

Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa

MARGARETA KRISTENSON

Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa

Margareta Kristenson

*Underlagsrapport nr 8 till
Kommissionen för jämlik hälsa
S 2015:02*

www.kommissionjamlikhalsa.se

Stockholm 2017

Förord

Kommissionen för jämlik hälsa har två huvudsakliga uppdrag, att lämna förslag på åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar men även att arbeta på ett utåtriktat och inkluderande sätt och att bidra till samhällsdebatten. Denna serie med rapporter tjänar båda dessa syften genom att presentera kunskapsunderlag och överväganden som Kommissionen kan basera sitt arbete på, men samtidigt även bjuda in till bred diskussion kring Kommissionens olika frågeställningar om hur hälsoklyftorna ska kunna minskas. Analyser, slutsatser, rekommendationer och förslag i dessa underlagsrapporter står för respektive författare och delas nödvändigtvis inte av Kommissionen.

Ojämlighet i hälsa orsakas av en mängd olika faktorer, och därmed är verksamheter och insatser inom ramen för en mängd olika samhällsinstitutioner viktiga. Samtidigt har hälso- och sjukvården en avgörande roll. I hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf framgår att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Trots detta ser vi återkommande och omotiverade skillnader i vårdens tillgänglighet, insatser och resultat mellan olika socioekonomiska grupper. Dessa kan ofta härledas till vad som sker i själva vårdmötet, och i vilken mån man i detta möte förmår hantera och kompensera för olika patienters behov och skilda sociala situation.

Att leva i mer utsatta sociala situationer är förenat med fler riskfaktorer, större sårbarhet för sjukdom och högre sjukdomsförekomst. Författaren menar därför att insatser för en jämlik vård bör innefatta både jämlik behandling av sjukdom som redan har uppkommit, men även förebyggande insatser inom ramen för hälso- och sjukvårdens uppdrag för patienter och befolkning som är anpassade efter behov. Ett tydligt patientperspektiv som präglas av vårdmöten som hjälper patienter att få tilltro till egen förmåga, öka medarbetares medvetenhet om normer och förmåga att kommunicera så att det är möjligt för alla att förstå är därmed avgörande för en hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård.

Rapporten är skriven av Margareta Kristenson, professor och överläkare i socialmedicin vid Linköpings universitet och Region Östergötland samt ledamot i Kommissionen för jämlik hälsa.

Stockholm i september 2017

Olle Lundberg
Ordförande i Kommissionen för jämlik hälsa

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Jämlik vård och jämlik hälsa	9
2 Jämlik vård – patientperspektivet	13
2.1 Vård på lika villkor?	13
2.2 Tillgång till vård efter behov?	15
2.3 Skillnader i vårdens processer och resultat	17
2.4 Vårdmötets grundläggande betydelse	20
2.4.1 Hälsöfrämjande förhållningssätt – att stärka tilltro till egen förmåga.....	20
2.4.2 Patientcentrerad vård, personcentrering och brukarmedverkan	21
2.4.3 Normkritik en pusselbit för jämlik vård.....	22
2.4.4 Hälsolitteracitet: kommunikation för jämlik vård.....	23
2.4.5 Kontinuitet – för trygghet, säkerhet och kvalitet	24
2.5 Betydelsen av den fysiska vårdmiljön.....	25
2.6 Prevention – rådgivande samtal om levnadsvanor	26
3 Jämlik vård – befolkningsperspektivet	29
3.1 Screening för tidig upptäckt av sjukdom	29
3.2 Primärpreventiva och hälsöfrämjande insatser	30
3.2.1 MVC, BVC, Elevhälsa, och Ungdomshälsa	30
3.2.2 Riktade hälsosamtal till den vuxna befolkningen.....	31
3.2.3 Samarbete med lokalsamhället.....	32
4 Tandvården, en del av hälso- och sjukvården?	33
5 Vården för de mest utsatta	35
5.1 Vården för flyktingar och asylsökande	35
5.2 Vården för hemlösa och individer med sammansatt medicinsk och social problematik.....	36

6	Företagshälsovård	37
7	Jämlik vård – medarbetarperspektivet	39
7.1	Hälso- och sjukvårdens arbetsmiljö och medarbetarnas hälsa.....	39
8	Jämlik vård – styr och ledningsperspektivet	41
8.1	Strukturella förutsättningar – vårdens distribution, organisering och finansiering.....	41
8.2	Uppdrag, kvalitetsmått och uppföljning	42
8.3	Primärvårdens primärpreventiva uppdrag	44
8.4	Vem har områdesansvaret för befolkningens hälsa?.....	45
8.5	Kompetensbehov, kompetenscentra och kompetensutveckling.....	46
9	Förslag till insatser för att öka hälso- och sjukvårdens bidrag till en jämlik hälsa	47
9.1	Insatsområden.....	47
9.1.1	Förslag till insatser inom respektive insatsområde	47
	Referenslista.....	53

Sammanfattning

Det är utmanande att Sverige, som är ett land med ett välutvecklat välfärdssystem och med offentligt finansierad hälso- och sjukvård, har påtagliga och ökande sociala skillnader i hälsa. Skillnaderna är substantiella, det skiljer 5 år i medellivslängd mellan grupper med högst och lägst utbildning och skillnaderna är systematiska, de återkommer oavsett om man jämför grupper avseende yrke, inkomst eller utbildning. Dess orsaker kan härledas till människors livsvillkor i de förhållanden som råder där människor föds, lever, arbetar och åldras, liksom till de system som skapats för att hantera sjukdom och ohälsa. Insatser utanför hälso- och sjukvården, som avser att påverka människors livsvillkor, är därför grundläggande för att skapa jämlik hälsa, men insatser för att stärka hälso- och sjukvårdens bidrag är också nödvändiga.

Att leva i en utsatt social situation är förenat med fler riskfaktorer, större sårbarhet för sjukdom och högre sjukdomsförekomst. Insatser för en jämlik vård behöver därför innebära en jämlik hälso- och sjukvård och innefatta både jämlik behandling av sjukdom och förebyggande insatser för patienter och för befolkningen, anpassade efter behov. Trots lagens mål om vård på lika villkor ser vi emellertid återkommande, omotiverade, skillnader i vårdens tillgänglighet, insatser och resultat. Medan skillnader mellan vårdgivare oftast har organisatoriska orsaker, kan skillnader mellan socioekonomiska grupper oftare härledas till vad som sker i vårdmötet och om detta möter patienters olika patienters behov.

Det är därför viktigt att utveckla en personcentrerad vård med vårdmöten som hjälper patienter att få tilltro till egen förmåga, att öka normkritik, utveckla förmåga att kommunicera så att alla kan förstå samt att organisera för att skapa kontinuitet. En jämlik hälso- och sjukvård behöver också utveckla förebyggande insatser och anpassa dessa så att de når alla efter behov. Detta innefattar att förebygga återinsjuknande genom rådgivande samtal om levnadsvanor, screening för tidig upptäckt av sjukdom, en stärkt och anpassad mödra-, barn-, elev- och ungdomshälsovård, samt att skapa uppsökande hälsovård också för den vuxna befolkningen och i detta stärka samarbetet med lokalsamhället. Tandvården har länge, och framgångsrikt, arbetat förebyggande men vi ser nu ökade sociala skillnader i tandhälsa. Hos vuxna är kostnaden för tandvård avsevärt högre än för sjukvård och därför behöver tandvården bli en del av hälso- och sjukvården. Vården för de mest utsatta grupperna, flyktingar, asylsökande samt individer med en sammansatt social och medicinsk problematik innebär särskilda behov av insatser med utveckling av nya former för uppsökande socialmedicinska team.

För att skapa förutsättningar för en jämlik vård och hälsa är insatser för de egna medarbetarnas hälsa och arbetsmiljö centrala. Hälso- och sjukvårdens medarbetare har de högst ohälsotalen med stora socioekonomiska skillnader i hälsa. Insatser för att skapa en god arbetsmiljö för de egna medarbetarnas arbetsmiljö är nödvändigt för att medarbetarna ska kunna möta patienterna efter behov, men det är också en trovärdighetsfråga för den som har jämlik hälsa som sitt uppdrag. Styrning och ledning av hälso- och sjukvård och omsorg behöver också skapa strukturella förutsättningar för jämlik vård genom att systematiskt utveckla hur vård distribueras och finansieras så att alla får tillgång till en hälso- och sjukvård efter behov. Därtill är det nödvändigt att utveckla tydliga uppdrag för jämlik vård och hälsa samt att

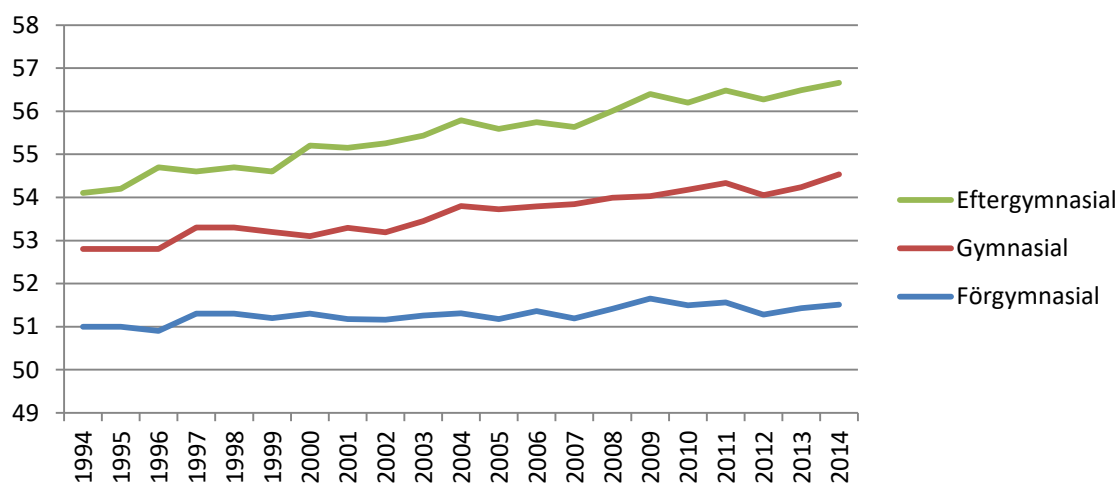
skapa systematisk analys som grund för kvalitets- och förbättringsarbete och uppföljning utifrån socioekonomiska skillnader i insatser och resultat. Dessa uppdrag behöver innefatta ett tydligt primärpreventivt uppdrag för primärvården och ett återskapat områdesansvar för befolkningens hälsa för att identifiera dolda behov och skapa underlag för prioritering och uppföljning av insatser. Som stöd för detta arbete behöver kompetensbehov identifieras och kompetenscentra skapas med tydliga uppdrag och kompetenskrav, för att skapa en systematisk analys av ojämlikhet i hälsa, med jämförelser över tid, metodstöd till, och utvärdering av insatser. Kompetens om dessa frågor behöver därtill stärkas i grundutbildningar samt genom löpande fortbildningsinsatser för alla som är verksamma i vården, liksom för de som planerar och beslutar om uppdrag och finansiering. Detta är en förutsättning för att skapa den kulturförändring som krävs för att åstadkomma en mer jämlik vård och hälsa.

1 Jämlik vård och jämlik hälsa

The persistence of socioeconomic inequalities in health, even in the highly developed 'welfare states' of Western Europe, is one of the great disappointments of public health. Health inequalities have not only persisted...they have even widened (Mackenbach 2102).

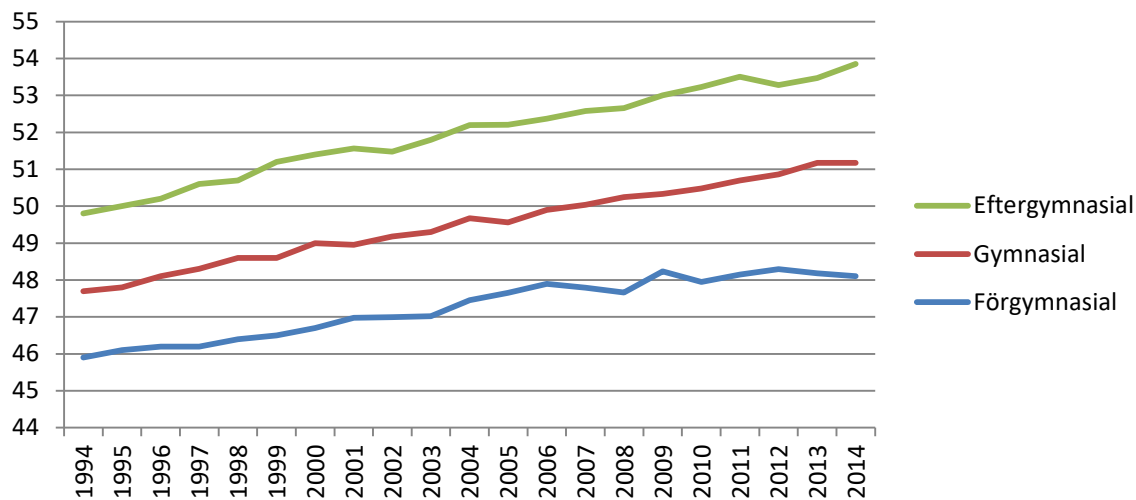
Citatet ovan är från en av de ledande internationella forskarna inom området jämlik hälsa. Han är en av flera som har visat förvåning över att Sverige, ett land med ett välutvecklat välfärdssystem och med offentligt finansierad hälso- sjukvård, har påtagliga och ökande sociala skillnader i hälsa. Figur 1 illustrerar utvecklingen av förväntad återstående livslängd hos svenska män och kvinnor vid 30 års ålder och hur denna skiljer sig utifrån utbildningsnivå. Den ökar hos både män och kvinnor, men ökningen är störst bland de med högst utbildning, mindre hos de med medellång utbildning och lägst bland de med låg utbildning. Skillnaderna är substantiella och det skiljer 5 år i återstående livslängd mellan de med högst och lägst utbildning. Skillnaderna är också systematiska och återkommer oavsett om man jämför grupper avseende utbildning, yrke eller inkomst (Folkhälsomyndigheten 2016).

Figur 1.a Skillnader i återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå 1994–2014, kvinnor



Källa: Folkhälsomyndigheten 2016.

Figur 1.b Skillnader i återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå 1994–2014, män

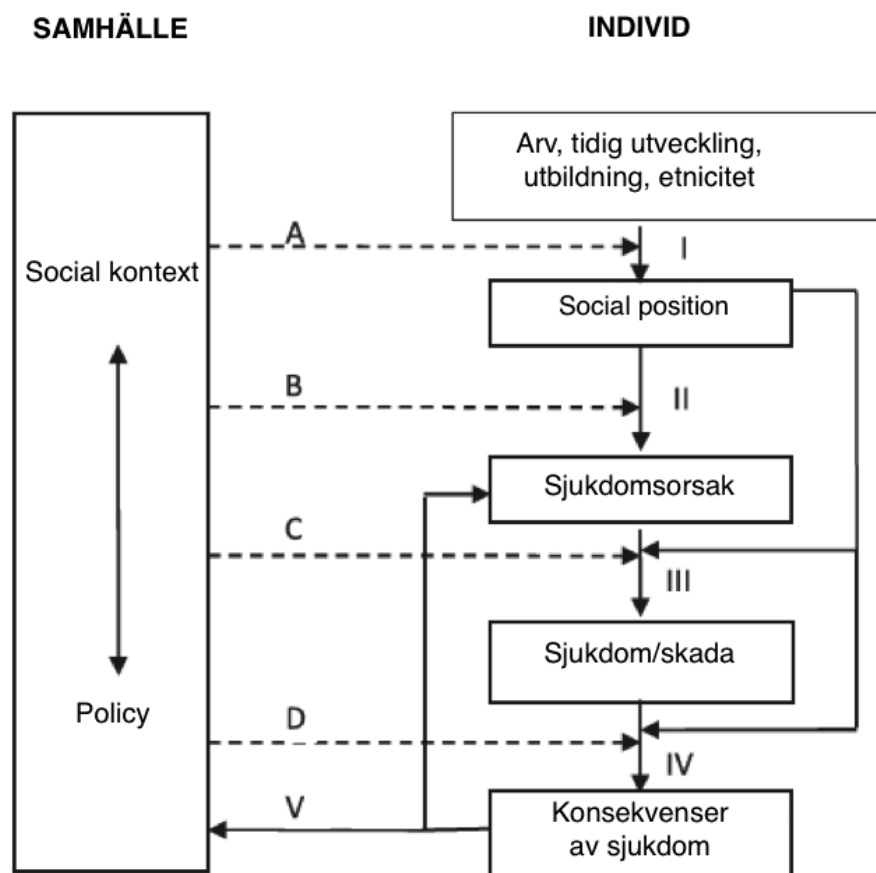


Källa: Folkhälsomyndigheten 2016.

Orsakerna till dessa skillnader har varit föremål för omfattande forskning och dess komplexa orsaker kan sammanfattas i att "ojämlikhet i hälsa uppstår utifrån de förhållanden som råder där människor föds, lever, arbetar och åldras, liksom av de system som skapats för att hantera sjukdom och ohälsa" (WHO 2008; Marmot 2010). Dessa förhållanden, och livsvillkor, innefattar boende och närmiljö, fritid, skola, arbete och försörjning samt hälso- och sjukvården (Dahlgren och Whitehead 1991; Östsam 2014).

Figur 2 beskriver en modell som illustrerar hur dessa hälsoskillnader uppstår och var och hur olika insatser kan göras för att åstadkomma en god och jämlik hälsa (Diderichsen 2012).

Figur 2 En modell över hur socioekonomiska skillnader i hälsa uppstår (I–V), och hur de kan påverkas (A–D) (Diederichsen 2012)



Källa: Diederichsen *et al.* (2012), egen översättning.

Insatser utanför hälso- och sjukvården, som avser att påverka människors livsvillkor, är således grundläggande för att skapa jämlik hälsa. Men, insatser för att stärka hälso- och sjukvårdens bidrag är också nödvändiga. Figur 2 illustrerar att dessa dels kan ske för den som har en sjukdom och skada, dvs. i patientperspektivet (D), men att hälso- och sjukvården därtill har en uppgift i att påverka sjukdomsorsaker för att förebygga sjukdom och genom insatser i ett befolkningsperspektiv (C) bidra till jämlik hälsa. För att möta detta behov behöver hälso- och sjukvården utveckla sin förmåga att ge en sjukvård efter behov men också stärka sina förebyggande insatser (Prop. 2003/03:35; Statens folkhälsoinstitut 2004; Socialstyrelsen 2009)¹ och göra detta i ett jämlikhetsperspektiv.

¹ hfsnatverket.se

2 Jämlik vård – patientperspektivet

2.1 Vård på lika villkor?

Jämlik vård innebär att hälso- och sjukvård dvs. prevention, behandling, vård och omsorg ska erbjudas och ges på lika villkor till alla oavsett bakgrund såsom bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk och religiös tillhörighet, juridisk ställning eller sexuell läggning. Detta grundas i hälso- och sjukvårdslagens som anger att:

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 ska ges företräde till vården (Hälso- och sjukvårdslag 2017:30).

Denna ansats är också tydlig i den prioriteringsetiska plattformen för hälso- och sjukvård som uttrycks i människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (Prop. 1997/98:60). Enligt riksdagens beslut är de tre principerna rangordnade i denna ordning så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Hälso- och sjukvårdslagens intentioner om vård på lika villkor efter behov innebär både en horisontell jämlikhet: att personer med lika behov av vård ska erbjudas lika vård; och en vertikal jämlikhet: att personer med större behov ska prioriteras framför dem med mindre behov och få en vård som anpassas efter behov.

Vård på lika villkor innebär således inte att alla ska ha samma vård. Även bland personer med samma sjukdom eller hälsotillstånd kan behoven av vård vara mycket olika (Socialstyrelsen 2011 a). Man skiljer därför mellan motiverade skillnader i vården, som beror på olika behov och omotiverade skillnader där inga sådana förklaringar finns (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014 a). Trots intentioner om vård på lika villkor förekommer, vid en rad sjukdomar, omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat mellan olika sociala grupper.

