

Medellivslängden i Danmark, Sverige och Öresundsregionen

Martin Lindström Niss Skov Nielsen Juan Merlo

I början av 1990-talet visade en dansk rapport att den förväntade återstående medellivslängden vid födelsen för befolkningen i Danmark utvecklats mycket ogynnsamt under perioden mellan 1970 och 1990 jämfört med medellivslängden för alla andra befolkningar i länderna inom OECD-området. Under dessa tjuo år hade de danska kvinnornas medellivslängd visserligen ökat från 75,9 till 77,7 år, och männens från 70,8 till 72,0 år, men förändringen kan jämföras med till exempel de japanska kvinnornas ökade medellivslängd från 74,7 till 81,9 år och de japanska männens ökade medellivslängd från 69,3 till 75,9 år. Trots en ökad medellivslängd under perioden hade de danska kvinnornas medellivslängd halkat ned från åttonde till tjugoförsta plats bland 23 OECD-länder. På motsvarande sätt hade de danska männens relativa placering vad gäller medellivslängd minskat från femte till artonde plats. De svenska kvinnornas relativa placering förändrades under samma period från andra till fjärde plats (från 77,1 till 80,4 år), och de svenska männens från första till tredje plats (från 72,2 till 74,8 år) (1).

Rapporten väckte stort intresse i Danmark och utlöste en intensiv forsknings- och utredningsverksamhet för att förstå orsakerna till denna relativt sämre utveckling. Rapporten blev samtidigt en del av grogrunden för ett dansk-svenskt samarbete mellan Dansk Institut för Klinisk Epidemiologi (DIKE), sedan 1999 omdöpt till Statens Institut for Folkesundhed (SIF), och Socialmedicinska avdelningen/Socialmedicinska enheten vid Samhällsmedicinska institutet i Malmö (Lunds Universitet). Samarbetet handlar om att kartlägga och försöka förklara olikheter i hälsa mellan den västra (Själland) och den östra (Skåne) sidan av Öresund. Syftet med denna artikel är att redogöra för skillnaderna i medellivslängd mellan den danska och den svenska sidan av Öresund. Syftet är också att ge en kortfattad överblick över de orsaker vi funnit till dessa skillnader.

Martin Lindström är specialläkare och medicine doktor i socialmedicin vid Socialmedicinska avdelningen/socialmedicinska enheten vid Universitetssjukhuset MAS. Niss Skov Nielsen är Ph.D. i Samfundsmedicin (Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Köpenhamns Universitet) och arbetar vid Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Juan Merlo är läkare och medicine doktor vid Socialmedicinska avdelningen/Socialmedicinska enheten vid Universitetssjukhuset MAS.

Material

På den danska sidan har SIF register som bland annat omfattar en Befolkningsdatabas (medellivslängd, åldersspecifik dödlighet) och en Databas över dödsorsaker. På den svenska sidan har Socialmedicinska avdelningen/en-

heten tillgång till Regionalstatistisk databas, Statistiska centralbyrån (SCB), Stockholm, vad gäller både medellivslängd, åldersspecifik dödlighet och dödsorsaksspecifik dödlighet i Skåne.

Folkhälsoenkätundersökningar har regel-

bundet genomförts av både SIF (1987, 1991 och 1994) och Socialmedicinska avdelingen/enheten i Malmö (1986 och 1994). En produkt av det allt mer omfattande samarbetet i folkhälsofrågor över Sundet är att en undersökning med folkhälsoenkäter nu genomförts gemensamt vid årsskiftet 1999-2000 på båda sidorna av Öresund med mer än 70 gemensamma, fullt jämförbara variabler.

