



LUND UNIVERSITY

Finns det effektiva metoder som är särskilt lämpade för att främja hälsa eller förebygga ohälsa bland individer med låg utbildningsnivå? Underlagsrapport till slutredovisning av regeringsuppdrag om att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso-respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv

Vilhelmsson, Andreas; Östergren, Per-Olof

2016

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Vilhelmsson, A., & Östergren, P.-O. (2016). *Finns det effektiva metoder som är särskilt lämpade för att främja hälsa eller förebygga ohälsa bland individer med låg utbildningsnivå? Underlagsrapport till slutredovisning av regeringsuppdrag om att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso-respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv*. Folkhälsomyndigheten.

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00



Folkhälsomyndigheten

Finns det effektiva metoder som är särskilt lämpade för att främja hälsa eller förebygga ohälsa bland individer med låg utbildningsnivå?

Underlagsrapport till slutredovisning av regeringsuppdrag om att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv



Finns det effektiva metoder som är särskilt lämpade för att främja hälsa eller förebygga ohälsa bland individer med låg utbildningsnivå?

Underlagsrapport till slutredovisning av regeringsuppdrag om att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv

Om rapporten

Regeringen gav i april 2013 dåvarande Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att, i samverkan med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och i samråd med relevanta forskningsgrupper, analysera vilken betydelse det har för folkhälsan och för hälso- och sjukvården att allt fler skaffar sig en högre utbildning, samtidigt som det finns grupper som alltjämt ligger kvar med en låg utbildningsnivå. I uppdraget ingick att undersöka hur sammansättningen av grupper med låg utbildning förändras över tid samt att utreda vilka insatser som kan stödja grupper med låg utbildningsnivå till en god hälsa. Uppdraget överfördes till Folkhälsomyndigheten den 1 januari 2014 i samband med att Statens folkhälsoinstitut avvecklades och Folkhälsomyndigheten bildades.

Folkhälsomyndigheten slutredovisade regeringsuppdraget den 30 september 2015. Slutrapporten finns tillgänglig på Folkhälsomyndighetens webbplats.¹ Till grund för slutrapporten låg ett tiotal separata studier som genomfördes inom ramen för de sex deluppgifter som uppdraget bestod av. I syfte att förmedla utförliga resultat och andra uppgifter som inte rymdes i slutrapporten till dem som är i behov av fördjupad kunskap, ger Folkhälsomyndigheten ut de underliggande studierna som särskilda underlagsrapporter.

Föreliggande underlagsrapport, som ges ut i februari 2016, rör den deluppgift som handlar om att utreda hur hälsan bland grupper med låg utbildningsnivå kan främjas av insatser utanför hälso- och sjukvården. Rapporten har skrivits av med.dr Andreas Vilhelmsson och professor Per-Olof Östergren vid Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö, Lunds universitet, på uppdrag av Folkhälsomyndigheten. Utredaren Marlene Makenzius har varit delprojektledare. Utredaren Mikael Nordberg har varit projektledare för regeringsuppdraget som helhet. Enhetschefen Saman Rashid och avdelningschefen Anders Tegnell har varit ansvariga chefer.

¹ Se <http://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/styrdokument-och-uppdrag/avslutade/uppdrag-om-utbildning-och-halsa/>.

Innehåll

Sammanfattning.....	9
Bakgrund.....	10
Tidigare studier inom området.....	11
Syfte	12
Metodbeskrivning	13
Resultat.....	14
Interventioner som kan minska skillnaderna i förekomst av rökning mellan individer med olika utbildningsnivå	14
Interventioner som kan minska skillnaderna i kostvanor mellan individer med olika utbildningsnivå	16
Interventioner som kan minska skillnaderna i fysisk aktivitet mellan individer med olika utbildningsnivå	17
Interventioner som kan minska skillnaderna i psykisk hälsa mellan individer med olika utbildningsnivå	18
Interventioner som kan minska skillnaderna i cancer mellan individer med olika utbildningsnivå	19
Diskussion	21
Slutsats	23
Referenser	24
Bilaga 1	26

Sammanfattning

Syftet med denna kunskapsöversikt var att genom en litteraturstudie undersöka om det finns effektiva metoder som är särskilt lämpade för att främja hälsa eller förebygga ohälsa bland individer med låg utbildningsnivå, samt gradera det vetenskapliga stödet för dessa.

Totalt identifierades 1 929 abstrakt. Studien var geografiskt avgränsad mot någorlunda lika samhällen och utbildningssystem relevanta för svenska förhållanden. Endast studier av interventioner i Europa, Nordamerika, Australien och Nya Zeeland inkluderades därför. Efter dubblettkontroll och tillämpning av de uppställda kriterierna återstod nio interventionsstudier som i sin tur kunde delas in i fem olika typer av utfall: mot tobaksrökning, för bättre kostvanor, för ökad fysisk aktivitet, för att förbättra den egenrapporterade psykiska hälsan, samt en intervention som avsåg att höja medverkan i ett program för bröstcancerscreening. De få studier som visade på ett begränsat stöd för interventioner särskilt lämpade för individer med låg utbildningsnivå handlade om förbättrade kost- och motionsvanor samt förbättring av det egenrapporterade psykiska hälsotillståndet. I en svensk kontext kan det exempelvis finnas förutsättningar för att implementera skolfruktsprogram och hälsofrämjande skolprogram för att underlätta hälsosamma val som fysisk aktivitet. De olika studierna skiljde sig dock avsevärt åt vad gäller interventionsupplägg, utfall och mätmetoder. Detta medförde att jämförelser mellan de olika studierna inte var möjliga att genomföra.

Den här kunskapsöversikten indikerar att det finns få kontrollerade studier som har undersökt om det finns skillnader i interventionseffekter mellan individer med olika utbildningsnivå. Implikationen av föreliggande analys blir därmed att kunskapsläget i detta underlag inte ger anledning att överväga interventioner riktade mot individer med låg utbildningsnivå, för att minska hälsans ojämlika fördelning avseende utbildningsnivå. Detta kan tala för att individriktade interventioner bör kombineras med strukturella interventioner om inte hälsans ojämlikhet ska fortsätta att öka.