Figur 3 visar en tabell över andelen överlevande i bröstcancer 10 år efter diagnos bland kvinnor indelade efter olika mått på social status (yrkesstatus, utbildningsnivå samt inkomstgrupp) (SKL 2009). Tabellen visar att andelen som överlever i bröstcancer 10 år efter diagnos är lägre hos kvinnor med låg socioekonomisk status (SES). Den visar därtill att skillnaderna i överlevnad återfinns oavsett mått på SES; dvs. om man jämför arbetare och tjänstemän, låg och högutbildade eller inkomstgrupper, och att skillnaderna är störst vid jämförelse mellan grupper avseende hushållsinkomst (35 procent överlevnad i lägsta inkomstgruppen och 76 procent i den högsta).

Figur 3 Överlevnad i bröstcancer 10 år efter diagnos efter olika mått på social (socioekonomisk) status

Andel kvinnor i olika befolkningsgrupper som fortfarande levde tio år efter diagnos.

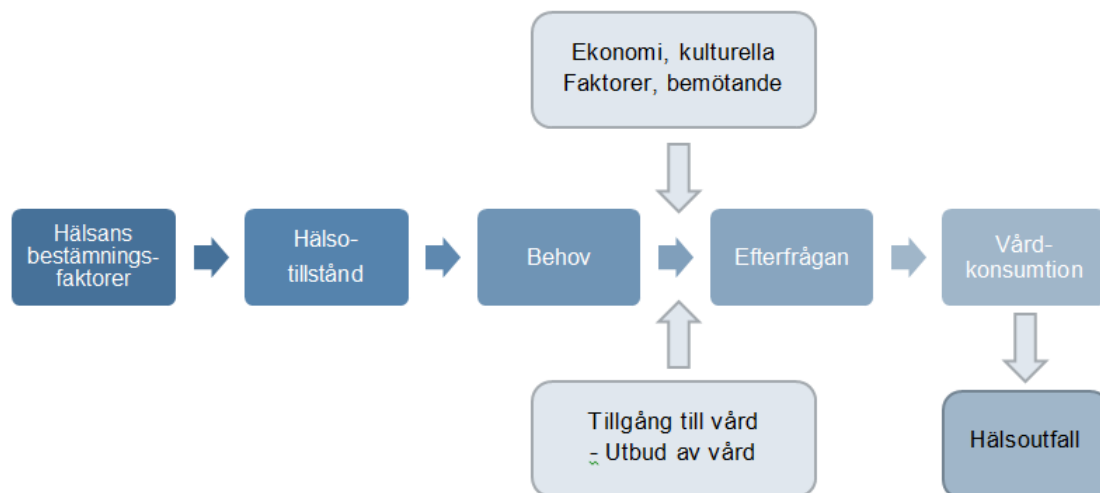
Social status	Överlevnad %
Arbetare, okvalificerad	66,0
Lägre tjänstemän	71,2
Högre tjänstemän	77,1
Lågutbildad	62,1
Mellanutbildad	64,9
Högutbildad	72,7
Hushållsinkomst, grupp 1	34,9
Hushållsinkomst, grupp 2	55,5
Hushållsinkomst, grupp 3	68,6
Hushållsinkomst, grupp 4 (högst)	76,3

Källa: SKL 2009.

En fråga som uppkommer är om dessa skillnader beror på egenskaper hos patienten, i form av ökad sårbarhet för sjukdom och/eller allvarigare sjukdomsgrad vid diagnos eller om de beror på skillnader i vårdens insatser. Vi vet att hälsans bestämningsfaktorer t.ex. exponering i omgivningen eller levnadsvanor såsom rökning är olika fördelade bland olika grupper i befolkningen. Detta medför i sin tur att sårbarheten för sjukdom, både vad gäller risken att insjukna men också läkning och överlevnad, är ojämnt fördelad i befolkningen (Kristenson *et al.* 2004; Marmot 2010). Dessa skillnader i sårbarhet kan vara en bidragande orsak till skillnader i vårdens resultat mätt som t.ex. överlevnad. Studier har också visat att bröstcancer hos kvinnor med låg SES ofta är mera framskriden vid diagnos, vilket talar för betydelsen av skillnader i tidig diagnostik (Dianatinasab *et al.* 2016).

Som vi ska se nedan finns det också omotiverade SES-skillnader i medicinsk behandling. Skillnader i vårdens resultat kan, således, bero på olika faktorer både utanför och inom hälso- och sjukvården. I figur 4 illustreras hur dessa skillnader kan uppstå och hur de kan ge upphov till skillnader i behov av vård och konsumtion av vård. Sociala skillnader i livsvillkor samvarierar således med skillnader i hälsans bestämningsfaktorer och, i nästa steg, med skillnader i hälsotillstånd och behov av vård (Burström 2009).

Figur 4 Skillnader i insatser och resultat vid vård för hjärtinfarkt efter utbildningsnivå (Data från kvalitetsregistret Swedheart).



Källa: Burström 2009.

Det finns också skillnader i när, och hur, personer uppfattar sig ha behov av vård – kvinnor söker t.ex. vård i högre utsträckning än män (Socialstyrelsen 2004, 2009, 2011 a). Efterfrågan på vård (dvs. att man söker vård) är inte samma som behov av vård. Huruvida behov av vård uttrycks i efterfrågan betingas delvis av tillgången till vård (om en mottagning/klinik finns nära och uppfattas tillgänglig) men påverkas även av individens ekonomi samt förväntningar på, och erfarenheter av, vården. När individen väl kommer till vården och presenterar sina symptom och behov för vårdgivaren krävs att båda parter förstår varandra för att rätt vård och behandling ska sättas in. I det ideala fallet erbjuds/konsumerar patienten de vårdinsatser som påverkar hälsoutfallet i positiv riktning.

Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Myndigheten vård- och omsorgsanalys har, under de senaste åren, genomfört flera viktiga kartläggningar och analyser av vårdens jämlikhet (SKL 2009; Socialstyrelsen 2009, 2011 a, 2015 a, 2016 a; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014 a). I dessa kartläggningar skiljer man på geografiska skillnader och skillnader mellan befolkningsgrupper. Geografiska skillnader avser skillnader mellan vårdgivare i form av landsting eller vårdenheter medan skillnader mellan befolkningsgrupper avser grupper av patienter t.ex. män och kvinnor, personer med olika SES t.ex. utbildning, yrke eller inkomst, som är födda i olika länder och patienter med och utan psykisk sjukdom. Studierna visar att det finns betydligt mer information om geografiska skillnader än om skillnader mellan befolkningsgrupper t.ex. utifrån SES.

2.2 Tillgång till vård efter behov?

En orsak till ojämlik vård är skillnader i tillgänglighet. I Sverige anser ungefär en av fyra att de inte har tillgång till den vård de behöver och en av fem avstår från att söka vård fast man upplever att man behöver (Socialstyrelsen 2009, 2011 a). Geografisk närhet till vårdgivare, öppettider och möjlighet för telefonkontakt är viktiga delar i detta.

Det är väl känt att tillgängligheten till vård är beroende av det geografiska avståndet (Socialstyrelsen 2009, 2011 a; Dahlgren 2010). En färsk analys av primärvården (Myndigheten

för vård- och omsorgsanalys 2014 a) visar tydliga geografiska skillnader i tillgänglighet både mellan och inom landstingen. Exempelvis finns det vårdcentraler där endast 50–60 procent av patienterna fick träffa en läkare inom sju dagar år 2016. Analysen visade inga tydliga skillnader mellan utbildningsgrupper eller kön vad gäller tillgång (besök) till primärvården, däremot hade personer med bättre socioekonomiska förutsättningar relativt sett fler besök i den öppna specialistvården. Detta stämmer med tidigare analyser och talar för ett underutnyttjande av vård bland grupper med låg SES eftersom vårdbehovet är större i dessa grupper. (Kristenson *et al.* 2011; Agerholm *et al.* 2013). Otydlighet i rutiner om hur och när man ska söka vård kan bidra till en ojämlikhet i vårdutnyttjande. Erfarenheter från invandrartäta områden visar att många inte vet hur man söker kontakt med hälso- och sjukvården eller inte förstår hur man använder de nya system för telefonkontakt (exempelvis Tele Q) som i dag allt oftare tillämpas (Unnarsdóttir 2017).

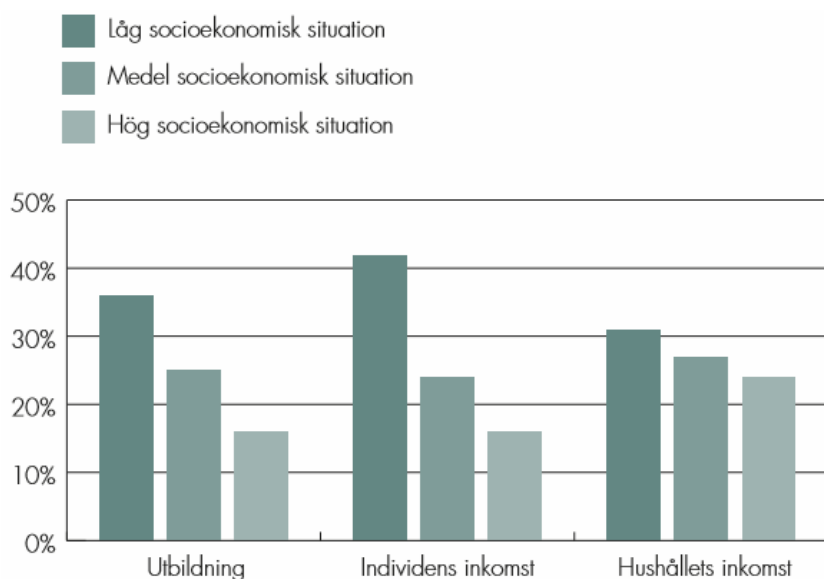
En av fem avstår, således, från att söka vård fast man upplever att man behöver den. Andelen som avstår är högre hos dem med enbart grundskoleutbildning, hos utrikes födda och hos arbetare jämfört med dem med högre utbildning, svenskfödda och tjänstemän. Andelen skiljer påtagligt utifrån arbetssituation och är i en svensk studie 45 procent bland arbetslösa 37 procent hos långtidssjukskrivna och 22 procent bland dem som har arbete (Åhs och Westerling 2006). Som skäl att avstå från vård anges bland annat att man får vänta alltför länge. Det finns emellertid i dag inga data som möjliggör analys av socioekonomiska skillnader i väntetid.

Ett skäl att avstå från vård är att man inte har råd eller att man inte har möjlighet att ta ledigt från sitt arbete för att besöka vården. Det är främst ensamstående med barn 0–19 år och de 20 procent i befolkningen med lägst disponibel inkomst som avstår från tandvård, sjukvård eller att hämta ut läkemedel p.g.a. ekonomiska skäl. Bland de mest ekonomiskt utsatta, personer i hushåll med ekonomiskt bistånd, är det ungefär fem gånger vanligare att avstå jämfört med samtliga som är 20 år eller äldre. För de som är arbetslösa och personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, långtidssjukskrivna, funktionshindrade och utrikesfödda är andelen ungefär den dubbla. Ekonomiska skäl att avstå vård är särskilt tydliga i tandvården. I befolkningen avstår 7 procent från tandvård av ekonomiska skäl, och bland ensamstående med barn eller personer med ekonomiskt bistånd är andelen 25 procent. (Socialstyrelsen 2011 a, 2016 b). Ekonomiska barriärer är i praktiken ett hinder för många patientgrupper. Exempel på en verksamhet som anpassat organisationen efter dessa faktorer är sjukvården för hemlösa i Stockholm som är gratis, har uppsökande team och har skapat ”lågtröskelmottagningar”, med fler drop-in än bokningsbara tider för en grupp som p.g.a. sin socioekonomiska situation har svårt att få primärvård på samma villkor som de med bostad.²

En annan, sannolikt grundläggande, orsak till ojämlikhet i vård och omsorg är bristande tillit till välfärdssystemen, vilken kallas social tillit, och till enskilda vårdgivare, kallad personlig tillit (Fugelli 2006; Wollebæk *et al.* 2012). Tillit är människans upplevelse av att andras godhet, ärlighet och skicklighet går att lita på. Personlig tillit måste vinnas aktivt, medan social tillit ofta är passiv och inlärd. Bristande tillit till vården uppstår vid brustna förväntningar och vid negativa erfarenheter av bemötande, diskriminering och misstro. Detta ökar risken för att man inte söker vård när man behöver den eller att man söker för sent för att få optimal behandling, eftersom man inte tror att man kan få hjälp. Låg tillit är vanligare hos människor med låg SES (Östam 2014), se figur 5 som visar att detta gäller oavsett om SES mäts i form av utbildning eller inkomst (individuell eller hushållsinkomst). Tillit är också kopplad till ålder, kön och andra diskrimineringsorsaker t.ex. utländsk bakgrund (Wollebæk *et al.* 2012).

² erstadiakoni.se

Figur 5 Andel individer med låg tillit utifrån utbildningsnivå, individuell inkomst och hushållets disponibla inkomster



Källa: HLV 2011.

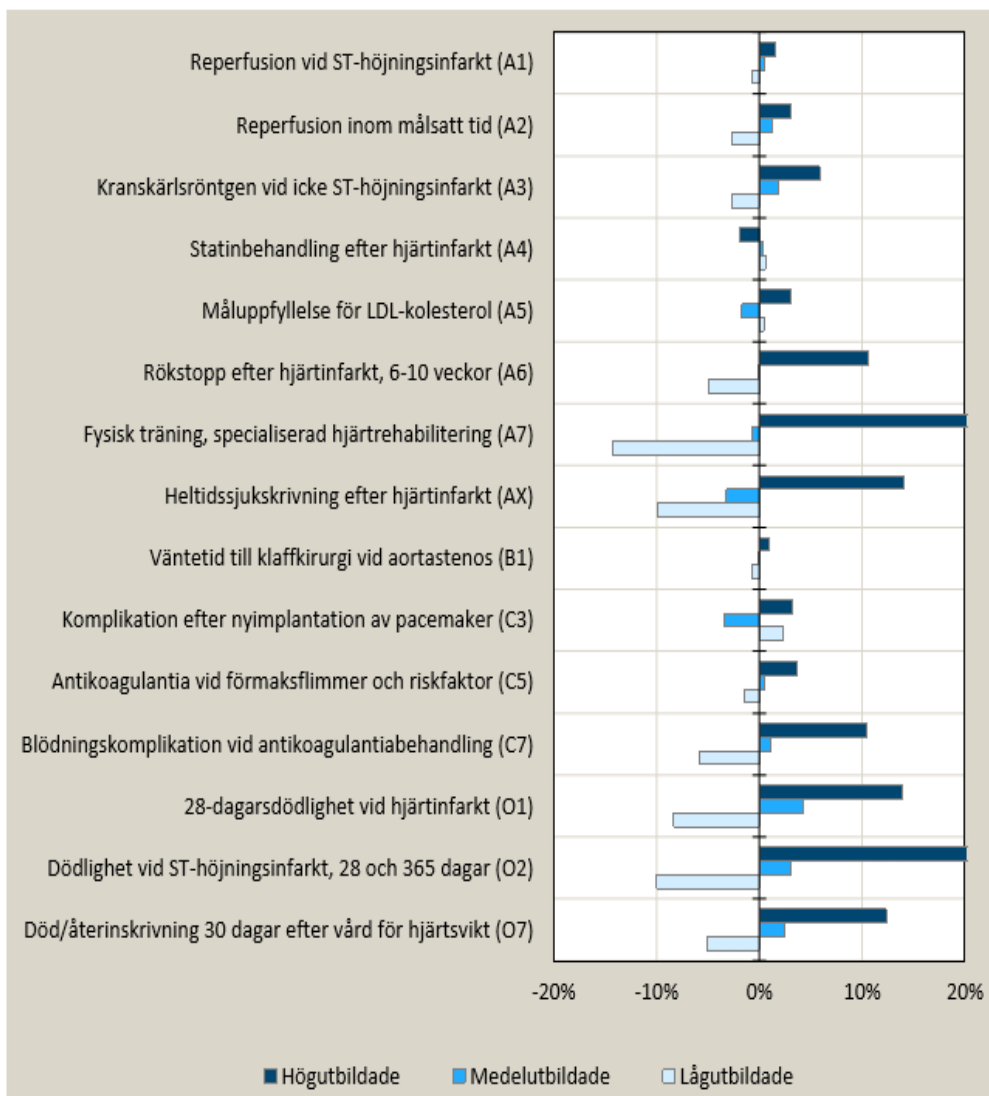
2.3 Skillnader i vårdens processer och resultat

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvården. Inom uppdraget ryms även att ta fram särskilda jämförelser av jämlik vård. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet har publicerats årligen sedan 2006. Dessa fokuserade under de första åren framför allt på regionala skillnader mellan landsting. Under senare år har även skillnader mellan utbildningsnivå och/eller födelsebakgrund blivit en del i dessa systematiska analyser av skillnader i vårdens processer och resultat ur ett SES-jämlikhetsperspektiv.

Analyserna visar på en rad omotiverade skillnader inom både hälso- och sjukvård och omsorg vad gäller insatser och resultat. De visar, därtill, ofta större skillnader mellan socioekonomiska grupper än mellan vårdgivare. Detta gäller för skillnader mellan utbildningsgrupper för dödlighet i hjärt- kärlsjukdom, cancersjukdom totalt, bröstcancer, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), självmord och alkoholrelaterad dödlighet (Socialstyrelsen 2011 a). Skillnader ses också för komplikationer av behandling såsom att risken för lossningsskador är högre (23 procent) bland förstföderskor födda utanför Norden i jämförelse med förstföderskor födda inom Norden (Socialstyrelsen 2015 d). Utöver skillnader i vårdens resultat ser man även skillnader i behandling. En av de viktiga källorna för dessa analyser är Nationella kvalitetsregister som i dag kan ge omfattande och värdefull information om vårdens kvalitet både vad gäller insatser och resultat. Socialstyrelsen har i analyser kopplat samman data från kvalitetsregister med socioekonomiska data och i dessa framkommer tydliga skillnader i behandling och resultat mellan socioekonomiska grupper (Socialstyrelsen 2015 a). Figur 6 illustrerar med data från kvalitetsregistret för vård vid hjärtinfarkt (Swedeheart) att det finns skillnader mellan utbildningsnivåer i behandling och resultat för nästan alla redovisade indikatorer, och låg utbildning är konsekvent förenat med en mer ogynnsam situation.

Figur 6 Skillnader i insatser och resultat vid vård för hjärtinfarkt efter utbildningsnivå (Data från kvalitetsregistret Swedheart)

Diagrammet visar den procentuella avvikelser från rikets medelvärde för personer med olika utbildningsnivå. Stapel åt höger visar ett bättre, och stapel åt vänster ett sämre resultat i förhållande till rikets medelvärde.



Källa: Socialstyrelsen 2015 d.

