



Beställ innan den 20 december

Socialmedicinsk tidskrift nr 6/2017

## Arvet efter Hans Rosling – en vänbok

Läs mer om boken och om hur du  
förbeställer den på sidan 619.

**Redaktion**

Bo J A Haglund, chefredaktör och ansvarig utgivare

Jan Halldin, debattredaktör

Hanna Fjällman, redaktionssekreterare

**Socialmedicinsk tidskrifts styrelse/nätverk**

Ragnar Westerling ordförande, Malin Eriksson, Asgeir Helgason, Göran Henriksson, Kristina Holmgren, Margareta Kristensson, Evelina Landstedt, Stig Larsson, Sara Lindeberg och Sara Sjölund.

Reflektioner från the 10th European Public Health Association  
(EUPHA) Conference in Stockholm, 1-4 November, 2017

## Hälsoklyftorna vidgas i de nordiska länderna

Temat för den 10:e Europeiska konferensen för folkhälsa (public health) var Sustaining resilient and Healthy communities<sup>1</sup>. Många europeiska länder står inför stora utmaningar både vad gäller förebyggande och kurativa åtgärder. Migration, en åldrande befolkning, klimatförändringar, politiska omvälvningar och ekonomiska åtstramningar begränsar våra möjligheter till välfärdstjänster som är av hög kvalitet och rättvist fördelade. Hur skapar man förutsättningar för en fortsatt god folkhälsoutveckling var frågeställningar för huvudkonferensen.

I samarbete mellan de övriga nordiska socialmedicinska föreningarna och Svensk Socialmedicinsk förening anordnades en förkonferens med syfte att studera de nordiska ländernas

välfärdssystem och de utmaningar dessa står inför vad avser folkhälsa<sup>2</sup>. Här redovisas några tankar från denna. Johan Mackenbach, professor vid Erasmus Medical Centre i Rotterdam, Nederländerna, inledde förkonferensen med att ge ett internationellt perspektiv på utvecklingen av sociala skillnader i hälsa i de nordiska välfärdsstaterna. Mackenbach redovisade resultat från europeiska studier sedan slutet av 1990-talet.

Under slutet av 1990-talet presenterades en rad studier om vidgade klyftor mellan olika socioekonomiska grupper i de europeiska länderna. Denna ojämlikhet i hälsa gällde även för de nordiska nordiska välfärdsstaterna<sup>3</sup>. Det betecknades som den nordiska paradoxen. Några förklaringar till den fortsatta ojämlikheten

i hälsa i välfärdsländerna kunde vara ojämlikhet i materiella och imateriella resurser (t.ex. kunskap och hälso-relaterade levnadsvanor); genom större rörlighet för olika generationer har sammansättningen av lägre socioekonomiska grupper blivit mer homogen vad gäller faktorer relaterade till ohälsa; och på grund av en ökad relativ betydelse av tobak och alkohol som riskfaktorer för ohälsa har de immateriella resurserna bland grupper med högre socioekonomisk position blivit mer betydelsefulla.

Under de första tio åren av 2000-talet har ojämlikheten i för tidig död fortsatt att öka i de europeiska länderna<sup>4</sup>. Den relativa ojämlikheten mellan de med låg respektive hög utbildning ökade. Dödligheten för de med låg utbildning ökade i många länder för rökrelaterad dödlighet i t.ex. lungcancer, men bara för kvinnor, och för alkoholrelaterad dödlighet som levercirrhos och s.k. yttre orsaker t.ex. olycksfall. Men i absolut dödlighet var minskningen i för tidig död större i grupper med låg utbildning i många länder, främst beroende på en lägre dödlighet i absoluta tal för hjärt- och kärlsjukdomar och cancer (för män).

Skillnaderna i de nordiska länderna var störst i Danmark och Finland vad gäller alkoholrelaterad och rökrelaterad för tidig död<sup>5</sup>. Man räknar med att ungefär en fjärdedel av skillnaderna i för tidig död mellan de med låg utbildning jämfört med de med hög utbildning kan tillskrivas skillnader i rökning. Minst var skillnaden mellan låg- och högutbildade i Sverige, vilket Mackenbach ville tillskriva den stora

användningen av snus i Sverige.

