
Sund, sundare, Öresund

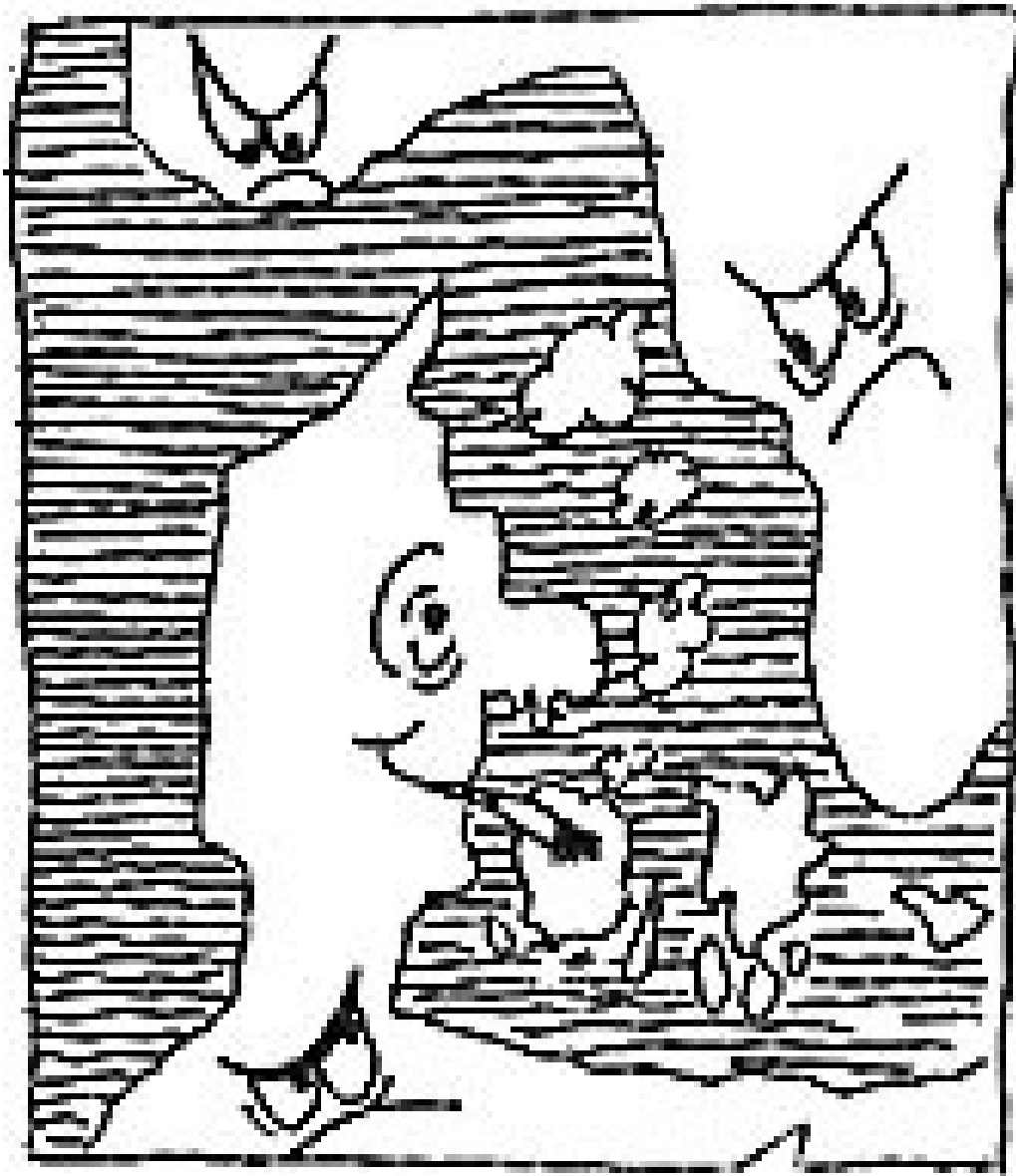
MÅNEDENS NORDISKE ARTIKKEL

SVEN-OLOF ISACSSON

Samhällsmedicinska institutionen
Lunds universitet
Universitetssjukhuset MAS
Malmö

ALLAN KRASNIK

Afdeling for sundhedstjensteforskning
Institut for folkesundhedsvidenskab
Panum Institutttet
Københavns universitet
København N



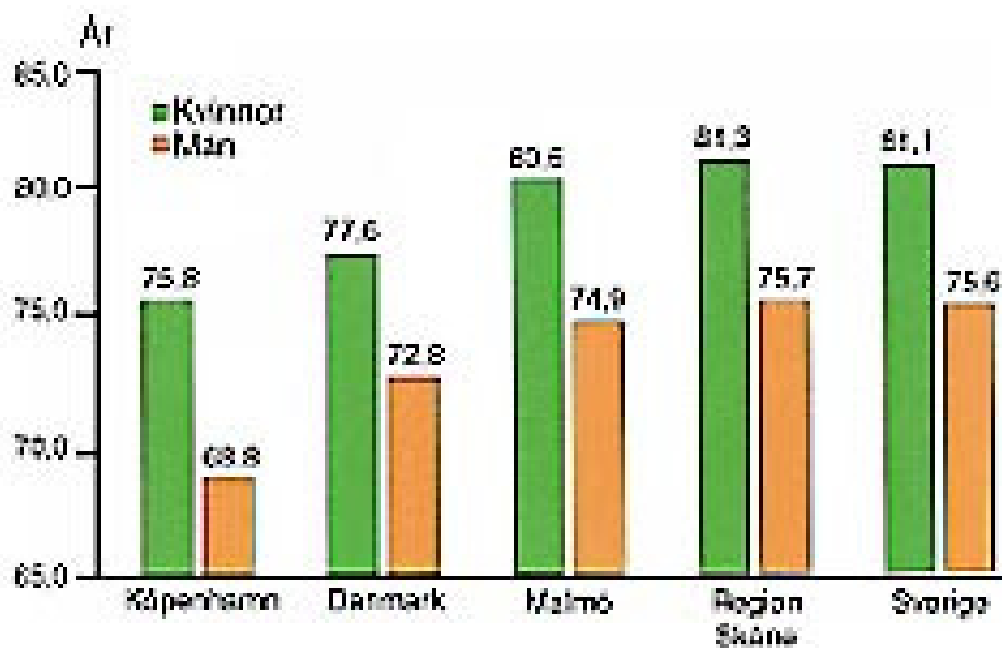
Artikkelen er tidligere publisert i Läkartidningen 2000; 97: 3196 – 3200