Kunskapsöversikten ger sammantaget ett mycket begränsat stöd för att välja individriktade interventioner utanför hälso- och sjukvården som huvudstrategi för att framgångsrikt uppnå målet med en större jämlikhet av hälsans ojämlikhet, avseende utbildningsnivå.

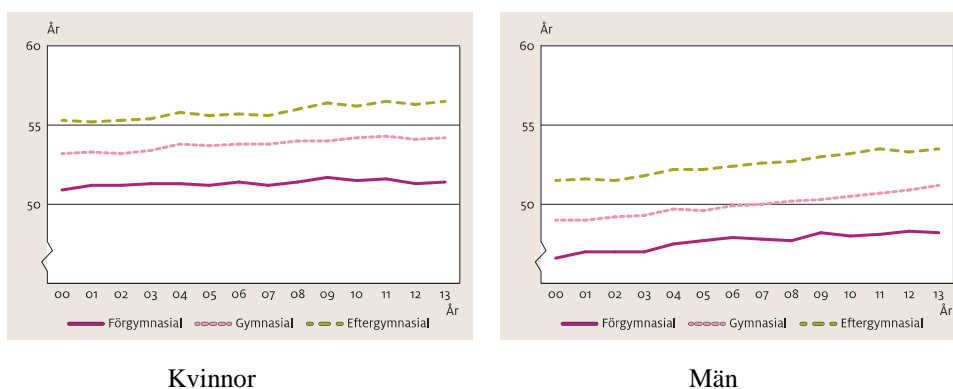
Bakgrund

Utbildning är tillsammans med yrke och inkomst centrala indikatorer för socioekonomisk position (1). De tre måtten är högt korrelerade med varandra och ses ofta som utbytbara (2). Utbildning kan påverka hälsan på en mängd olika sätt, till exempel genom förmågan att tolka information om hälsa (hälsolitteracitet), förmågan att påverka arbetssituationen och ekonomisk stress, vilket i sin tur kan påverka hälsovanor och därigenom hälsan (3). I de flesta länder är det exempelvis de högst utbildade som är mindre benägna att röka (4), alltmedan ungdomar i låg- och medelinkomstländer i högre utsträckning röker och dessutom är överviktiga och fysiskt inaktiva (5).

Dessutom kan utbildning påverka olika psykosociala faktorer, exempelvis social prestige och tillgång till socialt stöd samt individens sociala inlärning, som i sin tur kan påverka tilltron till den egna förmågan att klara en specifik uppgift med ett visst resultat (self-efficacy). Allt detta är faktorer som främjar hälsan (3).

Även i höginkomstländer som Sverige är samtliga analyserade dödsorsaker vanligare bland dem med kortast utbildning och mindre förekommande bland dem med längst utbildning, och skillnaderna har dessutom ökat (1, 6). Människor med låg utbildningsnivå drabbas hårdare och oftare av hjärtinfarkt, stroke, cancer, olyckor, självmord och psykisk ohälsa jämfört med högutbildade. En 30-åring utan gymnasial utbildning förväntas till exempel leva fem år kortare än en 30-åring med eftergymnasial utbildning (se Figur 1) (7).

Figur 1. Återstående förväntad livslängd för kvinnor och män vid 30 års ålder efter uppnådd utbildningsnivå, år 2000–2013.



Källa: Öppna jämförelser folkhälsa 2014 (7).

Samtidigt ökar ojämlikheten. För även om svenskarna generellt blir friskare, och den återstående medellivslängden har ökat för samtliga utbildningsgrupper, har denna ökning inte varit lika stor för alla grupper (3). Män med gymnasial utbildning har haft den mest gynnsamma utvecklingen perioden 2000–2013, där den återstående medellivslängden vid 30 års ålder ökat från 49,0 till 51,2 år. Minst har den ökat bland kvinnor med enbart förgymnasial utbildning, från 50,9 till 51,4 år (se även Figur 1) (3, 7). Precis som i andra länder i Europa upplever kvinnor en högre grad av ohälsa trots att de har högre medellivslängd än män (8).

Tidigare studier inom området

Utöver skolgång finns det ett antal översikter som tittat på olika interventions-effekter med fokus på att minska sociala bestämningsfaktorer i hälsa. Exempelvis verkar det finnas visst stöd för kommunbaserade interventioner för att reducera socioekonomiska skillnader i fetma, på kort sikt och för vuxna (9). Det saknas dock stöd för effekter på samhällsnivå och på lång sikt. Dessutom finns begränsad evidens av effekter för barn, jämfört med vuxna (10).

Två nyligen utförda översikter fann evidens för att interventioner som syftar till att förebygga, reducera eller behandla fetma inte ökar ojämlikhet i hälsa och detta gäller sårbara grupper bland både barn och vuxna (11). Dock verkar evidensen för effektiva samhällsbaserade interventioner riktade mot exempelvis kost och fysisk aktiviteter för socioekonomiskt svaga grupper vara begränsade (12). En ytterligare undersökning som sammanställde olika interventioner för låginkomstgrupper med fokus på beteendeförändring, visade relativt små positiva effekter på hälsosamt ätande, fysisk aktivitet och rökning (13).

Likväl är evidensen bristfällig för sektorsövergripande interventioner riktade mot sociala bestämningsfaktorer och ojämlikhet i hälsa (14). En stor del av litteraturen och forskningen är mer av beskrivande karaktär och det finns begränsat utbud av interventionsstudier på området.

Syfte

Syftet med denna kunskapsöversikt är att undersöka om det finns effektiva metoder som är särskilt lämpade för att främja hälsa eller förebygga ohälsa bland individer med låg utbildningsnivå, samt gradera det vetenskapliga stödet för dessa. Utifrån att låg utbildningsnivå är kopplat till sociala skillnader i hälsa försöker översikten besvara frågeställningen:

- Finns det vetenskapligt stöd för interventioner riktade till individer med låg utbildningsnivå som har effekt i termer av minskade skillnader i hälsa mellan utbildningsgrupper?

