

# Interaktiv hälsokommunikation kan göra vården bättre

Internet öppnar nya möjligheter inom det hälsofrämjande fältet, trots riskerna för felaktig information och bristen på interaktivitet. Interaktiva program kan komplettera hälsoexperten. Den största potentialen är att kombinera ett högt deltagande med hög effektivitet. Utvecklandet av sådana multimedieprogram borde ha högsta prioritet, samtidigt som man ska hålla i minnet att interaktiv hälsokommunikation inte är det allena saliggörande, utan endast en av många strategier.

JOHAN FASKUNGER  
beteendevetare, fil dr, enheten  
för preventiv näringslära, institutionen  
för biotvetenskaper, Karolinska institu-  
tet, Stockholm  
([Johan.Faskunger@prevnut.ki.se](mailto:Johan.Faskunger@prevnut.ki.se))

*The information you have is not that which you want, the information you have is not that which you need, and the information you need is not that which you can obtain.*

Finagles lag [1]

■ Tre av de viktigaste målen för vården är att minska kostnaderna, öka kvaliteten och effektivisera hälsokommunikationen [2]. Många problem har med information och kommunikation att göra, precis som i ordspråket ovan. En satsning på interaktiv hälsokommunikation skulle kunna innebära ett steg i rätt riktning för att uppnå alla tre målen.

## Frestande nära, frustrerande avlägset

När vi nu har tagit steget in i ett nytt årtusende är paradoxalt nog en god hälsa för alla svenskar frestande nära i teorin, men frustrerande avlägsen i verkligheten. Å ena sidan har medicinska och vetenskapliga framsteg under 1900-talet medfört en gedigen kunskap om förutsättningarna för en god hälsa, vilket också bidragit till bättre och längre liv. Å andra sidan – medan de flesta infektionssjukdomarna generellt sett har minskat i antal – ökar så kallade livsstilssjukdomar markant och orsakar en majoritet av alla dödsfall och sjukdomar. Dessa sjukdomar – såsom hjärt-kärlsjukdom, de flesta former av cancer, typ 2-diabetes, övervikt/fetma – är svåra att komma till tals med i dagens reaktiva vårdmodell och kräver ett mer proaktivt perspektiv.

Skillnaden mellan satsade resurser på vård respektive på förebyggande och/eller hälsofrämjande åtgärder är enorm. Om de satsade resurserna inom vården

ledde till en markant reduktion av antalet dödsfall och sjukdomar så vore strategin försvarbar. Så är inte fallet. Vården i dess nuvarande form har, sett ur ett befolkningsperspektiv, en relativt liten roll att spela för dagens moderna livsstilssjukdomar. Hälften av västvärldens dödsfall och sjukdomar beror på livstilsfaktorer som samhället eller individen har möjlighet att påverka, främst hjärt-kärlsjukdomar och olika former av cancer. Starkt bidragande orsaker är rökning, ohälsosam kost och fysisk inaktivitet [3] – beteendemönster som är svåra att förebygga i ett vårdperspektiv. När dessa fall i slutänden kommer i kontakt med vårdapparaten medför det stora kostnader, och behandlingen inleds ofta för sent.

## Tänka och handla mer hälsofrämjande?

En majoritet av alla faktorer och beslut som påverkar människors hälsa finns inte inom vården, utan i samhället och i människans omgivande miljö. Nyckeln till bättre folkhälsa ligger således i att informera, stimulera och uppmuntra människor att fatta hälsosamma beslut i vardagen, och vården måste gå i bräschen för en sådan utveckling. Detta är viktigt såväl hälsomässigt som ekonomiskt.

Efterfrågan på hälsoinformation har ökat enormt i takt med det moderna samhällets utveckling och individens ökade ansvar för den egna hälsan, vilket inte minst visar sig genom hälsointresset på Internet. Internet är ett verktyg med stor potential för förebyggande och främjande åtgärder och hälsoinformation, men innebär även vissa nackdelar. Genom Internet, i dess nuvarande form, riskerar människor att dels få felaktig information och fel fakta, dels är informationen sällan interaktiv.

Mycket står med andra ord på spel för att inte Finagles lag ska få fortsätta att råda. Individens eget ansvar för hälsan har fått ökad betydelse allteftersom patientbemyndigande har letat sig in i vård-

modellen. Patient- eller individbemyndigande innebär (eller borde innebära!) bland annat att vården och samhället hjälper individer att:

1. bli medvetna om personliga livsstils-mönster,
2. ha kunskap om sina hälsoproblem,
3. ha kunskap om när och hur man bör söka medicinsk vård (och när man bör avstå),
4. ha kunskap om hur man bäst samarbetar med vårdapparaten när det gäller sina hälsoproblem [4].

Alla fyra faktorerna är mycket viktiga för vården. Enbart en förbättring av faktor 3 skulle till exempel medföra kostnadsänkningar i form av färre som söker vård i onödan, samt att fler som verkligen är i behov söker vård vid rätt tillfälle. Vården och andra aktörer inom hälsoarbete har därför ett stort ansvar för att skapa tillgång till hälsoinformation av hög kvalitet – helst interaktiv hälsoinformation som kan anpassas till varje individs behov och förutsättningar.

## Specialisering med förhinder

Specialiseringen inom de medicinska områdena har skapat medicinska experter med uppgift att förstå, och komma till tals med, sjukdomar och dödsorsaker. Men denna specialisering har dels medfört dålig kommunikation mellan olika medicinska områden (vem har det övergripande hälsoperspektivet?), dels bidragit till okoordinerade samhällsinsatser när det gäller förebyggande och främjande insatser.

