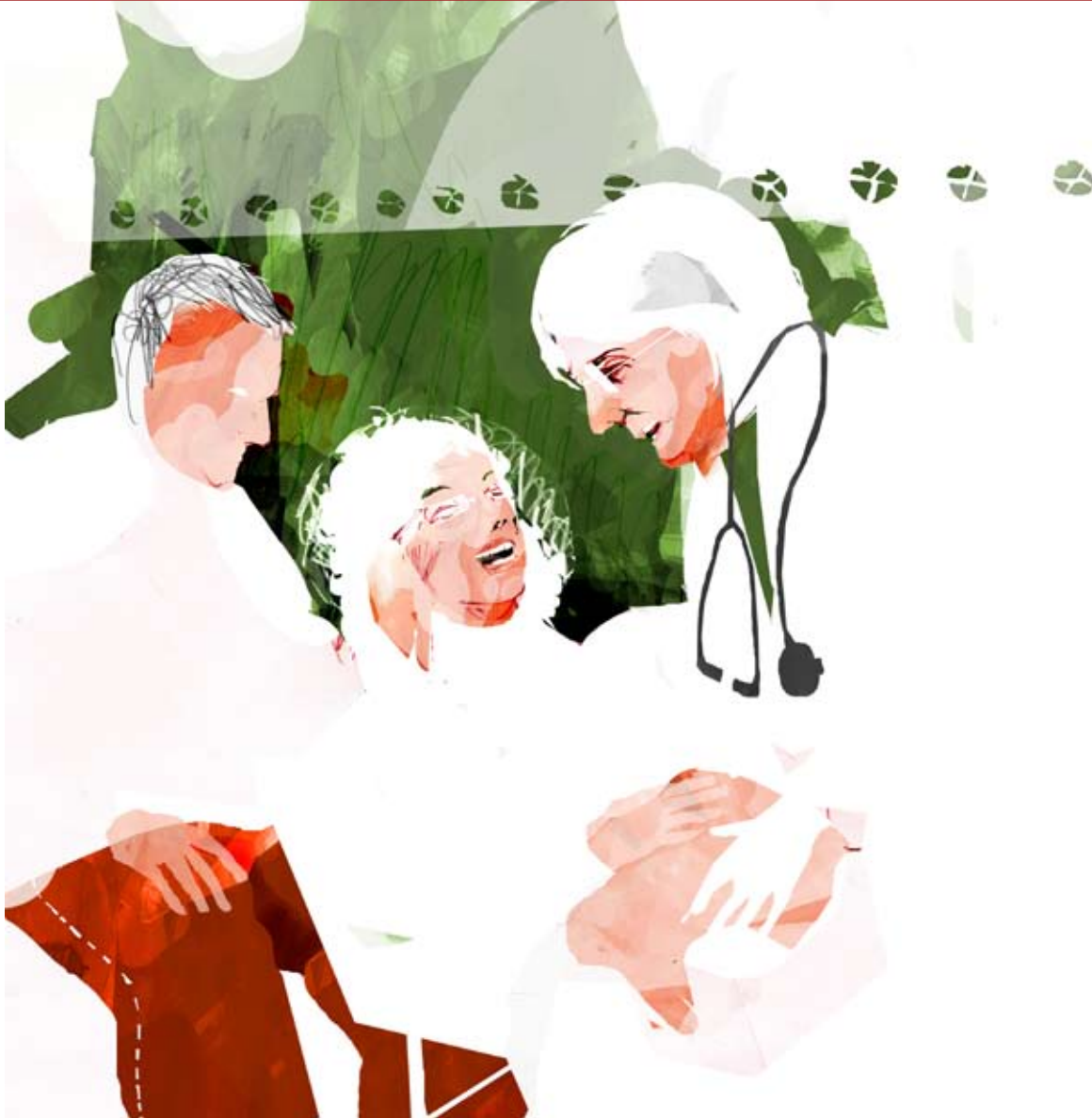


Vård på (o)lika villkor

– en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård



© Sveriges Kommuner och Landsting 2009

FORMGIVNING

forsbergvonessen

ILLUSTRATION

David Wiberg

TRYCKERI

Ljungbergs Tryckeri

Rapporten kan beställas direkt på

tfn 020-31 32 30

fax 020-31 32 40

eller från vår hemsida www.skl.se/publikationer.

Rapporten kan även laddas hem som pdf-fil.

ISBN 978-91-7164-4374

Vård på (o)lika villkor

– en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård

Adolfo Diaz
på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting

FÖRORD

”En god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” är en ledstjärna för svensk hälso- och sjukvård, vilket lagts fast i Hälso- och sjukvårdslagen. Lagen är från 1982 och frågan är om hälso- och sjukvård ges på lika villkor i Sverige idag, drygt 25 år senare. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har låtit göra en kunskapsöversikt för att undersöka frågan.

Inspiration till översikten kommer från 2007 års kunskapsöversikt ”(O)jämfästldhet i hälsa och vård” som undersökte jämlikhetsfrågan ur ett genusperspektiv. Denna kunskapsöversikt har fokus på studier som rör sociala skillnader och hälso- och sjukvård, men studier som rör personer med invandrarbakgrund, geografiska skillnader och barn ingår också. Socialstyrelsens skrifter har varit en viktig utgångspunkt liksom vetenskapliga artiklar som erhållits genom databassökningar samt skrifter/undersökningar från landstingen. Trots att översikten presenterar många studier är det svårt att avgöra hur ojämlig vården är. De studier som presenteras representerar enbart ett fragment av vården och det är vanskligt att ta dem som intäkt för att samma sorts ojämlighet uppträder i andra delar av hälso- och sjukvården.

Arbetet har genomförts i samverkan med Socialstyrelsen och landstingen. En referensgrupp med syfte att förankra och inspirera arbetet har bestått av praktiker, forskare och tjänstemän. Följande personer har ingått i gruppen Khaled Abawi, Stockholms läns landsting senare Previa, Catarina Andersson Forsman, Stockholms läns landsting, Emma Bergmark, Marianne Hanning och Ingrid Schmidt Socialstyrelsen, Git-Marie Ejneborn Looi, Norrbottens läns landsting och Luleå tekniska universitet, Karin Lund, Prioriteringscentrum, Linköping, Juan Merlo, Region Skåne och Lunds universitet, Måns Rosén, Statens beredning för medicinsk utvärdering samt Ragnar Westerling, Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Kunskapsöversikten har skrivits av Adolfo Diaz, frilansjournalist och fil.kand. i teoretisk filosofi, som också svarar för innehållet, på uppdrag av SKL. Begrepp som rör t. ex. studiepopulationer är desamma som i respektive studie och inte författarens val. Professor Bo Burström, Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet har bistått som expert i arbetet. Karin Berensson, SKL har varit projektledare. Marianne Granath, sektionschef SKL och Roger Molin, biträdande avdelningschef vid SKL har ingått i SKLs interna referensgrupp.

Målgrupp för kunskapsöversikten är hälso- och sjukvårdspolitiker, tjänstemän, personal i vården samt vård- och läkarstuderande. Vår förhoppning är att denna skrift ska leda till diskussioner om jämlikhet i hälso- och sjukvården, på vårdgolvet och inom den politiska och administrativa ledningen.

Göran Stiernstedt
Direktör, Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

FÖRFATTARE

Adolfo Diaz, frilansjournalist och fil.kand. i teoretisk filosofi.

Författarens tack

I arbetet med denna översikt har en referensgrupp bestående av forskare, praktiker och förtroendevalda bidragit med värdefulla synpunkter. Men det bör redan från början påpekas att även om många sakkunniga bidragit i arbetet är det författaren som ensam ansvarar för innehållet.

Först och främst vill författaren tacka Karin Berensson, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), och professor Bo Burström, Karolinska Institutet, som bäge stått i direkt kontakt med författaren under hela arbetets gång. Även Marianne Granath, sektionschef vid SKL, och Roger Molin, biträdande avdelningschef vid SKL, har varit högst involverade och granskat material och kommit med synpunkter sedan dag ett.

I den externa referensgruppen har följande personer ingått och kommit med värdefulla bidrag som varit till stor hjälp i arbetet med kunskapsöversikten: Khaled Abawi, Catarina Andersson Forsman, Emma Bergmark, Git-Marie Ejneborn Looi, Marianne Hanning, Karin Lund, Juan Merló, Måns Rosén, Ingrid Schmidt och Ragnar Westerling.

Dessutom har följande personer bidragit med tips och råd vid arbetet med att hitta information till kunskapsöversikten: Göran Dahlgren, Bengt Haglund, Uppsala universitet, Ellen Hyttsten, SKL, Urban Janlert, Umeå universitet, Bengt Järhult, distriktsläkare, Ingvar Karlberg, Sahlgrenska akademien, Mårten Lagergren, Äldrecentrum, Lars Sundman, Landstinget Gävleborg och Carina Svensson, SKL. Fler personer kan ha kommit med bidrag eller annan hjälp utan att finnas med i listan. Författaren ber om överseende med detta och skyller på dåligt minne.

Slutligen vill författaren också tacka Martin Hansson, journalist, som hjälpt till med en avslutande sökning i databasen PubMed.

Ett stort tack till alla inblandade för deras synpunkter, hjälp och engagemang!

Adolfo Diaz

INNEHÅLL

- 5 Sammanfattning
- 7 Summary in English
- 10 Presentation av kunskapsöversikten
- 10 Uppdelning
- 11 Struktur
- 11 Metod
- 11 Kunskapsinsamling
- 12 Vetenskaplighet och objektivitet
- 15 **Bakgrund**
- 15 *Ett privilegierat folk?*
- 15 *Strävan efter att minska ojämlikhet i hälsa*
- 16 *Folkhälsoläget i dag*
- 16 *Hälso- och sjukvårdens ansvar*
- 17 *Vad menas med hälsa och jämlik hälsa?*
- 17 *Hur uppstår skillnader i hälsa?*
- 19 *Vad menas med jämlik vård och lika villkor?*
- 20 *Vilka befolkningsgrupper ingår i jämförelsen?*
- 23 *Ges svensk hälso- och sjukvård på lika villkor?*
- 25 **Tillgänglighet, vårdutnyttjande och vårdbehov**
- 25 Tillgänglighet till den öppna vården
- 25 *Geografiska skillnader*
- 29 Tillgänglighet till specialistvård
- 29 *Tillgång till psykiatrisk vård*
- 31 Utnyttjande av öppen och sluten vård
- 31 *Öppenvårdens utveckling*
- 32 *Vårdutnyttjande bland de yngsta*
- 33 *Slutenvårdsutnyttjandet*
- 34 Otillfredsställda vårdbehov och ekonomisk tillgänglighet
- 34 *Otillfredsställda vårdbehov*
- 36 *Misstro och bemötande*
- 37 *Ekonomisk tillgänglighet*



37	<i>Skillnader i utnyttjande och behov</i>
39	<i>Läkemedelsutnyttjande</i>
43	Nya vårdmodeller
47	Behandling och vårdens kvalitet
47	Undvikbar vård och dödlighet
49	<i>Geografiska skillnader</i>
50	<i>Undvikbara vårdtillfällen</i>
50	Cancersjukdomar
50	<i>Social spridning i cancersjukdomar</i>
53	Hjärt-kärlsjukdomar
53	<i>Dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar</i>
54	<i>Behandling av hjärt-kärlsjukdom</i>
57	Behandling av äldre
57	<i>Äldres hälsa</i>
58	<i>Vård i livets slutskede</i>
58	<i>Äldre och läkemedelsanvändning</i>
59	Smärta och värk
59	<i>Rörelseförmåga, värk och läkemedel</i>
62	Psykisk ohälsa
62	<i>Psykisk ohälsa i befolkningen</i>
63	<i>Behandling och läkemedel</i>
64	<i>Psykisk ohälsa och alkoholmissbruk</i>
66	Mödravård och vård av barn och ungdomar
67	<i>Sociala skillnader i barns hälsa</i>
67	<i>Skillnader i förlossningsvård</i>
68	<i>Mödravård för invandrare</i>
73	Diskussion
73	<i>Skillnader i vård och hälsa</i>
75	<i>Hur uppnå jämlik vård?</i>
76	Ordlista
78	Appendix 1
79	Appendix 2
80	Referenser



SAMMANFATTNING

Hälso- och sjukvårdslagen från 1982 slår fast att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Internationellt sett är svenskarnas hälsa på många sätt god och kanske bland den bästa i världen. Att hälsan inte är lika god för hela befolkningen har man däremot varit medveten om åtminstone sedan 1987 då Socialstyrelsen publicerade sin första folkhälsorapport. Senare kartläggningar har visat att hälsan fortfarande är ojämnt spridd mellan olika grupper och, med tanke på att det är de socialt utsatta grupperna som lider av störst ohälsa, att hälsan dessutom är ojämnt spridd i befolkningen.

Även om befolkningens hälsa till stor del bestäms av samhället i stort, dess ojämlikheter, skilda livsvillkor och det genetiska bagage var och en bär med sig så har hälso- och sjukvården ett stort ansvar att axla. Den ska inte bara behandla sjukdomar, åkommor och ohälsa; den ska helst också utjämna de skillnader i ohälsa som finns för att uppnå målet om en god hälsa för alla. Denna kunskapsöversikt fokuserar därför på den kunskap som finns om hur väl hälso- och sjukvården – 26 år efter hälso- och sjukvårdslagens tillkomst – lyckas ge vård på lika villkor.

Prioriteringsutredningen föreslog 1995 tre prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården att rätta sig efter för att på bästa sätt försöka uppfylla hälso- och sjukvårdslagen och dess mål – lika villkor för hela befolkningen. Dessa principer kan sammanfattas i begreppen vertikal och horisontell jämlikhet. Med vertikal jämlikhet menas att personer med de största

behoven ska tilldelas de största resurserna. Med horisontell jämlikhet menas att lika fall ska behandlas lika.

I ett övervägande antal av de studier som presenteras i kunskapsöversikten och i vilka det har undersökts om vård ges på lika villkor har forskarna funnit att det finns ojämlikhet, både vertikal och horisontell, dessvärre nästan alltid till de socialt utsattas nackdel. Dessa ojämlikheter är av olika dignitet i betydelsen att de ibland uppträder inom perifera områden av hälso- och sjukvården, ibland inom områden som utan tvekan kan beskrivas som folkhälsoproblem och således berör ett stort antal människor.

Exempel på det senare är hjärtsjukvården som ibland ger olika vård till olika befolkningsgrupper. Trots att revaskularisering är en etablerad behandlingsmetod som förordas av Socialstyrelsen visar undersökningar att patienters socioekonomiska status påverkar sannolikheten att behandlas med revaskularisering efter hjärtinfarkt. Högutbildade hjärtsviktspatienter har också en tendens att behandlas med nyare och dyrare preparat samtidigt som KOL-patienter med låg utbildningsnivå oftare än andra behandlas med äldre, omordnare metoder.

Samma mönster eller gradient* – att socialt utsatta får annorlunda eller sämre vård än mer välbeställda samhällsgrupper – återkommer inom fler områden. Ett exempel är äldrevården där det har visat sig att patienter med högre utbildning oftare får nyare mediciner och mera sällan drabbas av problem med polyfarmaci, dvs. olämplig eller överdriven läkemedelsanvändning. För barn däremot tycks den svenska hälso- och sjuk-

vården allmänt fungera mycket socialt utjämnande där barncancervården internationellt till och med har beskrivits som en gyllene standard för andra att försöka nå upp till.

Det finns också skillnader i hur och när människor söker vård, där socialt utsatta grupper oftare – ibland till och med betydligt oftare – än privilegierade grupper avstår från att söka vård eller utifrån gruppens sjuklighet inte söker i enlighet med det förväntade behovet. Här sticker utrikes födda ut genom att i dubbelt så stor omfattning som svenskfödda avstå från att söka vård trots behov. Skillnaderna i utnyttjandemönster minskar betydligt när de utrikes födda väl kommit i kontakt med vården, vilket kan tolkas som att när de väl har kommit in i vården får de oftast den vård de behöver, även om det ibland finns kvalitetsskillnader i den vård som ges.

Trots att kunskapsöversikten presenterar ett flertal områden inom hälso- och sjukvården där det förekommer ojämlik behandling till de sämst ställdas nackdel är det svårt att avgöra hur ojämlik vården egentligen är. De studier som presenteras kan inte sägas representera annat än fragment av all den vård som ges i Sverige, vilket gör det vanskligt att ta dem som intäkt för att samma sorts ojämlikhet uppträder i alla andra delar av hälso- och sjukvården, dvs. även den som inte hamnat under forskarnas lupp. Svaret måste också relateras till något, till styrkan på förstoringsglasat eller möjligen till resultat i jämförbara sjukvårdssystem i andra länder.

När skillnader i befolkningen betraktas på mikronivå finns det otaliga exempel på att vård inte ges jämlikt eller på lika villkor. Om hälso- och sjukvården i stället betraktas på makronivå synes skillnaderna inte lika alarmerande stora.

Även om denna kunskapsöversikt inte ger något definitivt svar på frågan den själv ställer – ges vård på lika villkor? – så bör den resultera i en uppmaning dels till vårdpersonal att fråga sig vad som kan bli bättre i den egna verksamheten och varför en eventuellt omed-

veten diskriminering efter social klass förekommer, dels till politiker och beslutsfattare att fundera på hur samhällets och hälso- och sjukvårdens struktur påverkar eller förstärker människors från början ojämlika förutsättningar, allt med målet att i slutändan utjämna dessa skillnader. ●

SUMMARY

The Swedish Health and Medical Services Act of 1982 states that the objective of the healthcare system is to provide good health and good care on equal terms to the whole population. Compared to other countries, there is reason to believe that the health of the Swedes is in many respects good and perhaps among the best in the world. Even so, since 1987, when the National Board of Health and Welfare released its first ever Public Health Survey, it has been known that the health of the Swedes is not equally good across the population. Subsequent surveys have shown that ill health is still unevenly spread and, moreover, considering the accumulation of ill health amongst the socially deprived groups, it is also unequally scattered in the population.

Despite the fact that the health of the population is probably determined more by society as a whole, its unequal premises and the genetic backpack we are born with than by the results of the healthcare system, the latter still has a great burden to carry. It is supposed not only to care for us when we are sick and in ill health; if it is to achieve the goals stated in the Health and Medical Services Act, it is also supposed to preferably level out the unequal differences in ill health among the population. This review has focused on existing knowledge on how the healthcare system – 26 years on from the introduction of the Health and Medical Services Act – has succeeded in providing healthcare on equal terms.

In 1995, the Swedish Prioritization Inquiry suggested three principles that the healthcare system

should abide by in order to comply with the Health and Medical Services Act and its stated goals – care on equal terms. These principles can be summarized into the concepts of horizontal and vertical equity. Vertical equity means that those who have the greatest needs should also be given the greatest resources. Horizontal equity implies that equal cases should be treated equally.

Most of the studies dealing with healthcare on equal terms presented in this report have found inequity, vertical as well as horizontal, in the healthcare system, unfortunately and foremost to the disadvantage of socially vulnerable groups in the population. This inequity, or these inequalities, are of different magnitudes in the sense that they are sometimes found in more peripheral areas of the healthcare system, but are also sometimes found in areas which undoubtedly could be described as public health problems and thus affect a large proportion of the population.

Cardiac care is an example of the latter. Studies have found that cardiac patients receive different care depending on their socioeconomic status. Despite revascularization being an established treatment – advocated by the National Board of Health and Welfare – after acute myocardial infarction, it has been shown that blue-collar workers undergo revascularization to a lesser extent than white collar workers. There is also a tendency for heart failure patients with a high educational level to be treated with newer and more expensive substances. Similarly, patients with a lower educational level who suffer from obstructive airway disease seem to be treated using older, outdated methods.

Similar gradients, i.e. socially-vulnerable groups receiving suboptimal treatment compared to higher socioeconomic groups, can also be seen in the care of the elderly. It has been shown that patients with a higher education often receive newer drugs and, furthermore, more seldom suffer from polypharmaceutical complications. Children, on the other hand, seem to get good treatment independent of social background. Moreover, healthcare for children appears not only to act as a leveller in terms of social inequity, it is also described as a “golden standard”; as a role model for other countries.

Socioeconomic differences can also be found in the patterns of seeking care, where lower socioeconomic groups more frequently than others refrain from seeking care at all, or from the point of view of the group, not seeking care according to expected needs based on the groups' morbidity. Foreign-born people in Sweden stand out by refraining from seeing a doctor twice as often as Swedish-born citizens. These differences in health-seeking behaviour tend to diminish once people actually visit the doctor. This could be interpreted such that once inside the healthcare system people get the care they need, keeping in mind the anomalies in terms of the quality of treatment that still occur.

Despite all the examples of unequal treatment in the healthcare system, it is difficult to give a definitive answer regarding the inequity of Swedish healthcare. The studies presented and the results concerning unequal care range over a wide spectrum, from inequality in minor fields of healthcare, to inequality in more crucial parts of healthcare. Moreover, the studies can not be said to have covered more than fragments of all the care provided in the Swedish system, which makes it hard to draw conclusions regarding all aspects of healthcare. The answer also depends on the strength of the magnifying glass used, and perhaps on a comparison with the results of similar healthcare systems in other countries.

At the micro level, comparing the multinational company executive to the vagrant on the street, it is almost impossible not to find inequity in care or health. Rising to another point of view, observing society and healthcare from the macro level and comparing larger socioeconomic groups, the inequity and differences will all probably seem a bit less alarming.

In conclusion, this review will not provide a definitive answer on the equity of Swedish healthcare, that is whether it is provided on equal terms. Instead, it is a call for action, for the doctors and nurses and staff at the ground level to ask themselves what can be optimized in their own field of work, to identify hidden patterns of discrimination according to social class so that these patterns can be eradicated. It is also a call for action on the part of politicians and policy makers, who should become more aware of the intrinsic inequalities in society and how these inequalities affect or reinforce inequity in health care, so that the healthcare system is given the right tools to finally resolve these differences. ●

PRESENTATION AV KUNSKAPSÖVERSIKTEN

Denna kunskapsöversikt behandlar frågan om vård ges på lika villkor i den svenska hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är hälso- och sjukvårdslagen som fastslår att ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” [1]. I kunskapsöversiktens fokus står sociala skillnader – huvudsakligen inkomst, utbildningsnivå, födelseland och geografisk tillhörighet – i befolkningen.

Kunskapsöversikten utgår från forskning på området. I första hand bygger den på studier publicerade i vetenskaplig litteratur men mycket information har också hämtats från andra kunskapsöversikter och rapporter från flera håll, i synnerhet från Socialstyrelsen.

Direkt efter denna presentation följer ett metodavsnitt som mer i detalj går in på informationsinhämtningen.

Uppdelning

Kunskapsöversiktens första kapitel inleds med en påminnelse om hur det står till med den svenska hälsan, både internationellt och nationellt, i olika befolkningsgrupper. Läsaren ges också en kort inblick i några sociala faktorer som påverkar hälsan. I detta kapitel motiveras också de utgångspunkter som jämförelsen bygger på: Prioriteringsutredningens principer, skillnaden mellan vertikal och horisontell jämlikhet och vilka befolkningsgrupper som ingår i jämförelsen.

I det andra kapitlet behandlas hälso- och sjukvårdens resultat före behandling, dvs. tillgänglighet till vård och befolkningens utnyttjande av densamma. Kapitlet tar också upp otillfredsställda vårdbehov och vad de kan bero på och leda till. Trots att det är ett något kontroversiellt ämne behandlas också olika marknadsmodeller inom hälso- och sjukvården och deras påverkan på jämlikhet inom densamma.

Det tredje kapitlet sammanfattar den forskning som finns om sociala skillnader i behandling inom olika grenar av hälso- och sjukvården.

Kunskapsöversikten avslutas med en diskussion som kretsar kring ojämlikhet och hur stor sådan som kanske måste accepteras. Diskussionen behandlar också både positiva och negativa exempel på jämlikhet i vården, exempel som i de bästa fallen är internationella föredömen och i de sämsta innebär utmaningar för hälso- och sjukvården.

I slutet av kunskapsöversikten finns två appendix, det första med en närmare definition på socioekonomisk indelning och det andra med fler detaljer om informationssökningen.

Till det andra och tredje kapitlet, som redovisar befintlig forskning, hör ett antal faktarutor. Dessa är i de flesta fall frikopplade från den löpande texten och innehåller fakta som inte på ett självklart sätt låtit sig fogas in i huvudtexten. Faktarutorna behandlar tecken på ojämlikhet inom områden som är alltför perifera för att representera ojämlik vård eller studier vars resultat inte kan extrapoleras till att gälla hela befolkningen. Faktarutorna innehåller också sammanfattningar av studier som inte direkt berör skillnader i behandling

men däremot föreslår ändringar och förbättringar i vården för att komma till rätta med ojämlikhet i ohälsa.

Struktur

Placeringen av kapitlen 2 och 3 bygger på tanken att följa vårdkedjan där kapitel 2 behandlar patientens väg in i vården och kapitel 3 behandlar sjukvårdens behandling av patienten när denne väl är inne i vården. Strukturen i kapitel 2 följer en liknande logik där texten leder läsaren från vårdens tillgänglighet över till befolkningens vårdutnyttjande och slutligen till teorier om varför det finns otillfredsställda vårdbehov och hur vårdens struktur kan tänkas påverka utnyttjandet av den.

Kapitel 3 skulle kunna struktureras på många sätt. En möjlighet hade varit att dela in presentationen av forskningsresultat efter social position, åldersgrupper, födelseland och geografiska skillnader. Men med tanke på att målgruppen för kunskapsöversikten i första hand är personer med koppling till landstingen eller till hälso- och sjukvården är kapitlet upplagt efter verksamhetsområden så att dessa läsare snabbt kan hitta fakta som berör deras specifika verksamheter.

Begrepp och ord som kräver en närmare förklaring är märkta med en asterisk som hänvisar till ordlistan i slutet av kunskapsöversikten.

Metod

Kunskapsinsamling

All text och alla slutsatser i denna kunskapsöversikt utgår från forskning om ojämlikhet i hälso- och sjukvården. Sökning efter material har i första hand fokuserat på kunskap om ojämlik behandling eller tillgång till

hälso- och sjukvård. I andra hand har sökningar gjorts efter material som visserligen handlar om socioekonomisk ojämlikhet i hälsa men där forskarna också har föreslagit ändringar eller förbättringar av hälso- och sjukvården för att komma till rätta med ojämlika förhållanden.

Referenserna kommer från fyra håll:

1) **DATABASSÖKNINGAR.** Tre någorlunda metodiska sökningar utfördes i PubMed [2]. Tillägget ”någorlunda” finns med som gardering mot att en och annan studie kan ha undkommit författarens nät. Professor Bo Burström föreslog en första omgång sökord. En andra sökning utfördes med hjälp av varianter på dessa sökord. En tredje och sista sökning genomfördes med hjälp av sökord inspirerade av de nationella indikatorer som presenteras i Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Landstings Öppna jämförelser [3]. Sökningar där ordet ”socioeconomic” ingick utfördes en andra gång, med ordet omskrivet till ”socio-economic” för att inkludera studier där ordet ingår med alternativ stavning. En sökning i PubMed på ”socioeconomic” ger nämligen 95 505 träffar, medan en sökning på ”socio-economic” ger 11 087 träffar.

2) **INTERNET.** Egna sökningar på internet utfördes inklusive organisationers och myndigheters webbsajter – Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Prioriteringscentrum, OECD, WHO m.fl. – som kunde antas online-publicera intressant material.

