

Ska prevention anpassas till socioekonomiska förutsättningar – en risk "modifier"

Annica Ravn-Fischer, Docent

Överläkare Kardiologi

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

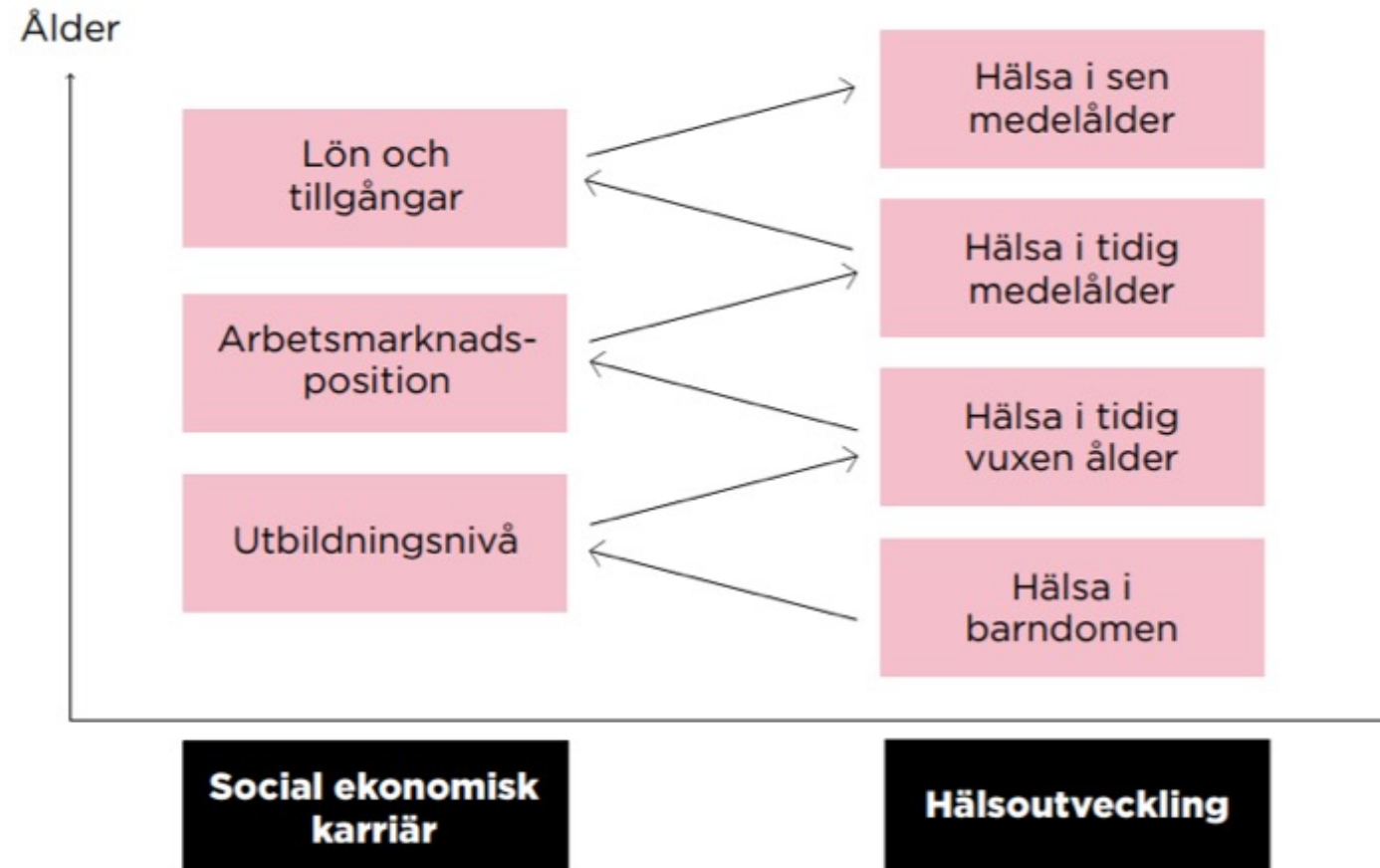
Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.
Lag (1997:142).

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett:

Medan befolkningens tillit visar på ett samhälles sammanhållning, visar hälsan på grad av jämlikhet.

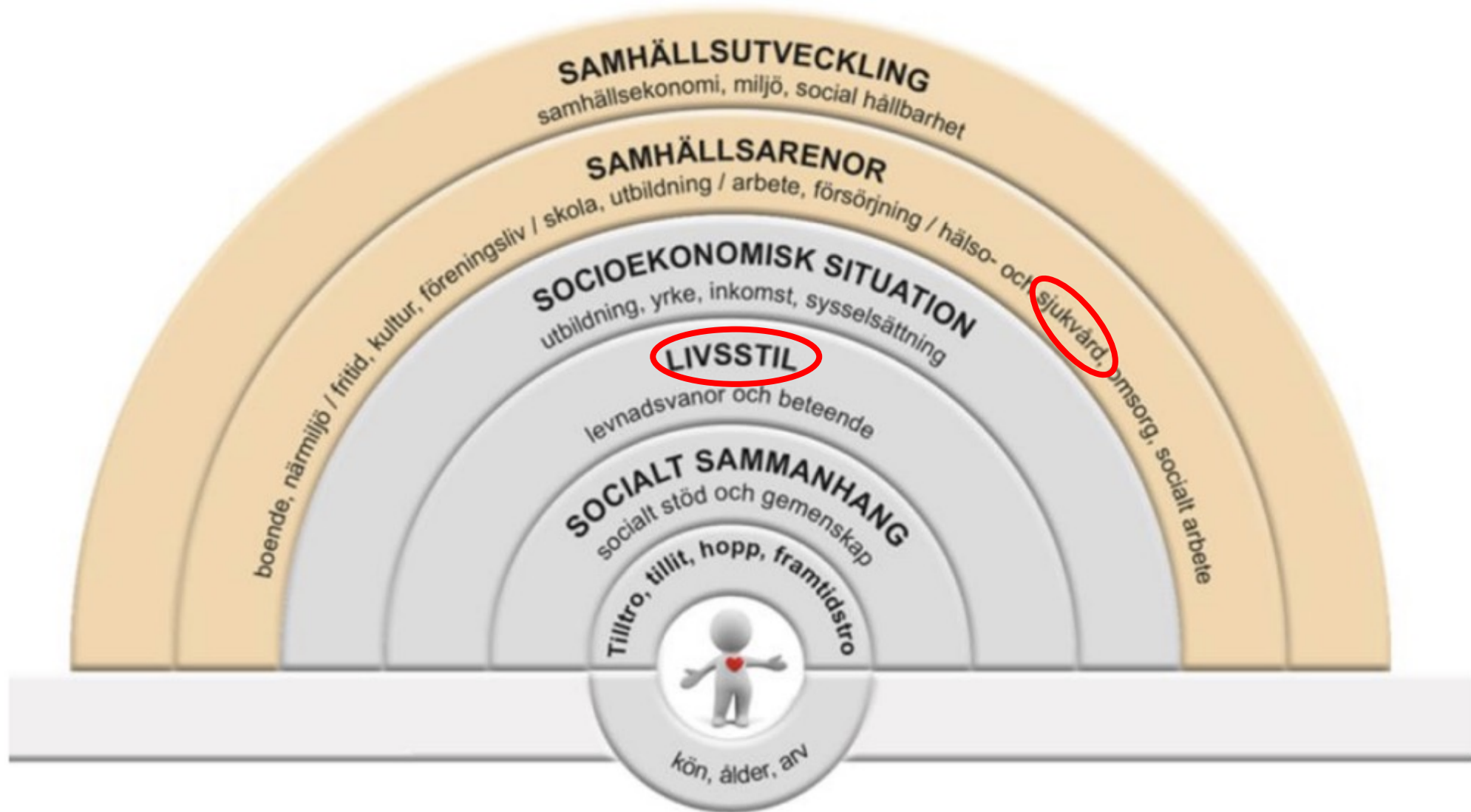
- ✓ Personliga egenskaper
- ✓ Bostadsort
- ✓ Ålder
- ✓ Kön
- ✓ Funktionshinder
- ✓ Utbildning
- ✓ Social ställning
- ✓ Etnisk eller religiös tillhörighet
- ✓ Sexuell läggning

