

Slutrapport

**Projekt hälso- och
sjukvårdsuppföljning:
Jämlik vård**

Innehåll

Sammanfattning	4
Huvudbudskap	4
Uppdrag.....	4
Jämlig hälso- och sjukvård.....	5
Uppföljning av jämlig vård i Region Skåne.....	5
Analys av omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården.....	7
Projektets förslag.....	8
Slutrapportens delar	8
Del 1: Bakgrund	9
Projektets bakgrund och uppdrag	9
Projektets mål.....	9
En förändring under projektets gång.....	10
Projektorganisation	11
Extern rådgivarnämnd från Centrum för epidemiologi och sambandsmedicin i Region Stockholm	12
Om jämlig vård och jämlig hälsa	12
Är vården i Sverige och i Skåne ojämlig?.....	15
Vad påverkar ojämlig vård?	15
Privat hälso- och sjukvård och jämlig vård.....	16
Privat vårdförsäkring.....	17
Del 2: Region Skånes analysförmåga av vårdkvalitet och jämlig vård	19
Projektets granskande uppdrag	19
Region Skånes behov av att analysera vårdkvalitet och jämlig hälso- och sjukvård.....	19
Uppföljning av jämlig vård med olika organisatoriska perspektiv	20
Hur följs jämlig vård upp i Region Skåne?.....	22
Uppföljning av jämlig vård inom Region Skåne.....	23
En decentraliserad uppföljning	24
Kompetenser för analys av jämlig vård	24
Organisation för analys av vårdkvalitet och jämlig vård	25
Centralt stöd för uppföljning av vårdkvalitet och jämlig vård efterfrågas	26
Befintlig datamiljö för analys av vårdkvalitet och jämlig vård.....	26
Informationsplattformen (InfoP).....	26

Socioekonomiska data.....	27
Nationella kvalitetsregister	27
Skånes digitala vårdssystem (SDV)	27
Datakvalitet	27
Slutsatser om Region Skånes datamiljö för ändamålet att analysera jämlig vård	27
Hinder vid analys av privata vårdgivare	28
Folkhälsoperspektiv	30
I frånvaron av empiriska data om jämlig vård	30
Hur följer andra regioner upp vårdkvalitet och jämlig vård?.....	30
Del 3: Analys av vårdkvalitet och jämlig vård i Region Skåne	32
Att utvärdera gruppskillnader	32
AIHDA – Analysmetod för vårdkvalitet och jämlig vård.....	33
Empiriska analyser	34
Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus: Skillnader mellan sjukhus och sociodemografiska grupper	34
Del 4: Förslag för en stärkt analys av vårdkvalitet och jämlig vård	36
Kompetenser	36
Tillgängliga data.....	36
Stärkt kontroll.....	37
Analysfunktion för utvärdering av vårdkvalitet och jämlig vård.....	37
Analysfunktionen syfte	38
Vad krävs för att inrätta analysfunktionen?	38
Vad kan förväntas av analysfunktionen efter driftsättning?	39
Förordad analysmetod.....	40
Bas i intern verksamhetsuppföljning eller forskningsverksamhet	40
Slutord.....	41
Appendix	42
Bilaga 1: Analys av jämlig vård med AIHDA-metoden	42
Bilaga 2: Intersektionalitet	42
Bilaga 3: Analys av kvalitetsindikator för löpande uppföljning: Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus: Skillnader mellan sjukhus och sociodemografiska grupper.....	42

Sammanfattning

Huvudbudskap

- Projektet har granskat Region Skånes analyskapacitet av vårdkvalitet och jämlik vård och ser utrymme för förbättring.
- Att stärka uppföljningen gagnar Region Skåne både som beställare och som utförare av hälso- och sjukvård, eftersom det stärker den faktabaserade bilden av vårdkvalitet och eventuella omotiverade skillnader. Uppföljning av vårdkvalitet och jämlik vård är viktiga delar i en datadriven och kunskapsstyrd hälso- och sjukvård.
- Region Skåne kan utveckla sin uppföljning genom att samla befintliga kompetenser inom Region Skåne, i synnerhet epidemiologi och socialmedicin, med uppdrag att utföra uppföljningen.
- Det finns juridiska och datamässiga hinder vid uppföljning av vårdkvalitet och jämlik vård, som sammantaget föreslås hanteras genom en beprövad samverkansmodell med Lunds universitet, medicinska fakulteten, där analyser beställs av Region Skåne och utförs som forskningsverksamhet.
- Projektet föreslår en samlad analysfunktion som ska stödja kunskapsstyrningen och ledningsfunktioner i Region Skåne med underlag om vårdkvalitet och jämlik vård.

Uppdrag

Projekt hälso- och sjukvårds uppföljning jämlik vård har i uppdrag stärka kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården utifrån ett jämlikhetsperspektiv, i enlighet med beslut i Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd och beslutad projektplan. Kunskap och kännedom om omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården i Region Skåne ska stärkas genom utvecklad analys och uppföljning som kan vägleda konkreta åtgärder för en mer jämlik vård. Genom att stärka kunskapsorganisationen och hälso- och sjukvårdsnämndens behovsanalys med information om hur vården skiljer sig mellan grupper i samhället kan insatser som ger en mer jämlik hälso- och sjukvård sättas in.

Projektet genomförs genom delmål beskrivna i projektplanen, som sammantaget berör:

- 1) Att inventera Region Skånes nuvarande förmåga att analysera vårdkvalitet och jämlik vård.
- 2) Att analysera jämlik vård i olika kvalitetsutfall i Region Skåne och på så vis exemplifiera hur analys av jämlik vård kan ske i Region Skåne.
- 3) Att föreslå hur uppföljning av jämlik vård kan stärkas i Region Skåne.

Jämlik hälso- och sjukvård

Att hälso- och sjukvården ska vara jämlik är en tydlig målsättning i Region Skåne och det framgår i hälso- och sjukvårdslagen att vården¹ ska ges på lika villkor och utifrån behov. Jämlighet är ett värde som genomsyrar all hälso- och sjukvård och kan beskrivas som frånvaron av omotiverade skillnader i vården, exempelvis i väntetider, behandlingsresultat, kostnader, tillgång på vård samt i upplevelsen av hälso- och sjukvård. Uppföljning och utvärdering av omotiverade skillnader är därför relevant i alla delar av hälso- och sjukvården och det är ett perspektiv i en kunskapsbaserad vård. Omotiverade skillnader ska inte råda om vården ges efter behov och i enlighet med evidens och beprövad erfarenhet. Att identifiera omotiverade skillnader i utfall och processer är därför viktigt för att bedriva en kunskapsbaserad och jämlik vård, så att effektiva interventioner kan sättas in mot omotiverade skillnader. Uppföljning av jämlik vård kan sammantaget sägas utgöra en del i en datadriven och kunskapsstyrd hälso- och sjukvård.

Det finns idag evidens som visar att flera delar av den svenska hälso- och sjukvården är ojämlika – det vill säga, hälso- och sjukvården ges inte alltid efter behov och inte på lika villkor. I stället påverkas vården av andra principer än vårdbehov så som kön, ålder, födelseland, socioekonomisk status, vilken vårdgivare som utför vården, med mera.

Att motverka ojämlik vård är en lagstadgad skyldighet för hälso- och sjukvården. En väl utvecklad kvalitetsuppföljning om omotiverade skillnader utgör en del av Region Skånes egenkontroll och det utgör en viktig del av beslutsunderlag till ledningsfunktioner. Det finns även demokratiska värden med att erbjuda hälso- och sjukvård på lika villkor till hela befolkningen och att på ett transparent sätt kunna påvisa detta via kvalitetsuppföljning. Det är kostnadseffektivt att fördela vården på lika villkor och enligt behov, eftersom medicinska behov då styr i stället för andra principer.

En mer jämlik hälso- och sjukvård som ges på lika villkor och enligt behov bidrar som regel till en mer jämlik folkhälsa. Ojämlikhet i hälsa orsakas av många individuella och samhälleliga faktorer som inte direkt motverkas av en jämlik hälso- och sjukvård, men en jämlik vård som ges enligt behov kan motverka skillnader i hälsa i befolkningen. Om vården är ojämlik så riskerar den i stället att förstärka skillnader i folkhälsan. Samtidigt ökar en försämrad folkhälsa behovet av sjukvård. Därför är hälso- och sjukvård och folkhälsa tätt sammanbundna med varandra.

Uppföljning av jämlik vård i Region Skåne

I projektets inventering av hur jämlik vård följs upp i Region Skåne framgår det att specifik uppföljning som analyserar jämlighet i hälso- och sjukvården sker i låg utsträckning, även om det sker omfattande kvalitetsuppföljning i hälso- och sjukvården med andra perspektiv. Uppföljning av jämlik vård i Region Stockholm sker i högre utsträckning med tillgång till fler resurser

¹ I hela rapporten avser begreppet vård både hälso- och sjukvård

och med bättre tillgång till data. I Region Skåne genomförs idag ett omfattande arbete med kvalitetsindikatorer men kvalitetsuppföljningen saknar som regel ett perspektiv om hur grupptillhörighet såsom kön, socioekonomiska grupper, åldersgrupper och födelseland påverkar omotiverade skillnader mellan individerna. Ett verksamhetsperspektiv är däremot vanligt förekommande, där resultaten aggregeras på verksamhetsnivå, vilket tillåter en medelvärdesorienterad analys av skillnader beroende på var en patient fått vård. Sjukhusstyrelser och sjukvårdsnämnder i Region Skåne har i uppdrag att utföra analys av jämlik vård men uppdraget har inte kunnat genomföras enligt uppgifter från Region Skånes verksamhetsredovisning. Region Skånes arbete för en mer jämlik vård utgörs i hög utsträckning av standardisering, arbete med riktlinjer och utbildningar som kan bidra till en mer jämlik vård.

Region Skånes nuvarande kvalitetsuppföljning kan beskrivas som decentraliserad. Med detta menas att obearbetade data fördelas ut i organisationen via olika applikationer, som QlikView. På så vis görs kvalitetsutfall tillgängliga för samtliga verksamheter som studerar kvalitetsapplikationerna. Det finns styrkor i denna strategi i form av transparens och tillgänglighet. Nackdelen är att obearbetade data inte kan påvisa omotiverade skillnader. En decentraliserad uppföljning är därför en utmaning från ett perspektiv om jämlik vård eftersom uppföljning av jämlik vård ställer specifika krav på kompetens gällande bearbetning av data och analys från ett epidemiologiskt och socialmedicinskt perspektiv.

Uppföljning av vårdkvalitet och jämlik vård utgör ett eget kunskapsområde som kräver epidemiologisk och socialmedicinsk kompetens, ofta på forskarutbildningsnivå. Socialmedicin är en medicinsk specialitet i vilken bland annat ingår samhällsvetenskapliga och epidemiologiska färdigheter. Inom det socialmedicinska kunskapsområdet ingår även utvärdering av hälso- och sjukvård. Socialmedicin och epidemiologi i allmänhet och analys av jämlik vård i synnerhet är ett team-arbete som kräver flera olika kompetenser så som statistiker och datamanager och samarbete med specialister inom de vårdområden som analyseras.

Inventeringen indikerar att kompetens för analys av jämlik vård behöver stärkas som resurs för ledningsfunktioner och beslutsprocesser på olika nivåer Region Skåne. Projektet har, via en initial kartläggning, identifierat att denna kompetens sannolikt finns inom Region Skåne och i verksamhet vid Lunds universitet, finansierad av Regions Skåne, men dessa kompetenser är inte koordinerade för Region Skånes behov att analysera jämlik vård.

En grundläggande infrastruktur avseende databaser är en förutsättning för att genomföra kvalitetsuppföljning av jämlik vård. Denna infrastruktur är i Region Skåne under utveckling (Informationsplattformen) men skulle behöva vidareutvecklas specifikt för att innehålla nödvändiga data för analys av jämlik vård, som socioekonomiska individdata och kvalitetsdata som även möjliggör analys av privata vårdgivare. Detta är dock komplicerat ur ett juridiskt perspektiv eftersom det finns begränsningar i vad som är tillåtet att analysera som kvalitetsuppföljning inom regioner. Utveckling av

området pågår för närvarande inom Region Skåne. En väg som projektet undersökt är att genomföra analyser av jämlik vård via forskningsdatabaser i samverkan med lärosäten. Projektet har arbetat på det sättet i samverkan med Lunds universitet. Region Skåne använde en liknade samverkansmodell fram till 2010 och var då en förebild i Sverige inom området analys av vårdkvalitet. Detta analysätt har även praktiserats i Region Stockholm under många år, även idag.

Analys av omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården

Projektet valde att analysera ett antal kvalitetsindikatorer inom Region Skåne ur ett jämlikhetsperspektiv men mötte ett antal hinder i form av avsaknad av socioekonomiska data, begränsad vårddata från privata vårdgivare, långa väntetider för att kunna samla in relevanta data, behov av att etablera kontaktvägar med Statistiska centralbyrån (SCB) och svårigheter med att beställa data från kvalitetsregister till Region Skåne. Att identifiera dessa förbättringsmöjligheter var i sig relevant för projektet men det gjorde en del av projektets uppdrag, att genomföra flertalet olika analyser av jämlik vård, omöjligt att genomföra under projekttiden. Även om mängden analyser blev färre än förväntat till följd av dessa utmaningar, så kan projektet redovisa ett förbättrat sätt att genomföra uppföljning av jämlik vård via en exempelanalys av en kvalitetsindikator: "Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus", där vi analyserade skillnader mellan sjukhus och mellan sociodemografiska grupper. Analysen återfinns i bilaga 3 och utgör ett exempel på hur Region Skåne kan genomföra analyser av jämlik vård av olika kvalitetsutfall, via en metodik som är internationellt beprövad i vetenskapliga sammanhang. Bilaga 1 och 2 innehåller fördjupade metodbeskrivningar.

För att studera jämlik vård är det praxis att utgå från socioekonomiska och demografiska faktorer eftersom de påvisats vara viktiga för att förstå skillnader i hälso- och sjukvården i flera studier. Det går att analysera andra variabler också, vad som studeras bör anpassas för den aktuella frågeställningen. Att studera strukturvariabler, som till exempel drifts- och finansieringsform, kan vara viktigt vid analys av omotiverade skillnader. En viktig faktor är privata vårdförsäkringars inverkan på jämlikheten i hälso- och sjukvården. Finansiering av vård är internationellt en central aspekt vid analys av jämlik vård eftersom stora skillnader kan uppstå till följd av att betalningsförmågan skiljer sig mellan olika individer. I en svensk kontext har finansiering traditionellt sett inte varit en relevant aspekt att studera eftersom vården finansieras offentligt. I takt med att andelen med privat vårdförsäkring växer i Sverige så ökar dock motiven att studera hur jämlikheten i vården påverkas av privatfinansierad vård. År 2022 hade 761 000 svenskar privat vårdförsäkring och detta aktualiserar vikten av att som beställare av hälso- och sjukvård få en bättre bild av hur sjukvårdens drifts- och finansieringsformer påverkar jämlikheten i vården, för att säkerställa att offentligt finansierad hälso- och sjukvård (i offentlig och privat drift) inte trängs undan till förmån för den privatfinansierade vården. Denna risk observerar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och de

rekommenderar att regionerna gemensamt stärker sin uppföljning av privata vårdgivare.

Projektets förslag

Projektet lämnar förslag till en stärkt uppföljning av jämlik vård och vårdkvalitet i Region Skåne. Förslagen utgår i korthet från behovet av en central analysfunktion i Region Skåne som kan leverera analyser av vårdkvalitet och jämlik vård. Analysfunktionen är tänkt som resurs i kunskapsstyrningssystemet i Region Skåne och som del av Region Skånes kvalitetsuppföljning. Den ska utgöra en stödfunktion för hela Region Skåne och stödja befintliga processer, såsom kunskapsstyrning, och behov-, uppdrag-, och uppföljningsprocessen (BUU). En analysfunktion behöver bemannas med kompetens inom epidemiologi, socialmedicin, hälsoekonomi, statistik och datamangement. Kompetenserna är sannolikt befintliga i Region Skåne, men arbetar i olika verksamheter med andra uppdrag. En analysfunktion kan med fördel bedrivas i samverkan med medicinska fakulteten på Lunds universitet för att tillgå kompetens och infrastruktur för dataanalys som kan skapa en mer effektiv analys som hanterar flera av de hinder som identifierats vid analys av kvalitetsdata inom Region Skåne. Analysfunktionen bör belysa vårdkvalitet och jämlik vård från alla relevanta perspektiv som kan påverka om vården ges efter behov och på lika villkor. Detta inkluderar både individuella faktorer som till exempel kön, utbildning, socioekonomisk status och strukturvariabler som drifts- och finansieringsform.

Slutrapportens delar

- **Del 1 – Bakgrund:** Beskrivning av projektet och beskrivning av jämlik vård och jämlik hälsa.
- **Del 2 – Nuvarande analysförmåga av vårdkvalitet och jämlik vård:** Inventering av Region Skånes nuvarande analysförmåga av vårdkvalitet och jämlik vård, utifrån perspektiv som kompetens och datamiljö.
- **Del 3 – Analys av vårdkvalitet och jämlik vård i Region Skåne:** Exempelanalys av vårdkvalitet och jämlik vård med Region Skånes data. Genomförd analys och metodbeskrivning återfinns i sin helhet som bilagor.
- **Del 4 – Förslag för en stärkt analys av vårdkvalitet och jämlik vård:** Projektets förslag för att stärka uppföljningen av vårdkvalitet och jämlik vård i Region Skåne.
- **Bilaga 1:** Analys av jämlik vård med AIHDA-metoden
- **Bilaga 2:** Intersektionalitet
- **Bilaga 3:** Analys av kvalitetsindikator för löpande uppföljning: Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus: Skillnader mellan sjukhus och sociodemografiska grupper

Del 1: Bakgrund

Projektets bakgrund och uppdrag

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne beslutade i juni 2022 om jämlik vård som insatsområde. Inom ramen för insatsområdet beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören att genomföra projekt hälso- och sjukvårdsuppföljning (HSU) jämlik vård (projektplan 2022-09-01).

Ett samverkansavtal slöts mellan Region Skåne och Lunds universitet om att gemensamt genomföra projektet. Lund universitets samverkan bidrar med utökad kompetens, möjliggörande av analyser med forskningsdatabaser samt extern kvalitetsgranskning av Region Skånes kvalitetsuppföljning.

Projekt hälso- och sjukvårdsuppföljning jämlik vård har i uppdrag att stärka kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Projektet ska öka kunskap och kännedom om omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården i Region Skåne genom utvecklad analys och uppföljning som utgår från tillämpliga metoder och datakällor och som kan vägleda konkreta åtgärder för en mer jämlik vård. Då en struktur för analys av omotiverade skillnader i vården är på plats kan uppföljning av kvalitetsutfall i vården ske löpande, så att insatser mot ojämlikhet kan sättas in där de har effekt.

I Region Skånes verksamhetsredovisning från styrelser och nämnder har det beskrivits att det finns svårigheter med att genomföra analys av jämlik vård, denna utmaning förväntas projektet kunna bidra till att lösa.

En utvecklad kvalitetsuppföljning med jämlikhetsperspektiv och monitorering av vårdkvalitet medför positiva effekter för Region Skånes förmåga att följa upp och kontrollera den vård som finansieras av Region Skåne och utgör ett viktigt verktyg för att säkra en kunskapsstyrd och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Projektet har strävat efter att presentera konkreta förslag för hur Region Skåne kan stärka kvalitetsuppföljningen med jämlikhetsperspektiv med avstamp i Region Skånes aktuella analyskapacitet, i andra regioners motsvarande arbete och i aktuell ämneskunskap inom akademien.

Projektets mål

I projektplanen anges att projektets övergripande mål är:

”att öka kunskap och kännedom om omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården i Region Skåne genom analys av Region Skånes vårddatabas (RSVD) och annat för Region Skåne relevanta data. Det krävs god kunskap och kännedom om omotiverade skillnader i vården för att kunna förebygga och förhindra ojämlik hälso- och sjukvård. En välfungerande uppföljning kan vägleda konkreta åtgärder för en mer jämlik hälso- och sjukvård. För att kunna göra dessa analyser på bästa sätt även i framtiden ska projektet inte bara genomföra konkreta studier utan också identifiera vilka

epidemiologiska, socialmedicinska och data-relaterade resurser som behövs för en hållbar analysförmåga av hälso- och sjukvården i Region Skåne.”

Projektet genomförs genom delmål beskrivna i projektplanen som sammantaget berör:

- 1) Att inventera Region Skånes nuvarande förmåga att analysera vårdkvalitet och jämlik vård.
- 2) Att analysera jämlik vård i olika kvalitetsutfall i Region Skåne och på så vis exemplifiera hur analys av jämlik vård kan ske i Region Skåne.
- 3) Att föreslå hur uppföljning av jämlik vård kan stärkas i Region Skåne.

En förändring under projektets gång

I uppdraget ingick att följa upp hälso- och sjukvården i Region Skåne från ett jämlik vård-perspektiv och vid projektets start förutsattes att det skulle finnas förutsättningar för att beställa data för analys under projekttiden. Uppföljning har inte kunnat genomföras i den utsträckning som var planerat eftersom data för uppföljning i projektets analyser av jämlik vård antingen har saknats eller funnits i databaser som inte är tillgängliga för analys. Problematiken projektet stött på gällande datatillgång består av följande, och beskrivs närmare i slutrapportens del 2.

- **Socioekonomiska individdata saknas för regelbunden uppföljning av vårdkvalitet i Region Skåne.** Sådan information är grundläggande för att följa upp om vården ges på lika villkor och enligt behov. Projektet har via enheten för dataanalys och registercentrum (DARC) etablerat kontaktvägar med statistiska centralbyrån (SCB) och beställt hem sådana data för två kvalitetstutfall. Lång handläggningstid hos SCB minskade flexibiliteten i vilka analyser projektet hade möjlighet att genomföra.
- **Data avseende privata vårdgivare med offentlig finansiering var inte tillgängliga för de analyser som projektet hade för avsikt att genomföra.**
 1. **Förutsättningarna för uppföljning av privata vårdgivers kvalitetsdata är begränsade,** detta är en känd juridisk utmaning och en lösning förväntas inte i närtid. Detta innebär att kvalitetsdata avseende vård som finansieras av Region Skåne men som utförs av privata vårdgivare inte kan följas upp. En privat vårdgivare har dock möjlighet att efterfråga analys av sina data av Region Skåne, via särskilt avtal. Sådana avtal finns i normalfallet inte. Därmed är detta ett hinder för att följa upp jämlik vård i en relativt stor del av hälso- och sjukvården. Det krävs ändrade juridiska förutsättningar för att möjliggöra uppföljning inom Region Skåne, till skillnad från uppföljning som genomförs via forskningsverksamhet.
 2. **Tillgång till vårddata för privat vård.** Privata vårdgivers data kan inhämtas från nationella kvalitetsregister i många fall men beställningsvägarna för regioner tycks vara oklara och projektet

fick inte ut data från ett nationellt kvalitetsregister för en av sina två analyser (där vi hade tillgång till socioekonomiska uppgifter). Om data erhålls är det otvetydigt om analysen är juridiskt godkänd.

Dessa utmaningar innebär svårigheter vid analys av jämlik vård. Utmaningarna upptäcktes tidigt under projektets gång och utgör i sig en viktig erfarenhet som ligger till grund för projektets rekommendationer. Därför har projektet fokuserat på delen i uppdraget som handlade om att kartlägga hur Region Skåne kan stärka sin förmåga att följa upp jämlik vård (kompetenser, infrastruktur för data, analysmetod). Projektet har identifierat ett antal möjligheter till förbättring för framtida analys av jämlik vård.

