

Sociala skillnader i ohälsa - ett bestående problem?

Måns Rosén

Sociala skillnader i sjuklighet och dödlighet har funnits i alla länder och i alla tider. Från vaggan till gravsten märks dessa sociala skillnader, men de varierar över tiden och från sjukdom till sjukdom, mellan män och kvinnor och mellan olika regioner. Två tredjedelar av svenska landstingspolitiker anser att jämlikhet är ett viktigt mål. Det räcker därför inte bara med att konstatera att ojämlikheter finns och inte är acceptabla, vi måste få mer kunskap om de underliggande orsaksmekanismerna och politikerna måste vara beredda att gå från ord till handling.

Måns Rosén är chef för Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen och adjungerad professor i epidemiologi och folkhälsovetenskap vid Umeå universitet.

Många studier i Sverige har pekat på att det finns relativt stora skillnader i ohälsa mellan olika socio-ekonomiska grupper i Sverige (1-5). I ett internationellt perspektiv har dessa sociala skillnader i sjuklighet och dödlighet varit mindre än i många andra länder (6), men de är tillräckligt stora för att de bör tas på stort allvar. Lahelma och Arber redovisar dessutom en studie som antyder att de sociala skillnaderna i självrapporterade långvariga sjukdomar under 1980-talet är större i de nordiska länderna Sverige, Norge och Finland än i Storbritannien (7). Dessa skillnader har även funnits historiskt (8) och det finns även tendenser att skillnaderna ökar (3,5). Den samhällsekonomiska utveckling vi haft under 1990-talet (9) inger också oro för ökande klyftor i framtiden.

De analyser som gjorts i Sverige har ofta varit övergripande och fokuserats på relativt grova mått som medellivslängd eller enstaka större sjukdomsgrupper. SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) rapporterar dock löpande om sociala skillnader i funktionsförmåga och självrapporterad sjuklighet, men urvalsstorleken begränsar analysmöjligheterna. Studi-

erna har varit geografiskt avgränsade, antingen Sverige i sin helhet eller delar av en region, t ex Stockholm, Malmö, Göteborg och Norrland. Det finns därför anledning att studera hur sociala skillnader i sjuklighet och dödlighet varierar mellan olika sjukdomsgrupper och mellan olika regioner. Det kan ge uppslag för fortsatta analyser kring detta komplexa och svåranalyserade forskningsområde.

I denna artikel diskuteras inledningsvis några metodologiska problem med att studera sociala skillnader i ohälsa. Därefter redovisas resultat som visar att skillnaderna märks redan vid födelsen, att skillnaderna varierar från sjukdom till sjukdom och mellan olika delar av Sverige. Därefter en del korta referat till studier som visar att riskfaktorer för sjukdom ofta ansamlas i socialt och ekonomiskt missgynnade grupper och att dessa skillnader i levnadsvanor förklarar en hel del av de sociala skillnaderna i ohälsa, men inte allt. En följdfråga som kräver fortsatt forskning är varför dessa skillnader i levnadsvanor finns och vad vi kan göra för att minska riskerna.

Metodproblem

Den socioekonomiska indelning (SEI) som utvecklats av SCB aggregeras oftast i fem huvudgrupper: ej facklärda och facklärda arbetare, lägre, mellan och högre tjänstemän. Ett problem är att en stor och ökande andel av befolkningen inte registreras under dessa grupper i folkräkningarna, dvs är förtidspensionerade, arbetslösa etc. Förändringar i gruppernas sammansättning skapar problem med att tolka sociala och hälso-mässiga förändringar över tiden. Eftersom lägre socio-ekonomiska grupper har haft en ökad risk att förtids-pensioneras eller bli arbetslösa jämfört med högre så är det sannolikt att de sociala ojämlikheterna underskattas. Genom att utnyttja äldre årgångar av Folk- och Bostadsräkningar kan fler personer SEI-grupperas och därigenom kan konsekvenserna av detta metodproblem minskas. Den planerade omläggningen av folk- och bostad-

De flesta studier som publicerats kring sociala ojämlikheter i hälsa bygger på en socioekonomisk gruppering vid ett tillfälle

räkningarna kan ytterligare försvåra möjligheterna att redovisa ohälsan i olika socioeko-nomiska grupper.