Hälsan följer en social- ekonomisk karriär



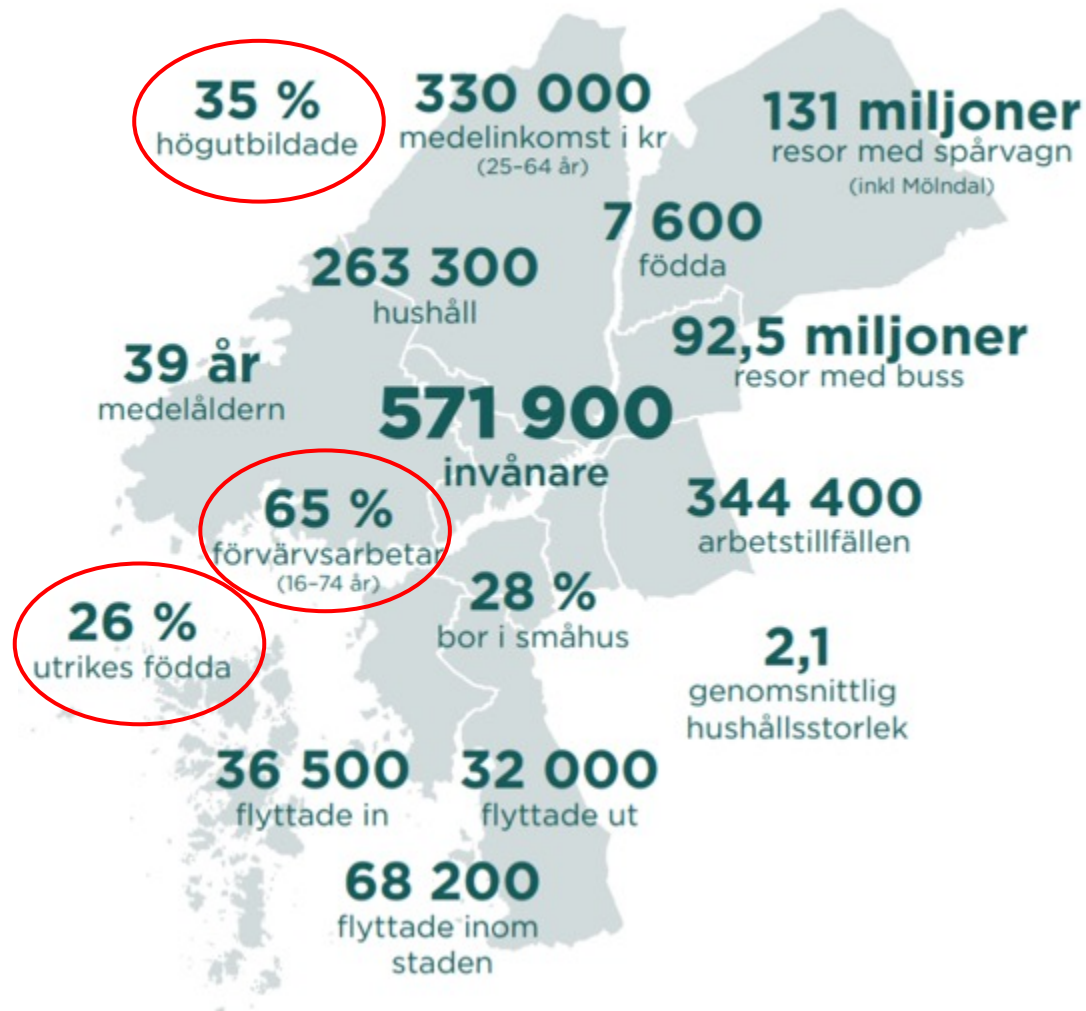
Figur 7. En modell som visar på relationen mellan utbildning, arbete samt inkomst och hälsa. Återgiven från rapporten *Economic implications of socio economic inequalities in health in the European Union* [82].

Hälsans bestämningfaktorer



Översättning Dahlgren och Whitehead (2007/1991).

