

Kan hälso- och sjukvården bidra till en jämlikare hälsa?

Ragnar Westerling

Det finns ett flertal exempel på hur hälso- och sjukvården kunnat bidra till att reducera ojämlikhet i hälsa, antingen genom att ge en generell tillgänglig vård på lika villkor eller genom riktade program. Könsskillnaderna och de regionala skillnaderna i åtgärdbar dödlighet har exempelvis minskat för sjukdomar som hälso- och sjukvården kan påverka förloppet av. Det finns dock oroande tecken på att många arbetslösa, förtidspensionerade, invandrare och ensamstående föräldrar avstår från att söka vård trots att de upplever behov av det. Det finns behov av att fortlöpande utvärdera huruvida vården bedrivs på lika villkor och om åtgärdbara skillnader i ohälsa minimeras.

Ragnar Westerling är docent i socialmedicin vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

Hälsan i befolkningen påverkas i hög utsträckning av den allmänna välfärdsutvecklingen och faktorer utan direkt inverkan av hälso- och sjukvården. Genom den medicinska utvecklingen har emellertid förutsättningarna att åtgärda olika sjukdomstillstånd förbättrats. För ett flertal sjukdomstillstånd kan förloppet påverkas med preventiva och terapeutiska insatser (1). Exempelvis har dödligheten i sjukdomar som hälso- och sjukvården bedömts kunna påverka förloppet av minskat

kraftigare än dödligheten totalt i yngre åldersgrupper. Denna trend finns rapporterad från ett flertal västländer, däribland Sverige (2,3).

Dödligheten i sjukdomar som hälso- och sjukvården kan påverka förloppet av, s.k. åtgärdbar dödlighet studeras ofta som en indikator på vårdens resultat. De åtgärdbara dödsorsakerna har klassificerats med avseende på om de är möjliga att påverka med förebyggande eller terapeutiska insatser. En ansamling av dödsfall skall ses som en varningssignal som motiverar en fördjupad undersökning av hälso- och sjukvårdens utformning och kvalitet.

Nedgången i åtgärdbar dödlighet har i flera fall visat sig vara snabbast under perioder efter att innovationer introducerats i hälso- och sjukvården. Det har exempelvis visats i Nederländerna för preventiva insatser gällande cerebrovaskulär sjukdom och cancer i livmodern (4). De medicinska insatserna förefaller således ha bidragit till ett förbättrat hälsoläge inom befolkningen. Frågan är om hälso- och sjukvården även bidragit till att minska skillnaden i hälsa mellan olika grupper i befolkningen.

Målen för den svenska hälso och sjukvården som de formulerats i Hälso- och sjukvårdslagen är en god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor (5).

Målet att ge en god hälsa för hela befolkningen bör innefatta att minimera skillnader i åtgärdbar ohälsa. Med vård på lika villkor

Man eftersträvar jämlikhet både i vårdens hälsoreultat och i tillgången till en kvalitativt god vård

menas i detta sammanhang att alla skall ha lika möjlighet till en god vård. Möjligheterna att vid behov erhålla vård får inte påverkas av sådana faktorer som social ställning, kulturella olikheter, utbildningsnivå eller förmåga att betala.

Det innebär att man eftersträvar jämlikhet både i vårdens hälsoreultat och i tillgången till en kvalitativt god vård. Dessa målsättningar motsvaras väl av den engelska termen "equity" som ofta används inom hälso- och sjukvårdsforskning (6). Även med detta begrepp menar man att alla skall ha lika möjlighet till en god vård och att åtgärdbara skillnader i hälsa skall minimeras.

Om man vill utvärdera hälso- och sjukvårdens insatser för en jämlikare hälsa är det således viktigt att studera såväl sociala skillnader i vårdutnyttjande som vårdresultat. Det är också rimligt att fokusera utvärderingarna på de sjukdomar som hälso- och sjukvården kan påverka förloppet av.

Sociala skillnader i vårdresultat

Den åtgärdbara dödligheten har studerats i flera internationella studier. Exempelvis har en forskargrupp inom EU publicerat två atlaser över regionala skillnader i åtgärdbar dödlighet (7,8). I en socialmedicinsk avhandling har metoden anpassats till svenska förhållanden och tillämpats på data från det svenska dödsorsaksregistret (9). De svenska dödstaten för åtgärdbara sjukdomar hörde under 1980-talet som regel till de lägsta inom EU (10). Skillnaderna visade sig också vara

större för de åtgärdbara dödsorsakerna än för dödligheten totalt. De svenska resultaten var således särskilt gynnsamma när jämförelsen genomfördes för sjukdomar som hälso- och sjukvården bör kunna påverka.

