

”Lika behov – olika vård”

Sammanfattning av SFV:s höstworkshop den 22 oktober 2010 om ojämlikheter i vården.

Dagen inleddes av *Sarah Wamala*, Folkhälsoinstitutets generaldirektör, som bland de 11 folkhälsopolitiska målen (www.fhi.se) lyfte fram den hälsofrämjande hälso- och sjukvården och som på ett elegant sätt beskrev hur det hälsofrämjande arbetet kommer in i vart och ett av God Vårds sex målområden.

När det gäller målområdet Jämlik vård visade Sarah hur den ekonomiska krisen medfört att allt fler avstår från att söka vård – särskilt bland äldre, dem med kort utbildning och kvinnor. Tobaksbruk och tobaksrelaterade sjukdomar och övervikt hör till de hälsoproblem i befolkningen som är olika fördelade beroende på kön och utbildningens längd. Sarah talade varmt för FYSS och FaR och påpekade att även i användningen av dessa åtgärder förelåg stor skillnad inom vården. Sarah berörde också sin egen forskning, som bl a visat att både upplevda kränkningar och bristande förtroende för vården som helhet leder till att man avstår från att söka vård. I den efterföljande diskussionen påtalades goda effekter av att ha personal i vården med särskild utbildning – lotsar – för att guida patienter i hälsofrämjande – och därmed sjukdomsförhindrande – aktiviteter. Vikten av att i avtal med vårdens organisationer tydliggöra ansvaret för hälsofrämjande och preventiva insatser och att forma ersättningssystemen så att de stödjer en sådan inriktning betonades.

Tänk om vården ersattes för vunnen hälsa och förhindrad sjuklighet bland kunderna istället för antal besök och vård dagar.....

Därefter visade *Ingrid Schmidt*, utredare på Socialstyrelsen, statistik från Hälso- och sjukvårdsrapporten 2009 (www.socialstyrelsen.se) som förstärkte Sarahs budskap, nämligen att skillnader i vårdkontakter ökat senaste åren men också att dödstalen i så kallad åtgärdbar dödlighet är betydligt högre för utlandsfödda och lågutbildade än för svenskfödda och högutbildade. Dessa skillnader verkar dessutom öka särskilt när det gäller sjukdomar som är påverkbara genom hälsopolitiska insatser (ex vis tobaks- och alkoholrelaterade sjukdomar). Också när det gäller ändamålsenlig läkemedelsbehandling vid folkhälsosjukdomar föreligger en skillnad till nackdel för dem som är utlandsfödda och lågutbildade. Samma förhållande gäller för tillgänglighet, bemötande och delaktighet i vården! Ingrid tyckte dock hon såg ett perspektivskifte i vården med en begynnande ökad hälsoorientering men önskade se en utveckling i bemötandet och vården av dem med sämre förutsättningar.

SKL:s insatser för att tackla problemet med ojämlikheten i vården belystes av *Marianne Granath*, sektionschef inom avdelningen för vård och omsorg på SKL. Hon beskrev att SKL satsar på socioekonomi och etnicitet i sitt stöd till huvudmännens arbete med att främja jämlik vård. I sitt anförande refererade Marianne bl a till SKL-rapporten Vård på (o)lika villkor (www.skl.se) – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård som belyser skillnader i vårdutnyttjande, behandlingsmönster och resultat mellan olika grupper i samhället – nästan alltid till de socialt utsattas nackdel. Personalen måste fråga sig, vad som kan göras i den egna verksamheten för att göra den vård som ges mer jämlik! I den efterföljande diskussionen underströks vikten av att bygga förtroende genom gott bemötande och att börja med hälsofrämjande insatser redan i barnhälsovården.

Lena Lindgren och *Lena Trei-Ågren* från Alingsås lasarett berättade om sitt pågående, systematiska förbättringsarbete beträffande smärtlindring till patienter med akuta frakturer,

där det i kartläggningen visat sig att upplevd smärta och given smärtbehandling skiljer sig mellan kön och ålder (barn var systematiskt sämre smärtlindrade). Slutsatsen av deras berättelse är förstås att alltid redovisa resultat könsuppdelat – annars upptäcks inte ojämlikhetsfenomenen i vården, och att jämställdhets- och jämlikhetsarbetet kräver systematiskt, lärandestyrt förbättringsarbete precis som vårdens övriga fem förbättringsområden.

