

Folkhälsoskillnaderna består mellan Norrköping och Linköping

KAN INTE FÖRKLARAS AV SKILLNADER I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD UTAN SNARARE AV OLIKHETER I SOCIOEKONOMI OCH LIVSSTIL

Tomas Faresjö, professor, avdelningen för samhällsmedicin, institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet
 ● tomas.faresjo@liu.se

Johnny Ludvigsson, senior professor, avdelningen för pediatrik, institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings universitet; Kronprinsessan Viktorias barn- och ungdomssjukhus, Universitetssjukhuset i Linköping

Carina Wennerholm, universitetslektor, avdelningen för omvårdnad, institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet

Åshild Olsen Faresjö, biträdande professor, avdelningen för samhällsmedicin, institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet

Hans Nilsson, professor, avdelningen för historia, institutionen för studier av samhällsutveckling och kultur, Linköpings universitet

För drygt ett decennium sedan presenterade forskargruppen Twincities vid Linköpings universitet data som påvisade betydande folkhälsoskillnader mellan tvillingstäderna Linköping och Norrköping [1]. Hälsoskillnaderna framkom inom många olika sjukdomsgrupper och gällde även förväntad medellivslängd [2-8]. Linköpings befolkning var friskare och levde längre än Norrköpings. Ett decennium senare har vi följt upp vad som hänt.

Samhällsmedicinskt perspektiv

Att studera folkhälsan och vilken betydelse olika sociala, ekonomiska och kulturella förhållanden har för människors hälsa och för riskerna att drabbas av sjukdomar är komplicerat därför att orsakssammanhang ofta är så komplexa. Det kliniska experimentet har ofta betraktats som en förebild, själva urtypen, för god forskning. Men denna naturvetenskapliga ideal situation existerar knappast i samhällsmedicinsk eller folkhälsovetenskaplig forskning. Tvillingstudier är inom medicinen en klassik studiedesign för att utvärdera den relativa betydelsen av arv respektive miljö. Jämförelsen av folkhälsan i »tvillingstäderna« liknar de klassiska tvillingstudierna, men tillämpat i ett större samhällsmedicinskt perspektiv där fokus ligger på den relativa betydelsen av den sociala miljön för folkhälsan. I vår samhällsmedicinska design jämför vi folkhälsan i de båda östgötastäderna Norrköping och Linköping. Dessa ligger endast fyra mil från varandra och är relativt jämnstora befolkningsmässigt. Linköping brukar betecknas som »den stora småstaden« och Norrköping som »den lilla storstaden«. Linköping och Norrköping kan utifrån storlek och geografiskt läge betraktas som tvillingstäder. De ligger inom samma landstingsområde och har en likartad hälso- och sjukvårdsstruktur. Det finns likheter, men också viktiga skillnader mellan städerna. Som framgår av Tabell 1 är invånarantalet något högre i Linköping, men åldersstrukturen är likartad med ungefär samma medellålder i de båda städerna. Däremot skiljer sig den sociala strukturen något åt. Norrköping har något fler utrikes födda, färre höginkomsttagare, färre högutbildade och fler lågutbildade. Andelen arbetssökande är också större i Norrköpings befolkning (SCB: Befolkningsstatistik, Folkhälsomyndigheten: Folkhälsodata).

Hjärt-kärlmortalitet

Vid vår analys av folkhälsodata i tvillingstäderna för 10 år sedan blev det tydligt att den mest betydande

skillnaden gällde hjärt-kärl dödligheten. I en jämförelse mellan de 15 största städerna i Sverige med över 100 000 invånare framkom då att Norrköping hade den högsta dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar jämfört med andra svenska städer som Eskilstuna, Borås, Uppsala eller Västerås. Detta var särskilt tydligt för kvinnor. När man i dag gör samma jämförelse har vissa förändringar skett inbördes mellan de svenska städerna, men fortfarande är hjärt-kärl dödligheten för både män och kvinnor högre i Norrköping än i andra stora svenska städer. Hjärt-kärl dödligheten för kvinnor respektive män i de största svenska städerna i ett 10-års perspektiv framgår av Figur 1 och 2.

