

Kunskap om kulturella aspekter av hälsa är nyckel till jämlik vård



SOFIE BÄARNHIELM, med dr, överläkare, enhetschef, Transkulturellt centrum
sofie.baarnhielm@sll.se



ANNA-CLARA HOLLANDER, med dr, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm; PTP-psykolog, avdelningen för psykisk hälsa, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES); båda Stockholms läns landsting

I veckans nummer av Läkartidningen publiceras en studie av Ferid Krupic och Johan Kärrholm som påvisar att utrikesfödda patienter har mer besvär av smärta före en total höftledsoperation än svenskfödda patienter. Den utrikesfödda gruppen var yngre men hade ändå mer problem postoperativt. Som möjliga orsaker till skillnaderna pekar författarna på kommunikationssvårigheter, skillnader i förväntningar på vården och att utrikesfödda opererades i ett senare skede.

Det är inte bara denna studie om höftledsoperationer som visat oroande skillnader i hälsa mellan dem som fötts i Sverige och dem som invandrat.

Hälsa påverkas av sociala faktorer

Trots att hälsorisker ofta (både vetenskapligt och populärkulturellt) beskrivs i individuella termer, finns starka belägg för att vår hälsa påverkas av sociala faktorer och samhällsfaktorer som delas av alla [1].

Systematiska studier av hälsans sociala bestämningsfaktorer och sociala skillnader i hälsa har pågått sedan 1980-talet, både i Sverige och internationellt [2, 3]. Studie efter studie har visat att låg social position, mätt med olika typer av mått såsom inkomst, utbildning eller social position, är negativt korrelerad med de flesta mått på hälsa och även många specifika sjukdomar [1].

Skillnaderna mellan grupper med olika socioekonomiska förutsättningar är tydliga i hela västvärlden [1], inklusive Sverige [4]. Det finns flera hypoteser om varför det ser ut så här [5, 6].

Materiella faktorer och sämre levnadsvillkor kan spela in, liksom psyko-

sociala faktorer som stress över ekonomi eller arbete samt skam. Beteendelaterade faktorer som riskbruk av alkohol, rökning, dålig kost och brist på motion påverkar också.

Vidare kan delar av skillnaderna möjligtvis förklaras med ett livsloppsperspektiv, dvs att social position i fosterliv och barndom påverkar hälsan även senare i livet. De sociala bestämningsfaktorerna påverkar alla, men utrikesfödda personer har ytterligare bestämningsfaktorer som innefattar faktorer i ursprungslandet eller flyktingerfarenheter, tid i nya landet, språkkunskaper, sociala nätverk, förlorad status och mötet med nya sociala och kulturella traditioner (ackulturation) [7].

Vissa av bestämningsfaktorerna är dessutom extra relevanta för utrikesfödda: tex kan upplevelse av rasism och diskriminering ha negativ påverkan på såväl psykisk som somatisk hälsa [8].

Skillnader i hälsa

Studier visar att utrikesfödda i Sverige ofta, men inte alltid, har sämre hälsa än svenskfödda [4]. Detta förklaras till en del av socioekonomiska skillnader [4].

I en studie från Malmö visades en dubbelt så hög risk för typ 2-diabetes för svenskar med ursprung i Irak som för svenskfödda; de hade också sämre glukoskontroll, mer uttalad insulinresistens och tidigare insjuknande [9].

Personer som invandrat till Sverige har även högre risk än svenskfödda att insjukna och dö i förtid i schizofreni [10].

Det är dock stora skillnader inom gruppen utrikesfödda med avseende på födelseland [4], men även skälet för immigrationen spelar in [11]. Vård på lika villkor kan bidra till att motverka skillnader i hälsa [3], men som Ferid Krupic och Johan Kärrholm visar kan utfallet för patienter som fått samma behandling skilja sig mellan svenskfödda och utrikesfödda.

Information och hälsolitteracitet

Ferid Krupic och Johan Kärrholm ger flera möjliga förklaringar till sina resultat. Vissa av förklaringarna berör det kliniska arbetet. Andra förklaringar pekar på behov av utbildning av vårdper-



Illustration: Colourbox

En växande mångkulturell befolkning är en stor utmaning för en sjukvård som har ambitionen att erbjuda jämlik vård utifrån varje människas behov och autonomi.

sonal och vikten av att se resultaten i ett större perspektiv i termer av migration och socioekonomiska faktorer.