Projektet har genomfört en enskild analys baserat på de data som varit möjlig att tillgå, som syftar till att visa hur enkla och informativa analyser av jämlik vård skulle kunna genomföras som del i en löpande uppföljningen i Region Skåne. Denna exempelanalys (bilaga 3) tillsammans med en inventering av Region Skånes analyskapacitet av jämlik vård och en utblick mot andra regioners verksamhet inom området utgör grunden för projektets förslag till en stärkt uppföljning av jämlik vård i Region Skåne.

Projektorganisation

Projektet har samlat nödvändig kompetens som sammantaget kan beskrivas som epidemiologisk, samhällsvetenskaplig, socialmedicinsk och statistisk.

Johan Öberg, projektledare

Hälso- och sjukvårdstrateg, Enheten för kunskapsstyrning, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning

Doktorand, Enheten för Socioepidemiologi, Inst. För kliniska vetenskaper i Malmö, Medicinska fakulteten Lunds universitet

Juan Merlo, ansvarig sakkunnig i projektet

Professor, Enheten för Socioepidemiologi, Inst. För kliniska vetenskaper i Malmö, Medicinska fakulteten Lunds universitet

Överläkare i socialmedicin, Centrum för primärvårdsforskning, Region Skåne

Medverkande:

Anders Beckman, rådgivare

Docent, Enheten för samhällsmedicin, Inst. För kliniska vetenskaper i Malmö, Medicinska fakulteten Lunds universitet

Allmänläkare, Centrum för primärvårdsforskning, Region Skåne

Hanna Partoft, statistiker

Dataanalys och registercentrum, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning

Kani Khalaf, projektdeltagare

Hälso- och sjukvårdstrateg, Regionala läkemedelsenheten, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning

Doktorand, Enheten för Socioepidemiologi, Inst. För kliniska vetenskaper i Malmö, Medicinska fakulteten Lunds universitet

Lovisa Björnberg, statistiker

Dataanalys och registercentrum, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning

Mariam Hassan, projektassistent

Enheten för kunskapsstyrning, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning

Raquel Perez, statistiker

Enheten för Socioepidemiologi, Inst. För kliniska vetenskaper i Malmö,
Medicinska fakulteten Lunds universitet

Extern rådgivarnämnd från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i Region Stockholm

Region Stockholm utgör för projekt HSU jämlik vård extern rådgivarnämnd i syfte att granska arbetet för att bidra till kvalitetssäkring av projektets slutsatser.

Extern rådgivarnämnd utgörs av:

- Anna Ohlis, Överläkare psykiatri, biträdande enhetschef Enheten för psykisk hälsa, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm
- Anton Lager, Docent i epidemiolog, enhetschef Enheten för hälsoläge och vårdbehov, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm
- Bo Burström, Överläkare socialmedicin, Enheten för hälsoläge och vårdbehov, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Om jämlik vård och jämlik hälsa

Jämlik vård är ett omdebatterat begrepp som kan uppfattas på många olika sätt. På engelska görs en viktig distinktion som inte återfinns på svenska, nämligen distinktionen mellan *equality* och *equity*.

Equality innebär ”lika för alla” i bemärkelsen samma rättigheter eller ingångsvärde för alla. Resultaten kan i slutändan skilja sig då ingen åtskillnad görs mellan olika individers behov eller kapacitet. Ett sådant exempel på jämlikhet från hälso- och sjukvården är att alla betalar samma patientavgift för samma typ av vårdkontakt.

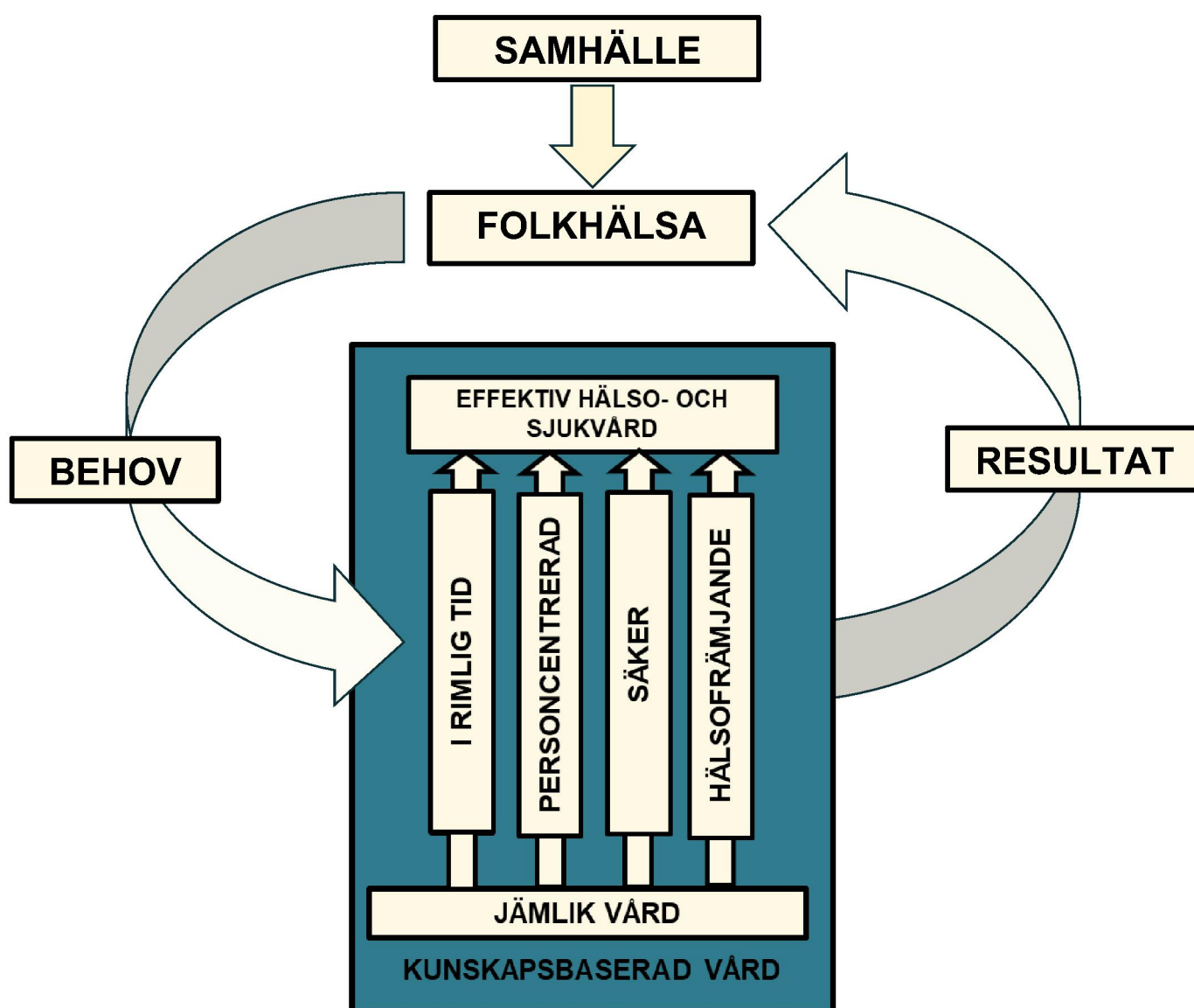
Equity innebär en strävan av att nå ”lika resultat” för alla. Att sträva efter lika resultat kräver att man kompenserar för olikheter (medfödda och förskaffade) genom att leverera vård på olika sätt och i olika utsträckning i relation till behov och kapacitet för att uppnå lika resultat. Ett sådant exempel är att sträva efter en god rehabilitering för alla, även om hälso- och sjukvården behöver kompensera för skilda behov där vissa patienter kommer behöva mer rehabilitering än andra för att resultaten ska bli så jämlika som möjligt. Resultatet kan i det fallet sägas vara att uppnå varje patients potentiella förmåga efter rehabilitering.

Equality och *equity* utgör gemensamt begreppet jämlikhet men ofta har dessa begrepp avsevärt olika innebörd. På svenska finns även termen *jämställdhet* som används när jämlikhet mellan kvinnor, män, flickor och pojkar avses. I denna rapport använder vi termen jämlikhet i betydelse *equity*, vilket även innefattar jämställdhet.

Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf uttrycker att *vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen och med respekt för alla människors lika värde, där den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (HSL 2017:30)*. Lagstiftningen tar tydligt ställning för att vården ska vara jämlik med hänsyn till både *equality* och *equity*. Vården ska ges efter behov samt på lika villkor.

Kvalitetsuppföljning är en central del i regionernas egenkontroll (SOSFS 2011:9). För att kvalitetssäkra att vården ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) krävs uppföljning och analys av hälso- och sjukvård. Utan analys av jämlik vård är det svårt att säkerställa att lagen följs.

Jämlik hälso- och sjukvård är en fråga om mänskliga rättigheter samt lagstiftade skyldigheter för hälso- och sjukvården. Jämlikhet kan förstås som en genomgripande kvalitetsdimension som påverkar alla vårdens andra kvalitetsdimensioner, såsom tillgänglighet och patientsäkerhet (figur 1).



Figur 1. Flera kvalitetsdimensioner krävs för att hälso- och sjukvården ska vara effektiv. All hälso- och sjukvård ska vara kunskapsbaserad. Jämlig vård är ett perspektiv som genomsyrar alla kvalitetsdimensioner (i rimlig tid, personcentrerad, säker och hälsofrämjande). Hälso- och sjukvårdens insatser påverkar folkhälsan och folkhälsan påverkar i sin tur behovet av hälso- och sjukvård.

Det finns en stark koppling mellan jämlig hälso- och sjukvård och en effektiv och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård, eftersom omotiverade skillnader i hälso- och sjukvård kan antas vara både ineffektiva och strida mot evidens och beprövad erfarenhet. Jämlig vård är också en förutsättning för en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård, eftersom omotiverade skillnader innebär att vården inte ges efter behov utan enligt andra principer vilket leder till både underbehandling av vissa grupper och överbehandling av andra grupper. Detta, i sin tur, minskar kostnadseffektiviteten i hälso- och sjukvården och mynnar ut i ökande ojämlikhet i hälsa hos befolkningen.

Ojämlikhet i hälsa orsakas av många individuella och samhälleliga faktorer som inte direkt motverkas av en jämlig vård, men en jämlig vård kan

motverka skillnader i hälsa i befolkningen. Om vården är ojämlik så riskerar vården i stället att förstärka skillnader i hälsa hos befolkningen. Därför kan sambandet mellan hälso- och sjukvården och folkhälsan uppfattas som cirkulärt och ömsesidigt. Vad som sker med folkhälsan påverkar behovet av hälso- och sjukvård och vad som sker i hälso- och sjukvården påverkar folkhälsan.

Är vården i Sverige och i Skåne ojämlik?

Svaret på frågan om vården är ojämlik beror på hur jämlikhet definieras och vilket utfall i hälso- och sjukvården som avses. I flera avseenden så har ojämlikheter identifierats i svensk hälso- och sjukvård och det finns omotiverade sociala och geografiska skillnader som i vissa fall anses vara omfattande. Flera rapporter har publicerats de senaste åren i Sverige på detta tema, till exempel:

- [Merlo J, Rosvall M, Lindström M, Lindeberg S, Tegenrot F, Ohlsson H, Modén B, and Grahn M. 2008. 'Jämlik vård? Rapport med fokus på områdena hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk ohälsa och psykiatriska sjukdomar samt barns hälsa och sjukvård.'](#) Rapport. Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS, Region Skåne.
- [Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård: Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2011.](#)
- [Myndigheten för vård och omsorgsanalys. En mer jämlik vård är möjlig: Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. 2014.](#)
- [Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Vårdval och jämlik vård inom primärvården: En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande. 2015.](#)
- [Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Olik eller ojämlik? En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan. 2019.](#)
- [Sveriges kommuner och landsting. \(O\)jämställdhet i hälsa och vård: En sammanfattning. 2019.](#)

Det finns vetenskapliga studier som analyserar jämlikhet i olika utfall i hälso- och sjukvården i en internationell, nationell och även skånsk kontext och de har publicerats som forskningsartiklar.

Projektet har inte kunnat identifiera att Region Skåne på eget initiativ har utvärderat hälso- och sjukvården från ett jämlikhetsperspektiv, annat än i undantagsfall, och därför är kunskap om ojämlikheter i skånsk hälso- och sjukvård relativt okänd. Däremot finns mycket kvalitetsuppföljning och kvalitetsdata i Region Skåne som skulle kunna analyseras med ett jämlikhetsperspektiv. De analyser som projektet har identifierat med jämlikhetsperspektiv inom Region Skåne innehåller jämförelser av grupper medelvården, till exempel mellan män och kvinnor, vilket inte är tillräckligt för att uttala sig om vården är jämlik (se del 3 och bilaga 1-3 för mer information).

Vad påverkar ojämlik vård?

Det finns idag evidens om att hälso- och sjukvårdskvalitet och vårdkonsumtion i fler fall är ojämlikt fördelat mellan olika grupper i samhället. Perspektiv som har identifierats som viktiga för att förklara

skillnader mellan individer i hälso- och sjukvårdskvalitet är utbildning, inkomst, sysselsättning, civil status, kön, ålder och födelseland samt vissa tillstånd som förekomst av psykiatriska sjukdomar. Olikheter i socioekonomisk position och därtill relaterad fördelningen av makt och resurser mellan olika grupper i samhället kan leda till ojämlikheter i vårdkvalitet. Hur hälso- och sjukvården är utformad och organiserad, så kallade strukturvariabler, kan också gagna eller missgynna olika individer. Sådana faktorer är exempelvis geografiska avstånd till hälso- och sjukvården, medicinteknisk utrustning, skillnader i lokala rutiner, skillnader mellan vårdgivare i användning av e-hälsa och digital teknik, med mera. Finansiering av vård är internationellt en central aspekt vid analys av jämlik vård eftersom stora skillnader kan uppstå till följd av att betalningsförmågan skiljer sig mellan olika individer. I en svensk kontext har finansiering traditionellt sett inte varit en relevant aspekt att studera eftersom vården finansieras offentligt. I takt med att andelen med privat vårdförsäkring växer i Sverige så ökar dock motiven till att studera hur jämlikheten i vården påverkas av privatfinansierad vård. År 2022 hade 761 000 svenskar privat vårdförsäkring och detta aktualiserar vikten av att som beställare av hälso- och sjukvård få en bättre bild av hur sjukvårdens drifts- och finansieringsformer påverkar jämlikheten i vården och för att säkerställa att offentligt finansierad hälso- och sjukvård (i offentlig och privat drift) inte trängs undan till förmån för den privatfinansierade vården. Denna risk observerar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och de rekommenderar att regionerna gemensamt stärker sin uppföljning av privata vårdgivare.

Privat hälso- och sjukvård och jämlik vård

Framväxten av privat hälso- och sjukvård är i ett svenskt sammanhang relativt nytt och det är en faktor att beakta i en rapport om jämlik vård i Skåne eftersom drift- och finansieringsform kan påverka jämlikheten i vården. Drift- och finansiering utgör fundamentet för vem som får vård och hur den vården erbjuds. En förenklad och övergripande modell av olika kombinationer av drift- och finansieringsformer presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Finansierings- och driftsformer i hälso- och sjukvården.

Förkortningar

LOU: Lagen om offentlig upphandling, LOV: Lagen om valfrihetssystem, LOF: Lagen om ersättning för fysioterapi, LOL: Lagen om läkarvårdsersättning

	Offentlig drift	Privat drift
Offentlig finansiering	Ex: Vårdverksamhet i Region Skånes regi, inklusive Region Skånes verksamheter inom LOV.	Ex: Upphandlad vårdverksamhet LOU, Vårdval med privata aktörer LOV, Vård enligt LOL och LOF.
Privat finansiering	Ex: Patientavgifter i offentlig hälso- och sjukvård, egenfinansierade hjälpmedel.	Ex: Privata vårdförsäkringar via försäkringsbolag och privata vårdgivare.

Ojämligheter som uppstår eller påverkas av drift- och finansieringsform är viktiga att identifiera, så att de kan motverkas via avtalsskrivning och utformning av hälso- och sjukvårdssystemet. Drift- och finansieringsform är en relativt enkel uppgift att studera som en dimension i en analys av jämlik vård. Information om driftsform och verksameters kvalitetsutfall finns i Region Skåne idag, att komplettera med ett jämlik vård-perspektiv kan ge värdefull information för flera mottagare:

- Patienter, för att få en bild av vårdens kvalitet hos olika vårdgivare och vårdenheter.
- Beslutsfattare, för att veta var kvalitetsbrister finns.
- Beställare av hälso- och sjukvård, för att veta att leverantörer håller ingångna avtal genom att kunna identifiera brister i vårdkvalitet.
- Vårdverksamhet, som jämförelse med andra enheter vilket kan leda till utveckling av den egna verksamheten.

Inträdet av olika finansierings- och driftsformer i hälso- och sjukvården kan förstås utifrån begreppet *New public management* som behandlar hur principer från näringslivet och privata verksamheter tagit en större plats i den traditionellt renodlade offentliga sektorn sedan 1990-talet i Sverige. Privat drift och privat finansiering är delar i en större samhällslig utveckling men en sådan analys faller utanför vår rapport.

Privat vårdförsäkring

Privata vårdgivare i hälso- och sjukvården skapar förutsättningar för en privat vård där även finansieringen sker privat (offentlig vård tecknar inte

avtal med försäkringsbolag). Privata vårdgivare som har slutit avtal med försäkringsbolag kan även ha avtal med en region. Patienter med privat vårdförsäkring garanteras som regel mycket korta väntetider, god tillgänglighet kan sägas utgöra en grund för alla privata vårdförsäkringar.

Om samma infrastruktur för vård, till exempel en vårdcentral, används för både privata och offentligt finansierade patienter finns risk att de offentligt finansierade patienterna undanträngs till förmån för individer som innehar privat vårdförsäkring och som garanteras särskilt korta väntetider.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick i uppdrag att analysera privata vårdförsäkringarna och beskriver i rapporten Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare att *”Personer med sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare, sannolikt utan att det finns skillnader i medicinska behov. Det är svårt att entydigt visa hur patienter i den offentligt finansierade vården påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar. Försäkringarna skapar förutsättningar för en ökad individanpassning men också en ökad ojämlikhet”*.

En av rekommendationerna som myndigheten lämnar är att regionerna gemensamt bör se över sin uppföljning av privata vårdgivare. Det bör noteras att hälso- och sjukvård utförd inom ramen för privat vårdförsäkring är komplicerad att analysera eftersom data inte är offentliga, privata vårdförsäkringar utgör affärsuppgörelser där Region Skåne eller annan saknar insyn.

I frånvaron av nödvändiga individdata för att genomföra kvalitetsgranskningar går det att utforska analysstrategier som kan indikera ojämlikheter till följd av undanträngning av offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Sådana analysstrategier kan dock aldrig ersätta individbaserade data som innehåller uppgifter om vård given inom ramen för privata vårdförsäkringar.

För att få kännedom om privata vårdförsäkringars faktiska effekter på offentligt finansierad vård (i privat och i offentlig drift) behöver detta studeras. Projektet kan inte uttala sig om det finns undanträngning av offentligt finansierad vård till följd av privata vårdförsäkringar i Region Skåne.

Det är relevant att analysera privata vårdförsäkringar utifrån ett perspektiv om jämlik vård eftersom vårdförsäkringarna innehas av en relativt stor och selekterad del av den vuxna befolkningen och antalet försäkrade ökar år för år. Att denna (i en svensk kontext) nya finansieringsform för hälso- och sjukvård växer, i kombination med en risk för undanträngning som är svår för regioner och myndigheter att analysera, kan vara anledning att uppmärksamma konsekvenserna särskilt inom ramen för området jämlik vård.

Del 2: Region Skånes analysförmåga av vårdkvalitet och jämlik vård

Projektets granskande uppdrag

Enligt projektplanen ska en inventering av Region Skånes förmåga att analysera vårdkvalitet och jämlik vård genomföras. Syftet är att få en nulägesbeskrivning av hur uppföljningen sker, för att kunna ge rekommendationer om hur arbetet med jämlik vård kan stärkas framåt.

Inventeringen är inte en revision eller en genomlysning av organisationen eller verksamheter, utan utgår från att inventera hur sakområdet uppföljning av vårdkvalitet och jämlik vård sker.

Region Skånes behov av att analysera vårdkvalitet och jämlik hälso- och sjukvård

Region Skåne har liksom alla regioner och vårdgivare ett omfattande ansvar att följa upp och hälso- och sjukvården för att säkerställa att lagstiftning, föreskrifter och överenskommelser efterlevs.

Sådan kvalitetsuppföljningen har flera syften i regionerna i Sverige. Den ska bidra med en faktabaserad bild av verksamheten som bedrivs och dess resultat samt patientrelaterade kvalitetsmått. Kvalitetsuppföljningen utgör underlag till olika målgrupper i organisationen: Politisk organisation, tjänstemannaorganisation samt patientnära verksamheter. Regioner behöver även via kvalitetsuppföljning visa hur den skattefinansierade verksamheten bedrivs och vilka resultat som uppnås för regering, myndigheter, invånare och media.

Genom att inkludera ett jämlikhetsperspektiv i kvalitetsuppföljningen kan analys av hur individuella skillnader påverkas av olika typer av grupptillhörighet belysas. Jämlikhet behöver studeras på flera sätt, som mellan olika typer av relevanta grupperingar (till exempel socioekonomiska, demografiska och administrativa/organisatoriska grupperingar) och över tid. Uppföljning av jämlik vård behöver göras med lämpliga epidemiologiska metoder för att inte dra felaktiga slutsatser. Se bilaga 1 som beskriver analys av jämlik vård med metoden *Analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (AIHDA)* för en närmare beskrivning.

Analys av vårdkvalitet och analys av jämlik vård är två sidor av samma mynt, där vårdkvalitet inte kan sägas ha analyserats på ett lämpligt sätt utan att ta hänsyn till gruppskillnader och där analys av jämlik vård i sig inte är möjligt utan att sättas i relation till kvalitetsmått i hälso- och sjukvården.

Kvalitetsuppföljning med jämlikhetsperspektiv ger en mer nyanserad bild av verkligheten än kvalitetsuppföljning som inte belyser gruppskillnader. Utan kvalitetsuppföljning med jämlikhetsperspektiv är det svårt att kunskapsbaserat styra för en mer jämlik vård.

Kvalitetsuppföljning med jämlikhetsperspektiv är viktigt för att säkerställa att vården ges på ett ändamålsenligt sätt och möjliggör att effektivt och kunskapsbaserat planera för framtida hälso- och sjukvård och interventioner. Kvalitetsuppföljningen fungerar även som ett verktyg för stärkt kontroll, där kvaliteten i den vård som Region Skåne utför i egen regi samt avtalat om med privata vårdgivare kan analyseras för att identifiera kvalitetsavvikelser.

Region Skånes kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård innefattar många olika delar, såsom löpande regional kvalitetsuppföljning via kvalitetsindikatorer, verksamhetsberättelser, del i nationella kvalitetsregister, uppföljning via enkäter, del i öppna jämförelser, externa granskningar och revision.