Ojämlighet i hälsa definieras här som *systematiska skillnader i hälsa som kan undvikas med rimliga insatser* (8, 15).

Metodbeskrivning

Kunskapsöversikten bygger på en litteraturstudie och är avgränsad till att enbart titta på hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande insatser utanför hälso- och sjukvården. Urval och bedömning av studier har gjorts enligt i förväg uppsatta kriterier, som bland annat att artiklarna ska innehålla en utvärdering av en intervention som avser att förbättra hälsan och där effekten av interventionen går att särskilja mellan individer med låg respektive medelhög/hög utbildningsnivå. Strukturella insatser som berör hela samhällen/länder och insatser på policynivå inkluderades inte. Studierna skulle även vara geografiskt avgränsade mot någorlunda lika samhällen och utbildningssystem relevanta för svenska förhållanden. Därför inkluderades endast studier av interventioner i Europa, Nordamerika, Australien och Nya Zeeland.

Litteratursökningen genomfördes i fem internationella vetenskapliga databaser: CINAHL, SocINDEX, PsychINFO, Embase, PubMed (vetenskapliga artiklar från och med 1 januari 1990 till och med februari 2015). Sökorden som användes var ”health promotion”, ”educational status”, ”intervention/prevention”. Enskilda sökningar har även utförts med sökorden ”social determinants of health”. Utöver dessa databassökningar genomfördes även referenslistor i syfte att identifiera ytterligare studier av relevans för projektet.

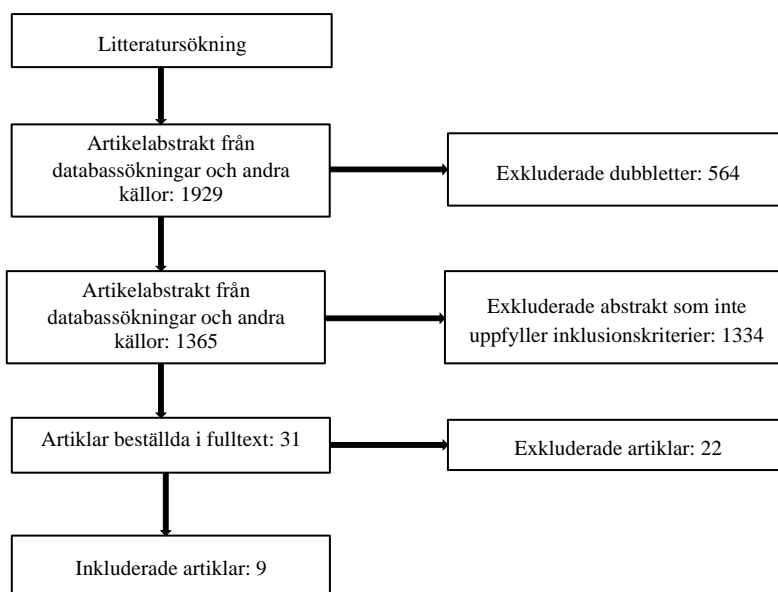
När en artikel ansågs vara lämpad för att läsas i fulltext beställdes den i fulltext. De två författarna läste oberoende av varandra de beställda artiklarna samt granskade dessa. Som stöd för granskningsarbetet användes en detaljerad mall som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) använder (Bilaga 1). Mallen innehåller granskningskriterier och praktiska aspekter som bör beaktas i granskningsarbetet. De studier som inte motsvarade de uppställda kriterierna gallrades bort.

Resultat

Totalt identifierades efter litteratursökning i databaser 1 929 abstrakt. Efter dubblettkontroll återstod 1 365 (Figur 2). Efter tillämpning av de uppställda kriterierna att det ska vara en utvärdering av en intervention som avser att förbättra hälsan och där effekten av interventionen ska gå att särskilja mellan individer med låg respektive medelhög/hög utbildningsnivå, återstod bara nio studier. Dessa behandlade hälsointerventioner i fem olika länder (USA, Norge, Kanada, Australien och Nederländerna) riktade till antingen specificerat lågutbildade eller med låg socioekonomisk status (SES) där utbildningsnivå ingick. I några studier var syftet att undersöka barn till individer med låg utbildningsnivå.

De nio studierna kunde i sin tur delas in i fem olika typer av utfall: tre studier avsåg interventioner mot tobaksrökning, tre avsåg interventioner för bättre kostvanor, två avsåg interventioner för ökad fysisk aktivitet, två avsåg interventioner för att förbättra den psykiska självskattade hälsan, samt en intervention avsåg att höja medverkan i ett program för bröstcancerscreening (en intervention avsåg både rökning, kostvanor och fysisk aktivitet).

Figur 2. Flödesschema som redovisar antal inkluderade och exkluderade artiklar under urvalsprocessens olika steg.



Interventioner som kan minska skillnaderna i förekomst av rökning mellan individer med olika utbildningsnivå

Stanczyk och medarbetare (16) utvärderade en intervention genomförd i Nederländerna som avsåg att minska tobaksrökning genom deltagande i en Internet-baserad intervention bestående av två interventionsgrupper, en baserad på visualiserade budskap (videoklipp) jämfört med en annan intervention baserad på textbudskap. Effekten av respektive typ av intervention kunde sedan jämföras mellan lågutbildade och mellan/högutbildade. Deltagare som önskade sluta röka

