

Rapport 2016:4

Förebygga för att överbrygga?

Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: istockphotos/Getty Images
Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2016
ISBN 978-91-87213-61-8

Förebygga för att överbrygga?

Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande
arbete mot ohälsosamma levnadsvanor

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Eva Hagbjer har varit föredragande. Projektdirektören Nils Janlöv och analyschefen Christofer Montell har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2016-11-11

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Kerstin Wigzell
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Eva Hagbjer
Föredragande

Förord

Regeringen har formulerat målet att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Regeringen har också tillsatt Kommissionen för jämlik hälsa med uppgiften att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Det kommer att kräva insatser på en lång rad områden för att målet ska kunna nås. För att hälsoklyftorna ska kunna slutas behöver skillnader i levnadsvanor minskas. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor är de levnadsvanor som mest påverkar den samlade sjukdomsburden i Sverige. Statistiken visar att det finns skillnader mellan grupper i befolkningen, både när det gäller risken att drabbas av ohälsa och sannolikheten att ha ohälsosamma levnadsvanor. Hälso- och sjukvården har i uppdrag att verka för en god och jämlik hälsa och sedan 2011 finns det nationella riktlinjer för det sjukdomsförebyggande arbetet.

En mer jämlik hälso- och sjukvård är ett prioriterat område för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys). Vi har därför genomfört en analys av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv, med ett särskilt fokus på socioekonomiska faktorer och kön. Vår rapport visar att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete snarast riskerar att öka ojämlikheterna i levnadsvanor mellan grupper – om det inte genomsyras av ett systematiskt jämlikhetsfokus. Vi har därför utvecklat en modell som kan ligga till grund för ett mer systematiskt arbete. Vår förhoppning är att rapporten kan bidra till ett tydligare jämlikhetsperspektiv i hälso- och sjukvårdens arbete för att motverka ohälsosamma levnadsvanor.

Rapporten har tagits fram av en projektgrupp bestående av Eva Hagbjer, Simon Alfredsson, Emma Spånberg och Nils Janlöv. Konsultbolaget EY samt Sanjib Saha, Johannes Lissdaniels och professor Ulf Gerdtham vid

Lunds universitet har bidragit med underlag. Vi vill tacka vår referensgrupp som har bistått med synpunkter på rapporten: Karin Junehag Källman vid Folkhälsomyndigheten, professor Margareta Kristenson vid Linköpings universitet, Iréne Nilsson Carlsson vid Socialstyrelsen och Kerstin Troedsson på SKL. Tack även till Rickard Lunnerdal, som ledde projektet fram till och med februari. Avslutningsvis vill vi rikta ett varmt tack till de personer som tagit sig tid att låta sig intervjuas.

Stockholm i december 2016

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

BAKGRUND OCH SYFTE

Det finns tydliga skillnader i hälsa och levnadsvanor mellan olika befolkningsgrupper

Sverige är ett av de länder som har högst medellivslängd i världen och folkhälsan utvecklas över lag positivt. Men hälsan är inte jämnt fördelad. På befolkningsnivå följer skillnaderna ett mönster där sämre socioekonomiska förutsättningar samvarierar med sämre hälsa. Exempelvis är den återstående medellivslängden vid 30 års ålder ungefär sex år längre för män med eftergymnasial utbildning jämfört med dem med grundskoleutbildning, medan skillnaden är fem år för kvinnor. En av flera faktorer som kan påverka skillnaderna i hälsa är att det är vanligare med ohälsosamma levnadsvanor i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar. År 2015 rökte exempelvis cirka 17 procent av kvinnorna med grundskoleutbildning varje dag, vilket kan jämföras med cirka fem procent av kvinnorna med eftergymnasial utbildning. Vidare är det mer än en och en halv gång så vanligt att äta lite frukt och grönsaker bland personer med grundskoleutbildning jämfört med dem som har en eftergymnasial utbildning.

Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete har en viktig uppgift i att motverka skillnader i ohälsosamma levnadsvanor – men det finns risker för motsatt effekt

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården har även i uppdrag att arbeta för att förebygga ohälsa bland annat genom förebyggande insatser. Att det förebyggande arbetet bedrivs på ett jämlikt sätt är viktigt för att

minska skillnaderna i ohälsosamma levnadsvanor, och i förlängningen skillnaderna i hälsa mellan olika grupper. Forskning tyder dock på att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete – om det inte genomsyras av ett systematiskt jämlikhetsfokus – snarare riskerar att öka skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper än att motverka dem. En sådan oönskad effekt kan uppstå om det förebyggande arbetet (1) är sämre på att nå personer i vissa befolkningsgrupper (exempelvis personer med sämre socioekonomiska förutsättningar eller ett visst kön) eller (2) om behandlingen inte anpassas så att effekten av det förebyggande arbetet blir densamma för alla befolkningsgrupper.

Syftet med rapporten är att analysera vårdens förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv

Syftet med den här rapporten är att analysera hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv, med särskilt fokus på socioekonomiska faktorer och kön. Ambitionen är att bidra med kunskap om hur vårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor kan utformas för att säkerställa att arbetet sker på ett jämlikt vis. Med ett jämlikt förebyggande arbete menar vi i den här rapporten att det inte förekommer några omotiverade skillnader mellan olika grupper, det vill säga skillnader som inte beror på medicinska bedömningar eller grundas i olika behov och förutsättningar. I rapporten analyserar vi följande frågeställningar:

- Vilken evidens ger befintlig forskning om hur olika typer av förebyggande insatser påverkar skilda socioekonomiska grupper och kön?
- Bedrivs dagens förebyggande arbete i hälso- och sjukvården på ett jämlikt vis?
- Hur arbetar landstingen för att styra mot ett jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården, i synnerhet i primärvården?

Vi utgår från de fyra ohälsosamma levnadsvanor som lyfts i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Rapporten baseras på en systematisk litteraturstudie, nationell statistik, en kartläggning av landstingens och regionernas styrning av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete samt fallstudier av det praktiska förebyggande arbetet i två regioner: Västra Götalandsregionen och Region Jönköpings län.

Det förebyggande arbetet består av flera delar, där varje del behöver vara jämlik

För att analysera hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv utgår vi från en modell där arbetets samlade resultat består av två delar: arbetets täckningsgrad och behandlingseffekt (se figur 1). Med täckningsgrad avser vi andelen personer med ohälsosamma levnadsvanor som nås av vårdens förebyggande arbete. Behandlingseffekt avser förändringen i levnadsvanor inom denna grupp.

Vilka som nås av vårdens förebyggande arbete beror på två steg:

- *Kontakt* beskriver vilka hälso- och sjukvården kommer i kontakt med.
- *Identifiering* beskriver hos vilka vården uppmärksammar ohälsosamma levnadsvanor.

Det förebyggande arbetets behandlingseffekt kan också delas upp i två steg:

- *Prioritering* beskriver vilka som får förebyggande insatser.
- *Anpassning* beskriver hur väl vården anpassar sina insatser efter en persons förutsättningar.

En grundförutsättning för att vårdens förebyggande arbete ska vara jämlikt är att det inte uppstår omotiverade skillnader i något av de fyra stegen. Det innebär att hälso- och sjukvården når alla grupper i samma utsträckning, att personer identifieras och erbjuds behandling utifrån förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor samt att behandlingen i tillräcklig utsträckning anpassas utifrån individuella förutsättningar.

Figur 1. Det samlade resultatet av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete beror både på arbetets täckningsgrad och på dess behandlingseffekt.



RESULTAT OCH SLUTSATSER

Forskningen pekar på risker för ett ojämnt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården

Forskningen om hur olika typer av förebyggande insatser påverkar skilda socioekonomiska grupper och kön är begränsad, men vissa iakttagelser kan ändå göras. Exempelvis pekar forskningen på att personer i socialt utsatta situationer i större utsträckning har sämre möjligheter att ta till sig och använda hälsoinformation, sämre ekonomiska förutsättningar, bristande socialt stöd samt lägre motivation eller tilltro till sin egen förmåga att påverka sin hälsa i jämförelse med andra grupper. Om inte hälso- och sjukvården på olika sätt anpassar och kompenserar för det finns en risk för att det förebyggande arbetet blir ojämnt, både när det gäller vilka som nås av vårdens arbete och vilken behandlingseffekt som uppnås.

Bland annat visar forskningen att så kallade screeninginsatser – det vill säga insatser för att identifiera personer med risk att utveckla, eller som redan har utvecklat, sjukdomar eller hälsoproblem – generellt är sämre på att nå grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar än andra grupper. I synnerhet är det så kallad opportunistisk screening som riskerar att leda till ojämlikheter. Opportunistisk screening bygger på att personer själva tar kontakt med hälso- och sjukvården – antingen för att screenas eller i ett annat ärende. Metoden påverkas dessutom av personernas förmåga att uttrycka sitt vårdbehov och deras vilja att låta sig bli undersökta. Så kallad populationsbaserad screening, som innebär att vården systematiskt bjuder in samtliga personer i exempelvis en viss åldersgrupp för en undersökning, har visat sig ha ett högre deltagande bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar jämfört med opportunistisk screening.

Forskningen pekar också på att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar verkar få större behandlingseffekt av insatser som skapar stöttande strukturer i personens sociala omgivning eller livsmiljö, än av insatser som fokuserar på att ge standardiserad information om levnadsvanorna. Den tidigare typen av insatser inbegriper exempelvis kampanjer för att ändra attityden till levnadsvanor i en grupp eller fysiska aktiviteter som sker i skolans eller arbetsplatsens regi. Anledningen till att strukturellt stöttande insatser tenderar att ha större behandlingseffekt än information anses vara att de ställer lägre krav på personer att själva ha tillräckliga resurser och kunskap för att förändra sina levnadsvanor. Det här är särskilt viktigt eftersom det ställer höga krav på en persons motivation att ändra sitt vardagliga beteende. Exempelvis påverkas skolbarn, oavsett socioekonomiska förutsättningar, positivt av en

ökad tillgång till kravlösa fysiska aktiviteter, som dans och promenader, lokaler för fysisk aktivitet utanför skoltid eller av att få nyttigare skolmat.

Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar verkar i lägre grad delta i och påverkas av hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser

I dag finns begränsad kunskap på nationell nivå om hur hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ser ut. Det gör det svårt att analysera arbetet ur ett jämlikhetsperspektiv. Den statistik som finns på nationell nivå tyder dock på att personer med bättre socioekonomiska förutsättningar samt män både deltar i förebyggande aktiviteter som rekommenderas av vården och förändrar sina levnadsvanor i högre grad än andra grupper. Det talar för att hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att anpassa sina insatser för att kompensera för personers olika förutsättningar.

Befolkningens kontakt med vården och identifieringen av ohälsosamma levnadsvanor tycks vara relativt jämlik. Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar kontaktar primärvården i högre grad än befolkningen i övrigt, medan högutbildade är överrepresenterade i vården i stort. Det innebär att primärvården har en viktig roll i att bedriva ett förebyggande arbete som inte missgynnar personer med sämre socioekonomiska förutsättningar. Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar anger också att de diskuterat levnadsvanor med vårdpersonal i ungefär lika stor utsträckning som befolkningen i övrigt.

Landstingens styrning av vårdens förebyggande arbete fokuserar inte på jämlikhet

Vår kartläggning visar att landstingens övergripande styrning betonar vikten av ett jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården, däremot är styrningen och ersättningen av primärvårdens praktiska arbete inte lika tydlig.

Landstingen lyfter vikten av ett jämlikt förebyggande arbete, men endast en tredjedel tydliggör det som en del av primärvårdens uppdrag

Samtliga landsting betonar i sina övergripande styrdokument vikten av att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete bedrivs på ett jämlikt sätt. En dryg tredjedel nämner att vårdens förebyggande arbete bör öka sin

kontaktyta med personer med sämre socioekonomiska förutsättningar genom riktade informationsinsatser och samverkan med exempelvis kommunerna. Det förekommer även instruktioner om att information om levnadsvanor ska finnas tillgänglig på olika språk eller lätt svenska. Däremot diskuterar inte vårdprogram och medicinska riktlinjer skillnader mellan grupper. I primärvårdens uppdragsbeskrivningar är det endast en tredjedel av landstingen som lyfter jämlikhet eller minskade hälsoklyftor som en del av det förebyggande arbetet, trots att samtliga landsting ger primärvården ett uttryckligt uppdrag att bedriva förebyggande arbete.

Landstingens uppföljning av skillnader i hälsa och levnadsvanor sker på en övergripande nivå, utan direkt koppling till vårdens förebyggande arbete

Knappt tre fjärdedelar av landstingen har ställt upp mål och följer upp hur skillnaderna i hälsa och levnadsvanor mellan grupper bör utvecklas. Däremot sker uppföljningen inte på ett sätt som gör det möjligt att utvärdera resultatet av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete.

Endast en tredjedel av landstingen ersätter förebyggande arbete som syftar till minskade hälsoklyftor

Våra intervjuer i VGR och Jönköping pekar på att öronmärkt ersättning för insatser med avsikt att göra primärvårdens förebyggande arbete mer jämlikt är ett av flera verktyg för att synliggöra frågan i den löpande uppföljningen. Vår kartläggning visar dock att endast en tredjedel av landstingen ger någon form av tilläggsersättning eller målrelaterad ersättning för att öka jämlikheten eller minska hälsoklyftor mellan grupper genom förebyggande arbete. Däremot ger nästan alla landsting en öronmärkt ersättning för förebyggande insatser.

Dessutom justerar samtliga landsting sin primärvård ersättning efter Care Need Index (CNI). CNI är ett mått som används för att kompensera vårdgivare för ett förväntat vårdbehov utifrån faktorer som ålder, arbetslöshet och utbildningsnivå. Det faktum att nästan alla landsting ger en öronmärkt ersättning för förebyggande arbete i kombination med att samtliga landsting justerar ersättningen efter CNI kan tolkas som att landstingen ger en indirekt ersättning för att minska ojämlikheter i hälsa. Forskning tyder emellertid på att vårdcentraler som får en högre CNI-ersättning inte använder den för att ge mer eller dyrare insatser, vilket tyder på att ersättningen inte används för att anpassa vårdens insatser i högre grad.

Brist på rutiner och kompetensutveckling gör det svårare att anpassa vårdens förebyggande insatser efter olika gruppers behov

Runt en fjärdedel av primärvårdens personal anser sig inte ha tillräcklig kompetens att ge rådgivande samtal, och en tredjedel saknar ämneskunskap om riskbruk av alkohol och tobak. Fyra av tio av dem som saknar kunskap tycker inte heller att de har möjlighet till kompetensutveckling i arbetet. Ungefär lika många anger att det saknas tydliga rutiner för det förebyggande arbetet. Bristen på rutiner och utbildningsmöjligheter försvårar personalens möjligheter att anpassa sina insatser efter olika gruppers behov.

Juridiska förutsättningar begränsar landstingens möjligheter att följa upp det förebyggande arbetets jämlikhet

Det finns vissa juridiska ramar som påverkar hur uppföljningen av socioekonomiska skillnader i vårdens förebyggande arbete kan ske. De handlar främst om hur information om en persons socioekonomiska förutsättningar kan inhämtas och analyseras tillsammans med hens hälsodata, vilket är nödvändigt för att kunna följa upp eventuella socioekonomiska skillnader i det förebyggande arbetets kontakt-, identifierings-, prioriterings- och anpassningssteg. Såväl hälso- och sjukvårdslagstiftningens bestämmelser om att vården ska bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande, som personuppgiftslagstiftningen och reglerna om offentlighet och sekretess har betydelse för hur uppgifter om personers socioekonomiska förutsättningar och hälsa kan inhämtas och användas. Exempelvis är vårdgivares förutsättningar att samköra socioekonomisk information med vårdinformation inom ramen för sitt uppföljningsarbete begränsade. Om landstingen vill göra den typen av uppföljning kan det till exempel övervägas att göra det inom ramen för forskningsprojekt eller om det är möjligt genom att inhämta varje persons samtycke.

REKOMMENDATIONER

Att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och att vården ska bedrivas på lika villkor framgår av hälso- och sjukvårdslagen. Vi kan samtidigt konstatera att det generellt sett saknas både forskning och kunskap om landstingens praktiska arbete när det gäller påverkan av vårdens förebyggande arbete på socioekonomiska grupper och kön. Både forskningen och den nationella statistik vi tagit del av indikerar dock att det finns risker för att det förebyggande arbetet inte är jämlikt. Vi har också visat att landstingens



styrning av det förebyggande arbetet i flera avseenden inte fokuserar på jämlikhet. Mot denna bakgrund lämnar vi ett antal rekommendationer till olika aktörer.

Rekommendationer till regeringen och nationella myndigheter

- ▶ *Regeringen bör vidta åtgärder för att stärka kunskapsstödet om hur det förebyggande arbetet kan anpassas för att bli mer jämlikt*

Eftersom forskningen i dag är begränsad kring hur hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete kan anpassas för personer med olika socioekonomiska förutsättningar eller kön bör sådan forskning främjas. Även kunskapen kring hur vården på ett ändamålsenligt sätt kan nå fler i det förebyggande arbetet behöver stärkas. Här ingår att kontinuerligt se över och utveckla Socialstyrelsens nationella riktlinjer så att de på bästa sätt understödjer ett jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården. Det finns även ett behov av forskning om exempelvis kostnadseffektiviteten i utåtriktade förebyggande insatser för att nå fler.

- ▶ *Regeringen bör främja utvecklingen av fler nationella mått som fångar skillnader i hälsa och levnadsvanor mellan grupper*

En majoritet av landstingen använder sig av nationella indikatorer eller mätningar för att följa upp skillnader i hälsa och levnadsvanor. Flera landsting efterfrågar dock ytterligare nationella mätningar för att själva kunna välja de indikatorer som bäst stämmer överens med lokala behov och styrsystem. Nationella mått möjliggör även jämförelser mellan landsting. Några exempel på projekt som kan stärka uppföljningen av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete är arbetet med att ta fram indikatorer för förebyggande insatser som leds av SKL samt det nationella systemet för PrimärvårdsKvalitet. Om dessa indikatorer även följs upp efter kön och socioekonomi kan de bli ett viktigt komplement till exempelvis Folkhälsomyndighetens enkäter.

Rekommendationer till landstingen och regionerna

- ▶ *Landstingen bör arbeta mer systematiskt för att nå rätt personer med hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete*

Tidigare forskning visar att förebyggande arbete som inte är tillräckligt systematiskt riskerar att missgynna personer med sämre socioekonomiska förutsättningar. Det är därför viktigt att landstingens styrning sätter ett

tydligt fokus på att följa upp att det inte uppstår omotiverade skillnader i vilka som nås av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Primärvården spelar en särskilt viktig roll för att nå ut till alla delar av befolkningen. Det är även viktigt att ta till vara och bygga vidare på det uppsökande arbete som bedrivs inom mödravården och barnhälsovården.

► *Landstingen bör fortsätta och påskynda arbetet med att anpassa hälso- och sjukvårdens insatser efter olika grupper*

Insatser för att ändra levnadsvanor ställer höga krav på personers egen motivation och medverkan. Insatserna behöver därför anpassas för att ha lika god effekt för personer med olika socioekonomiska förutsättningar. Personalen behöver både kunskap om vilka hinder som är viktiga att vara uppmärksam på och rätt verktyg för att kunna kompensera för dem. Många av de anpassningar vi sett i svensk hälso- och sjukvård riktas till personer med begränsade kunskaper i svenska, men det är även viktigt att undersöka hur insatsernas behandlingseffekt kan ökas för andra grupper. Även forskningsprojekt som följer upp insatsernas behandlingseffekt för olika grupper är ett viktigt verktyg för att undvika omotiverade skillnader.

► *Landstingen bör satsa på stödinsatser och informationsutbyte mellan såväl landsting som vårdcentraler*

Hälso- och sjukvårdspersonalen saknar i många fall vana att arbeta förebyggande. Samtidigt saknas tydliga forskningsresultat som kan ligga till grund för deras jämlikhetsarbete. Det ökar vikten av att landstingen ger stöd och konkreta förslag på hur vårdens förebyggande arbete kan ske på ett mer jämlikt sätt. Det är även angeläget att skapa arenor för kunskapsutbyte mellan hälso- och sjukvårdspersonal, vårdenheter och landsting för att sprida goda exempel och erfarenheter. I dag arbetar många olika samhällsaktörer förebyggande, men arbetet sker parallellt och de olika projekten är ofta tidsbegränsade. Både SKL och Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård har därför en viktig roll för att på nationell nivå samla och sprida olika aktörers kunskap och erfarenheter.

► *Primärvården bör förstärka samarbetet med andra aktörer kring sitt förebyggande arbete*

Hälso- och sjukvården är en av flera aktörer med möjlighet att motverka ohälsosamma levnadsvanor. Vården har därför en viktig roll i att sprida kunskap till andra aktörer. Samarbeten med aktörer utanför hälso- och sjukvården kan även hjälpa till att öka det förebyggande arbetets



täckningsgrad genom att nå nya grupper. De kan också ge vården ny kunskap om hur de förebyggande insatserna bäst kan anpassas till olika grupper och därmed öka behandlingseffekten. Några exempel på tänkbara samarbetsaktörer är socialtjänsten, tandvården, apoteken och skolan, men även samhällsaktörer som företagshälsovården och civilsamhället.

► *Landstingen bör ge hälso- och sjukvårdspersonalen möjligheter att utveckla sin kompetens i förebyggande arbete*

Betydande delar av personalen i både primärvården och den somatiska specialistvården saknar kunskap om och möjligheter att vidareutbilda sig i samtalsmetodik och ohälsosamma levnadsvanor. Det pekar på ett behov av att landstingen både satsar på att utbilda sin personal i förebyggande arbete och tydligt visar att sådan kompetens är efterfrågad.

► *Landstingens styrning mot ett mer jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården bör ta fasta på tydligare krav och uppföljning*

Primärvården har goda förutsättningar att ta huvudansvaret för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete, både med tanke på sitt breda uppdrag och på sin goda kontakt med personer med sämre socioekonomiska förutsättningar. Hela hälso- och sjukvården har dock ett ansvar att arbeta förebyggande och vid behov remittera personer till primärvården. Utifrån vår kartläggning ser vi tre möjliga åtgärder för att styra mot ett mer jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården:

- Ställ tydligare krav på att hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande och jämlikt. Det kan exempelvis vara aktuellt att ställa krav på personalens kunskaper om samtalsmetodik eller förebyggande arbete.
- Diskutera det förebyggande arbetets jämlikhet i den löpande uppföljningen. På så sätt blir det synligt vilka vårdenheter som riskerar att inte uppnå målen.
- Gör information om det förebyggande arbete som primärvården bedriver tillgänglig så att personer kan använda det som grund för sitt val av vårdcentral.



Innehåll

1 Inledning	25
1.1 Vården ska arbeta förebyggande och sträva efter en vård på lika villkor.....	27
1.2 Vårdanalys analyserar hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv	29
1.3 Rapporten bygger på en forskningsgenomgång, nationell statistik, intervjuer och dokumentstudier	30
1.4 Rapportens disposition	33
2 Några centrala utgångspunkter för analysen.....	37
2.1 Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete består av flera delar, där varje del behöver vara jämlik.....	37
2.2 Förebyggande arbete innebär flera avvägningar som inte diskuteras i den här rapporten	41
3 Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar har i större utsträckning nedsatt hälsa	47
3.1 Folkhälsan ökar, men det finns skillnader mellan socioekonomiska grupper.....	47
3.2 Hälsan påverkas av en mängd faktorer, varav levnadsvanor är en.....	48
3.3 Levnadsvanorna skiljer sig åt mellan socioekonomiska grupper och kön	51



4	Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete behöver nå alla grupper	57
4.1	Utformningen av vårdens förebyggande insatser påverkar vilka grupper som nås av det förebyggande arbetet	57
4.2	Vården får begränsad nationell vägledning kring prioriteringar	62
4.3	Kontakterna med hälso- och sjukvården påverkar möjligheterna för ett jämlikt förebyggande arbete.....	64
4.4	Strategier för att fler ska nås av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete	65
5	Vårdens förebyggande arbete behöver anpassas efter mottagaren	79
5.1	Arbetets behandlingseffekt beror på mottagarens förutsättningar och vårdens kompensatoriska förmåga.....	79
5.2	Prioriteringen påverkas av medicinsk risk och av personens eget val.....	86
5.3	Strategier för att öka det förebyggande arbetets behandlingseffekt	88
6	Risken för ojämlikhet verkar vara störst i prioriterings- och anpassningsstegen.....	97
6.1	Sveriges befolkning är positiv till att hälso- och sjukvårdspersonal diskuterar levnadsvanor.....	98
6.2	Kontakt: personer med sämre socioekonomiska förutsättningar har i högre grad kontakt med primärvården.....	99
6.3	Identifiering: olika grupper får frågor om levnadsvanor i samma utsträckning.....	104
6.4	Prioritering: personer med bättre socioekonomiska förutsättningar verkar i högre grad delta i vårdens förebyggande insatser	111
6.5	Behandlingseffekt: hälften av patienterna uppger att vårdens insatser påverkat deras levnadsvanor, men andelen är högre vid bättre socioekonomiska förutsättningar.....	113

7	Hälso- och sjukvårdens praktiska förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv	119
7.1	Stora skillnader i landstingens styrning mot ett jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården	119
7.2	Det finns även stora skillnader i hälso- och sjukvårdens praktiska förebyggande arbete	128
7.3	Vårdpersonalen är positiv till att arbeta förebyggande, men flera strukturella förutsättningar brister.....	132
8	Referenser	139
	Bilagor	153
	Bilaga 1 – Användning av nationell statistik.....	153
	Bilaga 2 – Intervjuer	155





Inledning

I dag lever en allt större andel av Sveriges befolkning med kroniska sjukdomar. Personer med kronisk sjukdom står även för 80–85 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader (Vårdanalys 2014a). En sak som utmärker kroniska sjukdomar är att de vanligtvis inte är smittsamma, utan risken att bli sjuk påverkas av levnadsvanor, omgivning och ärftliga faktorer. Det innebär att förebyggande arbete som fokuserar på att motverka riskfaktorerna för kroniska sjukdomar har goda möjligheter att hjälpa personer att hålla sig friska längre, undvika komplikationer av sjukdomar eller att helt undvika att bli sjuka. Världshälsoorganisationen WHO beräknar att ungefär 75 procent av alla insjuknanden i hjärt- och kärlsjukdomar och ungefär 30 procent av alla dödsfall i cancer hade kunnat förhindras med rätt förebyggande insatser (WHO 2015, 2016).

På senare tid har det förebyggande arbetet fått ett allt större fokus. År 2009 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för hälso- och sjukvårdens arbete med att motverka de fyra levnadsvanor som främst lyfts fram som bidragande till den samlade sjukdomsördan i Sverige: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen 2009). År 2010 stod exempelvis tobaksrökning för 7,7 procent av den totala sjukdomsördan i Sverige, medan alkoholintag stod för 3,4 procent (Agardh m.fl. 2015). Även i övriga samhället förekommer olika insatser för att minska exempelvis rökning med hjälp av skärpta regler mot smaksatt tobak och tobaksreklam (prop. 2015/16:82).

I takt med att förebyggande arbete blir en allt viktigare del av hälso- och sjukvården är det angeläget att arbetet präglas av samma jämlikhetsfokus som i vården i övrigt. Forskning pekar på att vårdens förebyggande arbete annars riskerar att leda till skilda resultat för olika grupper (Marmotkommissionen



2010). Skillnaderna kan relateras både till vilka som nås av arbetet och vilken förmåga olika grupper har att dra nytta av det. Därför är det centralt att inte bara följa upp hur det förebyggande arbetet påverkar befolkningens hälsa i stort, utan även att det ges på jämlika villkor.

Det finns i dag skillnader i hälsa, så kallade hälsoklyftor, mellan grupper i befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2015). Bland annat har män en kortare medellivslängd än kvinnor och personer med sämre socioekonomiska förutsättningar, exempelvis en lägre inkomst eller kortare utbildning, har en kortare medellivslängd än personer med bättre socioekonomiska förutsättningar. En del av skillnaderna kan sannolikt förebyggas med hjälp av förebyggande insatser från hälso- och sjukvården. Hälsoekonomiska studier pekar även på att det är kostnadseffektivt att förebygga rökning, ohälsosamma matvanor och bristande fysisk aktivitet med hjälp av insatser i hälso- och sjukvården (CDUST 2004, European Observatory on Health Systems and Policies 2015). Däremot är evidensen mer osäker för kostnadseffektiviteten i att förebygga riskkonsumtion av alkohol.

Vad är en ohälsosam levnadsvana?

Socialstyrelsen (2011) rekommenderar att personer bör få hjälp att ändra sina levnadsvanor om de

- röker eller snusar dagligen.
- har en hög genomsnittlig konsumtion av alkohol (14 standardglas per vecka för män och 9 standardglas för kvinnor) eller dricker stora mängder alkohol minst en gång i månaden (5 respektive 4 standardglas vid samma tillfälle). Ett standardglas är ett mått som motsvarar 33 cl starköl, 12–15 cl vin eller knappt 4 cl sprit. Personer som befinner sig i ett aktivt missbruk eller är beroende av alkohol bör dock få en behandling som är anpassad för sitt, betydligt allvarigare, tillstånd.
- ägnar sig åt mindre än 2,5 timmars vardagsmotion (exempelvis promenader eller trädgårdsarbete) eller 75 minuters fysisk träning (exempelvis bollsporter eller löpning) i veckan.
- äter näringsfattig mat enligt Socialstyrelsens kostindex. Kostindexet består av en enkät som mäter hur ofta en person äter grönsaker och rotfrukter, frukt och bär, fisk och skalldjur samt kaffebröd, choklad, godis, chips, läsk och saft. Däremot mäter enkäten inte mängden mat som hen äter, men Socialstyrelsen bedömer att indexet ändå fångar upp dem som har störst behov av att förändra sina matvanor.

1.1 VÅRDEN SKA ARBETA FÖREBYGGANDE OCH STRÄVA EFTER EN VÅRD PÅ LIKA VILLKOR

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, ger hälso- och sjukvården i uppdrag att arbetande förebyggande och att ge en vård på lika villkor.

1.1.1 Hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande

Vad som är hälso- och sjukvård regleras i 1 § HSL. Där anges att hälso- och sjukvård i lagens mening avser ”åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador”. Förebyggande åtgärder inom hälso- och sjukvården bör enligt lagens förarbeten vara både miljöinriktade och individinriktade, där de miljöinriktade åtgärderna huvudsakligen kan utföras genom hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen (prop. 1981/82:97 s. 110–111). De individinriktade förebyggande åtgärderna omfattar i sin tur bland annat hälsokontroller, vaccinationer, åtgärder för att spåra upp hälsoproblem, hälsouppläsning samt mödra- och barnhälsovård. Hälso-

Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete kan vara primärpreventivt, sekundärpreventivt eller behandlande och rehabiliterande

Vårdens förebyggande arbete kan vara primärpreventivt, sekundärpreventivt samt ha ett rehabiliterande eller behandlande syfte (Socialstyrelsen 2016a). Gränsen mellan olika typer av preventiva insatser är inte alltid skarp, utan en insats kan exempelvis vara primärpreventiv och sekundärpreventiv på samma gång. Ett exempel är att insatser mot högt blodtryck är en behandlande insats mot högt blodtryck och en primärpreventiv insats mot hjärt- och kärlsjukdomar. Preventiva insatser som motverkar ohälsosamma levnadsvanor kan även öka effekten av traditionella behandlingar som medicin eller kirurgi.

Primär prevention riktar sig till personer som är friska i dag. Arbetet fokuserar på att förhindra skadliga levnadsvanor eller miljöer som skulle kunna leda till sjukdomar och skador i framtiden (Socialstyrelsen 2016a). Några exempel är utbildning i och motivation för sunda levnadsvanor, skatter på tobak och alkohol, vaccinationsprogram och lagstiftning om säkerhetsbälte eller cykelhjälm.

Sekundär prevention fokuserar på att upptäcka och behandla sjukdomar i ett tidigt skede eller innan de hinner bryta ut (Socialstyrelsen 2016a). Ofta riktas vården till grupper som har högre risk att drabbas av en viss sjukdom, exempelvis på grund av att de har familjemedlemmar som är sjuka eller för att de har en viss ålder eller livsstil. Några exempel är ändrade kostvanor bland personer med högt blodtryck eller livsstilsförändringar för att förebygga ärftliga sjukdomar.

Förebyggande insatser som **behandling och rehabilitering**, ibland kallat tertiär prevention, riktar sig till personer som redan är sjuka och har fått en diagnos (Socialstyrelsen 2016a). Insatserna fokuserar i dessa fall på att minska de negativa effekterna av sjukdomen. Ett exempel är livsstilsförändringar för att minska risken för komplikationer i samband med typ 2-diabetes.



och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa (2 c § HSL) och informera om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (3 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL).

Att hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande har bekräftats av olika regeringskonstellationer genom åren, exempelvis i prop. 2002/03:35 och prop. 2007/08:110. I bägge propositionerna understryks behovet av att hälso- och sjukvården integrerar det sjukdomsförebyggande arbetet i sitt övriga arbete.

1.1.2 Hälso- och sjukvården ska ge en vård på lika villkor

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården läggs fast i 2 § HSL. Hälso- och sjukvårdens ska dels åstadkomma en *god hälsa*, dels erbjuda vård på *lika villkor* för hela befolkningen. Vård på lika villkor för hela befolkningen innebär enligt förarbetena att behovet av vård, inom ramen för de ekonomiska resurser som huvudmannen förfogar över, ensamt ska vara styrande för vårdens omfattning och karaktär. Det innebär också att möjligheterna att få vård vid behov inte får påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Förarbetena anger också att det är särskilt angeläget att värna om vissa grupper som är särskilt utsatta, till exempel äldre och handikappade. (prop. 1981/82:97 s. 27 f.)

Vikten av att vårdens prioriteringar enbart grundas på varje persons behov betonas även i hälso- och sjukvårdens riktlinjer för prioriteringar (prop. 1996/97:60).

En jämlik vård innebär emellertid inte att det inte kan ske en viss mån av individuell anpassning av vården. Av HSLs förarbeten framgår exempelvis att hälso- och sjukvården måste eftersträva att jämna ut skillnader som beror på "olikheter i ålder, kön, inkomst och utbildning mellan olika patienter i den meningen att alla ges likvärdiga möjligheter att t.ex. förstå en diagnos eller sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd" (prop. 1981/82:97 s. 113). Det innebär att hälso- och sjukvården alltid ska ta hänsyn till skillnader i individuella förutsättningar. Bland annat ska hälso- och sjukvården så långt det är möjligt inrätta sin verksamhet på ett sådant sätt att betydelsen av exempelvis geografiska eller språkliga och kulturella olikheter begränsas.

Lagstiftningen om jämlik vård berör därmed både vad som i forskningslitteraturen kallas principerna om horisontell rättvisa – vård på lika villkor – och vertikal rättvisa – vård efter behov (Culyer och Wagstaff 1992).

- Med horisontell rättvisa avses att personer med lika behov ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård och att vården inte ska skilja sig åt beroende på exempelvis kön, ålder eller socioekonomiska förhållanden som inkomst eller utbildning. Det innebär däremot inte att alla personer ska behandlas exakt lika, utan att alla ska behandlas *likvärdigt* utifrån sina unika förutsättningar.
- Med vertikal rättvisa avses att personer med större behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras framför andra vid tillgången till hälso- och sjukvård. De sjukaste ska med andra ord få vård först.

Vi betraktar i den här rapporten hälso- och sjukvård som ojämlig om den frångår principerna om horisontell och vertikal rättvisa, så att det uppstår omotiverade skillnader mellan individer eller befolkningsgrupper. Med omotiverade skillnader menar vi skillnader som inte beror på medicinska bedömningar eller grundas i olika behov (Vårdanalys 2014b). Det är dock viktigt att betona att alla skillnader inte nödvändigtvis innebär att vården är ojämlig. Tvärtom är vissa skillnader en förutsättning för jämlik vård om de innebär att vården anpassas efter varje persons unika förutsättningar. Det är därför viktigt att skilja på olikheter i hälso- och sjukvården å ena sidan, och ojämlig vård å andra sidan.