Så här ser Göteborg ut

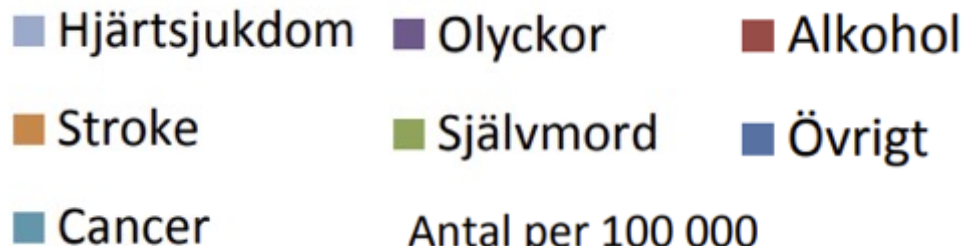


**Likvärdiga
livsvillkor är
grunden för en
jämlig stad.**

Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning 2012–2014

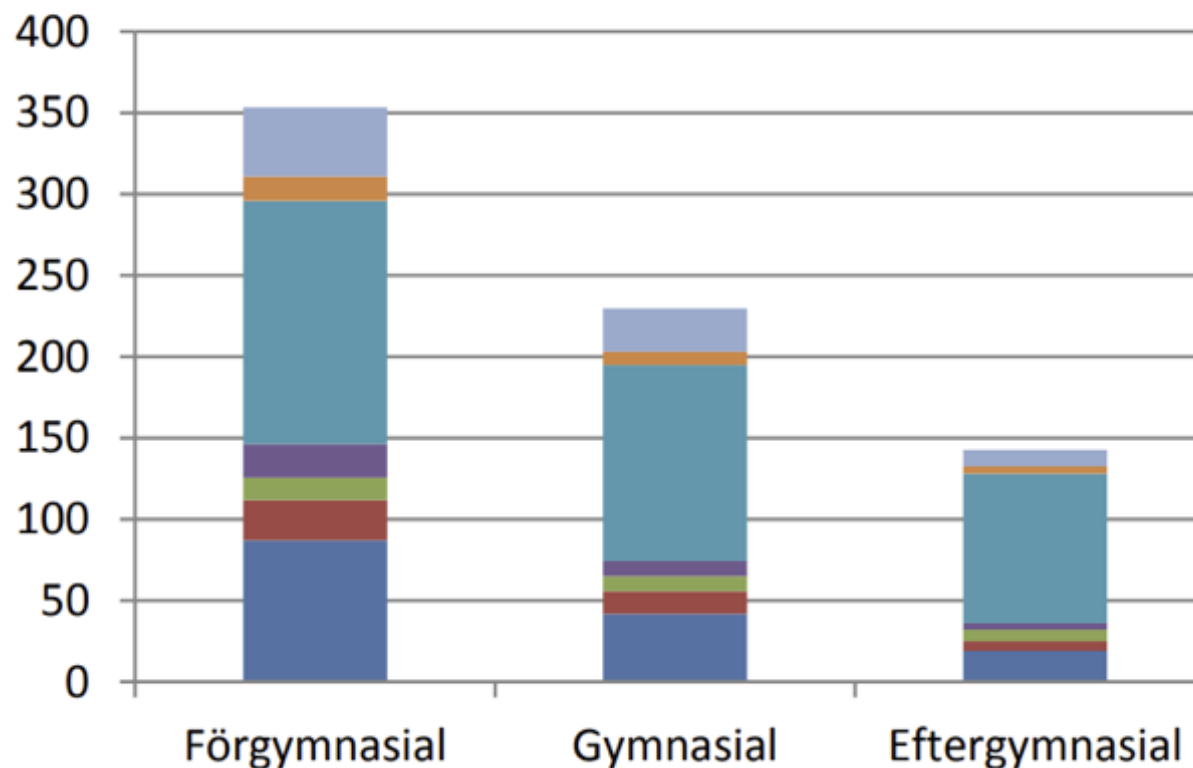
Källa: Folkhälsomyndigheten 2016

Åldrar 35-64 år



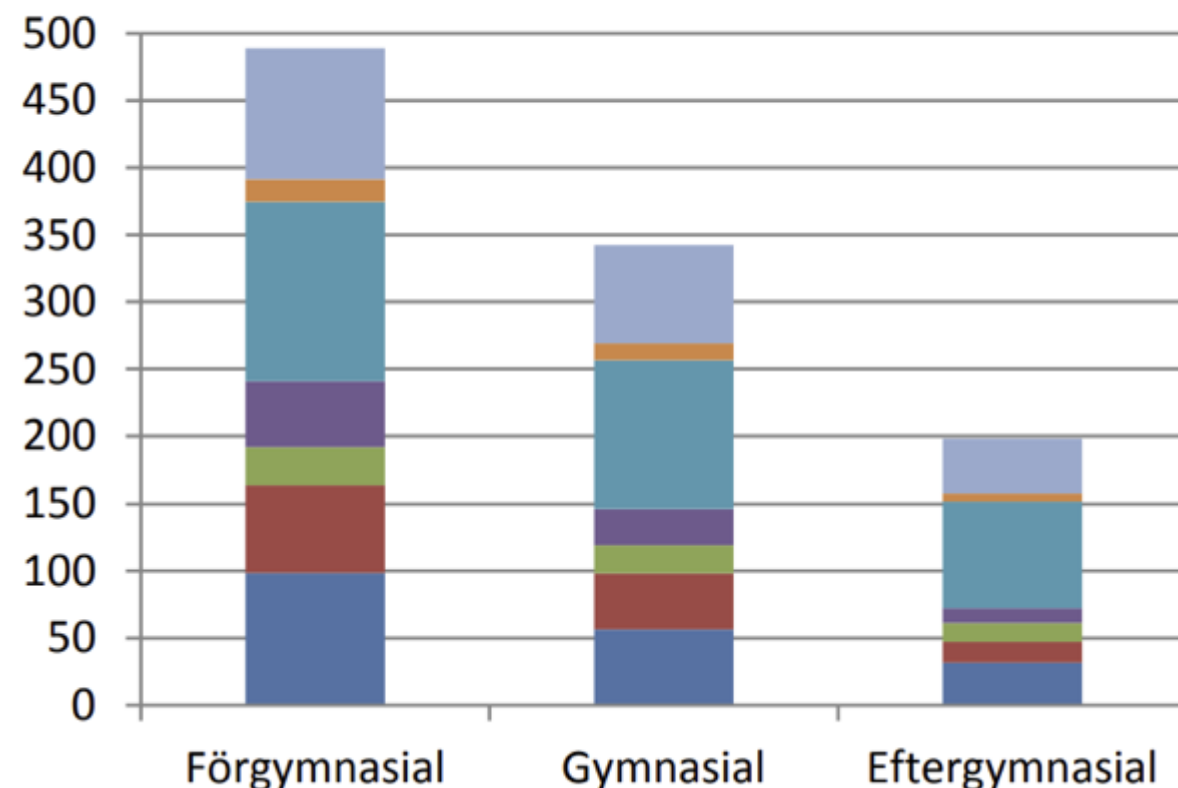
Antal per 100 000

Kvinnor

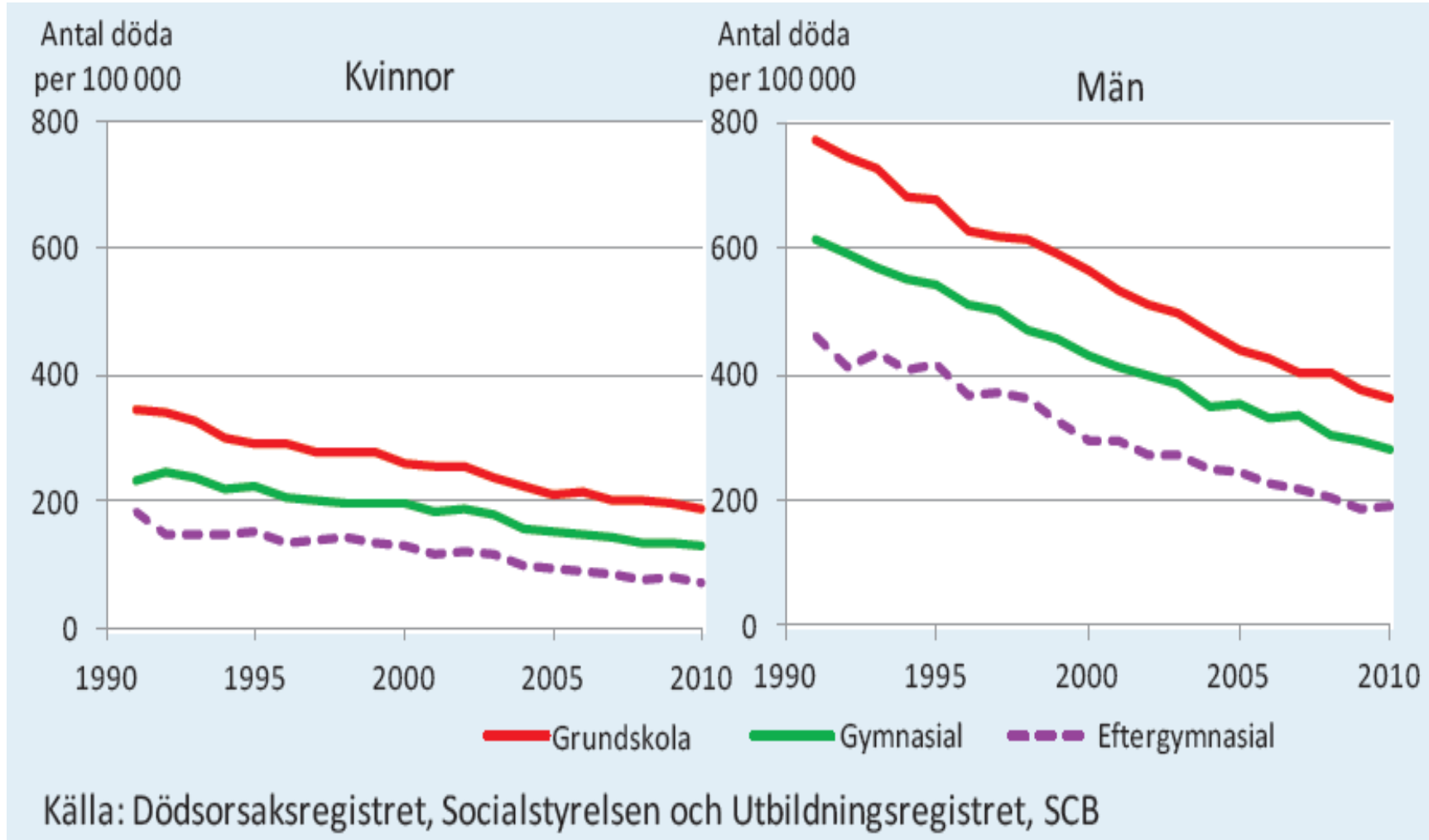


Antal per 100 000

Män



Dödlighet i hjärtskärlsjukdom (per 100 000 inv) i relation till utbildningsnivå



Ökad dödlighet i hjärtkärlsjukdom hos lågutbildade

Personer med låg utbildning dör oftare i hjärt-kärlsjukdom

De sociala skillnaderna i hälsa är stora i Sverige, och ökar. Det skiljer hela fem år i medellivslängd mellan de med lägst och högst utbildningsnivå,

Forskningen är tydlig. Det går inte att uppnå hållbarhet i ett samhälle när livsvillkoren är ojämlika.