De föreslår några konkreta åtgärder för hur skillnader i patientrapporterat utfall efter total höftprotes skulle kunna minska. Till exempel föreslår de förbättrad information pre- och postoperativt och bättre tillgång till välutbildade tolkar.

Förbättrad information på olika språk pre- och postoperativt underlättar kommunikation. Men informationen behöver anpassas till att människor har olika kunskaper och möjlighet att hantera information. Hälsolitteracitet är ett begrepp som handlar om i vilken grad en individ har förmåga att ta emot, bearbeta och förstå grundläggande hälsoinformation för att kunna fatta ändamålsenliga beslut [12]. Personer med lägre nivå av hälsolitteracitet har svårigheter med att ta del av medicinsk information, vilket påverkar både hälsa och behandlingsutfall.

Vissa grupper kan ha lägre nivå av

■ SAMMANFATTAT

Hälsans sociala bestämningsfaktorer påverkar alla.

Utrikesföddas hälsa påverkas av ytterligare faktorer, tex flyktingerfarenheter, tid i nya landet, språkkunskaper, sociala nätverk, förlorad status och mötet med nya sociala villkor och kulturella traditioner (ackulturation).

För att kunna minska de sociala skillnaderna i hälsa måste kulturella aspekter av hälsa beaktas.

hälsolitteracitet än befolkningen i allmänhet. Hit hör ofta exempelvis äldre, lågutbildade, nyanlända invandrare och migranter utan god kunskap i det nya landets modersmål [13].

Tolkar för både läkare och sköterskor

Kvalitet hos sjukvårdstolkar påverkas av avtal och kvalitetsindikatorer i upphandlingar. Ofta används tolk huvudsakligen vid planerade läkarbesök. I en studie inom området pediatrik onkologi fann forskarna ett behov av tolkhjälp, inte bara för läkare, utan även för sjuksköterskor [14]. Utan tolkhjälp för sjuksköterskor försvann omvårdnadsdelen av vården, vilket innebar ökad utsatthet och stress för patienter och anhöriga.

Forskare i Göteborg vill göra tolkar till tydliga medlemmar av hälso- och sjukvårdsteam [15], en roll som kan bidra till ökad kvalitet men också tillgänglighet, eftersom det blir lättare med oplanerad kommunikation.

Kulturella faktorer – en nyckel

Vad gäller utbildningsbehov diskuteras allt oftare hur sjukvårdspersonal bättre ska kunna sätta sig in i utrikesfödda patienters situation.

I en rapport publicerad i Lancet [16] betonades vikten av att det i sjukvården finns kunskaper om dels kulturens betydelse för sjukdomsförståelse och hjälpsökande, dels interkulturell kommunikation [16]. I rapporten underströks värdet av medicinsk humaniora och antropologi. Betydelsen av tillit till vården och patienters känsla av egenmakt poängterades. Uppmärksammande av kulturella faktorer sågs som en nyckel till att utveckla god klinisk sed (good practice).

Utbildning om utrikesföddas sociala situation och villkor, variation i sjukdomspanorama och kulturellt färgade sjukdomsuttryck samt interkulturell kommunikation är ännu inte en självklarhet på alla grund- och vidareutbildningar för vårdpersonal. Det är dessutom ovanligt att vårdpersonal har utbildning i hur man arbetar med tolk på ett konstruktivt sätt.

Här föregår Stockholms läns landsting med gott exempel med ett kunskapscentrum, Transkulturellt centrum (<http://transkulturelltcentrum.se>), som bistår sjukvårdspersonal i Stockholm med utbildning men även konsultationsstöd i frågor om kulturmöten och migration.

Hälsokommunikatörer ny yrkesgrupp

Vad gäller strukturella förklaringar till fynden i sin studie om höftledsoperationer påpekar Ferid Krupic och Johan Kärrholm att utrikesfödda kom in för höftoperationer i ett senare skede än

svenskfödda. Vård i sent skede är ett problem som setts även i andra sammanhang och kan ha flera olika orsaker [3].