De flesta studier som publicerats kring sociala ojämlikheter i hälsa bygger på en socioekonomisk gruppering vid ett tillfälle, t ex vid folkräkningen år 1980. De personer som hade ett yrke år 1980 kan ha haft ett annat yrke år 1975 eller 1985. Detta problem kan hanteras genom att samköra flera folkräkningar och studera dem som exponerats för samma yrke under en längre tidsperiod. Detta genomfördes vid uppbyggnaden av den senaste versionen av Cancer-miljöregistret (10). Håller man sig till grövre socioekonomiska grupperingar har detta problem mindre betydelse eftersom det är relativt ovanligt att man går från en socioekonomisk grupp till en annan.

När det gäller att förstå mekanismerna bakom de sociala skillnaderna försvåras analyserna av att innehållet i arbetslivet ständigt förändras. En arbetare i dag har inte alltid samma arbetsuppgifter som en arbetare i går.

Från vaggan till graven

De flesta studier av sociala skillnader har använt dödlighet som utfallsvariabler och att tillhöra en viss socioekonomisk grupp under livet visar sig i dessa studier ge ökade risker att dö i förtid i olika sjukdomar. Samkörningar av patientregistret med FoB har visat att arbetare utnyttjat den slutna vården mer än tjänstemän (11). Sociala skillnader i ohälsa märks dock redan vid födelsen (12-14). I en nyligen publicerad rapport från Epidemiologiskt centrum (12) ser man att spädbarnsdödligheten är lägre bland barn till privilegierade grupper av kvinnor än de som ej är privilegierade. De privilegierade kvinnorna har även färre andel tillväxthämmade barn och färre andel lågviktiga barn än de som tillhör en grupp som ej är privilegierade (*tabell 1*). En hel del av dessa skillnader kan förklaras av skillnader i moderns rökvanor, men inte allt.

Varierar från sjukdom till sjukdom

Totaldödlighet eller medellivslängd har varit en vanlig utfallsvariabel, men de sociala skillnaderna i t ex dödlighet varierar från sjukdom till sjukdom (*tabell 2*).

Tabell 1. Förlossningsutfall för två socioekonomiska grupper (privilegierade och ej privilegierade kvinnor).*

Förlossningsutfall	Privilegierade kvinnor	Ej privilegierade kvinnor
Spädbarnsdödlighet(%)	0,6	0,7
Tillväxthämmade barn (%)	2,2	5,1
Låg födelsevikt (%)	2,8	5,2
Rökare (%)	10	44

*Privilegierade kvinnor: svenska medborgare, sammanboende, egen bostad, akademisk utbildning. Ej privilegierade kvinnor: icke sammanboende, ej akademisk utbildning, ej nödvändigtvis svensk medborgare. (Källa: EpC 12)

Bland männen har ej facklärd arbetare bara en 27-procentig överrisk i tumörer jämfört med mellan/ högre tjänstemän, men en nästan tre gånger högre dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar. En stor del av sociala skillnader i totaldödlighet måste dock förklaras av den nästan 100-procentiga överrisk som ej facklärd arbetare har i ischemiska hjärtsjukdomar. Att sociala skillnader i levnadsvanor påverkar de sociala skillnaderna i dödlighet framgår tydligt. Överrisken för arbetare är generellt låg för alla cancerformer, men betydligt högre i lungcancer (*tabell 2*). Alkoholrelaterade sjukdomar och skador och ischemiska hjärtsjukdomar visar också höga överrisker och är klart relaterade till livsstil.

Tabell 2. Sociala skillnader i några olika dödsorsaker i Sverige. Kvot (åldersstandardiserade dödstal) mellan ej facklärd arbetare och mellan/högre tjänstemän. Socioekonomisk gruppering enligt FoB 1980 och dödsorsaker 1992.

Sjukdomsgrupp	Män	Kvinnor
Tumörer	1,27	1,08
Lungcancer	2,13	1,79
Ischemiska hjärtsjukdomar	1,97	2,72
Motorfordonsolyckor	1,55	1,07
Alkoholrelaterad dödlighet	3,61	2,14
Totalt	1,83	1,36

Skillnaderna mellan män och kvinnor är intressanta att kommentera. Ej facklärd arbetarkvinnor har totalt en 36-procentig överrisk jämfört med tjänstemannagruppen, vilket är betydligt lägre än den 83 procentiga överrisk bland ej facklärd manliga arbetare (*tabell 2*).