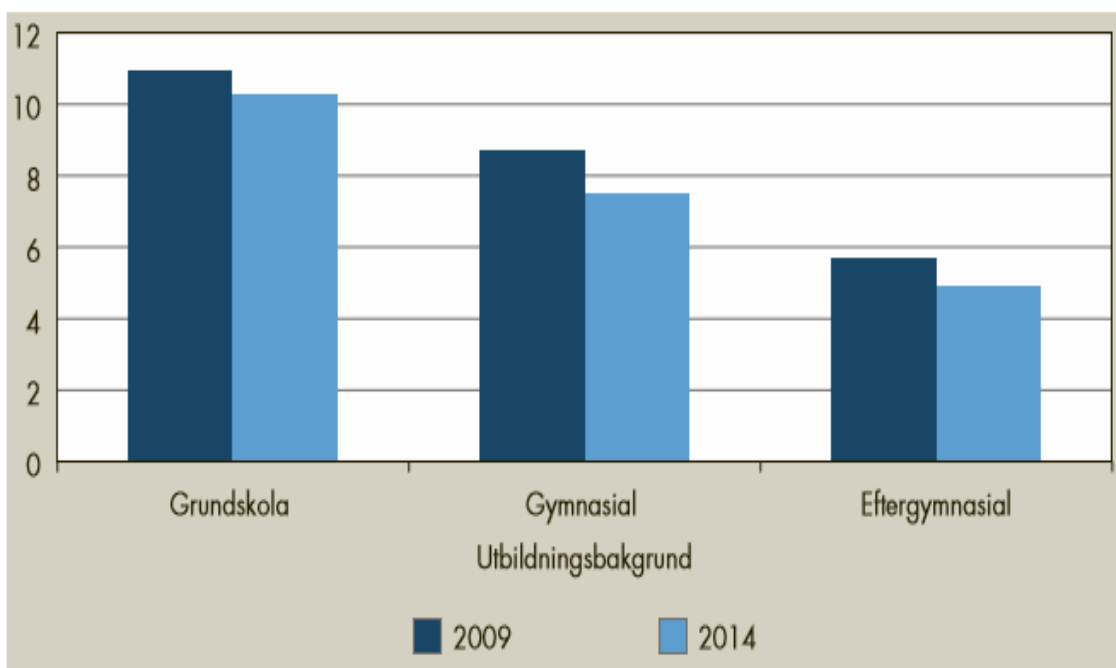
De mest framträdande skillnaderna ses för dödlighet, 28 dagar och 1 år efter hjärtinfarkten, död eller återinskrivning i hjärtsvikt, som är en vanlig följsjukdom till hjärtsvikt, för heltidssjukskrivning efter hjärtinfarkt, fysisk träning vid specialiserad hjärtrehabilitering, rökstopp efter hjärtinfarkt och blödningsskomplikationer vid antikoagulationsbehandling. Men socioekonomiska skillnader är också tydliga för invasiv behandling (i form av operation för att vidga kranskärlen). I en studie, med data från kvalitetsregistret för hjärtinfarkt, kunde inkomstskillnader avseende invasiv behandling vid hotande hjärtinfarkt inte förklaras av skillnader i samsjuklighet eller av typ av sjukhus. De som fick invasiv behandling förbättrades på samma sätt i alla inkomstgrupper, medan det fanns stora SES-skillnader i överlevnad bland de som inte fick detta (Rosvall *et al.* 2008 a).

Lågutbildande får också, liksom äldre kvinnor och patienter som är födda utanför EU, läkemedelsbehandling med sämre kvalitet, t.ex. vid stroke och vad gäller psykofarmaka, än välutbildade och yngre patienter som är födda i Sverige (Socialstyrelsen 2011 a; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014 a). En av de mest utsatta grupperna vad gäller ojämlig vård är patienter med psykisk ohälsa såsom depression eller psykos som i lägre utsträckning får ta del av avancerade och livräddande ingrepp vid hotande hjärtinfarkt, råd avseende levnadsvanor, som rent generellt beskrivits diskrimineras i vården och som har en betydligt lägre förväntad livslängd än andra grupper. (Socialstyrelsen 2011 a; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014 a).

Socioekonomiska faktorer har även stor betydelse för tandhälsa och tandvårdskonsumtion för såväl vuxna som barn. En bra indikator på tandhälsan inom olika befolkningsgrupper är förekomsten av tandförluster. Av figur 7 framgår att antalet tanduttagningar per 100 invånare, under perioden 2009 till 2014, har minskat vilket är ett resultat av den förbättrade tandhälsan generellt i befolkningen.

Figur 7 Tanduttagningar i relation till utbildningsbakgrund

Antal tanduttagningar per 100 invånare (30–74 år) för 2009 och 2014. Åldersstandardiserade siffror, med medelbefolkningen år 2014 som standardpopulation.



Källa: Tandhälsoregistret och Utbildningsregistret, Socialstyrelsen 2016 b.

Det är dock stora skillnader mellan personer med olika utbildningsbakgrund. År 2014 fick personer med högst grundskoleutbildning 10,3 tänder borttagna per 100 invånare. Motsvarande siffra för personer med eftergymnasial utbildning var 4,9, alltså mindre än hälften. Att ersätta en förlorad tand med implantat eller annan protetisk ersättning är ofta förenat med höga kostnader (Socialstyrelsen 2016 a).

Skillnaderna i vårdens processer och resultat återkommer således konsekvent och är ofta större mellan patientgrupper än mellan vårdgivare (Socialstyrelsen 2011 a; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014 a). Tidigare analyser talar för att olika orsaker ligger bakom dessa skillnader där geografiska skillnader, mellan vårdgivare, oftare kan härledas till organisatoriska orsaker medan skillnader mellan befolkningsgrupper inom vårdgivare oftare beror på vad som händer i vårdmötet (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014 a).

2.4 Vårdmötets grundläggande betydelse

2.4.1 Hälsöfrämjande förhållningssätt – att stärka tilltro till egen förmåga

Att få – eller riskera att få – en allvarlig sjukdom är ofta en påtaglig stresssituation, och man ställs då många gånger inför utmaningar som man tidigare inte mött. Beroende på tidigare erfarenheter, tillgång till socialt nätverk och egna psykologiska resurser är personen mer eller mindre sårbar i sådan situation. Vårdens medarbetare har här en viktig roll som kan bidra till att stärka personens psykosociala resurser (Kristenson 2011, 2012; Herlofson *et al.* 2017).

Tilltro till den egna förmågan är grundläggande för att kunna vara delaktig i sin vård och för att uppnå mer jämlika resultat av vård och omsorg. Låg SES är förenat med tunnare sociala nätverk, med lägre tillgång till psykologiska resurser såsom tilltro till egen förmåga och med mer hopplöshet och genom detta med en ökad sårbarhet för sjukdom (Kristenson *et al.* 2004).

Ett bemötande som stärker individens tilltro till egen förmåga och ger ett socialt stöd, där och då, är därför särskilt viktigt för den som har utsatt social situation (Kristenson 2011). Det bidrar till bättre livskvalitet med fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, men påverkar också sjukdomens prognos i form av läkning och överlevnad. Hopplöshet har visats vara lika stark riskfaktor för död efter vård på intensivvårdsavdelning som närvaro av sjukdom (Orvelius *et al.* 2017) medan skyddande resurser i form av coping och socialt stöd samvarierar med bättre överlevnad och kortare vårdtider vid levertransplantation (Telles-Correia 2011).

Forskning inom området psykobiologi illustrerar hur psykologiska faktorer såsom tilltro till egen förmåga eller hopplöshet påverkar kroppens centrala skyddssystem. Detta omfattar förmåga att kunna reagera på en utmaning med stresshormonet kortisol samt immunsystemets funktion och aktivitet vilka påverkar kroppens motståndskraft och läkeförmåga (McEwen 2000). Dessa biologiska mekanismer kan också ge förklaringar till varför självskattad hälsa, välbefinnande och livskvalitet har så stark koppling till överlevnad i befolkningen (Idler och Benyamin 1997) och hos patienter t.ex. efter hjärtinfarkt (Mavaddat *et al.* 2014). Exempel på betydelsen av psykosociala resurser och biologiska sårbarhetsmekanismer för sjukvårdens medicinska resultat är att bättre copingförmåga och större kortisolvariabilitet samvarierar med mindre smärta och kortare vårdtid efter diskbråcksoperation (Johansson *et al.* 2008) liksom att psykosociala resurser bidrar till starkare immunförsvar och snabbare läkning av bensår hos patienter med diabetes (Vedhara 2012).

Begreppet ”empowerment” innebär ett bemötande utifrån ett hälsöfrämjande förhållningssätt som stärker individens psykosociala resurser. Detta är viktigt i all omsorg och hälso- och sjukvård, men särskilt för patienter som är mera sårbara utifrån en utsatt social situation med låg tillgång till psykosociala resurser, vilket är vanligare hos de som har en låg SES (Kristenson 2011).

2.4.2 Patientcentrerad vård, personcentrering och brukarmedverkan

Begreppet patientcentrerad vård lanserades på 1950- och 1960-talen. Under denna period fördes en diskussion om att den snabba tekniska och medicinska utvecklingen inom hälso- och sjukvården gjort att patientperspektivet gått förlorat. Som en kontrast till vad som kallades "illness-centered medicine" började forskare och praktiker använda uttryck som "patient-centered medicine", "person-centered medicine" eller "client-centered counseling" (Balint 1969). Man hoppades att den nya terminologin skulle bredda fokus från sjukdomar och diagnos till ett mer holistiskt tänkande (Socialstyrelsen 2009). I Sverige har begreppet patientcentrerad vård funnits i politiska måldokument sedan den "nya" hälso- och sjukvårdslagen (HSL) antogs 1983. I januari 2015 antogs en ny lag om patientmakt (Prop. 2012/14:106). En rad bestämmelser som redan fanns i HSL infördes i patientlagen i syfte att samla alla bestämmelser av betydelse för patientens ställning, bland annat att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning, fast vårdkontakt och möjligheten att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

Målet är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i sin vård. Lagens mål är således att värna patientens rätt att påverka sin vård. Denna förstärkning av patientens roll är särskilt viktigt för den som inte själv kan, eller har anhöriga, som kan värna patientens rätt när det uppstått problem.

Ambitionen att stärka individens rättigheter uttrycks särskilt i FN:s konventioner om mänskliga rättigheter (MR), vilka Sverige har ratificerat.³ MR-perspektivet innebär bl.a. att patienten blir en rättighetsbärare som har rätt till bästa uppnåeliga hälsa, och att vården/personalen är skyldighetsbärare, som har skyldighet att se till att patientens rättigheter tillgodoses. En studie av patientcentrering (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2012) finner att vården i Sverige brister vad gäller:

- Patienter som medaktörer i vården.
- Respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar.
- Samordning och kontinuitet såväl inom som mellan aktörer i vård och omsorg.
- Helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och icke-medicinska (ex. sociala, emotionella och andliga) behov.
- Involvering av familj och närstående i vården enligt patienters önskemål.

Dessa kvaliteter uppstår i mötet mellan patient och vårdgivare. Sjukvårdens organisation, ledning och styrning måste därför ta sin utgångspunkt i vårdmötet och ge det så goda förutsättningar som möjligt. Detta möte har sin utgångspunkt i ett problem, ett symptom eller en sjukdom och är därför initialt patientcentrerat i mötet med patienten.

Personcentrerad vård kan ses som en utveckling av dessa tankar. Begreppet påminner om att de flesta patienter, också de som har kroniska sjukdomar, är patienter enbart ett fåtal timmar per år. Den övriga tiden lever man sitt liv som en person, med sin sjukdom. Personcentrerad vård (Ekman 2014) innebär att ta utgångspunkt i personens värderingar och preferenser samt värna möjlighet till medbestämmande. Det innebär att personen ses som en aktiv samarbetspartner och att hans eller hennes sociala nätverk involveras i vård och omsorg. Personcentrerad vård innebär också att beakta särskilda behov, t.ex. att vid olika kulturell bakgrund få bevara egna traditioner och sedvänjor.

³ manskligarattigheter.se

Brukar- och patientmedverkan samt medskapande är begrepp som används för att beskriva ambitionen att ge större inflytande till brukare och anhöriga i planering och genomförande av en offentlig tjänst, liksom att systematiskt ta tillvara erfarenhetskunskap och sträva efter att ändra relationen mellan brukare och professionella så att det skapas en annan maktbalans. Kommuner, landsting och regioner har en rad olika permanenta funktioner för samverkan med brukar- och patientorganisationer, t.ex. handikapp eller funktionshinderråd i kommuner, patientråd knutna till vårdcentral, samverkansorgan med patientorganisationer och brukardialogsberedningar på central landstingsnivå (SKL 2015). Nationella Kvalitetsregistren arbetar för att dessa ska vara utformade så att patienterna kan vara delaktiga i uppföljningen av vården vilket sker i samarbeten och kontakter med patientföreningar eller liknande.⁴ En central fråga i detta sammanhang är om det finns risker i att inflytande enbart gynnar starka brukare på bekostnad av svagare grupper eller individer (Socialstyrelsen 2003). En särskild form av, och möjlighet till, brukarmedverkan är att använda patientrapporterade mått avseende vårdens process och resultat (Nilsson *et al.* 2016). Aktiva patientföreträdare kan påverka vårdens utformning men den systematiska kunskapen om patienters symptom, funktion och välbefinnande är nödvändig för att vårdgivaren och patienterna tillsammans ska kunna fortsätta utveckla vården ur patientens perspektiv.

Ökat inflytande för patienten och närstående i vården bygger således på flera olika principer, mänskliga rättigheter och rätten till hälsa, personcentrerad vård etc. Detta är särskilt viktigt för grupper som upplever att de har ett lågt inflytande över sin egen livssituation eller grupper med låg tillit till samhälle och myndigheter inklusive patienter med erfarenheter av s.k. ”man-made trauma”. Empowerment-strategier för att stärka patientens psykologiska resurser har i sig en hälsofrämjande effekt och ett reellt patientinflytande ökar sannolikt samarbetet mellan vårdgivare och vårdtagare. Studier visar t.ex. att för personer med schizofreni innebär ”delat beslutsfattande” (en metodik som innebär att ge patienten stöd att kunna vara delaktig i beslut kring sin egen vård) en förbättrad prognos (Svedberg och Schön 2015). Egenvård med hjälp av anhöriga ökar, vilket på många sätt är mycket positivt. Men även i detta sammanhang finns risker där patienter med anhöriga (föräldrar eller partners) med någon typ av svårigheter kan komma att få sämre egenvård. När vi lägger allt mer ansvar på anhöriga riskerar vi därför att förstärka de befintliga ojämlikheterna om vi inte har system för att kompensera för ”svaga” anhöriga.

2.4.3 Normkritik en pusselbit för jämlik vård

Hälso- och sjukvården är, liksom det mesta i vårt i samhälle, anpassad efter hur vi förväntar oss att andra människor fungerar. Problemet är att förväntningarna grundar sig på en norm som många gånger inte stämmer med verkligheten. Ett normkritiskt förhållningssätt handlar om att reflektera över hur vår egen position påverkar oss i mötet med andra, och vilken norm vi utgår från.⁵ Kärnan i normkritiken är att fundera över vad det är vi förmedlar, medvetet eller omedvetet. Exempel är webbplatser eller informationsbroschyrer som vänder sig till alla men där detta inte framgår av vilka som syns på bild och vilka som tilltalas. Väntrummens utformning på BVC är ett annat exempel där utbudet av affischer, informationsmaterial och tidningar inte alltid är genomtänkt utifrån ett mångfaldsperspektiv.

Ett annat exempel är förlossningsvården. Om vårdapparaten är inriktad på det som är norm, finns risk att man inte ger den form av stöd som kvinnan och hennes partner behöver. Detta kan vara en av orsakerna till att risken för förlossningsskador är högre bland

⁴ kvalitetsregister.se

⁵ jamstall.nu.

förstföderskor födda utanför Norden än förstföderskor födda inom Norden (Socialstyrelsen 2015 d). Andra grupper som ofta exkluderas eller diskrimineras är homo- eller bisexuella, personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsatta. Det är också, i praktiken, sällsynt att en diskrimineringsgrund är den enda relevanta. Det kan ofta röra sig om flera samtidigt, som är inbakade i varandra, vilket brukar benämnas intersektionalitet (Bauer 2014). Vad som är relevant och när avgörs inte alltid av individen eller gruppen själv utan kan också vara något som tillskrivs av andra. Vem som har makten att avgöra relevansen är ett tydligt uttryck för makt.

De sju diskrimineringsgrunderna (se nedan) och socioekonomisk status är en viktig bas för att identifiera behov av förändringar som kan gälla allt från besökstider och informationsmaterial till de standardfrågor man använder i olika situationer.⁶

De sju diskrimineringsgrunderna:

Kön
Sexuell läggning
Könsidentitet eller könsuttryck
Etnisk tillhörighet
Religion
Funktionsnedsättning
Ålder.

2.4.4 Hälsolitteracitet: kommunikation för jämlik vård.

En viktig förklaring till ojämlikhet i hälso- och sjukvårdens processer och resultat är bristande kommunikation. Personers uppfattning om hälsa och sjukdom, om hur man upprätthåller hälsa, hur man förstår hälsoinformation och när och hur man behöver söka vård varierar mycket mellan olika grupper. I patientmötet är det därför viktigt att utgå från patientens förståelse av det som diskuteras men också att inte använda termer som inte förstås av patienten. Förståelse av ord, begrepp och budskap är avgörande för att skapa det partnerskap med patienten och den patientmedverkan som vi i dag eftersträvar. Det kan vara avgörande för att förstå patientens problem och sätta rätt diagnos, men också för en följsamhet till behandling och en optimal vård.

Det engelska begreppet ”Health Literacy” som funnits länge i internationell forskning, har översatts till hälsolitteracitet och omfattar dessa aspekter. Begreppet avser en persons förmåga att få tag på, förstå, kommunicera, värdera och använda hälsoinformation (Berkman *et al.* 2010; Mårtensson och Hensing. 2011; Rudd 2013; Wängdahl *et al.* 2017). Aktuella studier visar att cirka 50 procent av befolkningen i Europa upplever svårigheter att förstå det språk som används inom vård och omsorg (Sørensen *et al.* 2015). Andelen är högre, och svårigheterna mer uttalade, för de med utsatt socioekonomisk situation. Hälsolitteracitet kan också variera hos den enskilde över tid och utifrån situation. Hälsolitteracitet har betydelse för huruvida ett visst hälsotillstånd uppfattas medföra behov av vård och hur man presenterar och kan kommunicera sina symptom till vårdgivaren. Även följsamhet till behandling påverkas om man inte förstår instruktioner, vad som är viktigt, och därför inte följer behandlingen. Det kan också leda till att man inte litar på vården eftersom man inte förstår. Hälsolitteracitet har visat sig ha betydelse för prognos av och överlevnad i sjukdom och bristande hälsolitteracitet kan därför vara en bidragande orsak till att hälso- och sjukvården inte fungerar jämlikt.

⁶ do.se

Hälsolitteraciteten kan öka om vårdgivare utvecklar sin förmåga att kommunicera i tal och skrift och på andra sätt. För den patient som är blind eller döv är blindskrift och tillgång till teckenspråkstolk grundläggande för att kunna kommunicera. Nyanlända invandrare har visats ha lägre hälsolitteracitet. Detta kan dels bero på att man har ett annat modersmål och dels på att man kommer från ett samhälle med ett annorlunda hälso- och sjukvårdssystem och kultur. En professionell tolk är centralt för att ge god vård till den som inte kan landets språk och betydelsen av att använda kompetenta tolkar måste hanteras som en patientsäkerhetsfråga av vården. Anhöriga bör som regel inte användas som tolk och barn ska aldrig användas som tolkar i vården. Teknisk utrustning med högtalartelefoner möjliggör telefon-tolkning med bibehållen kvalitet och patientsäkerhet (Socialstyrelsen 2016 c, d).

Men hälsolitteracitet är inte en enkel funktion av att kunna språket utan handlar även om kulturell förståelse. Inom psykiatrin har man uppmärksammat att "lidandespråket" ser olika ut i olika kulturer. Förståelse av kulturella skillnader förbättrar den terapeutiska alliansen. Detta gäller med stor förmodan även inom kroppssjukvården (Bäärnhielm 2013). Hälsolitteracitet kan också hänföras till det sätt vården och dess medarbetare kommunicerar, där språket inte sällan innehåller vetenskapliga begrepp och vårdens egna "kodord" t.ex. ett positivt provresultat, som egentligen är negativt, latinska namn på skyltar, och ett allt för byråkratiskt språk.