I Sverige har också de regionala skillnaderna i åtgärdbar dödlighet visat sig vara förhållandevis små jämfört med övriga Europa (11). De stora skillnaderna finns för förebyggbara sjukdomar. Exempelvis var dödligheten i lungcancer, cancer i matstrupen och levercirrhos hög i storstadsområdena och dödligheten i slaganfall hög i norra Sverige. För flera av de behandlingsbara dödsorsakerna minskade dock de regionala skillnaderna över tiden.

Aktuella studier indikerar att hälso- och sjukvården även bidragit till att reducera skillnader i åtgärdbar dödlighet mellan män och kvinnor i Sverige (12,13). Under 1970 och 1980-talen återfinns en klar överdödlighet i åtgärdbara dödsorsaker för män jämfört med kvinnor.

Dessa skillnader har dock i de flesta fall minskat kraftigt. För sjukdomar som astma, tuberkulos, bakteriell hjärnhinneinflammation och reumatisk hjärtsjukdom har skillnaderna mellan könen försvunnit helt det senaste decenniet (i åldersgruppen under 70 år). För diabetes däremot finns en motsatt utveckling. Dödligheten i diabetes har minskat för kvinnor men ej för män.

För de röningsrelaterade sjukdomarna lungcancer, kronisk luftvägssjukdom och lungemfysem har dödligheten däremot ökat för kvinnorna. Det kan sammanhånga med att det

Aktuella studier indikerar att hälso- och sjukvården även bidragit till att reducera skillnader i åtgärdbar dödlighet mellan män och kvinnor i Sverige

blivit vanligare med rökning hos kvinnor de senaste decennierna. Det finns således ett behov av att förbättra de förebyggande insatserna inom dessa fält.

Under senare år har också flera studier av socioekonomiska skillnader i åtgärdbar dödlighet publicerats. I ekologiska regionala studier har den åtgärdbara dödligheten visat sig vara högre i socioekonomiskt utsatta områden i Belgien, Nederländerna och Quebec, Kanada (14-16). Samband på individnivå har studerats i England, Wales, Nya Zeeland och i Finland (17-19). Den åtgärdbara dödligheten har då visat sig vara högre i grupper med lägre socioekonomisk position.

I Sverige har de socioekonomiska skillnaderna i åtgärdbar dödlighet varit relativt små mellan arbetare och tjänstemän (20). Högre dödstal hos arbetare har påvisats för framförallt magsår samt för preventivt påverkbara sjukdomar, såsom lungcancer och levercirros. De stora skillnaderna har i stället visat sig finnas mellan dem som som är yrkesverksamma och dem som står utanför arbetsmarknaden. För flertalet av indikatorerna hade de som ej var i arbete 3 till 8 gånger högre dödstal jämfört med dem som var i arbete. Detta gäller för såväl kroniska tillstånd, såsom astma, diabetes, kronisk luftrörskatarr, högt blodtryck och slaganfall som för akuta tillstånd som blindtarmsinflammation och bakteriell hjärnhinneinflammation. Hälso- och sjukvårdens potentiella möjlighet att utjämna hälsoskillnader har således ej fått genomslag vad avser dödligheten i dessa åtgärdbara tillstånd.

För de rökingsrelaterade sjukdomarna lungcancer, kronisk luftrörskatarr och lungemfysem har dödligheten ökat för kvinnorna

De stora skillnaderna har i stället visat sig finnas mellan dem som som är yrkesverksamma och dem som står utanför arbetsmarknaden

I en annan aktuell studie analyserades den åtgärdbara dödligheten för olika invandrargrupper i Sverige (21). Den åtgärdbara dödligheten visade sig under andra hälften av 80-talet vara högst för invandrare från de nordiska länderna. De största skillnaderna återfanns för preventivt påverkbara sjukdomar och för dessa var dödstalen höga även för invandrare från Jugoslavien och Östeuropa. För behandlingsbara sjukdomar fanns däremot få indikatorer på skillnad i åtgärdbar dödlighet mellan invandrare och svenskfödda.

Det finns dock skäl att fortsätta att följa utvecklingen. Detta inte minst med tanke på den förändring i invandring som skett under 1980-1990-talet med en ökad flyktinginvandring och en nedgång i arbetskraftsinvandringen.

