

Aktuella profiler i svensk folkhälsovetenskap

I några artiklar kommer SMT att presentera några aktuella profiler inom folkhälsovetenskaplig forskning i Sverige. Presentatören är en ledande medicinjournalist, Eva Oldinger, i många år re-

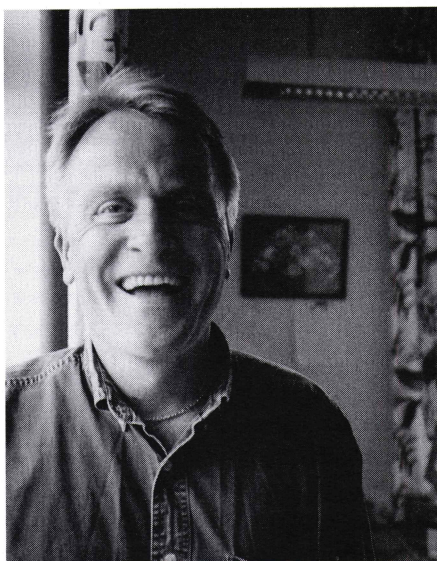
daktör för Nordisk Medicin. Den första artikeln ägnas den nyutnämnde professorn i socialmedicin i Uppsala, Bengt Arnetz. Artikelserien har blivit möjlig genom stöd av Folkhälsoinstitutet.

Socialmedicin blir spjutspetsområde i Uppsala

Vid halvårsskiftet fick Uppsala Universitet ny professor i socialmedicin. **Bengt Arnetz**, stressforskare från Karolinska sjukhuset flyttar med fem av sina medarbetare till sektionen för socialmedicin inom institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. Institutionen som fått nya lokaler i Glunten, strax utanför Akademiska sjukhusets område, rymmer också sektioner för vårdvetenskap och etik- och moralfrågor i vården.

Det är en glad och entusiastisk Bengt Arnetz jag möter strax före flytten för att prata om den forskning man nu kommer att bedriva i Uppsala.

- Det finns ett klart intresse både för universitetsledningen och sjukhusdirektören att göra socialmedicin till ett spjutspetsområde, säger han. Vi kommer att fortsätta med analys och behandling av avancerad miljöstress. Vi kommer att använda biologiska metoder för att i interventionsstudier se hur man kan förbättra välbefinnandet i samhället. Jag ser också fram emot undervisning och det känns spännande att komma till Uppsala, som är ett



helt universitet. Vi hoppas kunna utveckla ett samarbete med experter inom flera områden - fysiologi, medicin, ekonomi och beteendevetenskaper - jag tror att det är i sådant samarbete som ny kunskap kommer att genereras.

Biologi och socialmedicin

- Det finns en rad goda epidemiologiska studier och kunskap om riskgrupper och riskfaktorer. Vi vet att lägre socioekonomiska

grupper drabbas hårdare i form av sjuklighet och dödlighet, men vi vet inte varför. Det har också visat sig att sjukdomsutveckling och behandlingsresultat har sådana samband och denna koppling mellan biologiska mekanismer och socialmedicinska sensorer är något vi vill studera närmare. Studier i USA visar att garantier för hälsa är mer beroende av relativa än absoluta ekonomiska skillnader. Vi vet ännu inte tillräckligt om detta för att bygga bra förebyggande program.

- Det har kommit en rad nya biomarkörer som gör det möjligt att studera hur människors hälsa påverkas av yttre faktorer. Tidigare har kolesterolhalt, fetter och blodtryck givit indikationer, men nu kan man även följa nedbrytande stresshormoner, som cortisol och katekolaminer, och även könshormoner, som skyddar människan men trycks ner vid stress. Man kan även se vad som sker inne i cellerna, t ex hur lymfocyter tar hand om förstadiet till cancer eller att vissa cellkärnor producerar stresshormoner. Det kommer att bli intressant att se hur man kan koppla samman socialmedicinska data till cellbiologin framöver. Vi har initierat arbete kring detta tillsammans med *Rolf Ekmans* grupp i Göteborg.

Att förstärka hälsan

- Socialmedicinen talar om folkhälsa men studerar folkhälsa. Det krävs metodologisk utveckling och nya tankesätt för att se vad som befrämjar hälsa. Vi kanske inte bara ska ta bort det som kan ge negativa hälsoeffekter, vi kanske måste föra in nya faktorer för att stärka människors hälsa. Det har visat sig att psykosociala faktorer ger större skador på hälsan än vad vi hittills förstått. Folkhälsoarbete framöver kommer även att inbegripa att lära sig förstå förstärkningsmekanismerna och inte bara det som bryter ner.