Vägen fram är, enligt en av de ledande internationella forskarna på området, att inte lägga ansvaret på den som inte förstår utan på den som förmedlar budskap, att "se oss själva i spegeln" för att se om det är möjligt att förstå det vi kommunicerar, och sträva efter att formulera budskap, skriftliga och muntliga, så att de ska kunna förstås av alla (Rudd 2013; Nouri och Rudd 2015). En metod för detta kallas "Teach-back" och innebär att man ber patienten återberätta och sammanfatta utifrån att man vill veta om man hade förklarat så att det var möjligt att förstå. Det handlar också om att utveckla hela verksamheten så att t.ex. skyltar är tydliga och lättlästa, att kallelser och inbjudningsbrev är lätta att förstå. Den "Hälsolitterata organisationen" är ett begrepp som beskriver en organisation som systematiskt arbetar för att skapa detta och där det i dag finns standarder för självvärdering av verksamheten (Nouri och Rudd 2015).

2.4.5 Kontinuitet – för trygghet, säkerhet och kvalitet

Kontinuitet kan förstås på olika sätt. Den "relationella" eller "personliga" kontinuiteten är det som i högst grad framförs av patienter som önskvärd. Med detta avses att det över tid är samma person, eller personer i ett team i vården, som interagerar med patienten. I internationella jämförelser har Sverige brister vad gäller samordning och kontinuitet såväl inom, som mellan, aktörer i vård och omsorg, men även vad gäller möjligheten att få en egen fast läkarkontakt (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2012, 2014 a, b). Det finns också geografiska skillnader vad gäller samordning och kontinuitet i vården. Exempelvis varierar andelen patienter som, när de besöker primärvården, ofta träffar samma läkare mellan 35 och 67 procent (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017). Att möta en lång rad personer inom vården där ingen tar det samlade ansvaret för patienten skapar en osäkerhet för den enskilde.

För att säkra god vård är det därför avgörande att alla som har behov av, eller själv önskar, ska ha rätt till en patientansvarig läkare (PAL). Detta är särskilt viktigt för den som har språksvårigheter, har en utsatt social situation eller av annat skäl behöver stöd i att bygga en förtroendefull relation med läkaren. År 2010 infördes en ny bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen (Prop. 2009/10:67) som ersätter det tidigare kravet på att alltid utse en patientansvarig läkare, PAL. Enligt den nya bestämmelsen ska verksamhetschefen se till att vården tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksam-

hetschefen ska utse en fast vårdkontakt för patienten om det anses nödvändigt, eller om en patient själv begär det. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter gäller rätt till en PAL enbart för patienter med livshotande tillstånd (Socialstyrelsen 2011 c, 2012).

Men även patienter som har kroniska sjukdomar, sköra och multisjuka äldre, kan ha behov av att en läkare är den fasta vårdkontakten. Det måste vara tydligt för patienten vem som är PAL och därför ska man ha rätt till en namngiven läkare. Svenska läkarförbundet beskriver att vi har den lagstiftning som behövs för att ge patienten rätt till en PAL, men att problemet är att den inte följs och att tillämpningen av lagen därför måste ändras (Sveriges läkarförbund 2015). Det är också viktigt att hänsyn tas till att patienter har olika behov, vilket illustrerats i olika behovsanalyser. Exempelvis har SKL, efter intervjuer med patienter med kronisk sjukdom illustrerat hur olika behovsgrupper utifrån bland annat hälsa och tillit till egen förmåga anger olika prioritering av vårdens organisering och även olika behov av kontinuitet (SKL 2016).

Kontinuitet är särskilt viktigt för långtidssjuka eller kroniskt sjuka personer med stora vårdbehov och vården av multisjuka äldre ställer särskilda krav på samordning och kontinuitet i vårdkedjan. Trots att många äldre beskriver att de är nöjda och tacksamma med det som erbjuds i dag anger var femte äldre person, med stora sammansatta behov, att de har alltför många personer att förhålla sig till i sitt möte med vården (IVO 2016). För att det ska fungera tillfredställande krävs ett väl utvecklat samarbete mellan professioner i multiprofessionella team, men också en sammanhållen vård mellan verksamheter och organisationer dvs. landsting och kommun, sjukhusvård, primärvården och den kommunala vården och omsorgen (Berlin *et al.* 2009; Kvarnström *et al.* 2011).

Olika sätt att organisera för bättre samverkan och kontinuitet innefattar närvård, mobila team, vårdlotsar och s.k. "case management". Case management syftar dels till att stärka patientens egen förmåga att hantera sin situation och dels till att förbättra samordningen av vård- och omsorgsinsatser för patienterna och därigenom minska patienternas behov av dyr akutsjukvård. Arbetsättet har visat positiva effekter på såväl kliniska som sociala utfallsmått (Kumar och Klein. 2013). Stockholms landsting har genomfört en svensk anpassning av case management kallat "aktiv hälsostyrning", med telefonbaserat stöd av specialutbildad sjuksköterska för riktad intervention till patienter, vilket visade sig minska undvikbar sjukvård (Edgren *et al.* 2016). Inom Region Jönköpings län pågår sedan femton år arbete med "Esther" som är ett samarbete mellan kommunerna, primärvården och slutenvården samt med senior- och patientorganisationer kring vården av sjuka äldre. Esther är en symbolisk patient med komplexa vårdbehov som kräver integrerad vård och samordning mellan sjukhus, primärvård, hemvård och omsorg. Särskilda Esthercoacher, från både kommuner och landsting och som fått en specialdesignad utbildning framhåller kontinuerligt visionen om trygghet, oberoende och om ständigt förbättrad samordning. De ställer ideligen frågan; vad är bäst för Esther? (SKL 2015).

2.5 Betydelsen av den fysiska vårdmiljön

På motsvarande sätt som vårdmötet har betydelse för jämlik hälsa är vårdmiljön central för patientens tillfrisknande, livskvalitet och hälsa. En i dag klassisk studie av gallopererade patienter visade redan på åttiotalet hur de patienter som hade fönster mot ett grönområde hade mindre smärta och kortare vårdtid än de som bara kunde se ut mot en vägg (Ulrich 1984).

Detta har stimulerat till omfattande forskning som visat betydelsen av ljud, ljus och färgsättning liksom val av inredning och utsmyckning av lokaler, men också kulturens betydelse för patientens hälsa (Ulrich *et al.* 2004; MacDonald 2013; Wijk och Nidin 2017; Theorell 2017). Exempel innefattar vikten av en tillgänglig vårdmiljö som är lätt att tolka och förstå,

vikten av en vårdmiljö där det finns möjlighet till avskildhet och inte minst en estetiskt tilltalande miljö som visar respekt för patientens värdighet. Vårdmiljöns utformning är särskilt viktig för den som är mest sårbar, dvs. den som är multistjuk, som har stora hjälpbehov, socialt isolerad eller som tidigare blivit utsatt eller besviken, vilket är vanligare bland individer med utsatt social situation. Det gäller särskilt för den som lever sitt liv i en vårdmiljö såsom inom omsorg och i äldreboende (Abrahamsson *et al.* 2012; Rowles och Bernard 2013). Studier har visat att inte enbart måltidens näringsinnehåll utan också dess servering och sociala sammanhang är av stor betydelse för hälsan (Johansson 2013). En hälsofrämjande vårdmiljö är samtidigt en hälsofrämjande arbetsmiljö för de som arbetar inom vård och omsorg, vilka i dag utgör den grupp i samhället som har högst ohälsotal (se kapitel 7 om medarbetarperspektivet).

2.6 Prevention – rådgivande samtal om levnadsvanor

De flesta kroniska sjukdomar är möjliga att förebygga genom att påverka de fyra levnadsvanorna låg fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, tobaksbruk och riskbruk av alkohol. Enligt samstämmiga analyser ligger dessa levnadsvanor bakom cirka 80 procent av alla hjärtsjukdomar och stroke, liksom 30 procent av all cancer (se t.ex. WHO 2005). Effektiva insatser som främjar goda levnadsvanor utgör därför grunden för preventionen av våra stora folksjukdomar (Institute for Health Metrics and Evaluation 2013).

Levnadsvanorna har också betydelse för patientens sjukdomsprognos (Tønnesen *et al.* 2009). Dessa effekter kommer mycket snabbt, t.ex. innebär rökstopp inför operation att risken för komplikationer minskar och vårdtiden förkortas (Tønnesen *et al.* 2009). Rökstopp innebär också kraftigt minskad risk att återinsjukna efter hjärtinfarkt och avstannad försämring och även förbättring av lungfunktion vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) (Gilljam 2012).

Eftersom ogynnsamma levnadsvanor konsekvent är vanligare bland personer med låg socioekonomisk situation är hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga sjukdomar genom att främja goda levnadsvanor särskilt angelägna i dessa grupper (Meader *et al.* 2016).

Det finns god evidens för effekter av sjukvårdens sjukdomsförebyggande insatser genom rådgivande samtal med patienter om tobak, riskbruk av alkohol, fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen 2011 b). Denna form av rådgivande samtal är grunden för socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande insatser avseende levnadsvanor som nu implementeras i hälso- och sjukvården. Grunden för detta är att rådgivande samtal som sker i dialog, och som utforskar individens värderingar och motivation, är de som har störst möjligheter att bidra till en förändring av en vana. När det gäller tobak och mat är kraven på insatsen mer omfattande och dessa kallas kvalificerad rådgivning (Socialstyrelsen 2011 b). Det finns fortfarande få studier av om dessa insatser fungerar lika bra i olika socioekonomiska grupper. En prospektiv observationsstudie avseende insatser för att stödja rökstopp visar emellertid att kvalificerad rådgivning, dvs. den metod som riktlinjerna rekommenderar vad gäller tobak, också är framgångsrikt hos individer i en utsatt socioekonomisk situation (Neumann *et al.* 2013).

Om vi avser att minska sociala skillnader i hälsa förutsätter detta dock att dessa råd om levnadsvanor erbjuds alla. Data från kvalitetsregistret Swedheart (se figur 6) talar emellertid för att skillnader mellan olika socioekonomiska grupper vad gäller stöd att sluta röka och fysisk träning vid hjärtrehabilitering är betydande och större än skillnader i medicinska insatser. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har analyserat vårdens arbete avseende ohälsosamma levnadsvanor ur ett jämlikhetsperspektiv, med särskilt fokus på socioekonomiska faktorer och kön. Analysens slutsats är att det krävs ett systematiskt jämlikhetsfokus

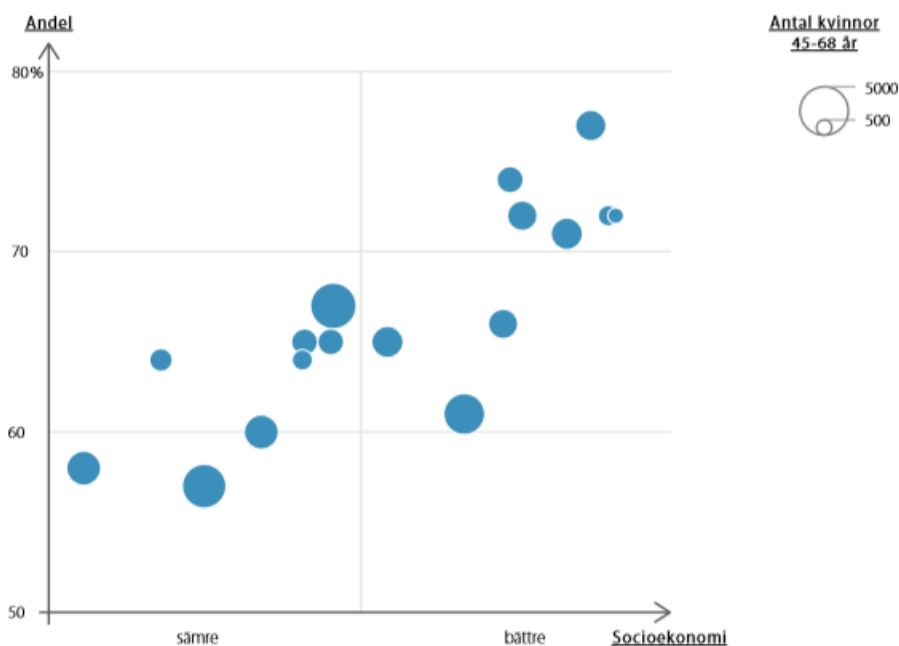
för att det förebyggande arbetet ska nå olika grupper i lika stor utsträckning. Eftersom forskningen i dag är begränsad kring hur hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete kan anpassas för personer med olika förutsättningar t.ex. vad gäller SES bör sådan forskning främjas. Även kunskapen kring hur vården på ett ändamålsenligt sätt kan nå fler i det förebyggande arbetet behöver stärkas (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016).

3 Jämlik vård – befolkningsperspektivet

3.1 Screening för tidig upptäckt av sjukdom

Som framgick i figur 3 ser vi tydliga socioekonomiska skillnader i överlevnad i bröstcancer, och studier har visat att detta till del kan hänföras till skillnader i tidig diagnostik (Dianatinasab *et al.* 2016). Hälso- och sjukvårdens screeningverksamhet för tidig upptäckt av vissa cancersjukdomar innefattar t.ex. mammografi för att detektera tidiga stadier av bröstcancer och gynekologisk cellprovtagning för tidig upptäckt av livmoderhalscancer. Detta erbjuds alla kvinnor i vissa åldersgrupper, och anses ha bidragit till lägre dödlighet i dessa sjukdomar. Hög deltagarfrekvens i ett screeningsprogram är en viktig förutsättning för att minska dödligheten, oavsett cancersjukdom. Sverige har ett relativt högt deltagande i mammografiscreeningen. Flera studier visar dock att kvinnor med låg SES (inkomst och utbildning), liksom utrikesfödda kvinnor har lägre deltagande i mammografiscreening, vilket framgår av figur 8, (Zachrisson 2012) och betydelsen av SES är också tydlig för deltagande i gynekologisk cellprovtagning (Rodvall *et al.* 2005).

Figur 8 Samvariation mellan andel som deltagit i mammografiscreening i Malmö och socioekonomi



Källa: Malmökommissionen 2013.

Det finns flera möjliga orsaker till att kvinnor med låg SES inte deltar i denna form av screening i samma utsträckning som de med högre SES. Viktiga faktorer är tillgänglighet, avgift för undersökning samt påminnelser vid uteblivet deltagande. Lågt deltagande kan även bero på att man inte förstått inbjudan för att man inte kan läsa eller inte behärskar språket det är skrivet på. Det kan också bero på den bakgrund och erfarenhet man har som person. Om man levt under omständigheter där sjukdom innebär att man medicinerar och antingen blir frisk eller dör och där kronisk, livslång medicinering inte är ett realistiskt alternativ, är det antagligen svårt att se varför man ska undersökas om man inte känner sig sjuk. En annan orsak kan vara att man inte får gå dit ensam för sin man.

Angereds Närsjukhus i nordöstra Göteborg har genomfört kampanjen ”Ta med en vän”, där kvinnor från samma kultur följer med till undersökningen. Avsikten var att öka deltagandet i screening för cervixcancer i området. Erfarenheterna är mycket goda. Kampanjen startade 2011 och år 2016 hade antalet tagna prov ökat med 70 procent. En färsk avhandling beskriver orsaker till framgången som berodde på flera samverkande insatser – man utgick från noggranna studier tillsammans med invånarna, arbetade med hälsoinformatörer som var utbildade invånare från olika grupper, hade riktad information på olika språk via kanaler som invånarna använde sig av (inklusive tvättstugelappar!), och annonserade på lokalbussar i området där provtagningen utfördes (Olsson *et al.* 2014; Eriksson 2016).

3.2 Primärpreventiva och hälsofrämjande insatser

3.2.1 MVC, BVC, Elevhälsa, och Ungdomshälsa

Den strukturerade uppsökande verksamhet i landet som avser alla gravida (mödravårdcentral; MVC) och alla barn (barnavårdscentral; BVC) har funnits mycket länge och anses vara en central orsak till den låga dödligheten i Sverige vid förlossningar och till svenska barns goda hälsa. De är båda exempel på ”proportionell universalism”, vilket innebär att man, för att minska den sociala gradienten i hälsa, behöver rikta sina insatser universellt, (till alla) men anpassat i proportion till särskilda gruppers behov (WHO 2008; Marmot 2010). Aktuella studier visar att denna ansats behöver stärkas, exempelvis erbjuder vi BVC till alla men inte mer frekvent eller särskilt anpassat till dem som behöver det mest (Wallby och Hjern 2011). Man kan särskilt visa att MVC och BVC:s föräldragrupper inte fångar upp föräldrar som är lågutbildade, utrikesfödda eller ensamstående och att pappor sällan deltar i besöken på BVC (Fabian 2008). Goda exempel på samverkan mellan flera aktörer är Familjecentraler, där hälso- och sjukvården samarbetar nära med socialtjänst och andra aktörer. Ett aktuellt och framgångsrikt exempel är samverkan mellan föräldrarådgivare från socialtjänsten och sjuksköterskor från BVC genom extra hembesök till nyblivna förstagångsföräldrar i Rinkeby. Deltagande föräldrar erbjuds fem extra hembesök när barnet är 2–15 månader gammalt. Insatsen uppskattas såväl av föräldrar som av medverkande personal. En preliminär utvärdering visar även att det lett till ökad vaccinationsgrad för MPR-vaccin och en tendens till minskad konsumtion av akutsjukvård och inläggningar när barnen är 1–2 år gamla. Extrakostnaden per deltagande barn uppskattas till cirka 3 000–4 000 kronor (Marttila *et al.* 2015).

Det är således viktigt att värna, stärka och utveckla insatserna på MVC och BVC och att dessa välfärdsinstitutioner verkligen anpassas för att motsvara olika gruppers behov. Men, det är också viktigt att skapa en bättre kontinuitet över organisationsgränser. I Uppsala län pågår det ett försök att låta förskola lämna information till BVC inför årskontrollen vid 3, 4 och 5 år med hjälp av ett strukturerat frågeformulär, något som skapar möjlighet att upptäcka barn med behov av insatser (Salari *et al.* 2013; Fält 2016). Inte minst är detta viktigt inför att barnet börjar skolan. Då startar en ny form av hälsovård (Elevhälsan) i en annan

huvudmans regi (kommunens), och av olika skäl överförs inte alltid den kunskap BVC har om barnet till den nya huvudmannen. Ett sådant skäl är att sekretessbestämmelser försvårar detta. Detta kontinuitetsgap riskerar emellertid att dölja problem som är viktiga att se för att kunna agera tidigt. Det arbete som pågår, bland annat mellan företrädare för BVC och skolhälsovård med att skapa en bättre kontakt och informationsöverföring mellan dessa verksamheter är därför mycket angeläget och bör stödjas. På samma sätt är kontinuitet vid skolbyten viktigt. När en elev byter skola eller skolform finns risken att viktig information går förlorad. Det kan påverka alla barn och elever, men i synnerhet de som är i behov av extra anpassningar eller särskilt stöd. När det gäller övergångar för elever i behov av särskilt stöd är elevhälsans roll extra viktig (Skolverket 2014). Direktiven för elevhälsan beskriver att den ska bidra till miljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa. Elevhälsan ska ha tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Huvudmannen ska avgöra vilken kompetens, och hur mycket personal, skolan behöver utifrån lokala behov och förutsättningar. Rapporter beskriver att det finns stora skillnader i denna bedömning, men också att det saknas systematisk analys av skillnader i skolhälsovårdens arbetsinsatser, samt vad gäller skillnader i hälsa (Socialstyrelsen 2011 a; SOU 2016:94). Arbetet vid ungdomsmottagningar för unga vuxna 18–25 år, som är särskilt viktigt för de med utsatt social situation, visar stora variationer när det gäller tillgänglighet och kvalitet mellan olika mottagningar (SKL 2017).