Hjärtrapporten 2017

Hjärt  Lungfonden



Bild: TOMAS ÖNEBORG

NY STUDIE. Forskare ser ett starkt samband mellan inkomst och överlevnad efter hjärtkirurgi.

Inkomst styr hjärtöverlevnad

HÄLSA

Ju högre inkomst du har, desto större chans att överleva en hjärtoperation. Både på kort och lång sikt.

Studien, som är utförd på Karolinska institutet i Solna, sätter fingret på ett välkänt fenomen: att socioekonomiska faktorer – såsom utbildning och inkomst – har stor

betydelse för risken att både drabbas av och överleva vissa typer av sjukdomar och ingrepp.

I DEN AKTUELLA studien, som presenteras i Journal of the American College of Cardiology, utgick forskarna från drygt 100 000 patienter som hade genomgått en hjärtoperation någon gång mellan 1999 och 2012.

Patienterna delades in i fem lika stora grupper beroende på hushåll-

lens inkomster och följdes i genomsnitt i sju år.

Bland dem med lägst inkomst hade 43 procent dött vid uppföljningstidens slut, att jämföra med 14 procent bland dem med högst inkomster.

EFTER ATT HA tagit hänsyn till flera kända riskfaktorer var risken för att dö efter hjärtkirurgi 30 procent lägre i gruppen med den högsta disponibla familjeinkomsten, jämfört

med gruppen med den lägsta.

– Vi ser ett starkt samband mellan inkomst och överlevnad efter hjärtkirurgi, säger Ulrik Sartipy, en av forskarna bakom studien.

ÄVEN OM SAMBANDET är tydligt kan forskarna – på grund av studiens upplägg – inte säga att det rör sig om ett direkt orsakssamband.

JOHAN NILSSON

TT

I vissa områden i Göteborg är den disponibla inkomsten så låg att det nästan är omöjligt att upprätthålla en skälig levnadsstandard.

GP
Göteborgs-Posten

2015-10-20

Är du högutbildad / rik så lever du längre ...

De stora ojämlika skillnaderna i förväntad medellivslängd är en spegling av ett samhälle med ojämlika livsvillkor.

Skillnad i medellivslängd mellan "rik och fattig" i Göteborg:

- Män 9 år
- Kvinnor 6 år

Stor skillnad i livslängd i Göteborg

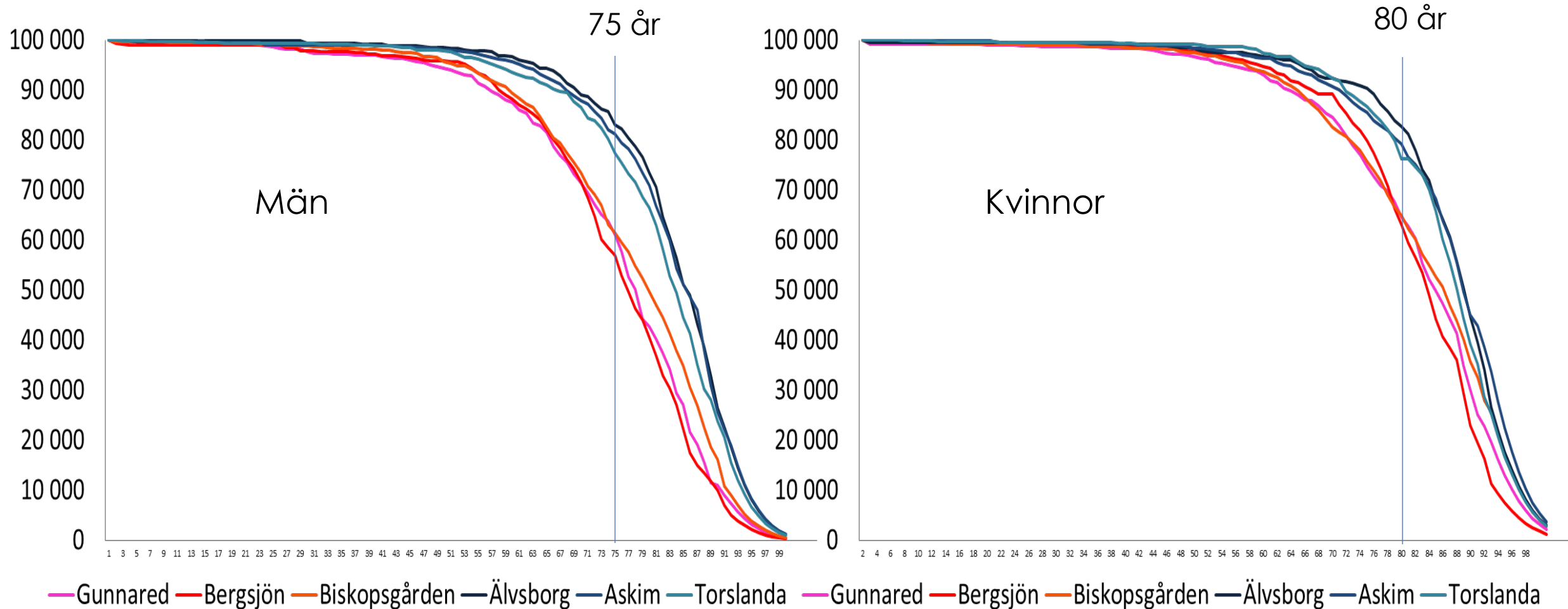
Publicerad 12 januari 2015

De senaste tjugo åren har klyftorna ökat kraftigt i Göteborg och det speglar av sig i hur göteborgarna mår. Idag skiljer det lika mycket i livslängd mellan olika delar av Göteborg, som mellan Sverige och Nicaragua.

Det tar drygt femtio minuter att åka elvans spårvagn från Långedrag vid havet i väster till Bergsjön uppe på höjden i öster, men skillnaden i medellivslängd är desto större.

Vid ena änden i Långedrag lever män tills de är 83 år gamla och kvinnorna kan förvänta sig att fylla 85. I Bergsjön är medellivslängden 74 år för män och 79 för kvinnor. Nio års skillnad för män, sex för kvinnor.

Överlevnad i Göteborg (Per 100 000 levande födda)



SCAPIS (Swedish CARDioPulmonary biolmage Study), Pilot I Göteborg

4=Bergsjön 1=Gunnared 17=Biskopsgården
13=Askim 16=Torslanda 11=Älvsborg

	Low SES districts			High SES districts		
	4	1	17	13	16	11
Inhabitants in ages 50-65 years (n)	4 715	3 987	3 462	4 715	4 190	4 176
Gender distribution in ages 50-65 years (% women)	51	48	49	51	48	50
Low education (%)^a	29.6	26.4	26.2	6.7	10.6	6.8
Low income (%)^b	54.5	41.8	38.5	18.4	13.5	19.3
Unemployment (%)^c	53.3	43.1	38.0	16.6	11.9	16.8
Welfare support (%)^d	23.2	15.6	12.6	1.3	1.0	1.9
Immigrant descent (%)^e	73.4	67.2	54.4	12.6	9.7	11.8
Life expectancy in years (men/women)	73.9/ 79.8	74.1/ 79.9	76.1/ 80.7	81.8/ 84.8	80.4/ 84.0	82.7/ 84.8

SCAPIS (Swedish CARDioPulmonary bioImage Study), Pilot I Göteborg

Vem bär ansvar för detta?

Individen ?



Sjukvården?



