

Dags att utjämna ojämlik hälsa

DET PREVENTIVA ARBETET BEHÖVER TILLÄMPAS MER SYSTEMATISKT

I en artikel i detta nummer redogörs för 10-årsuppföljningen av folkhälsan i »tvillingstäderna« Norrköping och Linköping. Den visar tydligt att hjärt-kärlödligheten generellt sett minskat över tid men att ohälsoklyftorna består - och till och med har ökat. Socioekonomiska skillnader bedöms vara orsak till de stora skillnaderna i folkhälsa mellan de två städerna.



Louise Bennet, docent, specialist i allmänmedicin, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet
● louise.bennet@med.lu.se

Socioekonomins betydelse för ojämlikheter i hälsa är känd sedan länge. WHO:s initiativ »Closing the gap in a generation« för ett tiotal år sedan syftade till att utjämna ojämlikheter i hälsa i ett globalt socioekonomiskt perspektiv. I Malmökommissionens arbete, som var ett svar på detta uppdrag, visas tydligt hur socioekonomi, såsom utbildning, påverkar överlevnaden under två decennier i det socioekonomiskt segregerade Malmö [1]. På samma sätt som i studien om Norrköping och Linköping har kvinnor i Malmö generellt sett fler återstående levnadsår än männen, och högt utbildade lever ett halvt decennium längre än lågutbildade. Men det anmärkningsvärda är att skillnaderna i dödlighet inte utjämnas över tid, utan kvarstår och till och med ökar, på samma sätt som i rapporten om tvillingstäderna.

Levnadsvanornas betydelse för en god hälsa har varit välkänd i decennier, om inte längre. Vi vet hur vi bör leva för att ha en god hälsa. Det är därför tankeväckande att stora skillnader i hjärt-kärlhälsa består i Sverige trots att vi har all denna kunskap. Vad beror det på?

Kanske är det så att vi inte arbetar preventivt i tillräckligt hög utsträckning? I Jön-

köpings och Västerbottens län har man sedan decennier arbetat med riktade hälsosamtal. Det som utmärker dessa samtal är att de är befolkningsinriktade och att samtliga i målgruppen erbjuds att delta. Samtalet baseras på aktuell evidens för hjärt-kärlprevention och en personcentrerad samtalsmetodik som fokuserar på individens motivation och resurser [2]. Man har kunnat visa att dessa samtal har större effekt på levnadsvanorna, den metabola kontrollen och hjärt-kärlsjuklighet än befintliga samhällsinsatser [3].

En annan del av förklaringen till att ohälsa består skulle kunna vara att vi inte i tillräckligt hög utsträckning adresserar social kontext och hinder till livsstilsförändring. Enligt WHO beror hälsa på en rad »bestämningfaktorer« och levnadskontext som utgör hinder och påverkar våra möjligheter att praktisera hälsosamma vanor. Dessa faktorer kan till exempel vara relaterade till sociala nätverk, levnads- och arbetsförhållanden, socioekonomi och kul-

»I Jönköpings och Västerbottens län har man sedan decennier arbetat med riktade hälsosamtal.«

tur [4]. Exempel på grupper som med avseende på WHO:s bestämningfaktorer är särskilt utsatta är personer med psykisk ohälsa, låg utbildningsnivå eller dålig ekonomi. Kulturella och sociala faktorer kan också utgöra hinder för livsstilsförändring [5]. Studier visar att vi i högre utsträckning kan hjälpa våra patienter att förändra levnadsvanorna om vi kan identifiera kulturella och sociala hinder för livsstilsförändring [5].

Studien om tvillingstäderna och många tidigare studier talar sitt tydliga språk. Allt tyder på att vi behöver förändra det preventiva arbetet och gå från att observera olikheter i hälsa till att arbeta mer systematiskt med riktade preventiva insatser som



I Läkartidningen nr 23/2007 presenterades data som visade betydande folkhälsoskillnader mellan tvillingstäderna Linköping och Norrköping. Dessa skillnader kvarstår; visar en 10-årsuppföljning som publiceras i den här veckans nummer.

adresserar barriärer mot livsstilsförändring. Kan vi förändra sättet att arbeta förebyggande kan vi sannolikt utjämna ojämlikheter i hälsa. Metoderna finns och tiden är mogen att börja tillämpa dem nu. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FLMX

HUVUDBUDSKAP

● Studien om folkhälsan i »tvillingstäderna« Norrköping och Linköping liksom flera tidigare studier har genom åren visat att skillnader i hjärt-kärlhälsa består mellan olika socioekonomiska grupper.

● För att utjämna ojämlikheter i hälsa behöver det preventiva arbetet tillämpas mer systematiskt. Evidensbaserade metoder finns.

REFERENSER

1. Stigendal M, Östergren PO (redaktörer). Malmö väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö/ Malmö stad; 2013.
2. Bästa möjliga hälsa och en hållbar sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnr 2018-2-4.
3. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, et al. Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only results from the Live for Life health promotion programme. Prev Med. 2009;48(1):20-4.
4. World Health Organization (WHO). Social determinants of health.
5. Siddiqui F, Kurbasic A, Lindblad U, et al. Effects of a culturally adapted lifestyle intervention on cardio-metabolic outcomes: a randomized controlled trial in Iraqi immigrants to Sweden at high risk for type 2 diabetes. Metabolism. 2017;66:1-13.