhet att behandlas med lipidsänkare än patienter i den lägsta inkomstgruppen. Däremot fanns inga sådana skillnader när det gäller ACE-hämmare [8].

### *Geografiska skillnader i behandlingar*

Det finns ett antal ingrepp där väntetiden är viktig för patientens tillfrisknande och överlevnad. Detta gäller till exempel tiden till behandling för att återställa blodflödet i hjärtat efter en hjärtinfarkt samt väntetiden till olika kirurgiska ingrepp, som kranskärlsoperation och hjärtklaffsoperation. Socialstyrelsens utvärdering visar att väntetiden till både akuta och planerade ingrepp varierar mycket i riket, och det finns några områden där inget eller endast några landsting presterar enligt riktlinjernas rekommendationer. Dessutom finns det stora variationer mellan landstingen och mellan sjukhu-

sen på de områden där många patienter underbehandlas, exempelvis behandling för att återställa blodflödet till hjärtat efter en hjärtinfarkt, behandling vid hjärtrytmrubbningar samt rökstopp efter en hjärtinfarkt.

Underbehandling kan bero på att det gäller en ny behandling som håller på att spridas. Det kan också bero på att landstingen och sjukhusen har för knappa resurser, brist på personal med rätt kompetens och helt enkelt för låg uppmärksamhet på en patientgrupps behov.

#### *Personer med psykisk sjukdom får inte likvärdig hjärtinfarktvård*

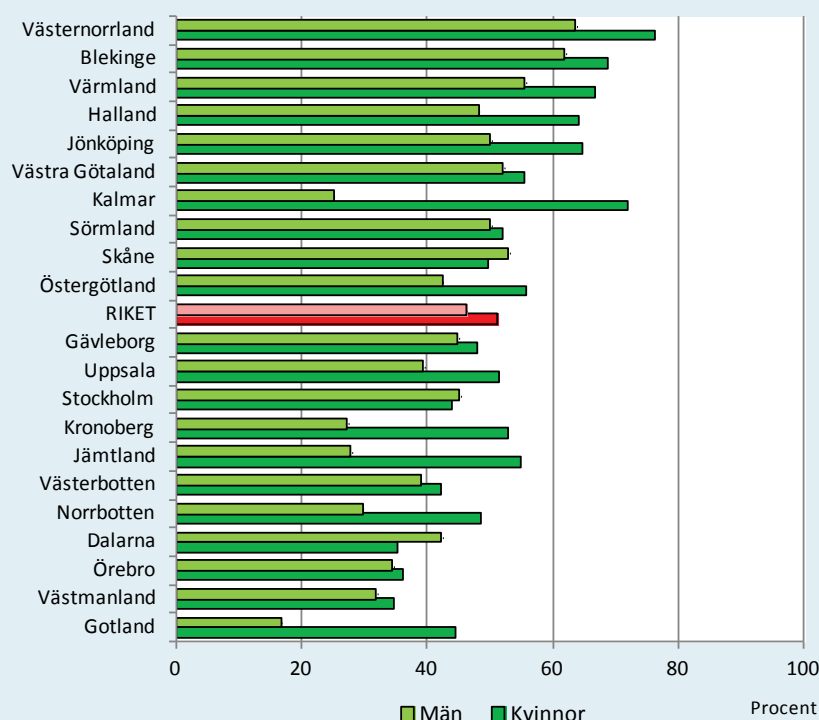
Socialstyrelsen har gett ut en rapport om den somatiska vården och sjukligheten vid samtidig psykisk sjukdom, och resultatet visar att patienter med psykisk sjukdom som för första gången insjuknade i en akut hjärtinfarkt inte behandlades med ballongutvidgning (PCI) av hjärtats kranskärl i samma omfattning som övriga patienter [9]. Psykiskt sjuka patienter hade även ökad risk att avlida inom sex månader efter en hjärtinfarkt, och ett uteblivet ingrepp med ballongutvidgning var relaterat till högre risk för att avlida. Psykiskt sjuka hämtade även i lägre utsträckning ut läkemedel i sekundärpreventivt syfte, se också avsnittet om Funktionshinder.

#### *Vård vid stroke – vissa könsskillnader vid sekundärprevention*

Det finns könsskillnader i de indikatorer som ingår i den första delrapporten i Socialstyrelsens nationella utvärdering av strokevården, men i de flesta fall är skillnaderna inte statistiskt signifikanta. Det finns dock undantag. Ett exempel gäller andelen patienter som ofta eller alltid känner sig nedstämda vid en uppföljning tre månader efter stroke, där en högre andel kvinnor än män behandlas med antidepressiva läkemedel. I vissa landsting kan andelen kvinnor vara mer än dubbelt så stor när det gäller antidepressiv läkemedelsbehandling i den aktuella patientgruppen (se diagram 6).

### Diagram 6. Stroke

Andel behandlade med antidepressiva läkemedel vid nedstämdhet 3 månader efter stroke, 2009



Källa: Riks-Stroke

Förhållandet är det motsatta för den indikator som mäter sekundärprevention i form av blodfettssänkande läkemedel (statiner) efter stroke där en högre andel män än kvinnor får behandlingen. Detta kan dock bero på att en högre andel män behandlas med statiner för hjärt- och kärlsjukdom redan före insjuknandet i stroke. Därmed är andelen män med statinbehandling högre både före och efter insjuknandet.

### *Lågutbildade och personer födda utanför EU får sämre läkemedelsbehandling*

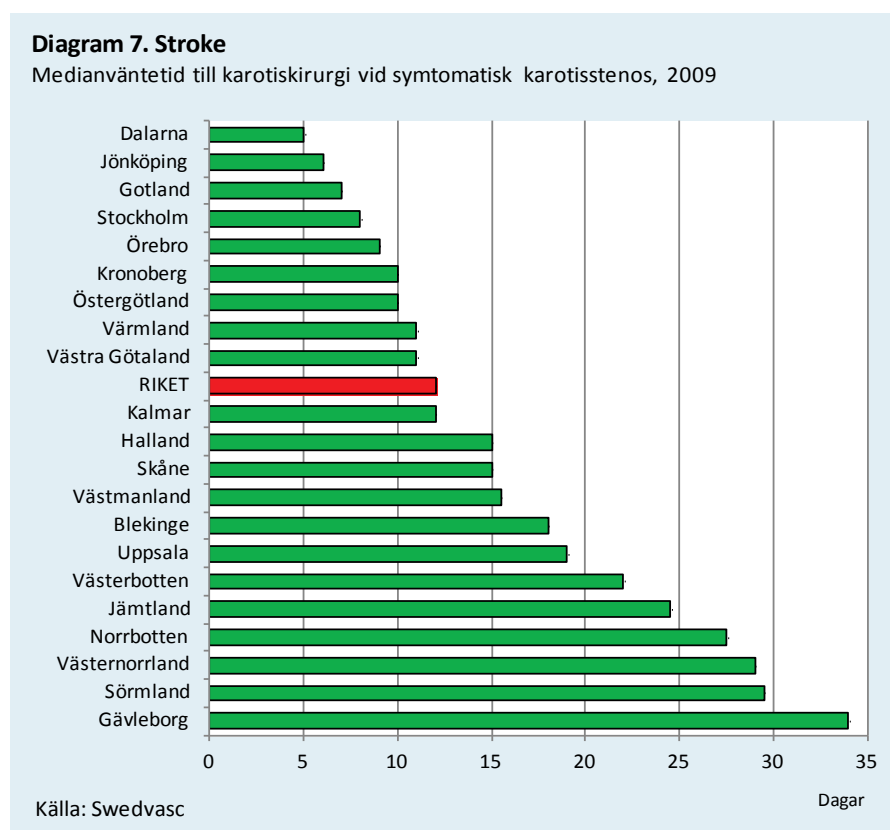
Efter stroke bör en del behandlas med blodproppsförebyggande medel som en del av sekundärpreventionen. Socialstyrelsens analyser i *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009* visar att lågutbildade får dessa läkemedel (warfarin och dipyridamol) i lägre utsträckning än högutbildade. Detta gäller även personer som är födda utanför EU [10].

### *Väntetiden till vård beror på landstingstillhörighet*

Väntetiden mellan insjuknandet och vården avgör vilken behandling som blir aktuell vid stroke. Blodproppslösande läkemedel (trombolys) kan vara en effektiv och botande behandling, men den kan inte ges om det har gått mer än 4,5 timme sedan insjuknandet. I många fall tar det tid för personer med symtom att söka sig till sjukhuset, och därför är det mycket viktigt att handläggningen på sjukhuset är snabb. Variationen mellan landstingen är dock relativt stor, och i Västerbotten har 60 procent av de patienter som är

aktuella för trombolys fått behandlingen inom en timme efter ankomsten till sjukhuset. Motsvarande siffra för Kronoberg, Blekinge och Uppsala är under 10 procent. Skillnaderna beror främst på hur effektiv den akuta vårdprocessen är och hur snabbt patienterna får genomgå en röntgenundersökning.

Sekundärpreventiva insatser efter stroke är viktiga eftersom de minskar risken för att patienten ska återinsjukna i stroke eller någon annan hjärt- och kärlsjukdom. Insatserna kan även förbättra livskvaliteten samt ge bättre rehabiliteringsresultat. I vissa fall behövs en operation för att förhindra en allvarligare stroke, till exempel efter en lindrig stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA) på grund av förträngning i halspulsådern (karotisstenos). Operationen ska dock ske så snart som möjligt efter symtomdebuten, och absolut senast inom fjorton dagar (se diagram 7).



Resultaten i Socialstyrelsens utvärdering av strokevården tyder på att det finns stora skillnader mellan landstingen i hur snabbt patienter med stroke eller TIA får behandling, och figur 9 visar skillnaden i medianväntetid till operation. Det svagaste resultatet i jämförelsen är 34 dagar, och eftersom det gäller medianväntetid till operation tvingas alltså hälften av patienterna att vänta ännu längre. Konsekvensen är en kraftigt ökad risk för att drabbas av en allvarlig stroke som kan leda till funktionsnedsättningar eller döden – och som alltså går att undvika. Det är dock svårt att ge en generell förklaring till att patienter med en symtomgivande förträngning på halspulsådern får vänta olika länge på operation, och anledningarna varierar troligen mellan landstingen.

Efter stroke ökar risken för att drabbas av problem med tänderna och munhålan, och därför bör strokepatienter vara en prioriterad grupp inom tandvården. I landstingen varierar det dock mycket hur stor andel patienter som hade besökt en tandläkare eller tandhygienist ett år efter stroke. Resultaten visar att andelen är lägst bland patienterna i landets norra delar, vilket kan bero på att tillgången till tandvård är sämre i den norra delen.

### Pågående utvecklingsarbete

2011 kompletterade Socialstyrelsen 2008 års nationella riktlinjer för hjärtsjukvård [11]. Det innebär att riktlinjerna från 2008 fortfarande gäller, men vi har utökat dem med flera nya rekommendationer. Under 2011 påbörjades började vi också arbetet med en uppföljande nationell utvärdering av hjärtsjukvårdens processer, resultat och kostnader. Denna utvärdering bygger på den tidigare utvärderingen av hjärtsjukvården och på de indikatorer som vi särskilt belyser i de kompletterande riktlinjerna.

I projektet Nationell utvärdering 2011 – strokevård har Socialstyrelsen hittills publicerat en delrapport, Landstingens insatser [12]. Den återstående delrapporten om kommunernas insatser samt huvudrapporten publicerades i november 2011 [13]. De omfattar även kommunernas insatser för personer som har drabbats av stroke, både ur ett könsperspektiv och ett geografiskt perspektiv. De uppdaterade strokeriktlinjerna publicerades [14] år 2009, och efter det har landstingen satt fart med att införa rekommendationerna. I många landsting pågår redan ett systematiskt förbättringsarbete.

### Referenser

1. Hjärtinfarkt, social position och födelseland. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi; 2011. Rapport 2011:19.
2. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
3. Hemmingsson T, Lundberg I. How far are socioeconomic differences in coronary heart disease hospitalization, all-cause mortality and cardiovascular mortality among adult Swedish males attributable to negative childhood circumstances and behaviour in adolescence? *Int J Epidemiol* 2005;34(2):260–7.
4. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning 2010. preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
5. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
6. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
7. Loikas D, Wettermark B, von Euler M, Bergman U, Ringbäck Weitoft G, Schenk-Gustafsson K. Genus och läkemedel – en systematisk analys av könsskillnader i läkemedelsanvändningen i Sverige. Acceperad i *Läkartidningen* 2011.
8. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

9. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
10. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
11. Komplettering av: Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 och strokesjukvård 2009 – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
12. Nationell utvärdering 2011 – Strokevård. Delrapport: Landstingens insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
13. Nationell utvärdering 2011 – Strokevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
14. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.



## Vård vid psykisk ohälsa

### Sammanfattande slutsatser

Både tillgång och praxis i vården skiljer sig mellan olika kommuner och landsting. Skillnaderna i hur tvångsvård bedrivs måste analyseras och åtgärdas både när det gäller olikheter mellan kön, geografiska skillnader och praxis.

Det krävs fortsatta satsningar på personalens kompetens för att öka förutsättningarna att integrera vetenskaplig kunskap med systematiska kliniska erfarenheter samt patientens värderingar och behov. Särskilt viktigt är det att grundutbildningar för berörda yrkesgrupper ger tillräckliga psykiatriska kunskaper.

Landstingen har stora svårigheter att rekrytera specialister i psykiatri är och att behovet av specialistsjuksköterskor, legitimerade psykoterapeuter och psykologer med inriktning mot kognitiv och beteendeorienterad terapi också är stort. Detta leder till stora variationer i tillgången till vård för patienter med psykisk ohälsa mellan olika landsting.

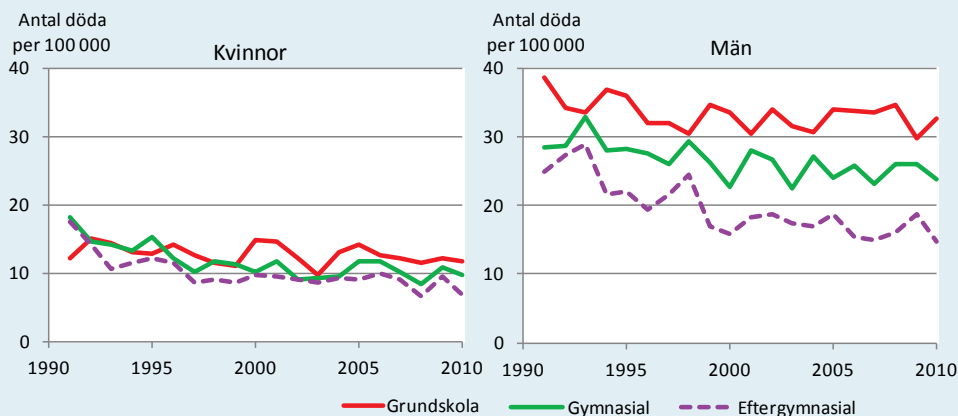
Socialstyrelsens arbetar för närvarande med ett flertal olika uppdrag och projekt som syftar till att förbättra vården vid psykisk ohälsa, bland annat en vägledning om äldres psykiska ohälsa, utveckling av grunddata och kvalitetsindikatorer samt förbättringar av verksamhetsuppföljning inom psykiatriområdet. Vidare pågår ett arbete med att utveckla ett nationellt kunskapscentrum för döva med psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar ett samt arbete med att utveckla innehållet inom vården av de svårast sjuka unga.

### Betydande sociala skillnader i självmord

Psykiska sjukdomar utgör 25 procent av den totala sjukdomsburden i Sverige och för befolkningen upp till 45 år så mycket som 55 procent av sjukdomsburden. Sociala faktorer såsom uppväxtmiljö, inkomstnivå och utbildning är relaterade till risk för allvarlig psykisk sjukdom, såsom psykossjukdomar. Mildare psykisk ohälsa däremot uppvisar inte ett lika tydligt samband med socioekonomisk position. Flera studier har funnit att psykisk sjukdom är mer vanligt förekommande i storstadsområden jämfört med landsbygd. Förklaringar till detta har bland annat varit miljörelaterade faktorer, låg social position och negativ stress. Socialt utsatta rapporterar oftare psykologiska besvär, och kvinnor rapportera i större utsträckning psykiska problem jämfört med män. Män har däremot betydligt högre självmordsfrekvens jämfört med kvinnor (se diagram 1). Även utbildningsnivå har betydelse. Här visas också att skillnaderna mellan utbildningsgrupper är betydande.

### Diagram 1. Själv mord

Antal döda i självmord per 100 000 invånare med grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldersgruppen 35-79 år, 1991-2010. Åldersstandardiserat.



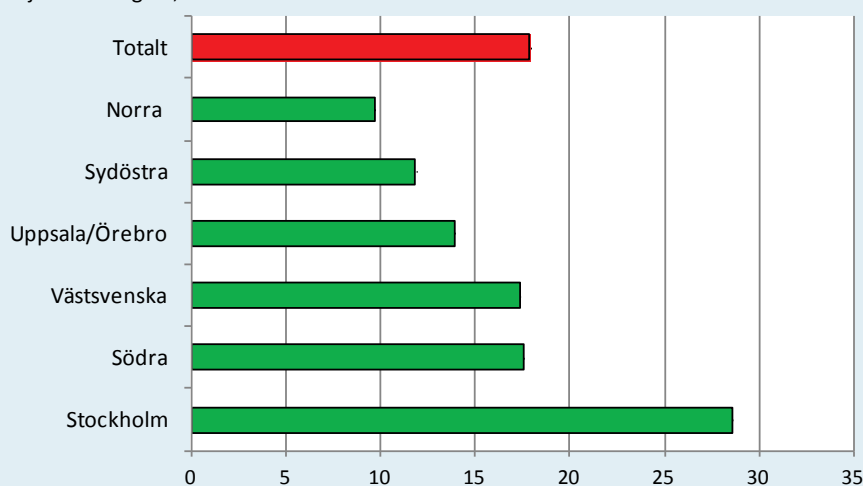
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB

### Brist på psykiatrisk kompetens

Diagram 2 visar att flera län i landet har färre än 10 psykiatrer per 100 000 invånare, vilket kan jämföras med riksgenomsnittet 17 psykiatrer per 100 000 invånare. Storstadsområdena har större tillgång till specialister. Stockholms län ligger 28 procent över genomsnittet [1].

### Diagram 2. Specialistläkare inom psykiatri

Antal specialistläkare inom psykiatri sysselsatta inom Hälso- och sjukvården per sjukvårdsregion, november 2009



Källa: Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen

Den nationella tillsynen 2008 av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin visade att den var av så skiftande kvalitet att den inte uppfyller målet en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. God tillgänglighet är en viktig patientsäkerhetsfaktor, men sluten vård för barn och unga finns inte i alla län. Detta kan innebära att föräldrar har svårigheter att med-

verka och följa barnets vård och behandling. Det kan också innebära att barn och unga inte får slutenvård. Barn- och ungdomspsykiatrins krav på att basutredningar ska vara gjorda innan gör att väntetiderna kan vara långa, vilket försvårar möjligheterna att få akuthjälp. Även utredningar kan ha väntetider på upp till 6–9 månader [2].

### *Geografiska skillnader i antal vårdtillfällen och typ av vård*

Det finns stora geografiska skillnader inom slutenvården när det gäller vårdtillfällen och typ av vård. Uppsala har högst antal vårdtillfällen per 100 000 invånare inom psykiatrisk slutenvård för kvinnor och Värmland har lägst. För män ligger Stockholm högst och Jämtland lägst.

Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för depressionssjukdom, möjligheterna till läkarkontakt efter utskrivning samt förskrivning av lugnande medel varierar också stort mellan landstingen [1].

Den genomsnittliga vårdtiden inom psykiatrisk slutenvård för schizofreni varierar stort mellan länen. Den längsta medianvårdtiden har Jämtland med 35 dagar medan Dalarna har den kortaste med 8 dagar. Återinskrivning inom 28 dagar efter sluten psykiatrisk vård för schizofreni kan belysa att patienten skrivits ut för tidigt eller att uppföljningen i öppen vård inte varit tillräcklig. Här finns det stor variation mellan landstingen. Återinskrivning inom 6 månader belyser kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänsten samt i samspelet dem emellan. Även här finns stora variationer mellan landstingen [1].

När det gäller personer vårdade inom slutenvården för bipolär sjukdom var medianvårdtiden längst i Kronoberg med 25 dagar och kortast på Gotland med 6 dagar per patient. Det är också stora variationer mellan landstingen vad gäller återinskrivning, läkarkontakt efter utskrivning och förskrivning av litium [1].

I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom prioriteras kognitiv beteendeterapi vid medelsvår egentlig depression och vid vissa ångestillstånd [3]. Socialstyrelsens utvärdering visar dock att endast 27 procent av patienterna kognitiv beteendeterapi inom den psykiatriska öppenvården med en variation från 17 till 49 % mellan olika landsting [1].

### **Brister i vården för äldre**

En inventering 2006/2007 visade att tolv av tjugo landsting saknade specialiserad kompetens att tillgå för äldre med depression, ångest eller psykos. Äldre med psykisk ohälsa har ofta sammansatta och komplexa behov som kräver både somatiska och psykiatriska insatser. Socialstyrelsen har tidigare bedömt att äldre med psykisk ohälsa inte har tillgång till god och säker vård då kunskap om gruppen och metoder som är effektiva inte är tillräckligt spridd [4]. Fortfarande används psykofarmaka för äldre i uppseendeväckande hög omfattning och kognitiv beteendeterapi (KBT) i låg omfattning för denna grupp [5].

Många äldre över 85 år som lider av depression har varken fått diagnos eller behandling. En viktig iakttagelse är att dödligheten bland dem med depression var högre än hos jämnåriga utan depression [6]. Förekomsten av självmord hos äldre är relativt hög och motsvarar cirka en fjärdedel av alla

själv mord [7]. Vid inventering fann Socialstyrelsen att antalet registrerade sökanden över 65 års ålder vid psykiatrisk öppenvård minskat kraftigt från 1997 till 2009, och då framför allt bland äldre kvinnor [1].

Socialstyrelsen har tidigare också rapporterat att ordinationerna av äldre antipsykotiska läkemedel ökar med stigande ålder och att unga personer med schizofreni förskrevs nyare typer av antipsykotiska läkemedel [1].

### Flertal skillnader mellan könen

I åldersgruppen 15–24 år utgör kvinnor en majoritet (60 %) inom slutenvården och det är framför allt självmordsförsök och självskadebeteende som har blivit vanligare. Män är i majoritet i åldrarna 25 år och äldre [1]. Socialstyrelsen noterar även ett förändrat sjukdomspanorama hos barn och unga med tidiga psykoser, utagerande pojkar och självskadande flickor [8].

Under perioden 1997–2007 ökade antalet personer som vårdades för självmordsförsök eller annan självtillfogad skada inom den psykiatriska slutenvården. Särskilt ökade antalet unga kvinnor [5], medan män över 65 år har den högsta självmordsfrekvensen. [7].

Männen dominerar inom den rättspsykiatriska vården och utgör cirka 87 procent av patienterna. Det finns skäl att anta att den manliga dominansen inverkar på vårdinnehåll och vårdmiljö för minoriteten kvinnor, men även för antalet personer med annan etnisk bakgrund än svensk som har ökat i den psykiatriska tvångsvården [2].

Med vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) förbättras möjligheten att ge adekvat vård och stöd åt människor med psykiska störningar även efter heldygnsvårdens slut [8]. Socialstyrelsens uppföljning 2007 – 2010 visar att vissa landsting och kommuner inte tillämpar den vårdformen för patienter som vårdas enligt LPT och det råder en viss oenighet om hur bestämmelserna ska tolkas. Det är angeläget - inte minst ur ett jämlikhetsperspektiv - att klargöra hur bestämmelserna ska tillämpas och när det är möjligt att återinskriva en person från ÖPT. Yngre kvinnor inom slutenvård psykiatrisk tvångsvård har i mindre utsträckning än andra överförs till öppen psykiatrisk tvångsvård [9].

Under de senaste åren har den tilltagande ohälsan hos yngre kvinnor och den ökade andelen yngre kvinnor som tvångsvårdas enligt LPT uppmärksamats.

### Socioekonomiska skillnader i behandling

Lågutbildade har sämre kvalitet i sin läkemedelsbehandling jämfört med högutbildade och äldre kvinnor tenderar att ha flera olika psykofarmaka (s.k. polyfarmaci), och ordinerar äldre läkemedelssorter än välutbildade och yngre. Lågutbildade får också oftare slutenvård än övriga grupper. Även i den öppna psykiatriska vården är kontakterna mer omfattande för de yngre med kort utbildning, medan för de äldre råder ett omvänt förhållande i öppenvården [5].

Lågutbildade patienter med schizofreni behandlas mindre ändamålsenligt än medel- och högutbildade patienter. Lågutbildade ligger klart högre vad gäller behandling med minst tre olika psykofarmaka och att kontinuerligt

använda lugnande medel. Ungefär 10 procent av patienterna får tre eller flera olika antipsykotiska läkemedel, vilket tyder på att behandlingen inte är optimal. Påfallande många verkade inte heller hämta ut ordinerade läkemedel på apotek. Detta kan bland annat tyda på att kommunikationen mellan vårdgivare och patienter ibland brister och/eller att gruppens ekonomiska resurser är små [1].

### Flyktingbarn bollas mellan verksamheter

En klar ökning har skett av unga med psykisk ohälsa till följd av asyl- och migrationssituationer. Flyktingbarn "bollas" mellan verksamheterna då det är oklart vem som har ansvar för dem [8]. Migration på grund av krig och socialt kaos ökar riskerna för depression, posttraumatiskt stressyndrom, fobier, personlighetsstörningar och paniktillstånd. Ändå återfinns inte dessa personer inom den psykiatriska vården i relation till de uppskattade behoven. [1]

### Referenser

1. Öppna jämförelser och utvärdering Psykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009
2. Barn och ungdomspsykiatri – vård på olika villkor. Rapport från nationell tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Nationella riktlinjer vid medelsvår depression och vid vissa ångesttillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Hälso- och sjukvårdsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
6. Holm, Herman. Personlig kommunikation. 16 mars 2011.
7. Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
8. Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem? Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
9. Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar – Kommunernas användning av stimulansbidragen 2007 – 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
10. Innehållet i den psykiatriska tvångsvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

## Missbruk och beroende

### Sammanfattande slutsatser

Det finns stora socialt betingade skillnader i den missbruksrelaterade dödligheten. Dessutom ökar den alkoholrelaterade dödligheten, särskilt bland äldre kvinnor. 2011 års öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården visar generellt stora regionala skillnader. Sjukvården har blivit bättre på att ställa frågor om riskbruk av alkohol men måste fortsätta ansträngningarna för att tidigt upptäcka och behandla personer i riskzonen.

Också de alkoholrelaterade skadorna ökar, särskilt bland kvinnor, och allt fler vårdas till följd av narkotikarelaterade diagnoser. Missbruks- och beroendevården arbetar dock – med stöd av statliga medel – för att öka kunskapsnivån och användningen av evidensbaserade metoder samt för att utveckla praktiken. De nationella riktlinjerna tycks också ha fått ett bra genomslag. Det finns dock en underförskrivning av läkemedel mot alkoholberoende och det finns betydligt fler som skulle ha nytta av behandlingen.

Missbruksutredningen visar också att missbruksvården har brister för personer med funktionshinder och utländsk bakgrund. Dessutom saknas kunskap om hur missbrukare behandlas i den övriga hälso- och sjukvården.

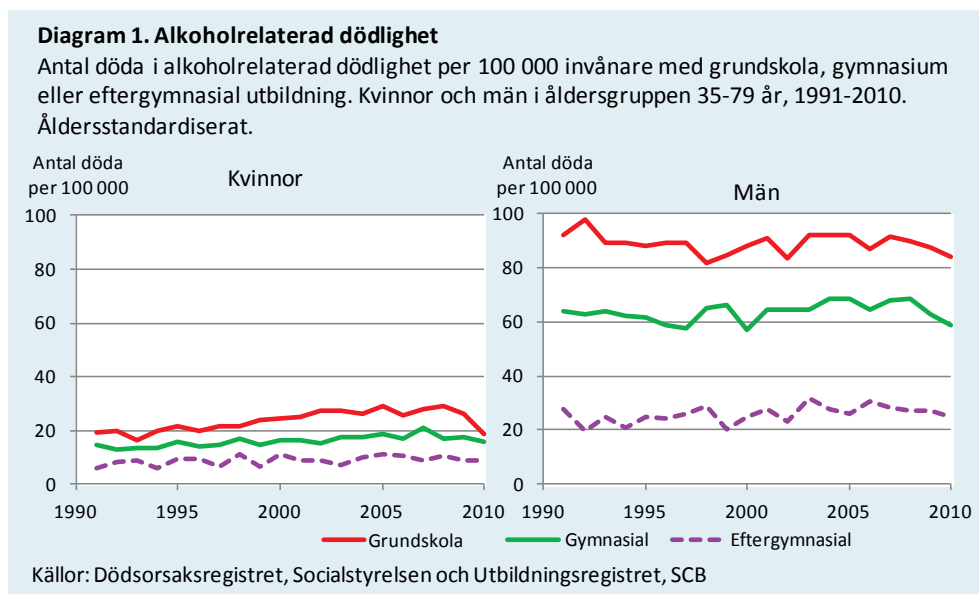
Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och öppna jämförelser är en viktig länk för att stödja missbruks- och beroendevården samt för att öka kvaliteten och likvärdigheten inom vården. I fortsättningen kommer riktlinjerna även att inkludera unga vuxna och innehålla särskilda rekommendationer för denna grupp. Det är också viktigt med olika former av jämförelser mellan landsting, kommuner och enheter eftersom det ger vårdgivarna incitament att förbättra kvaliteten.

### Om missbruk

Uppskattningsvis finns över 100 000 personer med missbruk i något av samhällets vård- och behandlingssystem. Ett rimligt antagande är att de flesta av dem har allvarliga missbruks- och beroendeproblem. Långt ifrån alla med missbruksproblem vårdas för sina besvär. När det gäller alkoholmissbruk tyder de flesta siffror på att den totala konsumtionen ökat om man ser på utvecklingen ur ett längre perspektiv. Under 00-talet var konsumtionen som högst och sedan dess har den minskat något till följd av att den registrerade alkoholen har minskat [1]. Den ökade konsumtionen ställer högre krav på hälso- och sjukvården att konsekvent fråga om och diskutera alkoholvanor. Riskabla alkoholvanor är vanligare bland män med låg inkomst än det är bland män med hög inkomst, och det gäller både tjänstemän och arbetare. Bland kvinnor är dessa skillnader mycket mindre [2]. Bland äldre ökar antalet som vårdas i slutenvård och som dör med alkoholrelaterad diagnos [3].

## Socialt betingade skillnader i missbruksrelaterad dödlighet

I diagram 1 illustreras alkoholrelaterad dödlighet mellan personer med olika hög utbildningsnivå, separat för män och kvinnor.



Det är slående hur pass konsistenta och tydliga skillnaderna är mellan de olika utbildningsgrupperna är under hela perioden. Den enda kategori egentligen där en ökning kan identifieras är kvinnor med grundskoleutbildning. En ökning kan även noteras för kvinnor som vårdats inom slutenvården (1998-2010) medan män däremot minskar något under samma period (visas ej i figur).

Det kan inte uteslutas att en del av skillnaderna kan bero på underdiagnostisering bland personer med högre utbildning. Det finns inget som tyder på att personer med lägre utbildning skulle ha högre alkoholkonsumtion, däremot kan konsumtionsmönstret vara annorlunda. En hypotes kan vara att det bland personer med grava alkoholproblem finns en överrepresentation av personer med lägre utbildning, och att dessa i stor utsträckning får en alkoholrelaterad diagnos på dödsorsaksintyget, då detta framgår tydligt av personens historik, situationen vid dödsfallet etc. Det omvända skulle då kunna gälla för högutbildade personer, där kanske frånvaron av tydliga tecken på att alkoholproblem avhållit från att gå vidare med fördjupade medicinska analyser.

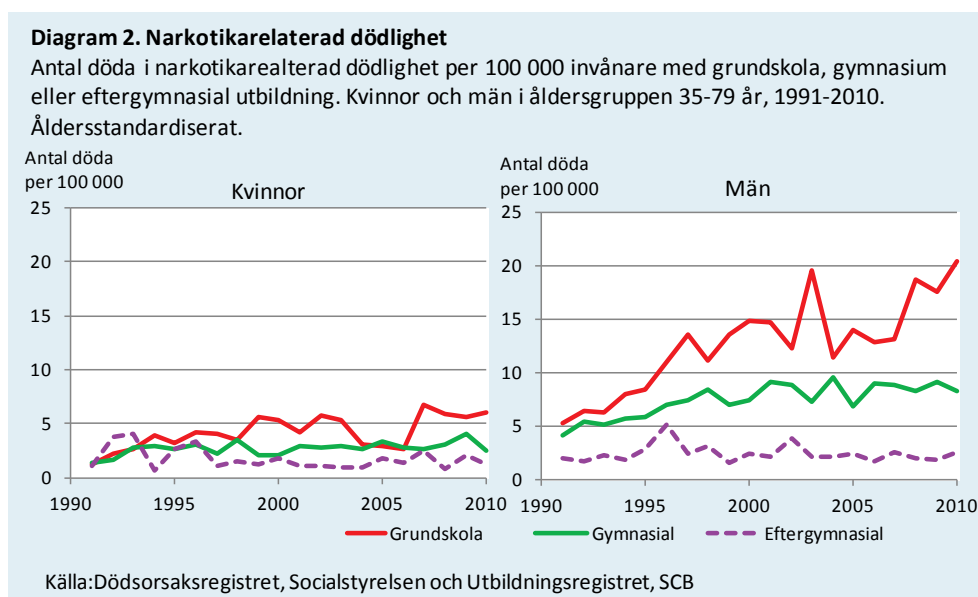
En annan aspekt som kan förklara de betydande skillnaderna mellan männen med olika utbildningsnivå gäller det faktum att konsumtionen kan vara jämt fördelad mellan olika sociala skikt men att det som skiljer sig är möjligheterna och resurserna att hantera problemen. Det kan gälla skyddsfaktorer som socialt nätverk, kunskapsförsprång, och andra stödjande faktorer i omgivningen. Trots likartad genomsnittlig konsumtion blir utfall annorlunda på befolkningsnivå.

Under 1970-talet ökade den alkoholrelaterade dödligheten bland både män och kvinnor. År 1980 vände dock trenden: alkoholdödligheten började minska för män i åldrarna 25-64 år och har sedan dess fortsatt att minska.

För män i högre åldrar ökar däremot alkoholdödligheten fortfarande, vilket gör att den totala dödligheten ligger på en relativt jämn nivå för männen.

Alkoholrelaterade leversjukdomar har också ökat bland både kvinnor och män i åldern 30-69. Särskilt stor är ökningen bland personer 50-69 år. Bland män i åldersgruppen har andelen fördubblats mellan 1997 och 2007 och för kvinnor har det skett ett fyrdubbel ökning [4].

Diagram 2 nedan visar den narkotikarelaterade dödligheten för män respektive kvinnor och för de tre utbildningsgrupperna. Siffrorna tyder på ökade skillnader mellan utbildningsgrupperna.



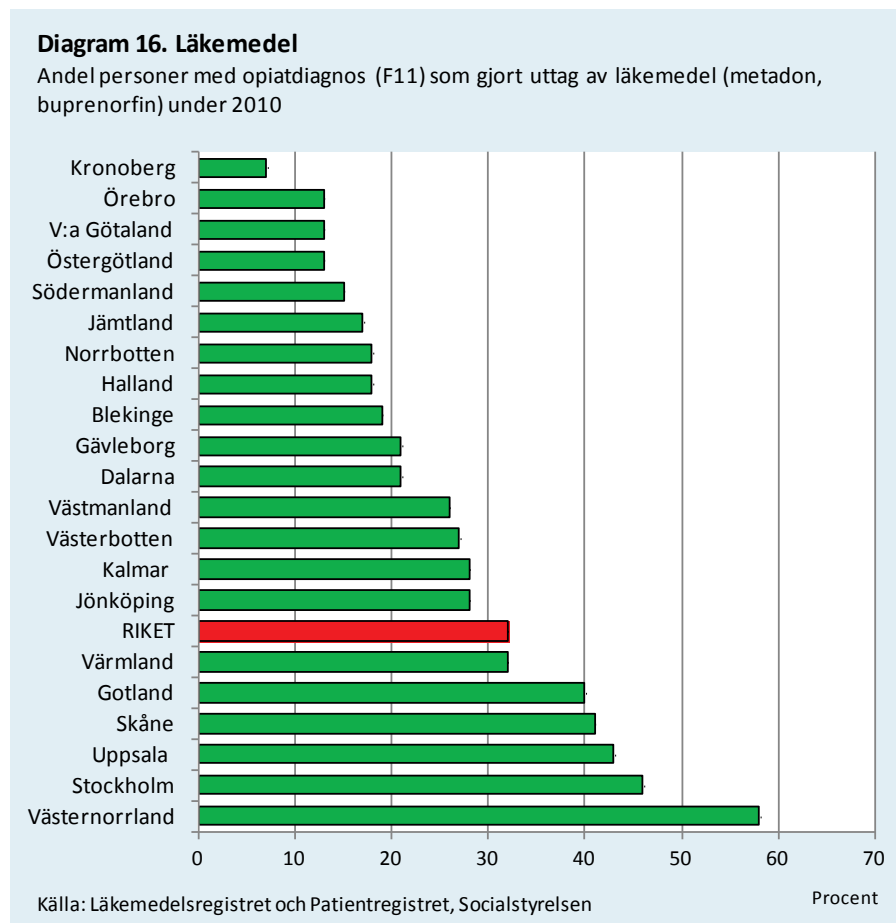
Det är framförallt den påtagliga utvecklingen av ökad dödlighet under perioden som tydliggörs. Detta syns tydligast hos männen men kan skönjas även hos kvinnorna, om än på betydligt lägre nivå. Enligt tidigare forskning hade utbildning ingen större betydelse när det gällde utvecklingen av narkotikavanor. Diagrammet pekar på att förhållandet kan ha förändrats sedan dess. Två tänkbara förklaringar, kanske inte de enda, gäller dels utbildningens betydelse för anknytningen till arbetsmarknaden, och dels den selektionseffekt som det innebär att allt färre elever endast genomför grundskola, och kanske även gymnasium. Dessa faktorer kan givetvis verka parallellt. Den grupp som ökar kraftigast (de med endast grundskola) kan alltså enligt resonemanget ovan bestå av framförallt lite äldre personer som fått allt svårare att hålla sig kvar på arbetsmarknaden (de som försvinner ut först i svåra tider är de med sociala problem), samt en annan lite yngre grupp som endast har grundskola och alltså har extremt svårt att komma in på arbetsmarknaden med ökad risk för missbruk som en tänkbar konsekvens.