inom en 6-månadersperiod rekryterades via Internet och fördelades slumpvis till en av de två nämnda interventionstyperna. Initialt anmälde över 11 000 individer sitt intresse att delta i studien, men efter en utvärdering inbjöds enbart 204 individer som sedan slumpvis fördelades till textintervention (104 individer) respektive videobaserad intervention (100 individer). Efter interventionen fick deltagarna svara på ett frågeformulär som mätte sex olika typer av mekanismer för att processa det budskap de fått, samt deras egen uppfattning om de kunde fullfölja rökslutarprogrammet. Totalt fullföljde 74 individer den textbaserade interventionen jämfört med 65 i den videobaserade interventionen. Analysen av deltagarnas svar visade att det inte fanns någon skillnad mellan effekterna av de olika interventions-typerna avseende hur budskapet processades eller hur deltagarna bedömde sina möjligheter att fullfölja programmet. Däremot noterades skillnader i effekten mellan individer med olika utbildningsnivå så till vida att båda typerna av Internet-baserad intervention fungerade bättre för individer med låg utbildningsnivå. Detta kan potentiellt bidra till att utjämna den existerande ojämlikheten i rökprevalens mellan grupper med olika utbildningsnivå. Detta förutsatt att de beskrivna programmen verkligen leder till att individerna faktiskt lyckas sluta röka, vilket denna studie inte undersökte.

En amerikansk Internetstudie av Cantrell och medarbetare (17) undersökte effekten av antirökbudskap med enbart text jämfört med budskap innehållande bildmaterial som förstärker textens innehåll. Syftet med studien var att undersöka om effekten av de två olika interventionstyperna skilde sig åt mellan grupper med olika utbildningsnivå. Initialt undersöktes över 5 000 vuxna rökare via Internet och av dessa uppfyllde 3 371 individer de uppställda kriterierna för att ingå i studien. De fördelades slumpvis till respektive typ av intervention, 1 665 till gruppen med enbart textbudskap och 1 706 till gruppen med bildförstärkt textbudskap. Samtliga deltagare fick svara på frågor om hur de uppfattade genomslaget av budskapet och hur troligt de ansåg det vara att de själva skulle försöka sluta röka inom 30 dagar. Analysen av svaren visade att det bildförstärkta budskapet uppfattades som mer slagkraftigt och genererade fler svar att deltagarna hade för avsikt att sluta röka inom 30 dagar. Individer med låg utbildningsnivå rapporterade mindre effekt än individer med medelhög/hög utbildningsnivå för båda typerna av intervention. Man kunde dock inte konstatera några statistiskt säkerställda skillnader i effekten mellan de två olika interventionerna avseende utbildningsgrupper. Båda typerna av intervention riskerar därför potentiellt att öka skillnaderna i förekomsten av rökning mellan individer med låg respektive medelhög/hög utbildningsnivå.

Wendel-Vos och medarbetare (18) utvärderade ett samhällsbaserat interventionsprogram avsett att förbättra hälsorelaterade beteenden i befolkningen (med yttersta syftet att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom). Interventionen bestod främst av olika offentliga events, skriftlig information som distribuerades till hushållen, lokala TV-program, annonser på offentliga annonsplaner, kartor på lämpliga gång- och cykelvägar i området, etc. En grupp på 2 356 individer i åldern 30–71 år rekryterades slumpvis i interventionsområdet och en jämförelsegrupp på 758 individer i samma åldersspann rekryterades från ett område som inte erhållit den

beskrivna interventionen. En första datainsamling gjordes 1998 och en uppföljande datainsamling gjordes fem år senare, avseende båda grupperna. I frågeformuläret ingick frågor om utbildningsnivå och rökstatus vid starten av interventionen och vid uppföljningen fem år senare. Analyserna av data visade att det inte fanns några statistiskt säkerställda förändringar av förekomsten av rökning, vare sig i interventions- eller kontrollområdet. Det kunde inte heller konstateras några skillnader i förekomsten av rökning över tid bland individer med låg utbildningsnivå mellan interventionsområde och kontrollområde. Med andra ord kunde utvärderingen inte belägga att interventionsmetoden har någon potential att minska ojämlikheten i förekomsten av rökning mellan grupper med olika utbildningsnivå.

Evidensbedömning: På basis av de tre studierna i denna sammanställning (16-18) finner vi inget stöd för metoder som kan minska existerande ojämlikheter i rökprevalens mellan individer med olika utbildningsnivå.

Interventioner som kan minska skillnaderna i kostvanor mellan individer med olika utbildningsnivå

Wendel-Vos och medarbetare (18) utvärderade ett samhällsbaserat interventionsprogram avsett att förbättra hälsorelaterade beteenden i befolkningen (med yttersta syftet att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom). Som beskrivits ovan bestod interventionen främst av olika offentliga events, skriftlig information som distribuerades till hushållen, lokala TV-program, annonser på offentliga annonspelare, kartor på lämpliga gång- och cykelvägar i området, etc. En kohort på 2 356 individer i åldern 30–71 år rekryterades slumpvis i interventionsområdet och en jämförelsegrupp på 758 individer i samma åldersspann rekryterades från ett område som inte erhållit den beskrivna interventionen. En första datainsamling gjordes 1998 och en uppföljande datainsamling gjordes fem år senare, avseende båda grupperna. I frågeformuläret ingick uppgifter om utbildningsnivå och kost (totalt energiintag, samt fettintag) vid starten av interventionen och vid uppföljningen fem år senare. Analyserna visade att interventionen var något mer gynnsam för gruppen med låg utbildningsnivå jämfört med gruppen med högre utbildningsnivå. Det gällde särskilt för det totala energi- och fettintaget, och särskilt bland kvinnor med låg utbildningsnivå. Men, förändringarna var alltför små, varför resultatet av utvärderingen inte kan belägga att interventionsmetoden har någon potential att minska ojämlikheten i kostvanor mellan individer med olika utbildningsnivå (18).