26 – 27 januari 2000 anordnades i Malmö den första vetenskapliga konferensen om hälsoläget i Öresundsregionen med fokus på hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet. Arrangör för konferensen var Medicon Valley Academy. Öresundsregionen definieras som ett område som omfattar hela Skåne och Köpenhamnsregionen (till och med väster om Roskilde och hela norra Själland).

Totalt bor ca 3 miljoner människor i regionen.

Syftet med konferensen var att lägga grunden till nätverk mellan forskare och lärare vid universitet och högskolor, mellan ansvariga politiker och högre tjänstemän och mellan andra verksamma inom hälso- och sjukvården. Konferensen genomfördes på danska och svenska språken och planerades i olika arbetsgrupper under drygt ett års tid. För den vetenskapliga delen svarade en kommitté under ordförandeskap av Sven-Olof Isacsson och vice ordförande Allan Krasnik (författare till denna artikel).

Själva incitamentet till konferensen var kunskapen om de relativt stora och ökande skillnaderna i medellivslängd mellan Danmark och Sverige som observerats sedan 1970-talet (1). Regionala studier av medellivslängden i Köpenhamnsregionen och i Malmö och Skåne visade på ännu större skillnader mellan Köpenhamn och Malmö och på betydande variationer mellan regionens län, amter och kommuner (fig 1) (2).



Figur 1 Medellivslängden i Skåne och i Köpenhamnsregionen 1993 – 1997. Källa: Döda 1993 – 1997, befolkning 31 dec 1992 – 1996 SCB och Danmarks statistik. Juan Merlo SMI, Malmö

Maximalt uppgår skillnaderna i medellivslängd mellan regionens samtliga kommuner till tio år för män och sju år för kvinnor, med Köpenhamns kommun i botten. De centrala frågeställningarna vid konferensen blev naturligt nog: Vad kan vi lära av de stora skillnaderna som finns i dödlighet, sjuklighet och hälsorisker mellan två europeiska grannländer? Vilken betydelse har eller skulle hälso- och sjukvården kunna ha för att bidra till att utjämna dessa skillnader i ett preventivt perspektiv.

Livslängdsskillnader och dess orsaker avhandlades

Den första konferensdagen ägnades delvis åt översikter avseende observerade skillnader i medellivslängd och sannolika orsaker. Vidare gavs det en historisk exposé över hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet och över vilka utmaningar som står för dörren den närmaste tiden.

Baserat på färsk kartläggningar redovisades pågående forskning samt aktuella och planerade högre utbildningar inom områdena prevention– folkhälsovetenskap. Nya grundutbildningar i folkhälsovetenskap (fyra- till femåriga) har nyligen påbörjats vid Köpenhamns universitet (tillsammans med andra centra i Danmark) samt vid Malmö högskola. En hälsopedagogisk grundutbildning finns sedan en tid vid Kristianstad högskola. Danska och

svenska (skånska) presentationer varvades, och en redovisning gjordes också av hälso- och sjukvårdens organisation i Köpenhamnsregionen respektive i Skåne.

Slutligen redovisades hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att arbeta förebyggande på de båda sidorna av Öresund. På den danska sidan finns ett forskningsprogram knutet till Bispebjergs sjukhus med inriktning på att med sjukhuset som bas förbättra det preventiva arbetet.

Tio ämnesspecifika sessioner

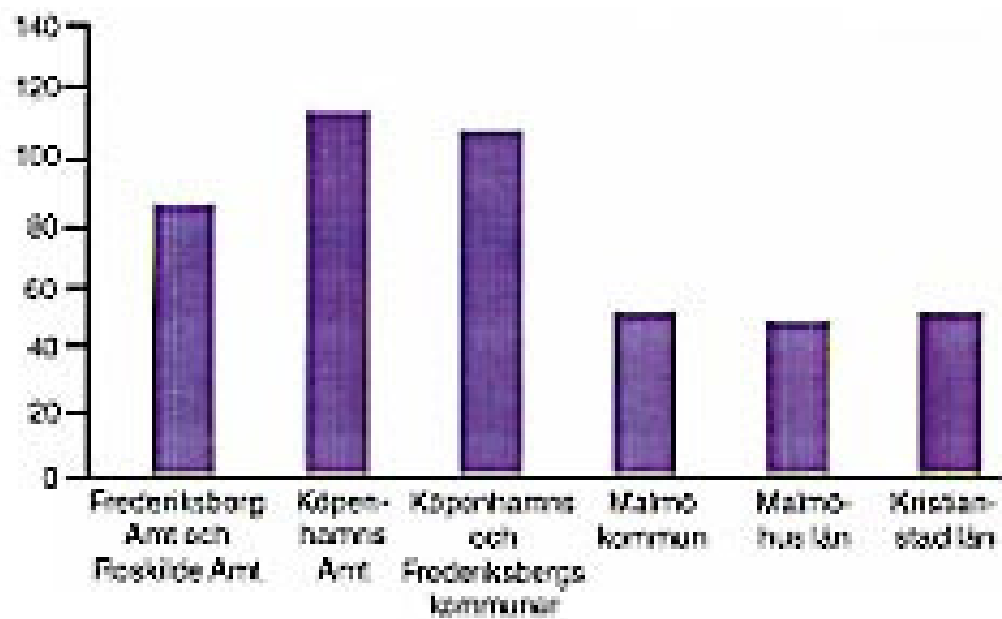
Den andra konferensdagen omfattade totalt tio ämnesspecifika sessioner: hjärt-kärlsjukdomar, cancer, livsstil, barns och ungdomars hälsa samt mödrahälsovård, psykisk ohälsa och självmord, diabetes och övervikt, äldre, osteoporos och fallolyckor, infektioner, miljöbetingad ohälsa och allergier. Dessutom anordnades en workshop på temat ”Spelar hälso- och sjukvårdens struktur någon roll för det förebyggande arbetet?”.