Samhället / Politiken ?



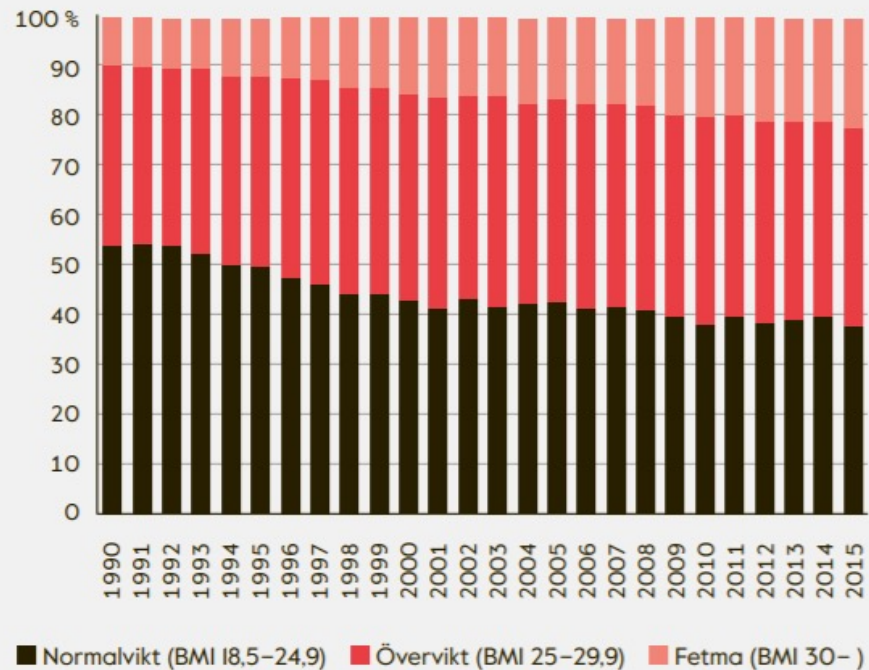
**I en jämlik stad
är inte alla lika.
Men alla har
likvärdiga
förutsättningar.**

Socioekonomi & sekundärprevention

Förekomst av övervikt & fetma är relaterat till utbildningsnivå

FIGUR 7. BMI-UTVECKLINGEN I VÄSTERBOTTEN 1990–2015

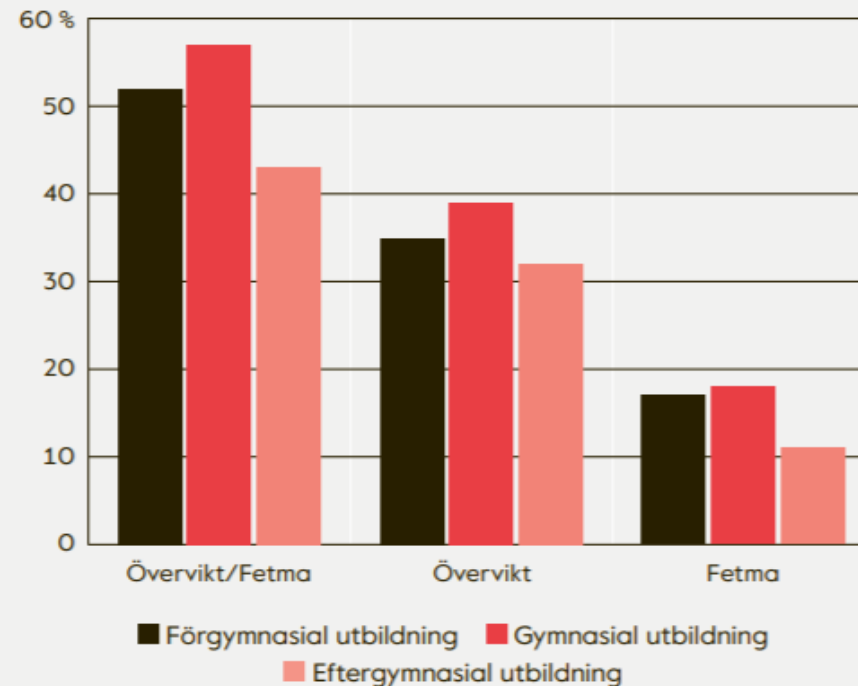
I Västerbotten har andelen normalviktiga minskat från 54 procent till 38 procent under en 25-årsperiod. Samtidigt har andelen med fetma ökat från 10 procent till 22 procent.



KÄLLA: VÄSTERBOTTENS HÄLSOUNDERSÖKNING (VHU), WWW.VLL.SE

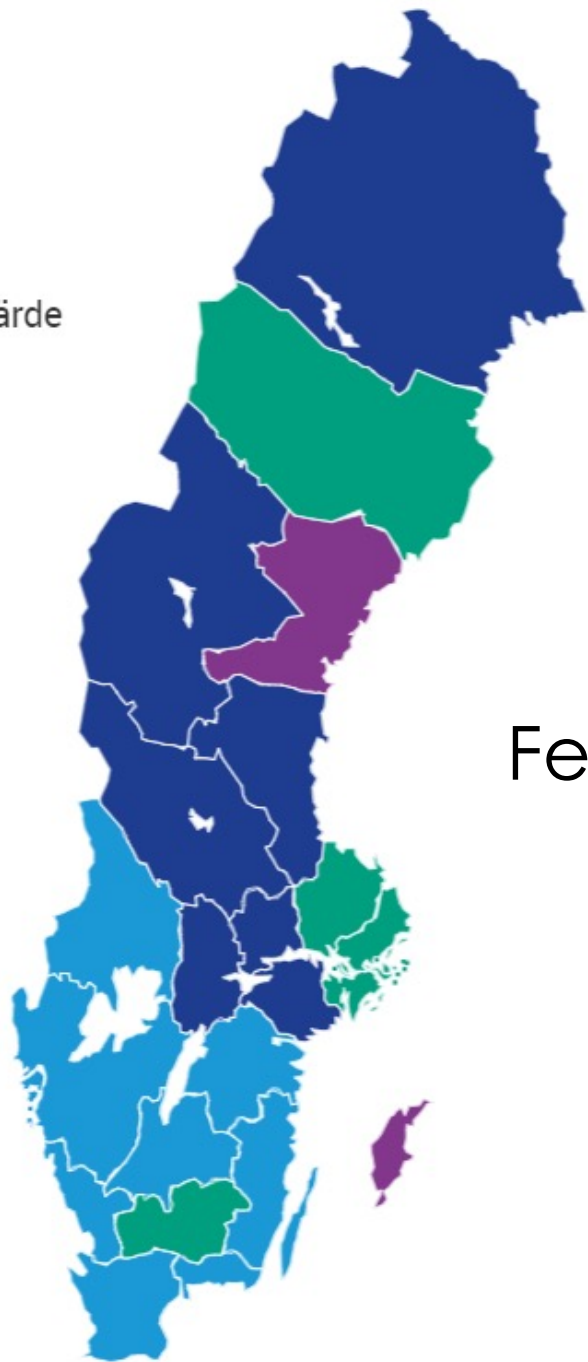
FIGUR 5. ANDEL MED ÖVERVIKT OCH FETMA UTIFRÅN UTBILDNING

Övervikt och fetma är mindre vanligt bland högutbildade än bland dem som har endast grundskola eller gymnasium.

