



# Hälso- och sjukvårdens inverkan på folkhälsan.

## Inledning

Den 19 September 2012 anordnade Forum för Health Policy en workshop under rubriken "The shifting balance between public health and curative medical care in producing health gain". Workshopen berörde klassiska och frågor kring olika faktorerers betydelse för hälsan i befolkningen – förebyggande vård och folkhälsoinsatser i vid mening kontra klinisk kurativ vård och behandling. Det internationella kunskapsunderlaget gavs av professor Martin McKee, London School of Hygiene (se presentationer från workshopen på [www.healthpolicy.se/workshops](http://www.healthpolicy.se/workshops)). En grundläggande kunskapsöversikt rörande svenska förhållanden gavs av Ragnar Westerling, professor i socialmedicin, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala Universitet. Detta underlag berör många hälsopolitiska vägval.

Kunskapsöversikten redovisas i förkortad form i denna Policy Brief tillsammans med rekommendationer från Forum för Health Policy.

**Allt ursprungligt material finns på [www.healthpolicy.se](http://www.healthpolicy.se)**

## Vilken är hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan?

Betydelsen av hälso- och sjukvårdens insatser för befolkningens hälsa har ifrågasatts av flera forskare. Det är framförallt när utvecklingen av folkhälsan följts historiskt och under längre tid som frågan ställts om det snarare är den allmänna välfärdsutvecklingen som spelat roll för förbättringar i folkhälsan. Förekomsten av vissa sjukdomar, exempelvis hjärt-kärlsjukdomar och tuberkulos, kan också vara konjunkturberoende eller påverkas av stora samhällsförändringar.

Genom den medicinska utvecklingen har emellertid förutsättningarna att åtgärda olika sjukdomstillstånd förbättrats. För ett flertal sjukdomar kan förloppet påverkas med preventiva och terapeutiska insatser<sup>1</sup>. Förbättringarna i hälso- och sjukvårdens förutsättningar att påverka befolkningens hälsa har varit särskilt påtagliga från andra hälften av 1900-talet<sup>2</sup>. Sjukdomar som tidigare varit dödliga har blivit behandlingsbara genom medicinska framsteg och nya sätt att organisera vården har visat sig effektiva. Dödligheten i sjukdomar som hälso- och sjukvården bedömts kunna påverka förloppet av har också de senaste decennierna minskat mer än dödligheten totalt i yngre åldersgrupper. Denna trend finns rapporterad från ett flertal västländer, däribland Sverige<sup>3 4</sup>.

Den svenska hälso- och sjukvårdslagen lyfter fram en god hälsa i befolkningen som helhet som det centrala målet för hälso- och sjukvården. Dessutom anges att vården skall ges på lika villkor, d.v.s. att det skall vara behoven av vård som avgör vilka som får vård, inte vilka ekonomiska eller sociala förutsättningar man har. Hälso- och sjukvård skall omfatta såväl medicinskt förebyggande som behandlande insatser. Hälso- och sjukvården har alltså ett folkhälsoansvar, något som även gäller för andra sektorer i samhället i och med riksdagens beslut om nationella folkhälsomål. Det som utmärker kraven på hälso- och sjukvården är att insatserna skall vara medicinskt grundade och baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet.

## Hur vet vi vilken betydelse hälso- och sjukvårdens insatser har?

Det är angeläget att utvärdera hälso- och sjukvårdens insatser utifrån ett folkhälso-perspektiv. Hur väl uppnås målen att med medicinska insatser påverka befolkningens hälsa i positiv riktning? Ett första steg i utvärdering bör vara att undersöka om det finns vetenskapligt stöd för att de metoder som används inom hälso- och sjukvården är effektiva. Detta genomförs ofta genom s.k. kliniska prövningar där resultaten i en behandlingsgrupp jämförs med en kontrollgrupp, vanligen s.k. kliniska randomiserade försök. Dessa prövningar genomförs som regel under så optimala betingelser som möjligt med strikta kriterier vilka som ingår i studien, ett väl strukturerat behandlingsprogram, välinformerad personal och noggrann uppföljning.

