

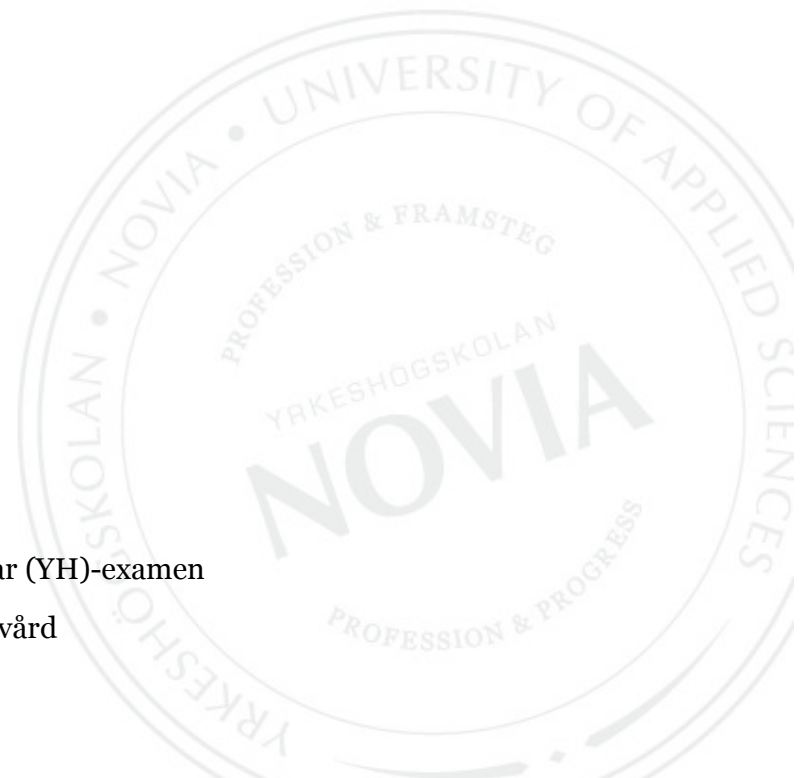
# **Sjukskötaren och utjämnningen av hälsoskillnader orsakade av socioekonomiska ojämlikheter**

Ellen Rantala

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Åbo 2010



## EXAMENSARBETE

Författare: Ellen Rantala

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för vård, Åbo

Inriktning/salternativ/Fördjupning: vårdarbete

Handledare: Minna Syrjäläinen-Lindberg

Titel: Sjukskötaren och utjämningen av hälsoskillnader orsakade av socioekonomiska ojämlikheter

---

Datum 07.10.2010

Sidantal 25

Bilagor 1

---

### Sammanfattning

Det här examensarbetet har genomförts inom projektet TAG i livet (Tillgång, Aktivitet, Gemenskap). Förebyggande arbete och att främja vuxna personer till självständiga liv är mål för projektet. I examensarbetet beskrivs hur vuxna personer med låg socioekonomisk ställning kan stödas till hälsa. Examensarbetet utmynnar i en produkt i form av en artikel.

Låg socioekonomisk ställning korrelerar med ohälsa trots att en utjämning av hälsoskillnaderna länge varit ett mål för Finland. Frågan hur sjukskötaren ska gå tillväga för att främja hälsa bland grupper med låg socioekonomisk ställning och ohälsa försöker här besvaras med hjälp av en litteraturstudie och innehållsanalys.

Hälsofrämjande verksamhet är en av sjukskötarens uppgifter. Vid behov ska sjukskötaren även främja patienters hälsa genom att fungera som patientens advokat. I den hälsofrämjande verksamheten bör fokus inte enbart vara på att förändra det individuella hälsobeteendet, utan även hur möjligheterna till hälsa påverkas av den socioekonomiska kontexten bör beaktas om hälsoskillnaderna effektivt ska utjämnas. Kollektiva åtgärder kan vara av intresse eftersom individuella insatser ofta är otillräckliga.

Trots att utjämningen av hälsoskillnaderna är ett viktigt mål och sjukskötaren är i en position där hon har möjlighet att bidra finns inga konkreta förslag på hur sjukskötaren kan bidra. Därför bör ämnet vara i centrum för forskning och utveckling av åtgärder.

---

Språk: svenska Nyckelord: fattigdom, hälsobeteende, hälsofrämjande verksamhet, jämlikhet, hälsojämlikheter, patient advokering, socioekonomisk kontext, socioekonomisk ställning, utjämning av hälsoskillnader

---

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webb biblioteket Theseus.fi eller i biblioteket.

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Ellen Rantala

Kolitusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyön kolitusohjelma Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: hoitotyö

Ohjaajat: Minna Syrjäläinen-Lindberg

Nimike: Sosioekonomisten tuottamat terveyserojen kaventaminen sairaanhoitajana

---

Päivämäärä 07.10.2010

Sivumäärä 25

Liitteet 1

---

### Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on tehty osana OTE elämästä -projektia (Omaehtoisien Toiminnan Edistäminen). Ennaltaehkäisevä työ ja aikuisten kannustaminen itsenäiseen elämään ovat projektin tavoitteita. Tutkielmassa perehdytään siihen, miten alhaiseen sosioekonomiseen asemaan kuuluvaa aikuisväestöä voidaan tukea terveelliseen elämään. Tähän opinnäytetyöhön sisältyy myös tuote, joka on tutkielman tuloksiin perustuva artikkeli.

Alhainen sosioekonominen asema ja huono terveys ovat kytköksissä toisiinsa, vaikka terveyserojen tasaaminen on ollut pitkään tavoitteena Suomessa. Kuinka sairaanhoitajan on meneteltävä edistääkseen alhaiseen sosioekonomiseen tasoon kuuluvien ja huonosta terveydestä kärsivien ryhmien terveyttä? Tähän kysymykseen yritetään vastata tässä tutkielmassa kirjallisten lähteiden sisältöanalyysillä.

Terveyttä edistävä toiminta kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin. Tarvittaessa sairaanhoitajan tulee tukea potilaan terveyttä myös toimimalla edunvalvojana. Terveyden edistämistyössä ei pidä kiinnittää huomiota vain yksilön terveyskäyttäytymisen muutoksiin, vaan huomioon on otettava myös sosioekonominen ympäristö, jos tarkoituksena on tasata terveyseroja tuloksellisesti. Yksilön ponnistukset voivat osoittautua riittämättömiksi, ja siksi yhteisölliset toimenpiteet saattavat olla tarpeen.

Vaikka terveyserojen pienentäminen on tärkeä päämäärä ja sairaanhoitajalla on tilaisuus vaikuttaa kehitykseen myönteisesti, ei sairaanhoitajille ole esitetty minkäänlaisia konkreettisia toimenpide-ehtouksia. Sen vuoksi asian pitää olla näkyvästi esillä tutkimuksessa ja toimenpiteiden kehittämisessä.

---

Kieli: ruotsi Avainsanat: köyhyys, terveyskäyttäytyminen, terveyden edistäminen, tasa-arvo, terveyserot, potilaan edunvalvonta, sosioekonominen ympäristö, sosioekonominen asema, terveyserojen kaventaminen

---

Arkistoidaan: Opinnäytetyö on saatavilla joko ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseus.fi tai kirjastossa.

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Ellen Rantala

Degree Programme: Degree Programme in Nursing, Turku

Specialization: Bachelor of Health Care

Supervisors: Minna Syrjäläinen-Lindberg

Titel: How can the Nurse contribute to decrease socioeconomic inequalities

---

Date 07.10.2010

Number of pages 25

Appendices 1

---

### **Summary**

This thesis is written for the project Take Hold of Life (Tillgång, Aktivitet, Gemenskap). Preventive work and promoting adults to gain independency over their lives are the goals for the project. The purpose of this thesis is to describe how the nurse may support adult people with low socioeconomic status to achieve health. An article, as a product of the thesis, will also be written on the results from the thesis.

Lack of health still has a strong connection to low socioeconomic status, even though an increase of the socioeconomic gap has been a social aim in Finland for a long time and is emphasized in several policy documents. The subject is examined through a literature study and content analysis.

Promoting health is one of the nurse's tasks. She is also supposed to promote health by patient advocacy if necessary. In health promoting the focus should not only lay on trying to change the individual's behavior, what the possibilities are to gain health in a particular socioeconomic context must also be taken into consideration and nurses may have to work collectively in this question.

Though increasing equality is an important goal, specific suggestions on how the nurse may contribute to even out health inequalities are scarce. Hence there is a considerable need of further research and developing of interventions on this subject.

---

Language: Swedish Key words: health, health behaviour, health promotion, equality, health inequalities, patient advocacy, poverty, socioeconomic context, socioeconomic status, increasing inequity

---

Filed at: The examination work is available at the electronic library Theseus.fi or in the library.

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Låg socioekonomisk ställning och ohälsa.....	3
2.1	Socioekonomisk ställning.....	3
2.2	Förekomst.....	4
3	Låg socioekonomisk ställning och främjandet av hälsa.....	6
3.1	Utjämnning av hälsoskillnaderna på samhällelig nivå.....	6
3.2	Hälsofrämjande verksamhet.....	7
3.3	Individens möjlighet till ansvar för sin hälsa.....	9
4	Sjukskötaren och utjämnandet av hälsoskillnader.....	11
4.1	Hälso- och sjukvårdens inflytande.....	11
4.2	Sjukskötarens möjlighet att påverka.....	12
4.3	Beaktande av den socioekonomiska kontexten i hälsofrämjande verksamhet.....	14
4.4	Utvecklingsbehov.....	15
5	Tillämpad del.....	17
5.1	Litteratur.....	17
5.2	Litteraturstudie och innehållsanalys.....	17
5.3	Resultat av innehållsanalysen.....	17
5.4	Praktisk tillämpning av resultat.....	18
5.5	Utformandet av artikeln.....	19
6	Etiska aspekter och tillförlitlighet.....	21
6.1	Etiska aspekter i examensarbetsprocessen.....	21
6.2	Den etiska relevansen av att belysa hur jämlik hälsa kan uppnås.....	21
6.3	Tillförlitlighet.....	22
7	Diskussion.....	23

Källförteckning

Bilaga 1

# 1 Inledning

Det här examensarbetet är en del av projektet ”Tillgång, Aktivitet och Gemenskap – T. A. G. i livet” (”Omaehtoisen Toiminnan Edistäminen – O.T.E. elämästä”) vid yrkeshögskolan Novia i samarbete med Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. Projektet har som målsättning att stöda vuxna klienter till självständighet och funktionsförmåga genom att utveckla nya serviceformer och metoder för egenvård. Enligt målen för projektet förstärks också personalens kunnande och välmående med hjälp av projektet. (Vaartio, 2009).

I examensarbetet behandlas relationen mellan låg socioekonomisk ställning och ohälsa ur sjukskötarens perspektiv. Begränsningarna som en låg klasstillhörighet ger upphov till har tagits upp i några nyligen utgivna antologier i Norden. Sjukskötaren kan behöva kunskap om hur låg socioekonomisk ställning kan påverka möjligheterna att nå hälsa så att hon kan bidra till arbetet för en utjämning av hälsoskillnaderna som påvisas i statistik och forskning.

Den socioekonomiska ställningen bestäms utgående från olika attribut, till exempel personens huvudsakliga verksamhet, yrke, yrkesställning och näringsgren (Statistikcentralen, u.å.). Hälsoskillnader i befolkningen har varit en central fråga redan under de senaste trettio åren i Finlands hälsopolitik och en utjämning av hälsoskillnaderna har stått som ett hälsopolitiskt mål (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi, 2005, Kinnunen, 2009, 24-25). Men den socioekonomiska ställningen påverkar ännu avsevärt hälsotillståndet för finländaren (Prättälä, Koskinen, Martelin, Lahelma, Sihto & Palosuo, 2007, 15). Lång utbildning, bra inkomst eller bra yrkesposition betyder i medeltal bättre hälsa (Prättälä m.fl., 2007, 15). Ohälsosamma levnadsvanor, såsom tobaksrökning, alkoholanvändning, ohälsosamma matvanor och fetma, är vanligare i de lägsta socioekonomiska grupperna (Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin & Palosuo, 2007, 34). Nästan alla de vanligaste förekommande långtidssjukdomarna är vanligare i de lägsta socioekonomiska grupperna jämfört med de högsta utbildnings- och socialgrupperna och att ha minst en långtidssjukdom är 50 % vanligare i de lägsta socioekonomiska grupperna (Palosuo m.fl., 2007, 222). Det förekommer även skillnader i användningen av hälsovårdstjänster beroende på socioekonomisk ställning (Aromaa m.fl., 2005, Lahelma m.fl., 2007, 35.).