Stora skillnader i medellivslängd mellan Skåne och Skåne

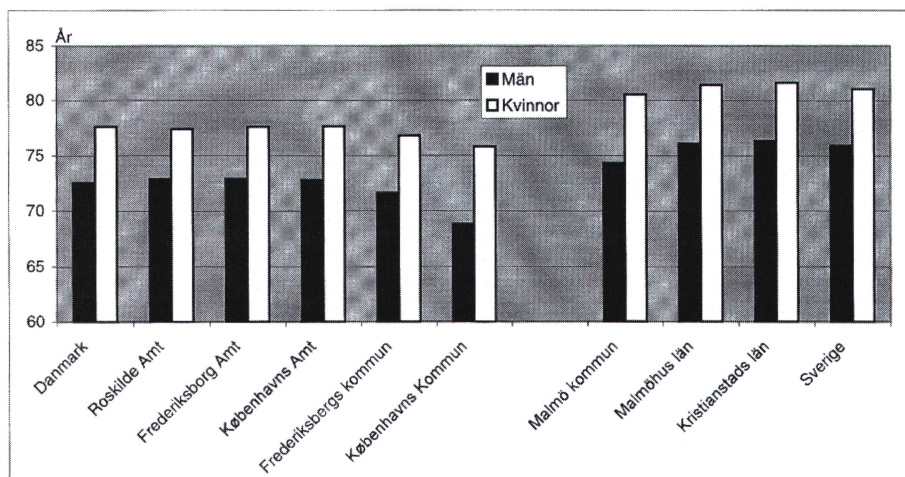
Figur 1 visar att i hela Danmark var den förväntade medellivslängden 72,6 år för män och 77,6 år för kvinnor under perioden 1993-1997. Medellivslängden i hela Sverige var under samma period 75,9 år för män och 81,1 år för kvinnor. Både i Danmark och Sverige har medellivslängden för båda könen ökat något jämfört med perioden 1988-1992 (2).

På den danska sidan av Öresund är medel-

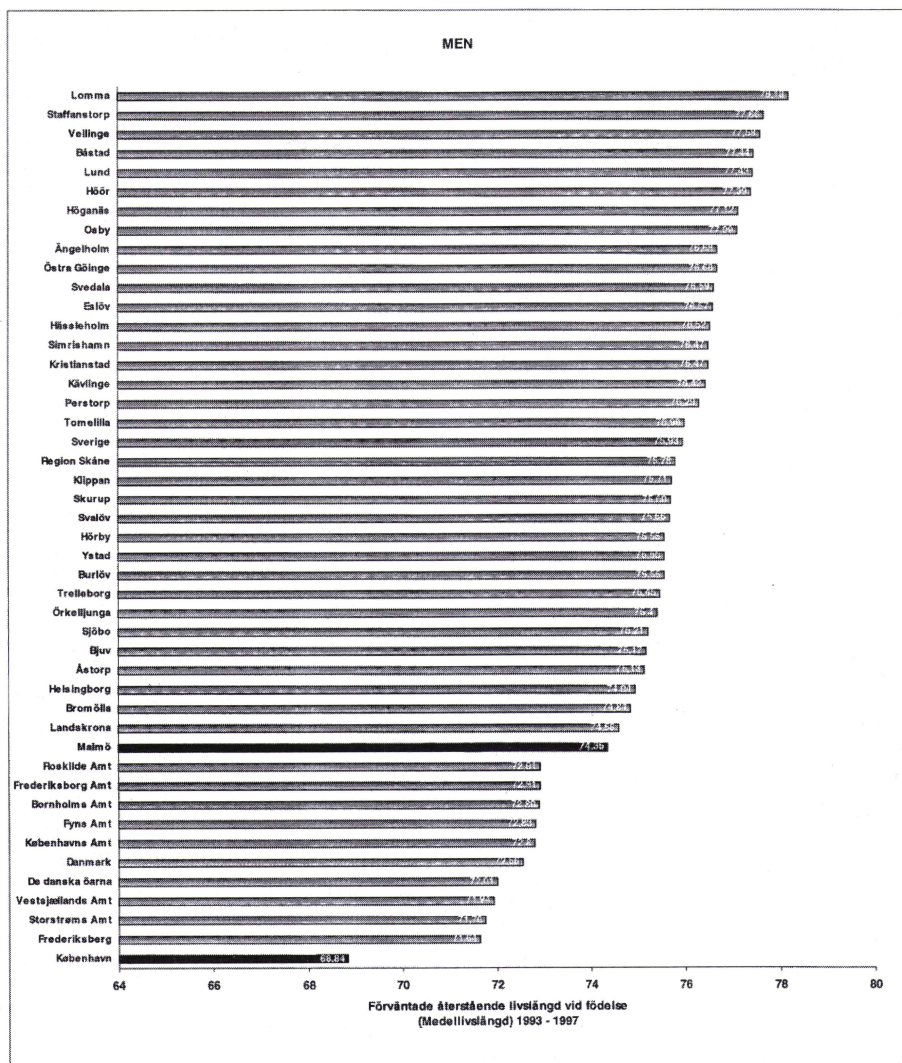
livslängden i Köpenhamns kommun markant lägre för både män och kvinnor än i såväl de andra danska områdena kring Öresund som i hela Danmark. I Köpenhamns, Frederiksborgs och Roskilde amt är medellivslängden för män å andra sidan något högre än i hela Danmark. Kvinnornas medellivslängd överensstämmer väl med den kvinnliga medellivslängden i hela Danmark (2).

