

Hur kan hälso- och sjukvårdens insatser utvecklas för att minska sociala skillnader i hälsa?

Margareta Kristenson

Professor, överläkare, Socialmedicin och Folkhälsovetenskap, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet, 581 83 Linköping. E-post: margareta.kristenson@liu.se.

Hälso- och sjukvården kan bidra till minskade sociala skillnader i hälsa om man utvecklar sina insatser så att de sker utifrån specifika behov hos patienter, medarbetare eller grupper i befolkningen. Hälsofrämjande insatser, för att stödja patientens tilltro till sin egen förmåga, samt sjukdomsförebyggande insatser, i form av stöd att ändra ogynnsamma levnadsvanor, är särskilt viktiga för individer med utsatt socioekonomisk situation. Detsamma gäller hälso- och sjukvårdens insatser för att utveckla arbetsmiljön för sina egna medarbetare liksom att i befolkningsperspektivet bidra med kunskap om sjukdomsorsaker och aktivt delta i multiprofessionella insatser. Trots att denna ansats har ett starkt stöd hos både politiker och medarbetare är det fortsatt viktigt att utveckla uppdrag och styrsystem som möjliggör denna inriktning.

Health Services can have a large impact on social differences in health if they adapt their own functioning and services to the specific needs of different patient, staff and community groups. This implies a more proactive approach including health promoting actions to increase patients coping abilities, and lifestyle interventions for disease prevention. Health Services can also be more proactive in the work for a better work environment for own personnel and have a responsibility to take action on the wider determinants of health by using its considerable expertise for advocating and mediating change in their communities, by forming alliances and engaging in partnerships for improving equity in health. Purchasing systems need to be developed so that they support this development.

Vad är uppdraget?

I diskussionen om sociala skillnader i hälsa anges ibland att detta är ett område där sjukvården inte har mycket att bidra, eftersom hälsans determinanter finns i människornas livsvillkor och att förebyggande insatser därför måste ske i lokalsamhället. I en bemärkelse är detta rätt; primärpreventiva insatser för att påverka livsmiljön ligger utanför sjukvårdens uppdrag. Däremot finns det en rad andra insatser som både sjukvården och hälsovården, dvs. hälso- och sjukvården kan göra för att minska sociala skillnader i hälsa. Det är viktigt att minnas att hälso- och sjukvården är den enda aktör som har som sitt uttalade uppdrag att förbättra människors hälsa; detta ligger inte i kommunens, skolans eller arbetsgivarens uppdrag - trots att vi alla vet att de äger centrala arenor.

Vad kan då hälso- och sjukvården göra? Detta beror på hur man ser vad som är orsaker till sociala skillnader i hälsa, men också på hur man ser på hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Orsaker till sociala skillnader i hälsa - samma som hälsans bestämningsfaktorer?

Sociala skillnader i hälsa har intressanta karakteristika. Vi finner dessa oavsett mått på social situation, dvs. för utbildningsnivå, inkomstnivå, materiell standard liksom för yrkesstatus och etnicitet/utländskt födelseland. Vi finner därtill sociala skillnader för de flesta hälsoutfall dvs. för total dödlighet, för skador, för sjuklighet i de flesta sjuk-

domar liksom för funktionsförmåga och självskattad hälsa (Socialstyrelsen 2009). Tillsammans talar detta för effekter i form av en ökad generell sårbarhet hos den som har en utsatt social situation (Kristenson et al 2004).

Vi vet också att låg social status/utsatt social situation innebär högre exponering för ogynnsam livsmiljö; större risk för negativa livshändelser, för skador och våld, för arbetslöshet eller för ett arbete med ogynnsam arbetsmiljö, samt mera ogynnsamma levnadsvanor t.ex. rökning, övervikt och låg fysisk aktivitet (Socialstyrelsen 2009). Vi vet, därtill, att människor i en utsatt social situation oftast har sämre tillgång till skyddande psykosociala resurser såsom socialt stöd och tilltro till egenförmåga (självförtroende och copingförmåga) samt rapporterar mera uppgivenhet, nedstämdhet och känsla av hopplöshet (Kristenson et al 2004).

