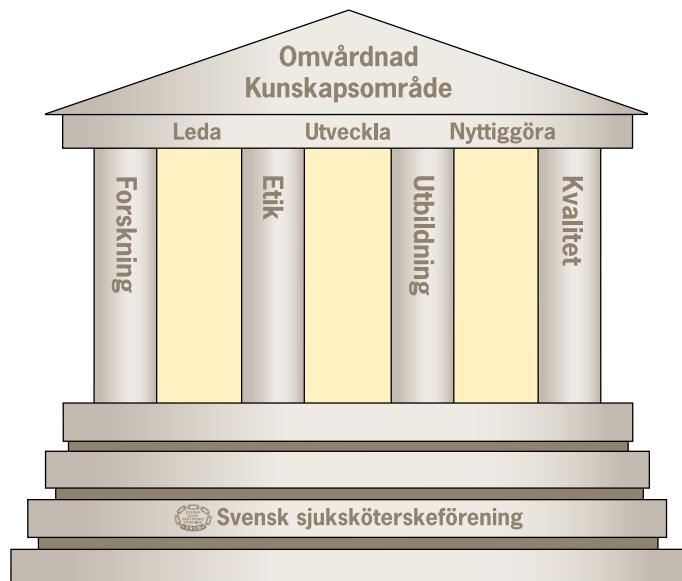


SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENINGENS STRATEGI

# JÄMLIK VÅRD OCH HÄLSA



Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionsförening. Vi är en ideell förening som företräder professionens kunskapsområde omvårdnad. I över hundra år har vi tagit ansvar för och engagerat oss i omvårdnad – i forskning, etik, utbildning och kvalitet – för patientens, vårdens och hela samhällets bästa. [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)



## Produktionsfakta

**UTGIVARE:** Svensk sjuksköterskeförening, Baldersgatan 1, 114 27 Stockholm Tel 08-412 24 00 [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)

**SAKKUNNIG I ETIK:** Inger Torpenberg **OMSLAG:** Yayoi Kusama *Dots Obsession 2015*, Verk av: YAYOI KUSAMA INFINITY på LOUISIANA Museum of Modern art. Verk av Yayoi Kusama finns också på sidan 12 (med en kort biografi), 29, 32 och 39. **GRAFISK FORM & REPRO:** Losita Design AB **TRYCK:** Ätta.45 Tryckeri AB, 2017 **ISBN-NR:** 978-91-85060-07-8

# INNEHÅLL

4	<b>Förord</b>
6	<b>Den ojämlika vården</b>
9	<b>Den ojämlika hälsan</b>
10	Hjärt-kärlsjukdomar och cancer
11	Långvarig psykisk sjukdom
13	Psykisk ohälsa bland yngre
13	Levnadsvanor
15	Äldre personers komplexa hälsotillstånd
16	Närståendes insatser
19	HBTQ-personers vård och hälsa
20	Asylsökande och papperslösa
22	<b>Hälsofrämjande omvårdnad</b>
25	<b>Prioriterade områden för jämlik vård och hälsa</b>
25	Det ömsesidiga mötet
26	Synliggör genusperspektivet
27	Goda levnadsvanor
28	Kunskap om hinder för fysisk aktivitet
30	Hälsa för barn och unga
32	Somatisk vård vid långvarig psykisk sjukdom
33	Vård och kunskap om suicidförebyggande insatser
34	Omvårdnad av äldre personer
35	Stöd till närstående
36	Hälsa för personer på flykt och asylsökande
40	<b>En politik för jämlik vård och hälsa – tio krav</b>
42	<b>Fördjupningslitteratur</b>
45	<b>Bilaga</b>

## FÖRORD

Svensk sjuksköterskeförening, som företräder sjuksköterskans profession och kunskapsområdet omvårdnad, vill med denna strategi bidra till att alla sjuksköterskor inom alla verksamhetsområden arbetar för jämlik vård och hälsa för hela befolkningen.

Denna nya strategi är en utveckling av Svensk sjuksköterskeförenings *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete* som publicerades år 2008. Den strategin tydliggjorde omvårdnadens hälsofrämjande insatser och visade hur kunskap om hälsa och hälsofrämjande insatser kan användas i patientnära verksamhet. Några av de teoretiska utgångspunkterna i den tidigare strategin finns med som bilaga i denna strategi eftersom vi tror att det kan underlätta och fördjupa läsningen.

År 2010 gav föreningen ut *Alla har rätt till vård*, en guide om mänskliga rättigheter i vårdens vardag. Aktuellt innehåll från båda dessa publikationer har nu uppdaterats och återfinns i denna strategi för jämlik vård och hälsa.

Styrelsens uppdrag till projektgruppen var att med denna strategi visa på omvårdnadens och teamets roll för att främja hälsa. Strategin skulle även visa på resultat från forskning om ojämlik vård och skillnader i hälsa. Granskningen av litteraturen visar att forskningsområdet är spretigt och att omvårdnadens betydelse i sammanhanget inte är tillräckligt visat. Även om hälsofrämjande och jämlik omvårdnad är ett forskningsområde som behöver utvecklas väljer vi att lyfta fram och redovisa en rad goda exempel som kan inspirera.

Trots att vi lever i ett välmående land finns det stora skillnader i hälsa mellan olika grupper och eftersom nuvarande regering har satt som mål att överbrygga dessa klyftor på en generation vill Svensk sjuksköterskeförening vara med och göra skillnad.

Varmt tack till Ania Willman som skrivit underlaget. Tack också till Yayoi Kusama för att vi fått använda hennes konst och för ett gott samarbete.

**Ami Hommel**

*Ordförande Svensk sjuksköterskeförening*



### **Förenta Nationernas (FN)**

deklarationer om mänskliga rättigheter tar bland annat upp rätten till lika värde, rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och rätt att i såväl fysisk som psykiskt avseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa. Jämlik vård är intimt förknippad med mänskliga rättigheter.

**Barnkonventionen** slår fast att alla barn och ungdomar upp till 18 år har samma rättigheter att leva och utvecklas, växa upp i trygghet och skyddas mot övergrepp. Barn har även rätt att ge uttryck för sina åsikter i frågor som berör dem – och barnen ska respekteras för vad de tycker och tänker. Barnets bästa ska alltid komma i första hand.

**Kvinnokonventionen** slår fast att kvinnor har samma rättigheter som män.

**FN:s konvention** om rättigheter för personer med funktionsnedsättning har som syfte att stärka skyddet av de mänskliga rättigheter som personer med funktionsnedsättning har enligt de konventioner som redan finns. Den fokuserar på icke-diskriminering och listar nödvändiga åtgärder för att personer med funktionsnedsättning ska kunna åtnjuta såväl medborgerliga och politiska som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

[www.manskligarattigheter.se/sv](http://www.manskligarattigheter.se/sv)

## **DEN OJÄMLIKA VÅRDEN**

I hälso- och sjukvården finns omotiverade skillnader mellan till exempel socio-ekonomiska grupper, geografiska områden och kön trots att det i riktlinjer och dokument som styr hälso- och sjukvården anges att vården ska vara jämlik. Den svenska hälso- och sjukvården är ojämlik. Ojämligheterna är stora och bestående och det finns stora regionala skillnader.

Ojämligheten är tydlig även om exemplen varierar. Ojämlik vård är till exempel att män som insjuknar i stroke vårdas vid en stroke-enhet oftare än kvinnor, eller att kvinnor och män med lägre utbildning har generellt högre dödlighet efter hjärtinfarkt och stroke än högutbildade män och kvinnor. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar i en årsrapport från 2012 att det finns skillnader, till exempel när det gäller njursjukvård och behandling av benskörhet. I en nationell utvärdering för år 2013 (Socialstyrelsen 2013a) visades till exempel att var fjortonde kvinna i Jämtland som drabbats av bröstcancer behövde opereras en andra gång, på grund av komplikationer, medan i Blekinge behövde endast var hundra kvinna detta.

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med gott bemötande, oavsett kön, könstillhörighet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning eller ekonomi. I begreppet jämlikhet inkluderas jämställdhet. Jämställdhet handlar om relationen mellan könen medan jämlikhet åsyftar alla individers och gruppers lika värde.

Den årliga jämförelsen mellan Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD-länderna), som gjordes år 2015, visar att Sverige ligger bland de främsta länderna vad gäller förväntad livslängd och låg spädbarnsdödlighet. Sverige visar också ett bättre resultat än de flesta andra länder när det gäller exempelvis överlevnad i cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar. I jämförelse med andra länder har Sverige förhållandevis många läkare, få patientbesök per läkare, korta vårdtider på sjukhus och få vårdplatser inom slutenvård (Kommissionen för jämlik vård, 2015; Kommissionen för jämlik hälsa, 2016).

Samtidigt visar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a) att svenska patienter i lägre utsträckning får information om olika behandlingsalternativ och att den svenska vården är sämst bland de undersökta länderna på att diskutera läkemedel och eventuella biverkningar med patienterna. Patienterna upplever att läkare och annan vårdpersonal inte tar ett samordningsansvar för kontakter med andra delar av vården, särskilt inte efter utskrivning från sjukhusvård.




Colourbox

Kommissionen för jämlik vård (2015) anser att ojämlik vård är särskilt allvarligt för ett land som Sverige där det givna löftet till befolkningen är att den enskilde ska erbjudas vård av hög kvalitet som utgår från vårdbehovet och som ska ges med beaktande av vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utgångspunkten för denna kritik finns i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf (1982:763) som säger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Kommissionen anser att jämlik vård inte ska begränsas till vad hälso- och sjukvården är skyldig att erbjuda, utan även måste omfatta utjämnande av skillnader i hälsoutfall. Annars kommer den ojämlika vården att på sikt utgöra ett hot mot hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Förenta Nationernas deklARATIONER om mänskliga rättigheter beskrivs i 30 olika artiklar och tar bland annat upp rätten till lika värde, rätt till liv, frihet, per-

Jämlik vård är  
intimt förknippad med  
mänskliga rättigheter.



Det är framförallt i mötet mellan patienten och vårdpersonalen som ojämlikheter uppstår.

sonlig säkerhet och rätt att i såväl fysisk som psykiskt avseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa. Jämlik vård är intimt förknippad med mänskliga rättigheter.

Patientlagen (2014: 821) som trädde i kraft år 2015 syftar till att förtydliga och stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Enligt lagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Trots att mycket talar för att en ökad förståelse för patientens egna utgångspunkter och sammanhang gör vården mer ändamålsenlig kan man inte säga att vården av idag i varje given vårdssituation tar hänsyn till det aktuella vårdbehovet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b) menar att det framförallt är i mötet mellan patienten och vårdpersonalen som ojämlikheter uppstår. Myndigheten lyfter fram tre förklarande mekanismer: att vården inte förmår att anpassa sig till patienters olika egenskaper och förutsättningar, att vårdpersonalen agerar utifrån förutfattade uppfattningar om exempelvis ålder och kön, samt ett omedvetet beteende som har sin grund i normer och värderingar hos vårdpersonalen.

Ytterligare ett hot mot jämlik vård är den ojämna spridningen och implementeringen av evidensbaserade metoder inom vården. Det finns behov att samordna nationella aktörers insatser för en effektiv implementering och också att anpassa kunskapsunderlagen till lokala förhållanden.

Det finns olika exempel på att kunskapsbaserade metoder har svårt att nå ut i den svenska vården, ett exempel handlar om att det är svårt att nå ut med psykoterapeutiska metoder för att behandla ångest och depression eftersom det saknas psykoterapeuter i flera landsting. Ett annat exempel är att underbemanning i kombination med brist på specialistsjuksköterskor får förödande konsekvenser. Främst för patienter som utsätts för ett antal risker såsom att den planerade operationen ställs in, att de får felaktig behandling eller att de inte får tillräckligt god och säker omvårdnad. Bristen på specialistutbildade sjuksköterskor utgör också ett hinder för implementering av evidensbaserade metoder eftersom det är dessa sjuksköterskor som har den avancerade kompetensen.