De enskilda sessionerna planerades av några av regionens mest framstående forskare, en från vardera Skåne och Köpenhamnsregionen. Ytterligare fem till tio forskare eller experter medverkade i varje session.

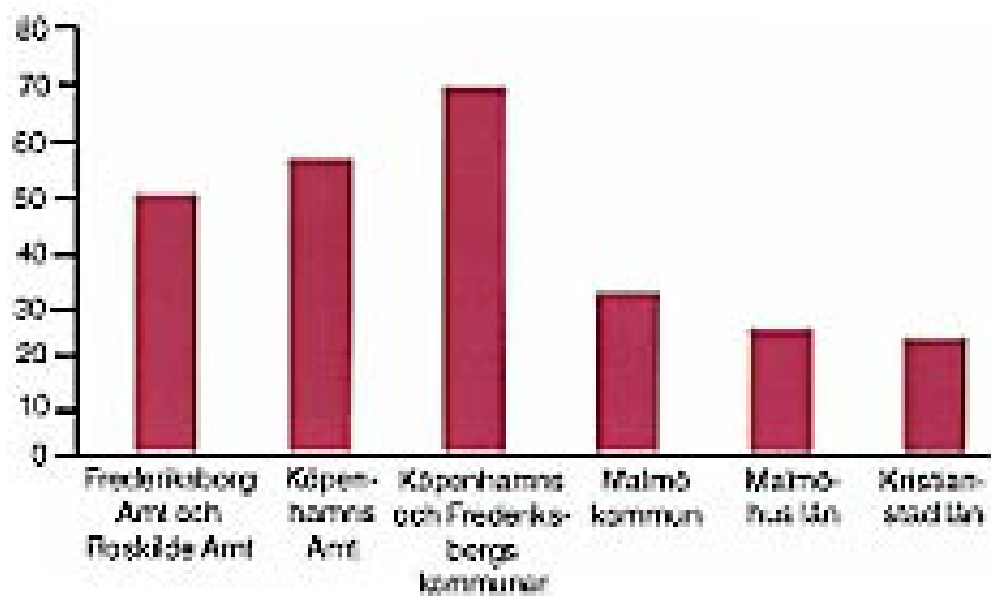
Strukturen var densamma i varje session. Inledningsföredragen omfattade en redovisning avseende hälsoproblemets epidemiologi kring Öresund, därefter en redovisning av kända orsaker till hälsoproblemet samt kända och tänkbara möjligheter till prevention. Varje session avslutades med en diskussion om regionens möjligheter att utveckla forskningen, förbättra utbildningen och intensifiera den praktiska tillämpningen inom hälso- och sjukvården.

Totalt hölls 66 föredrag under de båda dagarna. Dessutom presenterades 30 posters av mycket god kvalitet. Flertalet av dessa var vetenskapliga, men några var presentationer av vård-, institutions-, utbildnings- och folkhälsoorganisationer och strukturer i Skåne och i Köpenhamnsområdet.

Den cancerspecifika mortaliteten är 50 procent högre på den danska sidan av Öresund. Detta förklarar en betydande del av skillnaderna i medellivslängd (cirka tre och ett halvt år för både män och kvinnor) mellan länderna. Av enskilda dödsorsaker frapperar skillnaderna i lungcancerdödlighet mest (fig 2 och 3) (2).

