

# Sociala konsekvenser av sjukdom - Exemplet stroke

Sven Trygged<sup>1</sup> Ebba Hedlund<sup>2</sup> Ingemar Kåreholt<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, 106 91 Stockholm. E-post: sven.trygged@socarb.su.se. <sup>2</sup>Socialstyrelsen, 106 30 Stockholm. E-post: ebba.hedlund@socialstyrelsen.se.

<sup>3</sup>Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, Institutet för gerontologi, Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping, ARC Aging Research Centre, Karolinska Institutet och Stockholms universitet. E-post: ingemar.kareholt@ki.se.

Allvarliga sjukdomar kan medföra stora sociala konsekvenser för de drabbade. Konsekvenserna varierar beroende på sjukdom och påverkas av de drabbades socioekonomiska position före insjuknandet. Tre registerstudier om situationen efter en stroke visar att 1) personer med högre utbildning och högre inkomst har större sannolikhet att återkomma i arbete, 2) personer med högre utbildning separerar i lägre utsträckning än personer med lägre utbildning och 3) personer med låga inkomster har en förhöjd risk att avlida i förtid efter en stroke. En fjärde studie, byggd på intervjuer, visar att personer som återgått i arbete efter en stroke har fortsatta besvär med trötthet och sårbarhet. Eftersom sociala orättvisor även skapar ojämlikheter på hälsans område så krävs att insatserna mot stroke sätts in i ett brett socialpolitiskt perspektiv.

Serious diseases cause major social consequences for those affected. These consequences vary depending on the disease and by the affected persons' socioeconomic position before onset. Three registry studies on the situation after a stroke show that 1) persons with higher education and higher income are more likely to return to work, 2) persons with higher education separate to a lesser extent than people with less education, and 3) persons with low incomes have an increased risk of dying prematurely after a stroke. A fourth study, based on interviews, shows that people who returned to work after a stroke have continued problems with fatigue and vulnerability. Since social inequality also creates inequalities in health efforts against stroke should be inserted in a broad social policy perspective.

Tidigare i historien utgjorde sjukdom det stora hotet mot att kunna försörja sig. I och med de alltmer utbyggda välfärdssystemen förändrades villkoren för de sjuka och socialförsäkringarna blev ett verktyg för att utjämna skillnader i levnadsförhållanden mellan sjuka

och friska. Under 1900-talet ökade kunskapen om hur de sociala förhållandena påverkar människors hälsa och detta blev sedan fokus för mycket forskning kring relationen mellan levnadsförhållanden och ohälsa. Det är känt att exempelvis socioekonomisk

position har betydelse för insjuknandet i en lång rad av allvarliga sjukdomar och sjukdomstillstånd. Vi vill lyfta fram att sjukdom fortfarande bidrar till sociala skillnader och att sociala skillnader påverkar vilka konsekvenserna av sjukdomen blir.

Till socialpolitikens viktigaste uppgifter hör att omfördela välfärd så att en god levnadsstandard kan upprätthållas både för friska och sjuka. Även idag har dock sjukdomar sociala konsekvenser för de som berörs (Hedlund, Kåreholt & Trygged 2010) men det är mindre känt vilka sociala förändringar olika sjukdomar medför för de drabbade. Vissa sjukdomar dör man av, vissa blir man frisk från och vissa leder till svårigheter resten av livet. Svåra sjukdomar och funktionshinder innebär svåra lidanden för den som drabbas men de innebär också sämre ekonomisk och social ställning för de sjuka jämfört med de friska. Lindholm (2002) visar i sin avhandling *Socio-economic Consequences of Longstanding Illness* att kroniskt sjuka personer, trots välfärdssystemet, löper större risk att drabbas av arbetslöshet och ekonomiska svårigheter.

Resultaten av forskning som studerar olika sjukdomars sociala konsekvenser kan bidra till att differentiera socialpolitiska insatser eftersom behoven av t ex rehabilitering och ekonomiska ersättningar kan variera för olika grupper av sjuka (se t ex Socialstyrelsen Social Rapport (2001) kapitel 5 och Social Rapport (2006) kapitel 5).

Den här artikeln tar upp sociala konsekvenser specifikt för sjukdomen stro-

ke. I artikeln redovisas resultaten från tre epidemiologiska studier där hänsyn tas till socioekonomisk position. De sociala konsekvenser som studerades var huruvida man återgått till förvärvsarbete efter utskrivning från sjukhus och om familjesituationen påverkades. Även risk för dödlighet bland personer efter utskrivning från sjukhus studerades (även om ett dödsfall snarast får konsekvenser för anhöriga).

Epidemiologi handlar om sjukdomars utbredning i befolkningen och inom stroke-epidemiologin är det möjligt att studera t ex hur många som insjuknar och hur många som överlever liksom olika faktorer som kan ha betydelse för risken att få stroke. De tre studierna bygger på register och analyserar återgång i arbete, separation och dödsrisk bland dem som skrivits ut från sjukhus efter en första stroke. Här jämförs situationen ”före-efter” insjuknandet, det vill säga vi studerar hur situationen har förändrats från året innan stroke till situationen efter stroke. På så sätt kan vi bättre förstå konsekvenser av sjukdomen. Därefter diskuteras resultaten från dessa undersökningar i ljuset av en kvalitativ intervjustudie om livet efter en stroke för att ge en djupare förståelse av hur omställningen efter en stroke kan se ut för personer som lyckats återgå i arbete. De epidemiologiska studierna ger en beskrivning av andelen som återgår i arbete, medan intervjustudien kan hjälpa till att förstå personernas livssituation och omställningsprocesser efter stroke.

## Kort om stroke

Då stroke används som exempel på

sjukdom görs en kort redovisning av sjukdomen. I den Nationella strokekampanjen och på andra ställen uppmanas alla svenskar att lära sig mer om stroke (<http://strokekampanjen.se/>). Det är kanske inte så konstigt då stroke (eller slaganfall) är en av de stora folksjukdomarna. I Sverige drabbas ca 30 000 personer per år varav ca 25 000 drabbas för första gången. Män drabbas ofta tidigare i livet än kvinnor och risken att få stroke ökar med stigande ålder.

