



# **Afdækning af uligheder i behandling**

**November 2014**

**Søren Geckler og Henning Hansen**

## Vedr. projektet "Afdækning af uligheder i behandling".

**Medarbejdere:** Søren Geckler og Henning Hansen, Center for Alternativ Samfundsanalyse, CASA.

**Finansiering:** Rockwool Fondens Forskningsenhed 200.000 kr. samt udgifter til data og adgang til forskermaskine, Hvidovre Hospital 100.000 kr. og Sygehus Vendsyssel 100.000 kr.

Projektets formål er at kombinere kvalitetsdata vedr. sygehusbehandling (NIP) med registerdata fra Danmarks Statistik, med henblik på at afdække, om der er forskelle i den kvalitet i behandlingen, som forskellige socioøkonomiske grupper modtager.

Vi ved meget om forskelle i sygeligheden mellem forskellige socioøkonomiske grupper, men næsten intet om socioøkonomiske forskelle i behandlingen i sundhedsvæsenet af de syge, dvs. om socioøkonomiske grupper behandles lige godt i forhold til deres sygdom og opstillede kvalitetsmål.

I datamaterialet indgår NIP-data for udvalgte sygdomme frem til og med 2012, data fra Landspati-entregisteret siden 2000 (psykiatriske oplysninger dog kun fra 2003) samt data om socioøkonomiske forhold mv. siden 2000. Endelig indgår i datamaterialet oplysninger om, hvad der er ydet til NIP-patienterne i DRG- og DAGS-ydelser i alt for 2012.

Projektets udgangspunkt er, at kvaliteten af behandlingen for en patientgruppe kan måles ud fra opfyldelsen af indikatorerne i NIP for den pågældende sygdom. Metoden består således i at undersøge, om der er forskelle i indikatoropfyldelsen mellem forskellige socioøkonomiske grupper.

Da der er betydelige samvariationer mellem de forskellige socioøkonomiske grupper, og da sandsynligheder og behov for indikatoropfyldelse varierer, anvendes i vidt omfang multivariate regressionsanalyser, som er i stand til at korrigere herfor - fx isolere effekter af høj alder.

### Generelt vedrørende de foreløbige analyser.

Analyser er foreløbig gennemført for NIP's **31.528 apopleksipatienter** i aldersgruppen 41-90 år for perioden 2010-2012, samt for NIP's **10.695 hjerteinsufficienspatienter** i aldersgruppen 41-90 år for 2010-2012. NIP dækker i princippet alle, der har haft pågældende sygdomme i 2010-12.

Som baggrunds-/socioøkonomiske variable er anvendt oplysninger ved indgangen til perioden (2010) vedr.: Køn, alder, oprindelsesland, samlivsforhold (par/enlig), beskæftigelsesstatus, uddannelse, indkomst, somatiske sygehusindlæggelser 2000-2009, psykiatriske indlæggelser/ ambulatoriebesøg 2003-2009, medicinske NIP sygdomme 2007-2009 (hjerteinsufficiens, KOL, apopleksi, diabetes) samt bopælsregion.

Desuden er konstrueret en kombineret socioøkonomisk ressourcevariabel af oplysningerne vedr. beskæftigelse, uddannelse og indkomst, hvor pensionister og beskæftigede underinddeles i 'res-

sourcesvage' hhv. 'ressourcestærke' afhængig af, om de kun har skoleuddannelse hhv. videregående uddannelse **og** en indplacering i bunden hhv. toppen af indkomstfordelingen (for de beskæftigede i de seneste 5 år).

I det følgende opsummeres i **kapitel 1** hovedresultaterne vedrørende apopleksibehandlingen og i **kapitel 2** hovedresultaterne vedrørende hjerteinsufficiensbehandlingen.

I **kapitel 3** drages en foreløbig konklusion og i **kapitel 4** er redegjort for undersøgelsens baggrund, om hvorfor problemstillingen er interessant, hvad vi ved og hvad vi kan bruge mere viden til.

Dokumentationsmaterialet vedrørende de gennemførte analyser findes særskilt i 5 bilag der ligger sammen med nærværende rapport på [www.casa-analyse.dk](http://www.casa-analyse.dk)

De 2 første bilag vedrører analyserne af apopleksibehandlingen:

**Bilag 1**, Socioøkonomiske forskelle i apopleksibehandlingen 2010-12

**Bilag 2**, Apopleksibehandlingen. Yderligere analyser vedrørende især procesindikatoropfyldelse for pensionisterne.

De 2 næste bilag vedrører analyserne af hjertesvigtbehandlingen:

**Bilag 3**, Socioøkonomiske forskelle i hjertesvigtbehandlingen 2010-12

**Bilag 4**, Hjertesvigtbehandlingen, Yderligere analyser vedrørende især procesindikatoropfyldelse.

Til sidst er vedlagt

**Bilag 5**, hvor der i detaljer er redegjort for de anvendte variable.

## Kapitel 1.

### Socioøkonomiske forskelle i apopleksibehandlingen 2010-12. Hovedresultater.

NIP-apopleksi indeholder 15 procesindikatorer og 1 resultatindikator. Sidstnævnte er 'dødelighed inden 30 dage fra indlæggelse', som er opdelt på patienter med blodprop hhv. hjerneblødning. Af de 15 **procesindikatorer** er der manglende oplysninger om 2, ligesom 2 vedrører trombolysbehandling, som kun er relevant for en del af populationen.

#### Dødelighed.

**Dødelighedsindikatoren** viser, at i gennemsnit 10,4 % dør inden 30 dage. Men der er i alle aldersgrupper stor forskel mellem 'ressourcestærke' og 'ressourcesvage' pensionister. De beskæftigede er gennemgående færre og yngre, men samme forskelle ses.

