

Inte bara högt blodtryck...

Vid det här laget för många år sedan publicerade ett läkemedelsbolag en ambitiöst sammansatt skrift på temat livskvalitet vid hypertoni. Ett antal välrenommerade forskare gjorde ett tappert försök att beskriva hur livskvaliteten kunde uppehållas trots att man hade hypertoni och insattes på behandling för denna. Problemet var möjligen att livskvaliteten för de flesta inte drabbades i någon större omfattning, vare sig före eller efter det att man konstaterats vara hypertoniker. Detta skall naturligtvis inte tolkas som att det är oviktigt att behandla ett högt blodtryck. Senare decenniers allt bättre folkhälsa kan till stora delar tillskrivas just aktiva insatser mot kända riskfaktorer som hypertoni, hyperkolesterolemi, rökning, kraftig övervikt m.fl. välkända risker. Den mer betydelsefulla slutsatsen i sammanhanget är snarast att parallellt med de ovan beskrivna, mätbara och behandlingsbara riskfaktorerna, finns en rad andra faktorer som i hög grad påverkar vår livskvalitet. Hypertoni m.m. drabbar olika individer med mycket stora skillnader gällande levnadsvillkor och möjligheter till att leva ett bra liv med livskvalitet.



Ofrivillig ensamhet ökar risken för hjärtinfarkt, stroke och demens. Möjligen inte helt oväntat pekades det även på ensamhet som risk för psykisk ohälsa.

Ekonomi har stor betydelse för välbefinnande och hälsa. I en nyligen presenterad sammanställning av Swedbank visades att var sjätte svensk inte skulle klarat av en oväntad utgift på 5 000 kronor utan att ta lån. Att en betydande andel av befolkningen lever inom snäva ekonomiska ramar torde inte vara helt oväsentligt för folkhälsan. Ur ett kortare perspektiv påverkas möjligheterna till att söka den vård man kan anses behöva och inte minst att ha råd till att hämta ut läkemedel och komma till nödvändiga behandlingar. Det längre, och mer djupgående perspektivet, är frågan hur begränsade ekonomiska resurser påverkar hälsan mera generellt. Sambandet mellan ekonomiska problem och psykisk ohälsa, som till exempel ångest och depressivitet, förefaller tämligen självklart. Den intressanta frågan i sammanhanget är om en bristande ekonomi medför ökad risk för att drabbas av andra sjukdomar och ohälsa (hjärtproblem? cancer? gastrointestinala sjukdomar?



lungsjukdomar?). Mycket tyder på att det finns ett samband. En amerikansk studie från 2010 pekade på att en tredjedel av patienter med kroniska hjärtproblem upplevde sig försämrade i samband med att deras ekonomiska situation försämrades [Hendrick 2010]. På samma sätt angav 21 procent av cancerpatienterna och 39 procent av diabetespatienterna att deras tillstånd försämrats till följd av att de samtidigt hade ekonomiska problem. Ett viktigt påpekande var att den försämrade medicinska situationen enbart i begränsad omfattning kunde tillskrivas det faktum att sämre ekonomi begränsade möjligheterna till medicinsk behandling. Den försämrade hälsan, eller snarast upplevelsen av en försämring, är således något som måste tillskrivas patientens helhetssituation.

Om dålig ekonomi kan påvisas som en tydlig riskfaktor för sämre hälsa är det naturligtvis lika angeläget med insatser mot denna risk som mot andra välkända riskfaktorer som rökning,





miljögifter, övervikt etc. Det blir då även en faktor som vi i primärvården behöver uppmärksamma eftersom vi trots allt är den viktigaste aktören i folkhälsosammanhang (eller som åtminstone borde vara det). Nära förknippat med ekonomisk situation är individens utbildningsnivå och möjligheter på arbetsmarknaden. Folkhälsoinstitutet har i samarbete med bl.a. Socialstyrelsen kunnat presentera data som visar på att välutbildade har en närmare sex år högre medellivslängd jämfört med de som saknar eftergymnasial utbildning. De som inte studerat vidare efter gymnasiet har både sämre hälsa (t.ex. visat genom mer sjukskrivningar) och kortare livslängd.



För att primärvården skall kunna arbeta med det vi är bäst på – merparten av den sjukvård som allmänheten behöver – måste samhället i övrigt ta ansvar för de riskfaktorer som ligger utanför vårdens ansvarsområde

Ekonomisk problematik, och utbildningsnivå, är något som i viss mån kan uttryckas i tydliga mätvärden. Andra riskfaktorer kan vara ytterst påtagliga även om de är svårare att uttrycka i mätvärden. Ett av Dagens Nyheters temanummer under hösten [DN 2017] hade en intressant inriktning på folkhälsa. Bl.a. uppmärksammades forskning som visat på att ensamhet är ett större hot mot folkhälsan än rökning. Ofrivillig ensamhet ökar risken för hjärtinfarkt, stroke och demens.

Möjligen inte helt oväntat pekades det även på ensamhet som risk för psykisk ohälsa. **En tankeväckande kommentar i sammanhanget är att flera av senare tiders innovationer gällande patientkontakter i primärvården varit inriktade på att dessa i allt större omfattning skall kunna ske digitalt.** Utifrån samhällsutvecklingen i övrigt naturligtvis ingen helt orimlig tankegång, men utvecklingen tenderar samtidigt till att minska den mänskliga, nära kontakten. De ensamma får stanna hemma, med allt färre nära mänskliga kontakter, och därifrån söka kommunicera med omvärlden via datorn.

Så vad gör vi nu då? Det är knappast realistiskt att tänka sig att distriktsläkaren ska ta på sig uppdraget att vara ekonomisk rådgivare för patienter i ekonomiska trångmål eller för att minska ensamheten. Den medicinska professionen skall syssla med medicinska problem. Det är vi bäst på. Med utgångspunkt från beskrivningen ovan kan vi dock inte helt frånse det faktum att nästan en av fyra samhällsmedborgare inte uppnår nivån för en god ekonomisk standard. En av fyra löper därmed risk för att drabbas av ohälsa som kan vara relaterad till den dåliga ekonomin. Dessutom har ensamhet eller låg utbildningsnivå en tydligt påvisad negativ effekt på hälsan. Vi kan knappast helt frånse dessa riskfaktorer samtidigt som vi genomför olika insatser mot övriga, mer mätbara, faktorer. Frågan är dock hur och vem som förväntas hantera problematiken. I primärvården bedriver vi vår verksamhet bland en befolkning vars vardag och verklighet i högsta grad påverkas av de ovan beskrivna faktorerna. Det finns en uppenbar risk att problematiken, i större eller mindre omfattning, medikaliseras. En utveckling som snarast tenderar till att försämra möjligheterna till mer målinriktade insatser som borde komma från annat håll än ifrån primärvården. För att primärvården skall kunna arbeta med det vi är bäst på – merparten av den sjukvård som allmänheten behöver – måste samhället i övrigt ta ansvar för de riskfaktorer som ligger utanför vårdens ansvarsområde. **Vi kan inte vara en buffertzon för samhällsproblematik som definitivt borde tas omhand av andra aktörer.**



CHRISTER OLOFSSON
Distriktsläkare

REFERENSER;

- DN. Tema, fredag 27 okt. 2017
- Hendrick B (2010) *Bad Economy, Bad Health?*, www.webmd.com/heart-disease
- Hermansson K, Lundgren B (2008) *Hälsa och ekonomisk tillväxt*, Folkhälsoinstitutet, rapport A 2008:02
- Lindmark A (2016) *Statistical methods for register based studies with application to stroke*, Universitetshögskolan Statistik, Umeå Universitet