Året 2010 är i Europeiska unionen utlyst till temaår för bekämpande av fattigdom och utslagning. Ett gott samhälle är jämlikt och fritt från diskriminering. I Finland är målen för temaåret bland annat att stärka olika myndigheters engagemang i den sociala rättvisan och att betona allas ansvar för bekämpningen av fattigdom och utslagenhet. (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å.).

Hälsofrämjande arbete har som mål att stöda människor till förbättrad hälsa och större kontroll över hälsan med hjälp av hälsofrämjande verksamhet (Ewles & Simnett, 2005, 37). Traditionell hälsoupplýsning har fokuserat på att påverka individen till ett mera hälsosamt beteende (Ewles & Simnett, 2005, 49-51). Men om enbart individens hälsobeteende och människans förmåga till rationella val betonas placeras ansvaret för hälsotillståndet på individen och den sociala kontextens betydelse för hälsan förbises (Chin, Monroe & Fiscella, 2000, 318-319, 321, 323, Ewles & Simnett, 2005, 49-51).

Åtgärder för att utjämna de sociala ojämlikheterna kräver att nyckelpersoner uppmärksammar situationen (Green, 2008, 451). Sjukskötarens kunskap och erfarenheter, som individ och grupp, gör att sjukskötarens moraliska ansvar sträcker sig från ansvaret för den enskilde patienten till att förbättra vårdverksamheten och engagera sig i att förverkliga värderingarna för omsorg (Jahren Kristoffersen & Ottvik Jensen, 2006, 209-210).

Syftet med det här examensarbetet är att utifrån en litteraturstudie med innehållsanalys beskriva hur sjukskötaren kan arbeta för att bidra till att utjämna hälsoskillnader relaterade till socioekonomisk ställning. Examensarbetet genomförs i samarbete med avdelning BÄDD2A på Folkhälsans Mjölbolstaenhet och Pemar sjukhus. Enheterna tillhör nätverket för hälsofrämjande sjukhus (HPH). Examensarbetet kommer att utmynna i en artikel (se bilaga 1) som fungerar som produkt för examensarbetet. Artikelns syfte är att beskriva hur sjukskötaren kan arbeta för en utjämning av hälsoskillnaderna.

Sambandet, mellan ohälsa och låg socioekonomisk ställning (Laaksonen, Rahkonen, Martikainen & Lahelma, 2005, 1408, Krueger & Chang, 2008, WHO, 2008, 894, Andersson, 2009, 166-167, Molarius m.fl., 2009, 302), ligger som grund för examensarbetet, medan fokuset däremot är på sjukskötarens möjlighet att förminska hälsoskillnaderna. Att i detalj beskriva relationen mellan socioekonomiska faktorer och ohälsa faller därför utanför ramarna för det här examensarbetet.

## 2 Låg socioekonomisk ställning och ohälsa

### 2.1 Socioekonomisk ställning

Eftersom samhällets strukturer är orättvist utformade finns det hälsoskillnader som är relaterade till de socioekonomiska grupperna (WHO, 2008, 13). Vad som menas med socioekonomisk ställning varierar beroende på vilken parameter för att definiera socioekonomisk ställning som används. Det finns ingen parameter för låg socioekonomisk ställning som är universell och lämpar sig för mätningar i alla samhällen (Winkleby, Jatulis, Frank & Fortmann, 1992, 819).

Socioekonomisk grupp kan vara en kategoriindelning av individer i ett samhälle (eller i en given undersökning) som grundar sig på ett index sammansatt av sociala och ekonomiska indikatorer (Andreasson, Lindberg, Palm & Persson, 1971, 117). Begreppet brukar också användas som en mer neutral motsvarighet till begreppet samhällsklass (Andreasson m.fl., 1971, 117). Statistikcentralen (u.å.) definierar begreppet socioekonomisk ställning som en indikator som ställs utgående från personens huvudsakliga verksamhet, yrke, yrkesställning och näringsgren. Även begreppet social status används på en individs eller grupps position och den bestäms utifrån till exempel ålder, ras, utbildning eller yrke (Brante, Andersen & Korsnes, 1998, 291). Enligt Winkleby m.fl. (1992, 819) korrelerar hög utbildning bäst med god hälsa. Jämfört med inkomster och yrke, vilka kan variera under vuxen ålder till exempel på grund av sjukdom eller karriärutveckling, utgör utbildningsnivån en rätt stabil indikator för socioekonomisk ställning (Palosuo m.fl., 2007, 219-220).

Personer med låg socioekonomisk ställning befinner sig i en marginaliserad position. Att vara marginaliserad innebär att en liten försämring av tillståndet kan ha katastrofala följder, vilket innebär att den marginaliserade befinner sig i en sårbar situation som ofta även kan vara som en ond cirkel. Flera av problemen kan ge upphov till nya problem eller ha samband med varandra, till exempel sociala problem och en ekonomiskt svår situation kan hänga ihop. Om grundtryggheten redan är bristfällig kan det vara svårt att klara av ett insjuknande. Då energireserven redan är liten och hälsan sedan tidigare bristfällig är det svårare att klara av en sjukdom. Situationen kan slutligen kulminera i påfrestningar på nära relationer, utmattning och självdestruktivt beteende. (Kinnunen, 2009, 230-233, 240, 257-258).



Hälsans fördelning utgående från socioekonomisk ställning kan följa vissa mallar eller regelbundenheter beroende på vilken dimension av hälsa och social ställning som granskas. Hälsa och den sociala ställningen kan till exempel ha en linjär korrelation och då fördelar sig hälsan jämt så att den blir stegvis sämre ju lägre den socioekonomiska gruppen ifråga befinner sig. Men det går inte alltid att placera de socioekonomiska grupperna i en klar hierarkisk ordning. (Lahelma m.fl., 2007, 27).

## 2.2 Förekomst

Den socioekonomiska kontexten påverkar handlingsalternativ och skapar en skiktning i samhället (WHO, 2008, 13). Individuellt ohälsosamt beteende är ojämt fördelat över socioekonomiska grupper (Laaksonen, Prättälä & Lahelma, 2003, 41). Låg utbildningsnivå, låg inkomst och mindre kvalificerat arbete korrelerar med sämre hälsa (Andersson, 2009, 166-167). I de lägre socioekonomiska grupperna är det dessutom vanligare att ha flera olika ohälsosamma beteenden samtidigt (Laaksonen m.fl., 2003, 39, 42). Inte heller riskbeteendet är slumpmässigt fördelat över befolkningen, utan riskbeteende är relaterat till klasstillhörighet (Chin m.fl., 2000, 318). Stress och ohälsosamt beteende tillsammans med låg socioekonomisk ställning ökar dödligheten och bildar en missgynnad grupp i samhället (Krueger & Chang, 2008, 894). I det yttersta kan frågan om social jämlikhet vara en fråga om liv och död (WHO, 2008, 7, Andersson, 2009, 166-167).

Sedan 1980-talets början har skillnaderna i livslängd ökat. Högre tjänstemän har i medeltal längre livslängd än arbetstagare och högre utbildade lever längre än de med lägre utbildning. Stora skillnader finns även i förekomsten av vissa sjukdomar, till exempel förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i stöd- och rörelseorgan, psykiatriska störningar och begränsningar som uppkommer på grund av dålig upplevd hälsa och begränsad funktionsförmåga är vanligare i grupper med låg socioekonomisk ställning. (Aromaa m.fl., 2005).

Hälsotillståndet utgående från socioekonomisk ställning har i stora drag hållits på samma nivå under åren 1980 – 2005, eftersom vissa skillnader har växt medan andra har krympt. Överlag är skillnaderna i dödlighet, hälsotillstånd, funktionsförmåga och levnadsvanor samt riskfaktorer som påverkar hälsan fortfarande väldigt stora om man jämför dem mellan olika socioekonomiska grupper i Finland. Allvarliga psykiska störningar förekommer mer

bland de med lägst utbildning, arbetare (jmf tjänstemän), låginkomsttagare och arbetslösa. Även den egenupplevda funktionsförmågan och arbetsförmågan är sämre bland de lägst utbildade. (Palosuo m.fl., 2007, 219 – 220, 222-224).

Lång utbildning, bra inkomst eller en bra yrkesposition ger i medeltal bättre hälsa (Prättälä m.fl., 2007, 15). Ohälsosamma levnadsvanor, till exempel tobaksrökning, alkoholanvändning, ohälsosamma matvanor och fetma är däremot vanligare i de lägsta socioekonomiska grupperna (Lahelma m.fl., 2007, 34). Även nästan alla de vanligaste förekommande långtidssjukdomarna är vanligare i de lägsta socioekonomiska grupperna och att överhuvudtaget ha minst en långtidssjukdom är 50 % vanligare i de lägsta socioekonomiska grupperna (Palosuo m.fl., 2007, 222). Skillnaderna i förekomsten av långtidssjukdom utgående från utbildningsnivå har under de senaste 20 åren krympt en aning bland den arbetsföra befolkningen, men vuxit en aning bland befolkningen i pensionsålder (Palosuo m.fl., 2007, 222).

Även i användningen av hälso- och sjukvårdstjänster förekommer det skillnader utgående från socioekonomisk ställning (Aromaa m.fl., 2005, Häkkinen & Alha, 2006, 90-91, Palosuo m.fl., 2007, 219). Användningen motsvarar inte helt det uppskattade servicebehovet för de olika socioekonomiska grupperna, utan relaterat till behov av hälsovårdstjänster använder sig de med högre socioekonomisk ställning av mer tjänster (Aromaa m.fl., 2005, Häkkinen & Alha, 2006, 90-91, Palosuo m.fl., 2007, 219). Även hur lyckade vårdresultat och rehabilitering är samvarierar med den socioekonomiska ställningen (Aromaa m.fl., 2005).

I rapporten som sammanställer de viktigaste resultaten från Hälsa 2000 undersökningen Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot Terveys 2000-tutkimus redogörs för bland annat den receptbelagda läkemedelsanvändningen. Användningen av receptbelagda läkemedel var nästan det enda undersökta område i vilken ingen klar korrelation till socioekonomisk ställning hittades (Häkkinen & Alha, 2006, 90-91).

I en svensk undersökning däremot visade det sig att även läkemedelsanvändningen varierar beroende på socioekonomisk ställning. De flesta läkemedlen användes mest i de lägsta socioekonomiska grupperna och äldre lågutbildade hade högre risk för polyfarmaci. Även olämplig läkemedelsanvändning var vanligare bland lägre utbildade, medan användning av nya läkemedel förekom mera bland högre utbildade. (Syed Imran Haider, 2008, 68-69).

### **3 Låg socioekonomisk ställning och främjandet av hälsa**

#### **3.1 Utjämnning av hälsoskillnaderna på samhälls nivå**

Att utjämna hälsoskillnaderna i befolkningen har redan länge varit ett mål för hälsopolitiken i Finland (Aromaa m.fl., 2005, Kinnunen, 2009, 24-25). På samhällsnivå finns det ett intresse för folkets hälsa eftersom det finns ett samhällsekonomiskt värde i att minska på förekomsten av kostsamma sjukdomar (Hanson, 2004, 44, ETENE, 2008, 13, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2008, 26). Social- och hälsovårdsministeriet har ansvaret för invånarnas välfärd genom att ordna social- och hälsovårdstjänster samt garantera en nödvändig utkomst för alla (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009). I Finland strävar även Institutet för hälsa och välfärd samt Arbetshälsoinstitutet, sedan år 2004, efter att utjämna de socioekonomiska hälsoskillnaderna med hjälp av projektet TEROKA (TEROKA, u.å.).

Främjandet av hälsa och utjämnning av hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper står i centrum för Finlands hälsopolitik (Social- och hälsovårdsministeriet, 2001, 4, 15). Även folkhälsan höjs bäst genom att förbättra hälsan i befolkningsgrupperna med sämst hälsa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2008 25). På de strukturella hälsoojämlikheterna går det att ingripa med hjälp av samhällspolitik med mål att främja hälsa, förbättra livsvillkoren för de med låg socioekonomisk ställning och påverka andra faktorer som inverkar på hälsotillståndet (Social- och hälsovårdsministeriet, 2001, 28). Enligt den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården, ETENE (2008, 28), bör åtgärder som har till syfte att reducera hälsoskillnader inriktas både på politik som kan påverka det enskilda beteendet och samhällspolitik som kan förbättra de strukturella hälsoojämlikheterna i samhället.

