

Socialmedicin och rättvis vård

Bo Burström

Professor/överläkare. Karolinska institutet, Avdelningen för socialmedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap, Norrbackabyggnaden plan 2. Kontakt: bo.burstrom@ki.se

Vård på lika villkor betonas i hälso- och sjukvårdslagen. Ändå observeras betydande sociala skillnader i vårdkonsumtion och hälsa. Artikeln diskuterar hur sociala skillnader i vårdkonsumtion kan uppstå, vilka hinder som kan finnas för vårdsökande och vårdkonsumtion bland vissa grupper och möjliga åtgärder för att förändra detta. De aktuella reformerna i sjukvården med ökad privatisering och marknadsorientering och deras effekter diskuteras i detta sammanhang. Utformning av styrsystem och ekonomiska incitament bör ske utifrån hälso- och sjukvårdslagens intentioner för att gynna individer med störst behov.

Equity in health care is emphasised in the Swedish Health Care Act. Yet considerable social differentials are observed in health and health care consumption. This article discusses how social differentials in health care consumption may happen, obstacles to health care seeking and health care consumption among certain groups, and possible ways to amend this. The current reforms in Swedish health care with increased privatisation and market-orientation, and their effects are discussed. The design of economic incentives and reimbursement systems should be guided by the intentions of the Health Care Act in order to benefit individuals with greatest needs.

Socialmedicin och rättvis vård

Rättvis vård är en viktig uppgift för socialmedicinen att bevaka, inte minst nu när den svenska hälso- och sjukvården genomgår stora förändringar – vem kommer att gynnas av dessa, och än mer viktigt: kommer några att missgynnas?

Hälso- och sjukvårdslagen från 1982 (1) lägger stor tonvikt vid rättvis vård: *Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela*

befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Debatten om sjukvård drivs i stor utsträckning på ideologisk grund, även om detta sällan sägs rakt ut (2,3). Ena sidan grundas på den (ny)liberala idén om att den bästa vården uppnås genom att maximera individens frihet och valmöjligheter, minska statens roll och marknadsorientera sjuk-

vården. Mot detta står den egalitära uppfattningen att staten har en viktig roll för att utjämna ojämlikhet i människors förutsättningar och möjligheter, och i synnerhet för grupper som annars riskerar att bli missgynnade. (3) Detta motsatsförhållande präglar mycket av den aktuella debatten om svensk sjukvård.

Vad menar vi då med ”rättvis vård”? Är det samma som ”jämlig vård”? Innebär det att alla ska ha samma/lika vård? Olika bedömare lägger in olika tolkningar av begreppet (4). En distinktion kan först och främst göras mellan horisontell och vertikal jämlikhet (5), och hälso- och sjukvårdslagen behandlar båda dessa aspekter. Horisontell jämlikhet innebär att de som är lika ska behandlas lika, dvs två individer med samma behov/sjukdom ska erbjudas samma möjligheter till vård, vilket i lagen benämns ”vård på lika villkor”. Vertikal jämlikhet innebär att de som har större behov ska prioriteras framför de med mindre behov, vilket också preciseras i den sista meningen i lagtexten ovan.

Utöver detta finns andra aspekter. Två individer med samma medicinska behov kan också ha olika förutsättningar att tillgodogöra sig vård och behandling, och kräva olika tid och resursinsats för positiv effekt. Det kan t ex gälla språkkunskaper, olika kunskapsnivå för att ta till sig information om hur man som patient ska sköta sin sjukdom; olika grad av psykologisk beredskap för att ta emot besked osv. På engelska används termen ”health literacy” som ett samlingsbegrepp för

hur individer förstår olika faktorerers inverkan på hälsa och risk för sjukdom samt hur förstår och använder hälsoinformation, och hur man finner sin väg in i hälso- och sjukvårdssystemet. (6). Graden av health literacy har alltså betydelse för individers förmåga att göra egna val och beslut kring hälsan, att förmedla sina behov och symptom till vårdgivare samt för förmågan att förstå och följa vårdgivares instruktioner om vård och behandling. I skenet av hälso- och sjukvårdslagens intentioner kan alltså personer med lägre grad av health literacy, allt annat lika, behöva mer insatser för att vård på lika villkor ska uppnås.

Hur uppstår ojämlikhet i vård?