Det har också föreslagits att åtgärdbara sjukdomar och komplikationer till sjukdomar bör studeras på motsvarande sätt som den åtgärdbara dödligheten. Konceptet har emellertid ännu inte tillämpats i samma omfattning för morbiditetsdata. Det finns dock skäl att utveckla och tillämpa även sådana indikatorer på vårdens resultat.

Faktorer som kan bidra till skillnader i vårdresultatet

Få studier har analyserat tänkbara mekanismer bakom sociala skillnader i vårdresultat.

I flera medicinska revisioner av åtgärdbara faktorer som influerat dödsfall har man bl. a. pekat på betydelsen av psykosociala faktorer hos patienten och brister i patientinformation

(22). Brister i dessa avseenden har ofta medfört att patienten sökt vård senare än vad som var motiverat. De alltför sena vårdkontaktarna bedömdes ha bidragit till dödsfallen. Även i en granskning av ett antal fall med brustna blindtarmar kunde resultaten förklaras av att de som saknade försäkringsskydd sökte vård för sent (23). I internationell litteratur har man visat hur intervention som underlättar för patienter att finansiera sin vård bidrar till ett jämligare hälsoresultat (24). Det är således väsentligt att analysera huruvida det finns sociala skillnader i vårdutnyttjandet och vilka faktorer som i så fall förklarar dessa skillnader.

Även vad avser intensiteten i diagnostik och behandling finns i den internationella litteraturen rapporterade skillnader med avseende på socioekonomisk grupp tillhörighet, kön och etnicitet. Skillnader har exempelvis uppmärksamats inom hjärtinfarkt vården (25-27) och astmavården (28,29). I det senare fallet kunde en lägre behandlingsintensitet hos de med lägre socioekonomisk position kopplas till ett sämre vårdresultat avseende lungfunktion (29). Bland dessa patienter var det också mindre vanligt att man hade en egen fast läkare.

I flera studier har man påvisat att om patienten lär sig hantera sin sjukdom och därmed ökar sin delaktighet i vården leder det till ett bättre vårdresultat vid kroniska sjukdomar (30,31). Graden av delaktighet i vården kan variera mellan olika sociala grupper. I en engelsk studie fann man exempelvis att

Hälsoinformation i kombination med stödinsatser från vårdens sida har visat sig vara en framgångsrik väg att förbättra hälsoläget hos dem med lägre socioekonomisk ställning

deltagandet i hälsokontroll var lägre hos dem med lägre socioekonomisk ställning, liksom för ensamstående och för män (32). Hälsoinformation i kombination med stödinsatser från vårdens sida har i flera internationella studier visat sig vara en framgångsrik väg att förbättra hälsoläget hos dem med lägre socioekonomisk ställning (33).

Sociala skillnader i vårdutnyttjande och tillgänglighet

Den svenska hälso- och sjukvården som växt fram under efterkrigstiden har prioriterat möjligheten att nå en vård på lika villkor. Den svenska sjukvården har i tidiga internationella utvärderingar relativt sett bedömts ha en god tillgänglighet för olika befolkningsgrupper. Den amerikanska forskaren Andersson beskrev 1972 det svenska sjukvårdssystemet vid jämförelser med USA och England som det mest allmänt tillgängliga (34). Senare studier visade att jämlikheten i tillgången till vård ökade under 70-talet i Sverige (35). Under denna tidsepok ökade även den totala satsningen på hälso- och sjukvård i Sverige mätt i andel av BNP.

Från andra hälften av 1980-talet har de ekonomiska villkoren för hälso- och sjukvården förändrats kraftigt. Samtidigt som den medicinska utveckling fortsatt givit nya möjligheter har de ekonomiska begränsningarna för vården blivit alltmer påtagliga. Kraven på att rationalisera och prioritera inom vården har blivit allt större. Ett flertal försök att reformera det svenska sjukvårdssystemet har genomförts och takten i reformarbetet är hög. Frågan om huruvida den svenska hälso- och sjukvården i denna pressade situation klarar att ge en vård på lika villkor är högst aktuell.

I SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) angav i slutet av 1980-talet elva

I slutet av 1980-talet angav elva procent att de haft behov av att söka läkarvård men att de ej gjort det

procent att de haft behov av att söka läkarvård men att de ej gjort det. Denna andel hade ökat med fyra procentenheter sedan början av 1980-talet (36). Bland såväl män som kvinnor fanns det sociala skillnader och dessa skillnader ökade också under 1980-talet. Lågutbildade och arbetare rapporterade i högre utsträckning att de haft ej tillgodosedda vårdbehov.

Bland männen fanns det också en social gradient vad avser kontinuitet i vården.