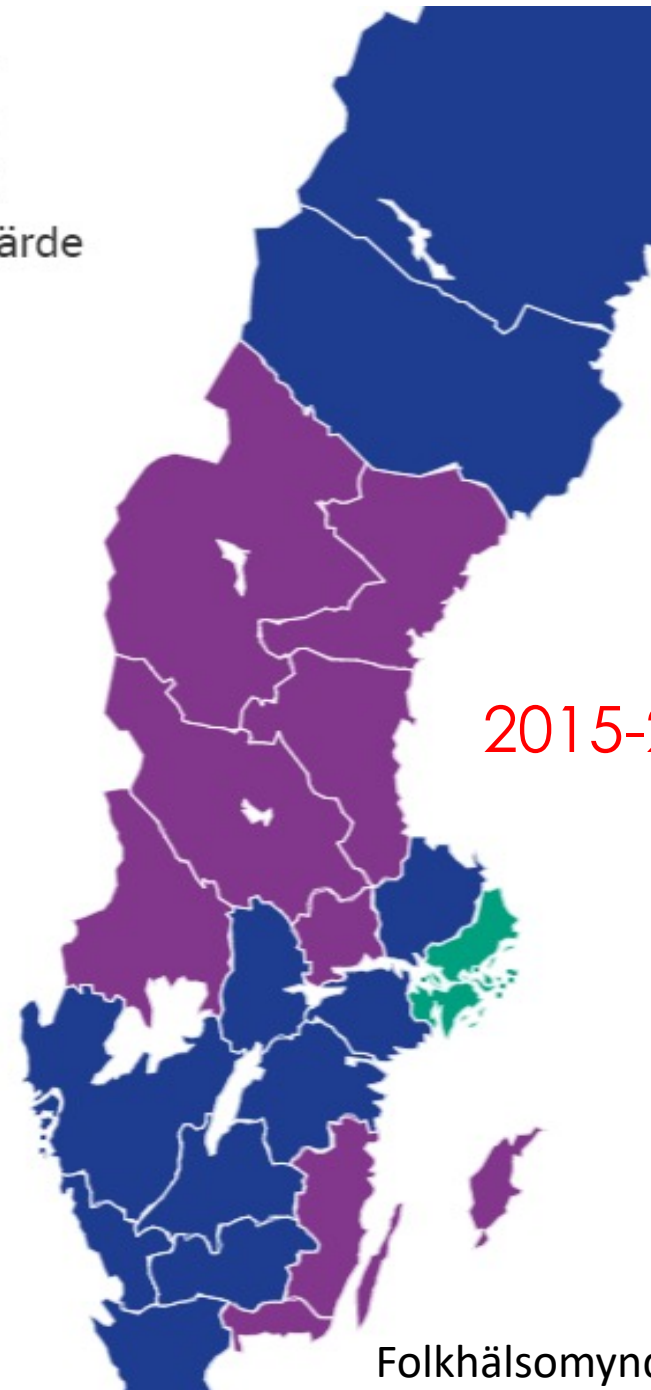


KÄLLA: FOLKHÄLSOMYNDIGHETEN: NATIONELLA FOLKHÄLSOENKÄTEN 2016

2004-2007



Övervikt &
Fetma (BMI > 25)



2015-2018

Förekomst av bukfetma hos hjärtinfarktpatienter

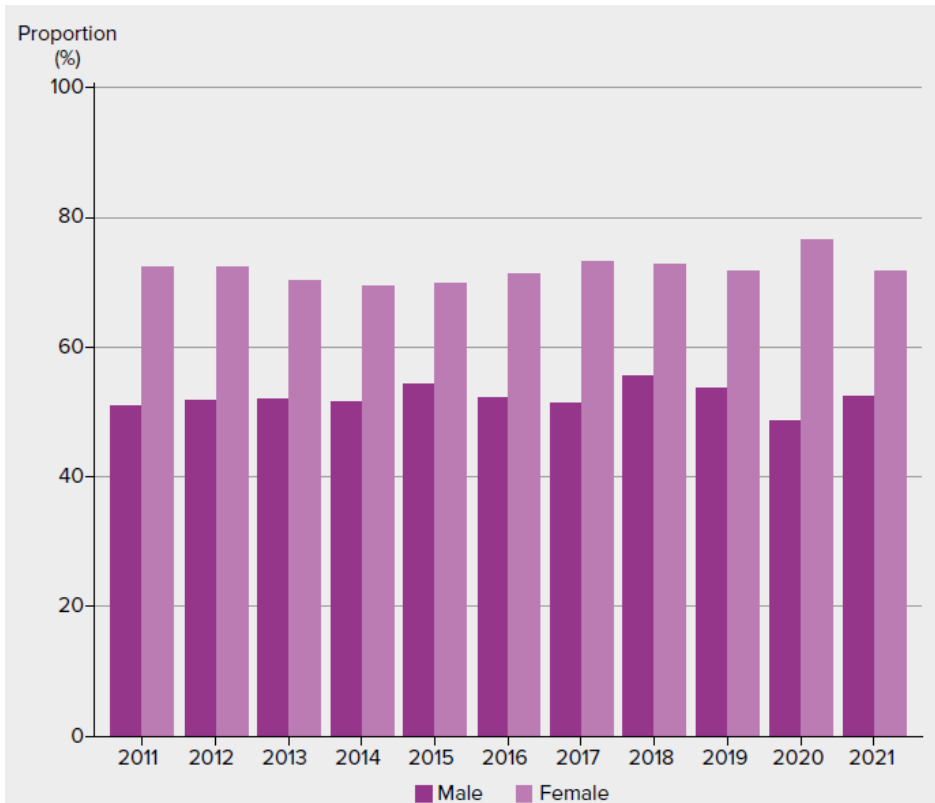


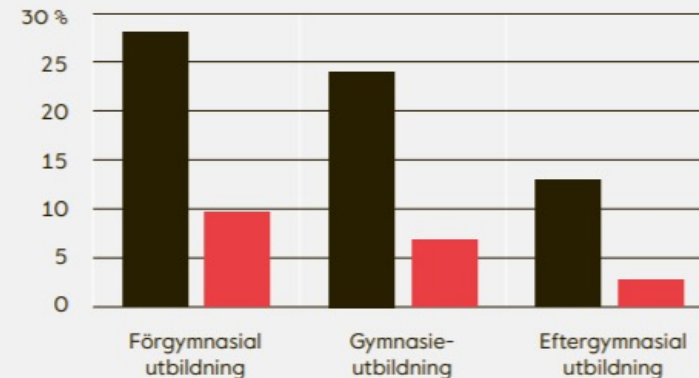
Figure 13. Risk factors: Central obesity. Proportion of patients with waist circumference ≥ 88 cm for women or ≥ 102 cm for men, at 2nd follow-up 2011–2021. As for overweight and obesity, the prevalence of central obesity has remained relatively unchanged over the last years.

Hypertoni,
hjärtinfarkt och
stroke är relaterade
till utbildningsnivå

FIGUR 12. SJÄLVRAPPORTERAT HÖGT BLODTRYCK RESPEKTIVE DIABETES I RELATION TILL UTBILDNINGSNIVÅ

Högt blodtryck och diabetes är vanligare hos personer med låg utbildning än hos dem med hög utbildning.