På den svenska sidan av Öresund är medellivslängden i Malmö kommun lägre för såväl män som kvinnor än i hela Sverige. Däremot är medellivslängden för både män och kvinnor i före detta Malmöhus och Kristianstads län något högre än i hela Sverige.

Medellivslängden kan också analyseras på kommunnivå. I Skånes kommuner varierar den återstående förväntade medellivslängden för män från 74,4 år i Malmö till 78,2 år i villakommunen Lomma under perioden 1993-1997. Variationen för kvinnor är något min-

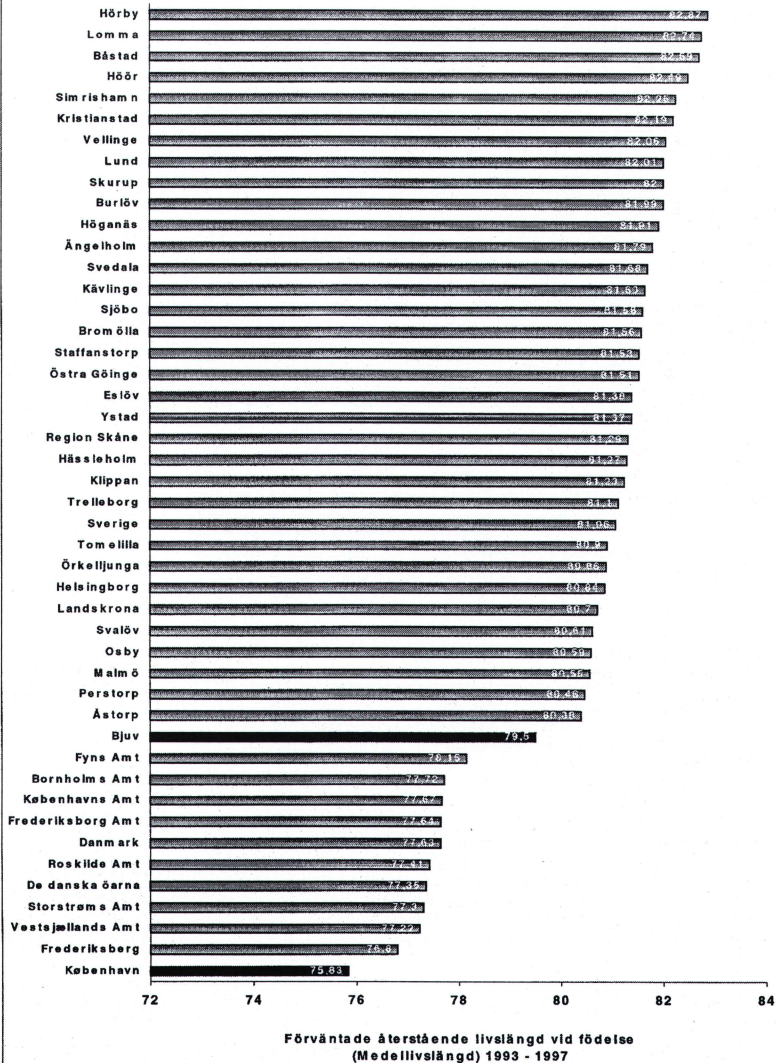


Figur 1. Återstående medellivslängd för män och kvinnor vid födelsen efter geografiskt område. Åldersstandardiserat. (1993-1997). Källa: Dödsorsaksregistret (Danmark) och Regionalstatistisk databas (SCB, Sverige).



Figur 2. Återstående medellivslängd vid födelsen för män i Skånes kommuner och danska amter. Åldersstandardiserat. (1993-1997). Källa: Dödsorsaksregistret (Danmark) och Regionalstatistisk databas (SCB, Sverige).

KVINNOR



Figur 3. Återstående medellivslängd vid födelsen för kvinnor i Skånes kommuner och danska amter. Åldersstandardiserat. (1993-1997). Källa: Dödsorsaksregistret (Danmark) och Regionalstatistisk databas (SCB, Sverige).

dre. I Hörby kommun var kvinnornas förväntade medellivslängd vid födelsen 82,9 år, medan motsvarande siffra i Bjuvs kommun var 79,5 år. På den danska sidan av Öresund är medellivslängden genomgående betydligt lägre för både män och kvinnor än på den svenska sidan. De svenska kommunerna med den lägsta medellivslängden har trots allt en betydligt högre medellivslängd än de danska områdena med den högsta medellivslängden (figur 2 och 3) (2). I det följande ska vi förklara orsakerna till detta.