HoS uppdrag – det självklara (S) och det inte alltid självklara (H)

Fram till 1983 hade Sjukvården ett relativt avgränsat uppdrag; ”att ge sjukvård”. Med den nya hälso- och sjukvårdslagen från 1983 har hälso- och sjukvården haft ett vidare uppdrag. I denna kom begrepp såsom Patienten i Centrum, Prevention och Befolkningsansvar. Detta vidare uppdrag har senare förtydligats i det Nationella Folkhälsomålets Målområde 6 ”En mer Hälsofrämjande Hälso- och Sjukvård”, som antogs av Sveriges regering 2003 (Prop 2003). Denna ansats har en tydlig analogi med WHO:s kon-

cept Health Promoting Hospitals and Health Service som baseras på Ottawa konferensens slutsatser om ett behov av att ”Reorientera vården” så att den bättre motsvarar samhällets behov (WHO 1986).

Denna reorientering innebär att tydligare fokusera uppdraget att skapa en bättre hälsa för patienter, medarbetare och befolkning för att på detta sätt skapa en effektivare verksamhet. I den svenska rapporten om en ”mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård uttrycktes detta att hälso- och sjukvården i *patientperspektivet* behöver utveckla hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att bättre möta behoven hos utsatta grupper, i *medarbetarperspektivet* utveckla sitt ansvar för sina egna medarbetares arbetsmiljö samt i *befolkningsperspektivet* bidra med egen kunskap samt aktivt delta i multiprofessionella insatser för att stärka folkhälsoinsatserna (Weinehall & Kristenson 2004). Denna ansats har, ytterligare, stärkts i den senaste propositionen från 2007 där man skriver att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser skall integreras i all hälso- och sjukvård (Prop 2007).

Patientperspektivet – SES skillnader i evidensbaserad Vård

I socialstyrelsens God vård konceptet beskrivs kraven för god vård dvs. att den skall vara Kunskapsbaserad, Säker, Patientfokuserad, Effektiv, Jämlig och i Rimlig tid. Som beskrivs i ett annat kapitel i detta nummer finns mycket data som illustrerar att vården inte är

jämlig. Detta gäller dels tillgängligheten till vård som, också i välfärdslandet Sverige, varierar beroende av individens sociokononomiska status (SES). På senare tid har man, därtill, bland annat i arbetet med Öppna Jämförelser, alltmera uppmärksammat sociala skillnader i vårdutfall och kunnat hänföra detta till skillnader i vårdinsatser t ex. att individer i låg social klass får mindre aktiv behandling, eller har längre väntetider inför operation (Sveriges Kommuner och Landsting 2010). Således kan hälso- och sjukvården, redan genom att säkerställa att alla får samma tillgång till vårdinsatser, bidra till att minska SES skillnader i hälsa.

Ett förändrar sjukdomspanorama ställer nya behov

Hälso- och sjukvården har rönt stora framgångar i farmakologiska och kirurgiska interventioner vilket innebär att dödligheten i en rad sjukdomar minskat kraftigt. Detta har, samtidigt, lett till att en övervägande del av hälso- och sjukvårdens patienter idag behandlas för kronisk sjukdom, t ex beskrivs idag cancer som en kronisk sjukdom. Därtill har många patienter sjukdomar/besvär för vilket ingen bot finns; sjukdomar där vården kan sätta diagnos men inte har någon behandling att erbjuda samt komplexa besvär, där diagnos inte alltid är lätt att identifiera. Tillsammans innebär detta att vårdens uppdrag successivt förskjuts från att ”bota” till att hjälpa patienten leva med sin sjukdom eller ohälsa, ett uppdrag som enligt mångårig tradition innebär att lindra och trösta.

Hälsofrämjande insatser - empowerment

Begreppet hälsofrämjande har definierats som de processer som ger individen möjligheter att öka kontrollen över sin egen hälsa (WHO 1986). Detta innebär en ytterligare perspektiv förskjutning genom att vårdens uppdrag - bota - lindra - trösta - vidgas till en mera offensiv ansats, dvs. att stödja människors tilltro till sin egen förmåga att leva med långvarig sjukdom och funktionsnedsättning och, med hjälp av empowerment strategier, stötta och stärka individens egna resurser. Det finns nu snabbt växande kunskaper kring betydelsen av att understödja människors bio-psyko-sociala resurser liksom hur detta, via kroppens olika försvarssystem, kan påverka människors motståndskraft och läkeförmåga. Exemplet innefattar betydelsen av psykosociala faktorer för livskvalitet och överlevnad vid bröstcancer (McCain 2005) liksom för vårdtid och överlevnad vid lever transplantation (Telles-Correia 2011).