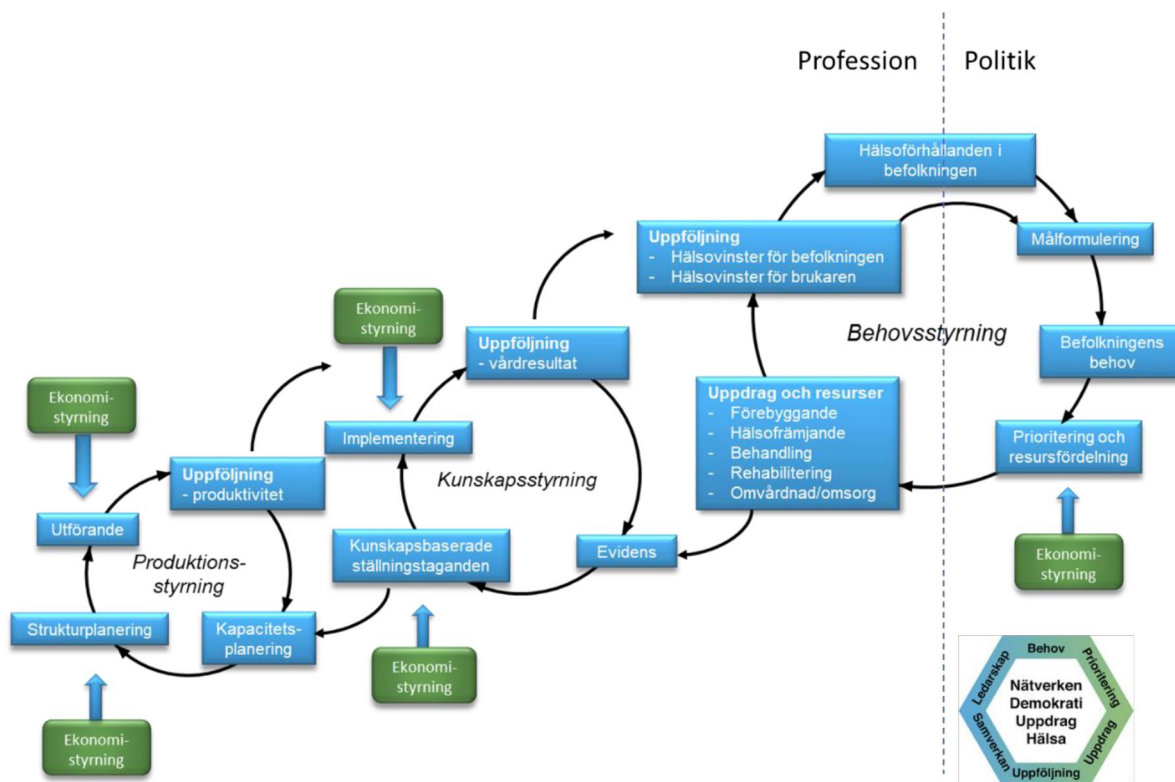
Uppföljning av jämlik vård med olika organisatoriska perspektiv

Uppföljning av vårdkvalitet och jämlik vård och presentation av underlag som belyser omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården är viktigt för flera organisationsnivåer: Politisk nivå, tjänstemannanivå, verksamhetsnivå och nationell kunskapsstyrning. Alla organisationsnivåerna i en region lyder under hälso- och sjukvårdslagen och de är ansvariga för att säkerställa en vård på lika villkor och efter behov, men har olika uppgift för att nå denna målsättning.

- **Politisk nivå:** Politiken är ansvarig för att utforma **vad** vårdssystemet ska leverera. Politiker behöver underlag från tjänstemän och vårdprofessioner där ett jämlikhetsperspektiv är inkluderat för att kunna genomföra horisontella prioriteringar mellan vårdområden. Det är viktigt att eventuella omotiverade skillnader mellan olika grupper i befolkningen synliggörs i underlag och kvalitetsredovisningar som politiken tar del av. Utan nödvändiga underlag som belyser omotiverade skillnader är det svårt för politiker att faktabaserat kunna motverka ojämlikheter.
- **Tjänstemannanivå:** Beslut för **hur** hälso- och sjukvården bedrivs och genomförs hanteras på tjänstemannanivå. I den offentliga förvaltningen, inklusive kunskapsstyrningssystemet, ligger ansvaret att ta fram korrekta underlag till politik och ledningsfunktioner på tjänstemannanivå. Utan analys av omotiverade skillnader och jämlik vård blir styrning för en mer jämlik vård svårt att genomföra på ett kunskapsbaserat sätt.
- **Verksamhetsnivå:** I varje enskilt patientmöte erbjuds den hälso- och sjukvård som aggregerat kan sägas vara jämlik eller ojämlik. Verksamhetsnivå är ett vagt begrepp som kan inkludera allt från en mindre mottagning till en hel vårdförvaltning med flera sjukhus. För att verksamheter ska kunna bedriva ett kunskapsbaserat arbete mot

identifierade ojämlikheter krävs data som påvisar mönster i hur hälso-och sjukvården levereras i den egna och andra verksamheter.

Figur 2 beskriver hur olika organisationsnivåer interagerar med varandra i ett hälso- och sjukvårdssystem.



Figur 2. Styrning i hälso- och sjukvård med olika fokus från Nätverken Demokrati Uppdrag Hälsa.²

I Region Skånes behovs-, uppdrags-och uppföljnings-process (BUU) bedrivs över kalenderåret ett cykliskt arbete kopplat till den politiska nivån, där komponenterna behov, uppdrag och uppföljning är beroende av varandra. Ett jämlikhetsperspektiv bör beaktas i alla delar i BUU-processen för att synliggöra relevanta gruppskillnader. Underlag som synliggör ojämlikhet i hälso- och sjukvården möjliggör att styra mot en mer jämlik vård. Om uppföljningen i stället inte beaktar hur grupptillhörighet påverkar individuella skillnader i hälso- och sjukvården så förblir eventuella omotiverade skillnader osynliga.

BUU-processen inkluderar flera aktiviteter och arbetssätt där ett jämlikhetsperspektiv behöver inkluderas, till exempel:

- Framtagande av årlig behovsrapport som utgör underlag till planering och politisk prioritering av hälso- och sjukvård.

² Nätverken (natverken.se)

- Framtagande av Region Skånes Verksamhetsplan med budget som beslutas av regionfullmäktige.
- Nämnders och styrelsernas uppföljning av hälso- och sjukvård enligt regionfullmäktiges beslut om uppföljningsplan. Uppföljningsplanen har sin utgångspunkt i de regionövergripande målen samt inriktning och uppdrag till verksamheten som angetts i Region Skånes verksamhetsplan och budget.

Information om hur individuella skillnader påverkas av grupptillhörighet är viktigt vid framtagande av uppdrag och interventioner för att möta identifierade vårdbehov i befolkningen. Sådan information visar om det lämpar sig med riktade insatser till specifika målgrupper och hur insatserna bör skraddarsys, eller om det krävs universella insatser till hela befolkningen i stället (se bilaga 1-3 för en närmare beskrivning).

Sammantaget så är kvalitetsuppföljning med jämlikhetsperspektiv viktigt för att ledningsfunktioner i hälso- och sjukvården och politisk ledning ska kunna och våga prioritera och arbeta för en mer jämlik vård. Arbetet för en jämlik vård behöver vara datadrivet och utgå från genomarbetade underlag där eventuella omotiverade skillnader synliggörs. Det är etiskt motiverat att analyser av gruppkillnader är korrekt genomförda för att inte stigmatisera grupper.

Hur följs jämlik vård upp i Region Skåne?

För att besvara frågan om hur jämlik vård och vårdkvalitet följs upp i Region Skåne har projektet utgått från en rad olika källor.

- Analys av verksamhetsberättelser i Region Skåne, dokumentation och verksamhetsbeskrivningar.
- Granskning av genomförda analyser och rapporter om vårdkvalitet från olika verksamheter i Region Skåne.
- Dokumenterade erfarenheter från empiriska analyser inom ramen för projektet.
- Utdrag från HR-avdelningen om personal.
- Dialog med nyckelpersoner kopplade till Region Skånes verksamhetsuppföljning.

Projektet har granskat hur jämlik vård följs upp i Region Skåne och utgör inte en granskning av verksamheter. Projektet har fokuserat på att identifiera **mönster** i Region Skånes kvalitetsuppföljning av jämlik vård, vilket innebär att det kan finnas enskilda undantag från vad som beskrivs.

Projektets slutsatser har för avsikt att stärka Region Skånes kvalitetsuppföljning av jämlik vård och därför har ett kritiskt perspektiv anlagts för att identifiera förbättringsområden för en utvecklad uppföljning av jämlik vård. Projektet har fokuserat på sitt uppdrag att inventera uppföljning av gruppkillnader och jämlik hälso- och sjukvård, och därför

kommer andra styrkor eller aspekter i analys och uppföljning inte att kommenteras.

Uppföljning av jämlik vård inom Region Skåne

Uppföljning av jämlik vård sker i begränsad utsträckning i Region Skåne, om vi med sådan uppföljning syftar på analys av hur grupptillhörighet av olika slag påverkar omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården mellan individer.

I Region Skåne finns möjlighet att utveckla perspektiv om hur grupptillhörighet såsom kön, socioekonomisk position, ålder och födelseland påverkar omotiverade skillnader mellan individer i hälso- och sjukvården. I redovisning i Region Skåne grupperas ofta resultaten efter ett verksamhetsperspektiv, till exempel jämförelser mellan vårdcentraler och sjukhus. Sociodemografisk information kan i sammanhanget förstärka underlag för utveckling av vårdkvaliteten och riktade insatser för jämlik vård i Region Skåne.

Uppföljning i Region Skåne utgår från ett medelvärdesorienterat perspektiv. Att enbart analysera medelvärden, i stället för att även analysera individuella skillnader runt medelvärdena, innebär risk för att dra felaktiga slutsatser om grupptillhörighetens betydelse för individuella skillnader. Med andra ord, att tillskriva ett gruppmedelvärde till alla individer i en grupp är inte alltid lämpligt. Information om grupptillhörighetens påverkan på individuella skillnader är centralt inom uppföljning av jämlik vård. Resonemanget beskrivs närmare i bilaga 1.

Regionfullmäktige har i Region Skånes verksamhetsplan och budget gett i uppdrag till styrelser och nämnder att vården ska analyseras från ett jämlikhetsperspektiv enligt följande, och uppdraget ingår i Region Skånes uppföljningsplan: *"Verksamheterna ska kontinuerligt utvärdera vården utifrån ett jämlikhetsperspektiv för att kunna uppnå planperiodens mål att minska omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården"*

Verksamhetsberättelser från år 2022 från sjukhusstyrelser och nämnder visar följande:

- Arbetet med kunskapsstyrning utgör verksamheternas främsta arbete för jämlik vård, vilket ligger i linje med att bedriva en kunskapsbaserad ingång i arbetet med jämlik vård. Metoden är standardisering enligt personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSVF) och riktlinjer.
- Ingen verksamhet beskriver att analys av omotiverade skillnader har utförts.
- Följande aktiviteter beskrivs som initiativ för mer jämlik vård 2022:
 - Kunskapsstyrning, standardisering och implementering av riktlinjer.
 - Medarbetarna ska hålla sig uppdaterade om gruppskillnader.
 - Ledarskapsutveckling.
 - Samarbete för god tillgänglighet akutvård.

- Utmaningar med att nå ut i socialt utsatta områden har identifierats under pandemin.
- Ökad personaltäthet.
- Kompetensutveckling.
- Personcentrerad vård.
- Samverkan med andra vårdaktörer.
- Vård på rätt vårdnivå.
- Flera verksamheter beskriver att de arbetat för en jämlik vård via olika typer av kvalitetsförbättringar i hälso- och sjukvården.
- Ökad jämlikhet i vården nämns ofta som syftet med olika förbättringar, det saknas dock konkret analys av jämlik vård och vårdkvalitet.
- Flera verksamheter beskriver att data för analys finns (kvalitetsregister) men några analyser beskrivs inte.

Det finns exempel på enskilda analyser i Region Skåne där till exempel könsskillnader har studerats. Samtidigt som dessa analyser är få till antalet så saknas som regel en hälso- och sjukvårdsepidemiologisk metod för analysens utförande vilket riskerar att leda till felaktiga slutsatser.

Flera verksamheter och grupperingar i Region Skåne har uppdrag att utföra analys av jämlik vård, såsom vårdförvaltningarna och lokala programområden (LPO). Ambitionen att arbeta för en jämlik vård är tydlig men kunskapsunderlagen om omotiverade skillnader kan stärkas för att bidra med en mer datadriven ingång, där kunskap om gruppskillnader utgör underlag för hur interventioner och förbättringar kan ske.

En decentraliserad uppföljning

Ett sätt att beskriva uppföljningen i Region Skåne är att den är decentraliserad. Med detta menas att relativt obearbetade data fördelas ut i organisationen via olika applikationer, såsom QlikView. Genom detta förfarande görs kvalitetsutfall tillgängliga för samtliga verksamheter som ansluter och studerar kvalitetsapplikationerna. Det finns styrkor i denna strategi i form av transparens och tillgängligheten. Nackdelen är att obearbetade data inte kan påvisa omotiverade skillnader.

En decentraliserad uppföljning är därför en utmaning från ett perspektiv om jämlik vård eftersom uppföljning av jämlik vård ställer specifika krav på kompetens gällande bearbetning av data och analys från ett epidemiologiskt och socialmedicinskt perspektiv.

Kompetenser för analys av jämlik vård

Uppföljning av vårdkvalitet och jämlik vård utgör ett eget ämnesområde som kräver särskild kompetens, som i regel kräver forskarutbildning (PhD). Ämnesområdet utövas av epidemiologer och specialistläkare i socialmedicin. Epidemiologi är ett omfattande ämnesområde med flera specialiseringar, analys av jämlik vård som del av en vårdorganisations uppföljning studeras inom området ”*health services research*”.

Kvalitetsuppföljning och analys av jämlik vård kräver flera olika kompetenser och är ett team-arbete. Det behövs kompetens inom epidemiologi, hälsoekonomi, statistisk och datamanagement. Dessutom behövs socialmedicinsk och annan specialiserad medicinsk sakkunskap kopplat till det analyserade kvalitetsutfallet. Ibland kan flera av dessa kompetenser innehas av samma person, men som regel krävs att flera medarbetare gemensamt utför arbetet. När en analys är kvalitetssäkrad så kan den dock med enkla medel upprepas som en del i den löpande uppföljningen.

Projektet har identifierat medarbetare med rätt kompetens för att analysera jämlik vård i Region Skåne i viss utsträckning, men kompetenserna finns inte samlade i en funktion eller enhet med uppdrag att genomföra analys av vårdkvalitet och jämlik vård.

Ett tecken på att epidemiologisk kompetens saknas eller inte har samlats med uppdrag om att analysera jämlik vård är att Region Skåne inte har byggt upp en databas för analys av jämlik vård (som innehåller sociodemografisk information) och det tycks inte finnas någon efterfrågan av sådana data. Detta återspeglas även i analyser som utförs inom Region Skåne, där projektet menar att ett jämlik vård-perspektiv behöver stärkas.

Det går även att notera att det i Region Skåne finns epidemiologiskt stöd till klinisk forskning via Kliniska studier Sverige, men motsvarande stöd finns inte för kunskapsstyrning eller ledningsfunktioner i Region Skåne.

Organisation för analys av vårdkvalitet och jämlik vård

Projektet har inte granskat enskilda verksamheter eller enheter som utför analys och uppföljning. Det finns en omfattande analyskapacitet i Region Skåne där nedan förteckning sannolikt inte är heltäckande utan utgörs av vad projektet observerat:

- Lokal samverkansgrupp uppföljning och analys (LSGUA)
- Dataanalys och registercentrum (DARC)
- Health technology assessment (HTA) Syd
- Regionala läkemedelsenheten
- Kliniska studier Sverige
- Centrum för primärvårdsforskning (CPF)
- Regionalt cancercentrum syd (RCC Syd)
- Lokala programområden (LPO)
- Beslutsstöd koncernstab ekonomi
- Samhällsanalys Regional utveckling
- Vårdförvaltningars stabsfunktioner

Centralt stöd för uppföljning av vårdkvalitet och jämlig vård efterfrågas

I projektets dialog med vårdförvaltningarnas stabschefer eller motsvarande funktion framkom en förfrågan om regionalt stöd gällande uppföljning av vårdkvalitet och jämlig vård. Förvaltningarna har inte kapacitet att bygga upp separata analysfunktioner för jämlig vård och heller inte kapacitet att utföra analyserna med befintliga resurser och kompetens. Hur ett regionalt stöd skulle kunna bedrivas föreslås i slutrapportens del 4.

Befintlig datamiljö för analys av vårdkvalitet och jämlig vård

I Region Skåne och nationellt finns mängder av data organiserade i olika databaser som gemensamt möjliggör analys av jämlig vård. De enorma mängder av tillgängliga vårddata som finns utgör en möjlighet för Region Skåne, för att stärka den faktabaserade bilden av verksamheten och dess resultat.

Det är nödvändigt vid kvantitativ analys av jämlig vård att ha tillgängliga data och en fungerande infrastruktur för att inhämta information inför analys.

Genom att länka olika databaser kan analys av jämlig vård ske, exempelvis genom länkning av Statistiska centralbyrån (SCB)-data från longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) och kvalitetsregister med Region Skånes vårddatabas samt data om sjukvårdskostnader. Förfarandet med att länka databaser är norm vid all analys av jämlig vård.

I den nationella applikationen för kvalitetsindikatorer (Vården i siffror) ingår 119 register som ligger till grund för uppföljningen av hälso- och sjukvården. För att påvisa mångfalden av data, listas nedan ett urval av de källor som kan ligga till grund för analys av jämlig vård:

- Region Skånes vårddatabas (RSVD)
- Melior och PMO (journalssystem)
- Nationella kvalitetsregister (ca 100 stycken totalt med ekonomiskt stöd från staten och sjukvårdshuvudmän)
- Nationella läkemedelsregistret
- Patientregistret
- Dödsorsaksregister
- Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA)
- SKR väntetidsdatabas
- Nationell patientenkät

Informationsplattformen (InfoP)

I Region Skåne finns ett samlat initiativ att hantera databaser, kallat Informationsplattformen (InfoP) som är organiserat via Enheten Integration och Information. De data som finns i InfoP kan beställas inom Region

Skåne. InfoP utgör idag inte en komplett samlad plats för alla vårddata, arbetet är pågående och nya databaser byggs succesivt på. Av den orsaken är datamiljön för att inhämta data för analys ännu ofullständigt standardiserad i Region Skåne. Vid beställning av data som inte finns inom InfoP behövs personliga kontakter och särskilda beställningsvägar, vilket förlänger analysprocessen.

Socioekonomiska data

Befolkningsdata på individnivå från SCB saknas i Region Skåne för systematisk uppföljning. Projektet beställde därför hem data från SCB, vilket resulterade i en process som pågick i närmare ett år. Sannolikt hade nästa beställning gått snabbare, men det indikerar att det saknas infrastruktur för analys av data som samkörs med SCB register. Region Stockholm har etablerat en databas som kontinuerligt uppdateras med befolkningsdata, vilket förbättrar datatillgången avsevärt.

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister utgör en viktig datakälla för analys av vårdkvalitet. De utgör omfattande databaser för olika vårdområden. Att genomföra beställning av data från Nationella kvalitetsregister har visat sig vara svårt som region. Projektet fick ut nödvändiga data för en kvalitetsindikator som analyserats men andra datauttag förblev otillgängliga. Beställningsvägarna för forskare är dock tydliga.

Skånes digitala vårdssystem (SDV)

Skånes digitala vårdssystem (SDV) innebär en omfattande förändring av Region Skånes infrastruktur för data.

Konsekvenserna av SDV för kvalitetsuppföljningen går inte att uttala sig om i nuläget men man kan anta att analysmöjligheterna kommer att öka och att kompetens för tolkning och analys kommer behövas även i framtiden.

Datakvalitet

Utan att gå på djupet i frågan om datakvalitet och validitet så bör det nämnas att hög kvalitet på indata bidrar till mer korrekta analyser av vårdkvalitet och jämlik vård. Datakvaliteten kan skilja sig i olika register och innefatta olika typer av problematik så som registreringsfel, missklassificering och rapporteringsfel. Detta kan i viss utsträckning hanteras med korrekta epidemiologiska metoder och kräver insyn i studerade registerdata.

Slutsatser om Region Skånes datamiljö för ändamålet att analysera jämlik vård

Projektet drar slutsatsen att det i Region Skåne idag finns omfattande data som ger goda möjligheter till en fördjupad analys. Denna möjlighet realiserar inte när det gäller analys av jämlik vård. Effektiva

beställningsvägar för att genomföra analys inom Region Skåne behöver vidareutvecklas. Data behöver samlas centralt (InfoP är under uppbyggnad) och rutinen för utlämnande av data för kvalitetsregister behöver förtydligas och kommuniceras för regioner.

Vid löpande uppföljning av jämlik vård behövs en säker och snabb tillgång till ändamålsenliga data via etablerade rutiner i Region Skåne. Projektet har prövat olika vägar vid genomförande av empiriska studier, både inom ramen för verksamhetsuppföljning i Region Skåne och via en forskningsdatabas vid Medicinska fakulteten på Lunds universitet. I arbetet har lärdomar dragits som ligger till grund för förslagen i del 4.

Region Skåne använde en samverkansmodell med Lunds universitet för analys av data med fram till 2010 och var då en förebild i Sverige inom området analys av vårdkvalitet. Detta analyssätt har även praktiserats i Region Stockholm under många år, även idag. En sådan modell förordas och beskrivs närmare i del 4.

Hinder vid analys av privata vårdgivare

Vid analys av vårdkvalitet och jämlik vård i hälso- och sjukvård utförd av privata vårdgivare med finansiering av Region Skåne har projektet stött på juridiska hinder.

Den juridiska principen gällande analys av kvalitetsdata är att varje vårdgivare utför analys av sina egna data. Region Skåne är vårdgivare för vård i egen regi men inte för vård utförd av privata vårdgivare, vilket innebär att Region Skåne är personuppgiftsbiträde till vårddata som produceras inom offentligfinansierad privat vård. Dessa data tillhör den privata vårdgivaren och är skyddad av sekretess och får inte analyseras av Region Skåne. En privat vårdgivare har dock möjlighet att efterfråga analys av sina data av Region Skåne, via särskilt avtal. Sådana avtal finns i normalfallet inte, vilket innebär att data inte kan analyseras av Region Skåne om inte den privata vårdgivaren beställt denna analys.

Detta är en känd juridisk utmaning och en lösning förväntas inte i närtid. Detta innebär att kvalitetsdata avseende vård som finansieras av Region Skåne inte kan följas upp om vården utförts av privata vårdgivare. Detta är ett hinder för att följa upp jämlik vård i en relativt stor del av hälso- och sjukvården. Det krävs ändrade juridiska förutsättningar för att möjliggöra sådan uppföljning inom Region Skåne, till skillnad från uppföljning som genomförs via forskningsverksamhet.

Verksamhetsuppföljning av privata vårdgivare genomförs inom ramen för avtalsuppföljning, och avser bland annat ekonomisk uppföljning.

Det bör noteras att Region Skåne som systemägare i vissa fall har tillgång till data från privata vårdgivare vilket inte automatiskt tillåter analys ur ett juridiskt perspektiv.

Det är viktigt att understryka att det är olika regelverk som råder vid kvalitetsuppföljning inom hälso- och sjukvården respektive vid forskning om patientdata. Dessa två verksamhetsgrenar innebär olika förutsättningar

för analys av jämlik vård. Projektet har utforskat respektive verksamhetsgren och särdragen beskrivs närmare i slutrapportens del 4.

Tabell 2. Datatillgång privat/offentlig hälso- och sjukvård. Utlämning av data bedöms i varje fall av ansvariga för utlämning av data (exempelvis KVB i Region Skåne, Socialstyrelsen och SCB)

Driftsform	Finansiering	Exempel	Datatillgång	
			Kvalitetsuppföljning inom hälso- och sjukvård	Forskning
Offentlig	Offentlig	Sjukhus i Region Skåne.	Ja.	Ja, med etiskt godkännande och via utlämnande av data.
Privat	Offentlig	Privata vårdgivare inom ramen för LOV, LOF, LOU, LOL.	Enbart med särskilt uppdrag från den privata vårdgivaren.	Ja, med etiskt godkännande och via utlämnande av data.
Privat	Privat	Vård inom ramen för privat vårdförsäkring inom verksamhet med avtal med Region Skåne och försäkringsbolag.	Om försäkringsbolagen frivilligt delar data, dock finns viss information i patientregistret hos Socialstyrelsen.	