## DEN OJÄMLIKA HÄLSAN

Folkhälsomyndigheten visar i sin rapport för år 2016 att folkhälsan i Sverige utvecklas positivt, medellivslängden för befolkningen fortsätter att öka och skillnaden mellan könen minskar. Baksidan av myntet är att det finns skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen, och att skillnaderna ökar. Hälsan, och skillnader i hälsa, påverkas av människors livsvillkor och levnadsförhållanden.

När befolkningen delas in efter utbildningsnivå är det de med lägst utbildningsnivå som har sämst hälsa, detta kallas ofta den sociala gradienten. Det är till exempel större skillnader i medellivslängd mellan personer med låg respektive hög utbildningsnivå än vad det är mellan kvinnor och män. Eftersom inkomstspridningen fortsätter att öka ses också ökade skillnader mellan olika utbildningsgrupper när det gäller ekonomisk standard. Lågutbildade kvinnor har en särskilt svag utveckling (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Regeringen vill utjämna de socioekonomiska skillnaderna inom hälsa och målet är att överbrygga hälsoklyftorna på en generation. Det blir därmed nödvändigt att ta ett helhetsgrepp om befolkningens hälsa som involverar fler aktörer än hälso- och sjukvården. Det är inte enbart regeringen som tagit fasta på detta. I flera kommuner och landsting sätter man nu invånarnas hälsa i fokus på ett helt annat sätt än tidigare. I Malmö, till exempel, ställer man om hela förvaltningen med jämlik hälsa som mål och i Region Örebro och Botkyrka kommun pågår liknande arbeten.

Utvecklingen av hälsosamma levnadsvanor under de senaste tio åren är överlag positiv, men det finns stora skillnader utifrån socioekonomiska faktorer som till exempel utbildning, ekonomi och arbete. Utbildningsnivån i Sverige fortsätter att stiga. Generellt sett har kvinnor en högre utbildningsnivå än män och könsskillnaderna ökar. Det finns ett tydligt samband mellan högre utbildningsnivå och bättre hälsa. Skillnader i livslängd mellan grupper med olika utbildningsbakgrund har ökat de senaste decennierna. Under den senaste femårsperioden har livslängden inte ökat för varken kvinnor eller män med endast grundskoleutbildning, medan trenden med ökning av livslängden har fortsatt i grupper med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Kvinnor med endast grundskoleutbildning är de som haft den minst gynnsamma utvecklingen (Folkhälsomyndigheten, 2016; Kommissionen för jämlik hälsa, 2016).

Levnadsförhållanden påverkas av livsvillkoren. Inkomstnivå och ekonomisk standard påverkar förutsättningarna för en god hälsa och välbeställda individer är friskare och lever längre än de med knappa ekonomiska resurser.

Det finns ett tydligt samband mellan högre utbildningsnivå och bättre hälsa. Inkomstnivå och ekonomisk standard påverkar förutsättningarna för en god hälsa och välbeställda individer är friskare och lever längre än de med knappa ekonomiska resurser.

World Health Organization (WHO) listar sex områden inom vilka insatser behövs för att minska ojämlikheterna i hälsa:

- 1. Barns tidiga utveckling**  
*Ge varje barn den bästa starten i livet.*
- 2. Utbildning**  
*Gör det möjligt för barn, ungdomar och vuxna att maximera sina förmågor och att ha kontroll över sitt liv.*
- 3. Arbete**  
*Skapa rättvisa arbetsförhållanden för alla.*
- 4. Se till att alla får en hälsosam levnadsstandard**
- 5. Miljö**  
*Skapa och utveckla hälsosamma och hållbara samhällen.*
- 6. Vård**  
*Stärk den förebyggande vårdens roll och betydelse för att minska sjukdomar.*

WHO. (2014). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Hämtad från: [www.euro.who](http://www.euro.who)

Den ekonomiska standarden för befolkningen fortsätter att förbättras samtidigt som skillnaderna mellan grupper ökar. Personer som lever i relativ fattigdom, en ekonomisk standard som är under 60 procent av medianvärdet för samtliga, har ökat från 8 procent år 2004 till 13 procent år 2014. Det är också visat att risken för marginalisering och ohälsa ökar för de som lever i relativ fattigdom. Lågutbildade kvinnor har en särskilt svag utveckling av den ekonomiska standarden. Ohälsan är högre bland arbetslösa än bland de som har arbete. År 2015 var 25 procent av kvinnorna och 17 procent av männen i gruppen med endast grundskoleutbildning arbetslösa och arbetslösheten ökade mest i denna grupp under perioden 2005–2015. Arbetslösheten är betydligt högre bland ungdomar än bland äldre (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Den ohälsa och förtida död som ojämlikheten mellan till exempel olika utbildningsgrupper representerar handlar inte enbart om mänskligt lidande och förlorade levnadsår, utan även om direkta kostnader kopplade till ohälsan i form av produktionsbortfall, sjukvård och sjukskrivning. Eftersom sociala skillnader i hälsa i hög grad orsakas av hälsoproblem som är åtgärdbara finns det, utöver moraliska skäl, även ett samhälleligt hållbarhetsperspektiv (Kommissionen för jämlik hälsa, 2016).

### Hjärt-kärlsjukdomar och cancer

Icke smittsamma sjukdomar, non-communicable diseases (NCD) svarar för majoriteten av förtida dödsfall i världen, cirka 35 miljoner dödsfall av 53 miljoner år 2010. Fram till år 2030 beräknas siffran öka till 55 miljoner förtida dödsfall. I Sverige svarar icke smittsamma sjukdomar för 90 procent av alla dödsfall. Fyra kategorier av sjukdomar ligger bakom denna höga dödlighet; hjärt-kärlsjukdomar, cancersjukdomar, diabetes och kroniska/långvariga lungsjukdomar. Dessa kategorier av sjukdomar har i huvudsak följande gemensamma riskfaktorer; tobak, ohälsosamma alkohol- och matvanor samt otillräcklig fysisk aktivitet.

I Sverige är de vanligaste dödsorsakerna hjärt-kärlsjukdomar och cancer. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar har under de senaste decennierna minskat kraftigt och insjuknande och dödsfall inträffar numera i allt högre ålder. Förekomsten av hjärt-kärlsjukdomar påverkas av faktorer som arbetslöshet, stillasittande fritid, fetma och tobak. I alla åldrar är risken att insjukna i hjärtinfarkt högre bland dem med lägre utbildningsnivå. Risken att insjukna i stroke har fortsatt att minska sedan år 2005. Risken att insjukna ökar med stigande ålder och i alla åldrar är risken högre bland de med lägre utbildningsnivå (Folkhälsomyndigheten, 2016).

I takt med att hjärt-kärlsjukdomar minskar har cancer relativt sett fått större betydelse och numera uppskattas att var tredje person får en cancerdiagnos under sin livstid. Varje år dör cirka 22 000 personer i cancer i Sverige vilket gör cancersjukdomar till den vanligaste dödsorsaken för personer under 80 år. Dödligheten i cancer har minskat något, trots att allt fler diagnoser ställs. Numera ställs diagnos ofta i ett tidigt skede, något som kan innebära en bättre prognos. Risken att dö i cancer ökar med stigande ålder. Matvanor har betydelse för insjuknande, liksom konsumtion av tobak, alkohol, fysisk aktivitet och solvanor (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Enligt Cancerfondens rapport (2012) är en patients överlevnad vid en cancerdiagnos kopplad till hens socioekonomiska status. När man undersöker femårsöverlevnaden för alla med cancer är det en mycket tydlig skillnad i överlevnad mellan den högsta och den lägsta socioekonomiska gruppen. De senaste 15–20 åren har överlevnaden ökat i samtliga socioekonomiska grupper, men skillnaden dem emellan är konstant. Innovationer och kvalitetsförbättringar kommer inte alla till del på ett jämlikt sätt (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Enligt Socialstyrelsens rapport (2013a) om utvärdering av de tre vanligaste cancerformerna i Sverige får patienter med tjock- och ändtarmscancer med en lägre utbildningsnivå inte i samma utsträckning den diagnostik och behandling som Socialstyrelsen rekommenderar. Ytterligare tecken på ojämlikhet mellan utbildningsgrupperna är att lågutbildade med ändtarmscancer opereras om i högre utsträckning på grund av komplikation än de som har högre utbildning. Samma tendenser när det gäller skillnader i behandling finns också inom bröst- och prostatacancervården.

Inte heller för personer med funktionsnedsättning är vården jämlik. Enligt Socialstyrelsens rapport (2013a) löper kvinnor med funktionshinder dubbel risk att dö i bröstcancer jämfört med andra patienter med bröstcancer, bland annat beroende på att de får sin diagnos i ett senare skede.

### Långvarig psykisk sjukdom

Personer med långvarig psykisk sjukdom är en identifierad riskgrupp med behov av somatisk vård. Deras samsjuklighet ställer krav på vårdens förmåga att uppmärksamma risker för ohälsa och i tid sätta in promotiva hälsofrämjande åtgärder. Personer med psykisk sjukdom har ofta en nedsatt kognitiv funktion som kan påverka deras förmåga att ta till sig, förstå och använda information om sin hälsa. De har därför ett större behov av somatisk vård än många andra grupper.

**Kvinnor** med funktionshinder löper dubbel risk att dö i bröstcancer jämfört med andra patienter med bröstcancer, bland annat beroende på att de får sin diagnos i ett senare skede.

(Socialstyrelsen, 2013a)

**Personer** med psykisk sjukdom har ofta en nedsatt kognitiv funktion som kan påverka deras förmåga att ta till sig, förstå och använda information om sin hälsa.



Dots Obsession 2015 Installation view: YAYOI KUSAMA IN INFINITY at Louisiana Museum of Modern art.

### **Biografi Yayoi Kusama**

Yayoi Kusama (f. 1929) är en världsberömd japansk avant-gardekonstnär och författare. Hon har visat sina verk på några av de högst aktade och mest välbesökta museerna runt om i världen, däribland Moderna Museet i Stockholm, Museum of Modern Art i New York och Mori Art Museum i Tokyo.

Kusamas konst uttrycker hennes livserfarenheter, speciellt de hallucinationer endast hon kan se och som hon genom sin konstnärliga vision sedan gestaltar i målningar, collage, installationer och performanceer.

Personer med psykosjukdom har i högre utsträckning än den övriga befolkningen levnadsvanerisker som bidrar till sämre hälsa, till exempel rökning, osunda kostvanor och brist på fysisk aktivitet eller missbruk. För personer med schizofreni är avsaknad av energi och motivation typiska symtom som kan ingå i sjukdomsbilden. Dessa grupper kan därför ha svårt att ta till sig råd och anvisningar eller söka vård vid somatiska besvär. Till detta ska läggas att många nödvändiga antipsykotiska läkemedel har sidoeffekter som ökar risken för hjärt-kärlsjukdom, till exempel oönskad viktuppgång och förhöjda värden på blodfetter och blodsocker. Det finns en högre dödlighet för personer med psykisk sjukdom om man jämför med den övriga befolkningen. Särskilt utsatta är personer med psykos som även drabbas av ischemisk hjärtsjukdom. En orsak kan vara deras låga uttag av sekundärpreventiv läkemedelsbehandling samt att de sällan får kranskärlsröntgen vid hjärtinfarkt (Socialstyrelsen, 2014).