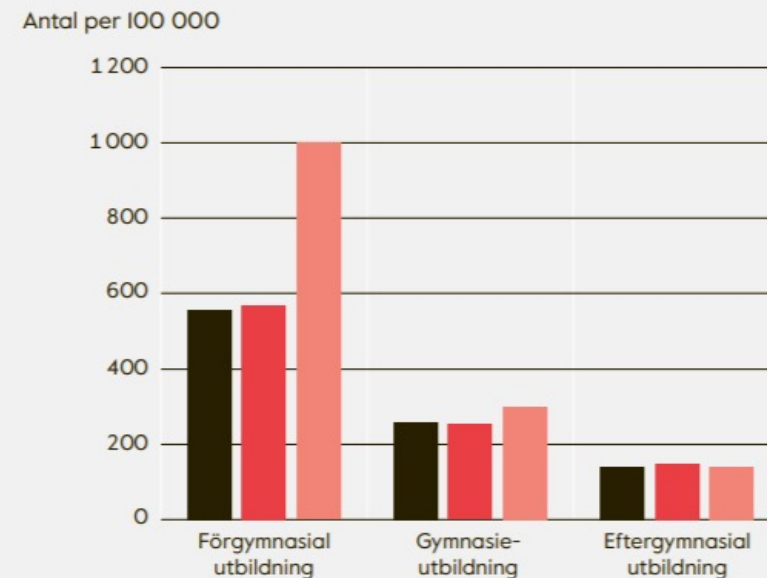
■ Högt blodtryck ■ Diabetes



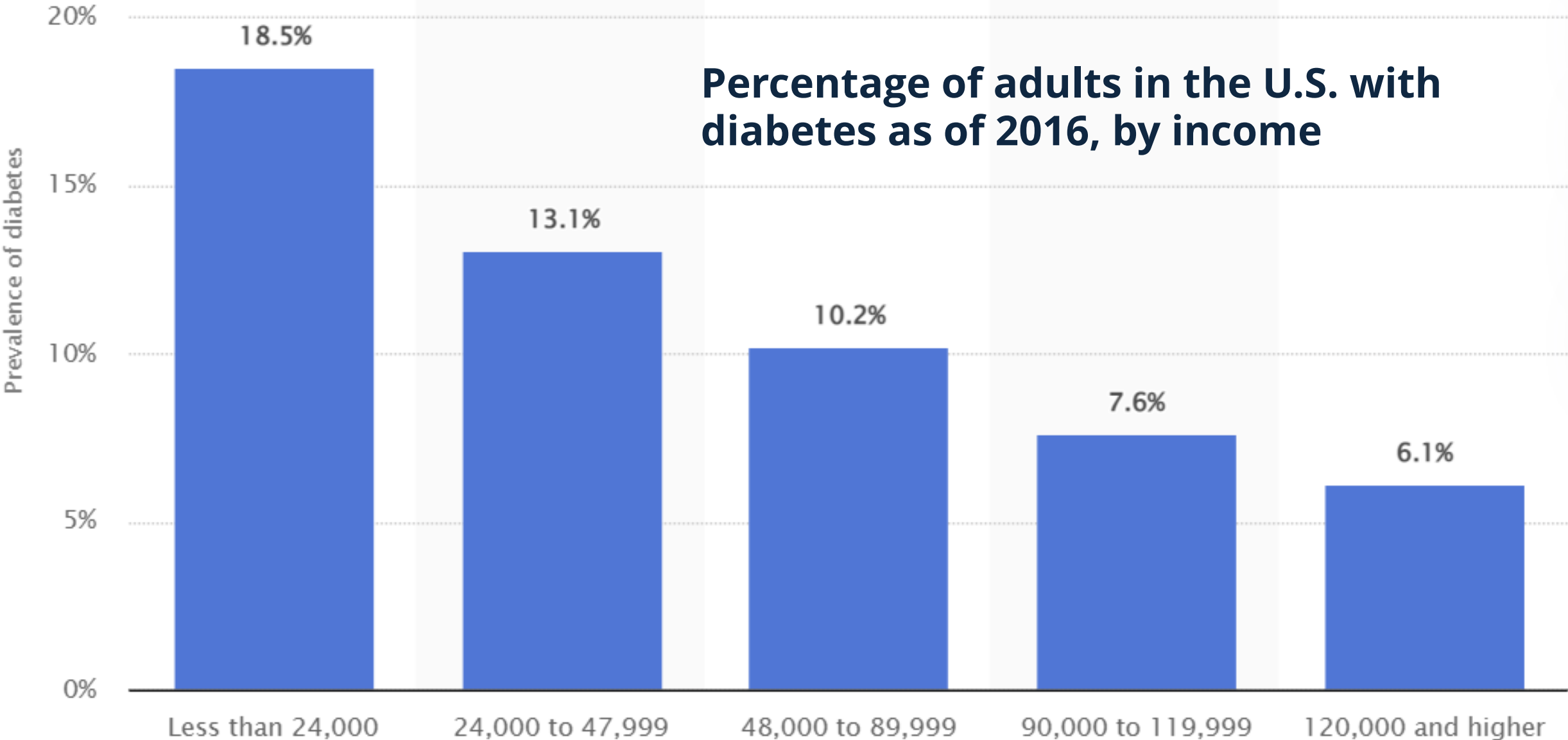
FIGUR 13. ANTAL DRABBADE AV HJÄRTINFARKT OCH STROKE SAMT DÖDA I HJÄRT-KÄRLSJKDOM PER 100 000 I RELATION TILL UTBILDNINGSNIVÅ

Hjärtinfarkt och stroke drabbar lågutbildade i betydligt högre grad än högutbildade och skillnaderna är extra tydliga när det gäller dödligheten i hjärt-kärlsjukdom. Avser åldersgruppen 15 år och äldre.