3.2.2 Riktade hälsosamtal till den vuxna befolkningen

Den form av systematiskt, befolkningsinriktat förebyggande arbete som sker för barnen, sker fortfarande i mycket begränsad utsträckning i den vuxna befolkningen. Det har visats att cirka 40 procent av de som får en hjärtinfarkt före 70 års ålder dör innan de kommer till sjukhus, och att andelen är högst bland de med en mer utsatt socioekonomisk situation (Rosvall *et al.* 2008 b). Av denna anledning är primärpreventiva insatser angelägna.

Riktade hälsosamtal, dvs. en riktad hälsoundersökning som är kopplad till ett hälsosamtal i form av en dialog utifrån deltagarens egen hälsoprofil, såsom sker i Västerbottens VIP-program och i Jönköpings län, har visats vara ett kostnadseffektivt sätt att minska insjuknande och död (Lingfors *et al.* 2009; SBU 2013; Blomstedt *et al.* 2015). Det är viktigt att se att detta är en helt annan verksamhet än allmänna hälsokontroller vilka visats inte ha effekt på hälsan. De senare innebär enbart hälsoundersökning varefter man får ett brevsvår på resultatet av undersökningen, men ingen dialog kring vad man kan göra för att påverka sin hälsa (SBU 2013).

Det som karaktäriserar Riktade hälsosamtal är att de:

- Drivs integrerat i primärvården.
- Är befolkningsbaserade; samtliga i målgruppen erbjuds att delta vid sin hälsocentral.
- Integrerar sjukdomsförebyggande låg- och högriskstrategi utifrån principen proportionell universalism (dvs. att alla erbjuds generella insatser, men de anpassas och utformas så att de motsvarar olika individers och grupperns behov).
- Som central komponent har ett hälsosamtal, som utgår utifrån individens preferenser och möjligheter, samt från enkätsvar i fråga om levnadsvanor och levnadsförhållanden tillsammans med mätvärden för centrala kardiovaskulära riskfaktorer.
- Tillämpar ett strukturerat arbetsätt, med en personcentrerad samtalsmetodik och ett hälsofrämjande förhållningssätt som fokuserar individens motivation och resurser.
- Baseras på aktuell medicinsk evidens för hjärtkärlprevention.

- Har utrymme för anpassning till lokala förutsättningar.
- Kvalitetssäkras av ett strukturerat och samordnat kompetens- och metodstöd inom hälso- och sjukvården.

Man eftersträvar en spridning i lokalbefolkningen om att hälsosamtalen pågår vilket ökar deltagarfrekvensen påtagligt. Om alla i utvalda åldersgrupper bjuds in till hälsosamtal leder det till en rörelse i lokalsamhället som, förutsatt att tillräckligt många nås, också förbättrar utbudet av hälsosamma miljöer och möjligheter.

De beskrivna ansatserna har visats leda till att minska sociala skillnader i hälsa (Weinehall 2001; Blomstedt *et al.* 2015). Analyser visar att skillnader i deltagande mellan SES grupper är relativt små. Samtidigt är behovet av dessa insatser större i socioekonomiskt utsatta grupper på grund av en större förekomst av riskfaktorer och en ökad sjukdomsrisk. Undantaget vad gäller skillnader i deltagande är de personer som har en samtidig kombination av flera faktorer, särskilt att man nyligen kommit till landet, inte talar svenska och har kort utbildning. För dessa grupper behöver särskilda former av uppsökande insatser ske; exempel på detta finns i Angered och i Stockholm, se nedan (VGR Angereds närsjukhus 2016; Frizell 2016).

3.2.3 Samarbete med lokalsamhället

I arbetet med riktade hälsoundersökningar efterstävas en samverkan med lokalsamhället eftersom den största effekten av individriktade primärpreventiva insatser uppkommer om det, samtidigt, sker insatser i lokalsamhället i samverkan med andra aktörer (Lingfors 2009). Sammanhanget spelar stor roll, det är exempelvis lättare att äta hälsosamt om butiken eller arbetsplatsen har mycket frukt och grönsaker, att öka sin fysiska aktivitet om det finns cykelbanor eller om man samtidigt med råd att öka sin fysiska aktivitet får kunskap om vart man kan vända sig för att börja motionera. För den som är socialt isolerad är gemenskap som skapas t.ex. genom kyrkan eller olika typer av föreningar värdefullt.

Därför är samarbete med lokala aktörer, idrottsföreningar eller övriga civilsamhället angeläget i arbetet för jämlik hälsa.

I Angereds folkhälsoplan för 2017 anges att: ”ett effektivt och likvärdigt stöd när det gäller levnadsvanor till individer och grupper med olika bakgrund kräver ett medvetet och kritiskt granskande förhållningssätt gentemot de egna normerna och förhållningssätten, samt en gedigen ämneskunskap”. För att nå grupper i befolkningen där de traditionella kontakt- och informationsvägarna inte når fram utbildar man därför hälsoguider, dvs. nyckelpersoner i olika nätverk, som kan bidra till att tillgodose principerna ”availability, accessibility, acceptance and quality” (AAAQ) för hela befolkningen. Hälsoguiderna fungerar som en kanal mellan befolkning och offentlig förvaltning och lyfter även behov de ser i befolkningen till beslutsfattare. Stöd till barn och familjer sker genom dialogföreläsningar och andra aktiviteter kring hälsa och kost, fysisk aktivitet, stress m.m. i samverkan med skolor och förskolor, bibliotek, ”hälsotek”, idrottsföreningar, familjecentraler, folktandvård, elevhälsovård och primärvård (VGR Angereds närsjukhus 2016).

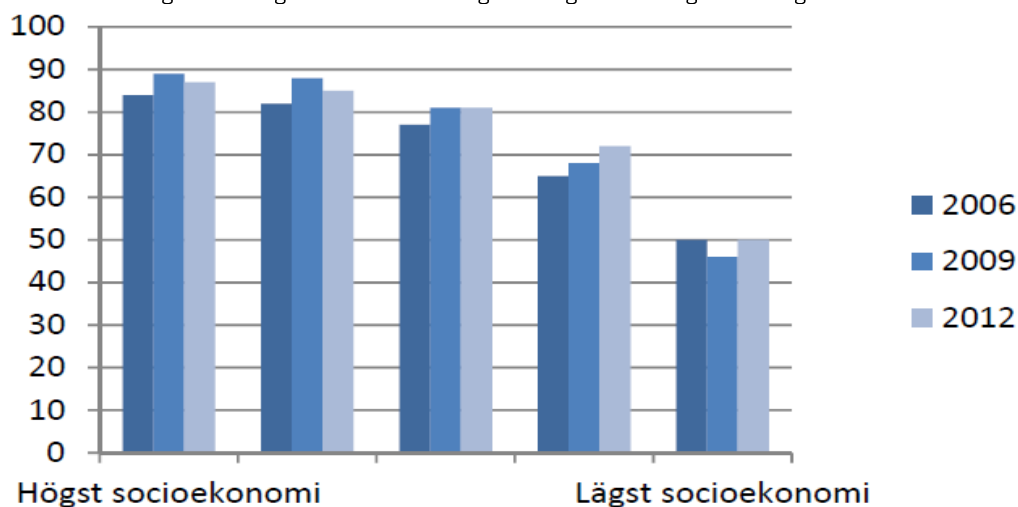
En verksamhet i form av gratis lungfunktionsundersökning (spirometri) för att upptäcka odiagnostiserad KOL har utvecklats i Angered. Vid starten inbjöds deltagare till sjukhusets lokaler, men detta har sedan ändrats till att göra undersökningen, som är gratis, på offentliga platser för att ytterligare nå de som av olika anledningar inte valt att söka vård. Utvärderingar visar att man på detta sätt på ett effektivt sätt når grupper som man annars inte skulle nå. Exempelvis är andelen rökare bland de som deltagit 45 procent. Deltagarna får efter sin spirometri en omedelbar intervention (Ekberg-Jansson *et al.* 2013).

4 Tandvården, en del av hälso- och sjukvården?

Tandvården har under många år varit en föregångare i det preventiva arbetet, särskilt vad gäller kariesprevention och dagens unga generation har en helt annan tandhälsa än tidigare generationer. I dag ser vi emellertid stora, och stigande, skillnader i kariesförekomst mellan socioekonomiska grupper, såväl bland barn som vuxna exemplifierat nedan (figur 5) genom skillnader i andel kariesfria 6 åringar mellan tandkliniker som ligger i boendeområden med olika SES i form av inkomstnivå (Aronson och Mako 2013).

Figur 9 Andel kariesfria 6-åringar vid tandkliniker i områden med hög vs. låg SES i form av medelinkomst i Östergötland, 2002–2009

Kategori 5–1 anger områden med högst till lägst andel höginkomsttagare.



Källa: Aronson och Mako 2013.

Fluorsköljningar togs bort i många delar av landet under 1990-talet då den positiva effekten av fluortandkräm dokumenterats. Effekt av fluortandkräm förutsätter emellertid att man regelbundet borstar tänderna, vilket i mindre grad förekommer i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar. För att minska ojämlikheter i munhälsa ges särskilda förebyggande insatser i utsatta områden, såsom återinförande av fluorsköljningar eller fluorlackningar och munhälsolektioner i skolan. Detta kan emellertid inte ersätta insatser i lokalsamhället, för att påverka matvanor, sötsakskonsumtion och tandhygien.

Ett exempel på utåtriktat arbete i samarbete mellan tandvården och lokalsamhället är FRAMM (Fluor, Råd, Arena, Mat, Motivation) i Västra Götaland. Programmet genomförs i samverkan med skolan och är förankrat hos tandvårdsdirektör, rektorer, klinikchefer, personal på skolorna och barn och ungdomar. Programmet börjar när barnet är ett år och därefter följer insatser anpassade efter ålder och socioekonomisk status i det område skolorna ligger. Programmets bas innehåller munhälsobedömningar och samtal om barnets munhälsa med föräldrar vid ett och två års ålder, samt fluorlackningar och munhälsolektioner vars frekvens anpassas efter behov. I dag når FRAMM ut till alla regionens skolor och täckningsgraden på klassnivå är 99 procent. FRAMM har resulterat i att skillnaderna i kariesförekomst har minskat mellan socioekonomiskt hög- och lågstatusgrupper. Programmet utgör således ett exempel på ”proportionell universalism” (Wretlind och Magnusson 2016).

Under senare år har ett antal samverkansprojekt mellan folktandvårdskliniker och familjecentraler tagit form, där personal från folktandvården kommer till familjecentralen och ger råd och information om munhälsa eller kopplas, som en ordinarie medarbetare med tandvårdsverksamhet, som en del i familjecentralens utbud. Ett projekt har utbildat team med en tandsköterska eller tandhygienist och en dietist, som äter en måltid tillsammans med familjer. Under måltiden samtalar man om vad familjerna gör eller vill göra för att utveckla hälsosamma levnadsvanor, speciellt med fokus på matvanor och fysisk aktivitet. Dessa team verkar nu på ett antal familjecentraler i socioekonomiskt utsatta områden (Wretlind och Gahnberg 2017).

För barn och unga är tandvården kostnadsfri, och från 2017 gäller det till och med det år man fyller 21 år. Därefter är kostnaderna betydligt högre än vad som gäller för besök i hälso- och sjukvården. Ekonomiska skäl att avstå vård är också särskilt tydliga för tandvård. Detta är speciellt vanligt bland de äldre, där en stor andel av de som har låg inkomst i dag inte har ekonomiska möjligheter att få vare sig prevention, behandling av munsjukdomar eller rehabiliterande tandvård (Socialstyrelsen 2016 b).

Den fråga som uppstår är om tandvården borde ingå i samma sjukförsäkring som övriga hälso- och sjukvården. Detta är relevant av två skäl, dels det sociala stigma som det innebär att ha trasiga tänder och dels att det i dag finns omfattande kunskap om betydelsen av tandhälsan för övrig hälsa, såsom ökad risk för hjärtinfarkt (Bartova 2014).

5 Vården för de mest utsatta

5.1 Vården för flyktingar och asylsökande

Flyktingar har nästan alltid levt med stor stress innan de flyr och en stor del av nyanlända har utsatts för svåra traumatiska upplevelser. Därtill är själva flykten ofta omgärdad av hot och umbäranden, där många familjer splittras under långa perioder. När man kommer till Sverige väntar en lång tid av osäkerhet under bland annat asylprocessen. Detta leder till ökad risk för psykisk ohälsa såsom depression, ångest och posttraumatisk stress. Även efter asylprocessen, finns det stressorer och hälsorisker, t.ex. osäkerhet kring förlängning av uppehållstillstånd, svårigheter att få boende, arbete eller familjeåterförening. Många, inte minst barn, har sett sin grundläggande trygghet (familj, släktingar, hus och hem) slås i spillror, bevittnat våld och svåra övergrepp och detta riskerar att allvarligt skada tillit och framtidshopp, något som leder till försämrad hälsa (Socialstyrelsen 2015 b, 2016 c; Tinghög 2016).

Migrationsforskning visar att den person som får arbete och försörjning, och genom detta ett socialt sammanhang och återupprättad självbild har ökade förutsättningar för rehabilitering, återhämtning och en god hälsa. En enkätstudie genomförd via MILSA (en forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa) visar att var femte nyanländ har hälsoproblem som hindrar ett aktivt jobbsökande. Otillfredsställda vårdbehov eller bristfällig kunskap om vården är vanligt förekommande. Att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation är bristande för många nyanlända. Detta innebär en risk för ond cirkel där ohälsa förhindrar etablering och jobb vilket ökar risk för ohälsa.⁷

En ny lag från första juli 2013 ger papperslösa utökad rätt till vård och anger också att alla asylsökande vuxna och barn, så snart som möjligt efter ankomsten till Sverige, ska erbjudas en kostnadsfri (frivillig) hälsoundersökning (Prop. 2012/13:109). Hälsoundersökningen har tre syften: 1) att kartlägga individens fysiska och psykiska hälsovårdsbehov (individintresse); 2) att upptäcka smittsamma sjukdomar (samhällsintresse) samt; 3) att informera om hur det svenska hälsovårdssystemet är utformat och fungerar (integrationsintresse). Täckningen är emellertid låg och det brister ofta i kallelsesystemet. Även kvaliteten i undersökningarna tycks variera mycket. Undersökningarna behöver därför ha bättre täckning och tydliga kvalitetskrav.

Det som orsakar mest omfattande lidande är dock den psykiska ohälsan och just undersökningen av psykiska hälsan tycks störst brister. Strukturerade instrument och adekvata åtgärder för att identifiera riskfaktorer är därför angelägna för att förebygga långvarig psykisk ohälsa och utanförskap (Ascher 2017). Därtill behövs fungerande vårdkedjor för traumastöd. För barnen innefattar detta elevhälsoteam, ungdomsmottagningar, vårdcentral, BUP, Flyktingbarnteam och Flyktingpsykiatri. För vuxna exempelvis vårdcentral, psykiatri- och traumamottagningar. Familjecentralerna kan vara betydelsefulla i sådana strukturer.

Erfarenheter från frivilligkliniker i Göteborg pekar på ett stort behov av vårdformer som kan kombinera basal hjälp, vid behov, med att orientera sig i samhällsfunktioner, stöd till att

⁷ lansstyrelsen.se/skane

skapa eller upprätthålla en fungerande vardag (t.ex. hjälp med att ordna skolgång, fritidsaktiviteter och juridisk stöd etc. samt sömn- och vardagsrutiner) med mer specialiserade och avancerade sjukvårdsinsatser, eftersom sjukvårdsinsatserna inte fungerar om inte de basala vardagsfunktionerna fungerar (WHO Europa 2010; Bradby *et al.* 2015; De Vito *et al.* 2015; Socialstyrelsen 2016 d). Särskilda former av uppsökande verksamhet har också utvecklats via mobila team. En sådan ”mobil vårdcentral” hanterar hälsoundersökningar, BVC och primärvård med ”drop-in” mottagning för flyktingar på asylboende. Arbetet sker i nära samarbete med smittskydd, barnhälsovård, förlossningsvård, länssjukvård, folktandvård och frivilligorganisationer (Öfverman 2017).

En färsk rapport från Röda Korset visar att det finns en bristande kunskap i vården om identifiering, handläggning och behandling av trauma och kroniska traumasymtom (Tinghög *et al.* 2016). Utbildning och kunskapsstöd är viktigt för att personalen ska känna sig trygga i att de besitter nödvändig kunskap och kompetens. Ökad andel personal med utländsk bakgrund är ett sätt att öka kompetensen i vården och kan öka tryggheten för patienter med utländsk bakgrund. Hälsoinformatörer eller hälsokommunikatörer, d.v.s. personer med utländsk bakgrund som har förankring i sina grupper och som har eller får utbildning i hälsofrågor, kan utgöra en dubbelriktad kontaktlänk mellan vården och asylsökande/nyanlända.⁸ Doulor/kulturtolkar är kvinnor från samma kultur som har fått utbildning som förlossningsstödare och som har visat sig vara viktiga kommunikatörer i mödrahälsovården och i samband med förlossningar.⁹ Lokala och kända riktlinjer för vård av papperslösa vuxna och barn bör utformas vid enskilda vårdenheter för att öka tryggheten för personalen och minska riskerna för att patienter felaktigt nekats vård som de har laglig rätt till (Ascher 2017; Socialstyrelsen 2016 d).

5.2 Vården för hemlösa och individer med sammansatt medicinsk och social problematik

Att vara hemlös innebär en flerdubbel risk för sjukdom och död. Att bli sjuk som hemlös innebär särskilda svårigheter. I några av Sveriges storstäder finns verksamheter som riktar sig speciellt till hemlösa. Ett exempel är sjukvården för hemlösa i Stockholm som är gratis och har skapat ”lågtröskelmottagningar”, med fler drop-in än bokningsbara tider för en grupp som p.g.a. sin socioekonomiska situation har svårt att få primärvård på samma villkor som de med bostad. Många hemlösa vet inte heller vart de ska vända sig för att få hjälp eller vilken vård de behöver. Verksamheterna använder sig därför av mobila team av sjukvårdspersonal som arbetar utanför mottagningen, och som besöker platser där vårdbehövande kan mötas, som dag- och natthärbärgen, men rycker även ut på begäran. Det mobila teamet ger vård för medicinska, psykiatriska och beroenderelaterade problem. Arbetet bygger på deltagande och respekt med praktiskt, känslomässigt och socialt stöd och sker ofta i samverkan mellan landsting och kommun. En särskilt utsatt grupp är de som har en kombinerad medicinsk och social problematik. För dessa saknas i dag en verksamhet som motsvarar deras behov.

En viktig insats skulle vara att inrätta modellprojekt i utsatta områden utifrån ett socialmedicinskt perspektiv, i samverkan med lokala välfärdsaktörer och civilsamhället med syfte att skapa tidiga insatser särskilt till ungdomar med fokus på utbildning, arbete, försörjning, social gemenskap, trygghet, tillit, hopp och framtidstro (Halldin 2017).

⁸ skl.se/integrationsocialomsorg

⁹ doulakulturtolk.se/forskning

6 Företagshälsovård

Företagshälsovård (FHV) är en särskild form av hälso- och sjukvård med det uttalade uppdraget att stödja den anställdes hälsa i relation till arbetsmiljön. FHV ansvarar för att ge råd till företag, anställda och deras företrädare om förutsättningarna för att etablera och upprätthålla en säker och hälsosam arbetsmiljö som gynnar den fysiska och mentala arbetsrelaterade hälsan, samt anpassning av arbetet till de anställdas förmåga (Albin *et al.* 2017). Företagshälsovårdens främsta uppgift är således att ta bort eller minska risker i arbetsmiljön genom att undersöka och lämna förslag till förbättring av arbetsmiljön. Detta är särskilt viktigt för den som har en ogynnsam arbetsmiljö och som är ”utbytbar”, dvs. vars personliga kompetens inte uppfattas som unik och värdefull för arbetsgivaren. En särskild fråga gäller därför i vad mån alla har tillgång till företagshälsovård.