## Psykisk ohälsa bland yngre

Den psykiska ohälsan ökar bland yngre personer, samtidigt som den minskar för äldre. Allt fler ungdomar som upplever psykiska besvär såsom oro eller ångslan, får psykiatrisk öppen- och slutenvård och förskrivs psykofarmaka. Det är framförallt depressioner och ångestsjukdomar som ökar. Största ökningen av psykisk ohälsa är bland 15-åriga flickor (57 procent) och pojkar (31 procent) där siffrorna fördubblats sedan registreringen startade på 80-talet. Bland både kvinnor och män är besvär av ångslan, oro och ångest vanligare i den yngsta åldersgruppen, 16–29 år. Suicid är vanligare bland män än bland kvinnor och vanligare bland personer 45 år och äldre än bland yngre. Suiciden minskar totalt, utom för åldersgruppen 15–24 år där det ökar för varje år, särskilt för gruppen pojkar och unga män. I denna åldersgrupp är också sjukhusvård för självskaðebeteende vanligast när man jämför med andra åldersgrupper (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Närståendes upplevelser i samband med psykisk ohälsa visar att sjukdomen ofta har betydande konsekvenser för såväl personen som är sjuk som för de närstående. Den höga förekomsten av psykisk ohälsa bland unga vuxna gör att deras närstående ofta får ta ett stort ansvar för att stödja kamrater eller familjen, till exempel vid livsleda, suicidhot, depression och ångest. Även kamrater och vänner som utgör stöd till den unga vuxna med psykisk ohälsa tar ofta stort ansvar och kan därmed själv behöva stöd och hjälp.

## Levnadsvanor

Hälsosamma levnadsvanor såsom tobaksfrihet, måttligt alkoholbruk, fysisk aktivitet och goda matvanor främjar hälsa och förebygger ohälsa och sjuklighet. Hälsosamma levnadsvanor påverkas av var man bor, utbildningsnivå, ekonomiska och sociala förhållanden. Trots att det i Sverige idag är 60 procent av alla kvinnor och män som motionerar regelbundet är andelen med stillasittande fritid oförändrad på 13–15 procent. En stillasittande fritid innebär att man rör på sig mindre än två timmar per vecka. Stillasittande fritid är vanligare bland äldre kvinnor (65–84 år) och bland de med lägre utbildningsnivå. En mer hälsosam kost, eller goda matvanor, innebär ett ökat intag av frukt och grönsaker samt ett minskat intag av salt, socker, mättat fett och transfetter. Ett lågt intag av frukt och grönsaker är en riskfaktor för hög sjukdomsörda (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Högt BMI utgör en riskfaktor för att drabbas av ett flertal sjukdomar såsom diabetes typ 2, hjärt-kärlsjukdomar, högt blodtryck och cancer. Övervikt

**Allt fler ungdomar** upplever psykiska besvär såsom oro eller ångslan, får psykiatrisk öppen- och slutenvård och förskrivs psykofarmaka.

**Barn behöver** minst en timmes fysisk aktivitet per dag. Detta ger förbättrad kondition och muskelstyrka, starkare skelett, sänkning av höga blodfetter, ökad självkänsla och förbättrade skolresultat.

innebär ett BMI mellan 25 och 30 och vid fetma är BMI över 30. År 2015 var andelen personer med övervikt 29 procent bland kvinnor och 42 procent bland män. Andelen personer med fetma har ökat något. Förändringen har skett bland de som är mellan 45–84 år. Fetma är vanligare bland personer med lägre utbildningsnivå (Folkhälsomyndigheten, 2016). Övervikt och fetma är ett komplext tillstånd med biologiska, sociala och miljömässiga determinanter (Butland med flera, 2007).

Övervikt och fetma bland barn och unga har ökat kraftigt de senaste 25 åren, men det finns inga aktuella nationella data vad gäller barn och fetma. Siffror från år 2011 angav att 17 procent av svenska barn i åldern 7–9 år var överviktiga och detta inkluderar 3 procent som hade fetma (Sjöberg med flera, 2011). Regionala data från Skåne år 2011 visade att 10,1 procent av 4-åringarna var överviktiga, inkluderande 2,3 procent som hade fetma (Region Skåne, 2011). Jämfört med andra europeiska länder är detta relativt sett låga siffror som trots detta kräver uppmärksamhet. Aktuell forskning visar att det överviktspreventiva arbetet inte prioriteras inom barnhälsovården på grund av att barnsjuksköterskorna anser sig sakna kunskap, riktlinjer och resurser (Isma, 2016).

Det är väl känt att det är viktigt att förebygga övervikt och fetma så tidigt som möjligt eftersom problemen kan tillta i vuxen ålder och Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) rekommenderar att barn behöver minst en timmes fysisk aktivitet per dag då detta ger förbättrad kondition och muskelstyrka, starkare skelett, sänkning av höga blodfetter, ökad självkänsla och förbättrade skolresultat. Fysisk aktivitet under skoldagen kan ha särskild stor betydelse för de unga som inte annars är aktiva (YFA, 2016).

Såväl användning av tobak som konsumtion av alkohol minskar i befolkningen, trots detta beräknas 14 procent av befolkningen ha riskabla alkoholanor. Andelen som röker eller snusar dagligen har minskat under de senaste tio åren men enligt Socialstyrelsen (2013b) förklaras de ökade skillnaderna i dödlighet och livslängd mellan olika utbildningsgrupper, särskilt hos kvinnor, till stor del av en ökad dödlighet i sjukdomar som är relaterade till rökning.

Den månatliga intensivkonsumtionen av alkohol har minskat och särskilt tydlig är denna trend bland unga (16–29 år) och bland skolungdomar, men bland äldre (65–84 år) har den ökat. Alkoholrelaterade dödsorsaker är vanligast bland personer med lägst utbildningsnivå och ovanligaste bland de med högst utbildning. (Folkhälsomyndigheten, 2016)



Colourbox


### Äldre personers komplexa hälsotillstånd

Många äldre är friska och har god hälsa upp i hög ålder men för att minimera personligt lidande och samhällsliga kostnader är det viktigt att de grupper som är i riskzonen för sjukdom och ohälsa identifieras tidigt. I dagens vård- och omsorgssystem identifieras dessa riskgrupper alltför sent, oftast först när sjuklighet och skörhet inträffat.

Äldre personer som inte är friska har ofta flera sammansatta sjukdomar och ohälsoproblem samtidigt. Även om vården ska vara tillgänglig för äldre och ingen ska nekas vård eller medicinsk behandling på grund av ålder finns många exempel på åldersdiskriminering inom vården. Det finns risk att det är symtomen som behandlas hos äldre patienter i stället för orsakerna till problemen.

Behandlingsinsatser kan variera med ålder (Cancerfonden, 2012). Enligt Socialstyrelsen (2013) ordineras äldre kvinnor oftare läkemedel som kan

**De personer** som är svårast sjuka och äldre med komplexa hälsotillstånd är de som har störst svårigheter att få en god vård med nuvarande hälso- och sjukvårdssystem.



orsaka förvirring och fall jämfört med män i samma ålder. Eftersom få äldre personer ingår i kliniska studier kan detta leda till att äldre underbehandlas eller får felbehandling, bland annat eftersom olika behandlingar och läkemedel inte är tillräckligt utprovade för äldre patienter. Ett exempel på åldersdiskriminerande underbehandling är att endast cirka var tionde 90-årig patient med förmaksflimmer får warfarinbehandling. Om alla som behöver behandling fick detta skulle antalet strokefall minska med 5 000 om året (SBU, 2013a).

De personer som är svårast sjuka och äldre med komplexa hälsotillstånd är de som har störst svårigheter att få en god vård med nuvarande system. Nuvarande system kan beskrivas som ett mottagningsbaserat system där den som har svåra, utvecklade och återkommande besvär tvingas besöka många olika kliniker och vårdgivare för att få den vård som behövs. För att tas om hand på ett bättre sätt behöver dessa personer en kontinuitet i vårdkontaktarna (SBU, 2013b).

Det är tidigare visat att det finns brister i både kompetens och rutiner i omhändertagandet av äldre personer på svenska akutmottagningar. Bristande bemanning, otillräcklig kompetens i vården av äldre, överbeläggningar och ett ökat antal sköra äldre medför långa väntetider på akutmottagningarna. Dessa långa väntetider har visats drabba de sköra äldre särskilt hårt. Det är uppenbart att akutsjukvården är dåligt anpassad för att möta sköra äldre personers behov.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2013b) har granskat den samlade forskningen och visar att ett teambaserat strukturerat omhändertagande av äldre resulterar i bättre funktionsförmåga och ökade möjligheter för äldre att bo kvar i eget hem efter utskrivning från akut sjukhusvård. Även om det vetenskapliga underlaget har brister är det angeläget att samverka i vård och omsorg av äldre förbättras.

Flera studier har visat positiva resultat av att distriktssköterskor erbjuder hembesök till "friska" 70–75-åringar, till exempel visar Sherman (2012) att hälsan försämrades i lägre grad för de äldre personer som besöktes en gång för ett hälsosamtal. Vid samtalet identifierades en rad hälsoproblem som faller inom ramen för distriktssköterskans arbete och därmed kunde åtgärdas.

### **Närståendes insatser**

Närstående (person som den enskilde anser sig ha en nära relation till) tar allt större ansvar i vården, till exempel inom områden som vård av äldre och av personer med cancersjukdom, stroke eller vid psykisk ohälsa. Bland närstående till personer med allvarlig psykisk sjukdom upplever många sig

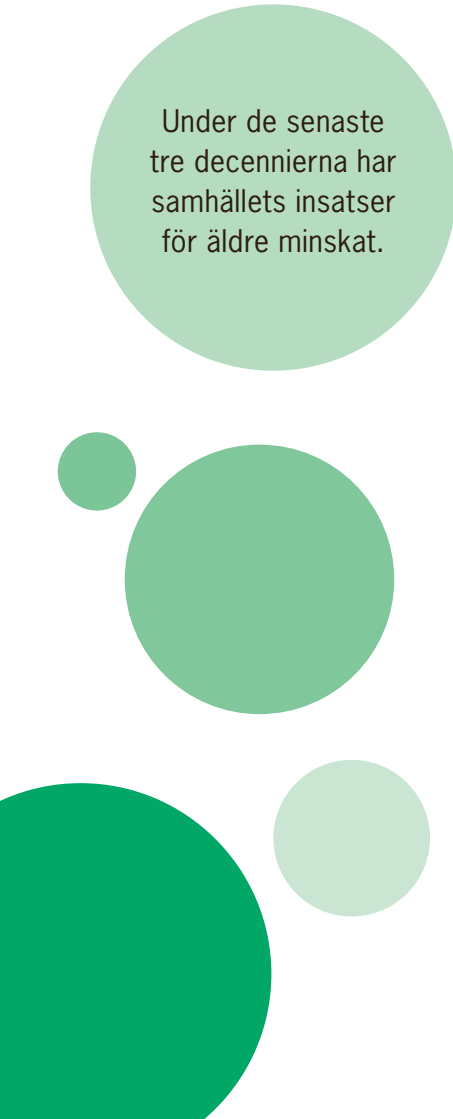




belastade inom flera livsområden. En europeisk studie visar att en tredjedel av dessa närståendevårdare upplever börda inom tre av följande fem livsområden: det sociala, emotionella, fysiska, relationella och finansiella området. De oroas särskilt över framtiden och vad som långsiktigt ska hända med deras anhörig, det vill säga personen med psykisk sjukdom (Vermeulen med flera, 2015).

Barn som närstående är särskilt sårbara, av flera olika skäl. Dels är de beroende av den som drabbas av sjukdom, dels kan de ha svårare att förstå det som händer, liksom orsakerna. Barn och unga kan i dessa situationer riskera att påverkas negativt av de vuxnas och sin egen oro, av förändringarna i vardagen och ibland får barnet ta ett orimligt stort ansvar kanske i kombination med bristande omsorg och svåra upplevelser. Det är viktigt att uppmärksamma barns behov och ge det stöd som behövs eftersom detta

**De närståendes** insatser har betydelse för den nationella välfärden genom att de balanserar hälso- och sjukvårdens kostnader.



Under de senaste tre decennierna har samhällets insatser för äldre minskat.

både kan förbättra situationen här och nu samt förebygga senare negativa konsekvenser (Socialstyrelsen, 2013 b).

Fler äldre personer bor hemma högt upp i åldrarna. Vårdbehovet ökar samtidigt som det blir färre platser på sjukhus och vårdboenden. De som behöver sjukhusvård skrivs ut tidigare på grund av färre vårdplatser. Under de senaste tre decennierna har samhällets insatser för äldre minskat.