3) **NYCKELPERSONER.** Ett flertal personer har bidragit med tips om artiklar, studier, andra källor samt möjliga vägar att gå för att hitta relevant information. Personerna har antingen föreslagits av SKL eller är sådana vars namn dykt upp under arbetets gång för att sedan kontaktas av författaren. Till nyckelpersoner kan också räknas personer inom landstingen som efter initiativ från SKL skickat relevant material.

4) LANDSTINGEN. Sveriges Kommuner och Landsting kontaktade i början av juni 2008 landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörer, ansvariga för FoU-enheter, samhällsmedicinska chefer och folkhälsochefer och bad dem skicka in studier på temat jämlikhet i hälso- och sjukvården. En andra förfrågan och påminnelse skickades till samma grupper i september 2008. Lejonparten av det inkomna materialet rör skillnader i folkhälsa. Det fåtal dokument som behandlar huvudfrågan – vård på lika villkor – redovisas i kunskapsöversikten.

Det är svårt att ange hur många unika träffar sökning i PubMed:s databas gav eftersom olika sökord kan ha gett samma träffar. Totalt rör det sig om dryga tusentalet träffar. Av dessa bedömdes drygt 200 artiklar ha något slags relevans för arbetet. Ytterligare drygt 150 rapporter, artiklar och andra dokument har kommit in via andra källor, främst från myndigheters hemsidor. Förfrågan till landstingen resulterade i ett 30-tal rapporter och studier om lokala förhållanden.

Efter noggrannare läsning och ytterligare sällning i materialet kvarstod de dryga hundra studier och rapporter som ligger till grund för kunskapsöversikten och som listas i källförteckningen.

Vetenskaplighet och objektivitet

Innehållet i denna kunskapsöversikt bygger i huvudsak på vetenskapliga artiklar och studier samt på kunskaps-sammanställningar och rapporter från exempelvis Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet som i sin tur sammanställt vetenskapliga studier och rapporter. Kunskapsöversikten i sig gör däremot inga anspråk på att vara vetenskaplig eller heltäckande. Det är inte omöjligt att mer eller mindre viktiga eller relevanta studier kan ha slunkit förbi sökfiltren.

Kunskapsinsamlingen har inriktat sig på svenska studier. Ett fåtal internationella studier redovisas ändå för att sätta den svenska hälso- och sjukvården i relation till omvärlden.

Syftet med kunskapsöversikten har varit att sammanställa kunskap, inte att värdera den. Författaren har i egenskap av journalist och således lekman eftersträvat att inte föra in egna värderingar i texten. De gånger värderingar förekommer härstammar de från författarna av de artiklar och studier som presenteras och refereras.

Varje vetenskaplig studie och artikel som presenteras i kunskapsöversikten har i originaltextens slutsatser också redovisat styrkor och svagheter. I sammanställningen av forskningen kring ojämlikhet har tonvikten lagts på studiernas slutsatser. Forskarnas egna funderingar kring styrkor och svagheter i resultaten redovisas här endast undantagsvis, i de fall författaren av någon anledning har funnit det befogat, vilket naturligtvis betyder att en oundvikligen subjektiv värdering och sällning har gjorts i urvalet.

Ytterligare en sällning har gjorts. De studier som denna kunskapsöversikt bygger på har i många fall hittat och presenterat andra samband vid sidan av de sociala eller geografiska. Dessa har endast undantagsvis tagits med i texten. ●



Ett privilegierat folk?

Det minsta krav vi som medborgare i en demokrati kan ställa på staten är att den ska behandla oss rättvist, på lika villkor. Det är själva grunden för en stat, premissen för att vi ska vilja vara medborgare i den. Lika villkor mellan medborgare är också grundbulten i vår svenska hälso- och sjukvårdslag. Där fastslås att ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” [1]. Denna kunskapsöversikt ställer frågan om lagen lyckas uppfylla det andra av de två målen – att ge en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Internationellt sett har vi som bor i Sverige en anmärkningsvärt god hälsa. Medellivslängden är bland de högsta i världen. Enligt Statistiska centralbyrån var den förväntade medellivslängden år 2007 för en nyfödd pojke 79 år och för en flicka 83 år [4]. Spädbarnsdödligheten är internationellt sett mycket låg – enligt Unicef tre döda per 1 000 levande födda barn år 2004 [5] – och vi har en hälso- och sjukvård som håller en hög kvalitet [6]. Jämfört med många andra länder finns det en mängd

sjukdomar som vi inte behöver oroa oss för att råka ut för här i Sverige.

Vi är också privilegierade i fråga om tillgång till vård. Sverige är ett av de länder som tidigt, redan



på 1950-talet, erbjöd sina medborgare en i princip heltäckande sjukvårdsförsäkring [7]. På det hela taget, och i synnerhet om god hälsa låter som ett intressant och eftersträvansvärt mål, kan man konstatera att man får vara tacksam för att man är svensk.

Å andra sidan är det inte som svenskar vi till vardags definierar oss. Utan några direkta vetenskapliga belägg kan det hävdas att det ligger närmare till hands att definiera sig efter yrke eller annan sysselsättning, efter kön, möjligen efter partipolitisk tillhörighet, kanske som föräldrar, eller ännu hellre – åtminstone för argumentationens skull – efter vår sociala position. Med social position som utgångspunkt syns tydligt att hälsan, eller snarare ohälsan, är ojämnt fördelad i befolkningen, dvs. inte alls i överensstämmelse med hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa för hela befolkningen.

Strävan efter att minska ojämlikhet i hälsa

År 1987 väckte Socialstyrelsen stor uppmärksamhet när de publicerade en folkhälsorapport som visade att det fanns stora sociala skillnader i ohälsa, något som dittills varit mer eller mindre okänt. Visserligen började hälsan i befolkningen kartläggas tidigt. Redan i mitten av 1850-talet rapporterade dåtidens provinsialläkare om befolkningens hälsa i sina upptagningsområden. Men dessa återkommande folkhälsorapporter kom enligt Socialstyrelsen i skymundan 1911. I början av 1970-talet inleddes en utveckling mot att åter börja rapportera

om folkhälsan i Sverige vilket resulterade i 1987 års folkhälsorapport, en kartläggning av svenskarnas hälsa som sedan dess återkommit med intervall på tre eller fyra år.

På statsministerns initiativ inrättades 1988 Folkhälsogruppen, en rådgivande grupp som bland ett flertal uppgifter särskilt skulle ägna uppmärksamhet åt ohälsans ojämlika fördelning. Delar av Folkhälsogruppens arbete utgjorde underlag för regeringens folkhälsoproposition 1990 där det står att ”ökad jämlikhet skall vara ett övergripande mål vid prioriteringar i folkhälsoarbetet. Insatser som medför att de sämst ställdas situation förbättras bör komma i första hand” [8].

Senare folkhälsopropositioner har i olika grad fokuserat på ojämlikheten i hälsa. Våren 2003 antog riksdagen folkhälsopropositionen Mål för folkhälsan där det övergripande målet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” [9] formulerades. I propositionen betonas vikten av att folkhälsan förbättras i de befolkningsgrupper som är mest utsatta för ohälsa.

Den senaste folkhälsopropositionen, En förnyad folkhälsopolitik, från 2008 har skiftat fokus något och angett barn, ungdomar, deras föräldrar och äldre som särskilt angelägna målgrupper. Det påpekas dock fortfarande att utanförskap är ett särskilt angeläget folkhälsoproblem [10].

Folkhälsoläget i dag

22 år har gått sedan Socialstyrelsen i sin folkhälsorapport först uppmärksammade de sociala skillnaderna i ohälsa. I den senaste folkhälsorapporten från 2005 anges att Sverige som helhet fått en ökad välfärd och bättre folkhälsa, främst tack vare en ökad medellivslängd och minskande dödlighet i ett flertal diagnoser och sjukdomar, i synnerhet hjärt-kärlsjukdomar. Men allt är inte rosenkimrande. Värk och självrapporterad psykisk ohälsa är två områden där utvecklingen tycks

gå bakåt, och fler människor lever med långvarig sjukdom i dag jämfört med 1980-talet. Också andelen personer med övervikt och fetma – det sistnämnda en riskfaktor för diabetes, högt blodtryck och hjärt-kärlsjukdom – har ökat i befolkningen.

En sak har däremot inte ändrats – de stora sociala skillnaderna i hälsa, i alla åldrar och oavsett kön, kvarstår. Hälsoskillnaderna mellan grupper med olika utbildningsnivå tycks dessutom inte ha förändrats nämnvärt sedan början 1980-talet. När det gäller fetma har gapet mellan olika socialgrupper till och med växt och andelen svenskar med fetma ökat mer bland lågutbildade än bland högutbildade [11].

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Det är svårt att peka ut en ensam orsak till varför de sociala skillnaderna i ohälsa kvarstår. Genetiska faktorer och specifika medicinska insatser har säkert sin plats i ekvationen men den ojämna fördelningen av ohälsa beror sannolikt mer på skilda livsvillkor och levnadsvanor i befolkningen [12]. Även samhällets struktur i sig kan vara en utlösande faktor för ohälsa [9].

Därmed har välfärdspolitiken i stort, där beslut och riktlinjer baseras på de sociala bestämningsfaktorer som har störst betydelse för människors hälsa, en avgörande betydelse för sociala skillnader i ohälsa. Men det finns också sedan 1982 en hälso- och sjukvårdslag som i den andra paragrafen slår fast att hälso- och sjukvården har ett särskilt mål, att ge en ”god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” [1]. Ansvaret för att utjämna skillnader i ohälsa är således också hälso- och sjukvårdens. Frågan är därmed om hälso- och sjukvården lyckas uppfylla målet om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vad menas med hälsa och jämlik hälsa?

Synen på vad hälsa är förändras över tid, beroende på att värderingar och kulturmönster påverkar hur man ser på begreppet. Det gör det svårt att entydigt definiera vad hälsa är. Fördelen med en enhetlig definition av hälsobegreppet är att det med större säkerhet skulle kunna gå att mäta hälsa respektive ohälsa. Därmed skulle det också bli klart vilka mått och metoder som behöver utvecklas [11].

Efter att FN-deklarationen 1946 slog fast att hälsa är en mänsklig rättighet föreslog världshälsoorganisationen WHO att hälsa skulle definieras som ett tillstånd av "fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller handikapp" [13]. Denna definition kritiserades hårt dels för att den ansågs utopisk, dels för att definitionen betraktade hälsa som ett statiskt, absolut tillstånd. Teoretiker har fortsatt att träta om begreppet och ömsom försökt sig på nya definitioner, ömsom bytt fokus och i stället diskuterat hur hälsa kan uppnås [11]. I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005 identifieras två huvudinriktningar i synen på hälsa: en biomedicinsk och en humanistisk.

Det biomedicinska synsättet definierar hälsa som frånvaro av sjukdom. Enligt detta synsätt ses människan som ett biologiskt system av fungerande organ och när systemets organ fungerar normalt kan personen sägas vara vid hälsa. Det humanistiska synsättet ser i stället människan som en del av ett sammanhang. Därmed betraktas människans hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom.

Överlappande definitioner

Socialstyrelsen konstaterar att i studier av hur människor betraktar begreppet hälsa framkommer ett brett panorama av definitioner, av vilka några överlappar varandra. Till exempel kan hälsa ses som förmågan att uppnå vitala mål i livet, uppleva välbefinnande eller att inte ha en sjukdom.

Folkhälsovetenskapligt lexikon noterar att många människor med medicinskt sett väldefinierade kroniska sjukdomar, exempelvis diabetiker, själva anser sig ha en god hälsa. Hälsa och sjukdom kan alltså ses som två olika dimensioner som inte nödvändigtvis måste vara varandras motsatser. Ohälsa å andra sidan definieras i Folkhälsovetenskapligt lexikon som ett "tillstånd av lättare sjukdom eller försvagade kroppsfunktioner", som "motsatsen till hälsa" eller som "detsamma som sjukdom" [13].

Diskussionen kan kompliceras ytterligare genom att nysta i vad som menas med jämlik hälsa, som kan antas vara en utgångspunkt för hälso- och sjukvårdslagens lydelse om "vård på lika villkor för hela befolkningen". Statens folkhälsoinstitut har valt att tillämpa samma definition som International Society for Equity in Health använder: "Jämlikhet i hälsa är avsaknad av systematiska och potentiellt påverkbara skillnader i en eller flera av hälsans aspekter som finns mellan olika befolkningar eller befolkningsgrupper, definierade socialt, ekonomiskt, geografiskt eller efter kön."

Hur uppstår skillnader i hälsa?

Alla människor har givna förutsättningar – det kan vara ålder, kön och genetiskt arv – som bestämmer eller påverkar hälsotillstånd och risken för sjukdom. Därutöver finns en rad andra faktorer som påverkar hälsan, faktorer som varierar med individens livsvillkor, den typ av samhälle individen lever i och rådande ekonomiska och sociala förutsättningar. Levnadsvanor som rökning, motion, kost och alkoholbruk ger avtryck i individens hälsotillstånd och är till stor del självvalda men formas också av den omgivning som individen vistas i.

Även boende- och arbetsförhållanden kan antingen främja eller stävja människors hälsa. Inte minst arbete är viktigt för att förbättra människors chanser att nå eller behålla en god hälsa. Det ger ekonomiska förut-



sättningar för egen försörjning, möjlighet till självförverkligande, delaktighet i samhället och ett utökat socialt nätverk. Omvänt är brist på arbete en riskfaktor för en sämre hälsa.

Det är inte svårt att beskriva kedjan som länkar samman social utsatthet med ohälsa. Dålig utbildning begränsar möjligheterna att skaffa jobb. Begränsade val avseende arbete påverkar vilken inkomst individen kan tänkas ha. Att till exempel ha knappa ekonomiska resurser begränsar den enskildes valmöjligheter i livet, att bestämma hur och var han eller hon vill leva, vilken mat personen kan äta och hur fritiden ska tillbringas. Att ständigt känna att ens valmöjligheter är begränsade kan skapa oro och stress, vilket i sin tur triggar psykosociala mekanismer som kan påverka hälsan, både den psykiska och den fysiska, negativt.

Socialt utsatta dubbelt drabbade

Det har också visat sig att ekonomiskt pressade människor, framför allt de som lever i ovisshet om den egna ekonomiska framtiden, upplever en ökad stress. Denna stress kan förmedlas som erfarenhet i samma familj, över generationer, så att barn som växer upp i socialt utsatta familjer har en större sannolikhet att själva hamna i en socialt utsatt position som vuxna. Individer i en socialt utsatt position kan i slutändan sägas vara dubbelt drabbade – dels är de mer exponerade för sociala stressfaktorer, dels är de på grund av tidigare negativa erfarenheter sämre rustade för att möta och hantera stressfaktorer. Resultatet blir en negativ spiral som ökar den totala stressnivån hos individen [14].

Detta länkar i sin tur över till levnadsvanor och hälso-relaterat beteende eftersom dessa kan betraktas som ett sätt att hantera stress. Både rökning och kostvanor följer en social gradient där rökning är vanligare bland arbetare och lågutbildade och kosten något högre socialgrupper är mer noga med [11].

Samtidigt som sjukdomar och skillnader i hälsa kan ha sin orsak i social bakgrund kan också sjukdomar i

sig medföra konsekvenser för individens sociala status. Den som är sjuk får svårare att behålla ett arbete och riskerar därför att hamna i ett ekonomiskt ansträngt läge och se sitt sociala nätverk krympa [14].

Vad menas med jämlik vård och lika villkor?

Kunskapsöversikten inleddes med att rättvisa och lika villkor är den grund både samhället och hälso- och sjukvården står på. Men rättvisa och lika villkor kan anta olika betydelser beroende på vem som tar ordet i sin mun. Det kan innebära att alla får lika mycket, att var och en får efter förtjänst eller att var och en får efter behov.

Prioriteringsutredningen från 1995 noterade detta faktum och slog fast att rättvisa ska sättas i relation till följande begrepp: solidaritet och jämlikhet. Utifrån dessa premisser resonerade sig utredarna fram till tre grundläggande rättvise- och prioriteringsprinciper som hälso- och sjukvården bör följa [15].

1. MÄNNISKOVÄRDESPRINCIPEN; alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Människovärdesprincipen är grundläggande men inte ensam tillräcklig grund för prioriteringar. Om resurserna är begränsade kan inte alla få vad de egentligen har rätt till.
2. BEHOVS- OCH SOLIDARITETSPRINCIPEN; resurserna bör satsas på de områden (verksamheter vid den politisk/administrativa prioriteringen; individer i den kliniska vardagen), där behoven är störst. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de grupper som har mindre möjligheter än andra att göra sina röster hörda eller utnyttja sina rättigheter.
3. KOSTNADSEFFEKTIVITETSPRINCIPEN; vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig

relation mellan kostnader och effekt eftersträvas, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Kostnadseffektivitetsprincipen bör endast tillämpas vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom. Vid olika sjukdomar går effekterna inte att jämföra på ett rättvisande sätt.

Principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen.

Underordnade principer

Prioriteringsutredningens val av rättvisepprinciper avsluter eller underordnar andra prioriteringsprinciper. Till dessa hör:

Nyttoprincipen som säger att de val ska prioriteras som gör störst nytta för flest människor. Utredningen tar avstånd från att hjälpa många människor med lindriga besvär i stället för ett fåtal med svårare besvär. Inte heller ska individer prioriteras som är mer lönsamma för samhället, t.ex. yngre personer i en produktiv ålder framför äldre. Nyttan kan beaktas men endast från individens, inte kollektivets, perspektiv.

Efterfrågeprincipen som innebär att det mest efterfrågade också blir det primära att satsa på. Visserligen sammanfaller ofta efterfrågan och behov, men det finns de som har svårt att framföra eller tydliggöra sina behov. Att satsa på den hälso- och sjukvård som efterfrågas kan alltså leda till en snedfördelning av vårdutbud till förmån för den "synliga" vården och nackdel för den "osynliga". Prioriteringsutredningen anser dock att efterfrågan inte kan bortses från helt, men att denna bör beaktas först när de tre fastslagna prioriteringsprinciperna tillgodosetts.

Ekonomisk förmåga får inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården inte ha inflytande på väntetider eller vårdens medicinska kvalitet, oavsett om vården ges i offentlig eller privat regi. Prioriteringsutredningen påpekar emellertid att samhället knappast kan förbjuda medborgarna att på egen bekostnad söka vård.

Riksdagen antog principerna

Regeringen omarbetade Prioriteringsutredningens förslag något men behöll förslagets huvudsakliga innehåll [16] och 1997 ställde sig riksdagen bakom de tre principerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården [17].

Tio år senare konstaterade Prioriteringscentrum att förutom på chefsnivå var sjukvårdspersonalen i liten utsträckning medvetna om den etiska plattformen med de tre rättvisepprinciperna som slogs fast av riksdagen 1997. I Vårdens alltför svåra val? förtydligade Prioriteringscentrum de tre principerna för att försöka få till ett mera effektivt genomförande av dem [18].

Vilka befolkningsgrupper ingår i jämförelsen?

Utifrån människovärdesprincipen får hälso- och sjukvården inte göra skillnad på patienterna utifrån personliga egenskaper som kön, sexuell läggning, social status, ålder, etnicitet eller födelseland. Med andra ord finns det ett flertal olika möjliga utgångspunkter för en undersökning av huruvida vård ges på lika villkor.

Eftersom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) år 2007 publicerade (O)jämfästllldhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt [19] är köns- perspektivet inte aktuellt i denna översikt. Här står i stället sociala eller socioekonomiska skillnader i hälso- och sjukvård i fokus. Kunskapsöversikten belyser också skillnader i vård beroende på födelseland och på geografisk tillhörighet, dvs. huvudsakligen skillnader mellan landstingen. I uppdragsbeskrivningen anger Sveriges Kommuner och Landsting att barns situation bör uppmärksammas särskilt.

Sociala skillnader tolkas här som skillnader avseende främst utbildningsnivå, inkomst och yrke. Eftersom de studier som översikten baseras på inte har använt sig av en entydig definition av sociala skillnader finns även faktorer som civilstånd, boendeförhållanden och delat eller ensamt föräldraskap med som markörer på sociala

skillnader mellan olika grupper av befolkningen. En närmare definition av socioekonomisk status finns i Appendix 1.

I stället för födelseland skulle termen etnicitet kunna användas. Begreppet anses emellertid problematiskt och kan tolkas på olika sätt, från att etnicitet markerar en biologisk eller kulturell tillhörighet till att etnicitet endast är en social konstruktion, ett slags identifikation. Flera undersökningar har också visat att social status ofta är viktigare än nationell härkomst när det gäller att identifiera faktorer som påverkar individens hälsa [12]. Ändå finns det en hel del som talar för att inte bara sociala skillnader utan också en uppdelning av personer efter födelseland är en särskild faktor att ta hänsyn till i en undersökning av vård på lika villkor.

Grova indelningar

De som invandrat till Sverige kan enligt Statens folkhälsoinstitut grovt delas in i tre grupper: en tredjedel kommer från övriga Norden, en tredjedel från övriga Europa och en tredjedel från länder utanför Europa [12]. Till skillnad från de arbetskraftsinvandrare som kom till Sverige under 1940- till 1970-talen har invandringen de senaste årtiondena till stor del bestått av asylsökande.

I praktiken innebär det att en stor del av de människor som kommit till Sverige har lämnat en tillvaro präglad av traumatiska upplevelser och livsvillkor förknippade med oro och stress. Många av de flyktingar som kom till Sverige under 1990-talet har utsatts för både fysisk och psykisk tortyr i hemlandet och sannolikt också under flykten därifrån.

Risken är alltså stor att flyktingar lider av fysiska och psykiska besvär redan när de anländer till Sverige. Till detta kommer att de i högre grad än svenskar saknar sociala nätverk [12], vilket kunskapsöversikten senare kommer att visa har betydelse för hälsan.

Även i fråga om assimilering finns det stora skillnader mellan arbetskraftsinvandrare från nordiska länder

och från länder i centrala Europa jämfört med flyktingar från andra världsdelar och Balkanområdet. De välfärdsskillnader som eventuellt uppstår mellan dessa grupper och svenskar försvinner relativt snabbt i fråga om arbetskraftsinvandrare. Flyktingarnas välfärdsresurser fortsätter att skilja sig avsevärt från den svenska normen ännu efter det att de själva har varit flera år i Sverige [20].

Fattigdomen större

Det finns fler faktorer som påverkar invandrades och flyktingars sociala ställning i Sverige. Språksvårigheter och kulturkrockar behöver ingen närmare motivering. Svårigheten att få ett arbete och att betala sina löpande utgifter är två ytterligare faktorer som vittnar om utlandsföddas sociala ställning. Enligt Socialstyrelsen var år 2006 sju procent av alla invandrare i arbetsför ålder arbetslösa, att jämföra med 3,5 procent av infödda svenskar.

Det bör kanske sägas att andelen arbetslösa bland invandrare skiljer sig åt beroende på vilken region av världen de kommer ifrån. Invandrare från våra nordiska grannländer uppvisade inga större skillnader i arbetslöshet jämfört med svenskar, medan invandrare från Mellanöstern och Afrika låg betydligt sämre till på arbetsmarknaden [21].

Även fattigdom är vanligare bland utrikes födda än bland svenskar. Visserligen minskar andelen fattiga bland invandrarna men år 2006 var det fortfarande tre gånger fler invandrare än svenskfödda som räknades som fattiga. Bland invandrare från Mellanöstern och Nordafrika uppskattades var femte person ha en inkomst som placerade dem under fattigdomsstrecket.

Som synes tillhör invandrare en utsatt grupp i samhället och allt det anförda sammantaget torde räcka gott som argument för att inkludera födelseland i en kunskapsöversikt om sociala skillnader i jämlikhet. Om inte går det också att hänvisa till att diskriminering mot invandrare är vanligt förekommande och



dessutom har ett starkt samband med ohälsa, i synnerhet psykisk sådan. Mer om det sambandet finns att läsa i Diskriminering – ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa [22].

Å andra sidan behöver utrikes född inte i sig alltid innebära någon större nackdel. Invandrare från ett rikt land har andra förutsättningar än flyktingar från ett fattigt. Och naturligtvis finns samma slags skillnader inom länder som mellan dem.

Även om denna kunskapsöversikt utgår från begreppet utrikes född förekommer begreppet ”etnicitet” i vissa av de studier som refereras, varför ”etnicitet” ändå kommer att användas där så är fallet.

Geografiska skillnader

Att motivera varför ett geografiskt perspektiv ska vara med kan göras aningen enklare och sammanfattas bäst i följande punkter:

- 1) Det är landstingen som är huvudmän för hälso- och sjukvården;
- 2) det finns skillnader i utbildningsnivå och medelinkomst mellan storstad och landsbygd [23];
- 3) det finns geografiska skillnader i livslängd vilket kan förväntas återspegla hälsan, samtidigt som invånare i glesbygd har högst ohälsotal [24];
- 4) det finns skillnader mellan regionerna och landstingen avseende arbets- och bostadsmarknad [11];
- 5) det finns skillnader i landstingens resurser och därmed i vilken vård de kan erbjuda sina invånare [6].

Eftersom det står klart att det finns geografiska skillnader i hälsa och levnadsvillkor är det högst motiverat att



också fråga sig om landstingen ger vård på lika villkor. Det bör dock hållas i minnet att det kan finnas större skillnader i hälso- och sjukvård inom ett landsting än mellan olika landsting.

Ges svensk hälso- och sjukvård på lika villkor?

Det är svårt att exakt definiera vad hälsa är. Det är också svårt att veta hur mycket hälso- och sjukvården kan göra för att minska skillnader i ohälsa, i alla fall om utgångspunkten är att den ojämna fördelningen av ohälsa förmodligen beror mer på livsvillkor och levnadsvanor än på medicinska resultat.

Det som går att göra är att ta reda på hur väl hälso- och sjukvården uppfyller hälso- och sjukvårdslagets mål om lika villkor och om värden gör vad den kan för att inte skillnader i ohälsa ska öka. Översikten presenterar därför studier, rapporter och andra dokument som belyser ojämlikhet i hälso- och sjukvården.

Det finns två jämlikhetsbegrepp att använda sig av för att bedöma om vård ges på lika villkor, dvs. om vård ges efter de rättviseprioriteringar som Prioriteringsutredningen fastslagit. Människovärdesprincipen kan beskrivas som en strävan efter horisontell jämlikhet*, dvs. att alla människor ska behandlas lika om de lider av samma åkommor eller sjukdomar.

Behovs- och solidaritetsprincipen kan i sin tur beskrivas som en strävan efter vertikal jämlikhet*, dvs. att resurser i första hand ska fördelas till dem med de största behoven. I fråga om vårdtillgång kan detta tolkas som att grupper eller individer med större vårdbehov också bör få sina behov tillgodsedda i högre utsträckning. I fråga om grad av sjuklighet ska vertikal jämlikhet tolkas som att de som är sjukast också ska få vård först [25].

Dessa två begrepp kommer att återkomma i texterna som två verktyg för att se om vård ges på lika villkor. ●

131
Östra
sjukhuset



TILLGÄNGLIGHET, VÅRDUTNYTTJANDE OCH VÅRDBEHOV

En grundläggande förutsättning för att hälso- och sjukvård ska ges på lika villkor är att patienten och vården hittar varandra, att hälso- och sjukvården finns tillgänglig för patienten. Debatten om vårdens tillgänglighet har under den senare delen av 2000-talet haft en tendens att hamna i diskussioner om väntetider till läkarbesök eller till behandling, något som går alldeles utmärkt att mäta.