Hur kan vi ta bort osynliga trösklar för vården av individer med en annan etnisk bakgrund? var den utmanande rubriken på *Lars-Olof Larssons* engagerade anförande. Lars-Olof är lungläkare med tuberkulos som särskild specialitet, verksam vid Karolinska universitetssjukhuset/Huddinge och Angereds närsjukhus. Han underströk bland annat vikten av att vi inser att 1/5 av Sveriges befolkning har utländsk bakgrund. Vi måste alltså sluta att tala om ”vi och dom” och i stället inse att det är ”oss alla”. Se individen – inte gruppen, var också hans budskap. Samtidigt som de med annan etnisk bakgrund kan ha särskilda behov beroende på de psykiska besvär o/e kroppsliga sjukdomar de medfört från hemlandet, som självklart ska beaktas i mötet med och omhändertagandet av patienten, så ska de inte erbjudas ”särskild vård” – vård i andra former. Det vore diskriminerande. Alla ska ha likvärdig vård och självklart ska kraven på patienten vara desamma - oavsett bakgrund - som att komma i tid, respektera den behandlandes kön, mm. Kravet på behandlaren å sin sida är att visa alla patienter samma respekt och värdighet oavsett social ställning, etnisk bakgrund, etc. En osynlig tröskel kan vara att den sjuke lägger mer vikt vid att grunna över orsaken till sin sjukdom – än själva behandlingen. Utmaningen är då att beskriva att sjukdomen inte är något straff utan så konkret som möjligt förklara bakomliggande patogenes. Vägen in till vården kan vara en annan osynlig tröskel. Ett sätt att komma över den tröskeln kan vara att som på Angereds närsjukhus låta mångspråkig personal i receptionen erbjuda hjälp med att fylla i en egenremiss till specialistvård.

Avslutningsvis berättade *Ann Ekberg-Jansson* om den ojämlika vården av olika sjukdomsgrupper som inte är har samma ”status” som t ex hjärt- kärlsjukdomarna. Ann är verksamhetschef på Angereds närsjukhus och registerhållare för kvalitetsregistret RiksKol. KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) hör till den sjukdomsgruppen. Sannolikt lider en halv miljon människor i Sverige av KOL men endast 20% av dem är kända. Kan det möjligen bero på att det är främst kvinnor, de med invandrarbakgrund och de med kort utbildning som drabbas? Ann visade hur man både på lokal nivå och nationell nivå kan arbeta med att åtgärda detta, bland annat berättade hon hur man genom kostnadsfria öppethus-mottagningar för spirometri, aktivt marknadsförda till de grupper som är särskilt drabbade, hittar många med odiagnosticerad lungsjukdom. Hon visade också på vikten av att integrera hälsofrämjande aktiviteter i den vanliga vården, t ex tobakspreventivt arbete.

I den avslutande diskussionen kom vikten av bygga motivation för att se och komma till rätta med ojämlik hälsa och vård upp. Viktigt är att ta fram data, att dela upp siffror och redovisa resultat fördelat på kön, ålder, etnicitet och socioekonomi. Självklart ska den samhällsekonomiska vinsten med att komma till rätta med ojämlikheter i hälsa och vård också framhävas – men viktigast av allt är inställningen: det är inte vi och dom – det är oss alla. Här har vi alla ett ansvar att förmedla den inställningen – i vårt dagliga arbete.

Workshopen ledde fram till följande ”Att göra-lista”:

- Ta fram data för att se hur vården faktiskt fördelas.
- Integrera hälsofrämjande arbete i den vanliga vården.
- Ta initiativ från vården till samarbete med hela lokalsamhället i syfte att åstadkomma samordnade, hälsofrämjande insatser. Tänk på att många, både individer och institutioner, lyssnar på vårdens företrädare!
- Identifiera förbättringsområden och tackla dem med hjälp av systematiskt förbättringsarbete.
- Kartlägg osynliga trösklar i din egen verksamhet. Hur vet patienten att vi finns, hur ser vägen in till oss ut och hur tar vi emot dem som söker sig till oss, etc? En sådan självgranskning kan kallas för ”diskrimineringsrond” och bör göras minst lika ofta som skyddsronder.
- Arbeta systematiskt med bemötande, och våga inse att vården och vårdens medarbetare ibland diskriminerar, medvetet och/eller omedvetet.