1.2 VÅRDANALYS ANALYSERAR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS FÖREBYGGANDE ARBETE UR ETT JÄMLIKHETSPERSPEKTIV

Rapportens övergripande syfte är att analysera hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor ur ett jämlikhetsperspektiv, med särskilt fokus på socioekonomiska faktorer och kön. Ambitionen är att bidra med kunskap om hur vårdens förebyggande arbete kan utformas för att säkerställa att arbetet sker på ett jämlikt vis. Med ett jämlikt förebyggande arbete menar vi i den här rapporten att det inte förekommer några omotiverade skillnader mellan olika grupper, det vill säga skillnader som inte beror på medicinska bedömningar eller grundas i olika behov och förutsättningar. Vi undersöker alltså inte i vilken utsträckning vårdens förebyggande arbete bidrar till en mer jämlik hälsa. Däremot kan ett jämlikt förebyggande arbete i sig bidra till minskade hälsoklyftor.



I rapporten analyserar vi följande frågeställningar:

- Vilken evidens ger befintlig forskning om hur olika typer av förebyggande insatser påverkar skilda socioekonomiska grupper och kön?
- Bedrivs dagens förebyggande arbete i hälso- och sjukvården på ett jämlikt vis?
- Hur arbetar landstingen för att styra mot ett jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården, i synnerhet i primärvården?

1.3 RAPPORTEN BYGGER PÅ EN FORSKNINGSGENOMGÅNG, NATIONELL STATISTIK, INTERVJUER OCH DOKUMENTSTUDIER

Rapporten bygger på flera delstudier och datakällor. Undersökningen av om dagens förebyggande arbete i hälso- och sjukvården bedrivs på ett jämlikt vis baserades på en genomgång av tillgänglig statistik på nationell nivå, en kartläggning av landstingens styrning av vårdens förebyggande arbete samt fallstudier av vårdens praktiska förebyggande arbete i två regioner.

Då det saknas heltäckande och samlad statistik över hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete i allmänhet och dess jämlikhet i synnerhet har vi använt oss av flera olika nationella datakällor om det förebyggande arbetets täckningsgrad och behandlingseffekt bland olika grupper (se bilaga 1). Vi har även undersökt skillnader i hälsa mellan grupper samt inställningen till hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete bland medborgare och vårdpersonal.

Delfrågan om forskningsevidensen kring hur hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete påverkar skilda socioekonomiska grupper och kön besvarades genom en systematisk litteraturstudie. Studien gick igenom databaserna MEDLINE och Science Citation Index för att identifiera experiment- eller observationsstudier av förebyggande insatser som utförts av vårdpersonal eller i samarbete med vården och som publicerats 2000 till 2015. Litteraturstudien kompletterades med en genomgång av hemsidorna för vissa stora internationella organisationer som Världsbanken, Världshälsoorganisationen (WHO) och Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD). Merparten av studierna i den systematiska litteraturstudien avser därmed andra hälso- och sjukvårdssystem än det svenska, vilket måste beaktas vid en tolkning av studierna i en svensk kontext.

Landstingens styrning mot ett jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården undersöktes genom en kartläggning av landstingens generella styrning av hälso- och sjukvårdens och primärvårdens förebyggande arbete. Kartläggningen analyserade styrningen på tre nivåer: landstingens över-

gripande landstingsplan, verksamhetsplan, budget eller motsvarande dokument, deras folkhälsopolicy eller motsvarande dokument som berör folkhälsa samt deras vårdprogram, medicinska riktlinjer och motsvarande vägledning för hälso- och sjukvården. Vi har även undersökt eventuella övriga styrdokument med koppling till det förebyggande arbetet och dess roll i att skapa jämlika förutsättningar för en god hälsa. Utöver det granskade vi landstingens regelböcker eller motsvarande dokument för primärvården för att studera primärvårdens uppdrag och ersättningssystem gällande förebyggande arbete.

Vi genomförde även två fallstudier av hälso- och sjukvårdens praktiska förebyggande arbete i två regioner: Västra Götalandsregionen och Region Jönköpings län. Regionerna valdes eftersom kartläggningen av landstingens styrning av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete visade att bägge regionerna har ett tydligt fokus på jämlikhet i sin styrning. Fallstudierna bygger på intervjuer med två respektive tre personer på central nivå och fyra respektive tre chefer och vårdpersonal på vårdcentraler i respektive region. Intervjuerna kompletterades med en översiktlig genomgång av lokala styrdokument och information om specifika satsningar i respektive region.

1.3.1 Vi fokuserar på vårdens arbete för att motverka ohälsosamma levnadsvanor

Den här rapporten fokuserar på hälso- och sjukvårdens arbete för att motverka de ohälsosamma levnadsvanor som diskuteras i Socialstyrelsens (2011) nationella riktlinjer. Levnadsvanorna är: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Avgränsningen innebär att vi inte kommer att diskutera andra viktiga förebyggande insatser som exempelvis vaccinationsprogram eller screeningprogram för att upptäcka bröstcancer, livmoderhalscancer eller andra sjukdomar i ett tidigt skede. Vi analyserar inte heller det förebyggande arbete som utförs av andra aktörer i samhället.

Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder

Socialstyrelsens (2016a) termbank skiljer på hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. *Förebyggande åtgärder* fokuserar på att bevara personers hälsa och att förhindra att de drabbas av sjukdomar, skador och sämre hälsa. *Hälsofrämjande åtgärder*, däremot, fokuserar på att öka eller bevara personers fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. De har ofta som mål att stärka personers tilltro till egen förmåga att själva påverka sin hälsa. Den här rapporten fokuserar huvudsakligen på förebyggande åtgärder för att förbättra personers levnadsvanor.



Genom att utgå från de levnadsvanor som tas upp i Socialstyrelsens nationella riktlinjer avgränsar vi även bort andra ohälsosamma levnadsvanor, som narkotikaanvändning, solvanor och stress. Anledningen till att vi avgränsat oss till dessa fyra levnadsvanor är att de är de ohälsosamma vanor som har störst påverkan på den samlade sjukdomsbördan i Sverige (Socialstyrelsens 2011). Tillsammans ligger de bakom ungefär en femtedel av sjukdomsbördan, lågt räknat (Agardh m.fl. 2008).

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder antogs 2011. Beroende på levnadsvana rekommenderar Socialstyrelsen (2011) att hälso- och sjukvården ska ge rådgivande samtal eller kvalificerade rådgivande samtal som kan kombineras med exempelvis nikotinläkemedel (tobaksanvändning), fysisk aktivitet på recept (otillräcklig fysisk aktivitet) eller en stegräknare (otillräcklig fysisk aktivitet).

Enkla råd

Enkla råd rekommenderas inte som förstahandsalternativ för någon levnadsvana. Insatsen innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen ger information och korta, standardiserade råd och rekommendationer om levnadsvanan under upp till 5 minuter (Socialstyrelsen 2011).

Rådgivande samtal

Ett rådgivande samtal innebär ett samtal på 10–15 minuter som anpassas efter den varje persons ålder, risknivå och liknande (Socialstyrelsen 2011). Insatsen kan kompletteras med hjälpmedel, som en receptbok eller lista på träningsanläggningar, samt med uppföljning i form av återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl. Rådgivande samtal rekommenderas som förstahandsalternativ för riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet.

Kvalificerat rådgivande samtal

Även kvalificerade rådgivande samtal anpassas efter varje persons förutsättningar, men tar ofta längre tid (Socialstyrelsen 2011). Samtalet bygger vanligtvis på en specifik metod, vilket innebär att personalen behöver utbildning i den metod som används. Precis som rådgivande samtal kan insatsen kompletteras med hjälpmedel eller uppföljning. Kvalificerade rådgivande samtal rekommenderas som förstahandsalternativ för rökning och ohälsosamma matvanor.

Fysisk aktivitet på recept, FaR®

Socialstyrelsen rekommenderar FaR®, eller Fysisk aktivitet på recept, som en förebyggande insats i kombination med rådgivande samtal mot otillräcklig fysisk aktivitet (Socialstyrelsen 2011). FaR innebär att vårdpersonalen ordinerar fysisk aktivitet på samma sätt som ett läkemedel. Avsikten är att sätta ett tydligt mål och på så sätt öka patientens motivation. Däremot innebär ett FaR-recept inte att eventuella avgifter för träningen subventioneras eller omfattas av högkostnadsskyddet. Emellertid händer det att träningsarrangörer erbjuder rabatt för personer som fått FaR eller att personer som får försörjningsstöd från kommunen kan få ersättning för träningen om hen ordinerats FaR. (Statens folkhälsoinstitut 2011)

En sista avgränsning är att vi, när vi talar om jämlikhet, fokuserar på jämlikhet mellan socioekonomiska grupper, samt till viss del utifrån kön. De socioekonomiska grupperna utgår i sin tur från utbildning eller inkomst. Däremot tillåter inte befintlig statistik om det förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården att vi i någon större utsträckning diskuterar skillnader mellan landsting. Vi kommer inte heller att särskilt diskutera andra möjliga källor till ojämlikhet, som ålder, psykisk sjukdom, funktionsnedsättning eller sexuell läggning.

En sak som är viktig att ha åtanke när det gäller skillnader i levnadsvanor och hälsa mellan grupper är att det även finns stora skillnader inom varje grupp. Sett till hela befolkningen finns dock ett mönster som innebär att det på gruppnivå uppstår skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper och mellan män och kvinnor. Det är därför viktigt att skillnaderna på gruppnivå inte förstärks av omotiverade skillnader i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete.

1.4 RAPPORTENS DISPOSITION

Kapitel 2 innehåller en beskrivning av studiens konceptuella modell samt vilka avvägningar kring förebyggande arbete som vi inte kommer att behandla i rapporten.

Kapitel 3 beskriver skillnaderna i hälsa mellan män och kvinnor samt mellan personer med olika socioekonomiska förutsättningar. Vi diskuterar även faktorer som påverkar hälsan och vilka skillnader som finns i den underliggande risken för att ha ohälsosamma levnadsvanor bland olika grupper.

Kapitel 4 fokuserar på det förebyggande arbetets täckningsgrad, det vill säga vilka som nås av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Kapitlet inleds med en genomgång av vad forskningen säger om hur arbetets täckningsgrad bör utformas för att inte resultera i omotiverade skillnader mellan grupper. Därefter belyser vi på ett övergripande sätt vilka förutsättningar som ges av lagstiftningen, Socialstyrelsens riktlinjer samt hälso- och sjukvårdens kontaktmönster för att nå personer med ohälsosamma levnadsvanor. Utifrån det presenterar vi en modell för att illustrera hur olika typer av insatser påverkar hälso- och sjukvårdens kontakt- och identifieringssteg. Modellen används slutligen för att diskutera några av de strategier som används av hälso- och sjukvården för att öka det förebyggande arbetets täckningsgrad.

Kapitel 5 fokuserar på det förebyggande arbetets behandlingseffekt, det vill säga i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete bidrar till ändrade levnadsvanor. Vi inleder med att beskriva vad forskningen



säger om vilka hinder som påverkar arbetets behandlingseffekt, i synnerhet bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar, samt hur hälso- och sjukvården kan anpassa sina insatser för att öka behandlingseffekten. Därefter fokuserar vi på några grundläggande förutsättningar för hälso- och sjukvårdens prioriteringar utifrån ett etiskt och medicinskt perspektiv. Kapitlet avslutas med att vi lyfter fram några exempel på strategier som används för att kompensera för hindren genom att hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser anpassas i syfte att öka deras behandlingseffekt.

Kapitel 6 och 7 beskriver hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv. Kapitel 6 redovisar den statistik som finns på nationell nivå om det förebyggande arbetets jämlikhet.

Kapitel 7 inleds med att ge en bild av landstingens och regionernas övergripande styrning samt primärvårdens uppdrag och ersättningssystem för vårdens förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv. Sedan gör vi en fördjupad beskrivning av hälso- och sjukvårdens praktiska förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv i två regioner: Västra Götalandsregionen och Region Jönköpings län. Slutligen beskriver vi förutsättningarna för ett jämlikt förebyggande arbete i form av vårdpersonalens attityd till att arbeta förebyggande, personalens egenrapporterade kompetens samt vilka rutiner och hur mycket tid som finns för att arbeta förebyggande.



Några centrala utgångspunkter för analysen

I den här rapporten använder vi oss av en konceptuell modell som visar att jämlikheten i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete är beroende av vilka grupper som nås av arbetet (dess täckningsgrad) och i vilken utsträckning arbetet bidrar till ändrade levnadsvanor hos dem som nås (dess behandlingseffekt).

Vi kommer däremot inte att ta ställning till i vilken utsträckning hälso- och sjukvården bör arbeta förebyggande jämfört med andra aktörer, hur det förebyggande arbetet bör prioriteras jämfört med annan hälso- och sjukvård eller hur arbete för en mer jämlik hälsa bör vägas mot arbete för att öka den genomsnittliga folkhälsan.

2.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS FÖREBYGGANDE ARBETE BESTÅR AV FLERA DELAR, DÄR VARJE DEL BEHÖVER VARA JÄMLIK

Ur ett jämlikhetsperspektiv är det inte tillräckligt att undersöka resultatet av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete för enskilda individer, utan analysen måste även se till resultatet för olika befolkningsgrupper. För detta syfte använder vi oss av en teoretisk modell som delar upp vårdens förebyggande arbete i flera delar. En grundförutsättning för att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ska vara jämlikt är att det inte uppstår omotiverade skillnader i någon av delarna. En omotiverad skillnad är en skillnad som inte kan förklaras av vare sig en medicinsk bedömning eller att två personers behov skiljer sig åt.

Enligt tidigare forskning beror det samlade resultatet av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete på tre huvudsakliga faktorer: underliggande

risk, vårdens täckningsgrad och vårdens behandlingseffekt. Samtliga faktorer kan variera mellan socioekonomiska grupper och kön (Manuel m.fl. 2014).

Underliggande risk beskriver hur många personer i en befolkningsgrupp som har en högre risk än genomsnittet att drabbas av en sjukdom (Manuel m.fl. 2014). I den här rapporten handlar det om hur många personer som har ohälsosamma levnadsvanor. Den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, visar att sannolikheten att ha ohälsosamma levnadsvanor – och därmed en ökad risk att drabbas av sjukdom – är större bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar (se även kapitel 3). Skillnaden i levnadsvanor kan därmed vara en delförklaring till skillnaderna i hälsa mellan socioekonomiska grupper.

Täckningsgrad beskriver hur stor andel av en befolkningsgrupp som nås av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete (Manuel m.fl. 2014). Om det förebyggande arbetet har en högre täckningsgrad bland personer med exempelvis bättre socioekonomiska förutsättningar innebär det att täckningsgraden skiljer sig åt mellan grupper beroende på deras förutsättningar. Det finns därmed en risk för att arbetet kan komma att förstärka eventuella hälsoklyftor mellan grupper.

Behandlingseffekt beskriver i hur stor utsträckning vårdens förebyggande arbete leder till faktiska levnadsvaneförändringar, och i förlängningen till bättre hälsa (Manuel m.fl. 2014). Det finns en risk att det förebyggande arbetet har större behandlingseffekt för exempelvis personer med bättre socioekonomiska förutsättningar. I så fall riskerar den att öka hälsoklyftorna mellan befolkningsgrupper.

Den underliggande risken är svår för hälso- och sjukvården att påverka på kort sikt. Vi kommer därför att fokusera på täckningsgrad och behandlingseffekt.

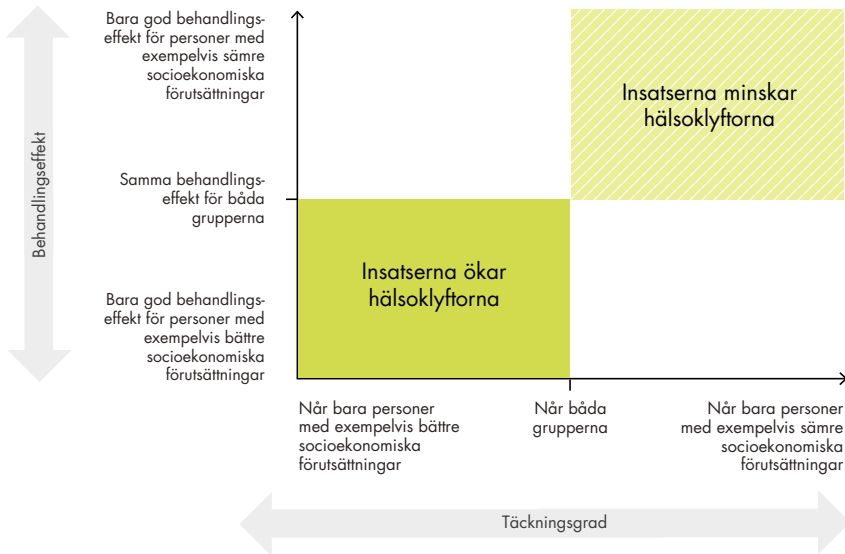
2.1.1 Hälsa- och sjukvårdens förebyggande arbete kan antingen förstärka eller minska hälsoklyftor mellan grupper

Om vi bortser från andra faktorer som påverkar hälsan kan hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete således öka eller minska skillnaderna i hälsa mellan grupper beroende på hur arbetet utformas. Manuel och medförfattare (2014) använder begreppet *jämlikhetsbrytpunkt* (*equity tipping point*) för att beskriva punkten där det förebyggande arbetet går från att minska hälsoklyftorna mellan två grupper till att förstärka dem. I praktiken är det naturligtvis svårt att identifiera var brytpunkten ligger, men figur 2 visar en teoretisk illustration av hur arbetets täckningsgrad och behandlingseffekt kan samverka för att öka eller minska hälsoklyftor.

Ett antagande i figur 2 är att den underliggande risken för att ha ohälsosamma levnadsvanor är densamma för hela befolkningen. I praktiken är dock förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor högre i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar (se kapitel 3). Om hälso- och sjukvården når alla grupper i samma uträkning borde detta alltså resultera i att vården identifierar fler personer med ohälsosamma levnadsvanor i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar. Om vi dessutom antar att arbetets behandlingseffekt är lika stor för olika populationer kommer detta innebära att hälsoklyftorna minskar.

Om vi i stället utgår från att vårdens täckningsgrad är lägre bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar riskerar i stället det förebyggande arbetet att öka hälsoklyftorna. Detsamma gäller om täckningsgraden är lika för olika grupper, men behandlingseffekten är lägre bland grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar.

Figur 2. Om en sjukdomsförebyggande insats har högre täckningsgrad och behandlingseffekt bland personer med exempelvis bättre socioekonomiska förutsättningar kommer de att verka för att förstärka hälsoklyftorna. Notera att figuren bortser från den underliggande risken.



2.1.2 Vi analyserar det förebyggande arbetets jämlikhet i fyra steg

För att mer precist kunna analysera hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv har vi delat upp arbetets täckningsgrad och behandlingseffekt i ytterligare delsteg (se figur 3).

Täckningsgrad – vilka som nås av vårdens förebyggande arbete – beror på två steg:

- *Kontakt* beskriver vilka hälso- och sjukvården kommer i kontakt med.
- *Identifiering* beskriver hos vilka vården uppmärksammar ohälsosamma levnadsvanor.

Det förebyggande arbetets behandlingseffekt – förändringen i levnadsvanor i denna grupp – kan också delas upp i två steg:

- *Prioritering* beskriver vilka som får förebyggande insatser.
- *Anpassning* beskriver hur väl vården anpassar sina insatser efter en persons förutsättningar.

En grundförutsättning för att vårdens förebyggande arbete ska vara jämlikt är att det inte uppstår omotiverade skillnader i något av de fyra stegen. Det innebär att hälso- och sjukvården når alla grupper i samma utsträckning, att personer i behov av förebyggande insatser identifieras och prioriteras utifrån förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor samt att behandlingen i tillräcklig utsträckning anpassas utifrån individuella förutsättningar.

Figur 3. I den här rapporten ser vi det samlade resultatet av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete som en kombination av arbetets täckningsgrad och behandlingseffekt.



Då förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor generellt sett är högre i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar borde en jämlik täckningsgrad, det vill säga att hälso- och sjukvården når alla grupper i samma utsträckning, resultera i att vården identifierar fler personer med ohälsosamma levnadsvanor i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar. Om vi dessutom antar att arbetets behandlingseffekt är lika stor för olika populationer – det vill säga att vården i tillräcklig utsträckning anpassas utifrån individuella förutsättningar – kommer detta innebära att hälsoklyftorna minskar.

2.2 FÖREBYGGANDE ARBETE INNEBÄR FLERA AVVÄGNINGAR SOM INTE DISKUTERAS I DEN HÄR RAPPORTEN

Det är inte självklart att hälso- och sjukvården alltid är den aktör som är mest lämpad att genomföra en förebyggande insats. Vårdens förebyggande arbete är även förknippat med särskilda avvägningar kring hur arbetet bör prioriteras jämfört med behandlande insatser, eftersom personerna som får förebyggande insatser inte nödvändigtvis kommer att drabbas av ohälsa utan insatser. Slutligen är det oklart hur en mer jämlik hälsa bör vägas mot en ökad genomsnittlig folkhälsa om det inte finns nog med resurser att garantera båda. I följande avsnitt redogör vi översiktligt för dessa tre avvägningar, som inte kommer att behandlas närmare i den här rapporten, och hur vi förhåller oss till dem (se figur 4).

Figur 4. Tre viktiga avvägningar i det förebyggande arbetet och hur vi avgränsat dem i den här rapporten.



2.2.1 Vilken eller vilka aktörer bör arbeta förebyggande?

Människors hälsa påverkas inte bara av hälso- och sjukvården, utan även av andra aktörer på olika nivåer i samhället (se kapitel 3). Alltså finns det mycket som kan göras för att stärka folkhälsan genom åtgärder vid sidan av hälso- och sjukvården (Allen m.fl. 2013). Några exempel är skatter på tobak, alkohol och ohälsosam mat samt skolgymnastik och hälsosam skolmat eller insatser från företagshälsovården.

Det här väcker frågan var gränsen går för hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta förebyggande och i vilka avseenden ansvaret eller uppgiften bör överlåtas till andra aktörer. Redan förarbetena till HSL säger, i frågan om gränsdragningen mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvarsområden, att hälso- och sjukvårdens vårdansvar i princip bör begränsas till sådana vårdbehov som kräver insatser av medicinskt utbildad personal (prop. 1981/82:97 s. 44). Samtidigt understryker riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården att detta inte innebär någon strikt avgränsning av hälso- och sjukvårdens ansvarsområde (prop. 1996/97:60 s. 7 f.). I stället betonas vikten av att komplettera hälso- och sjukvårdens medicinska kompetens för att kunna erbjuda kombinerad medicinsk och psykosocial behandling.

De nationella målen för folkhälsan lyfter fram att ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv skall genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling (prop. 2002/03:35 s. 67). Vidare sägs primärvården ha en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet. Motivet är hälso- och sjukvårdens specifika kompetens, auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen. I synnerhet gäller detta mödra- och barnhälsovården, ungdomsmottagningar och skolhälsovården, som alla tre har lång erfarenhet av att arbeta förebyggande (prop. 2002/03:35 s. 69).

Sammanfattningsvis har hälso- och sjukvården, liksom många andra samhällsfunktioner, ett uppdrag att arbeta förebyggande. Den här rapporten avgränsas till hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete, däremot analyseras inte andra aktörers förebyggande insatser närmare.

2.2.2 Hur bör det förebyggande arbetet prioriteras jämfört med annan hälso- och sjukvård?

Vi analyserar hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete, men tar inte ställning till hur arbetet bör prioriteras i förhållande till vårdens insatser för att bota eller lindra sjukdomar, skador och annan ohälsa. Hälso- och sjukvårdens riktlinjer för prioriteringar anger att förebyggande insatser

som är knutna till en viss sjukdom eller ett visst tillstånd ska ha lika hög prioritet som behandling av samma tillstånd (prop. 1996/97:60). Generella förebyggande insatser som inte är kopplade till en specifik sjukdom har däremot prioritet två av fem, vilket är högre än stora delar av den övriga hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, CDUST 2004). Exempelvis har förebyggande insatser högre prioritet än vård av ”mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar” och vård som inte beror på sjukdomar och skador, till exempel fertilitetsbehandlingar. Däremot har förebyggande insatser lägre prioritet än vård av dödliga och varaktigt invalidiserande sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar, vård i livets slutskede och vård av människor med nedsatt autonomi. Prioriteringsgraden gäller för alla typer av hälsoråd som ges till enskilda eller grupper av individer för att hindra eller fördröja sjukdom. (prop. 1996/97:60)

När det gäller befolkningsinriktade förebyggande insatser som vänder sig till hela befolkningsgrupper begränsas den höga prioriteringen till insatser som har dokumenterad effekt eller där det finns en allmän enighet om insatsernas värde. Det innebär att riktlinjerna ställer högre kvalitetskrav på förebyggande insatser än på behandlingar av sjukdomar och skador, där det räcker att hänvisa till beprövad erfarenhet inom hälso- och sjukvården. Propositionens motivering är att insatserna riktas till personer som känner sig friska och att insatsernas kostnadseffekt ofta är svår att avgöra. Därför bör de förebyggande insatsernas effekt, kvalitet, biverkningar och kostnader utvärderas löpande. (prop. 1996/97:60)

2.2.3 Hur bör arbete för en mer jämlik hälsa vägas mot att öka den genomsnittliga folkhälsan?

Grunden för svensk hälso- och sjukvård är enligt 2 § stycke 2 HSL att den som har störst behov ska ges företräde till vården. Denna så kallade behovssolidaritetsprincip är en av tre prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården som kommer till uttryck i prop. 1996/97:60. Principen innebär att resurserna bör fördelas efter behov.

Flera forskare har emellertid pekat på att begreppet ”behov” är svårare att tolka för förebyggande insatser än för annan hälso- och sjukvård. Framför allt säger forskningen att det finns en motsättning mellan att utgå från vilka personer som har sämst hälsa – eller mest ohälsosamma levnadsvanor – före behandlingen eller att utgå från var hälso- och sjukvårdens arbete kan bidra till den största förbättringen i genomsnittlig hälsa. Den ena prioriteringsgrunden har som mål att i första hand förbättra hälsan för dem som har det sämst,



medan den andra prioriteringsgrunden har som mål att skapa mesta möjliga hälsa utifrån vårdens begränsade resurser. (Culyer och Wagstaff 1992, Lyttkens 1994)

Anledningen till att de två målen kan stå i motsatsförhållande till varandra är den så kallade "preventiva paradoxen". Paradoxen går ut på att antalet personer med ett förhållandevis lindrigt riskbeteende i en befolkning ofta är större än antalet personer med, i det här fallet, väldigt ohälsosamma levnadsvanor. Det innebär att insatser som ger en liten förbättring hos många personer ofta innebär en större ökning av den genomsnittliga folkhälsan än insatser som fokuserar på de personer som har mest ohälsosamma levnadsvanor. (Larsson 2005)

I termer av förebyggande insatser innebär den första av prioriteringsgrunderna ovan att hälso- och sjukvården bör prioritera insatser som bidrar till minskade hälsoklyftor, även om det finns andra insatser som skulle leda till en större ökning av den genomsnittliga folkhälsan. Den andra prioriteringsgrunden innebär att vården bör prioritera de insatser som leder till den högsta möjliga genomsnittliga folkhälsan, även om det innebär att hälsoklyftorna mellan grupper ökar. Båda strategierna har tydliga för- och nackdelar, vilket gör det svårt att utesluta någon av dem på bekostnad av den andra.

Som vi nämnde ovan slår prop. 1996/97:60 fast vissa allmänna riktlinjer för prioriteringar i den svenska hälso- och sjukvården, med avstamp i tre grundläggande etiska principer: människovärdesprincipen, behovssolidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen (mer om dessa i kapitel 4). Riktlinjerna skall vara vägledande för beslut om prioriteringar i vården och utgångspunkt för alla vidare överväganden och diskussioner. De ger dock inte någon tydlig vägledning kring prioriteringar mellan en ökad genomsnittlig folkhälsa och minskade hälsoklyftor. Denna avvägning är inte heller något som kommer att analyseras närmare i den här rapporten.



Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar har i större utsträckning nedsatt hälsa

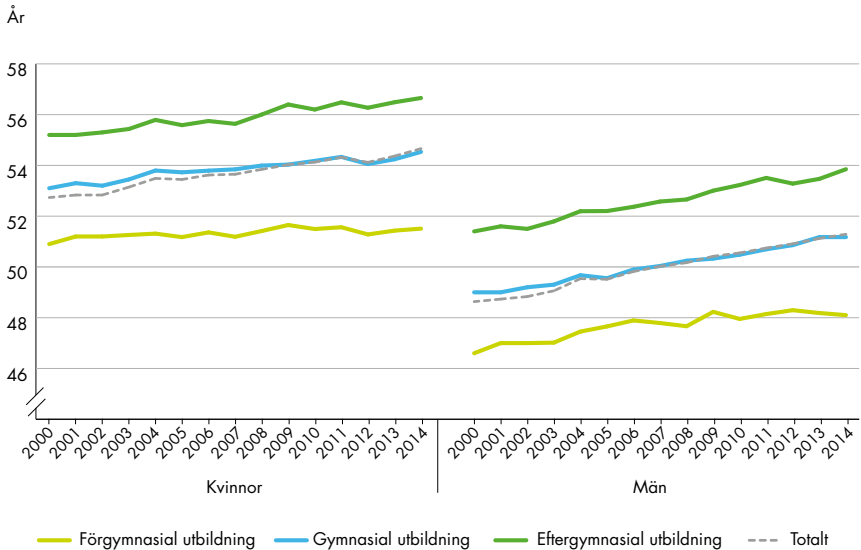
Sverige är ett av länderna med högst medellivslängd i världen och folkhälsan utvecklas över lag positivt. Men hälsan är inte jämnt fördelad. Skillnaderna följer ett mönster där sämre socioekonomiska förutsättningar är förenat med sämre hälsa. Även ohälsosamma levnadsvanor är vanligare bland grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar. Eftersom ohälsosamma levnadsvanor är en viktig riskfaktor för många av vår tids stora folksjukdomar kan hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete bidra till minskade skillnader i hälsa mellan befolkningsgrupper.

3.1 FOLKHÄLSAN ÖKAR, MEN DET FINNS SKILLNADER MELLAN SOCIOEKONOMISKA GRUPPER

Under de senaste årtiondena har den genomsnittliga folkhälsan i Sverige förbättrats (Folkhälsomyndigheten 2016a). Det gäller för de flesta hälsoutfall, bland annat medellivslängd, självskattad hälsa samt insjuknandet i hjärt- och kärlsjukdomar (Folkhälsomyndigheten 2016a).

Samtidigt finns det fortfarande stora skillnader mellan dem som har god respektive nedsatt hälsa. På befolkningsnivå följer skillnaderna ett stegvist mönster där sämre socioekonomiska förutsättningar är förenat med en sämre hälsa. Samma mönster syns oavsett om vi studerar inkomst eller utbildningsnivå. Figur 5 visar att medellivslängden ökat för samtliga utbildningsgrupper mellan år 2000 och 2014, men att förändringen skett i olika takt för olika grupper. Medellivslängden ökade snabbast för gruppen

Figur 5. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder för män och kvinnor för olika utbildningsnivåer (endast personer födda i Sverige ingår i statistiken, SCB 2016).



med eftergymnasial utbildning, medan gruppen med förgymnasial utbildning ökade långsammast. Figuren visar även att det finns en tydlig skillnad mellan könen. Kvinnor har en längre förväntad medellivslängd för samtliga inkomstgrupper och utbildningsnivåer. Männen medellivslängd ökar dock snabbare över tid, vilket innebär att skillnaden mellan könen minskar.

3.2 HÄLSAN PÅVERKAS AV EN MÄNGD FAKTORER, VARAV LEVNADSVANOR ÄR EN

I den offentliga debatten framhålls ofta betydelsen av personers egna levnadsvanor och agerande för att förebygga sjukdom och påverka sin hälsa. Men hälsa kan inte enbart kopplas till individuella val, utan är summan av flera olika faktorer – faktorer som ligger utanför både den enskilda människans och enskilda samhällsfunktioners, såsom hälso- och sjukvårdens, inflytande (CDC 2010).

Flera faktorer som har betydelse för hälsan påverkas av den nationella samhällstrukturen och politiken i stort, exempelvis arbetsmarknads-, utbildnings- eller skattepolitiken. Faktorerna samspelar även med varandra, så att den slutgiltiga påverkan på hälsan bestäms av en komplex orsakskedja av individuella och samhällsrelaterade faktorer. Nationella folkhälsokommittén

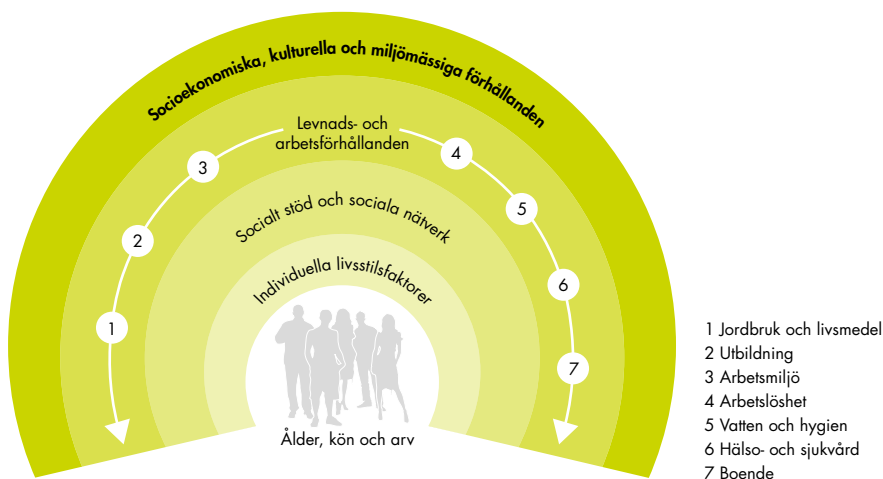
(SOU 2000:91) beskrev en sådan orsakskedja som att rökning påverkar hälsan, men hur mycket en person röker beror på hans rökvanor, som i sin tur påverkas av arbetsituationen, normer, tillgången till platser för att röka samt priset på cigaretter.

Figur 6 visar en vanlig modell för faktorer som påverkar hälsan, eller *hälsans bestämningsfaktorer* som de ofta kallas (Dahlgren och Whitehead 2007/1991). Modellen består av fyra nivåer som är möjliga att påverka genom insatser från samhället.

Ytterst i modellen finns övergripande *strukturella faktorer*, som kultur, socioekonomiska förutsättningar och fysisk miljö. De kan påverkas genom ett långsiktigt politiskt arbete på nationell och internationell nivå i form av miljöskydd, kulturellt utbyte och ekonomiska reformer för att utjämna skillnaderna mellan socioekonomiska grupper.

Den andra nivån består av *materiella levnads- och arbetsvillkor*, till exempel tillgången till utbildning, hälsosam mat, arbete, fysisk trygghet och hälso- och sjukvård. De materiella villkoren går att påverka på både en nationell och regional nivå. Nationellt kan det handla om socialförsäkrings-systemets utformning, arbetsmarknadsåtgärder eller jordbrukspolitik, medan lokala beslut snarare handlar om vårdens eller skolans finansiering och dimensionering.

Figur 6. Hälsans bestämningsfaktorer (anpassad från Dahlgren och Whitehead 2007/1991).



Den tredje nivån består av *sociala faktorer*, i form av stöd från familj, vänner och närsamhället. Sociala faktorer handlar både om tillgången till ett socialt skyddsnät i händelse av arbetslöshet eller sjukdom och om tillgången till känslomässigt stöd. Faktorerna är svårare att påverka på en politisk nivå, men det går att genomföra nationella och regionala åtgärder för att stärka civilsamhället. Vissa forskare räknar även in stress, både i privatlivet och i arbetslivet, bland de sociala faktorerna (McGovern m.fl. 2014).