Om Region Skåne studerar kvalitetsutfall där privata vårdgivare finns närvarande, till exempel inom ett vårdval där både privata och offentliga vårdgivare finns representerade och inte får tillgång till privata vårdgivares data, så finns risk för så kallad selektions-bias. Detta innebär att resultaten i analysen av Region Skånes verksamheter (där tillgängliga data finns) inte blir representativa för populationen, eftersom det kan finnas systematiska skillnader i vem som besöker privat respektive offentlig verksamhet. Alltså blir analysen av jämlik vård ofullständig och snedvriden när ett sådant databortfall uppstår.

I syfte att undersöka analys av jämlik vård där vård även utförs av privata vårdgivare, så har projektet valt att begära ut tillgänglighetsdata inom ett vårdval (gråstarr). Först konstaterades att Sveriges kommuner och regioner (SKR) väntetidsdatabas inte innehöll privata vårdgivare, vilket är anmärkningsvärt eftersom andelen operationer av gråstarr som utförs i privat regi är stor. Detta beror på att det saknas lagstöd för att hantera de privata vårdgivarnas data i väntetidsdatabasen (det pågår en översyn av SKR väntetidsdatabas som kan förändra förutsättningarna). Då väntetidsdatabasen i nuläget saknar data om väntetider för privata vårdgivare valde projektet att begära ut tillgänglighetsdata från det

nationella kvalitetsregistret för gråstarr, där även privata vårdgivare ingår. Dessvärre har detta inte fungerat under projekttiden, anledningen är oklar, och projektet får konkludera att data är otillgängliga för Region Skåne. Beställningen av data hade sannolikt fungerat annorlunda om det var samma data som beställts för forskningsändamål i stället för inom ramen för Region Skånes kvalitetsuppföljning, baserat på att projektdeltagarna har erfarenhet av en effektiv process för utlämnande av kvalitetsdata från nationella kvalitetsregister vid forskning.

Folkhälsoperspektiv

Hälso- och sjukvård och folkhälsa har en sammankopplad relation (se del 1, figur 1), i form av att hälso- och sjukvården hanterar befolkningens ohälsa och att hälso- och sjukvårdens behandlingar och preventiva insatser påverkar folkhälsan. Folkhälsodata är således viktig information vid behovsanalys och vid planering av hälso- och sjukvårdens insatser.

I Region Skåne finns en organisatorisk uppdelning mellan folkhälsoarbetet och hälso- och sjukvård. Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning och avdelningen för regional utveckling besitter kompetens kopplat till hälso- och sjukvård respektive folkhälsa. Trots att det är olika avdelningar så kan ett effektivt folkhälsoarbete bedrivas via samverkan. Projektet har inte granskat om sådan samverkan fungerar men kan konstatera att det är viktigt för ett effektivt arbete med jämlik vård, eftersom jämlik hälso- och sjukvård utgår från att vid behov arbeta folkhälsoinriktat för att uppnå en vård på lika villkor. Även analys av folkhälsodata är viktigt för arbetet för en jämlik vård, där individens skilda förutsättningar och hälsa beskrivs.

I frånvaron av empiriska data om jämlik vård

I inventeringen av Region Skånes nuvarande uppföljning av vårdkvalitet och jämlik vård visar det sig att uppföljning med jämlikhetsperspektiv sker i begränsad omfattning. Detta lämnar utrymme för att området jämlik vård kan hanteras på ett vagt sätt. Att jämlik vård kan innebära olika aktiviteter och innebörder är tydligt i Region Skånes verksamhetsberättelser 2022, där styrelser och nämnder redovisar sina initiativ för en mer jämlik vård. Om uppföljning av jämlik vård inte har utgångspunkt i epidemiologiskt genomförda analyser riskerar ”jämlik vård” att bli ett populärt begrepp utan substans i ställt för en central dimension i en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård.

Hur följer andra regioner upp vårdkvalitet och jämlik vård?

Region Skåne har, jämfört med de andra större regionerna Region Stockholm och Västra Götalandsregionen (VGR), en begränsad analysverksamhet av jämlik vård. Projektet har varit i kontakt med Region Stockholm och VGR, men till följd av effektivitetsskäl och genomförbarhet inom projekttiden har projektet valt ut Region Stockholm som primär

jämförelse i sin omvärldsbevakning. VGR har bevakats genom att studera offentliga analyser från VGR och ett fåtal personliga kontakter.

Det bör noteras att det alltid är svårt att jämföra organisationer och det är inget som den här rapporten eftersträvar. Motivet med omvärldsbevakningen är att beskriva hur Region Stockholm analyserar vårdkvalitet och jämlik vård.

Region Stockholm har flera verksamheter som arbetar med analys av vårddata, där Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) överensstämmer bäst – men inte är synonym – med den analyskapacitet som projektet förordar för Region Skåne. Andra enheter inom Region Stockholm som utför analys av vårddata, i samverkan med Karolinska institutet (KI), är Centrum för psykiatriforskning, Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS), Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) och Akademiskt primärvårdscentrum.

CES arbetar på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm (motsvarande Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning i Region Skåne) och består av sju enheter och 90 medarbetare, och arbetet sker i nära samverkan med Karolinska institutet. [Läs mer om CES här.](#)

CES genomför regelbundet analyser och rapporter som ligger till grund för att vägleda beslutsfattare och andra aktörer i samhället, ofta med ett tydligt folkhälsoperspektiv. En forskningsdatabas för analys har byggts upp i nära samarbete med SCB och KI, som tillåter löpande analys och uppföljning av vårdkvalitet inklusive befolkningsdata. Genom samverkan med KI hanteras således de datamässiga hinder som beskrivits för Region Skåne.

Analyserna genomförs av funktioner med epidemiologisk, socialmedicinsk, samhällsvetenskaplig, folkhälsovetenskaplig och statistisk kompetens som tillsammans utgör en multiprofessionell grund inom analys och uppföljning. En sådan kompetensprofil är också vad projektet förordar att Region Skåne ska samla, dock i betydligt mindre omfattning för att kunna lägga fram ett ekonomiskt gångbart förslag.

CES utgör sammanfattningsvis en omfattande analysverksamhet med samlad kompetens och nödvändiga databaser. Även inom CES finns utvecklingsmöjligheter, men det är tydligt att analyskapaciteten inte kan jämföras mellan de två regionerna och detta återspeglas självklart även i kunskapsläget om jämlik vård och det analysstöd som finns inom respektive region. Är då hälso- och sjukvården i Region Stockholm mer jämlik än i Region Skåne till följd av den mer väletablerade analysverksamheten? Svaret är att den jämförelsen inte gjorts, men det står klart att utan epidemiologisk och socialmedicinsk kunskap så går det inte att arbeta kunskapsbaserat för att minska gruppskillnader i hälso- och sjukvården.

Del 3: Analys av vårdkvalitet och jämlik vård i Region Skåne

Som beskrivs i projektets inledning så ändrades kursen under projektets gång, från att genomföra analyser av jämlik vård inom Region Skåne till att fokusera på att föreslå hur Region Skåne kan utveckla möjligheter att analysera jämlik vård i framtiden. Vid försök att beställa data för att genomföra analyser av jämlik vård i Region Skåne visade det sig att regionen behöver utveckla infrastrukturen för vårddata för jämlik vård och att analys inte var möjlig i nuläget. Detta beskrivs närmare i del 1 under stycket ”En förändring under projektets gång”.

Utmaningarna uppdagades under projektets gång och utgör i sig viktiga erfarenheter som ligger till grund för projektets rekommendationer.

Projektet har genomfört en exempelanalys som visar hur jämlik vård metodmässigt kan följas upp som del i den löpande uppföljningen, baserat på tillgängliga data för kvalitetsindikatorn *Patienter med icke patologisk höftfraktur som opererats inom 24 timmar från ankomst till sjukhus*. Analysen återfinns i sin helhet i bilaga 3 och sammanfattas nedan.

Att utvärdera gruppskillnader

Att bedöma om vården är jämlik innefattar en analytisk dimension som inte bara utvärderar skillnader i medeltal mellan grupperna utan också hur grupptillhörighet påverkar individuella skillnader i kvalitetsutfall samt en värderande dimension som ger svar på om identifierade skillnader är omotiverade.

De planerade analyserna som inte kunde fullföljas, samt den genomförda analysen, gäller så kallade processindikatorer. En processindikator är ett evidensbaserat kvalitetsmått som påvisar om en vårdprocess där patienten befinner sig genomförs enligt gällande kunskap. Vi valde att inte analysera utfallsindikatorer, det vill säga kvalitetsmått som mäter effekterna av vården, eftersom de lätt blir påverkade av patienternas sjuklighet innan behandlingen. Detta går att ta höjd för med statistiska metoder, men att utvärdera processindikatorer från ett jämlikhetsperspektiv är mindre komplicerat och därför har vi i projektet valt ut sådana indikatorer. Ett exempel på en processindikator är att mäta om en patient fått en operation inom rimlig tid efter att patienten bedömts ha ett behov av operationen i fråga, alltså att följa upp en kvalitetsaspekt av patientens vårdförlopp. Att mäta ett utfall av operationen, till exempel överlevnad, är mer komplext ur ett metodologiskt perspektiv, eftersom förutsättningarna till ett gott resultat skiljer sig mellan individer och sjukare patienter med sämre prognos kan behandlas i vissa verksamheter och inte i andra. Detta gör det svårare att bedöma om skillnader som observeras är motiverade eller omotiverade. En motiverad skillnad är en skillnad som vården inte bedöms behöva

kompensera för, som när skillnaden mellan grupper är naturliga, till exempel skillnader i dödlighet mellan äldre och yngre patienter.

För processindikatorer har experter inom olika medicinska områden slagit fast att vården ska ges enligt särskilda principer. Genom att analysera processindikatorer, där alla observationer som ingår i uppföljningen bedöms ha ett motiverat behov av en särskild insats från hälso- och sjukvården, är det tydligare vilka gruppskillnader som är omotiverade. Om behovet av vård är det samma ska det inte finnas gruppskillnader mellan män och kvinnor, låg- och höginkomsttagare, utrikes och inrikes född eller annan vald faktor.

Efter en genomförd analys av en kvalitetsindikator kan analysen med fördel utarbetas till löpande uppföljning för att kunna ge en kontinuerlig bevakning av kvalitet mellan grupper i det utfallet, det går relativt snabbt att genomföra. Därför kan analys av jämlik vård ses som ett kumulativt arbete, där kunskap om omotiverade skillnader succesivt kan byggas upp.

AIHDA – Analysmetod för vårdkvalitet och jämlik vård

En lämplig analysmetod och tillförlitliga data är avgörande för att kunna uttala sig om hur grupptillhörighet påverkar individuella skillnader i vårdkvalitet, det vill säga att svara på frågan om vården ges på lika villkor och enligt behov. Projekt HSU jämlik vård utgår från en vetenskapligt beprövad analysmetod kallad *Analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (AIHDA)*. Metoden beskrivs närmare i bilaga 1. Metoden bemöter två vanliga fallgröpar vid analys av jämlik vård som återfinns i både vetenskapliga studier och myndighetsrapporter:

- 1) I stället för att analysera grupper definierade med hjälp av en enskild faktor åt gången, till exempel inkomst, födelseland eller kön, så definieras grupper med hjälp av flera faktorer samtidigt, till exempel ”män som är låginkomsttagare födda i Sverige” och ”kvinnor som är hög inkomsttagare födda utomlands”. Detta ger en tydligare kartläggning av hur sjukvårdskvalitet fördelas i olika samhällsgrupper. För mer information se bilaga 2 om intersektionalitet.
- 2) I stället för att enbart analysera medelvärden, som Vården i siffror och QlikView, så analyseras även individuella skillnader runt medelvärdena genom att mäta hur de individuella skillnaderna i en grupp överlappar de individuella skillnaderna i andra grupper. Detta är avgörande för att bedöma hur grupptillhörighet påverkar individuella skillnader i vårdkvalitet. Det är en dimension som sällan ses inom jämförelser i offentlig sektor, men som oftare används inom akademien. I metoden ingår ett ramverk för att tolka gruppskillnadernas storlek, baserad på gruppinformationens så kallade AUC-värde, som beräknas via en ROC-kurva.

Målet med analys via AIHDA är att producera bättre och mer nyanserade beslutsunderlag. Analyserna är visserligen mer komplexa än de traditionella medeltalsbaserade analyserna i *Öppna jämförelser*, men ändå lätta att ta till sig utan att vara expert inom området. Man kan jämföra AIHDA med ett

laboratorietest inom primärvården som man kan lära sig att tolka utan att i detalj känna till hur laboratorietestet genomförs. Analyser med AIHDA kan levereras som beslutsunderlag till politisk ledning och andra ledningsfunktioner, avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, lokala programområden (LPO), Region Skånes behovsrapport med fler.

AIHDA-metoden har använts inom flera kvalitetsindikatorer för att utvärdera jämlik vård, men då har en forskningsdatas inom Lunds universitet varit utgångspunkten. För att få en fördjupad förståelse av metoden rekommenderas följande artikel: [Geographical and sociodemographic differences in statin dispensation after acute myocardial infarction in Sweden: a register-based prospective cohort study applying analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy \(AIHDA\) for basic comparisons of healthcare quality](#)

Empiriska analyser

Projektet har försökt att genomföra flera analyser av jämlik hälso- och sjukvård i verksamhet finansierad av Region Skåne men enbart lyckats genomföra en analys med Region Skånes data till följd av de utmaningar som har beskrivits i rapporten.

Projektets genomförda analys kan ses som en exempelanalys som illustrerar hur jämlik vård kan analyseras och presenteras. Analysen avser *Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus: Skillnader mellan sjukhus och sociodemografiska grupper*. Orsaken till att just den analysen kunnat genomföras är att projektet fick tillgång till socioekonomiska data från SCB för utfallet och att privata vårdgivare inte utför ingreppet i någon större omfattning. Därmed hade vi tillgång till de uppgifter som behövdes för analys. Sannolikt underlättades även beställningen av data av att Region Skåne är Centralt personuppgiftsansvarig (CPUA) för det nationella kvalitetsregistret i fråga.

Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus: Skillnader mellan sjukhus och sociodemografiska grupper

Analysen återfinns i sin helhet i bilaga 3 men sammanfattas här. Vi analyserade skillnader mellan sjukhus och sociodemografiska grupper för 20 615 patienter 50 år och äldre i Skåne. Målvärdet var att 80% av patienterna ska ha fått en operation inom 24 timmar. Kristianstad och Ystad sjukhus hade högst andel patienter som fick en höftfraktursoperation inom 24 timmar med 84,0% respektive 73,6%. I jämförelse visade SUS i Lund, Helsingborgs sjukhus och SUS i Malmö lägre andelar patienter som fått en operation inom 24 timmar med 59,0%, 62,8% och 64,0%. Utav de sociodemografiska grupperna har gruppen ”Man 50–65 år, utrikes född, över medianinkomst” ett resultat på 90,9%. Det är däremot viktigt att observera att det är väldigt få observationer inom den gruppen och den undre gränsen av konfidensintervallet ligger på 58,7%. Spannet för grupperna som inte når målvärdet (>80%) var mellan 77,1% (Man 50–65 år,

inrikes född, över medianinkomst) och 56,9% (Man >65 år, utrikes född, under medianinkomst).

Den absoluta risken för att inte få vård inom 24 timmar skiljer sig mellan olika sjukhus och även mellan olika sociodemografiska grupper. Detta innebär emellertid inte att gruppskillnaderna är stora – eftersom gruppinformationens förmåga att särskilja fall från icke-fall är låg. Detta indikeras av respektive modellens AUC-värde. AUC-värdet för sjukhusskillnader är 0,60. Motsvarande AUC-värde för de sociodemografiska grupperna är 0,53.

Att grupper medelvärde kan skilja sig samtidigt som grupptillhörigheten inte påverkar de individuella skillnader kan uppfattas som kontraintuitivt och den intresserade läsaren hänvisas till metodbeskrivningen i bilaga 1 för en redogörelse.

Att det finns skillnader mellan grupper medelvärden innebär inte nödvändigtvis att grupptillhörigheten påverkar de individuella skillnaderna i hög utsträckning. Om de individuella skillnaderna är stora inom grupper, så blir AUC-värdet lågt. Detta är fallet i den här analysen – det finns många patienter som fått operation inom 24 timmar även i de grupper med lägst förekomst av operationer inom 24 timmar och det finns även många patienter som inte fått operation inom 24 timmar som tillhör de grupper som har hög förekomst av operation inom 24 timmar.

Ett annat sätt att uttrycka detta koncept är att om en individ får en höftfraktur och ska opereras, så är sannolikheten att få operation inom 24 timmar lägre i Lund (59% sannolikhet) än i Kristianstad (84% sannolikhet). Så om en patient ska välja var den med störst sannolikhet får operation inom 24 timmar så är svaret Kristianstad. Men, om en beslutsfattare ska försöka stärka operationskapaciteten i Region Skåne och därför väljer att rikta insatser till de grupper med längst väntetider (enskilda sjukhus eller sociodemografiska grupper) så kommer många patienter att ta del av insatserna trots att de förväntas få vård inom 24 timmar och många patienter som förväntas att inte få vård inom 24 timmar kommer inte att ta del av insatserna. Faktum är, att om insatserna hade riktats baserat på sociodemografiska grupper (AUC 0,53) så hade sannolikheten att insatsen når patienter med lång väntetid i stället för patienter med kort väntetid varit i paritet med slumpen. Därför är AUC-värdet central information för att bedöma gruppskillnaders storlek och för att vägleda effektiva interventioner.

Del 4: Förslag för en stärkt analys av vårdkvalitet och jämlik vård

I enlighet med projektplanen lämnas härmed ett antal förslag för att stärka analys av vårdkvalitet och jämlik vård. En stärkt kvalitetsuppföljning av jämlik vård bidrar till en kunskapsbaserad och effektiv hälso- och sjukvård med avstamp i data samt utgör ett viktigt verktyg för Region Skåne som vårdgivare och beställare av hälso- och sjukvård i form av ökad kontroll.

Kompetenser

För att genomföra analys och uppföljning av vårdkvalitet och jämlik vård behövs kompetens inom epidemiologi med inriktning hälso- och sjukvårdsepidemiologi (*health services research*), statistik, datamanagement, hälsoekonomi samt socialmedicin. Annan medicinsk specialistkompetens kan komma att behöva konsulteras beroende på kvalitetsutfall.

Dessa kompetenser finns i Region Skåne men är inte kopplade till en samlad funktion med uppdrag att genomföra analyser av vårdkvalitet och jämlik vård.

Det finns analysverksamhet i flera delar av organisationen, men dessa genomför inte analys av jämlik vård utan bedriver verksamhet med annat kompetensmässigt fokus.

Projektet kan konstatera att det saknas en formell socialmedicinsk verksamhet som kan utbilda nya specialistläkare, vilket på sikt utgör en utmaning för kompetensförsörjningen av en central specialitet för området jämlik vård.

Tillgängliga data

I Region Skåne och nationellt finns stora mängder data som kan användas vid kvalitetsutvärdering med fokus på jämlik vård men det behövs praktiska förbättringar och klargöranden för att effektivt tillgängliggöra data för analys. I takt med en ökad digitalisering, inte minst via SDV, så kommer mängden data som går att analysera att öka, vilket utgör en möjlighet för en mer datadriven utveckling av hälso- och sjukvården. Projektet har identifierat datarelaterade hinder och arbete med att lösa dessa hinder behöver fortgå för att möjliggöra potentialen som analys av kvalitetsdata innebär.

Kvalitetsdata avseende vård som finansieras av Region Skåne är inte tillåtet att följa upp om vården utförts av privata vårdgivare. Detta är en utmaning för Region Skåne som beställare och ett hinder för att följa upp jämlik vård i en relativt stor del av hälso- och sjukvården. Det krävs ändrade juridiska

förutsättningar för att genomföra sådan analys inom Region Skåne, till skillnad från uppföljning som genomförs via forskningsverksamhet.

Nödvändiga data behöver samlas centralt i Region Skåne, med tydliga beställningsvägar inte enbart för utlämnade av data för forskningsändamål utan även för regioner.

Befolkningsdata på individnivå med socioekonomisk information behöver beställas till Region Skåne från SCB med regelbundenhet, på samma sätt som Region Stockholm arbetar. Utan sådan information går det inte att analysera jämlik vård på ett korrekt sätt.

Vårddata kopplat till administrativ, organisatorisk och ekonomisk information är viktiga förutsättningar för analys av jämlik vård. Därför behövs samverkan mellan avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning och Beslutsstöd koncernstab ekonomi vid analys av jämlik vård.

Privata vårdgivare med avtal med Region Skåne men som även utför vård på uppdrag av privata försäkringsbolag behöver analyseras för att säkerställa att offentligt finansierad vård inte undanträngs, detta är en viktig aspekt för jämlik vård. Hur det ska gå till behöver studeras närmare och är inte enbart en angelägenhet för Region Skåne.

En sammantagen lösning för att underlätta de datarelaterade hindren är att samverka med medicinska fakulteten vid Lunds universitet för att genomföra analyserna inom ramen för forskningsverksamhet, med färdiga rapporter till Region Skånes beslutsprocesser. En sådan lösning praktiseras av Region Stockholm och genomfördes i Region Skåne av den dåvarande socialmedicinska enheten innan år 2010.

Stärkt kontroll

Kvalitetsuppföljning med jämlikhetsperspektiv berör både utveckling av hälso- och sjukvården ur ett perspektiv där Region Skåne är vårdgivare (verksamhet i egen regi) samt granskning av hälso- och sjukvårdens kvalitet ur ett beställarperspektiv, där Region Skåne finansierar hälso- och sjukvården. Båda dessa perspektiv skulle stärkas av en utvecklad uppföljning av vårdkvalitet och jämlik vård men med olika motiv. Motivet att kvalitetsgranska utförd vård i egen regi sker inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen och krav om egenkontroll. Att granska privata vårdgivare som finansieras av Region Skåne ligger inom ramen för avtalsuppföljning, för att säkerställa att vården som erbjuds ges på lika villkor och efter behov.

Analysfunktion för utvärdering av vårdkvalitet och jämlik vård

Projektet rekommenderar att inrätta en epidemiologisk och socialmedicinsk analysfunktion som kontinuerligt utvärderar vårdkvalitet och jämlik vård. Utan att samla kompetenser med nödvändiga kvalitetsdata för analys går det inte att utvärdera om vården är jämlik.

Analys av vårddata genomförs av flera myndigheter (Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för vård- och

omsorgsanalys med flera) och av forskare nationellt och internationellt. Region Skåne behöver som vårdgivare och som beställare av vård på eget initiativ kunna utvärdera vården med ett jämlikhetsperspektiv och rikta analysuppdrag mot de delar av hälso- och sjukvården där man anser det vara motiverat.

Projektet gör bedömningen att det i Region Skåne finns möjligheter, att i stor utsträckning, med befintliga resurser hantera vad som behövs för att inrätta en analysfunktion för vårdkvalitet och jämlik vård. Omfattningen av en sådan analysfunktion kan diskuteras och projektets ingång är att föreslå en minsta nödvändig nivå för att kunna producera analyser. Ju större en analysfunktion görs, desto fler analyser kan produceras under en given tidsram.

Enheten för Dataanalys och registercentrum (DARC) är en analysfunktion knuten till ledningsfunktioner i Region Skåne. DARC har i uppdrag att tillämpa avancerade analysmetoder som kan utgöra underlag för att förbättra vårdkvaliteten och effektivisera tjänster. Projektet, som haft ett nära samarbete med DARC under hela projektetiden, kan konstatera att DARC har en kompetensprofil som är riktad mot statistisk och registercentrum med begränsade möjligheter till analys inom områdena socialmedicin och epidemiologi. Det kan därför finnas behov av att komplettera Region Skånes analyskapacitet med en analysfunktion för jämlik vård.

Analysfunktionen syfte

Syftet med analysfunktionen är att bidra med kunskapsunderlag och uppföljning om vårdkvalitet med jämlikhetsperspektiv. Med aktuella data kan analysfunktionen visa hur vårdkvaliteten ser ut i olika kvalitetsindikatorer för olika grupper. Detta utgör en kunskapsbaserad ingång till jämlik vård.