Störst behov av hälsofrämjande insatser har de med svagast psykosociala resurser dvs. de som har tunna sociala nätverk eller låg tillgång till socialt stöd liksom de med låg tilltro till sin egen förmåga och till systemets intresse för deras person, de som har minst kunskap om systemet eller som inte förstår språket, de som är rädda, uttröttade nedstämda eller uppgivna. Alla dessa faktorer är, generellt sett, vanligare hos människor med utsatt social situation. Hälso- och sjukvårdens insatser för, och kompetens vad gäller att skapa häl-

sofrämjande möten som ger trygghet och tilltro till egen förmåga är därför särskilt viktig för individer i låg SES.

Sjukdomsförebyggande insatser - sekundär och primär prevention

Sjukvården har en lång tradition av förebyggande insatser och svensk hälso- och sjukvård är välkänd för rikstäckande vaccinationsprogram, mammografi och cytologkontroller. Vården lägger mycket kraft, och pengar, på farmakologisk behandling av blodfetter och blodtryck i avsikt att förebygga hjärtinfarkt och stroke. I alla dessa fall finns SES-skilnader, dvs. det finns grupper som inte tar sin medicin, inte kommer till cytologprov eller mammografikontroller och dessa är, oftast, de som är mest riskutsatta. Angelägna insatser för att minska sociala skillnader i hälsa är, i dessa fall, aktivt arbete för att öka deltagande från alla samhällsgrupper, bland annat genom att tydligare och bättre kommunicera varför detta är viktigt.

Eftersom tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet och ogynnsamma matvanor, liksom dess effekter i form av övervikt, metabolt syndrom eller högt blodtryck konsekvent är vanligare i låg SES är hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga sjukdomar genom att främja goda levnadsvanor särskilt angelägna för individer med låg SES. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande insatser - tobak, alkohol, mat och fysisk aktivitet, som publiceras hösten 2011, visar att det är möjligt att hjälpa patienter

att ändra sina levnadsvanor. De visar också att de metoder som är effektivast innebär en hälsofrämjande ansats, i form av dialog där patientens perspektiv och tilltro till sin förmåga är central (www.socialstyrelsen.).

Det finns oro för, och risk att, insatser som kräver att individen ändrar sina vanor snarast ökar skillnader i hälsa eftersom de gynnade ”bättre tar emot budskapet”. Därför är det viktigt att se på erfarenheter bl.a. från stora multicenterstudier i Californien där man har visat att personcentrerade, sekundärpreventiva, insatser efter hjärtinfarkt hade god effekt på att förbättra levnadsvanor, och att dessa var större hos individer med låg SES. De hade sämre nivåer på en rad riskfaktorer före interventionen men förbättrades mera än individer med hög SES under interventionen som därmed utjämnade klasskillnader i riskfaktorer (Govil et al 2009).

Befolkningsinriktade insatser – individinriktad primärprevention

Hälso- och sjukvårdens ansvar stannar inte vid att ge rätt insats till den som kommit över tröskeln och blivit patient. Hälso- och sjukvårdslagen diskuterar ”... en god vård och *hälsa på lika villkor*”. I undertexten till målområde 6 innebär detta att ta sitt ansvar för att identifiera individer med riskfaktorer för sjukdom innan de insjuknat och en möjlighet till detta är via t.ex. hälsoundersökningar/hälsosamtal. Behovet av denna, uppsökande, verksamhet är uppenbar om man t ex ser på data från

Malmö som illustrerar att hälften av de som dör i hjärtinfarkt före 65 års ålder dör utanför sjukhus, dvs. innan någon behandling hade kunnat sättas in. Bland dessa är individer i låg SES kraftigt överrepresenterade (Gerward, 2010).

