

# Samhällsmedicinaren och döden

Sven Larsson

Sven Larsson framhåller i denna artikel att samhällsmedicinen har en viktig uppgift, utöver prevention, nämligen att bevaka att svaga och utsatta grupper inte får stå tillbaka i dagens marknadsanpassning av vården. Studier av skillnader i hälsostatus mellan olika yrken och sociala grupper tilldrar sig allt mer intresse. När nu befolkningen blir allt äldre medför det, trots god vitalitet hos många, att det samlade behovet av vård och omsorg hos de äldre ökar. Genom Ädelreformen kan även problem uppstå i samordningen mellan sjukvård och social omsorg, menar författaren. Samhällsmedicinen har anledning att ägna uppmärksamhet åt jämlikhetsfrågor vid döendet. Hur påverkar vår ekonomi, var vi bor, vår sociala ställning och vilken etnisk grupp vi tillhör den vård vi får? Här bör samhällsmedicinens och omvårdnadens olika perspektiv kunna komplettera varandra.

Sven Larsson är specialist i socialmedicin och överläkare vid samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.

## Det mest ensamma - och det mest gemensamma

Ingenting är så privat och enskilt som döden eftersom vi helt ensamma träder in i det okända - och ingenting så generellt, eftersom det är det enda efter födseln som vi säkert vet att vi alla kommer att möta.

Ett samhällsmedicinskt perspektiv innebär, att företeelser som hälsa, sjukdom och vårdbehov bedöms för grupper av befolkningen, eller för hela befolkningen, och inte som unika företeelser för enskilda människor. Omvårdnadens perspektiv måste vara individuellt och anpassat till varje människas särskilda behov. Samhällsmedicinen intresserar sig för det generella, omvårdnaden för det unika. På vilket sätt kommer dessa skilda utgångspunkter att ge olika syn på döden, och var finns angelägna möten och beröringspunkter?

Man kan kanske säga, att samhällsmedicinaren intresserar sig för faktorer som förklarar mortaliteten,

dödligheten. Omvårdnaden intresserar sig för förhållanden som omger själva döendet. Ingen av oss ägnar sig åt den biologiska eller teologiska frågan om varför vi är dödliga.

## Samhällsmedicinens två perspektiv

I den samhällsmedicinska verksamheten dominerar två perspektiv

- det ena är att förebygga sjukdom och tidig undvikbar död

- det andra är att sträva mot jämlikhet i hälsa och livskvalitet, att utsatta och resurssvaga grupper skall få tillgång till välfärdsvinster i samma utsträckning som andra - och inte drabbas hårdast och först när välfärden sviktar.

I samhällsmedicinens forskning och praktik har hittills det preventiva perspektivet dominerat. Hälso- och sjukvården och annan offentlig omsorg genomgår nu i högt tempo förändringar av sådan omfattning, att det är skäl att tala om systemskifte. Stark decentralisering med resultatansvar långt ned i enskilda vårdenheter, konkurrens och marknadsstyrning - vilket allt är honnörsord - kan leda till effektivisering och bättre användning av våra samlade resurser. Uppenbara risker finns dock, att starka, handlingskraftiga och välinformerade patienter tar plats på bekostnad av svaga grupper. Det finns också risk, att insatser för tunga och komplicerade problem där resultaten inte är omedelbara och dessutom svåra att mäta, kommer i bakgrunden. Prioriteringsutredningen, *Vårdens svåra val*, har förtjänstfullt lyft fram palliativ vård i livets slutskede som ett högprioriterat område. Det gäller att se om det bär i prakti-

---

*Prioriteringsutredningen har lyft fram palliativ vård i livets slutskede som ett högprioriterat område. Det gäller att se om det bär i praktiken, när de ekonomiska realiteterna och ansvarsfördelningen mellan familj, kommun och landsting skall prövas*

---

ken, när de ekonomiska realiteterna och ansvarsfördelningen mellan familj, kommun och landsting skall prövas.

Vårdforskningens utveckling av metoder att utveckla och kvalitetssäkra vården i livets slutskede måste gälla inte bara dem som hamnar på välutrustade enheter med kunnig och inklämmande personal, utan hela befolkningen, även de som dör i hemmen. Här har samhällsmedicinen och omvårdnaden en gemensam utmaning.

