

Health Equity Studies - en introduktion

Gunilla Krantz, Olle Lundberg

Detta nummer av Socialmedicinsk Tidskrift utgår från CHESS - Centre for Health Equity Studies - och representerar olika exempel på forskning om ohälsa och ojämlikhet. Artiklarna representerar också forskningsfältet i hela dess bredd från social kontext till individuell sårbarhet. Allt är skrivet speciellt för detta nummer, även om det i huvudsak bygger på och sammanfattar forskning som författarna publicerat på annat håll. Vi hoppas att denna samling artiklar inte bara ger en bild av den forskning som bedrivs vid CHESS, utan framförallt att de kan bidra till fördjupad kunskap och debatt kring folkhälsa och ojämlikhet.

Den vetenskapliga och politiska bakgrunden till CHESS

I den forskningspolitiska proposition för åren 1997-1999 som dåvarande utbildningsminister Carl Tham lade fram i september 1996 beskrevs forskning om ojämlikhet i ohälsa som särskilt angelägen. I kapitlet om forskning inför 2000-talet diskuterades också forskning om ojämlikhet i hälsa i ett särskilt avsnitt (3.11.5). Inledningsvis behandlar detta avsnitt själva sakfrågan. *"Hälsoutvecklingen i Sverige är mycket positiv - men inte för alla. Det finns fortfarande påtagliga sociala skillnader i hälsa bland såväl barn som kvinnor och män. Individer i arbetaryrken har - generellt sett - 50 procent högre sjuklighet och risk för tidiga dödsfall (före 65 år) än högre tjänstemän. Speciellt utsatta är bl.a. kortutbildade, vissa invandrargrupper och arbetslösa. Ojämlikheten i hälsa har ökat under 1980-talet. Kvinnor i arbetaryrken har haft den minst gynnsamma hälsoutvecklingen."* (Prop. 1996/97:5)

Efter en genomgång av olika delfrågor inom området ojämlikhet i hälsa och kunskapsläget rörande dessa drog man följande slutsats: *"Analyser av orsaker till sociala och könsrelaterade skillnader i hälsa kräver en tvärvetenskaplig ansats och tvärvetenskapliga forskningsmiljöer. Ohälsans bestämningsfaktorer bör analyseras både ur ett biologiskt och ett socialt perspektiv. Initiativ för att stimulera och skapa förutsättningar för denna typ av långsiktig tvärvetenskaplig forskning har tagits i flera andra västländer - Storbritannien, Kanada, Holland och USA. Mot denna bakgrund avser regeringen att ge i uppdrag till Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) att, i samråd med berörda forskningsråd och övriga organ, utarbeta ett nationellt forskningsprogram för forskning om ojämlikhet i hälsa."* (Prop. 1996/97:5).

Denna viljeyttring från regeringen kom förstas inte som en blix från klar himmel. Även om frågan om ojämlikhet i hälsa diskuterats och belysts många gånger tidigare kan det moderna intresset för dessa frågor sägas ha sitt ursprung i den brittiska Black Report som publicerades 1980. Historien kring denna rapport är klassisk men tål att upprepas. Efter ett antal års debatt kring en stagnerande folkhälsoutveckling kopplad till bestående hälsoklyftor i Storbritannien tillsatte den dåvarande Labour-regeringen en arbetsgrupp kring ojämlikhet i hälsa 1977. Som ordförande för arbetsgruppen tillsattes Sir Douglas Black, vilken gett namn åt gruppens slutrapport. Gruppens uppgift var omfattande; man skulle 1) samla information om skillnader i hälsa mellan samhällsklasser samt om faktorer som kan bidra till sådana skillnader,

2) analysera detta material för att identifiera och testa möjliga orsaker till ojämlikhet i hälsa samt utvärdera policyimplikationerna av sådana kausalsamband, samt 3) föreslå fortsatta forskningsinsatser på området.

När slutrapporten skulle överlämnas hade Margaret Thatchers konservativa regering tillträtt, vilken inte var särskilt intresserad av de analyser och rekommendationer som arbetsgruppen presenterade. Tvärtom kan man nog påstå att man ansträngde sig för att inte göra något stort nummer av rapporten. Istället för att publicera den på sedvanligt sätt kopierades endast 260 exemplar av manuset, och dessa gjordes tillgängliga i samband med en helg då många var lediga från arbetet. Som man skulle ha kunnat vänta sig ledde detta snarast till ett ökat intresse för rapporten, som snabbt fick vad som måste betecknas som kultstatus. År 1982 publicerades den också i något reviderad form av Pelican Books och fick därmed en mycket stor spridning.