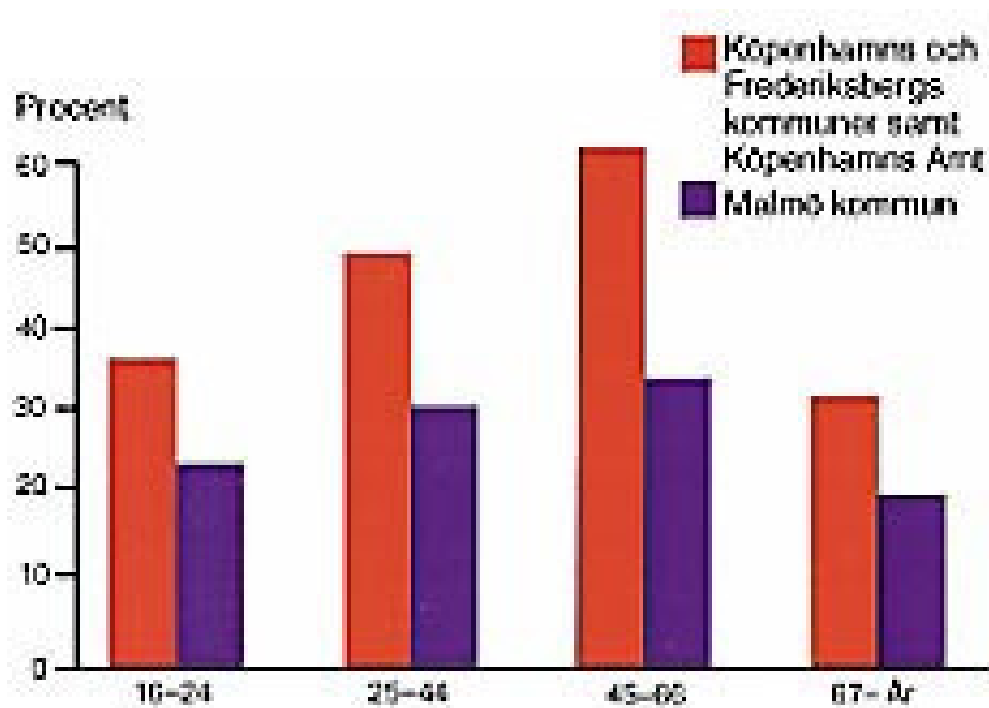


Figur 2 Dödligheten i lungcancer bland män i Skåne och i Köpenhamnsregionen. Döda i lungcancer per 100 000 1993 – 1997

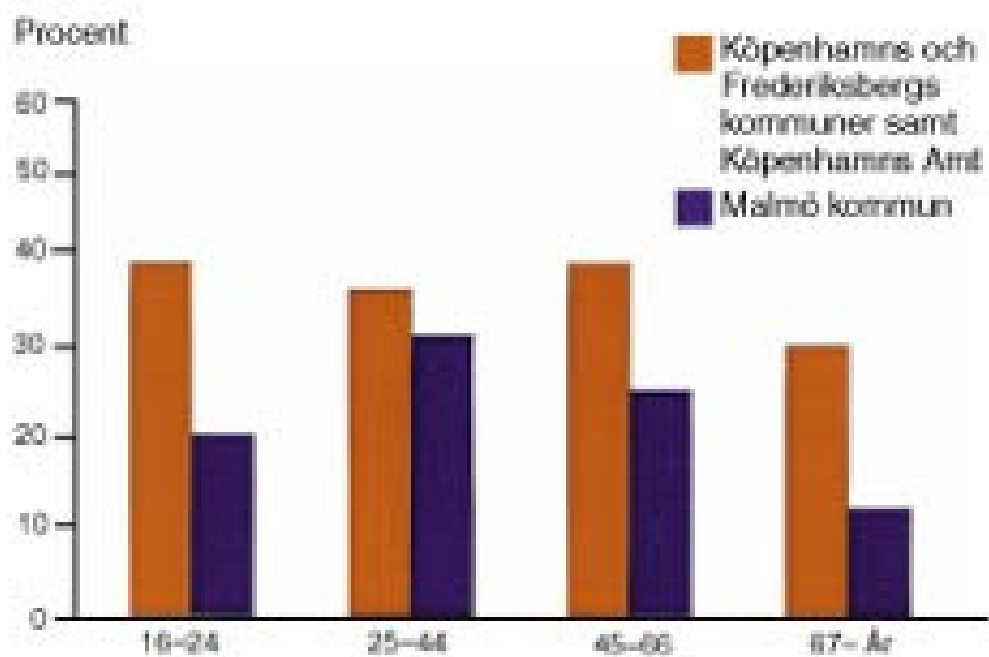


Figur 3 Dödligheten i lungcancer bland kvinnor i Skåne och i Köpenhamnsregionen. Döda i lungcancer per 100 000 1993 – 1997

Orsakerna är framför allt skillnader i rökvanor (fig 4 och 5) (2).

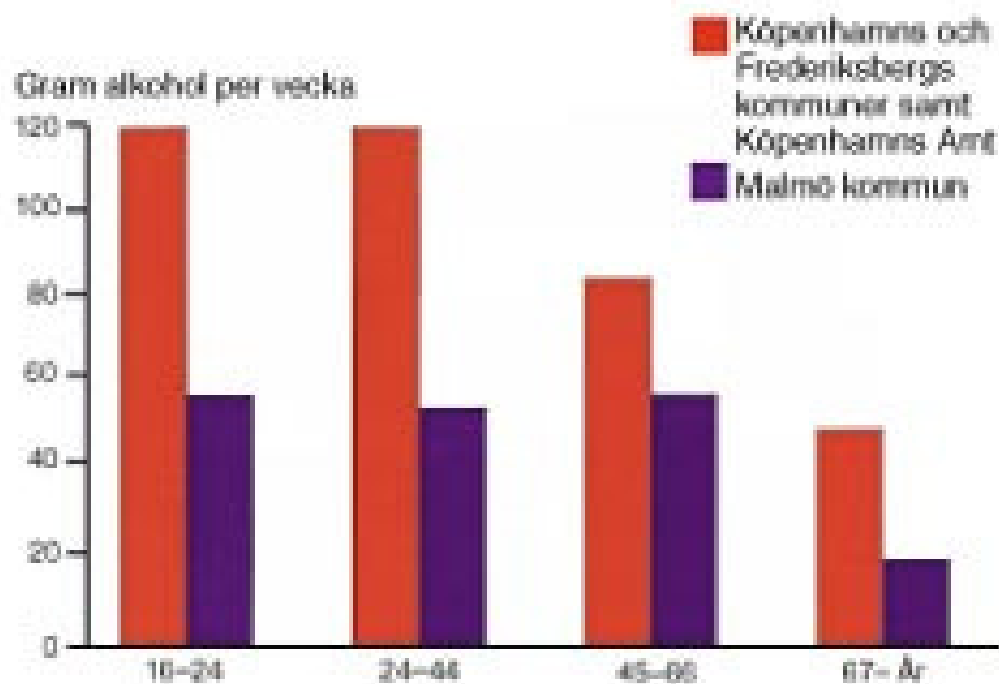


Figur 4 Andelen dagligrökare bland män efter ålder i Malmö och i Köpenhamnsregionen