Øverby och medarbetare (19) utvärderade ett nationellt skolfruktsprogram i Norge för att undersöka om fri frukt i skolan medförde att eleverna minskade sin konsumtion av ohälsosamma snacks som läsk, godis och chips. I interventionen fyllde 1 488 sjätte- och sjundeklass elever från 27 norska grundskolor i ett frågeformulär år 2001 och 1 339 sjätte- och sjundeklass elever från samma skolor fyllde i samma frågeformulär år 2008. Under år 2001 hade ingen av skolorna ett organiserat skolfruktsprogram. År 2008 deltog femton skolor i ett sådant program och tolv deltog inte. Andelen ohälsosamma mellanmål minskade mellan 2001 och 2008 från 6,9 i veckan till 4,6. Den statistiskt säkerställda minskningen var störst i

de skolor som inkluderats i det nationella fri frukt-skolprogrammet (-2,8 ggr/v). Särskilt tydlig påverkan hade skolfruktprogrammet hos snackskonsumtionen hos barn med låg SES och med föräldrar med lägre utbildning (från 7,8 till 4,0 ggr/v). Artikelförfattarna drar därför slutsatsen att ett skolfruktsprogram därmed kan bidra till en minskning av observerade sociala ojämlikheter i matvanor och hälsa.

Cameron och medarbetare (20) utvärderade ett program riktat till förstföderskor med eller utan universitetsexamen. Syftet med interventionen var att förebygga barndomsfetma. Under år 2008 valdes 542 mor/spädbarnspar slumpvis ut från 62 förstagångsföräldragrupper. De slumpmässigt utvalda paren genomgick en intervention mellan juni 2008 och februari 2010 som var fokuserad på spädbarnets diet samt förstföderskors grad av fysisk aktivitet, tv-tittande och BMI. Interventionen innehöll 6x2 timmars möten med en dietist, DVD och skriftligt material med nyckelbudskap från spädbarnsålder 4–15 mån. Interventionen var tänkt att bygga upp föräldrars kunskap, färdigheter och socialt stöd gällande spädbarnsmatning (även om amning var främsta fokus), fysisk aktivitet och stillasittande beteende. Interventionen bestod av kamratstöd (peer support) men även gruppdiskussioner kring hindren för (eller det som främjar) hälsosamt ätande och aktivitet. Kontrollgruppen fick vanlig vård från mödra- och barnhälsovården samt sex stycken nyhetsbrev om icke fetmarelaterade aspekter av barns hälsa och utveckling. Interventionsdelarna verkade olika gynnsamt för olika grupper. Spädbarnets diet bedömdes efter interventionens slutförande genom att föräldrar fick återge barnets diet i en enkät som 389 förstföderskor svarade på. Bland barn som hade mödrar med universitetsexamen ökade intaget av grönsaker och konsumtionen av sötsaker minskade. På motsvarande sett observerades enbart en ökning av vattenintag hos de spädbarn vars mödrar saknade universitetsutbildning. Således verkar interventionen snarare riskera öka klyftan mellan olika utbildningsgrupper.

Evidensbedömning: På basis av de tre kontrollerade studierna i denna sammanställning (18-20) finner vi begränsat stöd för metoder som minskar existerande ojämlikheter i kostvanor mellan individer med olika utbildningsnivå eller alternativt deras barn.

Interventioner som kan minska skillnaderna i fysisk aktivitet mellan individer med olika utbildningsnivå

Wendel-Vos och medarbetare (18) utvärderade ett samhällsbaserat interventionsprogram avsett att förbättra hälsorelaterade beteenden i befolkningen (med yttersta syftet att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom). Som beskrivits ovan bestod interventionen främst av olika offentliga events, skriftlig information som distribuerades till hushållen, lokala TV-program, annonser på offentliga annonspelare, kartor på lämpliga gång- och cykelvägar i området, etc. En kohort på 2 356 individer i åldern 30–71 år rekryterades slumpvis i interventionsområdet och en jämförelsegrupp på 758 individer i samma åldersspann rekryterades från ett område som inte erhållit den beskrivna interventionen. En första datainsamling gjordes år

1998 och en uppföljande datainsamling gjordes fem år senare, avseende båda grupperna. I frågeformuläret ingick uppgifter om utbildningsnivå och fysisk aktivitet (total fritid spenderad samt uppdelad i promenad, cykling och idrott) vid starten av interventionen och vid uppföljningen fem år senare. Analyserna visade att interventionen var något mer gynnsam för gruppen med låg utbildningsnivå jämfört med gruppen med högre utbildningsnivå. Det gällde särskilt för promenader, cykling och särskilt bland kvinnor med låg utbildningsnivå. Men, förändringarna var alltför små, varför resultatet av utvärderingen inte kan belägga att interventionsmetoden har någon potential att minska ojämlikheten i motionsvanor mellan individer med olika utbildningsnivå (18).

Vander Ploeg och medarbetare (21) undersökte om interventioner för att främja fysisk aktivitet i skolan ökar eller minskar ojämlikheten i hälsa. De jämförde förändring i fysisk aktivitet bland tio- och elvaåriga barn i kanadensiska skolor i låginkomstområden, med eller utan hälsofrämjande program genom att jämföra aktivitetsnivå, viktstatus, och socioekonomisk bakgrund. Under våren 2009 och 2011 samlades uppgifter om fysisk aktivitet och demografisk information bland tio interventions- och tjugo kontrollskolor. Interventionen var en del av ett program som implementerades specifikt i skolor i socioekonomiskt missgynnade områden och som handlade om att underlätta hälsosamma val. År 2009 fick 412 elever i klass fem i interventionsskolorna med sig enkät och medgivandeblankett hem. Socioekonomisk status bestämdes via föräldrars utbildningsnivå (självrapporering). År 2011 deltog färre elever (339) i interventionsskolorna. I kontrollskolorna besvarade och inkluderades ungefär 450 elever år 2009 och cirka 300 år 2011. Barnen i interventionsskolorna var vid första mätningen både i högre grad överviktiga och rörde sig mindre än barnen i kontrollskolorna. Barnen i interventionsskolorna med föräldrar som var lågutbildade, ökade sin fysiska aktivitet med 23,8 procent mellan 2009 och 2011, vilket var en säkerställd skillnad jämfört med barnen i kontrollskolorna. Den relativa skillnaden i aktivitet, men även i övervikt, minskade under de två åren mellan interventionsskolorna och kontrollskolorna, men även mellan barn med föräldrar som hade olika utbildningsnivå i interventionsskolorna. Utvärderingen av interventionen visar därmed att den verkade gynna elever med lågutbildade föräldrar.