En stroke innebär enkelt uttryckt att kärlen täpps igen och det blir syrebrist i hjärnan. Den vanligaste orsaken är att det bildas en propp (ca 85% av fallen). Ibland bildas en propp direkt på det skadade stället och ibland händer det att en propp bildas någon annanstans i kroppen t ex i hjärtats förmak men flyttar sig sedan och täpper till kärl i hjärnan. Till strokediagnoserna hör även olika typer av blödningar där hjärnblödning är vanligast (ca 10%). En mindre andel strokepatienter får en s k subaraknoidalblödning som är en blödning mellan hjärnhinnorna (ca 5%) (Socialstyrelsen 2009a).

Det är viktigt att snabbt få vård vid en akut stroke då snabb medicinsk behandling kan rädda liv och motverka livslånga hjärnskador. Särskilda strokeenheter har bidragit till att förbättra vården. De flesta strokedrabbade förbättras jämfört med akutskedet. Prognosen efter en stroke är ofta bättre om man är ung. Det är viktigt med tidig (medicinsk) rehabilitering. Ibland blir patienten helt återställd men ofta leder sjukdomen till bestående skador och

stroke är därför en av de vanligaste orsakerna till kroppsligt handikapp hos vuxna. Vanliga svårigheter efter stroke är förlamningar och känselbortfall som oftast drabbar ena sidan av kroppen. Talstörningar förekommer ofta och personerna kan även ha ett för omgivningen dolt funktionshinder som nedsatt kognitiv förmåga. Det är vanligt med depressioner och relationer till partner och vänner kan påverkas negativt. Det är också en mycket dyr sjukdom för samhället eftersom den utöver vårdkostnader kan medföra långvariga produktionsbortfall (se t ex Sobocki m fl 2006). Risken att avlida i stroke har minskat i Sverige under de senaste decennierna (Socialstyrelsen 2009; Stegmayr 2004), men fortfarande är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken. Om man vill veta hur det kan kännas att få en stroke och samtidigt veta vad som händer i hjärnan finns boken *Min stroke* av Jill Bolte Taylor (2010). Författaren är hjärnforskare från Harvarduniversitetet som själv fick en stroke.

Många medicinska orsaker bakom stroke är kända sedan lång tid tillbaka. Till de vanligaste riskfaktorerna hör högt blodtryck, rökning, brist på fysisk aktivitet, övervikt, vissa hjärtbesvär, diabetes samt hög alkoholkonsumtion (Socialstyrelsen 2009b).

Förekomsten av stroke hänger även samman med en lång rad samhällsfaktorer och skillnaden mellan olika länder är betydande. Stroke är t ex vanligare i Östeuropa än i Västeuropa, något som beror på sammansatta orsaker av levnadsstandard, livsstilar och vårdresurser. Globalt sett så är det uppenbart att

stroke kommer att vara ett stort problem i länder som lämnar fattigdom och har en stigande medellivslängd eftersom antalet insjuknade kan förväntas öka där, orsaka produktionsbortfall och binda upp stora sjukvårdsresurser (Feigin m.fl. 2009).

### **Stroke drabbar även yngre**

Eftersom stroke ofta betraktas som en äldre-sjukdom så är det inte lika känt bland allmänheten att även yngre personer kan få en stroke. Det kan finnas många skäl att följa utvecklingen av stroke bland yngre, något som framgick av bl a Socialmedicinsk tidskrifts temanummer 6/2007. Under en period i början av 1990-talet fanns en uppgång av nyinsjuknade bland yngre personer i Sverige (patienter under 65 år) men senare forskning visar att detta inte säkert är en bestående ökning. (Jfr t ex Medin 2004; Hallström 2007.) En intressant fråga, som är svår att svara på, är om det i så fall finns något samband mellan arbetslöshetskrisen i början på 1990-talet och förekomsten av stroke hos yngre.

En stroke påverkar alla som drabbas, men för yngre personer kan omställningen efter en stroke få särskilt stora sociala konsekvenser eftersom det även kan handla om inkomstbortfall, omvårdnad av hemmavarande barn och en mängd andra betydelsefulla förhållanden som påverkas. Stroke har visat sig öka risken för att inte ha arbete, för minskad inkomst och för låg inkomst, att vara i behov av ekonomiskt bistånd och att genomgå en separation. (Social rapport 2010, s 162-166) i denna grupp. Det finns även studier där yngre

strokedrabbade tycker att vården inte riktigt fokuserar på just deras behov (se t ex Rödning 2009). I Sverige är ungefär 20% av de drabbade under 65 år (Hjärt- lungfonden u.å.). Det är om denna grupp dessa studier handlar.

### **Kort om metod**

Tre av studierna bygger på register över slutenvård (sjukhusvård) med kompletterande uppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB). För att komma ifråga ska man ha vårdats på sjukhus i Sverige för någon strokediagnos (anges med s k ICD-koder enligt Världshälsoorganisationens klassificering). Här används koderna I60, I61, I63 och I64 för ICD 10 och dess motsvarighet enligt den äldre ICD 9-klassifikation. Den fjärde studien är kvalitativ och grundar sig på intervjuer med tio medlemmar i Strokeriksförbundet.

I den här artikeln presenteras endast korta redovisningar av det omfattande datamaterialet för att underbygga diskussionen. Från de fyra refererade artiklarna visas tabell eller figur i Appendix. För en mer omfattande redovisning av material, metod och litteraturgenomgång hänvisas till de refererade artiklarna.

### **Resultat**

Den första studien är en fördjupning av en tidigare artikel från Socialmedicinsk tidskrift (Trygged & Kåreholt 2007). Den ställer frågan om socioekonomisk position har något samband med möjligheten att återgå i arbete efter en stroke? Resultaten visar att socioekonomisk bakgrund, mätt som inkomst

och utbildning före stroke, har betydelse för återgång i arbete bland strokepatienter 40-59 år (förstagångsfall) som skrevs ut från sjukhus 1996-2000. Det finns stora skillnader i sannolikheten att återgå i arbete. Ju högre utbildning och ju högre inkomst man hade före insjuknandet desto större var sannolikheten att ha återgått i arbete upp till fyra år efter stroke. Sambandet var starkare för inkomst än för utbildning även om både utbildning och inkomst har betydelse oberoende av varandra (Appendix Tabell 1). Studien visar att socioekonomisk position kan vara en prediktor, dvs kan bidra till att förutsäga ifall en person återgår i arbete eller ej efter en stroke (Trygged, Ahacic & Kåreholt 2011).