När sedan behandlingsmetoderna införs i rutinsjukvården är det inte säkert att förutsättningarna är lika optimala. Det kan exempelvis finnas brister i tillgång till för uppgiften utbildad personal. Det kan också variera vilken patientgrupp som får behandlingen respektive hur behandlingen genomförs och följs upp. Kvaliteten i vården kan således variera vilket kan ge skillnader i resultat och att man ej uppnår samma goda resultat som i den kliniska prövningen. Undersökningar av kvaliteten i vården bör därför vara ett andra steg när det gäller att utvärdera betydelsen av olika medicinska insatser

Även för behandlingar som har ett bra vetenskapligt stöd och genomförs med god kvalitet kan det variera vilken betydelse de får för folkhälsan. Effekten blir större om det är en vanlig sjukdom som skulle kunna ge allvarliga konsekvenser för överlevnad, funktionsförmåga eller livskvalitet om behandlingen ej ges. Det är också av betydelse i vilken utsträckning den nya behandlingen når ut till dem som har behov av den, vilken täckningsgraden är. Om vårdköerna är långa eller tillgängligheten på annat sätt är begränsad kan effekten på befolkningens hälsa bli lägre än vad den kunde ha varit vid en god tillgänglighet. Detta bör beaktas då hälso- och sjukvårdens insatser skall utvärderas på befolkningsnivå.

## Vad visar utvärderingar av hälso- och sjukvården?

Dödligheten i sjukdomar som hälso- och sjukvården kan påverka förloppet av, s.k. åtgärdbar dödlighet, studeras ofta som en indikator på vårdens resultat och kvalitet. De åtgärdbara dödsorsakerna har klassificerats med avseende på om de är möjliga att påverka med förebyggande eller terapeutiska insatser<sup>1</sup>. En ansamling av dödsfall skall ses som en varningssignal som motiverar en fördjupad undersökning av hälso- och sjukvårdens utformning och kvalitet.

Vid en internationell jämförelse har de svenska dödstalerna för åtgärdbara sjukdomar under 1970- och 1980-talen som regel hört till de lägsta inom EU<sup>5</sup>. Även i slutet av 1990-talet var den åtgärdbara dödligheten i Sverige på en internationellt sett låg nivå<sup>6</sup>. Från början av 2000-talet har emellertid de svenska resultaten närmat sig ett en position i mitten av OECD-länderna vad gäller åtgärdbar dödlighet<sup>7</sup>. Utvecklingen i Sverige förefaller att ha stagnerat samtidigt som den åtgärdbara dödligheten fortsätter att minska tydligt i andra länder.

En rimlig förklaring kan vara att de medicinska framsteg som mäts med metoden tillämpats i Sverige tidigare än i många andra länder och att andra länder nu kommit ikapp. Det finns flera exempel på att den svenska hälso- och sjukvården på ett tidigt stadium systematiskt arbetat för att effektiva medicinska metoder skall komma i bruk. Sverige var exempelvis tidigt ute med att införa vårdprogram för flera sjukdomar som byggde på moderna medicinska principer. I jämförelse med de andra EU-länder var Sverige tidiga med att införa medicinska innovationer som innefattade en preventiv strategi<sup>8</sup>. Det gäller exempelvis för mammografi (screening av bröstcancer), screening av livmoderhalscancer och för blodtrycksbehandling för att förebygga cerebravaskulär sjukdom (slaganfall/stroke). Det finns också flera exempel på en positiv utveckling för den åtgärdbara dödligheten i samband med introduktion av nya medicinska metoder. Det har varit tydligast för preventiva insatser som genomförts inom sjukvården vid exempelvis hjärtsjukdomar.

Det generella mönstret i de internationella jämförelserna av *åtgärdbar dödlighet* är att variationen mellan länder minskat. Inom Sverige har också skillnaderna mellan olika landstingsområden, mellan stad och landsbygd och mellan könen minskat över tid<sup>9 10</sup>. Det talar för att medicinska framsteg faktiskt kan bidra till att reducera ojämlikhet i hälsa och dödlighet mellan olika befolkningsgrupper.