### Geografiska skillnader i vårdutbud

Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården för 2011 visar att små kommuner generellt sett får lägre omdöme än större kommuner. Detta gäller även tillgången till information om missbruk- och beroendevård på kommunernas webbplatser. Det finns också stora regionala skillnader för samtliga



fem hälsoindikatorer: läkemedelsuttag, bruk av alkohol eller narkotika, återinskrivning för vård, alkohol- eller narkotikadiagnos och dödlighet bland personer med missbruks- och beroendediagnos [5]. Exempelvis visar diagram 3 stora skillnader mellan landstingen i andelen personer med opiatdiagnos som tog ut läkemedlen metadon eller buprenorfin under 2010.



Det finns också stora brister i kommunernas egen uppföljning av verksamheten. Enligt Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården från 2011 var det exempelvis bara 38 procent av kommunerna som hade undersökt hur klienterna uppfattar och upplever vården, 34 procent som hade undersökt hur lång tid en socialtjänstutredning tar i missbruks- och beroendevården och 42 procent som hade gjort en samlad bedömning av huruvida insatserna motsvarar klienternas behov [6].

Missbruksutredningen lämnade i maj i år sitt slutbetänkande (SOU 2011:35). Utredningen påpekar att det finns geografiska skillnader i vården till personer med missbruk eller beroende, och att skillnaderna beror på om det finns tillgång till evidensbaserad eller erfarenhetsbaserad behandlingar och hur tillgänglig vården är när det gäller väntetider. En annan geografisk skillnad är att få personer i målgruppen har tillgång till sprututbyte [7]. När Lägesrapporten 2011 publicerades var det bara Region Skåne som hade ansökt och fått tillstånd från Socialstyrelsen att bedriva sprututbytesverksamhet [8].

### *Könsskillnader i missbruks- och beroendevården*

Det är viktigt att se till skillnader mellan könen när det gäller bakgrund och vårdbehov hos dem som missbrukar. Exempelvis kan män och kvinnor ha olika familjesituation, och det förekommer att kvinnor undviker socialtjänsten av rädsla för att förlora sina barn [9]. Det finns studier om missbruks- och beroendevård som tar hänsyn till kön, men de fokuserar ofta på kvinnor och Socialstyrelsens rapport om jämställd socialtjänst betonar att det saknas kunskap om mäns specifika behov [9]. Socialstyrelsen har också statistik över andelen män och kvinnor i olika vårdformer, med data från 2002 och 2006, som visar att män får fler insatser än kvinnor [10]. Lägesrapporten 2011 innehåller statistik från patientregistret över antalet utskrivningar från slutenvården i samband med en alkoholdiagnos för åren 1998 och 2008, och visar att det totala antalet utskrivningarna ökade med 34 procent under perioden. De flesta utskrivningar gällde män även om andelen kvinnor ökade från 23 till 26 procent [8].

Socialstyrelsens tillsyn från 2008–2010 visar att en tredjedel av verksamheterna inom beroendevården gav särskilda insatser för kvinnor och att en fjärdedel av verksamheterna inom primärvården och beroendevården hade särskilda insatser för gravida eller spädbarnsmödrar. Gruppbehandlingar inom öppenvården och HVB gavs ofta separat för män och kvinnor medan det fanns skillnader i huruvida man har genomtänkta strategier för att anpassa vården till män och kvinnor. Socialstyrelsen konstaterar att verksamheterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ”särskilt behöver ta hänsyn till behov och resultat för både kvinnor och män när de planerar och följer upp sina insatser” [11]. Det finns även en särskild utredning om gravida kvinnor med missbruksproblematik från 2007 som visar att det saknas kunskap och långsiktighet i insatserna och att tillgången till insatser varierar regionalt och lokalt [12].

Kvinnor som missbrukar löper högre risk för att utsättas för våld än andra kvinnor, men dessa frågor riskerar att försummas om till exempel vårdgivare ser våldet som en konsekvens av missbruket eller anser att kvinnorna har sig själva att skylla. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett stort ansvar för att upptäcka och anmäla misstankar om övergrepp. Därför har Socialstyrelsen tagit fram utbildningsmaterial till personalen för att kvinnor som missbrukar ska få behandling och stöd som bättre möter deras behov [13].

### *Sociala skillnader i vård*

I en studie där LVM-klienter jämförs med personer som vårdades frivilligt för missbruk i Stockholms län visar resultatet tydligt att tvångsvården och frivilligvården behandlar olika grupper. De tvångsvårdade är yngre, rapporterar högre användning av sin primärdrog, har lägre utbildning och en mer utsatt social situation när det gäller boende och inkomst. Färre uppger att de har fysiska problem, men fler svarade att de har hiv. Analysen visar också att sannolikheten för att dömas till vård enligt LVM är större bland yngre narkotikamissbrukare än äldre alkoholmissbrukare [14].

Sociala skillnader har också betydelse för andra behandlingsformer. Personer med sociala problem tenderar exempelvis att hänvisas till socialtjänst-

tens verksamheter medan socialt etablerade personer tas om hand i hälso- och sjukvården [7]. Vissa behandlingar förekommer bara i vissa verksamheter, såsom läkemedelsbehandling, och därför innebär det att olika grupper får tillgång till olika typer av behandling.

#### *Annan samtidig sjukdom eller funktionshinder*

En grupp som särskilt riskerar att falla mellan stolarna är personer med missbruk som samtidigt har någon annan sjukdom eller en funktionsnedsättning. Missbruksutredningen påpekar att det finns brister i ansvarsfördelningen mellan landstingen och kommunerna som särskilt drabbar personer med en samtidig somatisk eller psykisk sjukdom eller en funktionsnedsättning. Exempelvis kan huvudmännen vara oense om huruvida missbruket eller den psykiska sjukdomen ska behandlas först [7].

#### *Utländsk bakgrund – kunskap saknas*

Det saknas kunskap om behovet av vård för personer med utländsk bakgrund och om deras tillgång till vård. Utredningen identifierar att bättre tillgång till tolk och information på olika språk skulle ge fler möjlighet att få de ordinarie insatserna [7].

### **Bemötande och delaktighet**

Personer med missbruks- eller beroendeproblem upplever att de får ett sämre bemötande i hälso- och sjukvården och socialtjänsten jämfört med andra. Patienter berättar till exempel om vårdgivare som har moraliserat och skuldbelagt dem, och många upplever att integriteten inte respekteras eller har känt sig kränkta. Bland missbruksutredningens förslag ingår att förstärka vårdgarantin och brukarinflytandet [7].

### **Svårt att införa alkoholinterventioner i vården**

Det finns omfattande och övertygande evidens för att korta alkoholinterventioner ger goda effekter, men trots det har denna metod fått liten spridning i hälso- och sjukvården. Forskningen har också identifierat ett antal hinder för att korta alkoholinterventioner och diskussioner kring alkohol ska bli vanliga i hälso- och sjukvården. De flesta av dessa studier har fokuserat på läkare i primärvården, men en del studier har också undersökt sköterskors attityder till och kunskap om alkoholprevention, och hur de arbetar praktiskt med det.

Hindren för en framgångsrik sekundärprevention beror främst på läkarnas och sköterskornas inställning. De:

- upplever att alkohol är en känslig fråga att diskutera med patienter som inte söker för problem som kan relateras till alkohol
- upplever att de har för lite kunskap, träning och utbildning i alkoholrelaterade frågor
- är osäkra på sin förmåga att diskutera alkoholfrågor

- tvivlar på effekterna av alkoholrådgivning och diskussioner om alkohol
- upplever att de inte hinner ta sådana samtal.

Mellan 2005 och 2010 pågick Riskbruksprojektet som syftade till att höja kompetensen om riskbruk inom primärvården, företagshälsovården och studenthälsovården. En viktig del i projektet var att utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen i motiverande samtal (MI). Uppföljningen visade att personalen hade blivit bättre på att diskutera alkoholvanor med patienterna, hade bättre kunskaper och kände större tilltro till sin egen förmåga jämfört med baslinjemätningen vid projektets början. Tidigare fanns regionala skillnaderna i hur ofta personalen pratade om alkoholvanor med sina patienter, men de hade minskat.

Vården kan dock göra mycket mer, för även efter riskbruksprojektet var det fortfarande bara något mer än hälften av läkarna i primärvården som rapporterade att de ofta tar upp alkoholvanor med patienterna [15].

### Många verksamheter saknar tydlig styrning och uppföljning

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har gjort en omfattande nationell tillsyn av missbruks- och beroendevården som avrapporterades 1 juni 2011. Socialstyrelsen granskade verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, både enskilt och offentligt drivna verksamheter, för att bland annat se hur de tar tillvara på brukarnas och patienternas intresse. Samverkan mellan huvudmännen stod också i fokus liksom hur vården och socialtjänsten uppmärksammar barns och andra närståendes situation. Granskningen visar att många verksamheter saknade en tydlig styrning och uppföljning av missbruks- och beroendevården från vårdgivarna och huvudmännen. Inom hälso- och sjukvården saknade två tredjedelar av de granskade verksamheterna ett tydligt uppdrag för arbetet med personer som har missbruks- och beroendeproblem, och det var få landsting som begärde att verksamheterna skulle redovisa sina resultat och som hade gett några direktiv om uppföljningar och utvärderingar. Socialnämnderna hade inte alltid tydliga mål för sitt arbete med missbruksvården och det fanns brister när det gällde att systematiskt säkra kvaliteten och följa upp insatserna.

Tillgången till stöd och vård varierade mellan kommunerna och landstingen. Inom hälso- och sjukvården hade primärvården och den specialiserade beroendevården ofta svårt att samverka, särskilt när beroendevården bedrevs vid psykiatriska kliniker. Däremot fungerade det oftast bra med integrerade mottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst. De kunde ge samtidiga insatser till personer som behöver det och hade oftast ett brett utbud av stöd- och behandlingsinsatser.

En del behandlingspersonal i öppenvården och vid HVB saknade en lämplig utbildning inom vård och omsorg, och i drygt 15 procent av alla granskade HVB var det ingen eller bara några få som hade en särskild utbildning om missbruk och beroende. Samtidigt finns det inga uttalade kompetenskrav för dem som arbetar inom missbruks- och beroendevården.

Barns och andra närståendes situation behöver bli synligare. Granskningen visar att både hälso- och sjukvården och socialtjänsten var dåliga på att dokumentera situationen för barn till personer med missbruks- och beroendeproblem.

Dessutom finns det stora skillnaderna i vårdens struktur och innehåll mellan olika delar av landet, mellan kommunerna och mellan regionerna. Dessa stora skillnader i vårdens förutsättningar påverkar troligen även verksamhetens resultat, det vill säga utfallet för de enskilda personerna. Samtidigt har de olika vårdgivarna under de senaste åren arbetat för att skapa samarbets- eller samverkanslösningar i de större städerna (det gäller inte minst större gemensamma beroendecentrum med engagemang från både landstingen och socialtjänsterna), och därför är det troligt att skillnaderna ökar.

För att göra vården mer jämlik blir det allt viktigare med olika former av jämförelser mellan landsting, kommuner och enheter eftersom de ger incitament för vårdgivarna att förbättra kvaliteten. Öppna jämförelser är här ett viktigt instrument.

### Regeringens strategi

Regeringens ANDT-strategi för perioden 2011–2015 har målet att samhället ska vara fritt från narkotika och dopning. Dessutom vill regeringen minska tobaksbruket och de medicinska och sociala skador som orsakas av alkohol. Det övergripande målet har brutits ned i sju långsiktiga politiska mål med en rad delmål. Tre av de långsiktiga målen bedöms ha särskild relevans för Socialstyrelsen:

- Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak (mål nr 2).
- Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel ska successivt minska (mål nr 4).
- Personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet (mål nr 5).

### Nationella riktlinjer förbättrar vården

Arbetet med nationella riktlinjer är viktigt för att stödja missbruks- och beroendevården så att kvaliteten ökar och vården blir mer likvärdig. Socialstyrelsen har beslutat att även inkludera unga vuxna i riktlinjerna och att utforma särskilda rekommendationer för denna grupp.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga hemlöshetens omfattning och karaktär 2011 och att rapportera resultatet den 31 december 2011. Data samlades in genom en enkät våren 2011, och vi har även påbörjat arbetet med att utveckla den officiella statistiken när det gäller de boendeinsatser som kommunen ger bistånd till.

### Referenser

1. Drogutvecklingen i Sverige 2011. Rapport nr 125. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2010.
2. Folkhälsorapport, 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

3. Samlad lägesrapport 2012. Socialstyrelsen. [Kommande].
4. Ramstedt, M; Stokkeland, K; Hultcrantz, R. Nytt alkoholmönster och fler leverskador efter Sveriges EU-inträde. Utvecklingen 1997-2007. Läkartidningen, 2010. Nummer 22 volym 107: p. 1463-1466.
5. Socialstyrelsen. Öppna Jämförelser missbruk och beroende. Hämtad 2011-06-20 från <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/missbrukochberoende/sammanfattning>.
6. Socialstyrelsen. Stora brister i kommunernas uppföljning av missbruks- och beroendevården. Hämtad 2011-11-22 från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011september/storabristerikommunernasuppfoljningavmissbruks-ochberoendevarden>.
7. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret. Socialdepartementet (SOU 2011:35).
8. Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2011.
9. Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2004.
10. Mot en mer jämställd vård och socialtjänst – uppföljning av jämställdheten i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2008.
11. Missbruks- och beroendevården. Iakttagelser och resultat från tillsyn 2008–2010. Socialstyrelsen; 2011.
12. Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem. Socialstyrelsen; 2007.
13. Skylla sig själv? – Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem. Socialstyrelsen; 2011.
14. Storbjörk, J. Vem tvångsvårdas? Utmärkande drag för tvångsvårdade respektive frivilligt vårdade personer med alkohol- och narkotikaproblem. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 2010; 27(1),19–46.
15. En samlad återredovisning av regeringens ANDT-uppdrag till Statens folkhälsoinstitut. Statens folkhälsoinstitut; 2010.

## Tandvård

### Sammanfattande slutsatser

Den övergripande bilden av barns tandhälsa är positiv även om det finns stora skillnader i tandhälsa bland barn och ungdomar som har olika socioekonomisk bakgrund. I den vuxna befolkningen har socioekonomiskt utsatta och utlandsfödda sämre tandhälsa än andra.

Många vuxna avstår tandvård trots behov och det förekommer oftast bland socioekonomiskt utsatta och utlandsfödda. Ekonomiska skäl är den i särklass vanligaste orsaken till att avstå från tandvård trots behov och det är främst arbetslösa, studerande, låginkomsttagare, personer utan kontantmarginal och personer födda utanför Europa som avstår tandvård av ekonomiska skäl.

Regeringen har beslutat om ett nytt tandvårdsstöd för personer som till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning har ett ökat behov av tandvård. Det nya tandvårdsstödet innebär bland annat att personer som får stora tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning kan få tandvård till samma avgift som inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen tänker följa upp tandhälsoutvecklingen hos barn och vuxna ur ett jämlikhetsperspektiv. Vi anser också att perspektivet etnicitet och nationella minoriteter integreras i tandvårdsområdets analyser och att det behövs en nationell uppföljning av jämlikheten i landstingens uppsökande verksamhet och i den nödvändiga tandvården. Äldres munhälsa är också ett område som bör uppmärksammas mer och dessutom behöver Socialstyrelsen följa upp och utvärdera tandvårdsreformen med fokus på olika jämlikhetsaspekter.

### Sociala skillnader i tandhälsa

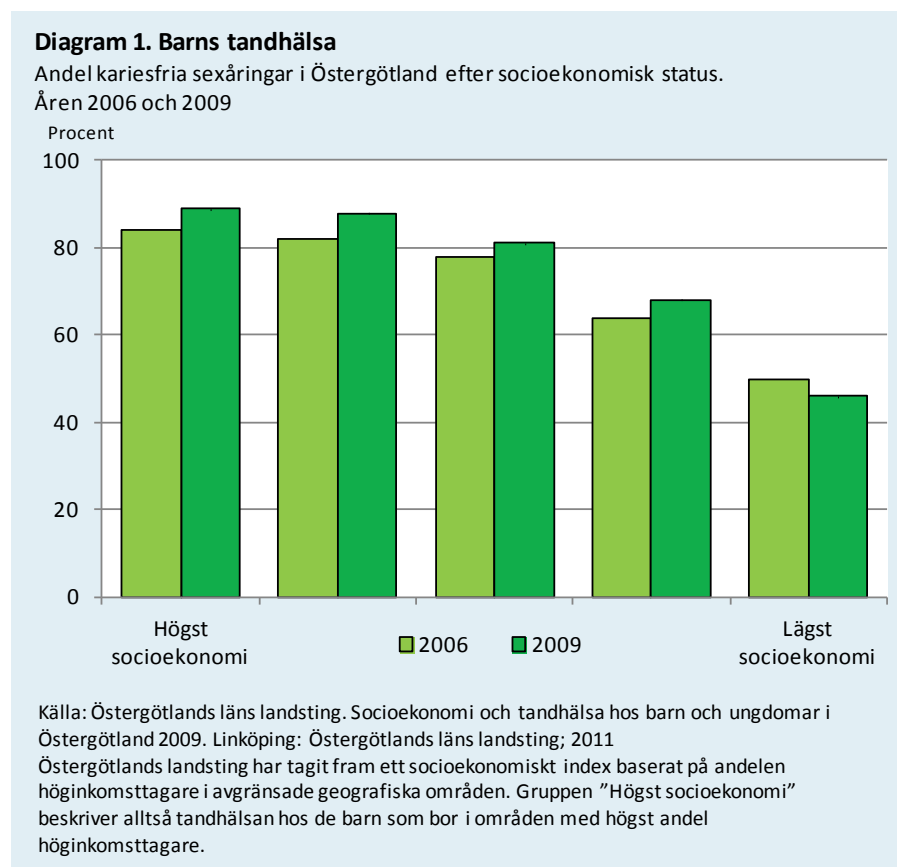
#### *Barns tandhälsa*

Generellt har barn och ungdomar i Sverige en god tandhälsa även om det finns stora skillnader som hänger ihop med deras socioekonomiska bakgrund [1]. Därför har flera landsting tagit fram åtgärdsprogram inom barn- och ungdomstandvården där man bland annat fördelar resurser till barntandvården utifrån socioekonomi eller utbildningsnivå.

Stockholms läns landsting har till exempel utvecklat en modell med olika vårdbehovsområden och vårdbehovstillägg som gör att landstinget kan identifiera områden med sämre tandhälsa. I dessa områden betalar landstinget ut ett högre vårdbehovstillägg till vårdgivarna så att de får likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att ge vård på lika villkor. Barn och ungdomars tandhälsa i de mest utsatta områdena har också förbättrats de senaste åren. År 2005 hade drygt 70 procent av 13-åringarna i dessa områden kariesskadade tänder och år 2010 hade den andelen sjunkit till knappt 64 procent [2].

Östergötland läns landsting har också uppmärksammat de skillnader i tandhälsa som finns mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund. Bland sexåringarna i länet har andelen kariesfria sexåringar ökat i alla so-

cioekonomiska grupper utom i den mest utsatta gruppen där andelen kariesfria tvärtom har sjunkit. Med mest utsatta menas barn som bor i geografiska områden med lägst andel höginkomsttagare [3]. År 2006 var 50 procent av sexåringarna i de mest utsatta områdena kariesfria men 2009 hade denna andel sjunkit till 46 procent (diagram 1). med andra ord ökade skillnaderna i tandhälsa mellan sexåringar med olika socioekonomisk bakgrund under perioden 2006 - 2009, och det är särskilt märkbart eftersom de övriga socioekonomiska grupperna fick bättre tandhälsa.



### Vuxnas tandhälsa

Folkhälsoinstitutets årliga enkätundersökning Hälsa på lika villkor visar att det finns mycket tydliga självskattade tandhälsoskillnader mellan olika grupper. År 2010 uppgav 10 procent av totalbefolkningen att de har dålig tandhälsa. I samma undersökning uppgav 24 procent av personerna med sjukpenning eller sjukersättning att de har dålig tandhälsa [4].



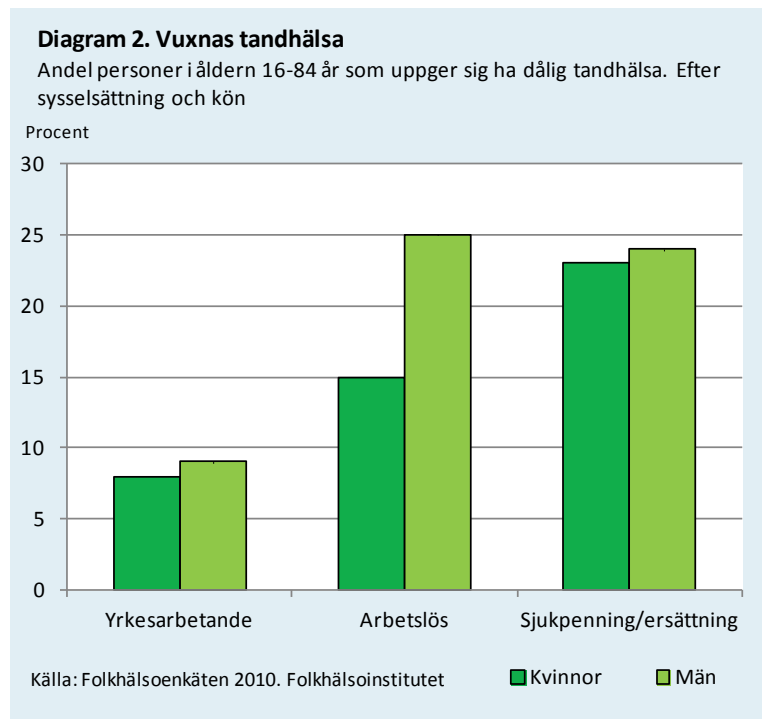
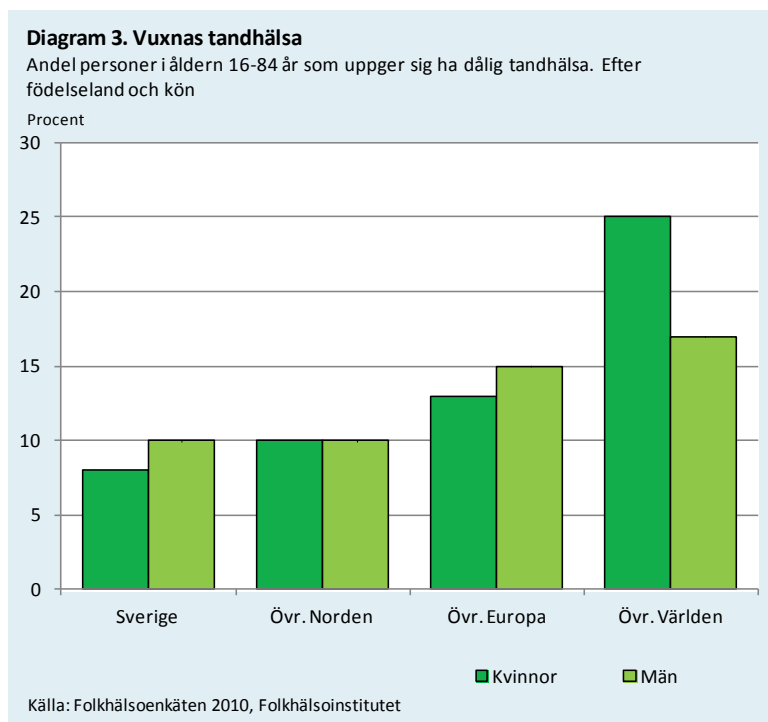


Diagram 2 visar också att det finns betydande tandhälsoskillnader mellan könen. Framförallt i gruppen arbetslösa där 25 procent av männen och 15 procent av kvinnorna uppger sig ha dålig tandhälsa.

Lågutbildade, låginkomsttagare och personer som saknar kontantmarginal uppger alla att de har sämre tandhälsa jämfört med andra grupper. Inkomst och utbildning samvarierar i viss mån eftersom det är troligt att lågutbildade även har låg lön.

Vidare har födelseland mycket stor betydelse för den självupplevda tandhälsan. 8 procent av de svenskfödda kvinnorna uppger att de har dålig tandhälsa jämfört med 25 procent av kvinnorna födda i ett utomeuropeiskt land (diagram 3).



Det verkar med andra ord som att socioekonomiskt utsatta och utlandsfödda har sämre tandhälsa än andra och det bekräftas delvis Försäkringskassan och Socialstyrelsen som har undersökt nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet. Resultaten visar att de utlandsfödda och socioekonomiskt utsatta som besöker tandvården gör fler besök i genomsnitt. En högre andel av besöken gäller även icke-förebyggande tandvård. Sammantaget indikerar detta att utlandsfödda och socioekonomiskt utsatta har sämre tandhälsa och ett större behov av tandvård [5].

### Skillnader i besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper

#### *Relativt vanligt att avstå tandvård trots behov*

Många människor avstår från tandvård trots behov vilket framgår av Socialstyrelsens befolkningsenkät från 2009 samt Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät från 2010. I Socialstyrelsens befolkningsenkät uppgav 21 procent att de hade avstått tandvård trots behov under en 12-månadersperiod, och i Folkhälsoinstitutets enkätundersökning från 2010 var det 17 procent som hade avstått från att besöka tandvården trots behov [4, 6]. Resultaten i Folkhälsoenkäten visar att detta är vanligare socioekonomiskt utsatta och personer födda utanför Norden.

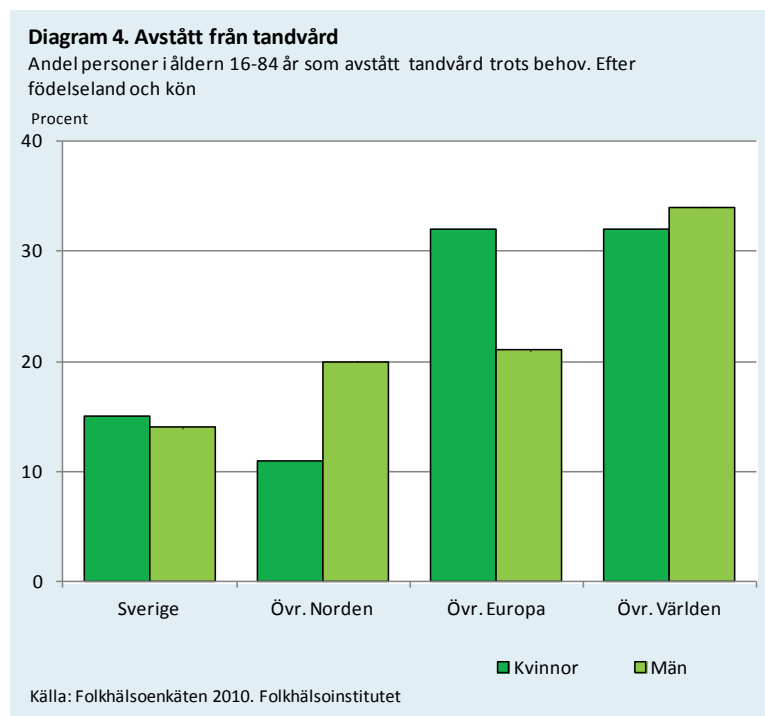


Diagram 4 visar att män födda utanför Europa avstår tandvård trots behov i högre utsträckning än personer som är födda i Sverige och övriga Norden och att det även gäller kvinnor födda i övriga Europa och övriga världen.

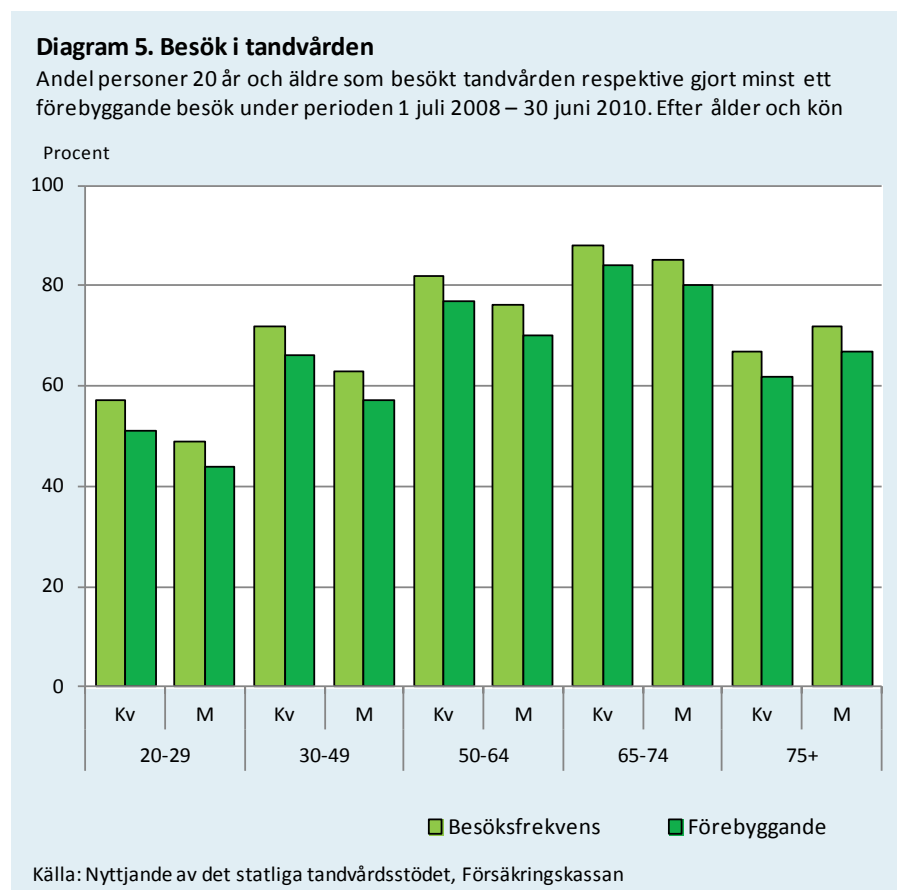
Båda undersökningarna visar att ekonomiska skäl den i särklass vanligaste orsaken till att avstå tandvård trots behov. Socioekonomiska faktorer och födelseland har mycket stor betydelse i denna fråga [4].

Oro över ekonomin var också mycket vanligt i de fokusgruppintervjuer som Försäkringskassan och Socialstyrelsen lät ett undersökningsföretag genomföra våren 2011. Syftet med fokusgrupperna var att få en bild av hur patienter och tandläkare resonerar när det gäller konsumtion av tandvård. Många av intervjupersonerna i åldern 30-50 år är oroliga inför ett tandvårdsbesök eftersom de känner att de inte har någon kontroll över kostnaderna och kan därför ibland prioritera bort tandvårdsbesök av ekonomiska skäl. De anser vidare att den ekonomiska hjälpen från samhället är alldeles för liten och att karensbeloppen på 3 000 kronor respektive 15 000 kronor för högkostnadsskyddet är för höga. Patienterna förstår inte heller varför tandvården har en annan taxa än den övriga hälso- och sjukvården [7].

### *Besök i tandvården*

Försäkringskassans och Socialstyrelsens har följt upp det statliga tandvårdsstödet och bland annat funnit att 71 procent av befolkningen över 20 år besökte tandvården under perioden 1 juli 2008 – 30 juni 2010. Besöksfrekvensen var alltså lägre än i Socialstyrelsens undersökning av självskattad tandhälsa från 2009 då 84 procent uppgav att de besökt tandvården under en tvåårsperiod [5, 6]. 2009 års undersökning visade stora skillnader i besöksfrekvens mellan personer i olika åldrar, med olika födelseland och med olika socioekonomisk status.

Av de olika åldersgrupperna är det personer i åldersgruppen 65–74 år ålder som besökt tandvården i högst utsträckning. Diagram 5 visas också andelen personer som har gjort minst ett förebyggande besök, det vill säga ett besök där minst en förebyggande åtgärd utförts. Andelen förebyggande besök följer den totala andelen besök.

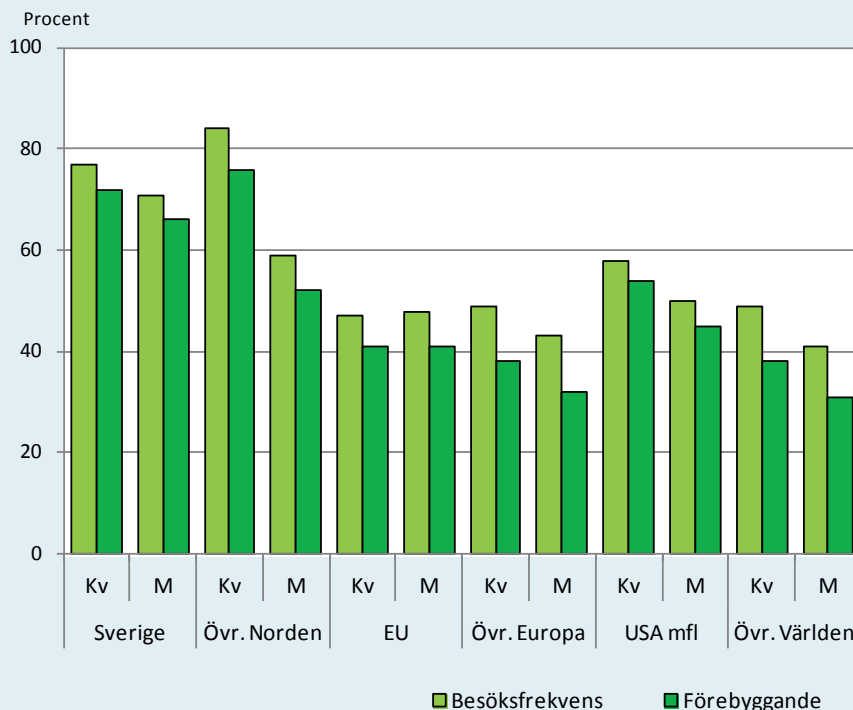


Kvinnor besöker tandvården i högre grad än män i alla åldersgrupper utom i den äldsta. Personer över 50 år gör också i genomsnitt fler besök i tandvården, vilket sannolikt förklaras av att tandvårdsbehovet ökar med åldern.

Födelseland har mycket stor betydelse när det gäller tandvårdskonsumtion. Svenskfödda besöker tandvården i betydligt högre grad än utlandsfödda, med undantag för kvinnor som är födda i övriga Norden (diagram 6).

### Diagram 6. Besök i tandvården

Andel personer 20 år och äldre som besökt tandvården respektive gjort minst ett förebyggande besök under perioden 1 juli 2008 – 30 juni 2010. Efter födelseland och kön



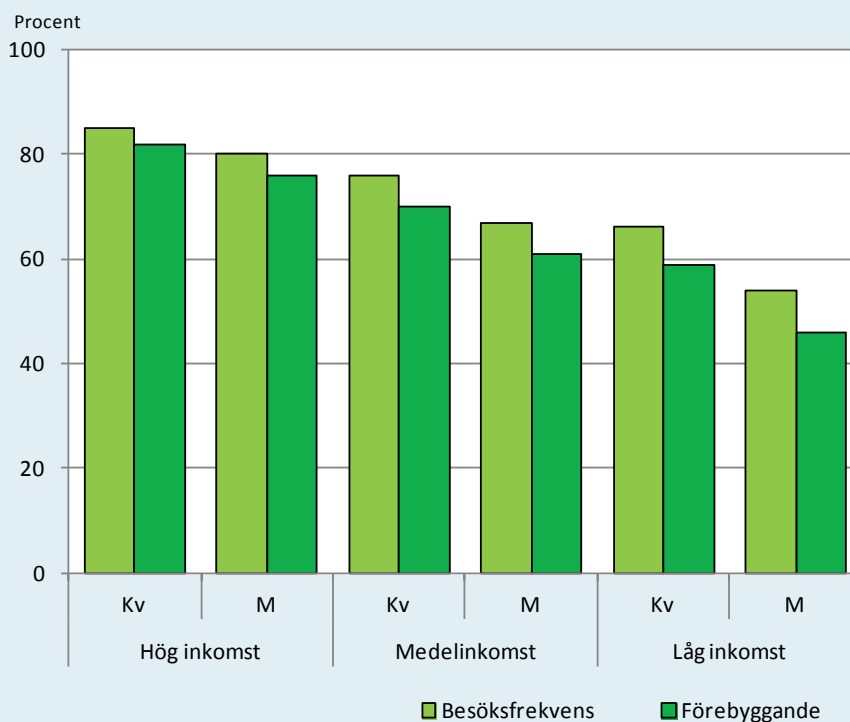
Källa: Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet, Försäkringskassan

Andelen förebyggande besök följer tätt den totala andelen besök förutom bland patienter födda i övriga Europa och övriga Världen. Detta kan vara ett tecken på att dessa båda grupper har ett större behov av reparativ tandvård. Vidare gör de personer som är födda i Norden och i EU fler besök i genomsnitt än svenskfödda patienter vilket också tyder på att de har ett större tandvårdsbehov.

Inkomst är den socioekonomiska variabel som har störst genomslag på besöksfrekvensen och andelen förebyggande besök. Kvinnor har dock högre besöksfrekvens än män i samtliga inkomstgrupper och kvinnor med låg inkomst har nästan lika hög besöksfrekvens som män med medelinkomst (diagram 7).

**Diagram 7. Besök i tandvården**

Andel personer 20 år och äldre som besökt tandvården respektive gjort minst ett förebyggande besök under perioden 1 juli 2008 – 30 juni 2010. Efter inkomst och kön



Källa: Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet, Försäkringskassan

Med låg inkomst avses <60 procent av medianinkomsten och med hög inkomst avses >140 procent av medianinkomst. Det inkomstbegrepp som används är disponibel inkomst, individens delkomponent.

Vidare är besöksfrekvensen markant högre bland gifta och samboendes med eller utan barn samt bland högutbildade jämfört med ensamstående med eller utan barn och lågutbildade. De ensamstående med barn som besöker tandvården gör i genomsnitt många besök vilket indikerar att de har ett stort tandvårdsbehov.