Analyserna ska ge kunskapsorganisationen, ledningsfunktioner och andra relaterade processer (till exempel behovs-, uppdrags- och uppföljningsprocessen) bättre beslutsunderlag och bidra till att öka kontrollen av vårdkvalitet i Region Skåne.

Analysfunktionen bör belysa vårdkvalitet och jämlik vård från alla relevanta perspektiv vilka kan påverka om vården ges efter behov och på lika villkor. Detta inkluderar både individuella faktorer som till exempel kön, utbildning, socioekonomisk status och strukturvariabler som drift- och finansiering.

Vad krävs för att inrätta analysfunktionen?

Ett separat uppdrag kan formuleras för att inrätta analysfunktionen i enlighet med rekommendationerna som lämnas i den här slutrapporten. Flera ställningstaganden skulle behövas inför ett beslut om bildande av analysfunktion: Omfattning, budget, organisatorisk tillhörighet och kompetenser knutna till analysfunktionen. En konsekvensanalys bör genomföras innan en sådan analysfunktion etableras.

Projektet ger nedan förslag på process för införande av analysfunktionen:

- Samla redan befintlig kompetens inom Region Skåne för analys av jämlik vård, i den mån det är möjligt utan att konkurrera ut andra prioriterade analysuppgifter inom regionen. Uppskattade resurser är analytiker med processledaransvar, senior epidemiolog, analytiker, administrativt stöd och socialmedicinskt sakkunnigstöd. I Region Skåne finns sannolikt kompetenserna inom olika enheter och förvaltningar. Medarbetare från Medicinska fakulteten, Lunds universitet kan vid behov ingå i analysfunktion vilket kan regleras i avtal. Resurserna som föreslås är få jämfört med motsvarande verksamhet i Region Stockholm men kan ändå öka möjligheten att genomföra analys av jämlik vård.
- Att förlägga databasen inom Region Skåne bör övervägas, men initiala undersökningar visar på flera juridiska och datamässiga svårigheter. Därför förordas en beprövad modell där data bearbetas i samverkan med medicinska fakulteten på Lunds universitet. Detta ligger i linje med hur Region Stockholm arbetar i samverkan med Karolinska institutet.
- Upprätta samverkan med Lunds universitet och utarbeta förutsättningar i form av datasäkerhet, ansvarig forskargrupp, lokaler, ersättning. Modellen är beprövad inom Region Skåne (till exempel Centrum för primärvårdsforskning (CPF)) och i andra regioner. Personalen affilieras med universitetet men arbetar i Region Skåne.
- Analysfunktionen ska vara ett komplement till befintlig analysverksamhet i Region Skåne, så som Lokal samverkansgrupp uppföljning och analys (LSGUA), Dataanalys och registercentrum (DARC) och Health technology assessment (HTA) Syd och andra analysverksamheter i Region Skåne. Det behöver säkerställas att uppdragsbeskrivningar för analysverksamheterna harmonierar.
- All vårdkvalitet kan analyseras utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Analysfunktionen bör inleda med att analysera etablerade kvalitetsindikatorer för väntetider (vårdgarantin) eftersom detta är ett fokusområde för Region Skåne och av stor vikt för patienterna.

Vad kan förväntas av analysfunktionen efter driftsättning?

- Analysfunktionen ska löpande analysera kvalitetsindikatorer. I takt med att fler indikatorer analyserats byggs den löpande bevakningen av jämlik vård upp som ett komplement till Indikatorbiblioteket.
- Underlagen levereras till ledningsfunktioner, lokala programråden (LPO) och andra relevanta grupperingar, så som enheten för tillgänglighet och produktionsstyrning om det gäller utvärdering av tillgänglighet med jämlikhetsperspektiv.

- Särskilda analyser, utöver löpande uppföljning av enskilda kvalitetsindikatorer, kan hanteras av analysfunktionen, till exempel vid framtagande av Region Skånes behovs- och uppdragsanalys.
- Sammantaget kommer analysfunktionen att förse Region Skåne med kunskapsunderlag om hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat med information om omotiverade skillnader.

Förordad analysmetod

- Analysfunktionen kan inleda med analyser via AIHDA-metoden (bilaga 1, 3) som används i det här projektet. Analysarbetet kan därefter utvecklas med andra metoder.
- Analysen ger en ”kartbild” av utfallet i olika kvalitetsmått, för verkliga grupper. Exempelvis: ”Yngre utlandsfödda kvinnor med hög utbildning som fått vård hos vårdgivare x”, i kontrast till traditionella analyser som studerar en gruppstillhörighet åt gången, som män vs. kvinnor.
- Analysfunktionen inkluderar socioekonomiska och demografiska dimensioner.
- Analysfunktionen inkluderar administrativa och ekonomiska dimensioner. Vissa organisatoriska dimensioner är norm i Region Skåne idag (som redovisning per verksamhet), men andra analysdimensioner är ovanligare som kostnader i relation till behovsindex. Ekonomisk information (kostnader för patienterna) kan analyseras i samarbete med Koncernstab ekonomi.
- Analyserna ger information om observerade kvalitetsskillnader beror på gruppstillhörighet eller om det beror på individuell variation. Detta är ett centralt koncept vid utvärdering av jämlik vård som saknas i traditionell kvalitetsuppföljning. Med sådan analys kan vi undvika stigmatisering och ogrundade förhoppningar och vi kan planera effektivare interventioner.
- Nödvändiga data behöver sammanställas i en databas för analys av jämlik vård. Analysfunktionen har tillgång till den data som behövs för analyserna från Region Skånes registerdata och beställer vid behov data från myndigheter och kvalitetsregister.

Bas i intern verksamhetsuppföljning eller forskningsverksamhet

En nära samverkan med Lunds universitet och medicinska fakulteten har byggts upp under projektets gång vilket för Region Skåne inneburit tillgång till kompletterande kompetens för att genomföra projektet och dess analyser.

För att möjliggöra framtida analys av jämlik vård i Region Skåne på ett effektivt sätt bör samverkan med Lunds universitet utforskas vidare. Att Lunds universitet förordas beror på att det behövs en medicinsk fakultet för tillgång till rätt kompetenser. Den geografiska närheten och väluppbyggda

samarbeten inom flera områden skapar förutsättningar för en fungerande samverkan.

En samverkansmodell innebär att både Lunds universitet och Region Skåne bidrar och har intressen i analysfunktionen. Region Skånes intresse är primärt att få tillgång till analyser av Region Skånes kvalitetsdata och Lunds universitet primära intresse är fullgöra den så kallade tredje uppgiften, en samverkansuppgift som syftar att förmedla kunskap till samhället vid sidan av universitetens två andra huvuduppgifter, utbildning och forskning.

Analys inom ramen för forskningsverksamhet möjliggör att studier av jämlik vård sker på ett effektivt sätt. Förutsättningarnas beskrivs översiktligt i tabell 3.

Tabell 3. Förutsättningar för analys av jämlik vård	
Intern verksamhetsuppföljning i Region Skåne	Forskningsverksamhet och ”tredje uppgiften”
Utgår från Region Skånes kvalitetsuppföljning.	Utgår från behörig forskningsverksamhet.
Data inhämtas via infrastruktur för datautlämning i Region Skåne och för regioner, som i nuläget tycks innehålla oklarheter.	Data inhämtas via etablerade kontaktvägar för datautlämning för forskningsverksamhet.
Kräver ej godkännande från Etikprövningsmyndigheten.	Kräver godkännande från Etikprövningsmyndigheten.
Intern information som ej kan publiceras. Vetenskaplig granskning sker sällan.	Kan publiceras och granskas vetenskapligt.
Kräver beställning av data och samverkan med SCB, kvalitetsregister och andra registeransvariga.	
Resultat och data kan användas i Region Skåne.	

Slutord

Projektet har genomförts i enlighet med uppdraget, men de analyser projektet initialt hade planerat att genomföra fick revideras till följd av otillgängliga data. Projektet har trots det levererat på sin viktigaste punkt, att lämna förslag till hur Region Skåne kan stärka sin uppföljning av jämlik vård. Förslagen grundar sig på en fördjupning av Region Skånes befintliga analyskapacitet av jämlik vård, andra regioners (i synnerhet Region Stockholm) motsvarande arbete samt akademisk förankring inte minst när

det gäller val av analysmetod. Detta ger Region Skåne goda möjligheter att fortsatt utveckla sin analysförmåga av vårdkvalitet och jämlik vård.

Ett särskilt tack riktas till Region Stockholm och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) som fungerat som extern rådgivarnämnd för projektet.

Appendix

Bilaga 1: Analys av jämlik vård med AIHDA-metoden

Bilaga 2: Intersektionalitet

Bilaga 3: Analys av kvalitetsindikator för löpande uppföljning: Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus: Skillnader mellan sjukhus och sociodemografiska grupper

Bilaga 1: Analys av jämlik vård med AIHDA-metoden

Del av slutrapport för projekt hälso- och sjukvårdsuppföljning jämlik vård

Juan Merlo, ansvarig sakkunnig i projektet

Professor, Enheten för Socialepidemiologi, Inst. För kliniska vetenskaper i Malmö, Medicinska fakulteten Lunds universitet

Överläkare i socialmedicin, Centrum för primärvårdsforskning, Region Skåne



LUND UNIVERSITY
Faculty of Medicine

Innehåll

Kvantitativa analyser av jämlik vård: ”AIHDA” metoden	3
AIHDA, ett sätt att tänka	4
Nyckelkoncept bakom AIHDA	4
Individens och regionens perspektiv	10
Ett enkelt AIHDA-ramverk för att kvantifiera ojämlikheter i hälsa	11
Identifiering av en kvalitetsindikator och dess målvärde	12
Beskriva medeltalsskillnaderna mellan kommunerna	12
Kvantifiera storleken på de geografiska skillnaderna	12
Tolkning av resultaten	13
Referenser	16

Kvantitativa analyser av jämlik vård: ”AIHDA” metoden

Epidemiologiska analyser av ojämlikhet (omotiverade skillnader) i hälsa och i sjukvårdskonsumtion mellan olika samhällsgrupper är grundläggande för att utvärdera hälso- och sjukvårdskvalitet. Ett problem är att uppföljningen ofta har fokuserat på att analysera skillnader mellan gruppernas medelvärden utan att ta hänsyn till individuell variation kring dessa medelvärden. Detta kan i sin tur leda till bristfälliga underlag vid beslutfattande.

I denna rapport använder vi ett analytiskt tillvägagångssätt som på engelska betecknas *Analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy* (AIHDA). AIHDA beaktar samtidigt både skillnader mellan gruppmedelvärden och individuella olikheter kring dessa medeltal. AIHDA ger ett förbättrat tillvägagångssätt för att kvantifiera och förstå ojämlikheter mellan olika grupper i samband med utvärdering av kvalitetsindikatorer inom folkhälsa och hälso- och sjukvård.

AIHDA kan genomföras med avancerade statistiska metoder så som flernivå eller multilevel regression (1, 2) eller med vanliga regressionsanalyser (3). I båda fallen beaktar man samtidigt både skillnader mellan gruppernas medeltal och individuella skillnader kring dessa medeltal.

I denna bilaga kommer vi att, inspirerade av en tidigare publikation (1), förklara AIHDA metoden baserat på traditionella statistiska regressionsanalyser. Vi kommer att ge ett empiriskt exempel med data från 27 222 individer i åldern 18 till 80 år som var bosatta i de 33 kommunerna i Skåne och som deltog i Hälsoenkäten i Skåne 2008.

Vi analyserar självrapporterat kroppsmasseindex eller på engelska ”body mass index” (BMI) som är kontinuerlig variabel, mätt i kg/m^2 , och som vi även grupperar i två kategorier, antingen ”normalvikt” eller ”övervikt/fetma” som definieras som ett $\text{BMI} \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$.

I denna bilaga kommer vi att analysera geografisk ojämlikhet. Det vill säga, ojämlikhet mellan de olika kommunerna i Skåne, men AIHDA metoden är tillämpbar även för att studera ojämlikhet mellan sjukhus eller vårdcentraler eller mellan olika samhällsgrupper definierade utifrån socioekonomisk position, demografiska faktorer som ålder, kön och

födelseland eller grupper definierade som en intersektion av flera av dessa faktorer samtidigt.

Denna bilaga består av följande delar: Först, kommer vi att förklara några nyckelkoncept i AIHDA och sedan förklarar vi ett enkelt AIHDA-ramverk för att kvantifiera ojämlikheter inom folkhälsa och sjukvård. AIHDA metoden är applicerad i den empiriska exempelanalys som genomförs inom ramen för projekt HSU jämlik vård och återfinns i bilaga 3.

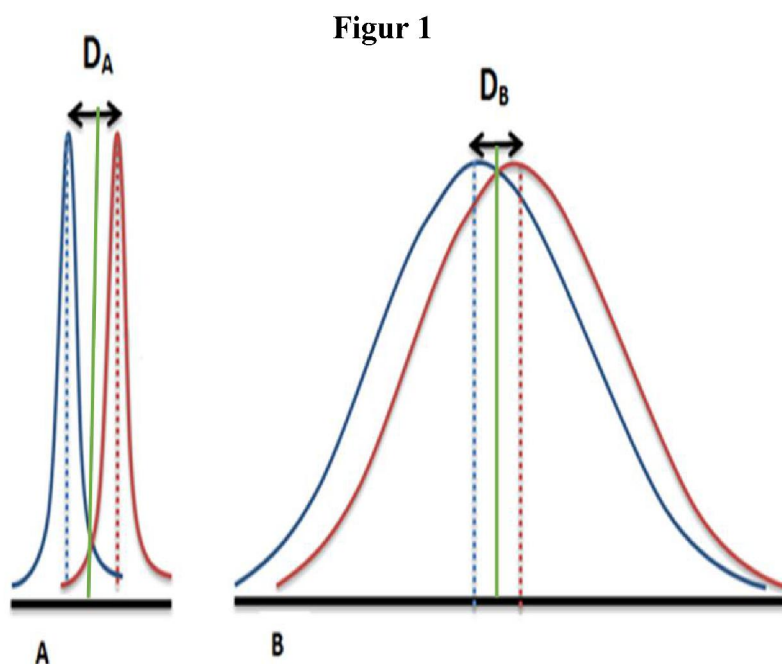
AIHDA, ett sätt att tänka

Vi börjar med att förklara att “AIHDA” (Analysis of Individual Heterogeneity and Discriminatory Accuracy) inte är en statistisk teknik i sig, utan ett sätt att tänka och dra slutsatser om gruppskillnader som grundas i ett antal koncept. Dessa koncept förklarar vi nedan.

Nyckelkoncept bakom AIHDA

AIHDA beaktar samtidigt både skillnader mellan gruppmedelvärden och individuella skillnader kring dessa medeltal. Det är lätt att se att vi har två nivåer i det exempel vi analyserar. Den första nivå är individen och den andra nivån är den kommun i vilken individen är bosatt. I varje kommun bor ett antal individer och varje individ har ett eget BMI värde. Likaså har varje kommun ett eget BMI medelvärde som sammanfattar de individuella BMI värdena av alla individer från samma kommun.

Anta att vi har en population av individer som bor i en region med två kommuner, en röd och en blå kommun. Varje individ i regionen har sitt eget BMI värde och det finns naturligtvis BMI skillnader mellan individerna i regionen. Om vi nu tänker efter, kan vi förstå att BMI kan ha ett liknande värde hos individerna som bor i samma kommun. Det kan vara så att den blå kommunen har en mycket trevlig utemiljö med många möjligheter till fysik aktivitet så att alla kommunens invånare tenderar att ha ett lägre BMI än i resten av regionen. Den andra kommunen, den röda, har emellertid en dålig utemiljö med få möjligheter till fysik aktivitet så att alla kommunens invånare tenderar att ha ett högre BMI än i resten av regionen. Det kan fortfarande finnas skillnader i BMI mellan individerna inom varje kommun, men överallt har alla individer ett lägre eller ett högre BMI värde beroende på om de bor i den blå eller i den röda kommunen. Med andra ord, den kommun man bor i påverkar individens BMI så att en viss del av skillnaderna i BMI mellan individerna i hela regionen (den blå och den röda kommunen tillsammans) beror på den kommunen man bor i. Ju större påverkan av kommunens kontext desto mer likar individerna varandra inom varje enskild kommun och samtidigt skiljer de sig från individerna från andra kommuner. Vi säger att denna ”kommuneffekt” är stor när en stor andel av de individuella BMI skillnaderna i hela regionen är på kommunnivå. Man kan nu fråga sig hur man mäter kommunpåverkan på individerna. Vi kan få hjälp av figur 1 för en bättre förståelse.



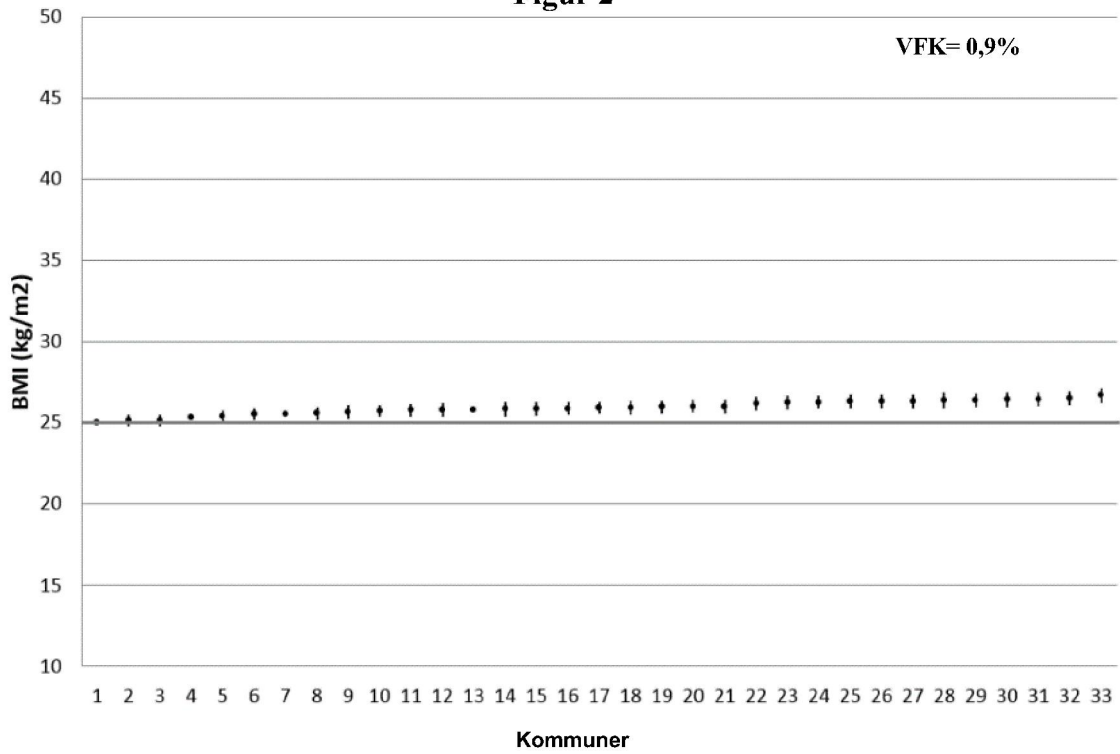
Figur 1 visar de två kommunerna vi beskrev innan, den blå och den röda. De gröna linjerna föreställer gränsen för övervikt/fetma. De röda och de blåa linjerna avbildar hur de individuella BMI värdena fördelar sig i dessa två olika kommuner. Skillnaden mellan kommunernas BMI medelvärden (de streckade linjerna) i fallet A (D_A) är lika stor som i fallet B (D_B), men de individuella skillnaderna eller ”variansen” (de heldragna linjerna) runt medelvärdena är mycket mindre i fallet A än i fallet B. Faktum är att samma skillnad mellan medelvärdena kan fås från mycket olika individuella fördelningar (som i fallen A och B). Andelen av den totala individuella variationen (rött plus blått) i regionen som beror på skillnader mellan kommunernas medelvärden är mycket större i fallet A än i fallet B. I fallet A finns det mycket lite överlappning mellan de individuella värdena från de två olika kommunerna men i fallet B är överlappningen mycket stor. Vi säger att skillnader mellan kommunerna är ”stora” i fallet A eftersom det finns mycket lite överlappning. Däremot säger vi att skillnader mellan kommunerna är ”små” i fallet B eftersom det finns mycket stor överlappning. Observera att i båda fallen är skillnaderna mellan deras medelvärden lika stora i fallet A (D_A) som i fallet B (D_B).

Märk att i fallet A räcker det att veta vilken kommun en individ bor i för att vara ganska säker på att individen har övervikt/fetma (i den röda kommunen) eller inte (i den blå kommunen). Likaså, i fallet A, om en individ har övervikt/fetma kan vi förmodligen säga att den bor i den röda kommunen. I fallet A finns det liten överlappning mellan de individuella BMI fördelningarna och i de flesta fall kommer vi att kunna urskilja individerna med övervikt/fetma med ganska bra träffsäkerhet om vi vet vilken kommun de bor i. Däremot, i fallet B så är överlappningen mellan de individuella BMI fördelningarna så omfattande att den urskiljande träffsäkerheten är mycket låg. I fallet B finns det nästan lika många individer med övervikt/fetma i de röda som i den blå kommunen. Liknande resonemang gäller för individer med normalvikt.

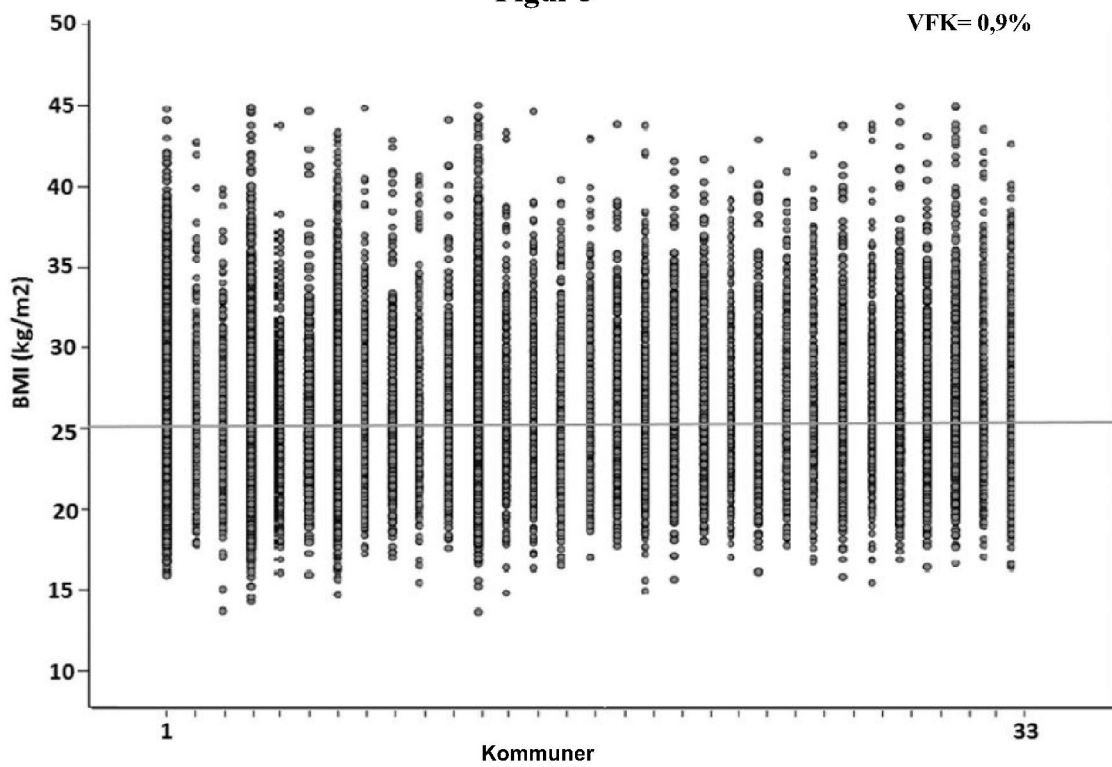
Figur 2 från vår empiriska analys (1) visar BMI i medelvärde (små svarta cirklar) med 95 % konfidensintervall (små vertikala linjer som korsar cirklarna) för de 33 skånska kommunerna baserat på Folkhälsoenkäten för Skåne 2008. I denna studie (1) kunde vi räkna fram att bara 0,9 % av den totala individuella BMI-variationen i Region Skåne fanns på kommunnivå, vilket är mycket lite. Vad ”0,9%” betyder blir tydligare om man plottar de individuella BMI värdena (cirklarna i figuren 3) inom varje kommun. Det är uppenbart att det finns en mycket stor överlappning av de individuella BMI värdena mellan kommunerna och figur 3 liknar fallet B i figur 1.

