

Hälsa, livsvillkor och sjukvårds- utnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper

Bo Burström, Anja Schultz, Kristina Burström, Sara Fritzell,
Robert Irestig, Janne Jensen, Niels Lynøe, Anneli Marttila,
Sun Sun.

Social och ekonomisk utsatthet har ett tydligt samband med ohälsa och sjukdom. Artikeln presenterar huvudfynd ur en rapport från Stockholms läns landsting. Andelen sjuka bland personer som mottagit ekonomiskt bistånd var dubbelt så hög som i befolkningen i stort. Vårdkonsumtionen stod dock inte i paritet till graden av sjuklighet, utan var lägre än förväntat bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Andelen som av ekonomiska skäl avstått från att söka vård var flera gånger högre bland utsatta grupper jämfört med befolkningen i stort. I intervjuer beskrevs också erfarenheter av dåligt bemötande i vården. Hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa och vård på lika villkor efter behov uppfylls inte. Hälso- och sjukvård bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper borde prioriteras.

Bo Burström är professor i socialmedicin vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet och överläkare/chef vid enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting och arbetar med ojämlikhet i hälsa och vård på lika villkor.

Anja Schultz är utredare/beteendevetare och arbetar vid Enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting med frågor om ojämlikhet i hälsa och utsatthet.

Kristina Burström är medicine doktor med en magisterexamen i folkhälsovetenskap, knuten till institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet och hälsoekonom vid Enheten för hälsoekonomi, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting. Forskningen rör befolkningens hälsa och ojämlikhet i hälsa med fokus på hälsorelaterad livskvalitet som mått på hälsa.

Sara Fritzell har en magisterexamen i folkhälsovetenskap, doktorand vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet och utredare vid Enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting. Forskningen rör hälsa och livsvillkor bland ensamstående mödrar.

Robert Irestig är leg läkare, ST-läkare i socialmedicin vid Enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, och arbetar framför allt med hemlösas ohälsa.

Janne Jensen har en magisterexamen i folkhälsovetenskap och arbetar som forskningsassistent vid Avd för socialmedicin, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, med ojämlikhet i hälsa och vård på lika villkor.

Niels Lynöe är professor i medicinsk etik vid Karolinska institutet och överläkare vid enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting och arbetar med frågor om bemötande av patienter inom sjukvården.

Anneli Marttila har en magisterexamen i socialvetenskap, är doktorand vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet och utredare vid Enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting. Forskningen rör utsatthet och hälsa.

Sun Sun har en magisterexamen i hälsoekonomi och är knuten till enheten för hälsokonomi, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting och Medical Management Centre, Karolinska institutet, där doktorandarbetet handlar om hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen och i olika grupper i befolkningen.

Kontakt: bo.burstrom@sll.se

Det finns ett tydligt samband mellan social och ekonomisk utsatthet och hälsa. Sambandet innebär å ena sidan att social och ekonomisk utsatthet leder till ohälsa, men också att sjukdom och ohälsa medför negativa sociala och ekonomiska konsekvenser. I en nyligen publicerad rapport (Burström et al 2007) studeras hälsa, livsvillkor, levnadsvanor och sjukvårdsutnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Rapporten baseras på analyser av data från Folkhälsoenkät 2002 som länkats till registerdata om sjukvårdskonsumtion samt på intervjuer med mottagare av ekonomiskt bistånd (n=33) och hemlösa personer (n=155).