Människor vill ha, och behöver, integrerad service [5]. Istället är det förvånande att konstatera att så få omfattande hälsokampanjer som täcker flera ämnesområden har genomförts med tanke på den enorma folkliga efterfrågan och det stora behovet av hälsoinformation och kommunikation. Tidigare genomförda hälsokampanjer har i regel varit tidsmässigt korta insatser koncentrerade till ett enda hälsområde – ofta med blygsamma resultat. Ett samarbete mellan vården, olika folkhälsoaktörer, lämpliga företag och regeringen skulle underlätta skapandet av ett brett och mångfasetterat program.

Den ojämna geografiska tillgången till medicinska experter är ett annat hinder för att kunna erbjuda en god service till människor [6]. På många platser är



På Internet finns stor tillgång på hälsoinformation för den enskilde att ta del av. Men genom Internet riskerar människor att få fel information och fakta. Informationen är dessutom sällan interaktiv. Ett interaktivt program skulle kunna komplettera medicinsk expertis och nå stora grupper oavsett geografiskt läge.

det nästintill omöjligt eller mycket resurskrävande att få tillgång till medicinsk expertis. Den medicinske experten kan inte heller erbjuda service till särskilt många åt gången. Ett interaktivt program, däremot, kan komplettera hälsoexperten. Bristen på sådana kompletterande system är idag slående. Ett sådant verktyg finns inte tillgängligt idag, men är fullt realistiskt och genomförbart tack vare interaktiv teknologi.

Ett interaktivt program skulle kunna täcka alla relevanta sjukdomsmönster och hälsoområden, inte minst rökavvänjning och kost- och aktivitetshandledning, och finnas tillgängligt på sjukhus, informationscentraler, bibliotek, genom Internet etc för att nå människor i vardagen oavsett geografisk hemvist.

### Totala effekten är nyckeln till framgång

Det är numera välkänt att framtagande och spridning av hälsoinformation – speciellt information och service som underlättar beteendeförändring – är en av de mest kostnadseffektiva åtgärder ett land kan företa sig. Detta är inget nytt. Vid förebyggande folkhälsoinsatser har man länge utnyttjat informationskampanjer och utbildning för att kontrollera sjukdom, reducera dödsfall och invalidisering, men spelreglerna har ändrats dramatiskt i och med interaktiv hälsokommunikation.

Det viktigaste målet med folkhälsoinsatser är hög total effekt på befolkningen. Total effekt kan definieras som insatsens deltagande multiplicerat med insatsens effektivitet [7]. En klassisk avvägning i tidigare åtgärder har varit huruvida man ska välja mellan att satsa på

högt deltagande (att nå många i målgruppen) eller hög effektivitet (lyckas individen förändra sitt beteende?).

Insatser med högt deltagande har oftast medfört låg effektivitet eftersom man tvingas distribuera samma budskap till alla. Om man istället väljer att arbeta med en begränsad grupp människor eller med enskilda individer kan man förbättra effektiviteten, men den totala effekten blir försvinnande liten. Den största fördelen med interaktiv hälsokommunikation är potentialen att kombinera högt deltagande med hög effektivitet, vilket leder till en dramatiskt förhöjd total effekt. Forskning har visat att interaktiva program kan vara effektiva [7], samtidigt som de har potential att nå hela målgrupper eller befolkningar på ett kostnadseffektivt sätt.

Vad som krävs är bättre distribution av service till människor, det vill säga interaktiv hälsokommunikation som skräddarsyr budskapet till ett personligt relevant paket och som erbjuder 24-timmarsservice oavsett geografiskt läge. Dessa system bör vara objektiva hjälpmedel som underlättar och stimulerar attityd- och beteendeförändringar och som hjälper människor att göra hälsosamma livsstilsval oavsett ålder, kön eller etnisk tillhörighet. Utvecklandet av ett sådant multimedieprogram borde vara av högsta prioritet för alla som på ett eller annat sätt har ett intresse för att främja svenskarnas hälsa.

### Ej den magiska lösningen

Interaktiv hälsokommunikation är dock inte den magiska lösningen på alla hälsoproblem. Snarare är interaktiv

hälsokommunikation en av många olika nödvändiga strategier som behöver kombineras för att ha effekt. Informationsteknologi och multimedia kan vara förförande och leda till illa övervägda och i slutändan värdelösa system. Det räcker inte med att anskaffa informationsteknologi och tro att interaktiv hälsokommunikation automatiskt ska leda till ett mer proaktivt förhållningssätt, eller att det är den magiska lösningen på dagens allvarliga folkhälsoproblem.

### Referenser

1. Asthon J. Handling information as a professional. In: van Berlo A, Kiwitz Y, editors. Information in a healthy society: health in the information society. Kneegsel, Akontes; 1992:17-21.
2. Harris LM. Differences that make a difference. In: Harris LM, editor. Health and the new media: technologies transforming personal and public health. Mahwah, New Jersey, LEA; 1995:3-18.
3. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270:2207-12.
4. McGinnis JM, Deering MJ, Patrick K. Public health information and the new media: A view from the public health service. In: Harris LM, editor. Health and the new media: technologies transforming personal and public health. Mahwah, New Jersey, LEA; 1995: 127-41.
5. Gorry GA, Harris LM, Silva A, Eaglin J. Health care as teamwork: the internet collaborative. In: Harris LM, editor. Health and the new media: technologies transforming personal and public health. Mahwah, New Jersey, LEA; 1995:87-105.
6. Scheerhorn D. Creating illness-related communities in cyberspace. In: Street Jr RL, Gold WR, Manning T, editors. Health promotion and interactive technology: theoretical applications and future directions. Mahwah, New Jersey, LEA; 1997:171-85.
7. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Laforge RG, Rossi JS. Interactive versus non-interactive interventions and dose-response relationships for stage-matched smoking cessation programs in a managed care setting. Health Psychol 1999;18:21-8.