#### Procentdel døde inden 30 dage efter indlæggelsen

	Pensionister	Beskæftigede
Ressourcesvage	18,0 %	7,3 %
Ressourcestærke	8,7 %	4,7 %

De multivariate regressionsanalyser viser en signifikant højere dødelighed for følgende grupper, når der tages højde for alderssammensætning, tidligere sygdom osv.:

- Enlige patienter i forhold til patienter, der lever i parforhold
- Tidligere somatiske og psykiatriske patienter
- Patienter fra Region Hovedstaden i forhold til regionerne Sjælland og Midtjylland
- Lavindkomsttagere og patienter, der kun har skoleuddannelse
- Gruppen af resourcesvage pensionister, både i forhold til andre pensionister, de beskæftigede og andre med løsere tilknytning til arbejdsmarkedet

De **supplerende analyser, specielt for 61-90 årige pensionisters** overlevelse, viser i øvrigt

- At de socioøkonomiske forskelle i dødelighed er særligt store i 2010 og langt mindre i 2011 og 2012
- At forskellene mellem enlige og patienter i parforhold og mellem mænd og kvinder, også ser ud til at blive mindre efter 2010.

#### Procesindikatoroverholdelse.

Ser vi på de resterende 11 indikatorer under ét, kan konstrueres en såkaldt **all or none indikator**:

*Andelen af patienter, der har fået opfyldt alle de proceskrav i behandlingen, som var relevante for pågældende patient.*

Indikatorerne er i gennemsnit hyppigere opfyldt for de patienter, der dør. Man skulle derfor forvente, at variationerne er til fordel for de socioøkonomiske grupper, der har den største dødelighed. Men det er ikke tilfældet. I gennemsnit får 50,7 % opfyldt de 11 proceskrav, men forskellene er relativt begrænsede:

#### **Procentdel der fik opfyldt alle 11 proceskrav**

	Pensionister	Beskæftigede
Ressourcesvage	48,3 %	52,9 %
Ressourcestærke	50,8 %	54,2 %

De multivariate regressionsanalyser, hvor der tages højde for alle forhold, som vi har med i analysen, viser en signifikant lavere procesopfyldelse for:

- Enlige patienter i forhold til patienter i parforhold
- De tidligere hyppigt indlagte på somatiske sygehuse
- Patienter fra regionerne Nordjylland, Sjælland og Midtjylland i forhold til Hovedstaden
- Pensionister i forhold til beskæftigede
- Og procesoverholdelsen for de resourcesvage pensionister er signifikant dårligere end for andre pensionister og de beskæftigede.

**De supplerende analyser for de 61-90 årige pensionister** viser herudover

- At hver enkelt af de 11 indikatorer hyppigere er overholdt for resourcestærke end for resourcesvage blandt de overlevende. For de afdøde patienter gælder det 8 ud af de 11
- At indikatoroverholdelsen gennemgående forbedres klart fra 2010 til 2012
- At indikatoroverholdelsen i alle år er meget større på store end på små behandlingssteder, men de resourcesvages, enliges og tidligere hyppigt indlagte/kronikeres efterslæb er også større
- Af de 9 store behandlingssteder følger de fleste ovennævnte mønster mht. forskelle mellem resourcestærke og resourcesvage, men på 3 behandlingssteder er der kun tale om beskedne forskelle og på 2 behandlingssteder er der simpelthen intet efterslæb for resourcesvage
- At forskellene i indikatoroverholdelse mellem resourcestærke og resourcesvage bliver mindre fra 2010 til 2012, men det sker ved reducere af de resourcestærkes forspring, således at de resourcesvages efterslæb i forhold til andre pensionister i 2012 er på hele 15 %
- At efterslæbet for enlige i forhold til dem i parforhold vokser over de tre år

## Det samlede resultat.

Hvis vi endelig tager både **resultat-og procesindikatorer med under ét** får vi procentandelen, der opnår den vellykkede behandling, *dvs. overlevelse samt modtagelse af alle elementer, der var relevant for pågældende patient*. I gennemsnit opnås det for 44,2 %, men forskellene er således:

### Procentdel der fik opfyldt alle 11 proceskrav og overlevede mere end 30 dage

	Pensionister	Beskæftigede
Ressourcesvage	37,2 %	48,4 %
Ressourcestærke	45,5 %	51,3 %

De ressourcestærke pensionister opnår altså godt 20 % hyppigere end de ressourcesvage pensionister den vellykkede behandling.

De multivariate regressionsanalyser viser signifikant bedre resultater for:

- Yngre patienter i forhold til ældre
- Patienter, der lever i parforhold
- Patienter, der ikke tidligere har været mere end bagatelagtigt somatisk indlagte
- Patienter fra Region Hovedstaden i forhold til regionerne Nordjylland og Sjælland
- Beskæftigede i forhold til pensionister
- Videregående uddannede i forhold til patienter med kun skoleuddannelse
- Patienter med høje indkomster i forhold til patienter med lave
- Alle andre grupper i den kombinerede socioøkonomiske inddeling opnår signifikant bedre resultater end de ressourcesvage pensionister.