Hjärt-kärlsjukdom var för ett decennium sedan, och är fortfarande, den mest dominerande dödsorsaken i Sverige. Men hjärt-kärlsjukdomarna har efter hand minskat, vilket kan ses i många länder [9]. I ett 10-års perspektiv framgår detta även tydligt för både män och kvinnor i de största svenska städerna. Man bedömer att minskningen beror på bättre diagnosmöjligheter och nya läkemedel men även på att rökningen minskat och att befolkningen har sundare kost- och motionsvanor [9]. Hjärt-kärl dödligheten har också totalt sett gått ner hos befolkningen i tvillingstäderna Linköping och Norrköping. För 10 år sedan var dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar för kvinnor i Norrköping omkring 30 procent högre än för Linköpingskvinnorna [1]. Trots den nedåtgående mortalitetstrenden visar vår analys i dag att skillnaden mellan städerna vad gäller dödlighet för kvinnor inte har minskat, utan tvärtom ökat till att nu vara ca 60 procent högre hos Norrköpingskvinnor. Hjärt-kärl dödligheten hos män var omkring 30 procent högre i

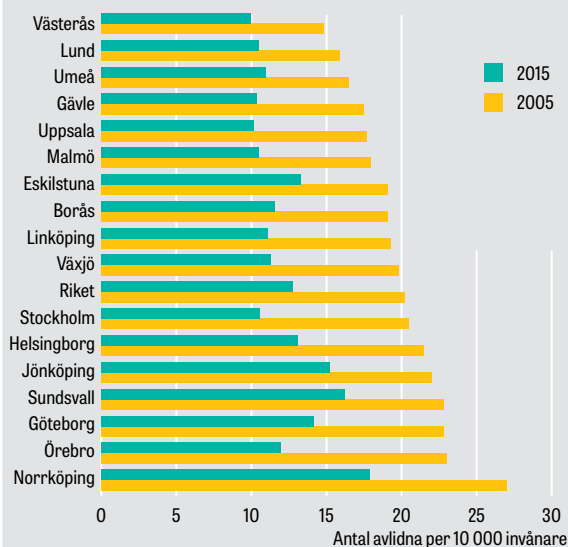
HUVUDBUDSKAP

- Hjärt-kärl dödligheten minskar totalt sett i landet, men betydande skillnader i hjärt-kärl dödlighet framkommer mellan de största svenska städerna.
- Norrköping har den högsta hjärt-kärl dödligheten hos både kvinnor och män av de största svenska städerna, liksom för 10 år sedan.
- Skillnaderna i hjärt-kärl mortalitet och förväntad medellivslängd mellan »tvillingstäderna« Norrköping och Linköping verkar inte minska i ett 10-års perspektiv.
- Folkhälsoskillnaderna mellan tvillingstäderna kan inte förklaras av skillnader i hälso- och sjukvård utan snarare av socioekonomiska och livsstilsrelaterade skillnader liksom städernas olika socialhistoria.

TABELL 1. Data om städerna Linköping och Norrköping med riket som jämförelse.

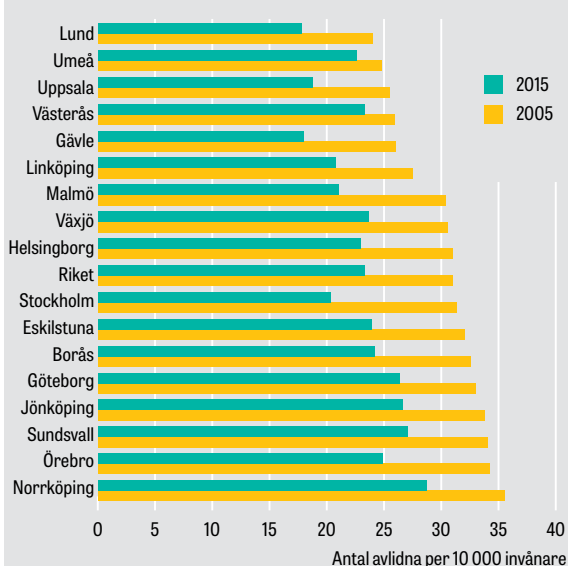
	Linköping	Norrköping	Riket
● Antal invånare (31 december 2017)	158 520	140 927	
● Befolkningens medelålder	39,4 år	40,5 år	41,2 år
● Andel utrikes födda (%)	14 (26 181 personer)	16 (27 473 personer)	15
● Andel höginkomsttagare, 2015 (%)			
Kvinnor	13	9	13
Män	29	24	27
● Andel med låg utbildning (förgymnasial), 45–64 år, 2015 (%) :			
Kvinnor	11	16	12
Män	12	19	17
● Andel med eftergymnasial utbildning, 45–64 år, 2015 (%) :			
Kvinnor	45	28	40
Män	40	35	32
● Andel arbetssökande, 20–64 år, 2015 (%)	3,3	5,6	4,1

FIGUR 1. Hjärt-kärl dödlighet bland kvinnor i de största svenska städerna



► Hjärt-kärl dödlighet per 10 000 invånare för kvinnor i de största svenska städerna 2005 och 2015. Källa: Socialstyrelsen och Dödsorsaksregistret (åldersstandardiserade data för medelfolkmängden över 15 år).