Den fjärde nivån består av en persons *levnadsvanor*, till exempel matvanor, fysisk aktivitet och tobaksanvändning. De kan påverkas på både nationell och regional nivå genom informationskampanjer eller rådgivning i hälso- och sjukvården.

Längst in i modellen finns en persons *kön, ålder och genetiska förutsättningar*, som inte går att påverka vare sig på politisk eller på individuell nivå.

De olika nivåerna är inte isolerade från varandra, utan påverkar och samverkar med varandra (Dahlgren och Whitehead 2007/1991). Det innebär att insatser för att förbättra folkhälsan behöver sättas in på flera olika nivåer: på individnivå, på lokal nivå och på nationell nivå (Satcher 2006). På individnivå kan insatserna handla om att uppmuntra hälsosamma levnadsvanor och aktivt deltagande i exempelvis vaccinations- och screeningprogram. På lokal nivå ligger fokus på att skapa en trygg närmiljö med bra skolor och hälso- och sjukvård samt en god social miljö. På nationell nivå behövs lagstiftning och åtgärdsprogram som stödjer folkhälsan och skapar goda förutsättningar för det lokala arbetet.

Utvecklingen i folkhälsa kan inte heller förstås enbart från en enskild faktor, exempelvis socioekonomi. Däremot kan socioekonomiska förhållanden vara en källa till ojämlikhet mellan grupper, vilket innebär att de är värda att ägna särskild uppmärksamhet.

3.2.1 Socioekonomiska faktorer har en tydlig koppling till hälsa, men orsakssambanden är omdiskuterade

Flera forskare visar att hälsan ökar med bättre sociala förutsättningar (Heckley 2016, Braveman och Gottlieb 2014). Samtidigt är sambandet mellan hälsa och socioekonomiska förutsättningar komplext och vissa forskare menar att kopplingen kan gå åt båda hållen. Det innebär att lägre inkomst leder till sämre hälsa, men också att sämre hälsa kan begränsa möjligheterna till en hög inkomst (Braveman och Gottlieb 2014, Cutler m.fl. 2006).

Som Dahlgren och Whitehead (2007/1991) konstaterade är personer med sämre socioekonomiska förutsättningar mer utsatta och sårbara för många

av hälsans bestämningsfaktorer. Dels är de i högre grad utsatta för faktorer som har en direkt och negativ påverkan på hälsan, såsom arbetsmiljöskador eller våld (Sassi m.fl. 2015), dels kan de ha mindre möjligheter och motivation att ”investera” i sin egen hälsa, till exempel genom hälso- och sjukvård och förebyggande insatser (Grossman 1972).

Socioekonomiska förutsättningar kan även påverka personers hälsa på ett indirekt sätt. Exempelvis är barn som växer upp i ett socioekonomiskt utsatt område inte bara mer sannolika att utveckla ohälsosamma levnadsvanor, utan också ofta mer utsatta för psykiska påfrestningar såsom otrygga familjeförhållanden. Det kan i sin tur ha en negativ inverkan på framtida levnadsväl som påverkar hälsan. (Braveman och Gottlieb 2014, Sassi m.fl. 2015)

Sammantaget pekar detta på att kopplingen mellan ohälsa och socioekonomiska förutsättningar inte kan spåras till en enda faktor, utan utgörs av ett komplext samspel mellan individuella och samhällsrelaterade faktorer (Ringsberg 2009, McGovern m.fl. 2014). Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att det finns stora hälsoskillnader även inom varje socioekonomisk grupp. Sett till hela befolkningen finns det dock ett mönster som innebär att det på gruppnivå uppstår skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper.

3.3 LEVNADSVANORNA SKILJER SIG ÅT MELLAN SOCIOEKONOMISKA GRUPPER OCH KÖN

Trots att olika levnadsvanor inte förklarar hela skillnaden i hälsa mellan socioekonomiska grupper (Cutler m.fl. 2006), är ett jämlikt förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor en betydelsefull komponent för att minska skillnaderna i hälsa mellan grupper. Enligt WHO (2015, 2016) vore det möjligt att förebygga 75 procent av alla insjuknanden i hjärt- och kärlsjukdomar samt 30 procent av alla dödsfall i cancer genom att identifiera och eliminera de riskfaktorer som ligger bakom sjukdomsfallen.

Statistik från Folkhälsomyndigheten visar att andelen personer som röker dagligen eller som har ett riskbruk av alkohol har sjunkit de senaste tio åren (se figur 7). Andelen som snusar, sällan äter frukt och grönt eller som har en stillasittande fritid har däremot legat på ungefär samma nivå sedan 2005. Över hälften av Sveriges befolkning har en eller flera ohälsosamma levnadsvanor (Folkhälsomyndigheten 2016a).

Även om det självklart finnas skillnader inom varje grupp visar statistiken att förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor på gruppnivå skiljer sig åt mellan olika socioekonomiska grupper och mellan män och kvinnor. Inom



de fyra levnadsvanor vi fokuserar på i den här rapporten har personer med eftergymnasial utbildning i en majoritet av fallen mindre ohälsosamma levnadsvanor än personer med gymnasie- eller grundskolekompetens. Undantaget är riskbruk av alkohol, där det inte finns lika tydliga socioekonomiska skillnader för vare sig män eller kvinnor. Inte heller för snus-användning bland kvinnor finns det ett tydligt socioekonomiskt mönster, och kvinnor med gymnasieutbildning har mest hälsosamma vanor när det gäller frukt och grönt och fysisk aktivitet.

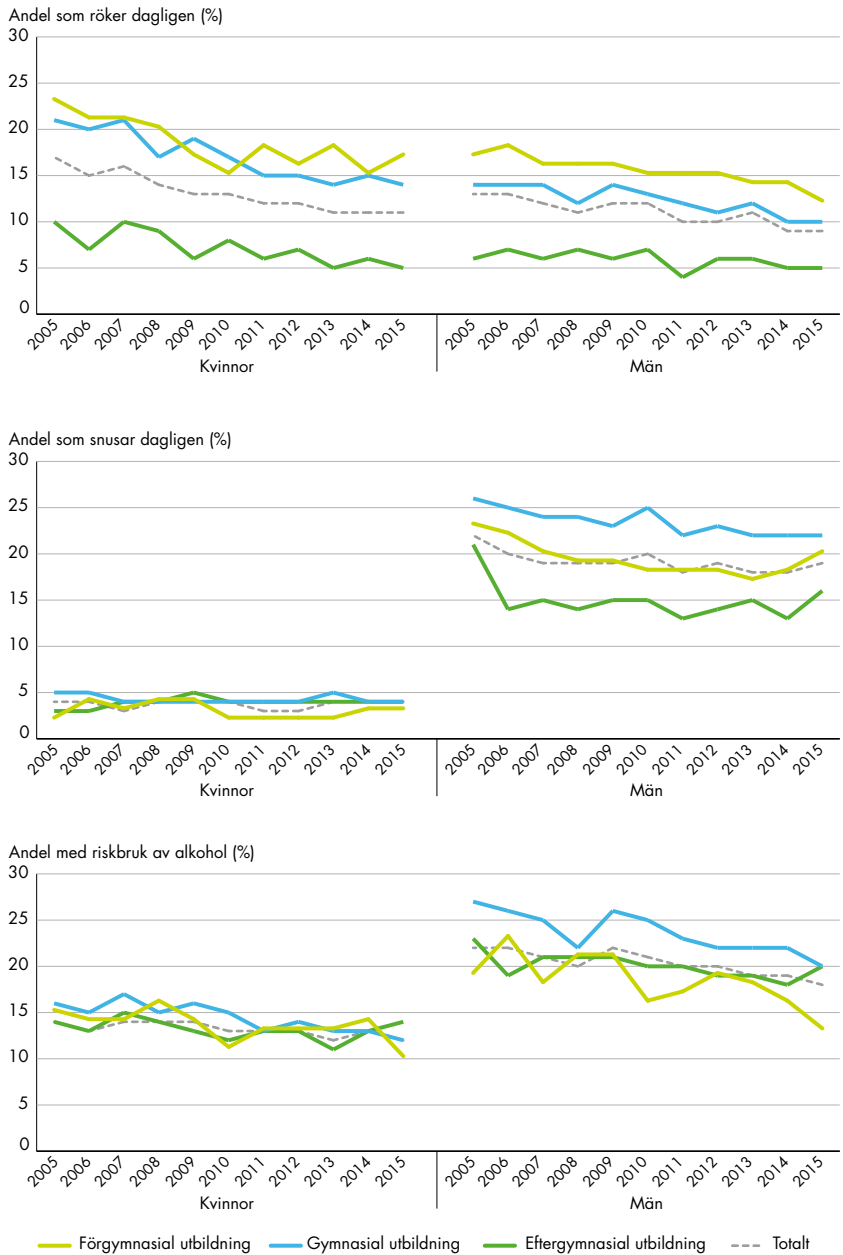
Skillnaderna mellan könen ser olika ut beroende på vilken levnadsvana det gäller. Män har mer ohälsosamma alkohol-, snus- och matvanor, medan fler kvinnor röker dagligen. Andelen som har en stillasittande fritid är ungefär densamma mellan män och kvinnor.

Metodproblem med självrapporterade levnadsvanor

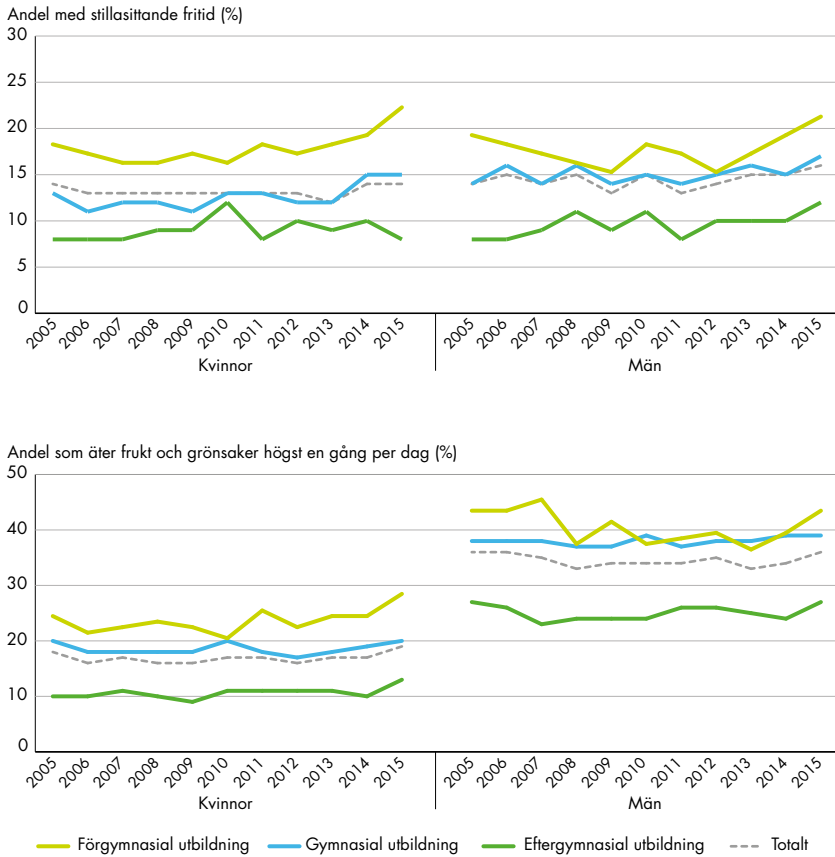
Eftersom levnadsvanor är svåra att mäta på ett objektivt sätt bygger uppgifterna i figur 7 på självrapporterade uppgifter, men det finns vissa problem med att utgå från självrapporterade levnadsvanor. Dels är det svårt att minnas tiden som ägnats åt en viss aktivitet (*recall bias*), dels har personer en tendens att svara på ett sätt som framställer dem i bättre dager eller som stämmer överrens med normerna i samhället (*social desirability*) (Fadnes m.fl. 2009). Socialstyrelsen (2011 s. 16) anger exempelvis att det är lättare att tillförlitligt mäta mängden regelrätt träning än mängden vardagsmotion.

Så länge felkällorna är lika för alla befolkningsgrupper påverkas inte skillnaderna mellan dem nämnvärt, men om vissa grupper exempelvis tenderar att i större utsträckning överdriva hur mycket de tränar kan resultaten bli missvisande. I många undersökningar är också grupper med låg socioekonomisk status underrepresenterade, vilket kan leda till problem med undersökningarnas tillförlitlighet. Det gäller särskilt när syftet just är att jämföra svar mellan olika befolkningsgrupper.

Figur 7. Personer med eftergymnasial utbildning har generellt sett mindre ohälsosamma levnadsvanor, medan skillnaderna mellan könen ser olika ut beroende på levnadsvana (procent, enkäten Hälsa på lika villkor).



Figur 7, forts





Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete behöver nå alla grupper

I det här kapitlet kommer vi att diskutera andelen personer med ohälsosamma levnadsvanor som nås av vården (dess täckningsgrad), medan vi i kapitel 5 diskuterar behandlingseffekt. En förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna förebygga ohälsa är att vården kommer i kontakt med personerna som behöver insatser. En annan förutsättning är att hälso- och sjukvårdspersonalen fångar upp vilka personer som har ohälsosamma levnadsvanor. Om grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar missgynnas i något av dessa steg kan omotiverade skillnader uppstå. Forskningen tyder på att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar missgynnas av förebyggande insatser som inte bygger på ett systematiskt urval av deltagare. Det gäller framför allt män.

4.1 UTFORMNINGEN AV VÅRDENS FÖREBYGGANDE INSATSER PÅVERKAR VILKA GRUPPER SOM NÅS AV DET FÖREBYGGANDE ARBETET

Givet samhällets begränsade resurser blir det relevant att ställa sig frågan – är det viktigare att åstadkomma en liten förbättring i hälsa för alla eller en stor förbättring för dem som har det sämst? I det här avsnittet diskuterar vi för- och nackdelar med ett riktade respektive universella insatser. Diskussionen tar sin utgångspunkt i forskning som även inkluderar bredare förebyggande arbete på samhällsnivå. Däremot har vi inte tagit hänsyn till om insatserna är förenliga med lagstiftningen (se avsnitt 4.2), utan utgår enbart från vilka möjligheter som forskningen lyfter fram för att göra hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mer jämlikt.



4.1.1 Forskningen är oense om den mest ändamålsenliga ansatsen för det förebyggande arbetet

Forskningen diskuterar två huvudsakliga strategier för att förebygga ohälsa. Antingen kan arbetet bestå av universella insatser till hela befolkningen eller av riktade insatser till särskilt utsatta grupper.

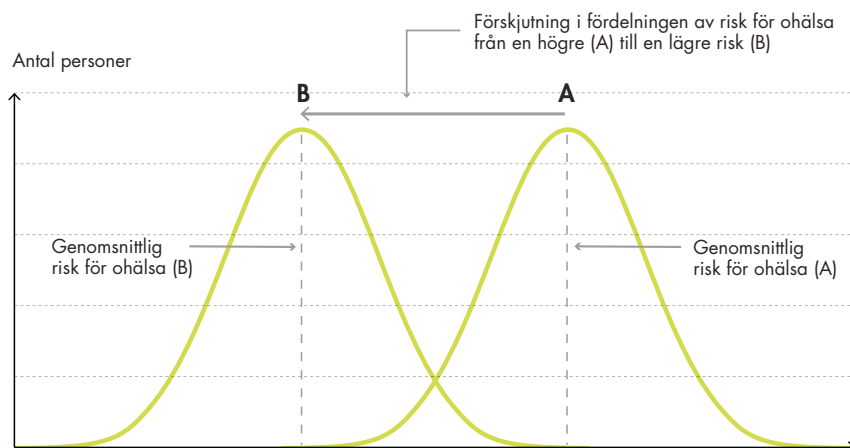
Universella insatser till hela befolkningen ökar den genomsnittliga hälsan

Geoffrey Rose lanserade 1985 en inflytelserik teori om sjukdomsförebyggande arbete. En viktig del av teorin baseras på skillnaden mellan att fokusera på högriskgrupper och på befolkningen som helhet. Rose (1985) menar att förebyggande arbete i första hand bör fokusera på att motverka de grundläggande orsakerna till ohälsa på befolkningsnivå. Att rikta insatser mot specifika personer som löper hög risk att drabbas av sjukdom har sina fördelar och behöver göras, men det är inte den typen av insatser som har störst potential att på ett grundläggande sätt förbättra den genomsnittliga folkhälsan.

Det som krävs för att förbättra hälsan är förebyggande arbete som förändrar beteenden i befolkningen som helhet. Det gäller därför att satsa på långsiktiga förebyggande insatser som förändrar samhällets normer och värderingar kring exempelvis ohälsosamma levnadsvanor som rökning och otillräcklig fysisk aktivitet. Ett exempel är rökförbud på restauranger och krogar, som kan ha bidragit till att avnormalisera rökning. Det är inte bland högriskgrupperna det största antalet sjukdomsfall sker, utan i den stora grupp som ligger kring den genomsnittliga risknivån (se avsnitt 2.2.3 om den preventiva paradoxen). Det innebär att en effektiv preventionsstrategi måste riktas mot även denna grupp.

Figur 8 illustrerar hur en befolkningsinriktad insats som siktar in sig på att åtgärda de grundläggande orsakerna till ohälsa kan förbättra den allmänna hälsanivån. Även om alla i befolkningen fått det bättre efter flytten från A till B, så förblir skillnaden i hälsa mellan olika grupper lika stor (kurvan är lika bred som tidigare). Roses strategi har med andra ord inget uttalat syfte att förändra hälsans fördelning i befolkningen, utan målet är att förbättra den genomsnittliga hälsanivån.

Figur 8. Illustration av hur en befolkningsinriktad ansats förändrar normer och värderingar som i sin tur flyttar hela hälsokurvan till en lägre risknivå (anpassad från Rose 1985).



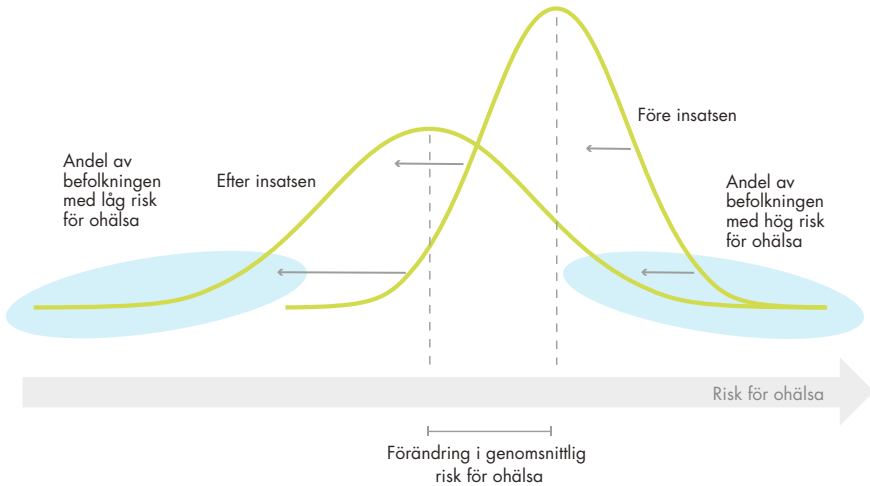
Riktade insatser till utsatta befolkningsgrupper minskar hälsoklyftorna

Det har under senare år ifrågasatts hur Roses preventionsstrategi påverkar skillnader i hälsa mellan befolkningsgrupper. Frolich och Potvin (2008) menar att en universell strategi riskerar att öka hälsoklyftorna eftersom personer med bättre socioekonomiska förutsättningar och låg ursprunglig risk för ohälsa gynnas mer av breda insatser. Det illustreras av figur 9, där den genomsnittliga risknivån i befolkningen minskar, men riskspridningen i befolkningen ökar. Frolich och Potvin föreslår i stället att Roses befolkningsstrategi kombineras med riktade insatser till särskilt utsatta grupper.

Särskilt utsatta befolkningsgrupper skiljer sig från högriskgrupper genom att de definieras utifrån exempelvis sina socioekonomiska förutsättningar, medan högriskgrupper definieras genom sannolikheten att de drabbas av ohälsa. Som vi har sett finns det dock ett starkt samband mellan socioekonomisk status och sjukdomsrisik (se kapitel 3). För att undvika att hälsoklyftorna ökar måste man alltså ta hänsyn till exempelvis personer med sämre socioekonomiska förutsättningar när de förebyggande insatserna utformas.



Figur 9. Om personer med exempelvis bättre socioekonomiska förutsättningar gynnas mer än andra av förebyggande insatser kan riskspridningen i befolkningen öka (anpassad från Frolich och Potvin 2008).



Argumentet att breda insatser bör kombineras med en strategi för att nå särskilt utsatta grupper har dock kritiserats. McLaren och medförfattare (2010) anser att Frolichs och Potvins kritik mot Roses preventionsstrategi är felaktig. En ökad riskspridning efter exempelvis en informationskampanj mot rökning beror på insatsens karaktär, snarare än på att insatsen är universell. Enkla universella insatser, som informationskampanjer, kan få större effekt för vissa grupper, medan mer radikala förändringar som även påverkar människors livsmiljö, exempelvis rökförbud inomhus, inte ökar hälsoklyftorna (se även kapitel 5). McLaren och medförfattare (2009) ser också risker med att rikta insatser mot särskilt utsatta grupper. Det kan öka stigmatiseringen av gruppen, och det är också svårt att avgöra om en person tillhör gruppen som ska få insatser eller inte (McLaren m.fl. 2009).

Universella insatser kan kombineras med riktade insatser för att både förbättra den genomsnittliga folkhälsan och minska hälsoklyftorna

En strategi som kombinerar universella och riktade insatser kallas för *universell proportionalism*. Begreppet lanserades av den brittiska Marmotkommissionen (2010) och är ett försök att förena Roses befolkningsstrategi med ett tydligare fokus på att öka jämlikheten i hälsa. Universell proportionalism är även en vanlig metod i svensk hälso- och sjukvård och används bland annat inom mödravården och barnhälsovården.

Universell proportionalism utgår från ett brett, universellt förebyggande

arbete, men kombinerar det med ytterligare insatser i proportion till varje grupps behov (Allen m.fl. 2013). Exempelvis menar Marmotkommissionen (2010) att insatsernas intensitet kan behöva vara större för socialt utsatta och ekonomiskt svaga grupper. The Royal College of General Practitioners, en brittisk allmänläkarförening, liknar universell proportionalism vid personcentrerad vård, där insatserna måste anpassas efter varje individs förutsättningar (Allen m.fl. 2013).

4.1.2 Kontakt- och identifieringsinsatser som inte sker på ett systematiskt sätt riskerar att bli ojämlika

Screeningprogram är en förebyggande insats för att identifiera personer med risk att utveckla, eller som redan har utvecklat, sjukdomar eller hälsoproblem. Identifieringen sker på ett av två sätt. Vid *opportunistisk screening* tar personer antingen själva kontakt med vården för att bli undersökta eller så tar vårdpersonalen initiativ till undersökningen i samband med att personerna besöker vården i ett annat ärende. *Populationsbaserad screening* innebär i stället att vården systematiskt bjuder in samtliga personer i exempelvis en viss åldersgrupp för att bli undersökta.

Vår litteraturstudie identifierar ett flertal studier, inklusive en systematisk litteraturstudie, som tyder på att screeninginsatser generellt är sämre på att nå grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar än andra grupper (Alvaro m.fl. 2011, Godefrooij m.fl. 2012, Aarts m.fl. 2011, van den Donk m.fl. 2011, Echouffo–Tcheugui 2015). Denna typ av universella insatser riskerar därmed att leda till ojämlikheter i vilka som kontaktas och identifieras ha behov av förebyggande insatser (Baum 2007). En studie av screening för typ 2-diabetes fann även att män i lägre grad deltog i screeningsprogram än kvinnor (van den Donk m.fl. 2011).

Dock tyder vissa studier på att resultaten varierar för olika typer av screening, och att det framför allt är opportunistisk screening som riskerar att leda till ojämlikheter (Walsh m.fl. 2011, Palència m.fl. 2010). Populationsbaserad screening hade även ett högre totalt deltagande, jämfört med opportunistisk screening (Walsh m.fl. 2011, Aarts m.fl. 2011). En möjlig förklaring är att populationsbaserad screening vänder sig till alla i en viss grupp oberoende av socioekonomisk status. Opportunistisk screening är i stället beroende av att personer själva tar kontakt med vården – antingen för att screenas eller i ett annat ärende (Walsh m.fl. 2011, Palència m.fl. 2010). Metoden baseras dessutom på en individuell riskbedömning som påverkas av varje persons förmåga att uttrycka sitt vårdbehov, viljan att bli testad och



förmågan att betala för screeningen. Populationsbaserad screening baseras i stället på en generell bedömning av vilka breda grupper, till exempel en viss åldersgrupp, som bör screenas. De två typerna av screeningprogram är därmed i olika grad beroende av enskilda personers initiativ och vårdpersonalens riskbedömning.

Det kan emellertid spela roll vilken sjukdom eller tillstånd som screeningen gäller – en studie av populationsbaserad screening för tarmcancer visade att deltagandet var lägre bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar (von Wagner m.fl. 2011).

4.2 VÅRDEN FÅR BEGRÄNSAD NATIONELL VÄGLEDNING KRING PRIORITERINGAR

En annan viktig fråga när det gäller valet mellan universella eller riktade insatser är vilken strategi som är mest etiskt korrekt (se även avsnitt 2.2.3). Här ger varken hälso- och sjukvårdens allmänna riktlinjer för prioriteringar som formuleras i prop. 1996/97:60 eller Socialstyrelsens nationella riktlinjer någon klar vägledning.

4.2.1 Prioriteringar ska göras utifrån medicinskt behov, men det utesluter inte planering av vården utifrån behovet hos vissa grupper

Enligt 2 § första stycket HSL är målet för vården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska enligt bestämmelsens andra stycke ges med respekt för alla människors lika värde samt för den enskilda människans värdighet och den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården. Den senare delen av bestämmelsen infördes enligt ett förslag i prop. 1996/97:60, som ställer upp allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården baserat på tre etiska principer:

- *Människovärdesprincipen* innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- *Behovssolidaritetsprincipen* innebär att resurserna bör fördelas efter behov.
- *Kostnadseffektivitetsprincipen* innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder. Kostnadseffektivitetsprincipen bör endast komma till användning sedan behovsprincipen först tillämpats.

Propositionen anger även att det är en form av diskriminering – och därför oförenligt med de etiska principerna – att låta en patients behov stå tillbaka på grund av exempelvis ålder, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden (prop. 1996/97:60 s. 24). En fråga är därför i vilken utsträckning vården kan rikta förebyggande insatser direkt till personer med sämre socioekonomiska förutsättningar, i och med att det kan ses som en form av positiv särbehandling gentemot personer med bättre socioekonomiska förutsättningar beroende på hur de riktade insatserna utformas.

Såväl förarbetena till HSL som de allmänna riktlinjerna för prioriteringar är tydliga med att prioriteringar som görs i den kliniska verksamheten och beslut om vård av enskilda patienter i första hand ska baseras på det individuella vårdbehovet hos varje enskild person (prop. 1981/82:97 s. 27 f., prop. 1996/97:60). Det finns alltså inget utrymme för att göra prioriteringar enbart på basis av deras socioekonomiska förutsättningar. Detta innebär att hälso- och sjukvården behöver ha mer information om personer än exempelvis enbart deras utbildningsnivå för att kunna göra prioriteringar på individnivå.

Däremot ska landstingen, enligt 7 § HSL, planera sin verksamhet med utgångspunkt i behovet av hälso- och sjukvård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för vård. Att på regional politisk nivå genomföra vissa insatser med avsikten att lättare få kontakt med specifika befolkningsgrupper kan därmed vara ett sätt att uppnå lagens övergripande mål om god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta kan till exempel ske genom att anpassa utbudet av vårdtjänster eller i övrigt planera verksamheten utifrån behoven hos olika befolkningsgrupper, exempelvis genom att öka tillgången till vård i vissa geografiska områden. Sådana typer av planeringsåtgärder bör därmed inte stå i motsatsförhållande till 2 § HSL eller till de etiska principer som redovisas i prop. 1996/97:60.

4.2.2 Socialstyrelsens nationella riktlinjer utgår från att vården redan har identifierat personerna med ohälsosamma levnadsvanor

Samtliga insatser som beskrivs i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder förutsätter att vården redan har identifierat att en person har ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen 2011). Riktlinjerna fokuserar alltså på insatsernas innehåll snarare än på hur vården kan nå ut till personer i behov av förebyggande insatser.

Socialstyrelsen poängterar dock att det är viktigt att huvudmännen utvecklar metoder för att fråga om och identifiera ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen 2011 s. 40). Som exempel nämner Socialstyrelsen direkta



frågor i mötet med patienter, frågeformulär till personer som uppsökt vården eller inbjudan till att diskutera levnadsvanor vid ett hälsosamtal (se avsnitt 4.4). De två första metoderna är båda exempel på opportunistisk screening, det vill säga att identifieringen sker i samband med att en person besöker vården i ett annat ärende eller efter att hen på eget initiativ kontaktat vården för att bli undersökt. Hälsosamtal är däremot ett exempel på populationsbaserad screening, som vänder sig till alla personer i exempelvis en viss åldersgrupp.

4.3 KONTAKTERNA MED HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN PÅVERKAR MÖJLIGHETERNA FÖR ETT JÄMLIKT FÖREBYGGANDE ARBETE

Hälso- och sjukvården har en viktig roll i att motverka ohälsosamma levnadsvanor genom förebyggande arbete, eftersom vården har unika kontaktytor med befolkningen under individernas livsförlopp. Kontakten med hälso- och sjukvården sker både genom att personer själva söker upp vården eller genom att vården stakar ut kontaktpunkter. Exempel på utstakade kontaktpunkter är föräldrars och barns kontakt med barnavårdscentralen eller att hälso- och sjukvården kallar samtliga kvinnor i en viss ålder till bröstcancerscreening. De utstakade kontaktpunkterna är ofta av förebyggande karaktär.

Eftersom det kan gå långa perioder där en person inte har några utstakade kontaktpunkter med vården spelar medborgares egna initiativ till besök i vården en viktig roll för att förebygga ohälsa. Oftast söker personer hjälp för att bota eller lindra en åkomma, inte för att förändra en levnadsvana. För att utnyttja den stora kontaktytan som hälso- och sjukvården har, är det viktigt att vården även identifierar om personer som söker hjälp för andra besvär har ohälsosamma levnadsvanor.

Skillnader i kontaktmönster mellan olika grupper kan påverka hälso- och sjukvårdens möjlighet att bedriva ett jämlikt förebyggande arbete. Om vissa grupper kontaktar vården oftare är det också mer sannolikt att de får ta del av vårdens förebyggande insatser. Vi har inte kunnat identifiera någon litteratur som specifikt tittar på kontaktmönstrets påverkan på förebyggande arbete. Däremot finns det forskning kring hur det generella kontaktmönstret ser ut för olika grupper i befolkningen. Forskningen pekar på att tillgången till primärvård respektive annan specialistvård varierar mellan grupper med olika socioekonomiska förutsättningar. Personer med högre inkomster är vanligtvis överrepresenterade i specialistvården, medan personer med sämre socioekonomiska förutsättningar är överrepresenterade i primärvården (Vårdanalys 2015). Det talar för att primärvården har en viktig roll för att motverka ojämlikheter i vårdutbudet (Anell 2015).

Barnhälsovården skapar en kontaktyta mellan hälso- och sjukvården och föräldrar samt deras barn

En verksamhet som ofta lyfts fram som ett framgångsexempel i vårdens förebyggande arbete är barnhälsovården. Socialstyrelsen sammanfattar barnhälsovårdens mål som att barnhälsovården ska "främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn och tidigt identifiera problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö" (Socialstyrelsen 2014 s. 17, 43, baserat på förarbeten och tidigare allmänna råd). Barnhälsovården inriktar sig alltså på ett primärpreventivt arbetssätt.

Barnhälsovårdens arbete är avsett att nå samtliga barn, oavsett om föräldrarna själva aktivt sökt hjälp eller inte, och kan alltså kategoriseras som en universell insats. Enligt uppgifter har 99 procent av alla föräldrar kontakt med barnavårdscentralen (Bremberg och Eriksson 2010). I vissa landsting är det de nyblivna föräldrarna som själva behöver ta kontakt med barnavårdscentralen (BVC) för att boka in ett första möte, i andra fall ringer en sjuksköterska från BVC upp för att bestämma tid. Socialstyrelsen rekommenderade i ett allmänt råd från 1991 att nyblivna föräldrar skulle erbjudas ett hembesök inom fem dagar efter hemkomst från förlösningssjukhuset. De allmänna råden är nu upphävda, men hembesök berörs i Socialstyrelsens vägledning på området (Socialstyrelsen 2014).

Vissa landsting använder även barnhälsovården som plattform för att ge riktade insatser till vissa grupper. Ett sådant exempel är Rinkeby barnavårdscentralens utökade barnhälsovårdsprogram för förstagångsföräldrar. Det genomförs i samarbete med föräldrarådgivare från socialtjänsten. Målet är att förbättra barnens hälsa genom att ge extra stöd till föräldrar i ett bostadsområde som har en hög andel nyanlända migranter, personer med kronisk sjukdom samt en hög andel låginkomsttagare och arbetslösa (Marttila m.fl. 2015). Föräldrarna erbjuds fyra hembesök av en BVC-sjuksköterska och en föräldrarådgivare som tillsammans informerar föräldrarna om grundläggande barnsäkerhet och egenvård samt om hur de kan komma i kontakt med barnhälsovården (SLL 2016). Utvärderingar har visat att programmet varit uppskattat av såväl personal som föräldrar samt att vaccinationerna för påssjuka, mässling och röda hund har ökat med tio procentenheter (Marttila m.fl. 2015, Cederberg 2016).

4.4 STRATEGIER FÖR ATT FLER SKA NÅS AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS FÖREBYGGANDE ARBETE

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det samlade resultat av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete påverkas av dess täckningsgrad, det vill säga hur stor andel i en population som nås av arbetet. Täckningsgraden utgörs i vår modell av två steg: *kontakt* och *identifiering*. Med *kontakt* avses vilka personer som vården kommer i kontakt med. Med *identifiering* avses hos vilka personer som vården uppmärksammar ohälsosamma levnadsvanor.

Om hälso- och sjukvården vill öka det förebyggande arbetets täckningsgrad kan det alltså ske antingen genom att öka kontaktytan eller genom att i större utsträckning fånga upp och undersöka levnadsvanorna hos befolkningen. Det gäller oavsett om målet är att öka täckningsgraden generellt genom universella

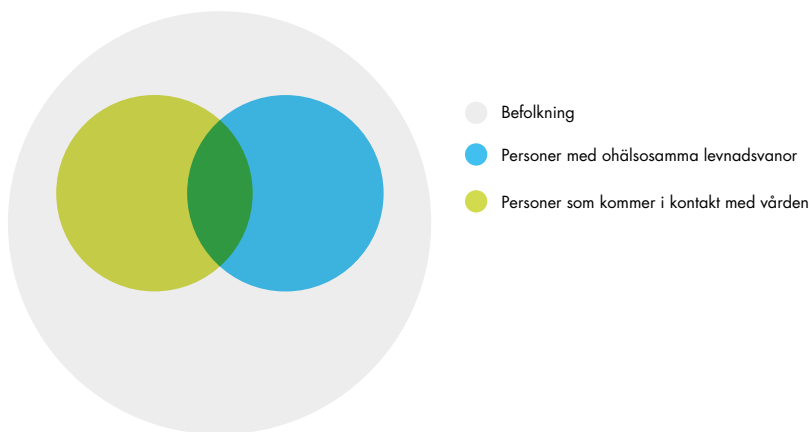


insatser eller att öka täckningsgraden för en viss grupp. Vi har skapat en illustrativ modell för att visa hur vården kan öka täckningsgraden genom utåtriktat arbete eller genom att identifiera fler personer med ohälsosamma levnadsvanor. Modellen är utvecklad utifrån de aspekter vi diskuterat i kapitlet.