Mellan år 2001 och år 2012 försvann var fjärde plats från landets äldreboenden, sammanlagt drygt 30 000 platser. Bortfallet av offentlig omsorg har i huvudsak ersatts med anhörigas och närståendes insatser. För dessa insatser finns ett tydligt klassmönster. Anhörigomsorg är betydligt vanligare och mer omfattande bland personer med lägre utbildning. Privat köpt hjälp är vanligare bland äldre personer med högre utbildning.

Det är 360 000 personer i förvärsaktiv ålder som hjälper en äldre, sjuk eller funktionshindrad person dagligen eller flera gånger i veckan. Samtidigt har 80 000–100 000 personer gått ned i arbetstid eller helt slutat arbeta för att vårda. Var femte medelålders kvinna och något färre män ger minst en gång i veckan hjälp till en familjemedlem eller vän som behöver hjälp på grund av ålder, sjukdom eller funktionshinder. Det är vanligare för kvinnor som är omsorgsgivare att stå utanför arbetsmarknaden än för kvinnor som inte är omsorgsgivare. Detta gäller främst lågutbildade kvinnor. För män finns inget sådant samband mellan förvärsarbete och omsorgsansvar (Szebehely & Ulmanen, 2012).

Närståendes insatser utgör därmed en stor del av den hjälp och assistans som ges till Sveriges hemmaboende äldre som lever med en eller flera långvariga sjukdomar. Räknet i tid är det mest äldre personer som bidrar med omsorgsinsatser, oftast till en sammanboende partner. De närståendes insatser har betydelse för den nationella välfärden genom att de balanserar hälso- och sjukvårdens kostnader. Allteftersom fokus för vården av äldre flyttas från sjukhus och institutioner till vård i hemmet är det rimligt att anta att de närståendes insatser inte kommer att minska.

En stor del av de äldre personer som behöver insatser från närstående är personer med demens. Mer än hälften av personer med demens bor och vårdas hemma. De närstående som bistår, och i ett senare skede även vårdar, en anhörig behöver ett utvecklat stöd för att inte själv drabbas av ohälsa och sjukdom. Forskningen visar att den börda som många närstående upplever minskar om de får stöd i form av utbildningsprogram, vilket även kan ha effekt mot depression hos den som vårdar en anhörig med demens i hemmet (SBU, 2015).

## HBTQ-personers vård och hälsa

Personer som bryter normen genom att leva i likkönade relationer, eller där könsidentitet eller könsuttryck inte är i linje med personens biologiska, sociala eller juridiska kön benämns HBTQ. Denna normbrytande position är en position som inverkar negativt på personens hälsa och hälsovillkor under hela livsloppet (Folkhälsomyndigheten, 2014; 2015). Även det bemötande personen får i hälso- och sjukvården kan påverka upplevelsen av hälsa och hälsans villkor (Folkhälsoinstitutet, 2016; Rödahl, 2009).

HBTQ-personer finns inom vårdens alla områden som till exempel stjärnfamiljen inom mödravård och förlossning, tonårskillen på ungdomsmottagningen som försöker finna sig själv, sin sexualitet och möjligheter att uttrycka den säkert eller vid onkologmottagningen där personer med en bröst- eller prostatacancer undrar hur den sexuella förmågan och praktiken kommer att påverkas av sjukdom och behandling. Även inom geriatrisk vård och i omsorgsboenden finns HBTQ-personer som till exempel Karin och Birgitta som undrar om de kommer att få dela rum eller John som undrar hur hans hivinfektion kommer att påverka bemötandet av medboende och personal.

Folkhälsomyndigheten (2014; 2015) har visat att även om majoriteten av homo- och bisexuella samt transpersoner mår bra, finns det grupper inom gruppen som mår betydligt sämre än heterosexuella personer. Den psykiska hälsan är sämre i samtliga grupper, jämfört med heterosexuella, vilket bland annat visas genom en högre omfattning av självmordstankar i HBTQ-gruppen. Oftast är detta relaterat till den minoritetsstress personerna upplever. För transpersonerna kan det främst innebära att de inte kan vara sig själv. Det finns upplevelser och erfarenhet av diskriminering och våld i HBTQ-gruppen.

Särskilt lesbiska och bisexuella kvinnor beskriver en bristande tillit till myndigheter inklusive till vårdpersonal. Homo- och bisexuella män saknar både emotionellt och praktiskt stöd i högre omfattning än heterosexuella män. Tobakskonsumtionen är högre bland homo- och bisexuella män, medan kvinnorna har minskat sin konsumtion. Jämfört med heterosexuella personer är alkoholkonsumtionen högre bland HBTQ-personer.

Transpersoner har kunnat genomgå behandling sedan 1970-talets början och detta innebär att de äldsta transpersoner som genomgått behandling i dag är över 90 år gamla. Fortfarande behöver dock transpersonen en remiss till psykiatrisk vård för att få hjälp att få könsidentitet och kroppsbild att överensstämma. Kunskapen om transpersoner och deras behov är låg inom vården och det är ofta som transpersoner i behov av vård får utbildna personalen (Folkhälsoinstitutet, 2016).

**Särskilt lesbiska** och bisexuella kvinnor beskriver en bristande tillit till myndigheter inklusive till vårdpersonal.

**Homo-** och bisexuella män saknar både emotionellt och praktiskt stöd i högre omfattning än heterosexuella män.



**På många håll** runt om i världen har kvinnor, barn, flyktingar och andra utsatta grupper inte samma rättigheter som andra. Begreppet "vård som inte kan anstå" är oförenligt med vårdyrkenas etik. Det är inte medicinskt tillämpligt, riskerar att äventyra patienternas säkerhet och leder till en ojämlik vård.

### Asylsökande och papperslösa

Alla har rätt till god vård men alla får inte vård utifrån sina behov. På många håll runt om i världen har kvinnor, barn, flyktingar och andra utsatta grupper inte samma rättigheter som andra. Därför har FN lagt stor kraft och möda på att utforma dokument till skydd för grundläggande mänskliga rättigheter, såsom rätten till bästa möjliga hälsa och rätten att slippa åtgärder som försämrar hälsan samt rätten till vård. Personer som behöver vård ska få den vård de behöver oavsett rättsligt status. FN:s medlemsstater har också enats om ett antal konventioner för att skydda särskilt utsatta grupper i samhället som kvinnor, barn och personer med funktionshinder. Konventionerna gäller också Sverige.

I ett mångkulturellt samhälle som Sverige möter vårdpersonalen allt oftare patienter med annan etnicitet och kultur än den egna. Drygt 650 000

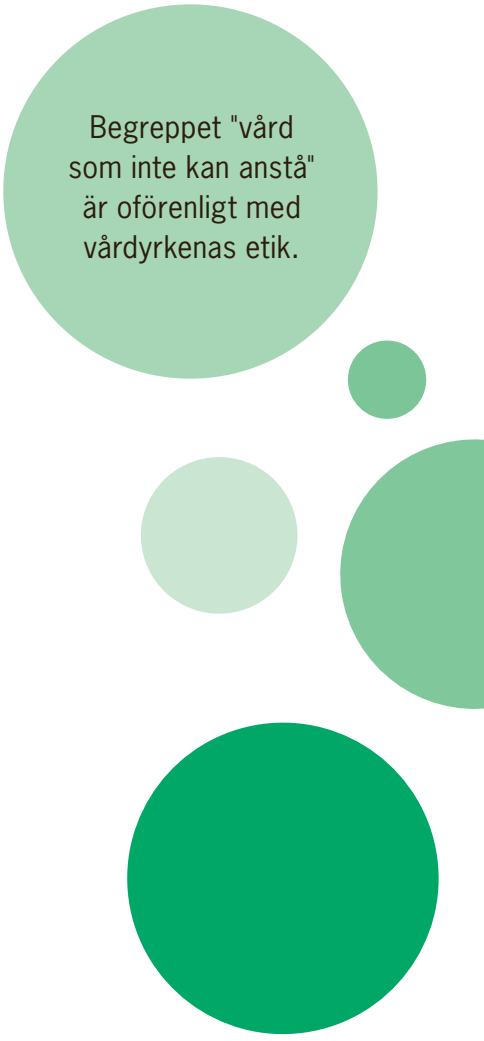
flyktingar har sökt asyl i Sverige under de senaste 16 åren. Under år 2015 var det totalt 163 000 personer som sökte asyl i Sverige, av dessa var 51 000 från Syrien. Under samma år anlände 35 000 ensamkommande barn till Sverige, de flesta var pojkar och av dessa var 66 procent från Afghanistan.

Eftersom ensamkommande flyktingbarn/ungdomar lider av såväl brist på inkomst som utbildning och ofta har en osäker boendesituation måste läkare och sjuksköterskor ta med i beräkningen att dessa unga har en högre risk för sjukdom och ohälsa (Hirani med flera, 2015).

Personer på flykt har i en något lägre grad varit i kontakt med allmänläkare i sitt nya land än de som är födda i landet (Thomas med flera, 2007). Det som hindrar flyktingar att söka kontakt med vården kan vara språkliga och kulturella skäl eller dålig förståelse för ohälsoproblem, obekantskap med systemet, finansiella och/eller transportsvårigheter (Sheik-Mohammed med flera, 2006). Asylsökande kvinnor verkar vara den mest sårbara gruppen, en grupp som behöver mer uppmärksamhet (Gerritsen med flera, 2006).

Trots att FN:s deklarationer och konventioner är ett tungt lagligt skydd för utsatta grupper är det inte alltid som de efterlevs. Konventionerna ska driva på politiska beslut och därför är det viktigt att sjuksköterskor, och andra professionella grupper lever upp till sina etiska koder och tar ansvar för att påverka så att hälso- och sjukvården följer de högt ställda kraven.

I Sverige har vuxna personer som är asylsökande eller papperslösa enligt lag rätt till "vård som inte kan anstå". Svensk sjuksköterskeförening arbetar tillsammans med en rad andra professionella, kyrkliga, fackliga och humanitära organisationer för att begreppet "vård som inte kan anstå" ska tas bort ur lagen eftersom det är otillräckligt. Begreppet "vård som inte kan anstå" är oförenligt med vårdrkenas etik, det är inte medicinskt tillämpligt, riskerar att äventyra patienternas säkerhet och leder till en ojämlig vård. Sjuksköterskor ska främja en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda personer, familjen och allmänheten respekteras.



Begreppet "vård som inte kan anstå" är oförenligt med vårdrkenas etik.

**Hälsofrämjande** omvårdnad handlar om att stödja människor till att ta makten över sina egna liv.

**Ur ett hälsofrämjande** omvårdnadsperspektiv är ökad kunskap, förändrade värderingar och attityder, upplevelse av egenmakt och meningsfullhet lämpliga resultatmått.

## HÄLSOFRÄMJANDE OMVÅRDNAD

Utgångspunkten för hälsofrämjande omvårdnad är att människor är kapabla till hälsa och välmående oavsett sjukdom och ohälsotillstånd. Den hälsofrämjande omvårdnaden utgår från en humanistisk syn på människan och inriktar sig på att förstå personens livsvärld i relation till hälsa, sjukdom och lidande i stället för att fokusera på problem och diagnoser (bilaga).

Den hälsofrämjande omvårdnadens insatser förutsätts utgå från ett förhållningssätt som genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med personen. Hälsofrämjande omvårdnad innebär att vårdaren bekräftar personen och personens upplevelse, fokuserar på personens framtid, anpassar ett eventuellt stöd efter personens kapacitet och verbaliserar känslor (Willman & Gustafsson, 2015).