Ett annat, något mer komplicerat sätt att mäta tillgänglighet är att se på medborgarnas utnyttjande av hälso- och sjukvården och ställa det mot deras sjukvårdsbehov eller sjuklighet. I ett sjukvårdssystem som aspirerar på att ge vård, här i betydelsen ”att vara tillgänglig”, på lika villkor borde medborgarnas behov av vård ligga till grund för hur vården utnyttjas. Det kan uttryckas som att vertikal jämlikhet råda – de individer eller grupper med störst behov av vård bör också vara de som utnyttjar vården mest.

Av detta följer nödvändigtvis inte det omvända förhållandet att vårdutnyttjande speglar vårdbehov. Därtill är frågan om tillgång och efterfrågan inom sjukvården alldeles för komplex. Flera så kallade efterfrågefaktorer påverkar benägenheten att söka vård, till exempel ekonomi, utbildningsnivå, kunskap och förväntningar samt geografisk tillgänglighet.

För att göra sig en någorlunda rättvis bild av om hälso- och sjukvården gör sig tillgänglig på lika villkor görs i detta kapitel en jämförelse mellan människors vårdutnyttjande och de vårdbehov som är kända inom olika grupper av befolkningen. För att nyansera bilden

ytterligare redovisas i kapitlet också kända skillnader mellan otillfredsställda vårdbehov, skillnader i tillgänglighet och förklaringar till varför människor inte söker sig till vården trots ett upplevt behov av vård.

Bakgrunden till intresset för jämförelsen mellan utnyttjande och behov är den kunskap som finns om att utsatta grupper – dvs. lågutbildade, låginkomsttagare, utrikes födda m.fl. – oftare har en sämre hälsa och följaktligen också ett större behov av vård än andra grupper.

Det bör också tilläggas att måttstocken för jämförelsen inte är om det ges för lite eller för mycket vård, utan om vård ges i förhållande till sjuklighet och behov. Enligt Socialstyrelsen visar de kartläggningar som gjorts att det inte finns något tydligt samband mellan vårdvolym och vårdkvalitet. Vårdens kvalitet tycks snarare avgöras av huruvida evidensbaserade metoder tillämpas eller ej [26].

Tillgänglighet till den öppna vården

Geografiska skillnader

År 2006 började Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting ge ut rapportserien Öppna jämförelser för att redovisa och jämföra skillnader i hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i landstingen. Rapporterna är, för att citera sammanfattningen i 2008

års rapport, ”beskrivande och analyserar inte resultaten”. I samma rapport redovisas för första gången utfallet för olika socioekonomiska grupper av patienter, utifrån födelseland och utbildningsnivå. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har valt åtta olika exempel för den socioekonomiska jämförelsen, ingen av dem tyvärr rörande tillgång till eller utnyttjande av vård [3]. Det kan därför vara intressant att göra ett par nedslag i några av de indikatorer för tillgång på vård som redovisas.

Observera att siffrorna som ligger till grund för jämförelserna mellan landstingen är hämtade från landstingens egen inrapportering, vilket gör att de inte kan tas för helt säkra eftersom inrapporteringsfrekvensen skiljer sig åt mellan landstingens vårdproducerande enheter [27].

Väntetider förekommer över hela landet och inom ett stort antal specialiteter. Det finns också betydande variationer i väntetidernas längd, såväl mellan sjukhus inom ett och samma landsting som mellan landsting. Dessa skillnader kan delvis härledas till utbud och efterfrågan. Det handlar exempelvis om olika förutsättningar för landstingen när det gäller ekonomi, läkardensitet och befolkningens ålderssammansättning.

En annan faktor som påverkar lokala och geografiska väntetider är att det finns stora skillnader i medicinsk behandlingspraxis både inom och mellan landstingen. Ett landsting kan ha både längre och kortare väntetider än ett annat beroende på att de gör olika bedömningar av angelägenhetsgraden och de möjliga åtgärderna [27].

Brist på allmänläkare

Få svenskar kan ha undgått de senaste årens diskussion om bristen på allmänläkare i Sverige. Åtta år efter att den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården lades fram av regeringen har ännu inte målet om 6 000 allmänläkare [28] nåtts. Vissa av landstingen kan erbjuda sina invånare en god tillgång på allmänläkare medan andra har en lång väg kvar att

vandra. Siffror från Socialstyrelsen på hur många läkare med specialistbevis i allmänmedicin det finns visar att variationen är stor mellan olika delar av landet. År 2006 hade landstingen med flest läkare omkring 40 procent fler läkare per 100 000 invånare än landstingen med färst läkare.

I topp finns Landstinget i Uppsala län och Jämtlands läns landsting med 72 allmänläkare per 100 000 invånare, tätt följda av Västerbottens läns landsting och Landstinget Dalarna. I andra änden av skalan finns Gotlands kommun och Landstinget Sörmland som erbjöd sina invånare 52 allmänläkare per 100 000 invånare. Genomsnittet för hela Sverige samma år var 60 allmänläkare per 100 000 invånare [29]. Enligt siffror från 2005 var 96 procent av alla dessa allmänläkare systerställa inom hälso- och sjukvården [30].

Socialstyrelsen spår att tillgången på allmänläkare troligtvis kommer att minska med omkring 15 procent de närmaste femton åren, dvs. fram till år 2023. Därmed har allmänläkarkåren en bit kvar att växa innan den når den nationella handlingsplanens mål om 6 000 allmänläkare i primärvården, ett mål som skulle vara uppnått i skrivande stund år 2008.

Landstingen inaktiva

Ett annat mål som har fått stå tillbaka är den fasta läkarkontakten i primärvården, något som få landsting uppger att de arbetar aktivt med. Socialstyrelsen drar av detta slutsatsen att ambitionen att utveckla familjeläkarsystemet, som var framträdande i den nationella handlingsplanen, totalt sett har stått tillbaka [30].

Även om det finns läkare att tillgå ska det också gå att få tag på dem. Skillnaderna i telefontillgänglighet till primärvården är stora mellan landstingen. I Öppna jämförelser 2008 framgår att Landstinget Gävleborg är bäst på att ta emot samtal från patienter och lyckas svara på 97 procent av alla inkommande samtal. Av de redovisade landstingen ligger Örebro läns landsting sämst till med 65 procent besvarade samtal [3].

Desto bättre lyckas primärvården med att erbjuda patienter besök inom vårdgarantins sju dagar. Här spänner skillnaderna mellan landstingen från nästan 97 procent i Landstinget Halland till drygt 82 procent i Landstinget i Uppsala län. Väntetid till primärvård är också den av tillgänglighetsindikatorerna som uppvisar minst variation mellan landstingen [3].

Tillgång till terapi varierar

En viktig uppgift för primärvården är att stävja den psykiska ohälsan som sedan 1990-talet ökat i de flesta åldersgrupper. Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar kan bekämpas, förutom med läkemedel, via olika typer av psykologiska samtalsbehandlingar. Enligt Socialstyrelsen finns det gott om belägg för att samtalsbehandling har en positiv effekt på olika psykiatriska tillstånd och psykisk ohälsa.

Skillnaderna mellan landstingen i tillgång till terapi verkar vara stora. Andelen vårdcentraler i landstingen som själva anger att de erbjuder något slags samtalsbehandling varierar mellan omkring 30 och 85 procent med ett riksgenomsnitt på 54 procent. Det framgår också att offentliga vårdcentraler erbjuder fler samtalstimmar per vecka än privata vårdcentraler – 30 respektive 18 timmar per vecka [23].

FAKTARUTA 1

Invandrare anser sig ha sämre läkartillgång

Kvinnor från arabiska länder och länder från delar av tredje världen tycker oftare än svenska kvinnor och kvinnor från andra västländer att de har en sämre tillgång till en fast läkare. Dessutom verkar det som om kvinnor från andra västländer tycker sig ha en bättre tillgång till en fast läkare än svenska kvinnor. Dessa skillnader gäller bara för kvinnor medan män från olika länder inte uppvisar några liknande skillnader i upplevd tillgång till läkare. Även när siffrorna justeras för ålder och utbildning kvarstår dessa samband.

Trots att ekonomi ofta har en begränsande påverkan på människors tillgång till vård gav en justering för socioekonomi, i en studie utförd i Malmö, mycket marginella skillnader i resultat.

De grupper i Malmö som i störst utsträckning tyckte sig sakna fast läkarkontakt kommer från länder som både geografiskt och kulturellt befinner sig långt från Sverige, och de har dessutom kommit till Sverige senare än andra invandragrupper. Att skillnaden skulle bero på faktisk tillgång till vård är osannolikt eftersom vårdutnyttjandet i bostadsområden med en stor andel invandrare låg högre än i Malmös västligare områden med fler svenskar.

En metod för att nå ut till fler invandrarkvinnor skulle kunna vara att erbjuda bättre tillgång på kvinnliga läkare och annan kvinnlig vårdpersonal. Andra studier har nämligen kommit fram till att läkarnas och vårdpersonalens kön kan påverka vårdutnyttjandet bland utrikes födda personer. Information på olika språk om sjukvården och hur den fungerar skulle också kunna öka vårdutnyttjandet bland berörda kvinnor [31].



FAKTARUTA 2

Diabetesvård lika tillgänglig för invandrare som för svenskar

Internationella studier har tidigare visat att utlandsfödda personer med icke-europeiskt ursprung har en högre prevalens av icke insulinberoende diabetes mellitus*, dvs. typ 2-diabetes. Därmed är det också mer sannolikt att de har en allmänt sämre hälsostatus och fler diabetesrelaterade komplikationer än européer. Studier i Sverige har inte kunnat bekräfta teorin, åtminstone inte för europeiska utvandrare som sökt sig till

Sverige. I stället har man funnit en sämre glykemisk kontroll hos invandrare, men detta har i första hand varit kopplat till deras socioekonomiska status, inte deras födelseland.

Inte heller vid jämförelse av utnyttjandet av diabetesvård, av diabetesrelaterade komplikationer, glykemisk kontroll eller levnadsvillkor hos svenskar och från Europa invandrade diabetiker har några större skillnader hittats. Resultaten visar att utrikes

födda diabetiker från Skandinavien och övriga Europa har assimilerats och använder sig av den svenska hälso- och sjukvården i samma utsträckning som infödda svenskar. Förmodligen kan förklaringen till avsaknad av skillnader finnas i följande tre faktorer: de invandrade diabetikerna hade vistats länge i Sverige, kom från liknande kulturer och från länder med liknande hälsostatus eller folkhälsa [32].

Tillgänglighet till specialistvård

Tillgång till psykiatrisk vård

Befolkningsgrupper som betraktas som mer utsatta i samhället har som bekant oftare en sämre hälsa än befolkningsgrupper med högre status. En aspekt av folkhälsan som tycks vara svår att kartlägga är den psykiska ohälsan. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005 ger till exempel ingen entydig bild av hur den psykiska ohälsan fördelar sig mellan olika samhällsskikt.

Det finns emellertid tecken på att psykiska besvär är vanligare i gruppen ej facklärd arbetare och bland

manliga arbetssökande. Eftersom Socialstyrelsen i folkhälsorapporten till slut fastslår att den senaste uppmätta ökningen av personer med psykiska besvär kan härledas till socialt utsatta grupper och unga människor kan det vara intressant att se hur tillgången till psykiatrisk hjälp fördelar sig över Sverige [11].

Brister i psykiatri

Det är inte bara allmänläkare Sverige lider brist på. År 2004 konstaterade Nationella psykiatrisamordningen i en promemoria [33] att bristerna i vård och omsorg för personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder var så stora att resurser borde tillföras de största bristområdena för att höja nivån på vården och det sociala stödet.

Trots en kraftfull satsning från regeringshåll konstaterade Socialstyrelsen 2007 att inget tyder på att problemet har lösts med att ett stort antal individer inte har en meningsfull sysselsättning eller att de saknar samordnad rehabilitering till arbete. Statliga projektmedel i form av punktinsatser har alltså inte lyckats lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som finns inom psykiatri och socialtjänst.

De geografiska skillnaderna i tillgång till psykiatrer är ännu större än för allmänläkare. Flest psykiatrer – 150 procent över riskgenomsnittet eller omkring 31 per 100 000 invånare – finns i Stockholms läns landsting. Färst finns i Landstinget i Östergötland, i Landstinget Gävleborg och i Jämtlands läns landsting som alla ligger på en tillgång motsvarande hälften av riksgenomsnittet eller knappt åtta psykiatrer per 100 000 invånare [30].

Att ha få läkare behöver däremot inte betyda att tillgängligheten måste bli lidande. Landstinget Gävleborg och Jämtlands läns landsting har relativt få psykiatrer men båda ligger bra till när Öppna jämförelser listar andelen patienter i landstingen som har väntat mer än vårdgarantins 90 dagar för att få komma på besök till barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning. I Jämtlands läns landsting behövde inga patienter vänta så lång tid och i Landstinget Gävleborg väntade fyra procent av patienterna som stod i kö längre än 90 dagar. I Landstinget i Värmland däremot ligger andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på nästan 50 procent [3].

Bland de landsting som redovisar väntetider till vuxenpsykiatrisk mottagning är det bara Landstinget Kronoberg som inte har några patienter alls som väntat längre än 90 dagar. Sämre ställt är det i Landstinget Blekinge där nästan var tredje patient har väntat längre än vårdgarantins 90-dagarsmål [3].

FAKTARUTA 3

Skillnader i väntetider bland ortopedipatienter

Långa väntetider till vård i allmänhet och kanske till operationer i synnerhet är något som återkommande diskuteras och kritiserats. Det är däremot ont om studier som undersökt sociala skillnader i väntetider till vård. En studie som undersökt väntetider för ortopediska operationer lyckades inte hitta några större skillnader med avseende på socioekonomiska faktorer som utbildning eller inkomst. I stället upptäcktes att patienter med anställning hade en något kortare väntetid till ryggoperation än arbetslösa patienter.

Den största faktorn som influerar väntetid verkar till slut vara själva värdenheten. Patienter som väntar på operation på ett universitetssjukhus har längre väntetid än patienter som bokats in på ett mindre sjukhus. En förklaring till detta skulle kunna vara att det är troligare att operationer på ett större sjukhus skjuts upp eller fördröjs på grund av inkommande akuta fall som kräver direkt uppmärksamhet [34].

Utnyttjande av öppen och sluten vård

Öppenvårdens utveckling

I sin redogörelse för utvecklingen av medborgarnas vårdutnyttjande sträcker sig Socialstyrelsen så långt tillbaka som till 1960-talet och skriver att den tidens höginkomsttagare utnyttjade den öppna vården mer än låginkomsttagare, med hänsyn tagen till hälsotillstånd [35].

... på 1970-talet

Skillnaderna i vårdutnyttjande mellan socioekonomiska grupper minskade under 1970-talet, troligtvis till följd av en allmän resurstillväxt och införande av enhetliga egenavgifter till öppen vård, den så kallade 7-kronorsreformen 1970 [35]. Hur mycket skillnaderna minskade är oklart. En studie konstaterar att lägre socialgrupper utnyttjade vården betydligt mer än högre socialgrupper under 1970-talets senare hälft, men dessa skillnader försvann nästan helt vid standardisering för ålder och långvariga sjukdomar. Socialstyrelsen drog av detta slutsatsen att svensk sjukvård förefaller ha varit mer anpassad efter människors behov på 1970-talet än föregående decennium [35].

Men helt jämlik tycks inte vården ha varit. I Lägesrapporter 2007: Hälsa- och sjukvård skriver Socialstyrelsen att det kvarstod ”en ojämlik fördelning av tillgången till vård när skillnader i behov mellan socioekonomiska grupper beaktades”, både för 1970- och 1980-talen [36].

... på 1980-talet

1980-talet börjar med att tendensen från 1970-talets andra hälft lever vidare. I litteraturgenomgången Vård på lika villkor? [37] hänvisas till en studie publicerad i *Scandinavian Journal of Social Medicine* [38] som visade att lägre inkomstgrupper konsumerade mer

sjukvård i förhållande till sitt sjukvårdsbehov. I slutet av decenniet har pendeln svängt något, även om sjukvårdsutnyttjandet i stort sett är likartat mellan olika befolkningsgrupper.

I en bilaga till SOU 2000:38 [39] presenterades analyser av data från åren 1988-89 som visade en svag tendens att högre tjänstemän utnyttjade öppenvården i större omfattning i förhållande till gruppens självskattade hälsa [37]. Även Socialstyrelsen betecknar årtiondet som i stort sett jämlikt och skriver att ”den sociala fördelningen av läkarbesök hade ett likartat samband med den sociala fördelningen av hälsa, dvs. mindre privilegierade grupper, som även har sämre hälsa, hade den största andelen läkarbesök” [35].

... på 1990-talet

1990-talet visar olika tendenser beroende på mätperiod. År 1990 tycks sjukvårdsutnyttjandet vara likartat mellan olika inkomstgrupper [37]. Den skillnad som framkommer i data baserade på Statistiska centralbyråns ULF (Undersökningar av levnadsförhållanden) från årtiondets början är att högre inkomstgrupper besökte läkare, företrädesvis specialister, oftare i förhållande till sitt behov, medan lägre inkomstgrupper hade fler och längre sjukhusvistelser [40]. I början av 1990-talet började dock lågutbildade människor att minska sin konsumtion av öppenvård, medan de med högre utbildning ökade sin. De senares ökning var större i omfattning än vad som kunde förväntas av gruppens självskattade hälsa och sjuklighet [37].

En senare undersökning baserad på samma ULF-data från 1991 visade att det fanns tecken som tydde på att högre inkomstgrupper, motsvarande 20 procent av dem som utnyttjade hälso- och sjukvården, hade ett något högre vårdutnyttjande än grupper med lägre inkomster, men att det inte kunde visas att det högre utnyttjandet också gällde de friskaste individerna i den högre inkomstgruppen [41].

Statistik från det tidiga 1990-talet visar också att arbetare var missgynnade i fråga om vårdutnyttjande i förhållande till tjänstemän, liksom glesbygdsbor i förhållande till stadsbor [35]. Relevant för tolkningen av förändringen kan kanske vara att första halvan av 1990-talet var en period märkt av ekonomisk kris och stora förändringar av sjukvården.

Man kan också ställa sig frågan om neddragningen av företagshälsovården i början av decenniet kan ha spelat någon roll för förändrade mönster i utnyttjandet av den öppna vården. Efter att statsbidragen till företagshälsovården upphörde minskade antalet anslutna arbetstagare med tio procent, vilket kan ha gjort det svårare för lågutbildade att få tillgång till vård [42].

Fler arbetare avstår vård

Mot slutet av 1990-talet var tendensen att högre tjänstemän utnyttjade öppenvården i större omfattning i förhållande till gruppens självs kattade hälsa. Inom sjukhusvården kunde man se det motsatta, att lägre inkomstgrupper hade fler vårdkontakter och sjukhusvistelser givet den självs kattade hälsan. Åren 1996 och 1997 hade den socioekonomiska fördelningen bland dem som avstod från läkarvård förändrats så att nästan dubbelt så många arbetare som tjänstemän hade låtit bli att söka läkarvård trots behov.

Ännu en skillnad, förutom att lägre inkomstgrupper hade en högre tröskel att kliva över innan de tog kontakt med läkare, var att högre inkomstgrupper använde sig av läkarbesök i mera preventivt syfte. I litteraturgenomgången *Vård på lika villkor?* [37] hänvisas till en studie som spekulerar i om inte personer som har det sämre ställt också saknar viktig information och kunskap om hälsofrågor [43]. Ojämligheten tycks dock inte ha varit större än att Socialstyrelsen i *Hälso- och sjukvårdsrapport 2001* skriver att de flesta socioekonomiska skillnaderna mot slutet av årtiondet var mer eller mindre uttraderade, med undantag för skillnader mellan personer med endast grundskoleutbildning och personer med gymnasieutbildning eller mer [35].

... och på 2000-talet

Första halvan av 2000-talet har visat tecken på att det ojämlika utnyttjandet av vården återigen ökar. Inför 2006 års lägesrapport gjorde Socialstyrelsen en analys som tydde på en ökning i "det ojämlika utnyttjande av vården, där personer med högre utbildning gör fler läkarbesök än lågutbildade, trots högre förekomst av sjuklighet bland lågutbildade personer" [23]. Dessutom gör också boende i glesbygd färre besök hos läkare än boende i storstadsregioner. Det kan här vara värt att påminna sig om att medelinkomsten och utbildningsnivån är högre i storstäderna än i mindre städer och på landsbygden.

Vårdutnyttjande bland de yngsta

Trots den svenska hälso- och sjukvårdens fokus på lika villkor finns det tydliga skillnader i barns sjukvårdskonsumtion beroende på föräldrarnas utbildning eller sociala status. En av de åkommor som barn oftast söker läkare för är akuta infektioner. För åren 1996-1997 framkom tydliga skillnader i vårdutnyttjande där barn mellan ett och fem år till lågutbildade föräldrar besökte läkare i mindre utsträckning än barn till högutbildade.

Förklaringarna till detta kan variera. En möjlighet är att familjer med lägre socioekonomisk status är särskilt känsliga för kostnader i samband med läkarbesök och köp av läkemedel och därför undviker sådana. En annan möjlighet är att sjukvården är mindre tillgänglig i de bostadsområden där socioekonomiskt utsatta familjer i större utsträckning bor. En tredje förklaring är att familjer från högre socialgrupper känner sig mer pressade att söka läkarhjälp för att deras möjligheter att själva vårda sina barn är mera begränsade.

Skolan utjämnar skillnader

Det finns en fjärde möjlig förklaringsmodell, om än en mindre sannolik sådan, till att barn i högre socialgrupper utnyttjar sjukvården oftare. Det har visats att barn som deltar i förskoleverksamhet oftare utsätts för olika infektioner och därmed kräver mer vård och antibiotika. Det finns ett liknande samband mellan utnyttjande av förskoleverksamheten och högre social status, vilket i så fall skulle koppla ihop högre vårdutnyttjande med hög social status [44].

Dessa socioekonomiska skillnader tycks försvinna helt när barnen kommer upp i skolåldern. I stället finns ett mönster av ojämlikhet mellan stad och landsbygd, där barn boende i mindre befolkade orter gör färre besök hos läkare än barn i städerna [45].

Slutenvårdsutnyttjandet

För den slutna vården är de sociala skillnaderna ofta mindre än för den öppna vården. Det kan tolkas som att när en person har befunnits ha ett behov av sjukhusvård så får han eller hon detta behov tillgodosett. Alla studier pekar dock inte i samma riktning.

I litteraturgenomgången *Vård på lika villkor?* från Stockholms läns landsting presenteras studier som granskat data från 1980- och 1990-talen [40, 43]. Där framkommer att de mest relevanta faktorerna för en sjukhusvistelse var långvariga sjukdomar och försämrad hälsa men att det ändå fanns ett visst samband mellan inkomst och slutenvårdsutnyttjande. Inkomst visade sig vara positivt korrelerad till sannolikheten att vårdas på sjukhus men negativt korrelerad till vårdtillfällets längd. Mot bakgrund av att låginkomstgrupper kan ha allvarigare hälsoproblem som motiverar längre sjukhusvistelse uteslöts långtidssjuka, dvs. de med en vårdlängd över tio veckor, ur materialet, vilket resulterade i att inkomst inte längre visade sig ha någon effekt på vare sig frekvensen av eller längden på sjukhusvистер [37].

Vård på lika villkor? refererar också till en annan studie [46] som vid beaktande av individuell årsinkomst visade att det fanns en överkonsumtion av vård bland höginkomsttagare i förhållande till behov. När i stället det individuella konsumtionsutrymmet, baserat på bostadsstorlek, granskades blev resultatet att lägre inkomstgrupper hade ett något högre vårdutnyttjande [37].

I en OECD-rapport från 2004 hävdas att Sverige är ett av de länder som har störst horisontell ojämlikhet – att lika fall inte behandlas lika – till fördel för höginkomsttagare i läkarutnyttjande totalt men liten ojämlikhet i fråga om utnyttjande av slutenvård [47].

Vissa skillnader i mödrahälsovård

Social status har visat sig vara av betydelse för utnyttjandet av mödrahälsovården, något förvånande kanske med tanke på att svensk mödrahälsovård torde tillhöra de bästa i världen, om inte annat så för den exceptionellt låga spädbarnsdödligheten.

Utmärkande för det fåtal kvinnor i Sverige som i lägre grad än andra utnyttjar mödrahälsovården är att de är unga, utrikesfödda, arbetslösa och ensamstående. Exakt varför dessa grupper söker sig till mödrahälsovården i mindre utsträckning än övriga är oklart. För de utrikes födda mammorna identifierades inga andra hinder för deltagande eller orsaker till sen kontakt än språksvårigheter. De skulle troligtvis lockas att gå till mödrahälsovården om den berikades med tolkresurser och personal med kulturkompetens. I många icke-svenska kulturer finns en tradition av att inte uppmärksamma graviditeten för tidigt av rädsla för att äventyra graviditetsutvecklingen.

Förutom kulturkompetens och tolkresurser skulle också mödrahälsovården kunna anpassas efter kvinnors individuella behov utifrån också social situation och ålder. En sjättedel av kvinnorna i undersökningen uttryckte nämligen rädsla för den gynekologiska undersökningen och var tjugonde så sig vara rädd för att få kritik av vårdpersonalen [48].

God vård trots skillnader

Det bör poängteras att begränsat eller otillräckligt utnyttjande av mödrahälsovård inte verkade äventyra vare sig mammornas eller barnens hälsa. Detta var något som också kunde ses efter att mödrahälsovården i Västerås 1991 begränsade antalet rutinkontroller för blivande mammor. Det är lätt att föreställa sig att ut-satta grupper som arbetslösa och ungdomar skulle ha varit de som minskade sitt mödravårdsutnyttjande mest, i enlighet med resultatet från nyss nämnda studie.

Den stora skiljelinjen gick i stället mellan de grupper som kunde kategoriseras som hög- eller lågriskgrupper, där lågriskgrupperna minskade sitt utnyttjande mest. Antalet extrakontakter initierade av vårdpersonalen ökade i regel efter det att rutinkontrollerna blev färre, vilket kan tolkas som att även ett begränsat mödravårdsprogram är tillräckligt för att möta behov hos kvinnor utan särskilda komplikationer eller alarmerande symptom [49].

FAKTARUTA 4

Inkomst påverkar om människor söker hudläkare

Inkomst tycks bestämma i vilken mån människor söker sig till hudläkare. Åtminstone är det en indirekt slutsats som kan dras av den enda svenska studie som gett sig på frågan. Studien fokuserade i första hand på könsskillnader. Önskan eller det egna behovet att söka sig till hudspecialist – fler än hälften uttryckte en sådan önskan – var lika stort hos män och kvinnor. Ändå utnyttjade män specialistvård i större utsträckning än kvinnor, som oftare sökte sig till allmänläkare. En av de faktorer som kan förklara denna skillnad är att män i regel har en högre medelinkomst än kvinnor [50].