Det skal bemærkes, at selv om dødelighed indgår i resultaterne, så overlever trods alt langt de fleste af apopleksipatienterne. Det er således på ingen måde umuligt at score højt på den samlede indikator selv om en socioøkonomisk gruppe har højere dødelighed end andre. En målrettet indsats mht. procesopfyldelse netop mod de grupper, der har en høj dødelighed, kan godt afspejle sig i et bedre samlet resultat, uanset om også større lighed i dødelighed opnås. Det gælder eksempelvis, at store behandlingssteder opnår et meget bedre samlet resultat for pensionister end små behandlingssteder i alle årene 2010-2012, uanset dødeligheden for deres patienter i de tre år er større, på linje med, henholdsvis mindre end, dødeligheden for de små behandlingssteder.

De **supplerende analyser for de 61-90 årige pensionister** viser herudover:

- At forskellene mellem ressourcestærke og ressourcesvage patienter også her reduceres, uanset at der opretholdes et betydeligt og signifikant efterslæb for de ressourcesvage
- At de ældstes og de enliges efterslæb nærmest øges fra 2010 til 2012
- At de tidligere hyppigst indlagte/kronikeres efterslæb er ret konstant på 20 %

- At kombinationen af både at have bedre overlevelse og bedre procesindikatoroverholdelse gør, at sandsynligheden for at opnå et godt samlet resultat er 86 % større for patienter på et stort end på et lille behandlingssted.

### DRG til apopleksipatienterne 2012.

At ressourcestærke pensionister alt i alt, målt ved indikatoropfyldelse, opnår en bedre/mere behandling end ressourcevage støttes af en analyse af, hvad der i 2012 er udløst af DRG til de 60-91 årige apopleksipatienter i NIP.

#### DRG ydet for hele 2012 til apopleksipatienter 60-91 år, kun pensionister med et apopleksitilfælde

	Ressourcevage	Ressourcestærke
<b>Patienter der døde:</b>		
DRG i alt	72.285	102.256
DRG pr. indlagt	50.373	61.309
DRG pr. indlæggelsesdag	16.207	27.411
Indlæggelsesdage	9	12
<b>Patienter overlevede 30 dg:</b>		
DRG i alt	110.073	135.713
DRG pr. indlagt	61.132	76.498
DRG pr. indlæggelsesdag	13.868	15.683
Indlæggelsesdage	17	20

For nogenlunde homogene grupper af de 60-91 årige pensionister, der er NIP-apopleksipatienter i 2012, og som kun optræder med én NIP-case i 2012, og kun er behandlet inden for medicinsk sektor, viser det sig, at der er ydet mere DRG til de ressourcestærke end til de ressourcevage i alt, pr indlæggelse og pr indlæggelsesdag. Samtidig ses, at antallet af indlæggelsesdage faktisk er højere for de ressourcestærke. Dette gælder både de patienter, der overlevede, og de, der ikke overlevede 30 dage.

## Kapitel 2.

### Socioøkonomiske forskelle i hjertesvigtbehandlingen 2010-12. Hovedresultater

NIP-hjertesvigt indeholder i alt 9 indikatorer: 7 procesindikatorer, 1 genindlæggelsesindikator og 1 dødelighedsindikator.

#### Dødelighed.

Dødelighedsindikatoren viser, at i gennemsnit 10,9 % dør inden 365 dage. Der er i alle aldersgrupper store forskelle i dødeligheden mellem ressourcestærke og resourcesvage pensionister og beskæftigede. De beskæftigede er også her gennemgående yngre og i mange tilfælde for få til at underopdele efter samlede ressourcer.

#### Procentdel døde inden 365 dage efter indlæggelsen

	Pensionister	Beskæftigede
Ressourcesvage	19,4 %	
Ressourcestærke	8,9 %	I alt 3,2 %

De multivariate analyser viser en signifikant højere dødelighed for følgende grupper, når der tages højde for alderssammensætning tidligere sygdom osv.:

- Enlige patienter i forhold til patienter, der lever i parforhold
- Tidligere somatisk indlagte patienter og patienter, der optræder i NIP 2007-09 med KOL og apopleksi
- Patienter fra Region Nordjylland i sammenligning med Hovedstaden
- Gruppen af resourcesvage pensionister, både i forhold til andre pensionister, de beskæftigede og andre med løsere tilknytning til arbejdsmarkedet.

#### Procesindikatoroverholdelse.

De 7 procesindikatorer kan underinddeles i 4 indikatorer, der er essentielle for behandlingsproces og overlevelse på kort sigt, 2 indikatorer, der retter sig mod den opfølgende behandling samt indikatoren for aldosteronbehandling.



Mht. de førstnævnte **4 essentielle indikatorer** er opfyldelsen (all or none, jf. ovenfor) betydeligt større for de overlevende end for de patienter, der døde. De **2 indikatorer vedr. den opfølgende behandling** er især af interesse i forhold til de overlevende patienter. Der ses store socioøkonomiske variationer i opfyldelsen af indikatorerne.

#### Procentdel der opnåede 4 essentielle indikatorer og 2 opfølgingsindikatorer

	4 essentielle indikatorer		2 opfølgende indikatorer
	Overlevende	Døde	Overlevende
Ressourcesvage pensionister	74,6 %	44,1 %	21,7 %
Ressourcestærke pensionister	75,7 %	58,5 %	27,5 %
Beskæftigede	81,4 %	66,1 %	35,8 %

I alle tre tilfælde ses, at de beskæftigede i højere grad end pensionisterne har fået behandling efter forskrifterne, uanset om de overlevede eller ej, men det ses også, at der er op til store forskelle i indikatoropfyldelsen mellem resourcesvage og ressourcestærke pensionister.