Även för olika dödsorsaker ligger kvinnorna betydligt lägre än männen med ett undantag. I ischemiska hjärtsjukdomar har kvinnliga ej facklärdade arbetare en betydligt större överrisk. Detta borde närmare analyseras. En tänkbar förklaring är att kvinnornas förändrade rökvanor slår igenom tidigare på ischemiska hjärtsjukdomar än på lungcancer. Det kan dock även finnas andra förklaringar som att situationen för dessa kvinnogrupper blivit allt mer stressfull etc.

De sociala skillnaderna i sjuklighet varierar också mellan olika sjukdomsgrupper. De är t ex stora när det gäller rörelseorganens sjukdomar. Ca 20 procent av manliga arbetare mot 10 procent av tjänstemännen rapporterar att de har långvariga besvär av rörelseorganens sjukdomar (5). Bland kvinnor är det hela 25 procent av arbetarna och 15 procent av tjänstemännen som uppger att de har rörelseorganens sjukdomar. För kvinnliga arbetare har andelen med dessa problem ökat.

Ansamling av riskfaktorer i vissa sociala grupper

Skilnaderna i ohälsa förklaras delvis av att riskfaktorer för sjukdom ansamlas i vissa socioekonomiska grupper (5,15). Genom att utnyttja ULF kan man se att 5 gånger fler arbetare än mellan/högre tjänstemän rapporterar 3-5 riskfaktorer (15). Att ha flera riskfaktorer samtidigt kan innebära en multiplikativ riskökning. Ansamlingen av riskfaktorer antyder också att de sociala skillnaderna i ohälsa kan öka i framtiden.

Levnadsvanor förklarar en del, men inte allt

Att sociala skillnader i levnadsvanor som tobaks-, kost, motions- och alkoholvanor förklarar en hel del av de sociala skillnaderna i ohälsa är uppenbart. Arbetare röker mer, har sämre kostvanor, motionerar mindre och missbrukar alkohol mer än tjänstemän (15,16). Det finns dock skillnader som inte kan förklaras av skillnader i för hälsan negativa levnadsvanor. Rosengren visade i en studie av medelålders män i Göteborg att sociala skillnader i hjärt-kärlsjuklighet kvarstod även efter kontroll för traditionella riskfaktorer som rökning samt höga kolesterol- och blodtrycksvärden (17). Andra studier har kommit till liknande slutsatser (18). Fortsatta studier behövs på området.

Skilnaderna i överrisk i dödlighet mellan könen är intressant

När det gäller dödlighet i alla orsaker så är de sociala skillnaderna betydligt större för män än kvinnor och de varierar kraftigt mellan olika delar av landet

Det är dock mycket angeläget att framför allt fokusera på frågan varför vissa socioekonomiska grupper har sämre levnadsvanor än andra. Flera studier har visat att det inte är bristande kunskap om riskerna utan snarare de livsvillkor som dessa grupper lever under som förklarar skillnaderna i levnadsvanor. Det är förståeligt att det är svårare för en ensamstående kvinna med barn att sluta röka. Dessa kvinnor är ofta heltidsarbetande med låg lön och har hela ansvaret för barnens försörjning och omvårdnad. I den sociala omgivningen, såväl på arbetsplats som bland vänner, är det dessutom fler som röker. Det sociala stödet för att ändra beteende är därför ofta dåligt.

För att ändra på dessa sociala skillnader i levnadsvanor krävs det dels mer forskning om beteendeförändring och effektivare preventiva metoder, men framför allt att samhället i stort skapar sådana livsbetingelser som underlättar möjligheterna att ha för hälsan goda levnadsvanor. Detta kräver ett politiskt engagemang.

Varierar från region till region

Mycket få studier har med enhetlig metodik belyst hur de sociala skillnaderna i sjuklighet och dödlighet varierar mellan olika delar av ett land. I ett försök att studera detta har vi utnyttjat dödsfallsregistret, dvs en samkörning av Folk- och Bostadsräkningen 1980 med dödsorsaksregistret 1981 till 1992. Resultaten kommer att publiceras mer utförligt i andra sammanhang, men några resultat kan redovisas. När det gäller dödlighet i alla orsaker så är de sociala skillnaderna betydligt större för män än kvinnor och de varierar kraftigt mellan olika delar av landet. Generellt var de högre i storstäderna än i övriga delar av landet. Ej facklärdade arbetare hade för Sverige i sin helhet en ca 50 procentig överrisk jämfört med mellan/högre tjänstemän medan denna överrisk var ca 100 procent i storstäderna Stockholm, Malmö och Göteborg.