Otillfredsställda vårdbehov och ekonomisk tillgänglighet

Otillfredsställda vårdbehov

Ovanstående genomgång av utnyttjande av vård utgår från en jämförelse mellan vårdkontakter och förekomst av ohälsa hos olika sociala grupper. Ännu en pusselbit att foga till frågan om huruvida vård ges på lika villkor är fördelningen av otillfredsställda vårdbehov. Utan kunskap om hur den ser ut torde det te sig näst intill omöjligt att rätt bedöma och planera en rättvis fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser.

Personer med otillfredsställda vårdbehov kan delas upp i två mindre grupper: de som någon gång avstått från att söka vård och de som helt avstått från att söka vård trots ett upplevt behov av det. Data från 1990-talet visar att andelen av befolkningen som någon gång avstått från att söka vård var oförändrad mellan 1989 och 1997. Andelen som helt avstått från vård minskade något under perioden. Detta kan tyckas något uppseendeväckande mot bakgrund av svensk 1990-talshistoria, präglad av ekonomisk kris i allmänhet och höjda patientavgifter i synnerhet [51].

Även om den totala andelen som någon gång avstått från att söka vård inte förändrades under perioden var skillnaderna desto större mellan olika socioekonomiska grupper. År 1989 angav nästan var tionde person i ett tjänstemannayrke att han eller hon hade otillfredsställda vårdbehov samtidigt som nästan 14 procent av arbetarna gjorde detsamma. Under 1990-talet minskade andelen tjänstemän som avstod från att söka vård medan andelen arbetare som avstod vård i stället ökade. År 1997 hade icke facklärda arbetare vårdbehov som inte var tillgodosedda i mer än dubbelt så hög grad som högre tjänstemän. Skillnaderna mellan de olika grupperna minskade successivt med stigande social status [35].

TABELL 1**Avstått från läkarvård**

Andel i olika befolkningsgrupper som under de tre månaderna före undersökningen någon gång ansett sig vara i behov av läkarvård men inte sökt vård, samt andel som helt avstått från att söka vård och inte heller talat med läkare per telefon [51].

Avstått någon gång	1988-89 (%)	1996-97 (%)
Svenskfödda	10	9,9
Utrikes födda	19,6	17,7
Högre tjänstemän	8,7	7
Lägre tjänstemän	10,7	9,4
Arbetare, okvalificerade	12,7	13,6
Alla	10,8	10,8
Avstått helt	1988-89 (%)	1996-97 (%)
Svenskfödda	5,5	4,9
Utrikes födda	10	7,8
Högre tjänstemän	5,5	3,2
Lägre tjänstemän	5,9	4,0
Arbetare, okvalificerade	6,6	6
Alla	5,9	5,3
[51]		

Fler låginkomsttagare avstår vård

När socioekonomi bryts ned till inkomstgrupper syns en förändring av läget mellan 1989 och 1997. Vid den första mätningen var andelen som känt behov men inte sökt vård ungefär lika stor över alla undersökta inkomstgrupper indelade i kvintiler*. Åtta år senare hade bilden förändrats så att upp till 30 procent fler i de lägsta inkomstgrupperna avstod från att söka vård trots att de ansett sig vara i behov av sådan. I den högsta inkomstgruppen hade andelen som avstått från vård trots behov av det i stället minskat [52].

Siffrorna kan tolkas på flera sätt. Antingen uppstod ett gap mellan vårdbehov och vårdutbud för dem med lägst inkomster eller så ökade de ekonomiska svårigheterna bland personer med kronisk sjukdom, särskilt i de lägsta inkomstgrupperna, vilket kan ha bidragit till att dessa personer upplevt att tillgången till sjukvård är begränsad [52].

Ökade klyftor under 1990-talet

Det kan vara intressant att veta, vilket redan nämnts och också påpekas i studien, att under samma period ökade inkomstklyftorna i samhället. De rikaste 30 procenten av befolkningen ökade mellan 1989 och 1998 sina inkomster medan inkomsten hos de övriga 70 procenten minskade [53]. En annan faktor som kan vara av betydelse för den ojämlika fördelningen av otillfredsställda vårdbehov är att högre tjänstemän i större utsträckning än arbetare hade en egen läkare att vända sig till [37].

En nyare studie har jämfört otillfredsställda vårdbehov mellan arbetande, arbetslösa och långtids-sjukskrivna och funnit tydliga skillnader. Bland de arbetslösa angav 42 procent att de låtit bli att söka vård trots ett uttalat behov av det. Andelen bland de långtidssjukskrivna och bland den arbetande befolkningen var 37 respektive 22 procent. Efter att ha justerat för socioekonomi visade det sig att de arbetslösa och sjukskrivna tyckte sig ha otillfredsställda vårdbehov i dubbelt så hög grad som de arbetande. Andra grupper som

låter bli att söka vård trots ett upplevt behov är kvinnor, utrikes födda och lågutbildade [54].

Psykisk ohälsa, som ju är mer utbredd bland socialt utsatta grupper, tycks också vara en avgörande faktor för att avstå vård. Dels är det fler arbetslösa som rapporterar att de har psykiska besvär och att de kan ha låtit bli att söka hjälp för besvären, dels har det visat sig att de som låter bli att söka vård ofta säger sig ha psykiska eller psykosomatiska problem [54].

Andra möjliga tolkningar

Tolkningen av hur de otillfredsställda vårdbehoven utvecklades under 1990-talet ser dock inte likadan ut hos alla. I forskarantologin Valfärd, vård och omsorg står att det med hänsyn taget till skillnader i hälsotillstånd bara finns två signifikanta skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Den första gruppen gäller ålder där yngre i högre grad än äldre ansåg sig behöva vård men sökte inte sådan. Den andra gruppen gäller utrikes födda som i långt högre grad än andra avstått från att söka vård trots uttalade behov.

Utredningen noterar förvisso gradienten i otillfredsställda vårdbehov i fråga om social klass men kallar den för "signifikant interaktion", vilket ska tolkas som att även om skillnaderna mellan högre tjänstemän och andra grupper ökat något så är dessa skillnader "ur ett välfärdspolitiskt perspektiv fortfarande [...] relativt små" [51].

Med tanke på resultaten om vårdutnyttjande bland utrikes födda [55] är det anmärkningsvärt att skillnaderna mellan svenskar och invandrare som redovisas i Valfärd, vård och omsorg är så stora. Vid bägge mätningarna var det nästan dubbelt så många utrikes födda som infödda svenskar som angav att de hade avstått från läkarvård trots behov. Av materialet framgår dock inte om det är justerat för att skillnader mellan svenskar och invandrare oftare kan knytas till socioekonomisk status än till födelseland i sig.

I en rapport från Stockholms läns landsting från 2004 hävdas att de största skillnaderna i vårdutnytt-

jande finns mellan olika inkomstgrupper. Anledningen till detta tros vara de sociala konsekvenserna av sjukdom där "personer med sämre hälsa ofta även drabbas av sämre inkomster, exempelvis genom att man blir sjukskrivnen, måste gå ned i arbetstid eller byta arbete" [56].

Även Landstinget Gävleborg har undersökt sociala skillnader där personer med låg inkomst och låg utbildningsnivå var de som oftare än andra angav att de haft behov men inte sökt vård [57]. Vid en uppföljande kartläggning tre år senare, år 2007, hade skillnaden i otillfredsställda vårdbehov mellan dem i den lägsta och dem i den högsta inkomstklassen suddats ut [58].

Misstro och bemötande

Socialstyrelsen, som analyserat nationella patientenkäter, däribland Vårdbarometern, hittar inte några markanta skillnader i hur olika socioekonomiska grupper upplever bemötande och tillgänglighet eller förtroende för primärvården. Visserligen uppger personer med lägre utbildning och inkomst att de har något högre förtroende för vården än andra socialgrupper, men generellt sett finns större skillnader mellan olika ålderskategorier än mellan socioekonomiska grupper [23]. På frågan om de tror sig kunna få hjälp med ett visst problem av en läkare svarar exempelvis nästan 29 procent av de arbetslösa, 33 procent av de långtids-sjukskrivna och 38 procent av de arbetande att de inte tror det [54]. I en annan studie som jämfört dem som sagt sig misstro systemet kunde inga socioekonomiska skillnader hittas alls [59].

Negativa upplevelser

En tydlig anledning till att inte söka vård tycks vara negativa upplevelser. Det finns ett samband mellan att välja att inte söka läkarvård trots behov av det och upplevd diskriminering. Diskriminering kan definieras som känslan av att ha blivit orättvist behandlad

eller bemött, vilket i sin tur resulterat i känslor av underlägsenhet eller förnedring. Detta samband kvarstod efter justering för ålder, kronisk sjukdom och utbildningsnivå liksom för huruvida personen var ensamstående.

Patienter har uppgett etnisk bakgrund, ålder, kön och religion som orsaker till diskrimineringen och i förlängningen till att de inte har återvänt till sjukvården. De som känt sig diskriminerade hade en upp till nio gånger högre sannolikhet att inte söka vård trots självupplevda behov. Bland dem som känt sig diskriminerade och dessutom tillhör en socioekonomiskt utsatt grupp var detta samband – att låta bli att söka vård trots behov av det – tydligare bland kvinnor än bland män där sambandet inte var klart [60].

Också långtidssjukskrivna har angett i dubbelt så hög grad som arbetande att tidigare negativa upplevelser i sjukvårdssystemet varit en anledning till att de inte har sökt vård trots behov. De har i högre grad än andra grupper kontaktat homeopat, helare eller zontepapeut för sina besvär [54].

Ett av de landsting som kartlagt skillnader i vårdutnyttjande är Landstinget Gävleborg där missnöje med vården framstår som den näst största anledningen till att invånarna inte söker vård trots behov av det. Den vanligaste anledningen var brist på tid [58]. Vid en tidigare kartläggning år 2004 var missnöje med vården det som flest personer angav som huvudanledning till att inte söka vård [57].

Ekonomisk tillgänglighet

Inte helt oväntat utgör även ekonomi ett hinder för att söka sig till vården trots upplevda besvär. Många av dem som inte söker vård pekar ut ekonomi som den huvudsakliga anledningen [60]. Mer än var femte person angav det som orsak till att de hade valt bort läkarbesök. Bland dem som avstått vård med hänvisning till ekono-

min var en stor andel ensamstående, utrikes födda och lågutbildade [59].

I en rapport från Stockholms läns landsting jämförs olika grupper i befolkningen i en kartläggning av hur många som avstått från vård på grund av dålig ekonomi. I hela befolkningen var det färre än 5 procent som hänvisade till dålig ekonomi som en anledning till att inte ha sökt vård. De grupper där flest personer låtit bli att söka vård på grund av ekonomin var socialbidragstagare (34,9 procent), utsatta personer (18,7 procent) och arbetslösa unga vuxna (13,3 procent) [14].

Hur representativa siffrorna från Stockholms läns landsting är för hela landet är svårt att avgöra. I en rapport från Landstinget Dalarna framgår att det finns små eller inga skillnader alls mellan socioekonomiska grupper avseende att ”av kostnadsskäl ha avstått från att kontakta sin vårdcentral” [61].

I Region Skåne däremot finns liknande skillnader som i Stockholms läns landsting med sociala skillnader i otillfredsställda vårdbehov. Forskarna bakom rapporten spekulerar i att strukturell diskriminering, svaga sociala nätverk och socialt kapital, låg socioekonomisk position samt bristande kunskap om sjukvårdens struktur kan vara faktorer bakom de otillfredsställda vårdbehoven [62].

Skillnader i utnyttjande och behov

Det verkar enligt Socialstyrelsen som om personer med lägre utbildning och inkomst har ett aningen större förtroende för vården än andra grupper [23]. Ändå är det dessa och andra socialt utsatta grupper som oftare än starkare grupper i samhället låter bli att söka vård trots att de själva upplever behov av det. Ekonomiska trösklar och negativa upplevelser i form av diskriminering samt paradoxalt nog – med tanke på Socialstyrelsens uppgifter om små skillnader i förtroende för vården – misstro mot sjukvården är orsaker som sticker ut bland dem som inte söker vård [60].

Ett sätt att göra hälso- och sjukvården mer jämlik skulle kunna vara att sänka kostnaderna för läkarbesök. Det är också den morot som de arbetslösa och långtids-sjukskrivna själva trodde skulle få dem att söka hjälp oftare [54]. Men framför allt kanske sjukvården inte är optimalt anpassad till att möta befolkningens behov [59] och måste förbättra sig i fråga om bemötande. Även om det enligt Socialstyrelsen inte tycks finnas några större skillnader i olika socioekonomiska gruppers upplevelse av sjukvården så är känslan av att bli diskriminerad bland dem som låter bli uppenbarligen en faktor som påverkar hur människor söker vård.

Samhället påverkar sjukvårdserfarenheter

Denna känsla av diskriminering behöver inte nödvändigtvis stamma ur mötet med hälso- och sjukvården.

Det har visat sig att det finns ett samband mellan upplevd diskriminering inom sjukvården och upplevd diskriminering i övriga samhället, och som resultat av detta en misstro mot sjukvårdssystemet. Om människor upplever sig diskriminerade i allmänhet och därför i mindre utsträckning söker läkarhjälp för sina problem finns det en risk att deras problem förvärras med en sämre hälsa som slutresultat.

Det är alltså sannolikt att åtgärder för att minska fördomar och orättvisor är nödvändiga i hela samhället för att komma åt orättvis behandling i sjukvårdssystemet eller ojämlik tillgång till vård. Inom sjukvården skulle personalens kompetens i etik och kunskap om social orättvisa kunna stärkas [60]. Hur som helst skulle en analys av jämlikhet i sjukvården vinna på att också ta med upplevda vårdbehov som inte lyckas hitta sin väg till hälso- och sjukvården [59].

FAKTARUTA 5

Psykologisk kompetens bör stärkas

Det finns ett visst motstånd hos vissa befolkningsgrupper inför att söka vård, särskilt inför att söka hjälp för psykiska problem. Andelen som låter bli att söka vård är dessutom större hos arbetslösa eller långtids-sjukskrivna. Detta skulle kunna tolkas som att den svenska hälso- och sjukvården inte tycks ha hunnit anpassa sig till den ökande psykiska ohälsan.

En väg att gå för att sänka

tröskeln in till vården för dessa grupper skulle kunna vara att öka den psykologiska kompetensen i primärvården och samtidigt satsa på att öka medvetenheten i hälso- och sjukvården om när och hur patienter ska rekommenderas psykologisk hjälp. Internationella studier har visat att arbetslösa upp till tre gånger oftare än arbetande ordinerar läkemedel för psykiska besvär

i stället för att remitteras till eller uppmanas att söka terapi. Forskningen visar också att de arbetslösa ofta är missnöjda med denna typ av behandling och hellre skulle sätta sig ned med sin läkare för att diskutera problemen. Det skulle alltså behövas mer forskning om hur organisationsfaktorer inom hälso- och sjukvården påverkar folks benägenhet att söka sig till hälso- och sjukvården [54].

FAKTARUTA 6

Fokus på födelseland kan leda fel

Utrikes födda är en grupp som skulle kunna tänkas utnyttja vården i annorlunda utsträckning än infödda svenskar. Ett sådant samband har också hittats, men sambandet var snarare kopplat till socioekonomisk status än till födelseland i sig. En studie bland invandrare i Malmö visade att dessa hade ett högre utnyttjande av hälso- och sjukvården, både den öppna och den slutna, än andra grupper. Detta högre utnyttjande var främst kopplat till individer med låg inkomst och till sannolikheten att vara ensamboende.

Studien pekade på att invandrare visserligen tycktes ha en något högre tröskel att kliva över än infödda svenskar innan de sökte vård men att när de väl gjorde det så spelade födelseland inte längre någon roll för sjukvårdsutnyttjandet.

Studien poängterar också det vanskliga i att använda sig av födelseland som bakomliggande faktor vid en analys av fördelningen av ohälsa. Enligt forskarna bakom studien finns det en risk att överdriven fokus på födelseland kan leda till felaktiga slutsatser om att invandrare är en stor belastning för hälso- och sjukvården när det i själva verket är social utsatthet som leder till belastningen [55].

Läkemedelsutnyttjande

Det är en inte alltför djärv gissning att höjda priser på läkemedel leder till att färre köper dem. Som motvikt till detta är läkemedelspriserna i Sverige kraftigt subventionerade. I en studie från 1998 visades inte bara att högre priser ledde till minskad konsumtion, utan också att det fanns skillnader i priskänslighet mellan olika socioekonomiska grupper.

Människor med låg inkomst och utbildning var mera känsliga för prishöjningar på läkemedel än människor ur högre samhällsgrupper. Det visade sig dessutom att priskänsligheten varierade beroende på läkemedel. Vid en fördubbling av priserna skulle 40 procent av användarna av hostdämpande mediciner skära ned sin konsumtion, medan endast 11 procent av dem som går på hormonbehandling vid klimakteriebesvär skulle skära ned sin. Det visar enligt forskarna bakom studien att läkemedelsanvändare vid prishöjningar behåller en lägre priskänslighet när det gäller "viktigare" mediciner.

Studien visade att priskänsligheten minskade med stigande ålder, utbildningsgrad och inkomst. Vidare visade det sig att personer med lågt självskattad hälsa var de mest priskänsliga av alla undersökta grupper.

Författarna själva påpekar att resultaten kommer från en enkätundersökning, dvs. en undersökning av hypotetiska val, och att konsumenter ställda inför ett reellt val kanske inte skulle agera på samma sätt. Å andra sidan indikerar deras resultat att eventuella prishöjningar på läkemedel riskerar att leda till en ojämlig konsumtion av dessa och i slutändan alltså en ojämlig behandling [63].

Läkemedelsreformen

Läkemedelsreformen 1997 erbjöd en teoretisk möjlighet att undersöka hur prisförändringar påverkar priskänsligheten hos olika befolkningsgrupper. Reformen innebar att människor med små behov av läkemedel fick betala en större andel av kostnaden utan

TABELL 2**Känslighet inför prishöjningar på läkemedel**

Andelen i olika befolkningsgrupper som skulle minska sin konsumtion av läkemedel om läkemedelspriset fördubblades [63].

Kategori	Andel som skulle avstå (%)
Inkomstgrupp 1 (lägst)	25,2
Inkomstgrupp 2	16,5
Inkomstgrupp 3	18,8
Inkomstgrupp 4 (högst)	9,3
Utbildningsgrupp 1 (lägst)	23,3
Utbildningsgrupp 2	19,1
Utbildningsgrupp 3 (högst)	14,6
Arbetslös	27,2
Arbetande	18,7
Självskattad dålig hälsa	33,3
Självskattad god hälsa	20
Självskattad utmärkt hälsa	17,9

subvention. I praktiken höjdes högkostnadsskyddet för patientens samlade läkemedelsutgifter från 1 300 till 1 800 kronor per år.

Tyvärr finns det mycket begränsad data från tiden före reformen, vilket gör en jämförelse omöjlig i praktiken. De siffror som finns presenteras av Socialstyrelsen i Läkemedelsreformen 1997 – hur blev det? där det hänvisas till två undersökningar som kan vara intressanta att redovisa men inte utgör grund för en rättvis jämförelse [64].

Enligt den ena undersökningen från 1991 hämtades 14 procent av alla läkemedel aldrig ut, men någon utredning för att ta reda på orsakerna till detta gjordes aldrig. En annan undersökning från Landstinget Blekinge visade att 12 procent av alla familjer med tre eller fler förskolebarn någon gång låtit bli att lösa ut medicin på grund av kostnaderna.

Bättre siffror finns från tiden efter reformen, åtminstone från år 1999.

När reformen trädde i kraft gjorde kostnaden för mediciner att knappt 5 procent av alla hushåll avstod från att köpa dessa. Två år senare hade andelen sjunkit till 3,7 procent. Bland dem som avstod i högre grad än andra fanns ensamstående kvinnor med barn, hushåll med socialbidrag och övriga hushåll med låga inkomster.

Högre utnyttjande bland arbetande

Andra skiljelinjer går mellan arbetslösa, studerande och personer med annan sysselsättning som alla valde bort läkemedel oftare än anställda, pensionärer, hemmaarbetande och företagare. Bland dem med tidsbegränsad anställning var det dubbelt så vanligt att avstå från att köpa läkemedel än bland fast anställda. Socialstyrelsen skriver vidare att det är okänt om det innebär någon allvarlig medicinsk risk att prioritera bort läkemedel och om beslutet har föregåtts av en medveten riskbedömning [64].

En undersökning från 2007 baserad på Nationella folkhälsoenkäten 2004 visar att de sociala skillnaderna

FAKTARUTA 7

Socialt deltagande påverkar läkemedelsanvändning

En faktor som skulle kunna påverka hur människor konsumerar läkemedel är socialt deltagande. Tidigare studier har länkat samman socialt deltagande med både hälsa och vårdsökande beteende. Sociala nätverk antas ha positiva effekter på hälsobeteendet via informationsspridning och etablering av hälsorelaterade gruppnormer.

I Malmö har man funnit att utnyttjandet av hormonbehandling vid klimakteriebesvär och blodtrycksänkande medicin är relativt homogent över

hela staden. Men data pekar ändå på ojämlikhet i användningen av hormonbehandling och jämlikhet i användningen av blodtrycksänkande medel. Det visar sig att socialt deltagande på bostadsområdesnivå har ett samband med användningen av hormonbehandling men inte med blodtrycksänkare, detta efter justering för socioekonomisk status och hälsobeteende på individnivå.

Sannolikheten är alltså lägre för att kvinnor i bostadsområden med lägre grad av socialt deltagande utnyttjar

hormonbehandling. Analysen visar att kvinnor med individuellt lågt socialt deltagande samt invandrare är särskilt benägna att inte använda hormonbehandling. Användarna är således ofta friskare och tillhör en högre socioekonomisk grupp. Med andra ord kan socialt deltagande i ett bostadsområde fungera som sporre för kvinnor att använda mediciner, vilket skillnaderna i användning av blodtrycksänkare och hormonbehandling visar [65].

bestod in på 2000-talet. Personer med låg utbildningsnivå visar sig vara sämre på att följa läkares rekommendationer, både i fråga om att hämta ut läkemedel och att ta dem på rätt sätt. Skillnaderna mellan lågutbildade och andra tenderar dessutom att öka i takt med stigande ålder, särskilt bland kvinnor. Bland de äldre kvinnorna med låg socioekonomisk status kunde studien visa en upp till femton gånger högre risk för att personen inte följer sin medicinering [60].

Höga kostnader för läkemedel behöver inte vara enda förklaringen till varför vissa grupper väljer att avstå från nödvändiga mediciner. I en annan studie från året före om sambandet mellan inkomstnivå och ris-

ken att inte hämta ut sin medicin återkommer misstro mot systemet som en faktor [66], något som forskarna i 2007 års studie också spekulerade om [60].

Forskarna bakom studien efterlyser visserligen fler studier i frågan men spekulerar i att bättre kontinuitet i läkarkontakten och större fokus på patienten kan bidra till ökat förtroende för hälso- och sjukvården och i förlängningen också till att ojämlikheten i läkemedelsbehandlingen minskar [66].

Ojämnt utnyttjande bland barn

De sociala skiktningarna i användningen av läkemedel sprids kanske inte helt oväntat nedåt i åldrarna. Enligt



Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2001 visar data från 1996-97 att det fanns en ojämlikhet i fråga om medicinförbrukning hos både förskolebarn och barn i skolåldern. Sannolikheten var mindre att barn till föräldrar med låg utbildningsnivå konsumerade antibiotika än att barn i bättre utbildade familjer gjorde det [35].

Det spekuleras i att föräldrarnas ansträngda ekonomiska situation som begränsar möjligheten att köpa nödvändiga mediciner. Orsakerna är inte klarlagda och mer forskning efterlyses för att identifiera mekanismerna bakom socioekonomiska skillnader i användningen av antibiotika [45].

Mot bakgrund av det växande problemet med antibiotikaresistens [67] behöver skillnader i konsumtion mellan familjer med låg och hög utbildningsnivå i sig inte innebära en ojämlikhet till de sämre utbildades nackdel. Å andra sidan kvarstår det faktum att det finns sociala skillnader i läkemedelsutnyttjande.

I en senare studie analyserades orsaker till skilda mönster för förskrivning av antibiotika till 18 månader gamla barn utifrån geografiska skillnader. Även om skillnaderna i förskrivning var stora – intervallen låg mellan 11,6 och 4,7 procent – så hittades inga socioekonomiska faktorer som förklarade spannet mellan dem som skrev ut mest och dem som skrev ut minst. Forskarna pekade hellre ut läkarnas egna förskrivningsmönster som mer tongivande faktorer i förklaringen till geografiska skillnader [68].

Skillnader uttraderade?

I en studie från 2008 som analyserade läkemedelskonsumtionen hos tre miljoner av Sveriges invånare konstaterades att utnyttjandet i stort sett överensstämmer med det förväntade behovet hos olika befolkningsgrupper. Vissa läkemedelsgrupper tycks högutbildade utnyttja i större utsträckning än vad som kan motiveras av deras förväntade behov. Framför allt gäller skillnaderna användning av antibiotika, Viagra (sildenafil),

hormonersättningar, läkemedel mot migrän och angiotensinreceptorblockeraren ARB. En gemensam nämnare för dessa läkemedel är enligt forskarna att de är sådana som kan efterfrågas eller är dyrare än andra [69].

Nya vårdmodeller

Den offentligt finansierade svenska sjukvården har en lång historia. Redan under 1600-talet började vissa kommuner betala läkare för att de skulle vårda kommunens befolkning. Samtidigt ersatte centralstaten läkare för deras arbete på landsbygden. År 1765 fick lokala myndigheter lagstadgad rätt att ta ut skatt för att finansiera sjukhus [70].

Snart 250 år senare kännetecknas den svenska hälso- och sjukvården fortfarande av offentlig styrning och offentligt utförande. Det senare har dock på senare tid inte varit lika självklart. Sedan 1990-talets början och i ökande grad har privata vårdgivare och konkurrens gjort sitt intåg i sjukvården, inte minst i form av de vårdvalsmodeller som på senare år införts i olika landsting.

Efterfrågan och resurser

Även om det finns en ideologisk dimension bakom förändringarna [71] går det att sammanfatta drivkrafterna bakom marknadsanpassningarna – motiverade med bland annat effektivisering och kostnadskontroll – som ett svar på problemet att sjukvårdens resurser inte ökar i samma takt som efterfrågan, särskilt inte med tanke på Sveriges åldrande och därmed sannolikt mer resurskrävande befolkning [72].

Ett annat svar än marknadsanpassning för att möta utmaningar från en åldrande befolkning skulle enligt OECD också kunna vara att förmå fler att arbeta och att minska sjukskrivningarna [26].

Det intressanta för denna kunskapsöversikt är emellertid hur marknadsreformer kan tänkas påverka jämlikheten inom hälso- och sjukvården. Några färdiga svar på den frågan finns inte. Det är däremot sannolikt inte helt fel att anta att marknadsreformer, inte minst sådana som fokuserar på valmöjligheter och efterfrågan, kan komma att påverka jämlikheten i hälso- och sjukvården, även om det är oklart i vilken riktning. Det kan därför vara intressant att kort sammanfatta några av de studier som tagit sig an frågan.

Oro för kostnadsökningar

I en tidig studie från 1995 [73], inte långt efter det att marknadsreformer inleddes, noteras en ökad sjukvårdsproduktion och förkortade väntelistor i Stockholms läns landsting. Bland de negativa effekterna nämns exempelvis färre antal sjukhusdagar bland personer över 80 år, en grupp som förväntas vara i stort behov av vård, vilket togs som intäkt för att vården hade blivit mer ojämlig.