I omvårdnaden eftersträvas jämlikhet och ömsesidigt samarbete med målet att ge personen/patienten möjligheter till medbestämmande, engagemang och kontroll. Patienten betraktas som en jämlik och kapabel person med förmåga att fatta självständiga beslut. Ett jämlikt förhållande underlättar personens medverkan och delaktighet i planeringen av en hälsofrämjande egenvård. Sjuksköterskans uppgift är att ge patienten möjlighet att fatta välgrundade beslut genom dialog, delaktighet, individuell planering, adekvat information och kunskap. Sjuksköterskan ska stödja patientens upplevelse av hopp och motivation.

Omvårdnad bedrivs vanligen på personnivå och innehåller då en relationsaspekt och en sakaspekt. Personen som är i behov av omvårdnad behöver till exempel stöd, guidning och aktiv hjälp med något (en sakaspekt) och detta något får inte göras hur som helst, det ska göras utifrån ett gott bemötande (relationsaspekten). Omvårdnadens mål är att främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande och verka för ett fridfullt och värdigt avslut av livet för en person med ohälsa/sjukdom med beaktande av kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor. Målsättningen är också att balansera maktförhållandet i omvårdnadsrelationen så att patient och närstående är delaktiga, känner trygghet och upplever respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Inom ramen för en personcentrerad omvårdnad förutsätts ett förhållningssätt som innebär en öppenhet inför patienten som person och det hen vill förmedla. Personcentrerad vård innebär att göra patienten medskapande och till en partner i sin egen vård och behandling. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att lyssna på patientens berättelse, att bli medveten om

varje persons vilja, motiv och resurser. Den grundläggande förutsättningen för personcentrerad vård är personens berättelse. I berättelsen uttrycks personens identiteter och genom att vårdpersonalen lyssnar bidrar de till att personen upplever helhet och mening. Vårdpersonalens uppgift är att tillsammans med personen, och ibland närstående, formulera en personlig hälsoplan, där resurser och behov identifierats i patientens berättelse. Det är också vårdpersonalens uppgift att stödja och förstärka de resurser till hälsa som finns hos en svårt sjuk person eller en person med ohälsoproblem. Den överenskommelse som partnerskapet innebär måste dokumenteras för att den personcentrerade vården ska säkerställas (Ekman, 2014).

När sjuksköterskor arbetar med hälsofrämjande omvårdnad utgår de från omvårdnadsvetenskaplig kunskap, i kombination med medicinsk och folkhälsovetenskaplig kunskap och sin kliniska erfarenhet när de främjar enskilda personers hälsa. Förutom att arbeta på personnivå kan sjuksköterskor också arbeta hälsofrämjande på grupp- och samhällsnivå.

Trots att hälsofrämjande insatser, i betydelsen att stärka individens egenmakt och subjektiva upplevelse av hälsa, vunnit gehör är det fortfarande vanligast att definiera hälsofrämjande insatser utifrån ett perspektiv som fokuserar förebyggande insatser med målsättning att förhindra sjukdom. Ur ett hälsofrämjande omvårdnadsperspektiv är ökad kunskap, förändrade värderingar och attityder, upplevelse av egenmakt och meningsfullhet lämpligare resultatmått.

För att nå målen om en jämlik vård och jämlik hälsa för hela befolkningen krävs att alla sjuksköterskor ser som sin uppgift att arbeta promotivt och preventivt. Promotion innebär att verka för att hälsan bevaras. Prevention handlar om att minimera risker för och förebygga sjukdomar och ohälsoproblem. Sjuksköterskor har ansvar att påverka utvecklingen, delta i samhällsdebatten och förmedla sin kunskap om hur människors sociala och ekonomiska villkor inverkar på hälsa och vård.







## PRIORITERADE OMRÅDEN FÖR JÄMLIK VÅRD OCH HÄLSA

Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf, att vård ska ges på lika villkor efter behov, innebär både att personer med lika behov av vård ska erbjudas lika vård och att personer med mer omfattande behov av vård ska prioriteras framför de med mindre behov. Detta i sin tur innebär att om regeringens målsättning – att utjämna skillnader i hälsa på en generation – ska uppnås måste alla som arbetar med hälso- och sjukvård engageras. Vårdens professioner har ett högt förtroende hos allmänheten och unika möjligheter att genom sitt arbete påverka enskilda och grupper till hälsosamma levnadsvanor. Men detta räcker inte, vårdens professioner måste också bidra till att undanröja ojämlikheter i hälsa genom att var helst de blir medvetna om den sociala gradientens konsekvenser påtala detta och vidta åtgärder.

Förutom att professionerna inom hälso- och sjukvård har ett högt förtroende hos allmänheten har de unik tillgång till de flesta i en befolkning eftersom hälso- och sjukvård ofta finns med vid avgörande tillfällen i livet, som till exempel vid graviditet och födelse (barnmorskor, läkare, sjuksköterskor på mödravårdscentraler och barnavårdscentraler, med flera), under skoltiden (elevhälsans team med skolläkare och skolsköterskor, tandläkare, kuratorer, psykologer, logopedier med flera) och under sjukdomsperioder (primärvård, vårdcentraler, sjukhusvård). Detta gör att hälso- och sjukvårdspersonal har möjlighet att ta ett helhetsperspektiv och angripa de sociala determinanterna för att nå målet om en jämlik hälsa.

De flesta faktorer som påverkar människors hälsa ligger inte omedelbart inom hälso- och sjukvårdens område utan snarare inom andra sektorer av samhället, till exempel utbildning och tillgång till arbete och sociala kontakter. Trots detta är det ofta hälso- och sjukvårdens personal som ser konsekvenserna av och ska bistå vid olika typer av ohälsa. Detta gör att hälso- och sjukvårdens personal har erfarenheter av den ojämlika hälsans konsekvenser och därmed har de, hela teamet, ett etiskt ansvar att påverka i riktning mot social och ekonomisk rättvisa och inte enbart försäkra sig om lika rätt till vård och behandling.

### Det ömsesidiga mötet

Orsaker till omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande för olika befolkningsgrupper kan ha sin förklaring i att personalen inom vård och om-

### Hälso- och sjukvårdens

personal har erfarenheter av den ojämlika hälsans konsekvenser och därmed har hela teamet ett etiskt ansvar att påverka i riktning mot social och ekonomisk rättvisa.

**Detta ömsesidiga** beroende sträcker sig bortom den kliniska situationen och berör både vårdare och patient som människor.

**För att kunna** bemöta patienter jämställt behövs kunskap om hur genus konstrueras i mötet mellan patient och sjuksköterska.

sorg omedvetet har förutfattade meningar och generaliserar om patienters behov och resurser utifrån till exempel ålder, kön och utbildningsnivå. Det kan också vara så att personalen har otillräckliga kunskaper och bristande förmåga att anpassa möten i vården till patienternas olika förutsättningar (Vårdanalys, 2014b).

De möten mellan patient och vårdare som skapar en ojämlig vård är motsatsen till möten där verkligheten kan delas och förstås om ömsesidig öppenhet finns. Patient och vårdare har lika värde samtidigt som en vårdrelation är asymmetrisk, eftersom mötet kommit till på grund av patientens behov av vård. Det är därför nödvändigt att vårdare reflekterar över människors ömsesidiga beroende av varandra och olika aspekter av makt. Detta ömsesidiga beroende sträcker sig bortom den kliniska situationen och berör både vårdare och patient som människor. Patienten är i en beroendeställning där vårdaren har inflytande inte enbart över den konkreta fysiska omvårdnaden utan också över patientens förståelse av sig själv och sin situation. Patientens hälsa är beroende av att vårdaren behärskar praktiska färdigheter, har ett teoretiskt kunnande och av att vårdaren har en hållning som möjliggör patientens utveckling.

Lidandet är unikt och individuellt. Lidandet kan beskrivas som en känsla av att förlora kontrollen, som ett hot eller som en kränkning. Allt lidande kan inte lindras. Inom omvårdnad är det väsentligt att lindra det lidande som är möjligt att lindra, och att inte orsaka patienten lidande. För att lidandet ska kunna lindras måste patientens lidande bekräftas (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

- Inför personcentrerad vård med partnerskap mellan patient och vårdare.
- Kontaktsjuksköterskans funktion och case-management-modellen behöver utvecklas inom flera verksamheter.

### Synliggör genusperspektivet

Med begreppet genus avses att tankar och beskrivningar av manligt och kvinnligt är socialt konstruerade och är möjliga att förändra. Genus baseras på en kulturell tolkning av biologiska skillnader mellan män och kvinnor (Hirdman, 2003).

Ojämligheten mellan män och kvinnor har en negativ inverkan på hälsa, den finns i alla samhällen och tar sig uttryck som diskriminering, ojämlig fördelning av makt och resurser och globalt sett påverkar denna ojämlikhet främst flickor och kvinnor. Ojämligheten när det gäller tillgång till avance-

rad vård och behandling förstärks av att äldre kvinnor i genomsnitt har en svagare socioekonomisk situation än män i motsvarande ålder. Äldre kvinnor lever oftare ensamma och har ofta avsevärt lägre pension än män.

Genusmedvetenhet skapas genom att fördomar, föreställningar och invanda tänkesätt kring manligt och kvinnligt tydliggörs. Hur genus skapas i mötet mellan sjuksköterskor och manliga/kvinnliga patienter är inte tillräckligt undersökt, men ett synliggörande av genusperspektiv i omvårdnad kan bidra till en mer jämställd och jämlik vård. För att kunna bemöta patienter jämställt behövs kunskap om hur genus konstrueras i mötet mellan patient och sjuksköterska.

- Öka kunskapen om genus betydelse i omvårdnad i utbildningarna och i det patientnära arbetet.

## Goda levnadsvanor

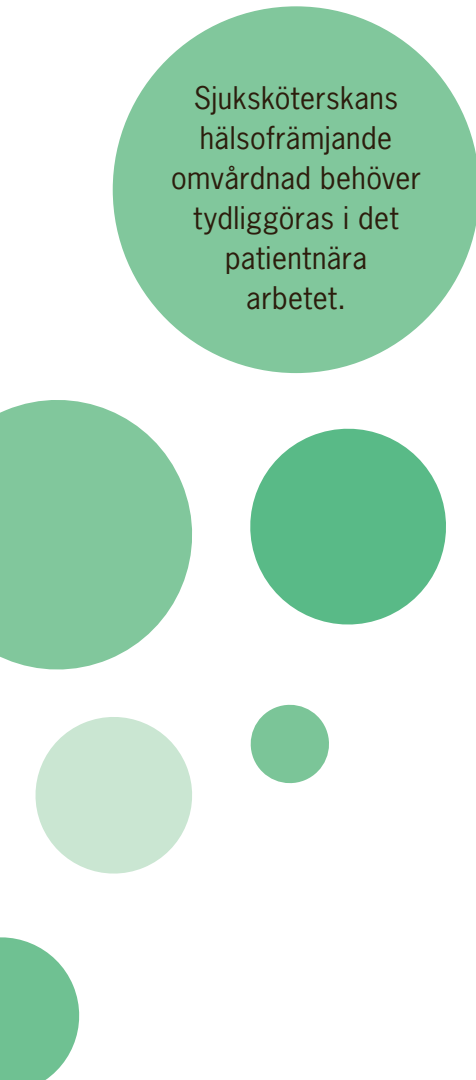
Vårdpersonalens viktigaste bidrag till en hållbar utveckling är att arbeta med hälsofrämjande processer. Hälsofrämjande processer är viktiga för att stödja en hållbar samhällslig utveckling i såväl social som ekonomisk och ekologisk mening. I vården sker detta genom att patienten blir delaktig i sin egen hälsoutveckling och genom att hen får stöd att mobilisera egna inre och yttre resurser. Det mest centrala i denna personcentrerade vård är mötet mellan personen och vårdteamet.

Även om utvecklingen av hälsosamma levnadsvanor under de senaste tio åren har varit positiv är andelen personer med en stillasittande fritid oförändrad under denna tid. Nästan en miljon svenskar är stillasittande under arbete och fritid.

