

Är hälsoläget på den östra sidan av Öresund bättre än på den västra?

Bertil S Hanson

Niels Kristian Rasmussen

Det finns stora skillnader i sjuklighet och dödlighet mellan olika länder. Nationella gränser kan dock vara ett problem ur epidemiologisk synpunkt eftersom de kan dölja variationerna inom regioner. Denna artikel jämför medellivslängd, dödlighet (hjärtinfarkt, lungcancer, trafikolyckor) och tobaks- och alkoholvanor i Öresundsregionen. Artikeln baseras på en rapport om hälsoläget på de båda sidorna av Öresund som presenterades 1995. Det finns stora skillnader i medellivslängd mellan olika områden i Öresundsregionen. För hjärtinfarkt men särskilt för lungcancer är skillnaderna i dödlighet stora både mellan Danmark och Sverige och mellan olika områden på ömse sidor om Öresund. Ett likartat mönster ses för såväl rökning som alkohol. Resultaten av denna artikel är ett exempel på ett samarbete mellan kommuner, amter och landsting på Själland och i Skåne.

Bertil S Hanson är docent och chef för avdelningen för Socialmedicinsk och hälsoprogram vid Samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Niels Kristian Rasmussen är sociolog och chef för avdelningen för Sundheds- og syglighetsundersøgelser, sundhedsadfærd og forebyggelse ved DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi)

Introduktion

Det finns stora skillnader i sjuklighet och dödlighet mellan olika länder. I Sverige har hälsoutvecklingen varit god och Sverige ligger mycket väl till vid en jämförelse av medellivslängden bland såväl män som kvinnor. Danmark har däremot under de senaste tjugo åren haft en sämre hälsoutveckling än Sverige (1). Många olika faktorer kan bidra till att förklara dessa förändringar, som befolkningens levnadsvillkor, levnadsvanor och psykosociala omständigheter.

Även inom länder som Danmark och Sverige finns stora skillnader i sjuklighet och dödlighet. Gränser kan därför vara ett problem ur epidemiologisk synpunkt eftersom de döljer variationerna inom länder och regioner. Ett exempel på detta är data från två folkhälsorapporter som publicerades våren 1996 och som beskriver dödlighet, sjuklighet och olika hälsorisker i Malmöns tio stadsdelar och i Skånes 60 kommuner och kommundelar (2,3). Det finns mycket stora skillnader i medellivslängd, dödlighet, sjuklighet och olika hälsorisker mellan dessa olika geografiska områden. Även på den danska sidan av Öresund finner man geografiska skillnader i hälsa och hälsorisker (4,5).

Ett viktigt bidrag till förståelsen av variationer i sjuklighet och dödlighet mellan olika länder kan därför vara att studera inomregionala variationer i hälsoläget. Denna artikel beskriver och jämför medellivslängd, dödlighet (hjärtinfarkt, lungcancer, trafikolyckor) och tobaks- och alkoholvanor mellan olika geografiska områden på båda sidorna om Öresund. Artikeln baseras på en rapport om hälsoläget på de båda sidorna av Öresund som presenterades 1995 (6). Den togs fram av en expertgrupp bestående av Bertil S Hanson, Martin Lindström och Sven-Olof Isacson från Samhällsmedicinska institutionen i Malmö, Hans Bergwall från Kristianstads läns landsting, Allan Krasnik från avdelningen för Socialmedicin vid Köpenhamns universitet, Thor Lithman från Malmöhus läns landsting, Niels Kr Rasmussen från Dansk in-

Ett viktigt bidrag till förståelsen av variationer i sjuklighet och dödlighet mellan olika länder kan vara att studera inomregionala variationer i hälsoläget

stitut för klinisk epidemiologi, Kaj Renmarker från Malmö stad samt Nils Rosdahl från Köpenhamns kommun. Rapporten publicerades av Öresundskommittén, som har som syfte att verka för ekonomisk tillväxt och en god miljömässig utveckling i hela Öresundsregionen.