Men att antalet sjukhusdagar minskade bland personer över 80 år kan lika gärna ha varit en följd av Ädelreformen från 1992 där ansvaret för äldre och funktionshindrade överfördes till kommunerna. I Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter Ädelreformen skriver Socialstyrelsen bland annat att just kortare vårdtider varit en del av utvecklingen efter reformen [74].

Oavsett orsak till förändringen reste studien några frågetecken kring marknadsreformernas långsiktiga effekter på jämlikheten. Å ena sidan utfördes mer sjukvård, å den andra tycks denna produktionsökning ha lett till en kostnadsökning som i slutändan skulle kunna utgöra ett hot mot sjukvårdsfinansieringen [73].

År 1998 publicerades en studie som identifierade vissa tecken på att tillgången till sjukvården blivit mer ojämlig, vilket skulle kunna härledas till höjda patientavgifter i vården [75]. Det noterades också att sjuk-

vårdshuvudmännen hade fått svårare att kontrollera kostnader på grund av ett ökat sjukvårdsutnyttjande i alla befolkningsgrupper.

Oro stillad

Studien kunde dock stilla tidigare oro för att ersättningssystemen skulle förflytta fokus från kvalitet till kvantitet [73]. Utvärderingar på sjukhus i Stockholms läns landsting visade nämligen att sjukvårdsproducenter inte ryggat för patienter i stora behov av vård. Vårdtiden på sjukhus minskade visserligen för äldre och ensamstående, dvs. för de grupper som före reformerna hade de längsta vårdtiderna, men antalet äldre som vårdades ökade i stället. Studiens slutsats blev att reformerna inte hade förändrat hälso- och sjukvårdens grundläggande mål om lika villkor [75].

Två år senare publicerades en studie där författaren skriver att det fortfarande är för tidigt att dra några slutsatser av hur marknadsorienterade modeller påverkat hälso- och sjukvården avseende ojämlighet. Mot bakgrund av bristen på definitiva resultat för eller emot reformerna spekuleras i om inte kritiken mot marknadsorienterade lösningar egentligen härstammar ur en föreställning om att det är samhället som ska sörja för att medborgarna får vård och att privata alternativ inte kan sköta samma uppgifter utan att konsekvensen blir en försämrad och ojämlig vård [76].

Effekterna oklara

Även om det råder delade meningar kring hur reformerna påverkat jämlikheten i den svenska hälso- och sjukvården står det klart att reformerna mött kritik som kan härledas till just ojämlighet. Bland annat har det hävdats att många reformer saknat tydlig koppling till folkhälsomässiga mål och hälsans utveckling i befolkningen. Två av de grundläggande problem som kommit i skymundan är socioekonomisk och geografisk ojämlighet i både hälsa och hälso- och sjukvård [72].

Ett sätt att finansiera ökade kostnader inom hälso- och sjukvården är genom privata försäkringar vilket kan ha en påverkan på ekonomiskt svagare grupperns möjligheter att få vård på lika villkor. Enligt en OECD-rapport från 2004 behöver inte privata sjukvårdsförsäkringar med nödvändighet leda till minskad jämlikhet i hälso- och sjukvården, även om ojämlikhet mellan de starkare och svagare inkomstgrupperna är som störst i Portugal, Finland, Irland och Italien – fyra länder där privata försäkringar och patientavgifter utgör en del av sjukvårdssystemet [77].

Det är dock enligt OECD regeringarnas sak att reglera marknaden så att den direkta effekten av marknadsreformer – ökade sjukvårdskostnader – inte leder till den indirekta – att ekonomiskt svaga grupper slås ut. Bland annat gäller det att se till så att högriskgrupper som kroniskt sjuka, som gissningsvis inte är särskilt attraktiva för försäkringsbolag, fortsätter att ha rätt till sjukvård [78]. ●

FAKTARUTA 8

Patientavgifter, skatter och ojämlikhet

Vid en jämförelse mellan skatter och patientavgifter för åren 1980 och 1990 framkom att skattefinansieringen av hälso- och sjukvården var progressiv, dvs. de med högre inkomster betalade en proportionerligt större andel av vården. Sammantaget var inte denna progression tillräckligt stor för att skattesystemet kunde anklagas för att vara mer än marginellt horisontellt ojämnt. Om siffrorna betraktas genom annat än socioekonomiska glasögon framträder en viss geografisk ojämlikhet i och med att landstingsskatten skiljer sig åt mellan landstingen. Detta betyder att personer med samma inkomst bekostar olika mycket av vården beroende på var i landet de bor.

Det motsatta förhållandet visade sig vara fallet för patientavgifter som är regressiva, dvs. de med lägre inkomster betalar en proportionerligt större andel för sin vård. Detta beror på fler läkarbesök och fler vård dagar på sjukhus bland låginkomsttagarna. Resultatet blir en horisontell ojämlikhet där låginkomsttagare på grund av sämre hälsa tvingas betala mer för sin vård. En höjning av patientavgifter skulle förmodligen förstärka denna ojämlikhet [38].



BEHANDLING OCH VÅRDENS KVALITET

Hälso- och sjukvårdens strävan efter att tillgodose medborgarnas olika behov av vård är också en strävan efter att uppnå vertikal jämlikhet i fråga om vård. När patient och vård väl kommit i kontakt med varandra är det dags för hälso- och sjukvården att uppfylla målet om horisontell jämlikhet, att lika fall ska behandlas lika, oberoende av patienternas individuella egenskaper.

Undvikbar vård och dödlighet

Skillnader i åtgärdbar dödlighet

Socialt utsatta grupper har inte bara en sämre hälsa jämfört med den övriga befolkningen. Det är sedan tidigare känt att det finns en överdödlighet som kan kopplas till utbildningsnivå. Detta gäller för samtliga åldersklasser där dödligheten är högre bland dem med förgymnasial utbildning än för personer med högre utbildning. Samma mönster återkommer hos både män och kvinnor. De relativa skillnaderna i dödlighet mellan olika utbildningsgrupper minskar visserligen med stigande ålder men den högre dödligheten bland lågutbildade kvarstår.

Det finns till och med, enligt Socialstyrelsens folkhälso-rapport från 2005, åldersgrupper bland personer med förgymnasial utbildning där dödligheten har



ökat, vilket sätts i samband med att gruppen har minskat kraftigt och kommit att domineras av personer med dålig hälsa [11].

Tydlig indikator

Ett sätt att bedöma hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet är att studera så kallad åtgärdbar dödlighet. Med det avses dödlighet i sjukdomar som hälso- och sjukvården bedöms kunna påverka med behandlande insatser, dvs. sjukvårdspolitiska indikatorer (se fakta-ruta 9 på nästa sida). En eventuell förekomst av sociala skillnader i åtgärdbar dödlighet skulle kunna ses som en indikator på att vården inte ges jämlikt [36] eftersom resultaten speglar hälso- och sjukvårdens insatser som helhet, inte bara resultaten av vården vid enskilda kliniker. Indikatorerna är dessutom tydligt definierade av internationella forskargrupper samtidigt som data över dödsorsaker finns lätt tillgängliga [79].

Å andra sidan behöver sociala skillnader i åtgärdbar dödlighet inte spegla en eventuell bristande vård. De kan i stället vara ett tecken på att de som missgynnas är sjukare från början. Med andra ord kan det också vara så att sjukvården faktiskt utjämnar sociala skillnader i sjuklighet eller ohälsa.

Under 1990-talet verkar den åtgärdbara dödligheten totalt sett ha varit låg för ett flertal indikatorer, vilket får ses som ett gott betyg åt den svenska sjukvården.

FAKTARUTA 9

Indikatorer på åtgärdbar dödlighet

Sjukvårdsindikatorer

Malign tumör i livmoderhals
Cerebrovaskulär sjukdom
Kronisk luftrörskatarr och lungemfysem
Astma
Sår i magsäck och tolvfingertarm
Diabetes
Medfödda hjärtmissbildningar
Blindtarmsinflammation
Bukbräck
Gallsten och gallblåseinflammation
Tuberkulos
Bakteriell hjärnhinneinflammation
Hodgkins lymfom
Kronisk reumatisk hjärtsjukdom

Hälsopolitiska indikatorer

Cancer i luftstrupe, luftrör och lungor
Levercirrhos
Cancer i matstrupe
Motorfordonsolyckor

Övriga indikatorer

Självmod och självtillfogad skada
[79]

Detta betyder inte att det inte fanns några skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. För sjukdomsgruppen magsår var den åtgärdbara dödligheten nästan tre gånger större bland arbetare än bland tjänstemän och andra grupper i arbete. I övrigt var skillnaderna så små att det knappast går att tala om någon ojämlikhet grupperna emellan.

Högre dödlighet utanför arbetsmarknaden

Desto större och mer anmärkningsvärd var skillnaden – ”alarmerande stor” för att citera forskarna bakom studien – mellan den arbetande befolkningen och övriga grupper utanför arbetsmarknaden ”(se tabell 3). Risken att dö i magsår, hjärt-kärlsjukdom, astma, hypertoni och stroke var mellan 3,1 och 7,5 gånger högre i den icke-arbetande delen av befolkningen än i den arbetande [80].

Forskarna bakom studien påpekar att sambanden mellan socioekonomisk status och åtgärdbar dödlighet inom den arbetande befolkningen faktiskt kan vara större än vad som framkommer i studien. Det beror på att analysen bygger på data från dödsorsaksregistret men inte innefattar tidigare socioekonomisk status för dem i gruppen icke-arbetande. Dessutom hämtades data från den i sammanhanget relativt korta tidsperioden 1986-1991.

Det är rimligt att tänka sig att den åtgärdbara dödligheten bland utrikes födda borde vara högre än i andra befolkningsgrupper eftersom gruppen ofta kan kategoriseras som socialt utsatt och många i den är arbetslösa. Någon större skillnad avseende födelseland verkar det dock inte finnas annat än hos övriga nordiska medborgare som invandrat till Sverige. Att dessa sticker ut kan förklaras med hänvisning till skillnader i hälsa och livsstil [81].

TABELL 3

Socioekonomiska skillnader i åtgärdbar dödlighet

Skillnader i åtgärdbar dödlighet mellan arbetare, tjänstemän och personer utanför arbetsmarknaden, både för kvinnor och för män i åldrarna 21–64 år, avseende sjukvårdspolitiska och hälsopolitiska indikatorer (1986–1990). [80].

	Dödlighet (SMR) för sjukvårdspolitiska indikatorer	Dödlighet (SMR) för hälsopolitiska indikatorer
MÄN		
Ej i arbete	250	206
Arbetare	77	94
Tjänstemän	69	65
KVINNOR		
Ej i arbete	180	153
Arbetare	79	88
Tjänstemän	69	82

SMR (standardized mortality ratio) betecknar dödligheten i en viss diagnos, i det här fallet i en grupp av diagnoser som ryms under rubrikerna sjukvårdspolitiska respektive hälsopolitiska indikatorer (se till exempel faktaruta 9). SMR för hela befolkningen är 100.

Geografiska skillnader

Om utgångspunkten är att både utbildningsnivå och inkomst är högre i tätorter än på landsbygden framkommer att de sociala skillnaderna även uppträder på geografisk nivå. I början av 1990-talet fanns det relativt stora skillnader där mindre orter uppvisade sämre resultat för sjukvårdsindikatorer (se faktaruta 9) och större städer sämre resultat för tobaks- och alkoholrelaterade dödsorsaker. Dessa skillnader har dock minskat märkbart fram till början av 2000-talet även om själva mönstret kvarstår [79].

Två områden som sticker ut i statistiken är Gotlands kommun och Landstinget Gävleborg som bägge uppvisar höga dödstal för flera åtgärdbara dödsorsaker. Bland sjukvårdsindikatorerna gäller det diabetes, kronisk luftrörskatarr och emfysem för Gotlands kommun och cerebrovaskulär sjukdom och cancer i livmoderhalsen för Landstinget Gävleborg. Landstinget Sörmland och Landstinget i Värmland sticker också ut genom att jämfört med riket ha högre dödstal i gruppen sjukvårdsindikatorer (se faktaruta 9) totalt.

Stockholms läns landsting utmärker sig genom att ha högre dödstal än riket för samtliga tobaks- och alkoholrelaterade hälsopolitiska indikatorer, dvs. cancer i luftstrupe, luftrör och lunga, cancer i matstrupe och levercirros. Det finns dock flera relativt vanliga dödsorsaker bland sjukvårdsindikatorerna – exempelvis astma, sår i magsäck och tolvfingertarm, medfödda hjärtmissbildningar och vissa kirurgiska tillstånd i mag-tarmkanalen – där det inte finns några skillnader mellan landstingen.

Sverige har inte bara låga dödstal internationellt sett, utan också mindre geografiska skillnader än i många andra länder. De skillnader som ändå finns pekar på att sjukvårdens utformning kan ha betydelse för folkhälsan. Att det går att reducera och till och med eliminera skillnader i åtgärdbar dödlighet finns det goda bevis på, vilket inte minst utvecklingen avseende könsskillnader i åtgärdbar dödlighet visar [79].

Undvikbara vårdtillfällen

Ett annat sätt att mäta ojämlikhet i hälso- och sjukvård är att, i likhet med åtgärdbar dödlighet, jämföra undvikbara vårdtillfällen på sjukhus. Metoderna för att behandla och förebygga sjukdomar har blivit allt effektivare under de senaste decennierna. Detta gäller bland annat för kroniska sjukdomar som astma, diabetes, hjärtsvikt och hjärt-kärlsjukdom. En effektiv och lättillgänglig primärvård kan med hjälp av de nya metoderna förhindra "onödiga" vårdtillfällen på sjukhus. Data från Socialstyrelsen visar att dessa "undvikbara vårdtillfällen" är betydligt vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade människor [36], något som också visas i Öppna jämförelser 2008 [3].

Bland de landsting som har störst skillnader i undvikbar slutenvård finns Landstinget i Kalmar län, Örebro läns landsting och Region Skåne där två tredjedelar av dem som "råkar ut" för undvikbar slutenvård är lågutbildade. Minst skillnader finns i Landstinget Kronoberg där det bara är 18 procent fler bland de lågutbildade som "råkar ut" för undvikbara slutenvårdstillfällen [3].

Cancersjukdomar

Social spridning i cancersjukdomar

År 2003 fick drygt 41 000 personer i Sverige diagnosen cancer för första gången. 53 procent av dessa var män. De största skillnaderna i förekomst av cancer finns mellan män och kvinnor och mellan olika åldersgrupper, men en viss social skiktning i fråga om cancer förekommer. Bröstcancer är till exempel vanligare bland högutbildade kvinnor än bland lågutbildade. Detta tros bero på att högutbildade oftare föder sitt första barn vid en högre ålder än lågutbildade.

För både män och kvinnor är förekomsten av lungcancer lägst bland högre tjänstemän. För män är tendensen nedåtgående i alla socioekonomiska grupper medan kvinnor visar ett omvänt mönster, vilket till stor del förklaras av ändrade rökvanor. Det finns också skillnader i förekomst mellan olika yrken vilket kan tänkas ha ett samband med olika arbetsmiljöer. Malignt melanom förekommer i högre grad hos högre tjänstemän [6].

En bra, om än något grov, indikator för cancervårdens kvalitet och resultat är dödlighet och överlevnad. Det finns ett flertal studier som fokuserar på socioekonomiska faktorerens inverkan på cancerpatienters överlevnad och dödlighet. Bland annat visar studierna att lågutbildade kvinnor sökte vård senare och därför också hade mer utvecklade tumörer vid diagnostillfället mellan åren 1977 och 1997 än kvinnor med högre utbildning [82].

Större dödlighet trots mindre andel

Trots att bröstcancer är vanligare bland högutbildade kvinnor än bland lågutbildade är den sociala gradienten i dödlighet av bröstcancer omvänd. År 2005 publicerades en studie som redovisade överlevnaden hos bröstcancerpatienter från hela Sverige fem år efter en första diagnos 1993. Kvinnor med en lägre socioekonomisk status löpte en 37 procent högre risk att dö av sin bröstcancer än kvinnor ur högre socioekonomiska grupper. Skillnaderna var som allra störst hos de kvinnor som fått sin diagnos före 50 års ålder [83].

En annan studie gick ett steg längre och fokuserade på cancerpatienter tio år efter diagnos. Studien visar att socioekonomiska skillnader i överlevnad i bröstcancer bestod ännu tio år efter en första cancerdiagnos. Kvinnor i hushåll som tillhör en högre socioekonomisk grupp löper 19 procent lägre risk att dö tio år efter diagnos jämfört med lägre socioekonomiska grupper. Författarna argumenterar för att en socioekonomisk skillnad i överlevnad kort efter diagnos förmodligen kan härledas

TABELL 4**Överlevnad i bröstcancer 10 år efter diagnos**

Andel kvinnor i olika befolkningsgrupper som fortfarande levde tio år efter diagnos [84].

Social status	Överlevnad (%)
Arbetare, okvalificerad	66
Lägre tjänstemän	71,2
Högre tjänstemän	77,1
Lågutbildad	62,1
Mellanutbildad	64,9
Högutbildad	72,7
Hushållsinkomst, grupp 1 (lägst)	34,9
Hushållsinkomst, grupp 2	55,5
Hushållsinkomst, grupp 3	68,6
Hushållsinkomst, grupp 4 (högst)	76,3
[84]	

till socioekonomiska skillnader i hälsa i befolkningen. Men skillnader som består efter fem år torde peka på faktiska skillnader i behandlingen av tumörer [84].

Socialstyrelsen, som hänvisar till bägge studierna, skriver att sjukvårdsresurser och socioekonomiska faktorer har betydelse för canceröverlevnad men att det delvis är okänt hur sambandet uppstår [82].

Cancervården verkar lyckas bättre med behandling av barn. Risken att drabbas av barncancer skiljde sig marginellt mellan barn från olika socioekonomiska grupper under 1990-talet, och deras chanser till överlevnad var i stort sett likvärdiga under samma period [85].

Cancerscreening

Screening är ett omdebatterat sätt att sälla ut de individer i en befolkning som kan bära på en sjukdom. Överdiagnostisering och feldiagnoser är några av baksidorna som gör att screening inte tillämpas för allt. För att screeningprogram ska bli framgångsrika måste en bred acceptans för dessa nås, eller enklare uttryckt så måste så många som möjligt i målgruppen delta i screeningen. Det är dessutom viktigt att de som utformar screeningprogram har en förståelse för vilka mekanismer som får människor att delta eller att låta bli, för att därigenom kunna utvärdera programmen och deras effektivitet [86].

Mammografiscreening introducerades i Sverige i slutet av 1980-talet. Flera studier pekar dessvärre på att screeningen inte har samma räckvidd i alla befolkningsgrupper.

Screening når inte socialt utsatta

I en studie från Stockholmsregionen upptäcktes att högutbildade, höginkomsttagare och personer med mer kvalificerade arbeten som diagnostiserades med bröstcancer första gången led av en mindre framskriden cancer, och därmed hade bättre chanser till överlevnad. Det faktum att bröstcancer hos privilegierade grupper oftare är mindre framskriden vid en första

diagnos än hos socialt utsatta grupper leder till slutsatsen att det finns en ojämlikhet antingen i medvetenheten om sjukdomen hos olika socialgrupper eller i tillgången till tidig diagnostisering. Den sistnämnda hypotesen hämtar stöd av att färre från socialt utsatta grupper nås av bröstcancerscreening [87].

I Malmö har det visat sig att bakgrundsfaktorerna arbetslöshet, låg inkomst och utrikes född alla är förknippade med ett lägre deltagande i mammografi. Visserligen var också en hög utbildningsnivå förknippad med icke-deltagande, men orsaken bakom detta tros vara att välutbildade kvinnor oftare använder sig av privata alternativ för mammografi [88]. Andra grupper som uteblir från mammografi är ensamstående och barnlösa kvinnor [89].

Ett fynd som talar för att skillnaderna inte är slumpmässiga är att de som aktivt väljer att inte delta i mammografi ofta får en sämre prognos vid diagnos än de kvinnor som inte omfattas av screeningprogrammen [88]. Detta innebär i praktiken en sämre chans till överlevnad vilket ytterligare poängterar vikten av att utforma screeningprogram så att alla grupper i befolkningen nås.

Samma mönster återkommer när det gäller kolorektalcancer, dvs. tarmcancer, en av de vanligaste cancerformerna i Sverige med omkring 5 500 nya fall varje år. Det gör cancerformen till den tredje vanligaste cancersjukdomen i Sverige [90].

Tröskel för deltagande

Personer med låg inkomst samt ensamstående väljer oftare än andra att inte delta i screeningen. Exakt varför dessa personer oftare uteblir från screening än andra är inte klarlagt. Möjligen kan det kännas som en större ekonomisk tröskel, även i de fall där deltagande är kostnadsfritt, för låginkomsttagare eller personer i yrken med begränsat självbestämmande att delta i screeningprogram, delvis eftersom de måste be om en dag ledigt från arbetet, med eventuella ekonomiska konsekvenser [86].

FAKTARUTA 10

Screeningplanering bör fokusera på boendemiljö

Civilstånd, inkomstnivå och födelseland är de faktorer som brukar ha störst negativ påverkan på deltagande i screeningprogram. Men för att förklara ett lågt deltagande räcker det inte med att titta på människors individuella egenskaper och sociala grupptillhörighet. Även människors boendemiljö erbjuder flera faktorer som påverkar deltagande i screening.

Två andra faktorer som visat sig påverka medverkan i ett mammografiprogram i Malmö är "migration" och materiellt välstånd i bostadsområdet. Migration, eller omflyttning, i ett bostadsområde syftar på rörelse ut ur och in i området, dvs. hur ofta människor flyttar, vilket i sin tur påverkar områdets sociala stabilitet, det sociala deltagandet.

För att uppnå en så stor uppslutning som möjligt kring screeningprogram räcker det förmodligen inte med att rikta in sig på de grupper som oftare än andra uteblir från screening. En screening som dessutom inriktar sig på hela bostadsområden som utmärks av lågt socialt deltagande och begränsad materiell standard kan ha en större chans att höja deltagandet [92].

Det verkar som om mönstret med socioekonomiska skillnader i deltagande bryts när det gäller screening för cervixcancer, eller livmoderhalscancer. Där handlar skillnaderna i stället om hur ofta kvinnorna har kontakt med gynekolog eller annan läkare som kan utföra en gynekologisk undersökning. En demografisk faktor har emellertid framkommit; boende på landsbygden har en högre benägenhet att utebli från screening än boende i städer, vilket kan tolkas som att avstånd till vård kan vara den största faktorn bakom valet att inte delta i screening [91].

Hjärt-kärlsjukdomar

Dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar

Hjärt-kärlsjukdomar är ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige. Internationellt sett har Sverige en hög dödlighet i kranskärlssjukdomar, men dessa har de senaste åren minskat avsevärt mer än i Sydeuropa. Mellan 1987 och 2002 minskade risken att insjukna i kranskärlssjukdom med 23 procent och risken att dö med 40 procent. Denna minskade risk har noterats för bägge könen och i alla socialgrupper.

Risken att insjukna och dö i en hjärt-kärlsjukdom varierar fortfarande kraftigt mellan olika sociala grupper. En ej facklärd manlig arbetare löper mellan 50 och 60 procent högre risk att insjukna och dö i hjärtinfarkt än en man som tillhör gruppen högre tjänstemän. Bland kvinnor i arbetaryrken är risken drygt 60 procent högre än för högre tjänstemän. En del av de sociala skillnaderna kan förklaras av rök- och andra levnadsvanor. Andra skillnader kan hittas i skilda livsvillkor, exempelvis monotona arbeten, brist på kontroll över sin arbetssituation, ekonomi och familjeförhållanden. Utvecklingen mellan 1991 och 2001 ser likadan ut för alla utbildningsnivåer men skiljer sig något åt mellan män och kvinnor [11].

Misstänkt sämre behandling av arbetare

Vad som också skiljer sig mellan olika socialgrupper är dödligheten efter behandling. I en studie från år 2000 fann man att manliga arbetare och egenföretagare löpte en högre risk – både på kort och på längre sikt – än andra att dö efter en AMI*, dvs. en hjärtinfarkt. Inga liknande tendenser, åtminstone inte några tydliga sådana, kunde upptäckas för kvinnor.

I en studie som jämförde överlevnad efter stroke hittades inga statistiskt signifikanta skillnader mellan olika socioekonomiska grupper, även om de små skillnader som fanns pekade åt en ojämlig fördelning av dödlighet efter stroke till de lägre sociala gruppernas nackdel. Därmed sällar sig forskarna bakom studien i sin slutsats till tidigare studier där antingen inga skillnader har hittats eller där resultaten varit oklara [93].

De jämlika resultaten i fråga om överlevnad efter stroke tycks bara gälla för personer upp till 74 års ålder.

FAKTARUTA 11

Fokus på barn minskar hjärt-kärlsjukdomar

Hjärtinfarkt, dödlighet och hjärt-kärlsjukdomar uppvisar en ojämn fördelning där arbetare är missgynnade i förhållande till tjänstemän. En studie har undersökt hur stor betydelse sociala omständigheter i barndomen har för den ojämna fördelningen. När faktorer som sociala problem i barndomen och livsstilsfaktorer grundlagda under de sena tonåren – rökning, alkohol och övervikt – räknades in reducerades risken för hjärtinfarkt och dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar med som bäst upp till 100 procent.

Resultatet visar att sociala omständigheter i barndomen och tonåren har en mycket stor betydelse för riskskillnader senare i livet [95].

TABELL 5

Revaskularisering efter hjärtinfarkt

Andel patienter i olika inkomstgrupper som genomgått revaskularisering bland dem som överlevde de första 28 dagarna efter en hjärtinfarkt åren 1993–1996.[99].

	MÄN	KVINNOR
Inkomstgrupp	Revaskularisering (%)	Revaskularisering (%)
1 (lägst)	1,3	1,2
2	1,8	2,1
3	2,3	2,3
4	2,8	2,7
5	2,9	2,7
6	2,9	3,1
7 (högst)	3,4	2,1

En annan studie hittade tydliga samband mellan låg utbildningsnivå och dödlighet fyra veckor efter stroke hos patienter äldre än 75 år. För åldrarna före 75 år bekräftade studien avsaknaden av socioekonomiska skillnader.

Författarna spekulerar i att de skillnader som uppträder efter 75 års ålder kan härröra från ojämlikhet i tillgång till sjukvård när den studerade gruppen var yngre, något som redan visats vara fallet under tidigare decennier. Författarna påpekar också att de i studien inte har funnit några belegg för att lågutbildade patienter skulle ha fått mindre eller sämre behandling än högutbildade [94].

Behandling av hjärt-kärlsjukdom

Revaskularisering* är en etablerad behandlingsmetod vid instabil kranskärlssjukdom som minskar dödligheten och ger färre nya hjärtinfarkter och mindre besvär

med kärlekskramp [96]. Det finns flera studier som har fokuserat på patienter med hjärtsjukdom, de flesta av dem med fokus på könsskillnader [97], men också två som tittat närmare på socioekonomi och hur tillgången till revaskularisering fördelar sig bland olika socioekonomiska grupper.

En av studierna fann skillnader som, bland män, pekade på att arbetare genomgick revaskularisering mera sällan än tjänstemän. Någon lika tydlig gradient fanns inte bland kvinnor i olika socialgrupper, även om författarna påpekar att den socioekonomiska klassificeringen var svårare att tillämpa bland kvinnor, vilket lämnar ett visst tvivel över resultaten avseende kvinnors tillgång till revaskularisering i olika socialgrupper [98].