Nästan två miljoner vuxna äter mindre frukt och grönt än rekommenderat. Män äter mindre frukt och grönt än kvinnor. Ett lågt intag av frukt och grönsaker finns med på WHO:s lista över de tio största riskfaktorerna för både mäns och kvinnors sjukdomsburda i höginkomstländer. Andelen personer med fetma har ökat bland båda könen, särskilt i åldersgruppen 45–84 år. Fetma är vanligare bland personer med lägre utbildningsnivå (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Brittiska forskare har genomfört en metaanalys med syfte att undersöka hur rökstopp påverkar den psykiska hälsan. De som slutat röka rapporterade minskad psykisk ohälsa i form av oro, depression och stress jämfört med dem som fortsatte röka. Effekterna av rökstopp var desamma i undersökningsgrupper med fysiska eller psykiska sjukdomar. Den observerade effekten är

**Även om** utvecklingen av hälsosamma levnadsvanor under de senaste tio åren har varit positiv är andelen personer med en stillasittande fritid oförändrad under den senaste tioårsperioden. Sjuksköterskans hälsofrämjande omvårdnad behöver tydliggöras i det patientnära arbetet och i omvårdnadsdokumentationen.



Sjuksköterskans hälsofrämjande omvårdnad behöver tydliggöras i det patientnära arbetet.

att jämställa med antidepressiv behandling av affektiva sjukdomar och ångest-sjukdomar. Oavsett om det är rökstoppet i sig eller något annat som leder till förbättringen i psykisk hälsa, så stärker fynden hälso- och sjukvårdens fortsatta strävan om rökstopp för alla patienter (Taylor med flera, 2014).

Riskbruk av alkohol är ett relativt nytt begrepp som innebär ett bruk av alkohol som kan vara skadligt för hälsan, utan att för den skull uppfylla diagnoskriterierna för missbruk. Enligt SBU (2014) förändrar en av tio patienter, som fått ett kort samtal om alkohol med en företrädare för hälso- och sjukvården, på egen hand sina alkoholvanor till mindre skadliga nivåer.

Socialstyrelsen (2011) har tagit fram riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och dessa innebär att ett hälsofrämjande förhållningssätt ska vara en del i all vård och behandling. Frågor om levnadsvanor är en självklar del av behandlingen och ska dokumenteras och följas upp. Alla som kommer i kontakt med vården ska erbjudas råd och stöd om de har ohälsosamma levnadsvanor.

Många patienter vill diskutera levnadsvanor vid besök i vården, men samtalen behöver bli fler och öka i kvalitet. Om vi ska nå målet med en jämlik hälsa i hela befolkningen behöver vi i högre utsträckning stödja människor till att ta ansvar för att påverka den egna hälsan och då behövs en ökad samverkan mellan patientorganisationer, skola, socialtjänst och frivilligorganisationer och hälso- och sjukvårdens olika professioner. Sjuksköterskan har en viktig roll i att inspirera till goda levnadsvanor, undervisa och informera om risker för ohälsa samt kartlägga och undanröja ohälsosamma vanor som riskerar ohälsa hos medborgarna. Sjuksköterskans hälsofrämjande omvårdnad behöver tydliggöras i det patientnära arbetet och i omvårdnadsdokumentationen. Den behöver också utvärderas.

- Integrera teamets sjukdomsförebyggande arbete med rådgivande samtal om levnadsvanor i all hälso- och sjukvård.
- Arbeta för ett rökfritt Sverige år 2025.
- Erbjud hälsosamtal i hemmet till alla över 75 år.

### **Kunskap om hinder för fysisk aktivitet**

Brist på fysisk aktivitet bidrar i hög utsträckning till problem som övervikt och fetma, särskilt för barn och unga. Även om en ökning av fysisk aktivitet inte huvudsakligen innebär en viktminskning är aktiviteten viktigt för att förbättra den individuella hälsan. Fysisk aktivitet medverkar till en bättre metabolisk och mental hälsa, vilket i sig kan påverka vikten över tid. Det är



Dots Obsession 2016 Installation view: YAYOI KUSAMA IN INFINITY at Moderna Museet, Stockholm.

**För att sjuksköterskor**, och andra i teamet, ska kunna bistå personer med övervikt och fetma till förändrade levnadsvanor är det viktigt att de förstår sina egna värderingar och fördomar mot överviktiga och feta personer.

**Psykisk ohälsa** är ett av de största hälsoproblemen bland barn och unga vuxna idag. Fattiga barn löper en högre risk att bli mobbade och få sämre skolresultat och de har inte samma möjlighet till en meningsfull fritid. Barnen påverkas också av föräldrarnas oro över att leva utan ekonomiska marginaler.

därför betydelsefullt att identifiera hinder för fysisk aktivitet, både på det individuella och samhälleliga planet. Personliga hinder för fysisk aktivitet kan vara fysiska eller psykologiska, man kan vara för tung, skadad, lida av sjukdom och ohälsa eller lida brist på motivation och vilja, ha lågt stämningsläge, depression eller läkemedelsbiverkan. Andra hinder kan vara brist på tid, brist på kunskap, andra krav och uppgifter eller dåliga väderförhållanden (McIntosh med flera, 2016).

För överviktiga barn kan betydelsen av daglig aktivitet som fri lek och idrott inte nog betonas. Förskolor och skolor har här ett stort ansvar. Det är viktigt att utforma den fysiska aktiviteten så den är anpassad till barnets biologiska och sociala utveckling, att den är rolig och lustfylld och stimulerar till ett livslångt intresse.

För att sjuksköterskor, och andra i teamet, ska kunna bistå personer med övervikt och fetma till förändrade levnadsvanor är det viktigt att de förstår sina egna värderingar och fördomar mot överviktiga och feta personer. De måste sträva efter att möta personen som en unik person och närma sig problemet med en helhetssyn för att förstå vilka orsaker som kan leda till övervikt. När det gäller övervikt och fetma är det viktigt att inte begränsa sig till fysisk aktivitet utan också inkludera övriga levnadsvanor såsom till exempel mat- och alkoholvanor.

- Öka resurserna till forskning om hinder för fysisk aktivitet

## Hälsa för barn och unga

Psykisk ohälsa är ett av de största hälsoproblemen bland barn och unga vuxna idag. Definitionen av psykisk ohälsa utgår vanligen från att barnets symptom orsakar lidande, är varaktiga och hindrar barnet från att utvecklas. Det kan handla om barn med utåtagerande beteenden, trots och aggressivitet eller att barnet visar oro och ångslan. Det kan även handla om tonåringar utan livslust eller unga vuxna som söker akut för panikångest. Om problemen förvärras kan barnets/den unga vuxnas utveckling hämmas och risken för allvarlig ångest och depression ökar. Depression och ångest är vanligare bland flickor än bland pojkar. Psykisk ohälsa är vanligare hos barn som lever under sämre psykosociala förhållanden än hos barn som lever under bättre omständigheter (Folkhälsomyndigheten, 2016; SBU, 2010; WHO, 2016).

Det samband som är visat för vuxna vad gäller låg socioekonomisk status och psykisk ohälsa är inte lika framträdande bland barn och ungdomar. Men

även om evidensen är svag när det gäller att visa på vilket sätt låg socioekonomisk status påverkar barn senare i livet så är det känt att socioekonomisk status är en viktig faktor för fysisk, psykisk och social utveckling och ojämlikhet i hälsorelaterad livskvalitet bland ungdomar (Torsheim med flera 2004; 2006, Currie med flera 2008; 2012). Barn och ungdomar med låg socioekonomisk status är mer benägna att ha sämre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med barn och ungdomar från grupper med högre socioekonomisk status (Reiss, 2013; Hutton med flera, 2014).

Det är därför av stor betydelse att främja den psykiska hälsan hos barn och ungdomar genom tidiga insatser under uppväxtåren, dock saknar de hälsofrämjande insatser och program som används i Sverige i dag tillräckligt forskningsstöd (SBU, 2010). Preventiva, långsiktiga och tidiga samordnade insatser är viktiga ur ett samhälleligt och individuellt perspektiv för att förhindra en försämring av den psykiska hälsan.

Det finns ingen officiell definition av fattigdom i Sverige. Enligt Rädda barnen är fattiga barn de som lever i en familj där inkomsten inte räcker för nödvändiga kostnader eller i en familj som får försörjningsstöd. Dessa levnadsvillkor påverkar barnens liv. De löper en högre risk att bli mobbade och få sämre skolresultat och de har inte samma möjlighet till en meningsfull fritid. Barnen påverkas också av föräldrarnas oro över att leva utan ekonomiska marginaler.

Syftet med barnbidraget är att omfördela mellan medborgare utan barn och med barn oavsett inkomst. Föräldrar ska ha förutsättningar att leva på ungefär samma levnadsstandard som de som inte väljer att skaffa barn. Genom att alla får barnbidrag stärks också viljan att bidra till en generös och generell familjepolitik.

Även den fysiska miljön, till exempel skolmiljön, har betydelse för barns och unga personers upplevelse av hälsa. Ett exempel är att det finns elever som absolut inte vill använda skoltoaletterna. Därför undviker de att dricka något under skoltid i tro att de därmed minskar risken att behöva kissa. En annan strategi är att hålla sig i ständig rörelse eller stampa fötterna i golvet för att avleda känslan att behöva uträtta sina behov. Skolarbetet blir då lidande på grund av koncentrationssvårigheter, magsmärter och förstoppning (Norling, med flera, 2016).

Det är sedan tidigare känt att urinblåseproblem i barndomen kan ge problem vid vuxen ålder såsom överaktiv blåsa, urinvägsinfektion och ofullständig blåstömning (Kistner, 2009) och förstoppning kan associeras med nedre urinvägssymtom hos barn (Averbeck & Madersbacher, 2011). Därför kan en förbättrad skoltoalettmiljö ses som en värdefull investering i elevernas hälsa.





PUMPKIN 2014 Installation view: YAYOI KUSAMA IN INFINITY at Moderna Museet, Stockholm.

**Personer med** långvarig psykisk sjukdom är en identifierad riskgrupp för nedsatt hälsa, de har därför större behov av somatisk vård än många andra grupper.

- Höj barnbidraget
- Inför daglig fysisk aktivitet, rörelse och lek i grundskolan samt gymnasiet
- Prioritera fräscha skoltoaletter

### **Somatisk vård vid långvarig psykisk sjukdom**

Personer med långvarig psykisk ohälsa har en kraftig somatisk översjuklighet. De utgör även en identifierad riskgrupp för nedsatt hälsa på grund av levnadsvanor såsom till exempel låg fysisk aktivitet och missbruk. Symtom som kan ingå i sjukdomsbilden kan vara låg energi och avsaknad av motivation. Trots att dessa personer har ett större behov av somatisk vård än många andra grupper är det väldokumenterat att den somatiska vården för dessa personer brister (Socialstyrelsen, 2014). En trolig förklaring är att



personer med samtidig psykisk och somatisk ohälsa har behov av vård inom både specialistpsykiatri och primärvården, verksamheter som själv beskriver att de saknar den andra verksamhetens kompetens.

Det finns dock positiva exempel som borde mångfaldigas såsom öppenvårdsmottagningen för personer med psykosjukdom (NåUt) i Göteborg. Alla patienter följs upp med regelbundna hälsokontroller med fokus på vikt och blodtryck. Detta är särskilt viktigt när de tar antipsykotiska läkemedel som vanligen ger biverkningar som viktuppgång och stelhet. Personen med psykos får träffa en case-manager/sjuksköterska och tillsammans gör de en hälsoplan där de skriver en daglig agenda för motion och kost samt bestämmer tid för uppföljning. Syftet med öppenvårdsmottagningens arbete är att förebygga viktuppgång, få kontroll på riskfaktorer och behålla det friska hos personer med psykosjukdom (Ali L. 2016 muntlig info).