De **supplerende analyser for 61-90 årige pensionister** viser yderligere:

- At der for de patienter, der døde inden 365 dage, især er forskelle til fordel for de ressourcestærke i overholdelsen af 4 enkeltindikatorer (ekkokardiografi, NYHA-klassificering og de to opfølgende indikatorer, fysisk træning og struktureret undervisning)
- At der for de overlevende patienter kun er mindre tilsvarende forskelle for de samme 4 indikatorer
- At der for de sidste 3 indikatorer generelt er tale om små forskelle, bortset fra at aldosteron-indikatoren er bemærkelsesværdigt sjældent overholdt for ressourcestærke, der overlever
- At der for alle de 7 indikatorer er en særlig lav indikatoroverholdelse for de ældste, og bortset fra aldosteron-indikatoren også for tidligere hyppigt somatisk indlagte/kronikere og tidligere psykiatriske patienter
- At der i øvrigt er et særligt efterslæb for enlige mht. betablokkerbehandling, fysisk træning og modtagelse af undervisning.

De **supplerende analyser for 41-70 årige ikke-pensionister** viser yderligere:

- At det højere niveau for indikatoroverholdelse hos de beskæftigede især ses blandt de ressourcestærke og især omfatter indikatoren fysisk træning
- At aldosteron-indikatoren igen skiller sig ud med langt højere overholdelse blandt de resourcesvage
- At indikatoropfyldelsen for tidligere somatisk indlagte/kronikere og tidligere psykiatriske patienter er lavere for 6 ud af 7 enkeltindikatorer

- At der er et efterslæb mht. indikatoroverholdelse for enlige og for øvrige erhvervsaktive (dvs. dagpengemodtagere mv) især mht. de to opfølgende indikatorer vedr. fysisk træning og undervisning

De **supplerende analyser** belyser også forskelle mellem **behandlingsstederne** rundt om i landet. Der er tale om betydelige variationer mellem patienter fra forskellige regioner, men også mellem store og små behandlingssteder. Indikatoroverholdelsen hos sidstnævnte er noget højere, især for pensionisterne. Det gælder imidlertid ikke entydigt, at de socioøkonomiske forskelle er større/-mindre på store end på små behandlingssteder, men der er i flere tilfælde store forskelle (se fx tab 7a-c.).

Ser vi særskilt på hver af de 7 største behandlingssteders indikatoropfyldelse for de 61-90 årige pensionister, er der flere bemærkelsesværdige forskelle:

- På tre behandlingssteder følger variationen mellem ressourcetsvage og ressourcestærke tydeligt det traditionelle billede til fordel for sidstnævnte. Et par steder er forskellene beskedne, men der er også to steder hvor indikatoroverholdelsen omvendt er større for ressourcetsvage patienter end for ressourcestærke
- Mht. kønsforskelle har tre behandlingssteder størst indikatoropfyldelse for kvinder, mens det modsatte gælder fire steder
- Der er også forskelle mht. aldersvariationerne, variationerne mellem enlige og patienter i parforhold og for dem, der tidligere har været psykiatriske patienter i forhold til dem, der ikke har været det.

### Genindlæggelser.

Mht. genindlæggelsesindikatoren gælder det om at have så lav en procentdel som muligt, men bortset herfra ses samme mønster som ovenfor.

#### Procentdel der blev genindlagt

	Overlevende	Døde
Ressourcetsvage pensionister	9,0 %	28,9 %
Ressourcestærke pensionister	7,2 %	25,0 %
Beskæftigede	5,3 %	11,1 %

### Det samlede resultat.

Hvis vi tager både **resultat-og procesindikatorer med under et** får vi procentandelen, der opnår den vellykkede behandling, *dvs. overlevelse samt modtagelse af alle elementer, der var relevant for pågældende patient uden genindlæggelse.*

Dette opnås i alt af 19,3 % af patienterne, men variationerne mellem pensionister og ressourcetsvage beskæftigede på den ene side og andre beskæftigede på den anden, er meget betydelige.

## Procentdel der overlevede 365 dage, fik opfyldt alle procesindikatorer og har undgået genindlæggelse

	Pensionister	Beskæftigede
Ressourcesvage	16,7 %	17,2 %
Ressourcestærke	17,7 %	31,1 %

De multivariate analyser bekræfter, at den nævnte forskel er signifikant, selv om andre forhold inddrages. Det kan tilføjes at følgende grupper signifikant ofte opnår den vellykkede behandling:

- Yngre i forhold til ældre patienter
- Patienter i parforhold i forhold til enlige
- Kvinder i forhold til mænd
- Patienter med høje indkomster i forhold til lavindkomsttagere
- Patienter i Region Hovedstaden opnår i forhold til patienter fra Nordjylland bedre indikatoropfyldelse, men i forhold til patienter fra de øvrige regioner er den dårligere.

De **supplerende analyser vedrørende udviklingen 2010-2012** viser at meget mht. behandlingsindikatorerne er gået i retning af mindre forskelle. Tilsyneladende gælder det også mht. overlevelse, men som nævnt er oplysningerne for 2012 her mangelfulde.

I 2012 er de resourcesvage beskæftigede dog stadig bagud mht. især genindlæggelsesindikatoren og de ikke-beskæftigede erhvervsaktive, dvs. dagpengemodtagere mv, er generelt bagud med opfyldelse af behandlingsindikatorerne.

Det fremgår i øvrigt mht. udviklingen 2010-2012, at der ikke er sket meget mht. aldersforskellene og at der kun er tale om udjævning i forhold til de enliges efterslæb, hvis der bortses fra aldosteronindikatoren.

### DRG til hjertesvigtpatienterne 2012.

At man muligvis er nået lidt længere med at udligne forskelle i hjertesvigtbehandlingen end i apopleksibehandlingen understøttes af den analyse, vi har lavet af, hvad der er ydet i DRG til hjertesvigtpatienterne i 2012.