När det gäller policier och politiska åtgärder för att minska social ojämlikhet i hälsa diskuteras ofta om det är de relativa eller absoluta skillnaderna som skall åtgärdas<sup>6</sup>. I en studie publicerad 2016 presenterar Mackenbach data där dödligheten i absoluta tal minskat i de flesta av de europeiska länderna. Men, samtidigt så ökade de relativa skillnaderna med en större ojämlikhet i dödlighet<sup>7</sup>. Den absoluta dödlighetsminskningen var ofta mindre hos gruppen med lägre utbildning vilket fick till följd att skillnaderna ökade. I flertalet av de europeiska länderna minskade skillnaderna, men undantag är Finland och Norge.

I de nordiska länderna har således den relativa skillnaden mellan låg- och högutbildade ökat det senaste decenniet och detta kan till stor del tillskrivas rök- och alkoholvanor. Sverige är dock undantaget från dessa förändringar.

Mackenbach redovisade också hur trenderna i hälsoutveckling för olika europeiska länder är relaterade till ekonomisk tillväxt, förbättrad hälso- och sjukvård och policier för förebyggande åtgärder (t.ex. tobakskontroll och åtgärder för bättre trafiksäkerhet)<sup>8</sup>. I en jämförande analys där policier om alkohol, tobak, matvanor och nutrition m.m. ingick fann man att Sverige, Norge och Island var de mest framgångsrika länderna<sup>9</sup>.

Hur skall hälsoutvecklingen tolkas och hur skall man genom politiska åtgärder påverka denna? För folkhälsoarbete krävs det en basal kännedom om hur politik bedrivs men också förståelse för hur politiska processer kan

påverka befolkningars hälsa<sup>10</sup>. Mackenbach hävdade att det finns få studier som analyserar politikens inflytande på folkhälsan och samtidigt tar hänsyn till andra påverkande faktorer.

Efter Mackenbachs presentation redovisades policies från olika nordiska länder med avsikt att påverka folkhälsan. Bo Burström redovisade en studie om Vårdvalsreformen i Sverige samt erfarenheter från Stockholms landsting där man efter politiskt beslut gick från en behovsstyrd primärvård till en efterfrågebaserad sådan, den s.k. vårdvalsreformen<sup>11</sup>. Reformen medförde en expansion av läkarmottagningar som var större i välsituerade än i utsatta områden. Vidare innebar den individuella listningen att primärvården inte längre har ansvar för befolkningsinriktat hälsofrämjande arbete. I vissa landsting, t.ex. Stockholms läns landsting, infördes ersättningssystem i primärvården med ersättning per besök, i stället för efter behov. Detta i sin tur medförde att patienter med enklare åkommor prioriterades framför dem med komplexa vårdbehov. Resursfördelningen kom därför att inte grundas på behov, utan på efterfrågan. Sammantaget innebär reformen att möjligheterna till vård på lika villkor efter behov minskade, och att primärvårdens möjligheter att påverka befolkningens hälsa minskade.

*Bo J A Haglund*  
*professor och redaktör*

*Bo Burström*  
*professor*

## Referenser

1. 10th EUPHA conference in Stockholm November 1-4, 2017 <https://ephconference.eu>
2. The Nordic Welfare Systems: common elements and current challenges for public health. <https://ephconference.eu/2017-pre-conference-programme-357>
3. Mackenbach J P. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox Soc sci & Med Volume 75, Issue 4, August 2012, Pages 761-769
4. Mackenbach JP, Kulhánová I, Menielle G, et al. Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. J Epidemiol Community Health 2015;69:207–217.
5. Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Borrell C, Deboosere P, Kovács K, et al. (2015) Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. PLoS Med12(12): e1001909. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001909>
6. Mackenbach JP. Should we aim to reduce relative or absolute inequalities in mortality? European Journal of Public Health, Volume 25, Issue 2, 1 April 2015, Pages 185
7. Mackenbach JP, Kulhánová I, Artnik B et al Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ 2016;353:i1732
8. Mackenbach JP, Karanikolos M, McKee M. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies The Lancet Volume 381, No. 9872, p1125–1134, 30 March 2013
9. Mackenbach J, McKee M. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. Eur J Public Health. 2013 Apr;23(2):195-201. doi: 10.1093/eurpub/cks192. Epub 2013 Feb 11.
10. Mackenbach JP. Political determinants of health. European Journal of Public Health, Volume 24, Issue 1, 1 February 2014, Pages
11. Burström B, Burström K, Nilsson G, Tomson G, Whitehead M, Winblad U. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. Int J Equity Health. 2017;16(1):29.