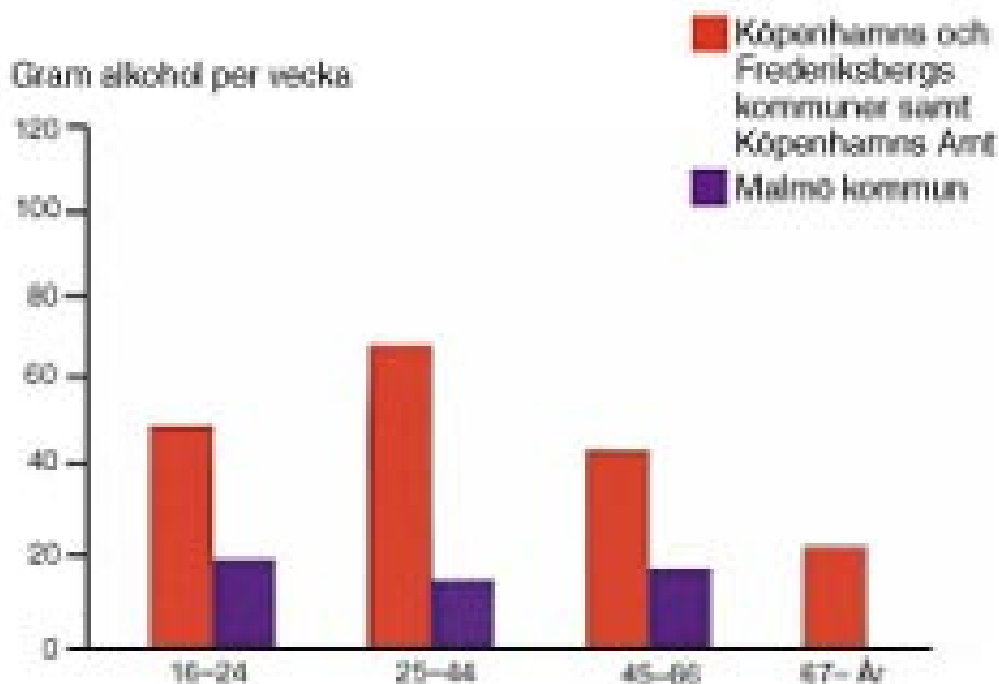


Figur 5 Andelen dagligrökare bland kvinnor i Malmö och i Köpenhamnsregionen.

Andra orsaker till den danska överdödligheten är kronisk bronkit, trafikolycksfall, självmord samt leversjukdomar. Påtagliga skillnader i alkoholkonsumtion finns också mellan Malmö och Köpenhamn (fig 6 och 7) (2), och här finns sannolikt en annan bidragande orsak till skillnaderna i medellivslängd.

