

# Brett samhällsfokus krävs för att förstå hälsoojämlikheter

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN BARA ETT AV MÅNGA OMRÅDEN SOM INVERKAR FÖR ATT UPPNÅ MÅLET OM JÄMLIK HÄLSA

Studien av Agardh et al som presenteras i en artikel i detta nummer av Läkartidningen är ett mycket bra exempel på hur svenska registerdata tillsammans med väl beprövade metoder för att beskriva hälsoutvecklingen på befolkningsnivå kan användas dels för att skapa underlag för beslut om dimensionering och inriktning av hälso- och sjukvårdens resurser, dels för policy och riktlinjer för förebyggande och hälsofrämjande insatser. Möjligheten till denna typ av analyser har därför ett stort värde för samhället. Detta kräver dock kontinuerliga investeringar i epidemiologisk infrastruktur och kompetens och ett regelverk kring hanteringen av denna typ av data som inte sätter käppar i hjulet för denna verksamhet.

Studiens starka sida är att kunna visa på förändringar i sjukdomspanoramata över tid, vilket har betydande potentiella implikationer för hur hälso- och sjukvårdens insatser ska dimensioneras, för att på bästa sätt matcha behov mot utbud, vilket är den grundläggande principen för fördelning av resurser som formulerats i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf. Det är givetvis av största vikt att samhället har goda möjligheter att planera och följa upp om dessa grundläggande mål uppnås eller inte. Därför bör denna typ av analys göras till en obligatorisk och regelbundet återkommande uppgift för de myndigheter som har det övergripande ansvaret för



**Per-Olof Östergren**, professor, leg läkare, enheten för Socialmedicin och global hälsa, Lunds universitet  
 ● per-olof.ostergren@med.lu.se

stöd och tillsyn av hälso- och sjukvården.

Samtidigt väcker studien en rad viktiga frågor om de bakomliggande mekanismerna för de observerade förändringarna mellan Stockholms län och resten av landet. Många av dessa frågor relaterar till den övergripande frågan om hälsans jämlikhet som har diskuterats i många sammanhang de senaste

åren. Diskussionen om hälsans jämlikhet tog extra fart efter publiceringen 2008 av slutrapporten från WHO:s kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer, känd som Marmotkommissionen [1]. I denna fastslås att det är den sociala fördelningen av hälsans bestämningsfaktorer, i form av pengar, makt och andra resurser som individen behöver för att bevara en god hälsa, som förklarar den ojämlika fördelningen av hälsa i samhället. I rapporten konstateras vidare att den ojämlika fördelningen av hälsans sociala bestämningsfaktorer är den enskilt största åtgärdbara faktorn bakom dålig hälsa och död, både globalt och lokalt/regionalt.

## Arbetet med att nå jämlik hälsa

Med denna utgångspunkt tillsatte den svenska regeringen 2015 en kommission för jämlik hälsa som strax före sommaren kom med sitt slutbetänkande [2]. I detta ger man både strategiska och konkreta förslag på hur den svenska folkhälsopolitiken kan inriktas för att närma sig målet om en jämlik hälsa. Några av dessa förslag handlar just om den stora betydelsen av att skapa goda informationssystem som både kan ge beskrivningar av den aktuella utvecklingen av hälsans jämlikhet och tjäna som underlag till interventioner. Den aktuella studien är viktig som ett pedagogiskt exempel i detta sammanhang, men behöver kompletteras i några avseenden.