### DRG ydet for hele 2012 til hjertesvigt patienter, kun pensionister udelukkende behandlet i medicinsk sektor 60-91 år.

	Ressourcesvage	Øvrige
DRG i alt	110.287	90.554
DRG pr. indlagt	49.428	39.188
DRG pr. indlæggelsesdag	9.372	12..682
Indlæggelsesdage	10,3	9,4
Antal patienter	25	135

For nogenlunde homogene grupper af 60-91 årige pensionist-NIP-hjertesvigtpatienter i 2012, som kun optræder med én NIP-case i 2012, og kun er behandlet inden for medicinsk sektor, viser det sig, at der er ydet mere DRG til de resourcesvage i alt og pr. indlæggelse end til den gennemsnitlige patient. Pga. den længere indlæggelsestid for de resourcesvage bliver det dog alt i alt til klart mindre DRG pr. indlæggelsesdag.

## Kapitel 3.

### Foreløbig konklusion.

De foreløbigt gennemførte analyser viser, at der kan konstateres ulighedsproblemer i sygehusbehandlingen, som bør påkalde sig større opmærksomhed, og løbende monitoreres, således som det også er foreslået fra forskellige sagkyndige. Der er visse socioøkonomiske grupper som, målt ud fra indikatoropfyldelsen, får dårligere behandling end andre. For både apopleksi- og hjertesvigt-patienterne gælder det fx generelt, at pensionister får dårligere behandling end beskæftigede, enlige får gennemgående dårligere behandling end patienter, der lever i parforhold, ældre dårligere behandling end yngre, og i særdeleshed gælder det, at pensionister med få uddannelsesmæssige og økonomiske ressourcer ofte får dårligere behandling end alle andre undersøgte grupper.

Alle relevante indikatorer opfyldes således for hele undersøgelsesperioden 38 % hyppigere for de apopleksipatienter, der har mange personlige ressourcer og er beskæftigede, end tilfældet er for pensionister med få ressourcer. For hjertesvigtpatienterne opfyldes tilsvarende alle relevante indikatorer 86 % hyppigere for beskæftigede med mange ressourcer end for pensionister med få. En del af disse forskelle skyldes variationer i dødelighed, men det er kun en del af forklaringen. Der er ovenfor gengivet forskelle mellem 9 % og 65 % i omfanget af behandlingsprocesser, som patienter i de nævnte socioøkonomiske grupper modtager.

Forskellene er i vidt omfang signifikante, også når der tages højde for alder, tidligere sygdom og samvariationer. Det er dog en væsentlig del af ulighedsproblemet, at tidligere sygdom og sårbarhed i særlig grad hober sig op hos de samme personer i bestemte socioøkonomiske grupper. Det bemærkes derfor, at der er en klar tendens til, at det netop er de socioøkonomiske grupper, der i forvejen har den største sygelighed og dødelighed, som også opnår den ringeste indikatoropfyldelse.

Hvis sygehusbehandlingen skal leve op til målsætninger om at **kompensere** for de sociale uligheder, der er i selve sygdomsforekomsten, skal de mest belastede socioøkonomiske grupper ikke bare løftes til et gennemsnitligt niveau, men til et højere indikatoropfyldelsesniveau. Dette er ikke det typiske billede - det er hyppigt det modsatte, der gælder.

De supplerende analyser i bilagene vedrørende procesindikatoropfyldelse peger imidlertid på et stort forbedringspotentiale mht. at opnå en højere grad af kompensation, og dermed også en bedre ressourceudnyttelse. Analyserne tyder således på:

- At udviklingen på nogle behandlingsområder allerede er gået i mere kompenserende retning 2010-2012

- At der både er behandlinger og behandlingssteder, hvor der allerede, bevidst eller ubevidst, er udviklet en kompenserende behandling, som der må kunne uddrages og nyttiggøres erfaringer fra
- At de betydelige variationer i socioøkonomiske forskelle, der ses mellem behandlinger, behandlingssteder og over tid, tyder på at de sociale uligheder, der kan konstateres i det samlede behandlingsresultat, ikke kun kan skyldes forskelle i patientpopulationer og biologiske forhold.

De foretagne analyser sigter primært mod problemafdekning. Der er utvivlsomt mulighed for både at udvikle analysemetoder og for i højere grad og med mere avancerede metoder at udnytte de mange data, der er til rådighed. De foreløbige resultater forekommer at være så entydige, at gevinsten herved vil være betydelig.

Det forekommer således oplagt at gå videre med at undersøge:

- Om der er tilsvarende forskelle i indikatoropfyldelsen for andre NIP-grupper: KOL-, akut mavekirurgi- og hoftebrudspatienter, og på andre områder, hvor der foreligger anvendelige kvalitetsdata
- Om der er forskelle på andre behandlingsforhold, fx mht. ventetider, og mht. hvem der får genoptræning og udnytter muligheder/-tilbud, som er registreret i Landspatientregisteret
- Om der kan spores resultater af målrettede indsatser på forskellige områder
- Om der kan udvikles operative mål, hvormed man løbende kan monitorere ulighedsproblemerne i behandling, således som der også nationalt og internationalt er peget på behovet for.

## Kapitel 4.

### Ulighed i behandling -

### Hvorfor er det interessant? Hvad ved vi? Hvad kan vi bruge mere viden til?

#### Hvorfor er ulighed i behandling interessant?

Der er mange grunde til at interessere sig for, i hvilket omfang den offentlige sundhedsbehandling får alle med, og om der er socioøkonomiske uligheder i den behandling, som forskellige patientgrupper opnår.