Även här kan frågan om hälsolitteracitet vara relevant. Okunskap om vilka möjligheter till vård som finns och hur man får tillgång till den kan bidra till sent vårdsökande. För att motverka detta är hälsokommunikatörer en intressant ny yrkesgrupp. De arbetar preventivt både med att förbättra hälsan bland flyktingar och invandrare och med kommunikation och kontakt med sjukvården [17].

Hälsokommunikatörer finns i Östergötlands och Stockholms läns landsting samt i form av samhälls- och hälsokommunikatörer i Region Skåne.

På olika arenor i kommuner och i sjukvård överför hälsokommunikatörerna, främst på modersmål, i dialogform kunskaper om hälsa och hälsofrämjande livsstil till grupper av nyanlända flyktingar och invandrare med begränsade kunskaper i svenska. Det finns även andra goda initiativ med fokus på att öka hälsolitteracitet bland utrikesfödda [18].

Att erbjuda jämlik vård – en utmaning

I sin artikel tar Ferid Krupic och Johan Kärrholm upp att en växande mångkulturell befolkning innebär en stor utmaning för en sjukvård med ambitionen att erbjuda jämlik vård utifrån varje persons behov och autonomi.

I regeringsförklaringen 2014 [19] står: »Regeringens mål är att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.« För att ambitionen att sluta klyftorna ska lyckas måste de kulturella aspekterna av hälsa beaktas både på kort och lång sikt, och på klinisk och på strukturell nivå.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Marmot MG, Wilkinson RG. Social determinants of health. Oxford/New York: Oxford University Press; 2006.
- Black DS, Townsend P, Davidson N. Inequalities in health: the Black report. Harmondsworth: Penguin; 1982.
- Diaz A. Vård på (o)lika villkor. En kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2009.
- Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Artikelnr 2009-126-71.
- Evans T, Whitehead EM, Diderichsen F, et al. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford/New York: Oxford University Press; 2001.
- Graham H. Unequal lives: health and socioeconomic inequalities. Maidenhead: Open University Press; 2007.
- Hollander AC. Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden – epidemiological studies of register data. Glob Health Action. 2013;6:21059.
- Rafferty JA, Abelson JM, Bryant K, et al. Discrimination. I: Compton MT, Shim RS. The social determinants of mental health. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2015. Kap 2.
- Bennet L, Groop L, Franks P, et al. Dubbelt så hög risk för diabetes typ 2 hos svenskar födda i Irak. Läkartidningen. 2015;112:DD3T.
- Att ha schizofreni och vara utrikesfödd. Insjuknande, vård och levnadsförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnr 2013-2-31.
- Hollander AC, Bruce D, Ekberg J, et al. Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. Int J Epidemiol. 2012;41:1153-61.
- Selden C. Health literacy. I: Current bibliographies in medicine 2000-1. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Library of Medicine Reference Section; 2000.
- Health literacy – the solid facts. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Pergert P, Ekblad S, Enskar K, et al. Obstacles to transcultural caring relationships: experiences of health care staff in pediatric oncology. J Pediatr Oncol Nurs. 2007;24:314-28.
- Fatahi N, Mattsson B, Hellström M. Viktigt att stärka tolkens status i sjukvårdsteamet. Läkartidningen. 2012;109:1096-8.
- Napier AD, Ancarno C, Butler B, et al. Culture and health. Lancet. 2014;384:1607-39.
- Bäärnhjelm S, Hussein H, Baker U, et al. Hälsokommunikatörer kan bidra till bättre hälsa hos utlandsfödda. Läkartidningen. 2013;110:CAZZ.
- Eriksson Sjö T, Ekblad S. Hälsoskola för nyanlända flyktingar. I: Malmsten J, redaktör. Migrationens utmaningar inom hälsa, omsorg och vård. Malmö: Stadskontoret; 2010. FoU-rapport 2010:2. p. 33-52.
- Regeringsförklaring. 3 okt 2014. <http://www.regeringen.se/contentassets/436960c05f524109b8a020b879efd76b/regeringsforklaringsen-3-oktober-2014>