Evidensbedömning: På basis av de två kontrollerade studierna i denna sammanställning (18, 21) finner vi begränsat stöd för metoder som minskar existerande ojämlikheter i fysisk aktivitet mellan individer med olika utbildningsnivå eller alternativt deras barn.

Interventioner som kan minska skillnaderna i psykisk hälsa mellan individer med olika utbildningsnivå

De nederländska forskarna van der Waerden och medarbetare (22) undersökte en intervention, vars syfte var att minska stress- och depressiva symptom bland nederländska kvinnor (20–55 år) med låg socioekonomisk position. Interventionen var ett gruppbaserat program som kombinerade fysisk aktivitet och mental träning.

Deltagare rekryterades antingen genom hänvisning från allmänläkare som arbetade i eller i närheten av socioekonomiskt utsatta områden, tjänstemän inom socialtjänsten eller personal inom hälso- och sjukvården. Mellan september 2005 och maj 2008 valdes slumpvis 161 kvinnor med förhöjda stress- och depressiva symtom ut till att erhålla antingen en kombinerad motion/mental träningsintervention eller enbart motion, alternativt till att ingå i en kontrollgrupp som innebar att de sattes på väntelista för intervention. Motionsinterventionen innehöll låg till medelintensiv stretching, styrka, flexibilitet och kroppsfokuserad träning, men även avslappning. Kombinationen motion och mental träning innehöll motion med kognitiva tekniker där depressiva symtom och upplevd stress mättes före och omedelbart efter interventionen samt även vid uppföljning vid två, sex och tolv månader. För hela gruppen kunde ingen intervention visa att depressiva symptom eller stressnivåer reducerades, varken på kort eller lång sikt. Kvinnorna med lägst utbildning uppvisade ett något statistiskt bättre resultat avseende stressreduktion jämfört med de högre utbildade kvinnorna. Studiens resultat implicerar att denna typ av interventioner har potential att minska skillnader i psykisk hälsa mellan individer och grupper med låg utbildningsnivå jämfört med hög utbildningsnivå.

De amerikanska forskarna DeSocio och medarbetare (23) utvärderade en intervention i syfte att öka känslan av egenkontroll (self agency) bland ogifta tonårsmödrar i USA. Deltagare var 429 ogifta tonårsmödrar yngre än 19 år som delades in i två grupper, en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Deltagarna skulle bland annat uppfylla minst två av tre kriterier på att vara socialt missgynnade: a) vara ogifta, b) ha mindre än tolv års utbildning, och c) vara arbetslös. Kontrollgruppen fick fri transport till utvecklingsmöten/screening för sina barn vid 6, 12 och 24 månader. Interventionsgruppen fick detsamma som kontrollgruppen plus att det ingick hembesök av en sköterska fram till barnets andra födelsedag, totalt 57 besök. Analyserna visade att mödrar med lägre kognitiv förmåga och som låg efter sina ålderskamrater i skolgången gynnades mest av interventionen.

Evidensbedömning: På basis av de två kontrollerade interventionsstudierna i denna sammanställning (22, 23) finner vi begränsat stöd för metoder som kan ha förutsättningar att minska existerande ojämlikheter i psykisk hälsa mellan individer med olika utbildningsnivå.

Interventioner som kan minska skillnaderna i cancer mellan individer med olika utbildningsnivå

Kreuter och medarbetare (24) utvärderade en amerikansk intervention för ökad mammografiscreening. Till studien rekryterades 489 afroamerikanska kvinnor i åldern 40 år eller äldre från ett låginkomstområde där andelen med bröstcancerdiagnos i sent stadium var dubbelt så hög som den förväntade i staten. Deltagarna delades in i två grupper där den ena gruppen fick se videoinslag som innehöll berättelser (narrativ) från afroamerikanska bröstcanceröverlevare och den andra gruppen fick se en ren informationsvideo. Effekten av respektive intervention mättes direkt efter exponering, men även efter tre och sex månader. Videorna som

innehöll berättelser från överlevare gillades i högre grad, deras budskap var lättare ihåggomna, och det genererade oftare diskussion kring bröstcancer med familjemedlemmar, jämfört med den faktabaserade videon. Därutöver rapporterade individerna i videointerventionen färre hinder för deltagande i mammografi-screening, bland kvinnorna som tittade på den narrativa videon jämfört med den andra gruppen. Andelen som genomgått mammografi vid sex månaders uppföljning skiljde sig däremot inte åt mellan deltagarna i den narrativa interventionsgruppen och kontrollgruppen. Däremot fann forskarna en statistiskt säkerställd skillnad mellan de kvinnor som saknade gymnasieutbildning och de som hade sådan, där en större andel i den förstnämnda gruppen hade genomgått mammografi vid sex månaders uppföljning. Artikelförfattarna drar slutsatsen att narrativa kommunikationsformer potentiellt kan reducera skillnader i deltagande i mammografiscreening mellan individer med olika utbildningsnivå.

Evidensbedömning. Eftersom det bara föreligger en enda studie (24), anses det inte finnas belagt att det finns metoder som kan minska existerande ojämlikheter i bröstcancerscreening mellan individer med olika utbildningsnivå.

Diskussion

I denna kunskapsöversikt beaktades interventionsstudier som hade en kontrollgrupp, det vill säga studier där individer slumpmässigt valts ut till en interventionsgrupp eller en icke-interventionsgrupp/annan typ av intervention, och där utfallet kunde jämföras med avseende på individernas utbildningsnivå. Alternativa studier som inkluderades var de med kohortdesign, det vill säga där en grupp följs över tid i ett interventionsområde och som kunde jämföras med en grupp i ett icke-interventionsområde. Totalt identifierades enbart nio studier med interventioner inom fem olika hälso- eller hälsorelaterade utfall som ansågs vara relevanta för syfte och frågeställningar.