Individens hälsa betingas av individens genetiska förutsättningar samt hälsans bestämningfaktorer i omgivningen som ökar eller minskar risken för sjukdom, och kombinationer av dessa (7). Hälsans bestämningfaktorer innefattar bl a människors sociala nätverk och kontakter, barns uppväxtmiljö, levnadsvanor som kost, motion, rökning, alkohol. Det inbegriper också livsvillkor och arbetsvillkor, boende och arbetsmiljö samt hur strukturella faktorer i samhällets organisation präglar och påverkar dessa faktorer och människors livschanser. Den relativa betydelsen av enstaka bestämningfaktorer bestäms också av den allmänna sociala och ekonomiska nivån i samhället, av traditioner, lagstiftning och annat som präglar samhällets utformning. Ojämlikhet i hälsa kan uppstå genom olika mekanismer

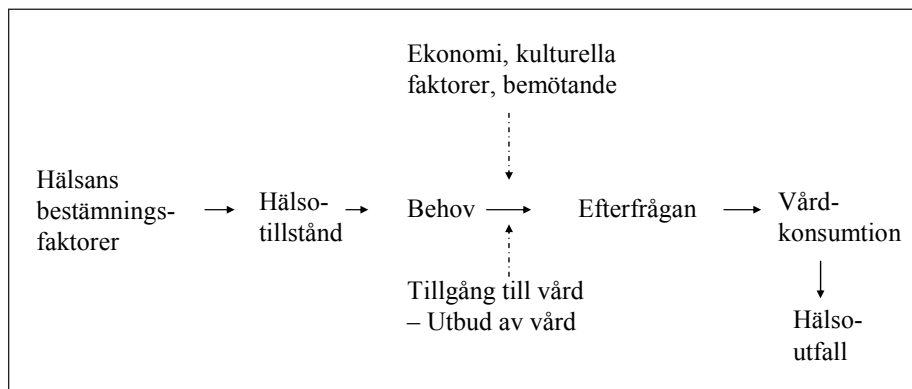
– bl a genom ojämn fördelning av exponering av bestämningsfaktorer, genom att vissa individer har en ökad sårbarhet för effekten av en viss exponering, och/eller genom en ansamling av ogynnsamma exponeringar över livsloppet. (7).

Det finns även idag sociala skillnader i de flesta dödsorsaker, i självrapporterad sjuklighet och i de flesta riskfaktorer för sjukdom (8).

Dessa sociala skillnader i hälsa och sjuklighet kommer i varierande grad till sjukvårdens kännedom och blir föremål för insatser. Genom skillnader i olika gruppers vårdsökande beteende och genom skillnader i behandling kan de sociala skillnaderna i hälsa och sjuklighet antingen minskas eller ytterligare förstärkas (Figur 1). Eftersom hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen bör hälso- och sjukvårdens resurser fördelas ojämnt, för att möta behoven. Personer som är sjukare och har större behov bör få mer resurser. Ofta varierar hälsan inte

bara mellan individer. Hälsan och risken för sjukdom bestäms till stor del av livsvillkor och har en systematisk variation med de sociala och ekonomiska förhållanden som råder för olika grupper i befolkningen. Grupper med sämre livsvillkor har sämre hälsa och högre sjuklighet och bör därför få mer resurser till vård.

Figur 1 visar en schematisk representation av vissa steg som föregår och inkluderar vårdkonsumtion. Hälsa skapas till stor del utanför hälso- och sjukvården, genom goda livsvillkor och levnadsvanor. Sjukvården och inte minst primärvården har dock också en viktig roll, genom tidig upptäckt och behandling av sjukdomstillstånd men även genom förebyggande och hälsofrämjande arbete, vilket kan ske både individuellt och på befolkningsnivå. Hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen, vilket resulterar i sociala skillnader i hälsotillstånd och sjuklighet. Samma hälsotillstånd hos två individer kan dessutom leda till olika upplevelse av behov av vård. Huru-



Figur 1. Steg där sociala skillnader i vårdkonsumtion kan uppstå

vida ett upplevt behov av vård sedan leder till efterfrågan av vård varierar också mellan grupper, och modifieras av tillgång till vård, ekonomiska hinder för att söka vård (patientavgifter m.m.), kulturella faktorer, bemötande och tidigare upplevelser av vård osv. I vilken mån efterfrågan på vård verkligen leder till vårdkonsumtion bestäms slutligen av läkaren/vårdgivaren, i dialog med patienten. Den vård som förmedlas och konsumeras leder förhoppningsvis till förbättrad hälsa.