Först beskriver vi modellens olika delar. Sedan exemplifierar vi genom att diskutera olika insatser för att öka det förebyggande arbetets täckningsgrad med utgångspunkt i de metoder och verktyg som finns i Socialstyrelsens (2011) nationella riktlinjer. De består av direkta frågor i mötet med patienter, frågeformulär till personer som uppsökt vården av andra orsaker än sina levnadsvanor samt en inbjudan för att diskutera levnadsvanor vid ett hälsosamtal.

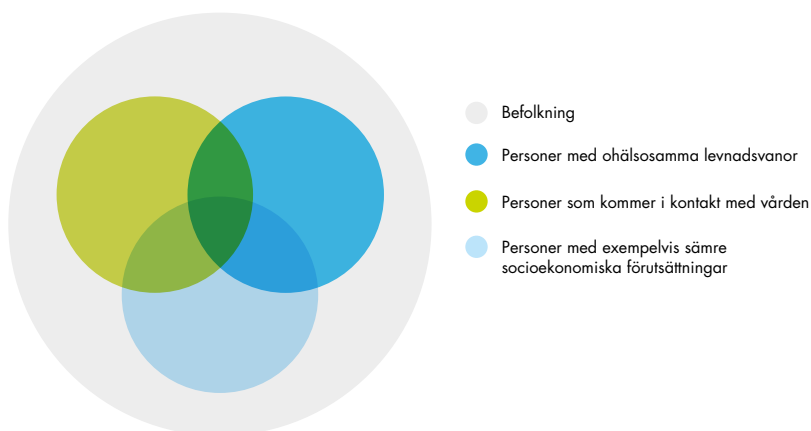
Figur 10 visar hela befolkningen som en grå cirkel, medan personer med ohälsosamma levnadsvanor visas som en blå cirkel. Som vi diskuterade i avsnitt 4.3 kan hälso- och sjukvården i första hand påverka levnadsvanorna hos personer som kommer i kontakt med vården. Den gruppen åskådliggörs som en grön cirkel. Som figuren visar, behöver gruppen med ohälsosamma levnadsvanor inte överlappa med gruppen som kommer i kontakt med vården.

Figur 10. Andelen personer med ohälsosamma levnadsvanor och personer som kommer i kontakt med vården överlappar inte nödvändigtvis. Figuren är inte skalenlig och gruppernas storlek och överlappning är endast schematisk.



Det exakta sambandet mellan socioekonomiska förutsättningar, levnadsvanor och hälsa är komplext, men i kapitel 3 visade vi att ohälsosamma levnadsvanor är vanligare bland grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar. De visas som en ljusblå cirkel i figur 11.

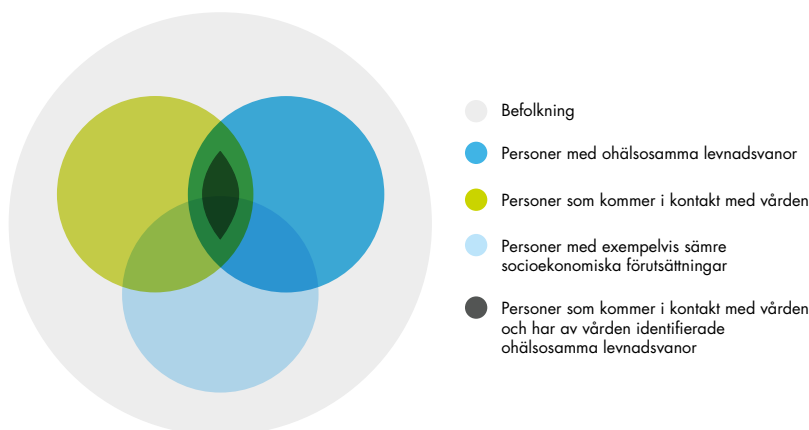
Figur 11. Andelen personer med ohälsosamma levnadsvanor respektive andelen som kommer i kontakt med vården överlappar endast delvis med andelen personer som har sämre socioekonomiska förutsättningar. Figuren är inte skalenligt och gruppernas storlek och överlappning är endast schematisk.



För att hälso- och sjukvården ska kunna hjälpa personer att förändra sina levnadsvanor måste de känna till att personen har en ohälsosam levnadsvana. Andelen personer som vården identifierat har en ohälsosam levnadsvana åskådliggörs med en mörkgrå form i figur 12. Den mörkgrå formen täcker inte hela överlappet mellan personerna som kommer i kontakt med vården och personerna som har minst en ohälsosam levnadsvana. Det är ett sätt att visa att personer med ohälsosamma levnadsvanor kan vara i kontakt med vården utan att vården vet om den ohälsosamma levnadsvanan.



Figur 12. Beroende på hur bra hälso- och sjukvården är på att identifiera personer med ohälsosamma levnadsvanor kommer den troligtvis bara att identifiera en andel av de personer med ohälsosamma levnadsvanor som även har kontakt med vården. Av dem kommer i sin tur en andel vara personer med sämre socioekonomiska förutsättningar. Figuren är inte skalenlig och gruppernas storlek och överlappning är endast schematisk.



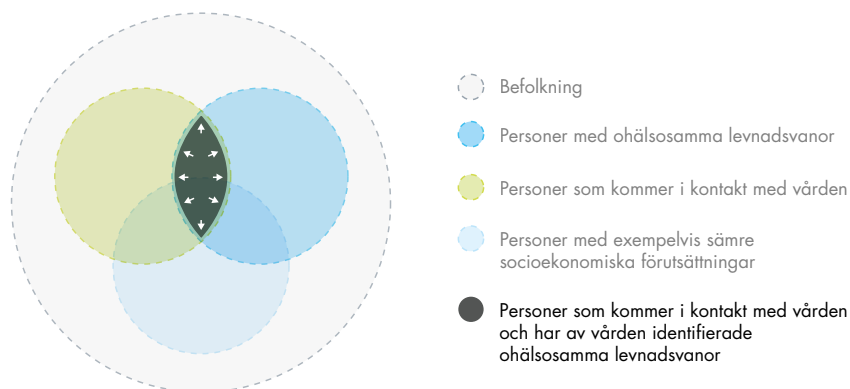
Hälso- och sjukvården kan alltså öka det förebyggande arbetets täckningsgrad på två sätt: genom att öka kontaktytan eller genom att undersöka och fånga upp levnadsvanorna hos fler av dem som redan har kontakt med vården. Insatserna kan antingen vara generella, för att nå alla grupper i lika stor utsträckning, eller riktade. Ett exempel på det senare är utåtriktade insatser som enbart riktas till personer i låginkomstområden.

Nedan diskuterar vi några exempel på insatser för att öka vårdens kontakt med eller identifiering av personer med ohälsosamma levnadsvanor.

4.4.1 Strategier för att identifiera fler personer med ohälsosamma levnadsvanor bland dem som kommer i kontakt med vården

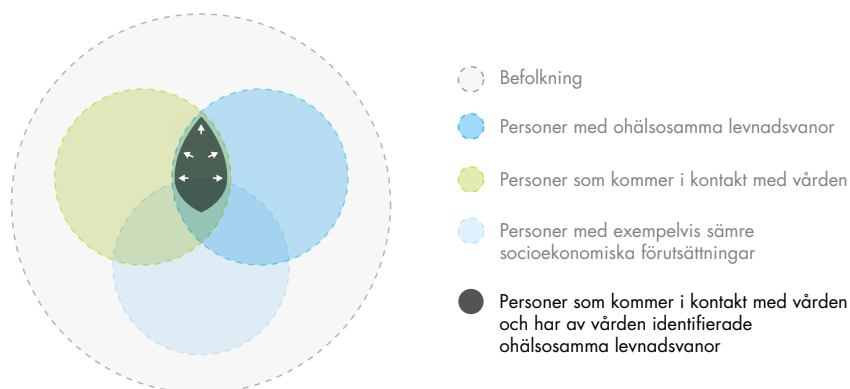
En möjlig väg för hälso- och sjukvården att öka täckningsgraden är att undersöka levnadsvanorna, och därmed ha möjlighet att identifiera ohälsosamma levnadsvanor, hos en större andel av de personer som redan har kontakt med vården. Det visas genom att den mörkgrå formen i figur 13 ökar i storlek.

Figur 13. Genom att fråga personer som söker vård om deras levnadsvanor är det möjligt att identifiera personer med ohälsosamma levnadsvanor.



Om vissa grupper inte vet vilken hjälp de kan få gällande levnadsvanor eller om det finns skillnader i hur vårdpersonalen ställer frågor till personer från olika grupper, kan omotiverade skillnader uppstå. I figur 14 illustreras detta som att den mörkgrå formen ökar i storlek, men i en riktning som skapar ojämlikheter.

Figur 14. Om hälso- och sjukvården inte lyckas identifiera ohälsosamma levnadsvanor bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar i lika stor utstäckning som bland övriga grupper blir täckningsgraden ojämlig.



Det här kan diskuteras och exemplifieras genom två metoder som hälso- och sjukvården använder i dag: frågor om levnadsvanor och enkätundersökningar om levnadsvanor i samband med att personer söker vård i andra ärenden. Båda är exempel på opportunistisk screening, det vill säga screening som sker på en persons eget initiativ eller i samband med att personen söker vård av andra orsaker. Som vi diskuterade i avsnitt 4.1.2 riskerar sådana insatser att missgynna personer med sämre socioekonomiska förutsättningar. Det finns därmed en risk att insatserna leder till större ojämlikhet i vårdens förebyggande arbete, om de inte följs upp för att säkerställa att de riktas till personer med sämre socioekonomiska förutsättningar i minst lika stor utsträckning som till personer med bättre socioekonomiska förutsättningar.

Frågor om levnadsvanor vid vårdbesök i andra ärenden

Socialstyrelsens nationella riktlinjer betonar vikten av att arbeta förebyggande, även om en person inte har utvecklat några symtom eller sjukdomar som kan kopplas till en ohälsosam levnadsvana. Det innebär att vårdpersonal kan behöva ställa frågor om en persons levnadsvanor utan att det finns någon tydlig koppling till skälet att hen söker vård. (Socialstyrelsen 2011)

Det finns dock tillfällen då det inte är lämpligt att vårdpersonalen tar upp frågor kring levnadsvanor. Samtalen måste alltid hållas med lyhördhet och respekt för patientens integritet och inte skuldbelägga och inkräkta på hens rätt att själv bestämma över sina levnadsval (se bland annat 2 a § HSL). Det kan också finnas andra hinder som gör att vårdpersonal inte talar om levnadsvanor, till exempel tidsbrist (Stange m.fl. 2002, Holmqvist 2009). Tidsbrist kan tolkas som ett uttryck för att behandling av akuta och kroniska åkommor prioriteras högre än förebyggande arbete (Holmqvist 2009). Andra barriärer kan vara en misstro mot det förebyggande arbetets effektivitet, rädsla för negativa patientreaktioner, osäkerhet kring hur levnadsvanor ska tas upp, osäkerhet kring rådgivning och osäkerhet kring hur personer i behov av hjälp med att ändra sina levnadsvanor ska slussas vidare i vårdsystemet (Holmqvist 2009). Verlinde och medförfattare (2012) refererar till en amerikansk studie som visade på socioekonomiska skillnader i kommunikationen mellan läkare och patienter. Bland personer som var i behov av att förändra sina matvanor och öka sin fysiska aktivitet, tenderade läkare att i högre grad diskutera levnadsvanor med personer med bättre socioekonomiska förutsättningar (Taira m.fl. 1997). När det gällde rökare fanns ett omvänt förhållande, där läkaren i högre grad diskuterade rökning med personer med sämre socioekonomiska förutsättningar (Taira m.fl. 1997).

Frågeformulär om levnadsvanor i samband med vårdbesök

Ett sätt som används för att avhjälpa de problem som kan uppstå när man frågar om levnadsvanor är att använda ett formulär om levnadsvanor. Exempelvis kan enkäten delas ut vid receptionen på en vårdcentral. Personer som väljer att delta kan därefter fylla i enkäten i väntan på sin tur. En annan modell är att läkare eller annan vårdpersonal delar ut enkäten under konsultationen. Insatsen kan då riktas, exempelvis genom att enkäten delas ut till personer som har livsstilsrelaterade diagnoser. Det förekommer också att datoriserade enkäter används, som personer antingen kan besvara på eget initiativ eller efter hänvisning av vårdpersonal (Wåhlin 2009). Frågeformuläret används sedan för att identifiera och erbjuda insatser mot eventuella ohälsosamma levnadsvanor.

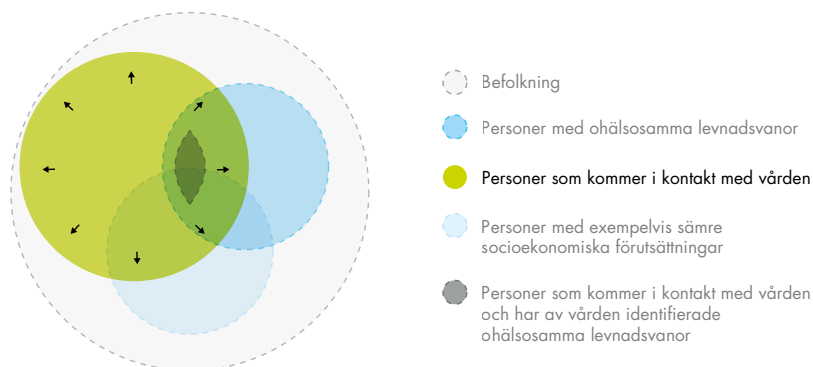
En fördel med enkäter i väntrum är att personer på eget initiativ kan välja att besvara formuläret. Det kan tänkas att personer som på eget initiativ besvarar enkäten är mer motiverade och villiga att genomföra en livsstilsförändring. Metoden fångar därmed upp de personer som är mest sannolika att kunna tillgodogöra sig en insats. Resultat från en studie av Blomstrand och medförfattare (2012) bekräftar att personer som besvarade en väntrumsenkät om levnadsvanor i större utsträckning var redo att starta en livsstilsförändring. Samtidigt finns en risk för omotiverade skillnader i vilka som väljer att besvara enkäten.

4.4.2 Strategier för att nå flera personer genom kontaktsökande och utåtriktad verksamhet

Ett sätt att utöka det förebyggande arbetets täckningsgrad är att vården tar kontakt med fler personer. Figur 15 visar hur en sådan strategi får cirkeln som representerar andelen personer som är i kontakt med vården att öka i storlek, medan övriga cirklar förblir oförändrade.



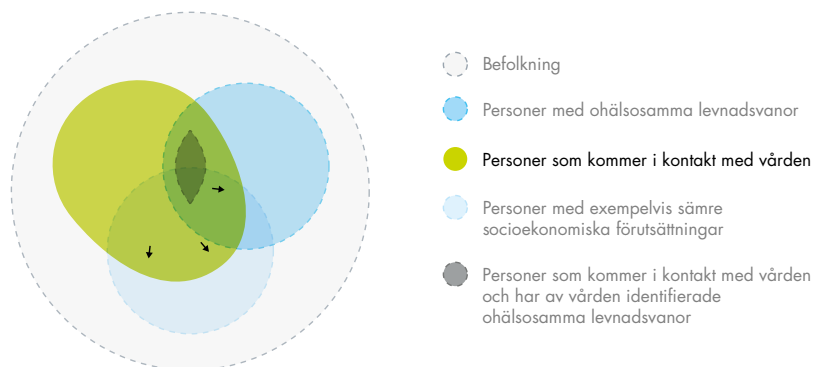
Figur 15. Genom att utöka kontaktytan kan hälso- och sjukvården hjälpa fler personer med ohälsosamma levnadsvanor.



Dilemmat med uppsökande verksamhet är att vården även kommer att lägga resurser på att kontakta personer som inte är i behov av förebyggande insatser. Figur 15 visar hur de vänsterriktade pilarna i den gröna ”kontaktcirkeln” innebär att vården ökar sina kontakter även med personer som inte tillhör cirkeln med ohälsosamma levnadsvanor.

Ett sätt att koncentrera kontakthansträngningarna till personer som är sannolika att behöva förebyggande insatser skulle vara att rikta den uppsökande verksamheten till exempelvis vissa geografiska områden med en stor andel personer med sämre socioekonomiska förutsättningar, eftersom vi vet att de är mer sannolika att ha ohälsosamma levnadsvanor (se kapitel 3). I figur 16 illustreras det genom att den gröna cirkeln sträcker sig ut mot cirkeln som symboliserar personer med sämre socioekonomiska förutsättningar.

Figur 16. Kontaktytan kan även utökas mot vissa utvalda grupper.



Ett tredje alternativ skulle vara att kontakt och identifiering sker på en gång, exempelvis genom att vården kommunicerar ut att samtliga personer som röker är välkomna till ett hälsofrämjande samtal med vårdpersonal. På så sätt överläts identifieringen till medborgarna själva. Nackdelen är att vården därmed också lägger över ett större ansvar på personerna själva, vilket kan missgynna personer med mindre kunskap om hälsa och levnadsvanor.

Inbjudan till hälsokontroller och hälsosamtal är exempel på kontakt-sökande insatser som används i dag och som vanligtvis riktas till hela befolkningen i ett landsting. Ofta är landstingens mål främst att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar snarare än att motverka ohälsosamma levnadsvanor generellt. Ett sätt att få kontakt med vissa utvalda grupper är att samarbeta med andra samhällsaktörer, till exempel föreningar eller andra myndigheter. Det finns även andra insatser, men detta avsnitt har inte som mål att ge en heltäckande bild av vårdens utåtriktade insatser utan endast att ge några illustrativa exempel.

Inbjudan till hälsokontroller och hälsosamtal

En hälsokontroll är en medicinsk undersökning av en person utan särskilda symptom. Kontrollen görs för att i ett tidigt skede kunna upptäcka, behandla och förebygga sjukdomar och riskfaktorer (SBU 2013a). Ofta kombineras kontrollen med ett hälsosamtal, där personen diskuterar sin hälsa och levnadsvanor med en sjuksköterska eller annan vårdpersonal och får råd om hur hen kan minska risken för ohälsa. SBU (2013a) skiljer på generella hälsokontroller och sjukdomsinriktade hälsokontroller. *Generella hälsokontroller* innebär screening efter fler än en sjukdom eller riskfaktor i mer än ett organsystem. *Sjukdomsinriktade hälsokontroller* inriktar sig på att identifiera ett visst sjukdomstillstånd, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar eller bröstcancer.

I Sverige har hälsosamtalen traditionellt varit inriktade på att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar. En kartläggning av hälsosamtal i sju svenska landsting visar att samtalen riktar sig till hela befolkningen i en viss målgrupp, exempelvis en viss åldersgrupp (Hatt m.fl. 2015). Själva insatsen består av en hälsoenkät, fysisk provtagning för att bland annat undersöka blodtrycket och ett individanpassat samtal med stöd av ett visuellt verktyg som synliggör personens hälsa på en rad områden (Hatt m.fl. 2015).

Forskningen ger inget entydigt svar på hur hälsokontroller och hälsosamtal påverkar hälsoklyftor, och svenska och internationella studier visar delvis olika resultat. En studie av hälsosamtal i Västerbotten 1990–2006 visade att



antalet förhindrade dödsfall var högre, i absoluta tal, bland personer med lägre utbildning (Blomstedt m.fl. 2015). Däremot hade personer med låg inkomst 10–15 procentenheters lägre deltagande jämfört med dem med medelinkomst och hög inkomst (Norberg m.fl. 2012). Inga skillnader i deltagande observerades för personer med olika utbildningsnivå (Norberg m.fl. 2012). En studie av hälsokontroller i Tyskland, visade att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar samt med sämre levnadsvanor var mindre benägna att delta i hälsokontroller (Hoebel m.fl. 2014). En internationell litteraturstudie om deltagande i hälsokontroller drog slutsatsen att män var mindre benägna att delta i hälsokontroller (Dryden m.fl. 2012). Studien visade även att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar hade lägre deltagande, oavsett om socioekonomisk status mättes med hjälp av utbildningsnivå, inkomst eller arbetslöshet (Dryden m.fl. 2012).

Samtidigt finns det svenska studier som visar att hälsokontroller och hälsosamtal kan bidra till minskade hälsoklyftor mellan hög- och lågutbildade (Weinehall m.fl. 2001, Norberg m.fl. 2012, Socialstyrelsen 2011). Insatserna var dock inte begränsade till hälso- och sjukvården, utan även andra samhällsaktörer som idrottsföreningar, media och matbutiker genomförde kampanjer.

Är hälsokontroller samhällsekonomiskt effektiva?

Den här rapporten har inte som syfte att utvärdera enskilda insatser kostnadseffektivitet, men eftersom hälsokontroller och hälsosamtal som riktar sig till hela befolkningen innebär en stor investering är det värt att diskutera vad SBU kommit fram till om deras kostnadseffektivitet. Utvärderingarna publicerades dock för mer än två år sedan och kunskapsläget kan därför ha förändrats sedan dess.

Generella hälsokontroller, där man utför flera tester för att identifiera olika sjukdomar i mer än ett organsystem för friska personer, har inte någon positiv effekt (SBU 2013a). Vad gäller sjukdomsinriktade hälsokontroller för exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar finns litteratur som visar på en positiv effekt (SBU 2013a).

SBU (2013b) identifierade fem studier som uppskattar kostnadseffektiviteten för populationsscreening för riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar. Samtliga identifierade studier visade på att insatsen är kostnadseffektiv. Identifieringen genomfördes dock inte genom en systematisk litteraturgenomgång vilket medför att litteraturen kan vara ofullständig. Vidare bedömde inte SBU kvaliteten i studierna.

Det finns alltså inte en klar bild av vilken effekt hälsokontroller ger, men studierna tyder på att en svensk modell – som fokuserar på hjärt- och kärlsjukdomar och bland annat inkluderar utbildad personal, fokus på hälsosamtal och användning av visuella hjälpmedel – kan ge positiva resultat.

Riktade insatser till grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar genom samverkan

Ett sätt att utöka hälso- och sjukvårdens kontakter med personer med sämre socioekonomiska förutsättningar, och därmed potentiellt öka det förebyggande arbetets jämlikhet, är att vården samverkar med parter både inom och utanför hälso- och sjukvården (Allen m.fl. 2013). Genom samverkan och partnerskap kan vården utöka kontaktytorna och fånga in personer som de annars inte skulle ha kontakt med. Enligt Allen och medförfattare (2013) bör samverkan ske på ett brett plan och kan inkludera offentliga aktörer på lokal, regional och nationell nivå, välgörenhetsorganisationer, privata aktörer, arbetsgivare och skolor. Partnerskap med aktörer från olika branscher och sektorer gör att insatserna blir mer heltäckande och når ut till fler människor.



Exempel på samarbete för att nå socioekonomiskt utsatta grupper i Stockholm (Bakshi 2011)

För att främja en mer jämlik och god hälsa upprättade hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholms Läns Landsting ett särskilt avtal med sex vårdcentraler. Avtalet var frivilligt och innebar bland annat att vårdcentralerna skulle bedriva uppsökande verksamhet i samverkan med andra aktörer för att nå socioekonomiskt utsatta grupper. Genom satsningen fick de sex vårdcentralerna ekonomiska medel motsvarande en och en halv heltidstjänst (Bakshi 2011). Nedan beskriver vi två av verksamheterna som bedrevs.

Vårby vårdcentralers samarbete med Arbetsförmedlingen

Vårby ligger i Huddinge kommun i Stockholms län. Vårby vårdcentral valde att särskilt fokusera på målgruppen kvinnor med komplexa behov och därigenom även nå deras barn. Som en del i arbetet att nå ut till målgruppen startade vårdcentralen ett samarbete med Arbetsförmedlingen. Samarbetet gick ut på att Arbetsförmedlingen bjöd in personer från sin klientbas till en hälsoskola som vårdcentralen anordnade. På så sätt kom vårdcentralen i kontakt med många långtidssjukskrivna och arbetslösa personer som blivit utförsäkrade från socialförsäkringssystemet. Verksamhetschefen bedömde samarbetet som lyckat för att nå ut till dessa grupper. Samtidigt betonas vikten av att lyckas fånga upp personer ännu tidigare, i en fas innan den negativa utvecklingen har gått för långt (Bakshi 2011).

Carema Wasa vårdcentralers samarbete med SFI

Wasa är en vårdcentral som ligger i Södertälje kommun i Stockholm. Som en del i arbetet har vårdcentralen arbetat med att i ett tidigt skede försöka upptäcka riskbeteende i levnadsvanor och förändra till mer hälsosamma levnadsvanor. Bland annat har vårdcentralen erbjudit hälsosamtal, kostnadsfria hälsokontroller och startat en särskild hälsofrämjande mottagning. För att öka kunskapen om den hälsofrämjande verksamheten har vårdcentralen skickat ut information och satt upp informationsblad. För att skapa ytterligare kontaktytor vände sig vårdcentralen till bland annat områdets kyrkor, vuxenskolan SFI och socialtjänsten i Södertälje. Samarbetet med SFI fungerade bra, där personal från vårdcentralen medverkade på lektioner och kunde sprida information om det hälsofrämjande arbetet och om hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar generellt (Bakshi 2011).

Insatsernas kostnadseffektivitet är oklar

Bakshi (2011) diskuterar avslutningsvis att insatserna kan ge en viss inverkan på antalet besökare till vårdcentralernas hälsofrämjande mottagningar. Dock upplevde några vårdcentraler att tillströmningen av patienter inte motsvarade förväntningarna, trots de resurser som lagts på uppsökande och utåtriktad verksamhet. Vidare diskuterar Bakshi om det inte vore mer resurseffektivt att utforma en gemensam strategi för att nå nya målgrupper i samarbete mellan vårdcentral och landsting, i stället för att varje vårdcentral utformar sina strategier och sitt informationsmaterial helt på egen hand.



Vårdens förebyggande arbete behöver anpassas efter mottagaren

I kapitel 4 diskuterade vi det förebyggande arbetets täckningsgrad, medan vi i det här kapitlet diskuterar strategier för att öka det förebyggande arbetets möjlighet att bidra till ändrade levnadsvanor (dess behandlingseffekt). Behandlingseffekten påverkas av vårdens förmåga att i sin prioritering och anpassning av insatserna ta hänsyn till olika gruppers särskilda förutsättningar och behov. Forskning lyfter fram att personer i socialt utsatta situationer i större utsträckning har sämre möjligheter att tolka och använda hälsoinformation, bristande socialt stöd, sämre ekonomiska förutsättningar samt lägre motivation eller tilltro till sin egen förmåga att påverka sin hälsa jämfört med andra grupper. Det innebär att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete inte enbart kan bestå av standardiserade informationsinsatser för att vara jämlikt. Insatserna behöver i stället anpassas för att kompensera för de specifika förutsättningar som kan stå i vägen för ändrade levnadsvanor.

5.1 ARBETETS BEHANDLINGSEFFEKT BEROR PÅ MOTTAGARENS FÖRUTSÄTTNINGAR OCH VÅRDENS KOMPENSATORISKA FÖRMÅGA

Forskning visar att en förebyggande insats behandlingseffekt ofta varierar mellan personer beroende dels på deras hälsolitteracitet och tillgång till olika resurser, dels på hälso- och sjukvårdens förmåga att kompensera för en eventuell lägre hälsolitteracitet eller tillgång till resurser. Kunskapen om konkreta metoder för att uppnå ökad behandlingseffekt för personer med sämre förutsättningar är dock bristfällig. Tidigare forskning tyder på att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar kan ha större nytta av



insatser som skapar stöttande strukturer i personens sociala omgivning eller livsmiljö, exempelvis tillgång till träning i skolan eller på arbetet, än av att enbart få information om levnadsvanor.

5.1.1 Personer har olika hälsolitteracitet samt olika god tillgång till ekonomiska, sociala och andra resurser

Tugwell och medförfattare (2006) understryker vikten av att skilja på vilken behandlingseffekt en förebyggande insats har när den studeras under ideala förhållanden och vilken behandlingseffekt den har när den används i praktiken. I praktiken kommer behandlingseffekten att påverkas av bland annat ekonomiska och sociala hinder att delta i insatserna samt av personers olika förmåga att förstå och använda sig av information om hälsa. Jämfört med andra förebyggande insatser ställer ändrade levnadsvanor särskilt höga krav på den enskilda personens förmåga och motivation att ändra sitt vardagliga beteende, vilket innebär att hinder som påverkar hens motivation kan ha en särskilt stor påverkan (se Socialstyrelsen 2011).

Hälsolitteracitet påverkar förmågan och intresset av att förstå och tillämpa hälsoinformation

Ett hinder för en god behandlingseffekt av förebyggande insatser i hälso- och sjukvården är hur bra hälso- och sjukvården är på att ta hänsyn till att olika personer har olika hälsolitteracitet (Vårdanalys 2014b). *Hälsolitteracitet* definieras som en persons förmåga och motivation att hitta, förstå, utvärdera och använda hälsoinformation som grund för beslut om hälso- och sjukvård samt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser för att upprätthålla eller förbättra sin livskvalitet (Sørensen m.fl. 2012). Förmågan anses vara nära förknippad med utbildningsnivå (Sørensen m.fl. 2012, Lorenc m.fl. 2012).

Hälsolitteracitet beskrivs ibland som en kombination av två förmågor. Dels en bokstavig förmåga att läsa och förstå information om hälsa och sjukvård (ordet hälsolitteracitet kommer från engelskans *literacy*, som betyder läs- och skrivkunnet), dels en bredare förmåga – och intresse av – att kritiskt utvärdera och resonera kring sin egen och närståendes hälsa (Mårtensson och Hensing 2011, Nutbeam 2008, Peerson och Saunders 2009, Wångdahl m.fl. 2015). Nutbeam (2000) nyanserar begreppet ytterligare genom att dela upp hälsolitteracitet i tre nivåer: förmågan att förstå och tolka information, förmågan att kommunicera kring och söka upp ny information om sin egen och andras hälsa, samt förmågan att analysera och använda sig av informationen.

Forskare betonar även att hälsolitteraciteten skapas i mötet med hälso-

och sjukvården. Samma person kan ha olika hög hälsolitteracitet beroende på hur bra hälso- och sjukvården är på att göra information lättillgänglig (Mårtensson och Hensing 2011, Sørensen m.fl. 2012). Även situationen för ett samtal kan påverka hälsolitteraciteten. Exempelvis försämras förmågan att förstå och komma ihåg information från hälso- och sjukvården om en person eller hans anhöriga precis fått en allvarlig diagnos (Mårtensson och Hensing 2011).

När vi talar om hälsolitteracitet i relation till vårdens förebyggande arbete, påverkar *förmågan att läsa och förstå hälsoinformation* framför allt hur stor nytta en person har av olika former av skriftlig och muntlig information om levnadsvanor. Den kan även påverka en persons möjligheter att uttrycka och argumentera för sitt behov av stöd och hjälp från hälso- och sjukvården. *Förmågan och viljan att resonera kring sin egen och andras hälsa* påverkar i sin tur en persons möjligheter att söka upp och sätta sig in i information om hur de själva kan påverka sin hälsa genom ändrade levnadsvanor. Den är även förknippad med personers tilltro till sin egen förmåga att ändra en ohälsosam levnadsvana. (Mårtensson och Hensing 2011, Nutbeam 2008, Peerson och Saunders 2009, Wångdahl m.fl. 2015, Kickbusch m.fl. 2005)

Även om skillnader i hälsolitteracitet i första hand påverkar vårdens förutsättningar att prioritera och anpassa sina förebyggande insatser kan de även påverka vilka som nås av det förebyggande arbetet. Om hälso- och sjukvården exempelvis i första hand erbjuder insatser till personer som själva sökt hjälp att ändra sina levnadsvanor, kan det innebära att personer med lägre hälsolitteracitet inte får hjälp i samma utsträckning om de har svårare att navigera hälso- och sjukvårdssystemet (se Nutbeam 2008).

Personers ekonomiska, sociala och andra resurser påverkar deras förutsättningar att ändra sina levnadsvanor

Vårdanalys (2014b) har tidigare lyft fram att begränsade ekonomiska resurser är ett av flera möjliga hinder för att personer med socioekonomiskt sämre förutsättningar ska få tillgång till hälso- och sjukvård. Ekonomiska resurser påverkar en persons möjligheter att hantera direkta kostnader för behandlingar, indirekta kostnader för exempelvis resor till behandlingen och alternativkostnader som förlorad inkomst i samband med ett läkarbesök.

Forskning visar även att sociala relationer kan påverka en persons levnadsvanor i såväl positiv som negativ riktning. Medan negativa relationer ökar stressnivån och kan uppmuntra till ohälsosamma alkohol- eller matvanor, bidrar positiva relationer till bättre mental hälsa, bättre levnadsvanor och en ökad känsla av kontroll som kan stärka förmågan att ändra ohälsosamma



levnadsvanor. Personers förutsättningar att ändra ohälsosamma levnadsvanor till det bättre påverkas därmed av om deras sociala relationer är välfungerande och kännetecknas av hälsosamma normer kring levnadsvanor. (Umberson m.fl. 2010)

Traditionellt sett har män haft sämre emotionellt stöd från sitt sociala nätverk, vilket kan påverka deras förutsättningar att göra levnadsvaneförändringar (se exempelvis Agahi m.fl. 2010). Även personer med sämre socioekonomiska förutsättningar tenderar att ha sämre tillgång till sociala nätverk, vilket bidrar till att öka hälsoklyftorna mellan socioekonomiska grupper (Uphoff m.fl. 2013).

5.1.2 Hälso- och sjukvården behöver anpassa sina insatser och sitt bemötande efter personers förmåga att ta till sig insatserna

Hälsolitteracitet handlar inte enbart om den enskilda personens kunskaper, utan uppstår i mötet mellan hälso- och sjukvården och dess patienter (Mårtensson och Hensing 2011, Sørensen m.fl. 2012). Det lägger ett stort ansvar på hälso- och sjukvården att se till att vårdens insatser får avsedd behandlingseffekt genom sitt sätt att ge information och ge patienten möjlighet att påverka insatserna. Ansvaret betonas även av 3 kap. 1, 7 §§ och 5 kap. 1 § patientlagen, som säger att hälso- och sjukvårdspersonal så långt som möjligt ska utforma och genomföra vården i samråd med den som tar emot vården samt se till att hen har tillgång till information om bland annat sin hälsa och tillgängliga behandlingar. Även HSLs förarbeten betonar vikten av att hälso- och sjukvården tar hänsyn till och strävar efter att kompensera för skillnader i individuella förutsättningar (prop. 1981/82:97 s. 113).

När det gäller hinder i form av lägre motivation eller tilltro till den egna förmågan att ändra levnadsvanor, kan dessa både bero på en lägre hälsolitteracitet och sämre tillgång till sociala resurser. Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar är både mer sannolika att ha ett svagt socialt stöd i form av familj och vänner och en låg tilltro till sin egen förmåga att ändra sina levnadsvanor (Kristenson 2011, Vårdanalys 2014b). Det innebär att de kan ha behov av mer stöd från hälso- och sjukvården än andra grupper.

När det till exempel gäller de personer som har en lägre förmåga att ta till sig hälsoinformation kan ett sätt vara att vården kompenserar genom att erbjuda information på enklare svenska eller på ytterligare språk samt att erbjuda information på flera olika sätt (se faktarutan). Det kan även handla om att hälso- och sjukvårdspersonalen så långt som möjligt försäkras sig om att patienten verkligen förstått informationen, vilket är en skyldighet enligt

Vilka anpassningar gjordes i de studier som ingick i litteraturoversikten?

En del av vår litteraturoversikt fokuserade på att identifiera förebyggande insatser som på ett framgångsrikt sätt riktat sig till personer med sämre socioekonomiska förutsättningar. Studierna visade på flera olika anpassningar för att kompensera för olika nivåer av hälsolitteracitet eller för andra typer av hinder. Däremot är det svårt att avgöra vilken påverkan anpassningarna hade på insatsernas behandlingseffekt, eftersom studierna sällan innehöll en kontrollgrupp som inte fick anpassade insatser.