Den andra undersökningen ställer frågor om stroke har något samband med risk för separationer och om socioekonomiska bakgrundsfaktorer i så fall har någon betydelse för separation efter en stroke. En stroke kan medföra både fysiska och kognitiva skador. Följden kan bli stora omställningar för såväl den drabbade som för dennes anhöriga, något som kan antas påverka en parrelation. I den här studien användes enbart utbildningsnivå som mått på socioekonomisk position. I studien undersöktes om en stroke bidrog till separationer bland personer under 65 år som levde i en parrelation som nyinsjuknade i stroke 1992-2005.

Resultaten visade att en stroke generellt sett ökar risken för en separation. Det fanns också ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och separation efter stroke. Under de första två åren

efter en stroke var risken för att vara separerad dubbelt så hög för personer med enbart grundskoleutbildning som för övriga utbildningsnivåer. Från tredje uppföljningsåret var risken att vara separerad ungefär lika mycket förhöjd för personer inom alla utbildningsnivåer. Mönstret var likartat för män och för kvinnor (Appendix Figur 1) (Trygged, Hedlund & Kåreholt 2011).

Den tredje studien belyser risken att avlida när man skrivits ut från sjukhus efter en förstagångsstroke. Frågan som ställs är om socioekonomisk position har något samband med risken att avlida av ytterligare en stroke respektive av annan dödsorsak?

Sedan tidigare är det känt att socioekonomiska förhållanden kan ha betydelse för dödlighet i stroke. Tidigare forskning visar också att personer med lägre socioekonomisk position kan få en allvarligare stroke vilket kan bidra till att förklara den ökade risken att avlida (Cox et al 2006; Kunst et al 1998; Toivanen 2011).

Vi ville därför gå ett steg längre och undersöka om socioekonomiska förhållanden har betydelse för dödlighet i stroke även för den grupp som överlevt sin första stroke och skrivits ut från sjukhus. Selektionen borde då vara annorlunda genom att de mest sårbara och allvarligast sjuka redan avlidit. Dessutom har alla personer fått kontakt med vården. Betyder det att de socioekonomiska skillnaderna för fortsatt strokedödlighet utjämnas? Resultaten visar något överraskande att det fanns skillnader i risk för att av-

lida både i en ny stroke och av andra dödsorsaker mellan grupper med olika socioekonomisk position (Appendix Tabell 2). Personer med högre inkomster och utbildning har betydligt lägre risk att avlida både av återinsjuknande i stroke och av andra orsaker. Effekten av utbildning försvinner om inkomst och utbildning ingår i samma modell. Inkomst har således större betydelse – ju högre inkomst desto lägre risk att avlida (Ahacic, Trygged & Kåreholt 2012).

Sammanfattningsvis visar resultaten att flertalet återgår i arbete men risken att inte komma tillbaka i arbete ökar både om man har låga inkomster och låg utbildning. En stroke ökar risken för separation och mest ökar risken att separera de första åren efter en stroke för personer med låg utbildning. Bland personer som överlevt en stroke har personer med låga inkomster en ökad risk för förtida död såväl i stroke som av andra orsaker.

Om man går vidare från det generella mönstret och närmare studerar situationen för personer som insjuknat i stroke kan man få en kompletterande och ibland tydligare bild av de utfall som de dessa tre studier beskriver. Den fjärde studien, som grundas på intervjuer med tio medlemmar i Strokeriksförbundet (39-56 år vid intervjutillfället – Appendix Tabell 3), tar upp subjektiva aspekter på individernas välbefinnande några år efter en stroke bland personer som återgått i arbete. Tanken var att efter insjuknande, återhämtning och rehabilitering så borde läget vara stabilt och genom att

välja ett perspektiv där enbart personer som återgått i arbete intervjuades, så skulle det vara möjligt att nå en grupp där rehabiliteringen kunde förmodas vara lyckad. Enligt Strokeriksförbundet, som förmedlade kontakterna, hade samtliga personer någon form av arbete och deras berättelser borde därför kunna ge svar på vad som utmärker en framgångsrik rehabilitering och på vägar till välbefinnande efter en stroke. Men studien bidrog snarare till att nyansera innebörden av ”återgång i arbete” och påvisa intervjupersonernas omfattande ansträngningar för att vara kvar i arbetslivet och att få vardaglivet att fungera. Den visar att det skenbart enkla begreppet ”återgång i arbete” kan innebära flera olika saker: åter till samma eller olika arbetsgivare, återgång till samma typ av arbete som tidigare eller till ett helt nytt arbete; återgång till reguljär anställning eller till subventionerad anställning, återgång till hel- eller deltidsarbete mm. En återgång innebär helt enkelt olika saker beroende på vad man har att återgå till och vilka resurser man har att använda sig av. Resultaten visar att även personer som återgått i någon form av arbete kan ha fortsatt starka upplevelser av sårbarhet trots att flera år har gått sedan strokeinträffade. Studien påvisar också den många gånger besvärliga och rentav smärtsamma omorienteringen till livet efter en stroke, något som kan försvåras av trötthet och nedsatt kognitiv förmåga. Så där registerdata visar att flertalet personer återkommer i någon form av arbete påvisar intervjustudien att människor kan ha fortsatta svårigheter och att det många gånger pågår en vardaglig kamp i det tysta för att t ex klara

av jobbet. Redan dessa begränsade intervjuvar är intressanta även ur ett socialpolitiskt perspektiv. Enligt det försäkringsmedicinska beslutsstöd som Socialstyrelsen redovisar sägs att man vid en stroke efter omkring fyra månader brukar kunna göra en relativt säker bedömning av hur arbetsförmågan kan förväntas bli under det närmaste året (<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>). För den person som lyckades bäst av alla intervjuade personer tog det ett år och nio månader innan hon var tillbaka i arbete på heltid (Appendix Tabell 3) (Trygged 2012).