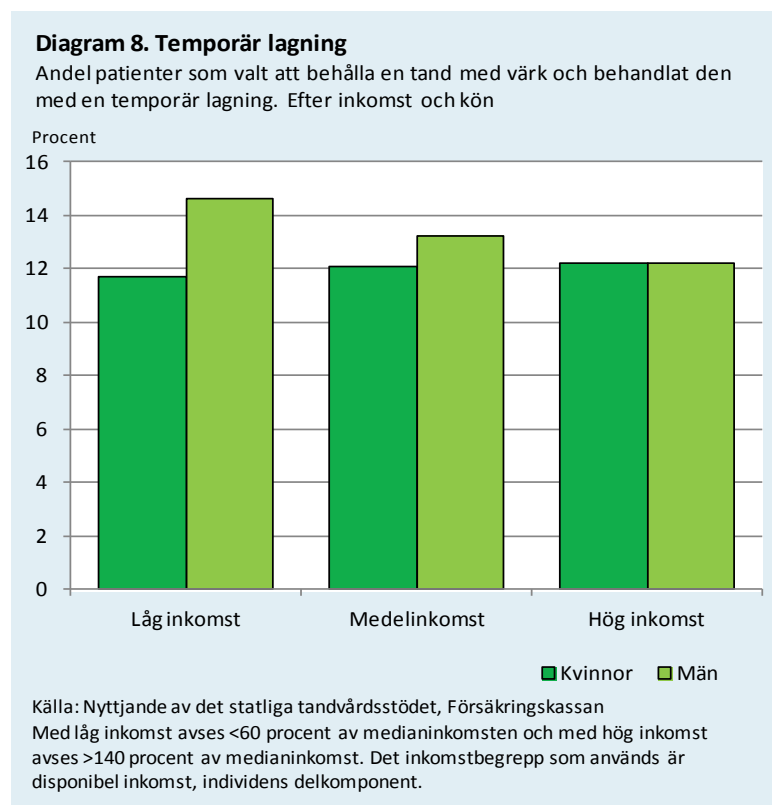
### Socioekonomins påverkan på val av behandling

Socioekonomiska faktorer kan inte bara påverka besöksfrekvens utan också typen av tandvårdsbehandling och patienter med ansträngd ekonomi väljer troligen billigare behandlingsåtgärder jämfört med personer som har god ekonomi.

För att undersöka detta gjorde Försäkringskassans och Socialstyrelsens en fallstudie inom ramen för sin undersökning av tandvårdsstödet [5]. Undersökningspopulationen var de 79 844 individer som hade behandlats till följd av värk i en tand i position 5 i munnen under perioden 1 juli 2008 - 31 december 2010. Position 5 är en bit in i munnen och passade därför undersökningens syfte. En tand som sitter längre fram i munnen är mer synlig och då är det troligt att andra faktorer än socioekonomi påverkar val av behandling.

Behandlingsalternativet i den mellersta prisklassen var betydligt vanligare bland gifta/sammanboende utan barn, kvinnor med hög inkomst, högutbil-

dade och svenskfödda. Detta behandlingsalternativ gick ut på att behålla tanden och utföra en rotfyllning samt förse tanden med en krona.



Ett av de billigare behandlingsalternativen i undersökningen var att behålla tanden och inte slutföra rotbehandlingen. Det var vanligast bland personer under 30 år, män med låg inkomst (diagram 8) och personer med låg utbildning. Ett annat relativt billigt behandlingsalternativ var att dra ut tanden och lämna den obehandlade luckan tom. Det var vanligast bland ensamstående män med låg inkomst, låg utbildning och låg sysselsättningsgrad.

Alternativet att rotfylla och laga med komposit var vanligare bland yngre patienter än äldre, troligen eftersom det är betydligt billigare än att laga med krona.

Ett av de dyrare behandlingsalternativen går ut på att dra ut tanden och fylla luckan med en implantatstödd konstruktion eller en tandstödd bro. Det var vanligast bland personer över 50 år, kvinnor med högre inkomster, förvärvsarbete, gifta eller sammanboende och högutbildade. Analysen av resultaten visar alltså på statistiskt säkerställda skillnader mellan olika socioekonomiska och demografiska grupper.

### Ojämn fördelning av tandvårdspersonal över riket

Rapporterna från det nationella planeringsstödet (NPS) visar tydligt att antalet tandläkare varierar mycket mellan de olika länen. Rapporterna visar också att det finns en tydlig skillnad i kvoten mellan tandläkare och tandhygienister mellan olika län [8].

År 2011 utförde Socialstyrelsen en nationell utvärdering av strokevården som indikerar att tillgången på tandvårdspersonal påverkar besöken i tandvården för dem som har insjuknat i stroke.

Efter stroke är det många som löper ökad risk att drabbas av tandhälsoproblem, bland annat beroende på kvarstående funktionsnedsättningar som gör det svårt att sköta munhygien ordentligt. De nationella riktlinjerna för stroke har för tagit fram indikatorn *Andel strokepatienter som besökt tandläkare eller tandhygienist inom 12 månader efter utskrivning från sjukhus*, som ett av flera sätt att mäta sekundärprevention, det vill säga insatser efter stroke som är viktiga för att förhindra ett återinsjuknande i stroke eller någon annan hjärt- och kärlsjukdom [9].

Utvärderingen visar att 63 procent av patienterna hade besökt en tandläkare eller tandhygienist vid uppföljningstillfället 12 månader efter stroke. Andelen var lägst i Norrbotten med 46,5 procent, Jämtland med 55,3 procent samt Västerbotten och Västernorrland med 56,4 procent. Av dessa fyra landsting har Jämtland, Västernorrland och Norrbotten markant lägre andel tandvårdspersonal per 100 000 invånare än riksgenomsnittet. Besöksfrekvenserna i tandvården är också generellt lägre i norra Sverige än i södra delen av landet. Strokeutvärderingen drar därför slutsatsen att skillnaderna i besöksfrekvens mellan länen kan bero på den ojämna fördelningen av tandvårdspersonal. Befolkningen i allmänhet gör även fler tandvårdsbesök än strokepatienterna vilket tyder på att det finns brister i tandvården för strokepatienter eller att det råder ett problem med tillgängligheten. Enligt utvärderingen borde det vara självklart att alla patienter undersöks av en tandläkare eller tandhygienist inom 12 månader efter stroke och att strokepatienter bör vara en prioriterad grupp när det gäller tillgång till tandvård.

#### ***Förslag till särskilt tandvårdsstöd***

Under 2009 tillsatte regeringen en arbetsgrupp med uppdrag att ta fram ett förslag på tandvårdsstöd till personer som behöver mer tandvård än andra på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning. Detta arbete är även känt som det tredje steget i den statliga tandvårdsreformen.

Utgångspunkten är att långvarigt sjuka och personer med funktionsnedsättning inte omfattas av något särskilt tandvårdsstöd förutom det generella statliga stödet. Utan ett särskilt stöd kommer deras sjukdomar och funktionshinder att leda till sämre förutsättningar än andra att bibehålla en god tandhälsa (Ds 2010:42. Friskare tänder till rimliga kostnader. Även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning).

Enligt utredningen kan sjukdomar och funktionsnedsättningar leda till tandvårdsbehov av olika typ och varaktighet. För vissa diagnoser räcker det med förebyggande tandvård som ett komplement för att personer ifråga ska kunna bibehålla sin tandhälsa medan andra sjukdomar och funktionsnedsättningar kräver betydligt större tandvårdsåtgärder.

För att möta behovet av särskilda insatser föreslår utredningen ett tvådelat stöd:

- En del av stödet ska vara ett bidrag som är knutet till betalningen av förebyggande tandvårdsåtgärder. Bidraget riktas till den stora gruppen som riskerar att få försämrad tandhälsa till följd av sjukdom eller en



funktionsnedsättning och där den risken kan minskas med hjälp av förebyggande tandvård.

- Den andra delen av det särskilda stödet innebär att vissa personer kan få tandvård till samma avgift som inom hälso- och sjukvården. Det gäller dem som får stora tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder och där det inte räcker med förebyggande tandvård. Förslaget innebär att en ny kategori skapas inom landstingens tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift – personer med långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar. Målet är att dålig ekonomi inte ska vara något hinder för att dessa personer ska få den tandvård de behöver.

Förslagen bygger vidare på det system som redan finns. Del ett i det nya stödet, särskilt tandvårdsbidrag (STB), liknar det allmänna tandvårdsbidraget i dagens statliga tandvårdsstöd, medan stödet för långvarigt sjuka och funktionshindrade liknar det tandvårdsstöd som landstingen idag ansvarar för. För att regelverket ska vara så tydligt som möjligt har utredningen precisera vilka patientkategorier som ska omfattas av det särskilda stödet.

## Referenser

1. Karies hos barn och ungdomar. En lägesrapport för år 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010
2. Tandhälsorapport 2010. Tandhälsans utveckling hos barn och ungdomar i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2011
3. Socioekonomi och tandhälsa hos barn och ungdomar i Östergötland 2009. Linköping: Östergötlands läns landsting; 2011
4. Hälsa på lika villkor. Nationell folkhälsoenkät. Folkhälsoinstitutet; 2010
5. Nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet. Stockholm: Försäkringskassan; 2011
6. Befolkningens tandhälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010
7. Privatpersoners resonemang kring konsumtion av tandvård. Stockholm: Augur; 2011
8. Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010
9. Nationell utvärdering Strokevård. Delrapport: Landstingens insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011

# Utvalda grupper

---

Detta kapitel summerar kunskapsläget när det gäller jämlikhets- och likvärdighetsfrågor för några olika grupper. Först kommer en beskrivning av förhållandena för barn och unga, och därefter för äldre. Därefter beskrivs förhållanden för personer med funktionsnedsättning och nationella minoriteter samt slutligen vårdens förmåga att bemöta och behandla människor jämlikt oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck.

## Barn och unga

### Sammanfattande slutsatser

Vården behöver bli bättre på att sätta in tidiga och förebyggande insatser för barn och ungdomar. Det svenska välfärdssystemet har länge kännetecknats av en god hälsovård för barn, och grundtanken har varit att satsa på förebyggande insatser som ska främja jämlikhet i hälsa och levnadsvillkor. Svenska barns och ungdomars hälsa får räknas som god, särskilt ur ett internationellt perspektiv, men sjukdomspanoramat har förskjutits mot psykisk ohälsa och utvecklingen är inte lika positiv för alla barn.

Mödravården och barnhälsovården brukar lyftas fram som väl fungerade verksamheter, men under det senaste decenniet finns indikationer på att dessa verksamheter har blivit svagare. Dessutom visar en aktuell kartläggning att det finns betydande variationer över landet. Vidare finns det stora skillnader i tillgången till skolhälsovård och vad gäller kvaliteten på den.

Flera viktiga förändringar är dock på gång. Nyligen stärktes skollagen när det gäller kommunernas ansvar för elevhälsan och Socialstyrelsen har därtill påbörjat ett arbete med rekommendationer och vägledning för barnhälsovården.

### Barns hälsa – positiv utveckling men inte för alla

Barn i Sverige har god hälsa jämfört med många andra länder. Det visar sig bland annat i låg spädbarnsdödlighet, hög andel ammade spädbarn, låg andel barnolycksfall, hög andel vaccinerade barn och låg andel som utsätts för fysisk bestraffning. Trots den låga spädbarnsdödligheten dör fler barn under sitt första levnadsår än i åldern 1–15 år, även om dödligheten under de första veckorna har minskat. Andelen dödfödda är däremot konstant och den är högre bland barn till kvinnor som är låginkomsttagare [1]. Det har blivit vanligare att spädbarn vårdas på sjukhus efter olycksfall eller våld, och att 14–16-åringar får sjukhusvård efter moped- och mc-olyckor [1]. olyckor står för en fjärdedel av alla dödsfall bland flickor 1–15 år och för en tredjedel bland pojkar. 20 procent av alla dödsfall orsakas av cancer. Den själv-

skattade hälsan bland unga har försämrats sedan början av 90-talet, särskilt bland flickor i årskurs nio [2].

Att växa upp med en förälder ökar risken för psykisk sjukdom, självmord och självmordsförsök, skador och missbruk [3,4], och barn i socioekonomiskt utsatta familjer löper högre risk för att skadas i trafiken och utsättas för våld och fysisk bestraffning [5-7]. Småbarn som växer upp med unga mödrar eller i hushåll med ekonomiskt bistånd löper högre risk för att vårdas på sjukhus på grund av olyckor i hemmet. [5] Vidare råkar barn i glesbygd oftare ut för skador i hemmet och drabbas oftare av trafikolyckor när de blir ungdomar [8].

## Hälso- och sjukvård för barn

Rätten till god hälsa är en av de grundläggande mänskliga rättigheterna och tanken med det är att särskilt skydda utsatta grupper. År 1989 antog FN också den så kallade barnkonventionen som definierar vilka rättigheter som gäller för alla barn i konventionsstaterna. Barnkonventionen betonar huvudprinciper om bland annat barnets bästa i främsta rummet, barnets rätt till liv och barnets rätt att komma till tals och få sina åsikter beaktade. Här finns även andra viktiga bestämmelser som till exempel gäller barnets rätt till hälso- och sjukvård, föräldrarnas primära ansvar och barnets rätt till skydd för privatliv och personlig integritet. Som konventionsstat ska Sverige införa lagar för att genomföra dessa rättigheter, och barnkonventionens principer finns i dag spridda i flera olika svenska författningar.

### *Om barnhälsovården*

I Sverige har alla barn rätt till kostnadsfri hälsovård och det finns generella program som övervakar deras hälsoutveckling med återkommande besök och kontroller hos barn-, skol- och tandhälsovården. Fram till år 2008 var det allmänna råd från Socialstyrelsen som reglerade barnhälsovårdsprogrammet [9], men skriftens innehåll ansågs vara föråldrat och upphävdes då [10]. I dag har Socialstyrelsen inga riktlinjer för hur barnhälsovårdsarbetet ska bedrivas, men nyligen har Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen påbörjat ett arbete med detta [11].

En nyligen publicerad svensk studie hänvisar till flera utländska undersökningar som visar att program med mer frekventa hembesök till riktade grupper har god effekt [12]. Enligt samma studie minskar antalet hembesök till målgruppen, trots att BVC-sjuksköterskor anser att hembesök är en av barnhälsovårdens främsta hälsofrämjande metoder.

De flesta relevanta verksamheter arbetar mycket med att tidigt identifiera svensktalande mödrar med depressiva symtom. Verktöget EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) finns i dag översatt och validerat till ett tjugotal språk [13], men det är bara 32 procent av de undersökta verksamheterna som erbjuder screening till andra än svensktalande mödrar. Barnhälsovården ska dock leva upp till hälso- och sjukvårdslagens mål om ”lika vård på lika villkor”, och även omfatta mödrar som behöver en tolk.

### *Skolhälsovård blir elevhälsa – nya krav i skollagen*

Skolhälsovården har en lång tradition i det Sverige, och inriktningen har med tiden förskjutits från olika infektioner till elevernas arbetsmiljö. Verksamheten bygger till stor del på den enskilda skolsköterskan som tillsammans med skolläkaren spelar en viktig roll som en del av elevhälsan. Senare års utvärderingar av verksamheten visar dock att det finns flera organisatoriska brister i skolhälsovården. Enligt Socialstyrelsens tillsynsrapporter saknas bland annat rutiner för läkemedelshantering och annat som är viktigt för patientsäkerheten. Detta tyder på att många verksamhetschefer inom skolhälsovården inte känner till kraven på säkerhet och kvalitet. Det finns också brister i den systematiska avvikelshanteringen [14-18].

Tabell 1 nedan visar Skolverkets statistik över antalet elever per personalkategori inom skolhälsovården i grund- och gymnasieskolan för 2009. Enligt sammanställningen varierar antalet elever per skolläkare mycket: nära 5 000 elever i storstäderna och nästa 21 000 elever per skolläkare i kommuner med färre än 12 500 invånare. Antalet elever per skolpsykolog var lägst i storstäderna och högst i glesbygdskommunerna. Tillgången till skolkuratorer varierade också mellan olika kommuntyper.

*Tabell 1. Antal elever per årsarbetare\* i grund- och gymnasieskola. Medelvärden för kommungrupper, år 2009*

Kommungrupper	Skol-Sköterska	Skol-läkare	Skol-kurator	Skol-psykolog
<b>Samtliga kommuner</b>	<b>518</b>	<b>12 908</b>	<b>693</b>	<b>1 902</b>
Storstäder	493	4 871	733	1 276
Förortskommuner	550	13 036	853	1 640
Större städer	534	10 630	804	1 729
Pendlingskommuner	526	13 507	645	1 532
Glesbygdskommuner	481	19 938	597	2 919
Varuproducerande komm.	536	5 478	702	1 915
Övriga, > 25 000 inv.	537	10 687	638	1 920
Övriga, 12 500 - 25 000 inv.	527	17 083	656	2 355
Övriga, < 12 500 inv.	480	20 943	617	1 835

\*Med årsarbetare i grund- och gymnasieskolan avses antalet tjänster (inklusive kopta tjänster) omräknat till heltidstjänster under ett helt år. Antal elever per årsarbetare baseras på medeltal elever i huvudmannens grund- och gymnasieskolor 2008-2009.

\*\* Kommungruppsindelningen är gjord av Sveriges Kommuner och Landsting.

Kommunerna är indelade i nio grupper efter vissa strukturella egenskaper som bland annat befolkningsstorlek, pendlingsmonster och näringslivsstruktur.

Källa: Årsarbetare elevvård 1997, 2000, 2003, 2006 och 2009. Skolverket. [www.skolverket.se](http://www.skolverket.se)

### *Den nya skollagen ställer högre krav*

I den nya skollagen definieras ett antal nya krav. Elevhälsa ska anordnas för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Verksamheten ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. För de medicinska insatserna ska det finnas skolläkare och skolsköterskor. Dessutom ska eleverna ha tillgång till psykolog och kurator, och elevhälsan ska ha tillgång till personal som har rätt kompetens för att kunna

tillgodose elevernas behov av specialpedagogiska insatser. Det här innebär att begreppen elevvård och skolhälsovård försvinner ur skolförfattningarna.

Uttrycket ”tillgång till” är valt för att passa olika skolors förutsättningar. Det är huvudmannen som avgör hur mycket personal skolan ska ha och vilken kompetens som behövs utifrån de lokala behoven och förutsättningarna. Den personal som har hand om elevhälsans insatser ska ha en lämplig utbildning som stämmer med elevernas behov.

### *Ungdomsmottagningarna – varierande tillgänglighet och verksamhet*

Ungdomsmottagningar arbetar främst preventivt med att främja ungdomars psykiska och fysiska hälsa samt stärka deras identitet och sexualitet. Exempelvis kan ungdomsmottagningen erbjuda socialkurativa och psykologiska insatser samt informera om sex, samlevnad och preventivmedel. Det är frivilligt för kommuner och landsting att tillhandahålla ungdomsmottagningar. [19] Antalet unga per ungdomsmottagning varierar stort i landet: drygt 2 000 unga 15–24<sup>5</sup> år per mottagning i Värmlands, Dalarnas och Kalmar län, och knappt 8 000–10 000 unga per mottagning i Västerbottens län, Region Skåne och på Gotland. På Gotland finns det bara en mottagning [20]. Tillgängligheten varierar också under året eftersom de flesta ungdomsmottagningar har begränsade öppettider eller håller stängt under delar av sommaren [21]. Besökarna är främst unga kvinnor, och ungdomsmottagningarna har uppmärksammat att verksamheten måste anpassas för att bättre möta unga mäns behov [22]. Det finns även en nationell ungdomsmottagning på nätet, UMO.se. Den startades för att öka tillgängligheten till ungdomsmottagningarna och nå de grupper som sällan besöker mottagningarna, bland annat genom att låta unga ställa frågor anonymt. Under de första månaderna efter lanseringen kom 28 procent av frågorna från unga män [23].

### *Vård vid psykisk ohälsa – fortsatta förbättringar centrala*

Verksamheterna inom vården vet sällan vem som ska göra vad för att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och unga eller vem som ska ge stödinsatserna. Det visar Socialstyrelsens iakttagelser inom tillsynen och andra utvärderingar. Enligt metodinventeringen år 2008 använder flera verksamheter samma metoder för att förebygga psykisk ohälsa, oavsett om de möter barn i allmänhet eller barn som har eller särskilt riskerar att drabbas av psykisk ohälsa [24,25]. En nationell tillsyn under 2008–2009 visade också att många vårdcentraler eller motsvarande inte anser sig ha något ansvar för barn och ungdomar 6–18 år med psykisk ohälsa. Skälet är att få vårdgivare har formulerat några uppdrag till verksamheter såsom vårdcentraler, skolhälsovård och ungdomsmottagningar, eller att uppdragen är otydliga [26].

För fjärde året i rad har Socialstyrelsen fördelat statsbidrag till landstingen för att barn och unga med psykisk ohälsa ska få bättre tillgänglighet till hälso- och sjukvården. Den senaste rapporten för 2010 års statsbidrag visar att 18 av 21 landsting klarade kraven för statsbidrag. Samtidigt ökade antalet barn och unga som väntar på sitt första besök, och 3 av landstingen vi-

---

<sup>5</sup> Detta är en klassindelning som SCB använder och som inte överensstämmer med de åldersgrupper som ungdomsmottagningarna riktar sig till. Antalet unga per mottagning är därför bara en uppskattning.

sade ett sämre resultat än föregående år. Det är dock svårt att överblicka hur många som väntar på sitt första besök eller som väntar på en behandling eller uppföljning [27].

### *Den nationella patientenkäten i barnsjukvården*

År 2011 undersökte SKL för första gången föräldrars och barns upplevelse av barnssjukvårdens akutmottagningar, öppenvård och slutenvård med hjälp av Nationell Patientenkät [28]. Samtliga landsting och regioner deltog i undersökningarna, förutom Norrbotten och delvis Västerbotten som inte deltog i undersökningen om akutmottagningar. Svarsfrekvensen var problematiskt låg – när det gäller exempelvis akutmottagningar svarade knappt hälften av respondenterna på enkäten. När det gäller mindre barn har föräldrarna svarat på frågorna, men barnen deltar alltmer med egna svar ju äldre de är.

Resultatet visade att barnen generellt blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Bäst omdömen fick bemötandet inom öppenvården medan bemötandet inom akutvården upplevs som något sämre än inom både öppenvård och slutenvård. De flesta föräldrar och barn upplevde också att barnen får tillräcklig tid med läkaren. Tillgången till sysselsättningsmöjligheter i väntrummen fick dock sämre omdömen, liksom förberedelserna inför besök. Många tyckte också att det är svårt att påverka tiden för besök.

Alla de tre undersökta verksamheterna kan bli bättre på att ge information om till exempel läkemedelsbiverkningar och vilka försämrings i hälsotillståndet som familjen ska vara uppmärksam på.

Öppenvårdspatienterna var minst nöjda med informationen om förseningar, informationen om eventuella biverkningar och möjligheten att påverka besökstiden. 91 procent uppgav att de fick komma på en undersökning eller behandling inom tre månader efter beslutet, men samtidigt bedömde en av fyra att barnet hade fått vänta för länge. I slutenvården uppgav en majoritet av föräldrarna att de fick stanna över natten. Däremot var de mindre nöjda med informationen om rutiner och regler på avdelningen. Många saknade också information om när barnet kunde gå tillbaka till skola och återuppta fritidsaktiviteter, och en stor andel ansåg också att sjuksköterskorna inte var tillräckligt uppdaterade om barnets tillstånd.

### *Störst förbättringspotential för akutmottagningar*

*Tabell 2. Vård vid akutmottagningar-andel (%) nöjda respektive delvis eller inte nöjda med några aspekter av vården*

	Respekt- fullt bemö- tande	Information om priorite- ringar	Information om barnets tillstånd	Delaktig i önskad grad	Om mottag- ningen var väl organi- serad	Barnets vård- behov tillgo- dosett
Ja	79	23	66	62	52	72
Delvis	18	-	25	29	38	22
Nej	4	61	6	9	9	7

Källa: Nationella Patientenkäten, 2011

Majoriteten gav ett relativt gott omdöme om det samlande bemötandet under besöket på akutmottagningen, men samtidigt var 20 procent bara delvis nöjda. Svarspersonerna var också mindre nöjda med bemötandet i receptionen vid ankomsten och hela 61 procent uppgav att de inte fick någon information om hur patienterna skulle prioriteras. Endast 52 procent bedömde att mottagningen var välorganiserad.

De som inte hade svenska som modersmål gav lägre omdömen än andra när det gäller bemötandet i receptionen, graden av delaktighet samt olika aspekter av informationen. Däremot var de lika nöjda med flera andra aspekter och ansåg exempelvis att läkaren avsatte tillräckligt med tid för barnet.

### *Specialiserad vård för barn – framsteg på flera områden*

Den specialiserade vården för barn och ungdomar har blivit bättre på flera sätt, och det är bland annat många fler barn som överlever cancer jämfört med tidigare. I dag saknas dock nationella data för att följa huruvida vissa grupper av barn kommer senare till vård än andra, på motsvarande sätt som man kan studera vuxna genom bland annat Socialstyrelsens hälsodatabaser. Det är troligt att barn i mindre resursstarka familjer får mindre vård än vad de egentligen behöver. Exempelvis avstår ensamstående mammor ofta från vård av ekonomiska och andra skäl (se avsnittet om avgifter i den inledande kapitlet).

## Särskilt utsatta barn

### *Nyanlända barn och unga*

Bland barn som nyligen har anlänt till Sverige löper flyktingar särskilt stor risk för psykisk ohälsa, på grund av upplevelser före och under flykten samt under asyltiden [1]. Sedan 1994 har asylsökande barn samma rätt till hälso- och sjukvård som barn med ett medborgarskap i Sverige och sedan 2000 gäller detta även barn som har fått avslag på sin asylansökan. Rätten omfattar däremot inte andra papperslösa barn [1]. Sverige har därför fått kritik från FN:s specialrapportör Paul Hunt och FN:s Kommitté för barnets rättigheter, som anser att Sverige inte lever upp till de ratificerade konventionerna [29]. Vissa landsting har på senare år ökat möjligheten till vård för papperslösa, utan att få någon ersättning från staten, och det finns ideella organisationer som också gör insatser för att ge papperslösa vård. Många undviker dock att söka vård eftersom de är rädda för att bli angivna eller inte vet vart de kan vända sig, och det har också betydelse för tillgängligheten till vård [30]. Asylsökande och papperslösa har inget svenskt personnummer och det är därför inte möjligt att följa deras hälsa och vårdhistorik i olika register [1]. Nyfödda papperslösa är särskilt utsatta [31], men också de ensamkommande flyktingbarnen som har uppmärksamats särskilt. För att minska deras utsatthet har flera lagar ändrats, och kommunerna är nu ansvariga för att tillhandahålla boende till ensamkommande barn och unga. [32].

Det finns flera exempel på verksamheter som hjälper barn och unga att etablera sig i Sverige, såsom Barn i väntan (BIV) och Barn i start (BIS).

Många verksamheter arbetar också med barnkonsekvensanalyser i processer som rör barn [33].

### *Omhändertagna barn behöver särskilt stöd och skydd*

Barn som omhändertas av samhället är en särskilt utsatt grupp. Många levde under svåra förhållanden innan samhället ingrep, men det finns också brister i samhällets omhändertagande av dem – inte minst på hälsoområdet.

Rätten till god hälsa är en av de grundläggande mänskliga rättigheterna och syftet är att särskilt skydda utsatta grupper. I Sverige har alla barn rätt till kostnadsfri hälsovård och deras hälsoutveckling övervakas med återkommande besök och kontroller hos barn-, skol- och tandhälsovården. Systemet förutsätter dock att det finns vuxna som ser till att barnet kommer till dessa kontroller och besök eftersom det i dag inte finns någon tydlig uppföljning och samverkan kring barnens hälsa i hur verksamheterna delar upp ansvaret. Socialstyrelsen stödjer för närvarande ett projekt i Malmö som går ut på att läkarundersöka de 110 barn som under 2011 är aktuella hos socialtjänsten för utredning eller placering [34]. Undersökningarna visade att omkring 45 procent hade något hälsoproblem som gjorde att de remitterades vidare till exempelvis en vårdcentral, barnmedicinklinik, BUP-klinik, öron-näsa-hals-klinik, optiker, hudklinik eller tandläkare.

När barn blir familjehemsplacerade delar socialtjänsten, hälsovården och familjehemsföräldrarna på ansvaret för sjuk- och hälsovård. Det finns för lite kunskap om hur detta fungerar i praktiken, men internationell forskning och några få svenska studier visar att många familjehemsbarn har hälsoproblem samt att det finns brister i det medicinska omhändertagandet [35-38].

Nyligen genomfördes ett projekt i samarbete mellan Malmö stad, Region Skåne och Socialstyrelsen. Syftet var att undersöka vilken hälsovård familjehemsplacerade barn (0–16 år) i Malmö får i jämförelse med andra barn i regionen [39]. Studien byggde på journalhandlingar från socialtjänsten och barn-, skol- och tandhälsovården, för samtliga barn som den 15 september 2008 hade varit placerade i ett familjehem under minst tre månader. Sammanfattningsvis fann man påtagliga brister i den grundläggande hälsovården och i hanterandet av hälsoproblem för de barn och unga som var placerade i familjehem. Ett grundproblem är att det fanns stora brister i socialtjänstens dokumentation av barnens hälsa och behov av hälso- och sjukvård samt i kommunikationen mellan olika aktörer. Omkring 15 procent saknade en eller flera vaccinationer i basprogrammet när de uppnådde skolåldern, vart femte barn hade inte fått någon fyraårskontroll och synundersökningen hade bara genomförts hos hälften av barnen. Vart tionde familjehemsbarn hade inte heller gjort någon hörsel- eller synkontroll under de första skolåren och en klart större andel hade inte gjort något ordinarie hälsobesök i skolhälsovården jämfört med övriga barn. Undersökningen fann även brister i uppföljningen av tandhälsan och indikationer på att många familjehemsbarn lider av psykisk ohälsa.

Kunskapen är alltså fortfarande bristfällig när det gäller omhändertagna barns hälsoförhållanden och medicinska omhändertagande. Det råder dock ingen tvekan om att det krävs kraftfulla åtgärder för att dessa barn i praktiken ska få samma rätt till hälsovård som andra barn. Det går inte att som i dag förutsätta att de generella nationella hälsovårdsprogrammen fungerar



tillfredsställande för barn som är omhändertagna av samhället. Deras förhöjda risk för ohälsa och deras levnadsomständigheter innebär att socialtjänsten och hälsovården måste bli bättre på att följa upp och utvärdera vården.

### *Våldsutsatta barn – stärkta rättigheter på gång*

Fysisk bestraffning har blivit mindre vanligt men troligen är det ändå många barn som utsätts för psykiska och fysiska övergrepp under uppväxten. I en kunskapsöversikt uppskattar Socialstyrelsen att 1–2 procent av alla svenska barn har varit utsatta för fysiska övergrepp, och att 10 procent har utsatts för någon typ av psykisk eller fysisk misshandel eller vanvård. I studier som rör vuxna anger 7–8 procent av kvinnorna och 1–3 procent av männen att de utsattes för sexuella övergrepp i barndomen [40]. Yngre barn utsätts för fysisk bestraffning i högre utsträckning än äldre barn, och särskilt utsatta är barn med någon långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt barn i familjer med svag ekonomi eller där det förekommer våld mellan föräldrarna [41]. Varje år behandlas ungefär 3 000 barn på sjukhus efter övergrepp av en annan person [42]. Lokala studier i för åren 1986–1996 och 2000 visar dock att anmälda övergrepp mot barn sällan leder till åtal eller stödinsatser [43–44].

Regeringen tog 2010 ett initiativ för att stärka barnets rättigheter och bekämpa våldet mot barn. Inom ramen för satsningen fick olika myndigheter i uppdrag att kartlägga attityder till bestraffning och orsakerna till att anmälningarna ökar när det gäller våld mot barn 0–6 år. Myndigheterna fick också göra informationssatsningar till hälso- och sjukvården och till föräldrar. Ett uppdrag gick särskilt ut på att förebygga våld mot spädbarn [45].

### *Hälso- och sjukvården och tandvården har ett särskilt ansvar*

Många fall av övergrepp blir aldrig kända. Myndighetsanställda måste dock göra en anmälan till socialtjänsten om de misstänker att barn utsätts för övergrepp eller missförhållanden. Denna anmälningsskyldighet gäller även anställda i enskilda verksamheter som arbetar med barn och unga samt anställda i inom vård och omsorg. Dessutom uppmanas allmänheten att anmäla missförhållanden [46].

De flesta barn i familjehem kommer från familjer som präglas av våld, missbruk och psykisk ohälsa. Därför är det särskilt viktigt att dessa barn har en kontinuerlig kontakt med en välfungerande hälso- och sjukvård, inklusive tandvård.

Folktandvården ansvarar för att ge tandvård till alla barn upp till 19 års ålder och har stora möjligheter att uppmärksamma missförhållanden, särskilt eftersom skador efter misshandel ofta visar sig i munnen, huvudet och halsen. Enligt en enkätundersökning av Barnombudsmannen är det dock sällan som tandvården anmäler misstankar om misshandel, våld, omsorgssvikt eller dental försummelse. Barnombudsmannen anser att lagstiftaren och de berörda myndigheterna behöver förtydliga tandvårdens roll och att vårdgivarna måste ha tydliga rutiner för att fler ska anmäla sina misstankar. Dessutom anser Barnombudsmannen att högskolorna behöver utbilda studenter i hur man upptäcker barn som far illa och att tandvårdpersonal behöver få

tillgång till fortbildning för att bli bättre på att uppmärksamma missförhållanden [47].

I februari 2011 gav Tandläkarförbundet ut ett policydokument om barn som far illa och tandvårdens unika möjlighet att upptäcka dessa barn [48]. Förbundet publicerade även en skrift i augusti 2011 som rör tandvårdens anmälningsskyldighet och vilka indikationer på missförhållanden som tandvårdspersonalen kan möta [49].

### *Pågående insatser för barn med särskilda behov av vård – exempel från tandvården*

Stockholms läns landsting har som tidigare nämnts en modell för att identifiera områden med sämre tandhälsa. I dessa områden betalar landstinget ut ett högre vårdbehovstillägg till vårdgivarna så att de får likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att ge vård på lika villkor. Satsningen verkar också ha burit frukt, för barn och ungdomar i de identifierade områdena har fått bättre tandhälsa under de senaste åren.

Landstinget i Östergötland arbetar också sedan flera år med riktade preventiva insatser till de områden som har störst behov. Under perioden 2006–2009 ökade dock skillnaderna i tandhälsa mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund, vilket visar att sådana satsningar fortfarande behövs.

Under 2010 gjorde projektgruppen Fosterbarns hälsa en utvärdering och granskning av hälsan och tandhälsan hos de barn som var placerade i familjehem i Malmö stad år 2008. Forskarna fick tillstånd att studera journalerna hos 121 av 223 barn i åldern 0–16 år [39]. Utvärderingen visar att endast 60 procent av de placerade barnen kom till de kontroller som tandvården erbjuder, och 30 procent hade behandlingssvårigheter, vilket innebär att de vid upprepande tillfällen har haft svårt att klara en tandvårdsbehandling (de har bland annat sprutfobi och svårt att sitta still eller vägrar att öppna munnen). Mer än dubbelt så många placerade barn behövde remitteras till specialisttandvården jämfört med kontrollgruppen, och i flera fall krävdes narkos för att behandlingen skulle vara möjlig att genomföra.

### Referenser

1. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Attityder till skolan 2003. Stockholm: Skolverket; 2007. Rapport 243.
3. Weitoft-Ringbäck G, Hjern A, Haglund B, Rosén M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population based study. *Lancet* 2003;361(9354):289–95.
4. Weitoft-Ringbäck G. Lone parenting, socioeconomic conditions and severe ill health. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 2003.
5. Hjern A, Ringbäck-Weitof G, Andersson R. Socio-demographic risk factors for home-type injuries in Swedish infants and toddlers. *Acta Paediatr* 2001;90(1):61–8.
6. Hasselberg M, Laflamme L, Ringbäck-Weitof G. Socioeconomic differences in road traffic injuries during childhood and youth: a closer look at different kinds of road user. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(12):858–62.

7. Janson S, Moniruzzaman S, Hjern A. Kan barnamord förebyggas? *Läkartidningen* 2007;104(10):776–81.
8. Sociala bakgrundsfaktorer hos skadade barn och ungdomar. Räddningsverket, NCO – Nationellt centrum för lärande från olyckor; 2008. NCO 2007:13.
9. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991.
10. Översyn av Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS. Socialstyrelsens meddelandeblad, februari 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Art nr 2009-126-77.
11. Regleringsbrev för budgetåret 2010 avseende Socialstyrelsen, punkt 4. Regeringen; 2009.
12. Almquist-Tangen G, Bergström M, Lindfors A, Holmberg L, Magnusson M. Minskat antal hembesök inom barnhälsovården. Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas. *Läkartidningen* 2010;107(47):2968–71.
13. Bergmark K, Birgander M, Delvert J, Ernstsson L, Jonsell R, Nevander G, et al. Barnhälsovård vid adoption. Hämtad 2011-05-31 från [www.growingpeople.se/templates/Handbookref.aspx?id=21891](http://www.growingpeople.se/templates/Handbookref.aspx?id=21891)
14. Skolhälsovården i tio kommuner i Sydsverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
15. Skolhälsovård – granskning av skolhälsovård inom kommuner och fristående skolor i sju län. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
16. Skolhälsovård – granskning av skolhälsovården vid 14 friskolor i Stockholms län och Gotlands kommun. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
17. Skolhälsovård – granskning av skolhälsovården vid 21 grundskolor (17 kommunala och 4 fristående skolor) i 16 kommuner inom Västra Götalands och Hallands län. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
18. Lundin N. Företagshälsovård redan i skolan. Men dagens skolhälsovård saknar tydligt mandat för att fullfölja uppgiften. *Läkartidningen* 2006;103(34):2372–3.
19. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. Policyprogram för Sveriges ungdomsmottagningar. FSUM; 2011. Hämtad 2011-09-21 från [www.fsum.org/fsum/wp-content/uploads/2011/02/policysv.pdf](http://www.fsum.org/fsum/wp-content/uploads/2011/02/policysv.pdf)
20. RFSU:s Sverigebarometer 2010. Stockholm: RFSU; 2010.
21. RFSU:s Sverigebarometer 2011. Stockholm: RFSU; 2011.
22. Ungdomsmottagningarnas kontakter med pojkar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
23. Ungdomsmottagning på Internet. Slutredovisning av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
24. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
25. Socialstyrelsen. Metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Hämtad 2010-12-01 från [www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/barnpsykiskahalsa/inventering\\_avmetoder](http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/barnpsykiskahalsa/inventering_avmetoder).

26. Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem? Slutrapport från en nationell tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
27. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – Uppföljning av 2010 års statsbidrag för en förstärkt vårdgaranti. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
28. Nationell patientenkät: Barnsjukvård 2011. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011
29. Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet. Betänkande av Utredningen av vård för papperslösa m.fl. Regeringen; 2011. SOU 2011:48.
30. Gömda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård. Resultat från en studie av Läkare Utan Gränser. Stockholm: Läkare utan gränser; 2005.
31. Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
32. Ett gemensamt ansvar för ensamkommande barn och ungdomar, April 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
33. Utan hälsa, ingen etablering – hälsans roll i flyktingmottagandet. Länsstyrelserna; 2011.
34. Personligt meddelande. Stefan Kling, skolläkare, Malmö stad.
35. Dartingtonprojektet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
36. Hjern A, Vinnerljung B. Health care for children in foster and residential care. Invited commentary. *Acta Paediatrica* 2002; 91:1153–4.
37. Egelund T, Andersen D, Lausten M, Knudsen L, Olsen R F & Gerstoft F. Anbragte Børns Vilkår og Udvikling. Resultater Fra SFI's Forløbsundersøgelser af 1995-Årgangen. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research; 2008.
38. Jaudes PK, Bilaver L, Goerge R, Catania C. Improving access to health care for foster children: the Illinois Model. *Child Welfare* 2004;83:215–38.
39. Fosterbarns Hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2010.
40. Barn som utsätts för fysiska övergrepp. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
41. Svensson B, Långberg B, Janson S. Våld mot barn 2006-2007. En nationell kartläggning. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Karlstads universitet; 2007. Skriftserie 2007:4.
42. Skador bland barn i Sverige. Olycksfall, övergrepp och avsiktligt självdestruktiv handling. Rapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
43. Lindell C. Child physical abuse. Reports and interventions. Linköping University Dissertations No. 879. Doktorsavhandling. Linköping: Linköping universitet; 2005.
44. Barnmisshandel – Att förebygga och åtgärda. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001. SOU 2001:72.
45. Initiativ för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Hämtad 2011-09-19 från [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se).

46. Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
47. Tandvård och barn som far illa. Stockholm: Barnombudsmannen; 2010:02.
48. Policydokument. Barn som far illa. Sveriges tandläkarförbund; 2011.
49. Barn som far illa. Kunskap och kvalitet nr. 9. Sveriges tandläkarförbund; 2011.

## Äldre

### Sammanfattande slutsatser

Över 18 procent av Sveriges befolkning (1,7 miljoner människor) är 65 år eller äldre. Kvinnor lever längre än män och bland dem som är 80 år och äldre är nästan två tredjedelar kvinnor. Den sista tiden i livet har många män alltså stöd av sin hustru medan kvinnan är ensamstående när hennes vårdbehov är som störst. Med andra ord är hög kvalitet i vården och omsorgen om äldre en jämställdhetsfråga.

Många äldre har besvär av ångslan, oro och ångest, vilket är vanligare bland kvinnor än bland män. Äldre kvinnor förskrivs också betydligt mer psykofarmaka. Däremot är det fler män som får hjärt- och kärlsjukdomar och som dör av sådana sjukdomar, vilket främst beror på att män har fler riskfaktorer och troligen också är sämre på att söka vård vid tidiga symtom. Efter en hjärtinfarkt eller stroke finns det dock oftast inga ogrundade skillnader mellan hur män och kvinnor vårdas och behandlas, enligt Socialstyrelsens utvärderingar.

Äldre med kortare utbildning har sämre hälsa, högre dödlighet och högre förekomst av de flesta sjukdomar och besvär jämfört med dem som har längre utbildning. I åldern 60–74 år gör ändå de högutbildade fler läkarbesök vid specialistmottagningar på sjukhus, dit det i allmänhet krävs en remiss. Det verkar alltså som om välutbildade äldre oftare får dessa remisser trots att de har bättre hälsa. Äldre i med enbart grundskoleutbildning löper större risk att behandlas med riskfyllda kombinationer av läkemedel, och högutbildade äldre får oftare nyare läkemedel mot demens utskrivna jämfört med lågutbildade.

Läkare har olika mycket arbetstid i äldreboenden och skillnaderna är stora både inom och mellan olika län. I kommunerna och landstingen är det dessutom väldigt varierande när det gäller andelen äldre som har fått sina läkemedelsordinationer genomgångna av en läkare det senaste året. Det finns även stora skillnader i andelen som har fått en bedömning av risken för fall, trycksår och undernäring. Vidare finns det stora geografiska variationer när det gäller vård i livets slutskede.

I framtiden bör huvudmännen bland annat anpassa vården och vårdkedjorna efter äldre multisjukas behov samt särskilt uppmärksamma vården för äldre utan anhöriga. Sjukvårdshuvudmännen bör även överväga att i större utsträckning erbjuda regelbundna hälsosamtal för äldre över 75 år.

### Äldres hälsa – positiv trend men inte entydig för de allra äldsta

Över 18 procent av Sveriges befolkning, eller 1,7 miljoner människor, är 65 år eller äldre. De äldres andel av befolkningen har ökat i mer än ett sekel och den blir allt större eftersom medellivslängden ökar. Detta beror i sin tur

på att dödligheten minskar i stora folksjukdomar, framför allt hjärt- och kärlsjukdomar.

Under de senaste decennierna har också de äldres självupplevda hälsa blivit bättre, framför allt när det gäller yngre pensionärer. Det visar SCB:s ULF-undersökningar. Förbättringarna är dock inte lika tydliga för de allra äldsta och det finns undersökningar som tyder på att de allra äldstas hälsa i stället har försämrats. Andelen äldre med någon långvarig sjukdom har ökat, medan en minskande andel rapporterar att de har en långvarig sjukdom som är ett hinder i vardagen.

Många äldre har besvär av ängslan, oro och ångest, och liksom i yngre åldrar är det vanligare bland kvinnor än bland män. Äldre kvinnor konsumerar också betydligt mer psykofarmaka än äldre män även om det är fler män än kvinnor som begår självmord.

I Sverige beräknas omkring 142 000 personer lida av en demenssjukdom. Det finns fler dementa kvinnor än män, dels beroende på att kvinnor generellt blir äldre, men också för att kvinnor löper högre risk att drabbas. I åldersgruppen 85–89 år har 25 procent någon demenssjukdom och i gruppen 95+ är det 48 procent.

Varje år drabbas ungefär var tredje person som är 60 år eller äldre av en fallolycka, liksom varannan person över 80 år. Kvinnor drabbas oftare än män av frakturer. Yngre pensionärer får främst frakturer i handleden medan höftfrakturer är vanligast bland de allra äldsta. Efter en höftfraktur krävs omfattande rehabilitering och det är vanligt att den äldre inte uppnår lika god hälsa som före frakturen. I många fall innebär höftfrakturen också att den äldre inte längre klarar sin dagliga omsorg.

Efter 80 års ålder blir det snabbt vanligare att människor får svårt att sköta sin personliga omvårdnad, och i åldrarna 85 och däröver behöver närmare hälften av kvinnorna och drygt en tredjedel av männen hjälp med den personliga omvårdnaden. [1]

## Män och kvinnor har olika behov – och får ibland olika vård

Kvinnor lever längre än män och i gruppen 80 år och äldre är nästan två tredjedelar kvinnor. Den sista tiden i livet har männen ofta stöd av sin hustru medan kvinnan är ensamstående när hennes vårdbehov är som störst. Det är alltså en jämställdhetsfråga att ha en hög kvalitet i vården och omsorgen om äldre.

Kvinnors och mäns hälsa skiljer sig åt på flera sätt. Därför kan man inte förvänta att de ska använda vården lika, och inte heller att de ska konsumera läkemedel på ett likartat sätt. Kapitlet om hjärt- och kärlsjukdomar i denna rapport behandlar könsskillnader i både förekomsten och vården, men skillnaderna gäller framför allt den äldre befolkningen eftersom dessa sjukdomar är vanligast i den gruppen. Förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar är högre bland män än bland kvinnor, liksom dödligheten – vilket främst beror på att män har fler riskfaktorer och troligen också är sämre på att söka vård vid tidiga symtom. Efter en hjärtinfarkt eller stroke visar Socialstyrelsens utvärderingar att det oftast inte finns några grundade skillnader mellan män och kvinnor när det gäller vården och behandlingen [2,3].

Kvinnor drabbas oftare av sjukdomar och besvär som inte är dödliga men som däremot ofta innebär en funktionsnedsättning. Hit hör till exempel värkbesvär och psykisk ohälsa (se tabell 1). Bland annat är osteoporos vanligare bland kvinnor än bland män och det är en orsak till att kvinnor oftare får frakturer.

*Tabell 1: Förekomst av ängslan, oro, ångest, sömnbesvär samt svår värk bland kvinnor och män i åldern 75 – 84 år, enligt SCB's Undersökningar av levnadsförhållanden år 2010.*

	<b>Kvinnor</b>	<b>Män</b>
Ängslan, oro, ångest	24	14
Sömnbesvär	36	21
Svår värk	33	22

Källa: Undersökningarna av levnadsförhållanden, SCB.

I yngre åldrar gör kvinnor fler läkarbesök än män, men denna skillnad jämnas ut med ökande ålder. I åldersgruppen 65–74 år har 44,7 procent av kvinnorna och 40,6 procent av männen besökt läkare under en tremånadersperiod, enligt SCB:s ULF-undersökningar [4]. I samma åldersgrupp har män fler vårdtillfällen i slutenvården jämfört med kvinnor. Medianvårdtiderna var år 2008 lika långa för både kvinnor och män (se tabell 2). [5] I början av 1990-talet hade dock kvinnor längre vårdtider än män, det vill säga före trenden med allt kortare vårdtider. Därefter har alltså kvinnornas vårdtider i slutenvården minskat betydligt mer än männens. [6]

*Tabell 2: Procentuell förkortning av medianvårdtid i slutenvården för kvinnor och män mellan åren 1992 och 2008. (Medianvårdtid i antal dagar inom parentes).*

	<b>Kvinnor</b>	<b>Män</b>
65 - 79	50% (6 till 3 dagar)	40% (5 till 3 dagar)
80 - 84	43% (7 till 4 dagar)	33% (6 till 4 dagar)
85+	38% (8 till 5 dagar)	17% (6 till 5 dagar)

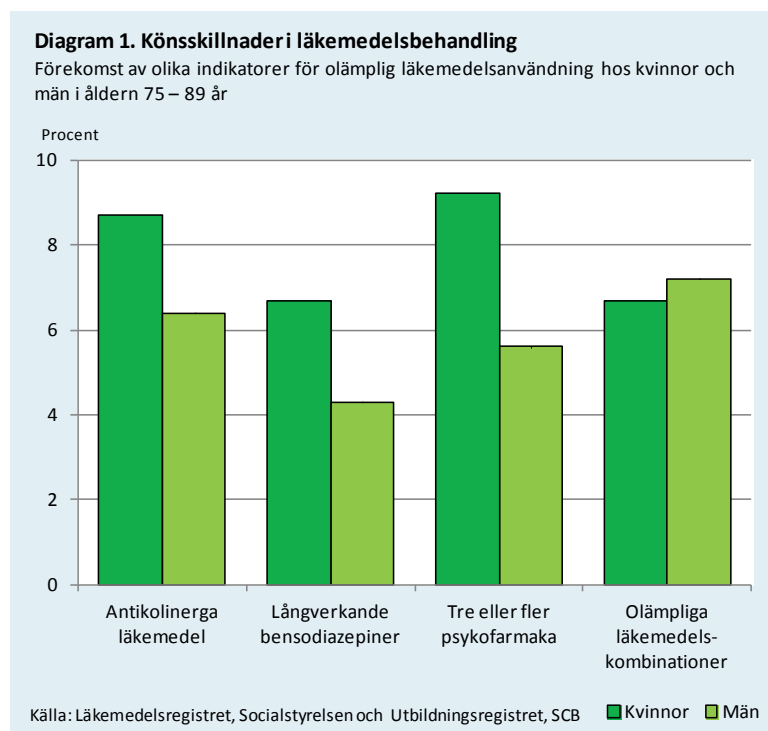
Källa: Lägesrapport 2010 – Vård och omsorg om äldre, Socialstyrelsen.

Det finns exempel på att kvinnor får sämre vård än män vid samma sjukdomstillstånd:

- Kvinnor har sämre synskärpa än män när de opereras för gråstarr, vilket innebär att de får vänta längre på operation. Denna skillnad har dock minskat sedan början av 1990-talet [5].
- Enligt Svenska demensregistret är kvinnor äldre och har sämre kognitiv förmåga än män när de får sin demensdiagnos [5].

Dessutom är olämplig läkemedelsanvändning vanligare bland äldre kvinnor än bland äldre män (se diagram 1). I åldersgruppen 75–89 år löper kvinnor större risk för olämplig läkemedelsanvändning, även när resultatet har kontrollerats för utbildning och antalet uttagna läkemedel. Detta gäller framför allt användningen av långverkande bensodiazepiner och samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka. Ett undantag är risken för olämpliga läkemedelskombinationer som är något större för män.





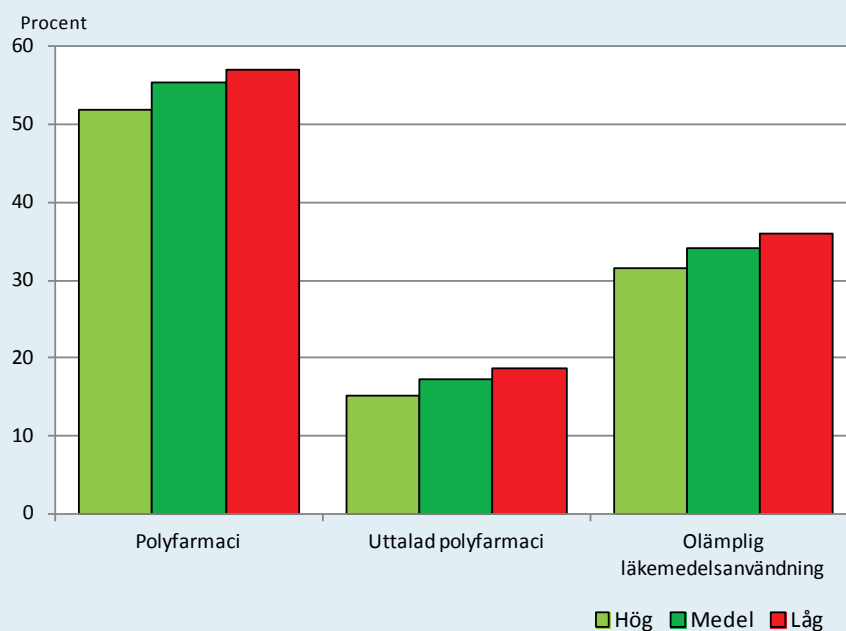
## Högutbildade äldre gör oftare läkarbesök

Utbildning är en vanlig indikator för socioekonomisk status och det är välkänt att personer med kortare utbildning har sämre hälsa, högre dödlighet och högre förekomst av de flesta sjukdomar och besvär. Detta gäller även för äldre. I yngre åldersgrupper gör personer med kort utbildning fler läkarbesök i både den somatiska och den psykiatriska specialistöppenvården vid sjukhus jämfört med dem som har längre utbildning. I åldern 60–74 år är förhållandet däremot det omvända – trots bättre hälsa gör de högutbildade fler läkarbesök [5]. Oftast krävs en remiss för besök till sjukhusens öppenvård, och det verkar alltså som om välutbildade äldre oftare får dessa remisser trots att de har bättre hälsa än lågutbildade. Däremot har lågutbildade äldre fler vårdtillfällen i slutenvården, både när det gäller somatisk och psykiatrisk vård.

Äldre med kortare utbildning får också sämre läkemedelsbehandling eftersom det är vanligare att de har många olika läkemedel samtidigt och dessutom har olämpliga läkemedelskombinationer. Detta samband kvarstår även efter justering för ålder, kön, boende i stad eller på landsbygd samt läkemedelskonsumtion (se diagram 2). Lågutbildade får även mindre lämplig läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke. En annan skillnad gäller demens som är vanligare bland lågutbildade, men ändå är det vanligare att högutbildade får läkemedelsbehandling för sin demenssjukdom [5].

### Diagram 2. Socioekonomiska skillnader i läkemedelsbehandling

Förekomst polyfarmaci (användning av fem eller fler läkemedel), uttalad polyfarmaci (användning av tio eller fler läkemedel) och olämplig läkemedelsanvändning (antikolinerga, långverkande benzodiazepiner, tre eller fler psykofarmaka, olämpliga läkemedelskombinationer, s.k. D-interaktioner), hos personer i åldrarna 75 – 89 år med olika utbildningsnivå.



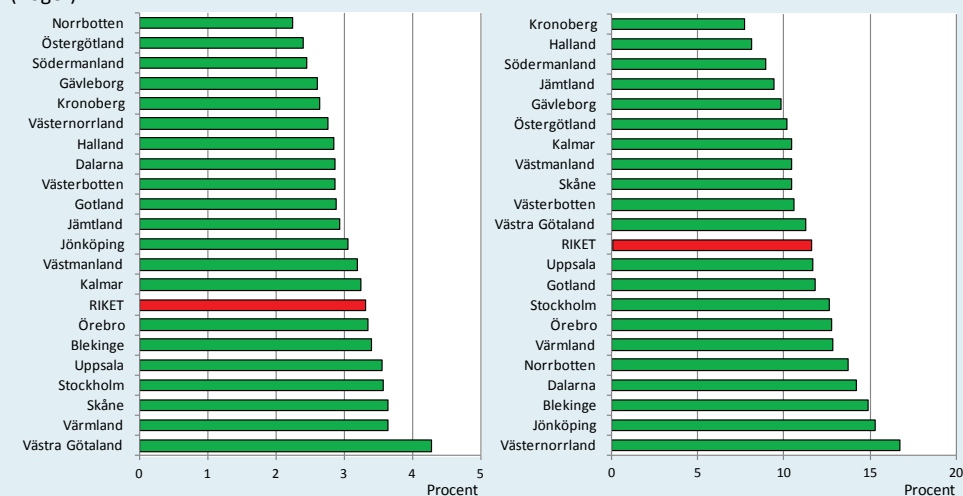
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB

### Geografiska skillnader är betydande

Läkare ägnar olika mycket arbetstid åt äldreboenden, och det varierar mycket mellan och inom olika län. Dessutom finns stora skillnader i andelen patienter som har fått sina läkemedelsordinationer genomgångna av en läkare under det senaste året. De två län med högst andel har också en hög läkarnärvaro, men mycket läkartid behöver inte innebära att fler har aktuella läkemedelsgenomgångar. Vidare finns det stora skillnader mellan olika äldreboenden när det gäller andelen som har fått en bedömning av risken för fall, trycksår och undernäring [7].

**Diagram 3. Läkemedelsanvändning**

Andel (procent) personer 65 år och äldre i särskilt boende i olika landsting, med riskfyllda läkemedelskombinationer (vänster) och läkemedel som kan orsaka minnesstörningar och förvirring (höger)

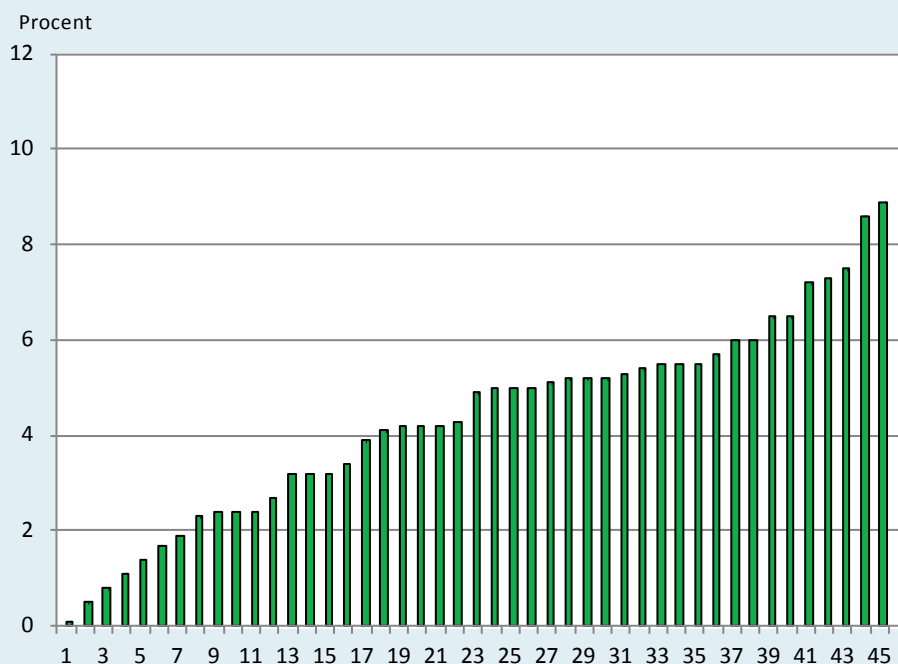


Källa: Läkemedelsregistret och Socialtjänstens register, Socialstyrelsen

När det gäller äldres läkemedelsanvändning varierar både omfattningen och kvaliteten mellan landstingen (se diagram 3). Men även inom landstingen, på kommun- och stadsdelsnivå, finns det stora skillnader i läkemedelsanvändningen på särskilda boenden. Ibland kan skillnaderna vara påtagliga också mellan kommuner som gränsar till varandra (se diagram 4).

#### Diagram 4. Läkemedelsanvändning

Andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende, med riskfyllda läkemedelskombinationer. Olika kommuner i Västra Götalands län. Endast kommuner med 40 eller fler personer registrerade i särskilt boende redovisas.



Källa: Läkemedelsregistret och Socialtjänstens individregister, Socialstyrelsen  
Kvalitet i läkemedelsförskrivningen i särskilt boende, mätt med fyra indikatorer. Data från läkemedelsregistret samkört med socialtjänstens register 081231. Uppgift om kommun och stadsdel från SCB, per 1 januari 2009. Kommuner (20 st) som enligt dessa uppgifter har färre än 40 pers i SÄBO är borttagna

#### Vård vid livets slut – stor regional variation i kompetens

En viktig del av äldre vården är vården i livets slutskede, men många döende tillbringar sin sista tid i kommunala boendeformer där bristen på läkare är ett välkänt problem. Under sina sista två veckor i livet är det dessutom många äldre som flyttas mellan sjukhusvård och hemvård för att slutligen avlida på sjukhus. Svenska Palliativregistret startade år 2005, och år 2009 registrerades mer än 25 procent av de dödsfall som sjukvården förväntade sig. Täckningsgraden varierar dock mellan olika kommuner och län, och är högst i Sörmland följt av Dalarna och Östergötland. Flera av universitets-sjukhusen och andra stora sjukhus lämnar dock inga uppgifter till registret.

Enligt palliativregistret finns det stora brister och regionala skillnader när det gäller vården i livets slutskede. 20 procent av de kommunala boendena saknar tillgång till läkare på jourtid, liksom 14 procent av de avancerade hemsjukvårdsverksamheterna. Dessutom finns det stora brister i journal-dokumentationen som gäller den palliativa vården, och innehållet i vården varierar också markant mellan olika vårdenheter. Många saknar rutiner för att skatta patientens smärta, ångest och illamående, men sådana rutiner har blivit vanligare på palliativa enheter och i avancerad hemsjukvård sedan

registreringen började. Brister i omvårdnaden märks bland annat genom förekomsten av trycksår, och andelen drabbade patienter varierar mycket mellan enheter av samma typ.

Av dem som vårdas på specialiserade palliativa vårdenheter har 85–100 procent en cancerdiagnos, vilket innebär att det främst är denna grupp som möter den palliativa kompetensen. Patienter med andra diagnoser kan dock också ha stora palliativa vårdbehov, varav många vårdas på sjukhus eller kommunala enheter. Därför behöver kompetensen inom palliativ vård bli bättre även inom dessa enheter [8].

### Är vården lika bra för äldre som för yngre?

Åldrandet innebär mindre fysiologiska reserver och högre känslighet för sjukdomar. Med stigande ålder ökar sjukligheten och funktionsnedsättningarna, liksom behovet av vård och omsorg. Äldre både behöver och nyttjar mer sjukvård än yngre, och de medicineras oftare för en eller flera sjukdomar. Vid hög ålder är människans kropp skör och saknar de reserver som skulle behövas vid påfrestningar som infektioner, trauman och kirurgiska ingrepp. Balansen mellan olika organsystem rubbas lätt och äldre människor behöver komplicerad medicinsk vård [9].

De flesta äldre bor i dag kvar i eget boende högt upp i åldrarna och får medicinsk hjälp via primärvården. Jämfört med yngre behöver de betydligt mer tid vid ett läkarbesök och missgynnas därför av ersättningssystem som premierar vårdenheter med många och snabba läkarbesök. [10] Vården bör vara uppmärksam på äldre som behöver besöka läkare många gånger på kort tid. Det kan vara ett tecken på att problem som skulle kunna lösas vid ett tillfälle i stället delas upp på flera, eller att den äldre får träffa annan vårdpersonal i stället för läkare, eller kanske får hembesök.

På vårdcentralerna är den fysiska miljön oftast anpassad till rörelsehindrades behov men bristerna är stora när det gäller anpassningen till andra funktionsnedsättningar, exempelvis syn- och hörselnedsättning och kognitiva funktionsnedsättningar [11]. Men äldre personer kan ha svårt att ens beställa en tid på vårdcentralen. Ofta möts man av en telefonsvarare, och många äldre kan ha svårt att höra eller förstå meddelandet. Den som ringer ombeds knappa in exempelvis sitt person- eller telefonnumret, vilket kräver gott minne samt god syn och motorik. Det händer att äldre inte söker vård trots att de uppenbarligen behöver det, och en del är kraftigt undernärda och uttorkade samt bor närmast i misär när någon i omgivningen slår larm [10].

I gruppen 75–84 år var det 2007 omkring 6 procent av kvinnorna och 5 procent av männen som bodde i ett särskilt boende. I gruppen 85+ var 12 procent av kvinnorna institutionsboende liksom 17 procent av männen. Sedan 2000 har andelen minskat med 22 procentenheter för kvinnor och 8 procentenheter för män. Dagens institutioner har bara plats för de allra sjukaste, vilket innebär att vårdtyngden för äldre i särskilt boende har ökat markant. Dessutom har antalet vårdplatser på sjukhus minskat på grund av effektiviseringar och besparingar. Mellan åren 1992 och 2006 minskade antalet platser inom geriatrik med 74 procent och inom medicin med 31 procent. Detta har lett till att många äldre skrivs ut från sjukhusen trots att de behöver relativt mycket medicinsk vård och rehabilitering, vilket bidrar till att öka vård-

tyngden i de särskilda boendena. Samtidigt får hemtjänsten fler vårdtagare med stora behov [1]. I lägesrapporten 2011 ifrågasätter Socialstyrelsen om alla äldre personer verkligen får den vård och omsorg de behöver [12].

### Tandvård – bättre kompetens angelägen i kommunerna

Socialstyrelsen har gjort en verksamhetstillsyn av kommunalt och enskilt drivna särskilda boenden i 38 kommuner i den sydöstra regionen. Resultatet visar att de äldre som har rätt till munhälsobedömning och nödvändig tandvård också erbjuds detta. Vi konstaterar dock att det ibland är svårt att ge den omvårdnad och behandling som behövs när det gäller munhälsa [13], framför allt till äldre med demenssjukdom. Inspektionerna visar att kommunens omvårdnadspersonal behöver mer kompetens inom området, och att verksamheterna behöver en plan för personalens kompetensutveckling.

Tandläkarförbundet har också uppmärksammat äldres tandhälsa, och oroas av att många inte erbjuds uppsökande tandvård till hälso- och sjukvårdstaxa trots att de har rätt till det [14]. Enligt förbundet är det mycket viktigt att bland annat kommunernas biståndsbedömare får mer kunskap om äldres munhälsa och att samarbetet blir bättre mellan tandvården och kommunernas äldreomsorg och socialtjänst samt kommunernas äldreboenden och hemtjänst. Förbundet vill också att fler ska förstå vikten av en god munhälsa, både de äldre själva men även kommunernas och tandvårdens personal.

Tandläkarförbundet gjorde våren 2011 en enkätundersökning bland de ansvariga för kommunernas biståndshandläggare. En femtedel av dem som besvarade enkäten upplever att sköra eller sjuka äldre som bor kvar hemma ofta har tandhälsoproblem [15]. Samtidigt är det få kommuner som alltid tar upp munhälsan och tandvårdsbehovet vid sina bedömningar av äldres biståndsbehov. Enligt svarspersonerna beror det på att munhälsa och tandvård anses vara en del av den personliga omvårdnaden som sjukvården eller hemvården ska ta upp i sina verkställighetsplaner. En del kommuner tar dock upp munhälsa och tandvård vid biståndsbedömningarna av äldre, men de flesta följer sedan inte upp hur det har gått hos tandvården. Dessutom vet biståndshandläggarna inte tillräckligt om vad som ingår i en munhälsobedömning.

### Referenser

1. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Nationell utvärdering 2011 – Strokevård. Delrapport: Landstingens insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
4. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF). [www.scb.se](http://www.scb.se)
5. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
6. Lägesrapport 2010, fördjupningsdel. Vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
7. Öppna Jämförelser för äldreomsorgen. Socialstyrelsen 2011.

8. Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2009. : Svenska Palliativregistret; 2010.
9. Akner, G. Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler. Fokus måste flyttas från isolerade sjukdomar till komplexa hälso-problem. Läkartidningen 2010;107:2707–11.
10. Hagman L, Österman J. Utnyttja möjligheterna. Organiseringen av hemsjukvården vid åtta husläkarmottagningar. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum; 2011. Rapport nr 2011:5.
11. Alltjämnt ojämnliskt. Stockholm: Socialstyrelsen 2010.
12. Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
13. Tillsynsrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011
14. Sveriges tandläkarförbund 2011. Policydokument. Äldres tandhälsa och munvård. Stockholm: Sveriges tandläkarförbund; 2011
15. Sveriges tandläkarförbund 2011. Munhälsan hos äldre som bor hemma. Stockholm: Sveriges tandläkarförbund; 2011

# Funktionsnedsättning

## Sammanfattande slutsatser

Personer med funktionsnedsättning har betydligt sämre hälsa än övriga befolkningen. Särskilt utsatta tycks personer med psykisk funktionsnedsättning vara.

Det är tio gånger vanligare att personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig än att den övriga befolkningen gör det, och den självupplevda ohälsan är störst hos personer med rörelsehinder. En funktionsnedsättning behöver inte automatiskt innebära sämre hälsa men funktionsnedsättningen kan vara en hälsorisk.

Flera studier pekar också på att personer med funktionsnedsättning avstår från vård och behandling i högre utsträckning än den övriga befolkningen. Ofta är orsakerna ekonomiska eftersom gruppen generellt sett har låg disponibel inkomst och omfattande utgifter för hälso- och sjukvård.

Det utökade tandvårdsstödet till personer med funktionsnedsättning liksom översynen av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem är steg i rätt riktning.

## Inledning

Personer med funktionsnedsättning uppmärksammas alltmer när det gäller målet hälsa på lika villkor. Tidigare låg fokus framför allt på tillgången till den vård som rör personens funktionsnedsättning (exempelvis habilitering, rehabilitering och psykiatrisk vård), men nu går utvecklingen mot att se rätten till hälso- och sjukvård ur ett bredare folkhälsoperspektiv. Utöver hälso- och sjukvårdslagen slås rätten till hälso- och sjukvård fast även i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning [1]:

Konventionsstaterna erkänner att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning med beaktande av jämställdhetsperspektivet, däribland hälsorelaterad rehabilitering

Detta avsnitt handlar om personer med funktionsnedsättning, inklusive psykisk funktionsnedsättning. Här ingår även personer med långvariga sjukdomar som kan antas innebära en funktionsnedsättning eller medföra hinder i vardagen.

**Tio gånger vanligare med dålig hälsa bland funktionshindrade**  
Folkhälsoinstitutets undersökning *Onödig ohälsa* visar att självskattad ohälsa är mer än tio gånger vanligare bland personer med



funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen, 22 procent jämfört med 2 procent<sup>6</sup> [2].

Andelen med dålig hälsa är högst bland kvinnor och män med rörelsehinder, av vilka 43 procent av männen och 32 procent av kvinnorna rapporterade ett dåligt allmänt hälsotillstånd [3].

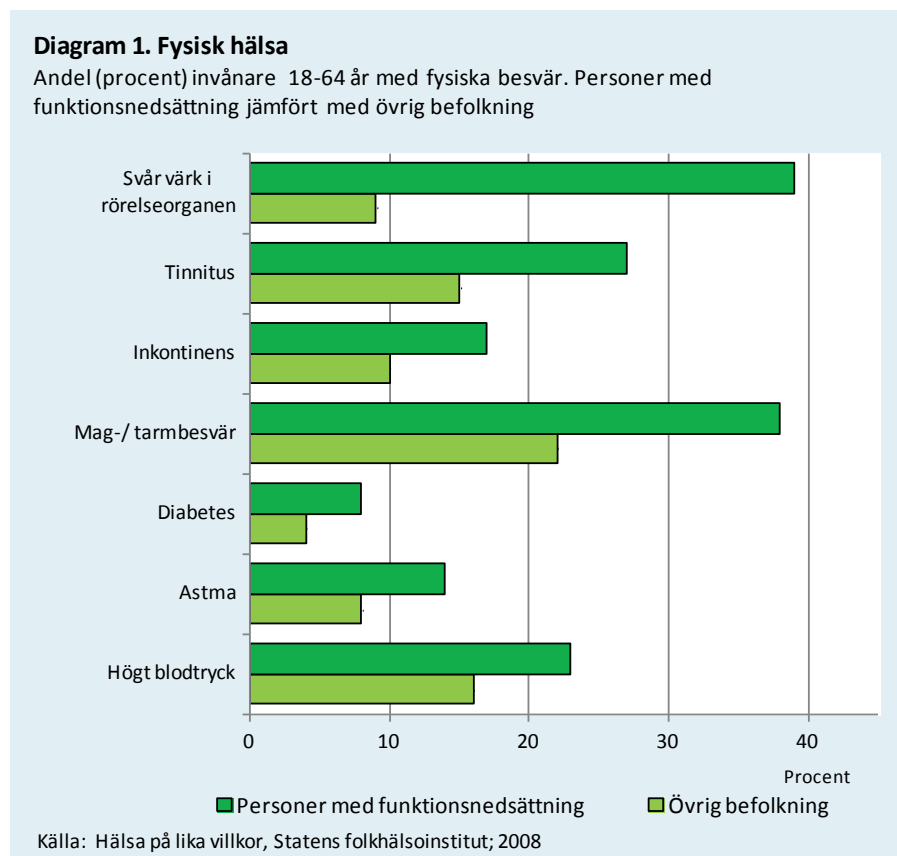


Diagram 1 visar att skillnaderna i självskattad ohälsa gäller flera hälsotillstånd. Skillnaderna är störst när det gäller svår värk: uppemot 40 procent av dessa personer uppger att de lider av detta jämfört med ungefär 10 procent av den övriga befolkningen.

#### *Psykisk ohälsa nästan tre gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning*

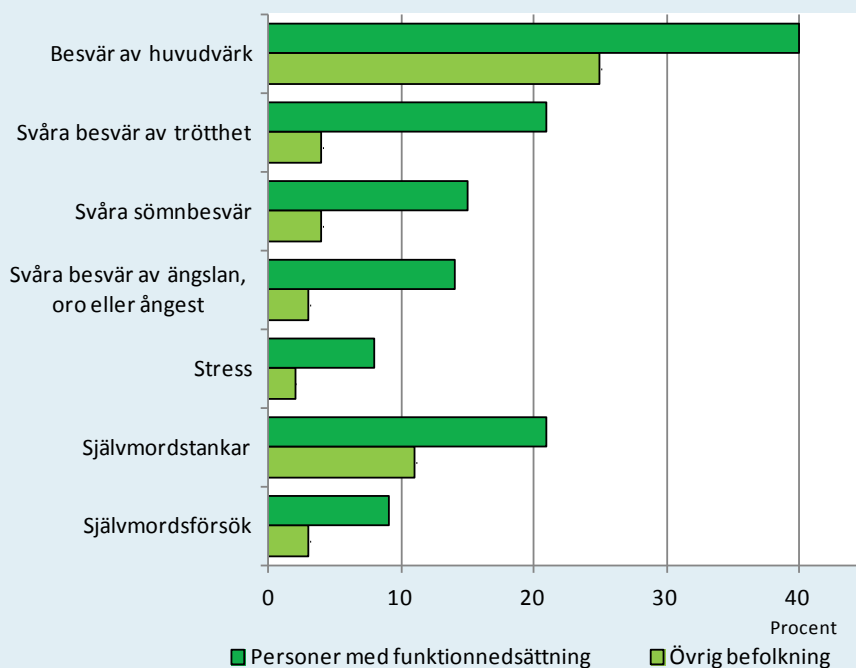
Ungefär 33 procent av alla med en självskattad funktionsnedsättning uppger sig också ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande, jämfört med 14 procent i den övriga befolkningen [3]. Den psykiska ohälsan är störst bland personer med rörelsehinder, och när det gäller personer med funktionsnedsättning var psykisk ohälsa vanligare bland kvinnor än män. Undantaget är självmordsförsök som är vanligare bland män med rörelsehinder.

Diagram 2 visar att skillnaderna finns inom samtliga undersökta områden. Skillnaden är störst när det gäller huvudvärk och svåra besvär med trötthet och sömn, vilka är betydligt vanligare bland personer med funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen.

<sup>6</sup> Dålig hälsa har de som svarade att deras allmäntillstånd är dåligt eller mycket dåligt.

### Diagram 2. Psykisk hälsa

Andel (procent) invånare 18-64 år med psykiska besvär. Personer med funktionsnedsättning och övrig befolkning



Källa: Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut; 2008

### *Tandhälsan är betydligt sämre hos personer med funktionsnedsättning*

Kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger också sämre tandhälsa än den övriga befolkningen, 20 procent jämfört med 9 procent [3]. Sämst tandhälsa rapporterar personer med rörelsehinder.

### *Sociala skillnader i hälsa*

Vidare finns det sociala skillnader i hälsa bland personer med funktionsnedsättning, och mönstret liknar den övriga befolkningens även om skillnaderna är större [3]. *Svår värk i rörelseorganen* är vanligast bland personer med kort utbildning, oavsett om de har en funktionsnedsättning eller inte. Andelen är dock allra högst bland personer med funktionsnedsättning som har kort utbildning, 37 procent (män) respektive 51 procent (kvinnor). Motsvarande andel bland övriga med kort utbildning är 9 procent respektive 13 procent.