Anpassningar för att kompensera för kulturella hinder eller en begränsad förmåga att ta till sig hälsoinformation

Många av studierna fokuserade på insatser som riktades till personer med utländsk bakgrund eller till kulturella minoriteter, som afroamerikaner i USA (Befort m.fl. 2008, Bender m.fl. 2013, Buckley m.fl. 2015, Coleman m.fl. 2010, Coleman m.fl. 2005, Dutton m.fl. 2007, Khare m.fl. 2014, Martin m.fl. 2006, Ockene m.fl. 2012, Rimmer m.fl. 2002, Han m.fl. 2010). Anpassningarna bestod framför allt av *språkliga eller kulturella anpassningar* av insatserna. Några exempel är översättning av skriftligt material (Buckley m.fl. 2015, Khare m.fl. 2014, Saha m.fl. 2013), hälso- och sjukvårdspersonal från samma etniska och kulturella bakgrund som dem som tog emot insatserna eller som talade samma språk (Ockene m.fl. 2012, Saha m.fl. 2013) samt telefonuppföljning på andra språk än majoritetsspråket (Han m.fl. 2010). Ytterligare en anpassning var att ge information på ett annat sätt än i skriftlig form, exempelvis i form av filmatiseringar (Ockene m.fl. 2012). Slutligen använde en studie personal som var av samma kön som dem som tog emot insatserna, för att undvika att personer avstod från att delta på grund av att de av religiösa skäl inte ville undersökas av någon av motsatt kön (Saha m.fl. 2013).

Anpassningar för att kompensera för en lägre motivation eller tilltro till den egna förmågan att göra levnadsvaneförändringar

En annan form av anpassning var att ge insatserna *i hemmet eller per telefon*, i stället för på en hälso- och sjukvårdsmottagning (Haines m.fl. 2013, Margolius m.fl. 2012 och Burke m.fl. 2012). Syftet var att öka deltagandet bland grupper som annars ofta har ett lågt deltagande, genom att ge insatserna i en bekant miljö. Det kunde exempelvis handla om rådgivande samtal i hemmet för att förebygga barnfetma bland barn i förskoleåldern (Haines m.fl. 2013) eller för att motverka högt blodtryck (Margolius m.fl. 2012).

Flera studier använde även sig av *telefonuppföljning* för att följa upp insatser till personer med sämre socioekonomiska förutsättningar eller för att påminna dem att komma till screeningtillfällena (Block m.fl. 2004, Burke m.fl. 2012, Cameron m.fl. 2014, Craigie m.fl. 2011, Lambert m.fl. 2012).

Anpassningar för att kompensera för ekonomiska hinder

Slutligen var det några studier som kortsiktigt *sänkte den ekonomiska barriären* för en ändrad livsstil genom att ge deltagarna rabattkuponger på hälsosam mat (Anderson m.fl. 2001) eller gratis resor för att delta i en utbildning om hälsosamma levnadsvanor (Rimmer m.fl. 2002). Några studier gav även *ersättning för att delta* i studien (Dutton m.fl. 2007, Martin m.fl. 2006, Lambert m.fl. 2012).



3 kap. 7 § patientlagen. Andra viktiga åtgärder från hälso- och sjukvården är att se till att det är tydligt vart det går att få mer information eller vilka förebyggande insatser som går att få av hälso- och sjukvården, det vill säga åtgärder som främst påverkar vilka som nås av vårdens förebyggande arbete (se kapitel 4).

Slutligen är det viktigt att fånga upp och ta hänsyn till eventuella ekonomiska omständigheter som hindrar en person från att förändra en ohälsosam levnadsvana. Det kan till exempel handla om att inte ha råd att laga hälsosam mat, att köpa nikotinavvänjningsmedel eller betala för tillgång till en träningslokal. Varken receptfria nikotinavvänjningsmedel eller träning omfattas i dag av högkostnadsskyddet (Statens folkhälsoinstitut 2011, TLVFS 2003:2).

5.1.3 Oklar forskningsevidens om de bästa sätten att anpassa förebyggande insatser för personer med sämre socioekonomiska förutsättningar

Vårdanalys litteraturöversikt visar att det av rent metodmässiga skäl är svårt att komma fram till vilken typ av förebyggande insatser som är mest jämlika (se faktaruta nedan). Inte heller Socialstyrelsen (2016b) har i sitt arbete med de nationella riktlinjerna kunnat identifiera studier som pekar på att vissa förebyggande insatser har särskilt god behandlingseffekt för särskilda socioekonomiska grupper.

Ett resultat från litteraturöversikten är dock att person med sämre socioekonomiska förutsättningar verkar få större behandlingseffekt av insatser som skapar stöttande strukturer i personens sociala omgivning eller livsmiljö än av insatser som fokuserar på att ge information om levnadsvanorna (Govil m.fl. 2009, Vander Ploeg m.fl. 2014, Hollar m.fl. 2010, Record m.fl. 2015). Med strukturellt stöttande insatser menas insatser som påverkar personers sociala omgivning eller livsmiljö, exempelvis kampanjer för att ändra attityden till levnadsvanor i en grupp eller fysiska aktiviteter som sker i skolans eller arbetsplatsens regi.

Anledningen till att strukturellt stöttande insatser har större behandlingseffekt än andra insatser anses vara att de ställer lägre krav på enskilda personers kunskap och resurser att förändra sina levnadsvanor (Lorenc m.fl. 2012, McLaren m.fl. 2010). Exempelvis påverkades skolbarn, oavsett socioekonomiska förutsättningar, positivt av en ökad tillgång till kravlösa fysiska aktiviteter, som dans och promenader, lokaler för fysisk aktivitet utanför skoltid eller av att få nyttigare skolmat (Vander Ploeg m.fl. 2014, Hollar m.fl. 2010). Liknande resultat visades i en litteraturöversikt

för Folkhälsomyndighetens (2016b) räkning. Folkhälsomyndigheten lyfte, delvis på basis av samma studier som i vår litteraturgenomgång, frukt och fysisk aktivitet i skolan som lovande insatser för att minska hälsoklyftor. Vår litteraturgenomgång visade även att omfattande program där hälso- och sjukvårdspersonal gick ut och kommunicerade hälsorisker i nära samarbete med civilsamhället, för att på så sätt ändra attityder i en hel stadsdel, hade lika stor behandlingseffekt oberoende av socioekonomiska förutsättningar (Record m.fl. 2015). Ett sätt för hälso- och sjukvården att bidra till minskade hälsoklyftor kan således vara att samarbeta med och dela med sig av sin kunskap till andra aktörer i samhället, som skolan och civilsamhället.

Det är svårt att jämföra resultaten av studier som undersöker förebyggande insatserns behandlingseffekt för olika socioekonomiska grupper

Vårdanalys litteraturoversikt visar att det är svårt att jämföra vilken typ av förebyggande insatser som har störst förmåga att minska ojämlikhet i hälsa. Svårigheterna beror för det första på att ingen av studierna mätte insatsens direkta påverkan på hälsoklyftorna mellan två grupper. Det skulle kräva att hälsoklyftan mäts med någon form av hälsomått, till exempel ett så kallat koncentrationsindex. Koncentrationsindex mäter i vilken utsträckning som fördelningen av hälsa mellan olika socioekonomiska grupper i ett samhälle avviker från en helt jämlik fördelning (O'Donnell m.fl. 2008 s. 95).

För det andra använde vissa studier förändringar i personers levnadsvanor för att mäta insatsernas behandlingseffekt, medan andra använde hälsa, viktning eller andra resultat av ändrade levnadsvanor. Det innebär att det är svårt att jämföra studiernas resultat med varandra och att avgöra vilka insatser som hade störst behandlingseffekt.

För det tredje var det stora skillnader i hur studierna genomfördes (se tabell nedan). Antagandet om att allt utom den förebyggande insatsen är likadant mellan studierna, vilket är en förutsättning för att kunna mäta orsakssamband, var därmed inte uppfyllt. Det gick därför inte att säga om det var valet av insats som gjorde att vissa studier lyckades bättre med att ändra deltagarnas levnadsvanor eller om skillnaden i resultat berodde på insatsens längd eller någon av de andra faktorer som skilde sig åt mellan studierna.

Skillnader mellan studierna	Exempel
Typ av prevention	Primärprevention, sekundärprevention eller rehabilitering och behandling
Urvalskriterier för deltagande	Ålder, kön, etnicitet
Metod	Enskilt, i grupp, via telefon, via e-post
Plats	Patientens hem, patientens arbete, vårdcentral, skola
Insatsens längd	Veckor, år
Uppföljning efter att studien avslutats	Ingen uppföljning alls, uppföljning under resten av deltagarnas liv
Deltagande hälso- och sjukvårdspersonal	Läkare, sjuksköterskor, dietister, annan yrkesgrupp
Sjukdom eller tillstånd som insatsen är avsedd att förebygga	Hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, övervikt, cancer



5.2 PRIORITERINGEN PÅVERKAS AV MEDICINSK RISK OCH AV PERSONENS EGET VAL

Förebyggande insatser kan sättas in innan en person hunnit uppleva några negativa effekter av sina levnadsvanor. Därför blir prioriteringen av vem som ska få eller inte få insatser mer komplicerad. Även om ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för vissa sjukdomar eller tillstånd kan det vara svårt att avgöra vilka personer som löper störst risk att utveckla ohälsa på grund av sina levnadsvanor. Socialstyrelsens riktlinjer och forskning lyfter emellertid två faktorer som kan påverka prioriteringen: om personen har någon annan sjukdom eller annat tillstånd som gör levnadsvanan särskilt riskabel och hur intresserad personen själv är av att ändra sina levnadsvanor.

5.2.1 Vissa tillstånd gör det mer riskfyllt att ha ohälsosamma levnadsvanor

Socialstyrelsens nationella riktlinjer diskuterar ett antal medicinska tillstånd och situationer som gör det särskilt riskfyllt att ha ohälsosamma levnadsvanor. Ändrade levnadsvanor kan i sig vara ett sätt att undvika komplikationer av eller bota en sjukdom (det vill säga de kan ha en sekundärpreventiv eller behandlande effekt, se kapitel 1). Det innebär att personer som är i en sådan situation bör prioriteras högre än andra när det gäller att få tillgång till förebyggande insatser (Socialstyrelsen 2011). Om två personer exempelvis har samma ohälsosamma levnadsvanor men en av dem snart ska opereras och det finns risker förknippade med de ohälsosamma levnadsvanorna bör personen som ska opereras erbjudas förebyggande insatser i första hand.

Socialstyrelsen ger ett antal exempel på situationer där ohälsosamma levnadsvanor innebär en särskilt hög risk:

- inför en operation
- vid graviditet, amning eller när man är förälder
- vid biomedicinska förändringar eller sjukdomar (till exempel högt blodtryck, övervikt eller fetma)
- vid en depression.

Det finns även vissa kombinationer av ohälsosamma levnadsvanor och tillstånd som innebär en särskilt hög risk. Rökning är exempelvis särskilt riskabelt vid lungsjukdomar, cancer, diabetes och schizofreni, medan alkoholkonsumtion är särskilt riskabelt vid kronisk smärta, leversjukdomar, hudsjukdomar, schizofreni och ångest.

Socialstyrelsens rekommendationer utgår från en samlad bedömning av en åtgärds effekt och sjukdomens svårighetsgrad

Behandlingsrekommendationerna i Socialstyrelsens (2011) riktlinjer utgår från en samlad bedömning av tre faktorer:

- *Tillståndets svårighetsgrad:* Hur stor risken är för sjukdom, försämrad livskvalitet eller en för tidig död. Daglig rökning anses vara förenat med en kraftig till mycket kraftig risk, daglig snusning en något till måttlig risk och riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor samt otillräcklig fysisk aktivitet en kraftig risk.
- *Åtgärdens effekt:* Hur stor effekten av åtgärden är och styrkan i de vetenskapliga bevisen, den så kallade evidensen, för effekten.
- *Åtgärdens kostnadseffektivitet:* Åtgärdens effekt i relation till dess kostnad.

5.2.2 Ingen kan tvingas att ta emot förebyggande insatser, utan insatsen måste utgå från personens val

En viktig fråga är hur hälso- och sjukvården bör agera om en person inte vill ta emot förebyggande insatser eller saknar motivation att genomföra en förändring. Enligt 5 kap. 1 § patientlagen ska hälso- och sjukvård så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med personen som tar emot vården. Dessutom anger 4 kap 1, 2 §§ att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och att hälso- och sjukvård endast får ges med en persons samtycke (se även 2 a § HSL).

Nilstun (1993) argumenterar för att folkhälsoarbete måste ta hänsyn till tre principer: *autonomiprincipen*, *omsorgsprincipen* och *rättvisepincipen*. Rättvisepincipen innebär i sig ett ställningstagande i konflikten mellan att prioritera dem som har sämst hälsa eller att skapa högsta möjliga genomsnittliga hälsa inom ramen för tillgängliga resurser (se kapitel 2). Eftersom denna avvägning inte behandlas närmare i den här rapporten kommer vi att fokusera på den motsättning som finns mellan omsorgsprincipen och autonomiprincipen (se avsnitt 2.2.3).

Omsorgsprincipen innebär en moralisk skyldighet att minska och förebygga lidande. Autonomiprincipen innebär i sin tur att alla har rätt att fatta beslut om sig själva, vilket innebär att vårdens förebyggande arbete måste utgå från varje persons egen vilja att ändra sina vanor. Annars riskerar arbetet att bortse från hens egna önskemål, behov och förutsättningar (Statens folkhälsoinstitut 2011). Det innebär att skyldigheten att förebygga lidande genom förebyggande insatser kan krocka med den enskilda personens val att inte ta del av insatserna.

Konflikten skapar ett särskilt dilemma från ett jämlikhetsperspektiv, eftersom personer med sämre socioekonomiska förutsättningar kan ha en lägre



motivation eller tilltro till sin egen förmåga att ändra sina levnadsvanor (se avsnitt 5.1.1 ovan). I hur stor utsträckning bör då vårdpersonal arbeta för att öka motivationen att ta emot förebyggande insatser hos personer som i ett första skede inte vill ha dem?

Ett sätt är att vara tydliga med vilken hjälp som finns att få, vilket även anges i 3 kap. 1 § patientlagen. Det är även centralt att informationen ges på ett sätt som inte är skuldbeläggande, för att öka personernas mottaglighet. Exempelvis betonar Socialstyrelsen (2011) vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal är lyhörda när de tar upp levnadsvanor, så att samtalet inte känns integritetskränkande eller skuldbeläggande. Om en person inte är motiverad att ändra sina levnadsvanor kan det vara bättre att ta upp frågan vid ett annat tillfälle och kanske även på ett annat sätt.

Till det kommer att förebyggande insatser som ställer alltför höga krav på mottagaren kan göra mer skada än nytta. Socialstyrelsen (2011) konstaterar att hälso- och sjukvårdspersonal som ställer för höga krav dels vanligtvis misslyckas med att skapa en beteendeförändring, dels riskerar att försämra personens självtillit och i förlängningen även hens hälsa. Det är viktigt att komma ihåg att det är svårt att åstadkomma en livsstilsförändring. Litteraturoversikten visade att flera insatser gav en förändring på kort sikt, men att den positiva effekten på hälsan ofta försvann redan ett år efter att studien avslutats. Det gällde förändringar i Body Mass Index (Bemelmans m.fl. 2000), vikt (Martin m.fl. 2008, Martin m.fl. 2006) och mängden fysisk aktivitet (Khare m.fl. 2014).

5.3 STRATEGIER FÖR ATT ÖKA DET FÖREBYGGANDE ARBETETS BEHANDLINGSEFFEKT

Det här kapitlet har visat att det samlade resultatet av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete påverkas av arbetets behandlingseffekt, det vill säga i vilken utsträckning som vården lyckas bidra till ändrade levnadsvanor hos dem som identifierats ha ohälsosamma levnadsvanor. I kapitel 2 beskrev vi en modell där behandlingseffekten påverkas av två delar: prioritering och anpassning. Med prioritering avses valet av vilka personer som ska få insatser. Med anpassning avses hur väl vården anpassar sina insatser efter varje persons förutsättningar.

Enligt Socialstyrelsen ska prioriteringen baseras på hur riskfylld en persons levnadsvanor är och om det finns några hälsomässiga riskfaktorer (Socialstyrelsen 2011). Forskningen tyder dock på att hälso- och sjukvårdens prioriteringar även kan påverkas av skillnader i personers förmåga att uttrycka sitt behov av en levnadsvaneförändring. Behovet av anpassningar i

behandlingen påverkas i sin tur av personens motivation, förståelse av hälso- och sjukvårdens information samt tillgång till ekonomiska och andra resurser. Således är det viktigt att säkerställa att det inte förekommer omotiverade skillnader i prioriteringssteget och att behandlingen i tillräcklig utsträckning anpassas utifrån enskilda personers förutsättningar och behov.

I det här avsnittet beskriver vi några exempel på kompensatoriska strategier som används i hälso- och sjukvården i dag. Socialstyrelsen (2011) rekommenderar framför allt att hälso- och sjukvårdspersonalen löpande bör anpassa sina insatser efter varje persons individuella behov under behandlingens gång. Som avsnittet nedan visar används även strategier som specifikt syftar till att undanröja behandlingseffektshinder som är särskilt vanliga bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar, exempelvis lägre hälsolitteracitet, begränsade ekonomiska resurser samt lägre motivation eller tilltro till den egna förmågan att ändra sina levnadsvanor.

5.3.1 Löpande anpassning under insatsens gång

När det gäller hur hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser kan anpassas betonar Socialstyrelsens (2011) riktlinjer i första hand vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen har ett bra bemötande och att alla personer får en individuellt anpassad insats. Personalen bör anpassa sig efter varje enskild persons situation och värderingar, både när de först tar upp frågan om levnadsvanor och när de ger en insats. Insatserna bör i sin tur vara hälsofrämjande på så sätt att de utgår från personens eget perspektiv på levnadsvanan och motivation till förändring för, att stärka hens möjlighet att påverka sin egen hälsa. Utöver det föreslår Socialstyrelsen (2011) att hälso- och sjukvården kan använda faktorer som kön, ålder eller socioekonomisk grupp i redovisningen av sina resultatindikatorer för att följa upp vilket resultat det förebyggande arbetet har för olika populationer.

För att säkerställa ett jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården är det viktigt att vårdens löpande anpassningar klarar av att kompensera för bland annat de hinder som identifierades i avsnitt 5.1. Detta är särskilt viktigt inom vårdens förebyggande arbete, eftersom förändrade levnadsvanor ställer stora krav på personers förmåga och motivation att kunna ändra sitt beteende (Socialstyrelsen 2011). Jämlika förebyggande insatser kan därför behöva innehålla inslag av exempelvis teachback, hälsofrämjande förhållningssätt eller andra strategier som diskuteras nedan. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver ha tillgång till de kunskaper och resurser som krävs för att kunna överbygga de hinder som de kan tänkas möta bland sina patienter.



5.3.2 Strategier för att kompensera för lägre förmåga att ta till sig hälsoinformation

En kategori av strategier för att överbrygga skillnader i förutsättningar är strategier som kompenserar för lägre förmåga att ta till sig hälsoinformation. Behovet av sådana strategier betonas även i patientlagen, som anger att hälso- och sjukvårdspersonal ska ge information på ett individuellt anpassat sätt och så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen (3 kap. 6 och 7 §§ patientlagen). Eftersom lägre kunskaper i svenska gör det svårare att ta till sig information och behandlingsinstruktioner har vi valt att även diskutera strategier för att kompensera för den typen av hinder. Det är dock viktigt att notera att personer med lägre kunskaper i svenska kan ha vitt skilda socioekonomiska förutsättningar, vilket gör det svårare att säga vilken påverkan strategierna har på jämlikheten mellan socioekonomiska grupper.

Teach-back och andra metoder för att be personer att upprepa information

Forskning pekar på att det är svårt att komma ihåg medicinsk information, särskilt om en läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal lämnar mycket information på en gång (Västerbottens Läns Landsting 2014). Bland andra Västra Götalandsregionen (VGR 2016a) och Västerbottens Läns Landsting (2014) använder sig därför av en metod som kallas *teach-back* för att försäkra sig om att hälso- och sjukvårdspersonalen lämnar information på ett tillräckligt tydligt och lättförståeligt sätt. *Teach-back* går ut på att personalen ber patienten att sammanfatta de viktigaste delarna av den information de fått, så att båda märker om det var någon del som var oklar eller om patienten har ytterligare frågor på något område (VGR 2016a, Västerbottens Läns Landsting 2014). På samma sätt kan hälso- och sjukvårdspersonalen sammanfatta det en patient berättat om sitt eget tillstånd, för att se till att det inte uppstår några missförstånd och att personalen har en korrekt bild av patientens behov (VGR 2016b). *Teach-back* och liknande metoder förekommer både i vanliga samtal och när samtalet sker med hjälp av en tolk (Beckman 2016).

En utmaning är att det kan vara svårt att bedöma vilka personer som har högre eller lägre hälsolitteracitet. Därför är det viktigt att inte enbart använda metoden med personer som exempelvis har uppenbara svårigheter att förstå svenska (Jager och Wynia 2012). Det säkraste sättet att garantera att alla som behöver det får stöd av *teach-back* är att använda metoden med alla patienter (Jager och Wynia 2012). Forskning visar också att metoden underlättar för alla personer, oavsett hälsolitteracitet (VGR 2016b).

Översättning och tolktjänster

En grundläggande strategi för att underlätta förståelsen för personer med lägre svenskakunskaper är att hälso- och sjukvården översätter information om ohälsosamma levnadsvanor till andra språk än svenska. Översättning av skriftligt material kan kompletteras med tolk vid möten med patienter, även om det inte är en lösning som är specifik för förebyggande insatser. En kartläggning av Socialstyrelsen (2016c) visar dock att det finns en brist på kvalificerade tolkar inom hälso- och sjukvården, vilket kan begränsa de praktiska möjligheterna att anlita tolk vid förebyggande arbete.

Hälsokommunikatörer

Flera landsting och regioner har börjat anställa personer med kunskaper i andra språk än svenska för att arbeta förebyggande och informera om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, så kallade hälsokommunikatörer (SKL 2015). I vissa fall har hälsokommunikatörerna även ett särskilt uppdrag att informera nyanlända migranter om den svenska hälso- och sjukvården. Exempelvis är kommunikatorerna en del av samhällsorienteringen för nyanlända migranter i Skåne (Länsstyrelsen Skåne 2014).

Ett viktigt syfte med satsningar på hälsokommunikatörer är att informera om och motivera till hälsosamma levnadsvanor. Andra syften kan vara att diskutera ämnen som sexuell hälsa och familjehälsa. Särskilt nyanlända migranter kan befinna sig i en osäker social situation med osäkert boende och, i vissa fall, psykisk ohälsa som ökar risken för att utveckla ohälsosamma levnadsvanor. Kommunikatörerna är dels kunniga inom fler språk än svenska, dels ofta själva födda utanför Sverige eller har föräldrar som är födda utanför Sverige, vilket innebär att de i många fall kan anpassa informationen både språkligt och kulturellt, exempelvis när det gäller skillnader i matvanor. (Bäärnhielm m.fl. 2013)

Informationen ges i grupper genom dialog på lättbegriplig svenska eller andra språk som är relativt vanliga i Sverige, exempelvis arabiska, somaliska och tigrinja (Bäärnhielm m.fl. 2013). I Stockholms läns landsting har hälsokommunikatörerna dels en utbildning i något hälso- och sjukvårdsyrke, dels en utbildning i hälsokommunikation (Bäärnhielm m.fl. 2013). I andra fall kan kommunikatorerna vara privatpersoner som får en speciell utbildning för att kunna informera sina vänner och personer i sitt närområde (se exempelvis RCC Stockholm Gotland 2016).

Hälsokommunikatörerna finns ofta inom hälso- och sjukvården, men kan även göra utåtriktade insatser i samarbete med SFI-skolor (svenska för invandrare) och flyktingmottagningar för att öka insatsernas täckningsgrad.



Utöver att sprida information kan hälsokommunikatörerna även utbilda hälso- och sjukvårdspersonal om det sociala och kulturella sammanhang som deras patienter kommer från. (Bäärnhielm m.fl. 2013)

5.3.3 Strategier för att kompensera för lägre motivation eller tilltro till den egna förmågan att ändra levnadsvanor

Eftersom personer med sämre socioekonomiska förutsättningar enligt forskningen ofta har lägre tilltro till sin egen förmåga att göra levnadsvaneförändringar, kan de ha ett större behov av motivationshöjande insatser (se avsnitt 5.1.1). Det gäller vare sig behovet bottnar i sämre tillgång till sociala resurser eller lägre hälsolitteracitet. Många av dessa insatser handlar om att stärka personers delaktighet i vårdens förebyggande insatser eller att stödja dem i att själva påverka sin hälsa. Samtidigt är det särskilt viktigt att insatser som ges till personer med lägre motivation ges med respekt för personens rätt att själv välja om och i hur stor utsträckning hen vill förändra sina levnadsvanor (se avsnitt 5.2.2).

Motiverande samtal (MI) och andra former av kvalificerat rådgivande samtal

Socialstyrelsen (2011 s. 21) definierar kvalificerat rådgivande samtal som ett samtal som vanligtvis baseras på ett teoribaserat eller strukturerat arbetssätt. Det innebär att det finns ett etablerat och teoretiskt grundat sätt att genomföra samtalet på, som är avsett att höja patientens motivation. Strukturerade samtal förutsätter dock att hälso- och sjukvårdspersonalen har utbildning i den metod som används. (Socialstyrelsen 2011)

Socialstyrelsen (2011) nämner flera olika metodiker för kvalificerade rådgivande samtal, men tar inte ställning för någon av dem eftersom det vetenskapliga underlaget generellt sett inte är tillräckligt omfattande. Statens folkhälsoinstitut (2011) lyfter dock fram metoden motiverande samtal, som har vetenskapligt stöd åtminstone när det gäller alkohol och tobak. Motiverande samtal är en samtalsmetodik som går ut på att fånga upp och stärka en persons egen vilja att ändra sina levnadsvanor, snarare än att övertyga personen med hjälp av fakta. Den går bland annat ut på att utgå från de tankar som personen själv har om sina levnadsvanor, att bekräfta och lyfta fram hans styrkor samt att stå emot impulsen att rätta eller argumentera emot personen. Målet är att ta fram förändringsalternativ som personen själv tycker är rimliga och både vill och kan genomföra. (Folkhälsomyndigheten 2014)

Socialstyrelsen (2011) konstaterar dock att det inte är motiverat att ge

kvalificerade rådgivande samtal som insats vid alla typer av ohälsosamma levnadsvanor. Enligt de nationella riktlinjerna är kvalificerade rådgivande samtal enbart förstahandssvalet för personer som röker eller har ohälsosamma matvanor. För personer som har ett riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet eller snusar rekommenderas i stället vanliga rådgivande samtal. Det innebär att det inte är givet att alla personer får ett kvalificerat rådgivande samtal. (Socialstyrelsen 2011)

Hälsofrämjande förhållningssätt

Socialstyrelsen (2011) rekommenderar att hälso- och sjukvårdspersonal även i vanliga rådgivande samtal bör ha ett så kallat hälsofrämjande förhållningssätt. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen utformar samtalet som en dialog med utgångspunkt i personens egna åsikter om och upplevelse av levnadsvanan. Målet med samtalet är inte att berätta för personen hur hen ska göra för att ändra sina levnadsvanor, utan att ge personen kunskap, verktyg och stöd för att själv kunna förbättra sin hälsa. På så sätt stärks personens egenmakt (*empowerment* på engelska) att påverka sina egna levnadsvanor och i förlängningen sin hälsa. (Socialstyrelsen 2011)

Hjälpmedel och stöttande strukturer

Utöver strategier för att direkt stärka personers motivation kan insatsernas behandlingseffekt även ökas genom olika former av hjälpmedel och stöttande strukturer. Ett exempel är att kombinera rådgivande samtal och information med verktyg som nikotinläkemedel eller stegräknare. Ett annat är att använda sig av några av de anpassningar som förekom i litteraturöversikten, exempelvis löpande uppföljningar eller insatser i en mer lättillgänglig och välbekant miljö.

5.3.4 Strategier för att kompensera för begränsade ekonomiska resurser

En typ av strategi som inte lyfts fram i särskilt stor utsträckning, varken på nationell eller på lokal nivå, är strategier för att minska de ekonomiska hindren för att ta del av hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser. Både insatser som receptfria nikotinavvänjningsmedel och Fysisk aktivitet på recept (FAR-recept) förutsätter att personen som får insatsen har ekonomiska resurser att betala för avvänjningsmedlen respektive eventuell tillgång till en träningslokal (se avsnitt 5.1.2). Däremot finns det exempel på primärvårdsmottagningar som anordnar promenader i grupp eller anställer personliga tränare för att hjälpa personer att öka sin fysiska aktivitet. Ett annat alternativ är att ta fram förslag på hälsosam mat och fysisk aktivitet som är billig eller gratis.





Risken för ojämlikhet verkar vara störst i prioriterings- och anpassningsstegen

I dag finns begränsad kunskap på en nationell nivå om hur hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ser ut. Det gör det svårt att uttala sig om hur jämlikt arbetet är. I det här kapitlet använder vi oss av nationell statistik för att försöka säga något om det förebyggande arbetets kontakt, identifiering, prioritering och behandlingseffekt bland olika socioekonomiska grupper och kön.

Den tillgängliga statistiken visar att Sveriges befolkning generellt sett är positiv till att diskutera levnadsvanor med vårdpersonal, även om vissa skillnader mellan olika utbildningsgrupper kan observeras. Befolkningens kontakt med primärvården och identifieringen av ohälsosamma levnadsvanor tycks vara relativt jämlik. Det skapar goda förutsättningar för ett jämlikt arbete i primärvården, som ofta har huvudansvaret för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Samtidigt kan konstateras att högutbildade har högre vårdkonsumtion sett till vården som helhet. Sverige ligger också lägre än andra länder när det gäller antalet läkarbesök i öppenvården samt hur många som diskuterat levnadsvanor med hälso- och sjukvårdspersonal.

Kunskapen om vilka personer som får insatser och vilka personer som ändrar sina levnadsvanor är än mer bristfällig. Den statistik som finns på nationell nivå tyder dock på att personer med bättre socioekonomiska förutsättningar samt män både deltar i förebyggande aktiviteter och förändrar sina levnadsvanor i högre grad än andra grupper.

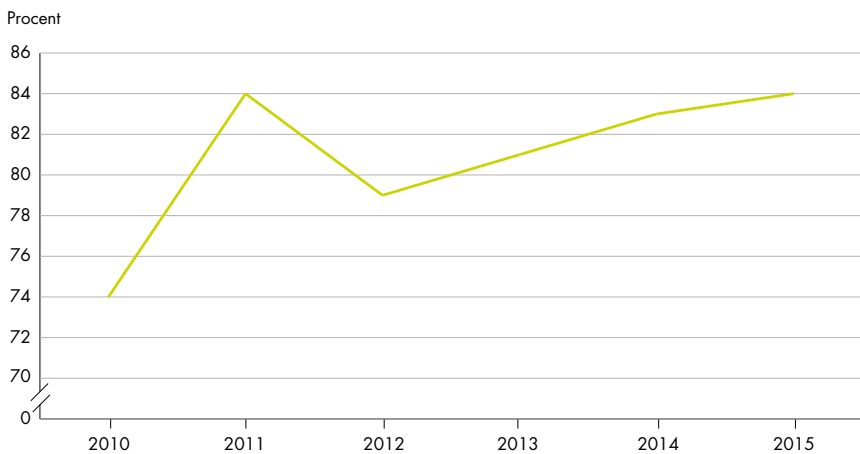


6.1 SVERIGES BEFOLKNING ÄR POSITIV TILL ATT HÄLSO- OCH SJUKVÅRDPERSONAL DISKUTERAR LEVNADSVANOR

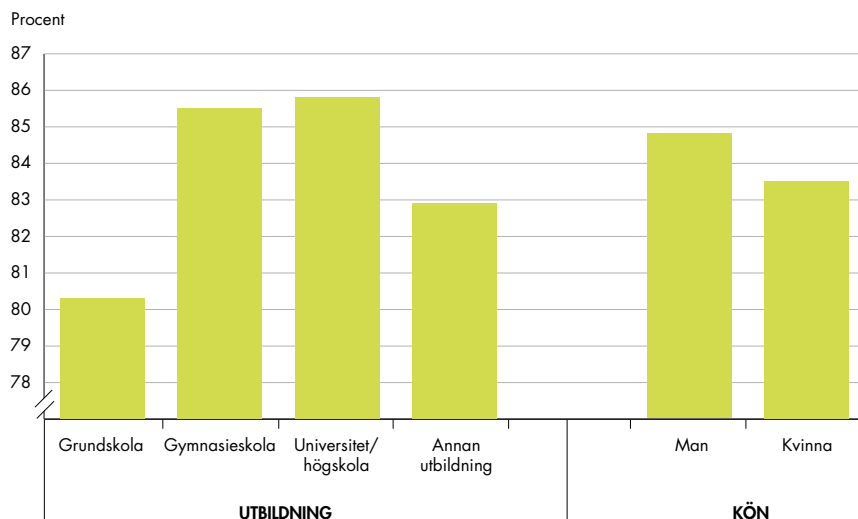
Eftersom det förebyggande arbete som studeras i den här rapporten fokuserar på att ändra personers levnadsvanor är det särskilt beroende av personernas egen motivation. Därför är det intressant att titta närmare på befolkningens attityd till att diskutera sina levnadsvanor med hälso- och sjukvårdspersonal. Figur 17 visar statistik från SKL:s enkätundersökning *Vårdbarometern*, som visar att befolkningens inställning till att vårdpersonal frågar om levnadsvanor legat högt under 2010–2015. År 2015 svarade 84 procent av de tillfrågade att det är positivt att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor.

Om vi delar upp resultatet för år 2015 efter utbildningsnivå och kön visar figur 18 att personer med gymnasie- och högskoleutbildning generellt sett är mer positiva till att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor. Figuren tyder även på att män har en något mer positiv attityd än kvinnor. En djupare analys visar att även vid kontroll för självs kattad hälsa, modersmål och ålder är personer med gymnasie- eller högskoleutbildning mer positivt inställda till att diskutera levnadsvanor med vårdpersonal. Däremot tycks det inte finnas några signifikanta skillnader mellan män och kvinnor.

Figur 17. Andelen personer som tycker att det är positivt om vårdpersonal diskuterar levnadsvanor med dem har legat mellan 74 och 84 procent år 2010–2015 (andel som instämmer helt eller delvis, SKL:s Vårdbarometer).



Figur 18. En stor del av befolkningen är positiva till att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor, men lågutbildade är mindre positiva (andel som instämmer helt eller delvis, SKL:s Vårdbarometer 2015).



6.2 KONTAKT: PERSONER MED SÄMRE SOCIOEKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGAR HAR I HÖGRE GRAD KONTAKT MED PRIMÄRVÅRDEN

Vår modell för förebyggande arbete visar att en grundförutsättning för arbetet är att vården kommer i kontakt med de personer som kan behöva hjälp att ändra sina levnadsvanor (se kapitel 2). Besöksstatistiken tyder på att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar kontaktar primärvården i högre grad än befolkningen i övrigt, även om vi kontrollerar för vårdbehov, medan högutbildade är överrepresenterade i den övriga vården. Det innebär att så länge primärvården har huvudansvaret för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete bör den ha goda förutsättningar att medverka till att arbetet bedrivs på ett jämlikt sätt. Däremot kan det fortfarande vara viktigt att undersöka om någon befolkningsgrupp inte kommer i kontakt med vården alls, eftersom halva befolkningen inte kommer i kontakt med primärvården under ett år. Sverige ligger även lågt sett till antalet läkarbesök i öppenvården per år, jämfört med andra länder.