Begreppet jämlik hälsa har i den allmänna diskussionen fått olika innebörd i olika sammanhang. I hälso- och sjukvårdsdebatten har det ofta kommit att handla om en regionalt ojämlik tillgång till hälso-

och sjukvårdens insatser utifrån behov, exempelvis i form av vårdköer och väntetider för olika kliniska insatser som kataraktkirurgi, insättande av höftleds protes eller tillgång till barn- och ungdomspsykiatriska insatser. Detta är givetvis en mycket viktig jämlikhetsaspekt som bör ha hög prioritet då det gäller ambitionerna att uppnå en jämlik tillgång till dessa resurser som helt klart faller inom ramen för hälsans sociala bestämningsfaktorer. Ett särskilt kapitel i slutbetänkandet från den svenska kommissionen för hälsans jämlikhet handlar om just detta. Det är i detta sammanhang som den föreliggande studien har sitt stora värde, eftersom den

»Stockholm har dragit nytta av ett gott folkhälsoarbete i andra delar av landet genom att 'rekrytera' de friskaste individerna till sin befolkning.«

visar hur man med befintliga register och resurser i form av epidemiologisk kompetens kan beskriva skillnader i vårdbehov mellan olika geografiska områden och hur dessa förändras över tid.

## Bättre hälsa hos individer som migrerar

Samtidigt finns det en begränsning i denna ansats då det gäller den analytiska delen, det vill säga möjligheten att förstå de mekanismer som ligger bakom de gjorda observationerna. Detta är helt centralt för valet av insatser för att förebygga sjukdom och främja hälsa, vilket författarna nämner som en möjlig användning av studier av denna typ. Analyserna i Agardhs och medarbetarens studie baserar sig på jämförelser av prevalensen av olika sjukdomstillstånd vid olika tidpunkter. Därför blir förståelsen av dynamiken bakom dessa

## HUVUDBUDSKAP

- Det är viktigt att utveckla analyskapaciteten av ojämlikheter i hälsoutvecklingen på befolkningsnivå för att uppnå målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.
- Bestämningsfaktorerna för hälsans jämlikhet måste förstås med ett brett fokus på många olika politikområden och relatera till det övergripande målet om en hållbar samhällsutveckling.



Foto: Shutterstock/IBL

De viktigaste och för samhället mest kostnadseffektiva insatserna för att skapa en god och i alla avseenden jämlik hälsa i befolkningen är att stärka och öka tillgången till de resurser som individen behöver för att främja sin hälsoprocess innan den hamnar i en nedgående bana, skriver Per-Olof Östergren.

punktvisa nedslag i data avgörande. Författarna gör några viktiga kommentarer om några utmärkande drag i denna dynamik: En snabbare befolkningstillväxt i Stockholmsregionen än i övriga landet och en växande skillnad då det gäller utbildningsnivå, det vill säga andelen individer med hög utbildning, ökar snabbare i Stockholm än i resten av landet. Bakom detta ligger en betydande inflyttning från övriga delar av landet av individer med hög utbildning som i sin tur har goda möjligheter att få arbete, en god inkomst och bostad i Stockholm.

Individer som migrerar har i många andra studier generellt visat sig ha en betydligt bättre hälsa än de individer som stannar kvar i en given omgivning. Dessutom är just en hög utbildning en av de sociala bestämningsfaktorer som har störst betydelse för en individs hälsa. Således finns det med stor sannolikhet ett betydande inslag av selektion bakom de observerade trenderna. Detta har betydelse för de slutsatser som kan dras både då det gäller resultatet av det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet i Stockholm och övriga landet och då det gäller hur man behöver planera detta för framtiden. Om man verkligen vill spetsa till saken skulle man kunna hävda att Stockholm har dragit nytta av ett gott folkhälsoarbete i andra delar av landet genom att »rekrytera» de friskaste individerna till sin befolkning. Vidare har man på samma sätt dragit nytta (i form av en friskare befolkning) av utbildningsinsatser som gjorts i andra delar av landet när individer med god utbildning söker sig till den goda arbetsmarknaden i Stockholm.