De högutbildade männen hade i högre utsträckning en bestämd läkare att vända sig till om de blev sjuka. De lågutbildade sökte i stället i högre utsträckning jourmottagningar. Resultaten skulle kunna peka på en skillnad i vårdkvalitet mellan olika sociala grupper bland männen.

Vår forskargrupp har genomfört en analys av aktuella data (ULF-data från 1996-97) över vårdutnyttjande. I denna undersökning har vi valt att ej begränsa de studerade sociala faktorerna till de traditionella socioekonomiska grupperingarna. Resultaten pekar på att andelen personer som ej sökt vård trots att de upplevt behov av detta är särskild hög bland invandrare, fränskilda, arbetslösa, förtidspensionärer och bland småbarnsföräldrar. De största andelarna fanns hos förtidspensionärer, bland vilka hela 23 procent angav att de avstått från att söka vård trots att de upplevt behov av detta. En hög andel - 21 procent - fanns även hos ensamstående småbarnsföräldrar. Motsvarande andel var för arbetslösa 18,2 procent och för invandrare från län-

der utanför Norden 15 procent. Detta kan jämföras med den socioekonomiska gradient som fanns för dem som var i arbete, där andelen varierade mellan 12 procent (arbetare) och 8 procent (tjänstemän).

Det fanns också vissa regionala skillnader i andelen personer som avstått från att söka vård trots upplevda behov. Dessa skillnader var emellertid inte lika stora som de sociala skillnaderna. Den högsta andelen återfanns i norra glesbygdsområden (13 procent) och i Göteborg (12 procent) och de lägsta i andra större städer (10 procent). Andelen av befolkningen som uppger att de har en fast läkare att vända sig till varierar också mellan olika områden. Den högsta andelen fanns i Stockholm (61 procent) och den lägsta i Malmö (50 procent) och i norra glesbygden (50 procent).

Faktorer som kan påverka vårdutnyttjandet

Andersen presenterade 1968 en modell för att studera faktorer som kan påverka vårdutnyttjandet (37). Metoden har blivit en av de mesta använda för analyser av hur befolkningen utnyttjar vården. Faktorerna delas in i "predisposing", "enabling" och "need components". Den demografiska och sociala strukturen i ett samhälle räknas till "predisposing components". Med "enabling components" menas de resurser som individerna har tillgång till inom familjen och i den sociala närmiljön. Dessa resurser kan vara såväl materiella (exempelvis ekonomiska) som icke-materiella (exempelvis kunskaper). Med "need components" avses de behov av vård som olika personer upplever. Dessa vårdbehov utgår från personernas hälsotillstånd och deras sätt att hantera hälsoproblem. Benägenheten att söka vård vid upplevda behov

Flera empiriska undersökningar ger stöd för att de ekonomiska faktorerna är av betydelse för vårdutnyttjandet

kan i sin tur påverkas av tillgången på resurser, d.v.s av s.k "enabling factors".

Modellen har senare utvidgats till att omfatta faktorer i hälso- och sjukvårdens organisation. Dessa faktorer delas upp i "environmental factors" som avser utbudet av vård samt "provider factors" som avser huruvida vårdens organisation anpassats till befolkningens behov och resurser (38). Till "provider factors" räknas exempelvis de möjligheter som olika grupper har att få tillgång till en fast läkare. I senare studier har man även tagit hänsyn till att tidigare erfarenheter av vården kan påverka benägenheten att söka vård (39).

Flera empiriska undersökningar ger stöd för att de ekonomiska faktorerna är av betydelse för vårdutnyttjandet. I en studie från USA har man funnit att en högre andel av dem med lägre social position sökt vård för sent till följd av vårdkostnader (40). I en aktuell studie från Stockholm och Södertälje angav 30 procent ekonomiska skäl till att de ej sökt eller tvekat att söka vård (41). De ekonomiska faktorerna kunde emellertid inte förklara hela skillnaden mellan olika gruppers benägenhet att söka vård (42).

Vårdutnyttjandet kan även förväntas påverkas av familjesituation och av det sociala nätverket. Familjen har en viktig social påverkan på hälsa och hälsobeteende och influerar i hög grad beslutsfattande och agerande under en familjemedlems sjukdomsförlopp samt när, var och hur vård skall uppsökas (43). Det emotionella stöd som familjen ger kan vidare

öka motivationen att söka hjälp vid sjukdom. Patienter med familj och barn har exempelvis accepterat kraftigare behandlingsinsatser vid cancersjukdom (44).