1. Sundhedsloven fastslår allerede i §2, at der skal være let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Hermed tilkendegives, at sundhedsvæsenets tilbud skal rette sig mod og være tilgængeligt for alle i befolkningen.  
Hvad den enkelte skal modtage af ydelser forudsættes således i lovgivningen at skulle afhænge af den enkeltes **behov** for de offentlige sundheds- og behandlingstilbud og fx ikke af de **ressourcer, som** vedkommende har at sætte ind i efterspørgslen efter ydelserne.
2. Sundhedsvæsenets ydelser finansieres ikke af brugerne, men af skatteyderne, og udgør en meget væsentlig del af de samlede offentlige udgifter. Adgangen til den største del af sundhedsvæsenets ydelser reguleres via visitation, idet den typiske vej ind i behandlingssystemet går via de alment praktiserende læger.  
På længere sigt forudsætter en sådan model for finansiering og tildeling af ydelser, at der er tillid til at ressourceudnyttelsen er effektiv. Det indebærer, at der ikke må anvendes unødigt mange midler til behandling af beskedne behov, og at ydelserne omvendt kanaliseres til dem, der har de største behandlingsbehov. Visitationen skal sikre, at ydelserne går til de "rigtige" behandlingsbehov og ikke til de patienter, der er bedst til at håndtere behandlingssystemet.
3. Det er velkendt og erkendt, at sygdom og sundhed er meget ulige fordelt, og det er en forudsætning for valget af model, jf. 1 og 2 ovenfor, at sundhedsvæsenet ønskes at have en kompenserende effekt.  
I en evaluering af sundhedsvæsenet må det derfor være et oplagt element også at vurdere behandlingssystemets evne til at håndtere uligheden i sundhed, herunder at holde øje med i hvilket omfang, man får de mest udsatte befolkningsgrupper med.
4. Behandlingssystemet spiller en stor rolle for samfundsøkonomien. Udnyttelsen af behandlingsmuligheder påvirker for det første arbejdsudbuddet ret direkte på både kort og langt

sigt. Konsekvensen af at samfundet påtager sig pleje og forsørgelse af dem, der ikke kan klare sig selv, er for det andet, at inoptimal behandlingsindsats kan føre til tab og senere udgifter til pleje- og behandlingsmæssig indsats, som kunne have været undgået med bedre og mere rettidig indsats.

Der synes i overensstemmelse med ovennævnte at være en udbredt samfundsmæssig konsensus om, at det er en indiskutabel dansk værdi, at alle uafhængigt af egne ressourcer og formåen skal have mulighed for på lige fod at modtage en ordentlig og tidssvarende behandling, når de har behov for det. Det kan selvfølgelig diskuteres, hvor omfattende det offentlige tilbud skal være, men ingen gør sig til talsmænd for, at nogle socioøkonomiske grupper skal have et dårligere tilbud end andre.

### **Hvad ved vi om ulighed i behandling?**

Det er veldokumenteret, at der er betydelige socioøkonomiske uligheder i befolkningens helbreds tilstand. Se fx senest rapporten fra Sundhedsstyrelsen (Ulighed i sundhed, 2011) og en dokumentationsrapport fra 2012 (FOA, Pensam og Dagens Medicin, Dokumentationsrapport om ulighed i dansk sundhed, 2012) som begge giver oversigter over en række undersøgelser vedrørende uligheder i forskellige sundhedsforhold.

Derimod er vores viden om socioøkonomiske uligheder i den behandling, som befolkningen opnår, ret beskedet. En oversigt fra 2008 (F. Kamper-Jørgensen og J. Nørgaard Rasmussen, Ulighed i behandling, kap.2 i Dagens Medicin, Den tunge ende, 2008) konkluderer således, at der er ”en nærmest katastrofal mangel på systematisk viden om, hvorledes vores sundhedssystem håndterer diagnostik, behandling og rehabilitering.” Hvad angår de områder, man ved noget om, ser der ud til at være ulighedsproblemer i forhold til at få alle med, fx mht. speciallægebrug generelt, vedr. visse behandlinger på hjerteområdet (nye behandlinger, herunder ny medicin og vedr. rehabilitering) samt på kræftområdet, som nok er de videnskæssigt bedst dækkede områder.

Ovennævnte rapport fra sundhedsstyrelsen fra 2011 giver en ajourført oversigt over den sporadiske viden, og konstaterer i forlængelse af 2008-oversigten: ”Der findes meget lidt dansk forskning om lighed i tilgængelighed, brug og konsekvens af sundhedsydelserne i det danske samfund.” I øvrigt peges på behov for indsats mod ulighedsproblemer mht. lægebemanding i socioøkonomisk mindre privilegerede områder, mht. brug af forebyggende ydelser, brug af speciallægeydelser generelt, lange patientforløb, brugerbetaling, sundhedsforsikringer samt problemer mht. psykiatriområdets ressourcefordeling og integration med det øvrige sundhedsvæsen.

Indtrykket af at der er ulighedsproblemer der, hvor man ved noget, men at det er sporadisk hvad man ved, går igen i udenlandske undersøgelser.

En omfattende oversigt fra Sveriges Kommuner och Landsting 2009 konkluderer således: ”Trots att kunskapsöversikten presenterar ett flertal områden inom hälso- och sjukvården där det förekommer öjämlig behandling till de sämst ställdas nackdel är det svårt att avgöra hur öjämlig vården egentligen är.” Sveriges Kommuner och Landsting, Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård, 2009).