I arbetet med den så kallade Malmö-

kommissionen [3], en lokal kommission om hälsans jämlikhet 2010–2013, visade underlaget på tendenser som var precis omvända de för Stockholm. Man hade en selektiv utflyttning av unga individer med god utbildning och goda inkomster (och därmed med bättre hälsa), vilket även drabbade Malmö dubbelt genom bortfallet av skatteintäkter för att hantera växande ojämlikheter i hälsa. Detta visar att man inte självklart kan dra slutsatsen att folkhälsoarbetet i Stockholm är mer framgångsrikt än i övriga landet. I teorin skulle det faktiskt kunna vara tvärtom. För att kunna svara tydligt på denna viktiga fråga behövs longitudinella analyser som tar hänsyn till den demografiska dynamiken. Detta är fullt möjligt att göra med de register och den kompetens som finns i dag, vilket är i linje med förslagen från den nationella kommissionen för jämlik hälsa.

### En process att bevara hälsan

Två andra slutsatser kan dras från resonemanget ovan. För det första hänger regionala ojämlikheter i hälsa tydligt samman med socialt bestämda ojämlikheter och måste därför förstås i sitt fulla sammanhang. För det andra är ett fokus på hälso- och sjukvården, även om alla dess förebyggande och hälsofrämjande insatser inkluderas, alldeles för snävt för att kunna förstå och ännu mindre effektivt åtgärda skillnader i sjukdomsburden mellan geografiska regioner, eller mellan socialt definierade grupper. Att bevara hälsan är en process, både för individen och för befolkningen, där hälso- och sjukvården oftast kommer in då hälsoprocessen redan påverkats på ett negativt sätt av andra faktorer. I detta skede är hälso- och sjukvår-

den en mycket viktig resurs för att hjälpa individer att komma på rätt köl i sin hälsoprocess. Men de viktigaste och för samhället mest kostnadseffektiva insatserna för att skapa en god och i alla avseenden jämlik hälsa i befolkningen är att stärka och öka tillgången till de resurser som individen behöver för att främja sin hälsoprocess innan den hamnar i en nedgående bana. Vi har i dag god kunskap om vilka de viktigaste av dessa resurser är: Möjligheterna till en trygg uppväxt och en god utbildning, ett »innanförskap» i samhället som vuxen i form av långsiktig sysselsättning och inkomst som garanterar en rimlig levnadsnivå, en god arbetsmiljö samt en sund och trygg bostadssituation, för att nämna några.

### Breddat fokus behövs

Till syvende och sist kan hela samhällskonstruktionen på ett eller annat sätt anses syfta till att öka individens möjligheter till en framgångsrik anpassning till sin livsmiljö och därmed styrka hälsoprocessen. Av detta skäl är begreppet »hälsa i alla politikområden» - lanserat av WHO [4] - en viktig komplettering av strategin att förbättra den genomsnittliga hälsan genom att främst rika insatserna mot grupper med sämst hälsa. Detta kan också knytas till arbetet med Agenda 2030 för en hållbar samhällsutveckling. Agardhs och medarbetares artikel är både ett viktigt bidrag för denna diskussion och en påminnelse om att fokus behöver breddas för att ge full förståelse av mekanismerna bakom skenbart enkla observationer av geografiska skillnader i hälsa. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2018;115:EX4C

### REFERENSER

1. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization (WHO), Commission on Social Determinants of Health; 2008.
2. SOU 2017:47. Nästa steg på vägen mot mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Socialdepartementet; 2017.
3. Stigendal M, Östergren PO (redaktörer). Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö; 2013.
4. Leppo K, Ollila E, Peña S, et al (editors). Health in all policies. Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2013.

## SUMMARY

**The understanding of health inequalities requires further development of epidemiological capacity and must have a broad focus on social determinants of health**

The article by Agardh et al (1) in this issue of *Läkartidningen* compares the trend of population health in Stockholm county versus the rest of the country. The article represents an important attempt to monitor and understand the driving forces of geographical inequalities in health. However, such inequalities also depend heavily on migration patterns and how these are linked to social determinants of health. Therefore it is important to include determinants from a broad range of policy sectors (e.g. education, labour market, family welfare, as well as health care services) in order to interpret the deeper causes of geographic inequalities in health. Monitoring population health and health inequalities should be linked to a general follow-up of Agenda 2030 and a sustainable development.