Det finns olika sätt att mäta och följa upp befolkningens kontaktmönster med hälso- och sjukvården. Ett sätt är att studera besöksstatistik från landstingens egna primärvårdsregister, men sådan statistik finns inte samlad för alla landsting. Därför utgår diskussionen nedan från besöksstatistik

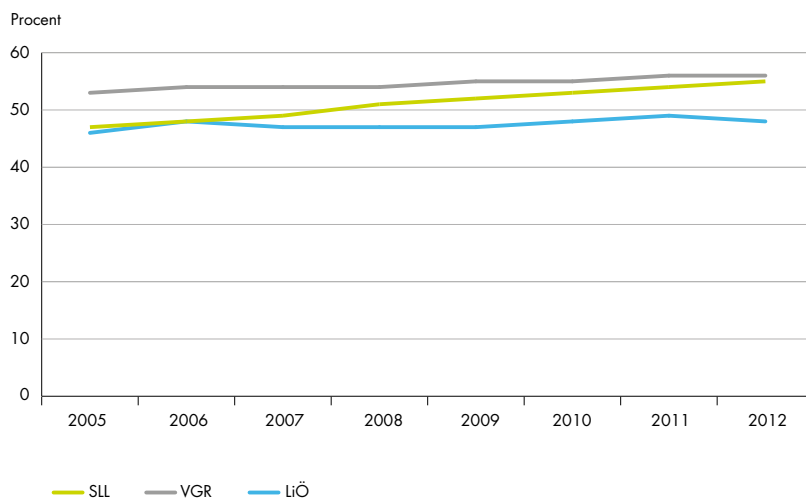


från Västra Götaland, Stockholm och Östergötland samt från SKL:s enkätundersökning Vårdbarometern, som frågar befolkningen om kontakten med vården.

6.2.1 Besöksstatistik från tre landsting tyder på att ungefär hälften av befolkningen har kontakt med primärvården

Figur 19 redogör för kontaktmönstret i de tre landstingen under åren 2005 till 2012. Statistiken visar att primärvården har kontakt med ungefär hälften av alla listade patienter under ett år och att andelen är stabil över tid. Det tyder på att primärvården har förhållandevis goda förutsättningar att fånga upp en stor andel av befolkningen med ohälsosamma levnadsvanor. Bortfallet är emellertid tillräckligt stort för att ge skäl till att följa upp så att ingen grupp systematiskt faller bort.

Figur 19. Varje år besöker ungefär hälften av alla listade patienter i Stockholm, VGR och Östergötland primärvården (andel personer som gjort minst ett läkarbesök i primärvården per landsting och år, Vårdanalys 2015).

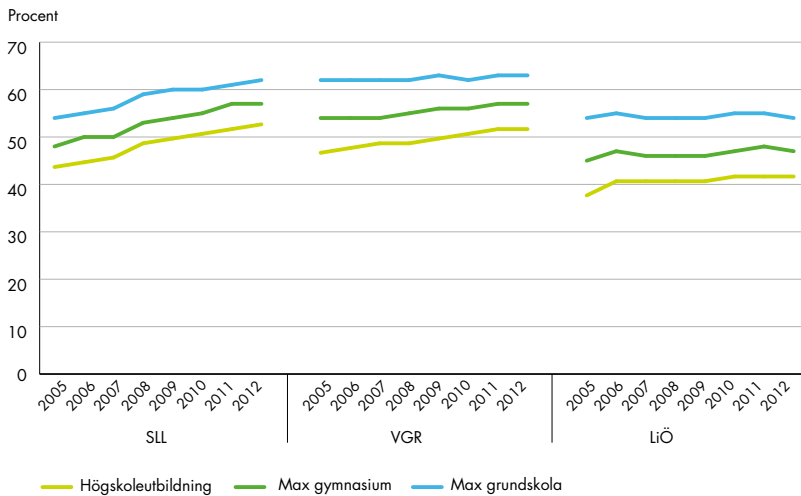


6.2.2 Personer med lägre utbildning har högre sannolikhet att besöka primärvården

Figur 20 visar kontaktmönstret med primärvården för personer med olika utbildningsnivåer i de tre landstingen. Figuren visar att det är mer sannolikt att personer med lägre utbildningsnivå har gjort minst ett årligt läkarbesök i primärvården än personer med högre utbildning. Samma mönster kvarstår även om vi kontrollerar för ålder, kön och om personen har en allvarlig diagnos (Vårdanalys 2015).

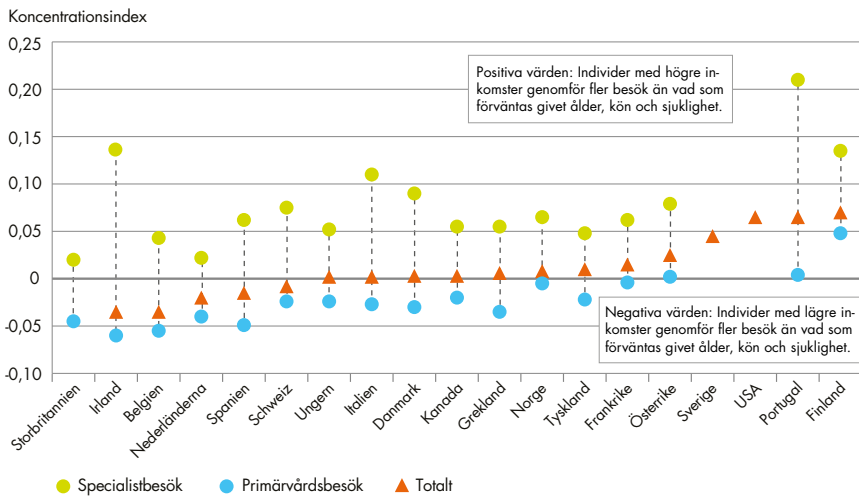
Mönstret stämmer överens med internationell forskning, som tyder på att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar är överrepresenterade vad gäller primärvårdsbesök. Figur 21 visar en jämförelse av fördelningen mellan besök inom specialistvård och primärvård i 19 europeiska länder som bekräftar bilden ovan. Personer med högre inkomst har fler specialistvårdsbesök än motiverat jämfört med personer med lägre inkomst (Anell 2015, van Doorslaer m.fl. 2006).

Figur 20. Personer med lägre utbildning besöker oftare primärvården (andel personer som gjort minst ett läkarbesök i primärvården, per landsting och år, Vårdanalys 2015).



Risken för ojämlikhet verkar vara störst i prioriterings- och anpassningsstegen

Figur 21. Internationell statistik tyder på att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar besöker primärvården i högre grad (Vårdanalys 2015, baserad på van Doorslaer m.fl. 2006).

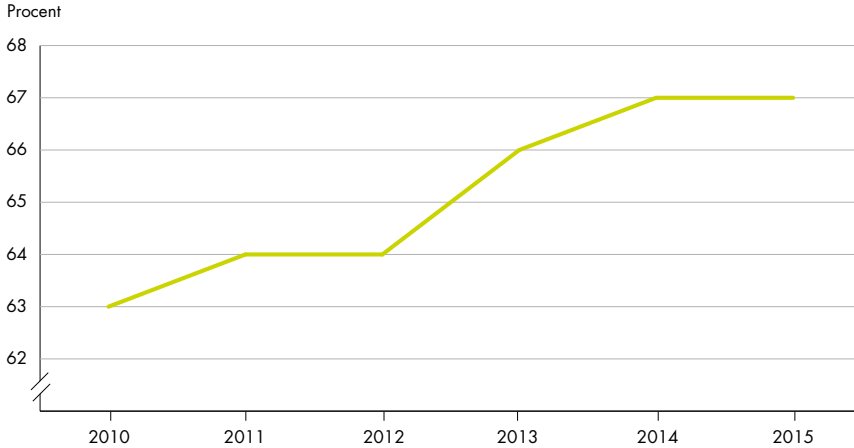


Statistiken för Sverige går inte att dela upp för besök hos allmänläkare och specialister, utan visar endast en totalbild av besöken i öppenvården. För Sverige ses då en snedfördelning för de totala öppenvårdsbesöken där personer med högre inkomst genomför fler besök än förväntat (Vårdanalys 2015).

6.2.3 Två tredjedelar av befolkningen har årligen kontakt med vården, men personer med högre utbildning tycks besöka vården i högre utsträckning

Samma bild framtonar om vi jämför besöksstatistiken i primärvården med statistik från Vårdbarometern. Figur 22 visar andelen som anger att de besökt hälso- och sjukvården någon gång under det senaste halvåret. År 2015 svarade omkring två tredjedelar att de haft kontakt med vården det senaste halvåret. Jämfört med besöksstatistiken som redovisas ovan är alltså befolkningens kontaktmönster med vården 10–20 procentenheter högre när samtliga vårdnivåer och personalkategorier räknas in, trots att frågan gäller en kortare tidsperiod än ovan. Men det är viktigt att komma ihåg att de olika mätningarna speglar delvis olika tidsperioder och att besöksstatistiken för primärvården speglar antalet faktiskt genomförda besök, medan Vårdbarometern redogör för antalet egenrapporterade besök från ett representativt urval av patienter.

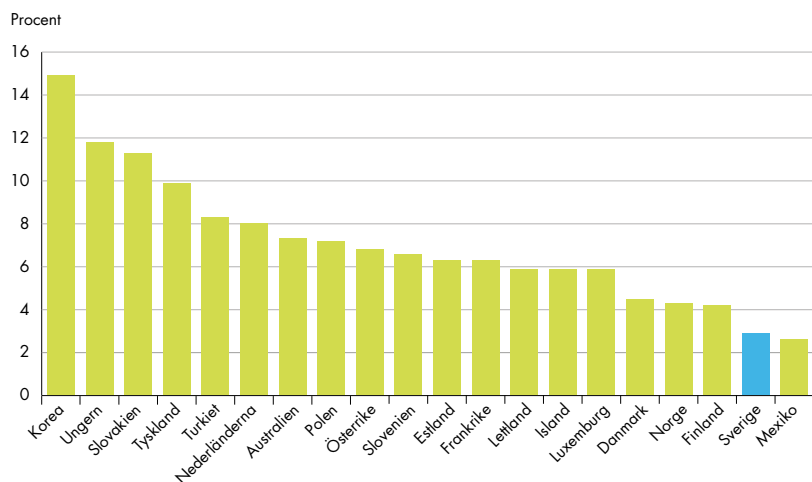
Figur 22. Ungefär två tredjedelar av befolkningen uppger att de besökt hälso- och sjukvården under de senaste sex månaderna (andel personer som någon gång under de senaste sex månaderna besökt hälso- och sjukvården som patient, samtliga vårdnivåer och personalkategorier, Vårdbarometern 2015).



En fördjupad analys som kontrollerar för ålder, kön, och självskattad hälsa tyder på att personer med högskoleutbildning kommer i kontakt med hälso- och sjukvården i större utsträckning än andra utbildningsgrupper. Det stämmer överens med tidigare forskning, som tyder på ett något skevt fördelat besöksmönster inom primärvården och den öppna specialistvården som helhet till förmån för personer med bättre socioekonomiska förutsättningar (se figur 21). Vår analys tyder dock inte på att det finns några signifikanta skillnader mellan personer med gymnasie- respektive grundskoleutbildning eller mellan män och kvinnor.

Sett i ett internationellt perspektiv har Sverige få läkarbesök per invånare och år i öppenvården, vilket visas i figur 23, men det är svårt att göra en direkt jämförelse, eftersom skillnaderna är stora i arbets sätt och registrering mellan länderna. En annan förklaring till att Sverige ligger lågt kan vara att många av vårdbesöken i Sverige, och i synnerhet inom primärvården, sker hos annan vårdpersonal än läkare.

Figur 23. Sverige hade få öppenvårdsbesök hos läkare per invånare under år 2014 i jämförelse med andra länder (OECD 2015).



6.3 IDENTIFIERING: OLIKA GRUPPER FÅR FRÅGOR OM LEVNADSVANOR I SAMMA UTSTRÄCKNING

Även om en majoritet av befolkningen tycks komma i kontakt med hälso- och sjukvården är det inte en garanti för ett jämlikt förebyggande arbete. Som vi beskrev i kapitel 2 bestäms vårdens täckningsgrad även av hur väl vården förmår att identifiera personer med ohälsosamma levnadsvanor. Den information som finns tillgänglig om vårdens identifieringsarbete tyder inte på att personer från grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar missgynnas i detta steg. Justerat för självskattad hälsa anger personer med sämre socioekonomiska förutsättningar att de diskuterat levnadsvanor med vårdpersonal i ungefär lika stor utsträckning som befolkningen i övrigt. Resultaten bör dock tolkas med försiktighet, eftersom det kan ifrågasättas hur väl självskattad hälsa speglar en persons levnadsvanor.

Däremot kan det konstateras att andelen som diskuterat levnadsvanor skiljer sig åt både mellan landsting och mellan vårdcentraler. Sett till befolkningen som helhet är det få som uppger att de diskuterat levnadsvanor med vårdpersonal och tillgänglig statistik tyder på att andelen som identifieras med ohälsosamma levnadsvanor är en bråkdel jämfört med den självrapporterade andelen. Svensk vårdpersonal diskuterar även levnadsvanor i lägre utsträckning än personalen i flera andra länder. Däremot är det inte garanterat att en större mängd personer som diskuterar levnadsvanor med

vårdpersonal innebär ett bättre samlat resultat av arbetet i helhet. Resultatet av vårdens förebyggande arbete beror även på vårdens förmåga att sätta in förebyggande insatser och hur insatserna påverkar personernas levnadsvanor.

6.3.1 Personer från grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar missgynnas inte i identifikationssteget

Socialstyrelsen (2015) gjorde år 2014 en enkätundersökning bland landstingen där de samlade in journalldata om arbetet med förebyggande insatser. Statistiken bör tolkas med stor försiktighet, eftersom många landsting först nyligen börjat dokumentera arbetet med levnadsvanor och flera landsting inte kunde besvara enkäten.

Svaren visar att andelen av primärvårdens patienter som har en dokumenterad ohälsosam levnadsvana är mycket liten jämfört med vad som förväntats. I genomsnitt hade endast 2,5 procent av patienterna dokumenterats som dagligrökare, jämfört med cirka 11 procent i den nationella folkhälsoenkäten. Ännu färre, 0,5 procent, hade dokumenterats som riskkonsumenter av alkohol, jämfört med en förväntad andel på 17 procent. Tre procent hade dokumenterats som fysiskt inaktiva, jämfört med en beräknad andel på cirka 13 procent i befolkningen. Även när det gäller registreringen av personer med ohälsosamma matvanor tycks det finnas stora brister. Den nationella folkhälsoenkäten tyder på att 25 procent av befolkningen äter för lite frukt och grönt, vilket är betydligt fler än den enda procent med ohälsosamma matvanor som registerats av primärvården.

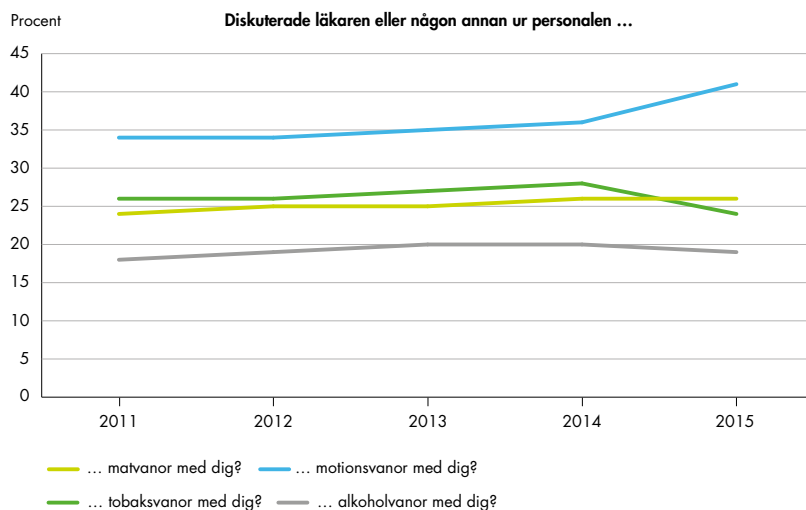
Enligt Socialstyrelsen (2015) är det sannolikt inte bara bristande dokumentation som ligger bakom att så få personer registreras med ohälsosamma levnadsvanor. Troligtvis finns det även ett behov av att vården arbetar mer aktivt med att identifiera personer i behov av förebyggande insatser. Det stöds av att andelen personer med dokumenterade ohälsosamma levnadsvanor är betydligt högre på andra områden, exempelvis tobaksvanor under graviditet, rökning och fysisk aktivitet vid diabetes samt rökstopp efter stroke (se SKL:s Öppna Jämförelser).

Eftersom landstingens dokumentation är bristfällig är det intressant att även analysera andra datakällor. I SKL:s nationella patientenkät fick patienter svara på om någon vårdpersonal diskuterat levnadsvanor med dem under det senaste besöket eller under ett besök det senaste halvåret. En majoritet svarade att de inte hade diskuterat levnadsvanor (se figur 24). Enkäten visar även att vårdpersonalen oftare ställer frågor om vissa levnadsvanor än om andra. Exempelvis uppgav 41 procent 2015 att de diskuterat motionsvanor,



Risken för ojämlikhet verkar vara störst i prioriterings- och anpassningsstegen

Figur 24. Olika levnadsvanor diskuteras i olika hög grad av vårdpersonalen (Nationell Patientenkät 2011—2015). År 2015 besvarades frågan i 15 landsting.

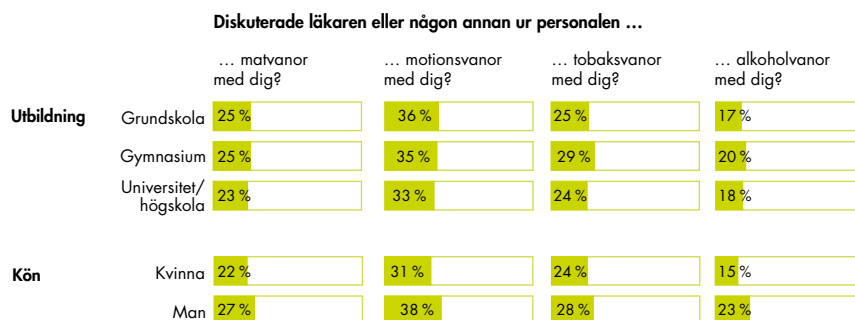


jämfört med cirka 19 procent som diskuterat alkoholvanor. Däremot är det naturligtvis möjligt att de diskuterat levnadsvanor vid ett tidigare besök i vården.

Eftersom Folkhälsomyndighetens statistik tyder på att tobaksbruk, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet är vanligare bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar borde andelen personer som identifieras med en ohälsosam levnadsvana vara större i de grupperna än bland befolkningen i övrigt. Motsvarande koppling till socioekonomi syns däremot inte beträffande riskkonsumtion av alkohol.

Figur 25 visar statistiken från Nationell Patientenkät uppdelad efter socioekonomisk bakgrund och kön. Som framgår är det vanligare att män än kvinnor diskuterat levnadsvanor med vårdpersonal. Skillnaderna mellan utbildningsnivåer är däremot små. För tobaks- och alkoholvanor tycks det inte finnas något tydligt socioekonomiskt mönster, medan fler personer i grupperna med grundskole- och gymnasieutbildning tycks ha diskuterat mat- och motionsvanor – vilket är i linje med den förväntade behovsnivån.

Figur 25. Män verkar i högre grad diskutera sina levnadsvanor med vårdpersonal än kvinnor, men de socioekonomiska skillnaderna är mindre tydliga (Nationell Patientenkät 2011).



I praktiken är det svårt att utifrån den här statistiken uttala sig om huruvida vårdens förebyggande arbete är jämlikt eller inte. Det kräver en analys där alla bakomliggande faktorer hålls konstanta, exempelvis faktiska levnadsvanor. I Nationell Patientenkät finns dock inte denna information att tillgå. Därför har vi i vår analysmodell använt självskattad hälsa för att uppskatta personers sjukdomshistorik och levnadsvanor.

Efter kontroll för självskattad hälsa, kön och ålder ser vi fortfarande inte något tydligt socioekonomiskt mönster för samtal om tobaks- och alkoholvanor. För matvanor blir skillnader mellan utbildningsgrupperna i stället tydligare för gruppen med grundskoleutbildning, som i högre grad uppger att de diskuterat matvanor. Men skillnaderna är små. För motionsvanor ser vi fortfarande att en högre andel personer med grundskoleutbildning än högskoleutbildning diskuterat motion. Däremot tycks skillnaden mellan personer med grundskoleutbildning och gymnasieutbildning ha försvunnit, så att de diskuterat motionsvanor i lika hög grad.

6.3.2 Landsting och vårdcentraler diskuterar levnadsvanor i olika utsträckning

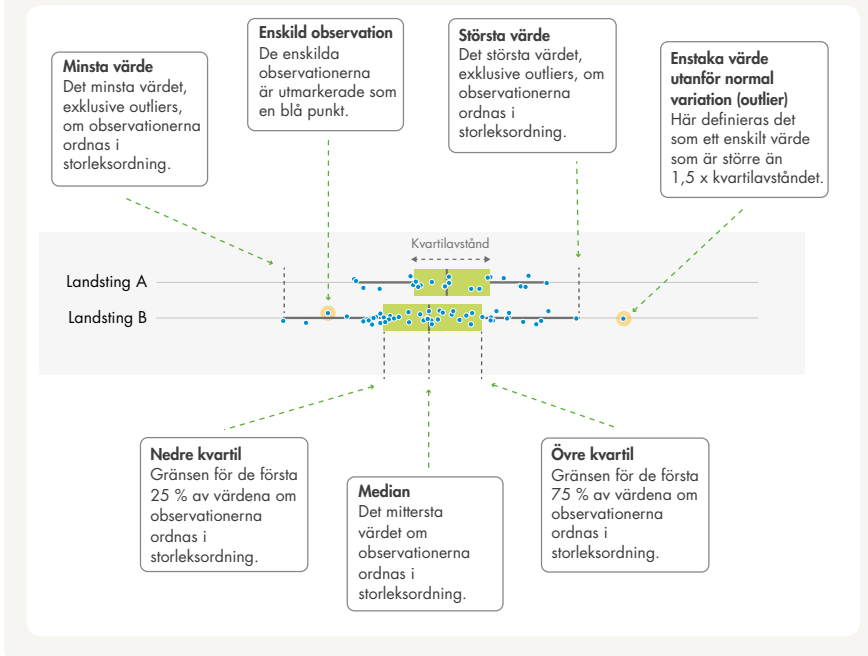
Analysen i den här rapporten fokuserar i första hand på omotiverade skillnader mellan socioekonomiska grupper eller kön, men Nationell Patientenkät visar även att det finns stora skillnader när det gäller i vilken utsträckning olika landsting och olika vårdcentraler diskuterar levnadsvanor. För att visa det kan man använda ett så kallat låddiagram (se faktarutan).



Analysen görs med hjälp av låddiagram

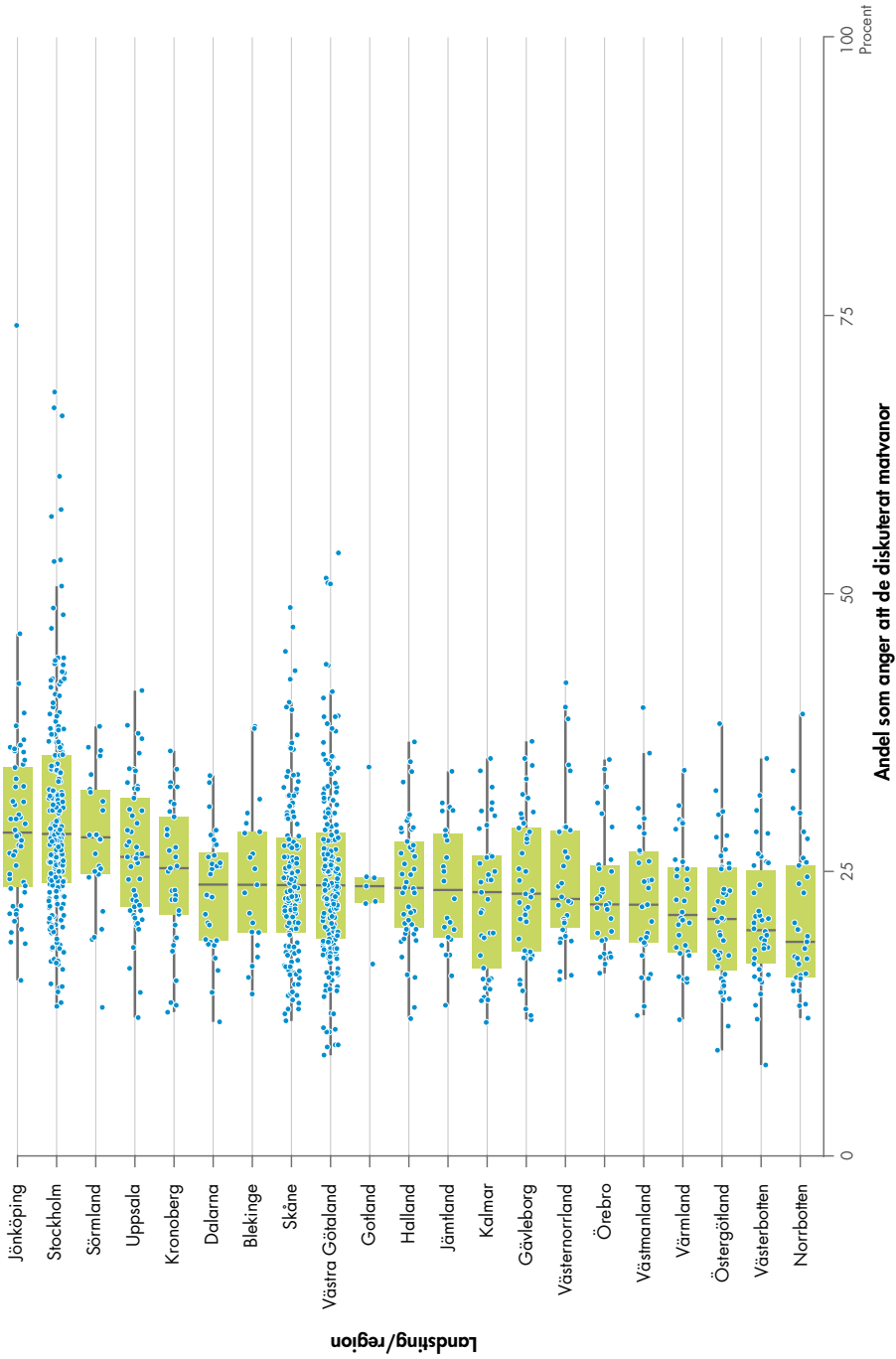
I jämförelserna nedan används en typ av diagram som visar medianen och den normala variationen (det vill säga spridningen) i svaren på en fråga (se figur 26). Varje landsting som jämförs får ett eget diagram. Diagramtypen är vanlig i statistiska jämförelser och kallas *låddiagram* (*Box plot* på engelska) eftersom "lådan" i mitten innehåller 50 procent av alla värden, medan 25 procent av värdena ligger till vänster om lådan (under den nedre kvartilen, eller fjärdedelen) och 25 procent ligger till höger om lådan (över den övre kvartilen). Mittenstrecket visar medianen för det aktuella landstinget. Punkterna i diagrammet är enskilda observationer, i det här fallet vårdcentraler.

Figur 26. Ett låddiagram (*Box plot* på engelska).



Figur 27 visar hur olika landsting och vårdcentraler diskuterar matvanor. Samma mönster finns dock för de övriga levnadsvanorna som nämns i Socialstyrelsens riktlinjer. Som framgår skiljer sig medianvärdet för hur stor andel av patienterna som diskuterat matvanor med vårdpersonal med som mest ungefär tio procentenheter mellan landstingen. Vi kan också se att variationen mellan olika vårdcentraler i samma landsting är betydligt större än så, för samtliga landsting. Med undantag för Region Gotland och Region Örebro Län är spridningen mellan vårdcentralerna inom ett landsting över 20 procent.

Figur 27. Det finns stora skillnader både inom och mellan landsting när det gäller hur många patienter som diskuterat sina levnadsvanor med vårdpersonal (Nationell Patientenkät 2013).

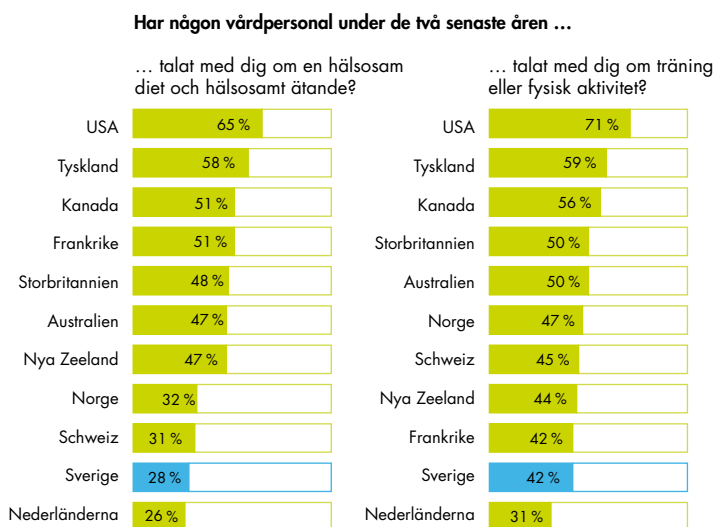


6.3.3 Svensk hälso- och sjukvårdspersonal tycks vara sämre än personal i andra länder på att diskutera levnadsvanor

Enkäten *International Health Policy Survey (IHP)* sätter det svenska identifieringsmönstret i ett internationellt perspektiv. Enkäten som vände sig till personer 55 år och äldre, visar att svensk hälso- och sjukvårdspersonal är sämre än de flesta övriga deltagande länderna på att diskutera levnadsvanor med personer som besöker vården (Vårdanalys 2014c).

Figur 28 visar att Sverige ligger efter när det gäller samtal om hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet. Skillnaderna skulle visserligen delvis kunna förklaras av att den andel av befolkningen som har ohälsosamma levnadsvanor skiljer sig åt mellan länderna, men det är osannolikt att det är den enda förklaringen till de stora skillnaderna.

Figur 28. Färre personer hade diskuterat hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet med vårdpersonal i Sverige än i andra länder (personer 55 år och äldre, Vårdanalys 2014c).



6.4 PRIORITERING: PERSONER MED BÄTTRE SOCIOEKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGAR VERKAR I HÖGRE GRAD DELTA I VÅRDENS FÖREBYGGANDE INSATSER

Utifrån ett jämlikhetsperspektiv är det också viktigt att analysera vilka grupper som prioriteras att få förebyggande insatser. Befintlig nationell statistik tyder på att det finns skillnader i vilka grupper som deltar i förebyggande aktiviteter som rekommenderats av hälso- och sjukvården. Samtidigt är statistiken ytterst begränsad, vilket innebär att resultaten måste tolkas med försiktighet.

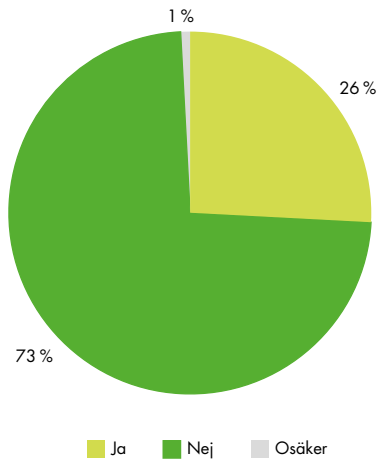
6.4.1 Få personer med en identifierad ohälsosam levnadsvana deltar i förebyggande insatser

Socialstyrelsens (2015) undersökning av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete i Sveriges landsting tyder på att enbart 1–2 procent av patienterna i respektive landsting fått en dokumenterad förebyggande insats. Inrapporteringen var dock mycket bristfällig, vilket gör att utvärderingen inte är heltäckande. De dokumenterade insatserna ger troligtvis inte heller en rättvisande bild av hälso- och sjukvårdens arbete. Endast hälften av landstingen uppgav att deras journalsystem möjliggjorde dokumentation av de förebyggande insatser som tas upp i de nationella riktlinjerna, och även bland dessa landsting skedde dokumentationen endast i en begränsad omfattning (Socialstyrelsen 2015).

Det finns ett fåtal andra datakällor om förebyggande arbete i hälso- och sjukvården. I 2014 års IHP-undersökning fick personer som var 55 år och äldre ange om de haft ett professionellt samtal om levnadsvanor med vårdpersonal under de senaste två åren, och om de i så fall deltagit i någon aktivitet som vårdpersonalen rekommenderat (Vårdanalys 2014c). Figur 29 visar att 26 procent angav att de deltagit i en rekommenderad aktivitet.



Figur 29. En av fyra personer som diskuterat hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet eller stress med vårdpersonal sa att de deltagit i någon aktivitet som rekommenderats av vården (personer 55 år och äldre, Vårdanalys 2014c).

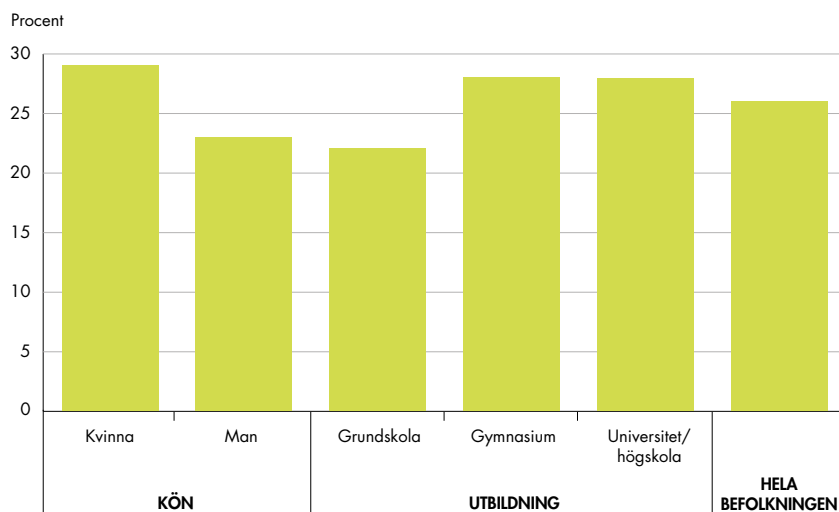


6.4.2 En högre utbildningsnivå ökar sannolikheten för att ha deltagit i en aktivitet för att ändra ohälsosamma levnadsvanor

Liksom för kontakt- och identifikationsstegen analyserade vi om det finns några skillnader mellan könen eller mellan socioekonomiska grupper i prioriteringssteget. Som framgår av figur 30 verkar personer 55 år eller äldre med gymnasie- eller högskoleutbildning ha deltagit i aktiviteter för att ändra sina ohälsosamma levnadsvanor i något högre grad än personer med grundskoleutbildning. Kvinnor tycks delta i större uträkning än män.

Vi gjorde även en fördjupad analys för att undersöka om skillnaderna mellan utbildningsnivåerna kvarstod vid kontroll för de bakomliggande faktorerna kön, ålder och självskattad hälsa. Efter att ha kontrollerat för dessa faktorer syntes ett ännu tydligare socioekonomiskt mönster, där en högre utbildningsnivå ökade sannolikheten för att ha deltagit i en aktivitet. Däremot tyder analysen på att män deltar i större utsträckning än kvinnor. Vi ser alltså ett omvänt förhållande i relation till statistiken i figur 30.

Figur 30. Färre personer med låg utbildning deltog i aktiviteter för att ändra sina ohälsosamma levnadsvanor (personer 55 år och äldre, Vårdanalys 2014c).



6.5 BEHANDLINGSEFFEKT: HÄLFTEN AV PATIENTERNA UPPGER ATT VÅRDENS INSATSER PÅVERKAT DERAS LEVNADSVANOR, MEN ANDELEN ÄR HÖGRE VID BÄTTRE SOCIOEKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGAR

Slutligen är det intressant att undersöka om resultatet av vårdens förebyggande arbete är jämlikt. Det övergripande målet med arbetet är att minska risken för ohälsa, men det kan vara svårt att mäta och följa upp – dels på grund av att levnadsvaneförändringar ofta påverkar hälsan på längre sikt, dels för att det är svårt att isolera påverkan av ändrade levnadsvanor från hälsans övriga bestämningsfaktorer. I stället är det enklare att följa upp det förebyggande arbetets behandlingseffekt bland personer som diskuterat sina levnadsvanor med vårdpersonal och därmed fått sina eventuella ohälsosamma levnadsvanor identifierade.