Medelålders danskar har ökad dödsrisk

Medellivslängden är ett acceptabelt sammanfattande mått på hälsotillståndet i en befolkning. Det har dock sina begränsningar. Medellivslängdsmåttet säger till exempel ingenting om i vilka åldersgrupper överdödligheten i en befolkning med lägre medellivslängd är koncentrerad jämfört med en befolkning med högre medellivslängd. Den första rapporten från SIF redovisade därför även utvecklingen av den åldersspecifika dödligheten i Danmark. Jämförelser av åldersspecifik dödlighet gjordes också med andra länder. Dessa jämförelser visade att den lägre medellivslängden i Danmark i början av 1990-talet jämfört med nästan alla andra OECD-länder uteslutande berodde på en ökad åldersspecifik dödlighet för både män och kvinnor i åldersintervallet 35-64 år, det vill säga bland medelålders människor i yrkesverksamma åldrar! Överdödligheten för medelålders danskar jämfört med svenskar och normmän var speciellt uttalad i åldersgrupperna 45-54 och 55-64 år, där överdödligheten var 60 respektive 50 procent för danska kvinnor. Det var med andra ord inte de äldre danskarna som levde kortare tid än äldre svenskar, äldre norr-

män, äldre italienare etc (1).

Analyserna visade också att den åldersspecifika dödligheten i vissa av dessa åldersintervall utvecklats på ett helt annat sätt över tiden än i andra OECD-länder. Den åldersspecifika dödligheten i åldersintervallet 55-64 år uppvisade till exempel en klart nedåt gående trend i såväl norra EU, södra EU och Sverige/Norge under perioden 1955-1990 för både män och kvinnor. De danska männens dödlighet i detta åldersintervall minskade däremot inte alls under denna period, medan de danska kvinnornas dödlighet till och med ökade i detta åldersintervall från 1970-talets mitt och fram till 1990 (1).

Orsaker till skillnaderna i dödlighet över Öresund

Den stora överdödligheten för danskar i åldersintervallet 35-64 år jämfört med svenskar har en rad olika diagnosspecifika förklaringar.

Ett antal olika former av cancer är vanligare dödsorsaker i Danmark än i Sverige. Detta gäller till exempel cancer i munhåla, svalg, matstrupe och struphuvud, lungcancer, bröstcancer, livmodercancer, coloncancer och olika former av cancer i blod och lymfa.

Dödsfall i levercirros, kronisk bronkit, astma och emfysem har också en högre incidens i Danmark än i Sverige.

Trafikolyckor och fallolyckor är vanligare dödsorsaker i Danmark än i Sverige. I åldrarna från 25 år och uppåt är också självmord och andra våldsamma dödsfall vanligare än i Sverige.

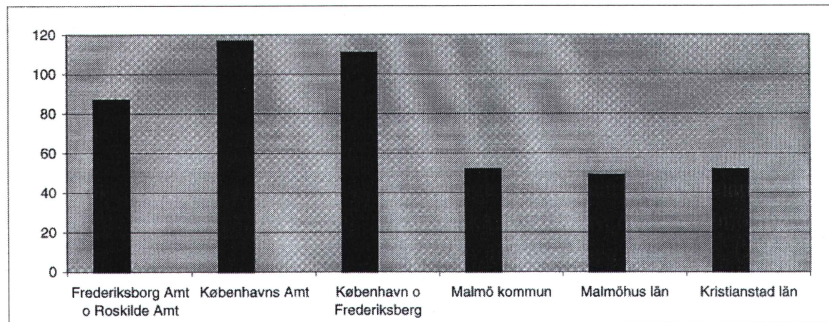
Däremot bidrar *inte* hjärt-kjällsjukdomarna, fortfarande den vanligaste dödsorsaken i hela västvärlden, till att förklara skillnaderna i dödlighet bland medelålders personer mellan Danmark och Sverige. Ischemisk hjärtsjuk-

dom är visserligen något vanligare bland kvinnor äldre än 55 år i Danmark, men stroke är samtidigt mindre vanligt i Danmark (1).