## Diskussion

Alla kan drabbas av allvarliga sjukdomar, men det finns en selektion både i vem som drabbas och hur det går efter insjuknandet som tydligt är relaterad till människors socioekonomiska position.

Studierna visar möjliga sociala konsekvenser av att insjukna i en stroke. Samtliga studier bygger på svenska förhållanden och resultaten visar att den sociala bakgrunden påverkar ekonomin, har betydelse för relationer och påverkar risken att dö i förtid. Intervjuundersökningen vittnar dessutom om fortsatt trötthet och sårbarhet hos flertalet av de intervjuade. Vad betyder resultaten?

### Betydelsen av socioekonomisk position

De epidemiologiska studierna visar att socioekonomisk position kan ha betydelse för såväl återgång i arbete, inkomster och familjerelationer. Här

jämförs situationen ”före-efter” insjuknandet och studierna visar att personer med högre utbildning och framför allt högre inkomst har större möjlighet att återkomma i arbete. Personer med högre utbildning separerar i lägre utsträckning än personer med lägre utbildning efter en stroke. Den sista studien, som handlar om risk för att avlida vid återinsjuknande i stroke, visar dessutom att utbildning och inkomst har betydelse för risken att avlida bland personer som vårdats för stroke och skrivits ut från sjukhus.

Det kan finnas många olika orsaker till att det blir så här. Några tänkbara exempel kan anges: Möjligheterna att komma tillbaka i arbete kan bero såväl på individens resurser som på yrkesområdet där man är verksam. Ibland kan detta även sammanfalla så att personer med hög utbildning kan vara verksamma på arbetsplatser där det är lättare att hitta anpassade uppgifter.

Socioekonomisk position verkar ha betydelse för skillnader i separationer. En person med låg utbildning kanske kommer senare till vården och därför får en allvarligare stroke med allvarligare skador som följd, vilket kan ha betydelse för relationen. Personer med lägre utbildning kan ha lägre inkomster och därför få svårt att klara ett inkomstbortfall, något som också kan bidra till slitage i en relation.

Socioekonomisk position har även betydelse för risken att avlida i stroke. Frågor som kan ställas är bl a om strokevården behandlar alla lika. En del av forskningen vi tagit del av på

området tyder på ojämlikheter (se t ex Jakovljević m.fl. 2001; Kapral m.fl. 2002; Langagergaard m.fl. 2011), men forskningen är inte entydig, förändringar kan ha skett över tid och det är oklart på vilket sätt utfallen skulle påverkas (Langagergaard m.fl. 2011). Det kan också vara så att vården faktiskt behandlar personer lika, men behoven kan se olika ut och patienterna kan ha olika möjlighet att ta till sig av olika hälsoråd mm. Det är i så fall resultat som kan ha betydelse för såväl primär- som sekundärprevention av stroke. Primärprevention handlar om att förebygga stroke i allmänhet t ex genom folkhälsoinsatser medan sekundärprevention är insatser för att förhindra en upprepad stroke hos redan drabbade genom t ex medicinering och rökavvänjning. Individer har olika lust och möjlighet att följa hälsoråd som att avstå från rökning. Andra möjliga förklaringar kan vara att de skillnader som framkommer mellan grupper med olika socioekonomisk position snarare speglar personernas livsföring och olika möjligheter till (ackumulerade) goda levnadsvillkor sett över livscykeln.

Studierna kan sägas ingå i ett större mönster där det för stroke i likhet med övriga hjärt-kärlsjukdomar finns en social gradient. Med social gradient menas här att ju lägre ner man är på den sociala rangordningen desto sjukare är man i allmänhet. Generellt sätt finns det en social gradient för de flesta sjukdomar (se t ex Rostila & Toivanen 2012), men det finns trots det en hel del osäkerhet kring vad man egentligen mäter när man studerar socioekonomisk position. Fakto-

rer som anses viktiga för sambandet mellan socioekonomisk position och ohälsa är barndomsförhållanden, livsstil och arbetsmiljö (Andel m.fl. 2011; Lundberg 1998; Parker, Löf, Kåreholt 2011; Stringhini m.fl. 2011). Det har även visat sig att personer med låg socioekonomisk position får mindre omfattande vård, bl.a. efter stroke (Langagergaard m.fl. 2011), mindre ofta har kunskap om riskfaktorer respektive tar hänsyn till dessa (Liu m.fl. 2011) och mindre ofta har kunskap om möjligheter till behandling (Lipsky m.fl. 2010). Den typ av resursdimension som socioekonomisk position innebär, i dessa studier inkomst och utbildning, spelar uppenbarligen stor roll. Trots att de återgivna studierna handlar om olika utfall så är mönstren återkommande och ihållande. Det sägs att en olycka kommer sällan ensam. Detta ordspråk konfirmeras ofta av samhällsvetenskapen, kanske särskilt i studier som undersöker samvariationer eller kombinationer av olika svårigheter som låga inkomster och ohälsa. De nu genomförda studierna visar att stroke kan medföra en lång rad oönskade konsekvenser där inte bara inkomster utan även relationer påverkas och där det finns en förhöjd risk att avlida i förtid bland personer med en svagare socioekonomisk position. Sjukdom är fortfarande en faktor som på ett avgörande sätt påverkar våra levnadsförhållanden och social bakgrund påverkar i sin tur hur livet gestaltar sig efter insjuknandet.