■ Hjärtinfarkt ■ Stroke ■ Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom

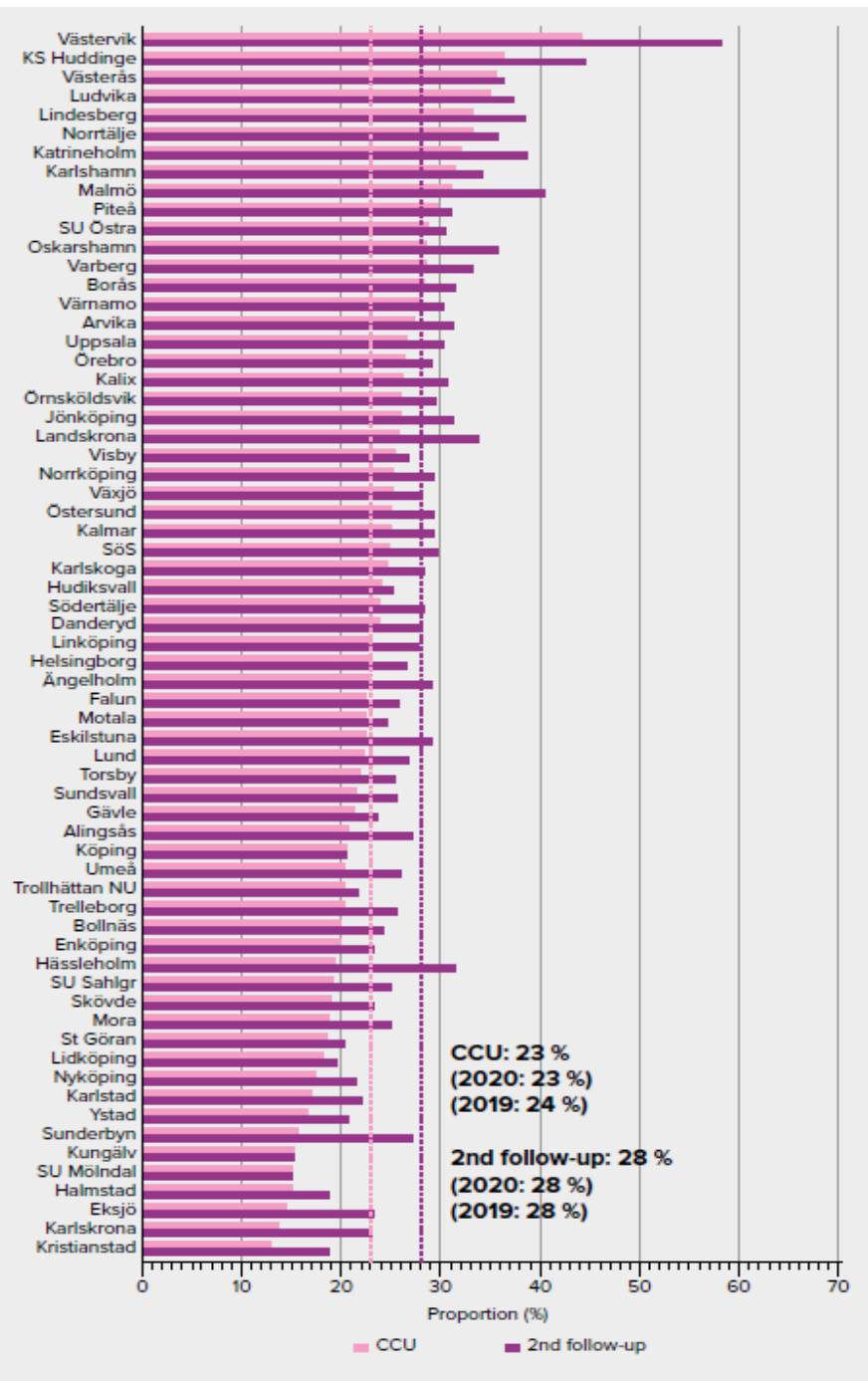


Percentage of adults in the U.S. with diabetes as of 2016, by income



Income in U.S. dollars

John Elflein, Dec 8, 2017

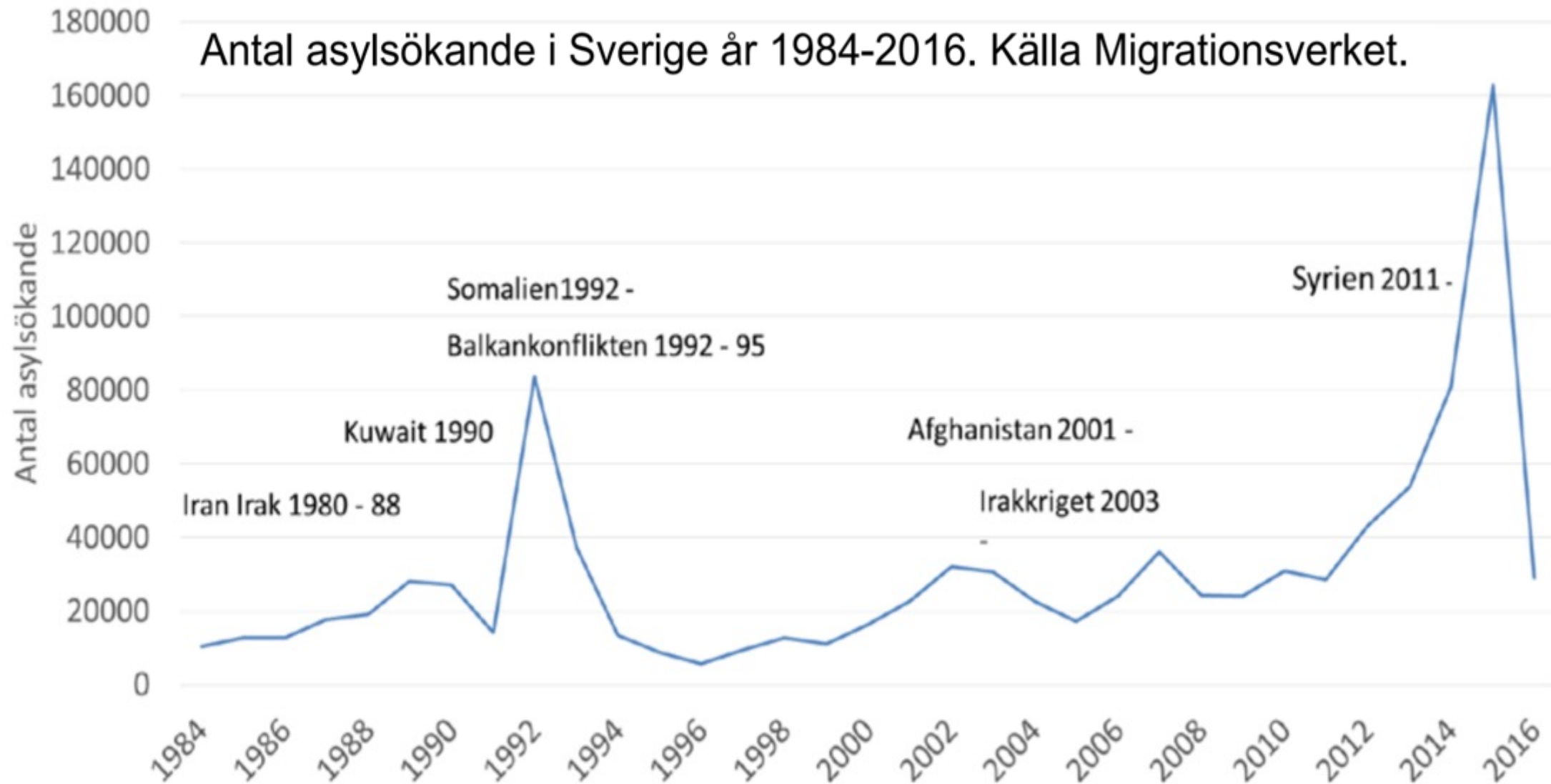


Diabetes är mycket vanligt hos våra patienter med hjärtinfarkt

- ✓ HIA 23 %
- ✓ 12 mån 28 %

Utsatta grupper
i samhället

Antal asylsökande i Sverige år 1984-2016. Källa Migrationsverket.



Kommuner med högst andel utrikes födda (2018)

Botkyrka	42,1%
Haparanda	41,6%
Södertälje	40,1%
Malmö	33,8%
Sigtuna	33,8%
Burlöv	32,3%
Sundbyberg	30,7%
Solna	30,5%
Järfälla	30,5%
Upplands Väsby	30,3%



Kommuner med lägst andel utrikes födda (2018)

Piteå	6,5%
Lekeberg	6,8%
Öckerö	7,0%
Rättvik	7,0%
Söderköping	7,1%
Säter	7,2%
Gagnef	7,4%
Grästorp	7,5%
Gotland	7,5%
Kil	7,6%

Vilken vård erbjuds papperslösa & asylsökande

Hur är det med sekundärprevention ?

- akut vård och behandling (omedelbar vård)
- vård och behandling som är mer än omedelbar vård, det vill säga lagen omfattar inte bara akut vård
- vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten
- vård som kan motverka ett mer allvarligt sjukdomstillstånd
- vård för att undvika mer omfattande vård och behandling
- vård för att minska användningen av mer resurskrävande akuta behandlingsåtgärder
- vård som är följdinsatser av vård som getts (inklusive psykiatrisk vård)
- mödrahälsovård
- preventivmedelsrådgivning
- vård vid abort
- läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner
- smittskyddsinsatser
- en hälsoundersökning (om den enskilde inte redan har fått det)
- hjälpmedel vid funktionshinder (om inte patienten kan få tillgång till sådana på annat sätt)
- sjukresor eller transport i samband med vårdtillfället
- tolk i samband med vårdtillfället.

Hur når vi ut även till dem som är svåra att nå?

Kommunikations-barriärer

Institutionsbarriären

Patienten är på bortaplan

Känslobarriären

Patienten är sjuk och orolig / rädd

Kunskapsbarriären

Patienten vet inte så mycket om sin sjukdom

Rollbarriären

Patienten är i beroendeställning / underläge

Förståelsebarriären

Patienten förstår inte fackspråk

Språk- och kulturbarriären

Patienten har andra värderingar

Tidsbarriären

Patientens behov åsidosätts pga tidspress

Erfarenhetsbarriären

Patienten har dåliga erfarenheter av vården

I NORD-ÖSTRA GÖTEBORG (986 intervjuade)

55% Använder Facebook.

30 % läser GP

40 % besöker bibliotek regelbundet!

Hur invånarna vill ha info om sjukvård:

55 % vill ha brev hem

40 % vill få info via internet

5 % vill ha info på annat sätt

Viktigt med rätt förutsättningar för att
kunna samtala med patienterna

Så ska prevention anpassas till socioekonomiska förutsättningar ?



JA – Självkärlart !