Vår bedömning är att en del av de identifierade interventionerna har goda förutsättningar att implementeras i en svensk kontext, exempelvis skolfruktsprogram och hälsofrämjande skolprogram för att underlätta hälsosamma val som fysisk aktivitet. Bunkefloprojektet, som pågått i Malmö sedan 1999, har exempelvis genom att ge barnen i årskurs 1 och 2 en timmes fysisk aktivitet dagligen kunnat visa sig ge positiva effekter på såväl den direkta hälsan som på elevernas skolprestationer (8). Malmökommissionen nämner särskilt införande av daglig idrott i Malmös grundskolor som ett förslag till åtgärd för att minska ojämlikhet i hälsa (8).

Därmed ligger fynden i linje med de nyligen utförda översikter som funnit begränsad evidens för effektiva samhällsbaserade interventioner riktade mot exempelvis kost och fysisk aktivitet för socioekonomiskt svaga grupper (12) samt interventioner för låginkomstgrupper med fokus på beteendeförändring (13).

Det är dock viktigt att vara medveten om svårigheten med interventioner som riktar sig direkt till individens beteende. Ofta har dessa interventioner större effekt bland högutbildade och därmed ökar klyftorna mellan utbildningsgrupperna, vilket diskuteras i *Marmot Review* (25). Detta är också något som många artikelförfattare till våra identifierade studier både observerar och diskuterar. Kontexten är därför viktig, då de sociala mönstren styr graden av effekten av ohälsosamt beteende (fetma, fysisk inaktivitet och rökning) på förväntad livslängd och dess skillnader mellan utbildningsgrupper (26). Hälsofrämjande insatser kan därmed vara svåra att generalisera länder emellan.

En ytterligare aspekt är viktig att beakta i den här typen av forskning, nämligen att randomiserade undersökningar med kontrollgrupper inte är alltid tillämpliga när det gäller forskning om de strukturella bestämningsfaktorerna för hälsa. Exempelvis i WHO-kommissionens slutrapport skriver man att den begreppsliga ramen ligger på att hitta ”causes of the causes” – de grundläggande strukturer av social hierarki och sociala bestämningsfaktorer som bestämmer människors livsvillkor (15).

Resultatet av vår översikt antyder vikten av att beakta begreppet proportionell universalism, som innebär att interventionsåtgärderna bör vara universella, men

anpassas, både i omfattning och utformning, till dem med störst behov. En viktig utgångspunkt i det svenska Marmot-arbetet (27) var just att beakta proportionell universalism, vilket innebar att åtgärderna skulle vara generella men anpassas till geografiska förhållanden och prioriterade gruppers behov som bland annat grupper med kort/ofullständig utbildning.

Det begränsade evidensläge som vi har funnit kan möjligtvis förklaras av att insatser riktade enbart till de mest utsatta grupperna inte i tillräcklig omfattning kommer att kunna reducera ojämlikheten i hälsa. För att reducera den sociala gradienten bör åtgärder vara universella, men med en omfattning och intensitet som är proportionell mot graden av utsatthet, det vill säga proportionell universalism (25). En annan förklaring till det bristande evidensläget i denna kunskapsöversikt, kan vara den använda sökstrategin som utgick från regeringsuppdragets uppdragsbeskrivning. Om sökstrategin hade inkluderat andra variabler än utbildningsnivå som angavs i uppdragstexten, exempelvis inkomst, så kan resultatet ha mynnat ut i flera sökträffar.

Implikationen av föreliggande analys blir därmed att kunskapsläget i denna översikt inte ger anledning att överväga interventioner riktade mot individer med låg utbildningsnivå, för att minska hälsans ojämlika fördelning avseende utbildningsnivå.

Slutsats

Denna kunskapsöversikt visar att det finns få kontrollerade studier som har undersökt om det finns skillnader i interventionseffekter mellan individer med olika utbildningsnivå. De interventioner som bedömdes ha ett begränsat stöd för att vara särskilt lämpade för individer med låg utbildningsnivå handlade om förbättrade kost- och motionsvanor samt förbättring av det egenrapporterade psykiska hälsotillståndet. De olika studierna skiljde sig avsevärt åt vad gäller interventionsupplägg, utfall och mätmetoder. Detta medförde att jämförelser mellan de olika studierna inte var möjliga att genomföra.

Kunskapsöversikten ger sammantaget ett mycket begränsat stöd för att välja individriktade interventioner utanför hälso- och sjukvården som huvudstrategi för att framgångsrikt uppnå målet med en större jämlikhet av hälsans ojämlikhet, avseende utbildningsnivå.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2014. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2014.
2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2010.
3. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annual Review of Public Health*. 2011;32:381-98.
4. Kawachi I, Wamala SP. *Globalization and health*. Oxford; New York: Oxford University Press; 2007.
5. Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet*. 2012;379(9826):1665-75.
6. Statens folkhälsoinstitut. *Folkhälsopolitisk rapport 2010: framtidens folkhälsa - allas ansvar*. Rapport R 2010:16. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2010.
7. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Landsting [SKL]. *Öppna jämförelser 2014: Folkhälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.
8. The Malmö Commission. *Malmö's way to a sustainable future, health, welfare and equity [Malmö's väg mot en hållbar framtid, hälsa, välfärd och rättvisa]*. Malmö stad: Kommission för ett socialt hållbart Malmö 2013.
9. Hillier-Brown FC, Bamba CL, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD. A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal-level interventions at reducing socio-economic inequalities in obesity among adults. *International Journal of Obesity*. 2014;38(12):1483-90.
10. Hillier-Brown FC, Bamba CL, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD. A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. *BMC Public Health*. 2014;14:834.
11. Bamba CL, Hillier FC, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD. How effective are interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity among children and adults? Two systematic reviews. *Public Health Research*. Southampton (UK)2015.
12. Everson-Hock ES, Johnson M, Jones R, Woods HB, Goyder E, Payne N, et al. Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Preventive Medicine*. 2013;56(5):265-72.
13. Bull ER, Dombrowski SU, McCleary N, Johnston M. Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014;4(11):e006046.
14. Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:1056.
15. The Commission on Social Determinants of Health. *CSDH final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: 2008.
16. Stanczyk NE, Crutzen R, Bolman C, Muris J, de Vries H. Influence of delivery strategy on message-processing mechanisms and future adherence to a Dutch computer-tailored smoking cessation intervention. *Journal of Medical Internet Research*. 2013;15(2):e28.
17. Cantrell J, Vallone DM, Thrasher JF, Nagler RH, Feirman SP, Muenz LR, et al. Impact of tobacco-related health warning labels across socioeconomic, race and ethnic groups: results from a randomized web-based experiment. *PLoS One*. 2013;8(1):e52206.
18. Wendel-Vos GC, Dutman AE, Verschuren WM, Ronckers ET, Ament A, van Assema P, et al. Lifestyle factors of a five-year community-intervention program: the Hartsлаг Limburg intervention. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(1):50-6.
19. Overby NC, Klepp KI, Bere E. Introduction of a school fruit program is associated with reduced frequency of consumption of unhealthy snacks. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2012;96(5):1100-3.