OECD finder i en oversigt fra 2012, på basis af surveydata, ulighed til fordel for højindkomsttagere i 13-19 lande mht. speciallægeanvendelse, tandlægebesøg og deltagelse i cancerscreeninger



(M.Devaux and M. deLooper, Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries 2008-2009, OECD Health Working Papers No. 58, 2012).

Set snævert i forhold ulighed i behandlingen af apopleksi og hjertesvigt har to studier påkaldt sig vores særlige interesse.

Vedrørende apopleksi gælder det en dansk undersøgelse (V. Langagergaard, K. H. Palnum, F. Mehnert, A. Ingeman, B.R. Krogh, P. Bartels and S.P. Johnsen, Socioeconomic Differences in Quality of Care and Clinical Outcome After Stroke: A Nationwide Population-Based Study, Stroke 2011;42;2896-2902) som netop på NIP data fra 2003-2007 analyserer og viser, at der er socioøkonomiske forskelle i den behandlingskvalitet, som patienterne opnår. Det er præcis vores problemstilling, og undersøgelsen har i flere henseender været model for vores undersøgelse.

Vedrørende hjertesvigtbehandlingen foreligger der et litteraturstudie baseret på 52 artikler vedr. sociale forholds indvirken på genindlæggelse og dødelighed i forbindelse med hospitalsbehandling (L. Calvillo-King m.fl, Impact of Social Factors on Risk of Readmission or Mortality in Pneumonia and Heart Failure: Systematic review, J Gen Intern Medicine 28(2):269-282, 2012). Studiet peger på vigtigheden af at inddrage sociale faktorer i behandlingen, hvis der skal nås et godt resultat, men fokuserer ikke som fx ovennævnte studie på de sociale faktoreres betydning for den kvalitet behandling, der i første omgang er ydet.

### **Ulighedsmekanismer i behandlingssystemet.**

Blandt de nødvendige *forudsætninger* for et vellykket behandlingsforløb for en syg person er

- At patienten i tide bliver opmærksom på, at der er en sygdom, der skal behandles
- At patienten evner at finde frem til relevante behandlingstilbud
- At der overhovedet er et tilgængeligt behandlingstilbud, der modsvarer patientens behov
- At behandlingssystem og patient forstår hinanden, herunder hvad der forventes af begge parter
- At begge parter er i stand til at efterleve krav og forventninger

I hvert af ovennævnte 5 forudsætningsled er der risici for at noget går galt, og det er dette projekts hypotese, at der er en sammenhæng mellem risikoen herfor og patientens socioøkonomiske forhold.

Det må således forventes, at der i forhold til den enkelte er en sammenhæng mellem socioøkonomiske forhold og *vidensressourcer* som fx

- Viden om og bevidsthed om hvad der er alvorlige hhv. negligerbare symptomer
- Viden om til hvem og hvornår man mest hensigtsmæssigt skal henvende sig
- Evnen til at beskrive symptomer og forstå og besvare spørgsmål relevant
- Evnen til at forstå beskeder, råd og vejledning, herunder konsekvenserne af ikke at gøre det, der anbefales
- Evnen til at sige fra/presse på så alle muligheder udnyttes
- Evnen til selv at træde til når kontinuiteten i patientforløb ellers udebliver

Det må endvidere forventes, at nogle af de *problemer der forekommer i behandlingssystemet mht kapacitet, tilgængelighed og evne til at håndtere de forekommende udfordringer* også ofte vil ramme skævt i forhold til socioøkonomiske forhold. Det kan fx gælde hvis

- Patientens sygdomsforhold ikke passer til specialiseringen og hvad man især har forstand på og har prioriteret ressourcer til
- Patientens personlighed og adfærd ikke modsvarer, hvad der skal til for at opnå et optimalt resultat, når der er travlt og skal prioriteres
- Patientens evner og vedholdenhed ikke modsvarer behovene for at kompensere for fejl og nedprioritering
- Patientens sygdom, bopæl og henvendelsestidspunkt rammer der, hvor behandlingskapaciteten er mindst

Endelig kan man frygte, at der ofte vil være socioøkonomisk slagside mht. patienternes mulighed for at hente *supplerende ressourcer* af betydning for et godt behandlingsresultat, til fx

- At trække på kvalificeret hjælp hos andre, fx pårørende og venner, i situationer hvor man selv er svækket eller i øvrigt ikke, jf. ovenfor, fuldt ud evner at gøre egne interesser effektivt gældende
- At finansiere elementer af betydning for behandlingsresultatet som ellers ikke kan opnås, fx speciel mad, medicin, pleje, genoptræning, transport og særlig behandling, fx uden om ventelister.

Det følger af ovenstående, at uligheder i behandling således ikke kan forventes udløst af et enkelt eller få afgrænsede forhold eller svigt i behandlingssystemet. Der er netop tale om et ulighedsproblem, på den måde, at stort set alle imperfektioner i sundhedsvæsenet må forventes netop hyppigt at ramme en bestemt del af patienterne med en skæv socioøkonomisk tendens.

### **Paradokser.**

Ulighedsproblemerne kan i forhold til den enkelte opfattes som kvalitetssvigt. Det er derfor paradoksalt, at nogle af de foranstaltninger, man netop har foretaget for at hæve kvalitetsniveauet, let kommer til at forstærke nogle af ulighedsmekanismerne.

*Generelle instrukser, forskrifter og procedurer* har til formål at sikre, at alle får den samme høje kvalitet, at alle bliver behandlet ens og rigtigt. Risikoen er imidlertid, at det individuelle og helt særlige tilbud til enkeltpatienter med særlige behov ikke tilgodeses, når alt planlægges efter gennemsnitspatienten. Lighed i resultat forudsætter differentieret indsats.