Familjeteoretiker menar att familjen i sin utveckling från bildning, via expansion till upplösning följer ett typiskt mönster av identifierbara faser. Varje sådan fas är förknippad med olika sociala och ekonomiska omständigheter. Roller, rollförväntningar och beslutsfattande inom familjen förändras också (45-47). Under vissa perioder kan familjens resurser vara otillräckliga.

Det sociala nätverket har också visat sig påverka på vilket sätt en person utnyttjar vården (48). I en studie från Stockholm 1987 gjorde personer med bristande socialt nätverk fler besök på akutmottagningen. Detta sammanföll också med att man bodde i områden med hög grad av omflyttning och stor andel arbetslösa (49).

Om vården finns tillgänglig på lika villkor bör förutsättningarna att minimera åtgärdbara skillnader i ohälsa öka. I vissa fall förefaller det dock finnas kvarstående sociala skillnader i åtgärdbar ohälsa något som kan förstärkas av om vården trots allt ej är lika tillgänglig för alla sociala grupper. Det är därför en viktig uppgift för socialmedicinsk forskning att identifiera de faktorer som underlättar respektive försvårar att vården utnyttjas i enlighet med de behov som finns. Detta kan i sin tur leda till krav på att organisera om vården så att den bättre svarar upp mot olika befolkningsgruppers behov och förutsättningar.

Vårdutnyttjandet kan även förväntas påverkas av familjesituation och av det sociala nätverket

Det finnas skäl att utveckla särskilda program med syfte att minska hälsoskillnaderna

Riktade insatser för en jämlikare hälsa

Då den generellt utbyggda vården ej lyckas bidra till att minimera åtgärdbara skillnader i ohälsa kan det finnas skäl att utveckla särskilda program med syfte att minska hälsoskillnaderna. I internationell vetenskaplig litteratur finns åtskilliga exempel på projekt där hälso- och sjukvården genom riktade insatser lyckats bidra till att minska skillnader i hälsa mellan olika sociala grupper. Nyligen publicerade Arnblaster och medarbetare en översikt över nära hundra studier som redovisat effekter av hälso- och sjukvårdens intervention för att minska ojämlikhet i hälsa (50). Det finns exempel för ett flertal olika sjukdomar och befolkningsgrupper. Många av programmen riktar sig till grupper med sämre hälsa, ökad risk för sjukdom eller låg grad av delaktighet i allmänna preventiva program.

Ett flertal faktorer har identifierats som centrala för att uppnå ett bra resultat. Det krävs ofta intensiva och tydligt fokuserade insatser. Det har också visat sig vara väsentligt att programmen är förankrade i det samhälle där de genomförs och att de är kulturellt accepterade av de grupper som de riktar sig till. Program som genomförs med medverkan av flera aktörer med en multiprofessionell bakgrund har ofta bra förutsättningar att lyckas. Det har också visat sig vara positivt att kombinera olika typer av insatser, exempelvis informa-

tion, utbildning och lagstiftning. De program som innehåller någon form av personlig kontakt, antingen enskild eller i grupp, har också visat sig ha goda förutsättningar att uppnå effekt på hälsan.

Sammantaget finns det i den vetenskapliga litteraturen ett flertal exempel på hur hälso- och sjukvården kan bidra till att reducera ojämlikhet i hälsa, antingen genom en generellt tillgänglig vård på lika villkor eller genom riktade program. Det finns också ett flertal indikatorer som kan användas för att utvärdera vårdens resultat och tillgänglighet. Det är viktigt att kontinuerligt bevaka att åtgärdbara skillnader i hälsa minimeras och att vården sker på lika villkor.

REFERENSER

1. Rutstein DD, Berenberger W, Chalmers TC, Child G C, Fischmen AP, Perrin E B. Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 1976;294:582-588.
6. Krasnik A. The concept of equity in health services research. *Scand J Soc Med* 1995;24:2-7.
12. Westerling R. Åtgärdbar dödlighet bland kvinnor och män. I Jämställd vård. SOU 1996:133:95-105.
20. Westerling R, Gullberg A, Rosén M. Socio-economic differences in "avoidable" mortality in Sweden 1986-1990. *Int J Epidemiol* 1996;25:560-567.
37. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilisation in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1973;51:(1)95-124
50. Arnblaster L, Lambert M, Entwistle V, Forster M, Fullerton D, Sheldon T, Watt I. A systematic review of the effectiveness of health service intervention aimed at reducing inequalities in health. *J Health Serv Res Policy* 1995;1:93-103.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.