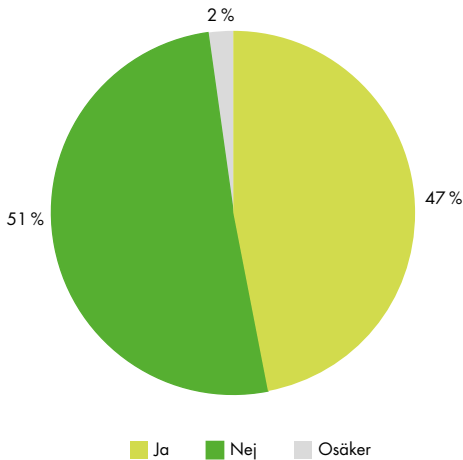
Statistiken tyder på att ungefär hälften av personerna som diskuterat sina levnadsvanor med vårdpersonal även förändrat sina levnadsvanor som ett resultat. Men behandlingseffekten tycks variera för olika utbildningsgrupper, där sannolikheten för att ett professionellt samtal leder till förändrade levnadsvanor är lägst för personer med grundskoleutbildning. Det talar för att hälso- och sjukvården behöver förbättra förmågan att anpassa sina insatser för att kompensera för personers olika förutsättningar.



6.5.1 Hälften av samtalen med vårdpersonal om ohälsosamma levnadsvanor leder till förändring

I IHP-undersökningen år 2014 fick personer 55 år och äldre frågan om de fått ett professionellt samtal om hälsosam diet, träning eller stress under de senaste två åren med vårdpersonal. De som svarade ja fick en följdfråga om ifall samtalet lett till att de förändrat levnadsvanor. Av figur 31 framgår att 47 procent uppgav att de ändrat sina levnadsvanor.

Figur 31. Knappt hälften av dem som haft ett professionellt samtal med vårdpersonal om ohälsosamma levnadsvanor de senaste två åren hade ändrat sina levnadsvanor (personer 55 år och äldre, Vårdanalys 2014c).



6.5.2 Personer med bättre socioekonomiska förutsättningar anger i högre grad att samtal med vårdpersonal lett till ändrade levnadsvanor

Som vi diskuterade i kapitel 5 tyder tidigare forskning på att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar i större utsträckning riskerar att påverkas av olika hinder för att kunna tillgodogöra sig hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Därför är det intressant att närmare analysera om det finns några skillnader i hur olika utbildningsgrupper besvarat frågan om ifall samtalet med vårdpersonal lett till förändrade levnadsvanor.

Utan att kontrollera för ålder, kön och självskattad hälsa verkar det som att framför allt personer med gymnasieutbildning tycker att samtalet lett till förändrade levnadsvanor. Män verkar ha ändrat sina levnadsvanor i större utsträckning än kvinnor. Vid kontroll för de bakomliggande faktorerna ålder,

kön och självskattad hälsa framträder dock en annorlunda bild av skillnaderna mellan utbildningsgrupper. Resultaten tyder på att sannolikheten för att samtalet lett till förändrade levnadsvanor är lägre för personer med grundskoleutbildning jämfört med övriga utbildningsgrupper. Däremot tycks skillnaderna mellan könen kvarstå.





Hälso- och sjukvårdens praktiska förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv

Det finns stora skillnader i hur hälso- och sjukvården arbetar med att minska hälsoklyftor i sitt förebyggande arbete: både i hur tydligt landstingen styr mot respektive ersätter ett jämlikt förebyggande arbete, samt i hur mycket enskilda vårdcentraler prioriterar frågan. Fokus i verksamheterna i dag är att komma i gång med det förebyggande arbetet i full skala, snarare än att följa upp arbetet ur ett jämlikhetsperspektiv. Även om många landsting betonar vikten av jämlikhet i det förebyggande arbetet är det inte lika många som följer upp arbetets påverkan på hälsan eller levnadsvanorna bland olika grupper. Bland vårdpersonal tenderar det förebyggande arbetet att ha lägre prioritet än den behandlande verksamheten. Vårdpersonalen anger även att de saknar kompetens och rutiner för att arbeta förebyggande, såväl generellt som utifrån ett jämlikhetsperspektiv.

7.1 STORA SKILLNADER I LANDSTINGENS STYRNING MOT ETT JÄMLIKT FÖREBYGGANDE ARBETE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Vårdanalys har genomfört en kartläggning av samtliga landstings övergripande styrdokument – landstingsplaner, verksamhetsplaner, budgetar, folkhälsopolicyer, vårdprogram och medicinska riktlinjer (se avsnitt 1.3). Resultatet visar att alla landsting nämner vikten av att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete sker på ett jämlikt sätt eller av att motverka skillnader i hälsa och levnadsvanor med hjälp av vårdens förebyggande arbete. Däremot är det endast drygt tre fjärdedelar som ställer upp mål för eller följer upp hur



det förebyggande arbetet ska påverka skillnader i hälsa eller levnadsvanor mellan grupper. Det är också ovanligt att landstingen preciserar specifika åtgärder för att uppnå målen.

Vi har även analyserat om landstingens ersättningssystem för primärvården styr mot ett jämlikt förebyggande arbete. Kartläggningen baseras på landstingens regelböcker för primärvårdens valfrihetssystem och visar att endast en tredjedel anger att primärvårdens förebyggande arbete ska bedrivas på ett jämlikt sätt. Det är också endast en tredjedel som ger en särskild ersättning för förebyggande insatser som riktar sig till personer eller grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar.

7.1.1 Alla landsting har inte ställt upp mål för hur skillnaderna i hälsa eller levnadsvanor bör utvecklas

Vårdanalys har undersökt i vilken utsträckning landstingens centrala styrdokument styr mot ett jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården. Av tabell 1 framgår att samtliga landsting har något styrdokument som tar upp vikten av vårdens förebyggande arbete. Alla har också åtminstone ett styrdokument som belyser att det förebyggande arbetet bör bedrivas på ett jämlikt sätt eller bidra till minskade skillnader i hälsa eller levnadsvanor. Dock har endast femton landsting ställt upp mål för hur skillnaderna bör utvecklas.

Landstingen fokuserar framför allt på åtgärder för att samla information om hälsoklyftor eller för att öka andelen som nås av vårdens förebyggande arbete

Utöver vad som redovisas i tabell 1, visar en närmare analys av styrdokumenterna att landstingen sällan fastslår konkreta åtgärder för hur det förebyggande arbetet kan bli mer jämlikt. Som vi konstaterat i tidigare kapitel påverkas det samlade resultatet av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete av såväl vilka som nås av arbetet (se kapitel 4) som hälso- och sjukvårdens förmåga att anpassa arbetet efter deras olika förutsättningar (se kapitel 5).

Vår analys tyder på att landstingens övergripande styrdokument främst innehåller åtgärder som syftar till att öka det förebyggande arbetets *täckningsgrad* bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar. Det kan till exempel handla om riktade informationsinsatser i socioekonomiskt utsatta områden eller en ökad samverkan mellan vården och andra aktörer. Det senare förekommer i åtta landsting och handlar vanligtvis om att stärka vård-givarnas samverkan med kommunerna. Ett mer ovanligt

Tabell 1. Landstingens styrning nämner ofta förebyggande arbete i anknytning till jämlik hälsa, men det är mer ovanligt att sätta upp mål för hur skillnaderna i hälsa eller levnadsvanor bör utvecklas.

Landsting	Antal analyserade dokument	Antal dokument där förebyggande åtgärder omnämns	Antal dokument där det förebyggande arbetet kopplas till jämlik vård eller minskade hälsoklyftor	Antal dokument som ställer upp ett mål för hur hälsoklyftorna eller skillnaderna i levnadsvanor bör utvecklas
Blekinge	3	3	3	1
Dalarna	3	3	2	1
Gotland	2	2	1	1
Gävleborg	3	3	2	0
Halland	3	3	3	0
Jämtland Härjedalen	3	3	3	1
Jönköping	4	4	3	2
Kalmar	2	2	2	2
Kronoberg	3	3	1	1
Norrboten	3	3	3	2
Skåne	3	3	3	1
Stockholm	3	3	2	0
Sörmland	1	1	1	1
Uppsala	2	2	1	0
Värmland	3	3	3	0
Västerbotten	5	5	4	2
Västernorrland	4	4	3	1
Västmanland	3	3	3	1
Västra Götaland	4	4	4	1
Örebro	1	1	1	0
Östergötland	2	2	1	1

exempel är Region Östergötland, som satsat på utökade hälsokontroller i socioekonomiskt utsatta områden.

Skrivningar om hur vårdens arbete ska anpassas för att öka det förebyggande arbetets *behandlingseffekt* handlar till exempel om att information ska finnas tillgänglig på flera språk eller på lättbegriplig svenska.

Åtta landsting nämner även åtgärder som rör ökad kunskap om och analys av hälsoklyftor. Det kan handla om att utbilda vårdpersonal i frågan, att samla in och analysera data utifrån olika befolkningsgrupper eller att mäta och analysera hur hälsoklyftorna utvecklas. Detta är en viktig förutsättning för ett mer jämlikt förebyggande arbete. Samtidigt tyder fokuseringen på informationsinsamling och kompetenshöjning på att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete fortfarande befinner sig i en uppstartsfas.



En viktig sammanfattande iakttagelse är dock att landstingens styrdokument tenderar att vara ospecifika. Tidsplaner för när en förändring ska vara genomförd eller vilka aktörer som ansvarar för genomförandet är sällsynt. Samtidigt avgränsas vår studie till att analysera landstingens övergripande styrdokument. Eventuellt finns fler och mer detaljerade aktiviteter och åtgärder angivna i enskilda verksamhetsplaner.

7.1.2 Landstingens uppföljning sker inte på ett sätt som gör det möjligt att utvärdera resultatet av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete

Vårdanalys kartläggning visar att landstingens uppföljning av skillnader i hälsa sker på en mer övergripande nivå, utan direkt koppling till hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Vanligtvis används nationell data, till exempel Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät, *Hälsa på lika villkor*, eller SKL:s undersökning *Nationell Patientenkät*. Några landsting genomför även egna uppföljningar av exempelvis levnadsvanor uppdelat på kön.

Det vanligaste måttet på hälsoklyftor i landstingen är skillnader i självskattad hälsa. Tio av de femton landsting som har ställt upp mål för hur skillnaderna i hälsa eller levnadsvanor bör utvecklas använder sig av detta mått. En annan vanlig metod är att mäta levnadsvanor uppdelat på olika befolkningsgrupper. Det innebär exempelvis att det finns ett mål om att andelen rökare ska minska med en viss procent och att uppföljningen av målet sker uppdelat på socioekonomiska grupper eller på män och kvinnor. Denna typ av indikator förekommer i åtta landsting.

Tio av femton landsting följer upp både skillnader mellan könen och skillnader mellan socioekonomiska grupper, vare sig det handlar om skillnader i hälsa eller levnadsvanor. Två landsting, Dalarna och Västmanland, följer enbart upp skillnader mellan socioekonomiska grupper. Landstingen specificerar dock inte alltid hur de socioekonomiska grupperna ska definieras. Kalmar, Kronoberg och Östergötland följer i sin tur enbart upp skillnader mellan män och kvinnor.

Flera landsting efterfrågar i sina styrdokument fler nationella indikatorer och uppföljningssystem som ett stöd för att lokalt kunna följa upp och jämföra hur vårdens förebyggande arbete bidrar till minskade hälsoklyftor (se exempelvis VGR 2013 s. 15 och Landstinget i Östergötland 2010 s. 15). Det som efterfrågas av landstingen är inte obligatoriska indikatorer, utan mått som kan fungera som ett "smörgårdsbord" där landstingen kan välja mätetal som passar deras uppföljningsmodeller.

7.1.3 Det finns vissa juridiska aspekter som påverkar förutsättningarna att följa upp vårdens förebyggande arbete ur ett socioekonomiskt perspektiv

En viktig förutsättning för att säkerställa ett jämlik förebyggande arbete i hälso- och sjukvården är att det är möjligt att följa upp vårdens täckningsgrad och behandlingseffekt för olika socioekonomiska grupper. Vår kartläggning visar att en majoritet av landstingen följer upp utvecklingen av skillnader i hälsa eller levnadsvanor mellan grupper. Däremot sker uppföljningen vanligtvis inte på ett sätt som gör det möjligt att utvärdera hur hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete påverkat skillnaderna. För att göra sådana utvärderingar skulle det vara nödvändigt att analysera information om personers socioekonomiska förutsättningar tillsammans med deras vårddata. I det avseendet finns det vissa juridiska aspekter att beakta.

De juridiska förutsättningarna att genomföra sådana uppföljningar beror till stor del på hur uppföljningsarbetet utformas och hur data behandlas inom ramen för uppföljningen. Såväl hälso- och sjukvårdslagstiftningens bestämmelser om att vården ska bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande som personuppgiftslagstiftningen och reglerna om offentlighet och sekretess har betydelse för hur uppgifter om personers socioekonomiska förutsättningar och hälsa kan inhämtas och användas. Exempelvis är vårdgivares förutsättningar att samköra socioekonomisk information med vårdinformation inom ramen för sitt uppföljningsarbete begränsade. Om landstingen vill göra den typen av uppföljning är de huvudsakliga möjligheterna att antingen göra det inom ramarna för ett forskningsprojekt eller genom att socioekonomisk information samlas in och behandlas med varje persons uttryckliga samtycke.

7.1.4 Ersättningssystemens betoning av jämlikhet i primärvårdens förebyggande arbete skiljer sig åt

Utöver landstingens övergripande styrdokument och uppföljning, påverkas det förebyggande arbetet även av primärvårdens uppdragsbeskrivning och ersättningssystem. Tabell 2 visar en sammanställning av landstingens uppdrag och ersättningssystem för primärvården när det gäller det förebyggande arbetet. Vi har delat in ersättningsmetoderna i fyra grupper:



1. *Fast ersättning.* Ersättning per listad person vid vårdcentralen som kan vara justerad efter olika faktorer, till exempel vårdtyngd, ålder och socioekonomiska förutsättningar. Ersättningen betalas oavsett om personerna söker vård eller inte.
2. *Rörlig ersättning.* Ersättning per utförd insats, till exempel hälsosamtal eller en viss typ av insats.
3. *Målrelaterad ersättning.* Ersättning för uppnådda process- eller resultatmål.
4. *Tilläggsersättning.* Ersättning för utökat ansvar efter exempelvis ett tilläggsavtal, tilläggsuppdrag eller certifiering. Det kan också vara ersättning för handlingsplaner eller annat utvecklingsarbete.

Av tabellen framgår att samtliga landsting gett primärvården i uppdrag att arbeta förebyggande. Alla landsting utom Blekinge och Stockholm ger också någon form av ersättning som specifikt ska gå till förebyggande arbete. Däremot är det endast sex landsting som i uppdraget tydliggör att primärvården ska motverka skillnader i vilka som tar del av dess förebyggande arbete. Det är också bara sex landsting som särskilt ersätter primärvården för förebyggande arbete med ett fokus på grupper med exempelvis sämre socioekonomiska förutsättningar. Tilläggsersättning är det vanligaste sättet att kompensera primärvården för arbete av det här slaget. Östergötland ger till exempel en tilläggsersättning till tre vårdcentraler som har en särskilt hög andel listade personer med låg socioekonomisk status, varav många är utlandsfödda och ofrivilligt migrerade.

Utöver vad som beskrivs i tabell 2, justerar samtliga landsting primärvårdens fasta ersättning efter *Care Need Index* (CNI), eller efter utvalda CNI-faktorer. CNI är ett mått som fångar upp det förväntade vårdbehovet bland listade patienter, utifrån faktorer som ålder, arbetslöshet, utbildningsnivå och andel utlandsfödda. CNI-ersättning kan syfta till att uppmuntra nyetablering av vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden, att kompensera vårdgivarna för patienter med större vårdbehov och stimulera till ett mer hälsoinriktat arbetsätt i utsatta områden (Sundquist m.fl. 2003, Godsen 2000). Ersättningen kan därmed tolkas som en fast ersättning för att minska skillnader i hälsa med hjälp av bland annat förebyggande arbete.

Vår kartläggning är inte avsedd att utvärdera om olika ersättningsmodeller i praktiken bidrar till ett mer jämlik förebyggande arbete. En tidigare studie av CNI-ersättnings betydelse för jämlik vård och hälsa tyder dock på att extra ekonomiska resurser till vårdcentraler med sämre socioekonomiska förutsättningar inte nödvändigtvis kommer patienterna helt till godo (Anell

Tabell 2. Landstingens ersättningsmodeller för primärvårdens förebyggande arbete skiljer sig åt (tabellen tar endast upp ersättning som specifikt ska gå till förebyggande arbete).

Landsting	Öronmärkt fast ersättning för: Riktade insatser till exempelvis personer med sämre socio-ekonomiska förutsättningar Sjukdoms-förebyggande arbete	Rörlig ersättning för: Riktade insatser till exempelvis personer med sämre socio-ekonomiska förutsättningar Sjukdoms-förebyggande arbete	Målraterad ersättning för: Riktade insatser till exempelvis personer med sämre socio-ekonomiska förutsättningar Sjukdoms-förebyggande arbete	Tilläggsersättning för: Riktade insatser till exempelvis personer med sämre socio-ekonomiska förutsättningar Sjukdoms-förebyggande arbete	Uppdrag kring: Riktade insatser till exempelvis personer med sämre socio-ekonomiska förutsättningar Sjukdoms-förebyggande arbete
Blekinge					✓
Dalarna			✓		✓
Gotland	✓				✓
Gävleborg		✓			✓
Holland				✓	✓
Jämtland Härjedalen				✓	✓
Jönköping		✓		✓	✓
Kalmar				✓	✓
Kronoberg	✓		✓		✓
Norrbotnen		✓			✓
Skåne			✓	✓	✓
Stockholm					✓
Sörmland		✓		✓	✓
Uppsala			✓		✓
Värmland		✓			✓
Västerbotten		✓			✓
Västernorrland		✓			✓
Västmanland			✓		✓
Västra Götaland			✓		✓
Örebro	✓		✓		✓
Östergötland		✓		✓	✓

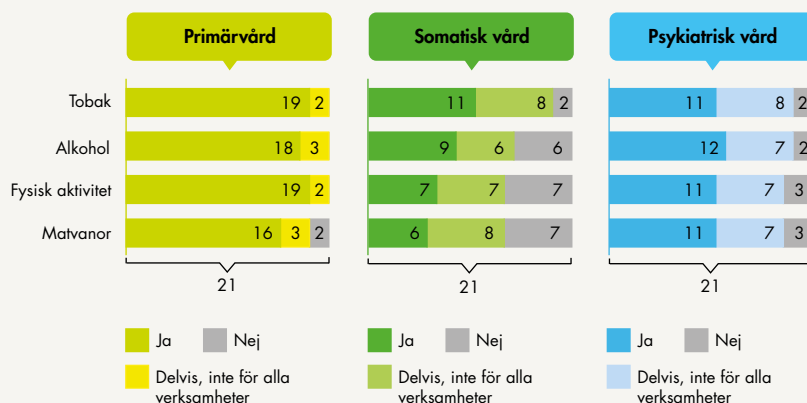


2016). Studien, som baserades på statistik från samtliga landsting, visade att antalet nyetableringar var högre i områden med relativt hög CNI-poäng och CNI-ersättning jämfört med områden med låg CNI. Däremot verkade ersättningen ha liten påverkan på vårdens arbetsätt och innehåll hos de flesta vårdcentraler. Intervjuer visade att det fanns vårdcentraler som arbetade uppsökande och förebyggande. Samtidigt var (offentliga) vårdcentralers rörelsemarginal (intäkter minus kostnader i relation till intäkterna) högre för vårdcentraler med hög CNI. Det tyder på att den extra CNI-ersättningen inte fullt ut kom till användning i verksamheten. Författarna understryker dock att studien inte ger underlag för att avskaffa CNI-ersättningen. Snarare pekar resultaten på att det behövs tydligare information om vad CNI-ersättningen är tänkt att användas till samt ökat stöd om hur vårdcentralerna kan nå ut och skapa nytta i utsatta områden (Anell 2016).

Det är i första hand primärvården som har i uppdrag från landstingen att arbeta förebyggande

Socialstyrelsen (2013) gjorde 2013 en enkätundersökning bland landstingen för att undersöka i vilken utsträckning olika delar av vården har givits specifika uppdrag att förebygga ohälsosamma levnadsvanor. Figur 32 visar att både primärvården och psykiatrin i stor utsträckning hade ett förebyggande uppdrag, medan bara en tredjedel av landstingen hade gett ett förebyggande uppdrag åt den somatiska specialistvården. Arbeta för att motverka tobaksanvändning var en del av uppdraget för hela eller en majoritet av vården, medan arbete mot fysisk aktivitet och matvanor var mer ovanligt.

Figur 32. Förebyggande arbete ingår ofta i vårdens uppdrag, men är minst vanligt i den somatiska specialistvården (antal landsting som gett vården ett uppdrag att arbeta förebyggande, Socialstyrelsen 2013).



Vår kartläggning visar att endast tre landsting, Gotland, Kronoberg och Örebro, har öronmärkt en viss del av den fasta grundersättningen för det förebyggande arbetet. Detta redovisas som en fast ersättning för förebyggande arbete i tabell 2. I Gotland och Örebro är storleken på den öronmärkta fasta ersättningen dessutom relaterad till vårdcentralernas genomsnittliga CNI-värde. Detta kan tolkas som att ersättningen syftar till att det förebyggande arbetet ska minska omotiverade skillnader i hälsa.

7.1.5 Kedjan från landstingens centrala styrdokument till primärvårdens förebyggande arbete bryts framför allt på tre ställen

Vår analys av landstingens styrdokument visar på tre gap i kedjan från landstingens centrala styrning till att styrningen påverkar primärvårdens arbete. Det första gapet gäller innehållet i styrdokumentet. Trots att en majoritet (49 av 60) av styrdokumentet belyser kopplingen mellan ohälsosamma levnadsvanor och socioekonomiska förutsättningar, ställer endast hälften av dem upp åtgärder för att göra vårdens förebyggande arbete mer jämlikt eller mål för hur skillnaderna i hälsa eller levnadsvanor bör utvecklas.

Det andra gapet handlar om kopplingen mellan övergripande och mer specifika styrdokument. Det är främst i verksamhetsplaner, folkhälsostراتيجier och motsvarande som en jämlik hälsa eller ett jämlikt förebyggande arbete betonas som ett mål för hälso- och sjukvården. Vårdprogrammen och de medicinska riktlinjerna styr i stället mot individriktade förebyggande insatser, snarare än att diskutera vikten av att undvika omotiverade skillnader mellan grupper i vårdens förebyggande arbete. De ger därmed inte vägledning i hur vården kan anpassa sina insatser för att överbrygga hinder som är vanliga bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar, exempelvis bristande ekonomiska förutsättningar. De diskuterar inte heller behovet av att nå personer av olika kön eller med olika socioekonomiska förutsättningar i lika stor utsträckning. Det här gäller även landsting som i sina övergripande dokument betonar vikten av att vårdens förebyggande arbete sker på ett jämlikt sätt.

Det tredje gapet finns i landstingens regelböcker. Trots att samtliga landsting ger primärvården i uppdrag att arbeta förebyggande är det endast en tredjedel som betonar att arbetet ska ske på ett jämlikt sätt eller att minskade hälsoklyftor är en del av arbetet. På samma sätt är det endast en tredjedel som ger en öronmärkt ersättning för arbete som syftar till ett mer jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården.

7.2 DET FINNS ÄVEN STORA SKILLNADER I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS PRAKTISKA FÖREBYGGANDE ARBETE

För att undersöka hur styrningen mot en jämlik vård på landstingsnivå omsätts i vårdens praktiska arbete har vi genomfört fallstudier av två regioner: Västra Götalandsregionen (VGR) och Region Jönköpings län. Vi valde de regionerna eftersom deras övergripande styrdokument tydligt fokuserar på att vårdens förebyggande arbete ska bedrivas på ett sätt som motverkar skillnader i hälsa mellan grupper. Syftet är att lyfta exempel på hur vårdens förebyggande arbete går till i praktiken, snarare än att ge en heltäckande bild av regionernas arbete. På så sätt kan vi identifiera hinder och stödjande strukturer i respektive region.

Trots att både VGR och Jönköping fokuserar på breda insatser för att nå ut med sitt förebyggande arbete visar fallstudierna att det finns stora skillnader – både på landstingsnivå och på vårdcentralnivå – i hur det praktiska förebyggande arbetet går till. En viktig anledning är att det finns hinder i form av brist på tillgänglig kompetens om levnadsvanor och att vårdcentralernas prioriteringar påverkar möjligheten att i praktiken omsätta styrdokumentens mål om ett jämlikt förebyggande arbete.

7.2.1 Jönköping och VGR har valt olika strategier för det förebyggande arbetet

Fallstudierna visar att Jönköping och VGR har valt olika strategier för att nå ut till fler med sitt förebyggande arbete. Jönköping vänder sig till alla i en viss åldergrupp, medan VGR använder sig av opportunistisk screening av personer som tagit kontakt med vården av andra anledningar (se avsnitt 4.1.2).

Jönköping har erbjudit hälsosamtal i delar av länet sedan 1980-talet för att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar. Idag erbjuds samtalen till alla 40-, 50-, 60- och 70-åringar via vårdcentralerna i länet. Hälsosamtalen erbjuds också till förstagångsföräldrar via barnhälsovården och till elever i åldrarna 6, 10, 13 och 16 år via elevhälsan (Region Jönköpings län 2016). För att öka deltagandet, speciellt bland personer i socioekonomiskt svaga grupper, rekommenderar regionen att vårdcentralerna ska skicka en skriftlig inbjudan som följs upp med ett telefonsamtal. Samtalet gör det möjligt att förklara syftet med hälsosamtalet och att besvara eventuella frågor. De vårdcentraler som uppnått ett högt deltagande har även arbetat systematiskt med påminnelser via post och telefon samt möjligheter att boka om tiden för hälsosamtalet. Regionens statistik visar att deltagandet varierar från knappt 5 procent till 60 procent mellan vårdcentraler. Målet är att både privata och

offentliga vårdcentraler ska nå minst 50 procent av de listade i de prioriterade åldersgrupperna.

VGR antog år 2014 ett regionuppdrag som syftar till att införa Socialstyrelsens Nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder stegvis fram till år 2018. Arbetet ska särskilt fokusera på de grupper som har störst behov av förbättrad hälsa och exempelvis information om de fyra levnadsvanorna ska tas fram på lättförståelig svenska och på olika språk. Uppdraget innehåller också en målsättning om att en viss andel av patienterna ska ha diskuterat levnadsvanor med vårdpersonal. Förslag på miniminivåer i måluppfyllelse per geografisk enhet ska också tas fram i syfte att motverka skillnader mellan socioekonomiska områden.

Den offentligt drivna primärvården i VGR, Närhälsan, har även valt att satsa på en metodik kallad Hälsolyftet. Personer med ohälsosamma levnadsvanor identifieras med hjälp av ett frågeformulär, som följs upp med ett fördjupat formulär samt ett hälsosamtal för dem som har behov av och är motiverade att genomföra en levnadsvaneförändring. En tidig version av metoden infördes inom ramen för olika lokala försöksverksamheter 2007–2008. Sedan 2014 ska alla offentligt drivna vårdcentraler arbeta för att identifiera ohälsosamma levnadsvanor i enlighet med Hälsolyftet. Däremot har VGR i dag inte några utåtriktade insatser med kallelser via brev till utvalda grupper. Till skillnad från Jönköping omfattas heller inte de privata vårdcentralerna av satsningen på Hälsolyftet. Målet är att samtliga vårdcentraler i offentlig regi ska arbeta enligt metodiken år 2017.

7.2.2 Båda regionerna lyfter kompetensutveckling som en viktig förutsättning för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete

Statistiken på nationell nivå visar att många personer som arbetar i vården fortfarande saknar kompetens i förebyggande metoder (se avsnitt 7.3). Det är ett problem som även lyfts fram på landstingsnivå. Våra intervjuer med personer från båda regionerna betonar att riktade kompetenssatsningar är en viktig förutsättning för att vården ska kunna arbeta förebyggande. Utbildningsinsatserna ses också som en nyckelfaktor för att öka medvetenheten om sambandet mellan socioekonomi och hälsa. Båda regionerna har satsat på ett brett utbildningsutbud för personal som arbetar med levnadsvanorna.

Jönköping har också kommit långt med att erbjuda stöd för hur vårdcentralerna kan anpassa sitt förebyggande arbete till olika grupper. Till exempel finns det resurspersoner för varje levnadsvana vid regionens centrala avdelning *Folkhälsa och sjukvård* och vårdcentralerna erbjuds stöd att



utveckla förbättringsarbeten med fokus på samverkan med kommunen och andra aktörer i närområdet. Förbättringsarbetet är en satsning sedan två år tillbaka där ett av syftena är att minska skillnaderna i hälsa hos befolkningen.

Jämfört med Jönköping har VGR inte kommit lika långt med att bygga upp en infrastruktur för det förebyggande arbetet, utan regionen fokuserar mer på att vårdcentralerna ska arbeta på ett enhetligt sätt. Till exempel har regionen inom ramarna för arbetet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer tagit fram en digital utbildning om förebyggande arbete och mallar för hur arbetet ska dokumenteras (se faktarutan). Regionen arbetar även med att ta fram information om samtalsmetodik. Den offentligt drivna primärvården har också en särskild processledare som stödjer vårdcentralerna i införandet av Hälsolyftet.

Uppföljning ställer särskilda krav på dokumentation

Intervjupersoner i såväl VGR som Jönköping betonar vikten av att underlätta vårdens dokumentation av det förebyggande arbetet. I Jönköping sparas enkät- och provsvaren från hälsosamtalen separat från journalen som underlag för vidare uppföljning och forskning. Resultaten från hälsosamtal och socioekonomisk data sammanställs i så kallade vårdcentralerprofiler, som exempelvis visar andelen personer vid en viss vårdcentral som har diabetes, kort utbildning eller är födda utomlands. För vissa grupper visas även antalet personer som ingår i gruppen. Tanken är att vårdcentralerna ska använda informationen som grund för sina förbättringsarbeten. Nästa steg är att regionen vill göra det möjligt att besvara enkäterna digitalt, för att minska den administrativa bördan av att föra över pappersenkäter till digital form. Målet är även att vårdcentralerna i framtiden ska kunna följa upp sina insatser i realtid och jämföra sina resultat med andra vårdcentraler.

VGR har arbetat med att ta fram gemensamma dokumentationsmallar och en gemensam terminologi för att underlätta en enhetlig dokumentation av det förebyggande arbetet i hälso- och sjukvårdens journalsystem. Mallarna stämmer även överens med Socialstyrelsens specifikationer, vilket innebär att de är jämförbara med andra landsting som följer samma specifikationer.

7.2.3 Jönköping tar upp det förebyggande arbetet i sin löpande uppföljning, medan VGR inte kommit lika långt

En förutsättning för att styrningen på central nivå ska påverka den praktiska verksamheten är att landstinget tar upp vårdens förebyggande arbete i sin löpande uppföljning. Såväl personer vid regionledningskontoret i Jönköping som vårdpersonal betonar vikten av uppföljning av och återkoppling kring hur vårdcentralerna arbetar med levandsvanor. Uppföljningen sker genom en årlig dialog om mål, resultat och utveckling mellan avdelningen *Folkhälsa och sjukvård*, primärvårdens FoU-enhet och vårdcentralerna.

Dessutom genomförs en särskild uppföljning av hälsosamtalen för 40-, 50-, 60- och 70-åringar. Information om hur många hälsosamtal som genomförs på respektive vårdcentral läggs även ut på regionens webbsida för vårdvalet i primärvården. På så sätt kan informationen ligga till grund för valet av vårdcentral. Även vårdcentralernas förbättringsarbeten följs upp kontinuerligt och primärvårdens FoU-enhet kontakter de vårdcentraler som har lågt deltagande i hälsosamtalen för att reda ut vad det beror på och erbjuda hjälp för att öka deltagandet. Dessutom ger Jönköping en rörlig ersättning på 900 kronor per genomfört hälsosamtal med de prioriterade åldersgrupperna och en tilläggsersättning för att arbeta med förbättringsarbeten inom primärvårdens förebyggande arbete (se avsnitt 7.2.2)

Intervjuerna i VGR tyder däremot på att vårdens arbete med levnadsvanorna inte är en lika naturlig del av regionens årliga uppföljningsbesök vid vårdcentralerna som i Jönköping. I intervjusvaren på vårdcentralnivå framkommer att uppföljningen tenderar att fokusera på vad som ersätts, och eftersom det inte finns någon specifik ersättning för att arbeta förebyggande eller mot vissa socioekonomiska grupper och kön har dessa frågor inte heller diskuterats vid uppföljningen. Ersättningssystemet i VGR fokuserar på att få i gång registrering av levnadsvanor. Regionen har till exempel en målrelaterad ersättning för registrering av levnadsvanor för personer med vissa diagnoser, som exempelvis diabetes och KOL.

På central nivå i VGR lyfts problematiken att insatser som prissätts tenderar att upphöra när ersättningen dras in. På vårdcentralnivå finns däremot de som poängterar att det är viktigt att tillföra resurser för att det förebyggande arbetet inte ska bortprioriteras i redan pressade organisationer. Andra lyfter snarare fram betydelsen av vårdpersonalens inre motivation.

Det framförs dock önskemål på vårdcentralnivå om en mer aktiv uppföljning av det förebyggande arbetet från VGR:s sida. En av de intervjuade menar att en tydlig återkoppling från central nivå skulle öka motivationen att arbeta förebyggande. Samtidigt menar en person på central nivå att regionen har begränsade påtryckningsmedel för att införa Hälsolyftet eftersom de inte ingår som ett krav i regionens regelbok. De offentligt drivna vårdcentralerna har alltså i praktiken själva fått avgöra i vilken takt införandet ska ske.

7.2.4 På vårdcentralnivå prioriteras den behandlande verksamheten ofta framför det förebyggande arbetet

Flera av de intervjuade menar att vårdpersonal blivit mera positiva till att arbeta förebyggande de senaste åren. Däremot framkom även att tidsbrist



och lokalt engagemang påverkar i vilken utsträckning vårdcentralerna i praktiken arbetar förebyggande. Personer på central nivå i både VGR och Jönköping konstaterar att det förebyggande arbetet ofta får stå tillbaka om arbetsbelastningen på vårdcentralerna ökar. Den personal som arbetar förebyggande tenderar att betraktas som resurser som kan sättas in på andra poster vid behov. På en vårdcentral i VGR menar man dock att det finns en obalans mellan å ena sidan regionens mål och å andra sidan vårdcentralernas kompetens och ekonomiska resurser för att arbeta förebyggande. Till exempel uppges den bristande tillgången till dietister vara ett stort problem. Våra intervjuer med såväl praktiker som personer på ledningsnivå i Region Jönköpings län tyder även på att satsningen på hälsosamtal är omdiskuterad och att reaktionerna inte bara varit positiva.

Kritiken bland vissa verksamhetschefer och viss vårdpersonal antas från centralt håll bland annat bero på att de ifrågasätter evidensen för hälsosamtalen. En viktig strategi har därför varit dialog och information.

En av vårdcentralerna lyfter att det skulle vara till stor nytta om det fanns forum där vårdcentralerna kunde utbyta erfarenheter om hur de bäst kan anpassa de förebyggande insatserna och nå personer som normalt inte kommer i kontakt med vården. Annars måste varje vårdcentral själv utarbeta formerna för arbetet, vilket i sin tur kan resultera i att misstag upprepas eller att goda exempel inte sprids.