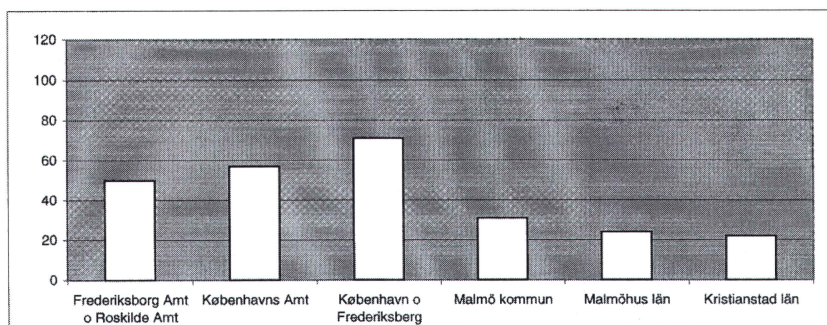
Levnadsvanorna har stor betydelse

Flera av de cancerformer som räknats upp ovan har tobaksrökning som huvudsaklig eller bidragande förklaring. Det tydligaste exemplet på detta är lungcancer, som i våra rap-

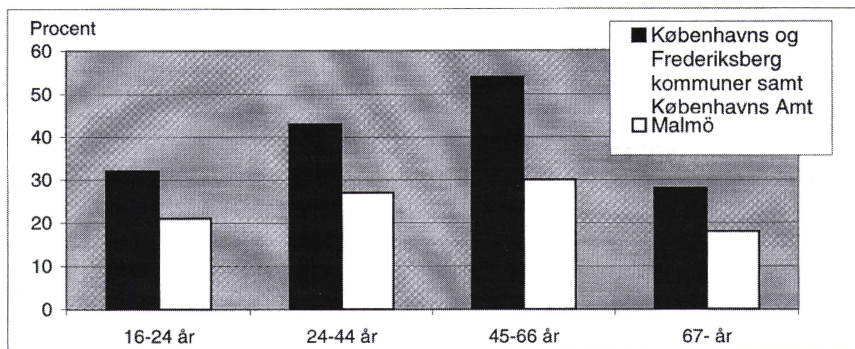
porter visats vara nästan dubbelt så vanligt i alla områden på Själland som i alla områdena på den skånska sidan av Öresund (figur 4 och 5) (2). Andelen dagligrökare är också högre i alla åldrar på Själland jämfört med i Skåne, i vissa fall dubbelt så hög (figur 6 och 7) (3). Rökningen torde också förklara en stor del av den högre danska dödligheten i kronisk bronkit, astma och emfysem.



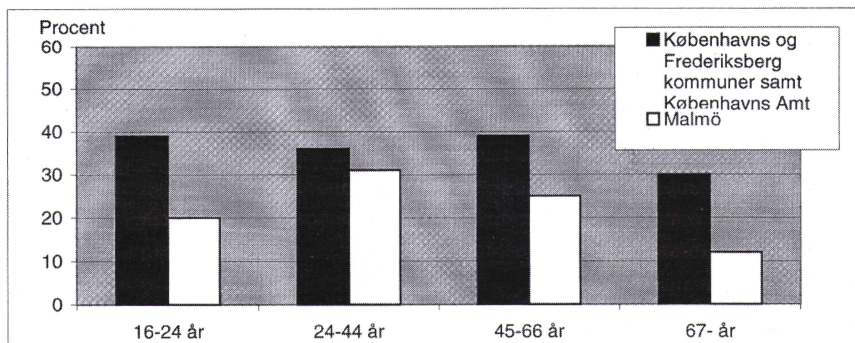
Figur 4. Antal döda män i lungcancer per 100 000 invånare efter geografiskt område. Åldersstandardiserat. (1993-1997). (Danmark ICD 8, diagnoskod 160-163, Sverige ICD 9, diagnoskod 160-165). Källa: SIF:s databas över dödsorsaker (Danmark) och Regionalstatistisk databas, Statistiska Centralbyrån (SCB) (Sverige).



Figur 5. Antal döda kvinnor i lungcancer per 100 000 invånare efter geografiskt område. Åldersstandardiserat. (1993-1997). (Danmark ICD 8, diagnoskod 160-163, Sverige ICD 9, diagnoskod 160-165). Källa: SIF:s databas över dödsorsaker (Danmark) och Regionalstatistisk databas, Statistiska Centralbyrån (SCB) (Sverige).



Figur 6. Andel (%) dagligrökare bland män efter ålder (1994). Jämförelse mellan Köpenhamnsområdet och Malmö kommun.



Figur 7. Andel (%) dagligrökare bland kvinnor efter ålder (1994). Jämförelse mellan Köpenhamnsområdet och Malmö Kommun.