Enligt arbetsmiljölagen är arbetsgivare skyldiga att ge de anställda den företagshälsovård som krävs i respektive yrke. Det är inte obligatoriskt att ha egen företagshälsovård, men arbetsgivaren ska se till att ha tillgång till den arbetsmiljökompetens verksamheten kräver. Företagshälsovården omfattar inte heller alla. När statsstödet till FHV drogs in 1993 halverades antalet företagsläkare. Täckningsgraden reducerades från 80 till 70 procent under kort tid och har ytterligare reducerats under senare år. Tillgången till företagshälsovård har också tydlig relation till socioekonomisk situation. Denna skillnad har ökat och under senare år har även en tydlig könsskillnad tillkommit, där täckningsgraden är lägre för kvinnor (Albin *et al.* 2017). Bland högre chefer och arbeten som kräver lång utbildning är tillgången till företagshälsovård relativt hög (mer än 4 av 5) medan denna är mycket låg (omkring 1 av 3) bland kvinnor i främst service-sektorn, samt för män i jakt, fiske och skogsbruk och mycket låg för enskilda företagare. De som inte har företagshälsovård är oftare arbetare än tjänstemän, arbetar oftast på små företag, saknar ofta fast anställning och är unga. Av de som rapporterar tillgång till företagshälsovård finns därtill stora socioekonomiska skillnader avseende om FHV besökt eller bedömt arbetsplatsen.

När statsstödet drogs in början av 1990-talet tvingades verksamheten anpassa sig till en marknadssituation, vanligen med låg vinstmarginal och hade svårt att etablera ett system där man tydligt kunde konkurrera med kvalitet. Följden blev en gradvis urholkning av det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Arbetet riskerar i dag att huvudsakligen fokusera på sena insatser och rehabilitering. Insatserna har därtill varit inriktade på att påverka de anställdas levnadsvanor, och inte fått utrymme för förebyggande insatser avseende arbetsrelaterad ohälsa (SOU 2011:63). Beställningen av företagshälsovårdstjänster har också väsentligen flyttats från partssamarbetet i skyddskommittén till personalavdelningen och det finns i dag en otillräcklig utbildning av ny personal till företagshälsovården. Konkurrensbilden har i huvudsak fokuserat på pris med en urholkning av uppdrag och kompetens vad gäller förebyggande arbetsmiljöarbete (Albin *et al.* 2017). Behov av grundläggande insatser för att förbättra en skadlig arbetsmiljö kan även komma i konflikt med arbetsgivarens intressen, särskilt om insatserna är kostsamma. I dessa fall kan det vara bekymmersamt att företagsläkaren, som är anställd av företaget, är i en beroendesituation till arbetsgivaren.

7 Jämlik vård – medarbetarperspektivet

7.1 Hälsa- och sjukvårdens arbetsmiljö och medarbetarnas hälsa

Det är utmanande att hälso- och sjukvården, som har hälsa som specialitet, själv har en arbetsmiljö som uppvisar de högsta ohälsotalen inom det offentliga. De höga ohälsotalen har dessutom en tydlig socioekonomisk gradient. Sjukfrånvaron domineras av diagnoser som gäller psykisk ohälsa och som kan relateras till kontaktyrken och samvetskonflikter. Det är viktigt att synliggöra betydelsen av såväl den psykosociala arbetsmiljön som strukturella orsaker bakom problemen.

En kvalitetssäkrad företagshälsovård är ett viktigt stöd för det lokala arbetsmiljöarbetet utifrån såväl ett hälsofrämjande, förebyggande som rehabiliterande perspektiv. Alla kommuner och landsting har i dag tillgång till företagshälsovård, men anger själva att de borde utnyttja den mera och bättre (Albin 2017). Verksamheterna behöver ha tillgång till en företagshälsovård som har en flerdisciplinär kompetens och branschkunskap samt integritet gentemot arbetsgivaren, och som kan ha en expertroll i riskförebyggande och arbetsplatsförlagd rehabilitering. En företagshälsovård som kan se problemen på aggregerad nivå är således viktig, men lika viktigt är att se hur vårdens organisering och innehåll kan skapa en hälsofrämjande arbetsmiljö.

Dagens och framtidens vård skapas ofta i team med flera olika professioner och med patienten i fokus. Beslut som fattas i organisationen måste inkludera en bedömning av de medicinska konsekvenserna och ha som mål att skapa goda förutsättningar för mötet mellan patienterna och vården. Den som är chef behöver därför kunna ta det medicinska ansvaret och stödja det professionella yrkesutövandet och yrkesrollen. Ett hälsofrämjande ledarskap med uppmuntran och stöd från chefer och möjlighet till kontinuerlig kompetensutbildning som möjliggör egna initiativ är därtill viktiga delar. Vi vet i dag att en arbetsplats som ger organisatoriska förutsättningar för balans mellan krav och kontroll, men också möjlighet att lära i det dagliga arbetet och ett socialt klimat som präglas av rättvisa och erkännande har bättre hälsa och mindre sjukfrånvaro (Ljungblad *et al.* 2014; Strömgren *et al.* 2017). Delar i detta är trygghet i anställningsvillkor, rätten till heltid, schemaplanering i dialog samt bemanning vad gäller kompetens och volym som motsvarar arbetsuppgifterna. Arbetsförhållanden, arbetsinnehåll och arbetstillfredsställelse är nyckelfaktorer för ”attraktivt arbete” och påverkar både personalomsättning och hälsa hos vårdanställda. Viktiga arbetsmiljöfaktorer är ett socialt kapital i form av erkännande, ömsesidighet och tillit mellan människor samt verksamhetsnära ledarskap och utveckling (Ljungblad *et al.* 2014; Strömgren *et al.* 2017).

En aktuell svensk studie (Sjögren 2015) visar att när man inför det sätt att arbeta som krävs för en att skapa en personcentrerad vård förbättras medarbetarnas arbetssituation med bättre stödjande psykosocialt klimat, ökad balans mellan krav och kontroll, mindre samvetsrelaterad stress och ökad trivsel och känsla av meningsfullhet i arbetet. En organisering och inriktning av arbetet mot patientens hälsa skapar på detta sätt både en bättre vård och en bättre arbetsmiljö för medarbetarna.

8 Jämlik vård – styr och ledningsperspektivet

8.1 Strukturella förutsättningar – vårdens distribution, organisering och finansiering

Det finns omfattande dokumentation som beskriver att organiseringen av vården påverkar dess jämlikhet. Kanske mest uppenbart är att tillgången till vård påverkas av dess geografiska fördelning (Socialstyrelsen 2009; Dahlgren 2010; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017). Omdebatterat är på vilket sätt det fria vårdvalet och fri etableringsrätt påverkar jämlik vård och reformer har tagit olika form på olika håll i landet. En färsk avhandling från Karolinska institutet om effekter av Vårdval Stockholm (Agerholm 2016) visar att besöken till primärvård ökat i hela befolkningen, men i mindre utsträckning bland personer med större behov av vård. Vidare har resurser till primärvården ökat mer i områden med högre medianinkomst och minskat i områden med lägre medianinkomst. Negativt är också att etableringen styrs av vårdgivarna och inte av behov. Det är därför viktigt att analysera konsekvenser av reformer utifrån ett jämlikhetsperspektiv, och ytterligare reformer bör inriktas på jämligare förutsättningar över landet, och mellan olika grupper, för att minska ojämlikhet och fokusera resurser på de som har störst vårdbehov. Utredningen Effektiv vård beskriver behovet av att skapa den kontinuitet i vården som i dag saknas (SOU 2016:2). Detta behov gäller särskilt, för att möta komplexa behov hos t.ex. multisjuka personer. Ett förslag i utredningen är att de äldre multisjuka ska undantas från Vårdval då deras vård kompliceras med reformen och i stället organisera en separat primärvård för denna grupp.

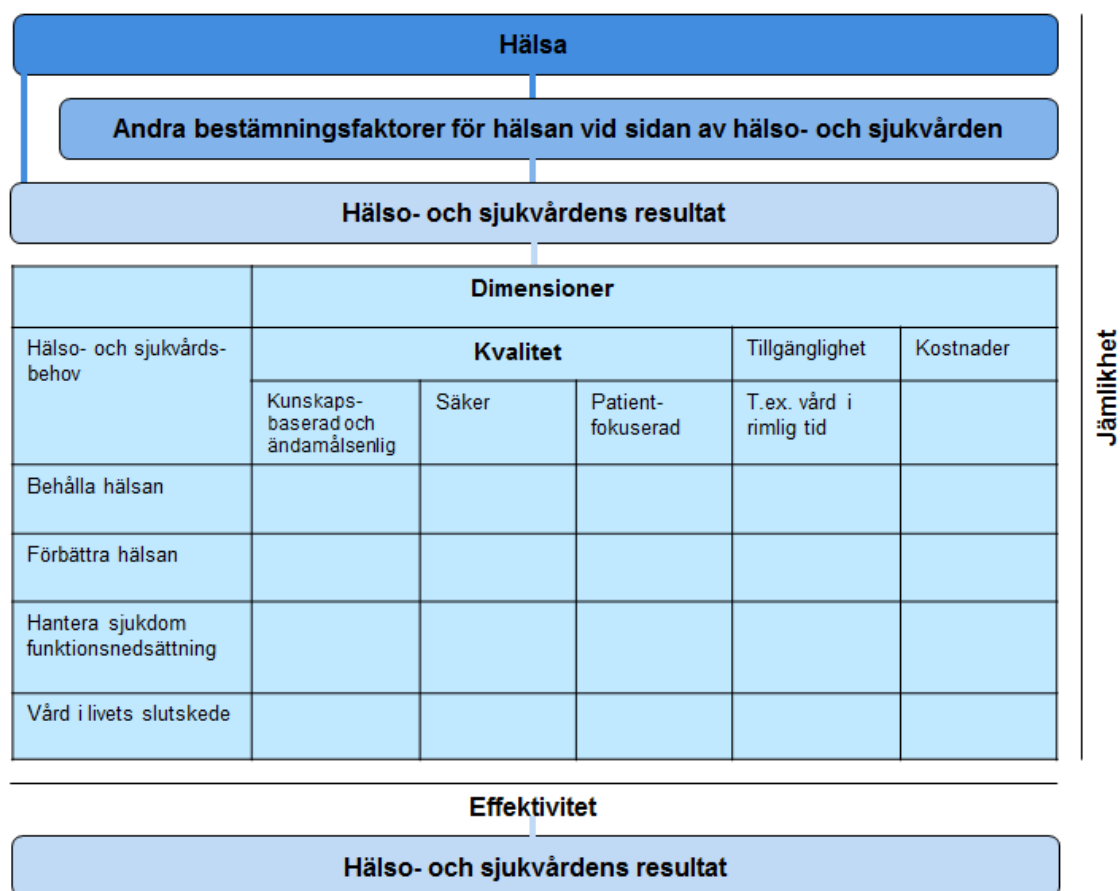
Formerna för finansiering och ersättningsystem har stor betydelse för effekter av olika reformer och måste därför utgå från behov av hälso- och sjukvård (Shen 2003; Doran *et al.* 2011; Regeringen 2015) men också tydligare än i dag beakta jämlikhetsaspekter. Det finns goda modeller för socioekonomisk viktning vid kapiteringsersättning, såsom t.ex. Care Need Index (CNI) vad gäller vårdens ersättning i förhållande till socioekonomiskt utsatta områden och grupper. En avhandling från år 2000 visade att CNI kan användas för att identifiera socialt utsatta bostadsområden som också hade en ökad förekomst av ohälsa. Detta ger möjligheter till riktade insatser i utsatta områden utan att enskilda individer pekats ut (Malmström 2000). Index av den här typen kan också förhindra negativa effekter av tonvikt på besöksersättning (många korta besök), liksom styrsystem förknippade med New Public Management och dess negativa effekter för läkare och vårdpersonal. Läkarsällskapet har genomfört ett arbete kallat "Värdefull vård" vilket beskriver hur ersättningsystem med alltför starka ekonomiska incitament tenderar att driva verksamheten mot aktiviteter och ekonomiskt resultat i stället för innehåll och kvalitet (SLS 2015). Det är därför viktigt att använda andra incitament än ekonomiska. Allt fler diskussioner om styrmodeller fokuserar i dag också på grundläggande värderingar och på att fånga medarbetarnas inre motivation (Shen 2003; Doran *et al.* 2011; Regeringen 2015). Det viktigaste är att styra och leda mot gemensamma hälsomål och skapa strukturer, lärande och uppföljningssystem där ekonomi blir medlet för att nå dessa mål och inte målet.

8.2 Uppdrag, kvalitetsmått och uppföljning

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017) anger att vårdens uppdrag 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 ska ges företräde till vården”. Vården lever i dag inte upp till detta, vilket är kostsamt för den enskilde men också för samhället (Socialstyrelsen 2011). Orsakerna till den ojämlika vården beror på faktorer hos patienten, vårdgivaren och organisationen där organisationens del är att den inte lyckats skapa förutsättningar för vårdgivaren att ge vård efter behov. Utredningen ”Effektiv vård” beskriver, i likhet med tidigare rapporter från Socialstyrelsen, att effektiviteten i vården uppstår i mötet med patienten och i hur väl vården möter patientens olika behov; medicinska behov, trygghet, kontinuitet och information (Socialstyrelsen 2009; SOU 2016:2). De faktorer som beskrivs vara centrala för effektiv vård är alltså samma faktorer som är grunden för en jämlik vård. Men dessa diskussioner sker oftast i separata spår, och i arbetet med effektiv vård diskuteras sällan jämlikhetsperspektivet.

God vård är ett samlingsbegrepp som visar vilka mål och kriterier som ska vara vägledande när man följer upp hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. God vård ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientcentrerad, tillgänglig, effektiv och jämlik (Socialstyrelsen 2009).

Figur 10 Socialstyrelsens modell God Vård för uppföljning av hälso- och sjukvård



Källa: Socialstyrelsen 2009

I socialstyrelsens modell (figur 10) är både effektiv vård och jämlik vård dimensioner som ligger vid sidan om modellen och ”skär över” de övriga dimensionerna, men i olika riktningar. Effektiv vård analyseras utifrån effekt av insatser på resultat och kostnad, medan jämlikheten analyseras utifrån skillnader i insatser och resultat mellan grupper. I en vidareutveckling av denna modell som är framtagen av OECD (National Institute of Medicine 2001; Socialstyrelsen 2009) inkluderas även hållbarhetsperspektivet, dvs. att vården ska vara hållbar i såväl ett ekonomiskt och ekologiskt som ett socialt perspektiv. Hållbarhet, vad gäller hälso- och sjukvårdssystemet, avser bland annat att god vård kan fortsätta att ges i framtiden, även vid förändrade förhållanden. I denna dimension ingår exempelvis legitimitet, kompetensförsörjning, långsiktig finansiering samt utvecklings- och anpassningsförmåga.

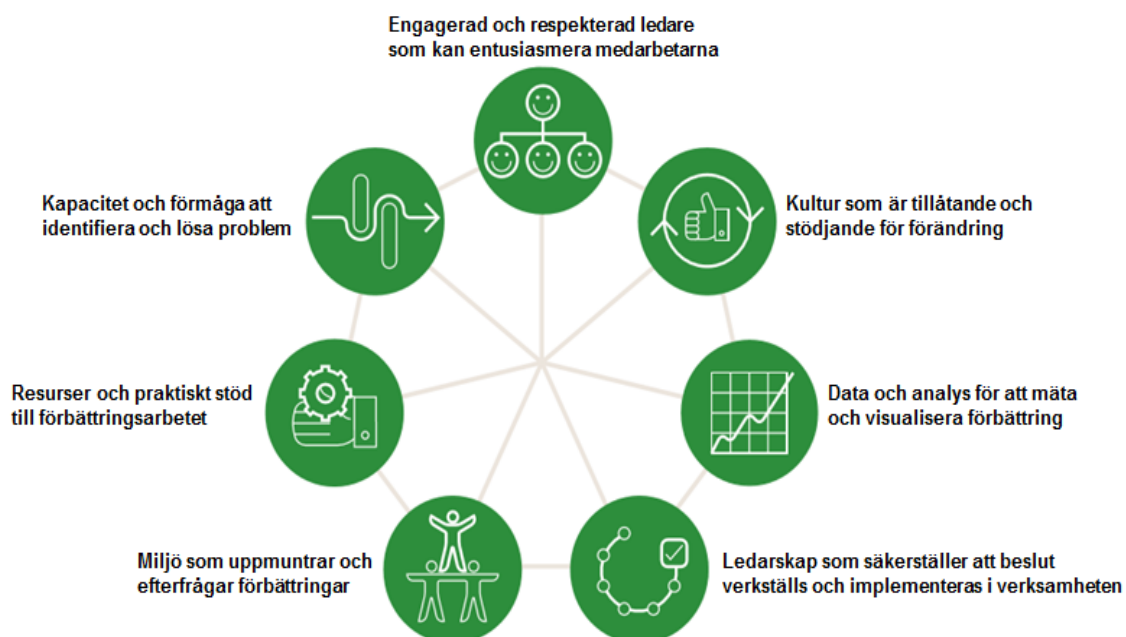
Jämlik vård har också direkt koppling till de tre principer för prioritering som riksdagen har fastställt; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Principerna utgör den etiska plattform som ska ligga till grund för att hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård på lika villkor realiserar (Prop. 1997/98:60). Vårdgivaren har ett särskilt ansvar för behovs- och solidaritetsprincipen, där solidaritet innebär ett ansvar för grupper som inte själva tydligt kan uttala sina behov. För att den som har störst behov av vård ska prioriteras krävs behovsanalys. Uppdrag till hälso- och sjukvården ska utgå från de behov som finns hos befolkningen, både vad gäller närvaro av sjukdom och upplevd hälsa. För att fånga det förebyggande perspektivet, liksom för att identifiera dolda behov, måste en inventering och analys av behoven utgå från befolkningens hälsotillstånd, det vill säga bygga på underlag som också innefattar grupper som ännu inte kommit i kontakt med hälso- och sjukvården.

Utredningen ”Effektiv vård” beskriver också att organisationens uppgift är att skapa förutsättningar för en god vård. Förutsättningar för förbättringsarbete i hälso- och sjukvården illustreras i figur 11. De innefattar att arbetet ska präglas av en kultur som är tillåtande och stödjande för förändring, ha resurser och praktiskt stöd till förbättringsarbete samt data och analys för att möta och visualisera förbättring och ett ledarskap som säkerställer att beslut verkställs och implementeras i verksamheten.

En grund för detta är att hälso- och sjukvårdens ledning och styrning har formulerat tydliga och mätbara mål för verksamheten och att dessa är definierade i uppdrag, avtal och uppföljning samt även i det löpande kvalitets- och förbättringsarbetet. En grund för jämlik vård är därför att vårdens uppdrag och avtal innehåller tydliga, uttalade mål kring jämlik vård och hälsa. Det är också viktigt att skapa dialog kring dessa uppdrag och dess uppföljning så att innehåll och formuleringar utformas på ett sätt som ger förutsättningar för, och stödjer, ett arbete mot jämlik vård, liksom att skapa en gemensam förståelse för målet, uppdraget och vägen dit, liksom för uppföljning och hur man avser att mäta resultat.

I dag finns det, emellertid, inga regelbundna analyser av vårdens process och resultat ut ett jämlikhetsperspektiv. För att nå en jämlik vård är det därför viktigt att i vårdens ordinarie kvalitets- och förbättringsarbete inkludera en systematisk analys av skillnader i vårdens insatser och resultat mellan socioekonomiska grupper och utveckla förbättringsarbete för att minska dessa skillnader. Uppföljningen av vårdens process och resultat behöver på samma sätt utvecklas, så att denna aktivt efterfrågar resultat av dessa insatser på jämlik hälsa.

Figur 11 Förutsättningar för förbättringsarbete i hälso- och sjukvården



Källa: The Health Foundation 2015, Constructive comfort, accelerating change in the NHS; egen bearbetning.