Flera av de intervjuade i såväl VGR som Jönköping påpekar att det finns ett behov av att arbeta mer med uppsökande verksamhet. Personer i båda regionerna ger uttryck för att vårdcentralernas uppdrag att arbeta utåtriktat har blivit mindre tydligt efter vårdvalsreformen, eftersom reformen inneburit en ändring i fokus från det tidigare befolkningsansvaret till ett listningsansvar. En annan iakttagelse från båda regionerna är att eventuella patientavgifter för förebyggande insatser kan vara en barriär för ekonomiskt utsatta individer att ta emot hjälp. Generellt anses det också i båda regionerna finnas ett behov av att öka kunskapen om hur vårdens förebyggande insatser kan anpassas till grupper med särskilda behov.

7.3 VÅRDPERSONALEN ÄR POSITIV TILL ATT ARBETA FÖREBYGGANDE, MEN FLERA STRUKTURELLA FÖRUTSÄTTNINGAR BRISTER

Eftersom våra fallstudier fokuserar på primärvården i två landsting är det intressant att undersöka vad tidigare studier säger om de strukturella förutsättningarna för vårdens förebyggande arbete generellt. Socialstyrelsen (2015) gjorde år 2014 en enkätstudie av vårdpersonalens attityder till och

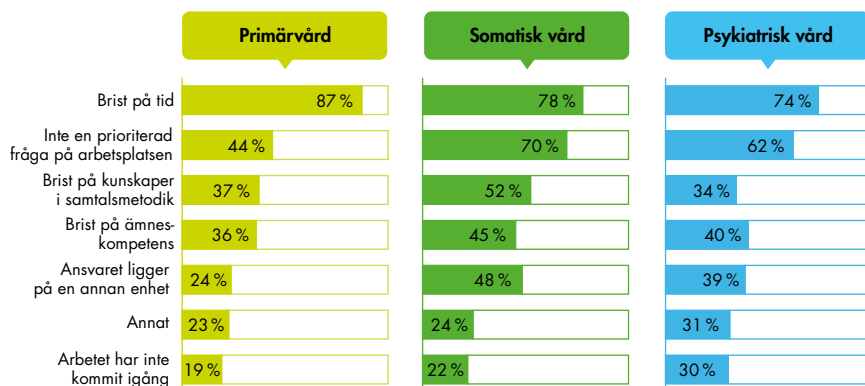
möjligheter att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder. Undersökningen riktades till personal i primärvården samt i den öppna psykiatrin och somatiska vården.

I likhet med våra fallstudier visade Socialstyrelsens undersökning att det förebyggande arbetet har stöd i vården. Mellan 80 och 98 procent av de svarande uppgav att arbetet med rådgivning är viktigt i deras egen yrkesutövning, beroende på vårdområde och levnadsvana. Däremot svarade endast hälften av personalen i primärvården och psykiatrin att de i dag arbetar med rådgivning om de flesta levnadsvanor, medan motsvarande andel låg runt en tredjedel i den somatiska specialistvården.

Vi har tidigare i rapporten diskuterat vikten av ett systematiskt arbetssätt för att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ska bli jämlikt (se kapitel 4 och 5). Socialstyrelsens undersökning tyder dock, liksom våra fallstudier, på att flera strukturella förutsättningar för ett jämlikt förebyggande arbete fortfarande saknas. Liksom i fallstudien uppgav många svarande tidsbrist som skäl till att de inte arbetade förebyggande i den utsträckning de skulle vilja (se figur 33). Andra vanliga orsaker, framför allt i psykiatrin och den somatiska vården, var att förebyggande arbete inte sågs som en prioriterad fråga på arbetsplatsen eller att ansvaret låg på en annan enhet.

Även möjligheterna till utbildning i förebyggande arbete brister (se figur 34). Exempelvis saknade mer än två tredjedelar av personalen i den somatiska specialistvården möjlighet att utbilda sig. Undantaget var att 70 procent av

Figur 33. Brist på tid och en låg prioritet är vanliga skäl till att vårdpersonal inte arbetar förebyggande i så stor utsträckning som de skulle vilja (flera svar var möjliga, Socialstyrelsen 2015).

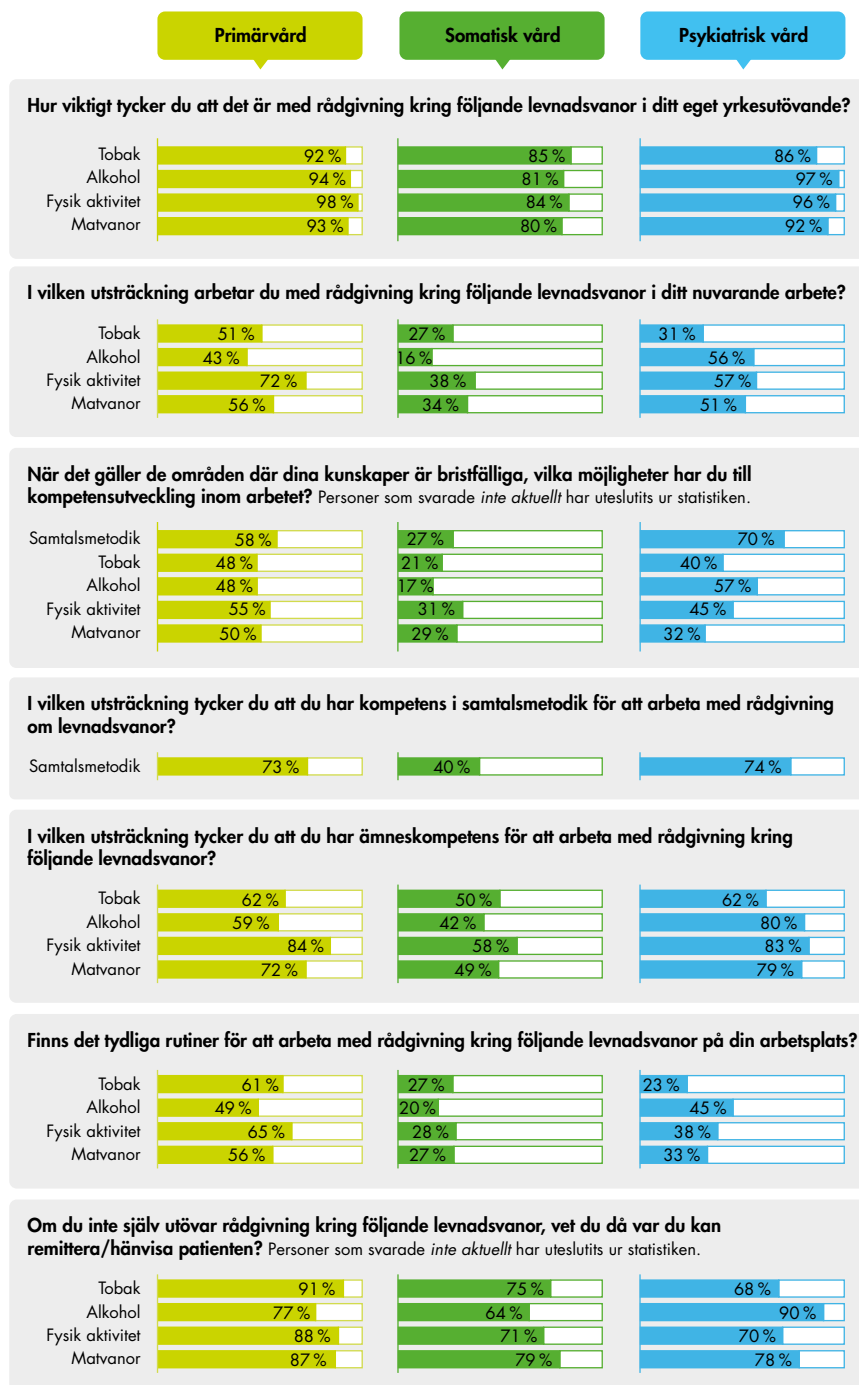


personalen inom psykiatrin uppgav att de hade goda utbildningsmöjligheter i samtalsmetodik.

Detta ska ses mot bakgrund av att en fjärdedel av personalen i psykiatrin och primärvården och nästan två tredjedelar i den somatiska vården ansåg att de hade dålig kompetens att hålla rådgivande samtal (se figur 34). Andelen som ansåg sig ha tillräckliga ämneskunskaper om enskilda levnadsvanor varierade mellan 59 och 84 procent i primärvården beroende på levnadsvana, medan psykiatrin låg högre – särskilt inom alkohol – och den somatiska specialistvården märkbart lägre.

Figur 34 visar även att stora delar av vårdpersonalen saknade stöd i form av rutiner för det förebyggande arbetet. Däremot var kunskapen god om vart personer i behov av förebyggande insatser kunde remitteras.

Figur 34. Flera strukturella förutsättningar för ett jämlikt förebyggande arbete i hälso- och sjukvården brister (Andel som svarat ganska eller mycket viktigt, i ganska eller mycket stor utsträckning respektive ganska eller mycket goda möjligheter. För remittering var svarsalternativen ja och nej. Socialstyrelsen 2015).





Referenser

- Aarts, M.J. Voogd, A.C., Duijm, L.E., Coebergh, J.W., Louwman, W.J. (2011) Socioeconomic inequalities in attending the mass screening for breast cancer in the south of the Netherlands—associations with stage at diagnosis and survival. *Breast Cancer Research and Treatment*, vol 128 nr. 2, s. 517–525.
- Agahi, N., Lennartsson, C., Österman, J., Wånell, S. E. (2010). Sociala relationer, socialt deltagande och hälsa bland äldre personer, *Socialmedicinsk tidskrift*, nr. 3, s. 175–181.
- Agardh, E., Moradi, T., Allebeck, P. (2008). Riskfaktorernas bidrag till sjukdomsördan i Sverige. Jämförelse mellan svenska och WHO-data. *Läkartidningen*, vol 105 nr. 11, s. 816–21.
- Agardh, E., Boman, U., Allebeck, P. (2015). Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsördan. Utvecklingen i Sverige 1990–2010 kartlagd utifrån DALY-metoden. *Läkartidningen*, vol 112 nr. 3–4, s. 1–5.
- Allen, M., Allen, J., Hogarth, S., Marmot, M. (2013). *Working for Health Equity: The Role of Health Professionals*. London: UCL Institute of Health Equity.
- Alvaro, C., Jackson, L. A., Kirk, S. m.fl. (2011). Moving Canadian governmental policies beyond a focus on individual lifestyle: some insights from complexity and critical theories. *Health Promotion International*, vol 26 nr. 1, s. 91–99.
- Anderson, J. V., Bybee, D. I., Brown, R. M. m.fl. (2001). 5 a day fruit and vegetable intervention improves consumption in a low income population. *J Am Diet Assoc*, vol 101, s. 195–202.

- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (S 2013:4). Lund: Ekonomihögskolan, Lunds universitet.
- Anell, A. (2016). *Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av hälsoval Skåne*. Lund: KEFU – Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning.
- Bakshi, AS (2011). *Hälsofrämjande primärvård: en uppföljning av hälsofrämjande insatser vid sex vårdecentraler* (rapport 2011:2). Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning vid Stockholms läns landsting.
- Baum, F. (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education*, vol 14 nr. 2, s. 90–95.
- Beckman, I. (2016). Okunniga tolkar skapar risker i vården. *Dagens Medicin*, 4 maj. <http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/05/04/okunniga-tolkar-skapar-risker-i-varden/>
- Befort, C. A., Nollen, N., Ellerbeck, E. F., Sullivan, D. K., Thomas, J. L., Ahluwalia, J. S. (2008). Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial. *Journal of Behavioral Medicine*, vol 31, s. 367–377.
- Bemelmans, W. J., Broer, J., De Vries, J. H., Hulshof, K. F., May, J. F., Meyboom-De Jong, B. (2000). Impact of Mediterranean diet education versus posted leaflet on dietary habits and serum cholesterol in a high risk population for cardiovascular disease. *Public Health Nutrition*, vol 3, s. 273–283.
- Bender, M. S., Nader, P. R., Kennedy, C., Gahagan, S. (2013). A culturally appropriate intervention to improve health behaviors in Hispanic mother-child dyads. *Child Obes*, vol 9, s. 157–163.
- Block, G., Wakimoto, P., Metz, D. m.fl. (2004). A randomized trial of the Little by Little CD-ROM: demonstrated effectiveness in increasing fruit and vegetable intake in a low-income population. *Prev Chronic Dis*, vol 1, A08.
- Blomstedt, Y., Norberg, M., Stenlund, H. m.fl. (2015). Impact of a combined community and primary care prevention strategy on allcause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of followup in Västerbotten County, Sweden, during 1990–2006. *BMJ Open*, vol 5 nr. 12.

- Blomstrand A., Ariai N., Baar AC., Finbom-Forsgren B.M., Thorn J., Bjorkelund C. (2012) Implementation of a lowbudget, lifestyleimprovement method in an ordinary primary healthcare setting: a stepwise intervention study. *BMJ Open*, vol 2 nr. 4.
- Braveman, P., Gottlieb, L. (2014). The Social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*, vol 129 (suppl 2) Jan-Feb, s. 19–31.
- Braveman P, Egerter S, Barclay C. (2011) *Income, wealth and health. Exploring the social determinants of health: issue brief no. 4*. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation.
- Bremberg S., Eriksson L. (2010) *Investera i barns hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut och Gothia förlag.
- Buckley, J., Yekta, S., Joseph, V., Johnson, H., Oliverio, S., De Groot, A. S. (2015). Vida Sana: a lifestyle intervention for uninsured, predominantly Spanishspeaking immigrants improves metabolic syndrome indicators. *J Community Health*, vol 40 nr. 1, s. 116–123.
- Burke, L., Lee, A. H., Pasalich, M., Jancey, J., Kerr, D., Howat, P. (2012). Effects of a physical activity and nutrition program for seniors on body mass index and waist-to-hip ratio: a randomised controlled trial. *Prev Med*, vol 54 nr. 6, s. 397–401.
- Bäärnhielm, S., Hussein, H., Baker, U. och Allebeck, P. (2013). Hälso-kommunikatörer kan bidra till bättre hälsa hos utlandsfödda. *Läkartidningen*, nr. 29–31.
- Cameron, A. J., Ball, K., Hesketh, K. D. m.fl. (2014). Variation in outcomes of the Melbourne Infant, Feeding, Activity and Nutrition Trial (InFANT) Program according to maternal education and age. *Prev Med*, vol 58, s. 58–63.
- CAN Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2014). *Drogutvecklingen i Sverige 2014* (rapport 144). Stockholm: CAN.
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2010). *Establishing a Holistic Framework to Reduce Inequities in HIV, Viral Hepatitis, STDs, and Tuberculosis in the United States*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services.
- CDUST (Samverkansorgan för landstingen i Uppsala, Sörmland, Örebro, Värmland och Västmanland) (2004). *Förebygga eller bota. Om kostnadseffektiva sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvård*. Örebro: Örebro läns landsting.

- Cederberg, J. (2016). Projekt med fler BVC-hembesök kan permanentas. *Dagens Medicin*, 25 augusti. <http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/08/23/projekt-med-fler-bvc-hembesok-kan-permanentas/> [Besökt: 2016-10-03].
- Coleman, K. J., Ocana, L. L., Walker, C. m.fl. (2010). Outcomes from a culturally tailored diabetes prevention program in Hispanic families from a low-income school: Horton Hawks Stay Healthy (HSHS). *Diabetes Educ*, vol 36, s. 784–792.
- Coleman, K. J., Tiller, C. L., Sanchez, J. m.fl. (2005). Prevention of the epidemic increase in child risk of overweight in low-income schools: the El Paso coordinated approach to child health. *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol 159, s. 217–224.
- Craigie, A. M., Macleod, M., Barton, K. L., Treweek, S., Anderson, A. S. (2011). Supporting postpartum weight loss in women living in deprived communities: design implications for a randomised control trial. *Eur J Clin Nutr*, vol 65, s. 952–958.
- Culyer, A.J., Wagstaff, A. (1992). *Need, equity and equality in health and health care*. (Discussion paper 95). York: University of York Centre for Health Economic.
- Cutler, D., Deaton, A., Lleras-Muney, A. (2006). The Determinants of Mortality. *Journal of Economic Perspectives*, vol 20 nr. 3, s. 97–120.
- Dahlgren, G. och Whitehead, M. (2007/1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background document to WHO – strategy paper for Europe* (återutgivning). Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.
- Dryden R., Willams, B., McCowen, C., Themessl-Huber, M. (2012) What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. *BMC Public Health*. vol 12, s. 1–23.
- Dutton, G. R., Davis Martin, P., Welsch, M. A., Brantley, P. J. (2007). Promoting physical activity for low-income minority women in primary care. *Am J Health Behav*, vol 31, s. 622–631.
- Echouffo-Tcheugui, J.B., Simmons, R.K., Prevost, A.T. m.fl. (2015) Long-Term Effect of Population Screening for Diabetes on Cardiovascular Morbidity, Self-Rated Health, and Health Behavior. *The Annals of Family Medicine*. vol 13 nr. 2, s. 149–157.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2015). *Promoting Health, Preventing Disease. The Economic Case*. Berkshire: Open University Press.

- Fadnes, L., Taube, A., Tyleskär, T. (2009) How to identify information bias due to self-reporting in epidemiological research. *The Internet Journal of Epidemiology*, vol 7 nr. 2.
- Folkhälsomyndigheten (2014). *SOMRA - samtalet om riskabla levnadsvanor: MI-anda*. [Besökt: 2016-08-03] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/somra/mi-anda/>
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Uppdrag att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2016a). *Folkhälsan i Sverige. Årlig rapportering*. Halmstad: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2016b). *Finns det effektiva metoder som är särskilt lämpade för att främja hälsa eller förebygga ohälsa bland individer med låg utbildningsnivå? Underlagsrapport till slutredovisning av regeringsuppdrag om att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv*. Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Frolich, K., Potvin, L. (2008). The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*. vol 98 nr. 2.
- Godefrooij, M.B., van de Kerkhof, R. M., Wouda, p. J. m.fl. (2012). Development, implementation and yield of a cardiometabolic health check. *Family Practice*, vol 29 nr. 2 s. 174–181.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I.S. m.fl. (2000). *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behavior of primary care physicians*. Cochrane Database of Systematic Reviews , nr. 3.
- Govil, S. R., Weidner, G., Merritt-Worden, T., Ornish, D. (2009). Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *Am J Public Health*, vol 99, s. 1263–1270.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, vol 80 nr. 2., s. 223–255.
- Han, H. R., Kim, J., Kim, K. B. m.fl. (2010). Implementation and success of nurse telephone counseling in linguistically isolated Korean American patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns*, vol 80, s. 130–134.
- Haines, J., Mcdonald, J., O'brien, A. m.fl. (2013). Healthy Habits, Happy Homes: randomized trial to improve household routines for obesity prevention among preschoolaged children. *JAMA Pediatr*, vol 167, s. 1072–1079.

- Hatt, G., Hammelin, V., Forsberg, B., Bastholm-Rahmer, P. (2015) *Hälsoundersökningar/ Hälsosamtal: En kartläggning av svenska och internationella erfarenheter*. Stockholm: Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms Läns Landsting och Nätverket för Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård.
- Heckley, G., Gerdtham, U.-G., Kjellsson, G. (2016) A general method for decomposing the causes of socioeconomic inequality in health. *Journal of Health Economics* vol 48, s. 89–106.
- Hoebel, J., Starker, A., Jordan, S., Richter, M., Lampert, T. (2014) Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. *BMC Public Health*, vol 14 nr. 913.
- Hollar, D., Messiah, S. E., Lopez-Mitnik, G., Hollar, T. L., Almon, M., Agatston, A. S. (2010). Effect of a two-year obesity prevention intervention on percentile changes in body mass index and academic performance in low-income elementary school children. *Am J Public Health*, vol 100, s. 646–653.
- Holmqvist, M. (2009). *Addressing alcohol: Alcohol prevention in Swedish primary and maternity health care and occupational health services*. Doktorsavhandling, Linköping: Linköpings universitet.
- Jager, A.J. och Wynia, M.K. (2012). Who gets a teach-back? Patient-reported incidence of experiencing a teach-back. *Journal of Health Communication*, vol 17, s.294–302.
- Khare, M. M., Cursio, J. F., Locklin, C. A., Bates, N. J., Loo, R. K. (2014). Lifestyle intervention and cardiovascular disease risk reduction in low-income Hispanic immigrant women participating in the Illinois WISEWOMAN program. *J Community Health*, vol 39, s. 737–746.
- Kickbusch, I., Wait, S. och Maag, D. (2005). *Navigating health the role of health literacy*. London: International Longevity Centre.
- Kristenson, M. (2011). Hur kan hälso- och sjukvårdens insatser utvecklas för att minska sociala skillnader i hälsa? *Socialmedicinsk tidskrift*, nr. 4, s. 344–351.
- Lambert, A. M., Burden, A. C., Chambers, J., Marshall, T. (2012). Cardiovascular screening for men at high risk in Heart of Birmingham Teaching Primary Care Trust: the ‘Deadly Trio’ programme. *Journal of Public Health*, vol 34, s. 73–82.
- Landstinget i Östergötland (2010). *Hur får vi en jämlik vård?* Linköping: Landstinget i Östergötland.
- Larsson, S. (2005). *Prioritering av hälsofrämjande och förebyggande insatser i hälso- och sjukvården* (rapport 2005:8). Linköping: Prioriteringscentrum.

- Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V., Tugwell, P. (2012). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 67 nr. 2, s. 190–193.
- Lyttkens, H. (1994). "Prioritering i etik och praktik: En hälsoekonomisk analys av Prioritetsutredningen." *Ekonomisk Debatt*, vol 22 nr 6, s. 595–606.
- Länsstyrelsen Skåne (2014). *Projektplan 2014–2017 för fortsatt verksamhet med samhälls- och hälsokommunikatörer*. Malmö: Länsstyrelsen Skåne.
- Manuel, D. G., Ho, T. H. Harper, S., Anderson, G. M., Lynch, J. och Rosella, L. C. (2014). Modelling preventive effectiveness to estimate the equity tipping point: at what coverage can individual preventive interventions reduce socioeconomic disparities in diabetes risk? *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, vol 34 nr. 2–3, s. 94–102.
- Margolius, D., Bodenheimer, T., Bennett, H. m.fl. (2012). Health coaching to improve hypertension treatment in a low-income, minority population. *Ann Fam Med*, vol 10, s. 199–205.
- Marmotkommissionen – The Marmot Review (2010). *Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: The Marmot Review.
- Martin, P. D., Dutton, G. R., Rhode, P. C., Horswell, R. L., Ryan, D. H., Brantley, P. J. (2008). Weight Loss Maintenance Following a Primary Care Intervention for Low-income Minority Women. *Obesity*, vol 16, s. 2462–2467.
- Martin, P. D., Rhode, P. C., Dutton, G. R., Redmann, S. M., Ryan, D. H., Brantley, P. J. (2006). A Primary Care Weight Management Intervention for Low-Income African-American Women. *Obesity*, vol 14, s. 1412–1420.
- Marttila, A., Burström, K., Lindberg, L., Burström, B. (2015). *Utökat barnhälsovårdsprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Tensta socialtjänst. Utvärderingsrapport 2015*. Stockholm: Karolinska institutet.
- McGovern, L., Miller, G., Hughes-Cromwick, P. (2014). Health Policy Brief: The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health Outcomes. *Health Affairs*, August 21.
- McLaren, L., McIntyre, L., Kirkpatrick, S. (2010). Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *International Journal of Epidemiology*, vol 39, s. 372–377.
- Mårtensson L., Hensing G. (2011) Hälsolitteracitet, grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*, vol 108 nr. 51–52, s. 2718–2720.
- Nilstun, T. (1993). Folkhälsoarbete och etik. *Socialmedicinsk tidskrift*, nr. 2–3, s. 83–88.

- Norberg, M., Blomstedt, Y., Lönnberg, G. m.fl. (2012). Community participation and sustainability – evidence over 25 years in the Västerbotten Intervention Programme. *Global Health Action*, vol 5.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, vol 67, s. 2072–2078.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, vol 15 nr. 3, s. 259–267.
- Ockene, I. S., Tellez, T. L., Rosal, M. C. m.fl. (2012). Outcomes of a Latino community-based intervention for the prevention of diabetes: the Lawrence Latino Diabetes Prevention Project. *Am J Public Health*, vol 102, s. 336–342.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Lindelow, M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington: The World Bank.
- Palència, L., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M. m.fl. (2010). Socioeconomic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *International Journal of Epidemiology*. vol 39 nr. 3, s. 757–765.
- Peerson, A. och Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, vol 24 nr 3, s. 285–296.
- Proposition 1981/82:97. *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 2015/16:82. *Åtgärder för ökad folkhälsa på tobaksområdet – genomförandet av EU:s tobaksprodukt direktiv*. Stockholm: Regeringskansliet.
- RCC Stockholm Gotland (2016). *Jämlik vård med kommunsamverkan* <http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/om-oss/nyheter/2016/april/jamlik-var-d-med-kommunsamverkan/> [Hämtad: 2016-05-17].
- Record, N. B., Onion, D. K., Prior, R. E., Dixon, D. C., Record, S. S., Fowler, F. L., Cayer, G. R., Amos, C. I., Pearson, T. A. (2015). Community-wide cardiovascular disease prevention programs and health outcomes in a rural county, 1970–2010. *JAMA*, vol 313, s. 147–155.

- Region Jönköpings län (2016). *Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd: Hälsokurvan*. <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=39798&childId=15912>
Senast uppdaterad: 2016-06-01 [Senast besökt: 2016-06-16].
- Rimmer, J. H., Silverman, K., Braunschweig, C., Quinn, L., Liu, Y. (2002). Feasibility of a health promotion intervention for a group of predominantly African American women with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*, vol 28, s. 571–880.
- Ringsberg, K. C. (2009). Livsstil och hälsa. I Friberg, F., Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*, s. 263–292. Lund: Studentlitteratur.
- Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, vol 14 nr. 1.
- Saha, S., Leijon, M., Gerdtham, U. m.fl. (2013). *A culturally adapted lifestyle intervention addressing a Middle Eastern immigrant population at risk of diabetes, the MEDIM (impact of Migration and Ethnicity on Diabetes In Malmo): study protocol for a randomized controlled trial* [opublicerat manuskript]. Lund: Lunds universitet.
- Sassi, F., Merkur, S., David McDaid, D. (2015) Introduction to the economics of health promotion and disease prevention. I David McDaid, D., Sassi, F., Merkur, S. (red.) *Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case*, s. 3–18. Maidenhead: Open University Press.
- Satcher, D. (2006). The Prevention Challenge and Opportunity. *Health Affairs*, vol 25 nr. 4, s. 1009–1011.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, Folkhälsoinstitutet (1997). *Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013a). *SBU Kommentarer: Generella hälsokontroller för vuxna*. Stockholm: SBU.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013b). *Svar från SBU:s Upplysningstjänst: Kostnadseffektivitet för populationsscreening av riskfaktorer och interventioner för hjärt- och kärlsjukdom*
Senast uppdaterad 2013-08-19. <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/populationsscreening-kostnadseffektivitet-riskfaktorer-hjartkarlsjukdom/> [Besökt: 2016-06-16].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Hälsokommunikatörer förebygger ohälsa bland nyanlända* <http://skl.se/integrationsocialomsorg/asylochflyktingmottagandeintegration/idebankforintegrationsarbetet/halsa/flerlokalaexempelpahalsoochsjukvardasylochflyktingmottagande/flerexempelhalsa/halsokommunikatorerforebyggerohalsablandnyanlanda.4963.html> [Besökt 2016–05–09].

- SLL – Stockholms Läns Landsting (2016). *Välkommen till Barnhälsovården i Rinkeby* (senast uppdaterad 2016-09-14). <http://bvc.sll.se/har-finns-vi/rinkeby/> [Besökt: 2016-10-03].
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för förebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Strukturenkät för uppföljning av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Falun: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014. Sjukdomsförebyggande metoder. Indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016a). *Socialstyrelsens termbank*. <http://termbank.socialstyrelsen.se/> [Besökt: 2016-05-29].
- Socialstyrelsen (2016b). *Frågor och svar om Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder: Hur har jämlikhet och sociala faktorer hanterats i riktlinjerna?* <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/nationellariktlinjeforsjukdom> [Besökt: 2016-07-04].
- Socialstyrelsen (2016c). *Tolkar i hälso- och sjukvården och tandvården – Kartläggning våren 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1995:5. *Vårdens svåra val*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stange, K.C., Woolf, S.H., Gjeltema, K. (2002). One minute for prevention. The power of leveraging to fulfil the promise of health behavior counseling. *The American Journal of Medicine*, vol 22, s. 320–323.
- Statens folkhälsoinstitut (2011). *FaR® Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Sundquist, K., Malmström M., Johansson S-E., Sundquist, J. (2003) Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. *J Epidemiol Community Health*, vol 57, s. 347–352.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. m.fl. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, vol 12 nr. 80.

- Taira, D., Safran, D., Seto, T., Rogers, W., Tarlov, A. (1997). The relationship between patient income and physician discussion of health risk behaviors. *JAMA*, vol 278 nr. 17, s.1412–1417.
- Tugwell, P, de Savigny, D, Hawker, G och Robinson, V. (2006). Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. *BMJ*, vol 332 nr. 7537, s. 358–361.
- van den Donk, M., Sandbaek, A., Borch-Johnsen, K. m.fl. (2011). Screening for Type 2 diabetes. Lessons from the ADDITION-Europe study. *Diabetic Medicine*. vol 28 nr. 11, s. 1416–1424.
- Umberson, D., Crosnoe, R., Reczek, C. (2010). Social Relationships and Health Behavior Across Life Course, *Annu Rev Sociol*, vol 36 August 1, s.139–157.
- Uphoff, E.P., Pickett, K.E., Cabieses, B., Small, N., Wright, J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities, *International Journal for Equity in Health*, vol 12 nr. 54, s. 1–12.
- Vander Ploeg, K. A., Maximova, K., Mcgavock, J., Davis, W., Veugelers, P. (2014). Do schoolbased physical activity interventions increase or reduce inequalities in health? *Soc Sci Med*, vol 112, s. 80–87.
- van Doorslaer, E., Masserina, C., Koolman, X. m.fl. (2006). Inequalities in access to medical care by income in develop countries. *CMAJ*, vol 174, nr. 2.
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*, vol 11 nr. 12, s. 1–14.
- VGR – Västra Götalandsregionen (2013). *Samling för social hållbarhet - Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland*. Göteborg: Västra Götalandsregionen.
- VGR – Västra Götalandsregionen (2016a). *Förstå mig rätt – minska missförstånd*. http://jamlikvard.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso-och-sjukvardsavdelningen/Kunskapscentrum-for-Jamlik-varld/jamlik_varld/Metoder-Material/Forsta-mig-ratt/ [Besökt 2016-05-10].
- VGR – Västra Götalandsregionen (2016b). *Förstå mig rätt. Tidigare forskning, referenser (version 2016-03-24)*. Göteborg: Västra Götalandsregionen.
- von Wagner, C., Baio, G., Raine, R. m.fl. (2011). Inequalities in participation in an organized national colorectal cancer screening programme: results from the first 2.6 million invitations in England. *Int J Epidemiol*, vol 40, s. 712–718.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom* (rapport 2014:2). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande* (rapport 2014:7). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014c). *Vården ur patienternas perspektiv - Jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder* (rapport 2014:11). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – 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). Stockholm: Vårdanalys.
- Västerbottens Läns Landsting (2014). *Teach back – en samtalsmetod för ökad patientmedverkan och patientsäkerhet*. http://www.vll.se/VLL/Filer/Teachback_Salut%20Ola%20Knutsson.pdf [Besökt 2016-05-10].
- Walsh, B., Silles, M., och O'Neill, C. (2011). The importance of socio-economic variables in cancer screening participation: a comparison between population-based and opportunistic screening in the EU-15. *Health Policy*, vol 101 nr. 3, s. 269–76.
- Weinehall, L., Hellsten, G., Boman, K., Hallmans, G., Asplund, K., Wall, S. (2001). Can a sustainable community intervention reduce the health gap? – 10-Year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health*, vol 29 (suppl 56).
- WHO – World Health Organization (2015). *Cancer. Fact sheet N°297*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> [Hämtad: 2016-05-03].
- WHO – World Health Organization (2016). *Cardiovascular diseases (CVDs). Fact sheet*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> [Hämtad: 2016-08-19].
- Wåhlin, S. (2009). Implementering av frågeformulär om levnadsvanor. *Allmänmedicin*, vol 30 nr. 4.
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers – a Swedish cross-sectional study, *BMC Public Health*, vol 15 nr 1162, s. 1–13.



BILAGA 1 – ANVÄNDNING AV NATIONELL STATISTIK

Då det saknas heltäckande och samlad statistik över hälso- och sjukvårdens förebyggande arbetet i allmänhet och dess jämlikhet i synnerhet har vi använt oss av flera olika nationella datakällor om det förebyggande arbetets täckningsgrad och behandlingseffekt bland olika grupper. De datakällor vi använt är:

- Folkhälsomyndighetens enkät *Hälsa på lika villkor* – som undersöker hälsa, levnadsvanor och livsvillkor bland personer i åldrarna 16–84 år.
- Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) intervjuundersökning *Vårdbarometern* – som syftar till att mäta attityder till, kunskap om och förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården bland den vuxna befolkningen.
- SKL:s *Nationella Patientenkät* – som undersöker patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården bland personer som besökt hälso- och sjukvården under en viss urvalsperiod.
- SKL:s och Socialstyrelsens *Öppna jämförelser* – som bygger på information från olika kvalitetsregister som följer upp hälso- och sjukvården.
- The Commonwealth Funds enkät *International Health Policy Survey (IHP)* – som undersöker befolkningens erfarenheter av hälso- och sjukvården i elva länder (Vårdanalys 2014c). Den enkät som används i rapporten riktade sig till personer 55 år och äldre.
- Besöksstatistik för primärvården i Västra Götaland, Stockholm och Östergötland (Vårdanalys 2015).

- Socialstyrelsens enkät till landsting – baserad på aggregerade data om sjukdomsförebyggande åtgärder på individnivå från landstingens journalsystem för den specialiserade öppenvården respektive primärvården (Socialstyrelsen 2015).
- Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal – där myndigheten frågade personal i vården om deras attityd till och möjligheter att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen 2015).

BILAGA 2 – INTERVJUER

Intervjuperson	Titel	Region
Marcel Appono	Vårdcentralchef	Västra Götalandsregionen
Jesper Ekberg	Folkhälsochef	Region Jönköpings län
Elin Friman	Distriktsarbetsterapeut	Region Jönköpings län
Karin Fröjd	Medicinsk rådgivare, if. avdelningschef, Koncernkontoret	Västra Götalandsregionen
Pia Haikka	Projektledare, regionuppdrag Socialstyrelsens nationella riktlinjer	Västra Götalandsregionen
Mattias Jonsson	Folkhälsosekreterare	Region Jönköpings län
Hans Lingfors	Distriktsläkare, Med dr	Region Jönköpings län
Ann Martinius,	Vårdcentralchef	Västra Götalandsregionen
Malin Pålsson	Distriktsköterska	Västra Götalandsregionen
Erica Sandberg	Projektledare, regionuppdrag Social- styrelsens nationella riktlinjer	Västra Götalandsregionen
Vibe Steen Ramberg	Vårdcentralchef	Region Jönköpings län
Karin Wester	Sjuksköterska	Region Jönköpings län
Ingela Westman Kumlin	Processledare, Hälsolyftet	Västra Götalandsregionen

Förebygga för att överbrygga?

Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor

Sverige är ett av de länder som har högst medellivslängd i världen, men hälsan är inte jämnt fördelad mellan socioekonomiska grupper och kön. En av flera möjliga förklaringar är olika levnadsvanor. Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete har därför en viktig uppgift i att motverka skillnader i ohälsosamma levnadsvanor – men det finns risker för motsatt effekt. Vårdanalys analyserar jämlikheten i vårdens förebyggande arbete med utgångspunkt i vilka som nås av arbetet – dess täckningsgrad – och förändringen i levnadsvanor inom denna grupp – behandlingseffekten.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