Gruppens analyser, ställningstaganden och förslag var långt ifrån okontroversiella, men just detta ledde till rapportens stora betydelse som startskott för intensifierad forskning och debatt kring ojämlikhet i hälsa långt utanför Storbritanniens gränser. The Black Report stimulerade forskning och debatt också i Sverige, men Forskningspropositionen 1996/97 föregicks av en rad andra nationella politiska initiativ där ojämlikhet i hälsa på ett eller annat sätt stod i fokus (se Boman 2002 för en genomgång). En viktig roll spelade gruppen som arbetade med Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS-90), där Göran Dahlgren hade en framträdande roll. Inom ramen för HS-90 publicerades flera arbeten där hälsans ojämlika fördelning lyftes fram (se exempelvis SOU 1984:39-41). Delegationen för social forskning (föregångaren till Socialvetenskapliga forskningsrådet och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap) satsade forskningsmedel på studier om ojämlikhet i hälsa, och 1987 publicerades den första Folkhälsorapporten. Året därefter tillsattes Folkhälsogruppen som 1991 levererade en strategi för att förbättra folkhälsan, vilken bland annat inkluderade ett förslag om inrättandet av ett nationellt folkhälsoinstitut. Ett sådant inrättades också 1992, och 1995 tillsattes Nationella folkhälsokommittén med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen "*...med särskild betoning på att minska skillnader i hälsa mellan grupper i befolkningen*" (Dir. 1995:158).

Regeringens önskan om ett nationellt forskningsprogram kring ojämlikhet i hälsa hade således föregåtts av en rad andra initiativ där utjämning av hälsoskillnader stått i fokus. Trots de ansträngningar som gjorts för att kartlägga ojämlikheten i hälsa och bättre förstå mekanismerna bakom hälsoskillnaderna hade forskningen kring dessa frågor vid mitten av 1990-talet fortfarande en svag institutionell bas i Sverige. Forskningen bedrevs av ett relativt litet antal etablerade forskare utspridda över olika vetenskapliga discipliner, institutioner och orter och med huvuddelen av verksamheten finansierad via externa anslag. Samtidigt hade den svenska forskningen inom detta område fått ett relativt stort genomslag internationellt. Detta belyses bland annat av att 7 procent av artiklarna om ojämlikhet i hälsa som publicerades i internationella vetenskapliga tidskrifter under 1990-talet behandlade Sverige (Anton Kunst, personlig kommunikation). Omräknat i publiceringar per capita placerar detta Sverige på samma nivå som Storbritannien.

Vid ett första seminarium anordnat av SFR i mars 1997 diskuterades vad ett nationellt forskningsprogram borde innehålla och syfta till. Där presenterades också en första idé rö-

rande bildandet av ett "Centre of excellence" för studier av ojämlikhet i hälsa (Diderichsen & Lundberg 1997). Fördelarna med att i ett litet land satsa begränsade forskningsresurser mer koncentrerat underströks också av flera deltagare vid det internationella expertmöte som SFR ordnade i september samma år. När det nationella forskningsprogrammet överlämnades till regeringen i mars 1998 (SFR 1998) ingick därför också dels en satsning på ett nationellt nätverkscentrum för forskning om ojämlikhet i hälsa, dels en satsning på ytterligare noder i ett nätverk.

I februari 1999 tillskrevs universiteten av SFR och erbjöds söka medel för ett nätverkscentrum. Förutsättningen för att få medel för ett center var dock att universiteten själva satsade befintliga resurser. Forskargrupper vid Karolinska institutet och Stockholms universitet, under ledning av Finn Diderichsen, Denny Vågerö och Ulf Lundberg, utarbetade ett gemensamt förslag. Den grundläggande idén var att en samlokalisering och ett tätare samarbete mellan forskare från socialmedicin, socialepidemiologi, medicinsk sociologi och psykologi skulle utveckla och fördjupa analyserna av ojämlikhet i ohälsa. I den slutliga bedömningen av de olika förslag som inkommit sattes förslaget från Stockholms universitet (SU) och Karolinska institutet (KI) främst av de internationella sakkunniga. Ett avtal slöts därefter av SU, KI och SFR den 30 juni 2000, och CHES var därmed formellt inrättat. Samtidigt erhöll Umeå, Uppsala, Göteborg, Linköping och Lund resurser för utlysande av forskarassistenttjänster, vilka var tänkta att fungera som noder i det nationella nätverket kring forskning om ojämlikhet i hälsa.