En förutsättning för uppföljning är att det finns tillgång till data för att mäta och visualisera förändring. Ett sådant redskap finns i dag genom nationella kvalitetsregister som ger möjligheter att följa hälso- och sjukvårdens processer och resultat. Data från kvalitetsregister eller journaldata kan dock enbart analyseras utifrån SES skillnader på nationell nivå eftersom det inte är tillåtet, på lokal nivå, att koppla samma denna form av data i utan forskningsfråga och etiktillstånd. Därför kan inte huvudmannen, eller registerhållaren, göra denna form av analyser och inte heller själv följa effekter av insatser på jämlik hälsa. För detta krävs lagstiftning som möjliggör koppling av data från kvalitetsregister och journalsystem till mått på SES. Hälso- och sjukvården behöver också, mer systematiskt, analysera socioekonomiska skillnader i andra data, t.ex. rapporterade vårdskador och de klagomål som inkommer till Patientnämnderna bearbetade utifrån SES.

8.3 Primärvårdens primärpreventiva uppdrag

Primärvårdens andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, liksom andelen av alla läkare, är lägre i Sverige än i andra länder (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017). Vi vet att en välfungerande primärvård är grundläggande för jämlik hälsa. Förslaget i utredningen "Effektiv vård" om kraftsamling för att stärka primärvården är därför mycket viktigt eftersom det skulle skapa förutsättningar för det arbetssätt med helhetssyn och långsiktighet som ligger i primärvårdens ambition men också för att skapa förutsättningar för en jämlik vård och jämlik hälsa. Det skulle därtill möjliggöra att primärvården återtog sitt primärpreventiva arbete med en ökad samverkan mellan primärvård och lokalsamhälle t.ex. mellan vårdcentral och skola. För detta krävs dock att primärvården får ett tydligare uppdrag från sin huvudman, liksom kompetens och resurser för att arbeta primärpreventivt (Socialstyrelsen 2016 g)

Stockholms läns landsting har bedrivit en försöksverksamhet vid sex vårdcentraler i socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden med extra stöd till befolkningsinriktade insatser i samverkan med lokala organisationer. Exempelvis har man ”hälsodagar” med gratis mätning av blodtryck och blodsocker, promenad- eller samtalsgrupper för personer med hälsoproblem som står utanför arbetsmarknaden, och genom detta nått personer som annars inte söker hälso- och vården (Fritzell 2016). Angereds lokala folkhälsoarbete, som berörts tidigare, beskriver betydelsen av att tillämpa ett kritiskt förhållningssätt gentemot de egna normerna, samt en gedigen ämneskunskap, för att nå grupper i befolkningen där de traditionella kontakt- och informationsvägarna inte når fram. Därför utbildar man hälsoguiden, dvs. nyckelpersoner ur olika målgrupper, som kan bidra till att tillgodose principerna ”availability, accessibility, acceptance and quality” (AAAQ) för hela befolkningen (VGR 2016). Men primärpreventivt arbete för en jämlik hälsa handlar också, och kanske främst, om att påverka människors livsvillkor.

8.4 Vem har områdesansvaret för befolkningens hälsa?

Kommissionen för jämlik hälsa beskrev i sitt andra delbetänkande (SOU 2017:4) behovet av att utveckla det tvärssektoriella folkhälsoarbetet och samtidigt att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan aktörer i arbetet för en god och jämlik hälsa. Hälso- och sjukvården är en viktig medaktör i detta sammanhang. Landsting och regioner har som en del av det regionala utvecklingsarbetet en generell hälsostrategisk roll som går längre än vårdande och behandlande insatser där hälso- och sjukvårdens roll baseras på dess särskilda kunskap om sjukdomar, hälsa och dess orsaker. Det är därför angeläget att återupprätta former för det ”områdesansvar för befolkningens hälsa” som tidigare fanns i primärvården, men som försvagades i och med Husläkarreformen (1994) och försvann definitivt i och med Vårdvalsreformen (2010).

Med områdesansvar för befolkningens hälsa avses inte geografiskt upptagningsområde för patienter. Det handlar inte heller om att landstinget ska ta över ansvaret för befolkningens hälsa, däremot att ta sin del i ett *delat ansvar* mellan kommun och landsting/region.

Ett områdesansvar för befolkningens hälsa avser ett uppdrag att skapa kunskap om befolkningens hälsa, och om hälsoutvecklingen och dess orsaker, inom ett geografiskt område. Detta bör ske dels utifrån systematiska analysen av folkhälsodata, såväl kvantitativa data som kvalitativa studier (intervjuer) men också genom att skapa strukturer för att ta emot signaler från vardagspraktiken om samlade hälsoproblem, t.ex. att flera patienter från samma boendeområde, skola eller arbetsplats sökt vård för likartade problem som kan hänföras till den lokala livsmiljön. Denna kunskap ska ge underlag för en behovsanalys och innefatta att identifiera dolda hälso- och sjukvårdbehov. Ansvaret innebär att förmedla kunskap till beslutsfattare om hälsoläget och hälsoproblem i termer av problemets art (Vad) och möjliga orsaker (Varför) samt ge kunskapsbaserat stöd till insatser (Hur) i det strategiska, förebyggande och hälsofrämjande arbetet i kommunerna för en jämlik hälsa och ett hållbart samhälle, samt analys och uppföljning av insatser.

Arbetet bör ske i nära samarbete med politiker, tjänstemän, civilsamhälle och aktörer i lokalsamhället i dialog kring hälsoproblem, prioriteringar av insatser samt möjliga konsekvenser av politiska eller administrativa förslag. Detta samarbete bör ha nära koppling till ordinarie beslutsprocesser. Det bör därför utvecklas inom ramen för det strategiska arbetet, i kommunernas folkhälsoråd, i stadsplanering och andra existerande samarbetsformer. Ansvaret bör ges som ett särskilt uppdrag till utsedd medarbetare som har kompetens (folkhälsovetare eller läkare med socialmedicinsk specialitet) samt nödvändiga resurser för uppdraget. Denna bör vara kopplad till primärvården men också ha nära koppling till regionala kompetenscentra för kompetens- och resurstöd.

8.5 Kompetensbehov, kompetenscentra och kompetensutveckling

För att ge förutsättningar för systematisk analys av SES skillnader i befolkningens hälsa på regional och lokal nivå samt av SES-skillnader i vårdens insatser och resultat som grund till kvalitets- och förbättringsarbete behöver regionala kompetenscentra skapas med ansvarar att stödja detta arbete. För att kunna skapa analyser som ger en helhetsbild av jämlik hälsa och jämlik vård behöver dessa kompetenscentra vara en syntes och förstärkning av existerande verksamheter för folkhälsoövervakning, analys av kvalitetsregister (registercentra) och resurscentra. Dessa kunskapscentra ska ha tydliga uppdrag, särskilt kring behovsanalyser samt metodutveckling, uppföljning och utvärdering av olika insatser och tillhandahålla professionell kompetens inom epidemiologi, statistik, folkhälsovetenskap, socialmedicin, allmänmedicin, hälsoekonomi, hälso- och sjukvårdsanalys och förbättringskunskap samt strategiskt regionalt planeringsarbete. En översyn av behov av kompetensförstärkning bör genomföras. Detta gäller särskilt specialister i socialmedicin. Socialmedicin är den medicinska specialitet som, utöver en medicinsk kompetens, också har folkhälsovetenskaplig kompetens innefattande epidemiologi, prevention och hälso- och sjukvårdsanalys. Andelen läkare med socialmedicinsk specialitet är mycket låg i Sverige och lägst i Europa med 2/1000 samtliga specialister.¹⁰ Detta kan jämföras med Norge där andelen är 24/1000 specialister och där den socialmedicinska professionen har en central roll som kompetensstöd till folkhälsoarbete och sjukvårdsanalys.

Därtill behövs en satsning på en bred kompetensutveckling, för alla som är verksamma i hälso- och sjukvården, i kunskapsområdet jämlik vård och hälsa och vad som behöver ske om vi ska uppnå en jämlik vård. Den svenska hälso- och sjukvårdens struktur är fortfarande uppbyggd med större fokus kring diagnos och mindre på personcentrering, mer fokus på behandling och mindre på prevention, mer fokus på individ- och mindre på befolkningsperspektiv. Kompetens kring uppföljning av resultat och förbättringsarbete är inte spridd och tillämpad. Dessa kunskapsområden byggs nu successivt in i grund- och specialistutbildningar för vårdutbildningarna men behöver stärkas. Den särskilda utredning om läkarutbildningen som lades fram 2013 (SOU 2013:15) och som nu är under beredning efterfrågar just dessa delar. Kompetens om dessa frågor behöver därtill stärkas genom löpande fortbildningsinsatser för alla dem som i dag är verksamma i vården, men också för dem som planerar och beslutar om uppdrag och finansiering. Detta är en förutsättning för att åstadkomma den kulturförändring som krävs för att skapa en mer jämlik vård.

¹⁰ socialstyrelsen.se/publicationer2016/2016-12-29

9 Förslag till insatser för att öka hälso- och sjukvårdens bidrag till en jämlik hälsa

9.1 Insatsområden

1. Utveckla tillgänglighet till vård efter behov
2. Skapa förutsättningar för personcenterad vård med hälsofrämjande möten
3. Stärk normkritik och hälsolitteracitet
4. Stärk och anpassa vårdens sjukdomsförebyggande insatser
5. Utveckla befolkningsinsatser för tidig upptäckt, primärprevention och för att främja hälsa
6. Förbättra vården för flyktingar, asylsökande och hemlösa
7. Stärk möjligheten för tandvård till alla
8. Se över regelverket för företagshälsovården
9. Skapa en hälsofrämjande arbetsmiljö för vårdens medarbetare
10. Ge strukturella förutsättningar; genom vårdens distribution, organisering och finansiering
11. Utveckla uppdrag, kvalitetsarbete och uppföljning som stödjer jämlik vård och hälsa
12. Återskapa primärvårdens primärpreventiva uppdrag
13. Återupprätta områdesansvaret för befolkningens hälsa
14. Ställ kompetenskrav, skapa kompetenscentra och stärk utbildningsinsatser.

9.1.1 Förslag till insatser inom respektive insatsområde

1. Utveckla tillgänglighet till vård efter behov

- 1.1 Utveckla olika former för tillgänglighet utifrån patientens behov, såväl fysiskt som kognitivt och kommunikativt (boka över disk, öppna mottagningar och besökstider kväll).
- 1.2. Utvärdera betydelsen av patientavgiftens storlek för att patienter avstår från vård.

2. Skapa förutsättningar för en personcentrerad vård med hälsofrämjande möten

2.1 Arbeta för att skapa en patient- och personcentrerad vård utifrån en helhetssyn på patientens medicinska och psykosociala behov så att patienten blir en medaktör.

2.2 Utveckla kunskap, hos beslutsfattare och medarbetare, om bemötandets betydelse för tilltro till egen förmåga, tillit till andra och för vårdens resultat.

2.3 Utveckla förmåga hos, och skapa förutsättningar för, vårdens medarbetare att tillämpa ett hälsofrämjande förhållningssätt som stärker patientens tilltro till egen förmåga, tillit och hälsa.

3. Stärk normkritik och hälsolitteracitet

3.1 Öka kunskap, hos vårdens beslutsfattare och medarbetare, om betydelsen av normkritik och hälsolitteracitet för jämlik vård.

3.2 Utveckla förmåga hos hälso- och sjukvårdens organisation och medarbetare att kommunicera och informera så att alla kan förstå.

4. Stärk och anpassa vårdens sjukdomsförebyggande insatser

4.1 Implementera Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande insatser, med rådgivande samtal om levnadsvanor i vårdens rutin.

4.2 Utveckla rutiner och metoder för att nå alla som behöver rådgivande samtal om levnadsvanor och anpassa insatser efter behov utifrån principen proportionell universalism.

5. Utveckla befolkningsinsatser för tidig upptäckt samt primärprevention av sjukdom och för att främja hälsa

5.1 Värna MVC och BVC, stärk dess förutsättningar att stödja föräldraskap och tidigt initiera stödjande insatser i familjer med sviktande psykosocial situation i särskilt utsatta familjer.

5.2 Utveckla Familjecentralernas verksamhet och använd stimulansmedel för att utvärdera deras förmåga till samverkan för att främja jämlik hälsa genom att nå utsatta grupper.

5.3 Utforma uppdrag och avtal för alla skolor, oavsett driftsform och huvudman med tydliga krav vad gäller elevhälsan, med adekvat tillgång och tillgänglighet till skolsköterska, skolläkare, kurator och psykolog.

5.4 Utveckla hälso- och sjukvårdens uppsökande verksamhet med riktade hälsosamtal för vuxna för att förebygga hjärt-kärlsjukdom. Tillämpa metoder för att nå alla och anpassa insatser efter behov utifrån principen proportionell universalism.

5.5 Utveckla screeninginsatser för att tidigt identifiera bröst- och livmoderhalscancer så att deltagandet ökar i de grupper som i dag har lågt deltagande.

6. Förbättra vården för flyktingar, asylsökande och hemlösa

6.1 Förbättra täckning och kvalitetskrav vid hälsoundersökningar för flyktingar och nyanlända och utveckla dess innehåll för att kunna möta psykisk ohälsa.

6.2 Skapa vårdformer för flyktingar och nyanlända som kombinerar lättillgänglig primärvård med specialiserade sjukvårdsinsatser samt fungerande vårdkedjor för traumastöd.

6.3 Skapa nätverk av hälsokommunikatörer som kan utgöra en dubbelriktad kontaktlänk mellan vården och asylsökande/nyanlända.

6.4 Inrätta sjukvård för hemlösa som är gratis, har uppsökande team och har fler drop-in än bopningsbara tider.

6.5 Initiera modellprojekt i utsatta områden utifrån ett socialmedicinskt perspektiv i samverkan med lokala välfärdsaktörer och civilsamhället med syfte att skapa tidiga insatser särskilt till ungdomar och nyanlända/asylsökande med fokus på utbildning, arbete, försörjning, social gemenskap, trygghet, tillit, hopp och framtidstro.

7. Stärk möjlighet för tandvård till alla

7.1 Utred möjligheten att införliva tandvården i sjukförsäkringen för att minska ekonomiska hinder att erhålla tandvård.

7.2 Stimulera tandvårdens hälsofrämjande och förebyggande insatser för patienter och i lokalsamhället samt ge förutsättningar för att detta kan ske efter behov.

8. Se över regelverket för företagshälsovården

8.1 Skapa insatser för att säkra alla anställdas tillgång till företagshälsovård utifrån behov.

8.2 Skapa organisatoriska förutsättningar så att företagsläkaren/hälsovården ska stå fri i förhållande till arbetsgivaren i bedömningen av patienten och dennes behov av stöd och behandling, liksom i bedömning av om besvären kan härledas till dennes arbetsmiljö.

9. Skapa en hälsofrämjande arbetsmiljö för vårdens medarbetare

9.1 Skapa organisatoriska förutsättningar för ett systematiskt arbetsmiljöarbete med uttalade och tydliga mål, policy och rutiner samt arenor för arbetsmiljöarbetet.

9.2 Utveckla en arbetsmiljö som är präglad av erkännande, ömsesidighet och tillit mellan medarbetare och mellan anställda och chefer.

9.3 Utveckla ett verksamhetsnära ledarskap, som har kunskap om praktiken och erfarenhet av ledarskap samt fokus på goda relationer, utveckling, kärnuppgifter och engagemang.

9.4 Skapa säkra arbetsvillkor med heltid som norm, men med möjlighet att anpassa arbetstid och insats efter livssituation.

9.5 Skapa organisatoriska förutsättningar, resurser och kompetensutveckling som ger personalen förutsättningar att möta alla patienter utifrån deras behov.

10. Ge strukturella förutsättningar genom distribution, organisering och finansiering

- 10.1 Tillämpa konsekvensanalyser före alla beslut om nya reformer inom vården.
- 10.2 Utveckla en långsiktig strategi för hur hälso- och sjukvård ska placeras och distribueras för att främja jämlik hälsa.
- 10.3 Skapa en nationell reglering avseende tillgång till hjälpmedel, sortiment och avgifter.
- 10.4 Skapa strukturella förutsättningar för kontinuitet i vården, inom och mellan vårdgivare.
- 10.5 Utveckla regelverk och dess tillämpning för att säkra rätten till Patientansvarig Läkare (PAL) till alla.
- 10.6 Skapa en särskild primärvårdsinstans för äldre med komplexa behov, utanför vårdvals-systemet, för att skapa ökad kontinuitet och trygghet för denna utsatta grupp.
- 10.7 Analysera effekter av olika former av finansiering och ersättningssystem ur ett jämlikhetsperspektiv och utforma dessa så att de styr verksamheten till att arbeta utifrån patienters och befolkningars behov.

11. Uppdrag, kvalitetsmått och uppföljning som stödjer jämlik vård och hälsa

- 11.1 Utforma vårdens uppdrag så att målet är jämlik vård och hälsa och skapa uppföljning av vårdens process och resultat utifrån detta mål.
- 11.2 Se över lagstiftning så att den möjliggör för huvudmannen att koppla t.ex. data från nationella kvalitetsregister till mått på socioekonomisk status för att möjliggöra analys av skillnader mellan socioekonomiska grupper.
- 11.3 Utveckla vårdens kvalitets- och förbättringsarbete utifrån en återkommande, systematisk, jämförelse av skillnader mellan socioekonomiska grupper och utveckla förbättringsarbete för att minska skillnader genom analys av vårdförlopp.

12. Återskapa primärvårdens primärpreventiva uppdrag

- 12.1 Stärk primärvården och värna dess möjlighet att fylla sitt primärvårdsuppdrag.
- 12.2 Ge primärvården ett tydligare uppdrag att arbeta primärpreventivt och förutsättningar för detta vad gäller kunskap, personal och ekonomi.
- 12.3 Ge resurser för prevention separat, i paritet med behoven i området, mer där ohälsan är större, eller där det är högre prevalens av riskfaktorer för hälsoproblem.
- 12.4 Ge incitament för samverkan med andra relevanta aktörer.

13. Återupprätta områdesansvaret för befolkningens hälsa

- 13.1 Utred vilka som är de bästa formerna för ett återupprättat områdesansvar för befolkningens hälsa, för att skapa en systematisk folkhälsoövervakning, analys och stöd till insatser lokalt i samarbete med aktörer i lokalsamhället.

13.2 Utred hur områdesansvaret bäst kopplas till primärvården och andra aktörer.

13.3 Säkerställ professionell kunskap för detta områdesansvar.

14. Ställ kompetenskrav, skapa kompetenscentra och stärk utbildningsinsatser

14.1 Utred vilka som är de bästa formerna för skapandet av regionala kompetenscentra med ansvar för systematisk folkhäsoövervakning och sjukvårdsanalys av jämlik hälsa och vård och insatser regionalt och lokalt. Dessa kompetenscentra bör utgöra en syntes och förstärkning av existerande verksamheter för folkhäsoövervakning, analys av kvalitetsregister (registercentra) och andra regionala resurscentra.

14.2 Ställ krav på professionell kompetens till det regionala och lokala arbetet för jämlik hälsa och jämlik vård inom epidemiologi, statistik, folkhälsovetenskap, socialmedicin, hälso- och sjukvårdsanalys och förbättringskunskap.

14.3. Stärk utbildningsinsatser i grund- och specialistutbildning samt fortbildning av vårdens professioner och dess uppdragsgivare i den kompetens som krävs hos alla aktörer, för att skapa jämlik vård och hälsa, bemötande, normkritik, kommunikation, prevention och förbättringsarbete.