*Specialisering og opdeling af behandlingssystemet* har til formål at sikre højst mulig kvalitet til alle. Mange af de svageste patienter har imidlertid et sygdomsmønster, der passer dårligt til den høje grad af specialisering, og de er måske særlig sårbare over for at blive sendt rundt i systemet uden rigtig at høre til noget sted.

*Ressourcestyringssystemer* som fx DRG/DAGS systemet har klart til formål at hæve effektivitet og ressourceudnyttelse i forhold til alle og give incitamenter til, at der ikke er behandlingssteder, der får lov til at sakke agterud. Men det er svært i et generelt system at sondre mellem ineffektivitet og den helt rigtige målrettede ekstra indsats til fordel for lige præcis de patienter, der har brug for dem

*Vægten på forebyggelse* anses med god ret for at være det ultimative våben i forhold til at forebygge ulighedsproblemer i sundhed. Mange forebyggelsesprogrammer har imidlertid store problemer

med at nå dem med de største behov, medens det går bedre med at få de i forvejen bedst motiverede med.

*Patientmedvirken og mobilisering af den enkelte patients egne ressourcer* er selvfølgelig en helt rigtig vej at gå, og vil være til fordel for mange patienter, men det kan jo give problemer for dem, der ikke har mange ressourcer at mobilisere.

På samme måde gælder det mht. de tilbøjeligheder der kan være med at åbne op for, at patienter via *egenbetaling og forsikringsordninger* selv kan bidrage til et bedre behandlingsforløb.

Det er også positivt at fx patientorganisationer sætter *fokus på bestemte indsatsområder* og påvirker ressourcefordelingen på sundhedsområdet, men hvis der skal fokus på de socialt mest udsatte, må der ifølge sagens natur, være nogle der gør det på andres vegne. Der er tale om en diffus, ikke organiseret patientgruppe.

### **Hvad kan vi så gøre?**

Der er altså mange interagerende ulighedsmekanismer . De gør sig både gældende i forhold til den enkelte patient og på samfundsplan. Der er derfor ingen lette genveje til at sikre lighed, således at sundhedsvæsenet i samme grad når alle socioøkonomiske grupper kun afhængigt af behandlingsmæssige behov. Den konkrete vej til sådan større lighed er med stor sandsynlighed forskellig for forskellige behandlingsformer, behandlingssteder, patientklienteller osv. Men da det er de samme ulighedsmekanismer, der gør sig gældende, om end det er i et varierende mix, må der nødvendigvis være en række enkeltforanstaltninger, som hensigtsmæssigt kan gå igen på kryds og tværs. Mulighederne for udnyttelse af andres gode og dårlige erfaringer må derfor være store. Fx vil de kommunikationsmæssige udfordringer skulle løses helt konkret i forhold til den enkelte patient på et givet tidspunkt, men erfaringer, metoder og hjælpemidler andre steder fra vil med stor sandsynlighed kunne inddrages for at optimere resultatet.

### **Monitorering.**

Det går derfor også igen som konklusion på stort set alle analyser af uligheder i behandling og hvad man skal gøre for at bekæmpe dem, at der er behov for mere og systematisk viden. Og generelle behandlinger af ulighedsproblemet ender således typisk op med at pege på behovet for monitorering.

Førnævnte rapport fra Sundhedsstyrelsen (Ulighed i sundhed 2011) formulerer fx som første anbefalede indsats mod ulighed i sundhedsvæsenet:

”Målrettet monitorering af behov for og brugen af forskellige sundhedsydelser fordelt på socio-demografiske grupper”.

Og WHO's World Conference on Social Determinants of Health har også i deres politiske deklARATION fra Rio De Janeiro 2011 (Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, Rio De Janeiro, 21 Oct 2011) monitorering som et helt centralt punkt og anbefaler:

”Establish, strengthen and maintain monitoring systems that provide disaggregated data to assess inequities in health outcomes as well as in allocations and use of resources;”

### **Afdækning af uligheder i behandling – dette projekt.**

Det er, på ovennævnte baggrund, dette projekts formål, ved hjælp af eksisterende data at belyse kvalitet og omfang af behandling der opnås, og afdække om der faktisk er uligheder i behandlingssystemet, som man med fordel og meget overkommeligt kan monitorere.

Hvis der er væsentlige uligheder på områder, hvor der allerede er etableret formaliserede kvalitets-sikringsmålinger, og derfor må forventes at være opmærksomhed på kvaliteten, som den enkelte patient opnår på måleområderne, kan man frygte at problemerne er endnu større på områder, hvor der ikke i forvejen måles. Det er derfor oplagt også at udnytte andre eksisterende data, der kan belyse behandlingskvalitet, end formaliserede kvalitetsdata som fx data fra NIP.

Vi kan i dette projekt ikke pege på andre løsninger på de konkrete ulighedsproblemer, end at man overalt må afdække og følge dem og konkret fagligt vurdere, hvad der skal til for at hæve kvaliteten for socialt udsatte, som data viser, at der ikke hidtil har været tilstrækkelig fokus på.

Samtidig vil data kunne hjælpe til udnyttelse af gode såvel som dårlige erfaringer, der har gjort, at de socioøkonomiske uligheder, måske helt upåagtet, har udviklet sig meget forskelligt inden for ellers sammenlignelige områder.

Behandlingen af ulighed i behandling starter med bedre data, for som nestoren vedr. ulighed i sundhed, M. Marmot, har sagt:

“No data – no problem

No problem – no action”