- Öka den somatiska vårdens kompetens och tillgänglighet för personer med långvarig psykisk sjukdom

### Vård och kunskap om suicidförebyggande insatser

Antalet suicid har minskat kraftigt, framförallt under 1990-talet men sedan år 2000 har nivån legat på cirka 1 500 per år, om man räknar samman säkra och osäkra suicid. Orsakerna bakom varje suicid varierar, men det är vanligt att psykisk ohälsa i form av depression ligger bakom. Depression kan därför räknas som en riskfaktor för suicid. Förbättrad behandling av depression samt möjligen en ökad öppenhet om psykisk ohälsa kan ligga bakom sänkningen under 1990-talet.

I dag minskar suiciden totalt sett, utom för åldersgruppen 15–24 år där det ökar för varje år, särskilt för gruppen pojkar och unga män. Även om det finns kunskap om riskfaktorer för suicid finns det otillräcklig kunskap om vilka förebyggande insatser som har effekt. Vården av suicidnära personer behöver förbättras, särskilt med tanke på att åtta av tio som tar sitt liv har haft en kontakt med vården de senaste tre månaderna, inte enbart med psykiatrisk vård utan lika ofta med primärvård, sjukhusvård eller andra specialister.

- Förbättra vården, vårdpersonalens kompetens och tillgängligheten för suicidnära personer.

**Även om** det finns kunskap om riskfaktorer för suicid finns det otillräcklig kunskap om vilka förebyggande insatser som har effekt.

**Planerad samordning** är, på grund av de korta vård-tiderna, viktigare än någonsin och avgörande för hur vården och omsorgen fungerar efter sjukhusvistelsen.

## Omvårdnad av äldre personer

Det finns många exempel på åldersdiskriminering i vården och omsorgen. Socialstyrelsen har tidigare visat på brister i både kompetens och rutiner i omhändertagandet av äldre personer vid svenska akutmottagningar. Bristande bemanning, otillräcklig kompetens i vården av äldre personer och överbeläggningar medför långa väntetider på akutmottagningarna som drabbar de sköra äldre särskilt hårt.

Socialtjänstens omsorg ska inriktas på att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Trots det får många äldre personer avslå på sin ansökan till särskilt boende med motivering att behov inte föreligger eller att behoven kan tillgodoses på annat sätt.

Äldre personer i särskilda boenden är ofta multisjuka, har nedsatt beslutsförmåga och har komplexa omvårdnadsbehov. Trots att det finns kunskapsunderlag som visar att hög omvårdnadskompetens ger en kvalitativt bättre omvårdnad är andelen sjuksköterskor vid särskilda boenden låg och endast två procent är specialistutbildade. Bemanningen av andra legitimerade yrkesgrupper är även låg vilket försvårar rehabilitering och teamarbete. Vårdare, med gymnasiekompetens inom vård och omsorg, eller utbildad personal får ta ett alltför stort ansvar när de ofta arbetar utan tillgång till sjuksköterska på boendet. Det innebär även att det är nödvändigt för sjuksköterskan att delegera läkemedelsadministrering.

Inför utskrivningen av äldre personer från sjukhusvård ska de erbjudas samordnad vård- och omsorgsplanering. Planerad samordning är, på grund av de korta vårdtiderna, viktigare än någonsin och avgörande för hur vården och omsorgen fungerar efter sjukhusvistelsen. Trots att detta krav funnits länge fungerar inte planerad samordning tillfredsställande utan vården upplevs av de äldre som fragmenterad och utan kontinuitet. Orsaker till bristande samordning kan vara att vårdens strukturer och organisation inte stödjer denna målsättning, rutiner och arbetsuppgifter prioriterar bort planerad samordning och it-systemen ger inget stöd.

Lösningen skulle kunna vara mobila team som är dimensionerade för kontinuerlig vård av dessa patienter, när-sjuksköterska eller team enligt case-management-modellen. Det första svenska projektet med när-sjuksköterska för vård av äldre startade i Lund år 2006. Projektet innebar att sjuksköterskan gjorde hembesök minst en gång per månad för planering, uppföljning, kontroll och koordinering av vårdinsatser. Allmän och specifik information gavs till den äldre personen om hälsorelaterade frågor och kontinuitet och säkerhetsaspekterna stod i fokus. De äldre som ingick i projektet hade färre



Colourbox

besök till primärvårdsläkare upp till sex månader efter det att projektet var avslutat. Den hälsoekonomiska utvärderingen visade att de behövde mindre hjälp av informella vårdare (Sandberg med flera, 2015a; 2015b).

- Stärk omvårdnadskompetensen vid särskilda boenden med fler specialistutbildade sjuksköterskor.
- Förbättra kontinuiteten och den samordnade vård- och omsorgsplaneringen för äldre personer.

### Stöd till närstående

De flesta närstående är positiva till att vårda en anhörig hemma men de anser att huvudansvaret ska vara offentligt. Närståendes livskvalitet och självskattade hälsa försämras av ett omfattande omsorgsgivande och endast var fjärde

Det finns många exempel på åldersdiskriminering i vården och omsorgen.

**Närståendes** livskvalitet och självskattade hälsa försämras av ett omfattande omsorgsgivande och endast var fjärde känner till att kommunerna är skyldiga att erbjuda stöd.

**Nyanlända** flyktingar behöver få del av samhällets sociala kapital så snabbt som möjligt för att inte marginaliseras och få försämrad hälsa.

närstående som vårdar känner till att kommunerna är skyldiga att erbjuda stöd (Socialstyrelsen, 2012).

Närstående till hemmaboende personer med demens känner sig inte lika belastade och kan bli mindre deprimerade om de får strukturerad utbildning. Det visar SBU (2015) i en systematisk granskning av internationella studier av olika slags utbildningsprogram för närstående. En av dessa studier var den svenska MIND-studien (Malmö Interventionsstudie för Närstående till personer med Demens) (Andrén med flera, 2008a; 2008b, Dahlrup med flera, 2011).

MIND-studien innehöll både ett utbildningsprogram och stödgrupper för de närstående i kombination. Programmet för de närstående leddes av en sjuksköterska med kunskaper om demenssjukdomar, aktuell lagstiftning och erfarenhet av närståendestöd, samt en erfaren kurator. En ekonomisk utvärdering av MIND-studien visar att livskvaliteten för de närstående förbättrades till en ringa kostnad för kommunen. Den visade också att gruppen närstående som var vuxna barn vårdade personen med demenssjukdom längre i hemmet jämfört med en kontrollgrupp (Dahlrup med flera, 2014).

Kommunens kostnad för insatserna var omkring 1 000 kronor per deltagare, en tämligen liten kostnad och ett rimligt sätt att använda resurser inom äldreomsorgen (SBU, 2015).

- Erbjud närstående, även barn och unga, stöd och riktade utbildningar för att underlätta.
- Erbjud närstående till hemmaboende personer med demens strukturerad utbildning.

### Hälsa för personer på flykt och asylsökande

Hälsan har en avgörande betydelse för nyanlända flyktingars etableringsprocess. Nyanlända flyktingar uppvisar högre ohälsa, eller risk för ohälsa, än personer födda i Sverige. Det som tidigare togs för självklart, sociala relationer, nätverk eller boende, kan i det nya landet visa sig vara svårt att nå och detta kan få långsiktiga konsekvenser för hälsan.

Även om övervikt och fetma är ett betydande folkhälsoproblem bland vissa grupper av nyanlända så är den psykiska ohälsan det största problemet för hela gruppen. Hälsa påverkas av människors sociala relationer och kan knytas till deras sociala kapital, det vill säga deras tillit till andra människor och till samhällets institutioner. Tillit skapas genom att individer deltar aktivt i olika sociala sammanhang och utvecklar gemensamma mål och värderingar.




Colourbox

Nyanlända flyktingar behöver få del av samhällets sociala kapital så snabbt som möjligt för att inte marginaliseras och få försämrad hälsa (MILSA, 2015).

Personer på flykt och asylsökande har olika social, politisk och ekonomisk bakgrund och de kommer med olika erfarenheter, beteenden och värderingar i relation till hälsa och sjukdom. Många har förfärliga och skrämmande upplevelser av krig och politisk förföljelse i sitt hemland som grund för en i många fall livsfarlig flykt. Flera faktorer som födelseland, utbildningsnivå, förmåga att kommunicera på engelska, eller annat språk än det egna, och socialt kapital påverkar personens hälsa och möjliga riskfaktorer för ohälsa och sjukdom.

Förståelsen för de problem patienter och närstående ställs inför i ett land med nytt språk och kulturella skillnader behöver fördjupas för att vården ska vara personcentrerad. För att uppnå en personcentrerad vård behöver

Nyanlända flyktingar uppvisar högre ohälsa, eller risk för ohälsa, än personer födda i Sverige.



Kulturell kompetens  
är en nyckelfaktor  
för en effektiv,  
kulturkänslig vård.

omvårdnaden vara kulturkompetent. Kulturell kompetens är en nyckelfaktor för en effektiv, kulturkänslig vård. I många fall bör därför fokus för promotiva insatser skifta från individfokus till familjefokus eftersom det västerländska samhällets individcentrering inte omfattas av alla.

Av en rad olika skäl är nyanlända personers levnadsvanor ofta ohälsosamma. Det kan handla om deras sociala situation, till exempel med ett osäkert boende som innebär svårigheter att upprätthålla vardagliga matvanor, en osäkerhet om det nya landets matvaror eller en utsatt ekonomisk situation.

Alla nyanlända personer erbjuds hälsosamtal. Det individuella hälsosamtalet är en del i hälsoundersökningen. Samtalet är till för att dels få information om personens bakgrund, eventuella symtom och vaccinationshistorik och dels för att ge information om svensk hälso- och sjukvård. Hälsoundersökningen ska ge uppgifter om den nyanlända personens tidigare och nuvarande fysiska och psykiska hälsotillstånd, psykosociala situation och erfarenhet av traumatiska upplevelser. Samtalet ska innehålla frågor om vaccinationsstatus, exponering för smitta samt övriga uppgifter som kan behövas ur smittskyddssynpunkt. Samtalet kan nyttjas till att motivera till deltagande i hälsofrämjande gruppverksamhet. Ett exempel från Stockholm är Transkulturellt Centrum där hälsokommunikatörer arbetar i dialogform och skapar förutsättningar för ömsesidigt lärande. Olika områden som kan belysas i hälsofrämjande gruppverksamhet är kosthållning, egenvård, stress och sömn, fysisk aktivitet och konsekvenser av könsstympning. Hälsokommunikatörerna blir en brygga mellan den nyanlända personen och hälso- och sjukvården.

Eftersom hälsofrämjande insatser inte enbart handlar om levnadsvanor kan sjuksköterskor också medverka till ökat socialt kapital för nyanlända, asylsökande och personer på flykt.

- Ge papperslösa rätt till vård på lika villkor.
- Det humanitära kravet om allas rätt till vård, och till kulturkongruent vård, är ett kunskapsområde som ska ingå i alla vårdutbildningar, det vill säga hela teamet ska ha denna kunskap.



Narcissus Garden 2016 Installation view: YAYOI KUSAMA IN INFINITY at Moderna Museet, Stockholm.

## EN POLITIK FÖR JÄMLIK VÅRD OCH HÄLSA – TIO KRAV

***Nedan sammanfattas Svensk sjuksköterskeförenings ställningstagande för att målsättningen om en jämlik vård och hälsa ska kunna uppnås:***

- Det hälsofrämjande arbetet behöver ett tydligt och långsiktigt nationellt uppdrag som ska uppfyllas av landsting, regioner och kommuner.
- Ledningsuppdrag på alla nivåer, från kommun, landsting/region till staten ska inkludera aktiv uppföljning med målet att bidra till en jämlik vård och hälsa.
- Kunskap om förhållanden i samhället som påverkar hälsan, samt kunskaper i att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, ska ingå i alla utbildningar som leder till ett legitimationsyrke.
- För att motverka ojämlika skillnader i vård och hälsa samt lyfta fram betydelsen av hälsofrämjande åtgärder behöver erfarenheter av framgångsrika verksamheter och projekt spridas över hela landet.
- Det behövs ekonomiska och personella resurser till utvärderingar av hälsofrämjande omvårdnadsresultat och hälsoeffekter hos patienten.
- Inför personcentrerad omvårdnad med partnerskap för patienten där mötet präglas av en ömsesidig respekt för varandras kunskap, å ena sidan patientens och närståendes kunskap om hur det är att leva med sjukdomen, och å andra sidan professionernas kunskap om vård, behandling och rehabilitering.
- Kunskapen om vilka åtgärder som främjar jämlik hälsa behöver öka. Förutsättningarna för forskning måste stärkas, forskning måste vara meriterande för alla vårdens professioner.
- Det behövs ekonomiska resurser till forskning om hur omvårdnadsinterventioner och sjuksköterskors kompetens kan förebygga ohälsa och stödja hälsosamma levnadsvanor.