Upprättandet och organiserandet av CHES

CHES bygger på samarbete mellan forskare från folkhälsovetenskap, psykologi och sociologi vid två olika universitet. Genom att samla såväl etablerade forskare som yngre forskare och doktorander med olika disciplinär bakgrund under ett tak skall förhoppningsvis flera saker kunna uppnås. Genom att knyta samman forskare med komplementära kompetenser kring konkreta projekt skall vi kunna komma längre än vad var och en skulle ha gjort på egen hand. Dessutom skall den kontinuerliga kontakten mellan forskare med olika bakgrund och inriktning ge synergieffekter i form av nya forskningsuppdrag, andra tolkningar av resultat och en djupare förståelse av ojämlikhetens mekanismer. För att detta skall kunna uppnås är den fysiska samlokaliseringen en central del, och redan från början fastslogs också att CHES skulle lokaliseras till Sveaplan mitt emellan Karolinska institutet och Stockholms universitets campus.

Ambitionen att knyta samman olika forskningsprofiler avspeglas också i att de medel som erhöles från SFR (4 miljoner kr/år) bl.a. användes till att lysa ut två professurer i Health Equity Studies. Dessa annonserades internationellt, och gavs ingen disciplinär inriktning. Istället är den ena professuren inriktad mot folkhälsovetenskap/medicin och den andra mot samhällsvetenskap. Detta gav också en bred uppsättning sökanden till båda tjänsterna.

Vid CHES arbetar för närvarande 24 personer. Av dessa är nio doktorander och forskarassistenter, fem disputerade forskare och sex professorer. Doktoranderna är registrerade i folkhälsovetenskap, sociologi respektive psykologi. Förutom de fem disputerade forskare som sitter mer permanent vid CHES finns tre docentkompetenta forskare som är knutna till CHES och arbetar här viss tid. Utöver de två professurerna i Health Equity Studies (Ilona

Koupil och Olle Lundberg) finns en i medicinsk sociologi (Denny Vågerö), en i sociologi med inriktning på ojämlikhet och stratifiering (Johan Fritzell), en i psykologi (Britt af Klinteberg) samt en i humanbiologisk psykologi (Ulf Lundberg). De två psykologiprofessorerna är formellt anställda vid Psykologiska institutionen, men är verksamma en stor del av sin tid vid CHES.

Verksamheten vid CHES kretsar kring forskning, men som nationellt nätverkscentrum har CHES också andra uppgifter. En sådan uppgift har varit att arrangera träffar för representanter för de olika noderna i nätverket för att utbyta erfarenheter och information och diskutera möjliga gemensamma initiativ. En CHES-konferens organiserades hösten 2002, och avsikten är att denna skall bli årligt återkommande. CHES har också en seminarierie där såväl forskare vid CHES som särskilt inbjudna forskare presenterar sina arbeten. En doktorandkurs i multilevel-analys ordnades 2001, och under hösten 2003 kommer en doktorandkurs på temat Valfärdsstat, välfärdstjänster och välfärdsutfall att organiseras i samarbete med Institutionen för socialt arbete i Stockholm. Ytterligare information om olika aktiviteter, pågående projekt och forskare knutna till CHES finns på hemsidan; www.chess.su.se.

Innehållet i detta nummer

Innehållet i detta temanummer speglar inte all pågående forskning vid CHES men väl en betydande del. Ambitionen har varit att visa på den bredd som forskningen vid CHES har, samt på tvärvetenskapligheten och samarbetet mellan yngre och mer erfarna forskare. Även om artiklarna har olika karaktär är orsaksmekanismer till skillnaden i hälsa för olika grupper i befolkningen en röd tråd som går genom hela detta nummer.

Olle Lundberg inleder med en övergripande uppsats som diskuterar hur ojämlikhet i hälsa skall definieras och mätas. Vid en jämförelse mellan olika länder baserade på relativa skillnader, absoluta skillnader och absoluta risknivåer bland arbetare framkommer mycket olika bilder av tillståndet i Sverige. Utifrån detta diskuteras sedan vilka möjliga policyalternativ som har bäst chans att förbättra folkhälsan.

Artiklarna är sedan inbördes ordnade så att de grovt sett speglar ett livsförloppsperspektiv, men de rör sig i viss mån också från breda befolkningsperspektiv till mer specifika förhållanden. I den inledande artikeln Barnadödlighet, fattigdom och sanitära reformer beskrivs tänkbara orsaker till nedgången i dödlighet bland barn i Stockholm 1878-1925, en kunskap som kan vara vägledande för preventiva åtgärder i dagens fattiga länder för att minska barnadödligheten.