*Psykisk ohälsa* är vanligast bland personer som saknar kontantmarginal, oavsett om de har en funktionsnedsättning eller inte. Andelen är dock högre bland personer med funktionsnedsättning som saknar kontantmarginal, 40 procent (män) respektive 43 procent (kvinnor). Motsvarande andel bland övriga som saknar kontantmarginal är 17 procent respektive 21 procent. Den psykiska ohälsan är även högre hos de som har kort utbildning.

Vidare är *tandhälsan* sämre hos dem som saknar kontantmarginal liksom hos dem med kort utbildning. Andelen är dock högst bland personer med

funktionsnedsättning, och dålig tandhälsa drabbar mer än 66 procent av dem som saknar kontantmarginal och mer än 20 procent av dem som har en kort utbildning.

### Fler vårdkontakter än den övriga befolkningen

Kvinnor och män med funktionsnedsättning har oftare kontakt med sjukvården, jämfört med den övriga befolkningen. Enligt den nationella folkhälsoenkäten [3] hade 66 procent besökt en vårdinrättning under de senaste tre månaderna, jämfört med 42 procent i den övriga befolkningen. Det var också fler personer med funktionsnedsättning som hade besökt en kurator eller psykolog.

Uppgifterna bekräftas av en annan studie som också visar att personer med funktionsnedsättning oftare har kontakt med sjukvården [4]. I den studien uppgav nästan alla med funktionsnedsättning att de någon gång under det senaste året hade besökt en läkare eller distrikts- eller sjuksköterska, vilket är en större andel än bland befolkningen i stort. Personer med funktionsnedsättning får också oftare behandling av en sjukgymnast eller arbetsterapeut samt rehabilitering och habilitering. Under det senaste året fick ungefär var tredje person en sådan behandling.

### Vården som ges är inte likvärdig

Socialstyrelsen har publicerat flera rapporter om den somatiska vården och sjukligheten för personer med psykisk funktionsnedsättning<sup>7</sup>, och i dem bland annat studerat aspekter på jämlik vård [5-8]. Vi konstaterar att personer med psykisk funktionsnedsättning har sämre förutsättningar att få en tillräckligt god vård. Detta kan ha flera orsaker, exempelvis att somatisk sjuklighet upptäcks senare hos personer med psykisk funktionsnedsättning och att de får ett sämre somatisk omhändertagande inom vården. Nedan presenterar vi de olika rapporterna lite närmare.

#### *Kvinnor med psykisk funktionsnedsättning får cancerdiagnos senare än andra kvinnor*

I en av Socialstyrelsens studier undersöktes sju olika cancerformer och för samtliga former var överlevnaden kortare för personer med psykisk funktionsnedsättning än för övriga cancerpatienter [5]. Psykiskt sjuka dör alltså i högre grad än andra patienter av sin cancer, vilket kan bero på att canceren upptäcks i ett senare skede. Därför analyserade vi också hur långt canceren hade fortskridit när diagnosen ställdes, och valde bröstcancer eftersom det är en cancerform som hälso- och sjukvården aktivt screenar genom att bjuda in kvinnor till mammografiundersökningar.

Screening med mammografi har visat sig minska dödligheten i sjukdomen väsentligt. Resultaten från studien visar dock att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning hade en längre framskriden bröstcancer än övriga när de fick sin diagnos och behandling. Detta tyder på att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning troligen inte går på screening i samma utsträckning

---

<sup>7</sup> Personerna har vårdats för psykisk sjukdom vid upprepade tillfällen.

som andra kvinnor och att bröstcancern därför upptäcks senare. Dessa kvinnor får därmed en sämre prognos än övriga patienter med bröstcancer.

### ***Personer med psykisk funktionsnedsättning och diabetes har ökad dödlighet***

En annan av studierna innehåller fördjupade analyser av olika hälsoutfall, inklusive dödlighet, och läkemedelsanvändningen hos personer med psykisk funktionsnedsättning som också har diabetes [6]. Resultaten visar tydliga skillnader i hälsoutfall och läkemedelsanvändning mellan diabetespatienter med eller utan psykisk funktionsnedsättning. Färre diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning hämtar ut receptbelagda blodfettsänkande läkemedel jämfört med övriga diabetespatienter, och de löper också högre risk för att behöva amputera delar av benet på grund av allvarliga diabeteskomplikationer. Slutligen har diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning en ökad dödlighet, även när analyserna exkluderar självmord och skadehändelser med oklar avsikt.

Enligt analyserna har diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning generellt sämre hälsoutfall och är sämre på att använda blodfettsänkande medicin än övriga diabetespatienter. Det kan finnas flera orsaker till dessa skillnader, men troligen upptäcks diabetessjukdom senare hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Dessutom har de av olika skäl sämre tillgång till diabetesvård och läkemedel än övriga.

### ***Personer med psykisk sjukdom och hjärtinfarkt får inte rätt somatisk vård***

Resultaten från en annan av Socialstyrelsens studier visar att patienter med hjärtinfarkt och psykisk funktionsnedsättning inte får ballongvidgning av hjärtats kranskärl i samma omfattning som övriga patienter [7]. Patienterna med psykisk funktionsnedsättning har också ökad risk att avlida inom sex månader efter en hjärtinfarkt, och den högre risken hänger ihop med att färre behandlas med ballongvidgning. Dessutom är det färre personer med psykisk funktionsnedsättning som hämtar ut läkemedel i sekundärpreventivt syfte.

Det är alltså tydligt att personer med psykisk funktionsnedsättning inte får samma vård som andra hjärtinfarktpatienter.

### ***Större risk för personer med psykisk funktionsnedsättning att avlida sex månader efter stroke***

Den sista studien i rapportserien gäller personer som för första gången insjuknar i hjärninfarkt på grund av en blodpropp (stroke) eller får en övergående blodbrist i hjärnan på grund av en liten blodpropp (transitorisk ischemisk attack) [8]. Många strokepatienter behandlas med halskärlskirurgi i ett ingrepp som går ut på att avlägsna förkalkningar i halspulsådern. Resultaten visar dock att färre patienter med psykisk funktionsnedsättning får den behandlingen jämfört med andra. Patienter med psykisk funktionsnedsättning har också ökad risk att avlida sex månader efter en stroke. Dessutom är det färre som hämtar ut läkemedel i sekundärpreventivt syfte.

### *Vanligt att avstå från vård och behandling trots behov*

Det är ungefär dubbelt så vanligt att personer med funktionsnedsättning avstår från hälso- och sjukvård, tandvård och läkemedel jämfört med hela befolkningen, och tre gånger så vanligt att de avstår flera gånger under samma år [4].

- 15 procent har avstått från ett besök hos läkare eller sjuksköterska (motsvarande andel i totalbefolkningen är 7 procent).
- 11 procent har avstått från ett besök hos sjukgymnast eller arbetsterapeut alternativt rehabilitering eller habilitering (motsvarande andel i totalbefolkningen är 5 procent).
- 30 procent har avstått från tandvård (motsvarande andel i totalbefolkningen är 16 procent).

Att avstå från vård och behandling är särskilt vanligt bland personer med rörelsehinder eller psykisk funktionsnedsättning.

### *Många av hälsans bestämningsfaktorer är åtgärdbara*

En stor del av ohälsan hos personer med funktionsnedsättning hör samman med kända bestämningsfaktorer såsom brist på inflytande, ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet, det vill säga faktorer som begränsar individen och sänker livskvaliteten.

Det är inte oväntat att gruppen har sämre hälsa eftersom funktionsnedsättningen i många fall beror på en sjukdom eller skada. Men hur stor del av ohälsan beror direkt på funktionsnedsättningen? Vad är det förutom själva funktionsnedsättningen som påverkar hälsan? Statens folkhälsoinstitut har justerat resultaten från den nationella folkhälsoenkäten för ålder, utbildning, kontantmarginal, fetma, rökning, fysisk aktivitet, kränkande bemötande och socialt deltagande. Då minskar oddset för dålig hälsa bland personer med funktionsnedsättning i relation till den övriga befolkningen, från 13,3 till 8,4 för män och från 18,2 till 12,9 för kvinnor [3]. Det innebär att oddset minskade med cirka 5 enheter för både män och kvinnor. "Odds" för dålig hälsa var alltså fortfarande 8,4 gånger högre för män och 12,9 gånger högre för kvinnor med funktionsnedsättning jämfört med dem i övriga befolkningen, när analysen samtidigt tar hänsyn till ålder, utbildningsnivå, kontantmarginal, fetma, rökning, stillasittande, kränkande bemötande och socialt deltagande.

Utöver ålder redovisar Folkhälsoinstitutet följande riskfaktorer för dålig hälsa: stillasittande fritid, kränkande bemötande, bristande socialt deltagande, avsaknad av kontantmarginal och fetma<sup>8</sup>. Dessa riskfaktorer beror säkert till viss del på funktionsnedsättningen som kan medföra sämre ekonomi, mindre möjligheter till fysisk aktivitet och socialt deltagande samt större risk för kränkande behandling eller bemötande. Men faktorerna går att påverka. Om de påverkas i en mer gynnsam riktning kommer personer med funktionsnedsättning troligen att få en mycket bättre hälsa.

---

<sup>8</sup> Utbildning och rökning var inte statistiskt säkerställda.

### *Betydligt vanligare att avstå från vård av ekonomiska skäl*

Ekonomiska skäl är den i särklass vanligaste förklaringen till att människor avstår från tandvård, både bland personer med funktionsnedsättning och i övriga befolkningen [4].

Ungefär fyra procent av alla med funktionsnedsättning har avstått från ett besök i sjukvården eller hos någon habiliterande eller rehabiliterande personal på grund av ekonomiska skäl, vilket är mer än tre gånger så stor andel jämfört med hela befolkningen.

Det är ungefär dubbelt så vanligt att personer med funktionsnedsättning avstår från tandvård av ekonomiska skäl, jämfört med den övriga befolkningen. I genomsnitt har 23 procent av dem med funktionsnedsättning inte haft råd att gå till en tandläkare eller tandhygienist, trots att de samtidigt haft behov.

*Tabell 1. Andel personer 20–64 år som har avstått från hälso- och sjukvård, rehabilitering/habilitering eller läkemedel av ekonomiska skäl*

		<b>Andel som har avstått från</b>			
		<b>besök hos läkare eller distrikts-/sjuksköterska</b>	<b>besök hos sjukgymnast, arbetsterapeut eller rehabilitering/habilitering</b>	<b>Läkemedel</b>	<b>Tandvård</b>
Hinder i vardagen		4	3,6	3,8	23
Alla i befolkningen		1,3	1,3	1,2	12

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Personer med psykisk funktionsnedsättning har en ännu sämre situation. Det är fem gånger vanligare att de avstår från tandvård på grund av ekonomiska orsaker, jämfört med den övriga befolkningen.

### *Många och höga utgifter bidrar till omfattande kostnader för hälso- och sjukvård*

Många avstår alltså från vård på grund av ekonomiska orsaker, och det beror till stor del på höga kostnader för hälso- och sjukvården som inte alltid täcks av högkostnadsskyddet [4]. De flesta personer med funktionsnedsättningar har också större utgifter för hälso- och sjukvård och läkemedel än befolkningen i stort:

- 14 procent har utgifter för hälso- och sjukvård alternativt rehabilitering eller habilitering som inte täcks av högkostnadsskyddet. Det är en större andel än för befolkningen i övrigt (11 procent).
- Personer med funktionsnedsättning har ungefär lika ofta utgifter för tandvård som hela befolkningen, men utgifterna är högre. Högkostnadsskyddet inkluderar dock bland annat nödvändig tandvård för dem som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorg.

Tabell 3. Andel personer 20–64 år som har haft utgifter för hälso- och sjukvård under det senaste året, läkemedel och tandvård (procent)

	hälso- och sjukvård	Andel med utgifter för	
		läkemedel, vuxna	Tandvård
Personer med funktionsnedsättning	84	81	59
Alla i befolkning	58	53	61

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Ungefär hälften av alla personer med funktionsnedsättning har frikort för hälso- och sjukvård, och drygt 40 procent har frikort för läkemedel. Det är nästan tre gånger så vanligt som för befolkningen i övrigt. Detta kompenserar delvis för de höga avgifterna men de täcker inte allt.

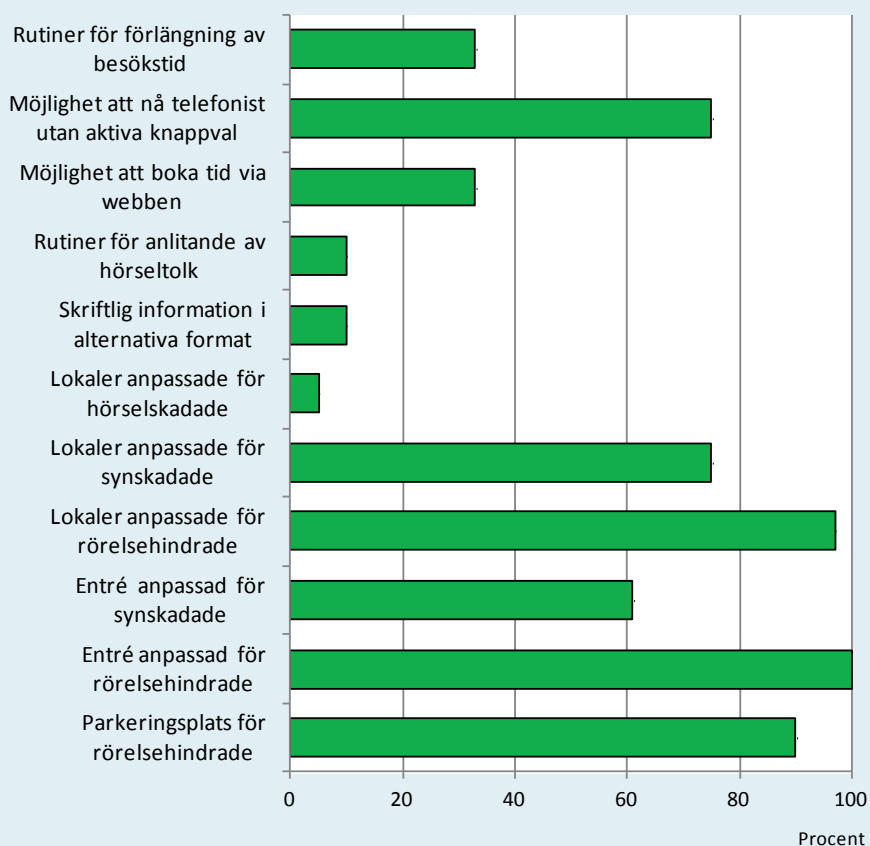
#### *Bristande tillgänglighet försvårar vårdutnyttjandet*

Bristande tillgänglighet är ytterligare en faktor som gör det svårt för personer med funktionsnedsättningar att ta del av vården. För dessa personer handlar tillgänglig vård inte bara om väntetider, utan miljön ska också vara framkomlig och olika tjänster och produkter ska vara användbara.

År 2010 publicerade Socialstyrelsen resultaten från en kartläggning av vårdcentralernas tillgänglighet [9], se diagram 7. Vi konstaterar bland annat att tillgängligheten är hög för personer med rörelsehinder, vilket tyder på att nationella föreskrifter och de senaste årens riktade informationsarbete har haft god effekt. Hos majoriteten av vårdcentralerna kvarstår dock stora brister i tillgängligheten för personer med andra typer av funktionsnedsättningar, framför allt synnedsättning, hörselnedsättning och kognitiva nedsättningar. Bristerna kan göra det svårt för dessa personer att söka vård och stöd. Det kan ta längre tid, och i värsta fall kan dessa personer helt utestängas från att söka vård och stöd på samma villkor som den övriga befolkningen. Bristerna riskerar också att göra dessa personer mer beroende av sina anhöriga eller annat personligt stöd. Ett sådant beroende inkräktar alltid på den enskilda personens integritet, i synnerhet när det gäller känsliga frågor som hälsa. Detta strider också mot de funktionshinderspolitiska målen om oberoende och stor självständighet.

**Diagram 3. Tillgänglighet**

Andel (procent) kommuner som svarat ja på frågor om tillgänglighet



Källa: Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv. En undersökning bland socialkontor och vårdcentraler. Socialstyrelsen; 2010

## Pågående insatser och arbete

### *Förverkligandet av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*

År 2007 ratificerade Sverige konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Den nya konventionen tillhör de centrala konventionerna om mänskliga rättigheter, men den skapar i sig inga nya rättigheter utan ska undanröja hinder för deras mänskliga rättigheter [1]. Konventionen fokuserar på icke-diskriminering och listar nödvändiga åtgärder för att personer med funktionsnedsättning ska kunna dra nytta av sina medborgerliga och politiska samt ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Den slår även fast rätten till jämlik hälso- och sjukvård. Sverige arbetar för att förverkliga innehållet i konventionen, och återskärter resultaten vart fjärde år till FN:s övervakningskommitté. Den första rapporten lämnades i början av 2011.

### *Den nationella strategin för funktionshinderspolitiken*

I juni 2011 kom regeringens nya nationella strategi för funktionshinderspolitiken [10]. I den föreslår ett urval av myndigheter, så kallade strategiska myndigheter, ett antal delmål inom sitt myndighetsområde [11]. Några av



målen handlar om hälsa på lika villkor och jämlik vård och presenteras nedan.

Socialstyrelsen fokuserar på att göra vården mer jämlik

Delmål:

Personer med funktionsnedsättning ska ha tillgång till vård och stöd efter behov oberoende av kön, ålder, födelseland och bostadsort.

Delmålet innebär att personer med funktionsnedsättning tydligare ingår som en grupp i Socialstyrelsens pågående arbete för jämlik vård. Det innebär även att vi kommer att göra specialstudier, till exempel:

- Vi kommer att studera hur jämlik hälso- och sjukvården är för personer med funktionsnedsättning. Det handlar om att identifiera skillnader mellan gruppen och befolkningen när det gäller behandling, läkemedelsföreskrivning och komplikationer i relation till sjukdomsförekomsten. Personer med funktionsnedsättning identifieras via register över sociala stöd och eventuellt via hälsoregister. Studierna görs genom att bearbeta och analysera registerdata.
- Vi kommer även att upprepa tidigare studie av tillgängligheten på vårdcentraler.

Resultaten ska öka kunskapen om målgruppens förutsättningar för delaktighet och jämlika levnadsvillkor. De ska även öka kunskapen om hur skillnaderna kan åtgärdas och ge underlag för förändringsarbetet.

Statens folkhälsoinstitut fokuserar på hälsans bestämningsfaktorer

Delmål:

Kontinuerlig uppföljning av hälsans bestämningsfaktorer med avseende på personer med funktionsnedsättning.

Bland annat föreslår Statens Folkhälsoinstitut att de nedanstående faktorerna ska följas upp regelbundet:

- självskattad hälsa bland personer med funktionsnedsättning, även i förhållande till övriga befolkningen
- stillasittande fritid bland personer med funktionsnedsättning, även i förhållande till övriga befolkningen.
- övervikt och fetma bland personer med funktionsnedsättning, även i förhållande till övriga befolkningen
- daglig rökning bland personer med funktionsnedsättning, även i förhållande till övriga befolkningen
- ekonomiska villkor hos personer med funktionsnedsättning, även i förhållande till övriga befolkningen.

Delmål:

Uppföljning av hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Statens Folkhälsoinstitut föreslår att de nedanstående faktorerna ska följas upp regelbundet:

- antalet kommuner med styrdokument som lyfter fram folkhälsoaspekter för personer med funktionsnedsättning
- antalet kommuner som bedriver ett hälsofrämjande och förebyggande arbete riktat mot personer med funktionsnedsättning.

#### *Personer med funktionsnedsättning omfattas av den nya översynen av avgiftssystem*

Regeringen har pågående arbeten som på flera sätt rör de funktionshindrades höga kostnader för hälso- och sjukvård. Några av dem presenteras här.

Under sommaren 2011 tillsatte regeringen en utredning om avgiftsstrukturen för bland annat hälso- och sjukvård, läkemedel och äldre- och handikappomsorg. Utgångspunkten är att de som har sämst ekonomi eller störst behov av vård eller omsorg inte ska behöva avstå från vård och omsorg på grund av höga kostnader. I uppdraget ingår bland annat att

- kartlägga och analysera de sammantagna effekterna av befintliga avgiftssystem och högkostnadsskydd
- identifiera alternativa utformningar av strukturer för egenavgifter och högkostnadsskydd
- föreslå hur strukturerna för avgifter och högkostnadsskydd bör utformas och administreras.

Personer med funktionsnedsättning är en av målgrupperna för utredningen, och uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2012.

Regeringen föreslår även att högkostnadsskydden ska höjas, både för besök inom öppenvården och för läkemedel (med 200 kronor respektive 400 kronor). Enligt skrivelsen har beloppen för läkemedel i praktiken varit oförändrade sedan 1999 och för besök i öppenvården sedan 1997, vilket har urholkat värdet på högkostnadsskydden. Enligt förslaget ska ändringarna börja gälla den 1 januari 2012.

Detta förslag riskerar dock att försämra funktionshindrades möjligheter till vård eftersom många av dem som är i störst behov av hälso- och sjukvård också har sämst ekonomi. I remissvaret underströk Socialstyrelsen att förslaget kan medföra att ekonomiskt utsatta grupper avstår från vård eller läkemedel i större utsträckningen än i dag. En sådan grupp är personer med funktionsnedsättning. På sikt kan höjningarna med andra ord leda till större ohälsa för individen och ökade kostnader för samhället.

#### *Personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar får utvidgat tandvårdsstöd*

Genom det tredje steget i tandvårdsreformen kommer personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättning att få förebyggande tandvård och utökat tandvårdsstöd [12]. Några av grupperna presenteras nedan.

*Behov av förebyggande tandvård för patientgrupper som behöver förebyggande tandvård och ofta behöver gå till tandläkaren.* Det kan till exempel vara personer som blir muntorra av sina läkemedel eller har fått frätskador på tänderna på grund av en ätstörning. Det kan även gälla patienter som har genomgått en strålbehandling i munregionen. Enligt förslaget ska de få 600 kronor per halvår i bidrag, inom ramen för det statliga tandvårdsstödet.

- *Tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.* Det andra stödet gäller personer som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Till exempel kan Parkinsons sjukdom, multipel skleros och reumatism orsaka muntorrhet eller svårigheter att gapa, och därmed öka tandvårdsbehoven. Det kan också gälla personer med vissa fysiska funktionsnedsättningar som gör det svårt för dem att till exempel sköta sin munhygien. Enligt förslaget ska landstingen se till att patienterna får tandvård inom ramen för hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd.

De nya reglerna träder i kraft den 1 januari 2013

### Kunskapsbrister

Fortfarande vet vi för lite om hur jämlik vården är för personer med funktionsnedsättning, och saknar kunskap om grupperna

- barn och unga med funktionsnedsättning
- äldre med funktionsnedsättning (som uppkom före 65-årsdagen)
- utrikes födda personer med funktionsnedsättning.

Vissa kombinationer kan innebära en dubbel utsatthet, till exempel funktionsnedsättning och ett annat födelseland.

### Referenser

1. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Socialdepartementet; 2008. Ds 2008:23
2. Arnhof Y. Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008. R 2008:13.
3. Boström G. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008. R 2008:17.
4. Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
5. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
7. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – hjärtinfarkt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
8. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
9. Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv. En undersökning bland socialkontor och vårdcentraler. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
10. Regeringens strategi för funktionshinderspolitiken 2011–2016. Stockholm: Regeringen; 2011.

11. Underlag till strategi för funktionshinderspolitiken. Stockholm: Handisam; 2010. Serie A 2010:10.
12. Utökat tandvårdsstöd för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Hämtat 2011-07-21 från [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)

## Nationella minoriteter

### Sammanfattande slutsatser

Vi vet för lite om de nationella minoriteternas hälsa och vård samt deras upplevelser av bemötandet och omhändertagandet inom hälso- och sjukvården. Vissa studier tyder dock på att en del grupper har sämre hälsa än den övriga befolkningen och det finns också rapporter om dåligt bemötande och diskriminering.

Det behövs ett nytt angreppssätt för att långsiktigt följa hälsoutvecklingen och vårdkvaliteten på nationell nivå hos minoritetsgrupperna. Arbetet med att utveckla ett sådant ingår i Socialstyrelsens fortsatta arbete med att följa jämlikhet i hälsa, vård och omsorg.

Andra angelägna uppföljningsområden är bland annat hur hälso- och sjukvårdshuvudmännen arbetar med att översätta dokument till minoritetsspråken samt hur huvudmännen utbildar sin personal inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna vad gäller nationella minoriteter.

### Nationella minoriteter skyddas av gemensam lagstiftning

De nationella minoriteterna är judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar – grupper som har en religiös, språklig eller kulturell samhörighet och en lång historia i Sverige. Gemensamt för minoriteterna är också att de vill bevara sin identitet, till exempel genom språket. Den 1 januari 2010 kom lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724) som ska främja och skydda möjligheterna att använda minoritetsspråken finska, jiddisch, meänkieli, romani chib och samiska. Enligt lagen har de nationella minoriteterna bland annat rätt till inflytande och att under vissa förutsättningar få använda sitt minoritetsspråk vid förvaltningsmyndigheter och domstolar. Dessutom finns det särskilda förvaltningsområden för minoritetsspråken finska, meänkieli och samiska. Där är rätten att använda sitt minoritetsspråk större, och om någon begär det ska kommunerna inom dessa områden erbjuda äldreomsorg av personal som behärskar det aktuella minoritetsspråket. Enskilda individer avgör själva om de tillhör en nationell minoritetsgrupp [1].

### Sämre och bättre hälsa än övriga befolkningen

Statens folkhälsoinstitut fick tidigare i uppdrag av regeringen att kartlägga hälsan hos de nationella minoriteterna, och resultatet redovisas i rapporten *Hur mår Sveriges nationella minoriteter?* från 2010 som till viss del även berörde vårdssituationen hos de nationella minoriteterna [2]. Denna rapport var en av de första där Folkhälsoinstitutet provade olika metoder för att studera hälsan hos de nationella minoriteterna. Bland annat fick finlandsfödda, boende i Tornedalen och judar svara på enkäter, men det visade sig vara svårt att finna dem som räknar sig till en nationell minoritetsgrupp med denna metod och under det kortvariga projektet. På grund av de metodologiska bristerna ger resultatet ingen tillförlitlig bild av minoriteternas hälsa

eller vårdssituation. Det visar inte heller hur minoriteterna förhåller sig till andra grupper. Rapporten kan dock ge en indikation på tillståndet och därför presenteras resultaten nedan.

Folkhälsoinstitutet genomför också den nationella folkhälsoenkäten varje år. och har samlat data från åren 2004 och 2006–2009 för att studera hälsan för finlandsfödda, boende i Tornedalen och den övriga befolkningen. Resultatet visar att en lägre andel finlandsfödda har god hälsa jämfört med den övriga befolkningen samtidigt som en högre andel har någon långvarig sjukdom, svår värk, högt blodtryck eller nedsatt psykiskt välbefinnande. Dessutom hade män färre dagar med god fysisk och psykisk hälsa än andra [2]. Män boende i Tornedalen hade däremot fler dagar med god psykisk hälsa än övriga, och en lägre andel hade självmordstankar och svår ångslan, oro eller ångest. En högre andel hade dock högt blodtryck. Bland kvinnorna i Tornedalen var det vanligare med långvarig sjukdom, svår värk och nedsatt psykiskt välbefinnande medan en lägre andel hade sömnsvårigheter. Bland alla boende i Tornedalen var det en mindre andel som uppgav att de hade svår trötthet eller var mycket stressade [2]. Enkäten skickades ut till finlandsfödda och boende i Tornedalen, och det går inte att avgöra hur många av de svarande som definierar sig som sverigefinnar eller tornedalingar. Samtidigt kan vissa sverigefinnar och tornedalingar ha exkluderats från studien. Det är oklart vad skillnaderna beror på, men resultatet från Tornedalen skulle exempelvis kunna bero på lokala brister i hälso- och sjukvården eller demografiska skillnader mellan Tornedalen och riket.

Judiska personers hälsa mättes med den nationella folkhälsoenkäten 2009 som skickades ut till medlemmarna i den judiska församlingen. Resultatet visar att en högre andel judar hade god hälsa och dagar med god psykisk hälsa jämfört med den övriga befolkningen, och en lägre andel hade någon långvarig sjukdom. Bland kvinnorna hade en högre andel dagar med god fysisk hälsa jämfört med övriga befolkningen medan en lägre andel hade svår värk. Bland männen hade en lägre andel nedsatt psykisk välbefinnande än övriga befolkningen [2]. Denna enkät nådde inte judar som inte var med i judiska församlingen, och det är oklart vad skillnaderna beror på. Judar kan till exempel ha en annan socioekonomisk position än övriga befolkningen, men det ingick inte i undersökningen.

Många romer känner misstro mot att kartläggas med enkäter och därför använde Folkhälsoinstitutet intervjuer i stället. Flera av de intervjuade berättade att många romer lever med ohälsa och att det finns en koppling till ohälsosamma levnadsvanor [2].

Rapporten från Folkhälsoinstitutet inkluderar resultat från en del kunskapsöversikter över samers hälsa. En visar att det inte finns några skillnader i dödlighet mellan samer och den övriga befolkningen men att renskötande samiska män löper lägre risk att dö av cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och mag- och tarmsjukdomar, men att de har högre risk att dö av självmord och dödsolyckor. Samiska kvinnor som inte var renskötare har något förhöjd dödsrisk generellt samt i hjärt- och kärlsjukdomar. En annan studie visar att samiska kvinnor har ökad risk för mag- och äggstockscancer medan icke renskötande kvinnor har en något högre risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar. Samiska män har en förhöjd risk för magsäckscancer. Renskötande samer drabbas också ofta av skador i samband med arbetet [2].

## Både högre och lägre vårdutnyttjande

Rapporten från Statens folkhälsoinstitut omfattade även minoritetsgruppernas vårdutnyttjande och förtroende för sjukvården. Resultatet indikerar att en mindre andel finlandsfödda kvinnor besökte sjukvården jämfört med den övriga befolkningen, liksom män som bor i Tornedalen. Kvinnorna i Tornedalen besökte däremot sjukvården i högre utsträckning än övriga befolkningen. Både finlandsfödda och boende i Tornedalen hade lägre förtroende för sjukvården än övriga befolkningen [2]. Män och kvinnor med judiskt ursprung var mer benägna att söka vård hos läkare och tandläkare och hade också högre förtroende för sjukvården än övriga befolkningen [2]. De romer som deltog i studien menade att hälso- och sjukvårdspersonalen saknar kunskap om romer, vilket får dem att avstå från läkarbesök [2]. Det konstaterade också DO i en enkätundersökning 2003 där drygt 40 procent av de tillfrågade romerna inte hade något eller inte särskilt stort förtroende för sjukvården [3]. Resultat från Södra Lapplands Forskningsenhet visar att även samer har lägre förtroende för primärvården och den psykiatriska vården än övriga befolkningen [2].

## Diskriminering och bemötande inom vården

DO har publicerat särskilda rapporter om diskriminering mot två av de fem nationella minoriteterna. Rapporterna gäller romer och samer och innehåller exempel på diskriminering i sjukvården. Ett fall av upplevd diskriminering gäller en romsk person som blev omskriven i patientjournalen med beskrivningen "svartfärgat hår och bär ovanligt många ringar" [3]. Bland exemplen på diskriminering mot samer finns ett fall där en vårdgivare klagade på att barnen pratade samiska i stället för svenska och ett fall där en vårdgivare klagade på att familjen besökte en dödssjuk anhörig på sjukhuset, och sa: "måste hela familjen komma dragandes hit" [4]. Nationella folkhälsoenkäten 2009 visar också att judiska män känner sig mer diskriminerade än övriga befolkningen [2]. Diskriminering av judar har även uppmärksammat i en nyutkommen rapport från Forum för levande historia [5].

Statens folkhälsoinstitut fick olika svar i sin intervjustudie med romer som gällde hälsa och upplevelse av vården [2]. Vissa romer menade att det inte finns någon skillnad i bemötandet medan andra berättade att familjen hade blivit bortkörd från sjukhuset och att romer inte känner sig välkomna och därför avstår från vård eller väntar med att söka vård tills situationen blir akut. I en annan studie intervjuades romer, som själva var invandrare eller barn till invandrare, om sina upplevelser av vården [6]. De kände inte att vården behövde bättre kunskaper om romsk kultur och menade att de snarare ville bli bemötta som individer än som romer. Samtidigt upplever intervjupersonerna ibland att de får ett dåligt bemötande och ger exempel på att vården saknar kunskaper om vissa delar av romsk kultur, som att familjen besöker den som är sjuk. Enligt författaren säger denna studie dock inget om huruvida ökade kunskaper om romsk kultur skulle förbättra vården. 2010 tillsattes en statlig utredning för att undersöka romers situation, och det finns flera andra rapporter som under de senaste åren har uppmärksammat romers situation inom olika samhällsområden [7,8,9,10]. Rapporterna visar tydligt att romerna är den mest utsatta gruppen av de nationella mino-

riteterna. Det är därför angeläget att stärka romers ställning inom alla samhällsområden, även inom hälso- och sjukvården.

En annan studie från Statens folkhälsoinstitut gäller våldsutsatta kvinnor som tillhör någon nationell minoritet, där syftet var att beskriva vården både ur vårdgivarens och ur patientens perspektiv [11]. Den ena delen redovisade en enkätundersökning som var riktad till särskilda verksamheter för nationella minoriteter och offentliga verksamheter, så som hälso- och sjukvård och socialtjänst, inom förvaltningsområden för minoritetsgrupperna. Vårdgivarna ansåg att det finns ett behov av handlingsplaner för kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer och som tillhör en nationell minoritetsgrupp. De ansåg också att ett fördomsfritt bemötande och tillgång till tolk är viktiga komponenter för att få ett bra möte med dessa kvinnor. De upplevde också att romska och sverigefinska kvinnor oftare sökte stöd än kvinnor ur de andra grupperna. Den andra delen av studien redovisade intervjuer med 24 kvinnor från några av de nationella minoriteterna som hade både positiva och negativa upplevelser av sjukvården. Enligt kvinnorna var ett problem att vården inte ställde relevanta frågor om situationen, och vissa kvinnor hade undvikit att söka vård på grund av skamkänslor. Gemensamt för de våldsutsatta samiska och romska kvinnorna var att de hade lågt förtroende för myndigheter [11].

Lagen om minoriteter och minoritetsspråk omfattar rätten till äldreomsorg på det egna språket. Socialstyrelsen har gjort en studie om äldreomsorgen för de nationella minoriteterna och intervjuade äldre i särskilt boende från samtliga nationella minoriteter [12]. De intervjuade hade alla kommit sent till äldreomsorgen, troligen för att de ville klara sig själva så länge som möjligt. För romerna var det självklart att bli omhändertagen av sina barn och anhöriga, till skillnad från de andra minoriteterna. Språkfrågan hade stor betydelse för samtliga minoriteter även om det fanns viktiga skillnader. Personer med judisk bakgrund ville hellre vara nära sina anhöriga än få äldreomsorg på jiddisch, samtidigt som de tyckte att alternativet skulle finnas för dem som ville. Romer ville inte ha äldreomsorg på romani chib men behövde samtidigt tvåspråkig personal för att kunna göra sig förstådda. Däremot ville de gärna ha dagverksamhet och sociala aktiviteter på romani chib. Samer och tornedalingar ansåg att det skulle vara besvärligt att kommunicera med personal som inte riktigt behärskade deras språk och ville därför hellre ha äldreomsorg på svenska. Sverigefinnar tyckte dock att det skulle finnas finskspråkiga äldreboenden. Alla som deltog i studien har inte blivit erbjudna äldreomsorg på sitt minoritetsspråk. Många av de intervjuade var mindre nöjda med maten, den sociala samvaron och personalkontinuiteten. Sammanfattningsvis visar studien att det finns en del språkliga och kulturella skillnader som också kan ha betydelse inom vården. Under 2012 kommer vi att fortsätta utredningen och analysen av äldre samers äldreomsorg.

#### *Interkulturellt socialt arbete*

Inom området för individ- och familjeomsorgen (IFO) har Socialstyrelsen identifierat olika strukturella hinder för nationella och etniska minoriteter och bland annat beskrivit hur socialtjänsten kan fungera bättre för dem med hjälp av samordande insatser och ett nationellt kompetensstöd [13]. Många



av de utmaningar som beskrives i rapporten gäller troligtvis också inom vården.

### Pågående insatser och arbete i verksamheterna

Drygt ett år har gått sedan lagen om nationella minoriteter och minoritets-språk (2009:724) trädde i kraft, och enligt länsstyrelserna är många kommuner och landsting sena med arbetet som rör förändringarna. I juni 2011 var det några kommuner och flera landsting som inte hade inlett något samråd med minoritetsgrupperna. Dessutom hade åtskilliga kommuner och de flesta landsting ännu inte kartlagt behovet av stöd, och ingen hade beaktat grundskyddet för samtliga minoriteter. Länsstyrelserna identifierar tre framgångsfaktorer för minoritetsarbetet: tydliga mål och förankring i ledningen, samordning av minoritetsfrågorna och fungerade samråd [14].

### Referenser

1. Meddelandeblad. Ny lag om nationella minoriteter och minoritets-språk. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
2. Hur mår Sveriges nationella minoriteter? Kartläggning av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna samt förslag till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
3. Diskriminering av Romer i Sverige. Rapport från DO:s projekt åren 2002 och 2003 om åtgärder för att förebygga och motverka etnisk diskriminering av romer. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen; 2004.
4. Diskriminering av samer. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen; 2008. DO:s rapportserie 2008:1.
5. Antisemitism och islamofobi – utbredning, orsaker och preventivt arbete. Stockholm: Forum för levande historia; 2011.
6. Popoola M. Romers röster om möten med vården. I: Malmsten J, red. Migrationens Utmaningar inom hälsa, omsorg och vård. Malmö: FoU-rapport 2010:2.
7. Romers rätt – en strategi för Romer i Sverige. Betänkande av Delegationen för romska frågor. Delegationen för romska frågor; 2010. SOU 2010:55.
8. Unga romers situation. En intervjustudie. Rapport till Delegationen för romska frågor. Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2009.
9. Diskriminering av nationella minoriteter inom utbildningsväsendet. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen; 2008. DO:s rapportserie 2008:2.
10. Romers rättigheter. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen; 2011.
11. Bemötande av våldsutsatta kvinnor som tillhör de nationella minoriteterna. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
12. Nationella minoriteter och äldreomsorgen. En intervjuundersökning om äldres uppfattning om kvaliteten i äldreomsorgen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
13. Interkulturellt socialt arbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

14. Länsstyrelserna. Dokumentation/rapport från konferensen Landstingen, regionerna och de nationella minoriteterna, Stockholm 9 Juni 2011. Hämtad 2011-09-21 från [http://www2.lansstyrelsen.se/stockholm/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/nationella-minoriteter/Dokumentation\\_Landstingskonferens\\_110609.pdf](http://www2.lansstyrelsen.se/stockholm/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/nationella-minoriteter/Dokumentation_Landstingskonferens_110609.pdf)

## Sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck

### Sammanfattande slutsatser

Hbt-personer har sämre hälsa och besöker vården oftare än andra grupper i befolkningen. Samtidigt finns det tecken på att homo- och bisexuella kvinnor gör färre sjukvårdsbesök, trots att de upplever ett behov av vård. Detta gäller särskilt kvinnosjukvård.