Enligt Lahelma m.fl., (2007, 37) tyder forskningsresultat på att ett förbättrande av bristfälliga levnadsomständigheter och anställningsförhållanden samt ett arbete för hälsosam livsstil, speciellt åtgärder mot tobaksrökning, riklig alkoholkonsumtion och förebyggande av fetma, i de lägsta socioekonomiska grupperna kan leda till förbättringar. Med hjälp av åtgärder på dessa områden skulle skillnaderna i dödsstatistik kunna minskas och i bästa fall vända riktning så att hälsoskillnaderna avtar istället för ökar, vilket kan leda

till rättvisare hälsa och förbättrad folkhälsa (Lahelma m.fl., 2007, 37). Enligt social- och hälsovårdsministeriet (2001, 28) går det att inverka på hälsobeteenden genom bl.a. alkohol-, tobaks-, livsmedels-, motions-, hälsovårds- och kulturpolitik. Människan kan även själv främja sin hälsa, till exempel genom att motionera, äta hälsosamt och sluta röka, men information och stöd framhålls behövas för att individen ska kunna ta hälsosamma beslut (Social- och hälsovårdsministeriet, 2001, 28).

### **3.2 Hälsöfrämjande verksamhet**

Syftet med hälsöfrämjande verksamhet är inte att ta ifrån individen det egna ansvaret, utan att skapa förutsättningar för att individen ska kunna ta större ansvar för sin egen hälsa. (Winroth & Rydqvist, 2008, 106). I litteraturstudien "Hälsa och hälsöfrämjande" av Medin och Alexanderson (2000, 69, 98-99) redogörs användningen av begreppen hälsa och hälsöfrämjande. Hälsa uppges vara ett vagt begrepp eftersom det saknas konsensus om begreppets innebörd. En mångfald av synsätt på hälsa leder även till att det är viktigt att redogöra för vilket synsätt det är frågan om då begreppet används. Dessutom är definitionen av begreppet hälsöfrämjande beroende av hur begreppet hälsa används.

Fyra olika huvuddrag som går att hitta om synen på hälsa är att se hälsa som ett tillstånd, som en upplevelse, som en resurs och som en process. Att uppfatta hälsa som välbefinnande, handlingsförmåga, mening och känsla av sammanhang är exempel på situationer när hälsa kan ses som en resurs. I synen på hälsa som en kontinuerlig process anses hälsan kunna underhållas, förbättras eller försämrans beroende på till exempel livsvillkor, samhälle och interaktion med andra människor. Begreppet hälsöfrämjande används ofta som en paraplyterm för alla de handlingar som har som mål att främja människans hälsa, men teoretiker kan även välja att definiera begreppet. Ett genomgående drag i definitionen av hälsöfrämjande verksamhet är att verksamheten ska ge individen ökad kontroll över de faktorer som påverkar hälsan. Hälsa, välbefinnande och livskvalitet uppfattas ofta som målen för den hälsöfrämjande verksamheten. Det finns en skillnad i vad som läggs i begreppet hälsöfrämjande som är beroende av på vilken nivå, individ- eller samhällsnivå, som hälsöfrämjandet utövas. På samhällsnivå utgår verksamheten från sociala och politiska frågor, medan verksamhet på individnivå utgår från beteende och livsstil. Att miljön ska vara stödande för verksamheten är viktigt på båda nivåerna. (Medin & Alexanderson, 2000, 69, 98-99, 113, 133, 155-156).

Den hälsofrämjande verksamheten ska förbättra hälsan för individer och grupper genom att stödja personer till att förbättra sin hälsa och skaffa sig bättre kontroll över hälsan. Att förespråka, uppmuntra till och prioritera hälsa samt att stötta på individuell och kollektiv nivå hör därför till det hälsofrämjande arbetet. Förutom att angripa personliga hälsobeteenden och livsstilar går det att arbeta med sociala, miljörelaterade och ekonomiska faktorer för att påverka människors hälsa. Hälsofrämjande verksamhet kan ske på individ- eller samhällsnivå, men traditionell hälsouppllysning har ofta rört sig på individnivå. Verksamheten har då riktat in sig på att försöka ändra individens beteende till ett mer hälsosamt beteende. (Ewles & Simnett, 2005, 35, 37, 49).

Enligt en indelning av Ewles och Simnett (2005, 53-55) finns det fem olika modeller för hälsofrämjande verksamhet: övertalnings-, beteendeförändrings-, undervisnings-, den användarcentrerade samt samhällsförändringsmodellen. Olika modeller för hälsofrämjande verksamhet har olika mål och värderingar. I övertalningsmodellen försöker man övertala patienten att förändra beteendet. I beteendeförändringsmodellen har man som syfte att förändra attityder och beteendemönster till en mer hälsosam livsstil, vilket innebär till exempel att vårdaren ger patienten information om hur man gör för att sluta röka. Med undervisningsmodellen som grund är syftet att ge patienten information i hälsofrågor så att människan kan fatta självständiga beslut grundade på fakta. Individens rätt att välja själv respekteras och vårdaren fungerar här som en rådgivare. I den användarcentrerade modellen fungerar hälsoupplysaren som en stödperson för individen. Hälsoupplysaren hjälper individen att nå den kompetens som behövs för att individen själv ska kunna göra de förändringar hon anser behövs. I samhällsförändringsmodellen är målet att förändra den fysiska, sociala och ekonomiska miljön så att hälsan främjas. (Ewles & Simnett, 2005, 49, 54-55, 63).

Vilken form av hälsofrämjande verksamhet som bör bedrivas utreds med hjälp av en grundlig bedömning av hälsobehoven och för att kunna göra en bedömning grundat på data måste information insamlas. En satsning på breda och ytliga aktiviteter är ofta meningslös. Mer effektivt och givande är det att istället koncentrera verksamheten på prioriterade områden. Att tillämpa flera olika modeller i det hälsofrämjande arbetet kan även vara effektivt eftersom olika modeller kompletterar varandra. Hälsoarbetaren bör vara lyhörd för vilka behov av hälsofrämjande aktiviteter individen har och veta var gränserna för det egna verksamhetsområdet går. Genom att tillämpa ett tänkande där bästa möjliga hälsa för kunderna är målet för verksamheten förstärks aktiviteternas effektivitet och

genomslagskraft, eftersom det medför en bedömning av hur användarvänliga de hälsofrämjande aktiviteterna är. (Ewles & Simnett, 2005, 100-101, 109-110).

Litteratur som använder sig av begreppet hälsopromotion eller den engelska versionen Health Promotion har även beaktats till det här arbetet. Det engelska begreppet Health Promotion har översatts till hälsopromotion på svenska (Hanson, 2004, 67). Det finns ingen entydig begreppsdefinition av begreppet i litteraturen och användningen av begreppet på svenska har både likheter och skillnader med den engelska användningen av begreppet (Hanson, 2004, 67). Med begreppet hälsopromotion avses hälsofrämjande aktiviteter satta i ett sammanhang och givet vissa villkor (Hanson, 2004, 16).

### **3.3 Individens möjlighet till ansvar för sin hälsa**

En grundläggande fråga inom den hälsofrämjande verksamheten är frågan om det är individen eller samhället som ska påverkas genom den hälsofrämjande verksamheten. Gäller det att uppmuntra människan till att följa befintliga hälsorekommendationer eller ska människan stöttas till att själv kunna fatta väl genomtänkta beslut grundade på egna kunskaper om hälsa och ohälsa? (Ewles & Simnett, 2005, 49).

Ett för stort ansvar placeras på individen om människan antas kunna utföra rationella val, vilket kan leda till att det är offret som beskylls vid ohälsa (Chin m.fl., 2000, 325, Ewles & Simnett, 2005, 49-51). Hälsosamma levnadsvanor är inte enbart resultatet av människans fria val och på hennes eget ansvar (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä, 2010, 22). På levnadsvanorna inverkar även ekonomiska möjligheter, traditioner, trender, värden, normer och marknadsföring (Pietilä m.fl., 2010, 22). Förutom levnadsvanorna inverkan på hälsan påverkar också trafik, boende, kvaliteten på och tillgängligheten av livsmedel, livsmiljön, sysselsättning och socialskydd (Pietilä m.fl., 2010, 22). Många av hälsovalen som individen gör är beroende av de värden och möjligheter som samhället erbjuder och därför går det inte att hävda att endast individens egna val påverkar hälsan, utan ett betydande ansvar för hälsan och främjandet av den ligger hos samhället och beslutsfattarna (Pietilä m.fl., 2010, 22).

Människan förväntas ha ett utvecklat livsförfattande förhållningssätt då hon möter olika värderingar och strukturer, men endast en minoritet av den vuxna befolkningen kan bemöta de krav som finns om ansvar för den egna hälsan. Med ett synsätt i vilken hälsan ses som

människans ensak är det även människan själv som får ta konsekvenserna för hur hon lever sitt liv. Även människans karaktär kan bedömas av omgivningen utgående från hennes ansvarstagande. En ohälsosam människa kan bedömas vara oklok och osund på grund av sitt ohälsosamma beteende, medan en hälsosamt levande människa däremot kan antas ha ett gott omdöme. Kjellström frågar i avhandlingen; *Ansvar, hälsa och människa: en studie av idéer om individens ansvar för sin hälsa* (2005), ifall ansvarstagandet är en förmåga som går att utveckla, om det kan vara önskvärt att lyfta fram personlig utveckling och olika metoder som kan hjälpa människan att möta de krav som finns. (Kjellström, 2005, 205, 212-213, 221).

Upplevelsen av kontroll över livet är en viktig förutsättning för att kunna upprätthålla hälsa och välmående (Eklund & Bäckström, 2006, 250, 254-255). Den upplevda kontrollen över livet är inte en konstant upplevelse utan kan vara motsägelsefull eller variera (Bolam, Hodgetts, Chamberlain, Murphy & Gleeson, 2003, 18, 21, 24-27). Enligt Bolam m.fl. (2003, 25-27) sker upplevelsen av kontroll över livet alltid inom ett moraliskt ramverk och därför kan inte moralens del i upplevelsen av kontroll över hälsan förbises. Genom att framhålla den egna delaktigheten i situationen man befinner sig i går det att skapa en moraliskt värdig bild av sig själv. Upplevelsen av graden av kontroll över sitt liv är sålunda inte en moraliskt neutral uppfattning, utan den formas i förhållande till den egna moralen.

## 4 Sjukskötaren och utjämnandet av hälsoskillnader

### 4.1 Hälsa- och sjukvårdens inflytande

Hälsovården kan på många sätt effektivt påverka patienters prognoser, handlingsförmåga och den hälsorelaterade livskvaliteten. Med tanke på jämlik vård bör hälsovården ordnas så att hälso- och sjukvårdstjänster når hela befolkningen och att alla har likvärdiga möjligheter att gagnas av dem. Genom sådana handlingar kan hälsovården bidra till att nå de mål om utjämning av hälsoskillnader som ställs upp av statens program Hälsa 2015. (Manderbacka, Häkkinen, Nguyen, Pirkola, Otsamo & Keskimäki, 2007, 193).

Hälsovården är förpliktigad att sköta sin uppgift så att finländaren har tillgång till jämlik hälsovård och jämlikare hälsa (ETENE, 2008, 14, Sosiaali- ja terveystoimi, 2008, 118). Hälsopolitikens största instrument i utjämnandet av hälsoskillnaderna är social- och hälsovårdstjänsterna (Sosiaali- ja terveystoimi, 2008, 118). Speciellt den kommunala hälsovården når de lägre socioekonomiska grupperna och har möjlighet att ingripa i livsstilsproblem i ett tidigt skede (Palosuo m.fl., 2004, 140). Eftersom hälsoskillnaderna börjar utforma sig redan vid tidig ålder bör ingripanden ske i de tidiga levnadsomständigheterna för att effektivt kunna utjämna skillnaderna (Aromaa m.fl., 2005). Men också i nuvarande levnadsomständigheter, hälsobeteende och hälsotjänster behövs ingripanden (Aromaa m.fl., 2005).