På samma sätt har med stor säkerhet den högre dödligheten i levercirros i Danmark sin förklaring i en i stort sett dubbelt så hög konsumtion av alkohol, vilket har framgått av både självrapporterade enkätdata och försäljningsdata. På Själland är per capita konsumtionen i befolkningen över 16 år omräknad till ren 100% alkohol ca 12 liter, medan motsvarande per capita konsumtion i Skåne är ca 6 liter ren alkohol (3). Den högre alkohol-

konsumtionen på den danska sidan av Öresund kan också vara en bidragande förklaring till den högre danska dödligheten i trafikolyckor, fallolyckor, självmord och andra våldsamma dödsfall.

Levnadsvanorna är troligen inte den enda förklaringen till den stora skillnaderna i dödlighet mellan Sverige och Danmark i åldersintervallet 35-64 år. Danmark har till exempel haft en hög strukturell arbetslöshet sedan

slutet av 1970-talet, medan den höga strukturella arbetslösheten funnits i Sverige endast sedan 1990-talets början. Sådana sociala och ekonomiska faktorer av mera strukturell karaktär kan ha bidragit till exempel till den högre dödligheten i självmord i Danmark.

Analysen visar emellertid att ca. 70% av den danska överdödligheten beror på livsstil, varav hälften anses bero på konsumtion av tobak (4).

Diskussion

Många av de diagnosspecifika dödsorsaker som presenterats som förklaringar till skillnaderna i dödlighet mellan Danmark och Sverige är sjukdomar som utvecklas under lång tid. Man talar om en lång latensfas, under vilken sjukdomen inte ger upphov till några symptom trots att sjukdomsprocessen är initierad och sjukdomen progredierar. En förändring av levnadsvanorna, företrädesvis rökning och alkohol, bland yngre i Danmark och på Själland skulle således kunna bidra till att på sikt kraftigt minska skillnaderna i dödlighet över Öresund. Det finns emellertid inget som tyder på att skillnaderna i tobaksrökning och alkoholkonsumtion mellan den danska och den svenska sidan av Öresund skulle vara mindre bland yngre vuxna eller bland skolelever än bland de äldre. Vår andra Öresundsrapport (2) visar istället att dessa skillnader är lika stora bland skolelever som bland de vuxna. Det finns således inget just nu i dessa siffror som antyder att skillnaderna mellan de båda sidorna av sundet skulle bli mindre i dessa sjukdomar i framtiden.

Skillnader i levnadsvanor är endast en förklaring till skillnader i hälsa. Sociala, ekonomiska och psykosociala förklaringar är också

intressanta i detta sammanhang. Dessa faktorer hänger nära samman med samhällsutvecklingen och den ekonomiska utvecklingen. De kan påverka hälsan i en befolkning både direkt och indirekt. En direkt orsaksmekanism kan till exempel vara en påverkan på den mentala hälsan och självmordsbenägenheten. En annan direkt verkan kan gå via endokrina reaktioner som påverkar en rad organsystem i människokroppen. En indirekt påverkan kan tänkas ske via en påverkan på levnadsvanorna. Materiell fattigdom är också en mycket konkret orsak till ohälsa. Det omfattande samarbetet mellan SIF och Socialmedicinska avdelningen/enheten i Malmö har nu resulterat i enkätundersökningar som genomförts på båda sidorna av Öresund med cirka 70 helt gemensamma variabler, bland annat vad beträffar levnadsvanor, psykosociala faktorer och ekonomiska förhållanden. Möjligheterna till fördjupade jämförelser kommer således att öka i framtiden.

REFERENSER

- 1) Bjerregaard P, Juel K. Midllevetid og dødelighed. En analyse af dødeligheden i Danmark og nogle europæiske lande 1950-1990. 1. Delrapport fra Sundhedsministeriets Midllevetidssudvalg: København, 1993.
- 2) Lindström M, Nielsen N S, Merlo J. Öresundsrapport II. Rapport utarbetad för Statens Institut for Folkesundhed, Köpenhamn, och Samhällsmedicinska institutionen, Malmö, 2000.
- 3) Lindström M, Rasmussen N K, Hanson B S, et al. Om Sundhed og Ohälsa kring Sundet. Rapport utarbetad för Öresundskommittén av Dansk Institut for klinisk Epidemiologi, Köpenhamn, och Samhällsmedicinska institutionen, Malmö, 1995.
- 4) Juel K. Hvorfor har danskerne problemer med midllevetiden? Ugeskr Laeger 1998; 160 (47): 6800-6805.