Olika typer av fördomar påverkar det bemötande och den behandling gruppen får inom hälso- och sjukvården, enligt olika intervjuundersökningar och anmälningar till Diskrimineringsombudsmannen. Transpersoner och män som är osäkra på sin sexuella läggning har också lägre förtroende för sjukvården än andra. Dessutom har landstingen mycket olika sätt att tillämpa reglerna kring könsbytesutredningar och de ger homosexuella kvinnor olika möjligheter till insemination.

Det är angeläget att kontinuerligt arbeta med kunskap och attityder inom hälso- och sjukvården. Vidare behövs nya metoder och angreppssätt för att följa utvecklingen på nationell nivå.

### Utsatthet och ohälsa bland hbt-personer

Enligt den nationella folkhälsoenkäten för 2005 och 2008 är allmänhälsan generellt sämre bland homo- och bisexuella kvinnor som är 45 år och äldre, unga homo- och bisexuella män samt unga personer som är osäkra på sin sexuella läggning [1,2]. Långvariga sjukdomar är också vanligare bland unga homo- och bisexuella än bland heterosexuella [1]. Dessutom är den psykiska hälsan sämre bland homo- och bisexuella män och kvinnor samt unga män som är osäkra på sin sexuella läggning [1,2]. Det är vanligare att unga homo- och bisexuella har haft självmordstankar, och självmordsförsök är vanligare bland homo- och bisexuella män och kvinnor samt unga män som är osäkra på sin sexuella läggning [1,2]. Webbenkäten 2005 visar att transpersoner har sämre fysisk och psykisk hälsa än homosexuella och att unga transpersoner har sämre hälsa än äldre transpersoner. Hälften av alla transpersoner hade övervägt att ta sitt liv, och självmordsförsök var dubbelt så vanligt bland transpersoner som bland homo- och bisexuella [2].

Enligt en annan studie från Statens folkhälsoinstitut [3] finns det samband mellan kränkande bemötande och nedsatt välbefinnande, där personer som har blivit kränkta har sämre hälsa än andra. Sambandet blev starkare för dem som också kunde uppge en diskrimineringsgrund till kränkningen (hatbrott) [3]. Homo- och bisexuella och transpersoner har i högre utsträckning varit utsatta för våld eller hot om våld och kränkningar än de övriga befolkningen, och det är vanligare att de saknar emotionellt stöd från sin omgivning [2]. Dessutom är kränkningar och brist på emotionellt stöd vanligare bland transpersoner än bland homo- och bisexuella [2].

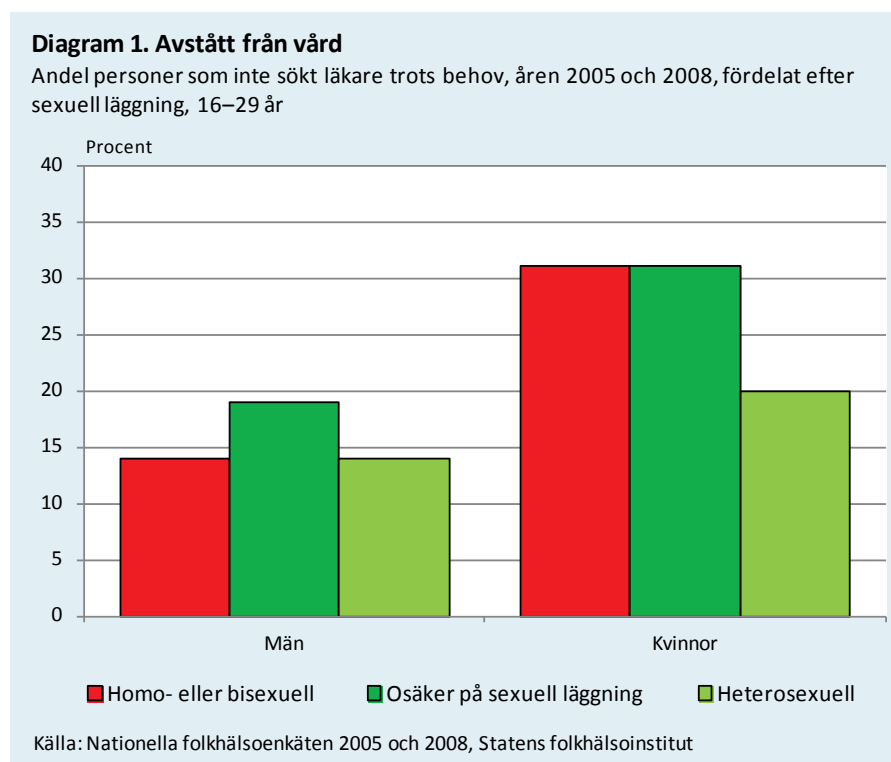
Det finns studier som rör våld i samkönade parrelationer och homo- och bisexuella ungdomars upplevelser av hedersrelaterat våld. De visar att det

saknas verksamheter som kan ta emot personer som har upplevt sådant våld [4,5].

### Högre och lägre vårdutnyttjande än övriga befolkningen

Den nationella folkhälsoenkäten 2005 visar att homo- och bisexuella utnyttjar vården i högre grad än befolkningen i stort, och det är vanligare att homo- och bisexuella kvinnor besöker psykologer och sjukgymnaster samt är inlagda på sjukhus jämfört med heterosexuella kvinnor. Även homo- och bisexuella män besöker läkare på sjukhus i högre utsträckning än heterosexuella män. Webbenkäten visar att en större andel transpersoner har besökt en psykolog jämfört med homo- och bisexuella, och att kuratorbesök är vanligare bland transpersoner än bland homosexuella [2]. Det är dock problematiskt att jämföra homo- och bisexuella och transpersoner eftersom transpersoner också har olika sexuella läggningar.

Samtidigt verkar hbt-personer ha ett lägre vårdutnyttjande inom andra områden. Nationella folkhälsoenkäten 2005 visar att homo- och bisexuella kvinnor besöker ungdomsmottagningen i lägre utsträckning än heterosexuella kvinnor [2]. Resultatet från enkäten 2005 och 2008 (diagram 1) visar också att fler unga homo- och bisexuella kvinnor avstår från att söka vård, trots att de känner ett behov av det, jämfört med unga heterosexuella kvinnor [1].



Homo- och bisexuella kvinnor utnyttjar också gynekologisk vård i lägre utsträckning: Av drygt 200 patienter hade 16 procent på den gynekologiska mottagningen för homo- och bisexuella kvinnor aldrig tagit ett cellprov jämfört med 8 procent i kontrollgruppen heterosexuella kvinnor på den all-

männa gynekologiska mottagningen. 9 procent av de homo- och bisexuella hade aldrig varit på en gynekologisk undersökning jämfört med 1 procent av de heterosexuella. Samtidigt hade de homo- och bisexuella kvinnorna haft könssjukdomar i samma utsträckning som de heterosexuella och många av de svarande hade fött barn, gjort abort och haft sex med män [6]. Det finns en senare studie som bygger på data från en webbenkät. Den visar att 13 procent av kvinnor som har sex med kvinnor<sup>9</sup> aldrig går på cellprovsundersökningar medan 19 procent går ibland [7]. Studien innehåller inga jämförelser med kvinnor som inte har sex med kvinnor.

### *Bemötande*

Resultatet från den nationella folkhälsoenkäten 2005 och 2008 visar att det generellt inte finns några statistiska skillnader mellan homo- och bisexuella och heterosexuella när det gäller förtroende för sjukvården [1,2]. Ett undantag är unga män som är osäkra på sin sexuella läggning; enligt undersökningen har denna grupp lägre förtroende för vården än heterosexuella män [1]. Under Pride 2005 delade RFSL ut en enkät om hbt-kompetens inom hälso- och sjukvården till hbt-kvinnor, och den ger dock flera exempel på dåligt bemötande såsom avståndstagande reaktioner och integritetskränkande frågor. Det finns också exempel på patienter som har fått fel information om sin behandling eller fel behandling på grund av att vårdgivarna och behandlingsrutinerna förutsätter att patienterna är heterosexuella [8]. Det finns också en webbenkät med målgruppen unga personer som inte definierar sig som heterosexuella cispersoner<sup>10</sup>. Den visar att de flesta som har tvingats till en sexuell handling och sökt sjukvård efter detta är nöjda med bemötandet från sjukvården. Ungdomsstyrelsen hänvisar dock till forskarna Darj och Nathorst-Böös och menar att frånvaron av dåligt bemötande kan uppfattas som ett gott bemötande och att hbt-personer har låga förväntningar på vården [9]. Darj och Nathorst-Böös intervjuade 2008 åtta personer med transidentitet, och de vittnar om okunskap och dåligt bemötande från vården på grund av att vårdgivarna inte respekterar patienternas könsidentitet [11]. Webbenkäten från 2005 visar också att transpersoner har lägre förtroende för sjukvården än homosexuella [10].

### *Vårdgivares attityder till hbt-personer*

Det finns en studie från 2004 som gäller vårdgivares och vårdstudenters attityder och känslor gentemot homosexuella patienter. Den visar att 36 procent av sjuksköterskorna och undersköterskorna på en klinik skulle undvika att vårda homosexuella patienter om möjligheten fanns. Motsvarande andel var 9 procent bland studenter från sjuksköterske- och undersköterskeutbildningen. Respondenternas förklaringar handlade mer om att framstå som politisk korrekt, vilket kan innebära att det ändå finns en dold eller omedveten diskriminering i mötet med homosexuella patienter [12].

---

<sup>9</sup> Kvinnor som har sex med kvinnor förkortas ofta KSK. Studien fokuserar sexuell praktik snarare än sexuell identitet.

<sup>10</sup> Cispersoner är personer som inte definierar sig som transpersoner.

### *Anmälningar om diskriminering i vården*

2009 kom den nya diskrimineringslagen som samlar flera diskrimineringsgrunder i en lagstiftning. Det var sedan tidigare förbjudet med diskriminering på grund av sexuell läggning medan könsidentitet och -uttryck var en av de nya diskrimineringsgrunderna. Sedan lagen började gälla har DO fått in 237 anmälningar som gäller diskriminering inom sjukvården. 22 av anmälningarna gäller sexuell läggning medan 6 av anmälningarna gäller könsöverskridande identitet och uttryck. Bland dessa anmälningar finns ett fall där en lesbisk kvinna vägrades boka tid på en fertilitetsklinik och blev i stället hänvisad till en mottagning för lesbiska (DO har stämt landstinget), en hudklinik som nekade en transexuell person en behandling för hårborttagning med förklaringen att de inte ger sådana behandlingar (fallet är avslutat på grund av bevissvårigheter), en lesbisk kvinna som fick nyfikna frågor om lesbiska vid ett besök hos mödravården (under utredning), två lesbiska som kände sig diskriminerade när föreståndaren på ett behandlingshem klagade över att det är för mycket lesbiskt prat och för många lesbiska filmer på hemmet (under utredning) samt en kvinna som klagade på att hon och hennes partner måste betala för insemination till skillnad från heterosexuella (under utredning).

### *Vård för transexuella och personer med könsidentitetsstörning*

2010 utredde Socialstyrelsen vården till transexuella och personer med könsidentitetsstörning. Vi fann bland annat att de får vänta länge på utredningen, vilket får psykiska konsekvenser för patienterna. Dessutom ifrågasätter patienterna den ”real life”-period<sup>11</sup> och de psykologtester som i dag ingår i utredningen. Vi konstaterade också att det finns geografiska skillnader i vården, och att tillgången till vården styrs av gammal lagstiftning. För att få en ny juridisk könstillhörighet måste personen i dag vara steril, 18 år, ogift och svenskt medborgarskap. Vi bedömer att utredningen ska genomföras, men att flera krav för att få genomgå behandling bör ändras eller tas bort. Dessutom bör personer med en ospecificerad könsidentitetsstörning också få behandling. I maj 2011 bad vi att regeringen skyndsamt skulle besluta om de föreslagna lagändringarna. Uppdraget gick också ut på att utreda vården av transexuella och intersexuella, men vi anser att intersexuellas vård bör utredas separat [13].

Enligt RFSL har många negativa erfarenheter av könsbytesutredningar. Det är vanligt att patienterna känner sig i underläge, att de får dålig information om utredningsprocessen, att utredningen drar ut på tiden och att utredningarna kretsar kring heteronormativa föreställningar om kön [11].

### *Sexualitet har betydelse för tillgången till insemination*

RFSU:s Sverigebarometer 2011 visar att tillgången till subventionerad insemination varierar mellan landstingen samt mellan heterosexuella och homosexuella par. Västernorrland och Västerbottens landsting gör störst skillnad utifrån sexualitet genom att heterosexuella par enbart betalar pati-

---

<sup>11</sup> Under real life-perioden ska patienten konsekvent uppträda i det identifierade könet i samhället, på arbetet, i familjen etc.

entavgiften medan homosexuella par måste bekosta insemineringen själva. Enligt landstingen beror det på att homosexuella kvinnors barnlöshet inte är en sjukdom. Ett annat exempel är Östergötland där avgiften för homosexuella är 1 500 kronor per försök jämfört med 300 för heterosexuella. I 14 landsting får enbart en av kvinnorna i ett homosexuellt par tillgång till inseminering och i 6 landsting får kvinnorna dela på försöken, vilket innebär att de får hälften så många försök som heterosexuella. 2 landsting ger däremot fler försök till homosexuella par än till heterosexuella par [14].

### Pågående insatser

Bland de pågående insatserna finns RFSL:s utbildningsverksamhet som ska öka hbt-kompetensen inom exempelvis hälso- och sjukvård och ge verksamheter möjlighet att bli hbt-certifierade. De certifierade verksamheterna finns än så länge inom Norrbottens läns landsting, Landstinget Sörmland, Landstinget i Värmland, Stockholms läns landsting och Uppsala läns landsting [15].

### Referenser

1. Livsvillkor och hälsa bland unga homo- och bisexuella – resultat från Nationella patientenkäten. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
2. Roth N, Boström G, Nykvist K. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006. R 2006:08.
3. Särbehandlad och kränkt – en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006. R 2005:49.
4. Våldsamt lika och olika. En skrift om våld i samkönade parrelationer. Stockholm: RFSL; 2008.
5. Knutagård H, Nidsjö E. Hedersrelaterat våld mot ungdomar på grund av sexuell läggning. Länsstyrelsen i Skåne län; 2005.
6. Moegelin L. Lesbisk hälsa. Bilaga 4.6. I: Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka hälsosituationen bland hbt-personer. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. A 2005:19.
7. Larsdotter L. Som att slicka på en regnkappa. Stockholm: RFSL; 2009.
8. RFSL. Behöver vården HBT-kompetens? Hämtad 2011-09-28 från <http://www.rfsl.se/public/EnkatPride2005HBTkompetens.pdf>
9. Hon hen han. Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2010.
10. Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka hälsosituationen bland hbt-personer. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. A 2005:19.
11. Darj F, Nathorst-Böös H. Är du kille eller tjej? Stockholm: RFSL Ungdom; 2008.
12. Röndahl G, Innala S, Carlsson M. Nursing staff and nursing student's emotions towards homosexual patients and their wish to re-

frain nursing, if the option existed. Scand J Caring Sci  
2004;18(1):19–26.

13. Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar - Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
14. RFSU:s Sverigebarometer 2011. Stockholm: RFSU; 2011.
15. RFSL. Hbt-certifierade verksamheter. Hämtad 2011-09-19 från <http://www.rfsl.se/?p=4962>



# Patientföreträdarnas erfarenheter och iakttagelser

---

## Sammanfattande slutsatser

Enligt patientorganisationerna är geografiska skillnader i medicinsk kompetens en av de stora utmaningarna när det gäller att uppnå jämlikhet i vården. De framhåller att det i dag finns stora skillnader mellan landstingen men även inom landstingen. Detta innebär att patienterna får vänta olika länge innan de får rätt vård, vilket bidrar till onödiga kostnader i vården och kan i värsta fall innebära en risk för patienternas liv och hälsa. Organisationerna pekar också på att patienterna upplever stora orättvisor i vilken typ av behandling och rehabilitering som är tillgängliga. Dessutom lyfter de fram att kostnaderna i form av olika egenavgifter varierar mellan landstingen.

Skillnaderna beror enligt patientorganisationerna främst på den knappa och varierande tillgången till specialister. För att jämna ut tillgången till specialiserad vård behövs nationella och mellanregionala remitteringsfunktioner som i dag inte fungerar tillfredsställande. Flera av företrädarna framhåller också landsting utan specialister inom olika områden också saknar kompetens för att göra en snabb remittering till en annan vårdgivare eller ett annat landsting. Man menar vidare att det finnas regionala prioriteringar och kostnadsskäl som gör att patienter inte remitteras till andra landsting. Samtidigt framhåller patientorganisationerna att det finns goda exempel där samverkan mellan landstingen i dessa avseende fungerar bra.

De viktigaste utmaningarna enligt patientorganisationernas företrädare handlar om att förbättra nationell samordningen i form av nationella riktlinjer och uppföljningar samt utveckling av regionala centrum för kunskapsspridning och samordning. Patientorganisationerna vill också att staten ökar sin tillsyn samt ställer högre krav på att landstingen samordnar resurserna mellan sig. Vidare menar de att Sveriges kommuner och landsting (SKL) har en viktig uppgift när det gäller att förbättra kunskapsspridning och samordning mellan landsting och regioner.

Företrädarna som intervjuats framhåller också att patienterna bör få en starkare ställning i vården och ökat inflytande i planeringsarbetet.

## Inledning

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget låtit intervjua företrädare för patientorganisationerna om hur de uppfattar problematiken kring jämlikhet och likvärdighet i vården. Syftet var att få en övergripande bild av hur organisationerna uppfattar dessa utmaningar. Intervjuerna innehöll tre huvudsakliga frågor:

- På vilket sätt anser patientorganisationerna att frågan om likvärdig vård berör dem och deras intressen? Vilka är de stora utmaningarna?
- Hur påverkas patienterna av ojämlikheter i vården?
- Vilka uppgifter ser organisationerna som mest angelägna att jobba vidare med – utifrån de enskilda landstingens och regionernas perspektiv samt utifrån de nationella aktörernas?

I detta avsnitt sammanfattar vi de övergripande resultaten och slutsatserna från intervjuerna [1].

## Patientorganisationernas syn på utmaningarna

### *Geografiska skillnader i fokus*

Patientorganisationernas viktigaste fråga är de regionala variationerna i tillgången till vård, framför allt när det gäller specialistvård. De framhåller att det finns stora skillnader i landstingens kunskap och kompetens när det gäller flera olika sjukdomstillstånd, men också betydande variationer i vilken typ av vård, medicin och hjälpmedel som landstingen erbjuder, liksom i vilken utsträckning dessa vårdinsatser ingår i högkostnadsskyddet. Det finns nationella riktlinjer på flera av dessa områden, men patientorganisationerna menar ändå att landstingen gör olika prioriteringar och att det leder till stora skillnader i vården.

Man pekar bland annat på att regionala prioriteringar avgör hur landstingen hanterar tillgången till specialistvård och hur de remitterar patienter mellan olika verksamheter och landsting. Sådana prioriteringar påverkar också hur vissa diagnoser och behandlingar hanteras inom landstingen, vilka behandlingar som ska utföras eller inte, vilka mediciner och hjälpmedel patienterna kan få och vad som ingår i högkostnadsskyddet. Detta är frågor som patientorganisationernas medlemmar länge har påpekat och tagit upp i sina kontakter med vårdgivarna.

I missbruks- och beroendevården finns det även regionala skillnader som inte direkt kan kopplas till "traditionella" regionala prioriteringar utan som också kan bero på att landstingen gör olika politiska och ideologiska ställningstaganden.

### *Specialistvården avgörande*

Den viktigaste aspekten av jämlikhet ur patientorganisationernas perspektiv handlar om hur specialistvården är organiserad och fungerar runtom i landet. Organisationerna menar att det är fullt rimligt att viss högspecialiserad vård inte kan finnas tillgänglig inom samma geografiska avstånd i alla delar av landet. Men de menar att patienterna snabbt och effektivt måste remitteras dit där specialistkompetensen finns. Därför är utvecklade samarbeten över landstingsgränserna avgörande för en jämlik vård.

Tillgången till specialister är ojämnt fördelad i landet, men flera av patientorganisationerna nämner också att det finns en generell brist på specialister inom vissa specialiteter. De menar att allt för få läkare är intresserade av många av de områden som är viktiga för organisationerna, och man bedömer att det görs alltför lite för att locka nya och yngre läkare till bristområden.

Några av organisationerna anser vidare att inte alltid är behovet av vård som styr tillgången till specialister. I vissa landsting kan det finnas flera specialister för en och samma diagnosgrupp och i andra ingen alls, trots att behovet är ungefär detsamma. Det kan förstås bero på att man vill samla kompetensen för att säkra kunskapsutvecklingen inom området, men då behövs en effektiv samordning och remittering för att göra tillgången mer jämlik.

#### *Remittering mellan vårdgivare och landsting*

En fungerande samordning och remittering mellan vårdgivare och landsting är en viktig del i arbetet för att motverka regionala skillnader i vården. Patientorganisationerna är positivt inställda till nationella och regionala kunskapscentrum, men menar att samarbete och samordning måste fungera bättre än i dag och att det är viktigt att få en strategisk kunskapsspridning från centrumen till andra enheter och till primärvården.

Enligt patientorganisationerna fungerar varken remitteringen eller kunskapsspridningen som avsett. En del landsting har väl utvecklade rutiner för att snabbt remittera patienter med speciella diagnoser direkt till en specialistfunktion, men i andra landsting saknas sådana rutiner trots att specialistfunktionen kanske finns inom landstinget. Organisationerna framhåller att patienterna därför ibland blir kvar onödigt länge i primärvården eller inte får tillgång till specialistvård tillräckligt snabbt vid en akut sjukdom.

Det största problemet verkar dock vara att vissa landsting helt saknar tillgång till vissa specialister, och i de fallen kan det vara svårt för patienterna att bli remitterade till en specialist. Remitteringsproblemen kan handla om bristen på kompetens eftersom det krävs kompetens för att ställa diagnosen och välja effektiva behandlingsmetoder, och där det saknas specialister finns heller ingen överföring av kunskap som kan stödja remitteringsarbetet. Problemen kan dock också handla om kostnadsmässiga prioriteringar. Dessutom menar patientorganisationerna att det finns en slags yrkesstolthet inom läkarkåren som ibland gör att remitteringen tar längre tid när specialister saknas.

#### **Konsekvenser av ojämlik tillgång till vård**

##### *Olika lång väntan på diagnos och behandling*

Tillgången till specialister och brister i samordning och remittering gör att det tar olika lång tid att ställa en diagnos i olika landsting. Den mest allvarliga effekten är att patienter i vissa delar av landet får vänta onödigt länge innan de får rätt diagnos och därmed också en lämplig behandling.

De kunskapsluckor som finns i olika landsting innebär enligt patientorganisationerna också att patienterna får ta ett ökat ansvar. Många upplever att de vet mer om sin sjukdom och behandling än läkaren, och känner att de måste försöka övertyga läkaren om vart de bör remitteras eller vilken behandling de bör få – fast utan att ifrågasätta läkarens bedömning. Patientorganisationerna menar att det patienterna måste vara handlingskraftiga och ställa mycket frågor för att få tillgång till den vård de har behov av.

### *Orättvisa villkor för behandling, medicin, hjälpmedel och rehabilitering*

Enligt patientorganisationerna har patienten orättvisa villkor när det gäller behandling, medicin, hjälpmedel och rehabilitering beroende på variationerna mellan landstingen. Exempelvis är det bara knappt hälften av landstingen som har en så kallad "allergikonsulent" som kan hjälpa allergiker i deras kontakt med olika aktörer (skola, lokaltrafik, offentliga lokaler etc.) i samhället. Andra kroniskt sjuka patienter har liknande problem med sina kontinuerliga återbesök i vården.

Organisationerna har även noterat att det finns skillnader mellan landstingens uppföljningar och rehabiliteringsplaner, och ojämlikheten skapar då olika förutsättningar för en god vård på jämlika villkor. De ger exempel på fall där vårdgivaren saknade kompetens om en särskild diagnos och därför inte heller visste vilka typer av rehabiliteringsåtgärder som borde användas.

Även beroende- och missbruksvården är ojämlik. Patientföreträdare för dessa grupper anser att det finns stora skillnader mellan landstingen i vilka behandlingar som erbjuds, bland annat behandlingen av opiatberoende som prioriteras och samordnas på ett helt annat sätt i Stockholm än exempelvis Malmö och Göteborg.

### *Brist på kunskap kan leda till dåligt bemötande*

Tillgången till specialister är nära sammankopplad med den andra stora frågan för flera av patientorganisationerna – bemötandet i vården. Med god tillgång till specialister ökar kunskapen om patienternas situation och behov, vilket i sin tur bidrar till ett gott och professionellt bemötande. Flera organisationer menar också att vårdpersonalen ibland inte kan bemöta patienterna på adekvat sätt - om det saknas specialistkunskap eller särskilda mottagningar för olika patientgrupper vet ofta vårdpersonalen för lite om hur en specifik grupp ska bemötas. Det kan till exempel handla om att man inte kan möta en person med demensdiagnos på samma sätt som en annan patient eller om att personalen inte kan ha parfym eller vara rökare om de möter personer med allergiska besvär.

Flera patientorganisationer vittnar om att deras medlemmar ibland utsätts för ett kränkande bemötande som bottnar i okunskap och fördomar. Okunskapen kan bero på personalen inte vet tillräckligt om patientens förutsättningar för att ta del av vården, medan fördomarna innebär att de utan god anledning bemöter vissa patienter på ett sätt.

### *Goda exempel finns*

Skillnaderna mellan landsting och regioner kan dock vara positiva ur en patientgrupps perspektiv: Genom att samla kunskap och kompetens skapas bättre och därigenom mer jämlika vårdförutsättningar för en viss patientgrupp. Nedan redovisas några exempel på sådana insatser som patientorganisationerna har lyfte fram:

- *Nationella och regionala kunskapscentrum* av olika slag verkar fungera väl ur patientorganisationernas perspektiv. Där utvecklas både den nödvändiga specialistkompetensen och ett bra bemötande. Med hjälp av modellerna kan enheter som har kontakt med centrumen ut-

veckla rutiner för snabbare diagnoser och vidareremitteringar. För mer sällsynta diagnoser är denna typ av centrum helt avgörande för att patienterna ska få en god och likvärd behandling.

- *Samverkan mellan kommuner och landstinget i Stockholm.* Flera patientorganisationer lyfter fram Stockholm som ett gott exempel när det gäller samverkan mellan landsting och kommun.

## Sammanfattat om utmaningarna

Enligt patientorganisationerna finns det två stora utmaningar för en ökad jämlikhet i tillgången till god vård: att öka den nationella samordningen och öka tillgången till specialister. Dessa två utmaningar står i fokus för diskussionen om vilken roll aktörerna har i arbetet med att öka jämlikheten.

De lyfter också fram fler utmaningar. Några poängterar behovet av fler kompetenser på akutmottagningarna, medan andra anser att man måste höja kompetensen i den kommunala vården. Flera företrädare menar även att ett mer långsiktigt tänkande i vården skulle förbättra medborgarnas hälsa och därmed också frigöra resurser. I detta sammanhang lyfter de fram det förebyggande arbetet i vården.

Organisationerna menar också att landstingen bör lägga mer resurser på vårdpersonalens kompetens och arbetsvillkor för att stärka den medicinska kompetensen men också personalens förmåga att arbeta med patienter som har krävande diagnoser.

Vidare vill organisationerna se ett tydligare patientperspektiv i vården. Det handlar ofta om att patientperspektivet behöver komma in tydligare i vårdplaneringen. Man tycker också att lagstiftningen borde handla mer om patientens behov och att jämlik vård ska vara en rättighet, vilket bland annat innebär att patienter lättare ska kunna välja läkare eller sjukhus och att läkares beslut ska kunna överprövas. De menar att om vårdgivarna i större utsträckning sätter sig in mer i vad patienterna behöver kan både tillgänglighet, behandling och bemötandet bli bättre menar man. Organisationerna vill också att patienten generellt ska få en starkare ställning i vården samt att anhöriga och närstående ska få en tydligare roll i den individuella vårdplaneringen. På så sätt kan patienterna lättare ta tillvara på sina intressen och rättigheter, vilket är ett stort problem för många patienter och patientgrupper.

## Vad behöver göras?

### *Utöka och förstärk statens samordningsansvar*

Patientorganisationerna anser att staten har flera viktiga funktioner att fylla för att vården ska bli mer jämlik. Flera av dem menar att staten behöver stimulera läkarna att specialisera sig på de områden där det saknas eller snart kommer att saknas specialister.

Genom fler nationella strategier och tydligare riktlinjer för landstingen går det att minska skillnaderna mellan olika patientgrupper och delar av landet. De olika aktörerna bör också samverka mer, både mellan och inom landstingen. Dessutom behöver landstingens självbestämmande kompletteras med riktlinjer som säkerställer en jämlik vård, och därmed måste staten

kunna kräva en bättre samordning mellan landstingen när det gäller tillgången till specialistvård. Detta hänger ihop med behovet av en starkare tillsynsmyndighet – ett uppdrag som organisationerna anser att Socialstyrelsen behöver utveckla och ”ta ett fastare grepp om”. Några av patientorganisationerna menar att Socialstyrelsen i dag är alltför tandlös och långsam i tillsynen och uppföljningen av vården.

#### *Utveckla SKL:s roll som spindeln i nätet*

Patientorganisationerna ser SKL som något av en nyckelaktör genom sin kontakt med alla landsting och kommuner. SKL har viktiga uppgifter och ett stort ansvar när det gäller att sprida god praxis (”best practice”) mellan landstingen, och kan både samla och förmedla information om hur olika landsting har löst olika vårdfrågor.

Enligt patientorganisationerna bör SKL också bidra med insamlad kunskap och på så sätt hjälpa till att utforma olika statliga satsningar, exempelvis nationella strategier, utredningar eller riktlinjer för hur vården bör organiseras.

#### **Referenser**

1. Lika rätt till vård i hela landet. En intervjustudie över patientorganisationernas syn på jämlik vård. Kontigo; 2011.

# Landstingsledningarnas arbete med jämlik vård

---

## Sammanfattande slutsatser

Enligt landstingen är det svårt att mäta och följa upp vården för olika grupper, och det hindrar dem från att göra vården mer jämlik. Landstingens företrädare anger också i intervjuer att många vill ha fler riktlinjer från myndigheterna. Intervjuerna visar att landstingen är medvetna om att det finns skillnader i hälsa och vård, men att det är svårt att ta sig an problemet. Flera vill ta fram olika personalutbildningar om jämlikhet i vården, men menar att verksamheterna har svårigheter att prioritera utbildningar. Det första strategiska målet är att få med personalen i arbetet. Landstingsledningarna pekar på några olika insatser för att minska skillnader i vården som beror på geografi och region samt kön, språk och förmåga att tillgodogöra sig kunskap om hälso- och sjukvården. De nämner också sitt ansvar att ge jämlik vård oavsett om den drivs i landstingets eller i privat regi.

Information på olika webbplatser visar att landstingen främst arbetar med att ge lika vård till män och kvinnor, och där är könsuppdelad statistik ett viktigt verktyg. Det finns också olika projekt och uppföljningar av verksamheten som fokuserar på aspekter som geografi, socioekonomi, funktionsnedsättning, psykisk ohälsa, missbruk och beroende, samt på grupper som barn och unga, äldre, utlandsfödda, asylsökande, hbt-personer, hemlösa och våldsutsatta. Aktuella revisioner som genomförts inom vissa landsting pekar på att det ofta saknas tydliga riktlinjer och styrmekanismer som leder mot målet jämlik vård.

## Inledning

För att få en bild av landstingsledningarnas syn på utmaningarna har Socialstyrelsen låtit genomföra en intervjustudie med i första hand hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Intervjuerna innehöll två huvudsakliga frågor:

- Vilka är de stora utmaningarna för huvudmännen när det gäller att uppnå målet med jämlik vård?
- Hur påverkas patienterna av ojämlikheter i vården?

Här sammanfattar vi de övergripande resultaten och slutsatserna från intervjuerna. Vidare beskriver vi resultaten från en genomgång av landstingens webbplatser och beskriver kortfattat hur Sveriges kommuner och landsting (SKL) arbetar med området. Slutligen sammanfattar vi några aktuella revisionsrapporter som undersöker hur några landsting arbetar med jämlik och likvärdig vård.

## Samstämmighet om problemets omfattning

Det finns en stor medvetenhet i landstingen om att det finns skillnader i hälsa, tillgången till vård, och i kvaliteten på vården. Landstingsledningarnas företrädare är också vara överens om att dessa frågor utgör betydande utmaningar för framtiden. Däremot har de delvis olika uppfattningar om vilka utmaningar som finns inom det egna landstinget och i olika delar av landet samt om vilka ojämlikheter som är mest angelägna att arbeta med. Flera anger att skillnader mellan könen är den ojämlikhetsgrund som är mest kartlagd. I vissa regioner, såsom Västerbotten, Västernorrland och Dalarna, pekar man dessutom på skillnader i tillgänglighet till vård mellan geografiska områden. För övrigt uppmärksammar exempelvis Västra Götalandsregionen att personer med ett annat modersmål än svenska generellt har en sämre hälsa och att de får för lite information om hur vården fungerar.

Det är dock osäkert hur dessa skillnader ska tolkas samt vilka av skillnaderna som beror på ojämlikhet och därför bör åtgärdas. Ett annat problem, menar man, är att det inte finns några bra mätmetoder för att fånga upp samtliga ojämlikhetsgrunder, och det är särskilt svårt att på ett rättvisande sätt mäta socioekonomiska skillnader.

## Vad är jämlikhet i vården och hur ska man mäta den?

I intervjuerna framkom att kunskapsläget om jämlikhetsproblem ofta är bristfälligt. Flera anser därför att kunskapen behöver öka innan det går att avgöra hur man ska prioritera framöver. Detta är det första avgörande steget för de flesta landsting och därmed även en av de viktigaste utmaningarna för det framtida jämlikhetsarbetet.

En intervjuperson uttrycker sig så här om det faktum att landstinget fortfarande arbetar med att kartlägga olika jämlikhetsproblem:

Vi måste ju göra behovsanalyser för att ta reda på vilka utmaningarna är till att börja med. Vilka resurser/vilka sjukdomar/vilka grupper. Sen drar du slutsatser utifrån detta om vad vi bör prioritera. Inte utifrån den som skriker högst.

Det är alltså svårt att bestämma hur man bör organisera vården baserat på analyser eller kartläggningar, men ett annat problem är att det inte finns några bra mått för uppföljningar. En intervjuperson summerar situationen på följande sätt:

Det som är lite lustigt, om man tittar på begreppet god jämlik vård finns inga mått framtagna, det är som att prata om tomten.

Generellt visar intervjuerna att de flesta landsting gärna ser satsningar som på ett tydligt och medvetet sätt inkluderar samtliga befolkningsgrupper – oavsett socioekonomisk status, etniskt ursprung och kön samt andra perspektiv som sexuell läggning och eventuella funktionshinder.

Utöver de mer övergripande satsningarna vill de flesta fortsätta arbetet med genusperspektiv och ökad jämställdhet i vården eftersom det arbetet ses som en viktig del i arbetet mot en mer jämlik vård. Man framhåller vikten av breda satsningar och betydelsen av att ha ett tydligt jämlikhetsperspektiv.



spektiv i det fortsatta arbetet. De förespråkar även mer riktade jämlikhets-satsningar om särskilda insatser i vissa vårdssituationer, exempelvis stroke, mammografi, hjärtsjukdomar eller psykisk ohälsa. Flera landsting och regioner har redan sådana satsningar och många upplever goda resultat av dem. Därför vill man fortsätta och utöka detta arbete samtidigt som det bör inkludera fler perspektiv – exempelvis satsningar med ett tydligare socioekonomiskt perspektiv.

En av de intervjuade ansåg att satsningarna på vissa grupper kan innebära att man tappar bort fokus på det överordnade målet – förbättrad kvalitet för alla. Somliga påpekade också att det visserligen finns metoder för att mäta jämlikheten i vården, men att de varken är lättanvändbara eller begripliga. En stor andel av de intervjuade framhåller även att arbetet med jämlik vård i deras landsting eller region skulle dra nytta av fler nationella riktlinjer och metoder för att kartlägga och följa upp olika jämlikhetsaspekter.

Det finns stora svårigheter med att mäta och följa upp olika jämlikhetsgrunder, och därmed är det svårt att se några förändringar efter genomförda insatser. Därför behövs bättre system för att få fram statistik.

Intervjupersonerna är eniga om att landstingen måste fortsätta arbetet med att utveckla kartläggningar, uppföljningar och utvärderingar samt journalsystem för att skaffa ett bra underlag till jämlikhetsarbetet. Många landstingsledningar framhåller också det faktum att hälsan är ojämlikt fördelad och att det förebyggande arbetet i vården är eller behöver bli en viktig del i landstingens och regionernas jämlikhetsarbete.

## Utmaningar

### *Brist på kunskap*

Många landsting och regioner har insett att arbetet med jämlik vård måste börja med att öka personalens kunskaper om frågan. Ett sätt är att inrätta kunskapscentrum för att samla frågorna om jämlikhet och jämställdhet inom vården och därigenom strukturera arbetet med kartläggningar, uppföljningar och insatser som kan motverka jämlikhetsproblemen.

Det är redan många som satsar på utbildningar, ofta till chefer i verksamheterna men ibland också till politiker och koncernledningar. Vidare anordnas seminarier för vårdpersonalen och samarbeten med olika bildningsförbund för att integrera hälsa och sjukvård i olika utbildningar. I samband med olika kartläggningar brukar personaltidningar också sprida information om resultaten.

Det kan dock vara svårt att skapa intresse för utbildningarna. På grund av vårdpersonalens höga arbetsbelastning prioriteras detta inte tillräckligt högt och deltagandet i de frivilliga utbildningarna är lågt.