### **Betydelse för socialpolitiken**

Blir människor fattiga av sjukdom eller sjuka av fattigdom? I de genomförda



epidemiologiska studierna finns en uttalad ambition att studera konsekvenser av sjukdom. Resultaten visar att en sjukdom som stroke resulterar i sämre ekonomi. Samtidigt ska inte betydelsen av en god socialpolitik underskattas. Åberg Yngwe (2005) för bl. a. fram att välfärdsstaten via socialförsäkringssystemet kan fungera som buffert för att förhindra uppkomst av ohälsa vid försämrade ekonomiska resurser. Enlig Åberg Yngwe förefaller socialpolitiken bidra till att inkomst får mindre betydelse som förklaring till sociala skillnader i hälsa, men att det trots det kvarstår ett samband mellan inkomst och hälsa också i mer egalitära stater. Det skulle vara sämre utan olika socialpolitiska stöd men uppenbarligen kan mer göras. De nu genomförda studierna visar att den inkomst man har vid insjuknandet spelar roll för hur det går sedan. I de två studier där både inkomst och utbildning ingick hade inkomst ännu större betydelse än utbildning. Det kan därför finnas fortsatta skäl att arbeta med olika mått på social position eftersom måtten inte överlappar helt och därför kan bidra med olika bitar till det socioekonomiska pusslet och därmed bidra till att förklara hur olika skillnader kan vara länkade.

Vid vilken ålder man drabbas kan ha långsiktiga konsekvenser (Hedlund, Kåreholt, Trygged 2010), något som också slår igenom i vilket skydd socialförsäkringen ger. En annan tanke är att allvarlig sjukdom kan medföra att inkomstskillnader från arbete och socialförsäkringar minskar bland grupper med olika socioekonomisk bakgrund, främst genom uteblivna löneförhöj-

ningar och takregler inom socialförsäkringen. Sjukdom skulle då fungera som en "equalizer" som minskar skillnaderna mellan drabbade grupper. Dock visar bl a dödlighetsstudien att riskerna att avlida i förtid är större bland personer med låga inkomster bland de som överlever en förstagångsstroke.

Även resultaten från intervjustudien kan bidra till den socialpolitiska diskussionen. För den person som lyckades bäst av alla tog det ett år och nio månader innan hon var tillbaka i arbete på heltid (Appendix Tabell 3). Det säger något om att rehabilitering kan ta tid, att de individuella variationerna är betydande och att det därför kan vara problematiskt med fasta regler för sjukskrivning. Så även om t ex Socialstyrelsens beslutsstöd kan ge riktlinjer så är det ändå nödvändigt för Försäkringskassan att göra individuella bedömningar.

### **Begränsningar**

Studiernas förtjänst ligger bl a i att de konsekvent utforskar sociala konsekvenser av stroke och dess koppling till socioekonomisk position. Samtidigt medför de registerdata som använts vissa begränsningar. Bl a saknas kliniska data om t ex strokegrad och om olika livsstilsfaktorer. Vi tar dock hänsyn till vårdtidens längd som ett mått på hur allvarlig stroke var.

Intervjustudiens urval styrdes av olika kriterier med särskilt fokus på återgång i arbete. De begränsningar som finns i intervjustudien följer bl a av att den bygger på ett tillgänglighetsurval där

en patientorganisation (Stroke-riksförbundet) har förmedlat kontakter till personerna. Det är dock oklart i vad mån urvalet av röster som framträder i studien skulle bli annorlunda ifall det inte skett via en medlemsorganisation.

### Avslutning

Mycket arbete kan göras både för att förebygga stroke (och andra sjukdomar) liksom att mildra dess konsekvenser. På socialpolitisk nivå och ur ett folkhälsoperspektiv är det viktigt att identifiera riskgrupper och att utforma bra system för alla och att motverka hälsoojämlikhet. Eftersom forskningen tydligt har visat att sociala orättvisor även skapar ojämlikheter på hälsans område så krävs att insatserna sätts in i ett brett politiskt perspektiv (se t ex Marmot Review 2010) där t ex inkomst- arbetsmarknads- och utbildningspolitik kan ingå utöver hälso- och sjukvårdspolitiken.

På individnivå är det förstås viktigt att fråga drabbade personer och deras anhöriga om deras välbefinnande. Sådana perspektiv utgör ett viktigt komplement till de övergripande mönstren. För sjukvårdspersonal och kuratorer som befinner sig i konkreta vårdverksamheter kan det också finnas anledning att fundera över varför det går bra för en del patienter/klienter medan det går sämre för andra trots att de har samma sjukdom. En enkel fråga att ställa för att nå förbättringar, både på individnivå och på strukturnivå, kan vara: Vad är det som görs på ett bra sätt för dem som det går som bättre för?

### Fotnot

Försäkringskassan har finansierat tillkomsten av databasen som använts i delstudie 1 och 3, i övrigt har studierna 1-3 samt denna artikel finansierats av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS 2008-0127). Stockholms universitet CKVO-anslag har finansierat delstudie 4. Etikprövning har skett genom Regionala etikprövningkommittén Stockholm (DNR 2006:5/1).

### Referenser

(För utförliga referenser hänvisas till de fyra åberopade studierna)

Ahacic K, Trygged S, & Käreholt I (2012) Income and education as predictors of stroke mortality after the survival of a first stroke Stroke Research and Treatment. doi:10.1155/2012/983145

Bolte Taylor, J (2010) Min stroke. Malmö: Bra böcker

Cox, A. M. McKevitt, C., Rudd, A. G and Wolfe, C DA (2006) "Socioeconomic status and stroke," Lancet Neurology, vol. 5, no. 2, pp. 181-188

Feigin V, Lawes C, Bennett D, Barker-Collo S, Parag V (2009) Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. Lancet Neurology, 8:355-69.