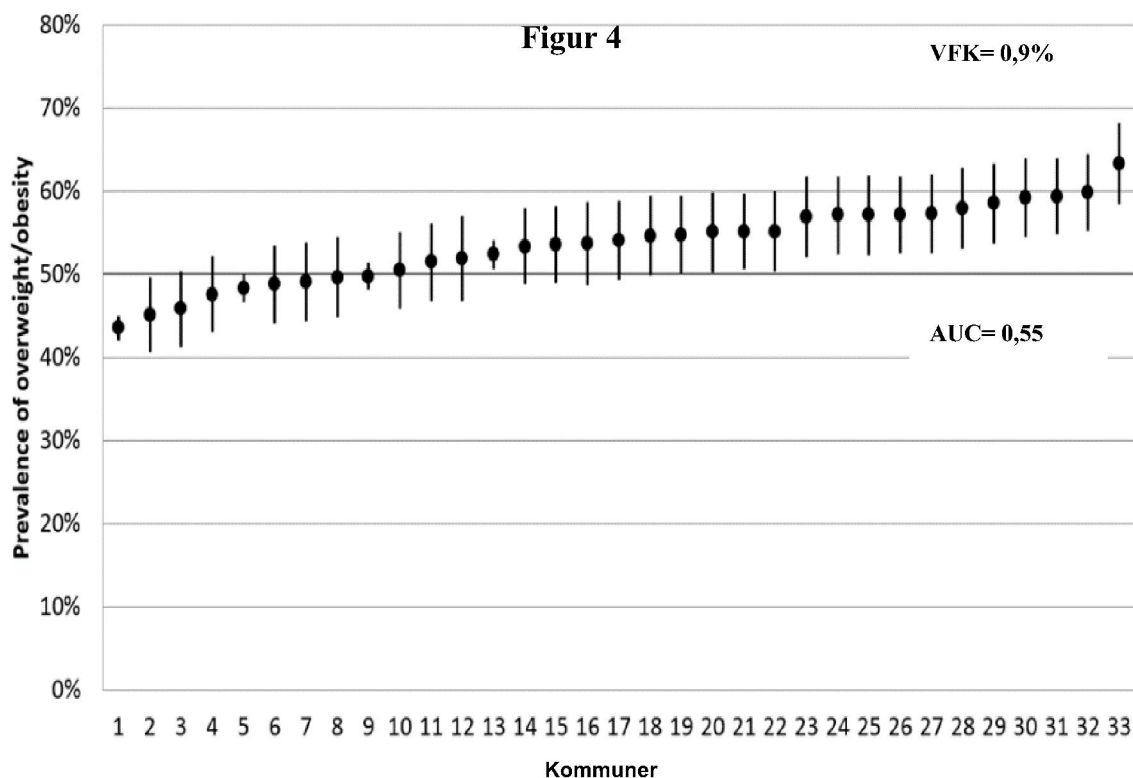
Det finns alltså stora BMI skillnader mellan individerna men den del av dessa individuella skillnader som beror på den kommunen de bor i är mycket liten i vår studie. Därför har individens bostadskommun mycket svag urskiljande träffsäkerhet (*discriminatory accuracy*) när det gäller skilja individer med övervikt/fetma från individerna med normal vikt.

Figur 2



Figur 3





När vi i stället studerar övervikt/fetma som är en variabel med två kategorier kan vi i figur 4 se kommunskillnaderna i andel (procent) individer med övervikt/fetma med 95 % konfidensintervall (små vertikala linjer som korsar cirklarna). Även här kunde vi konstatera att bara 0,9 % av de totala individuella skillnaderna fanns på kommunnivå.

Vi diskuterade ovan att i fallet A i figur 1 så räcker det att veta vilken kommun en individ bor i för att med stor säkerhet veta att individen har övervikt/fetma (i den röda kommunen) eller inte (i den blå kommunen). Det vill säga, vi kan urskilja individerna med övervikt/fetma med ganska bra träffsäkerhet om vi vet vilken kommun de bor i. Däremot i fallet B i figur 1 samt i figur 3 är överlappningen mellan de individuella BMI fördelningarna så omfattande att den urskiljande träffsäkerheten är mycket låg. I fallet B i figur 1 skulle det finnas nästan lika många individer med övervikt/fetma i den röda som i den blå kommunen och detsamma gäller i figur 3.

När det handlar om dikotoma variabler som till exempel övervikt/fetma kan vi använda ett mått för att kvantifiera hur pass noggrant kunskap om kommunskillnader hjälper att särskilja individer med övervikt/fetma från individer med normalvikt. Vi kan alltså mäta den urskiljande träffsäkerheten som på engelska heter *discriminatory accuracy (DA)*. Ett vanligt DA mått är (på engelska) *area under the receiver operator*

characteristic (ROC) curve, eller enklast, *area under the curve (AUC)* (1). AUC är ett lämpligt mått när vi vill kvantifiera kommunskillnader om det utfall vi studerar är dikotomt som övervikt/fetma. Vi hänvisar läsaren till andra publikationer (1, 2) för en djupare förståelse om hur AUC beräknas.

I vårt exempel mäter AUC hur pass noggrant kunskap om kommunskillnader och individens bostadskommun hjälper att särskilja individer med överviktig/fetma från individer med normalvikt. AUC tar ett värde mellan 0,5 och 1,0 där AUC= 0,5 betyder att det inte finns någon DA och därför inga relevanta eller *urskiljande* skillnader mellan kommunerna. Å andra sidan, en AUC= 1,0 motsvarar perfekt DA och maximala *urskiljande* skillnader mellan kommunerna. I vårt empiriska exempel (figur 4) var AUC= 0,55. Det vill säga mycket låg DA.

Måttet AUC används ofta inom medicin och folkhälsovetenskap med syfte at utvärdera hur pass bra en screening eller diagnostiskt test är (4). I vårt fall fungerar kunskap om var individen bor som en sorts ”test” som syftar till att särskilja individer med övervikt/fetma från individer med normalvikt. Vi vill veta med vilken noggrannhet detta görs. Ingen beslutfattare inom folkhälsa och sjukvård skulle vilja använda ett test utan att först veta dess DA. Ska insatser fokuseras på vissa kommuner eller inte? Man vill inte i onödan behandla falskt positiva patienter eller felaktigt neka behandling av falskt negativa individer. Följaktligen, ju högre AUC desto större anledning att fokusera på vissa kommuner och inte på andra. Däremot om AUC är låg, så är det bättre med universella interventioner som täcker hela regionen. Problemet med konventionella analyser som bara studerar skillnader mellan medelvärden är att deras DA är okänd.

Sammanfattningsvist, när vi studerar kommunskillnader tolkar vi inte bara skillnader mellan deras medelvärden (till exempel skillnader i andel individer med övervikt) utan även deras urskiljande träffsäkerhet. Vi pratar om både ”medelvärdesskillnader” och ”urskiljande skillnader”.

Individens och regionens perspektiv

Vi ser i figur 4 att kommun 1 med minst övervikt/fetma har en prevalens på 44 % men denna prevalens är 63% i kommunen 33 med mest övervikt/fetma. Det är alltså en skillnad på hela 19 procentenheter. Dock är den urskiljande träffsäkerhet mycket låg (AUC= 0,55) och vi har i figur 1-3 exemplifierat varför det förhåller sig så. Risken att ha

övervikt/fetma är 1,4 gånger (63%/44%) högre i kommun 33 än i kommun 1. Om en person som skulle flytta in i regionen kanske den föredrar att bosätta sig i kommun 1 snarare än i kommunen 33 för att risken för övervikt/fetma är lägre där. Å andra sidan betyder det låga AUC värdet att det finns det många ”falska positiva” och ”falska negativa” och regionen behöver beakta denna information om man planerar en intervention. AUC påverkas av storleken på de grupper som jämförs, till exempel stora grupper med låg risk kan paradoxalt ha många fall av övervikt/fetma (det vill säga många ”falska negativa”) och det sänker AUC.

Ett enkelt AIHDA-ramverk för att kvantifiera ojämlikheter i hälsa

De koncept som vi har diskuterat ovan kan appliceras på ett strukturerat sätt genom ett AIHDA-ramverk som innehåller fyra steg. Dessa steg behöver konsekutivt övervägas för att uppnå en mer komplett analys av ojämlikheter i hälsa. Vi presenterar det ramverk som vi har applicerat i projekt HSU jämlik vård men ramverket kan anpassas vid behov vid andra frågeställningar.

I denna bilaga studerar vi geografisk jämlikhet (33 kommuner i Skåne) i förhållande till BMI men AIHDA ramverket är detsamma om man studerar ojämlikhet i förhållande till andra indikatorer eller andra grupperingar så som sjukhus eller vårdcentraler eller mellan olika samhällsgrupper definierade utifrån socioekonomisk position, demografiska faktorer som ålder, kön och födelse-land eller grupper definierade som en intersektion av flera faktorer samtidigt. Ramverket har fyra steg.

1. Identifiering av en kvalitetsindikator och ett önskat målvärde.
2. Beskriva och visualisera medeltalsskillnaderna mellan grupperna.
3. Kvantifiera storleken på de geografiska skillnaderna.
4. Tolkning av resultaten.

En exempelanalys som utgår från dessa fyra steg hittas i bilaga 3.

Identifiering av en kvalitetsindikator och dess målvärde

Att minska ojämlikheten i hälsa är inte tillräckligt i sig, vi behöver också ett mål som uttrycker ett önskvärt medeltal eller genomsnittlig hälsolivå i befolkningen. För att illustrera våra argument antar vi att det övergripande målet i Skåne och dess kommuner var att uppnå ett genomsnittligt BMI under 25,0 kg/m² eller att uppnå en prevalens eller andel av individer med övervikt/fetma under 50 %.

Beskriva medeltalsskillnaderna mellan kommunerna

I vårt exempel är kommunerna de grupper som vi studerar men det kunde även vara andra grupper, som de sociodemografiska grupperna vi använder i andra delar av rapporten. I detta steg gör vi en traditionell analys av kommunskillnaderna i förhållande till målvärdet. Först beräknar vi prevalensen av övervikt/fetma och BMI medelvärdet i Region Skåne som helhet. Efter det beräknar vi kommunernas prevalenser och visualiserar hur grupperna skiljer sig från varandra med hjälp av relevanta tabeller och figurer. För varje prevalens beräknar vi dess 95% konfidensintervallen (KI) med syfte av att få en uppfattning om den statistiska osäkerheten. I detta steg och som kompletterande information kan vi på ett enkelt sätt beräkna skillnaden mellan gruppernas prevalens och målvärdet för kvalitetsindikatorn.

Figur 4 visar att förekomsten av övervikt/fetma i Skåne som helhet var 51 % och varierade från 44 % i kommun nummer 1 till 63 % i kommun nummer 33. Av de 33 kommunerna uppvisar nio en övervikts-/fetmaprevalens under 50 %.

Kvantifiera storleken på de geografiska skillnaderna

Vid traditionella jämförelser baserade på medeltalsskillnader mellan områden är kriterierna för att kvantifiera storleken på de geografiska skillnaderna inte tydligt angivna. Till exempel, när kan vi säga att det finns "avsevärd" geografisk variation? När är de geografiska skillnaderna "stora", "små" eller "försumbara"? Kriterierna för "statistisk signifikans" är otillräckliga eftersom mycket små skillnader mellan medelvärden ändå kan visa sig vara statistiskt signifikanta om databasen är omfattande.

I det AIHDA-ramverk som vi föreslår betraktar vi inte skillnaderna mellan områden och skillnader mellan individer som om de vore två separata och orelaterade fenomen av

intresse. Snarare antar vi ett flernivåperspektiv och utvärderar de geografiska skillnaderna genom att kvantifiera andelen av den totala variationen i den individuella BMI utfallet som är på områdesnivå. När det gäller dikotoma variabler som övervikt/fetma använder vi AUC eftersom det ger analog information, men uttryckt i termer av urskiljande träffsäkerhet eller discriminatory accuracy.

I vårt exempel mäter AUC hur pass noggrant kunskap om kommunskillnader och individens bostadskommun kan särskilja individer med överviktig/fetma från individer med normalvikt. AUC tar ett värde mellan 0,5 och 1,0 där AUC= 0,5 betyder att det inte finns någon DA och därför inga relevanta eller *urskiljande* skillnader mellan kommunerna. Å andra sidan, en AUC= 1,0 motsvarar perfekt DA och maximala *urskiljande* skillnader mellan kommunerna. I vårt empiriska exempel (figur 4) var AUC= 0,55. Det vill säga mycket liten.

Tolkning av resultaten

Med hjälpen av det konceptuella ramverket för att utvärdera gruppskillnader som finns i tabell 1 placerar vi våra resultat i **scenario B** där indikatorns målvärde (prevalens av övervikt/fetma <50%) nästan har uppnåtts och det finns inga eller väldigt små *urskiljande* skillnader mellan kommunerna. En intervention med syfte att sänka BMI i befolkningen behöver vara universell, eftersom de *urskiljande* geografiska skillnaderna är frånvarande eller mycket små. Av denna anledning är det inte lämpligt med endast riktade interventioner mot specifika kommuner utan kvaliteten inom hälso- och sjukvården bör förbättras överallt.

Tabell 1. Ramverk för att genomföra gruppjämförelser av en specifik kvalitetsindikator med syfte att utvärdera jämlikhet och informera om en intervention skall vara universell eller fokuseras på vissa grupper. För detta ändamål behöver vi veta om indikatorns målvärde har nåtts. Vi behöver också information om storleken på de observerade gruppskillnaderna bedömda enligt variansfördelningskoefficienten (VFC) eller *arean under receiver operating characteristics curve* (AUC). Genom att kombinera denna information får vi 18 olika scenarier användbara för utvärderingen.

Gruppskillnader	AUC	Har indikatorns målvärde nåtts?		
		Nej	Nästan	Ja
Inga eller små skillnader				
• Inga	0,50 till 0,55	A	B	C
• Mycket små	0,55 till 0,61	D	E	F
• Små	0,61 till 0,66	G	H	I
Stora skillnader				
• Stora	0,66 till 0,72	J	K	L
• Mycket stora	0,72 till 0,77	M	N	O
• Väldigt stora	0,77 till 1,00	P	Q	R

Vi skulle kunna ha hamnat i andra scenarion i tabell 1. I ett idealt scenario (scenario C) har indikatorns målvärde uppnåtts i populationen och det finns inga *urskiljande* gruppskillnader eller så är dessa väldigt små. Slutsatsen skulle vara att det finns jämlikhet och hög kvalitet inom hälso- och sjukvården.

I det värsta scenariot (scenario A) har man inte nått målvärdet i populationen och det finns inga *urskiljande* gruppskillnader eller så är dessa mycket små. Slutsatsen i detta fall är att det finns ”jämlikhet” men kvaliteten på hälso- och sjukvården är dålig i hela populationen. Observera att i både scenario A och C är interventioner riktade till specifika grupper inte lämpliga. Interventioner bör i stället vara universella (riktade till hela Skåne). Anledningen till detta i scenario C är att behålla den goda kvaliteten i alla grupper, för scenario A är det i stället att höja kvaliteten i alla grupper. Eventuellt kan interventionen skräddarsys för varje grupp men alla grupper skall få interventionen.

I scenario P och R är storleken på gruppskillnaderna väldigt stora. I scenario R har några grupper inte uppnått nivån för indikatormålet även om populationen i stort har gjort det, i scenario P har man inte nått indikatorns målvärde i befolkningen men vissa grupper har säkerligen gjort det. I både scenario P och R råder en stor ojämlikhet och då är sjukvårdskvaliteten dålig just på grund av ojämlikheten eftersom jämlikhet är en grundläggande princip inom God vård. I dessa scenarion, P och R, är det motiverat med riktade interventioner till de grupper med ett medelvärde under indikatorns målvärde.

Med det AIHDA ramverk vi föreslår kan vi ge informativt stöd till beslutsfattare om lämpligheten av riktade, universella eller blandade interventioner. Det AIHDA ramverk som vi applicerar i detta projekt, kan användas för att göra informerade val gällande lämplig skala och intensitet för interventioner riktade till vårdsvksamheter, sociodemografiska grupper eller geografiska kontexter.

Referenser

1. Merlo J, Wagner P, Leckie G. A simple multilevel approach for analysing geographical inequalities in public health reports: The case of municipality differences in obesity. *Health Place*. 2019;58:102145.
2. Merlo J. Flernivåanalyser behövs i öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård. *Läkartidningen* 2019;116:FTEL. 2019.
3. Wemrell M, Vicente RP, Merlo J. Mapping sociodemographic and geographical differences in human papillomavirus non-vaccination among young girls in Sweden. *Scand J Public Health*. 2023;51(2):288-95.
4. Pepe M. S., Janes H., Longton G., Leisenring W., Newcomb P. Limitations of the odds ratio in gauging the performance of a diagnostic, prognostic, or screening marker. *American journal of epidemiology*. 2004;159(9):882-90.

Bilaga 2: Intersektionalitet

Del av slutrapport för projekt hälso- och sjukvårdsuppföljning
jämlig vård

Intersektionalitet

Projektet rekommenderar att utgå från ett intersektionellt perspektiv när jämlik hälso- och sjukvård analyseras. Analysmodellen AIHDA beskrivs i metodbeskrivningen i bilaga 1 och den exemplifieras i analysen av ”*Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus: Skillnader mellan sjukhus och sociodemografiska grupper*” som utgör bilaga 3. Den här bilagan ger en kort beskrivning av vad intersektionalitet är.

Intersektionalitetsteori är en utgångspunkt för hur vi förstår jämlikhet och omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården, och denna utgångspunkt kan ge en mer nyanserad bild av hur hälsa, sjukdom och sjukvårdskonsumtion fördelas inom olika grupper i befolkningen.

Historik

Intersektionalitetsteorin kan spåras tillbaka till Kimberlé Crenshaw, en amerikansk jurist och forskare som myntade termen 1989. Teorin beskriver hur olika former av social och politisk diskriminering överlappar varandra. Crenshaw argumenterade att traditionella antidiskrimineringslagar, som behandlar ras och kön separat, inte adekvat adresserade de unika erfarenheterna av att vara både svart och kvinna. Intersektionalitetsteorin har sedan dess breddats och används idag inom olika samhällsvetenskapliga discipliner för att analysera hur olika maktstrukturer påverkar individer på flera nivåer.

Intersektionell analys

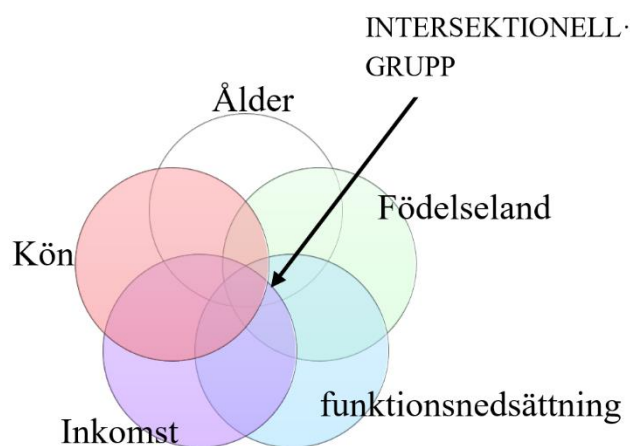
Intersektionalitetsteorin inom socialepidemiologi används för att utforska hur olika sociala och demografiska kategorier som kön, etnicitet, socioekonomisk position och ålder **överlappar och samverkar** på sätt som påverkar individernas hälsa, sjukdom och vårdkvalitet.

En intersektionell analys tar hänsyn till att människor kan tillhöra flera grupper samtidigt, som utgör olika kontexter. Exempelvis kan en grupp

individer som är nyanlända till Sverige ha helt skilda behov, beroende på om de är högutbildade eller lågutbildade. De kan även ha olika behov som är relaterade till om de är kvinnor eller män. Om samma insats ges till alla i en grupp, exempelvis alla män, är risken att insatsen inte fungerar för alla de männen eftersom behoven kan skilja sig åt inom gruppen män beroende på om de till exempel är högutbildade eller lågutbildade eller om de är äldre eller yngre.

Ett intersektionellt perspektiv står i kontrast till traditionella analysmetoder som fokusera på en faktor i taget och som bortser från att olika socioekonomiska och demografiska faktorer är sammanvävda och kan interagera med varandra.

Således tillåter intersektionalitet inom socialepidemiologi en mer nyanserad och omfattande analys av jämlik vård, vilket är avgörande för att utforma effektiva interventioner som adresserar specifika behov hos olika befolkningsgrupper.



Intersektionell analys i AIHDA

Intersektionalitet i kombination med analysramverket AIHDA (som bland annat tar hänsyn till hur grupptillhörighet påverkar individuella skillnader) är ett verktyg för att ge en tydligare bild och kartläggning av hur resultat fördelar sig inom olika kontexter i samhället. I stället för att beskriva hur ålder, kön, födelseland respektive utbildningsnivå påverkar utfallet i

genomsnitt och var för sig, kan resultat beskrivas utifrån mer nyanserade samhällsgrupper, som exempelvis *svenskfödda yngre kvinnor med låg utbildning*. En sådan gruppering, tillsammans med analys av gruppinformations *urskiljande träffsäkerhet* (se bilaga 1) kan beskriva den heterogenitet som oftast göms bakom grova grupperingar som till exempel män och kvinnor, svensk och utlandsfödd.

För analyser med AIHDA skapas en intersektionell multikategorisk variabel genom att kombinera kategorierna av flera demografiska och socioekonomiska variabler, vilket ger tillgång till mer väldefinierade grupper vid analys. Detta tillvägagångssätt vid analys av jämlik vård exemplifieras i bilaga 3.

Bilaga 3: Analys av kvalitetsindikator för löpande uppföljning

**Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24
timmar efter ankomst till sjukhus: Skillnader mellan
sjukhus och sociodemografiska grupper**

**Del av slutrapport för projekt hälso- och sjukvårdsuppföljning
jämlig vård**

Innehåll

Bilaga 3: Analys av kvalitetsindikator för löpande uppföljning	1
Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus: Skillnader mellan sjukhus och sociodemografiska grupper.....	1
Del av slutrapport för projekt hälso- och sjukvårdsuppföljning jämlik vård1	
Bakgrund	4
Population och metoder.....	5
Studiepopulation och databaser	5
Variabler.....	6
Indikatordefinition.....	6
Indikatorns målvärde.....	7
Organisatoriska variabler	7
Sociodemografiska grupper.....	7
Epidemiologiska och statistiska metoder	8
Resultat.....	9
Höftfraktursoperation inom 24 timmar i förhållande till målvärdet.....	9
Resultat i medelvärde för samtliga regioner år 2022	9
Prevalens i Region Skåne över de 10 senaste åren.....	10
Analys av sjukhus.....	11
Skillnader mellan sjukhus i andel patienter som får operationen i tid (genomsnittsvärden).....	11
Betydelse av genomsnittliga sjukhusskillnader för fördelningen av individuella fall (patienter som får operationen i tid) i Skåne.....	12
Analys av sociodemografiska grupper	13
Skillnader mellan sociodemografiska grupper i andel patienter som får operationen i tid (genomsnittsvärden).....	13
Betydelse av genomsnitt skillnader mellan de sociodemografiska grupperna för fördelningen av individuella fall (patienter som får operationen i tid) i Skåne	15
Diskussion	16
Sjukhusens påverkan på individuella skillnader	17
Sociodemografiska gruppers påverkan på individuella skillnader.....	19
Guide för att planera interventioner	20
Undersökning av antal fall och prevalens	20
Prioritering	20
Bredare folkhälsostrategier	21

Exempel.....	21
Definition av en grupp.....	21
Sammanfattningsvis	22
Konklusion	22
Redovisningsexempel.....	23

Bakgrund

Som del i projekt hälso- och sjukvårdsuppföljning jämlik vård genomförs en analys av en kvalitetsindikator för att exemplifiera hur jämlik vård kan utvärderas via löpande uppföljning i Region Skåne. Analysen är sammanställd i denna bilaga.