För flera sjukdomsgrupper, exempelvis rörelseorganens sjukdomar och psykiska sjukdomar är hälso- och sjukvårdens insatser inriktade på att förbättra funktionsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet. Utvärderingarna av resultaten i den rutinmässiga hälso- och sjukvården pekar på att hälso- och sjukvårdens insatser haft betydelse för den hälsorelaterade livskvaliteten hos stora patientgrupper med exempelvis vid depression eller höftledsoperation<sup>11 12</sup>. Vilken betydelse dessa behandlingar har för folkhälsan i stort påverkas även av täckningsgraden, d.v.s. hur stor andel av de som skulle ha behov av dessa behandlingar som får tillgång till detta.

Vid en internationell jämförelse har de svenska dödstalen för åtgärdbara sjukdomar under 1970- och 1980-talen som regel hört till de lägsta inom EU5. Även i slutet av 1990-talet var den åtgärdbara dödligheten i Sverige på en internationellt sett låg nivå. Från början av 2000-talet har emellertid de svenska resultaten närmast sig ett en position i mitten av OECD-länderna vad gäller åtgärdbar dödlighet. Utvecklingen i Sverige förefaller att ha stagnerat samtidigt som den åtgärdbara dödligheten fortsätter att minska tydligt i andra länder.



Tillgång till en behandling påverkas av hur olika vårdområden prioriterats, vilka vårdköer som uppstått samt vilka mönster som finns när det gäller att söka sjukvård. Flera studier pekar på att det blivit vanligare att avstå från att söka läkare trots att man upplevt behov av läkarkontakt<sup>13</sup>. Det är särskilt vanligt att man avstår från att söka hjälp för psykiska och psykosomatiska besvär och en vanlig förklaring är att man inte tror att sjukvården kan vara till hjälp. Andra faktorer är svårigheter att komma fram i vården, ekonomiska begränsningar och språksvårigheter.

# Fyra åtgärdsområden för att säkra hälso- och sjukvårdens betydelse för folkhälsan

## 1. Säkra tillgången till effektiva medicinska metoder

- Det är viktigt att få ett brett genomslag för effektiva medicinska innovationer. Det är flera steg från att metoderna visat sig effektiva i kliniska prövningar till att de kan ge resultat på befolkningens hälsa. Spridningen inom sjukvården kan av olika skäl gå långsamt och tillgängligheten kan begränsas inte minst p.g.a. bristande kunskaper om behandlings-möjligheter och vård i befolkningen. Införandet av de medicinska metoderna i rutinsjukvården behöver även kvalitetssäkras.

## 2. Integrera preventiva strategier i hälso- och sjukvården.

- Flera medicinskt preventiva strategier i hälso- och sjukvården har visat sig effektiva. Sverige har också i flera fall varit tidigt ute när det gäller att tillämpa preventiva metoder inom hälso- och sjukvården vilket förefaller ha bidragit till att den svenska sjukvården under flera decennier haft internationellt sett goda resultat, särskilt vad avser åtgärdbar dödlighet.

## 3. Tillämpa en helhetssyn på hälso- och sjukvårdens mål och resultat.

- Målet för den svenska hälso- och sjukvården är en god hälsa i befolkningen. Hälso- och sjukvården har en potential att bidra inte bara till att den förväntade livslängden ökar utan även till att funktionsförmågan och den hälsorelaterade livskvaliteten blir god under livet. Detta bör beaktas vid planering, prioritering och utvärdering av hälso- och sjukvårdens insatser för befolkningens hälsa.

## 4. Säkra medicinskt förankrad folkhälsokompetens i hälso- och sjukvården

- Det är angeläget att hälso- och sjukvården har tillgång till medicinskt förankrad folkhälsovetenskaplig kompetens som stöd för policybeslut, planering och utvärdering.
- Medicinsk kompetens behöver kombineras med färdigheter i folkhälsovetenskap, epidemiologi, preventiv medicin samt hälso- och sjukvårdsplanering, beslutsprocess och ekonomi. Inom EU-området pågår en harmonisering av kompetenskrav och organisatoriska riktlinjer för detta specialistområde inom hälso- och sjukvården<sup>14</sup> som i Sverige utgörs av den medicinska specialiteten socialmedicin.