Hallström, B (2007) Stroke epidemiology in Southern Sweden. Trends in incidence and survival across two decades with projections into the future. Lund University, Department of clinical sciences, neurology

Hedlund E, Käreholt I, & Trygged, S (2010) 'Sociala konsekvenser av sjukdom' i Social rapport 2010, Stockholm: Socialstyrelsen

- Hjärt- lungfonden (utan år) Stroke En temaskrift från Hjärt- lungfonden. Tillgänglig [http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Temaskrifter/Stroke\\_ny\\_2010\\_web1.pdf](http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Temaskrifter/Stroke_ny_2010_web1.pdf) [2012-03-15]
- Jakovljević, D., Sarti, C., Sivenius, J., Torppa, J., Mähönen, M., Immonen-Räihä, P., Kaarsalo, E., Alhainen, K., Kuulasmaa, K., Tuomilehto, J., Puska, P., Salomaa, V. 2001. Socioeconomic status and ischemic stroke. *Stroke*, 32, 1492-1498.
- Kurth T & Berger K (2007) The Socioeconomic Stroke Puzzle *Stroke* 2007, 38:4-5.
- Kapral, MK., Wang, H., Mamdani, M., Tu, JV. 2002. Effect of Socioeconomic Status on Treatment and Mortality After Stroke. *Stroke*, 33, 268-273.
- Kunst, A. E., Del Rios, M Groenhouf, F. and Mackenbach, J. P. (1998) "Socioeconomic inequalities in stroke mortality among middle-aged men. An international overview," *Stroke*, vol. 29, no. 11, pp. 2285-2291
- Langagergaard V, Palnum KH, Mehnert F, Ingeman A, Krogh BR, Bartels P, Johnsen SP. (2011) Socioeconomic differences in quality of care and clinical outcome after stroke: a nationwide population-based study. *Stroke*. 2011 Oct;42(10):2896-902.
- Lindholm, C (2002) Socio-economic Consequences of Longstanding Illness. Diss. Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine
- Lipsky S, Bohnen M, Barnhart J. (2010). The Impact of Sociodemographic Factors on Knowledge of Cardiac Procedures. *Psychology*, 1, 229-232.
- Liu Q, Wang M, Guo J, Li J, Li C, Qian M. (2011). Effect of socioeconomic status on secondary prevention of stroke. *Int J Qual Health Care*. Aug; 23(4): 405-12.
- Lundberg, O. (1998). "Exploring Causal Mechanisms that Generate Health Inequalities." In: Arve-Parrès, B., (Ed.). *Inequalities in health – A Swedish Perspective*, pp. 169-84. Stockholm, Sweden: Swedish Council for Social Research.
- The Marmot Review 2010 Fair Society, Healthy lives <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- Medin, J, Nordlund, A & Ekberg, K (2004) Increasing Stroke Incidence in Sweden Between 1989 and 2000 Among Persons Aged 30 to 65 Years. Evidence From the Swedish Hospital Discharge Register. *Stroke* 35:1047.
- Nationella strokekampanjen (2012) <http://strokekampanjen.se/>
- Parker V, Löf L, Käreholt I. (2010) After Work – En longitudinell studie i arbetsmiljöns långsiktiga inverkan på sambandet mellan socioekonomisk position och äldres ohälsa. *Sociologisk Forskning*. 47(4): 5-30.
- Rostila M & Toivanen S (red) (2012) Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber
- Röding J (2009) Stroke in the younger. Self-reported impact on work situation, cognitive function, physical function and life satisfaction. A national survey [dissertation]. Umeå university
- Soboci P, Allgulander C, Hillert J & Jönsson B (2006) 'Hjärnsjukdomar leder till stora kostnader för samhället' *Läkartidningen* Nr 20-21 2006 Volym 103 s 1590-1594
- Socialstyrelsen (2001) Social Rapport
- Socialstyrelsen (2006) Social Rapport
- Socialstyrelsen (2009a) Vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009

## forskning och teori

Socialstyrelsen (2009b) Folkhälsorapport 2009 (kapitel 7)

Stegmayr B (2004) Stroke – många drabbas men allt fler överlever I: Asplund, K (red) Stroke – ett slag mot hjärnan. En bok från forskningens dag 2004. Medicinska fakulteten, Umeå universitet

Stringhini S, Dugravot A, Shipley M, Goldberg M, Zins M, Kivimäki M, Marmot M, Sabia S, Singh-Manoux A (2011). Health Behaviours, Socioeconomic Status, and Mortality: Further Analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL Prospective Cohorts. PLoS Medicine: Feb; 8(2): e1000419.

Toivanen, S (2011) "Income differences in stroke mortality: a 12-year follow-up study of the Swedish working population," Scandinavian Journal of Public Health, vol. 39, no. 8, pp. 797–804

Trygged S & Käreholt I (2007) Återgång i arbete bland yngre strokepatienter – effekter av socioekonomisk position. Socialmedicinsk tidskrift 6

Trygged S, Ahacic K, & Käreholt I (2011) Return to work among younger stroke patients – income and education as predictors BMC Public Health 11:742.

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/742>

Trygged S, Hedlund E & Käreholt, I (2011) Education and post-stroke separation among couples with mutual children. Journal of Divorce and Remarriage 52(6): 401-414.

Trygged S (2012) Return to work and wellbeing after stroke - a success story? International Journal of Therapy and Rehabilitation 19(8): 431 - 438

Åberg Yngwe, M (2005) Resources and Relative Deprivation. Analysing mechanisms behind income, inequality and ill-health. Health Equity Studies No 5, CHESS. Stockholm University/Karolinska Institutet

## Appendix Metodbilaga med tabeller och figur

Delstudie 1 är en totalundersökning bland personer som var 40-59 vid första insjuknandetillfället i stroke åren 1996-2000 där olika strokerelaterade diagnoser, exklusive TIA, ingår. (TIA är övergående propp i hjärnan.) Man får inte ha haft stroke tidigare. Man får heller inte ha haft någon tidigare ischemisk hjärtsjukdom. Anledningen till att exkludera hjärtsjuka är att det finns starka samband mellan hjärtsjukdom och stroke och det blir svårare att veta vad som beror på just stroke om även hjärtsjuka ingår. Socioekonomisk position mäts som inkomst av arbete respektive utbildning. Som mått på arbete används inkomst från arbete. Eftersom frågan handlar om att återgå i arbete ingår bara de som hade inkomster från arbete året innan de insjuknade. Lägsta tillåtna årsinkomst från arbete var 60 000 kronor vilket motsvarade ungefär 25% av en genomsnittlig årslön. (Enligt Försäkringskassans regler kunde man vara sjukskriven maximalt 75% för att räknas som arbetsför.) Ca 7000 personer ingår i studien. Beräkningar görs med hazardregressioner och kontroller görs för, kön, ålder vårdtid och typ av stroke. Tabell 1 visar några av studiens huvudresultat.