Utsatthet

Analyser gjordes bland svenskfödda och utlandsfödda personer, ensamstående mödrar, arbetslösa unga vuxna, mottagare av sjukersättning (sjukpension/förtidspension), mottagare av ekonomiskt bistånd samt hemlösa personer. Vidare konstruerades ett index för social och ekonomisk utsatthet baserat på svar på frågor om sysselsättning (arbetslöshet), ekonomiska resurser (bristande kontantmarginall, mottagit ekonomiskt bistånd), sociala relationer (bristande personligt stöd, bristande praktisk hjälp), trygghet (utsatt för våld, hot om våld). Personer som rapporterat problem med minst två av dessa sju indikatorer klassificerades som "utsatta". Med denna definition var 11 procent av personer 18-84 år som besvarat Folkhälsoenkät 2002 utsatta. Andelen var något högre bland män än bland kvinnor och andelen utsatta var högst (15 procent) bland personer 18-24 år och lägst bland personer 55-64 år (9 procent). Bland utlandsfödda personer var andelen utsatta 22 procent jämfört med 9 procent av de icke-utlandsfödda. Bland personer med sjukersättning var andelen utsatta 21 procent. Bland arbetslösa personer var andelen utsatta 55 procent, högst i åldersgruppen 18-24 år (66 procent). Bland ensamstående mödrar var andelen utsatta 28 procent.

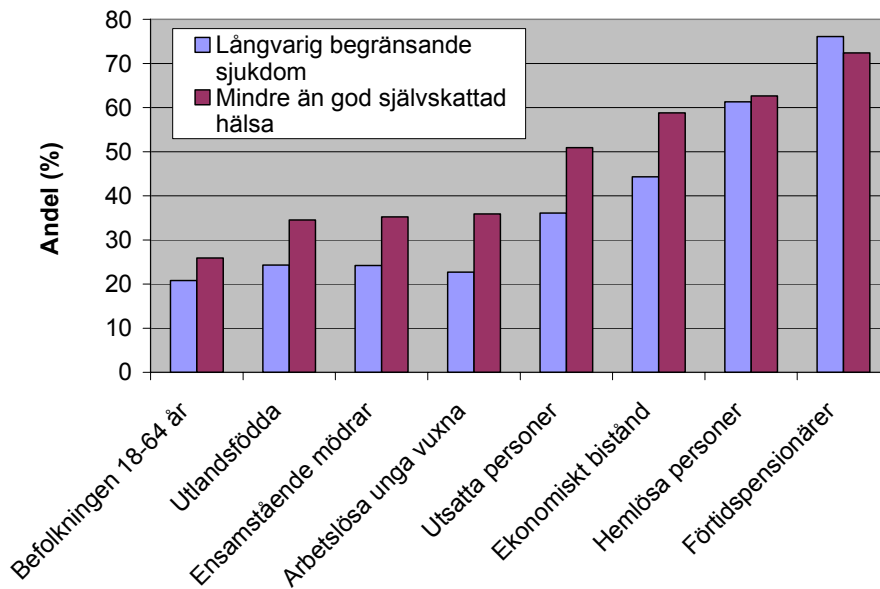
Utsatthet, hälsa och vård- utnyttjande

Utsatthet mätt på detta sätt är också förenat med sjuklighet. Andelen som rapporterade långvarig begränsande sjukdom bland män 18-64 år var 19 procent bland icke utsatta jämfört med 37 procent bland de som var utsatta. Motsvarande siffror bland kvinnor var något högre. I alla åldersgrupper 18-64 år var andelen med långvarig begränsande sjukdom närmare två gånger högre bland utsatta jämfört med icke utsatta personer, skillnaden var betydligt mindre i åldersgrupper 65 år och äldre.

Bland personer som klassificerats som utsatta enligt ovan var det en större andel som på grund av dålig ekonomi rapporterar att de avstått från att söka medicinsk vård trots ett upplevt behov. Andelen i befolkningen i stort var knappt fem procent. Bland

män hade 16 procent av de utsatta avstått jämfört med två procent av icke utsatta. Bland kvinnor var motsvarande siffror något högre. Andelarna var högre bland personer med långvarig begränsande sjukdom, och högst bland personer under 45 år. Motsvarande skillnader sågs också vad gäller att på grund av dålig ekonomi ha avstått från att hämta ut ordinerade läkemedel. Andelen som avstått från tandvård på grund av dålig ekonomi var 18 procent i befolkningen och 46 procent bland utsatta personer.