### **Dödlighet som hälsopolitisk indikator**

Ett standardmått vid beskrivning av folkhälsans utveckling eller för jämförelser av folkhälsa mellan länder och områden är medellivslängden. Medellivslängden kan vara ett bra mått som hälsopolitisk indikator då det gäller att översiktligt beskriva hälsoskillnader mellan olika områden eller olika grupper. Måttet är tyvärr svårt att tolka och missförstås ofta.

I länet där jag är verksam, Örebro län, är skillnaden i medellivslängd för män mellan den friskaste och sjukaste kommunen 3,5 år. Från en nyligen publicerad folkhälsorapport från Danmark hämtas, att medellivslängden för Danmarks kvinnor är 2,7 år lägre än för kvinnorna i Sverige.

Att dö ett per tre år tidigare, vad spelar det för roll, säger många, bara det något kortare livet är gott. Men det är inte så, att man dör några få år tidigare. Den lägre medellivslängden beror oftast på, att ett större antal människor i det området dör i unga år eller i medelåldern och aldrig får chans att bli gamla. I vårt län finner man således att dödligheten bland medelålders män är cirka 20% högre i den utsatta kommunen än i den gynnade. I Danmark är dödligheten bland medelålders kvinnor cirka 50% högre än bland kvinnor i Sverige och Norge.

En bättre indikator på vad dödlighet innebär för förlorad hälsa är att undersöka den gruppsspecifika (t ex hos olika åldersgrupper) och orsaksspecifika (vilka sjukdomsgrupper det gäller) dödligheten.

Hos yngre utgör skadorna en viktig risk för död. I medelåldern har tumörer en stor andel, särskilt hos kvinnor. Högre upp i åldrarna tar hjärtkärl dödligheten vid, tidigast hos männen. De största hoten mot unga män-

---

*Analys av dödlighetsmönster lämnar tydliga indikationer att mycket av den förtidiga döden, som ger stor förlust av levnadsår, kan undvikas*

---

---

*Under de senaste 20 åren har vi blivit allt mer medvetna om att hälsosituationen är mycket ojämlig med stora skillnader mellan olika yrken och sociala grupper*

---

niskors överlevnad idag är olyckor, särskilt trafikolyckor och självmord. För hundra år sedan var det infektionsjukdomar, särskilt tuberkulos.

Kunskaper som analys av dödlighetsmönster ger, lämnar också tydliga indikatorer, att mycket av den förtidiga döden, den som ger stor förlust av levnadsår, är undvikbar. Detta sker inte främst genom utökad och förbättrad vård och behandling utan genom förebyggande.

### **Sociala skillnader**

Folkhälsan har förbättrats under nästan hela 1900-talet i Sverige, och den är internationellt och historiskt sett mycket god. Men allt är därför inte välbeställt och vi kan inte slå oss till ro. Utvecklingen i Danmark med stagnerande och i vissa avseenden sjunkande hälsa visar att situationen är skör. Och vi har under de senaste 20 åren blivit allt mer medvetna, och hälsosituationen är mycket ojämlig med stora skillnader mellan olika yrken och sociala grupper. Det gäller även för den förtidiga döden. Således är dödligheten bland icke facklärda arbetare cirka 50% högre än bland tjänstemän på mellannivå. Det finns ännu inga tecken på att dessa skillnader minskar.

För kvinnorna finns samma tendens, även om skillnaderna inte är lika stora.

### **Liv till åren**

De flesta dödsfallen i befolkningen sker idag samlad under några år runt 80-åren. Vi vet inte säkert ännu vad det innebär att så många uppnår hög ålder. Har det medfört, att ett stort antal gamla lever årtal med kronisk sjukdom och lidande och stort hjälpbehov innan döden inträder - eller innebär det att man faktiskt - enligt den klassiska devisen - kunnat lägga liv till åren och inte bara år till livet? De studier som finns tyder på, att vitaliteten går allt högre upp i åldrarna, att allt fler gamla klarar sig i ett självständigt och värdigt liv. Det relativt stora antal mycket gamla medför, trots god vitalitet hos många, att det samlade behovet av vård och omsorg blir stort.