- *Att så många i din forskargrupp följer med till Uppsala betyder väl att ni fortsätter med stressforskningen där?*

- Ja, vi kommer att arbeta mycket med olika former av stress och i interventionsstudier följa både naturalförlopp och utvärdera insatser som görs. Det finns en klinisk koppling mellan stressjukdomar och socialmedicin. Vi vill t ex studera hur olika samhällsförändringar genererar stress hos olika människor, t ex hur den nya informationstekniken påverkar oss. Socialmedicinen arbetar i gränzonen till yrkesmedicinen, men det är viktigt att se till helheten. Arbete- fritid-relationer går in i varandra och blir det obalans kan vår hälsa påverkas.

- En förändring i samhället är globaliseringen. Allt fler yrkesverksamma kommer att arbeta utomlands i perioder och denna förändring kan komma att påverka hälsan. *Ingrid Anderzén* gjorde ett intressant fynd i sin avhandling. Hos barn i familjer som flyttade utomlands ökade allergibenägenheten från ca 25 till 50 procent. Oro och turbulens kring flyttningen var den enda faktor som kunde förklara detta. Stress- och allergikurvorna visade sig gå parallellt med varandra. Allergiforskningen har fokuserat mest på kemiska och fysikaliska ämnen, men dessa fynd visar att vi bör styra tillbaka till databaserna och formulera nya hypoteser. Vi har också tillsammans med SIDA, UD och en rad internationella svenska företag och med svensk kontrollgrupp studerat de vuxnas reaktioner, som visar positiv aktiveringsstress i början och negativ stress vid hemkomsten. Studierna visar också att om man har inre kontroll, socialt stöd och god anpassningsförmåga klarar man dessa förändringar. Det kan även finnas andra strukturer som förstärker.

- Flera stora företag, t ex Ericsson, har tidi-

gare blivit medvetna om vilken betydelse arbetsmiljö och även sociala aspekter som familjestruktur har för utbrändhet i arbetslivet, framhåller Bengt Arnetz. Det är ganska ont om människor med rätt kompetens och det är mycket dyrt att rehabilitera dem som bränt ut sig. I framtiden kanske företagen kommer att ta ett ansvar för att personalen har det bra under 24-timmarsdygn? I Sverige är vi fortfarande inriktade på 8-timmarsdag, men när kunskapssamhället byggs ut kommer krav på större flexibilitet i tid. Många har dragit nytta av IT-boomen, men tyvärr visar forskning att grupperna invandrare, lågutbildade och handikappade ännu inte har gynnats av utvecklingen inom detta område.

- Kommer ni att studera arbetslöshetens följder?

- Vi har genom arbetslöshetsforskning under 1930-talet och Lennart Levis forskning under 1980-talet tillräcklig kunskap om att individer påverkas av arbetslöshet. Vi behöver nu ta ett steg framåt och göra interventionsstudier för att se om socialmedicinen kan hjälpa till att hitta metoder för att påverka både arbetslöshet och sjukskrivningar. Vid Försäkringskassan i Skogås gjordes t ex en studie för att se om handläggning under sjukskrivningsperioden kunde förändra sjukskrivningstidens längd. Två grupper som varit sjukskrivna 6 månader för ryggproblem valdes ut. I den ena gruppen gick försäkringstjänstemän och ergonomer ut till arbetsplatsen tillsammans med den sjukskrivne och gick igenom vilka hinder det fanns för att gå tillbaka till arbetet och gav därefter förslag till ergonomiska förbättringar. Försäkringstjänstemännen påverkade också läkarna att skynda på handläggningen av ärendena. Det fick till följd att sjukskrivningen i interventionsgruppen sänk-

tes med 30 procent. Det innebar också att försäkringstjänstemännen fick nya roller och användning för sin kompetens i arbetet.

Otydliga ansvarssystem

- Ett annat område som vi vill studera är själva hälso- och sjukvårdssystemet och det som händer nu vad gäller struktur, ekonomi, gränsdragning, arbetsmiljö och vårdkvalitet. Vad är vårdkvalitet och hur påverkas det av alla dessa faktorer? Vi behöver också veta mer om vilka processer utanför systemet, som driver på förändringarna. Naturligtvis finns ekonomiska incitament, men det kan också vara omvärderingar i samhället av vårdens roll, ökad egenvård, uppsving för komplementär medicin och förskjutning av patienters och personalens förväntade förväntningar.