Det genomsnittliga antalet besök i sjukvården var något högre bland utsatta än övriga befolkningen, mera uttalat bland kvinnor än bland män och mera uttalat i primärvård än i somatisk öppenvård. Också i övriga studerade grupper skilde sig vårdkonsumtionen och andelen som avstått från att söka vård från befolkningen i stort. Skill-



Figur 1. Andel (%) som rapporterar långvarig begränsande sjukdom respektive mindre än god självskattad hälsa i olika grupper. (Folkhälsoenkät 2002)

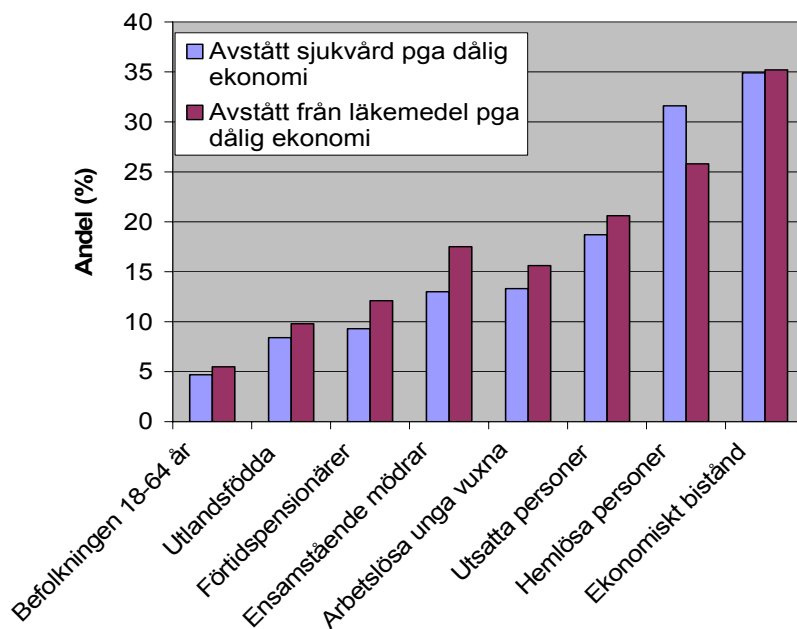
naderna varierar mellan olika åldersgrupper. Unga arbetslösa män gjorde fler besök än icke-arbetslösa; ensamstående mödrar mer än sammanboende mödrar; utlandsfödda personer mer än svenskfödda. Skillnaderna var mest påtagliga i åldersgruppen 25-44 år och minskar därefter med ålder.

De svarande i Folkhälsoenkät 2002 som begärt ekonomiskt bistånd rapporterade i stor utsträckning problem med hälsan (Figur 1). En tredjedel både av män och kvinnor i åldern 45-64 år med ekonomiskt bistånd hade förtidspension. Andelen var lägre i yngre grupper. Andelen som har en långvarig begränsande sjukdom och andelen som rapporterar mindre än god hälsa var mer än dubbelt så stor i gruppen med ekonomiskt bistånd än i övriga befolkningen. Konsumtionen av sjukvård var också högre bland personer

med ekonomiskt bistånd jämfört med övriga befolkningen, framför allt vad gäller besök i primärvård och särskilt bland kvinnor. Ändå var andelen som avstått från att söka vård på grund av dålig ekonomi flerfaldigt högre bland personer med ekonomiskt bistånd än bland befolkningen i övrigt (Figur 2). Detta indikerar att personer med ekonomiskt bistånd på grund av dålig ekonomi inte konsumerar den vård de skulle behöva, givet sin sämre hälsa och högre sjuklighet jämfört med övriga befolkningen.

Intervjuer

I intervjuerna beskrev många personer med ekonomiskt bistånd olika slags hälsoproblem: kroniska sjukdomar, förslitningsskador och smärta, panikångest, depression, sjukdomar som följd av missbruk, konsekven-



Figur 2. Andel (%) som avstått från sjukvård respektive läkemedel på grund av dålig ekonomi i olika grupper. (Folkhälsoenkät 2002)

ser av svåra livshändelser eller våld i familjen. Bland hemlösa personer rapporterades infektionssjukdomar som HIV och hepatit C, sjukdomar i rörelseapparaten, andnings- och cirkulationsorganen samt psykiska sjukdomar. I intervjuerna framkom olika svårigheter i kontakten med sjukvården, såväl vad gäller bemötande som svårigheter att finna pengar att betala sjukvårdskostnader. Flera mottagare av ekonomiskt bistånd samt hemlösa personer beskrev erfarenheter av dåligt bemötande och kränkande behandling i sina kontakter med sjukvården, både vid somatisk och psykisk sjukdom. Bland mottagare av ekonomiskt bistånd upplevde en del att de inte får adekvat vård och rehabilitering för sina besvär, och brist på samordning mellan olika myndigheter.