I analysen applicerar vi den vetenskapligt beprövade metoden *Analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy* (AIHDA), se bilaga 1 för metodbeskrivning av AIHDA. AIHDA är ett analysramverk som kan förbättra utvärderingen av hälso- och sjukvårdskvalitet utifrån ett jämlikhetsperspektiv.

AIHDA bemöter två vanliga fallgror vid analys av jämlik vård som återfinns i både vetenskapliga studier och myndighetsrapporter:

- 1) I stället för att analysera grupper definierade med hjälp av en enskild faktor åt gången, till exempel inkomst (låg, medel och hög inkomsttagare), födelseland (utlandsfödd och svenskfödd) eller kön (män och kvinnor), så definieras grupper med hjälp av flera faktorer samtidigt, till exempel ”män som är låginkomsttagare födda i Sverige” och ”kvinnor som är hög inkomsttagare födda utomlands”. Detta ger en tydligare kartläggning av hur sjukvårdskvalitet fördelas i olika samhällsgrupper. För mer information se bilaga 2 om intersektionalitet.
- 2) I stället för att enbart analysera medelvärden, vilket till exempel görs i Vården i siffror (där nationella kvalitetsindikatorer samlas) och kvalitetsuppföljningsapplikationen QlikView i Region Skåne, så analyseras även individuella skillnader runt medelvärdena genom att mäta hur de individuella skillnaderna i en grupp överlappar de individuella skillnaderna i andra grupper. Denna information är avgörande för att bedöma hur grupptillhörighet påverkar individuella skillnader i vårdkvalitet. Det är en dimension som sällan ses inom jämförelser i offentlig sektor, men som oftare används inom akademisk forskning. I metoden ingår dessutom ett ramverk för att tolka gruppskillnadernas storlek, som inte baseras på skillnader mellan gruppernas genomsnittsvärden utan på gruppernas urskiljande träffsäkerhet eller på engelska *discriminatory accuracy* (DA). I sin tur uppskattas DA med hjälp

av den så kallade *area under the receiver operating characteristics curve* eller ”AUC”, se bilaga 1 för mer information.

Målet med analys via AIHDA är att producera nyanserade beslutsunderlag.

Analyserna är visserligen något mer komplexa än traditionella medeltalsbaserade analyser, men ändå lätta att ta till sig utan att vara expert inom området. Man kan jämföra AIHDA med ett laborietest inom primärvården, som man kan lära sig att tolka utan att i detalj känna till hur analysen genomförs.

Analyser som denna, som genomförs med AIHDA, är tänkta att levereras som underlag till politisk ledning och andra ledningsfunktioner, avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, lokala programområden (LPO), Region Skånes behovsrapport med fler. Analysens presentation kan enkelt anpassas efter målgruppen – från att enbart presentera analysens slutsatser, till att genomgående redovisa analysens olika moment. I sista stycket i den här rapporten visar vi hur analysen kan sammanställas för att ge en översiktlig bild av om vården är jämlik i det aktuella utfallet.

I denna analys följer vi upp kvalitetsindikatorn ”*andel patienter med icke-patologisk höftfraktur som opererats inom 24 timmar från ankomst till sjukhus*” för att utvärdera sociodemografiska skillnader och skillnader mellan sjukhus. Analysen utgör ett exempel av hur jämlik vård kan följas upp, som kan appliceras på andra kvalitetsmått i Region Skåne, som till exempel väntetider eller upplevelser av hälso- och sjukvården.

Population och metoder

Studiepopulation och databaser

I denna studie inkluderas 20 615 patienter 50 år och äldre med en icke-patologisk höftfraktur (ej orsakad av underliggande sjukdom) som ankommit till offentligt drivna sjukhus i Region Skåne under perioden 2013-01-01 och 2022-12-31 och som är registrerade i det Nationella kvalitetsregistret för höftfrakturpatienter (Rikshöft) varifrån analyserade data är hämtade. Orsaken till att vi inkluderar

patienter från 10 år är att ha tillgång till många observationer i analysen, vilket skapar smalare konfidensintervall, i synnerhet för sociodemografiska grupper med få observationer. Nackdelen är att observationsperioden är lång och hänsyn inte tas till eventuella tidstrender.

Region Skånes enheter har direktöverföring av information från journal till kvalitetsregistret.

Information om patientens födelseland (inrikes/utrikes) och inkomst är hämtade från Statistiska centralbyrån (SCB), särskilt beställt för denna analys.

Data från RiksHöft har länkats på individnivå, informationen är pseudonymiserad för att kunna genomföra analysen utan att individerna kan identifieras. SCB äger nyckeln för att identifiera individerna.

Enligt registerhållaren så genomför inte privata aktörer operationerna som ingår i kvalitetsregistret, vilket innebär att det i vår analys inte finns något bortfall till följd av att operationer utförts på annan plats än i Region Skåne för studiepopulationen.

Variabler

Indikatordefinition

Indikatorn för denna analys är *”Andel patienter med icke-patologisk höftfraktur som opererats inom 24 timmar från ankomst till sjukhus”*.

Indikatorn är beräknad enligt RiksHöfts definition och utgörs av: Antal patienter 50 och äldre med icke patologisk höftfraktur som opererats inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus / Totalt antal patienter 50 och äldre med icke patologisk höftfraktur.

I vår studie genomför vi analyserna på individnivå och då är utfallet om en patient 50 eller äldre med icke patologisk höftfraktur har opererats inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus eller ej. Utfallet är alltså beräknat för varje individ som en binär variabel.

Indikatorns målvärde

Patienter med en höftfraktur kan få vänta på operation till följd av flera olika faktorer, såsom begränsningar i operationskapacitet, väntetider till röntgen eller att patienten inte bedömts vara medicinskt stabil för operation. Studier har visat att dödligheten ökar om en patient får vänta och risken för komplikationer, såsom förvirring, infektioner och trycksår, är högre i samband med en längre väntan, speciellt för de sjukaste och äldsta patienterna (Rikshöft). En exakt tidpunkt för hur snabbt en operation behöver ske är svår att fastställa och olika studier använder olika målvärden. Rikshöft följer upp väntetid på under 24 timmar och därför följer vi upp samma väntetid i den här analysen. Målvärdet för andel patienter som ska få operation inom 24 timmar är satt till ”så högt som möjligt” av Rikshöft. I den här exempelanalysen har vi valt målvärdet att minst 80% utav patienterna ska ha påbörjat en operation inom 24 timmar från ankomst till sjukhus, för att didaktiskt kunna påvisa hur indikatorer med fasta målvärden kan tolkas i en AIHDA.

Organisatoriska variabler

Den organisatoriska informationen har vi grupperat via de fem skånska sjukhus som genomför höftoperationer: Centralsjukhuset Kristianstad (CSK), Helsingborgs lasarett, Lasarettet i Ystad, Skånes Universitetssjukhus (SUS) i Lund respektive Malmö.

Sociodemografiska grupper

Vi definierade sociodemografiska grupper via variablerna ålder (50–65/>65), kön (kvinna/man), födelseland (inrikes/utrikes) samt individualiserad disponibel inkomst för hushållet enligt SCB. Skånes befolknings medianinkomst användes för att kategorisera individernas inkomst i två grupper: Under- och över medianinkomst. Grupperna baseras på inkomståret innan patienten ankom till sjukhuset.

Ett jämlikt vård-perspektiv bör beakta multipla diskrimineringsgrunder och maktordningar samtidigt (se bilaga 2 om intersektionalitet). Av den anledningen är individerna grupperade via en multikategorisk variabel där kategorierna ovan kombinerades till 16 sociodemografiska grupper (2 åldersgrupper x 2 kön x 2

kategorier av födelseland x 2 inkomstgrupper = 16 grupper). Dessa sociodemografiska grupper utgör utgångspunkten för analysen av sociodemografiska skillnader.

Epidemiologiska och statistiska metoder

I analysen applicerar vi AIHDA (se bilaga 1 för metodbeskrivning) för att utvärdera skillnader mellan sjukhus och mellan sociodemografiska grupper. Vi beräknade prevalensen av operationer genomförda inom 24 timmar (andel patienter angivet i procent) samt 95% konfidensintervall (KI) för prevalensen. Detta gjordes för respektive grupp, det vill säga för alla sjukhus och alla multikategoriska sociodemografiska grupper. För varje sjukhus och sociodemografisk grupp så beräknade vi även skillnaden mellan dess prevalens och 80%-målvärdet i antal procentenheter.

Vi skapade två olika regressionsmodeller, en modell hade den organisatoriska informationen (sjukhusen) som oberoende variabel och en annan modell den multikategoriska sociodemografiska informationen som oberoende variabel. Vi använde prediktionerna i dessa modeller (som motsvarar sjukhusens och sociodemografiska grupper exakta prevalenser) för att beräkna den urskiljande träffsäkerheten, eller *discriminatory accuracy* (DA). För att estimerar DA använde vi måttet *area under the receiver operating characteristics (ROC) curve* eller "AUC" som mäter med vilken träffsäkerhet (*accuracy*) gruppinformation kan särskilja (*discriminate*) patienter som fick operationen i tid (*fall*) från patienter som inte fick operationen i tid (*icke-fall*).

Vid gruppinformation som på ett perfekt sätt kan särskilja fall från icke-fall får vi ett AUC-värde på 1 och vid gruppinformation som inte alls kan särskilja fall från icke-fall (det vill säga när DA är lika med slumpen) så får vi ett AUC-värde på 0,5.

I våra analyser definierar vi inte gruppskillnader som skillnader mellan prevalensvärdena, utan utifrån gruppernas DA. Detta innebär att gruppinformation med högt AUC-värde indikerar stora gruppskillnader medan ett lågt AUC-värde indikerar små gruppskillnader, se bilaga 1 för mer information.

Resultat

Höftfraktursoperation inom 24 timmar i förhållande till målvärdet

Utav de 20 615 patienter i Region Skåne som inkluderades i analysen är andelen patienter som fått en höftfraktursoperation inom 24 timmar 67,2%, vilket är 12,8% lägre än målvärdet 80% .

Resultat i medelvärde för samtliga regioner år 2022

Att jämföra Region Skånes resultat med andra regioners resultat (i medelvärde) kan vara intressant för att få en bild av om Region Skåne avviker från det nationella resultatet. Data nedan visar hur Region Skåne presenterar i relation till andra regioner år 2022, baserat på information från Vården i siffror (som utgår från Rikshöft). I Region Skåne fick 49% av patienterna operation av höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus, vilket är under rikssnittet som är 58%.

Resultat för Region Skåne är sämre år 2022 (49%) än vår studerade tidsperiod 2013-2022 (67%), med en skillnad på 18 procentenheter.

Tabell 1. Nationella resultat av kvalitetsindikatorn ”Operation av icke-patologisk höftfraktur inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus” år 2022.

Region	Andel patienter med höftfraktur som opererats inom 24 timmar från ankomst till sjukhus (%) år 2022
Jönköping	78
Gotland	74
Västernorrland	74
Dalarna	72
Blekinge	70
Kalmar	69
Västmanland	66
Gävleborg	66
Kronoberg	63

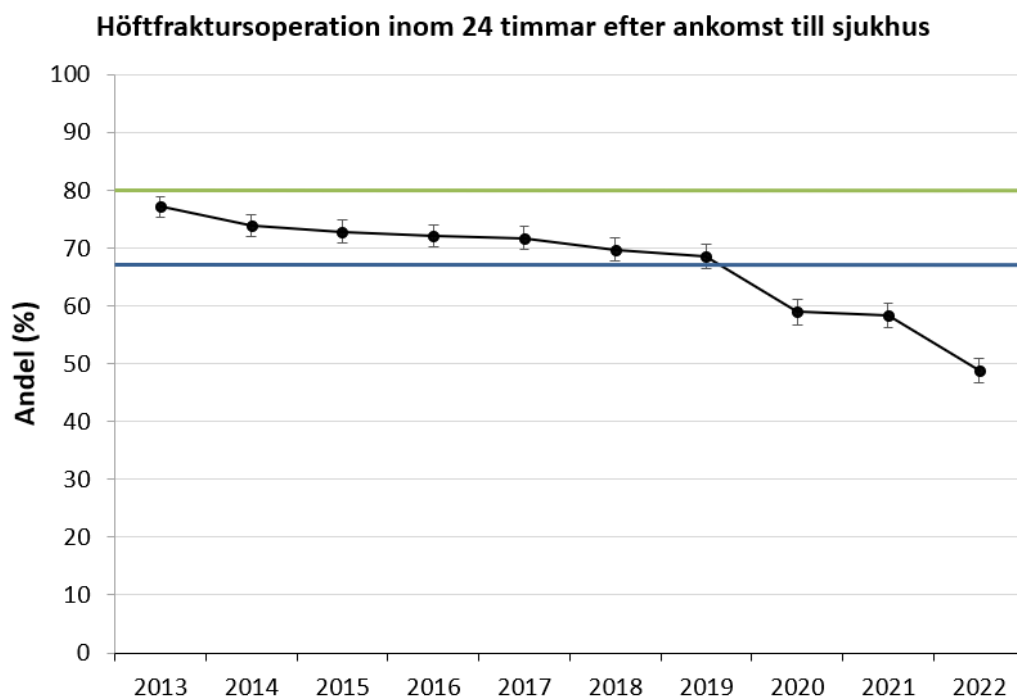
Halland	58
Värmland	54
Östergötland	52
Örebro	52
Västra Götaland	51
Skåne	49
Sörmland	48
Riket	58

Prevalens i Region Skåne över de 10 senaste åren

Resultat i Region Skåne har blivit sämre under de senaste 10 åren, vilket redovisas i figuren nedan. 2013 var resultatet 77% och 2022 var resultatet 49%, med en nedåtgående trend.

Att söka orsaker och förklaringar till den nedåtgående trenden är en naturlig del i ett fortsatt analys- och utvecklingsarbete men något som ligger utanför den här exempelanalysen som syftar till att påvisa hur jämlik vård kan följas upp i löpande uppföljning.

Figur 1. Andel patienter i Region Skåne som fått en höftfraktursoperation inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus. Den gröna linjen representerar målvärdet 80%. Den blå linjen representerar genomsnittsvärdet i Region Skåne de beskrivna åren.



Analys av sjukhus

Skillnader mellan sjukhus i andel patienter som får operationen i tid (genomsnittsvärden)

Kristianstad och Ystad sjukhus hade högst andel patienter som fick en höftfraktursoperation inom 24 timmar med 84,0% respektive 73,6%, där Kristianstad nådde målvärdet (Tabell 2, Figur 2).

I jämförelse visade SUS i Lund, Helsingborgs sjukhus och SUS i Malmö lägre andelar patienter som fått en operation inom 24 timmar med 59,0%, 62,8% och 64,0%.

Skillnad i procentenheter med målvärdet 80% som referens var +4 procentenheter för Kristianstad, vilket betyder att detta sjukhus ligger 4% över målvärdet. Lägst hamnade SUS Lund med -21 procentenheter i relation till målvärdet.

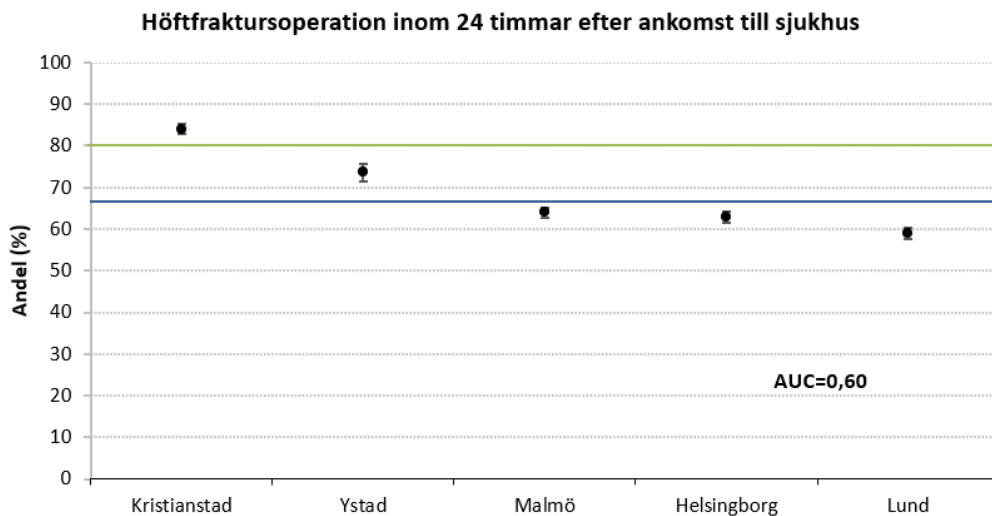
Tabell 2. Uppdelat per sjukhus redovisas antal patienter 50 år och äldre med en icke patologisk höftfraktur som fick en höftfraktursoperation i tid, det vill säga inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus och antal patienter med försenad operation samt andel (%) patienter som fick en höftfraktursoperation inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus med 95% konfidensintervall (KI) samt skillnad med målvärdet (80% av operationerna inom 24 timmar) och skillnad i procentenheter mellan denna andel och målvärdet 80% i Region Skåne..

Sjukhus	Totala patienter	Försenade operationer			Operationer i tid				
		Antal	Antal kumul.	Kumul. %	Antal	Antal kumul.	Kumul. %	Andel (95% KI)	Skillnad målvärde
Lund	4604	1887	1887	27,9%	2717	2717	19,6%	59,0 (57,6 - 60,4)	-21,0
Helsingborg	4561	1695	3582	52,9%	2866	5583	40,3%	62,8 (61,4 - 64,2)	-17,2
Malmö	5888	2120	5702	84,2%	3768	9351	67,6%	64,0 (62,8 - 65,2)	-16,0
Ystad	1748	461	6163	91,0%	1287	10 638	76,8%	73,6 (71,5 - 75,7)	-6,4
Kristianstad	3814	609	6772	100,0%	3205	13 843	100,0%	84,0 (82,8 - 85,2)	4,0
Skåne	20 615	6772			13 843			67,2	-12,8

AUC-värde= **0,60**

AUC: area under the receiver operating characteristics curve. AUC mäter med vilken träffsäkerhet (*accuracy*) gruppinformation kan särskilja (*discriminate*) patienter som fick operationen i tid (*fall*) från patienter som inte fick operationen i tid (*icke-fall*).

Figur 2. Andel patienter vid varje sjukhus som fått en höftfraktursoperation inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus med en höftledsfraktur. Den gröna linjen representerar målvärdet 80%. Den blå linjen representerar andel patienter som fått vård inom 24 timmar i hela Region Skåne.



Betydelse av genomsnittliga sjukhusskillnader för fördelningen av individuella fall (patienter som får operationen i tid) i Skåne

Utifrån medelvärdebaserad information kan vi konstatera att prevalensen, eller sannolikheten, av att få vård inom 24 timmar skiljer sig mellan olika sjukhus.

Detta innebär emellertid inte att gruppskillnaderna är stora. Eftersom AUC-värdet för analysen är 0,60, innebär det att sjukhustillhörighet har en låg träffsäkerhetsförmåga när det gäller att särskilja fall från icke-fall (tabell 2).

För att förstå det låga AUC-värdet kan vi tabell 2 konstatera att majoriteten, det vill säga 10 638 operationer eller 76,8 % av alla operationer som utfördes i tid skedde inom de sjukhus som inte når målvärdet på 80%. På CSK i Kristianstad, som når målvärdet, förekom 609 försenade operationer (motsvarande 9% av alla försenade operationer).

Det låga AUC-värdet informerar om att det finns många patienter som fått operation inom 24 timmar även på de sjukhus med i genomsnitt lägst förekomst av operationer inom 24 timmar och det finns även många patienter som inte fått operation inom 24 timmar som tillhör de grupper som i genomsnitt har hög förekomst av operation inom 24 timmar.

Från ett individperspektiv är sannolikheten att bli opererad inom 24 timmar lägre i Lund (59% sannolikhet) än i Kristianstad (84% sannolikhet). Så om en patient ska

välja var den med störst sannolikhet får operation inom 24 timmar så är svaret Kristianstad. Men från ett regionalt beslutsfattaresspektiv, i syfte att stärka operationskapaciteten i Region Skåne, så bör insatser göras i hela regionen och på alla sjukhus. Detta indikeras av AUC-värdet och kan som vår analys visar förstås genom att studera antal patienter som fått försenad operation respektive operation i tid. Beslutsfattare behöver alltså information om AUC-värdet för att kunna skapa en mer jämlik vård, där interventioner anpassas enligt var de gör bäst nytta, i det här fallet universella interventioner och inte riktade till de sjukhus med sämst resultat i medelvärde.

Analys av sociodemografiska grupper

Skillnader mellan sociodemografiska grupper i andel patienter som får operationen i tid (genomsnittsvärden)

Utav de sociodemografiska grupperna nåddes målvärdet på 80% för gruppen ”Man 50–65 år, utrikes född, över medianinkomst” med ett resultat på 90,9% (figur 3, tabell 3). Det är däremot viktigt att observera att det är mycket få observationer inom den gruppen och den undre gränsen av konfidensintervallet ligger på 58,7%.

Spannet för grupperna som inte når målvärdet ($\geq 80\%$) var mellan 77,1% (Man 50–65 år, inrikes född, över medianinkomst) och 56,9% (Man >65 år, utrikes född, under medianinkomst). Den minsta negativa skillnaden från målvärdet för dessa grupper var därmed -2,9 procentenheter och den största negativa skillnaden var -23,1 procentenheter.

Med hjälp av linjerna som binder ihop liknade grupper som bara skiljer sig på sin inkomstnivå kan vi se att sannolikheten för att få en höftfraktursoperation inom 24 timmar är högre för patienter med en inkomst över medianen, förutom för inrikes födda kvinnor över 65 år och inrikes födda män över 65 år (figur 3).

Vi kan även se att alla fyra grupper med män över 65 år är de grupper som har lägst förekomst av höftfraktursoperation inom 24 timmar i hela studiepopulationen.

Det intersektionella perspektivet (förklaras i bilaga 2) som den här studien utgår från är relevant eftersom vi kunde beskriva skillnader som i vanliga fall döljs i traditionella analyser. Till exempel att män ingår i de fyra grupperna med den lägsta andelen av operationer inom 24 timmar men det är också män i de två grupperna som har den högsta andelen av operationer inom 24 timmar.

Från ett individperspektiv är dock sannolikheten att bli opererad inom 24 timmar lägst hos äldre män oberoende av födelseland eller inkomst, samt utrikesfödda män 50-65 med lägre inkomst. Här vill vi poängtera att orsaken till dessa genomsnittsskillnader bör sökas i sjukvårdssystemets förmåga att möta de särskilda behov som finns i varje grupp.