För att hälsoskillnaderna ska utjämnas bör även tjänsterna i öppenvården utvecklas och olika sektors integrering öka (Manderbacka m.fl., 2007, 194). En mångsidig öppenvård med möjlighet att ingripa i risksituationer, till exempel depression, alkoholmissbruk, arbetslöshet eller försämrade socioekonomiska ställningar, kan minska antalet självmord (Karlsson & Wahlbeck, 2010, 44). I en undersökning om arbetsföra personer i Finland och England kunde det konstateras att hälsa kan upprätthållas och de socioekonomiska ojämlikheterna i befolkningen minska med hjälp av stödåtgärder för personer med låg socioekonomisk ställning och ekonomiska svårigheter eller personer med låg socioekonomisk ställning och konflikter mellan familjeliv och arbete (Laaksonen, 2010, 70).

Mer satsning på förebyggande arbete behövs också för att utjämna hälsoskillnaderna (Palosuo m.fl., 2004, 140). Men en satsning på den förebyggande vården kan även



innebära en risk för att ytterligare fördjupa hälsoskillnaderna, om inte mer resurser medvetet satsas på hälsoupplýsning för den svagaste delen av befolkningen (Kinnunen, 2009, 32). En satsning på den förebyggande hälsovården gynnar nämligen främst dem som har de kunskapsmässiga och ekonomiska förutsättningarna för att följa hälsorekommendationer (Kinnunen, 2009, 32).

Hälsoskillnader kan upprätthållas eller till och med förstärkas av hälsovårdssystemet om det i hälsovården förekommer urval utgående från social grund (Palosuo m.fl., 2007, 228). För att hälso- och sjukvården ska kunna grunda sig på jämlikhet bör vården omfatta alla och inte vara beroende av betalningsförmågan (Manderbacka m.fl., 2007, 194, WHO, 2008, 22, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2008, 47, Laaksonen, 2010, 8). För att tjänster även kan garanteras de med dålig ekonomi bör hälsopolitikens mål tas i beaktande då kundavgifter beräknas (Manderbacka m.fl., 2007, 194).

## **4.2 Sjukskötarens möjlighet att påverka**

Åtgärder för att utjämna de sociala ojämlikheterna kräver att nyckelpersoner uppmärksammar situationen (Green, 2008, 451). Sjukskötarens kunnande, som individ och grupp, gör att sjukskötarens moraliska ansvar sträcker sig från ansvaret för den enskilde patienten till att förbättra verksamheten och engagera sig i att förverkliga värderingarna för omsorg (Jahren Kristoffersen & Ottvik Jensen, 2006, 209-210). Att vara patientens advokat är en av sjukskötarens uppgifter (Hanks, 2007, 176).

Patient advokering innebär att sjukskötaren har ett professionellt ansvar för att aktivt engagera sig i patienters behov och önskemål (Vaartio, Leino-Kilpi, Salanterä & Suominen, 2006, 291). Som patientens advokat handlar sjukskötaren å patientens vägnar (Joel & Kelly, 2001, 351). Målet med patient advokering är att främja patientens välmående och rättigheter (Vaartio, 2008, 69). Den stora kunskap som sjukskötaren har om patienter och vad olika politiska beslut kan ha för konsekvenser är en orsak till att sjukskötaren även kan fungera som politisk aktör (Jahren Kristoffersen & Ottvik Jensen, 2006, 209-210). Eftersom sjukskötaren befinner sig i en unik position med både kontakt till människor under deras mest sårbara stunder och till de mest sårbara grupperna i samhället kan sjukskötaren utvidga sin verksamhet till att även ta social rättvisa i beaktande (Myers Schim, Benkert, Bell, Walker & Danford, 2007, 78). Men synsättet på hälsofrämjande verksamhet som en möjlig arena för socialpolitiska handlingar befinner sig ännu på en

teoretisk nivå och bör därför utvecklas om den ska kunna inkluderas och utövas i den hälsofrämjande verksamheten (Irvine, 2007, 601). I nuläget ses hälsofrämjande verksamhet överlag, som ett önskvärt mål för vården, men inte som något nödvändigt (Irvine, 2007, 597, 600). Vårdaren bedriver i kontakt till patienten hälsopromotion om och när tillfället uppenbarar sig spontant, men det utgör sällan det egentliga målet för patientkontakten (Irvine, 2007, 597, 600).

Hälsoarbetarens uppgift är att öka befolkningens hälsomedvetenhet, förmedla kunskap i hälsofrågor och skapa opinion för förändringar (Ewles & Simnett, 2005, 59). Sjukskötaren kan arbeta effektivare för främjandet av hälsa ifall hon är mer aktivt involverad i stora åtgärder rörande hälsofrämjande verksamhet (Piper & Brown, 1998, 388). Det finns inget hinder för sjukskötaren att delta i sociala förändringar utan sjukskötaren har en befogad plats i utformningen och verkställningen av hälsofrämjande interventioner på organisatorisk och nationell nivå (Piper & Brown, 1998, 388). Sjukskötaren har bra resurser och är välutrustad för att initiera eller bli involverad i socialpolitiska åtgärder (Whitehead, 2003, 674). Eftersom politiker och sjukskötare traditionellt sett haft ganska lite kontakt har politiker inte kännedom om sjukskötarens kunnande men sjukskötaren har ändå ett ansvar att förmedla sina kunskaper och erfarenheter till politiker (Jahren Kristoffersen & Ottvik Jensen, 2006, 209-210).

En organisation som tillhör nätverket för hälsofrämjande sjukhus strävar efter att förbättra hälsan genom att utveckla strukturer, kulturer, beslut och processer (WHO, 2007, 6). Sjukskötaren i hälsofrämjande sjukhus bör ta initiativ till reformer för hälsofrämjande verksamhet (Whitehead, 2005, 24-25). Det hälsofrämjande sjukhuset erbjuder en möjlighet för lansering av hälsofrämjande koncept och göra upp en hälsoagenda där sjukskötaren kan röra sig bort från den traditionella synen av hälsopromotören (Whitehead, 2005, 24). Men den enskilda sjukskötaren kan inte förändra på byråkratiska och systematiska problem som drabbar patienter (Welchman & Griener, 2005, 302, Mahlin, 2010, 253). Många av de ojämlikheter och sociala orättvisor som patienter möter kan kräva lagändringar för att ett förbättrat hälsotillstånd ska nås (Piper & Brown, 1998, 388). En enskild sjukskötare har inte tillräckligt med politiskt inflytande för att förbättra tillgången till och leveransen av hälsovårdstjänster samt avlägsna systematiska problem utan det är snarare ett kollektivt ansvar för professionella inom vårdbranschen (Welchman & Griener, 2005, 302-303). Eftersom det är omöjligt för en enskild sjukskötare att åtgärda eller ens uppfatta de systematiska problem som drabbar patienter nås nödvändiga sociala och politiska reformer

bättre om patient advokering ses som ett kollektivt ansvar och utförs på ett kollektivt plan (Mahlin, 2010, 253). Kollektivt och genom samarbete kan sjukskötare handla för de mindre bemedlade (Whitehead, 2003, 670, 675).

### **4.3 Beaktande av den socioekonomiska kontexten i hälsofrämjande verksamhet**

Eftersom samhällets strukturer är orättvist utformade har olika socioekonomiska grupper olika möjlighet att uppnå god hälsa (WHO, 2008, 13). De strukturella faktorerna i omgivningen inverkar på hälsan under hela livet (Pietilä m.fl., 2010, 21). Begränsningar i den sociala kontexten styr graden av valmöjligheter för individen (Piper & Brown, 1998, 388). Genom att påverka de socioekonomiska faktorerna i omgivningen går det att arbeta för jämlik hälsa (WHO, 2008, Andersson, 2009, 179). För att inte förbise de strukturella villkorens inverkan på situationen bör sjukskötaren i den hälsofrämjande verksamheten ta i beaktande de begränsningar som de sociala villkoren sätter för hälsan och hälsobeteendet (Piper & Brown, 1998, 388, Pietilä m.fl., 2010, 21). Men traditionell hälsoupplýsning har fokuserat på att påverka individens beteende till ett mera hälsosamt beteende och med fokus på individens beteende kan de socioekonomiska faktorernas betydelse för situationen förbises (Chin, 2000, 321, 323, Ewles & Simnett, 2005, 49-51, ETENE, 2008, 18). Användningen av modellen om människans förmåga till rationella val i utbildningen av vårdpersonal kan bidra till att förståelsen för den sociala kontextens betydelse för hälsan uteblir hos vårdpersonal (Chin m.fl., 2000, 321, 323). Att de socioekonomiska faktorerna är svåra att förändra kan vara en orsak till att intresset i hälsosammanhang riktat in sig på att förändra psykologiska variabler, som jämförelsevis kan verka lättare att påverka (Andersson, 2009, 96).

Utgångstanken att människan har förmågan att utföra rationella val har länge fungerat som grund för den hälsofrämjande verksamheten. Forskning och åtgärder inom den hälsofrämjande verksamheten har övervägande inriktats på att förändra beteendet hos individer. Vårt individorienterade samhälle med betoning på självständighet och personligt ansvar är en möjlig orsak till att hälsoåtgärder idag är individinriktade och att fokus ligger på att individen gör egna beteendeförändringar. Att hälsofrämjaren arbetar utifrån en modell för hälsobeteendet i vilken individen antas utföra rationella val och förmåga till att välja livsstil betonas är oeffektivt eftersom det finns risk för att den sociala kontextens betydelse för situationen förbises. Även negativa attityder till personer med ohälsosamt

beteende kan födas om fokus enbart är på beteendets inverkan på hälsan, vilket kan leda till medvetna eller omedvetna fördomar mot personer med låg socioekonomisk ställning och försvåra att en vårdrelation som bygger på förtroende uppstår. (Chin m.fl., 2000, 318-319, 321-323, 325).

För att hälsa inte ska ses som något som åstadkommas med hjälp av rationella val behövs ett paradigmskifte i den hälsofrämjande verksamheten. Om inte de sociala omständigheternas betydelse för hälsan tas i beaktande räcker inte ens en omfattande förståelse hos individen, om hälsobeteendets inverkan på hälsan, för att nå hälsa. Genom att individen däremot uppmuntras till ett mer hälsosamt beteende och villkoren i samhället görs sådana att hälsosamma beslut är möjliga blir hälsa ett tillgängligt val för alla. Enbart information utifrån är inte tillräckligt för att individen ska klara av att fatta rationella beslut och ändra sitt hälsobeteende till ett mer hälsosamt beteende. Beteenden med långsiktiga hälsofrämjande mål ska stödas och uppmuntras, men det behövs även en förändring i samhällets strukturer som gör det möjligt för alla att göra val som gynnar hälsan för att hälsoskillnaderna mellan de olika socioekonomiska grupperna ska jämnas ut. (Maziak & Ward, 2009, 2137-2138).

#### **4.4 Utvecklingsbehov**

Åtgärder som tar hälsojämligheterna i beaktande behöver ännu utvecklas i vården. Ingridanden i ett tidigt skede bör bli en del av det dagliga arbetet inom hälsovården. I synnerhet i de fall som vårdpersonal i möte med en patient har möjlighet att sända patienten vidare till en enhet med för patienten lämplig service, till exempel missbrukarenhet eller bantningsgrupp, ska dessa möjligheter användas (Palosuo m.fl., 2004, 140).

Lika tillgång till högklassiga tjänster som förebygger och vårdar ska stå i centrum för hälso- och sjukvårdssystemet för att hälsoskillnaderna ska minska (ETENE, 2008, 14, 28). Investeringar i vårdpersonal och lika personaltäthet i städer och rurala områden behövs för att hälsovården ska kunna vara jämlik (WHO, 2008, 22). Ohälsosamt beteende är vanligare i låga socioekonomiska grupper och därför bör behoven för de med låg socioekonomisk ställning tillgodoses bättre och uppmärksamhet riktas mot deras sociala omständigheter i planering och organisering av hälso- och sjukvård (Laaksonen m.fl., 2003, 42-43, Aromaa m.fl., 2005, Manderbacka m.fl., 2007, 194). Hittills har i till exempel

mentalvårdstjänsternas reformarbete inga konkreta förslag, om hur de marginaliserade grupperna bättre kan omfattas av mentalvården och hälsoskillnaderna utjämnas, kommit fram eftersom reformarbetet inte uppmärksammat sårbara och marginaliserade grupper tillräckligt (Karlsson & Wahlbeck, 2010, 17, 45).