### *Brist på stöd från personalen*

Den första strategiska utmaningen i strävan efter jämlik vård är att få med personalen i detta arbete. En förutsättning för det är att personalen får information om resultaten av olika kartläggningar och uppföljningar, exempelvis genom informationsbroschyrer eller diskussioner om resultaten med

personal på olika nivåer, vårdpunkter och enheter. Landstingen kan också inrätta arbetsgrupper som ska undersöka om det finns några skillnader i vården i olika vårdssituationer.

Landstingen vill att personalen ska känna till dessa ojämlika förhållanden och tror att det får effekter i verksamheterna och i vårdssituationerna. Det är också bra att olika resultat publiceras offentligt eftersom det sätter press på både vårdpersonalen och ledningen så att de anstränger sig ytterligare för att förbättra jämlikheten.

### *Svårt att hitta i vårdsystemet*

Tillgänglighet är en viktig del i jämlikhetsarbetet, och tillgängligheten ökar för många med IT-system där man kan boka läkarbesök hemma via datorn.

Det finns dock personer som ändå har svårt att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet. Då är det viktigt att identifiera dessa grupper och sätta in särskilda resurser för att hjälpa dem att få ”rätt vård”.

### *Om regionala prioriteringar och särskilda åtgärder*

I intervjuerna fick svarspersonerna ange om landstinget hade gjorts några särskilda prioriteringar när det gäller vilka jämlikhetsaspekter som särskild bör prioriteras. Nedan återges ett antal citat som illustrerar svaren:

Jag tror inte vi har några särskilda utmaningar för vi har inga signaler om det.

Tycker inte att det är en grupporienterad problematik, utan mer en generell problematik för hela landet. Hur säkerställer vi likvärdig vård oavsett i vilket landsting/region du bor?

Det finns ännu inte en gemensam regional prioritering. Inte nedtecknad i alla fall. Det finns vissa sådana i landstingsplanen som precis blivit klar. Svårt att svara på frågan i nuläget. Men konkret har vi lite fokus på ersättningsmodellen vad gäller vård i glesbygd, den geografiska aspekten.

Vi har satt upp vissa områden som är viktiga: läkemedel, jämlik sjukskrivning och information och kommunikation till personer med funktionsnedsättning. Utländska språk är lite inom parentes eftersom det inte är ett akut behov på Gotland.

Socioekonomi och utbildning och funktionshinder, det är där vi har de största skillnaderna.

Svår fråga, men politikens uppdrag är att vi ska jobba med både jämställd och jämlik vård. Men generellt får man titta på socioekonomiska faktorer inom jämlikhet och sedan också genus vad gäller jämställdhet.

De skillnader vi tycker oss se mellan stad och land är viktiga. Centralorten Växjö och i viss mån Ljungby – det förefaller att man konsumerar mer vård där i förhållande till de övriga 6 kommunerna. Det är framför allt det fokus vi har. Det har lett till att vårt vårdvalsystem tar mer hänsyn till socioekonomiska faktorer i ersättningsarna.

Vi har inte gjort någon gradering av de olika perspektiven för att få jämlikare vård. Vi försöker satsa på alla perspektiv. Vi har inte sagt att det är viktigare att

satsa på funktionsnedsättningar i förhållande till sexuell läggning eller något sådant.

Det blir alltid en politisk fråga, men jag tycker att man borde prioritera de grupper där det är flest människor. Då är det folksjukdomarna som är viktiga. Men det kan finnas politiskt tyckande om att det ska vara socioekonomiskt eller något annat perspektiv.

Det vi lyft fram med senaste landstingsplanen som ska jobbas med efter sommaren är särskilt skillnader mellan könen vad gäller läkemedel. Och sedan fortsatt arbete med tillgängliga lokaler. Men också för asylsökande – tillståndslösa är ju också ett problem, men det är ju en politisk fråga.

Det som alla landsting jobbar med är våldspreventivt arbete, funktionshinder, hiv-prevention, men vi har ju inga helt nya utmaningar så. Vi är ett litet landsting så vi kan inte ha speciellt program för samtliga mindre grupper.

De frågor som kommer att vara mest aktuella är främst geografi, ålder, kön och funktionsnedsättning.

Jag kan inte säga att jag kan verifiera det, men man tittar mer på äldre och multisjuka. Den diskrimineringen har hamnat i fokus mer. Jag tror att vi skulle behöva bli bättre på olika etniciteter, olika språksvårigheter [eftersom vi] har en stor invandring.

Man måste ju prioritera på något sätt. Vi funderar på att prioritera olika diagnoser, exempelvis KOL. Där kan vi belysa variabler i jämlikhet och jämställdhet utifrån diagnoser och belysa olika vårdprocesser. Då får vi välja ut några större diagnoser där det finns många människor som omfattas. Och utifrån det får vi lägga planer på förbättringsåtgärder. Kol är en sådan grupp där vi vet att det finns ojämlikhet. Diabetes kan vara en annan. Stora folksjukdomar med olika komplikationer som drabbar många.

Inget uttalat beslut [om prioritering]. Det enda är att man ska arbeta för att främja jämlikhet och jämlikhet i vården brett. Man jobbar med många grupper samtidigt.

Sammanfattningsvis lyfter företrädarna för glesbygdslänen fram att de geografiska skillnaderna finns behöver prioriteras, främst länen i landets norra delar. Vissa landsting har en större andel utrikes födda, och de lyfter av förklarliga skäl fram behovet av att nå och bemöta grupper med olika etnisk bakgrund samt grupper som inte talar svenska.

### **SKL prioriterar arbete mot en jämlik vård**

Sedan ett antal år arbetar SKL för en jämställd vård, det vill säga att hälsan och vården ska vara lika god för både kvinnor och män. SKL har också under flera år fått stimulansmedel för att bidra till utvecklingen, och satsningarna har resulterat i flera olika utvecklingsprojekt på området. Under 2010 och 2011 har SKL också prioriterat sociala skillnader och andra jämlikhetsaspekter.

#### ***Kartläggning av sjukvårdshuvudmännens insatser***

Inom ramen för sin satsning har SKL även börjat kartlägga de särskilda insatser som görs för att öka jämlikheten och jämställdheten i vården. Kart-

läggningen är inte helt klar och hittills finns en eller ett par aktiviteter per landsting rapporterade. Under 2011 kompletterade Socialstyrelsen denna kartläggning med en genomgång av dokument från landstingens webbplatser, exempelvis landstingsplaner, årsredovisningar och policydokument. Sammanställningen syfte var att skapa en bild av hur landstingen arbetar för att göra vården mer jämlik. Denna översikt är inte fullständig utan syftar till att ge exempel på aktiviteter i landstingen.

### *Satsningar på jämställdhet*

Under 2010 arbetade SKL med projektet Hållbar Jämställdhet, dit landsting kunde ansluta sig och söka bidrag för egna projekt. Tretton av landstingen fick också finansiering från projektet [2]. Landstingens olika projekt har resulterat i riktlinjer och åtgärdsprogram på olika nivåer i verksamheterna samt åtgärder som omfattar utbildningar om genusperspektiv i vården och om bemötande, brukarenkäter, standardiserade vårdplaner och patientprocesser. Tolv landsting har också skrivit under den EU-gemensamma CEMR-deklarationen (Council of European Municipalities and Regions) för jämställdhet och förbinder sig därmed att ta fram en jämställdhetspolicy och införa den i verksamheten [3].

Arbetet för jämlik vård handlar ofta om jämställd vård, och det är framför allt landstingens fokus. De genererar själva kunskap om könsskillnader i vården genom att ta fram vårdstatistik och nyckeltal för kvinnor respektive män, eller använder könsuppdelad statistik ur öppna jämförelser för att studera sitt eget utvecklingsarbete och sätta upp verksamhetsmål. Vissa landsting redovisar också separat statistik utifrån patienternas ålder, geografisk, etnicitet, utbildning och socioekonomisk status.

### *Geografiska skillnader*

Ett landsting med stora geografiska avstånd har arbetat med att ge behandling på distans genom videosamtal. Andra landsting försöker åtgärda geografiska ojämlikheter genom att omfördela resurser i länet eller göra särskilda satsningar i vissa delar för att exempelvis minska skillnader i hjärt- och kärlsjukligheten.

### *Socioekonomi*

Det finns få åtgärder som uttalat går ut på att minska vårdskillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper, men flera prioriterade grupper är socialt utsatta och har lägre socioekonomisk position än andra grupper. Ett projekt syftar dock till att förbättra tandhälsan i socioekonomiskt utsatta områden.

### *Barn och unga*

Vissa landsting har börjat arbetet med att införa bestämmelserna i FN:s barnkonvention. Många arbetar också för att göra barn och unga mer delaktiga i hälso- och sjukvården, exempelvis med informationsmaterial om behandlingar som är riktade mot barn, och arbete med att förbättra Patientnämndens webbplats för att fler barn och unga ska lämna synpunkter. Dessutom är det många landsting som satsar på ungdomsmottagningar och familj-

jecentraler samt använder enkätundersökningen ”Liv och hälsa ung” för att öka kunskapen om ungas psykiska hälsa och levnadsvanor.

### *Äldre*

Äldre är en annan prioriterad grupp, och många insatser handlar om läkemedelsgenomgångar, hälsosamtal och vårdpreventivt arbete med riskbedömningar för exempelvis fall eller undernäring. Dessa bedömningar registreras i kvalitetsregistret Senior alert.

För att anpassa vården till svårt sjuka äldre satsar flera landsting på förebyggande hembesök, hemsjukvård och mobila team, närsjukvård och läkare i äldreboenden, äldreanpassad mottagningstid och direktintag på slutenvårdsavdelningar från primärvården. Flera landsting arbetar också med att utveckla samarbetet mellan olika vårdinstanser kring de mest sjuka äldre och att förbättra rehabiliteringen och äldreteamen i primärvården. Dessutom arbetar de för att tandvårdsstödet ska nå alla äldre som har rätt till det och för att tandvård ska inkluderas i strokevården.

### *Funktionshinder*

Flera landsting har startat arbetet med att införa FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Åtgärderna går bland annat ut på att nå målet om tillgängliga lokaler och att göra webbplatsen mer tillgänglig.

För att ge bättre vård till personer med funktionshinder har vissa landsting tagit fram särskilda policydokument och arbetar med bemötandebildningar i nära samarbete med patient-, brukar- och anhöriggrupper. Rehabiliteringen i vissa landsting håller på att utveckla anhängstöd och särskilda gruppaktiviteter för brukare.

### *Psykisk ohälsa och psykiska funktionshinder, missbruk och beroende*

Insatserna har ett särskilt fokus på ungas psykiska hälsa, och landstingen arbetar med att förbättra tillgängligheten till vård enligt vårdgarantin. Vissa gör även särskilda satsningar på vård för personer med ätstörningar och neuropsykiatriska funktionshinder. Dessutom pågår projekt för att ordinera fysisk aktivitet på recept i större utsträckning, ge hälsokontroller till personer med allvarlig psykisk sjukdom och ge gulsotsvaccination till missbrukare.

För att öka brukarinflytandet i vården ordnar vissa landsting brukarträffar eller involverar representanter från olika brukarorganisationer i olika sammanhang. Dessutom ska de anhöriga få ett bättre stöd. Vissa landsting arbetar med att göra vården mer tillgänglig genom att öka öppettiderna eller genom att ha en flexibel åldersgräns för barnpsykiatri och vuxenpsykiatri.

Här följer några exempel på satsningar som nämns under intervjuerna

- *Utlandsfödda.* Vissa landsting har arbetat med bemötandebildningar i vården med ett särskilt fokus på att bemöta utlandsfödda. Hälsokommunikatörer ska främja hälsan och vårdkonsumtionen, och ungdomsmottagningarna vill bli bättre på att rikta verksamheten mot personer med utländsk bakgrund. Vissa landsting satsar också på kommunikation på olika minoritetsspråk på webbplatsen och i tryckt

information. Ett landsting utvärderar en satsning på gratis hälsoundersökningar för utlandsfödda.

- *Asylsökande.* Flera landsting arbetar med att ge bra information om hälso- och sjukvård till nyanlända, och använder hälsokommunikatörer med särskilda språkkunskaper som särskilt ska informera om rätten till hälsosamtal och migrationshälsan. Vissa landsting arbetar för att även papperslösa flyktingar ska kunna få god vård.
- *Hbt-personer.* Flera landsting har utbildat personalen i att vårda och bemöta hbt-personer, och verksamheter som har genomgått utbildningen kan bli hbt-certifierade. Det innebär att verksamheter kan profilera sig som särskilt kompetenta genom vårdval.
- *Hemlösa.* Program pågår i vissa landsting för att utveckla hälso- och sjukvården och tandvården till vissa hemlösa.
- *Våldsutsatta.* Vissa landsting arbetar med att vården för våldsutsatta ska inkludera alla våldsutsatta och inte enbart kvinnor. Ett landsting har startat ett projekt för att sprida kunskap om våldsutsatta och våldtagna män, men samtidigt fokuserar vissa landsting på mäns våld mot kvinnor.
- *Likabehandling och bemötande.* Flera landsting har tagit fram policydokument om likabehandling och likabehandlingsplaner för verksamheten för att åtgärda brister i bemötandet. Dessutom får personalen utbildning om likabehandling i hälso- sjukvården och om diskrimineringslagen. Flera landsting ordnar också regelbundna reflekterande samtal om bemötande och arbetar med konkreta åtgärder som att göra blanketter och enkäter mer inkluderande. Det är också viktigt att mäta patienternas och brukarnas upplevelser av hälso- och sjukvårdens bemötande, och för det använder landstingen främst Nationell patientenkät, Vårdbarometern, Patientnämnden och HSAN.

## Revisionsrapporter visar på behov av lokala riktlinjer som främjar ett jämlikt bemötande

Bemötandet och omhändertagandet hänger ihop med i vilken grad landstingens vård och behandling faktiskt erbjuds jämlikt och rättvist. Landstingen har i allmänhet övergripande rutiner som handlar om bemötande, med hänvisningar till HSL. Däremot tycks det ofta saknas verksamhetsspecifika riktlinjer för detta.

Landstingens revisorer verkar fokusera allt mer på bemötande och jämlikhet i vården. En revision inom Västra Götalandsregionen visar till exempel att många har övergripande riktlinjer och rutiner som rör både patientbemötande och diskriminering [4]. Dessa riktlinjer beskriver vanligtvis verksamheternas visioner och utgår från målet ”lika vård på lika villkor”. Samtidigt är det sällsynt med konkreta rutiner och riktlinjer som gäller patientbemötande och/eller diskriminering i verksamheterna och som beskriver hur de ska motverka ett dåligt och/eller diskriminerande bemötande. Enligt rapporten finns det främst två anledningar till denna brist. För det första har de övergripande riktlinjerna inte tidigare innehållit några tydliga krav på att

verksamheterna ska ta fram sådana dokument. För det andra anser många som arbetar inom vården att bemötande och diskriminering är självklara aspekter i det dagliga arbetet med att ge vård på lika villkor, och att det därför inte behövs några specifika åtgärder för detta. Enligt rapporten hade många verksamheter också svårt att definiera vad ett gott bemötande är samt hur de arbetar praktiskt för att inte diskriminera sina patienter.

Samtidigt visar rapporten att många inom vården är medvetna om att människor diskrimineras. Många verksamheter har jämställdhets- och mångfaldsplaner, men de inkluderar inga andra specifika diskrimineringsgrunder än kön, ålder och etnicitet. Därmed saknas tre av diskrimineringsgrunderna i lagen: könsöverskridande identitet, funktionshinder samt sexuell läggning. Planerna handlade i stora delar om hur personalen ska agera mot varandra internt, och inte hur personalen ska agera gentemot patienterna. Sammanfattningsvis konstaterade revisorerna att den interna styrningen och kontrollen behöver bli betydligt bättre när det gäller patientbemötandet och arbetet för att motverka diskriminering av patienterna och styra mot jämlikhet och jämställdhet [4, 5].

Liknande slutsatser dras också i en revisionsrapport genomförd inom region Skåne. Rapporten konstaterar bland annat att det finns brister i kännedom om de faktiska förhållanden som styr och påverkar vad som gör vården jämlik och rättvis och det finns ingen samlad kompetens eller överblick över dagens arbete med att göra verksamheten ändamålsenlig ur denna synvinkel. Rapporten pekar på att det är angeläget att regionen i framtiden skapar förutsättningar för analys och forskning inom ämnesområdet. Rapporten framhåller att region Skåne bör se över innehållet i styrdokumentet beträffande jämlikhet och rättvisa i vården, utifrån en analys av behoven inom verksamheterna [6].

## Referenser

1. Jämlik vård? – könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
2. Utvärdering av Program Hållbar Jämställdhet – Utdrag från originalrapport: ”Utvärdering av Program Jämi och Program Hållbar Jämställdhet – En utvärdering av två nationella satsningar på jämställdhetsintegrering inom stat, landsting och kommun”. Hämtad 2011-06-15 från [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/jamstalldhet/hallbar\\_jamstalldhet/om\\_programmet](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/jamstalldhet/hallbar_jamstalldhet/om_programmet)
3. The European Charter for equality of women and men in local life. [http://www.ccre.org/docs/list\\_local\\_and\\_regional\\_governments\\_cemr\\_charter.pdf](http://www.ccre.org/docs/list_local_and_regional_governments_cemr_charter.pdf).
4. Granskning för att säkerställa jämlik och jämställd hälso- och sjukvård. Västra Götaland regionen. Revisionsrapport. KPMG. Göteborg; 2011.
5. Patientbemötande och diskriminering. Policy åtgärder och uppföljning. Revisionsenheten, Västra Götaland regionen. Göteborg 2010.
6. Hur jämlik och rättvis är vården? Region Skåne. Granskningsrapport - juni 2010.

# Metoder för ökad jämlikhet i hälsa och vård – exempel från aktuell forskning

---

## Sammanfattande slutsatser

När det gäller avgifter och finansiering framhåller forskare att tillgången till vården blir mer jämlik med ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem, och att effekten blir motsatt om vården har en hög andel patientavgifter eller privata försäkringar. Vidare visar forskningen om hälso- och sjukvårdssystem att tillgången till vård blir mer jämlik med en hälso- och sjukvård som är uppbyggd kring en stark första linjens sjukvård med minskade hälsoskillnader som följd.

En annan forskningsinriktning handlar om insatser och interventioner inom hälso- och sjukvården som ökar tillgången på vård för grupper med stora behov. Framför allt amerikansk och brittisk forskningslitteratur beskriver olika typer av interventioner som riktar särskilda insatser mot utsatta grupper. Många insatser förefaller ha en utjämnande effekt, men det finns också studier som inte visar någon effekt eller till och med att skillnaderna ökar mellan grupperna. Bland de studerade insatserna finns bland annat olika typer av utbildning, förbättrad tillgänglighet och mer individuellt anpassad vård. Insatserna i studierna går i huvudsak ut på att förebygga eller tidigt upptäcka hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och cancer. Det finns också exempel på interventioner inom mödravård och barnavård, psykiatri och tandvård.

Få eller inga interventionsstudier under senare år är genomförda i Sverige eller Skandinavien, och de genomgångna studierna visar också på stora metodologiska svårigheter.

## Inledning

Detta avsnitt är en kortfattad sammanfattning av forskningsresultat som visar vilken effekt olika insatser har på jämlikheten i hälsan och vården. Avsnittet innehåller exempel på olika typer av interventioner inom vården som antingen syftar till att minska de sociala skillnaderna i hälsa eller att på något sätt påverka skillnaderna i vårdbesök mellan olika sociala grupper.

Innehållet bygger på följande material:

- En översiktlig summering av systemforskningen inom hälso- och sjukvården, som syftar till att kartlägga vilka faktorer som gynnar en jämlik vård och hälsa
- En annan källa är den litteratursökning som Socialstyrelsen har gjort för att få en bild av aktuella interventioner som syftar till att öka tillgången till vård för utsatta grupper samt minska hälsoskillnader. Sökningen gjordes med assistans av SBU:s upplysningstjänst, och



byggde på breda sökbegrepp som relaterar till sjukvård, intervention, jämlikhet och sociala skillnader<sup>12</sup>. Artiklar som har kategoriserats under mer specifika nyckelord ingår inte i sökresultatet, och vi har inte bedömt studiernas kvalitet på något annat sätt. I sökningen ingår bara forskning som har indexerats sedan 2008. Efter urvalsprocessen fanns 483 artiklar kvar, och av dem var 17 relevanta för denna översikt.

- I översikten ingår även exempel på studier från manuella sökningar vid Socialstyrelsen.

## Övergripande interventioner på systemnivå

### *Första linjens sjukvård*

En väl fungerande primärvård och närsjukvård är en av de faktorer inom hälso- och sjukvården som kan bidra till bättre hälsa i befolkningen, minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper samt minska utnyttjandet av både sluten och öppen vård, och därmed på sikt minska de totala sjukvårdskostnaderna. [1-10]

### *Finansiering och avgifter i hälso- och sjukvård*

Systemforskning om hälso- och sjukvård har i allmänhet dragit slutsatsen att fördelningen av vård påverkas av hälso- och sjukvårdens finansiering, och att vården tenderar att vara mer jämlikt fördelad om den är finansierad med skatter i stället för patientavgifter eller försäkringar. I detta sammanhang brukar också framhållas att beställare av sjukvård måste planera utifrån befolkningens behov, hävda patienters rätt och ge en röst åt utsatta grupper som inte efterfrågar vård i tillräcklig utsträckning.

Ofta betonas att vården ska satsa på förebyggande insatser för att minska de sociala skillnaderna. Screening är ett exempel på en sådan åtgärd och författaren menar att screeningprogrammet då måste gälla hela befolkningen och inkludera särskilda satsningar för att nå de med störst behov. Både insatser och verksamheternas lokalisering har betydelse. Vårdgivarna kan satsa på särskilda insatser till de mest utsatta eller på att organisera vården så att alla ska behandlas på ett rättvist sätt, och enligt en forskare som summerar ett antal rekommendationer beror valet på kontexten - det sammanhang där verksamheten finns. Författaren pekar också på vikten av att inkludera särskilt utsatta grupper med stora vårdbehov, såsom papperslösa flyktingar [11].

<sup>12</sup> ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Public Health"[Mesh] OR "Health Services Accessibility"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh] OR "Health promotion"[Title/Abstract] OR "health program"[Title/Abstract] OR "health programs"[Title/Abstract] OR ((("public health"[Title/Abstract] OR "primary health care"[Title/Abstract]) AND ("promotion"[Title/Abstract] OR "promotions"[Title/Abstract] OR "program"[Title/Abstract] OR "programs"[Title/Abstract] OR "intervention"[Title/Abstract] OR "interventions"[Title/Abstract] OR "reform"[Title/Abstract] OR "reforms"[Title/Abstract]))) AND (((("social"[Title/Abstract] OR "neighborhood"[Title/Abstract] OR "socioeconomic"[Title/Abstract]) AND ("disadvantage"[Title/Abstract] OR "disadvantaged"[Title/Abstract]) OR "neighborhood deprivation"[Title/Abstract] OR "social determinants"[Title/Abstract] OR "social class"[Title/Abstract] OR "Socioeconomic Factors"[Majr] OR ((("social"[Title/Abstract] OR "health"[Title/Abstract] OR "socioeconomic"[Title/Abstract]) AND ("inequality"[Title/Abstract] OR "inequalities"[Title/Abstract] OR "inequity"[Title/Abstract] OR "inequities"[Title/Abstract] OR "disparity"[Title/Abstract] OR "disparities"[Title/Abstract])) OR "Healthcare Disparities"[Mesh] OR "Health Status Disparities"[Mesh]) AND systematic[sb]

Flera europeiska länder använder patientavgifter som ett sätt att försöka kontrollera kostnaderna för hälso- och sjukvården, men avgifterna kan minska efterfrågan på vård från socialt utsatta grupper och på så sätt öka de sociala skillnaderna. Patientavgifter bedöms inte vara ett lämpligt instrument för att justera efterfrågan på vård och det finns ingen evidens för denna metod [12].

En studie [13] undersökte betydelsen av sjukförsäkringssystem för jämlikhet i hälsa genom en metaanalys av åtta studier för att jämföra överlevnaden efter bröstcancer i Kanada och USA. Överlevnaden var högre bland utsatta grupper i Kanada än i USA, vilket bidrog till en mer jämlik fördelning. Författaren förklarar detta med att Kanada har en mer inkluderande sjukförsäkring. I en kommentar till studien menar en annan forskare [14] att sambandet mellan Kanadas sjukförsäkringssystem och mer jämlik hälsa kan bero på att detta system ger en bättre och mer tillgänglig primärvård för alla. På så sätt blir det lättare att upptäcka sjukdomar tidigt samt att minska de sociala skillnaderna i vårdbesök och hälsa.

En studie [15] granskade interventioner i Storbritannien där sjukvårdens ersättning delvis bestämdes av vårdkvaliteten utifrån olika indikatorer. Denna strategi visade sig främja alla grupper av patienter men gynnade särskilt äldre och män. Författarna kunde inte utesluta att detta finansieringssystem kan bidra till ökade sociala skillnader i vårdnyttjande.

#### *Exempel på övergripande interventioner inom vården*

En artikel [16] presenterar en organisationsmodell för att göra sjukvården mer tillgänglig och därigenom minska sociala skillnader i hälsa. Modellen är en modifierad version av ”model of access to health services” från The Institute of Medicine (IOM). I den ursprungliga modellen ingår bland annat kulturellt och språkligt anpassade metoder, förbättrad tillgänglighet, anpassade tjänster samt samarbete med olika intressenter och med lokalsamhället. Artikelförfattarna menar att interventionerna kan göra särskilt stor nytta om de ges till riskgrupper och fokuserar på de faktorer som har störst inverkan på skillnader i vård och hälsa. De bör även inkludera mått på effektivitet, kvalitet och hälsoutfall.

I en brittisk artikel [17] diskuterar forskarna hur hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas för att minska de sociala skillnaderna i hälsa. De argumenterar för att social utsatthet måste tas med i beräkningarna när man planerar vården eftersom ökad utsatthet ökar risken för ohälsa, men också eftersom en sämre social situation innebär en ytterligare börda för den som är sjuk. Författarna påpekar att utsatta grupper har större potential att dra nytta av olika typer av särskilda satsningar (t.ex. utökade öppettider, utbildningsinterventioner etc.) än andra och att det därför kan vara mer effektivt att fokusera på dessa grupper vid utformandet av särskilda satsningar.

En annan artikel [18] utgår från tidigare interventionsforskning och innehåller förslag på hur interventioner kan utformas så att skillnaderna i hälsa och vård minskar mellan grupper med olika etniska bakgrunder. Enligt förslagen bör vårdgivarna ingå i program som hjälper låginkomsttagare med vårdkostnader, och införa möjligheten att dela upp betalningen eller erbjuda möjligheten att betala enligt en glidande skala. Författarna framhåller att

organisationen bör arbeta utifrån ett mångfaldsperspektiv och att patienternas olika bakgrunder också ska finnas representerade bland personalen. Vidare bör patienterna få information om personalens kulturella och språkliga kompetenser och kunna ta del av målgruppsanpassad information på sitt eget språk. Vårdgivarna bör även utbildas så att de kan främja patienternas delaktighet, och använda enkäter för att mäta patienternas upplevelser av vården. Patienterna ska också kunna lämna förslag på hur verksamheten kan förbättras.

#### *Multidisciplinära insatser, utbildning och förbättrad tillgänglighet*

I en omfattande litteraturöversikt [19] granskades 94 originalstudier och 21 litteraturstudier av interventioner i hälso- och sjukvården som syftade på att minska de sociala skillnader som berodde på socioekonomi, etnicitet, ålder och kön. Interventioner från olika delar av världen ingick i översikten. Enligt granskningen var det satsningar som gav störst effekt s.k. intensiva och multidisciplinära insatser, riktade åtgärder anpassade efter gruppens behov, anhörigmedverkan, förbättrad tillgänglighet och olika typer av påminnelser om att uppsöka vården.

En systematisk litteraturöversikt [20] inkluderade 34 interventioner som i huvudsak var amerikanska och där syftet med interventionerna var att öka den s.k. kulturella kompetensen i sjukvården. Interventionerna utgjordes till exempel av intervjuer med personer som tillhör etniska minoritetsgrupper samt utomlandsresor och utbildning för personalen. Forskarna framhåller att det finns utmärkt evidens för att utbildning ökar personalens kunskaper och god evidens för att fördomar minskar, den professionella kompetensen ökar och att patienterna blir mer nöjda med vården. Författarna påpekar dock att det kan finnas risk för att övertolka betydelsen av patienternas kulturella bakgrund efter att ha deltagit i interventionen.

#### *Förändringar i sjukvårdspersonalens bakgrund och kompetens*

En litteraturöversikt [21] omfattade 26 studier av amerikanska interventioner för att bedöma om patienter som tillhör en etnisk minoritet får bättre hälsoutfall om de behandlas av personal som tillhör samma etniska grupp. I 9 av studierna hade samstämmig etnicitet positiva hälsoeffekter, medan 8 studier inte visade någon skillnad och 10 studier visade ett blandat resultat.

En systematisk litteraturöversikt [22] av 53 amerikanska interventioner syftade till att utvärdera effekterna av socialarbetare (community health workers) för grupper som konsumerar för lite vård. 22 av studierna visar ett visst stöd för att de aktuella grupperna sökte mer vård efter intervention, och 27 av studierna gav ett visst stöd för förbättrad hälsa. 30 studier visade låg till medelhög evidens för att denna yrkesgrupp kan öka vårdkonsumtionen.

En nederländsk studie [23] utvärderade olika projekt som skulle minska de socioekonomiska skillnaderna i hälsa. Tre av projekten involverade hälso- och sjukvården och syftade särskilt till att förbättra tillgängligheten och öka kvaliteten på den vård som ges till socioekonomiskt utsatta grupper i utsatta områden. I ett projekt anställde man en sjuksköterska för att förbättra vården för patienter med astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom. I ett annat projekt anställde man turkisktalade personer till turkiska diabetes-

patienter, och i det tredje projektet samarbetade vårdgivare, bostadsföretag och polisen för att skapa nätverk för personer med psykiska och sociala problem. Alla dessa tre projekt hade viss effekt men det var svårt att svara på vilka faktorer som var framgångsrika.

En amerikansk litteraturöversikt granskade 27 interventioner i sjukvården som inkluderade etniska minoriteter och där syftet var att minska hälsoskillnader. Alla utom en intervention utfördes i primärvården och innehållet i dem varierade mellan studierna. 10 interventioner innehöll ett system för att påminna patienterna om kommande behandlingar, vilket visade sig leda till bättre vård för utsatta etniska grupper. I några av studierna innebar interventionen flera olika insatser samtidigt, vilket hade viss effekt. Skillnaderna minskade med insatser som bland annat innebar tidiga preventiva insatser, utbildning av vårdgivare, hälsoenkäter till unga och tolk på distans [24].

En annan litteraturöversikt granskade interventioner i OECD-länderna med syfte att minska sociala skillnader, och inkluderade fyra interventioner inom hälso- och sjukvården. Tre av dem handlade om att göra vården bättre anpassad till de vårdsökandes etniska bakgrund. Studierna visade begränsade men i viss mån positiva resultat, bland annat när det gäller hur nöjda de olika grupperna blev med vårdinsatserna. Den fjärde satsningen handlade om att göra specialistvård tillgänglig på vårdcentraler eller på mottagningar på landsbygden. Detta angreppssätt visade sig ha positiv effekter på självrapporterade hälsa [25].

### *Förbättrad informationsteknologi*

Två av studierna syftade till att undersöka hur insatser som fokuserar på IT-användningen i sjukvården kan minska socioekonomiska skillnader. Den tredje undersökte effekten av interventioner där man använde utökad telefonservice för att minska geografiska skillnader i hälsa och vård.

Den första är en systematisk litteraturöversikt [26] över interventioner som fokuserar IT-kommunikationen i sjukvården när det gäller vård av barn från låginkomstförhållanden. Sex studier om utökade IT-kommunikation inkluderades i översikten. Slutsatserna gick ut på att det saknas forskning om hur sjukvården använder IT för att minska sociala skillnader för den undersökta gruppen.

Den andra litteraturöversikten [27] syftade till att undersöka om interaktiva IT-lösningar i sjukvården minskade de sociala skillnaderna i hälsa, men man hittade inga randomiserade kontrollerade studier. Det finns dock preliminära studier om personligt anpassade interaktiva dataprogram som ska förbättra patienternas hälsa, och de tyder på att sådana program kan minska skillnader i hälsa mellan socioekonomiska grupper.

Den tredje studien [28] var en narrativ litteraturöversikt som inkluderade 143 studier av australiensiska interventioner med utökad rådgivning per telefon eller bildtelefon. Dessa interventioner visade sig ge positiva effekter för människor som bodde på landsbygden, vilket bedömdes bidra till att minska de geografiska skillnaderna i hälsa.

## Interventioner inom vissa hälso- och sjukvårdsområden

Många typer av studier har under åren fokuserat på särskilda sjukdomsgrupper. Här lyfts några exempel fram på studier som publicerats under senare år.

### *Hjärt- och kärlsjukvård*

Tre exempel handlar om hjärt- och kärlsjukvård, varav en studerar socioekonomiska skillnader medan två artiklar studerar etniska minoriteter.

En litteraturöversikt [29] granskade vilka interventioner som kunde bedömas vara effektiva för socioekonomiskt utsatta grupper när det gäller att förebygga och behandla hjärt- och kärlsjukdomar. Översikten inkluderar interventioner från olika delar av världen. Interventionerna omfattade fyra stadier av prevention och behandling inklusive metoder för rökavvänjning, hjärtrehabilitering, medicinering för sekundär prevention och program för självhjälp vid hjärtsvikt. Interventionerna hade bara begränsad effekt bland socioekonomiskt utsatta grupper och i vissa fall bidrog de dessutom till att öka de sociala skillnaderna i hälsa.

En annan studie [30] var en kvalitativ studie med syftet att identifiera framgångsfaktorer när det gäller att förbättra diabetesvården och hjärt- och kärlsjukvården för patienter som tillhörde etniska minoriteter. I studien framkom att ett antal faktorer var viktiga bland annat: extern ansvarsskyldighet och samverkan mellan olika aktörer samt engagemang inom organisationen, fokus på folkhälsa och tydligt kvalitetsfokus.

En ytterligare [31] studie, en litteraturöversikt om interventioner som syftade minska skillnaderna i hjärt- och kärlsjukdomar bland ”afroamerikaner”. Studierna byggde på fokuserade på riktade insatser i tillgänglighet och fokus var olika tidig upptäck av bland annat hypertoni, nutrition och fysisk aktivitet. Studierna visade på blandade resultat i effekt.

### *Cancer*

En litteraturöversikt [32] granskade 29 interventioner i USA, Sverige, Italien, Spanien och Storbritannien med syftet att öka screeningsbesöken för bröst- och livmoderhalscancer. Granskningen visade att interventionerna som hade potential att öka besöken inte alltid minskade de sociala skillnaderna. Vissa åtgärder tycktes minska skillnaderna, exempelvis att erbjuda gratis test, åtgärda geografiska hinder, engagera läkare från primärvården i screeningen och ge individuellt anpassad kommunikation för att bemöta hinder för screening. Författarna framhåller att detta även kan gälla för hälsotillstånd som hypertoni, hyperkolesterolemi och diabetes.

### *Diabetes*

I en översikt [33] granskade interventioner om diabetesvården. Den byggde i sin tur på 12 litteraturöversikter av interventioner som skulle förbättra livskvaliteten för personer med diabetes, särskilt minoritetsbefolkningen och grupper med alltför låg vårdkonsumtion. Denna studie ger exempel på olika insatser såsom stödsamtal och utbildning i hälsa och diabetesvård. Skillna-

der i interventionernas innehåll och metod gjorde det dock svårt att jämföra de olika översikterna.

En Cochraneöversikt [34] granskade elva interventioner i USA, Storbritannien, Kanada och Nederländerna, med syftet att ge kulturellt anpassad utbildning om diabetes typ 2 till etniska minoritetsgrupper. Enligt översikten finns det evidens för att interventioner av denna typ leder till bättre blodsockerkontroll, ökad kunskap om diabetes och hälsosammare levnadsvanor. Däremot hade interventionerna ingen effekt på deltagarnas vikt, kolesterolnivå, blodtryck eller livskvalitet. Det var inte möjligt att utvärdera några långsiktiga effekter.

En litteraturöversikt [35] granskade 42 interventioner som skulle minska den diabetesrelaterade skillnaden i hälsa mellan grupper med olika etniska bakgrunder. Merparten av interventionerna utfördes i USA och fokuserade afroamerikaner och latinamerikaner. Enligt studierna finns det evidens för interventioner som riktar sig till patienter genom program som tar hänsyn till kulturella skillnader. Det gäller också interventioner till vårdgivare genom utbildning och återkoppling samt interventioner till olika organisationsformer (health systems) genom ”nurse case management” och ”nurse clinicians”.

#### *Förebyggande hälsoinsatser och rökavvänjning*

Det finns en systematisk litteraturöversikt [36] av 48 studier som rör interventioner från Storbritannien, USA och Sverige, med syftet att minska rökningen bland utsatta grupper. Översikten visade att vissa interventioner kan öka tillgången till stöd för rökavvänjning, även om det saknas effektiva studier.

I en litteraturöversikt [37] granskades 13 interventioner i primärvården och i socialt utsatta bostadsområden, och där syftet var att minska rökningen, öka den fysiska aktiviteten och förbättra kosten bland låginkomsttagare. Interventionerna skedde i USA, Storbritannien, Nederländerna och Kanada. Flera av dem innehöll någon typ av individuell rådgivning eller stödgrupp och utbildning i hälsosamt beteende. 9 av 13 interventioner hade positiv effekt, 7 hade ingen effekt medan 1 hade motsatt effekt. Interventionerna med positiva effekter innehöll ofta färre metoder än de övriga.

#### *Mödravård och barnavård*

En Cochraneöversikt [38] gäller 17 interventioner som gav extra stöd till socioekonomiskt utsatta gravida kvinnor som riskerade att få underviktiga eller för tidigt födda barn. I översikten ingick interventioner från hela världen, varav de flesta delvis bestod av en personlig kontakt med en barnmorska eller socionom. Interventionerna påverkade inte risken för låg födelsevikt eller att få ett för tidigt fött barn. Däremot löpte kvinnorna i studierna lägre risk för att vårdas på sjukhus under graviditeten och strax efter förlossningen samt för att förlösas med kejsarsnitt.