Erfarenheter från uppsökande verksamhet i form av hälsoundersökningar och hälsosamtal finns särskilt väl dokumenterad ifrån arbeten i Habo, Kalmar och Västerbotten även här med tydliga effekter på att minska sociala skillnader i hälsa (Weinehall et al 2001).

Befolkning och strukturinriktade insatser - att aktivt delta i multiprofessionella insatser

Samma studier som visat att hälsoundersökningar är meningsfulla har också visat att den största effekten kommer om dessa sker när det, samtidigt, sker insatser i lokalsamhället. Kontexten, dvs. sammanhanget spelar stor roll; det är lättare att äta hälsosamt om butiken har mycket frukt och grönsaker, att öka sin fysiska aktivitet om man, samtidigt med recept på FaR får kunskap om vart man kan vända sig för att börja motionera. Därför är samarbete med lokala aktörer, affären, skolan, fritidsgårdar angeläget.

Befolkning och strukturinriktade insatser - att förmedla kunskap till samhället

Hälso- och sjukvården har möjlighet att utveckla sin roll vad gäller att förmedla

kunskap om orsaker till sjukdom eller skada. Detta sker, idag genom olika former av folkhälsoövervakning med analys och koppling av dess resultat till folkhälsoinsatser i lokalsamhället. En särskild form av detta, som är idag är eftersatt, gäller skaderegistrering vid akutmottagningar.

Vi vet att skador i olycksfall och våld är vanligare i låg social klass. Genom att, systematiskt, genomföra skaderegistrering vid akutmottagningar, analysera resultaten och förmedla kunskapen om skadefrekvens och orsak till kommuner eller andra mottagare för åtgärd kan kunskap genereras som ingen annan kan ge, och som kan ge mycket stora och snabba resultat. Det finns många goda exempel på hur effektivt detta är, när det fungerar, men idag sker detta enbart för vissa skadeformer. Alla insatser kräver inte registrering: Det finns också framgångsrika exempel på insatser för att minska våld bland unga genom att vårdanställda, i samarbete med ambulanspersonal, besökt skolor och där beskrivit hur t ex offrets hjärna ser ut efter misshandel och våld (<http://www.natverket-hfs.se/>).

Arenaperspektivet

I Ottawamanifestet beskrevs arenaperspektivet, som ett viktigt medel att "göra goda val möjliga" (World Health Organization, 1986). Rökfritt sjukhus och rökfria restauranger, är viktiga exempel på hur livsmiljön kan förändras för att underlätta för rökaren att röka mindre och för icke rökaren att undgå passiv rökning. Konceptet Hälsofrämjande sjukhus har också arenaperpekti-

vet som en viktig del. Detta innefattar den hälsofrämjande vårdmiljön (Ulrich 1984). Gammal och ny forskning visar hur betydelsefullt det är att, som patient, kunna se ut mot grönområden, att färger och ljus skapar lugn och harmoni, liksom hur lugn musik i hörlurar inför en operation har lika bra lugnande effekt som läkemedel. Åter igen är dessa insatser viktigast för den som är mest sårbar, dvs. utsatta individer med låg social status.

Hälso- och sjukvården skulle, därtill, kunna utveckla ett samarbete med kommunerna för att stimulera till återutveckling av konceptet hälsofrämjande skola; ett arenaperspektiv där inte bara skolsköterskan intresserar sig för barnens hälsa utan där alla barnens aktivitet sker i en hälsofrämjande miljö och sammanhang, från skolgårdens utformning, skolmatens innehåll och miljö till klassrummets utformning och undervisningens form och innehåll.

Ansvaret för de egna medarbetarna

Ytterligare en arena är den hälsofrämjande arbetsmiljön. I konceptet "den hälsofrämjande hälso- och sjukvården" är insatser för att skapa en god arbetsmiljö för sina egna medarbetare en viktig del (World Health Organization; 1986, Weinehall&Kristenson 2004). Hälso- och sjukvården är en av de stora arbetsgivarna i lokalsamhället. Trots att denna verksamhet har hälsa som sin "affärsidé" är, inte sällan, just vårdens egna medarbetare de som leder statistiken vad gäller ohälsotal. Idag har huvuddelen av arbetsrelaterad ohälsa

psykosociala orsaker såsom bristande balans mellan krav och kontroll i arbetet och den är också tydligt relaterad till yrkesstatus

Att skapa gemensamma målbilder!