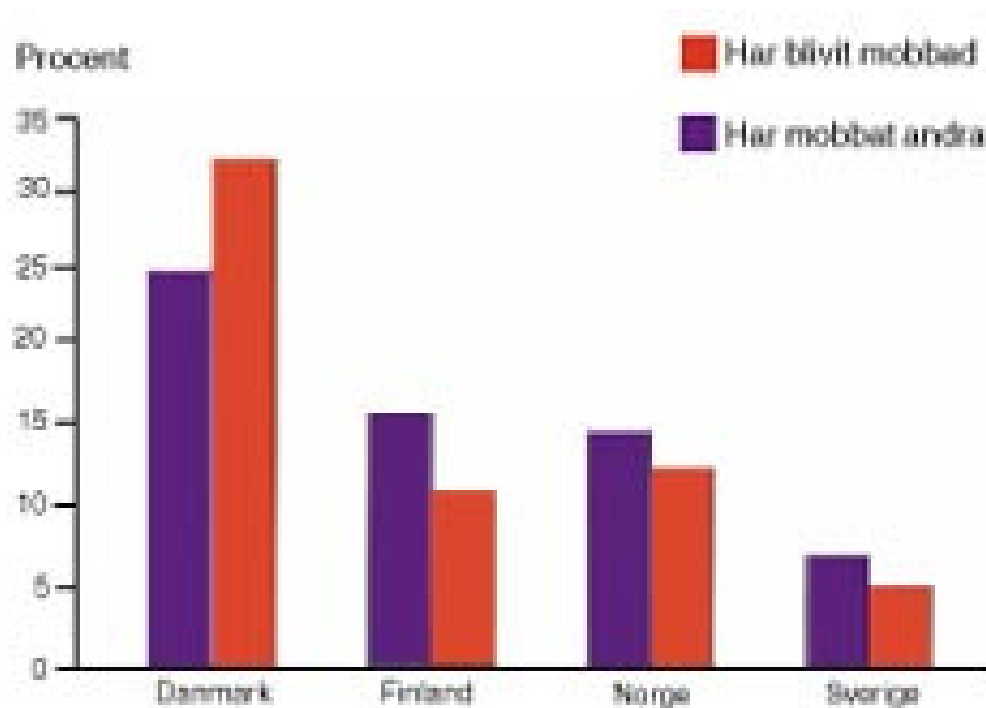


Figur 6 Alkoholförbrukningen bland män i Malmö och i Köpenhamnsregionen



Figur 7 Alkoholförbrukningen bland kvinnor i Malmö och i Köpenhamnsregionen

Påtagliga skillnader i skolungdomars (11-, 13- och 15-åringars) upplevda hälsa, livskvalitet och livsstil har också påvisats mellan de båda länderna. Av svenska barn anser sig två tredjedelar ha en mycket god hälsa mot en tredjedel av de danska. Svenska barn anger emellertid fler symtom men samtidigt betydligt bättre livskvalitet än de danska. Att mobba andra barn eller att ha blivit mobbad är fem gånger vanligare bland danska än bland svenska barn (fig 8) (1).



Figur 8 Mobbing bland 11 – 15-åringar i fyra nordiska länder. Källa: Psykiatriinformation, feb 1999, nr 1, 6 årg

Salmonellaincidensen uppvisar stora skillnader mellan de båda sidorna av sundet – 48,4/100 000 på den svenska sidan mot 73,3 på den danska. Många svenskar smittas i Danmark, och fallen på den svenska sidan upptäcks ofta innan de danska laboratoriemedelvärdena börjat stiga. Förbrukningen av antibiotika är ca 30 procent större på den skånska än på den danska sidan av sundet. Särskilt påtaglig är skillnaden vad beträffar antibiotikaanvändningen bland barn. På den skånska sidan är det speciellt kommuner med välutbildade invånare som använder mest antibiotika. Allvarliga resistensproblem på sjukhus är fortfarande ovanliga på båda sidor av sundet. STD-förekomsten (gonorré, klamydia och HIV) är två till tre gånger vanligare i Storköpenhamnsområdet än i Skåne.

Vissa skillnader finns i kostvanor mellan de båda länderna. Danskarna äter mera fett och kött än svenskarna, men samtidigt mera bär och frukt. Nyligen avslutade intervjustudier som genomförts med familjer i Köpenhamn respektive i Malmö visar att kunskapen och intresset för sambandet kost–hälsa var mycket större bland unga familjer på den danska sidan än på den svenska sidan av sundet (8). På sikt kan intressanta förändringar vad beträffar kostrelaterad ohälsa kanske observeras till svenskarnas nackdel. De danska familjerna satte också betydligt större värde på att maten var god och smakfull.

Hälso- och sjukvården viktig i det förebyggande arbetet

Hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet har under många år starkt underskattats. Det faktum att man utåt inte tydligt visat att man tänker och arbetar förebyggande har tagits som en förevändning för många att

felaktigt tro att hälso- och sjukvården inte har någon avgörande betydelse för befolkningens hälsa. Otvivelaktigt har förbättrade levnadsvillkor (arbete, inkomster, utbildning, boendestandard, fritid etc) haft störst betydelse som förklaring till kraftigt ökande medellivslängd under 1900-talet (ca 25 års ökning). Vidare har levnadsvanorna (rökning, alkoholvanor, kost, motion) betydelse. Den direkta insatsen inom hälso- och sjukvården bedöms stå för fem år av medellivslängdsökningen (3). En betydande del beror på förebyggande insatser (vaccinationer, screening, BVC (barnavårdscentral), MVC (mödravårdscentral), patientutbildning m m). Andra åtgärder är av sekundär- eller tertiärpreventiv karaktär. Det som är svårt att kvantifiera är effekterna av den ständiga kunskapsproduktionen och möjligheterna till bättre hälsa som hälso- och sjukvården står för och som hela samhället kan använda sig av. Hit hör kunskap om risker i fysisk miljö, arbetsmiljö, psykosocial miljö, liksom kunskap om sambandet mellan livsstil och ohälsa. Ständigt fyller forskare verksamma inom hälso- och sjukvården på med ny kunskap. Vad genetisk screening och de problem detta kan föra med sig innebär är för närvarande svårt att få en klar bild av.

En kartläggning av den högspecialiserade vårdens medverkan i och intresse för preventiva insatser gjordes för några år sedan i Sverige (4). En enkät sändes ut till ca 1 000 chefsöverläkare inom somatisk och psykiatrisk specialistvård i landet. 800 besvarade enkäten. 70 procent angav att de bedrev förebyggande aktiviteter inom sitt verksamhetsområde. Pediatrik, obstetrik, infektion dominerade, men omfattningen var imponerande även inom andra discipliner (invärtesmedicin, kardiologi, ortopedi och kirurgi med många och omfattande skadeförebyggande program). Man ansåg att prevention var en viktig del av verksamheten men att tids- och kompetensbrist ofta lade hinder i vägen. En liknande bild visade en enkät som Sveriges läkarförbund sände ut till ett urval medlemmar 1996 (5). Ytterligare en kartläggning vände sig till primärvårdens läkare och distriktssköterskor. Även den visade på stort engagemang, men brist på tid och kompetens (6).

Det preventiva arbetet måste integreras i dagliga rutiner

Vid konferensen redovisades i olika föredrag hälso- och sjukvårdens betydelse för befolkningens hälsa. Som professor Thorkild I A Sørensen formulerade det: ”Vem vill tro på – eller över huvud taget bry sig om – budskap, oavsett hur sakligt grundade de är, om att ändra livsstil och att avstå från sådant man gillar bara för att förbättra hälsan, om inte hälso- och sjukvården dagligen och entydigt utan att vackla, seriöst och lojalt både inom sin egen organisation och i omvärlden bedriver ett förebyggande arbete. Det förebyggande arbetet lyckas inte med hälso- och sjukvården som passiv eller antagonistisk deltagare.”