FIGUR 2. Hjärt-kärl dödlighet bland män i de största svenska städerna



► Hjärt-kärl dödlighet per 10 000 invånare för män i de största svenska städerna 2005 och 2015. Källa: Socialstyrelsen och Dödsorsaksregistret (åldersstandardiserade data för medelfolkmängden över 15 år).

Norrköping för 10 år sedan. Denna skillnad har snarast ökat till i dag 38 procent högre för Norrköpingsmän.

Hjärt-kärlriskfaktorn hypertoni

Hjärt-kärl dödlighet är en god indikator på folkhälsan, men det är även intressant att studera riskpanoramats för hjärt-kärlsjuklighet. Den mest betydande och klassiska riskfaktorn för hjärt-kärlsjuklighet är hypertoni. För att komplettera folkhälsobilden har vi tagit fram data om andelen av den medelålders befolkningen (45–64 år) i tvillingstäderna med diagnostiserad hypertoni (ICD-kod I10) för omkring 10 år sedan respektive i dag, Tabell 2 (data är hämtade från Region Öster-

götlands vårddatalager). Andelen av befolkningen i tvillingstäderna med hypertoni-diagnos har ökat kraftigt och närmast tredubblats under det senaste decenniet. En viktig förklaring till detta är att gränsvärdena och rekommendationerna för när diagnosen hypertoni ska sättas har sänkts, och tendensen är nog att dessa gränsvärden sänks ytterligare [10]. Det leder då naturligt till fler fall i en befolkning, vilket visas med exemplet från de båda tvillingstäderna. Skillnaderna mellan städerna i risken att få diagnosen hypertoni förefaller ha minskat något, Tabell 2. Omräknat i antal individer är det ändå närmare 1 000 personer fler med hypertoni-diagnos i Norrköping i åldersgruppen 45–64 år. Det innebär att Norrköpings befolkning fort-

TABELL 2. Individer i åldersgruppen 45–64 år i Linköping respektive Norrköping med diagnosen hypertoni (ICD-kod I10) under åren 2003–2007 respektive 2013–2017 (data från Region Östergötlands vårddatalager).

	Linköping		Norrköping		Relativ risk (95 procents konfidensintervall)
	Antal individer i åldersgruppen 45–64 år med diagnosen	Andel individer per 1000 invånare i åldersgruppen 45–64 år med diagnosen	Antal individer i åldersgruppen 45–64 år med diagnosen	Andel individer per 1000 invånare i åldersgruppen 45–64 år med diagnosen	
● Män (2003–2007)	1193	74,3	1529	95,4	1,28 (1,19 – 1,38)
● Män (2013–2017)	4 337	244,8	4 562	273,1	1,12 (1,08 – 1,16)
● Kvinnor (2003–2007)	946	59,1	1302	81,2	1,37 (1,27 – 1,49)
● Kvinnor (2013–2017)	3 787	222,2	4 373	264,8	1,19 (1,15 – 1,24)

satt har en ökad risk jämfört med Linköpings befolkning också för framtida hjärt-kärlsjuklighet.

Förväntad medellivslängd

Den förväntade medellivslängden för män i Linköping var för ett decennium sedan omkring 2 år högre än för Norrköpingsmän, och för Linköpingskvinnor omkring 1,5 år högre. Trots att medellivslängden ökar över tiden i Sverige kvarstår ungefär samma skillnader i medellivslängd mellan städerna i dag. En Linköpingsman lever nu drygt 2 år längre (81,4 år) än en Norrköpingsman (79,3 år), och en Linköpingskvinna lever 1,1 år längre (84,5 år) än en Norrköpingskvinna (83,4 år). Det kan förefalla som relativt marginella skillnader men innebär för en hel befolkning i en större kommun många förlorade levnadsår, med negativa effekter både för den enskilde och samhället. Dessa folkhälsoskillnader mellan städerna förefaller alltså att bestå över tid. Även en historisk tillbakablick för hela 1900-talet förstärker bilden av en betydande och stabil olikhet i folkhälsa mellan Linköping och Norrköping [11].