Utvecklingen över tiden varierar också mellan olika delar av landet. Alkohol dödligheten har t ex minskat i de flesta socioekonomiska grupper i Stockholm medan den ökar för flera grupper i Malmö.

Resultaten visar att svenska folkets förtroendevalda anser att förebyggande program i större utsträckning än hittills bör planeras och genomföras med ett jämlikhetsmål som en viktig komponent

Konsekvenserna av sjukdom varierar

Konsekvenserna av sjukdom varierar också för olika befolkningsgrupper i Sverige. Det är inte bara en högre andel arbetare än tjänstemän som har långvariga sjukdomar och besvär, allvarligheten i sjukdomen är också högre för arbetare (19). De sociala konsekvenserna av sjukdom kan även variera. Att ha ryggproblem kan ha betydligt allvarligare konsekvenser för en arbetare än en tjänsteman.

Svenska politiker anser jämlikheten viktig

Svenska landstingspolitikernas värdering av målet om ökad jämlikhet belystes i en postenkät som skickades ut till 631 politiker, varav 71 procent (n= 449) besvarades (20). Politikerna fick ta ställning till ett antal olika scenarier med alternativa förebyggande program. I ett alternativ räddades 100 liv, men de sociala skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän bestod. I andra alternativ räddades 90,80 respektive 70 liv, varvid de sociala skillnaderna i dödlighet utjämnades. Det visade sig att 70 procent av de svenska politikerna var beredda att "uppoffra liv" för att uppnå jämlikhetsmålet. I genomsnitt var man beredd att reducera effekterna med 15 procent för att utjämna sociala skillnader i dödlighet. Resultaten visar att svenska folkets förtroendevalda anser att förebyggande program i större utsträckning än hittills bör planeras och genomföras med ett jämlikhetsmål som en viktig komponent.

Slutkommentarer

Socialepidemiologisk forskning har förtjänstfullt uppmärksammat de sociala skillnader som finns i ohälsa i Sverige. Detta har skapat ett politiskt intresse för frågan. I ett nästa skede kan vi inte bara fortsätta att observera dessa skillnader. Forskningen måste i större utsträckning inriktas på att förstå de mekanismer som styr sociala gruppers val av levnadsvanor och livsvillkorens betydelse för sjukdom och för tidig död. När välfärdssystemet genomgår stora förändringar är det också viktigt att närmare belysa de sociala konsekven-

serna av sjukdom. Krav på att göra hälsokonsekvensanalyser innan man fattar beslut i olika frågor kan vara ett annat sätt.

När det gäller förebyggande program bör det ställas krav både på att utvärderingen belyser effekterna för olika sociala grupper och att dessa program anpassas efter lokala förutsättningar. Ett program som syftar till att utjämna sociala skillnader i ohälsa i ett glesbygdsområde bör antagligen se annorlunda ut än i ett storstadsområde och vice versa.

Sociala skillnader i ohälsa är ett folkhälsoproblem som fortfarande existerar och riskerar att öka. I ord finns det ett samlat politiskt stöd för att frågan bör prioriteras och omsättas i handling. Denna insikt har ökat såväl internationellt som nationellt (21,22). Tyvärr saknas det i stor utsträckning erfarenheter på att sådana åtgärder genomförts. Det kan delvis bero på att utvärdering av förebyggande program, s.k. interventiv epidemiologi, ännu är i ett utvecklingsskede. Åtgärdsarsenalen är för begränsad. Men, det kan också bero på att de reformer och åtgärder som krävs är så genomgripande och kostnadskrävande att inga politiska partier vågar ta i frågan. Det är inte lätt att reducera den offentliga sektorns omfattning och samtidigt stödja de svaga i samhället.

REFERENSER

1. *Hanning M, Nyström L, Rosén M*: Hur mår du Sverige? Ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige - undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) som underlag för planering. Stockholm: Spri, 1982 (Spri rapport 82, 1982).
2. *Diderichsen F*: Health and social inequities in Sweden. *Soc Sci Med* 1990;31:359-67.
3. *Vågerö D*: Klass och dödlighet. pp 19-31. I *Diderichsen F, Östlin P, Dahlgren G, Hogstedt C* (red). *Klass och ohälsa*. Tiden-Folksam, 1991.
4. *Östlin P, Lundberg O*: Klass och sjuklighet. pp 32-51. I *Diderichsen F, Östlin P, Dahlgren G, Hogstedt C* (red). *Klass och ohälsa*. Tiden-Folksam, 1991. I *Diderichsen F, Östlin P, Dahlgren G, Hogstedt C* (red). *Klass och ohälsa*. Tiden-Folksam, 1991.
5. *Folkhälsorapport 1994*. Stockholm: Socialstyrelsen, EpC, 1994 (SoS-rapport 1994:9).
6. *Vågerö D, Lundberg O*: Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet* 1989;ii:35-6.
7. *Lahelma E, Arber S*: Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. *British and three Nordic countries compared*. *Eur J Public Health* 1994;4:213-26.
8. *Johannisson K*: Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle - historiska erfarenheter. Värnamo: Norstedts Förlag, 1990.
9. *Social rapport 1994*. Stockholm: Socialstyrelsen, EpC, 1994 (SoS-rapport 1994:10).
10. *Cancer-Miljöregistret 1960-70*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, 1994 (EpC-rapport 1994:4).