Flera intressanta försök är på gång. Bispebjergs sjukhus i Köpenhamn bedriver nu omfattande forskning för att integrera det preventiva arbetet i de dagliga rutinerna. Från och med i år ”screenas” alla patienter som kommer till sjukhuset med avseende på rökvanor och alkoholkonsumtion. Dessutom bedriver man projekt avseende kost, motion och hjärtrehabilitering. En särskild

forskningsenhet har etablerats, och forskningsprogrammen håller hög kvalitet. Bispebjerg ingår i WHO-programmet "Health Promoting Hospitals" som även har svenska medlemmar. I Skåne är Ängelholm-Helsingborgs samt Kristianstad-Hässleholms sjukhus medlemmar, och universitetssjukhusen i Lund och Malmö står på tur. I Helsingborg utbildas personalen i preventiva metoder. En viktig utgångspunkt är deras egen hälsa och välbefinnande. Konferensen visade också tydligt att hälso- och sjukvårdspolitikerna på båda sidor av sundet har förstått uppgiften och är klara att ta sitt politiska ansvar. Detta framgick tydligt av de uppskattade och uppmärksammade föredrag som Köpenhamns sundhedsborgmester, Peter Martinussen, och Region Skånes hälso- och sjukvårdsansvariga regionråd Henrik Hammar höll. Region Skåne har antagit en särskild folkhälsoplan, och en förbättrad folkhälsa är det yttersta målet för hälso- och sjukvården. I Danmark (ännu inte i Sverige) har regeringen beslutat om en plan för att förbättra folkhälsan under kommande år (1).

Skillnader i livsstil förklarar mycket av hälsoskillnaderna

Under de senaste åren har ca 7 500 fler dödsfall per år inträffat i Danmark än i Sverige, när hänsyn tagits till olikheter i befolkningssammansättningen. Överdödligheten domineras av tobaks- och alkoholrelaterade dödsfall samt i viss, men mindre utsträckning av trafikolycksfall och självmord. Ytligt sett förklaras mycket av skillnaderna i livsstil. Köpenhamns invånare röker och dricker ungefär dubbelt så mycket som Malmöborna (2). Bilden ser likadan ut i den vuxna befolkningen som bland dagens ungdomar. Intressant i detta sammanhang är den rapport som etnologer från Köpenhamns och Lunds universitet nyligen skrivit om danskar och svenskar kring Öresund (7). Här några citat ur rapporten:

"Danmark har længe – fra 1930 til 1990 – været beskrevet som den moderne Sveriges mere traditionelle, historisk forankrede og bondske modpart. Tilsvarende har Sverige, hvor individets friheder var underordnet statens og helhedens interesser, været opfattet som danskernes puritanske, udemokratiske og teknik-fikserede modbillede.

I en vis historisk periode, som flertallet af nulevende danskere og svensker er vokset op i, har der således eksisteret et grundlag for at stille et hyggeligt og individualistisk Danmark over for et statsdirigeret, ikkeindividualistisk Sverige.

Historikere har agumenteret for, at forskelle mellem dansk og svensk blev grundlagt i 1800-tallet. I Sverige skete der en evolutionær integration mellem embedsmandsstat og folkelige bevægelser. Da socialdemokrater senere overtog den politiske magt blev de derfor i stand til gennem stat og organisationer at føre sig frem som på en gång samfundsberere, visionære utopister og nationsbyggere. Resultatet blev, at der blev skabt en vision for hele samfundet og dermed sat et ideal op for hele nationens hverdagsliv.

I Danmark derimod blev der i 1800-tallet ved siden af en veletableret urban embedsmandsstat etableret en alternativ offentlighed med grundtvigianere som omdrejningspunkt. Fra Folkehøjskoler og andelsbevægelsen kom der en gruppe ledere, som havde deres magtbasis separeret fra staten og som til deres rådighed havde et alternativt universitet (Askov højskole), en ikke-statskontrolleret økonomi i andelsbevægelsen og meget andet. Det danske måtte derfor udvikles fra et balancepunkt mellem disse to ofte lige stærke grupper i samfundet. At de danske socialdemokraterne (ligesom de svenske) erstattede de konservative og overtog statsapparatet fra 1920'erne ændrede ikke ved, at det danske må forstås fra dette balancepunkt. Det danske liberale frisind, respekten for individer og den danske hygge er derfor snarere et resultat af en manglende ambition – måske vilje eller evne? – til at etablere fælles normer for hele nationen. For at få helheden til at fungere, var det nødvendigt at etablere balancer mellem organisationer, stat og forskellige politiske kræfter.

Dermed var der også åbnet for flere tolkninger og flere alternative hverdagsliv som ligeværdige.”

Kanske ligger en del av förklaringarna här. Som konkreta exempel kan nämnas hur man arbetar med hälsoinformation till gravida kvinnor. I Danmark har man gått ut med budskapet ”Et stort alkoholforbrug skader fosteret, mens ett beskedent indtag sandsynligvis ikke vil skade. Hvor grænsen går er der endnu usikkerhed om.” I Sverige har Systembolaget gått ut med följande budskap till mödravårdscentralerna: ”Tänk så här nästa gång Du känner Dig frestad att ta ett glas vin eller öl: Även om jag så bara dricker ett halvt glas kommer mitt barn mot sin vilja att simma omkring i alkoholblandat fostervatten.”

I svensk hälso- och sjukvård avråder man klart från att röka under graviditet, en strategi man inte gillar i Danmark. Det är en privat angelägenhet.