Hälsofrämjande verksamhet som inkluderar socialpolitiska handlingar befinner sig ännu på en teoretisk nivå och därför behövs innovativitet på fältet och i undervisningen för vårdpersonal för att en mer socialpolitisk inriktad hälsofrämjande verksamhet ska slå igenom (Irvine, 2007, 601). I den hälsofrämjande verksamheten och vårdutbildningen ligger fokus ofta på det individuella hälsobeteendet (Chin m.fl., 2000, 323, 325). För att få en hälsovårdsverksamhet som grundar sig på jämlikhet bör vårdpersonalens kunnande om de socioekonomiska faktorernas inverkan på hälsan och hantering av problemet stärkas med hjälp av investeringar i vårdpersonalens utbildning (Palosuo m.fl., 2004, 140, WHO, 2008, 22).

Kunskap om den sociokulturella kontextens betydelse bör inkluderas i utbildningen om beteendeändringar. Övningar i vårdutbildningen som ökar kunskapen om de sociala faktorernas inverkan på hälsan och en vårdmodell som integrerar de sociokulturella faktorerna till den patientcentrerade vården kan användas i undervisning om hälsobeteende både för studerande och erfarna yrkesutövare. Med hjälp av en sådan vårdmodell får professionella vårdgivare bättre förutsättningar för att främja hälsa både för den individuella patienten och över de sociala klassgränserna. (Chin m.fl., 2000, 323-325).

Konkreta förslag om hur sjukskötaren kan organisera sitt arbete för att aktivt bidra till utjämningen av hälsoskillnaderna finns inte att tillgå i den behandlade litteraturen. Konkreta metoder för sjukskötarens verksamhet bör därför utvecklas ifall sjukskötaren ska kunna bidra till utjämnandet av hälsoskillnaderna. I en brittisk undersökning av Hart och Lockey (2002) om barnmorskans arbete och hälsoskillnader orsakade av socioekonomiska ojämlikheter framkommer det att även på ledarnivå saknas det klara och specifika riktlinjer för hur verksamheten i praktiken ska vara ordnad för att tillämpa de politiska visionerna om utjämnandet av hälsoskillnaderna. Ifall politiska visionerna om jämlik vård och beaktande av missgynnade grupper ska genomföras måste överordnade ge klara direktiv om hur politiken ska verkställas i praktiken och ange målen för verksamheten, annars är det svårt att veta hur prioritera och fördela resurser i vården så att de överensstämmer med politiska direktiv (Hart & Lockey, 2002, 492).

## **5 Tillämpad del**

### **5.1 Litteratur**

Litteratursökning har skett både manuellt och i databasen EBSCO. Sökorden advocacy, health, health behavior, health education, health inequalities, health promotion, nursing, poverty, socioeconomic context och socioeconomic status har använts i olika kombinationer. Flera av artiklarna har hittats med hjälp av “related to” funktionen eller ur källförteckningen för andra artiklar.

### **5.2 Litteraturstudie och innehållsanalys**

Utifrån en litteraturstudie med innehållsanalys har i det här examensarbetet sjukskötarens bidrag till utjämnandet hälsoskillnader relaterade till socioekonomisk ställning beskrivits. Innehållsanalys är en analysmetod som går att använda i all kvalitativ forskning (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 93). Med hjälp av en innehållsanalys kan en gängse och sammanfattad bild av det undersökta återges (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 105). Också i det här examensarbetet har litteratur insamlats i syfte att återge en sammanfattad skildring av sjukskötarens bidrag till utjämnningen av hälsoskillnaderna. Resultaten för examensarbetet har nåtts med hjälp av en innehållsanalys av materialet.

### **5.3 Resultat av innehållsanalysen**

Den socioekonomiska ställningen påverkar hälsan (se kap. 2.2). I politiska riktlinjer betonas vikten av att utjämna hälsoskillnaderna (se kap. 3.1). En utjämning av hälsoskillnaderna hör även till hälsovårdens uppgifter (se kap. 4.1). Genom att kombinera sjukskötarens roll som hälsofrämjare och patientens advokat (se kap. 4.2) finns det potential för att sjukskötaren, om än som yrkeskår och inte individuellt, kan bidra till utjämnandet av hälsoskillnader genom att främja hälsa hos marginaliserade grupper. Vikten av att sjukskötaren i den hälsofrämjande verksamheten inte enbart fokuserar på individens beteende och hälsoval utan även beaktar den socioekonomiska kontextens inverkan stiger fram ur litteraturen (se kap. 4.3). För att kunna utöva en hälsofrämjande verksamhet som uppmärksammar den socioekonomiska kontexten behöver sjukskötaren kunskap om den socioekonomiska situationens inverkan på hälsan, vilket kan fås genom att det synsättet ges utrymme i undervisning om hälsobeteende (se kap. 4.4).

Många utvecklingsbehov innan jämlik hälsa och hälsovård uppnås har stigit fram ur litteraturen (se kap. 4.4). Konkreta beskrivningar om hur sjukskötaren kan verka för en utjämning av hälsoskillnader finns än så länge inte att tillgå i litteraturen och därför går det inte att besvara examensarbetets syfte, det vill säga att beskriva hur sjukskötaren ska gå tillväga för att bidra till utjämnandet av hälsoskillnader, med förslag på konkreta handlingssätt. Konkreta beskrivningar för att förtydliga sjukskötarens handlingsmöjligheter behövs i och med att mycket pekar på att hon kan och bör bidra till utjämnningen av hälsoskillnaderna (se kap. 4.2). Speciellt med tanke på hur länge utjämnandet av hälsoskillnaderna stått som ett viktigt mål i hälsopolitiken är det viktigt att även sjukskötaren kan bidra till att utjämna de fortgående hälsoskillnaderna. Men frånvaron av förslag och anvisningar om konkreta handlingssätt är ett hinder för sjukskötaren då hon ska arbeta för att bidra till utjämnandet av hälsoskillnaderna.

#### **5.4 Praktisk tillämpning av resultat**

Till examensarbetet hör framställningen av en produkt för vårdverkligheten som kan gynna samarbetsparterna på fältet. Det här examensarbetet utmynnar i en artikel som delas ut till samarbetsparterna. Resultaten om hur sjukskötaren kan bidra till utjämnandet av hälsoskillnaderna presenteras i artikeln. För att examensarbetets produkt ska ha större nytta skickas artikeln även för publikation till relevant tidskrift. Examensarbetets resultat och artikeln kan även användas i framtida examensarbeten inom projektet T.A.G. i livet.

Valet av artikel som produkt, istället för till exempel en föreläsning, för ett examensarbete som har till syfte att beskriva en del av sjukskötarens verksamhet kan stödas av Ejvegårds (2003, 13) framhållande om att ett skrivet material är lättare att analysera och diskutera än ett muntligt material. Genom att skriva ner sina tankar tvingas man formulera sig tydligare, mera exakt och fullständigare (Ejvegård, 2003, 13).

Vetenskap är en färdighet som kan tränas in genom att bedriva vetenskap och genom att själv skriva så vetenskapliga uppsatser som möjligt lär man sig bäst vad vetenskap är (Ejvegård, 2003, 13). Både examensarbets- och artikelskrivandet bidrar på så sätt till övning på användandet av vetenskaplig metod och kan utveckla de vetenskapliga färdigheterna. Studerande kan i undervisningssituationer oftast inte åstadkomma ett arbete som för forskningen framåt, syftet är istället att "praktisera" som forskare och lära sig metoden (Ejvegård, 2003, 141). Att skriva en artikel kan iallafall ge tillfälle för att öva på

vetenskaplig metod och ”praktisera” på att vara forskare, oberoende om examensarbete eller artikeln i sig för forskningen framåt eller inte.

För att artikeln ska ha någon betydelse bör den först och främst läsas. Arbetsgivare bör även ge arbetstagare gränslösa möjligheter att läsa vetenskapliga nätpublikationer under arbetstid (Lahtonen, Hupli & Johansson, 2010, 116). Det är genom att läsa vårdvetenskapliga publikationer som forskningsresultat fås till grund för beslut i vårdarbetet (Lahtonen, Hupli & Johansson, 2010, 115). Artikel som val för spridningen av resultaten från examensarbetet kan även kritiserats som inte den bästa tänkbara metoden, eftersom endast drygt hälften av sjukskötarna läser vårdvetenskapliga publikationer (Lahtonen, m.fl., 2010, 113, 116).

## **5.5 Utformandet av artikeln**

Produkten som utarbetats i anslutning till examensarbete har sin utgångspunkt i examensarbetet. Artikeln är informativ och vänder sig till vårdpersonal. Målet för en skriftlig produkt är att förmedla något till läsaren (Granum, 1997, 119). Att artikeln riktas till vårdpersonal har lett till litteraturen som den skriftliga produkten utgår ifrån är relevant litteratur för vårdpersonal, det vill säga i första hand vårdvetenskaplig litteratur eller litteratur som behandlar hälsa eller ohälsa.

Syftet med artikeln är att förstärka sjukskötarens professionella kompetens i hur sjukskötaren ska arbeta för att bidra till utjämnandet av hälsoskillnader. Hur bör verksamheten som strävar efter att främja hälsa hos marginaliserade grupper utformas? Artikeln tar därför upp de mest relevanta punkterna som framkommit i examensarbetet. Det vill säga, artikeln belyser hälsofrämjande verksamhet som tar hänsyn till den socioekonomiska kontextens inverkan på hälsan, sjukskötarens ansvar och potentialitet att delta i utjämnningen av hälsoskillnaderna. De utvecklingsbehov som finns på området innan konkreta beskrivningar för sjukskötarens handlingsätt för utjämnandet av hälsoskillnaderna kan ges lyfts också fram.

Artikeln kan delas ut till personal på de avdelningar som stått som beställare för examensarbetet för att stärka deras kunskap på området och väcka reflektion om sjukskötarens möjligheter att stöda marginaliserade grupper till hälsa. Artikeln skickas även för publicering i relevant tidsskrift och bör därför följa lämpliga skrivanvisningar.



Vård i fokus valdes som publikation som artikeln sänds in till av språkliga och geografiska faktorer. Artikeln kommer att följa Vård i fokus skrivanvisningar. Enligt skrivanvisningarna för artiklar till tidskriften Vård i fokus ska artiklar som i anknytning till ett examensarbete publiceras i Vård i fokus innehålla cirka 2000 ord, mellanrubriker och referenser (Sjuksköterskeföreningen i Finland rf, 2009). Därtill ska ett abstrakt på 150 ord skrivas och även en kortfattad inforuta rekommenderas (Sjuksköterskeföreningen i Finland rf, 2009). Dessa skrivanvisningar följs i artikelskrivningsprocessen. Överläraren för vårdprogrammet vid Novia yh Åboenheten konsulteras även för handledning i artikelskrivande.

## **6 Etiska aspekter och tillförlitlighet**

### **6.1 Etiska aspekter i examensarbetsprocessen**

Etiska ståndpunkter inverkar på de beslut som tas i vetenskapligt arbete (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 122). För att göra ett etiskt och tillförlitligt arbete har jag följt Forskningsetiska delegationens (2002, 11) anvisningar om god vetenskaplig praxis. Ärlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet är punkter de räknar upp som även i den här examensarbetsprocessen eftersträvs. Precis som Forskningsetiska delegationen betonar, har jag även försökt att använda mig av dataansaffningsmetoder som är etiskt hållbara och förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning.

För att lära sig vad forskning innebär måste den studerande utföra alla momenten själv i sitt arbete och inte låna text av andra (Ejvegård, 2003, 141). Att inte fuska ligger i studerandes eget intresse eftersom det inte lär den studerande något av värde (Ejvegård, 2003, 141). Åtminstone intentionerna med examensarbetet var att producera en etiskt sett korrekt text. I examensarbetsprocessen har ingen text avsiktligt plagierats eller lånats av någon annan eftersom det skulle innebära oetiska handlingar och inte lära mig något av värde.

Statistik om hälsa kan verka återge fakta värdeneutralt, men statistik kan stöda sig på politiska, ekonomiska eller ideologiska grunder (Andersson, 2009, 180). Eftersom den till examensarbetet använda litteraturen till viss del består av rapporter om hälsostatistik i Finland har examensarbetet sannolikt blivit präglad av lokala politiska ideologier och värderingar. Men det behöver inte nödvändigtvis vara ett etiskt problem eftersom även examensarbetet i första hand riktar sig till sjukskötare verksamma i Finland.

### **6.2 Den etiska relevansen av att belysa hur jämlik hälsa kan uppnås**

Undersökningars resultat inverkar på vilka etiska beslut som tas (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 122). Den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården, ETENE (2008, 18) framhåller att det är befogat att fråga varför inte de etiska ojämlikheterna lyfts fram mera. Hälsoskillnader, som går att förebygga, bland befolkningen är inte etiskt godtagbart i ett samhälle som strävar efter jämlikhet (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2008, 25).