- Sverige behöver en nationell NCD-strategi som fokuserar statlig samverkan med målet att minska icke smittsamma sjukdomar i Sverige och en harmonisering med det globala arbetet, WHO:s handlingsplaner och rekommendationer.
- Kunskapen om digitala tjänsters införande och påverkan på omvårdnad måste undersökas, liksom hur informationsteknologin inom vård och omsorg bäst bidrar till patienters, närståendes och personals lärande och kompetensutveckling.



**En fullständig** referenslista finns på [www.swenurse.se/jamlik-var-d-och-halsa](http://www.swenurse.se/jamlik-var-d-och-halsa), där finns också referenslista till bilagan.

## FÖRDJUPNINGSLITTERATUR

Dahlrup B, Nordell E, Steen Carlsson K & Elmståhl S. (2014). Health economic analysis on a psychosocial intervention for family caregiver of persons with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 37:181-19.

Ekman I. (red.) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.

Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Kommissionen för jämlik hälsa (2016). *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete*. SOU 2016:55.

Norling M, Stenzelius K, Ekman N & Wennick A. (2016). High school students' experiences in school toilets or restrooms. *Journal of School Nursing*, 32(3):164–71.

Sandberg M, Jakobsson U, Midlöv P & Kristensson J. (2015). Cost-utility analysis of case management for frail older people: effects of a randomised controlled trial. *Health Economics Review*, 5:12.(b).

SBU. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2015). *Utbildning för anhöriga till hemmaboende personer med demenssjukdom*. SBU kommenterar nr 2015-12. Stockholm: SBU.

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

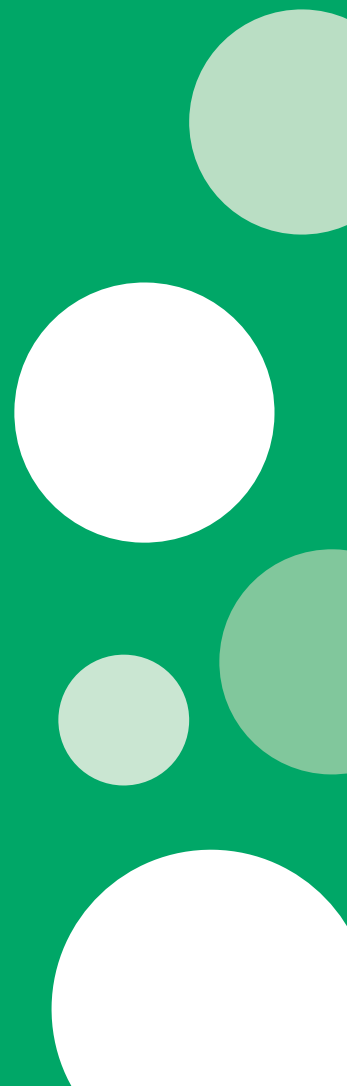
Willman A & Gustafsson B. (2015). *Hälsofrämjande omvårdnad. Bekräftande vägledning för att skapa sin egen hälsa*. Lund: Studentlitteratur.





# BILAGA

(särtryck ur Svensk sjuksköterskeförening, 2008).



## Hälsa i ett humanistiskt perspektiv

Inom det humanistiska perspektivet, som etablerades inom psykologin på 1950-talet, definieras hälsa inte som ett tillstånd utan som en process. Människan ses som aktivt skapande av mening och som en del av det sammanhang hon verkar i. Inom detta perspektiv återfinns flera modeller, till exempel hälsopedagogiska modeller och modeller som fokuserar på människans existens eller livsmiljö. Det gemensamma för dessa modeller är att de utgår från ett holistiskt synsätt på människan (Norberg med flera 1994; Willman, 1996; Medin & Alexandersson, 2000).

Enligt det holistiska synsättet (holism betyder hel, odelad) är helheten något mer än summan av dess delar och fokus läggs på människan som helhet och hennes handlingsförmåga i ett socialt sammanhang (Nordenfelt & Liss, 1991; Hellström, 1993).

Det holistiska hälsobegreppet betonar att människan har möjlighet och förmåga att avgöra vad hälsa innebär för den egna personen. Med detta menas att hälsa kan relateras till den berörda människan, hennes situation och mål i livet. Om en persons möjligheter att uppnå sina vitala mål på något sätt är reducerad har den personen någon form av ohälsa (illness). Sjukdom (disease) är en kroppslig eller mental process som orsakar lidande eller funktionsnedsättning vilket upplevs av individen (Nordenfelt, 2007).

Det salutogenetiska synsättet som föreslås av Antonovsky (1991) ger exempel på ett hälsobegrepp i ett holistiskt perspektiv. Teorins utgångspunkt är att hälsa uppstår när personen upplever en känsla av sammanhang (KASAM). Antonovsky anser att den känsla av sammanhang en människa har är av avgörande betydelse för hur personen klarar av stressfyllda situationer. Det bärande begreppet i det salutogenetiska synsättet är begreppet KASAM, vars delbegrepp är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Alla tre delbegreppen har betydelse för huvudbegreppet men meningsfullheten anges som det centrala.

Med begriplighet avses i vilken utsträckning människan upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt begripliga och inte kaotiska, slumpmässiga eller oväntade. Hanterbarhet innebär att personen upplever att det finns resurser som står till förfogande för att möta kraven från omvärlden, resurser som till exempel ett socialt nätverk. Med meningsfullhet avses i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd, och hur man upplever att det är värt att investera och engagera sig i de problem och krav som livet innebär.



## **Hälsa i ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv**

Omvårdnad utgår från en humanistisk grundsyn med ett filosofiskt synsätt där människan ses som aktiv och skapande samt som en del i ett sammanhang. Ett grundläggande antagande inom disciplinen är att omvårdnad sker på personnivå. Därför spelar förståelsen av vad en människa är en viktig roll för frågan om vad hälsa och omvårdnad är, eftersom den förståelsen ligger till grund för våra värderingar. Inom omvårdnadsvetenskapen betraktas människan som en fri individ som har förmåga att göra val och ta ansvar och hon förstås både som en generell och unik varelse. Då hon är unik ska hon bemötas individuellt efter sina unika förutsättningar (Willman, 1996; Gustafsson & Willman, 1999). Människan är inte reducerbar utan ska betraktas i ett helhetsperspektiv, hon ska ses som en enhet av kropp, själ och ande. Med andra ord, intresset ska varken riktas mot kroppen, själen eller anden var för sig utan mot enheten människa.

Av detta följer att hälsa är relaterad till hela människan och formas av hennes upplevelser. Hälsa är en process som människan själv skapar och upplever i det dagliga livet. Personens upplevelse av hälsa kan påverkas av bland annat sjukdom, skada, lidande och smärta men även av fattigdom, arbetslöshet och avsaknad av sociala relationer. (Norberg, med flera, 1994; Willman, 1996).

## **Hälsa i ett folkhälsovetenskapligt perspektiv**

Folkhälsovetenskap (Public Health) är en tvärvetenskap som innefattar kunskaper från flera traditionella vetenskapsområden som på olika sätt studerar människa, hälsa, miljö och samhälle. Inom folkhälsovetenskapen finns flera inriktningar som till exempel epidemiologi, samhällsmedicin, socialmedicin, hälsopedagogik och miljömedicin. Folkhälsovetenskap bidrar med kunskap om befolkningens hälsa, hälsans bestämningsfaktorer och folkhälsoarbete.

Våren 2003 fick Sverige nationella mål för folkhälsoarbetet (regeringens proposition 2002/03:35) och det övergripande målet är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Folkhälsa är ett uttryck som används för att beskriva befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan.


En god folkhälsa handlar således inte bara om att hälsan bör vara så bra som möjligt, den bör också vara så jämnt fördelad som möjligt (Svanström, 2002).



Folkhälsa är ett begrepp som beskriver hälsa, sjuklighet och dödlighet liksom levnadsvanor, hälsorisker och skyddsfaktorer för hälsa i olika befolkningsgrupper. Begreppet innefattar inte bara summan av individernas hälsa utan även mönster av större eller mindre olikheter i hälsa som råder mellan olika grupper inom befolkningen

Inom folkhälsoarbete kan man urskilja två delar: att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Dessa innefattar systematiska, målinriktade, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa, en hälsa för hela befolkningen. Insatserna grundar sig i politiska beslut beskrivna som målbeskrivningar på olika samhällsnivåer.





Hälsofrämjande:  
processer för att  
möjliggöra för människor  
att förbättra och öka  
kontrollen över  
sin hälsa.

## Hälsofrämjande omvårdnad

Begreppet hälsofrämjande sammankopplas ofta med prevention (Downie, med flera, 1996). Prevention syftar till att påverka livsstilsfaktorer och delas upp i primär, sekundär och tertiär prevention. Primär prevention syftar till att förhindra uppkomsten av ohälsa, sekundär prevention syftar till att hindra utvecklingen av en redan etablerad sjukdom och syftet med tertiär prevention är att minska begränsningarna som en funktionsnedsättning innebär eller rehabiliteringsinsatser. Whitehead (2006) och Pender (1996) skriver att det finns betydelsefulla skillnader mellan att förebygga sjukdom och främja hälsa. Prevention bygger på kunskaper om vad som orsakar sjukdom och avsikten är att förhindra att en specifik sjukdom bryter ut, medan hälsofrämjande handlar om kunskap kring processer som leder till hälsa och där avsikten är att förbättra människans egenupplevda hälsa (Bing, 2003).

För att främja personens subjektiva hälsa krävs en ansats som innefattar delaktighet av personen själv. Detta ligger i linje med och poängteras av WHO (1986) som beskriver hälsofrämjande som "processer för att möjliggöra för människor att förbättra och öka kontrollen över sin hälsa". Enligt WHO är de grundläggande elementen i hälsofrämjande arbete: empowerment, jämlikhet, samarbete, delaktighet i samhället, självbestämmande, ömsesidigt hjälpsamt och delat ansvar (WHO, 1984).

Svedberg (2007) som studerat begreppet hälsofrämjande inom omvårdnad skriver mot bakgrund av en litteraturgenomgång att i dag är begreppet hälsofrämjande till största delen förknippat med hälsoutbildning. Med hälsoutbildning menas framförallt att informera och påverka den enskildes livsstil och beteende för att främja hälsa eller motverka sjukdom. De interventioner som används i hälsoutbildning ska kännetecknas av samarbete, dialog, bemyndigande och respekt för den enskilde för att ses som en del i hälsofrämjande omvårdnad. De syftar till att personen ökar sitt kritiska tänkande och sin förmåga till att finna nya strategier för att hantera sitt liv (Benson & Latter, 1998).

Hälsofrämjande är ett större och vidare begrepp än hälsoutbildning där omvårdnaden fokuserar på personligt bemyndigande samt på att skapa förutsättningar för individen att delta i samhället (Maben & Clark, 1995; Whitehead, 2006).

Se fullständiga referenser på [www.swenurse.se/jamlik-vard-och-halsa](http://www.swenurse.se/jamlik-vard-och-halsa)





Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionsförening. Vi är en ideell förening som företräder professionens kunskapsområde omvårdnad. I över hundra år har vi tagit ansvar för och engagerat oss i omvårdnad – i forskning, etik, utbildning och kvalitet – för patientens, vårdens och hela samhällets bästa. [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)