Referenslista

- Abrahamsson, M. och Hagberg, J.E. (2012). *Omsorgens skugga – äldres strategier i boendet*. I: Jeppson Grassman, E., Whitaker, A. red. *Åldrande och omsorgens gestaltningar. Mot nya perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, s. 125–46.
- Agerholm, J., Bruce, D., Ponce de Leon, A. och Burström, B. (2013) Socioeconomic differences in healthcare utilization, with and without adjustment for need: an example from Stockholm, Sweden. *Scand J Public Health*. 2 May; 41(3):318–25.
- Agerholm, J. (2016). *Analyzing equity in outpatient care in Stockholm County and the impact of using different data sources*. Stockholm: Karolinska Institutet, Akademisk avhandling.
- Albin, M., Gustavsson, P., Kjellberg, K. och Theorell, T. (2017). *Underlagsrapport om arbetsmiljö och jämlik hälsa*. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.
- Aronson K., Mako, E. (2013). *Socioekonomi och tandhälsa och barn och ungdomar i Östergötland 2012*. Folkhälsocentrum, Landstinget Östergötland
- Asher H. (2017). *Personligt meddelande*.
- Balint, E. (1969) The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. 17(82): 269–76.
- Bartova, J., Sommerova, P., Lyuya-Mi, Y., Mysak, J., Prochazkova, J., Duskova, J., Janatova, T. och Podzimek, S. (2014). Periodontitis as a risk factor of atherosclerosis. *J Immunol Res.*; 2014:636893.
- Bauer, G.R. (2014). Incorporating intersectoral theory into population health research methodology. Challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*; 110; 10–17.
- Berlin, J., Carlström, E. och Sandberg H., red. (2009). *Team i vård, behandling och omsorg. Erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.
- Berkman, N.D., Davis, T.C. och McCormac, L.(2010) Health literacy: What is it? *Health Communication*. 15(2): 9–19.
- Blomstedt, Y., Norberg, M., Stenlund, H., Nyström, L., Lönnberg, G., Boman, K., Wall, S. och Weinehall, L. (2015). Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990–2006. *BMJ Open*, Dec 18;5(12):e009651.
- Bradby, H., Humphris, R., Newal, D. och Phillimore, J. (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region*. WHO Health Evidence Network Synthesis Report 44.
- Bäärnhielm, S. (2013). DSM-5 lägger fokus på kultur och kontext. Intervjuverktyg anpassar psykiatri till det mångkulturella samhället. *Läkartidningen*, 110:CEZA.
- Burström, B. (2009). Market-oriented, demand-driven health care reforms and equity in health and health care utilisation in Sweden. *Int J Health Services*, 39:271–285.

- Dahlgren, G. och Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Dahlgren, G. (2010). Vård på lika villkor – drivkrafter och motkrafter. *Socialmedicinsk tidskrift*.
- De Vito, E., de Waure, C., Specchia, M.L. och Ricciardi, W. (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region*. WHO Health Evidence Network synthesis report, 42; 2015.
- Dianatinasab, M., Fararouei, M., Mohammadianpanah och Zare-Bandamiri, M. (2016). *Impact of social and clinical factors on diagnostic delay of breast cancer: A Cross-sectional Study*. Sep;95(38):e4704.
- Diedrichsen, F. (2012). Health inequality- determinants and policies. *Scand J Public Health*. 40 (suppl 8): 12–105.
- Doran, T., Valderas, J.M., Campbell, S., Roland, M., Salisbury C., och Reeves, D. (2011) Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities. *BMJ*, 342:d3590.
- Edgren G., Andersson, J., Dolk, A., Torgerson, J., Nyberg, S., Skau, T., Forsberg, B.C., Werr, J. och Öhlén, G. (2016). Aktiv hälsostyrning kan ge utsatta patienter stöd. Ny modell för prevention av oplanerad sjukvård. *Läkartidningen*, feb 9;113.
- Ekberg-Jansson, A., Ascher, H., Werner, I. och Ranjbar, V. (2013). Reducing inequity in healthcare for migrants and vulnerable groups. Muntlig presentation vid International HPH-conference i Göteborg.
- Ekman, I. red. (2014). *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, E. (2016). *A Service Management Perspective on Healthcare Improvement: Integrating Social Context*. Akademisk avhandling, Göteborg: Chalmers.
- Fabian, H. (2008). *Women who do not attend parental education classes during pregnancy or after birth*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*.
- Fritzell, S., Schultz, A., Burström, B. och Bokedal, C. (2016). Jämlig hälsa kräver nya arbetssätt i vården. *Socialmedicinsk Tidskrift*;93, nr 5.
- Fugell, P. (2006). Tillit är medicinens grundämne. *Läkartidningen*; 103(24–25): 1961–64.
- Fält, E. Sarkadi, A. och Helena Fabian, H. (2016). Exploring Nurses', Preschool Teachers' and Parents' Perspectives on Information Sharing Using SDQ in a Swedish Setting. A Qualitative Study Using Grounded Theory. *Plos One* 11, 1–17.
- Gilljam, H. (2012). Rökstopp ger snabba hälsovinster. *Läkartidningen* nr 11, volym 109.
- Halldin, J. (2017). Personligt meddelande.
- Herlofson, J., Maripuu, S. och Kristenson, M. (2017). Det goda mötet som stärker patienternas motståndskraft och hälsa. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 94(2) 116–125.
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Svensk författningssamling 2017:30.
- Inspektionen för vård och omsorg (2016). *Hur upplever patienter och närstående vården? Sammanställning av klagomål som kommit in till patientnämnderna under 2016*.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle: Institute for health metrics and evaluation, University of Washington.
- Idler, E.L. och Benyamini, Y. (1979). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, Mar;38(1):21–37.

- Johansson, A.C., Gunnarsson, L.G., Linton, S.J., Bergkvist, L., Stridsberg, M. och Nilsson, O. (2008). Pain, disability and coping reflected in the diurnal cortisol variability in patients scheduled for lumbar disc surgery. *Eur J Pain*, Jul;12(5):633–40.
- Johansson, L. (2013). *Foodwork and meals in everyday life among persons with dementia and their partners*. Akademisk avhandling: Högskolan Jönköping.
- Kristenson, M., Eriksen, H., Sluiter, J.K., Starke, D. och Ursin, H. (2004). Psychobiological mechanisms for socioeconomic differences in health. *Soc Sci Med*, 58(8): 1 511–1 522.
- Kristenson, M., Lundberg J. och Garvin, P. (2011). Socioeconomic differences in outpatient healthcare utilization are mainly seen for musculoskeletal problems in groups with poor self-rated health. *Scandinavian Journal of Public Health*. Dec;39(8):805–12.
- Kristenson, M. (2011). Hur kan hälso- och sjukvården bidra till minskade skillnader i hälsa. *Socialmedicinsk tidskrift*. 88(4): 344–51.
- Kristenson, M. (2012). *Psykosociala faktorer påverkar hälsa och sjukdom*. I: Hertting A och Kristenson M, red. *Hälsofrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Kumar, G.S. och Klein, R. (2013). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *J Emerg Med*, 44(3):717–29.
- Kvarnström, S., Willumsen, E., Andersson-Gäre, B., Hedberg, B. (2012). How service users perceive the concept of participation, specifically in interprofessional practice. *British Journal of Social Work*, 42(1): 129–46.
- Lingfors, H., Persson, L.G., Lindström, K., Bengtsson, C., Lissner, L. (2009). Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only results from the Live for Life health-promotion programme. *Prev Med*, Jan;48(1):20–4.
- Ljungblad C., Granström F., Dellve L. & Åkerlind I. (2014). Workplace health promotion and working conditions as determinants of employee health. *International Journal of Workplace Health Management*, 7(2): 89–104.
- MacDonald, R. (2013). Music, health, and well-being: A review. *Int J Qual Stud Health Well-being*, Aug 7;8:20635.
- Mackenbach, J.P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med*, Elsevier, 75(4):761–9.
- Malmström, M. (2000). *Care Need Index, Social Deprivation and Health Epidemiological Studies in Swedish Health Care*. Lunds Universitet.
- Mavaddat, N., Parker, R.A., Sanderson, S., Mant, J., och Kinmonth, A.L. (2014). Relationship of self-rated health with fatal and non-fatal outcomes in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, Jul 30;9(7).
- McEwen, B.S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Res*, 886 (1–2):172.
- Malmö stad (2013). *Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa*.
- Marmot, M., (2010.) *Review Final Report: Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*. Department of Health: London.

- Marttila, A., Burström, K., Lindberg, L. och Burström, B. (2015). *Utökat barnhälsovårdsprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Kista-Rinkeby socialtjänst*. Utvärderingsrapport 2015, Stockholm: Karolinska institutet.
- Meador, N., King, K., Moe-Byrne, T., Wright, K., Graham, H., Petticrew, M., Power, C., White, M. och Sowden, A. (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health*, 16:657.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Rapport 2012:5.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2014 a). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2014 b). *Vården ur patienternas perspektiv – Jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*. Rapport 2014:11.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande*. Rapport 2015:6.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2016). *Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor*. Rapport 2016:4.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Rapport 2017:3.
- Mårtensson, L. och Hensing, G. (2011). Hälsolitteracitet, grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*. 108(51–52): 2 718–20.
- National Institute of medicine (2001). *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*.
- Nilsson, E., Orwelius, L. och Kristenson, M. (2016). Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers. *Journal of Internal medicine*, 279 (2), s. 141–153.
- Neumann, T., Rasmussen, M., Ghith, N., Heitmann, B. och Tonnesen, H. (2013). The Gold Standard Programme: smoking cessation interventions for disadvantaged smokers are effective in a real-life setting. *Tob Control*, 22(6):e9.
- Nouri, S.S. och Rudd, R.E. (2015). Health literacy in the “oral exchange”: an important element of patient-provider communication. *Patient Educ Couns*, May;98 (5):565–71.
- Olsson, E., Lau, M., Lifvergren, S. och Chakhunashvili, A. (2014). Community collaboration to increase foreign-born women’s participation in a cervical cancer screening program in Sweden: a quality improvement project. *International Journal for Equity in Health*, 9;13:62.
- Orwelius, L., Kristenson, M., Fredrikson, M., Walther, S. och Sjöberg, F. (2017). Hopelessness: Independent associations with health-related quality of life and short-term mortality after critical illness: A prospective, multicentre trial. *Crit Care*, Apr 28;41:58–63.
- Prop. 1997/98:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Socialdepartementet.
- Prop. 2003/ 03:35 *Mål för folkhälsan*. Socialdepartementet.
- Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten, vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*. Socialdepartementet.
- Prop. 2012/14:106 *Patientlag*. Socialdepartementet.
- Prop. 2012/13:109 *Papperslösa får rätt till vård*. Socialdepartementet.

- Regeringens budgetproposition (2015). *Ny styrning bortom New Public Management*. Regeringskansliet.
- Rodvall, Y., Kemetli, L., Tishelman, C. och Törnberg, S. (2005). Factors related to participation in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Eur J Cancer Prev*, Oct;14(5):459–66.
- Rosvall, M., Gerward, S., Engström, G. och Hedblad, B. (2008). Income and short-term case fatality after myocardial infarction in the whole middle-aged population of Malmö, Sweden. *Eur J Public Health*, 18(5): 533–38.
- Rosvall, M., Chaix, B., Lynch, J., Lindström, M. och Merlo, J. (2008) The association between socioeconomic position, use of revascularization procedures and five-year survival after recovery from acute myocardial infarction. *BMC Public Health*, 8: 44.
- Rowles, G.D., och Bernard, M. (2013). *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*. New York: Springer.
- Rudd, R. (2013). Needed action in health literacy. *J Health Psychol*. Aug; 18(8):1 004–10.
- Salari, R., Fabian, H., Prinz, R., Lucas, S., Feldman, I., Fairchild, A. och Sarkadi, A. (2013). The Children and Parents in Focus project: a population-based cluster-randomised controlled trial to prevent behavioural and emotional problems in children. *BMC Public Health*, Oct 16;13:961.
- SBU (2013). *Kostnadseffektivitet för populationsscreening av riskfaktorer och interventioner för hjärt- och kärlsjukdom*.
- Shen, Y. (2003). Selection Incentives in a Performance-Based Contracting System, *Health Services Research*, 38:2.
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.O., Zingmark, K. och Edvardsson, D. (2015). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 24:9–10, s. 1 310–1 319.
- Skolverket (2014). *Övergångar inom och mellan skolor och skolformer Hur övergångar kan främja en kontinuitet i skolgången från förskolan till gymnasieskolan*.
- Socialstyrelsen (2003). *Brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling*.
- Socialstyrelsen (2004.) *Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*.
- Socialstyrelsen (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport*.
- Socialstyrelsen (2011 a). *Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*.
- Socialstyrelsen (2011 b). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor Stöd för styrning och ledning*.
- Socialstyrelsen (2011 c). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Livsuppehållande behandling*.
- Socialstyrelsen (2012). *Patientens rätt till fast vårdkontakt– verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning. Meddelandeblad Nr 9 2012*.
- Socialstyrelsen (2013). *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg*.
- Socialstyrelsen (2015 a). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Hjärtsjukvård. Indikatorer och underlag för bedömningar*.
- Socialstyrelsen (2015 b). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården*.

- Socialstyrelsen (2015 c). *Att mötas i hälso- och sjukvård Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlik vård.*
- Socialstyrelsen (2015 d). *Öppna jämförelser – Jämlik vård 2016 – Kvinnors hälso- och sjukvård.*
- Socialstyrelsen (2016 a). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2016.*
- Socialstyrelsen (2016 b). *Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*
- Socialstyrelsen (2016 c). *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända – Slutrapport 2016.*
- Socialstyrelsen (2016 d). *Tolkar i hälso- och sjukvården och tandvården – Kartläggning våren 2016.*
- Socialstyrelsen (2016 e). *Öppna jämförelser 2016. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat.*
- Socialstyrelsen (2016 f). *En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*
- SOU 2011:63. *Framgångsrik företagshälsovård. Möjligheter och metoder. Studiehandbok från FHV-delegationen.*
- SOU 2013:15 *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning.*
- SOU 2016:2 *Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.*
- SOU 2016:94 *Saknad. Utredningen vänd frånvaro till närvaro.*
- SOU 2017:4 *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket.*
- Statens Folkhälsoinstitut (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.*
- Strömngren M, Dellve L, Eriksson A, Hälsofrämjande arbetsmiljö – en framgångsfaktor för god vård. *Socialmedicinsk tidskrift* 2, 177–185.
- Svenska Läkaresällskapet (2015). *En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum.* Rapport, Arbetsgruppen En Värdefull Vård.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009). *Vård på olika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Att göra jämlikt är att göra skillnad. Vägledning för jämlik styrning och ledning.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *När brukare och patienter blir medskapare – en lönsam historia. En idébok om brukar och patientmedverkan som inslag i kommuners, landstings och regioners styrning.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2016). *Rapport analysuppdrag: Flippen.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar.*
- Sveriges Läkarförbund (2015). *Rapport: Patientansvarig läkare – för en bättre läkarkontinuitet.*
- Svedberg, P. och Schön, U-K. (2015). *Delat beslutsfattande i psykiatrisk vård och stöd: översättning och validering av tre instrument som mäter delat beslutsfattande.* Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning.

- Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K. *et al.* (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, Dec; 25 (6):1 053–8.
- Tao, W., Agerholm, J. och Burström, B. (2016). The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*, Oct 4, 16 (1): 542.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E. *et al.* (2011). Psychiatric and psychosocial predictors of medical outcome after liver transplantation: a prospective, single-center study. *Transplant Proc*, 2011; 43(1), s. 155–57.
- Theorell, T. (2017). Kulturens betydelse för patientens hälsa. *Svensk Socialmedicinsk tidskrift*, s. 167–176.
- Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A. och Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Röda Korsets Högskolas rapportserie:1.
- Tønnesen, H., Nielsen, P., Lauritzen, J., och Moller, A (2009). Smoking and alcohol intervention before surgery:evidence for best practice. *Br J Anaesth*, 102:297–306.
- Ulrich, R.S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224: 420–21.
- Ulrich, R.S., Zimring, C., Joseph, A., Quan, X.och Choudhary, R. (2004). *The Role of the, Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A once-in-a-lifetime opportunity*. Concord, CA: The Centre for Health Design.
- Unnarsdóttir, M. (2017). *Individual experiences of healthcare services' call-back telephone system and access to health calls*.
- Wallby, T. och Hjern, A. (2011). Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county. *Acta Paediatr*, 100(11):1 495–503.
- Vedhara, K. (2012). Psychoneuroimmunology: the whole and the sum of its parts. *Brain Behav Immun*, 26(2): 210–11.
- Weinehall, L., Hellsten, G., Boman, K., Hallmans, G. *et al.* (2001). Can a sustainable community intervention reduce the health gap? A 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl*, 56:59–68.
- World Health Organization (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. WHO global report 2005.
- World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. WHO: Geneva.
- World Health Organization (2010). *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2014). *Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region*. Health Evidence Synthesis Report 44.
- Wijk, H., red. (2014). *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur.

- Wijk, H. och Nidin, S. (2017). Vårdmiljöns betydelse för hälsa och välbefinnande. *Socialmedicinsk tidskrift*. (94):156–166.
- Wollebæk, D., Wallman Lundåsen, S. och Trägårdh, L. (2012). Three Forms of Interpersonal Trust. Evidence from Swedish Municipalities. *Scandinavian Political Studies*, 35:319–346.
- Wretlind, K., Gahnberg, L. (2017). Ett tandvårdsperspektiv på förebyggande och hälsofrämjande verksamhet – exempel på kariesprevention från Västra Götaland. *Socialmedicinsk tidskrift*, årgång 94 nr 2, s. 197–208.
- Wretlind, K., Magnusson, M. och Åhs Jonsson, U. (2016). *Insatser för att minska skillnader i hälsa: Hälsosamtal med familjer – speciellt med fokus på hälsosamma matvanor*.
- Wängdahl, J., Lau, M., Nordström, P., Samulowitz, A. och Karlsson, L. (2017). Hälso- litteracitet – en kommunikativ utmaning för hälso-och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*, (94) 126–135.
- Västra Götalands regionen (2012). *Ta med en vän – ett projekt för att öka cellprovstagningen i nordöstra Göteborg*. Slutrapport.
- Västra Götalandsregionen (2016) *Handlingsplan Folkhälsoarbete Angereds närsjukhus 2017*.
- Zackrisson, S. (2012). *Kvinnors deltagande i mammografiscreening i Malmö och kopplingen till sociala determinanter*. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- Åhs, A.M., och Westerling, R. (2006). Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy*, 78(2–3):178–93.
- Öfverman, E. (2017). *If the mounting will not come to Mohammed, Mohammed will come to the mountain. Tillkomst och utveckling av en mobil vårdcentral*. Rapport Bräcke diakoni.
- Östsam (2014). *Östgotakommissionen för folkhälsa*.

Webbkällor:

Diskrimineringsombudsmannen:

www.do.se/om-diskriminering/publikationer/statistikens-roll-arbetet-mot-diskriminering/

Ersta Diakoni:

www.erstadiakoni.se/sv/sjukhus/Patient/Kliniker--avdelningar/Vard-av-hemlosa/Pelarbacken/

Födelsehusets Doula & kulturtolk:

www.doulakulturtolk.se/forskning/

Jämställ.nu:

www.jamstall.nu/fakta/normkritik/

Länsstyrelsen i Skåne:

www.lansstyrelsen.se/skane/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap-skane/MILSA/MILSAantologioriginal151014.pdf

Nationella kvalitetsregister:

<http://kvalitetsregister.se/drivaregister/patientmedverkan>

Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård (HFS)

www.hfsnatverket.se/

Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter:

www.manskligarattigheter.se/sv/manskliga-rattigheter-i-sverige

Socialstyrelsen:

www.socialstyrelsen.se/hittarattmyndighet/dinarattigheterivarochomsorg

Socialstyrelsen (tillgång till specialistläkare 2014):

www.socialstyrelsen.se/publikationer/2016/2016-12-29

World Health Organization (Non-communicable diseases Fact Sheet 2013):

www.who.int/mediacentre/factsheets/



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

www.kommissionjamlikhalsa.se