Hälso- och sjukvårdens roll för socialt och ekonomiskt utsatta grupper

Hälso- och sjukvårdsorganisationen i Stockholms läns landsting har förändrats påtagligt under den senaste tioårsperioden, och ytterligare ändringar aviseras. Vissa grupper i befolkningen upplever ökad tillgång till och tillfredsställelse med vården, men detta delas inte av alla. Vid förändringar av utbud och tillgänglighet av sjukvård bör hänsyn tas till hur dessa förändringar påverkar socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Många av förändringarna bygger på att individen gör aktiva val och söker den vård han/hon vill ha. Personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper är oftast inte i en position där denna valfrihet kan utnyttjas, många upplever sig hän-

visade till det lokala vårdutbudet som det beskrivs i intervjuerna. Det är viktigt att särskilt beakta och tillgodose behoven av hälso- och sjukvård bland personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Sjukligheten är högre i dessa grupper än bland befolkningen i stort och behovet av vård torde därmed vara större; en flerfaldigt större andel avstår från vård på grund av dålig ekonomi, och flera intervjuade personer har erfarit dåligt bemötande och kränkande behandling i sina kontakter med vården. Detta är särskilt allvarligt eftersom de intervjuade personerna på grund av sin situation står i beroendeställning till offentliga instanser och därmed är mera sårbara för sådant bemötande. Studierna i rapporten visar att det finns en hel del att göra för att uppnå hälso- och sjukvårdens mål: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska 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.” (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, §2). Hälso- och sjukvård för personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper borde således prioriteras enligt lagens text och mening, och kanske krävs andra ansatser än de som föreslås för befolkningen i stort. Dålig ekonomi borde inte vara ett hinder för att söka vård. Bättre samordning mellan relevanta myndigheter behövs och en medicinsk instans som bättre kunde handha att personer med medicinska och sociala besvär utreds och behandlas adekvat kunde övervägas,

åtminstone som försöksverksamhet i vissa områden. Den tidigare socialläkarfunktionen, som nu upphört, var en modell för en sådan instans som på ett både människovärdigt och kostnadseffektivt sätt kunde lösa problem av den karaktär som beskrivits.

Kombinationen i rapporten av olika källor till data (enkätdata, registerdata samt intervjuer) gav ökad kunskap om livsvillkor och hälsa bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Mera kunskap behövs också om andra gruppers hälsa och livsvillkor (bl a utlandsfödda, flyktingar, gömda

personer och personer med psykiska funktionshinder). Tidiga insatser kan förebygga social och ekonomisk utsatthet, även statliga och kommunala insatser behövs (bl a bostäder, hjälp till arbete, skola, barnomsorg, transferingar/ bidrag, insatser till personer med ekonomiskt bistånd).

Referens

Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: SLL/Centrum för folkhälsa, Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi, 2007. (Rapport 2007:5)

Summary in English

Health, living conditions and health care utilisation among socially and economically disadvantaged groups

Social and economic disadvantage is clearly linked to ill health and disease. This article presents main findings from a report from Stockholm county council. The proportion having a limiting longstanding illness was twice as high among recipients of social assistance as in the population as a whole. The consumption of health care lower than expected among socially and economically disadvantaged groups. However, the rate of abstaining from care for economic reasons was several times higher among disadvantaged groups compared to the general population. Interviews described experiences of not being respected in contacts with health care. The intentions of the Swedish health care act of equity in health and health care based on need are not fulfilled. Health services among socially and economically disadvantaged groups should be prioritised.