## Referenser

1. Rutstein DD, Berenberger W, Chalmers TC, Child G C, Fischmen AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 1976;294:582-88.
2. Nolte E, McKee M, Evans D, Kaaranikolos M. Saving lives? The controbution of health care to population health. In McKee M, Figueras J. *Health Systems: Health, Wealth, Society and Well-being*. Berkshire, England: Open University Press. McGraw-Hill Education, 2011:101-24.
3. Mackenbach JP, Bouvier-Colle MH, Jougl E. "Avoidable" mortality and health services: a review of aggregate data studies. *J Epidemiol Community Health* 1990;44:106 - 11.
4. Westerling R. Trends in "avoidable" mortality in Sweden 1974-85. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:489-93.
5. Westerling R, Smedby B. The European Community 'Avoidable death indicators' in Sweden 1974-1985. *Int J Epidemiol* 1992;21:502-10.
6. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327:1129.
7. Nolte E, McKee. Measuring the health of nations;updating an earlier analysis. *Health Affairs* 2008;27:58-71.
8. Plug I, Hoffmann R, Mackenbach J (eds). AMIEHS. Avoidable mortality in the European Union: towards better indicators for the effectiveness of health systems.Final report. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus MC, 2011. (<http://amiehs.lshtm.ac.uk/>) (Available 2012-05-24)
9. Westerling R. Decreasing gender differences in avoidable mortality in Sweden. *Scand J Public Health* 2003;31:342-49.
10. Westerling R. Åtgärdbar dödlighet som en indikator i den folkhälsopolitiska uppföljningen - en undersökning av regionala skillnader i Sverige 1989-2003Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2008.
11. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakau I, Runeson B, Mårtensson B, Jönsson B. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health* 2007;10(2):153-60.
12. Rolfson O, Kärrholm J, Dahlberg LE, Garellick G. Patient-reported outcomes in the Swedish Hip Arthroplasty Register: results of a nationwide prospective observational study. *Bone Joint Surg Br* 2011;93(7):867-75.
13. Westin M, Åhs A, Bränd Persson K, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care - lack of confidence in the medical services a plausible explanation ? . *Health Policy* 2004;68(3):333-44.
14. Westerling R. The harmonisation of the medical speciality in Public Health in the EU countries. - a challenge for the profession. . *Eur J Public Health* 2009;19(3):230-2.

Den 19 September 2012 anordnade Forum för Health Policy en workshop under rubriken "The shifting balance between public health and curative medical care in producing health gain". Workshopen berörde klassiska och frågor kring olika faktorerers betydelse för hälsan i befolkningen – förebyggande vård och folkhälsoinsatser i vid mening kontra klinisk kurativ vård och behandling. Det internationella kunskapsunderlaget gavs av professor Martin McKee, London School of Hygiene (se presentationer från workshopen på [www.healthpolicy.se/workshops](http://www.healthpolicy.se/workshops)). En grundläggande kunskapsöversikt rörande svenska förhållanden gavs av Ragnar Westerling, professor i socialmedicin, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala Universitet. Detta underlag berör många hälsopolitiska vägval.

## **Två goda råd från denna workshop:**

### **Mät åtgärdbar dödlighet**

Kunskapsområdena undvikbar sjuklighet och åtgärdbar dödlighet är viktiga och behöver etableras bättre inom hälso- och sjukvården. Mät, värdera och styr med hjälp av dessa faktorer på samma sätt som andra kvalitetsindikatorer i vården.

### **Förebyggande insatser bör integreras i klinisk vård**

Förbättrade behandlingsresultat inom stora sjukdomsgrupper kan vinnas genom att koppla samman förebyggande insatser med klinisk vård – utveckla metoder för detta!

Redaktör Johan Calltorp, professor, projektledare Forum för Health Policy

Allt ursprungligt material finns på [www.healthpolicy.se](http://www.healthpolicy.se)