I delstudie 2 består urvalet av personer under 65 år som vid insjuknandet var gifta eller sammanboende med en person som man hade barn tillsammans med. Barnen behövde inte bo hemma. (Det finns inga registerdata över samboförhållanden där det inte finns gemensamma barn.) 42,026 personer som fått en förstagångsstroke jämfördes med 424,281 personer som inte fått en stroke. I denna delstudie har vi begränsat oss till att använda utbildning som mått på socioekonomisk position. Resultaten framgår av figur 1. I den tredje studien ingick alla personer i Sverige 40-59 år som skrevs ut från sjukhus efter en första sjukhusvistelse för stroke 1996-2000 (n = 10,487) med en uppföljningstid upp till fyra år efter utskrivning. Resultaten sammanfattas i Tabell 2. I den avslutande studien intervjuades tio personer med hjälp av halvstrukturerade frågor. Studien har ett salutogent perspektiv eftersom enbart personer som återgått i arbete kontaktades. Urvalet gjordes bland personer som var medlemmar i någon lokalavdelning av Strokeriksförbundet och urvalskriterierna var att personerna skulle ha återgått i arbete, de skulle vara under 60 år (eftersom återgång i arbete sannolikt minskar nära pensionsåldern) och några år skulle ha förflutit efter stroke. Personerna skulle ha god talförmåga så att det skulle vara möjligt att föra samtal. Då urvalet gjordes med hjälp av lokala strokeföreningar och förutsatte att personerna frivilligt deltog i en intervju så var det svårt att precisera urvalskriteriet ytterligare.

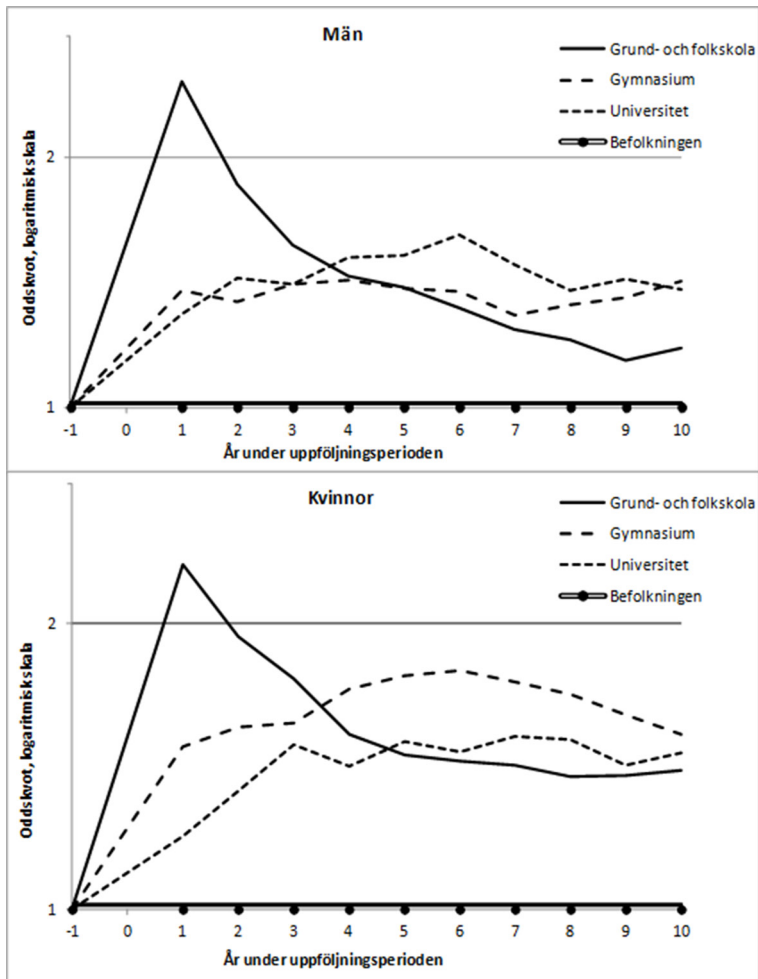
Frågorna som ställdes till intervjupersonerna handlade om vardagserfarenheter relaterat till situationen före stroke, under sjukdomsförloppet och rehabiliteringsprocessen, kvarstående svårigheter, tidigare arbete, motiv att återgå i arbete, familjerelationer och frågor om framtiden. Intervjusvaren spelades in och tolkades utifrån olika teman varav arbete, rehabilitering, kvarstående svårigheter samt

familj fanns med från start, medan tolkningarna av svaren ledde fram till nya teman där de viktigaste var strategier för att bemästra olika strokerelaterade svårigheter, konflikter samt sårbarhet.

Tabell 1. Relativ risk (sannolikhet) att återgå i arbete efter en stroke. (n = 7081)

Oberoende variabel (mått på socioekonomisk position)	Modell 1	Modell 2	Modell 3
	RR (95% CI)	RR (95% CI)	RR (95% CI)
<b>Utbildning</b>	<b>p &lt;0,001</b>		<b>p =0,008</b>
Grund- och folkskola	1 (ref)		1 (ref)
Gymnasium	<b>1,08</b> (1,01-1,15)		1,03 (0,96-1,10)
Universitet	<b>1,33</b> (1,23-1,43)		<b>1,13</b> (1,04-1,22)
<b>Inkomst (kvartiler)</b>		<b>p &lt;0,001</b>	<b>p &lt;0,001</b>
1 (lägsta)		1 (ref)	1 (ref)
2		<b>1,38</b> (1,27-1,67)	<b>1,38</b> (1,27-1,51)
3		<b>1,64</b> (1,50-2,13)	<b>1,61</b> (1,47-1,76)
4 (högsta)		<b>2,02</b> (1,84-2,94)	<b>1,94</b> (1,77-2,12)

Tabellen, (baserad på Trygged, Ahacic & Kåreholt 2011), visar resultat från hazard-regressioner med år som tidsintervall. Kontroller görs för kön, ålder, ålder i kvadrat, antal dagar med sjukhusvård (för stroke), dagar i kvadrat och typ av stroke. RR är relativ risk. RR > 1,0 innebär en högre sannolikhet att återgå i arbete. CI är konfidensintervall. "Ref" är referenskategori. P-värdet till höger om variabelnamnet (ovanför referenskategori) visar om variabeln som helhet är signifikant, d.v.s. om den signifikant förbättrar modellen. Fetlagda resultat har p < 0,05. Skillnaden mellan modell 1, 2 och 3 är vilken/vilka variabler avseende socioekonomisk position som ingår – i modell 1 ingår bara utbildning, i modell 2 bara inkomst och i modell 3 både utbildning och inkomst.