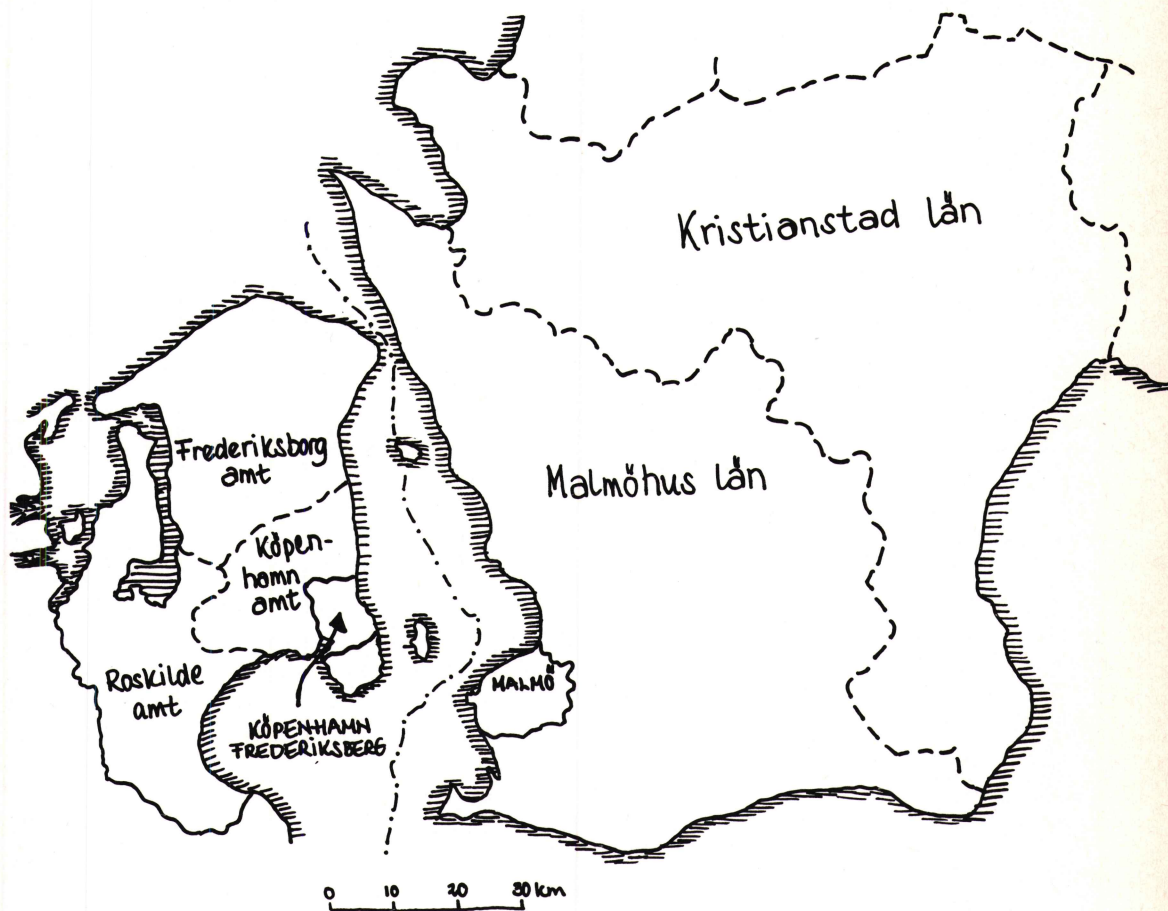
Population och metoder

Öresundsregionen omfattar ett stort område av storstäder, mindre städer och landsbygd (figur 1). Jämförelser görs mellan följande geografiska områden: Roskilde amt (223.000 invånare), Frederiksborg amt (348.000 invånare), Köpenhamns amt (605.000 invånare), Frederiksberg kommun (87.000 invånare), Köpenhamns kommun (467.000 invånare), Malmö kommun (234.000 invånare), Malmöhus län (545.000 invånare) och Kristianstads län (289.000 invånare).