- En jätteutmaning är att universitetssjukhusens varumärke inte är lika starkt längre, man förlorar bra personal som går till andra sjukhus eller slutar helt inom vården och det har självklart en betydelse för framtida möjligheter att rekrytera bra personal. Vi kommer att göra en rad studier inom dessa områden. Vilken roll spelar det t ex om sjukvårdens konstitution är tydlig eller otydlig, t ex mellan stat och landsting och i vårdkedjan? En studie som planeras med läkaren och juristen Åke Ytterlind och statsvetaren Olof Pettersson handlar om hur otydligheter och tydligheter i lagar och förordningar filtrerar ner genom sjukvårdssystemet och förklarar tydligheter och otydligheter på klinikchefsnivå. Kanske vill man inte ha ett tydligt system för då blir ansvaret otydligt och detta gynnar alla genom det politiska systemet och beslutssystemen - eller är det andra faktorer som gör att man inte dragit tydligare gränser?

- Det görs en del för att förbättra ledarskapet inom vården. Pia Jansson håller på att utvär-

dera tre interventionsprogram för kvinnliga läkare, där tanken varit att göra kvinnorna mer delaktiga och i stånd att påverka sin situation och därmed förbättra deras hälsa och välbefinnande. Det gäller chefsnätverk, mentorskap och utbildning för kvinnliga chefer. Man har hoppats att programmen skulle vara lönsamma, men det är första gången de utvärderas.

Mätinstrument för vårdkvalitet

- Mer och mer forskning visar att patienterna är bra bedömare av total kvalitet i sjukvården. *Judy Arnetz* har tagit fram ett instrument för att kartlägga hur patienter upplever vården i termer av vårdkvalitet, arbetsmiljö, effektivitet, medicinsk kompetens och omvårdnad. I detta ligger en möjlighet att använda resultaten inom lokala enheter för att göra vården bättre. Mätinstrumentet har arbetats fram bl a i samarbete med Regionsjukhuset i Örebro och har applicerats på flera olika sjukhus. I Örebro används instrumentet i höst för fjärde gången på alla patienter under en viss period och med återkoppling till varenda medarbetare: Så här ser det ut på din avdelning, på din klinik, på den bästa avdelningen och detta har det hänt över tid. Resultaten kopplas sedan till motsvarande studie av vad personalen tycker om vårdkvaliteten och arbetsmiljön på sin avdelning. Vi har funnit att man inte kan ha bra vårdkvalitet utan bra arbetsmiljö och tvärt om. Många i vården misstror enkäter och anser inte att de visar på den sanna kvaliteten. Vi har prövat detta mätinstrumentet i Sverige på medicin, kirurg- och ortopedkliniker på en rad sjukhus i den så kallade Pyramidstudien för att lära av varandra. Vi har också jämfört barnsjukhus i Stockholm, Örebro och Halmstad, där sjukhusen kan se

sina styrkor och svagheter. Generellt är det så att de kliniker som patienterna rankar högst också rankats högst av personalen, men personalen är över lag mer kritiska än patienterna. Varför är det så? Har personalen högre förväntningar eller prioriterar patienter andra saker än personalen? Man måste i kvalitets-säkringsarbete kvantifiera vad man gör - det personalen tycker är viktigast stämmer inte alltid med patientens upplevelser och man satsar kanske på fel saker.

Använd patienten som resurs

- En sak som man satsat på i svensk sjukvård är patientinformation - men man har inte gjort patienterna delaktiga i sin behandling, konstaterar *Bengt Arnetz*. Informationen blir en sak i sig och inte ett led i patientens möjlighet att fatta beslut och kunna påverka sin behandling. Behandlande personal styr sannolikt mycket av vad patientens behandlingsmål skall vara. Vi har sannolikt mycket att vinna på dialoger om hur patienten kan vara sin egen resurs. I en studie vid Regionsjukhuset i Örebro gjorde reumatikerpatienter och behandlande sjukgymnaster var för sig och gemensamt tydliga målforum för behandlingen och det visade sig att dessa patienter i jämförelse med en kontrollgrupp var mer nöjda med sin behandling och att de uppnådde betydligt bättre rörlighet och mindre smärta efter behandlingen. Om vi ser patienten som resurs får personalen vuxenrelationer till patienterna och de kommer kanske att följa behandlingsråden på ett annat sätt.

Nu skall flyttlådorna fyllas och semesterstundar. I början av augusti väntar en ny tid för socialmedicin i Uppsala.

Eva Oldinger