Figur 1. Odds-kvoter som visar sannolikheten att vara separerad under 10 år efter en stroke, bland män och kvinnor med olika utbildningsnivå.

Resultat från logistiska regressioner. (Resultaten är baserade på Trygged, Hedlund & Kåreholt 2011.) År -1 betyder året innan stroke/uppföljningstidens början, år 0 året för stroke/uppföljningstidens början, år ett första året under uppföljningen o.s.v. Personer som haft stroke jämförs med personer från befolkningen med samma utbildning. Personer från befolkningen är referenskategori och har därför alltid odds-kvoten 1,0. En odds-kvot över 1,0 innebär att risken för en separation är större bland dem som haft en stroke. Kontroller görs för ålder, ålder i kvadrat, år (1992 till 2005) (som dummy-variabler), antal dagar med sjukhusvård för stroke, dagar i kvadrat, födelseland, urbaniseringsgrad (de tre storstäderna/stora och mellanstora städer/småstäder och landsbygd), antal dagar med sjukhusvård för andra hälsoproblem.

Tabell 2. Relativ dödsrisk efter en stroke (n=10,487).

	Stroke-dödlighet			Andra dödsorsaker		
	Modell			Modell		
	1	2	3	1	2	3
	RR (P-värde)			RR (P-värde)		
<b>Utbildning</b>	<b>p=0,006</b>		p=0,392	p=0,070		p=0,313
Grund- och folkskola	1 (ref)		1 (ref)	1 (ref)		1 (ref)
Gymnasium	0,81 (0,098)		0,89 (0,384)	1,04 (0,651)		1,14 (0,129)
Universitet	<b>0,54</b> (0,002)		0,77 (0,203)	0,80 (0,055)		1,06 (0,652)
<b>Inkomst (kvartiler)</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
1 (lägsta)		1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)		1 (ref)
2		<b>0,53</b> (<0,001)	<b>0,53</b> (<0,001)	<b>0,58</b> (<0,001)		<b>0,60</b> (<0,001)
3		<b>0,42</b> (<0,001)	<b>0,43</b> (<0,001)	<b>0,31</b> (<0,001)		<b>0,30</b> (<0,001)
4 (högsta)		<b>0,21</b> (<0,001)	<b>0,22</b> (<0,001)	<b>0,32</b> (<0,001)		<b>0,31</b> (<0,001)

Resultaten från Cox-regressioner (baserad på Ahacic, Trygged & Kåreholt 2012). (Kontroller har gjorts för kön, ålder, ålder i kvadrat, antal dagar med sjukhusvård (för stroke), dagar i kvadrat och typ av stroke.) RR är en förkortning för relativ risk. RR < 1,0 innebär en lägre risk att dö jämfört med referenskategori (”ref”). P-värdet till höger om variabelnamnet (ovanför referenskategori) visar om variabeln som helhet är signifikant, d.v.s. om den signifikant förbättrar modellen. Fetlagda resultat har p < 0,05. Skillnaden mellan modell 1, 2 och 3 är vilken/vilka variabler avseende socioekonomisk position som ingår – i modell 1 ingår bara utbildning, i modell 2 bara inkomst och i modell 3 både utbildning och inkomst.



Tabell 3. Sammanställning från intervjuerna. Alla namn är fingerade.

Namn	Ålder vid intervju-tillfället	Antal år sedan stroke inträffade	Arbete före stroke	Arbete vid intervju tillfället	Kvarstående strokeskador
Erik	49	3	Tidsbegränsad anställning som avläsare av elmätare, heltid	25 procent för ett litet företag som säljer utrustning för sportfiske	Försvagad i ena sidan av kroppen och lider av fatigue (trötthet).
Magnus	56	2	Arbete inom kultursektorn. Arbetade mer än heltid	Arbetstränar på sin ordinarie arbetsplats, vill arbeta 50 procent	Har kognitiva svårigheter, bl a med rums- och tidsuppfattning.
Stina	44	7	Säljare på heltid	Arbetar 50 procent för en ideell organisation (har erbjudits förtidspension)	Har besvär från flera sjukdomstillstånd utöver stroke. Lider av fatigue, är ljudkänslig. Rullstolsburen.
Britta	50	8	Lärare i speciapedagogik på heltid	Samma typ av arbeten med anpassade arbetsuppgifter, 50 procent	Kognitiva svårigheter, glömmmer saker, ljudkänslig
Kerstin	52	10	Förskolelärare, 75 procent	Administrativt arbete, ca 75 procent vid en ideell organisation (har blivit erbjuden förtidspension)	Kognitiva svårigheter, problem med rumsuppfattningen
Maria	39	9	Lärare, 75 procent	Samma arbete fram till helt nyligen (har fått avgångsvederlag för att sluta på jobbet)	Kognitiva svårigheter
Ulla	56	11	Utredare i offentlig sektor, heltid	Tillfälligt arbete för en ideell organisation på deltid med flexibla arbetstider	Nedsatt i ena kroppshalvan, lider av fatigue.
Kristina	39	2,5	Säljare för ett flygfraktföretag, heltid	Samma arbete, 50 procent	Lider av smärta och fatigue
Lena	44	4	Läkarsekreterare på sjukhus, 75 procent	Samma arbete, 15 timmar/vecka	Fysisk nedsättning i vänster sida, lider av fatigue
Karin	41	3	Kontorsarbete, heltid	Samma arbete, heltid	Helt återställd efter stroke

Källa: Trygged (2012)