Den andra studien fann liknande skillnader i tillgång till revaskularisering där högre inkomstgrupper genomgick ingreppet mellan två och tre gånger så ofta som lägre inkomstgrupper oavsett kön [99].



Socialt utsatta får sämre behandling

Förutom tillgången till revaskularisering undersöktes också överlevnaden fem år efter diagnos och forskarna fann socioekonomiska skillnader i överlevnad. Bland dem som genomgått ingreppet såg femårsöverlevnaden ungefär likadan ut oavsett socioekonomisk tillhörighet. Bland dem som inte genomgått revaskularisering var skillnaderna däremot stora, främst bland männen, till de socialt utsatta gruppernas nackdel [99].

Den första studien fann att de socioekonomiska skillnaderna tenderade att minska i takt med att medel sköts till hjärtsjukvården, vilket får forskarna bakom studien att spekulera i om inte resurstillskott kan vara ett sätt att komma till rätta med ojämlikhet i tillgång till bästa möjliga hjärtsjukvård. Ett annat angreppssätt kan också vara att bli bättre på att identifiera dem som är i störst behov av hjärtsjukvård och att öka medvetenheten bland läkare om att det finns socioekonomiska skillnader i tillgång till vård [98].

En annan del av behandlingen efter hjärtinfarkt är mediciner med blodfettssänkande medel. Analyser baserade på data från läkemedelsregistret tyder på att rekommendationerna kring läkemedelsbehandling efter hjärtinfarkt till stor del tillämpas. Ändå finns det enligt Socialstyrelsen en skillnad i användningen av blodfettssänkande medel där 62 procent av de lågutbildade och 71 procent av dem med högre utbildning använder dem – trots att lågutbildade i allmänhet har högre halter av blodfetter [36].

Skillnader bekräftas

Det finns studier som kommer fram till mindre skillnader i användningen av blodfettssänkande läkemedel mellan grupper med olika utbildningsnivå men ändå kommer fram till samma slutsats – att läkemedelsanvändningen inte är i linje med det förväntade behovet, dvs. att lågutbildade i allmänhet har ett högre behov av att sänka sina blodfetter och därför borde uppvisa en högre användning.

En förklaring till diskrepansen mellan användning och behov skulle kunna vara att högutbildade möjligen är mer informerade om vilka läkemedel som finns att tillgå och därför aktivt efterfrågar dessa [100].

Om denna eventuella skillnad i information gäller även för utrikes födda är oklart. I en annan studie från 2008 – som för övrigt inte hittade några större skillnader i läkemedelsanvändning mellan grupper med olika utbildningsnivå – upptäcktes att utrikes födda som drabbats av hjärtinfarkt konsumerade rekommenderade läkemedel i mindre utsträckning än svenskfödda. Denna skillnad var mer markerad för personer födda utanför EU [69].

Högutbildade får nyare preparat

Även vid hjärtsvikt har Socialstyrelsen kunnat konstatera en ojämlik behandling. Socialstyrelsens analyser visade en högre sannolikhet för lågutbildade än för högutbildade att behandlas med urindrivande medel och ACE-hämmare*. Högutbildade behandlades däremot oftare än lågutbildade med det nyare läkemedlet ARB*, något som enligt Socialstyrelsen kan tyda på att ”högre utbildning är förenad med större sannolikhet att behandlas med nya, dyrare läkemedel”.

Tendensen att högutbildade oftare behandlas med nya, dyrare preparat kan också ses i behandlingen efter stroke. Lågutbildade patienter använde mer sällan warfarin* eller något annat dyrare alternativ till acetylsalicylsyra* till förmån för just acetylsalicylsyra [36].

Samma tendens går igen i behandlingen av KOL*. Där finns bland lågutbildade en högre användning av äldre, kortverkande, luftrörsvidgande läkemedel och en något lägre användning av ett av de mer moderna långverkande preparaten. Dessutom använde de lågutbildade också i större omfattning luftrörsvidgande medel i tablettform, något som inte längre rekommenderas vid behandling av KOL. Resultaten tyder på att lägre utbildning är förenad med en mer omodern KOL-behandling [36].

FAKTARUTA 12

Standardhöjning vapen mot hjärt-kärlsjukdomar

Området där en människa bor kan påverka risken för hjärt-kärlsjukdom, oberoende av den boendes ålder, kön eller utbildningsnivå [101]. Materiell standard och social segregering är två av de faktorer som påverkar antalet hjärtinfarkter [102]. Med andra ord ökar risken för hjärt-kärlsjukdom för dem som bor i ett socialt utsatt område. Omvänt har det visat sig att boende i de mest välbärgade bostadsområdena löper mindre risk att insjukna i kardiovaskulär sjukdom [101].

Kvinnor i de områden som kan karakteriseras som fattigast i fråga om materiell standard har visats löpa fördubblad risk för hjärtinfarkt. För män är siffran något lägre. Sambandet kvarstår men är inte lika påfallande i områden med social segregering. Det har dock varit svårt att frigöra de två faktorerna från varandra för att klargöra vilken kontext som har störst betydelse för risken att drabbas av hjärtinfarkt [102].

En förbättring av boendemiljön kan följaktligen bidra till att hälsan hos de boende i området förbättras. Den exakta mekanismen som gör att en sämre boendemiljö påverkar individuella val eller hälsomedvetande är ännu oklar. Internationella studier har till exempel visat att rökare som bor i socialt underprivilegierade områden dels röker mer, dels har en svagare motivation att sluta röka.

Hur som helst är det fler och fler studier som visar att miljön påverkar individens hälsa och att politiker och hälso- och sjukvården borde ta faktorer som denna i beaktande för att minska socioekonomiska skillnader vad gäller risken för hjärt-kärlsjukdom i synnerhet och hälsan i allmänhet [101].

Behandling av äldre

Äldres hälsa

Det råder oklarhet kring hur svenskarnas ökande medellivslängd ska betraktas. Frågan är om befolkningen blir äldre tack vare förbättrad hälsa eller om det tvärtom är så att ohälsan kommer att öka till följd av en högre medellivslängd.

Oavsett vilket är ohälsan bland äldre personer ojämnt fördelad och samvarierar med socioekonomisk grupp. De klassrelaterade skillnaderna i hälsa blir tydliga när medellivslängden i olika bostadsområden med skild socioekonomisk struktur jämförs. I exempelvis Stockholm har man vid jämförelser mellan bostadsområden med högst och lägst medelinkomst funnit skillnader i återstående medellivslängd vid 65 års ålder på 5,7 år för män och 5,2 år för kvinnor, till de lägre inkomstgruppernas nackdel.

Data från ULF-undersökningen 2002/03 visar att den som tidigare i livet haft ett arbetaryrke löper större risk att drabbas av funktionsnedsättningar eller hälsoproblem än tjänstemän på mellannivå och högre. Till exempel löper en pensionerad arbetare 1,5 gånger högre risk att drabbas av rörelsehinder än en pensionerad tjänsteman [11].

Det finns ett fåtal studier av socioekonomiska skillnader i vården av äldre. En av dessa har granskat risken för en äldre person att flyttas till institution. Socialstyrelsen skriver att risken för att en äldre person i det yngre åldersspannet 70-85 år institutionaliseras hänger samman med socioekonomisk position. Det är med andra ord mera sannolikt att äldre människor i socialt utsatta grupper flyttas till en institution än att äldre högre upp på den sociala skalan gör det [103, 104].

Vård i livets slutskede

Tidigare har det påpekats att det finns en överdödlighet som kan kopplas till utbildningsnivå och att personer med lägre utbildning oftare än högutbildade bedömer sin egen hälsa som dålig. Även om de relativa skillnaderna i dödlighet mellan olika utbildningsgrupper minskar med stigande ålder kvarstår gradienten.

Om man utgår från två antaganden – det första att människor med självsatt dålig hälsa också är sjukare än andra, det andra att överdödligheten i vissa grupper också är kopplad till en högre sjuklighet i samma grupper – så borde vårdkostnaderna för dessa grupper vara högre än för andra friskare grupper.

Inkomst påverkar vårdinsatser

Några rikstäckande studier som jämför vårdkostnader under de sista åren av livet för olika socioekonomiska grupper finns inte, men däremot en lokal studie som jämfört vård under det sista levnadsåret för alla som dött, oavsett ålder [105]. Vad forskarna fann var att vårdkostnaderna för patienter under deras sista år i livet steg i takt med deras inkomst.

Resultatet var enligt artikelförfattarna något överraskande med tanke på att den kunskap som finns om äldre och sjukligheten i olika socioekonomiska grupper visar att de med lägre inkomst i allmänhet har ett större vårdbehov, vilket kan tänkas medföra att de innebär en högre kostnad för hälso- och sjukvården. I studien tittade man även på skillnader i utbildningsnivå och fann tecken på ett liknande samband men tillgängliga data var inte tillräckliga för någon definitiv slutsats.

Den svenska hälso- och sjukvården vill så långt som möjligt förenkla för människor att välja var de vill tillbringa sin sista tid i livet, inte minst för att det ur patientens synvinkel innebär en behagligare sista tid. Men oavsett hur mycket den palliativa vården underlättas genom att patienten vistas i sin hemmiljö kräver vissa patienter och tillstånd att den sista tiden

tillbringas på sjukhus. Det blir då viktigt att säkerställa att det är det kliniska behovet och inte exempelvis socioekonomisk status som bestämmer hur patienten ska tillbringa sin sista tid i livet på bästa sätt.

Sverige mer jämlikt än omvärlden

Flera internationella studier på cancerpatienter har visat att det finns ett samband mellan hög socioekonomisk status och sannolikhet för att vårdas i hemmet tiden före döden. Sverige lämpar sig särskilt väl för studier av jämlikhet dels eftersom andelen äldre är bland de högsta i västvärlden, dels eftersom välfärdsystemet syftar till att ge vård efter behov snarare än betalningsförmåga.

Resultaten av den svenska studie som undersökt frågan visar att individers socioekonomiska tillhörighet inte inverkar på sannolikheten att vårdas på sjukhus hellre än i hemmiljö i livets slutskede. Resultatet var lika giltigt för såväl inkomst- som utbildningsnivå, vilket författarna tolkar som att svensk hälso- och sjukvård i detta avseende upprätthåller en socioekonomisk jämlikhet [106].

Äldre och läkemedelsanvändning

Ett betydande problem för äldre är polyfarmaci* och olämplig läkemedelsanvändning, vilket har samband med biverkningar, läkemedelsinteraktioner, sjukhusinläggningar, mortalitet och försämrad livskvalitet. Trots att den svenska sjukvården har intentionen att erbjuda en hög grad av rättvisa eller jämlik vård har det visat sig finnas socioekonomiska ojämlikheter i läkemedelsbehandlingen av äldre.

Lågutbildade äldre har en högre sjuklighet och därför ett mer omfattande behov av läkemedel än högutbildade. Ändå använder de mer sällan nya läkemedel. Ju högre utbildningsnivå, desto större var sannolikheten att åldringen ordinerades en nyare medicin. Poly-

farmaci, i studien definierat som användning av fler än fem samtidigt läkemedel, var ett problem hos både låg- och högutbildade, men sannolikheten var större att de lågutbildade drogs med en omfattande och potentiellt farlig läkemedelsarsenal i badrumsskåpet [107].

Smärta och värk

Rörelseförmåga, värk och läkemedel

Andelen personer som uppger sig ha smärta i nacke och skuldror har ökat sedan början av 1980-talet bland både arbetare och tjänstemän. Relativt sett har ökningen varit störst i tjänstemannagruppen. I fråga om ryggvärk har besvären ökat bland arbetare men tycks ha minskat bland tjänstemännen. Andelen med besvär i såväl nacke och skuldror som från ländrygg är betydligt högre i gruppen arbetare.

De största skillnaderna mellan olika grupper finns bland dem som uppger besvär i nacke och skuldra, där var fjärde manlig tjänsteman anger besvär, medan siffran för kvinnliga facklärda arbetare är 58 procent. 1980/81 angav ungefär lika många arbetare och tjänstemän svår värk i rörelseorganen. Den största förändringen i denna mätgrupp är att kvinnorna, både tjänstemän och arbetare, under 1980-talet drog ifrån och numera ligger högre än männen i respektive grupp [11].

Skillnader i användning av smärtstillande medel

Smärtstillande medel, eller analgetika, torde vara ett av de mest använda läkemedlen. Några större socioekonomiska skillnader i användningen av smärtstillande medel tycks inte finnas. Det finns ett fåtal svenska studier som närmare har synat de sociala skillnaderna i användningen av analgetika. Resultaten kan sammanfattas med att skillnaderna i användning av analgetika är större mellan könen än mellan olika socioekonomiska grupper.

FAKTARUTA 13

Socioekonomiska faktorer påverkar sjukskrivning

Val av behandlingsmetod har betydelse inte bara för behandlingens kvalitet utan också för rehabiliteringen efter avslutad behandling. Ännu en faktor som verkar ha betydelse för rehabilitering efter åtminstone båtbensfraktur är socioekonomisk position.

Sjukskrivningstiden efter behandling av båtbensfraktur varierar beroende på behandlingsmetod. I genomsnitt var de som gipsats borta från arbetet 74 dagar medan de som opererats bara behövde vara sjukskrivna 39 dagar. En jämförelse av socioekonomisk position visade att arbetare behövde en längre sjukskrivningsperiod efter gipsning än efter operation.

Någon sådan skillnad kunde däremot inte upptäckas bland tjänstemän som genomgått antingen gipsning eller operation. En faktor som kanske kan ha betydelse för valet av behandling är kostnaden för de olika behandlingsmetoderna, där operation var den dyrare av dem. Visserligen var kostnaden för operation densamma för både arbetare och tjänstemän men totalt sett, inklusive kostnaderna för arbetsfrånvaro, var kostnaderna högre för arbetare än för tjänstemän, vilket kan bero på att tjänstemän lättare kan återgå till arbetet trots att de är gipsade.

Författarna påpekar att studien är för begränsad för att de ska kunna dra några säkra slutsatser, men skriver ändå att operation, den dyrare av metoderna, bör användas i första hand där gips medför en större påverkan på patientens förmåga att återgå i arbete [108].

FAKTARUTA 14

Arbetare glider lättare ur arbetsmarknaden vid ohälsa

Kronisk sjukdom är inte bara ett fysiskt problem för den drabbade utan också en riskfaktor för att bli arbetslös, hamna allt längre ifrån arbetsmarknaden och fastna i fattigdom. Dessa konsekvenser är i sin tur riskfaktorer för att drabbas av sjukdom, vilket gör det svårare och svårare för den kroniskt sjuka att återhämta sig.

Något förenklat kan sägas att kronisk sjukdom kan bidra till att den sjuka dalar nedåt i den socioekonomiska hierarkin. Till saken hör att personer med låg socioekonomisk position oftare drabbas av kronisk

sjukdom och på detta följande obehag och lidande. Det har också visats att arbetare med kronisk sjukdom löper en signifikant högre risk att bli ekonomiskt inaktiva än tjänstemän med kronisk sjukdom.

Termen "ekonomiskt inaktiv" används för att markera att gruppen inte bara består av personer som ofrivilligt slås ut från arbetsmarknaden, utan också av studenter, sjukpensionärer, förtidspensionärer, hemmafruar m.fl. Gruppen innehåller alltså också personer som kan vara arbetslösa, eller ekonomiskt inaktiva, av egen fri vilja.

För att minska socioekonomiska skillnader i spåren av kronisk sjukdom skulle kroniskt sjuka inom arbetaryrken kunna få hjälp att fortsätta arbeta. I första hand skulle insatser kunna koncentreras på de grupper, förslagsvis människor med psykisk ohälsa, där uteslutning från arbetsmarknaden är synnerligen hälsoförsämrande. Möjliga verktyg skulle kunna vara yrkesrehabilitering, inkomstförsäkringar och anpassade arbetsmarknadslagar [113].

En av studierna hittade socioekonomiska skillnader i användning bara hos män, där manliga tjänstemän använde mer analgetika än andra socioekonomiska grupper. Vid jämförelse av utbildningsnivå finns inga skillnader alls [109].

En annan studie nådde samma resultat i fråga om skillnader mellan könen men hittade däremot inga socioekonomiska skillnader alls [110]. Den tredje studien gav samma resultat som den första och visade att manliga tjänstemän i högre grad än andra socioekonomiska grupper använde sig av receptfria smärtstillande medel [111].

Det är mera sannolikt att personer med högre utbildning använder sig av receptfria läkemedel, naturläkemedel och egenårdsprodukter. Detta kan förmodligen förklaras med att högutbildade ofta är bättre

informerade än lågutbildade om vilka möjligheter det finns till alternativa behandlingar och egenvård. Med tanke på att exempelvis – och i synnerhet – naturläkemedel är mindre studerade än konventionella mediciner behöver inte kännedom om dessa läkemedel betyda att patienterna automatiskt får en bättre tillgång till läkemedel.

Användningen av alternativa behandlingar tycks för övrigt vara på frammarsch i flera länder. Detta är enligt forskare något oroande eftersom indikationer, optimal dos, interaktioner och avvägningen mellan fördelar och risker ofta är okända variabler i fråga om naturläkemedel [112].





Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa i befolkningen

Upp till 40 procent av Sveriges befolkning beräknas lida av någon form av psykisk ohälsa. I de flesta fall rör det sig om lättare symptom som oro, ångest och sömnsvårigheter. Mellan 10 och 15 procent bedöms däremot ha så allvarliga besvär att de kan behöva psykiatrisk behandling. Förekomsten av de allvarligaste psykiska sjukdomarna har inte ändrats nämnvärt, men sedan början av 1990-talet har fler och fler drabbats av psykisk ohälsa i form av oro och ångest av olika svårighetsgrad. Ökningen har skett i alla samhällsgrupper men varit mest markant hos ungdomar, särskilt kvinnor mellan 16 och 34 år [11].

Socialstyrelsen ger i Folkhälsorapport 2005 ingen entydig bild av hur den psykiska ohälsan ser ut i olika socioekonomiska grupper. De skillnader som redovisas gäller i första hand mellan män och kvinnor och mellan olika åldersgrupper. I rapporten uttrycks också tydligt svårigheten med att mäta och beskriva den psykiska ohälsan i olika befolkningsgrupper.

Några tydliga och några otydliga skillnader redovisas dock. Under 1950- och 1960-talen visade en rad studier att personer med psykosjukdom levde under sämre sociala förhållanden än andra. I senare studier har det upptäckts att andelen med psykiska besvär är större i gruppen ej facklärd arbetare. Åren 2002/03 var andelen med psykiska besvär bland arbetssökande män dubbelt så hög som bland samtliga män i motsvarande ålder.

Det påpekas samtidigt att ökningen av psykisk ohälsa har skett i samtliga socioekonomiska grupper. Av folkhälsorapporten kan den indirekta slutsatsen dras att det senaste decenniets ökning av personer med psykiska besvär kan härledas till socialt utsatta grupper samt unga människor [11].

FAKTARUTA 15

Satsning på psykisk ohälsa investering i jämlikhet

Parkinsons sjukdom är en av de vanligaste neurologiska sjukdomarna bland personer över 60 år. En procent av dem beräknas lida av sjukdomen. Ett nedslag 20 år senare i livet visar att andelen Parkinsonsjuka då ökar till tio procent [11]. I en studie har det visats att psykiskt sjuka personer löper en avsevärt högre risk att utveckla Parkinsons sjukdom än andra. Sambandet har varit särskilt stort för dem som vårdats för depression.

Exakt vad som skapar sambandet mellan psykisk ohälsa och ökad risk för Parkinsons sjukdom är okänt. Det är däremot känt att låg socioekonomisk status är en riskfaktor både för psykisk ohälsa och för Parkinsons sjukdom, vilket gör att socialt utsatta grupper är extra utsatta för risken att utveckla Parkinsons sjukdom som i sin tur försämrar livskvaliteten för den drabbade.

Enligt forskarna bakom studien skulle sjukvårdspolitiken, genom att bli varse sambandet mellan Parkinsons sjukdom, psykisk ohälsa och låg socioekonomisk status, kunna bekämpa ojämlikheter i ohälsa genom en bättre planering och resursfördelning till den psykiatriska vården [114].

Psykisk ohälsa svår att kartlägga

En av svårigheterna med att göra sig en bild av hur psykisk ohälsa är fördelad bland olika socialgrupper är det stora bortfallet vid kartläggningar. Svårigheter med kartläggning av psykisk ohälsa har inte bara konsekvenser för kunskapen om dess spridning, utan försvårar också planeringen för att minska ohälsan.

Det är väl känt att socialt utsatta är överrepresenterade i fråga om psykisk ohälsa och att bortfallet vid kartläggningar är stort. Däremot har det inte varit klart vilka grupper som väljer att inte delta. År 2005 visade en studie för första gången att det var vanligare att män yngre än 50 år, låginkomsttagare, lågutbildade, ensamstående och födda utanför Norden faller bort från undersökningar av psykisk ohälsa.

Mot bakgrund av denna kunskap kan man anta att kartläggningar riskerar att komma fram till en lägre prevalens, eller förekomst, av psykisk sjukdom i en befolkning än vad som faktiskt är fallet.

Dold psykisk ohälsa?

Det har också visat sig att oddskvoten* eller sannolikheten för att läggas in på sjukhus för schizofreni, psykisk störning relaterad till missbruk och andra psykiska sjukdomar inte skiljer sig åt mellan dem som deltagit i kartläggningar och dem som inte gjort det när kön, ålder, inkomst, utbildningsnivå, boendestatus och ursprungsland jämförs.

Med andra ord går det – trots den sneda socioekonomiska fördelningen av deltagare i kartläggningar av psykisk ohälsa – att dra generaliserande slutsatser om riskfaktorer och konsekvenser av psykisk sjukdom. Forskarna som undersökte dessa skillnader påpekar visserligen i studien att det kan finnas andra hälsoproblem än de nämnda hos dem som inte deltar i kartläggningar, vilket betyder att studier riskerar att inte alltid fånga alla aspekter av psykisk sjukdom i befolkningen [115].

Behandling och läkemedel

Även om de flesta kanske inser att en diagnos i princip är en gissning, om än en kvalificerad sådan, från läkarens sida om vad som kan vara fel på patienten, är det som lekman lätt att oreflekterat lita på att en diagnos är en objektiv bedömning utifrån lika objektiva kriterier, nämligen de symptom som patienten uppvisar. För medicinska diagnoser med mer eller mindre objektivt synliga symptom kan nog patienter fortsätta att lita mer eller mindre blint på sin läkare. Det blir däremot mer komplicerat när det kommer till psykiatriska diagnoser och psykisk ohälsa.

Det finns en rad olika teoribildningar som har sina egna förklaringsmodeller för olika psykiska problem. Inte sällan råkar dessa teorier i konflikt med varandra. I USA och Europa förlitar man sig i hög grad på Amerikanska psykiatrisällskapetets diagnosverktyg DSM* för att diagnostisera patienter. De kriterier för olika diagnoser som ställs upp i DSM härrör till stor del från undersökningar av amerikanska universitetsstudenter, dvs. en förhållandevis homogen grupp.

Frågan är naturligtvis om psykiska problem och deras symptom ser likadana ut och uppträder likadant över hela världen. Kan det med andra ord uppstå missförstånd när läkare från en kultur diagnostiserar en patient från en annan?

Födelseland påverkar diagnos

En studie fann att det fanns skillnader i diagnostisering beroende på patientens födelseland [116]. Faktiskt uppvisade alla diagnoser förutom schizofreni – som var kopplat till manligt kön – och förstämningssyndrom, dvs. depression – som var kopplat till ålder – ett samband med patientens födelseland eller -region.

Svenskar och östeuropéer fick framför allt diagnosen ångestsyndrom. Patienter med grekiskt ursprung fick i hög grad somatoforma diagnoser*, något som få

svenskar fick. Enligt forskarna bakom studien skulle skillnaden i diagnostisering mellan svenskar och greker kunna tolkas som ett utslag av stereotypa föreställningar om sydlänningens vana att ge fysiskt uttryck åt sin ångest och nordbons mer introverta grubblande.

Östafrikaner, en relativt ny grupp i det svenska samhället, diagnostiseras ofta med schizofreniliknande psykoser. Möjligen kan detta höra samman med att svarta afrikaner enligt artikelförfattarna är en av de grupper i Sverige som drabbas hårdast av rasism och fördomar. Tillsammans med att afrikaner oftare har svagare sociala nätverk kan fördomar innebära en riskfaktor för den diagnostiserade sjukdomsbilden. Anmärkningsvärt är kanske att inte en enda av diagnoserna i den årslånga studien föll under kategorin PTSS, posttraumatiskt stressyndrom*, vilket skulle kunna tänkas vara vanligt förekommande hos utrikes födda med flyktingbakgrund.

Oavsett orsak till skillnaderna i diagnos mellan olika grupper av utlandsfödda tyder resultatet på att diagnoser inom psykiatri inte kan betraktas som absoluta och oberoende av kulturella filter [116].

Jämlik förskrivning av antidepressiva

Ordination av antidepressiva läkemedel vid olika psykiska problem har blivit allt vanligare. Förskrivningen varierar i olika delar av landet liksom andelen behandlade personer i kommunerna – en variation som påverkas av skillnader i åldersstruktur, andel kvinnor och andel lågutbildade. I genomsnitt behandlas upp till sju procent av befolkningen med antidepressiva läkemedel. En av de grupper där förskrivningen är störst är de lågutbildade, men förskrivningen sammanfaller enligt Socialstyrelsen med den större förekomsten av psykisk ohälsa i socialt utsatta grupper [23].

Psykisk ohälsa och alkoholmissbruk

Det är klarlagt att en hög alkoholkonsumtion kan leda till allvarliga medicinska skadeverkningar, av både fysisk och psykisk karaktär. En långvarig och hög alkoholkonsumtion ökar till exempel risken för alkoholpsykoser, fullbordade självmord och andra självdestruktiva handlingar. Missbruk kan också leda till att en depression utvecklas.

I fråga om alkoholkonsumtion finns det tydliga skillnader mellan olika sociala grupper. En fjärdedel av männen i arbetaryrken och män som är tjänstemän på mellannivå och högre med låg inkomst kan betecknas som riskkonsumenter. Kvinnliga tjänstemän på mellannivå och högre är den grupp där andelen riskkonsumenter är lägst. Högutbildade personer har paradoxalt nog en lägre alkoholdödlighet trots en högre total alkoholkonsumtion [11].

Olika behandling av missbrukare

Skillnader i missbruk finns inte bara mellan olika socioekonomiska grupper utan också mellan stad och landsbygd. Sannolikheten för att läggas in på sjukhus för missbruk av alkohol eller narkotika är störst i mer tätbefolkade områden. Risken kvarstår även efter justering för bland annat socioekonomisk tillhörighet och födelse-land.

I studien spekuleras i om tillgången på vårdplatser kan vara en faktor men som motexempel anförs att till exempel det glest befolkade Norrland har fler vårdplatser för missbrukare än den betydligt mer tätbefolkade Stockholmregionen.

Exakt vad som gör att stadsbor löper större risk att missbruka alkohol eller narkotika är inte klarlagt. En stressigare tillvaro och mindre socialt stöd kan vara två faktorer som bestämmer risken för missbruk, liksom en större möjlighet att få tag på alkohol och narkotika. Ytterligare en teori talar om att sårbara personer – alltså personer som löper större risk att fastna i ett missbruk – söker sig till städerna.