20. Cameron AJ, Ball K, Hesketh KD, McNaughton SA, Salmon J, Crawford DA, et al. Variation in outcomes of the Melbourne Infant, Feeding, Activity and Nutrition Trial (InFANT) Program according to maternal education and age. *Preventive Medicine*. 2014;58:58-63.
21. Vander Ploeg K, Maximova K, McGavock J, Davis W, Veugeliers P. Do school-based physical activity interventions increase or reduce inequalities in health? *Social Science & Medicine*. 2014;112:80-7.
22. van der Waerden JE, Hoefnagels C, Hosman CM, Souren PM, Jansen MW. A randomized controlled trial of combined exercise and psycho-education for low-SES women: short- and long-term outcomes in the reduction of stress and depressive symptoms. *Social Science & Medicine*. 2013;91:84-93.
23. DeSocio JE, Holland ML, Kitzman HJ, Cole RE. The influence of social-developmental context and nurse visitation intervention on self-agency change in unmarried adolescent mothers. *Research in Nursing & Health*. 2013;36(2):158-70.
24. Kreuter MW, Holmes K, Alcaraz K, Kalesan B, Rath S, Richert M, et al. Comparing narrative and informational videos to increase mammography in low-income African American women. *Patient Education & Counseling*. 2010;81 (Supplement 1):S6-S14.
25. Marmot M, Atkinson T, Bell J, et al. Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review, 2010.
26. Maki NE, Martikainen PT, Eikemo T, Menvielle G, Lundberg O, Ostergren O, et al. The potential for reducing differences in life expectancy between educational groups in five European countries: the effects of obesity, physical inactivity and smoking. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014;68(7):635-40.
27. Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen. Svenska lärdomar av Marmotkommissionens rapport Closing the Gap. 2010.
28. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok. 2:a upplagan. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]; 2014.

Bilaga 1

Målet med den genomförda granskningen var att den skulle resultera i en kunskapsöversikt som skulle omfatta någon form av bedömning av det vetenskapliga underlagets tillförlitlighet, såsom gradering av evidensstyrkan i studiernas slutsatser (SBU (28)). SBU (28) använder GRADE som utvecklats genom ett internationellt samarbete inom GRADE Working Group. I princip bygger GRADE på erfarenheter från andra graderingsystem men med ett tydligare fokus på risk–nyttaperspektivet. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyrgradig skala från starkt, måttligt och lågt till mycket lågt vetenskapligt underlag. SBU har valt att ersätta ordet ”lågt” med ”begränsat” och ”mycket lågt” med ”otillräckligt” (Figur 3). Skälen till att SBU ändrat ordvalet är att det överensstämmer bättre med SBU:s tidigare nomenklatur och att det ger lite mer vägledning.

De inkluderade studierna ska uppfylla följande kvalitetskrav för att klassificeras som minst medelhög kvalitet och relevans:

- Tydligt uttryckt syfte.
- Storlek och sammansättning av den studerade populationen ska vara väl beskriven och av adekvat omfattning för att trovärdigt besvara studiens frågeställningar.
- Innehålla en definierad referensgrupp.
- Metoder för att fastställa faktorer i arbetsmiljön samt datainsamlingsmetoder ska vara tydligt beskrivna.
- Metoder för att fastställa besvär eller sjukdom ska vara tydligt beskrivna.
- Systematiska fel, statistisk analys och bortfall ska hanteras på ett korrekt sätt.
- Ha en adekvat design för den fråga som ska studeras.

Figur 3. Preliminär evidensstyrka baserad på studiedesign samt omständigheter som motiverar sänkning eller höjning av evidensstyrkan enligt GRADE.

Preliminär evidensstyrka	Symbol	Studiedesign	
Stark	⊕⊕⊕⊕	Randomiserade studier	
Måttligt stark	⊕⊕⊕○		
Begränsad	⊕⊕○○	Observationsstudier	
Otillräcklig	⊕○○○	Fallstudier m m	
Graderingen sänks om nedanstående försvagande omständigheter förekommer		Graderingen höjs om nedanstående förstärkande omständigheter förekommer	
Brister i studie-kvalitet	max -2	Stora effekter och inga sannolika förväxlingsfaktorer (engelska confounders)	max +2
Brister i överensstämmelse mellan studierna	max -2	Tydligt dos-responssamband, alternativt att förändrad exponering tydligt ger förändring i utfallsmåttet	max +1
Brister i överförbarhet eller relevans	max -2	Förväxlingsfaktorer som inte är med i analysen har hög sannolikhet att ge underskattning av samband	max +1
Brister i precision	max -2	Stor överensstämmelse mellan studierna och god hantering av förväxlingsfaktorer ⁵	max +1
Brist i form av hög sannolikhet för publikationsbias	max -1		

Källa: SBU (28).



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se