I nästa artikel - Tidiga bestämningsfaktorer för kardiovaskulär sjukdom och ohälsa - diskuteras hur såväl biologiska förhållanden som sociala levnadsvillkor tidigt i livet, påverkar utvecklingen mot hjärt- och kärlsjukdom i vuxen ålder. I artikeln redogörs för hur forskningen inom området har utvecklats med fokus på de centrala bidrag som lämnats från de s.k. Uppsalastudierna.

Barnens situation speglas också i uppsatsen Ekonomi och barns välfärd som dels visar hur barnfamiljernas ekonomi förändrats under 1990-talet och dels hur ekonomiska problem i familjen sammanhänger med andra viktiga aspekter av barns och ungdomars levnadsförhållanden och hälsoutveckling.

De följande artiklarna handlar om riskfaktorer i vuxenlivet. I kapitlet Social kontext och

hjärtinfarktrisk diskuteras hur risken för att bli sjuk påverkas av platsen där man bor via en så kallad områdeseffekt. Författarna diskuterar den sociala kontextens inverkan på hjärtinfarktrisk i Stockholmsregionen och visar att socioekonomisk deprivation och social fragmentering har betydelse.

I nästa artikel (Total arbetsbörda, stress och muskelvärk i ett genusperspektiv) diskuteras skillnader i hälsa mellan högutbildade män och kvinnor med fokus på det betalda och det obetalda arbetets fördelning. Kvinnor har en högre total arbetsbörda än män, vilket är en bidragande orsak till den högre förekomsten av muskuloskelettala besvär hos kvinnor jämfört med män.

Det finns stora klasskillnader i alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet i Sverige och två möjliga förklaringar till hur dessa skillnader uppkommer och består diskuteras i artikeln Alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet i Sverige - betydelsen av klass och mobilitet. Med hjälp av två longitudinella datamaterial och analyser av klassrelaterad rörlighet prövar författarna den s.k. belastningshypotesen respektive hypotesen om riskfaktorrelaterad social rörlighet.

I nästa arbete, Psykosocial problematik - individen i fokus, diskuteras författarna individuella olikheter i utsatthet inför vardaglig stress, också benämnd vulnerabilitet (sårbarhet, ömtålighet, svaghet) som under livstiden kan utvecklas till psykosocial problematik och annan ohälsa.

Den avslutande artikeln - Alternativa behandlingsprogram för intagna i fängelse: ett nytt perspektiv - berör rehabilitering av intagna i svenska fängelser. Artikeln pläderar för tillämpning av ett bredare rehabiliteringsbegrepp som omfattar insikt om vad som behövs för att bygga upp en ny icke-kriminell personlig identitet och några "alternativa" behandlingsprogram för fängelseintagna diskuteras.

Vår förhoppning är att dessa artiklar inte bara ska ge en bild av den verksamhet som bedrivs vid CHES, utan också kunna tjäna som kunskaps- och inspirationskälla för såväl praktiker i folkhälsoarbetet som forskare och beslutsfattare. Även om detta nummer är välmatat kunde bara en del av den forskning om ojämlikhet i hälsa som bedrivs vid CHES få plats. Exempelvis representeras inte studier kring inkomst, inkomstskillnader och hälsoutfall, analyser av bestämningsfaktorer till födelseutfall, eller studier av den östeuropeiska folkhälsoutvecklingen. På CHES initieras dessutom i skrivande stund nya studier, exempelvis kring hur äldres hälsa utvecklats, de snabbt ökande sjuktalen i Sverige under senare år och vilka faktorer i människors vardag som främjar hälsa. Vi hoppas kunna återkomma till dessa områden vid senare tillfällen.

Litteratur

Boman, J. (2002) Viljans vägar och villovägar. Den politiska diskussionen om klasskillnader i hälsa under 1980- och 90-talet. Linköpin dissertations on health and society, No. 1. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle.

Diderichsen, F. & O. Lundberg. (1997) "Fördjupad forskning om ojämlikhet i hälsa - några utgångspunkter och förslag". F-serie nr 15/1997. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Dir 1995:158. Nationella folkhälsomål.

Prop. 1996/97:5. Forskning och samhälle.

SOU 1984:39. Hälsa- och sjukvård inför 90-talet (HS90). Huvudrapport. Stockholm: Liber.

SOU 1984:40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. Stockholm: Liber.

SOU 1984:41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3. Stockholm: Liber.

SFR (1998) Ojämlikhet i hälsa - Ett nationellt forskningsprogram. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.