Etiska problem kan uppstå om de socioekonomiska faktorernas betydelse förbises. Med ett individorienterat perspektiv i den hälsofrämjande verksamheten finns det risk för att vårdpersonal dömer ut personer som misslyckas med sina livsstilsförändringar eller påtvingar patienter sina egna hälsovärderingar. Att inte kunna leva upp till hälsorekommendationer kan dessutom leda till skuld känslor hos individen. (Ewles & Simnett, 2005, 49-51).

Den orättvisa fördelningen av hälsa är ett etiskt problem i sig, men även den hälsofrämjande verksamheten är förknippad med många etiska frågor (Pietilä m.fl., 2010, 21, 25-26). Det är viktigt att reflektera över etiska dilemman i den hälsofrämjande verksamheten eftersom det i verksamheten alltid dyker upp etiska frågeställningar och dilemman (Ewles & Simnett, 2005, 63). Att i examensarbetet behandla temat, hur utjämnade etiska hälsoskillnader, är ett sätt att bidra till den etiska dialogen på området och därför är examensarbetet även av etisk relevans.

### **6.3 Tillförlitlighet**

I de egna översättningarna, ofta med stöd av lexikon, från finska och engelska till svenska kan det förekomma nyansskillnader i ordens innebörd, vilket kan dra ner på graden av tillförlitlighet i arbetet. Som stöd i översättandet och för att förstärka tillförlitligheten har bland annat tjänsterna på Hoidokki.fi, olika online lexikon, tesaurusen i Word 2007 och boken *Terveydenhuollon sanasto* av Nieminen och Hyrkäs (2004) använts.

## 7 Diskussion

Jag har med hjälp av litteratur sökt på frågan hur sjukskötaren kan delta i att utjämna hälsoskillnader relaterade till socioekonomisk ställning. Litteratur som ger konkreta förslag på hur sjukskötaren direkt kan verka för en utjämning av hälsoskillnaderna var svår att hitta, vilket tyder på att sjukskötarens möjliga verksamhet inte varit i fokus för forskning och utveckling av åtgärder trots att sjukskötaren förmodligen möter personer i den här situationen. Trots bristen på befintliga anvisningar har jag här försökt sammanställa de viktiga aspekter som stigit fram ur litteraturen.

Ur litteraturen har det framkommit att hälsovården bör vara organiserad så att låga socioekonomiska grupper tas i beaktande och att främjandet av deras hälsa stöds av organisationens uppbyggnad. En av utgångspunkterna i examensarbetet var att den hälsofrämjande verksamheten är en del av sjukskötarens arbete. Vikten av att sjukskötaren i den hälsofrämjande verksamheten speciellt uppmärksammar hälsoskillnader som uppkommer på grund av ett ojämlikt samhälle har genomgående understrukits i litteraturen. Det går även att utgående från litteraturen dra slutsatsen att för att sjukskötaren skall kunna bidra till utjämningen av hälsoskillnaderna förutsätts det att hon förstår vilken individens möjlighet till ansvar för sin hälsa är och att den socioekonomiska kontexten tas i beaktande i den hälsofrämjande verksamheten. Hälsofrämjande verksamhet kritiserar för att lägga för stor vikt vid individens eget ansvar och litteraturen kräver en förändring i inriktningen i den hälsofrämjande verksamheten. Litteraturen omtalar också sjukskötarens roll som patientens advokat och potential för att jobba mer socialpolitiskt, vilket även markerar sjukskötarens ansvar för att arbeta för en utjämning av hälsoskillnaderna. I och med att vi i Finland har ett offentligt styrt hälsovårdssystem tror jag att det även kan vara via politiska insatser förändringar nås och därför kan resultaten, om att sjukskötarens arbete inte bör vara helt främmande för politisk verksamhet, vara rimliga.

Även utvecklingsbehov har uppmärksammats i beskrivningarna eftersom litteraturen ofta framhåvt åtgärder som borde vidtas innan sjukskötaren effektivt kan bidra till arbetet för en jämlik hälsa. Behovet av forskning och utveckling på området kan även jag instämma i eftersom bristen på beskrivningar om konkreta förfaranden för sjukskötaren lyser med sin frånvaro. En fråga som väckts är frågan om hur medveten är patienten, med låg socioekonomisk ställning och ohälsa, om orsakerna till ohälsa? Om inte, hur kan sjukskötaren uppmärksamma patienten om skälen till ohälsa och hjälpa patienten att

bemästra dessa? En annan fråga som kunde besvaras är frågan hur sjukskötaren finkänsligt kan identifiera patienter med låg socioekonomisk ställning och ohälsa eller risk för ohälsa. Även hur sjukskötaren kan arbeta mot de strukturella och systematiska problemen i samhället som leder till ohälsa hos grupper med låg socioekonomisk ställning kunde utredas.

Mitt examensarbete har bidragit projektet T.A.G. i livet genom att uppmärksamma hur sjukskötaren kan stöda till hälsa. Ohälsa förekommer ofta på grund av låg socioekonomisk ställning och därför är det viktigt att i projektet T.A.G. i livet även uppmärksamma just denna grupp som statistiskt sett har mer problem med sin hälsa än andra socioekonomiska grupper. Även på avdelningarna som projektet utförts i samarbete med kan ha nytta av examensarbetet eftersom det är troligt att det även i deras patientunderlag förekommer patienter med den här problematiken.

Produkten för examensarbetet, det vill säga artikeln, är ett sätt att sprida resultaten från examensarbetet. Artikeln kan väcka nya insikter om sjukskötarens hälsofrämjande roll för grupper med låg socioekonomisk ställning. Både den hälsofrämjande verksamheten och den orättvisa fördelningen av hälsan är förknippade med etiska problem. Artikeln hjälper till att belysa etiska ståndpunkter viktiga att beakta då sjukskötaren ska stöda patienter till att ta tag i sitt liv och vilka krav som kan ställas på individen om att förbättra sin hälsa. Frånvaron av konkreta förslag på området gör även artikeln desto mer relevant eftersom ämnet tydligen behöver uppmärksammas mer innan konkreta handlingssätt finns att tillgå. En artikel kan vara ett sätt att belysa området och uppmuntra till nödvändig forskning och utveckling av åtgärder på området.

Genom att i examensarbetet ta upp hur sjukskötaren kan bidra till utjämningen av hälsoskillnaderna i samhället är examensarbetet även ett steg i rätt riktning till att bygga ett hållbart samhälle där de svagaste inte går under. På så sätt uppmärksammar examensarbetet vid Novias yrkeshögskola även skolans strävande efter hållbar utveckling.

År 2010 är utlyst i Europeiska unionen till temaår för bekämpande av fattigdom och utslagning (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å.). Examensarbetet berör sålunda ett högaktuellt tema med en vinkling som hittills varit rätt utforskat. Att i det här skedet och utifrån examensarbetets frågeställning arbeta med en annan relevant produkt ser jag som orimligt med tanke på bristen av konkreta förslag på området. Däremot tror jag att

kommande examensarbeten kan bygga på slutsatserna från det här arbetet och dyka längre ner i temat. En möjlig produkt kunde vara ett formulär eller arbetsprocess som hjälper sjukskötaren på avdelningar att utreda patienters risk för polyfarmaci eller olämplig medicinanvändning och ger anvisningar för ingripanden. En sådan produkt skulle kunna förbättra hälsan hos grupper med låg socioekonomisk ställning och leda till en jämlik läkemedelsanvändning emellan olika socioekonomiska grupper.

Mitt eget kunnande har förstärkts genom examensarbetsprocessen på flera sätt. Genom att läsa vetenskapliga artiklar på engelska har både den allmänna engelska vokabulären och den mer yrkesinriktade terminologin blivit mer bekant, vilket gör att jag i fortsättningen har lättare att ta till mig vetenskapliga artiklar och publikationer på engelska. Genom att ta del av andra gruppmedlemmars examensarbete under projektmöten har jag även fått lära mig mera om hur sjukskötaren och socionomen kan stöda personer till bättre självständighet och funktionsförmåga samt förstärka personals välmående och kunnande. Att skriva ner resultatet från examensarbetet i ytterligare en artikel har även tvingat mig till att formulera examensarbetets resultat ännu tydligare, mer exakt och fullständigare. Det har förstärkt mitt eget kunnande på området och fyller i och med det syftet att jag som studerande själv även ska lära mig något genom lärdomsprovet.

## Källförteckning

- Andersson S. I. (2009). *Hälsa och psykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Andreasson, S., Lindberg, G., Palm, L. & Persson, R. (1971). *Lexikon i sociologi*. Lund: Gleerups.
- Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (18.07.2005) *Yhteenveto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä*. Terveyskirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00066](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00066) (hämtat: 03.05.2010).
- Bolam, B., Hodgetts, D., Chamberlain K., Murphy, S. & Gleeson, K. (2003). "Just do it": an analysis of accounts of control over health amongst lower socioeconomic status groups. *Critical Public Health*, 13 (1), 15-31.
- Brante, T., Andersen, H. & Korsnes, O. (1998). *Sociologiskt lexikon*. Stockholm: Universitets förlaget.
- Chin, N. P., Monroe, A. & Fiscella, K. (2000). Social Determinants of (Un)Healthy Behaviors. *Education for Health*, 13 (3), 317-328.
- Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Eklund, M. & Bäckström, M. (2006). The Role of Perceived Control for the Perception of Health by Patients with Persistent Mental Illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13 (4), 249-256.
- ETENE, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008). *Terveyden edistämisen eettiset haasteet*. Helsingfors. ETENE – julkaisuja 19.
- Ewles L. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Forskningsetiska delegationen (2002). *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*.
- Granum, V. (1997). *Sjuksköterskan som vårdutvecklare och forskare*. Lund: Studentlitteratur.
- Green, J. (2008). Health education – the case of rehabilitation. *Critical Public Health*, 18 (4), 447-456.
- Hanks, R. G. (2007). Barriers to Nursing Advocacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum* 42 (4), 171- 177.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

Hart, A. & Lockey, R. (2002). Inequalities in health care provision: the relationship between contemporary policy and contemporary practice in maternity services in England. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (5), 485-493.

Häkkinen, U. & Alha, P. (red.) *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot Terveys 2000-tutkimus*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2006 (10).

Irvine, F. (2007). Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3), 593-602.

Jahren Kristoffersen, N. & Ottvik Jensen, K. (2006). Sjukskötarens roll i organisation och samhälle. Ingår i: Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) *Grundläggande omvårdnad 4*. Stockholm: Liber.

Joel, L. A. & Kelly, L. Y. (2001). *The Nursing Experience Trends, Challenges, and Transitions*. New York: McGraw-Hill.

Karlsson, N. & Wahlbeck, K. (2010). *Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990*. Vasa: Institutet för hälsa och välfärd.

Kinnunen, K. (toim.) (2009). *Sairas köyhyys Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä*. Helsingfors: Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009 (7).

Kjellström, S. (2005). *Ansvar, hälsa och människa: en studie av idéer om individens ansvar för sin hälsa*. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet.

Krueger, P. M. & Chang, V. W. (2008). Being Poor and Coping With Stress: Health Behaviors and the Risk of Death. *American Journal of Public Health*, 98 (5), 889-896.

Laaksonen, E. (2010). *Multiple socioeconomic circumstances and health: associations and explanations among Finnish and British public sector employees*. Helsinki: Department of Public Health, University of Helsinki.

Laaksonen, M., Prättälä, R. & Lahelma, E. (2003). Sociodemographic determinants of multiple unhealthy behaviours. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31 (1), 37-43.

Laaksonen, M., Rahkonen, O., Martikainen P. & Lahelma, E. (2005). Socioeconomic Position and Self-Rated Health: The Contribution of Childhood Socioeconomic Circumstances, Adult Socioeconomic Status, and Material Resources. *American Journal of Public Health* 95 (8), 1403-1408.

Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S., Martelin T. & Palosuo, H. (2007). Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selvitysmallit. Ingår i: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (red.) *Terveiden eriarvoisuus Suomessa Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2007 (23).

Lahtonen, P., Hupli, M. & Johansson, K. (2010). Sairaanhoidaja tutkimustiedon käyttäjä. *Hoitotiede* 22 (2), 108-117.