Det finns således, en rad insatser som, just, hälso- och sjukvården kan göra för att minska sociala skillnader i hälsa. Detta finns också uttalat i det övergripande nationella folkhälsomålet där, under Målområde sex, ”en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård” lyfts fram som en viktig bestämningsfaktor för att minska skillnader i hälsa (Prop 2003). Under många år har denna fråga drivits av det Svenska nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus och vårdorganisationer, som initierats av WHO. Nätverket omfattar idag en huvuddel av landets hälso- och sjukvård och i dess årliga indikatormätningar kan man se en tydlig utveckling i uppdrag och avtalstexter vad gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (<http://www.natverket-hfs.se/>). Det finns således ett tydligt politiskt stöd för denna inriktning och studier visar att medarbetarna i vården önskar utveckla sitt arbete i denna riktning (Johansson H et al 2010). Trots detta finns det upplevda svårigheter och hinder för ett förändrat förhållningssätt (Johansson H et al 2010, Kristenson & Nilsson 2010) i form av en målkonflikt där de insatser som inte är direkt sjukvårdande behandling fortfarande, av många, upplevs vara tilläggsaktiviteter och inte en del i grunduppdraget.

Det är därför viktigt att, tillsammans,

diskutera hälso- och sjukvårdens upp- gift, och skapa dialog kring uppdrag och styrsystem så att dess innehåll och formuleringar utformas på ett sätt som som möjliggör helhetssyn och långsiktighet och ökar hälso- och sjukvårdens möjligheter att mera proaktivt möta de som har störst behov och därmed minska sociala skillnader i hälsa.

Referenser

- Baigi A, Lindgren EC, Starrin B, Bergh H. In the shadow of the welfare society ill-health and symptoms, psychological exposure and lifestyle habits among social security recipients; a nationwide survey study. *Biopsychosoc Med*. 2008 Sep 22;2:15.
- Gerward Sofia; Coronary heart disease incidence and short term case fatality in relation to socioeconomic circumstances - epidemiological and clinical aspects. Thesis Lund University 2010.
- Govil SR, Weidner G, Merritt-Worden T, Ornish D. Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *Am J Public Health*. 2009 Jul;99(7):1263-70
- <http://www.natverket-hfs.se>
- <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-riktlinjer/sjukdomsforebyggandemetoder>
- Johansson H, Stenlund H, Lundström L, Weinehall L. Reorientation to more health promotion in health services - a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *J Multidiscip Healthc*. 2010 Nov 26;3:213-24.
- Kristenson M, Eriksen H, Sluiter JK, Starke D, Ursin H. Psychobiological mechanisms for socioeconomic differences in health. *Social Science and Medicine*; 2004; 58 (8), 1511-1522.
- McCain NL, Gray DP, Walter JM, Robins J. Implementing a comprehensive approach to the study of health dynamics using the psychoneuroimmunology paradigm. *ANS Adv Nurs Sci*. 2005 Oct-Dec;28(4):320-32.

McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Ann N Y Acad Sci.* 2010 Feb;1186:190-222.

Prop 2002/02:35 Mål för folkhälsan.

Prop 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik.

Socialstyrelsen; Folkhälsorapport, Stockholm 2009.

Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting
Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet Jämförelser mellan landsting2010

Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I, Barroso E, Monteiro E Psychiatric and psychosocial predictors of medical outcome after liver transplantation: a prospective, single-center study. *Transplant Proc.* 2011 Jan-Feb;43(1):155-7.

Weinehall L, Kristenson M; På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsförslag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. Statens folkhälsoinstitut.Stockholm; 2004.

Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 1984., 224:420-421.

Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap?--10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl.* 2001;56:59-68.

WHO. Regional Office for Europe. The international network of health promoting hospitals and health services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. Copenhagen: WHO; 2007.

World Health Organization (1986), The Ottawa charter for Health Promotion. An international conference on Health Promotion. Ottawa Canada; 17 -21 November.