Studier har visat att det finns en social snedfördelning i flera av de beskrivna stegen, där personer med lägre utbildningsnivå t ex söker vård senare i förloppet av en sjukdom än personer med högre utbildningsnivå (9). Även den senaste Hälso- och sjukvårdsrapporten från 2009 betonar de påtagliga geografiska och sociala skillnaderna i tillgång till och konsumtion av vård (10). Vidare är de ekonomiska, kulturella och övriga hindren för att söka/efterfråga vård vanligare bland personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper (11,12). Det är vanligare att avstå från att söka vård, trots ett upplevt behov, bland arbetslösa personer, bland ensamstående mödrar och bland personer med ekonomiska besvär (13-15). En annan viktig aspekt är att det dessutom kan finnas sociala skillnader i hur väl man som patient kan göra sina behov förstådda och åtgärdade hos vårdgivaren.

En viktig aspekt i Sverige är att öka tillgången till vård bland asylsökande och flyktingar, som är en ur hälsosynpunkt mycket sårbar grupp (16,17). En

ökning av tidiga insatser skulle sannolikt få stora positiva effekter, även på integration. Den bristande tillgången till vård för gömda och papperslösa är inte acceptabel, kan inte anses "rättvis" och måste åtgärdas (18).

Vad som är rättvis sjukvård och ett rättvist vårdssystem kan diskuteras (4). Vissa principer kan många enas om, bl a geografisk tillgång till vård, ekonomisk och kulturell tillgänglighet till vård samt att vårdens kvalitet ska vara lika bra för alla (7). Även om man strävar efter vård på lika villkor efter behov kan avvikelser från detta uppstå, som inte är uttryck för orättvisa. Ett exempel är bl a sociala skillnader i utnyttjande av screening och hälsoundersökningar: om vissa personer avstår från sin rättighet att utnyttja dessa vore det inte mer rättvist att tvinga dem till det. Om däremot anledningen till att de avstår är att den geografiska tillgängligheten är begränsad eller att det finns andra sociala eller ekonomiska hinder, innebär det en orättvisa. (7)

Utmärkande för jämlikhetssträvande hälso- och sjukvårdspolitik vore att öka den geografiska tillgängligheten, täckningsgraden och den kulturella tillgängligheten för olika typer av service samt att ha en jämlikhetssträvande resursfördelning. Vidare bör sjukvården också beakta andra sociala bestämningsfaktorer för hälsa, genom uppsökande och utåtriktat samarbete med aktörer utanför sjukvården. Finansiering av hälso- och sjukvård bör vara solidarisk. (19)

Aktuella förändringar i svensk sjukvård

För närvarande pågår stora förändringar av svensk sjukvård, inte minst i primärvården.

Vårdvalsreformen har beslutats och lagändringen träder i kraft 1 januari 2010. Det är viktigt att ersättningssystemen i primärvården utformas så att de underlättar uppfyllandet av Hälso- och sjukvårdslagets mål om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, efter behov. Även om sjukvården inte är den enda samhällssektor som har påverkan på jämlikhet i hälsa har sjukvården och inte minst primärvården en viktig roll, genom tidig upptäckt och behandling av sjukdomstillstånd men även genom förebyggande och hälsofrämjande arbete, vilket kan ske både individuellt och på befolkningsnivå.

Vårdval är individuellt och innebär att primärvården inte har ett områdesansvar för befolkningens hälsa. Hälsan varierar dock mellan olika bostadsområden, beroende på deras befolkningssammansättning. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete kan med fördel ske på områdesnivå, i samarbete med andra lokala aktörer. Primärvårdens medverkan i områdebaserat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete måste tydliggöras och ges resurser. Även i detta arbete bör mer resurser fördelas till de områden där befolkningen har större behov. Ersättningsmodeller i primärvården måste beakta sociala och ekonomiska faktorer. Sjukdoms-

riskan ökar med ålder. Ålder är därför en viktig faktor för behov av vård och bör beaktas, men personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper insjuknar ofta vid tidigare ålder än personer i mera gynnade grupper. Sociala och ekonomiska faktorer måste därför också tas med.

Vårdtyngden vid en vårdcentral varierar också med avseende på patientsammansättningen – patienter med sammansatta och komplexa sjukdomar fordrar mer resurser, patienter som inte talar svenska kräver mer tid och kanske tolkhjälp. Behandling av patienter med socialmedicinska problem eller långvariga sjukskrivningar kräver samverkan och kontakt med andra samhällsinstanser. Primärvården utgör en för patienten mycket viktig länk mellan sjukvården och övriga samhället. Förhållanden som dessa gör att man inte endast kan ersätta en vårdcentral efter dess produktivitet mätt som antal besök – vårdtyngden för varje besök varierar, och alla insatser kan inte mätas med antal besök. Ersättningssystemen måste ta hänsyn till detta och ge mer resurser till de vårdcentraler som har en patientsammansättning som medför större resursbehov, för att dessa ska kunna ge sina patienter vård på lika villkor. Vidare bör samverkan med andra samhällsinstanser premieras.