Enligt forskarna bakom studien borde hälso- och sjukvårdspolitikerna ta detta samband i beaktande när de planerar och budgeterar för antal vårdplatser i olika landsting och regioner [117].

FAKTARUTA 16

Sociala skillnader i risk för utanförskap

Tidigare studier har visat att det finns en stor andel alkoholmissbrukare och andra riskkonsumenter av alkohol bland arbetslösa, förtidspensionerade och sjukskrivna. Dessutom löper riskkonsumenter av alkohol större risk att förtidspensioneras. Mer nyligen har det visats att den som missbrukar alkohol löper en större risk att dala nedåt i eller ut ur arbetsmarknaden.

Det som förtjänar politikernas och andra samhällsplanerarens uppmärksamhet är att risken att glida ur arbetsmarknaden är större för arbetare än för tjänstemän med alkoholproblem eftersom de förstnämnda redan befinner sig lägre ned på den socioekonomiska skalan och således är närmare "utgången". Detta skulle kunna förklara varför fler ur lägre socioekonomiska grupper tappar eller försämrar sin ställning på arbetsmarknaden [118].

Mödravård och vård av barn och ungdomar

Sociala skillnader i barns hälsa

Barn och ungdomar är tyvärr inte förskonade från de sociala gradienter i hälsa som uppträder i vuxenvärlden. I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005 framgår att risken för dödföddhet och död i samband med förlossning liksom under det första levnadsåret är klart högre bland barn till lågutbildade mammor än barn till högutbildade. Risken att dö på grund av missbildningar är 40 procent högre för barn till lågutbildade. Det finns dock missbildningar, till exempel ryggmärgsbråck, som är vanligare bland barn till högutbildade föräldrar.

Enligt Socialstyrelsen är en viktig orsak till att barn till lågutbildade mammor har högre sjuklighet och dödlighet under den första tiden i livet att rökning är vanligast bland mammor i hushåll med kort utbildning och låg inkomst. Lågutbildade mammor är också överrepresenterade bland de mammor som inte ammar alls och bland mammor med korta amningstider.

Astma och karies är vanligare bland barn och ungdomar i skolåldern som lever i familjer där mamman är lågutbildad. Två exempel på sjukdomar vars förekomst inte skiljer sig åt i olika socioekonomiska grupper är diabetes och barncancer. Socialstyrelsen nämner också en studie från Stockholm som visat att fetma är vanligare bland barn till lågutbildade. Dessa sociala skillnader är inte något nytt fenomen men skillnaderna har för åtminstone unga män accentuerats något under de senaste decennierna.

Socialstyrelsens lista på skillnader i hälsa och sjuklighet mellan barn från olika befolkningsgrupper kan göras mycket längre och utökas med gradienter i fråga om risker för psykisk sjukdom, alkohol- och narkotikamissbruk, självdestruktivt beteende – gradienter som alla pekar på nackdelar för de mest socialt utsatta grupperna [11].

Skillnader i förlossningsvård

Spädbarnsdödligheten i Sverige är en av de lägsta i världen. Enligt Statistiska centralbyrån dog år 2007 2,3 flickor och 2,7 pojkar per 1 000 levande födda under det första levnadsåret [119]. Trots mödravårdens goda resultat finns det vissa sociala skillnader i spädbarnsdödlighet.

Särskilt uppseendeväckande är kanske att de sociala skillnaderna i dödlighet hos nyfödda och ofödda barn ökade under 1990-talet, en period då också de ekonomiska skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper blev större. Från att ha legat på samma nivå fram till 1993 ökade andelen dödfödda och döda under spädbarnsåret i hushåll med lägst inkomster samtidigt som andelen minskade i hushållen med högst inkomstnivå.

Som störst var skillnaden mellan hög- och låginkomstfamiljer år 1998 då risken för dödföddhet eller död under det första spädbarnsåret var 40 procent högre i hushållen med lägst inkomster. Mellan 1993 och 1998 ökade dödligheten med nästan 30 procent i hushållen med de lägsta inkomsterna. År 2000 hade skillnaden mellan olika inkomstgrupper gått tillbaka och spädbarnsdödligheten var då cirka 0,55 procent, strax under 1992 års nivå, för alla inkomstgrupper [11].

Minskade skillnader

Sett över en längre period så har de sociala skillnaderna minskat, åtminstone sedan 1980-talet. Då löpte barn till mammor med endast grundskoleutbildning nästan dubbelt så stor risk att dö under det första levnadsåret jämfört med barn i familjer med högre utbildning.

Anmärkningsvärt är kanske att den gradient som vanligtvis kan noteras där de lägsta socioekonomiska grupperna oftast uppvisar störst risker är i fråga om spädbarnsdödlighet snarare U-formad, där barn till föräldrar i mitten av det socioekonomiska segmentet löper minst risk att dö under det första levnadsåret.

De exakta mekanismerna bakom sociala skillnader

FAKTARUTA 17

Aktiv mödravård minskar antal oönskade graviditeter

På grund av höga aborttall i ett område med låg socioekonomisk nivå i Göteborg genomfördes en studie som fokuserade på graviditetstestet. Alla kvinnor i området som inte ville bli gravida erbjöds utökad preventivmedelsrådgivning och familjeplanering av barnmorskor när de kom för att göra graviditetstest. Insatsen förde med sig att antalet aborter minskade redan under det första året som studien genomfördes och två år innan antalet började minska i resten av Göteborg. Kostnaden för denna extra insats var låg och dessutom medförde den färre aborter och minskade medicinska kostnader.

Studien visar också att tillfället då kvinnor kommer för att göra graviditetstest är ett bra tillfälle för preventivmedelsrådgivning – av framförallt två anledningar. För det första är det kvinnan själv som tar första kontakten och för det andra är själva anledningen till kontakten av största betydelse för henne [121].

i spädbarnsdödlighet är inte kända. Bland föreslagna förklaringar finns föräldrarnas livsstil. Rökning, alkohol och fysisk aktivitet är alla faktorer som har visat sig påverka reproduktionsförmågan och således också avkomman. En annan förklaring fokuserar på den stress som en socioekonomiskt lägre ställning medför; stress som i sig kan ha ovälkomna konsekvenser för hälsan.

Vad orsakerna till dessa skillnader än är har Sverige liksom övriga nordiska länder en utmärkt möjlighet att hitta dem, eller åtminstone komma i närheten av dem, tack vare de omfattande register om individers och gruppers hälsotillstånd som finns att tillgå. Det faktum att sociala gradienter i spädbarnsdödlighet skiljer sig åt mellan olika länder antyder att det är möjligt att påverka och kanske få dessa gradienter att försvinna [120].

Geografiska skillnader större än de sociala

Skillnaderna i spädbarnsdödlighet är mindre mellan sociala grupper än mellan landstingen [122]. Mellan åren 1998 och 2000 hade Landstinget Halland endast 2,7 dödfödda barn per 1 000 födda, medan Västerbottens läns landsting hade nästan fem dödfödda per 1 000 födda.

Landstinget Halland utmärkte sig under samma tidsperiod med att ha endast 1,2 döda barn inom 28 dygn efter födseln per 1 000 levande. I andra änden av skalan finns Landstinget i Kalmar län med nästan tre gånger så höga siffror – 3,4 döda under de fyra första levnadsveckorna per 1 000 födda barn.

Landstinget Halland ligger bäst till även i fråga om Apgar-poäng*, dvs. i värderingen av det nyfödda barnets allmäntillstånd [123]. Region Skåne låg sämst till på den listan, med nästan två procent nyfödda med låga Apgar-poäng, att jämföra med en knapp halv procent i Landstinget Halland och riksgenomsnittet på omkring en procent.

Det är svårt att avgöra vilka exakta omständigheter som de geografiska skillnaderna grundar sig i. Fyra olika orsaker kan tänkas spela en roll: 1) varierande

tillförlitlighet i diagnostisering, 2) skillnader i bakgrundsvariabler som mammans ålder, rökvanor och sociala situation, 3) slumpmässiga avvikelser och 4) faktiska skillnader i hur vården bedrivs.

Det slumpmässiga inslaget bör kanske inte betonas alltför envist; resultaten visar trots allt att låg neonatal dödlighet är förknippad med en låg andel nyfödda med sämre Apgar-poäng och vice versa. Fortsatta analyser görs enligt forskare med fördel på lokal nivå där det finns mer detaljerad information om behandlingspolicy och lokala förhållanden [122].

Mödravård för invandrare

Förutom sociala och geografiska skillnader har det också visat sig finnas anmärkningsvärda skillnader i förlossningsvårdens resultat förknippade med moderns födelseland. Visserligen rör det sig om en till antalet begränsad grupp som alltså inte kan ses som representativ för svensk mödrahälsovård, men skillnaderna är så slående att de förtjänar att redovisas.

I en studie från 2002 [124] visades att havande kvinnor i Sverige med ursprung i Afrikas horn – Etiopien, Somalia och Eritrea – betydligt oftare får sämre mödravård än svenska kvinnor vilket resulterar i högre perinatal dödlighet.* Jämfört med svenska kvinnor var risken för sämre vård som ledde till perinatal* död mellan 6 och 18 gånger högre bland de afrikanska kvinnorna.

I studien spekuleras om huruvida kvinnornas beteende har påverkat den perinatala vården. Till exempel skriver forskarna att kvinnornas rädsla för kejsarsnitt – som i kvinnornas ursprungsländer enligt forskarna allmänt betraktas som ett livshotande ingrepp – har lett till att de reducerar sitt födointag för att på så sätt försöka se till att barnet i magen blir så litet som möjligt för att undvika kejsarsnitt. Detta och andra faktorer, okända för mödravården och den perinatala vården, kan i sin tur ha lett till att de inte har fått optimal vård.

Flera variabler inblandade

De faktorer som identifierats bakom den högre perinatale dödligheten är mammornas strategier inför förlossningen, en sämre vård och kommunikationssvårigheter mellan mamman och vårdpersonalen. De afrikanska kvinnorna i undersökningen hade oftare uteblivit från IUGR-kontroller*, var mer motvilliga att boka in ultraljudsundersökningar och var senare än de svenska kvinnorna med att boka in sig på antenatal* vård.

Det bör kanske påminnas om att kvinnornas beteende enligt studien inte berodde på medveten vårdslöshet utan på att de var måna om att fostret skulle vara så litet som möjligt för att därigenom minska risken för kejsarsnitt, vilket alltså ansågs hota barnet. Till följd

av dessa åtgärder från mammans sida kunde forskarna uppskatta att upp till 63 procent av den perinatale dödligheten hade kunnat undvikas, att jämföra med 11 procent i den svenska jämförelsegruppen. Ironiskt nog tillhör de kvinnor som ingår i studien den grupp i Sverige som oftast måste förlösas med kejsarsnitt.

Dessa olyckliga omständigheter skulle, enligt forskarna bakom studien, kunna rådas bot på genom att ge berörda kvinnor bättre information om perinatal vård och vikten av att söka vård i tid vid olika komplikationer. Den största åtgärdbara faktorn vid perinatal dödlighet bland svenska kvinnor var för övrigt rökning.

Ett annat problem som identifieras i studien och som den svenska sjukvården får lastas för är frånvaron

FAKTARUTA 18

Socialt utsatta områden påverkar risk för förlossningspsykos

Det är oklart varför men förstagångsmödrar boende i socioekonomiskt utsatta bostadsområden löper större risk att drabbas av förlossningspsykos*, även sedan det har justerats för individuella socioekonomiska faktorer.

En möjlig förklaring skulle kunna vara att mammor den första tiden efter det att barnet har fötts tillbringar mycket tid i den närmaste livsmiljön, i praktiken alltså i närheten av hemmet, i det

egna bostadsområdet. Därför skulle det kunna vara så att bostadsområdets socioekonomiska status, betingat av eventuell hög kriminalitet, stökighet, smuts, m.m., påverkar mammans mentala hälsa negativt.

En annan anledning kan vara att socioekonomiskt utsatta områden också erbjuder ett svagare socialt stöd, vilket skulle leda till att mammor oftare söker sig till sjukvården i brist på social sup-

port. Att förklaringen skulle ligga i bristerna i mödravården före barnets födelse anser forskarna vara mindre sannolikt, eftersom mödravård i Sverige är gratis och finns lika tillgänglig oavsett bostadsområde.

Oavsett orsak till sambandet mellan bostadsområde och förlossningspsykos bör det vara något för hälso- och sjukvården att ta hänsyn till när den tar hand om nyblivna mammor [125].

av tolkar i en akut situation. Med hjälp av tolk kan det vara enklare att förklara för en livrädd kvinna varför kejsarsnitt är nödvändigt för både mammans och barnets hälsa och att det inte utgör en risk för att dö under förlossningen. Forskarna gissar att resultatet tyder på att den svenska sjukvården ännu inte har lyckats anpassa sig de kommunikationskrav som ställs i ett multietniskt eller mångkulturellt samhälle.

Även vården i sig var suboptimal för de afrikanska kvinnorna jämfört med de svenska. Över 80 procent av de neonatala* dödsfallen bland de afrikanska kvinnornas barn var undvikbara, att jämföra med 28 procent i den svenska gruppen. Bland annat råkade de afrikanska kvinnorna oftare ut för att vårdpersonal tolkade kardiotokografen (CTG)* fel eller att barnläkare anlände sent. Personalen tog också längre tid på sig för att förflytta barnet till en intensivvårdsavdelning och fler fall av felaktig medicinering av mamman eller det för tidigt födda barnet kunde konstateras. Forskarna frågar sig i artikeln om sjukvårdspersonalens ovana vid att övervaka kvinnor av afrikanskt ursprung kan ha lett till en sämre, mindre aktiv vård [124]. ●





Skillnader i vård och hälsa

Livet är inte rättvist – i alla fall inte om man med rättvisa menar lika villkor. Vi kommer till världen med olika förutsättningar som i många – kanske till och med de flesta – fall hänger kvar och gör sig påminda fram till dödsbädden. Som visats i denna kunskapsöversikt finns det flera områden där man kan fråga sig om hälso- och sjukvården lyckas vara rättvis i betydelsen att den uppfyller hälso- och sjukvårdslagets mål om vård på lika villkor för alla grupper i befolkningen.

Svaret kan baseras på en värdering av litet och stort, av marginella avvikelser och verkligt alarmerande missförhållanden. Att kvinnor från Afrikas horn drabbas av sämre behandling än svenska kvinnor är naturligtvis förskräckligt, men avvikelsen är ändå marginell ställd i relation till hur få fall det rör sig om.

Svaret kan också förändras beroende på vilka glasögon som används. Ju starkare lins, desto större kommer ojämlika skillnader mellan olika grupper att te sig. Om uteliggaren jämförs med bankdirektören kommer den sistnämnda förmodligen alltid att ha ett försprång, oavsett om det handlar om tillgång till vård eller om att göra sin röst hörd för att få bästa möjliga behandling. Vid jämförelser av större grupper, till exempel sådana med olika utbildningsnivå, kommer skillnaderna att kvarstå men vara mindre markerade.

Studier av sociala skillnader kan också ge olika resultat beroende på vilket utfallsmått som används och vilken typ av jämförelse som görs. I tidigare jämförelser av sociala skillnader i dödlighet under 1980-talet

uppvisade Sverige bland de mest ojämlika skillnaderna i dödlighet mellan arbetare och tjänstemän [126]. Vad studien inte tog i beaktande var att dödligheten bland svenska arbetare och tjänstemän var den lägsta i Europa och att den uppvisade ojämlikheten berodde på snabbt fallande dödstal bland svenska tjänstemän snarare än på höga dödstal bland arbetare [127].

Positiva exempel

Den svenska mödra- och barnhälsovården är ett område som är värt att lyfta fram som ett lyckat exempel på hur det går att utjämna sociala skillnader. Visserligen ökade skillnaderna i spädbarnsdödlighet mellan olika inkomstgrupper under några år på 1990-talet, men år 2000 var dessa ojämlikheter borta, dessutom med en minimal antydning till att spädbarnsdödligheten i de högsta inkomstgrupperna gick om dödligheten i de lägsta [11]. De avvikelser som beskrivits i denna kunskapsöversikt får nog betraktas som just avvikelser i en i övrigt god mödra- och barnhälsovård.

Ett annat område där Sverige ligger bra till är cancer vården där en internationell jämförelse visar på en låg svensk dödlighet i cancer. I studien Eurocare-3, som jämförde canceröverlevnad åren 1990-1994, hade Sverige den bästa överlevnaden bland alla undersökta länder. Beträffande cancer hos barn utgör Sverige och övriga nordiska länder (utom Danmark) enligt Socialstyrelsen som citerar Eurocare-3 en ”gyllene standard” till vilken ”andra länder har att sträva” [82]. Nyare siffror från OECD [128] visar att män i Sverige har Västeuropas lägsta dödlighet i cancer.

Sjukvården kan bli bättre

Oavsett sjukvårdens goda resultat och framstående placering internationellt finns det förbättringsutrymme inom flera områden. Trots att cancervården i huvudsak är mycket god skulle den förmodligen kunna uppnå ännu bättre resultat om cancerscreeningen nådde ut till de underprivilegerade grupper i befolkningen som i dag inte tycks delta i screening i samma utsträckning som andra.

En annan skillnad mellan olika befolkningsgrupper som är värd att ta upp är behandlingen av hjärt-kärlsjukdomar, ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige [11]. Med tanke på att Socialstyrelsen förordar revaskularisering som metod vid behandling av instabil kranskärlssjukdom, bland annat med hänvisning till den goda överlevnaden [96], är det anmärkningsvärt att arbetare genomgår behandlingen mera sällan än tjänstemän, inte minst mot bakgrund av den stora skillnaden i dödlighet mellan de som har genomgått behandlingen och de som inte har gjort det [98, 99].

Det finns också anledning att fråga sig hur bra hälso- och sjukvården är på bemötande av utrikes födda patienter, speciellt i fråga om kommunikation. Förutom skillnader i läkemedelsanvändning mellan grupper med olika utbildningsnivå finns skillnader i användning mellan svenskar och utrikes födda, skillnader som kan tänkas härstamma från kommunikationssvårigheter mellan patient och personal. Just oron över bristande kommunikation har återkommit i flera studier.

I vissa fall verkar skillnaderna i den vård som ges vara större mellan landstingen än mellan olika befolkningsgrupper. Skilda ekonomiska förutsättningar, medicinsk praxis och befolkningens ålderssammansättning och sociala sammansättning kan vara några faktorer som förklarar skillnaderna. De dryga 3 000 invånarna i Dorotea i Västerbottens län [129] kommer knappast att kunna få samma sjukvårdsservice som invånarna i miljonstaden Stockholm. Det finns alltså naturliga skillnader som begränsar hur stor jämlikhet

som kan uppnås mellan Sveriges invånare. Det bör också påminnas om att skillnader i vårdens resultat och invånarnas ohälsa kan vara större inom ett landsting än mellan landstingen.

Det står ändå klart att det går att lyckas med t.ex. mödrahälsovården trots försvårande förutsättningar i form av till exempel stora avstånd, vilket Jämtlands läns landsting visar. Trots att de som bor längst från ett sjukhus har 40 mils färd dit ligger Jämtland i toppskiktet bland landstingen med det lägsta antalet döda barn inom de första levnadsveckorna [122].

Psykisk ohälsa bör bekämpas

Socialstyrelsen skriver i Folkhälsorapport 2005 att det inte finns någon entydig bild av hur den psykiska ohälsan fördelar sig i befolkningen, men att den verkar vara större bland socialt utsatta personer och att den ökar i alla befolkningsgrupper [11]. Enligt Folkhälsoenkäten 2007 finns det en social skiktning där fler i socialt utsatta grupper uppger att de lider av psykiska besvär jämfört med personer med högre socioekonomisk status [130]. I enkäten fokuseras på lättare psykisk ohälsa så det är fortfarande oklart om samma gradient finns för allvarigare psykisk sjukdom. En av orsakerna till svårigheten att kartlägga psykisk ohälsa är att de drabbade själva väljer bort medverkan i kartläggningar [115].

Klart är däremot att psykiskt sjuka är en särskilt utsatt grupp i samhället på grund av de allvarliga konsekvenser som följer av psykisk ohälsa [14]. De utesluts i arbetslivet [35], får försvagade sociala nätverk [14], har svårt att uttrycka sina behov och avstår ofta från att söka vård [54], möjligen på grund av stigmatiseringen av psykisk sjukdom, både hos de drabbade själva och i samhället [35].

Samtidigt ska människors behov av vård vara en av grunderna för hälso- och sjukvårdens prioriteringar [1]. Att satsa på ökad kunskap om psykisk ohälsa och dess fördelning i befolkningen kan därför vara ett sätt att identifiera grupper där det finns otillfredsställda

vårdbehov – och då inte bara hos de psykiskt sjuka. I förlängningen kanske förekomsten av otillfredsställda vårdbehov är ett av de tecken som tydligast antyder att vården inte finns tillgänglig på lika villkor.

Hur uppnå jämlik vård?

I 2008 års Öppna jämförelser redovisas åtta exempel på sjukdomar och behandlingar där det verkar finnas skillnader i det förebyggande arbetet eller i den vård som ges till olika socioekonomiska grupper. Det betonas att det rör sig om exempel, inte indikatorer på social jämlikhet i svensk hälso- och sjukvård [3].

I Hälso- och sjukvårdsrapport 2005 står det att det i stor utsträckning saknas kvalitetsindikatorer som explicit representerar jämlik vård och att anledningen till detta är att det troligtvis är relativt komplicerat att formulera sådana [6]. Förutom att analyser är svåra att genomföra saknas det också efterfrågan på sådan information både på lokal och på nationell politisk nivå.

En av svårigheterna med att formulera indikatorer eller att undersöka hur det står till med jämlikheten i den svenska hälso- och sjukvården är att allt inte låter sig mätas. Det kanske helt enkelt inte går att ställa upp mätbara kriterier på hur väl hälso- och sjukvården är anpassad för att möta befolkningens behov av vård.

Det kan hävdas att hälso- och sjukvården har ett sisyfosarbete* framför sig om delar av befolkningen av olika anledningar väljer att inte söka vård. Men hälso- och sjukvårdslagen fastslår också att sjukvårdens mål är en ”god hälsa [...] på lika villkor för hela befolkningen” [1]. I formuleringen går det att läsa in en uppmaning till hälso- och sjukvården att bli mer utåtriktad, mer uppsökande och hälsofrämjande.

Det vore därför kanske givande att titta på hälso- och sjukvårdens organisation och struktur, bland annat den marknadsanpassning som för tillfället sker av vården eller vissa delar av den, för att se om den är anpas-

sad för att ge vård på lika villkor. Man skulle till exempel kunna analysera hur väl olika marknadsmodeller rimmar med de rättvise- och prioriteringsprinciper som lades fram av Prioriteringsutredningen [15]. I den analysen kan man bland annat fråga sig hur stor vikt efterfrågeprincipen ges i en viss marknadsmodell.

Nivå påverkar mål

I slutändan kanske striden står mellan oändliga vårdbehov och ändliga resurser. På en verksamhetsnivå måste hälso- och sjukvården ha en nollvision där ojämlikhet inte kan accepteras. Det är svårt att tänka sig att de ojämlikheter och skillnader i behandling som finns och som har redovisats i denna kunskapsöversikt är avsiktliga. Förmodligen kan en del av dessa ojämlikheter utjämnas, om än inte utradas helt, med hjälp av utbildning, större medvetenhet om skillnader i ohälsa och vad som skapar denna ohälsa och genom att sjukvården görs medveten om vilka grupper som (förhoppningsvis) oavsiktligt inte vårdas på lika villkor. Ett första steg för personalen borde vara att fråga sig vad som kan göras i den egna verksamheten för att öka jämlikheten i den vård som ges.

På politisk nivå är ojämlikheten möjligen svårare att rå på. Ändliga resurser begränsar möjligheterna att ge optimal vård till alla, och då är det de som startar livet från en nivå med sämre förutsättningar som löper störst risk att bli lidande. Även om vård på lika villkor slås fast redan i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf har politiker, beslutsfattare och resurstilldelare en ekonomisk verklighet att rätta sig efter; en verklighet som kanske inte medger en totalt jämlik vård.

Något definitivt svar på om svensk hälso- och sjukvård ges på lika villkor kan inte ges här. Det material som ligger till grund för kunskapsöversikten är alldeles för begränsat för att vara representativt för hela vården. Det går däremot att konstatera att det finns områden inom hälso- och sjukvården som från en jämlikhetssynpunkt kan bli betydligt bättre. ●

ORDLISTA

ACE-hämmare, blodtryckssänkande och hjärtstimulerande medel.

Acetylsalicylsyra, läkemedel med smärtstillande, febernedsättande och antiinflammatorisk verkan.

AMI, akut myocard infarkt, eller hjärtinfarkt.

Antenatal, avser tid före födseln.

Apgar-poäng, värdering av allmäntillståndet hos nyfödda med hjälp av bedömning och poängsättning av andning, puls, hudfärg och muskeltonus.

ARB, angiotensinreceptorblockerare

CTG, se Kardiotokograf.

DSM (diagnostic and statistical manual of mental disorders), ett system för indelning och diagnos av psykiska sjukdomar, framtaget i USA.

Förlossningspsykos, psykos som uppkommer i samband med förlossning och som kan ge hallucinationer som drabbar hörsel, syn, smak eller känsel.

Gradient, avser en gradvis övergång från ett tillstånd till ett annat, exempelvis från en färg till en annan, ett lägre värde till ett högre eller, som i denna kunskapsöversikt, fenomenet att det finns ett samband mellan kvaliteten på vården och patientens sociala ställning.

Horisontell jämlikhet, betyder att lika fall ska behandlas lika.

Icke insulinberoende diabetes mellitus, avser typ 2-diabetes som oftast debuterar i högre åldrar och är förknippad med en nedsatt effekt av det insulin som bildas (insulinresistens) och med fetma.

IUGR (Intrauterine growth restriction), intrauterin tillväxthämning.

Kardiotokograf, apparat som kontinuerligt följer fostrets hjärtslag under förlossningen, registrerar förändringar i pulsfrekvens och anger dessa i relation till förlossningsvärkarna i livmodermuskulaturen.

KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom), kronisk luftvägsinflammation (bronkit) som ger hosta, andningsvärigheter och nedsatt lungfunktion.

Kvintil, en femtedel av en given mängd. Termen används för att beskriva en statistisk fördelning i en befolkning eller del av en befolkning.

Neonatal, avser nyfödda.

Oddsquot, kvot mellan oddsen för att sjuka individer ("fall") varit exponerade för en viss faktor och oddsen för att friska individer ("kontroller") varit exponerade för denna faktor.

Perinatal, avser tiden runt födelsen; i samband med födelsen.

Perinatal dödlighet, det antal barn som antingen är dödfödda eller dör under första levnadsveckan, beräknat per 1 000 förlossningar.

Polyfarmaci, överdriven eller onödig användning av många läkemedel.

Posttraumatiskt stressyndrom, ett ofta långdraget tillstånd av psykisk otillräcklighet som uppträder efter det att någon har varit utsatt för långvarig och svår psykisk och fysisk påfrestning.

PTSS, se posttraumatiskt stressyndrom.

Revaskularisering, ingrepp för att förbättra eller återställa blodcirkulationen.