- Mahlin, M. (2010). Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nursing Ethics* 17 (2), 247-254.
- Manderbacka, K., Häkkinen, U., Nguyen, L., Pirkola, S., Otsamo, A. & Keskimäki, I. (2007). Terveyspalvelut. Ingår i: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (red.) *Terveysten eriarvoisuus Suomessa Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2007 (23).
- Maziak, W. & Ward, K. D. (2009). From Health as a Rational Choice to Health as an Affordable Choice. *American Journal of Public Health*, 99 (12), 2134-2139.
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Molarius, A. Berglund, K. Eriksson, C. Eriksson, H. G., Lindén-Boström, M., Nordström, E. Persson, C. Sahlqvist, L. Starrin, B. & Ydreborg, B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden. *BioMed Central Public Health*, (9).
- Myers Schim, S., Benkert, R., Bell, S. E., Walker, D. S. & Danford, C. A. (2007). Social Justice: Added Metaparadigm Concept for Urban Health Nursing. *Public Health Nursing*, 24 (1), 73-80.
- Palosuo, H., Sihto, M., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K. & Prättälä, R. (2004). *Eriarvoisuus ja terveystalitiikka Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2004 (12).
- Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Sihto, M., Keskimäki, I., Ostamo, A., Martelin, T., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (2007). Yhteenveto ja päätelmät. Ingår i: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (red.) *Terveysten eriarvoisuus Suomessa Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2007 (23).
- Pietilä, A.-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. (2010). Terveysten edistämisen eettinen perusta. Ingår i: Pietilä, A.-M. (red.) *Terveysten edistäminen Teorioista toimintaan*. Helsingfors: WSOY.
- Piper, S. M. & Brown, P. A. (1998). The theory and practice of health education applied to nursing: a bi-polar approach. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (2), 383-389.
- Prättälä, R., Koskinen, S., Martelin, T., Lahelma, E., Sihto, M. & Palosuo, H. (2007). Terveysten ja niiden kaventamisen haaste. Ingår i: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (red.) *Terveysten eriarvoisuus Suomessa Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2007 (23).
- Sjuksköterskeföreningen i Finland rf (2009). *Skrivanvisningar. Vård i fokus*. <http://www.sffi.fi/> (hämtat: 04.05.2010).

- Social- och hälsovårdsministeriet (2001). *Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2001 (5).
- Social- och hälsovårdsministeriet (2009). *Främjande av välfärd och hälsa*. [http://www.stm.fi/sv/framjande\\_av\\_valfard;jsessionid=d5e8fe0c149c2823a1156b94dec5](http://www.stm.fi/sv/framjande_av_valfard;jsessionid=d5e8fe0c149c2823a1156b94dec5) (hämtat: 09.05.2010).
- Social- och hälsovårdsministeriet (u.å.). *Det europeiska temaåret 2010 för bekämpning av fattigdom och social utestängning*. [http://www.thl.fi/sv\\_SE/web/sv/forskning/projekts/stoppa\\_fattigdomen](http://www.thl.fi/sv_SE/web/sv/forskning/projekts/stoppa_fattigdomen) (hämtat: 09.05.2010).
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2008). *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2008 (16).
- Statistik centralen (u.å.). *Socioekonomisk ställning*. Begrepp och definitioner. [http://www.stat.fi/meta/kas/sosioekon\\_asema\\_sv.html](http://www.stat.fi/meta/kas/sosioekon_asema_sv.html) (hämtat: 03.05.2010).
- Syed Imran Haider (2008). *Socioeconomic Differences in Drug Use Among Older People Trends, Polypharmacy, Quality and New Drugs*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- TEROKA (u.å.). *Hankeen lähtökohdat*. <http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=30&Itemid=61> (hämtat: 30.09.2010).
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Vaartio, H. (2008). *Nursing Advocacy: A concept clarification in context of procedural pain care*. Turku: Department of Nursing Science, University of Turku.
- Vaartio, H. (2009). *Projektbeskrivning 2009-2010*. Novia yh. [https://intra.novia.fi/images/stories/campus\\_abo/sociala\\_omrdet/tag\\_projektplan\\_2009-2010.pdf](https://intra.novia.fi/images/stories/campus_abo/sociala_omrdet/tag_projektplan_2009-2010.pdf) (hämtat: 03.05.2010).
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S & Suominen, T. (2006). Nursing advocacy: how it is defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scandinavian Journal of caring Science* 20 (3), 282-292.
- Welchman, J. & Griener, G. G. (2005). Patient advocacy and professional associations: individual and collective responsibilities. *Nursing Ethics* 12 (3), 296-304.
- Whitehead, D. (2003). Incorporating socio-political health promotion activities in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (5), 668-677.
- Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (1), 20-27.
- WHO (2007). *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services Concept, framework and organization*. Copenhagen: WHO.

WHO (2008). *Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna*. WHO.

Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank E. & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease. *American Journal of Public Health*, 82 (6), 816-820.

Winroth, J. & Rydqvist, L-G. (2008). *Hälsa & hälsopromotion Med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Ellen Rantala, 2010

**Den socioekonomiska ställningen påverkar hälsotillståndet för finländaren (Prättälä, Koskinen, Martelin, Lahelma, Sihto & Palosuo m.fl., 2007). Trots att utjämningen av hälsoskillnaderna länge stått som hälsopolitiskt mål i Finland leder socioekonomiska ojämlikheter i befolkningen till hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper (Kinnunen, 2009, Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi, 2005). Hälsa- och sjukvården har en given plats i arbetet för utjämningen av hälsoskillnaderna (ETENE, 2008, Manderbacka, Häkkinen, Nguyen, Pirkola, Otsamo & Keskimäki, 2007, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2008). Hälsa- och sjukvården kan bidra till utjämningen av hälsoskillnaderna om tjänsterna ordnas så att de når alla befolkningsgrupper och alla har likvärdiga möjligheter att gagnas av dem (Manderbacka, Häkkinen, Nguyen, Pirkola, Otsamo & Keskimäki, 2007). En förbättrad hälsa bland de marginaliserade leder också till en bättre folkhälsa överlag (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2008). I den här artikeln beskrivs sjukskötarens möjligheter till att bistå vid utjämningen av hälsoskillnaderna.**

Artikeln utgår från ett examensarbete i form av en litteraturstudie som är utfört inom inriktningen för vårdarbete vid Novia yrkeshögskolas enhet i Åbo. Minna Syrjäläinen-Lindberg har fungerat som handledare för arbetet. Examensarbetet genomfördes inom projektet T.A.G. i livet (Tillgång, Aktivitet och Gemenskap). Projektet utförs vid yrkeshögskolan Novia i samarbete med Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. Målet för projektet är bland annat att stöda vuxna klienter till självständighet och funktionsförmåga genom att utveckla nya serviceformer och metoder för egenvård, samt förebygga marginalisering (Vaartio, 2009).

## Socioekonomiska ojämlikheter och ohälsa

Det finns varierande definitioner på begreppet socioekonomisk ställning (Winkleby, Jatulis, Frank & Fortmann, 1992). Användbara bestämningsfaktorer för socioekonomisk ställning är ekonomi och yrkesposition men utbildningsnivå verkar vara den faktor som korrelerar bäst med hälsa (Palosuo, 2007, Winkleby m.fl., 1992). Eftersom samhällets strukturer är orättvist utformade uppstår ojämlik hälsa då olika socioekonomiska grupper har olika möjlighet att uppnå hälsa (Prättälä m.fl., 2007, WHO, 2008). Under åren 1980-2005 har hälsoskillnaderna överlag inte förändrats, eftersom vissa skillnader växt medan andra krympt (Palosuo, 2007). Flera samband mellan låg socioekonomisk ställning och enskilda sjukdomar eller ohälsa har konstaterats (Palosuo, 2007). I grupper med låg socioekonomisk ställning förekommer en ohälsosam livsstil som leder till ohälsa (Prättälä m.fl., 2007, Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin & Palosuo, 2007). Ohälsosamma levnadsvanor (till exempel tobaksrökning, alkoholanvändning, ohälsosamma matvanor och fetma) är vanligare i de lägsta socioekonomiska grupperna (Lahelma, mfl., 2007). I de lägre socioekonomiska grupperna är det vanligare att samtidigt ha flera olika ohälsosamma beteenden (Laaksonen, Prättälä & Lahelma, 2003). Även riskbeteendet är förknippat till socioekonomisk ställning (Chin, Monroe & Fiscella, 2000). I en svensk undersökning visade det sig att också risken för polyfarmaci och olämplig medicinering var större i de lägre socioekonomiska grupperna, medan användandet av nya läkemedel var vanligare i de högre grupperna (Syed Imran Haider, 2008). Även hälsovårdssystemet i sig kan förorsaka ojämlikheter (Palosuo, 2007). De med högre socioekonomisk ställning använder sig till exempel av mer tjänster än deras uppskattade servicebehov, vilket leder till att ojämlikheter uppstår i jämförelse med lägre socioekonomiska grupper (Aromaa m.fl., 2005, Häkkinen & Alha, 2006, Palosuo m.fl., 2007).

För att kunna upprätthålla välmående och hälsa är det också viktigt att uppleva kontroll över livet (Eklund & Bäckström, 2006). Upplevelsen av kontroll över livet påverkas av individens moraliska uppfattning om sig själv (Bolam, Hodgetts, Chamberlain, Murphy & Gleeson, 2003). Genom att inte se sig som ett offer för samhällets strukturer, utan framhäva sitt eget ansvar för sin hälsosituation skapas en moraliskt värdig självbild livet (Bolam m.fl., 2003). Därför bör även moralens

inverkan på individens förhållningssätt beaktas i forskning om och åtgärder för kontroll över livet (Bolam m.fl., 2003).

### **Personer med låg socioekonomisk ställning och hälsofrämjande verksamhet**

Begreppet hälsofrämjande används ofta som en paraplyterm för alla handlingar med mål att främja människans hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Verksamheten ska ge individen ökad kontroll över de faktorer som påverkar hälsan. Vad som menas med hälsofrämjande verksamhet kan även vara beroende av vilken nivå, individ- eller samhällsnivå, som verksamheten utövas på. På samhällsnivå utgår verksamheten från sociala och politiska frågor, medan hälsofrämjande verksamhet på individnivå kretsar kring beteende och livsstil. På båda nivåerna bör miljön vara stödande. (Medin & Alexanderson, 2000).

Individen förväntas kunna göra rationella val som gynnar henne, men i verkligheten är endast en minoritet av den vuxna befolkningen kapabel till det (Kjellström, 2005). Istället styrs individens valmöjligheter av begränsningar i den sociala kontexten (Piper & Brown, 1998). Hälsa är sålunda inte enbart resultatet av människans fria val utan många yttre omständigheter påverkar levnadsvanorna som i sin tur påverkar hälsotillståndet (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä, 2010). Att de socioekonomiska faktorerna är svåra att påverka, i jämförelse med beteendet, kan vara en orsak till att fokus ligger på att påverka individens beteende (Andersson, 2009). Vårt individorienterade samhälle med betoning på självständighet kan vara en annan möjlig orsak till att individens beteende är i centrum för den hälsofrämjande verksamheten (Chin mfl., 2000).

Forskning och åtgärder inom den hälsofrämjande verksamheten har traditionellt sett övervägande inriktats på att förändra beteendet hos individen. Utgångstanken att människan har förmågan att utföra rationella val fungerar som grund för den hälsofrämjande verksamheten. Men om hälsofrämjarens arbete utgår ifrån att individen kan utföra rationella val och har förmågan att välja livsstil finns det risk för att den sociala kontextens betydelse för situationen förbises. Användningen av modellen om människans förmåga till rationella val i undervisning av vårdpersonal

kan leda till att förståelsen för hur den sociala kontexten påverkar hälsotillståndet uteblir. Om ett för stort ansvar för hälsan placeras på individen är det även individen som beskylls vid ohälsa. Negativa attityder till personer med ohälsosamt beteende kan födas om fokus enbart är på beteendets inverkan på hälsan, vilket kan leda till medvetna eller omedvetna fördomar mot personer med låg socioekonomisk ställning och försvåra att en vårdrelation byggd på förtroende uppstår. (Chin m.fl., 2000).

### **Att beakta den socioekonomiska kontexten i hälsofrämjande verksamhet**

Den orättvisa fördelningen av hälsa är ett etiskt problem (Pietilä m.fl., 2010). Hälsoskillnader som går att förebygga är inte etiskt godtagbara i ett samhälle som strävar efter jämlikhet (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2008). Genom att påverka de socioekonomiska faktorerna i omgivningen går det att arbeta för jämlik hälsa (Andersson, 2009, WHO, 2008). För att inte förbise de socioekonomiska villkorens inverkan bör sjukskötaren i den hälsofrämjande verksamheten ta i beaktande de begränsningar som de sociala villkoren ställer för hälsan och hälsobeteendet (Piper & Brown, 1998).