Idag finns en politisk ambition överlag att öka andelen privata utförare i sjukvård och att ytterligare marknadsorientera vården. Effekten av detta återstår att värdera och bedöma. Det är dock väsentligt att vården genom det-

ta inte fragmentiseras och försvårar effektivt samarbete mellan olika instanser. Fragmentisering skulle missgynna individer med sammansatta vårdbehov. Återigen är det viktigt att de ekonomiska incitament och styr-system som tillämpas gynnar åtgärder bland individer och grupper med högre sjuklighet och behov av vård, och att de används för att maximera den medicinska nyttan av vård och inte endast räknas t ex i ekonomiska produktivetsmått, som antal besök eller utförda åtgärder. En kritik som framförts är att den ökande marknadsorienteringen och efterfrågestyrningen av svensk sjukvård underminerar möjligheten till planerad behovsbaserad resursfördelning och därmed riskerar att missgynna grupper med högre sjuklighet och större behov av vård (20,21). Socialmedicinare har tidigare bidragit med underlag för behovsbaserad resursfördelning i vissa landsting. De nya ekonomiska styrsystemen grundas på patientens val av vårdgivare och konsumtion av vård, och innebär att resurser flyttar med patienten. Dock borde t ex kapiteringsersättning väga in inte endast ålder utan också socioekonomiska faktorer. Vidare bör landstingen behålla vissa resurser för att utöver detta tillgodose att resurser kommer de mest behövande till del och hälso- och sjukvårdslagens intentioner uppnås.

Om syftet är rättvis vård bör förändringar av sjukvården i Sverige göras utifrån hälso- och sjukvårdslagens intentioner, för att gagna individer med större behov framför individer med mindre behov, och för att bättre bistå

individer som kan ha sämre möjligheter att informera sig eller på andra sätt navigera optimalt i hälso- och sjukvården. Kontinuerliga uppföljningar och utvärderingar av effekter av reformer är nödvändiga, för att identifiera vinnare och eventuella förlorare i befolkningen. Socialmedicinare har här en mycket viktig uppgift.

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763.
2. Williams A. Equity in health care: the role of ideology. In: van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F (eds). *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993, pp 287-298.
3. Maynard A. Beware of the libertarian wolf in the clothing of the egalitarian sheep: an essay on the need to clarify ends and means. In: McIntyre D, Mooney G (eds). *The economics of health equity*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007, pp 77-100.
4. Daniels N. *Just health. Meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
5. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Economics* 1993;12:431-457.
6. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beilby JJ. Health literacy: a new concept for general practice? *Aust Fam Physician* 2009;38:144-147.
7. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, 2006.
8. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
9. Gulliford M. Equity and access to health care. I: Gulliford M, Morgan M (eds). *Access to health care*. London: Routledge, 2003, pp 36-60.

tema

10. Socialstyrelsen. Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
11. Elofsson S, Undén AL, Krakau I. Patient charges – a hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care. *Soc Sci Med* 1998;46:1375-80.
12. Burström B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy* 2002;62:117-29.
13. Westin M, Åhs A, Bränd Persson K, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care—lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy*, 2004, 68:333–344.
14. Westin M, Westerling R. Health and healthcare utilization among single mothers and fathers. *Scand J Publ Health* 2006;34:182-189.
15. Åhs AMH, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy* 2006;78:178–193.
16. Ekblad, S., & Roth, G.. Kapitel 47: Transkulturell psykiatri och flyktingpsykiatri. I: *Psykiatri* (red: Jörgen Herlofson, Marie Åsberg, Lisa Ekselius, Anders Lundin och Björn Mårtensson). Lund: Studentlitteratur, 2008, s 703-711.
17. Lindencrona F, Ekblad S, Hauff E. Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:121-131.
18. Ascher H, Björkman A, Kjellström L, Lindberg T. Diskriminering av papperslösa i vården leder till lidande och död. *Läkartidningen* 2008;105:538-41.
19. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Leveling up Part 2. Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, 2006.
20. Dahlgren G. Neoliberal reforms in Swedish primary health care: for whom and for what purpose? *Int J Health Services* 2008;38:697-715.
21. Burström B. Market-oriented, demand-driven health care reforms and equity in health and health care utilization in Sweden. *Int J Health Services* 2009;39:271-85.