11. *Spetz C-L*: Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socio-ekonomiska fördelning i Sverige. Bilaga 1 till Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Stockholm: HS90, 1984 (SOU 1984:41).
12. Socioekonomiska förhållanden och förlossningsutfall i Sverige. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, 1996 (EpC-rapport 1996:2).
13. *Nyström Peck M*: Childhood class, body height and adult health. Studies on the relationship between childhood, social class, adult height and illness and mortality in adulthood. Thesis. Stockholm: Swedish Institute for Social Research 23, 1994.
14. *Östberg V*: Social structure and childrens life chances. An analysis of child mortality in Sweden. Thesis. Stockholm: Swedish Institute for Social Research 26, 1996.
15. *Boström G*: Ansamling av riskfaktorer. Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, 1994 (stencil).
16. *Rosén M*: Levnadsvanor. pp 144-63. I Diderichsen F, Östlin P, Dahlgren G, Hogstedt C (red). Klass och ohälsa. Tiden-Folk-sam, 1991.
17. *Rosengren A*: Coronary heart disease and mortality in relation to alcohol abuse and social factors. Thesis. Göteborg: Department of Medicine, Östra Hospital, Gothenburg University, 1988.
18. *Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD et al*: Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1988;128:370-80.
19. *Blank N, Diderichsen F*: Social inequalities in the experience of illness in Sweden: a "double suffering". *Scand J Soc Med* 1996;24:81-9.
20. *Lindholm L, Emmelin M, Rosén M*: Health maximisation rejected - The view of Swedish politicians. *Eur J Public Health*, in press, 1996.
21. *Benzval M, Judge K, Whitehead , eds*: Tackling inequalities in health; an agenda for action. London: Kings Fund, 1995.
22. Att överbrygga hälsogapen i Sverige genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1996 (FHI 1996:90).

Stipendier

för personal som arbetar med cancerpatienter

Cancerfonden utlyser nu höstens stipendier 1996 för personal inom cancervården med i första hand medellång yrkesutbildning. Cancerfonden har för sådana stipendier 1996 avsatt 2,5 miljoner kronor.

Avsikten med stipendierna är att stimulera och höja kompetensen hos personalen, enskilt eller i grupp, för att därigenom höja cancervårdens kvalitet. Målet är att förbättra omhändertagandet av cancerpatienterna.

Stipendierna kan t ex gälla studiebesök, anordnande av utbildningsdag, kurser eller deltagande i kongress.

De personalkategorier som bl a är aktuella för stipendier är sjuksköterskor, undersköterskor, laboratorieassistenter, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer, kuratorer, dietister, logopeder och annan personal med anknytning till cancervården, exempelvis administrativ personal.

Stipendierna beviljas inte till redan påbörjade aktiviteter. Inte heller beviljas medel till grundutbildning eller till lön under utbildningstiden från exempelvis undersköterska

till sjuksköterska, ej heller för akademiska studier som ger poäng.

Särskilda stipendier för hospitering har inrättats. Sökande ska då hospitera 2-4 veckor på någon palliativ enhet, som erbjuder handledning m m. Stipendiet gäller för resa och logi samt ett minibibliotek (lön/traktamente eller vikariatsersättning utgår ej).

Sista ansökningsdag: 1 oktober 1996.

Sökta aktiviteter får påbörjas tidigast 20 november 1996, då även besked om tilldelat stipendium kan lämnas.

Aktuella ansökningsblanketter rekvideras från Cancerfonden, Stipendiekommittén, 101 55 Stockholm.

Välkommen med ansökan!



Cancerfonden

Cancerfonden, 101 55 Stockholm. Telefon 08-677 10 00