Det behövs ett paradigmskifte i den hälsofrämjande verksamheten. Inte ens en grundlig förståelse för valens inverkan på hälsan räcker för att nå hälsa om inte även den socioekonomiska kontexten tas i beaktande. Först genom att uppmuntra till ett mer hälsosamt beteende, på samma gång som villkoren i samhället görs sådana att hälsosamma beslut är möjliga, blir hälsa ett tillgängligt val för alla. Enbart information utifrån är inte tillräckligt för att individen ska kunna fatta rationella beslut och ändra sitt hälsobeteende till ett mer hälsosamt beteende. Beteenden med långsiktiga hälsofrämjande mål bör stödas och uppmuntras, men en förändring i samhällets strukturer behövs för att göra det möjligt för alla att göra val som gynnar hälsan. På så vis kan hälsoskillnaderna mellan de olika socioekonomiska grupperna jämnas ut. (Maziak & Ward, 2009).

### **Sjukskötarens möjlighet att utjämna hälsoskillnaderna**

Att vara patientens advokat är en av sjukskötarens uppgifter (Hanks, 2007). Patientadvokering innebär att sjukskötaren har ett professionellt ansvar för att aktivt

engagera sig i patienters behov och önskemål (Vaartio, Leino-Kilpi, Salanterä & Suominen, 2006). Som patientens advokat handlar sjukskötaren å patientens vägnar (Joel & Kelly, 2001). Målet med patientadvokering är att främja patientens välmående och rättigheter (Vaartio, 2008).

Sjukskötarens kunnande, som individ och i grupp, gör att sjukskötarens moraliska ansvar sträcker sig från ansvaret för den enskilde patienten till att förbättra verksamheten och engagera sig i att förverkliga värderingarna för omsorg (Jahren Kristoffersen & Ottvik Jensen, 2006). Den stora kunskap som sjukskötaren har om patienter och vad olika politiska beslut kan ha för konsekvenser är en orsak till att sjukskötaren kan fungera som politisk aktör (Jahren Kristoffersen & Ottvik Jensen, 2006). Sjukskötaren befinner sig i en unik position i och med att hon har kontakt till de mest sårbara grupper i samhället och därför kan hon utvidga sin verksamhet till att även ta social rättvisa i beaktande (Myers Schim, Benkert, Bell, Walker & Danford, 2007).

Åtgärder för att utjämna de sociala ojämlikheterna kräver att personer i nyckelposition uppmärksammar problemen (Green, 2008). Sjukskötaren har ett ansvar att förmedla sina kunskaper och erfarenheter till politiker (Jahren Kristoffersen & Ottvik Jensen, 2006) och samhället. Det finns inget hinder för sjukskötaren att delta i sociala förändringar utan sjukskötaren har en befogad plats i utformningen och verkställningen av hälsofrämjande interventioner på organisatorisk och nationell nivå (Piper & Brown, 1998). Ifall sjukskötaren är mer aktivt involverad i stora åtgärder rörande hälsofrämjande verksamhet kan hon arbeta effektivare för främjandet av hälsa (Piper & Brown, 1998). Men synsättet på hälsofrämjande verksamhet som en möjlig arena för socialpolitiska handlingar befinner sig ännu på en teoretisk nivå och bör utvecklas om den ska kunna inkluderas och utövas i den hälsofrämjande verksamheten (Irvine, 2007). Dessutom har en enskild sjukskötare inte förutsättningar för att förändra byråkratiska och systematiska problem som drabbar patienter (Mahlin, 2010, Welchman & Griener, 2005). Det kan behövas till och med lagändringar för många av de ojämlikheter och sociala orättvisor som patienter möter innan ett förbättrat hälsotillstånd kan nås (Piper & Brown, 1998). En enskild sjukskötare har inte så mycket politiskt inflytande att hon skulle kunna avlägsna systematiska problem och förbättra tillgång till samt leverans av hälsovårdstjänster, utan det är



snarare ett kollektivt ansvar som de professionella inom vårdbranschen bär (Welchman & Griener, 2005). Det kan vara omöjligt för en enskild sjukskötare att åtgärda eller ens uppfatta de systematiska problem som drabbar patienter och därför åstadkoms nödvändiga sociala och politiska reformer bättre om patient advokering uttrycks som ett kollektivt ansvar och genomförs som en kollektiv handling (Mahlin, 2010).

## **Diskussion**

Hälsoskillnader, som går att förebygga bland befolkningen är inte etiskt godtagbara i ett samhälle som strävar efter jämlikhet (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2008). I politiska riktlinjer för Finland har utjämningen av hälsoskillnader redan länge betonats (Kinnunen, 2009, Aromaa m.fl., 2005). Att utjämna hälsoskillnader anses även höras till hälsovårdens uppgifter (ETENE, 2008, Manderbacka m.fl., 2007, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2008).

Genom att kombinera sjukskötarens roll som hälsofrämjare och patientens advokat finns det potential för att sjukskötare, kan bidra till utjämning av hälsoskillnader genom att främja hälsa för de med låg socioekonomisk ställning och ohälsa. Det är viktigt att sjukskötare i den hälsofrämjande verksamheten inte enbart fokuserar på individens beteende och hälsoval utan även tar hänsyn till att den socioekonomiska kontexten kan behöva påverkas ifall hälsa ska uppnås (Chin m.fl., 2000, ETENE, 2008, Maziak & Ward, 2009). För att kunna utöva en hälsofrämjande verksamhet som uppmärksammar den socioekonomiska kontexten behöver sjukskötare kunskap om den socioekonomiska situationens inverkan på hälsan, vilket kan fås genom att det synsättet ges utrymme i undervisning om hälsobeteende (Chin m.fl., 2000, Maziak & Ward, 2009, Palosuo m.fl., 2004, WHO, 2008).

Sjukskötare kunde vara delaktig i åtgärder som angriper problemet systematiskt. Hon kunde bidra genom att ha kunskap om hälsofrämjande verksamhet med tanke på socioekonomiska hälsoskillnader och veta hur hon ska identifiera, fånga upp och erbjuda personer i riskzonen för ohälsa orsakad av låg socioekonomisk ställning lämpliga vårdmetoder. Speciellt med tanke på hur länge utjämning av hälsoskillnaderna stått som ett viktigt mål i hälsopolitiken medan hälsoskillnaderna

ändå fortgått är det viktigt att sjukskötaren vaknar och aktivt deltar i utjämnandet. Avsaknaden av förslag på konkreta handlingssätt är ett stort hinder för sjukskötaren då hon ska bidra till utjämningen av hälsoojämlikheter orsakade av socioekonomiska skillnader.

#### VAD VI VET:

- HÄLSOSKILLNADER SOM ÄR ORSAKADE AV SOCIOEKONOMISKA SKILLNADER BÖR BEKÄMPAS
- SJUKSKÖTAREN FUNGERAR SOM PATIENTENS ADVOKAT OCH FRÄMJAR HÄLSA GENOM HÄLSOFRÄMJANDE VERKSAMHET

#### VAD NYTT ARTIKELN GER:

- SJUKSKÖTAREN BÖR TA DEN SOCIOEKONOMISKA KONTEXTEN I BEAKTANDE I HÄLSOFRÄMJANDE VERKSAMHET OCH SE DE SYSTEMATISKA PROBLEM SOM ORSAKAR OHÄLSA SOM ETT KOLLEKTIVT ANSVAR I ARBETET FÖR EN JÄMLIK HÄLSA
- TROTS ATT SATSNINGEN PÅ EN JÄMLIK HÄLSA PÅGÅTT LÄNGE FINNS INTE BESKRIVNINGAR ATT TILLGÅ FÖR HUR SJUKSKÖTAREN KONKRET SKA GÅ TILLVÄGA FÖR ATT BIDRA TILL UTJÄMNANDET AV HÄLSA

## Källförteckning

Andersson S. I. (2009). *Hälsa och psykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (18.07.2005) *Yhteenvedo väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä*. Terveyskirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00066](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00066) (hämtat: 03.05.2010).

Bolam, B., Hodgetts, D., Chamberlain K., Murphy, S. & Gleeson, K. (2003). "Just do it": an analysis of accounts of control over health amongst lower socioeconomic status groups. *Critical Public Health*, 13 (1), 15-31.

Chin, N. P., Monroe, A. & Fiscella, K. (2000). Social Determinants of (Un)Healthy Behaviors. *Education for Health*, 13 (3), 317-328.

Eklund, M. & Bäckström, M. (2006). The Role of Perceived Control for the Perception of Health by Patients with Persistent Mental Illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13 (4), 249-256.

ETENE, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008). *Terveyden edistämisen eettiset haasteet*. Helsingfors. ETENE – julkaisuja 19.

Green, J. (2008). Health education – the case of rehabilitation. *Critical Public Health*, 18 (4), 447-456.

Hanks, R. G. (2007). Barriers to Nursing Advocacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum* 42 (4), 171- 177.

Häkkinen, U. & Alha, P. (red.) *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot Terveys 2000-tutkimus*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2006 (10).

Irvine, F. (2007). Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3), 593-602.

Jahren Kristoffersen, N. & Ottvik Jensen, K. (2006). Sjukskötarens roll i organisation och samhälle. Ingår i: Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) *Grundläggande omvårdnad 4*. Stockholm: Liber.

Joel, L. A. & Kelly, L. Y. (2001). *The Nursing Experience Trends, Challenges, and Transitions*. New York: McGraw-Hill.

Kinnunen, K. (toim.) (2009). *Sairas köyhyys Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä*. Helsingfors: Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009 (7).

Kjellström, S. (2005). *Ansvar, hälsa och människa: en studie av idéer om individens ansvar för sin hälsa*. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet.

Laaksonen, M., Prättälä, R. & Lahelma, E. (2003). Sociodemographic determinants of multiple unhealthy behaviours. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31 (1), 37-43.

Mahlin, M. (2010). Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nursing Ethics* 17 (2), 247-254.

Manderbacka, K., Häkkinen, U., Nguyen, L., Pirkola, S., Otsamo, A. & Keskimäki, I. (2007). Terveyspalvelut. Ingår i: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (red.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2007 (23).

Maziak, W. & Ward, K. D. (2009). From Health as a Rational Choice to Health as an Affordable Choice. *American Journal of Public Health*, 99 (12), 2134-2139.

Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Myers Schim, S., Benkert, R., Bell, S. E., Walker, D. S. & Danford, C. A. (2007). Social Justice: Added Metaparadigm Concept for Urban Health Nursing. *Public Health Nursing*, 24 (1), 73-80.

Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Sihto, M., Keskimäki, I., Ostamo, A., Martelin, T., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (2007). Yhteenveto ja päätelmät. Ingår i: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (red.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2007 (23).

Pietilä, A.-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. (2010). Terveyden edistämisen eettinen perusta. Ingår i: Pietilä, A.-M. (red.) *Terveyden edistäminen Teorioista toimintaan*. Helsingfors: WSOY.

Piper, S. M. & Brown, P. A. (1998). The theory and practice of health education applied to nursing: a bi-polar approach. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (2), 383-389.

Prättälä, R., Koskinen, S., Martelin, T., Lahelma, E., Sihto, M. & Palosuo, H. (2007). Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste. Ingår i: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (red.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2007 (23).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008 (16).

Vaartio, H. (2008). *Nursing Advocacy: A concept clarification in context of procedural pain care*. Turku: Department of Nursing Science, University of Turku.

- Vaartio, H. (2009). *Projektbeskrivning 2009-2010*. Novia yh.  
[https://intra.novia.fi/images/stories/campus\\_abo/sociala\\_omrdet/tag\\_projektplan\\_2009-2010.pdf](https://intra.novia.fi/images/stories/campus_abo/sociala_omrdet/tag_projektplan_2009-2010.pdf) (hämtat: 03.05.2010).
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S & Suominen, T. (2006). Nursing advocacy: how it is defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scandinavian Journal of caring Science* 20 (3), 282-292.
- Welchman, J. & Griener, G. G. (2005). Patient advocacy and professional associations: individual and collective responsibilities. *Nursing Ethics* 12 (3), 296-304.
- Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (1), 20-27.
- WHO (2008). *Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna*. WHO.
- Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank E. & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease. *American Journal of Public Health*, 82 (6), 816-820.