En litteraturöversikt [39] byggde på 14 systematiska litteraturöversikter med interventioner som skulle förbättra kosten hos socioekonomiskt utsatta kvinnor i fertil ålder. Tanken var att på så sätt minska kroniska sjukdomar hos nyfödda. De flesta interventioner genomfördes i USA men även i andra

OECD-länder. Förutom kost fokuserade interventionerna även amning, fysisk aktivitet och rökning. Det visade sig att kvinnornas beteenden påverkades av utbildning, fortsatt stöd efter interventionen, anhörigmedverkan och socialt stöd från vänner och vårdgivare.

En studie [40] ger exempel på tre amerikanska interventioner som effektivt har minskat skillnaderna i hälsa och vård mellan barn med olika etniska bakgrunder. Interventionerna kännetecknades av strikt och evidensbaserad studiedesign, att de var språkligt och kulturellt anpassade till målgruppen, att de involverade det omgivande samhället och att de tog hänsyn till bakomliggande och mellankommande variabler (confounders). De strävade också efter att inkludera mekanismer för hållbar utveckling och att verksamheten skulle fortsätta när studien var avslutad.

### *Psykiatri*

I en systematisk litteraturöversikt och metaanalys [41] granskades 14 nederländska studier som syftade till att skulle minska depressiva symtom hos socioekonomiskt utsatta kvinnor. 10 av interventionerna var särskilt designade för denna grupp. Interventionerna bestod av gruppterapi eller individuell terapi och byggde till stor del på KBT, och de tenderade att vara effektiva.

### *Tandvård*

En litteraturöversikt [42] gällde brittiska interventioner i syfte att öka tandvårdsbesöken bland fattiga familjer och familjer från utsatta områden. Den visade att mobila tandvårdsteam i anslutning till skolan och tandvårdscentraler (dental access centres) gav störst effekt.

## Referenser

1. Starfield B. Primary Care-balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
2. Gulliford M. Availability of primary care doctors and population health in England: Is there an association? J Pub Health Med 2002;24(4):252–4.
3. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health promotion, Ottawa 17-21 November, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1986.
4. Health 21: The health for all policy framework for the WHO European region. Copenhagen: The World Health Organization Regional Office for Europe; 1999.
5. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 1999.
6. Engström S, Foldevi M, Borgkvist L. Is general practice effective? A systematic review. Scand J Prim Health Care 2001;19:131-44.
7. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization. World Health Organization; 2005.

8. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
9. The World Health Report 2008. Primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. The Financial Crisis and Global Health. Report of a High-Level Consultation. Geneva: World Health Organization; 2009.
11. McKee M. What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scan J Public Health* 2002;30:54–8.
12. Louckx F. Patient cost sharing and access to healthcare. I: Mackenbach J, Bakker M (red). *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge; 2002:188–98.
13. Gorey KM. Breast cancer survival in Canada and the USA: meta-analytic evidence of a Canadian advantage in low-income areas. *International Journal of Epidemiology* 2009;38:1543–51.
14. Starfield B. Commentary: How does 'insurance' improve equity in health? *Int J Epidemiol* 2009;38:1551–3.
15. Boeckxstaens P, De Smedt D, De Maeseneer J, Annemans L, Willemss S. The equity dimension in evaluations of Quality and Outcomes Framework: A systematic Review. *BMC Health Services Research* 2011;11:209.
16. Cooper LA, Hill MN, Powe NR. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *J Gen Intern Med*. 2002;17(6):477–86.
17. Davey Smith G, Frenkel S, Ebrahim S. Rationing for health equity: is it necessary? *Health Economics* 2000;9:575–9.
18. Washington DL, Bowles J, Saha S, Horowitz CR, Moody-Ayers S, Brown AF, et al. Transforming clinical practice to eliminate racial-ethnic disparities in health care. *J Gen Intern Med* 2008;23(5):685–91.
19. Arblaster L, Lambert M, Entwistle V, Forster M, Fullerton D, Sheldon T, et al. A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. *J Health Serv Res Pol* 1996;1(2):93.
20. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care* 2005;43(4):356–73.
21. Meghani SH, Brooks JM, Gipson-Jones T, Waite R, Whitfield-Harris L, Deatrick JA. Patient-provider race-concordance: does it matter in improving minority patients' health outcomes? *Ethn Health* 2009;14(1):107–30.
22. Viswanathan M, Kraschnewski JL, Nishikawa B, Morgan LC, Honeycutt AA, Thieda P, et al. Outcomes and costs of community health worker interventions: a systematic review. *Med Care* 2010;48(9):792–808.
23. Stronks K, Mackenbach JP. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *Eur J Pub Health* 2006;16(4):346–53.



24. Beach MC, Gary TL, Price EG, Robinson K, Gozu A, Palacio A, et al. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization intervention. *BMC Public Health* 2006;6:104.
25. Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2010;64:284–91.
26. Ngo-Metzger Q, Hayes GR, Yunan C, Cygan R, Garfield CF. Improving communication between patients and providers using health information technology and other quality improvement strategies: focus on low-income children. *Med Care Res Rev* 2010;67(Suppl 5):246–67.
27. Jerant A, Sohler N, Fiscella K, Franks B, Franks P. Tailored interactive multimedia computer programs to reduce health disparities: Opportunities and challenges. *Patient Educ Couns*; 2010.
28. Moffatt JJ, Eley DS. The reported benefits of telehealth for rural Australians. *Aust Health Rev* 2010;34(3):276–81.
29. Beauchamp A, Peeters A, Tonkin A, Turrell G. Best practice for prevention and treatment of cardiovascular disease through an equity lens: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17(5):599–606.
30. Jones RG, Trivedi AN, Ayanian JZ. Factors influencing the effectiveness of interventions to reduce racial and ethnic disparities in health care. *Soc Sci Med* 2010;70(3):337–41.
31. Crook ED, Bryan NB, Hanks R, Slagle ML, Morris CG, Ross MC, et al. A review of interventions to reduce health disparities in cardiovascular disease in African Americans. *Ethn Dis* 2009;19(2):204–8.
32. Spadea T, Bellini S, Kunst A, Stirbu I, Costa G. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: A review. *Prev Med* 2010;50:159–64.
33. Magwood GS, Zapka J, Jenkins C. A review of systematic reviews evaluating diabetes interventions: focus on quality of life and disparities. *Diabetes Educ* 2008;34(2):242–65.
34. Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AGK. Culturally appropriate health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups. *The Cochrane Collaboration The Cochrane Library*;2008(3).
35. Peek ME, Cargill A, Huang ES. Diabetes health disparities: a systematic review of health care interventions. *Med Care Res Rev* 2007;64(Suppl 5):101–56.
36. Murray RL, Bauld L, Hackshaw LE, McNeill A. Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups: a systematic review. *J Pub Health* 2009;31(2):258–77.
37. Michie S, Jochelson K, Markham WA, Bridle C. Low-income groups and behaviour change interventions: a review of intervention content, effectiveness and theoretical frameworks. *J Epidemiol Community Health* 2009;63(89):610–22.

38. Hodnett ED, Fredericks S, Weston J. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database Syst Rev* 6;2010.
39. Baird J, Cooper C, Margetts BM, Barker M, Inskip HM. Changing health behaviour of young women from disadvantaged backgrounds: evidence from systematic reviews. *Proc Nutr Soc* 2009;68(2):195–204.
40. Flores, G. Devising, implementing, and evaluating interventions to eliminate health care disparities in minority children. *Pediatrics* 2009;124(Suppl 3):214–23.
41. van der Waerden JE, Hoefnagels C, Hosman CM. Psychosocial preventive interventions to reduce depressive symptoms in low-SES women at risk: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2011;128(1-2):10–23.
42. Fox C. Evidence summary: what is the effectiveness of alternative approaches for increasing dental attendance by poor families or families from deprived areas? *Br Dent J* 2010;2008(4):167–71.

# Seminarium med svenska forskare om utmaningar och strategier

---

Tillgänglighet för utsatta grupper och ökat fokus på det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet är några av de viktigaste strategierna för att nå ökad jämlikhet och vård.

Detta framkom vid det seminarium som Socialstyrelsen bjöd in till utifrån frågeställningarna i regeringsuppdraget. I seminariet deltog flera av Socialstyrelsens vetenskapliga råd samt andra forskare med fokus på frågeställningar som rör frågor om jämlikhet i hälsa och vård.

Man pekade också på vikten av att kontinuerligt synliggöra olika skillnader och analysera bakomliggande orsaker. Vidare framhölls vikten av ökad helhetssyn, och ökat fokus på verksamheternas övergripande mål och resultat.

Inom ramen för regeringsuppdraget ordnade Socialstyrelsen ett seminarium med 15 vetenskapliga råd och andra externa forskare. Inför seminariet ombads deltagarna att skriftligt kommentera några av regeringsuppdragets huvudfrågeställningar, och sammanlagt har cirka 25 personer lämnat antingen skriftliga eller muntliga förslag och synpunkter på frågeställningarna.

Följande frågeställningar skulle belysas:

- Vilka är de viktigaste utmaningarna när det gäller att uppnå öka jämlikhet i vård och omsorg?
- Vilka är de viktigaste strategierna och metoderna för att uppnå likvärdig vård och omsorg (för olika aktörer)?

Dessa synpunkter och kommentarer lämnades antingen muntligt vid seminariet eller i de skriftliga kommentarerna. Alla kommentarer har grupperats inom några huvudområden och redovisas nedan. De återges som direkta citat från de medverkande.

## Utmaningar

*För lite fokus på betydelsen av ojämlikhetsbakgrunder i vården*

- Synliggör de sociala skillnaderna i vården.
- Stärk uppmärksamheten på betydelsen av klass, etnicitet, genus och ålder.
- Se sociala, etniska och könsskillnader i vårdutnyttjandet; ett medicinskt individuellt perspektiv samt ett sociokulturellt perspektiv måste till.

*Grupper på marginalen*

- Ta fram mer kunskap om situationen för dem som hamnar utanför vanliga kartläggningar och analyser – i första hand papperslösa, i andra hand de

som inte svarar på enkäter, dvs. bostadslösa, svåra missbrukare och svårt psykiskt sjuka och papperslösa.

- Skapa klarare riktlinjer för sjukvård för papperslösa.

### *Barns ohälsa*

- Få hälsovården för förskole- och skolungdomar att fungera; BVC fungerar bra, men skolhälsovården har minst sagt problem.
- En viktig utmaning är att i tidig ålder försöka utjämna de skillnader som finns i hälsa som bl.a. kan bero på de sociala förhållanden barnen kommer från. Hur kan man skapa samma förutsättningar för alla barn att leva ett hälsosamt liv? Vad kan göras i skolan? Skolhälsovårdens möjligheter, men även idrottsämnet kan rymma stora möjligheter. För de allra minsta barnen, vad kan göras från BVC?

### *Ohälsosamma levnadsvanor och beteenden*

- Minska (det ökade) behovet av sjukvård beroende på ohälsosamma levnadsvanor genom att ändra strukturerna i hälso- och sjukvården till att ha mer fokus på hälsa (förebyggande av ohälsosamma levnadsvanor).
- Ett område att fundera över är generellt riktade insatser för att främja hälsa. På skadeområdet har man visat att generellt riktade åtgärder kan vara väldigt effektivt för att både sänka totala mängden skador och utjämna skillnader. Exempel på generellt riktade åtgärder är hälsofrämjande lagstiftning kring individens beteende, såsom bilbälteslagen, men också miljöinsatser såsom mitträcken i trafiken och fönsterlås. Exempel på sådant utanför skadeområdet är alkohollagstiftning och rökförbudet på krogar. Vad kan t.ex. göras för att främja en mer aktivt (mindre stillasittande) liv?

### *För få praktiska insatser i vården*

- Gå från kartläggningar och analyser till interventioner.
- Omsätt kunskaperna från systematiska kunskapsöversikter av vad uppväxtmiljön betyder för livet som vuxen till praktik.
- Det behövs ökad kunskap och insikt om det praktiska arbetet i mötet mellan ansvarig sjukvårdspersonal och patient.

### *Svag första linjens sjukvård*

- En väl fungerande primärvård är nyckeln när det gäller jämlikhet i form av lika tillgång till vård baserad på inkomst, utbildning och vad man bor. Investeringar i primärvård leder till bättre resultat vad gäller kostnader och kvalitet för hela hälso- och sjukvårdssystemet. En bra primärvård kan även innebära att man fångar upp problem tidigare, vilket kan ge positiva resultat i specialiserad vård. En bra primärvård handlar således inte enbart om tillgänglighet.

### *Dålig helhetssyn inom hälso- och sjukvårdssystem*

- Det är viktigt med en helhetssyn som omfattar olika perspektiv på jämlik vård.

- Öka förståelsen för hur olika sjukvårdssystem har olika effekter på jämlikhet, förståelse för ojämlikhet i hälsa respektive ojämlikhet i vård samt diskutera huruvida hälso- och sjukvården ska verka "kompensatoriskt" gentemot existerande skillnader.
- Det behövs en samlad syn på hela hälso- och sjukvården, från folkhälsoinsatser till palliativ vård, där man ser till behov på olika nivåer.

#### *Brist på relevant kunskap*

- En viktig utmaning är att förstå vem som söker vård och varför – att kunna skilja på ojämlikhet i hälsa, i vårdsökande samt i bemötande och behandling. Forskning kring ojämlikhet i hälsa baseras ofta på antingen vårddata eller hälsoläget för vissa utsatta grupper eller patientgrupper. Det behövs studier med självrapporterad hälsa (eller ännu hellre hälsa uppmätt av forskargruppen) som görs på befolkningsurval.
- Öka kunskapen om behov och kostnadseffektiva insatser för olika grupper.

#### *Ojämlikheter i samhället*

- Dra praktiska slutsatser för svensk del av den forskning som visar att hälsan är bättre, kriminaliteten lägre och våldet mindre omfattande i jämlika samhällen än i ojämlika.
- Reducera skillnaderna mellan fattiga (glesbygds- och vissa förortskommuner) och rika kommuner och landsting beträffande ekonomiska förutsättningar för social service och tillgång till sjukvård.
- Utjämna de geografiskt betingade skillnaderna, dvs. att vårdmöjligheterna är så olika i olika landsting och regioner, samt de skillnader i vårdtillgång och vårdkvalitet som finns inom regioner och landsting, kanske framför allt inom storstadsregionerna.
- Det är komplext och svårt att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper, troligen i hög grad beroende på faktorer och åtgärder utanför sjukvården. Exempelvis ger nyare forskning vid handen att en av de viktigaste enskilda variablerna för bättre befolkningshälsa är minskade sociala och ekonomiska klyftor i samhället.
- Utjämna de regionala skillnader över hela landet.

#### *Övrigt*

- Använd ändliga resurser på ett genomtänkt och för befolkningen jämnt sätt, vilket innebär att man måste våga prioritera också genom att nedprioritera. I dag kan sjukvården göra mycket mer än tidigare och utvecklingen går fort; politiska beslut om vad sjukvården inte ska göra är nödvändiga.
- Det behövs starka patientföreningar med samhällets stöd även för de "svagare" och mindre uppmärksammade sjukdomsgrupperna. Dessa kan även vara delaktiga i patient-läkarmötet.
- Identifiera bestämningsfaktorer för hälsa/ohälsa och se över resursfördelningen inom hälso- och sjukvårdssystemet.
- När det gäller likvärdighet regionalt handlar det om att beslutsfattare prioriterar olika i praktiken – inte bara mellan landsting utan också inom. Hur kan man få beslutsfattare att prioritera på samma sätt och enligt gemen-

samma riktlinjer? Här handlar det om patienträttigheter, riktlinjer samt öppna jämförelser.

## Strategier

### Sjukvårdshuvudmännen

#### *Uppmärksamma skillnader som beror på geografi*

- Regionala skillnader beror i allt väsentligt på geografi och därmed sammanhängande skillnader i volymen kompetens. Sannolikt är det regionala skillnader i specialistkompetenser (helårsarbetare) som leder till skillnader i väntetider. Jämför därför de fem bästa med de fem sämsta avseende incidenserna per år samt antal specialister i berörda områden. Jämför även prevalensen i dessa områden. Mer detaljerade studier om skillnader vad avser kön, ålder, funktionsnedsättning, sexuell läggning kan ligga lågt i prioritering.

#### *Uppmärksamma utsatta områden och utsatta grupper*

- Initiera operation "Kvalitetslyftet" i områden där den upplevda vårdkvaliteten är låg i jämförelse med andra områden inom ett visst landsting. Denna satsning bör gälla såväl den förebyggande som kurativa vården och utgöra en långsiktigt hållbar kvalitetshöjning.
- I vissa utsatta områden borde speciella socialläkarteam inrättas för att bevaka och stärka utsatta gruppers ställning. Dessa team föreslås bli kopplade till socialmedicinska institutioner för hjälp med utvärdering och forskning.

#### *Komplettera statistik med socioekonomiska variabler*

- Vår rutinstatistik tillåter oss sällan att göra jämförelser som kan visa om vården eller hälsan är ojämlik eller inte. För att göra det måste vi i journaler och basala register registrera några av de sociala determinanter som utgör grunden för när orättvisor beskrivs, t.ex. yrke, utbildning, inkomst, boende. I bästa fall frågar vi efter yrke i en vanlig anamnes, men då för det mesta för att kartlägga eventuella yrkesexpositioner för olika farliga agens (från stress till bly).
- Det är svårt att värdera omfattningen av ojämlikhet och det krävs samkörningar mellan olika register för att jämföra sociala grupper. Detta sker oftast i särskilda projekt och av entusiaster – fjärran från vardagsrutiner. Ett förslag vore att lägga in information om en eller flera sociala determinanter i journalsystemets bas; utbildning är den mest använda variabeln men yrke är också intressant. Utan att behöva fråga vet man om patienten är högskoleutbildad.
- Uppföljningssystemen måste förbättras. Kvalitetsregister är bra men de måste sammankopplas med journalsystem och indikatorer för uppföljning, inklusive psykiatri och primärvård.

#### *Skapa ett kontinuerligt jämförelsesystem*

- Landstingen bör undersöka och rapportera sociala skillnader i vårdkonsumtion inom ramen för Öppna jämförelser. Då får man fokus på detta.
- Sjukvårdshuvudmännen bör 2–3 gånger per år göra kontinuerliga jämförelser för att följa sin verksamhet samt mäta dödlighet och insjuknandefre-

kvenser. Det är häpnadsväckande att detta inte finns sedan länge; vilken annan produktion följer sin kvalitet sämre?

- Här borde man utvärdera vad som händer med utsatta grupper.
- Utveckla indikatorer för jämlik vård, ta in i öppna jämförelser.
- Det behövs nationella och inomregionala transparenta jämförelser.

#### *Öka samverkan mellan vården i landstingsregi och i kommunal regi*

- Utveckla och genomföra samlade folkhälsostراتيجier för bättre och jämlik hälsa gemensamt med företrädare för primärkommunerna och andra berörda organ
- Vad gäller missbruksvården är en stor statlig utredning ute på remiss om den framtida ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting. För närvarande är vården inom sjukvården olika uppbyggd och på få ställen finns särskilda beroendeenheter. De kommunala skillnaderna är stora vad gäller utbud av behandling, vilket har betydelse för handläggningen inom sjukvården. En förändring med större ansvar för sjukvården för behandling kan förhoppningsvis på sikt minska de nuvarande skillnaderna.
- Öka samverkan mellan kommuner och landsting kring t.ex. förebyggande av ohälsosamma levnadsvanor.
- Samverkan mellan förebyggande och behandlande insatser kring ohälsosamma levnadsvanor bör öka. Kommunerna är nyckelaktörer; deras möjligheter till insatser måste stärkas.
- Öka samverka med kommuner för att nå utsatta grupper och utveckla en socialläkarfunktion för att bidra till analys, uppföljning och lokalt utvecklingsarbete.

#### *Fokus på verksamheten, inte på ekonomin*

- Säkerställ att alla har råd med den vård de behöver.
- Inför obligatoriska konsekvensanalyser som belyser om och hur olika politiska beslut påverkar förutsättningarna att säkerställa en god och jämlik vård(jfr med krav på miljökonsekvensbeskrivningar).
- Under senare år har det varit en alltför ensidigt inriktad ekonomistyrning i vården, vilket ibland gjort att själva verksamheten kommit i andra hand. Detta har i sin tur lett till konsekvenser för grupper som hemlösa, tunga missbrukare, allvarligt psykiskt sjuka m.fl.
- Sjukvården fragmentiseras allt mer genom den marknadsekonomiska styrningen – något som främst drabbar de mest sårbara grupperna med sammanstatta vårdbehov.
- Vårdvalsmodellerna har utvärderats framför allt av hälsoekonomer och utvärderingarna har ofta fått en alltför ekonomisk inriktning. Här borde läkare med klinisk erfarenhet och forskningserfarenhet få större inflytande.
- En allt större del av svensk sjukvård håller på att privatiseras där olika kommersiella vårdföretag med vinstintressen som främsta drivkraft kommer in och tar över vården. Detta kan göra att utsatta grupper får svårare att komma in till vårdapparaten, vilket kan leda till en mer ojämlik vård. Det

vore önskvärt att vinsterna i vårdbolag alltid återinvesterades i vården och inte som nu kan föras över till vissa "skatteparadis" – speciellt som det handlar om gemensamma skattemedel.

#### *Satsa på personal*

- Sverige måste omgående planera för invandring av utländska läkare.
- Sjuksköterskelönerna måste öka.
- Höj kompetensen hos personalen.

#### *Verka för bättre tillgänglighet och bemötande i vården*

- Förbättra vårdens tillgänglighet, speciellt för resurssvagare grupper
- Utveckla primärvården, och verka för bättre tillgänglighet.
- Tillgängligheten relaterad till t.ex. kön, sexualitet, etnicitet och socialgrupper bör öka.
- Inled ett förändringsarbete riktat mot bemötande inom hälso- och sjukvården.
- [Det behövs] tillgänglighet för grupper som missgynnas.
- Utveckla mer direkta former för kommunikation med utsatta grupper genom t.ex. mötesplatser, besök och förbättrade husläkarfunktioner.
- Vårdval har bidragit till bättre tillgänglighet men fortfarande återstår mycket att göra.

#### *Öka antalet slutenvårdsplatser*

- Det har skett en mycket stark neddragning av antalet slutenvårdsplatser. Inom somatiken tillhör Sverige bottenskiktet bland OECD-länderna. När det gäller psykiatri och beroendevård har det inom Stockholms läns landsting skett en 80-procentig neddragning av allmänpsykiatriska slutenvårdsplatser och en 60-procentig neddragning av slutenvårdsplatser inom den vuxna beroendevården åren 1993–2008. Samtidigt finns varken allmänpsykiatriska eller beroendevårdsplatser kvar på Karolinska sjukhuset och planeras inte heller på Nya Karolinska. Detta är allvarligt då bl.a. många hemlösa i dag har en allvarlig psykisk störning och/eller allvarliga beroendeproblem. För att komma till rätta med hemlösheten behövs fungerande psykiatrisk vård och fungerande beroendevård.

#### *Tydliggör vårdens förebyggande roll*

- Tydliggör primärvårdens förebyggande uppdrag utifrån den dubbla målsättningen att dessa insatser skall bidra både till en bättre och till en jämlikare hälsa. En speciell budget bör avsättas för dessa insatser som baseras på omfattningen av olika hälsorisker och andelen barn- och ungdomar i olika områden

#### *Bättre hushållning med resurserna*

- Säkerställ en behovsbaserad resursfördelning för såväl förebyggande som kurativa insatser.
- Det behövs en genomtänkt fördelning av resurserna samt prioritering och bortprioritering.



### *Modifiera ersättningssystem*

- Utveckla ersättningssystem till offentligt finansierade vårdcentraler och husläkarmottagningar som utgår från en målbaserad budget och/eller ersättning efter uppnådda resultat. Ersättningen bör utformas så att den främjar en bättre och jämlik vård.
- Initiera en successiv minskning av alla patientavgifter inom den öppna vården med målsättningen att primärvården skall vara avgiftsfri (som i Danmark och England).
- Olika vårdvalsmodeller har sedan några år tillbaka införts i primärvården. Speciellt har Vårdval Stockholm med sitt ersättningssystem, där varje besök ersätts med lika stor summa pengar oberoende av svårighetsgrad, gjort att personer med okomplicerade besvär ofta prioriterats framför patienter med allvarligare och mer komplicerade symtom – de senare patienterna har dessutom ofta sammansatta vårdbehov och tillhör de utsatta grupperna.
- Ersättningssystemet i Vårdval Stockholm bör snarast justeras för att få en mer jämlik vård. Vårdval har även börjat införas i den specialiserade sjukvården exempelvis i Stockholms län.
- Ersättningssystemen för primärvården ska inte missgynna utsatta befolkningsgrupper.
- Det behövs ersättningssystem som stödjer önskad utveckling.

### *Verka för helhetssyn i och på vården*

- Det är viktigt med en helhetssyn som omfattar olika perspektiv på jämlik vård
- Mer pengar behövs till primärvård men även en ny vision för hur man ska utvecklas.
- Det handlar om synen på hälso- och sjukvård över hela kedjan.
- Det behövs en mer vetenskaplig syn på reformarbetet i hälso- och sjukvården; i dag är det alltför ideologiskt.

### *Övrigt*

- Utveckla strategier som att är specifikt inriktade på att minska den åtgärdbara dödligheten, speciellt bland kortutbildade.
- (Det behövs) utbildning samt bättre regionala vårdprogram som anpassas till nationella. Detta kan kompletteras med någon form av sanktionsmöjligheter.

### *Nationella aktörer (t.ex. myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet)*

### *Skapa ett kontinuerligt system för jämförelser, uppföljningar och utvärderingar*

- Socialstyrelsen utarbetar tillsammans med berörda nationella organ som SKL och SBU en plan för hur olika informationssystem, kvalitetsregister, "öppna jämförelser" och andra "databaser" inom sjukvården skall kompletteras.

eras för att kunna belysa sociala skillnader i vårdens tillgänglighet, utnyttjande och kvalitet.

- SKL i samarbete med SoS och andra intressenter tar fram en rapport om "Indikatorer för en jämlik hälso- och sjukvård". Denna skrift som bör omfatta såväl strukturella-, process- och resultatnriktade indikatorer kan ses som en sektorspecifik fördjupning av SKLs skrift (2010) "Indikatorer för mänskliga rättigheter – Modell för systematiskt arbete på kommunal nivå."
- Öppna jämförelser där processer och resultat inte bara jämförs beträffande kön och ålder utan också grad av social skiktning (t.ex. med hjälp av GINI-koefficienter).
- Fortsätt arbetet med (kliniska riktlinjer och) öppna jämförelser och ta bättre upp frågor om jämlikhet och likvärdighet i dessa arbeten.
- Framöver kanske staten ska ha möjlighet att utjämna skillnader med särskilda medel eller ansatser. Där får Socialstyrelsen få ta på sig ett konsekvent och regelbundet uppföljningsarbete som komplement till kvalitetsregistren.
- Nationella och inomregionala transparanta jämförelser och uppföljningar. Utbildning.

#### *Institutionellt samarbete mellan olika aktörer*

- Utveckla ett institutionellt samarbete mellan arbetsförmedling, socialtjänst och det civila samhället
- Utveckla ansvarsfördelningen mellan myndigheter.
- Bättre samverkan mellan myndigheter för satsning för jämlikhet och satsning på utsatta grupper. Detta bör ges särskilt uppmärksamhet i utredningen om myndigheterna.

#### *Modifiera ersättningssystem*

- Ekonomiska incitament för att reducera social skiktning.

#### *Bättre hushållning med resurserna*

- System för en förändrad fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser, riktlinjer för fördelning av ovan nämnda fördelning som visas inom öppna jämförelser både för det hälsofrämjande och för det förbyggande arbetet i kommunerna samt för landstingen.

#### *Stöd till att utveckla evidensbaserad vård*

- Tydliga och delvis evidensbaserade rekommendationer till politiska ledningar.
- Systematisk kunskapsöversikt om insatser i hälso- och sjukvården med vetenskapligt stöd.
- Riktlinjer för prioriteringar är inte särskilt tydliga. Dessa behöver konkretiseras, bl.a. hur man kan mäta skillnader i behov och vilken roll kostnadseffektivitet ska ha.
- Fortsätt arbetet med kliniska riktlinjer (och öppna jämförelser) och ta bättre upp frågor om jämlikhet och likvärdighet i dessa arbeten.

### *Öka kunskapsnivå i vården*

- Utveckla förståelsen för att hälsan har många dimensioner och att den fysiska hälsan speglar villkoren för den sociala hälsan.

### **Regering och riksdag (lagstiftning och andra grundförutsättningar)**

#### *Stärka utsatta grupper*

- Det behövs stärkta medborgerliga villkor för ensamstående föräldrar och fattiga hushåll samt vad gäller barnens villkor och papperslösa flyktingar.
- Det krävs en lag om allas, inklusive de papperslösas, tillgång till hälso- och sjukvård.

#### *Skapa ett kontinuerligt system för jämförelser, uppföljningar och utvärderingar*

- Underlätta nationella transparenta jämförelser och uppföljningar samt nationella strukturer – möjligen med någon form av sanktionsmöjligheter liknande långa värdköer.

#### *Bättre implementering av hälso- och sjukvårdslagen*

- Vidareutveckla den offentligt finansierade vårdens demokratiska förankring och styrning som baseras på hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om en god vård på lika villkor.
- Ett jämlikhetsproblem är det politikerna själva skapat genom införandet av olika typer av vårdgarantier, delvis i strid med vad HSL säger om att det medicinska behovet ska vara det första prioriteringskriteriet. Här har ett nytt kriterium införts av icke medicinsk karaktär som i vissa fall kan tänkas konkurrera ut HSL:s tanke om vård efter behov.
- I hälso- och sjukvårdens portalparagraf slås fast att hela befolkningen ska ha en god vård på lika villkor och att de med störst behov ska ha företräde. I praktiken efterlevs inte hälso- och sjukvårdslagen i dag då den är en ramlag och inte som socialtjänstlagen en rättighetslag. Hälso- och sjukvårdslagen bör därför göras mer legalt bindande.

#### *Inför långsiktig nationell strategi*

- System för politiska beslut om vad som ska nedprioriteras.
- Strategiskt program för utveckling av jämlikhet i hälsa (inklusive hälso- och sjukvård) liknande dem som gjort i Holland och Storbritannien.
- Långsiktiga och blocköverskridande beslut så att givna riktlinjer kan antas fungera mer än en mandatperiod.

#### *Öka beskattningen*

- Inför skärpt skatteutjämning, skatt på brain drain från fattiga till rika kommuner, skatt på naturresurser och andra alternativ, mer eller mindre politiskt gångbara.
- "Fett- och sockerskatt".

### *Minska ojämlikheten i samhällen*

- Det är svårt att tro att man ska kunna göra något genomgripande åt den sociala skiktningen i hälsa utan att ta itu med mycket basala ojämlikheter i samhället. Alla mätningar visar entydigt att svensk sjukvård inte är jämlik; i den meningen har aktörer på alla nivåer misslyckats. Minskad social skiktning i samhället i stort leder förmodligen till minskad skiktning också i hälso- och sjukvården, så de primära insatserna borde idealt sättas in på denna nivå. Det är förmodligen politiskt orealistiskt. Så det handlar om att plåstra.

### *Övrigt*

- Lagkrav om att kommunerna ska bedriva folkhälsoarbete – med syfte att minska framtida hälso- och sjukvårdskostnader för ohälsosamma levnadsvanor.
- Patienträttighetslag kan komma att ställa tydligare krav på vad patienter kan förvänta sig, och på sikt bättre likvärdighet.

### Forskning och utbildning (nya forskningsfrågeställningar som behöver belysas, insatser inom grundutbildningarna etc.)

Utveckla utbildningen, uppmärksamma sociala aspekter och utsatta grupper i forskningen

- Analysera olika sjukvårdspolitiska reformer ur ett socialt och genderspecifikt jämlikhetsperspektiv.
- Kraftigt ökat stöd till socialmedicinsk och annan forskning om den ojämlika vårdens omfattning och orsaker samt om hur denna kunskap kan bidra till att utveckla kostnadseffektiva strategier för en god jämlik vård.
- Ökad fokus i läkar- och sjuksköterskeutbildningen på omfattning och orsaker till genderspecifika och sociala skillnader i ohälsa, vårdbehov och olika typer av vård.
- Förstärkt FoU som belyser relationer mellan ohälsans omfattning, sociala fördelning och olika socioekonomiska gruppers vårdbehov.
- Utbildningens sociala aspekter, forskningen om migration och hälsa (måste stärkas).
- Deltagande observationsstudier och aktionsforskning behövs.
- Satsa på interventionsforskning och aktionsforskning med inriktning på att reducera den sociala skiktningen i hälso- och sjukvården.
- Frågor om jämlikhet/likvärdighet kan inrymmas i stort sett inom alla klinisk forskning. Det kan bidra till att peka på problemets storlek.
- Det har gjorts och görs befolkningsurvalsundersökningar som ULF och folkhälsoenkäter. Bortfallen har dock ökat genom åren och är numera uppåt 30–40 procent. Dessa typer av undersökningar når inte befolkningens mest utsatta, vilka hamnar i bortfallen. I befintliga register i sjukvården kan också grupper som t.ex. hemlösa vara svåra att definiera. Dessutom står de mest utsatta patienterna ofta utanför sjukvården. Det är därför nödvändigt att det satsas mer på kliniska studier av de mest utsatta gruppernas hälsa och vårdbehov i samhället.

- Utbildning i mångkulturella frågor ska in i grundutbildningen så snart som möjligt för att man ska förstå skillnader i synsätt på sjukdomar, informationsbehov etc.
- Det behövs forskning utifrån primärvårdspatienterna frågeställningar och behov med särskild prioritering av utsatta områden och befolkningsgrupper.
- Det måste satsas mer i utbildning rörande utsatta grupper för exempelvis blivande läkare.
- Ökad kunskap om metoder att öka jämlikhet i vård och om kostnadseffektiva metoder för att nå utsatta grupper.

#### *Skapa ett kontinuerligt jämförelsesystem*

- Ojämlighet i vården beror inte så mycket på inre organisationen eller vårdprogramarbete som på geografi och rekryteringsskillnader. Det är dock viktigt att skapa ett kontinuerligt jämförelsesystem så att tidiga trender kan utläsas och skillnader mätas. Vidare måste man försäkra sig om att uppmätta skillnader är reella och inte ryms inom slumpvariationen.
- Det behövs strukturerade kontrollerade uppföljningar. Söka orsaker?

#### *Utveckla samarbete mellan vården och lärosätena samt mellan olika utbildningsgrenar*

- Samarbetet med lärosätena samt samarbetet mellan vårdutbildningar och samhällsvetenskapliga utbildningar måste stärkas, särskilt med fokus på etnicitet, genus, klass och ålder.

#### *Forskning om ersättningssystem*

- Vidareutveckla ersättningsmodeller för sjukvårdens förebyggande respektive behandlande/rehabiliterande verksamhet som bidrar till en bättre och jämlikare hälsa och vård.
- Forskning behövs om huruvida olika ersättningsmodeller påverkar hur människor bemöts. Vilken effekt har ersättningsmodellerna på arbetssätt i vården? Vilka är effekterna på hälsa?

#### *Forskning som stöd för utveckling i landstingen*

- Det behövs forskning på nationell nivå om primärvårdens roll och organisation som stöd för utveckling i landstingen.
- Analysera vissa reformer, t.ex. vårdval och effekter på jämlikhet.

#### *Forskning om vårdsökandet*

- Det saknas studier av hur människor söker vård – mönster och överväganden innan man tar kontakt med vården. Här finns skillnader mellan socioekonomiska grupper, utbildningsnivå och födelseländer. Hur tas man emot i vården, blir det som man förväntar sig? Får man den hjälp man önskar? Finns det skillnader i hur man bemöts och behandlas?
- På nationell nivå bör man systematiskt granska och undersöka sociala skillnader i vårdsökande, om det finns strukturella hinder för jämlik vård och ge medel som stimulerar till att ta bort sådana hinder.

### *Utveckla evidensbaserade rekommendationer*

- Det behövs tydliga, och åtminstone delvis evidensbaserade, rekommendationer till politiska ledningar. I huvudsak bör man koncentrera sig på interventionsprojekt i forskningsfinansiering, uppdrag till myndigheter etc.

### *Satsa på forskning, övrigt*

- Vidareutveckla metoder/index för en behovsbaserad resursfördelning som beaktar såväl befolkningens ålder- och sociala struktur.
- Satsa på utveckling av hälsofrämjande och förebyggande insatser.
- Forskning behövs inom områden som inte är direkt kommersiellt vinstgivande.
- Kvalitativ forskning, som kan analysera maktstrukturer och bidra till att en verklig integrering av t.ex. ett genusperspektiv behöver lyftas fram tillsammans med omstrukturering av utbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal med utökad kunskap om t.ex. hälsopromotion eller förebyggande och behandlande insatser av ohälsosamma levnadsvanor.
- Det behövs en bättre infrastruktur för hälso- och sjukvårdsforskning samt hälsoekonomi.
- Öka kunskapen om hur ekonomiska kriser påverkar hälsan och slår mot olika grupper; hälso- och sjukvården är en del av denna fråga.

### **Deltagare**

#### *Följande personer deltog vid seminariet:*

Peter Allebeck (vetenskapligt råd, socialmedicin), Karin Bäckman (prioriteringar inom hälso- och sjukvård, hälsoekonomi), Per Carlsson (utvärdering av medicinsk teknologi), Göran Dahlgren (Folkhälsa), Karin Engström (social epidemiologi), Jan Halldin (socialmedicin), Johan Hallqvist (vetenskapligt råd, preventiv medicin), Roger Henriksson (vetenskapligt råd, tumörsjukdomar) Roger Henriksson, (onkologi), Lene Lindberg (vetenskapligt råd, tillämpat folkhälsoarbete), Lillemor Lindvall (vetenskapligt råd, omvårdnad med inriktning på intensivvård och akutsjukvård) Eva Swahn (vetenskapligt råd, kardiologi), Agneta Öjehagen (vetenskapligt råd, missbruksfrågor).

Bland annat följande personer hade inte möjlighet att delta i seminariet men bidrog med skriftliga synpunkter på några av huvudfrågeställningarna:

Anders Anell (vetenskapligt råd, hälsoekonomi), Kjell Asplund (f.d. GD Socialstyrelsen, nationell cancersamordnare), Bo Burström (socialmedicin), Annika Eklund-Grönberg (vetenskapligt råd, allmän medicin), Urban Janlert (folkhälsa, socialmedicin), Nils Lundin (vetenskapligt råd, skolhälsovård)