Några slutsatser

Skillnaderna i folkhälsa som fortsatt finns mellan städerna kan inte förklaras av skillnader avseende hälso- och sjukvården. Designen med tvillingstäderna inramas av det faktum att båda städerna tillhör samma sjukvårdsregion. Folkhälsoskillnaderna kan snarare förklaras av dels städernas olikartade socialhistoria, dels att den sociala sammansättningen i befolkningen skiljer sig åt avseende både inkomster, utbildningsnivå och arbetslöshet. Men villkoren för god hälsa kan

förstås även skilja sig åt mellan olika stadsdelar inom de båda städerna [10].

Den här 10-årsuppföljningen visar att folkhälsoskillnaderna mellan Norrköping och Linköping är betydande och att de förefaller kvarstå över tid, vilket inte minst gäller förväntad medellivslängd och hjärt-kärlmortalitet. En betydande del av folkhälsoskillnaderna är livsstilsrelaterade och därför socialt och kulturellt betingade. Det gäller människors dagliga beteenden, främst rökning, alkohol, matvanor och motion, som vi vet direkt påverkar människors hälsa och hjärt-kärlrisker. Trots att folkhälsan totalt förbättras kan de sociala hälsoskillnaderna snarare öka relativt sett, vilket jämförelsen över tid mellan dessa båda städer visar. Människors levnadsvanor och hälsobeteenden går att påverka och förändra både i ett regionalt och kommunalt perspektiv, men där har inte bara hälso- och sjukvården en roll utan också samhällsplanering och lagstiftning [12]. Ojämligheten i hälsa mellan befolkningen i de två stora svenska tvillingstäderna Linköping och Norrköping har inte minskat över tid; långsiktiga åtgärder krävs. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2019;116:FI6H

REFERENSER

- Faresjö T, Söderquist J, Ludvigsson J, et al. Tvillingstäder med stora sociala skillnader i folkhälsa. Ett samhällsmedicinskt experiment inleds i Norrköping och Linköping. *Läkartidningen*. 2007;104(23):1788-90.
- Faresjö T, Rahmqvist M. Educational level is a crucial factor for good perceived health in the local community. *Scand J Public Health*. 2010;38(6):605-10.
- Wennerholm C, Grip B, Johansson A, et al. Cardiovascular disease occurrence in two close but different social environments. *Int J Health Geogr*. 2011;10:5.
- Karlén J, Faresjö T, Ludvigsson J. Could the social environment trigger the induction of diabetes related autoantibodies in young children? *Scand J Public Health*. 2012;40(2):177-82.
- Grodzinsky E, Hallert C, Faresjö T, et al. Could gastrointestinal disorders differ in two close but divergent social environments? *Int J Health Geogr*. 2012;11:5.
- Nilsson H, Faresjö T. Stor skillnad - om ojämlik hälsa i Linköping och Norrköping. Linköping: Linköpings universitet, Centrum för kommunstrategiska studier; 2012.
- Rapport 2012:3. Grip B. Vårdcentralen och det ömtåliga hjärtat. Linköping: Linköpings universitet, Centrum för kommunstrategiska studier. Rapport 2015:4.
- Wennerholm C. Risk for cardiovascular disease in middle-aged women in different social environments [avhandling]. Linköping: Linköpings universitet, medicinska fakulteten; 2017.
- SOU 2016:55. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Socialdepartementet; 2016.
- Brunström M, Carlberg B. Nya riktlinjer för hypertoni - en pedagogisk utmaning. *Läkartidningen*. 2018;115:FFDY.
- Grip B. Den ojämlika dödligheten: hjärt-
- dödlighet och samhällsutveckling i två städer. [avhandling]. Linköping: Linköpings universitet, institutionen för studier av samhällsutveckling och kultur; 2016.
- Marmot M, Friel S, Bell R, et al; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9.

SUMMARY

Public health differences between »the twin cities« persist

A decade ago, major public health differences between two neighboring, equal sized large Swedish cities, Norrköping and Linköping (»the Twin cities«) were revealed. These differences were considerable for cardiovascular mortality and life expectancy. An important finding was that cardiovascular mortality rates for men and women in the city of Norrköping were highest compared to other major Swedish cities. In this follow-up, a decade later, cardiovascular mortality rates are still highest for the Norrköping population in comparison to the largest Swedish cities. There are also still profound and major public health differences between these twin cities. The differences seem to persist over time. These differences could not be explained by differences in health care, but are rather reflecting different social history and socioeconomic and life style differences in these two cities.