Enligt den senaste redovisningen 1998 rökte endast 13 procent av gravida kvinnor i Sverige, mot ca 35 procent tio år tidigare! Detta får åtminstone delvis tillskrivas en mycket aktiv och framgångsrik svensk mödravård.

Stärkt hälsosamarbete syfte med konferensen

Konferensen anordnades i regi av Medicon Valley Academy, MVA, en medlemsorganisation som stärker nätverksbildning och kunskapsutbyte mellan företag, universitet–högskolor och hälso- och sjukvården i Öresundsregionen. MVA har sitt huvudkontor i Köpenhamn och ett sekretariat också i Lund.

Ordförande i styrelsen är professor Per Belfrage, dekanus för Medicinska fakulteten vid Universitetssjukhuset i Lund. Peter Halken är direktör för akademien. Antalet konferensdeltagare var begränsat till 450 för att kunna använda cirka halva tiden till plenara föredrag, resten till parallella sessioner. Intresset för att delta var överraskande stort. Fler än hundra som anmält sig kom inte med. Några av regionens främsta forskare, mest framstående politiker och tjänstemän deltog och/eller medverkade. Flera representanter fanns med från näringslivet, och dessutom deltog elever från de nya grundutbildningarna i folkhälsovetenskap från Malmö högskola och från Köpenhamns universitet.

De som medverkade kom från regionen, fränsett chefen för International Hospital Federation i London, professor Per-Gunnar Svensson, som höll ett intressant föredrag om betydelsen av humaniora i hälso- och sjukvården i den avslutande plenarsessionen. Professor Allan Krasnik sammanfattade regionens möjligheter att bli ett europeiskt centrum för folkhälsovetenskapliga utbildningar. Överläkare Hanne Tønnesen från Klinisk enhed for sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital, betonade betydelsen av att helt integrera prevention och behandling och se det som en enhet t ex i DRG-systemet. Patienten måste uppleva primärvård och sjukhusvård som sammanhängande, liksom prevention och behandling. Sven-Olof Isacson pekade på den stora potential för gemensamma forskningsprojekt som finns utgående från alla studier och all kompetens som redovisats vid konferensen.

Konferensen har lagt en grund för ett sådant arbete. Inte minst betyder själva arbetet, som bedrevs i ett 15-tal grupper, med att planera konferensens olika delar mycket. Sedan många år finns ett samarbete mellan enstaka institutioner på den svenska och danska sidan av Öresund.

Redan nu, kort tid efter konferensen märks en påtaglig ökning av aktiviteterna. Kanske kan olikheterna mellan länderna sporra till större aktivitet än likheter skulle ha gjort? Det kommer att bli spännande att följa hälsoutvecklingen kring Öresund i framtiden.

Uppföljning av konferensen planeras

Arbetet med uppföljningen av konferensen har påbörjats. Olika aktiviteter planeras nu för att öka kontakterna mellan högre utbildningar, forskning, hälso- och sjukvården och även privata aktörer för att förbättra det förebyggande arbetet inom Öresundsregionen. Ett större EU-projekt om miljön kring Öresund har nyligen sjösatts, en del av projektet inriktas på sambandet miljö-hälsa. Den 16 – 18 maj 2001 anordnas The 9th International health promoting hospitals conference i Köpenhamn. Detta internationella nätverk av sjukhus som arbetar förebyggande får nu också ett regionalt nätverk kring Öresund. Nästa konferens planeras äga rum i januari 2002.

Sammanfattat

- – Den första vetenskapliga konferensen om hälsan kring Öresund anordnades i Malmö 26 – 27 januari 2000.
 - – Den maximala skillnaden i medellivslängd mellan Skånes och Köpenhamnsregionens olika kommuner och amter uppgår till 10 år för män och 7 år för kvinnor.
 - – Orsakerna till skillnaderna är högre dödlighet i cancer, kronisk bronkit, leverskador, trafikskador och självmord i Danmark.
 - – De enskilt viktigaste orsakerna till denna överdödlighet är större tobaks- och alkoholkonsumtion på den danska sidan.
 - – De kulturella skillnaderna i livsstil går tillbaka till 1800-talet.
 - – Konferensen utgjorde startskottet för ett framtida samarbete inom det förebyggande området i Öresundsregionen.
-

LITTERATUR

1. Regeringens folkesundhedsprogram 1999 – 2008. Ett handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen. København: Sundhedsministeriet, 1999.
2. Om sundhed och ohälsa kring sundet. København: Öresundskomiteen, 1994.
3. Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Improving health: measuring effects of medical care. *Millbank Quarterly* 1994; 72: 225 – 58.
4. Baigi A, Isacson SO. Sjukhusens roll i folkhälsoarbetet. Malmö: Samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset MAS, 1996.
5. Läkare i folkhälsoarbetet. Ett preventionspolitiskt program från Sveriges läkarförbund. Stockholm: Sveriges läkarförbund, 1996.
6. Förebyggande arbete i primärvården. Primärvårdsuppföljningen. SOS 1996: 5.
7. Berglund S, Gustavson M, Bjerregaard Kirk M, Linde-Laursen A, Mortensen Vandel L. Svenskt eller danskt? Kulturella variationer i tanke och handling. *Kulturkompetens* 1999. Karlskrona: Svenska BoProjekt AB, 1999.
8. Lindbladh E, Bustos Castro P. Om mat och mentalitet. En jämförande analys av unga familjer i Malmö och Köpenhamn. Rapport 52. Malmö: Socialmedicinska enheten Universitetssjukhuset MAS, 1999.

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. februar 2026.