Somatoform, flera och långvariga symptom av psykiska påfrestningar, ibland också psykisk sjukdom, som tagit sig kroppsliga (somatiska) uttryck.

Sisyfosarbete, syftar på ett arbete utan slut, efter den grekiska myten om kung Sisyfos som straffades av Zeus och tvingades rulla ett stort stenblock uppför en kulle. Sisyfos skulle bli fri så fort han lyckats rulla stenblocket upp till toppen, men varje gång han nådde dit tappade han taget om stenblocket som rullade tillbaka nedför kullen och kung Sisyfos tvingades börja om från början.

Warfarin, ämne som förhindrar blodkoagulering.

Vertikal jämlikhet, betyder att störst resurser ska läggas på dem med störst behov.

APPENDIX 1

Socioekonomisk indelning [SEI]

Socioekonomisk indelning (SEI) är enligt Statistiska centralbyrån (SCB) en ”beskrivande klassifikation avsedd att belysa den hierarkiska struktur som delar upp människor i olika klasser” [131]. Grundläggande för SEI är människors position på arbetsmarknaden, som antas ha betydelse för välfärdsfördelning och möjligheter i livet. SCB använder sig av en socioekonomisk indelning som omfattar tolv klasser:

- 1) ej facklärd arbetare, varuproducerande;
- 2) ej facklärd arbetare, tjänsteproducerande;
- 3) facklärd arbetare, varuproducerande;
- 4) facklärd arbetare, tjänsteproducerande;
- 5) lägre tjänstemän I;
- 6) lägre tjänstemän II;
- 7) tjänstemän på mellannivå;
- 8) högre tjänstemän;
- 9) ledande befattningar;
- 10) fria yrkesutövare med akademikeryrken;
- 11) företagare exklusive lantbrukare;
- 12) lantbrukare.

Väldigt få, om ens någon, av de studier som denna kunskapsöversikt baseras på har använt sig av SCB:s klassificering, åtminstone inte rakt av och utan förenklingar. Detta beror bland annat på att forskarna inte alltid har haft tillgång till information om variabeln. I stället har de olika studierna delat in studieobjekten i hög- och lågutbildade, arbetslösa och arbetande, arbetare och tjänstemän, låginkomsttagare och höginkomsttagare, som ibland används som alternativa indikatorer på socioekonomisk position.

Vissa studier har haft en uppdelning i två klasser, andra har haft flera klasser. Även ensamboende, tonårsmammor och ensamstående mammor förekommer som egna variabler i studierna. Ett ytterligare exempel är en studie som inkluderade som socioekonomisk variabel möjligheten att vid behov inom en vecka uppåta 9 000 kronor [110].

Kort sagt har indelningen av studieobjekten syftat till att beskriva skillnader mellan mer och mindre utsatta grupper, mellan privilegierade och förfördelade. Läsaren måste emellertid hålla i minnet att utsatthet inte medför att de orättvisor som kunskapsöversikten redovisar för en grupp går att applicera på eller överföra till en annan grupp. Låginkomsttagare må vara utsatta om de befinner sig i en situation som kräver ekonomiska insatser, men en högutbildad låginkomsttagare behöver inte vara särskilt utsatt i en situation där riskfaktorn inte beror på ekonomi, utan på information, för att ta ett förenklat exempel. Utbildning, inkomst och yrke har alla sina fördelar och inbyggda skydd mot olika riskfaktorer, liksom bristen på utbildning, pengar eller ett bra jobb har sina negativa konsekvenser eller risker [132].

APPENDIX 2

Sökningar i PubMed

Följande ord användes vid sökning i databasen PubMed [2]:

Första sökningen

"equity in health care sweden"
"equity in access to health care sweden"
"equitable health care sweden"
"inequity in health care sweden"
"inequities in health care sweden"
"inequity in access to health care sweden"
"inequities in access to health care sweden"
"inequality in health care sweden"
"inequality in access to health care sweden"

Andra sökningen

"equity in medical care sweden"
"equity in access to medical care sweden"
"equitable medical care sweden"
"inequity in medical care sweden"
"inequities in medical care sweden"
"inequity in access to medical care sweden"
"inequities in access to medical care sweden"
"inequality in medical care sweden"
"inequality in access to medical care sweden"
"equal treatment care sweden"
"socioeconomic access to health care sweden"
"socioeconomic medical care sweden"
"socioeconomic access to medical care sweden"

Tredje sökningen

"socioeconomic children care sweden"
"socioeconomic cancer care sweden"
"socioeconomic elderly care sweden"
"socioeconomic diabetes care sweden"
"socioeconomic cardiovascular care sweden"
"socioeconomic pharmaceutical care sweden"
"socioeconomic stroke care sweden"
"socioeconomic ami care sweden"
"socioeconomic immigrant care sweden"
"socioeconomic prescription care sweden"
"socioeconomic analgesics care sweden"
"socioeconomic differences ami care sweden"
"socioeconomic ethnicity care sweden"
"socioeconomic death care sweden"
"socioeconomic cost care sweden"
"socioeconomic screening sweden"
"socioeconomic quality care sweden"
"socioeconomic concordance care sweden"
"socioeconomic attendance care sweden"
"socioeconomic allergy care sweden"
"socioeconomic pain care sweden"
"socioeconomic obesity care sweden"
"socioeconomic vaccine care sweden"
"socioeconomic orthopedic care sweden"
"socioeconomic prostate care sweden"
"socioeconomic waiting time care sweden"

REFERENSER

1. *Hälso- och sjukvårdslag 1982:763.*
2. *PubMed.* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>).
3. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2008.* Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting. Stockholm, 2008.
4. *Återstående medellivslängd för åren 1751 - 2007.* Statistiska centralbyrån, 2008. (http://www.scb.se/templates/tableOrChart___25830.asp).
5. *The State of the World's Children (Table 1: Basic indicators).* Unicef, 2004. (<http://www.unicef.org/sowc04/files/Table1.pdf>).
6. *Hälso- och sjukvårdsrapport 2005.* Socialstyrelsen. Stockholm, 2005.
7. Docteur E, Oxley H. *Health-care systems: Lessons from the reform experience.* OECD Health Working Papers. OECD. Paris, 2003.
8. *Folkhälsorapport 2001.* Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum. Stockholm, 2001.
9. *Mål för folkhälsan (Regeringens proposition 2002/03:35).* Socialdepartementet. Stockholm, 2002.
10. *En förnyad folkhälsopolitik (Regeringens proposition 2007/08:110).* Socialdepartementet. Stockholm, 2007.
11. *Folkhälsorapport 2005.* Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum. Stockholm, 2005.
12. Hogstedt C, Backhans M, Bremberg S, Lundgren B, Törnell B, Wamala S. *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa - vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer.* Statens folkhälsoinstitut. Stockholm, 2003.
13. Janlert U. *Folkhälsovetenskapligt lexikon.* Natur och kultur. Stockholm, 2003.
14. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe N, Marttila A, Sun S. *Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län.* Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Enheten för socialmedicin och Enheten för hälsoekonomi. Stockholm, 2007.
15. *Vårdens svåra val (SOU 1995:5).* Socialdepartementet. Stockholm, 1995.
16. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Proposition 1996/97:60).* 1997.
17. *Riksdagens snabbprotokoll 1996/97:90.* Stockholm, 1997.
18. *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete*

- och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Prioriteringscentrum. Linköping, 2007.
19. Smirthwaite G. (O)jämslällldhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting. Stockholm, 2007.
 20. *Integration till svensk välfärd? Om invandrades välfärd på 90-talet.* Levnadsförhållanden, Rapport nr 96. Statistiska centralbyrån & Arbetslivsinstitutet. Örebro, 2002.
 21. *Folkhälsa och sociala förhållanden – läget 2007.* Socialstyrelsen. Stockholm, 2008.
 22. *Diskriminering – ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa.* Statens folkhälsoinstitut, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering & Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning. 2006.
 23. *Lägesrapporter 2006. Hälso- och sjukvård – primärvård.* Socialstyrelsen. Stockholm, 2007.
 24. Melinder K. *Kommunala basfakta för folkhälsoplanering. Hälsan och dess bestämlningsfaktorer i olika typer av kommuner.* Statens folkhälsoinstitut. Stockholm, 2003.
 25. *Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?* Socialstyrelsen. Stockholm, 2002.
 26. *God vård på lika villkor. Geografi, demografi, volym och kvalitet.* Socialstyrelsen. Stockholm, 2006.
 27. *Uppföljning av den nationella vårdgarantin.* Socialstyrelsen. Stockholm, 2008.
 28. *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (Regeringens proposition 1999/00:149).* Socialdepartementet. Stockholm, 1999.
 29. *Nationella planeringsstödet (Opublicerat material).* Socialstyrelsen. Stockholm, 2008.
 30. *Uppföljning av överenskommelserna om en fortsatt satsning på primärvård, äldrevård och psykiatri. Slutrapport – februari 2008.* Socialstyrelsen. Stockholm, 2008.
 31. Axén E, Lindström M. Ethnic differences in self-reported lack of access to a regular doctor: a population-based study. *Ethnicity & Health*, 2002; 7: 3: 195-207.
 32. Hjelm K, Apelqvist J, Nyberg P, Sundquist J, Isacson A. Health, health care utilization and living conditions in foreign-born diabetic patients in southern Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 1997; 242: 2: 131-141.
 33. *En översiktlig genomgång av dagsläget inom svensk psykiatri (S2004/4895/HS).* Socialdepartementet. Stockholm, 2004.
 34. Löfvendahl S, Eckerlund I, Hansagi H, Malmqvist B, Resch S, Hanning M. Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. *International Journal for Quality in Health Care*, 2005; 17: 2: 133-40.
 35. *Hälso- och sjukvårdsrapport 2001.* Socialstyrelsen. Stockholm, 2001.
 36. *Lägesrapporter 2007. Hälso- och sjukvård.* Socialstyrelsen. Stockholm, 2008.
 37. Burström B, Foree L N. *Vård på lika villkor? En litteraturgenomgång av studier av vårdutnyttjande i olika grupper.* Stockholms läns landsting, Socialmedicin. Stockholm, 2001.

38. Gerdtham U G, Sundberg G. Redistributive effects of Swedish health care finance. *International Journal of Health Planning and Management*, 1998; 13: 4: 289-306.
39. Lundberg O. *Sjukvård och vårdutnyttjande. (Bilaga till SOU 2000:38, Välfärd, vård och omsorg)*. Socialdepartementet. Stockholm, 2000.
40. Gerdtham U G, Sundberg G. Equity in the delivery of health care in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1998; 26: 4: 259-64.
41. Gerdtham U G, Trivedi P K. Equity in Swedish health care reconsidered: new results based on the finite mixture model. *Health Economics*, 2001; 10: 6: 565-72.
42. Haglund B, Rosén M. Sprickor i välfärdsmuren. Lågutbildade missgynnas i vården. *Läkartidningen*, 1996; 93: 42: 3672-3677.
43. Gerdtham U G. Equity in health care utilization: further tests based on hurdle models and Swedish micro data. *Health Economics*, 1997; 6: 3: 303-19.
44. Hjern A, Haglund B, Rasmussen F, Rosén M. Socio-economic differences in daycare arrangements and use of medical care and antibiotics in Swedish preschool children. *Acta Paediatrica*, 2000; 89: 10: 1250-6.
45. Hjern A, Haglund B, Rosén M. Socioeconomic differences in use of medical care and antibiotics among schoolchildren in Sweden. *European Journal of Public Health*, 2001; 11: 3: 280-283.
46. Steen-Carlsson K. *Inequality of access in health care*. Lunds universitet, Lund, 1999.
47. van Doorslaer E, Masseria C. *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries*. OECD Health Working Papers (14). OECD. Paris, 2004.
48. Darj E, Lindmark G. Mödrahälsovården utnyttjas inte av alla gravida kvinnor. *Läkartidningen*, 2002; 99: 1-2: 41-44.
49. Berglund A, Lindmark G. The impact of obstetric risk factors and socioeconomic characteristics on utilization of antenatal care. *Journal of Public Health Medicine*, 1998; 20: 4: 455-62.
50. Uttjek M, Dufåker M, Nygren L, Stenberg B. Psoriasis care consumption and expectations from a gender perspective in a psoriasis population in northern Sweden. *Acta Dermato-Venereologica*, 2005; 85: 6: 503-8.
51. *Välfärd, vård och omsorg (SOU 2000:38)*. Socialdepartementet. Stockholm, 2000.
52. Burström B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy*, 2002; 62: 2: 117-129.
53. *Social rapport 2001*. Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum. Stockholm, 2001.
54. Åhs A M, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy*, 2006; 78: 2-3: 178-193.
55. Beckman A, Merlo J, Lynch J W, Gerdtham U G, Lindström M, Lithman T. Country of birth, socioeconomic position, and healthcare expenditure: a multilevel analysis of Malmo, Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004; 58: 2: 145-149.

56. Walander A, Ålander S, Burström B. *Sociala skillnader i vårdutnyttjande. Yrkesverksamma åldrar. Vård på lika villkor, Rapport 1.* Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi. Stockholm, 2004.
57. Sundman L. *Vård på lika villkor? Hälso- och sjukvård samt tandvård för befolkningen i Gävleborgs län våren 2004.* Rapport från Samhällsmedicin Gävleborg 2005:2. Landstinget Gävleborg. Gävle, 2005.
58. Sundman L. *Vård på lika villkor 2004 och 2007. Hälso- och sjukvård samt tandvård för befolkningen i Gävleborgs län och riket.* Rapport från Samhällsmedicin Gävleborg 2008:2. Samhällsmedicin Gävleborg. Gävle, 2008.
59. Westin M, Åhs A, Brand Persson K, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care--lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy*, 2004; 68: 3: 333-44.
60. Wamala S, Merlo J, Boström G, Hogstedt C. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007; 61: 5: 409-15.
61. Granvik M. *Sjukvårdsutnyttjande, "serviceprofiler" för Landstinget Dalarnas vårdcentraler mm. Rapport från landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete, nr 114a, februari 2001.* Landstinget Dalarna. Falun, 2001.
62. Merlo J, Ohlsson H, Grahn M, Lindström M, Rosvall M. *Behovsanalyser av hälso- och sjukvård i Region Skåne (Version maj 2008).* Socialmedicinska enheten, UMAS, Region Skåne. 2008.
63. Lundberg L, Johannesson M, Isacson D G, Borgquist L. Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. *Health Policy*, 1998; 44: 2: 123-34.
64. *Läkemedelsreformen 1997 – hur blev det?* Socialstyrelsen. Stockholm, 2000.
65. Merlo J, Lynch J W, Yang M, Lindström M, Östergren P O, Rasmusen N K, Råstam L. Effect of neighborhood social participation on individual use of hormone replacement therapy and antihypertensive medication: a multilevel analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2003; 157: 9: 774-83.
66. Johnell K, Lindström M, Sundquist J, Eriksson C, Merlo J. Individual characteristics, area social participation, and primary non-concordance with medication: a multilevel analysis. *BMC Public Health*, 2006; 6: 52.
67. Frimodt-Möller N, Hammerum A M, Bagger-Skjot L, Hessler J H, Brandt C T, Skov R L, Monnet D L. Trends in global antibiotic resistance. *Ugeskrift for Laeger*, 2006; 168: 36: 3039-42.
68. Hedin K, André M, Håkansson A, Mölstedt S, Rodhe N, Petersson C. A population-based study of different antibiotic prescribing in different areas. *British Journal of General Practice*, 2006; 56: 530: 680-5.
69. Ringbäck Weitoft G, Rosén M, Ericsson O, Ljung R. Education and drug use in Sweden - a nationwide register-based study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2008; 17: 10: 1020-8.
70. Palier B. *Hälso- och sjukvårdens reformer. En internationell jämförelse.* Sveriges Kommuner och Landsting. Stockholm, 2006.

71. Harrison M I, Calltorp J. The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. *Health Policy*, 2000; 50: 3: 219-40.
72. Jonsson P M, Agardh E, Brommels M. *Hälso- och sjukvårdens strukturreformer. Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien*. Ansvarskommitténs skriftserie. Stockholm, 2006.
73. Diderichsen F. Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden. *Health Policy*, 1995; 32: 1-3: 141 -153.
74. *Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter Ädelreformen*. Socialstyrelsen. Stockholm, 1998.
75. Bergman S E. Swedish models of health care reform: a review and assessment. *International Journal of Health Planning and Management*, 1998; 13: 2: 91 -106.
76. Bergmark A. Solidarity in Swedish welfare – standing the test of time? *Health Care Analysis*, 2000; 8: 4: 395 -411.
77. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*, 2006; 174: 2: 177-83.
78. Colombo F, Tapay N. *Private health insurances in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems*. OECD Health Working Papers (15). OECD. Paris, 2004.
79. Westerling R. *Åtgärdbar dödlighet som en indikator i den folkhälsopolitiska uppföljningen. En undersökning av regionala skillnader i Sverige 1989–2003*. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm, 2008.
80. Westerling R, Gullberg A, Rosén M. Socioeconomic differences in 'avoidable' mortality in Sweden 1986-1990. *International Journal of Epidemiology*, 1996; 25: 3: 560-7.
81. Westerling R, Rosén M. 'Avoidable' mortality among immigrants in Sweden. *European Journal of Public Health*, 2002; 12: 4: 279-86.
82. *Cancervården i Sverige. Kvalitet, struktur och aktuella utmaningar*. Socialstyrelsen. Stockholm, 2007.
83. Lagerlund M, Bellocco R, Karlsson P, Tejler G, Lambe M. Socio-economic factors and breast cancer survival - a population-based cohort study (Sweden). *Cancer Causes & Control*, 2005; 16: 4: 419-30.
84. Halmin M, Bellocco R, Lagerlund M, Karlsson P, Tejler G, Lambe M. Long-term inequalities in breast cancer survival - a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). *Acta Oncologica*, 2008; 47: 2: 216-24.
85. *Social rapport 2006*. Socialstyrelsen. Stockholm, 2006.
86. Blom J, Yin L, Lidén A, Dolk A, Jeppsson B, Pählman L, Holmberg L, Nyrén O. Toward understanding nonparticipation in sigmoidoscopy screening for colorectal cancer. *International Journal of Cancer*, 2008; 122: 7: 1618-23.
87. Rutqvist L E, Bern A. Socioeconomic gradients in clinical stage at presentation and survival among breast cancer patients in the Stockholm area 1977-1997. *International Journal of Cancer*, 2006; 119: 6: 1433-9.
88. Zackrisson S, Andersson I, Manjer J, Janzon L. Non-attendance in breast cancer screening is associated

- with unfavourable socio-economic circumstances and advanced carcinoma. *International Journal of Cancer*, 2004; 108: 5: 754-60.
89. Lagerlund M, Maxwell A E, Bastani R, Thurfjell E, Ekblom A, Lambe M. Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening - a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes & Control*, 2002; 13: 1: 73-82.
90. Blom J. Aspects of participation in sigmoidoscopy screening for colorectal cancer. *Gastrokuriren - tidskrift för svensk gastroenterologisk förening*, 2007; 12: 4: 6-7.
91. Eaker S, Adami H O, Sparén P. Reasons women do not attend screening for cervical cancer: a population-based study in Sweden. *Preventive Medicine*, 2001; 32: 6: 482-91.
92. Zackrisson S, Lindström M, Moghaddassi M, Andersson I, Janzon L. Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme: a multilevel analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2007; 35: 5: 548-54.
93. Peltonen M, Rosén M, Lundberg V, Asplund K. Social patterning of myocardial infarction and stroke in Sweden: incidence and survival. *American Journal of Epidemiology*, 2000; 151: 3: 283-92.
94. Löfmark U., Hammarström A. Education-related differences in case fatality among elderly with stroke. *Neuroepidemiology*, 2008; 31: 1: 21-7.
95. 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? *International Journal of Epidemiology*, 2005; 34: 2: 260-7.
96. *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvården – Beslutsstöd*. Socialstyrelsen, 2008. (<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/9942/Sammanfattning2008-102-7.htm>).
97. *Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst*. Socialstyrelsen. Stockholm, 2008.
98. Haglund B, Köster M, Nilsson T, Rosén M. Inequality in access to coronary revascularization in Sweden. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 2004; 38: 6: 334-9.
99. Rosvall M, Chaix B, Lynch J, Lindström M, Merlo J. The association between socioeconomic position, use of revascularization procedures and five-year survival after recovery from acute myocardial infarction. *BMC Public Health*, 2008; 8: 44.
100. Ringbäck Weitoft G, Ericsson O, Löfroth E, Rosén M. Equal access to treatment? Population-based follow-up of drugs dispensed to patients after acute myocardial infarction in Sweden. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2008; 64: 4: 417-24.
101. Sundquist J, Malmström M, Johansson S E. Cardiovascular risk factors and the neighbourhood environment: a multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology*, 1999; 28: 5: 841-5.
102. Stjärne M K, Ponce de Leon A, Hallqvist J. Contextual effects of social fragmentation and material deprivation on risk of myocardial infarction - results from the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33: 4: 732-41.

103. *Lägesrapporter 2007. Vård och omsorg om äldre*. Socialstyrelsen. Stockholm, 2008.
104. *Hjälpmonster bland de allra äldsta. Faktorer som påverkar informellt och formellt hjälpmonster bland de allra äldsta*. Socialstyrelsen & Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping. Jönköping, 2008.
105. Hanratty B, Burström B, Walander A, Whitehead M. Inequality in the face of death? Public expenditure on health care for different socioeconomic groups in the last year of life. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2007; 12: 2: 90-4.
106. Hanratty B, Burström B, Walander A, Whitehead M. Hospital deaths in Sweden: are individual socioeconomic factors relevant? *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007; 33: 3: 317-23.
107. Haider S I. *Socioeconomic differences in drug use among older people. Trends, polypharmacy, quality and new drugs*. Karolinska Institutet, Stockholm, 2008.
108. Vinnars B, Ekenstam F A, Gerdin B. Comparison of direct and indirect costs of internal fixation and cast treatment in acute scaphoid fractures: a randomized trial involving 52 patients. *Acta Orthopaedica*, 2007; 78: 5: 672-9.
109. Antonov K, Isacson D. Use of analgesics in Sweden--the importance of sociodemographic factors, physical fitness, health and health-related factors, and working conditions. *Social Science & Medicine*, 1996; 42: 11: 1473-81.
110. Antonov K, Isacson D. Prescription and nonprescription analgesic use in Sweden. *The annals of pharmacotherapy*, 1998; 32: 4: 485-94.
111. Antonov K, Isacson D. Headache and analgesic use in Sweden. *Headache*, 1998; 38: 97-104.
112. Al-Windi A, Elmfeldt D, Svärdsudd K. Determinants of drug utilisation in a Swedish municipality. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2004; 13: 2: 97-103.
113. Lindholm C, Burström B, Diderichsen F. Class differences in the social consequences of illness? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002; 56: 3: 188-92.
114. Li X, Sundquist J, Hwang H, Sundquist K. Impact of psychiatric disorders on Parkinson's disease: a nationwide follow-up study from Sweden. *Journal of Neurology*, 2008; 255: 1: 31-6.
115. Lundberg I, Damström Thakker K, Hallström T, Forsell Y. Determinants of non-participation, and the effects of non-participation on potential cause-effect relationships, in the PART study on mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005; 40: 6: 475-83.
116. Al-Saffar S, Borgå P, Wicks S, Hallström T. The influence of the patients' ethnicity, socio-demographic conditions and strain on psychiatric diagnoses given at an outpatient clinic. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2004; 58: 6: 421-7.
117. Sundquist K, Frank G. Urbanization and hospital admission rates for alcohol and drug abuse: a follow-up study of 4.5 million women and men in Sweden. *Addiction*, 2004; 99: 10: 1298-305.
118. Romelsjö A, Stenbacka M, Lundberg M, Upmark M. A population study of the association between hospitalization for alcoholism among employees in different socio-economic classes and the risk of mobility

- out of, or within, the workforce. *European Journal of Public Health*, 2004; 14: 1: 53-7.
119. *Svenskarna blir allt äldre – spädbarnsdödligheten mycket låg*. Statistiska centralbyrån, 2008. (http://www.scb.se/templates/tableorchart___231100.asp).
120. Arntzen A, Nybo Andersen A M. Social determinants for infant mortality in the Nordic countries, 1980-2001. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2004; 32: 5: 381-9.
121. Westerståhl A, Björkelund C, Marklund B, Bengtsson C, Hagen D, Höglund D, Lindström M. Focusing on the pregnancy test. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1998; 77: 3: 322-6.
122. Pakkanen M, Lindblom B, Otterblad Olausson P, Rosén M. Stora regionala skillnader i förlossningsvårdens resultat. *Läkartidningen*, 2004; 101: 43: 3320-3325.
123. Lundh B, Malmquist J. Medicinska ord. *Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer. Studentlitteratur*. 2008.
124. Essén B, Bödker B, Sjöberg N-O, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S, Östergren P-O. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2002; 109: 677-682.
125. Nager A, Johansson L M, Sundquist K. Neighborhood socioeconomic environment and risk of postpartum psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 2006; 9: 2: 81-6.
126. Mackenbach J P, Kunst A E, Cavelaars A E, Groenhouf F, Geurts J J. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU working group on socioeconomic inequalities in health. *Lancet*, 1997; 349: 9066: 1655-9.
127. Vågerö D, Erikson R. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*, 1997; 350: 9076: 516-518.
128. Statistics and indicators for 30 countries. Version 10/17/2006. (Samt komplettering av statistik för Sverige för åren 2003-2004). OECD Health data. OECD. 2006.
129. *Kommunfolkmängd efter kön 1 november 2007*. Statistiska centralbyrån, 2007. (http://www.scb.se/templates/tableOrChart___186794.asp).
130. Eriksson L, Ljungdahl S, Bremberg S. *Är depression en klassfråga? – en systematisk litteraturoversikt över kopplingen mellan social klass och depression*. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm, 2008.
131. *Socioekonomisk indelning (SEI)*. Statistiska centralbyrån, 2008. (http://www.scb.se/templates/Standard___218503.asp).
132. Geyer S, Hemström O, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006; 60: 9: 804-10.

Vård på (o)lika villkor

– en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård

Den svenska hälso- och sjukvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen från 1982 ges på lika villkor, oavsett patientens sociala position i samhället. Kunskapsöversikten Vård på (o)lika villkor ställer frågan om hur väl hälso- och sjukvården lyckas uppfylla detta mål.

Kunskapsöversikten ger bland annat en kort inblick i några av de faktorer som bestämmer människors hälsa och hur social position bidrar till att förbättra eller försämra hälsan. Men vad kunskapsöversikten i första hand gör är att redovisa den vetenskapliga kunskap som finns om sociala skillnader i hälso- och sjukvården, både avseende tillgänglighet och behov samt behandling och kvalitet.

Till exempel behandlas högutbildade hjärtsviktspatienter av någon anledning oftare än andra med nyare och dyrare preparat. Låginkomsttagare och utrikes födda avstår också oftare än de mer privilegierade grupperna från att söka vård trots behov av det.

Översikten är skriven av Adolfo Diaz, frilansjournalist och fil. kand. i teoretisk filosofi, på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting.

Rapporten beställs på www.skl.se/publikationer eller på tfn 020-31 32 30, fax 020-31 32 40.

Rapporten kan även laddas hem som pdf-fil

ISBN 978-91-7164-4374



**Sveriges
Kommuner
och Landsting**

118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20

Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50

www.skl.se