En tillgänglig och god vård kan betyda mycket för att höja livskvaliteten under de sista åren. Högteknologisk behandling, till exempel höftledskirurgi, aktiv diagnostik och behandling av depressioner och en aktiv rehabilitering vid skada eller sjukdom är exempel på viktiga områden. Medför till exempel ÄDEL-reformen, att färre kommer att få kvalificerad diagnostik och behandling på grund av problem i samordning mellan sjukvård och social omsorg, otillräcklig medicinsk kompetens etc?

Kontinuerliga studier av livskvalitet, vårdbehov och tillgång till vård för människor under de sista åren av livet bör ingå i kvalitetssäkringen av välfärden.

Döden var länge en naturlig del av livet och döendet var en händelse i vilken familj och närstående på ett självklart sätt var delaktiga. Sedan har det blivit en expertuppgift för institutioner med professionell inställning. Nu är döendet kanske på väg tillbaka till den privata sfären igen. Vi måste då säkra, att det innebär kvalitetsvinster med att få vara i sin egen miljö med sina nära omkring, utan förlust av omvårdnad och smärt- och ångestlindring av hög kvalitet.

Mycket i sjukvårdsdebatten handlar idag om organisatoriska och finansiella lösningar för att kunna hålla en effektiv sjukvårdsapparat igång. Men allt går inte att rationalisera och effektivisera. Vi måste utveckla en vårdteknologi, som utgår från människors behov och önskemål och inte främst från sjukvårdsorganisatinsens förutsättningar.

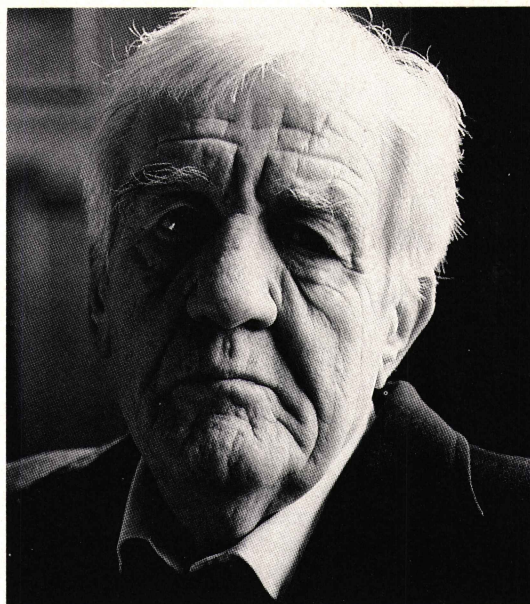
Vissa dödar är intressantare än andra. Tuberkulosdöden var tidigare omgiven av ett slags romantiserande - skildrades i konst och litteratur. Cancerdöendet har beskrivits i många böcker, av patienter och av anhöriga. AIDS-döendet har ibland skildrats under nästan kultartade former. Även sådana fenomen kan bidra till att vardagsdöendet i oklara kroniska sjukdomar får mind-re intresse och sämre resurser.

## Samhällsmedicinaren och döden

Samhällsmedicinen har två skäl att ägna döden och dödligheten uppmärksamhet

- en strävan är att förebygga för tidig och onödig död
- en annan är att vi ska vara jämlika vid döendet, oavsett vår ekonomi, var vi bor, vår sociala ställning och vilken etnisk grupp vi tillhör - och att behovet av omvårdnad i livets slutskede inte prioriteras bort i ett ensidigt effektivitets- och lönsamhetstänkande i vården.

I varje fall i det senare har vi en gemensam uppgift med omvårdnaden.



## När sorgen är en fråga, vad svarar du då?

"Hur gör jag nu?" Det är ofta den första frågan i samband med ett dödsfall. Den oro som följer handlar till en del om praktiska frågor. Därför har vi samlat råd och fakta om begravningar i skriften *Hur gör jag nu?*

När du ser att oron finns där kan du lindra den genom att lämna över skriften. Kanske kan den också ge dig några av svaren du saknar. Välkommen med din beställning. Skriften är kostnadsfri.



Sveriges Begravningsentreprenörers Förbund

- ☐ Ja tack, jag beställer .... ex. av skriften *Hur gör jag nu?*
- ☐ Vi är minst 15 personer som är intresserade av ett informationsmöte om begravningar. Kontakta mig.

Namn \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

Avdelning \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_

Postadress \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_



Skicka kupongen i ett ofrånkerat kuvert märkt *Frisvar*, SBF, 11019 Stockholm.