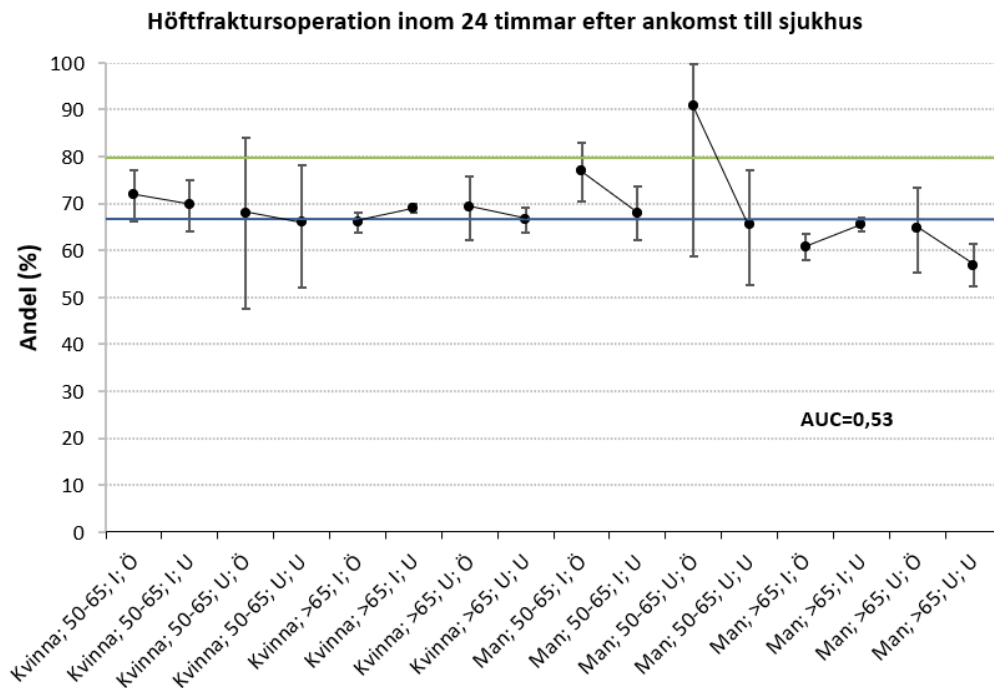
Tabell 3. Uppdelat per sociodemografisk grupp, antal patienter 50 år och äldre med en icke patologisk höftfraktur som fick en höftfraktursoperation i tid, det vill säga inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus och antal patienter med försenad operation samt andel (%) patienter som fick en höftfraktursoperation inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus med 95% konfidensintervall (KI) samt skillnad i procentenheter mellan denna andel och målvärdet (80% av operationerna inom 24 timmar) I: inrikes född, U: utrikes född, Ö: Över medianinkomst, U: Under medianinkomst.

Sociodemografiska grupper	Total operationer	Försenade operationer			Operationer i tid				Skillnad målvärde
		Antal	Kumulativ	%	Antal	Kumulativ	%	Andel (95% KI)	
Man; >65; U; U	480	207	207	3,1%	273	273	2,0%	56,9 (52,3 - 61,4)	-23,1
Man; >65; I; Ö	1244	489	696	10,3%	755	1028	7,4%	60,7 (57,9 - 63,4)	-19,3
Man; >65; U; Ö	116	41	737	10,9%	75	1103	8,0%	64,7 (55,2 - 73,3)	-15,3
Man; >65; I; U	4236	1464	2201	32,5%	2772	3875	28,0%	65,4 (64 - 66,9)	-14,6
Man; 50-65; U; U	64	22	2223	32,8%	42	3917	28,3%	65,6 (52,7 - 77,1)	-14,4
Kvinna; >65; I; Ö	1973	670	2893	42,7%	1303	5220	37,7%	66 (63,9 - 68,1)	-14
Kvinna; 50-65; U; U	56	19	2912	43,0%	37	5257	38,0%	66,1 (52,2 - 78,2)	-13,9
Kvinna; >65; U; U	1217	407	3319	49,0%	810	6067	43,8%	66,6 (63,8 - 69,2)	-13,4
Kvinna; 50-65; U; Ö	28	9	3328	49,1%	19	6086	44,0%	67,9 (47,6 - 84,1)	-12,1
Man; 50-65; I; U	272	87	3415	50,4%	185	6271	45,3%	68 (62,1 - 73,5)	-12
Kvinna; >65; I; U	9965	3087	6502	96,0%	6878	13 149	95,0%	69 (68,1 - 69,9)	-11
Kvinna; >65; U; Ö	192	59	6561	96,9%	133	13 282	95,9%	69,3 (62,2 - 75,7)	-10,7
Kvinna; 50-65; I; U	288	87	6648	98,2%	201	13 483	97,4%	69,8 (64,1 - 75)	-10,2
Kvinna; 50-65; I; Ö	281	79	6727	99,3%	202	13 685	98,9%	71,9 (66,2 - 77,1)	-8,1
Man; 50-65; I; Ö	192	44	6771	100,0%	148	13 833	99,9%	77,1 (70,5 - 82,8)	-2,9
Man; 50-65; U; Ö	11	1	6772	100,0%	10	13 843	100,0%	90,9 (58,7 - 99,8)	10,9
Region Skåne	20 615	6772			13 843			67,2	-12,8

AUC-värde= **0,53**

AUC: area under the receiver operating characteristics curve. AUC mäter med vilken träffsäkerhet (accuracy) gruppinformationen kan särskilja (discriminate) patienter som fick operationen i tid (fall) från patienter som inte fick operationen i tid (icke-fall).

Figur 3. Andel patienter (%) inom varje sociodemografisk grupp som fått en höftfraktursoperation inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus med en icke patologisk höftledsfraktur. "I" står för "Inrikes född" och "U" står för "Utrikes född". "Ö" står för inkomst över median och "U" står för inkomst under median. Den gröna linjen representerar målvärdet 80 %. Den blå linjen representerar andel (prevalens) i hela Region Skåne.



Betydelse av genomsnitt skillnader mellan de sociodemografiska grupperna för fördelningen av individuella fall (patienter som får operationen i tid) i Skåne

Utifrån medelvärdebaserad information kan vi konstatera prevalensen, eller sannolikheten, av att få vård inom 24 timmar skiljer sig mellan de olika sociodemografiska grupperna. Detta innebär emellertid inte att gruppskillnaderna är stora. Eftersom AUC-värdet för sociodemografisk information är 0,53 innebär det att den sociodemografiska gruppens tillhörighet har en låg träffsäkerhetsförmåga när det gäller att särskilja fall från icke-fall (tabell 3).

För att förstå det låga AUC värdet kan vi tabell 3 konstatera att så många som 6067 eller 43,8% av de operationer som skedde i tid genomfördes i de åtta grupper med den allra lägsta andelen av patienter som fick sin operation i tid. Samtidigt har drygt 50% av de försenade operationer genomförts i de åtta grupperna med bäst genomsnittsutfall.

Det låga AUC-värdet informerar om att det finns många patienter som fått operation inom 24 timmar även i de sociodemografiska grupperna med i genomsnitt låg förekomst av operationer inom 24 timmar och det finns även många patienter som inte fått operation inom 24 timmar som tillhör de grupper som i genomsnitt har hög förekomst av operation inom 24 timmar. Från ett regionalt beslutsfattarperspektiv behöver insatser ske universellt och skräddarsys för alla sociodemografiska grupper för att kunna stärka operationskapaciteten i regionen. Skulle insatserna riktas mot enskilda sociodemografiska grupper så skulle insatsernas precision vara låg. Precis som i fallet med analys av skillnader mellan sjukhus så behöver beslutsfattare information om AUC-värdet för att kunna skapa en mer jämlik vård där interventioner anpassas enligt var de gör bäst nytta. I det här fallet med sociodemografiska grupper så behövs universella interventioner riktade till alla grupper. Interventionerna kan med fördel skräddarsys för att passa målgruppen i fråga om utformning av interventionen. En modell (icke redovisad) som inkluderar både sjukhus och sociodemografiska grupper har ett marginellt högre AUC-värde på 0,61.

Diskussion

I den här analysen studeras skillnader i väntetid vid operation av höftfraktur mellan sjukhus och sociodemografiska grupper. Målet är att ge en bild av hur sjukhus och sociodemografiska grupper påverkar individuella skillnader mellan patienter för att få kännedom om vården ges på lika villkor och efter behov.

Att få en höftfrakturoperation inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus är ett kvalitetsmått som följs upp eftersom det är en viktig del av processen vid operation av höftfrakturer och en snabb operation påverkar överlevnad och hälsa. Orsaken till fördröjning kan vara platsbrist på operationsavdelning samt brister i operationsplanering eller personalresurser.

Orsaken till att målvärdet är satt som ”så högt som möjligt”, eller av oss definierat som 80% och inte 100%, är att viss medicinsk status eller pågående behandling, så som användning av blodförtunnande läkemedel, kan motivera att höftfraktursoperationen dröjer mer än 24 timmar för patienterna. Vi kan därför

inte helt utesluta att en viss andel de observerade skillnaderna mellan sjukhus och mellan sociodemografiska grupper är motiverade och beror på medicinska faktorer.

Vi kunde konstatera att Kristianstad nådde upp till vårt definierade målvärde på minst 80%, medan resterande låg mellan 6,4–21,0 procentenheter under målvärdet. För de sociodemografiska grupperna hade målvärdet nåtts för en grupp (Man 50–65 år, utrikes född, över medianinkomst).

Vi observerade ett mönster där de sociodemografiska grupperna med en högre inkomst (över medianinkomst) visade en högre andel patienter som fick en operation inom 24 timmar bortsett från vid två jämförda grupper (figur 3). Vi såg även att samtliga grupper med män över 65 år har lägst förekomst av att få en höftfraktursoperation inom 24 timmar.

Sjukhusens påverkan på individuella skillnader

Förekomsten av höftfrakturoperationer inom 24 timmar var högst på Kristianstad och lägst på SUS i Lund. Vi kan konstatera att det finns skillnader i medelvärde mellan de olika sjukhusen men dessa skillnader i medelvärde säger lite om gruppernas urskiljande träffsäkerhet.

För att utvärdera sjukhusskillnader från ett regionalt perspektiv behöver vi studera den urskiljande träffsäkerheten enligt AUC-värdet som för sjukhus var 0,60. Detta indikerar att de urskiljande skillnaderna mellan sjukhusen var mycket små. Detta betyder att patienter som inte fått en höftfraktursoperation inom 24 timmar finns spridda på alla sjukhus. Faktum är att fler höftfraktursoperationer genomförts inom 24 timmar på andra sjukhus än i Kristianstad, som har högst andel av genomförda operationer. SUS i Malmö har genomfört 3768 operationer i tid jämfört med 3205 operationer i tid i Kristianstad. Med andra ord, en betydande andel patienter som får en höftfraktursoperation genomförd inom 24 timmar förekommer på sjukhus med lägre sannolikhet att genomföra en operation i tid. Det är därför viktigt att ta hänsyn till gruppernas storlek vid jämförelse mellan sjukhusen med syfte att förbättra vårdkvalitet för alla patienter i Region Skåne.

Från ett patientperspektiv är det att föredra ett sjukhus med en hög andel höftfraktursoperationer som genomförts inom 24 timmar eftersom sannolikheten

att bli opererad i tid är högre där. Var man blir opererad vid höftfraktur utgör dock inget aktivt val i Sverige, utan beskrivs här för att redovisa skillnaden mellan koncepten 1) absolut risk (var är det störst sannolikhet att få en operation inom 24 timmar) och 2) urskiljande träffsäkerhet baserat på gruppinformation mätt via AUC-värdet (hur ska en intervention i Region Skåne för att öka andelen patienter som får vänta mindre än 24 timmar riktas).

Om en beslutsfattare, baserat på enbart information om skillnader i medelvärde mellan sjukhusen, hade initierat en insats mot ojämlig vård och riktat insatsen enbart mot de sämst presterande sjukhusen, så hade den insatsen i hög utsträckning varit missriktad då den hade nått många individer som beräknas få operation inom 24 timmar, och insatsen hade missat många individer som inte beräknas få vård inom 24 timmar. Av den orsaken är information om individuella skillnader (inom grupper) viktig att ta hänsyn till utöver information om skillnader mellan grupper.

Om vi applicerar den konceptuella ramen i tabell 4 (beskriven i bilaga 1) kan vi konstatera att sjukhusskillnader kan kategoriseras i **scenario D**. Alltså, målvärdet för indikatorn har inte uppnåtts i Region Skåne och det finns mycket små urskiljande skillnader mellan sjukhusen. Med andra ord, vårdkvaliteten för höftfraktursoperationer genomförda inom 24 timmar kan förbättras avsevärt i Region Skåne. För detta ändamål är universella interventioner skräddarsydda till de specifika sjukhusen mest lämpliga. Särskilt fokus borde ges till SUS i Malmö, Helsingborgs sjukhus och SUS i Lund som tillsammans vårdar 84% av alla

patienter som inte fick en operation i tid.

Tabell 4. Ramverk för att genomföra gruppjämförelser av en specifik kvalitetsindikator med syfte att utvärdera jämlikhet och informera om en intervention skall vara universell eller fokuseras på vissa grupper. För detta ändamål behöver vi veta om indikatorns målvärde har nåtts. Vi behöver också information om storleken på de observerade gruppskillnaderna bedömda enligt variansfördelningskoefficienten (VFC) eller *arean under receiver operating characteristics curve* (AUC). Genom att kombinera denna information får vi 18 olika scenarier användbara för utvärderingen.

Gruppskillnader	AUC	Har indikatorns målvärde nåtts?		
		Nej	Nästan	Ja
Inga eller små skillnader				
• Inga	0,50 till 0,55	A	B	C
• Mycket små	0,55 till 0,61	D	E	F
• Små	0,61 till 0,66	G	H	I
Stora skillnader				
• Stora	0,66 till 0,72	J	K	L
• Mycket stora	0,72 till 0,77	M	N	O
• Våldigt stora	0,77 till 1,00	P	Q	R

Sociodemografiska grupperns påverkan på individuella skillnader

För de sociodemografiska grupperna såg vi skillnader i medelvärde för förekomst av att få en höftfraktursoperation inom 24 timmar och en av grupperna uppnår målvärdet på 80%.

Att få en höftfraktursoperation inom 24 timmar var högst (90,9%) för gruppen ”Man 50–65 år, utrikes född, över medianinkomst” och lägst (56,9%) för gruppen ”Man >65 år, utrikes född, under medianinkomst”. Prevalensen för att få en höftfraktursoperation inom 24 timmar för resterande grupper varierade mellan 60,7% och 77,1%.

För att utvärdera skillnader mellan sociodemografiska grupper från ett regionalt perspektiv behöver vi studera den urskiljande träffsäkerheten med AUC-värdet 0,53, vilket indikerar att de urskiljande skillnaderna mellan grupperna var obefintliga. Detta betyder att patienter som inte fått respektive fått en höftfraktursoperation inom 24 timmar i hög utsträckning finns i alla sociodemografiska grupper, oavsett absolut risk för att få en operation inom 24 timmar för olika sociodemografiska grupper. Med andra ord, en betydande andel

individer som får en höftfraktursoperation genomförd inom 24 timmar förekommer inom sociodemografiska grupper med lägre sannolikhet för operation i tid. Det låga AUC-värdet informerar om att vi inte kan peka ut enskilda sociodemografiska gruppers operationer som orsaken till att Region Skåne inte har uppnått målvärdet ($\geq 80\%$).

För att öka målvärdet från 67,2% till $\geq 80\%$ bör en intervention var universell för alla sociodemografiska grupper. Om vi applicerar den konceptuella ramen beskriven i tabell 4 kan vi konstatera att sociodemografiska skillnader i andel patienter som får en höftfraktursoperation inom 24 timmar kan kategoriseras i **scenario A**. Alltså, målvärdet för indikatorn har inte uppnåtts och det finns obefintliga urskiljande skillnader mellan de sociodemografiska grupperna.

Guide för att planera interventioner

Utöver att beakta AUC-värdet (som beskriver modellens DA) så behöver antalet fall beaktas tillsammans med prevalensen/absoluta risk för olika grupper vid planering av interventioner. Denna information är avgörande för att planera interventioner eftersom det ger insikter i frågans absoluta omfattning och behov av resursallokering.

Undersökning av antal fall och prevalens

Prevalens beräknas via andelen fall i varje grupp, vilket beskriver absolut risk eller sannolikhet.

Antal fall redovisar det faktiska antalet drabbade individer, vilket är avgörande för att förstå sjukdomsördan eller utfallet, och resurser för interventionen bör planeras därefter. Detta resonemang fördes fram av Rose (1981) via vad som kallas ”*the prevention paradox*”.

Prioritering

Insatser till grupper med många fall kan påverka en större del av befolkningen, vilket potentiellt kan leda till stora förbättringar i folkhälsa.

Att rikta in sig på grupper med hög prevalens och stora antal kan vara effektivt från ett befolkningsperspektiv, eftersom insatserna riktas mot grupper där de kan uppnå högst relativ inverkan. Ett sådant perspektiv kan dock vara problematiskt,

om det innebär att mindre grupper med hög prevalens försummas till förmån för att insatserna enbart går till de större grupperna.

Grupper med hög prevalens men låga antal kan behöva mindre omfattande resurser vid en insats, och skulle kunna dra nytta av riktade och skräddarsydda insatser.

Grupper med stort antal fall och måttlig prevalens kan kräva betydande resurser på grund av det stora absoluta antalet drabbade individer, trots att prevalensen är låg.

Bredare folkhälsostrategier

Universella eller riktade insatser: Om fallen är utbredda över många grupper så kan detta indikera ett behov av universella insatser. Om många fall är koncentrerade till specifika grupper tyder detta på ett behov av riktade insatser.

Anpassad hälsokommunikation: Att förstå vilka grupper som är mest drabbade kan vägleda skräddarsydda kommunikationsstrategier, så att budskap och insatser når de som behöver dem mest.

Exempel

Scenario: Vi har en grupp där prevalensen av ett utfall är måttlig, enbart 25%, men gruppen omfattar en stor del av befolkningen (till exempel medelålders vuxna). En annan grupp kan ha en högre prevalens på 50%, men en mycket mindre befolkningsstorlek (till exempel mycket äldre vuxna).

Implikation: Den första gruppen (medelålders vuxna), trots en lägre prevalens, kan prioriteras för insatser på grund av det större antalet individer som påverkas, i syfte att minska den totala sjukdomsördan i befolkningen.

Den andra gruppen (mycket äldre vuxna), trots en högre risk, kan få mer specialiserade men mindre omfattande insatser på grund av färre individer som påverkas.

Definition av en grupp

Hur en befolkning grupperas är avgörande för hur väl vår modell kan identifiera grupper med hög prevalens och stort antal fall. Om syftet är att utvärdera hälso- och sjukvården från ett jämlikhetsperspektiv, så är det motiverat att analysera

grupper beskrivna via klassiska socialepidemiologiska variabler (som kön, ålder, inkomst, utbildning och födelseland) eftersom tidigare studier och teorier pekar på att sådana variabler ofta påverkar hälso- och sjukvården på ett omotiverat sätt. Det går emellertid att förfinera modellerna med ännu fler variabler och kategorier för att öka modellens precision i att identifiera fall och icke-fall, med målsättningen om att identifiera grupper som kan leda till effektiva riktade insatser.

Sammanfattningsvis

För att planera insatser för jämlik vård i hälso- och sjukvården behöver vi analysera prevalens och antal fall simultant i väldefinierade grupper. Detta kan göras genom att:

- Utvärdera grupptillhörighetens påverkan på individuella skillnader, till exempel via AUC-värdet som används via AIHDA.
- Analysera resultatet för specifika grupper för att fastställa var det största antalet fall förekommer.
- Utvärdera de resurser som krävs för insatser i varje grupp baserat på antal fall och prevalens.
- Besluta om en balanserad strategi som överväger både inriktning mot högriskgrupper och grupper med den mest betydande sjukdomsördan.

Konklusion

Vår analys visar att andel patienter inom Region Skåne som får en höftfraktursoperation inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus ligger under riksgenomsnittet och under målvärdet. För förbättringar på sjukhusnivå rekommenderar vi universella men skräddarsydda interventioner, med fokus på SUS i Malmö, Helsingborgs sjukhus och SUS i Lund. För de sociodemografiska grupperna rekommenderar vi universella interventioner.

Exempelanalysen med AIHDA visar hur analys för att kartlägga omotiverade skillnader i olika kvalitetsutfall kan genomföras. Genom analysen får vi kunskap om hur ett kvalitetsutfall är fördelat i olika befolkningsgrupper och/eller administrativa indelningar i Region Skåne (såsom sjukhus). I stället för att enbart följa upp medelvärden (aggregerat för hela Region Skåne eller på grupp-nivå) så

utvärderas grupptillhörighetens påverkan på individuella skillnader. Analysen visar även vikten av att inkludera sociodemografisk information vid analys. Tolkningsramen i tabell 4 kan användas som stöd för beslutsfattare, för att planera karaktären av eventuella interventioner.

Redovisningsexempel

För att exemplifiera hur uppföljning av jämlik vård på ett enkelt sätt skulle kunna levereras till beslutsfattare följer här en sammanfattad redovisning. Detaljningsnivån på analysen kan givetvis anpassas beroende på mottagare och syfte.

Indikator: Andel patienter med icke-patologisk höftfraktur som opererats inom 24 timmar från ankomst till sjukhus.

Målvärde: 80% av patienterna ska ha opererats inom 24 timmar.

Aggregerade resultat: 2022 var Region Skånes resultat 49% i medelvärde, jämfört med rikssnittet på 59% (tabell 1). Resultat i Region Skåne har blivit sämre under de senaste 10 åren, 2013 var resultatet 77% och 2022 var resultatet 49%, med en nedåtgående trend (figur 1).

Analys av jämlik vård i relation till sjukhus: Kristianstad och Ystad sjukhus hade högst andel patienter som fick en höftfraktursoperation inom 24 timmar med 84,0% respektive 73,6%, och enbart CSK i Kristianstad nådde målvärdet. I jämförelse visade SUS i Lund, Helsingborgs sjukhus och SUS i Malmö lägre andelar patienter som fått en operation inom 24 timmar med 59,0%, 62,8% och 64,0%.

Sjukhus kan inte förklara den individuella variationen i utfallet ($AUC=0,60$) och därför bör insatser riktas till samtliga sjukhus för att förbättra tid till operation för patienterna. Särskilt fokus borde ges till SUS i Malmö, Helsingborgs sjukhus och SUS i Lund som tillsammans vårdar 84% av alla patienter som inte fick en operation i tid.

Se tabell 2 och figur 2 för mer information.

Analys av jämlik vård i relation kön, ålder, inkomst, födelseland: Utav de 18 sociodemografiska grupperna nåddes målvärdet för en grupp (Man 50–65 år, utrikes född, över medianinkomst).

Spannet för grupperna som inte når målvärdet var mellan 77,1% (Man 50–65 år, inrikes född, över medianinkomst) och 56,9% (Man >65 år, utrikes född, under medianinkomst). Den minsta negativa skillnaden från målvärdet för dessa grupper var därmed -2,9 procentenheter och den största negativa skillnaden var -23,1 procentenheter.

Ett mönster är att hög inkomst ökar sannolikheten för att få en höftfraktursoperation inom 24 timmar, men mönstret är inte entydigt (figur 3).

Män ingår i de fyra grupperna med den lägsta andelen av operationer inom 24 timmar men det är också män i de två grupperna som har den högsta andelen av operationer inom 24 timmar.

Från ett individperspektiv är dock sannolikheten att bli opererad inom 24 timmar lägst hos äldre män oberoende av födelseland eller inkomst, samt utrikesfödda män 50-65 med lägre inkomst. Här vill vi poängtera att orsaken till dessa genomsnittsskillnader bör sökas i sjukvårdssystemets förmåga att möta de särskilda behov som finns i varje grupp.

Sociodemografisk grupp kan inte förklara den individuella variationen i utfallet (AUC=0,53) och därför bör insatser riktas till samtliga sociodemografiska grupper för att förbättra tid till operation för patienterna. Insatserna bör skräddarsys för de olika grupperna för att ge bästa möjliga resultat.

Se tabell 3 och figur 3 för mer information.