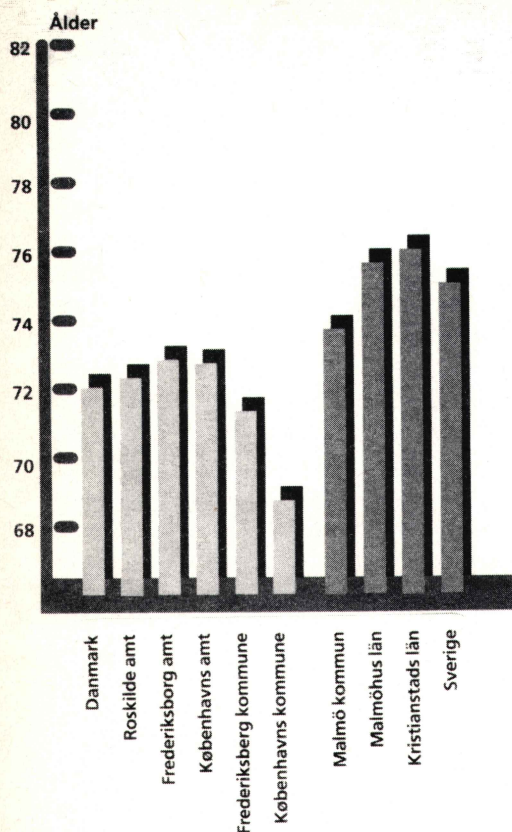
Data om medellivslängd och dödlighet i hjärtinfarkt, lungcancer och trafikolyckor har i Danmark hämtats

från befolkningsdatabasen och databasen över dödsorsaker vid Dansk Institut för Klinisk Epidemiologi för perioden 1988-1992 och i Sverige har regionalstatistiska databasen och dödsorsaksregistret vid Statistiska centralbyrån används för perioden 1989-1993. Uppgifterna om rök- och alkoholvanor har i Köpenhamnsområdet samlats in med hjälp av en stickprovsundersökning omfattande 2.474 danskar över 16 år baserad på personliga intervjuer ("Sundhed og sygelighed i Danmark 1994") och i Malmö med hjälp av en postenkätundersökning till 5.600 slumpvis valda malmöbor födda 1913, 1923, 1933, 1943, 1953, 1963, 1968 och 1973 ("Hälsoläget i Malmö 1994"). Svarsfrekvensen i dessa båda undersökningar varierar mellan 70-80%.

De geografiska jämförelserna bygger på variabler som definierats på samma sätt i Danmark och Sverige. De tre dödsorsakerna har definierats i enlighet med International Classification of Diseases (ICD); hjärtinfarkt



Figur 1. Karta över Öresundsområdet.



Figur 2. Återstående medellivslängd för män vid födelsen efter geografiskt område, åldersstandardiserat (Sverige 1989-1993, Danmark 1988-1992). Källa: Öresundskommittén, 1995.

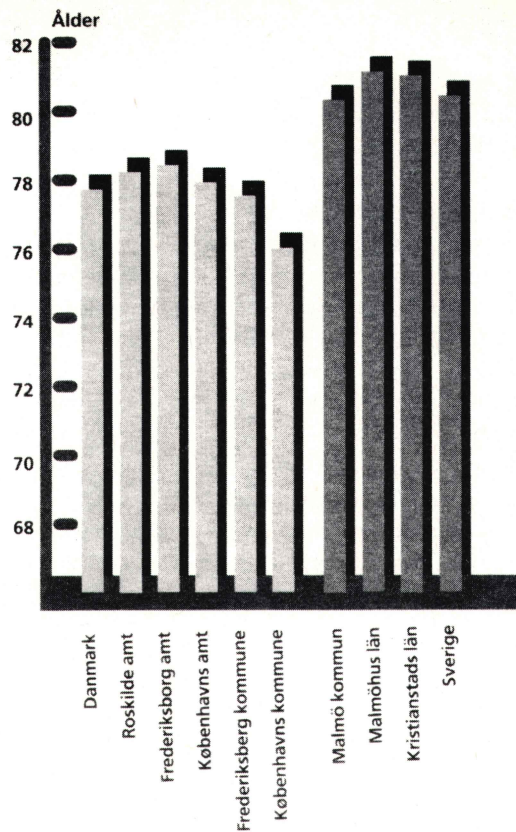
(Danmark ICD8 410-414 och Sverige ICD9 410-414), lungcancer (Danmark ICD8 160-163 och Sverige ICD9 160-165) och trafikolyckor (Danmark ICD8 810-819 och Sverige ICD9 810-819). Jämförelserna avseende alkoholvanorna i regionen bygger både på försäljningsstatistik och på uppgifter om veckokonsumtion av alkohol (gram alkohol per vecka) och jämförelserna avseende rökvanorna bygger på frågor om förekomsten av daglig rökning.

Alla jämförelser avseende medellivslängd och dödlighet baseras på åldersstandardiserade tal, dvs skillnader i medellivslängd och dödlighet mellan geografiska områden kan inte förklaras av skillnader i befolkningarnas ålderssammansättning.

Resultat

Medellivslängd

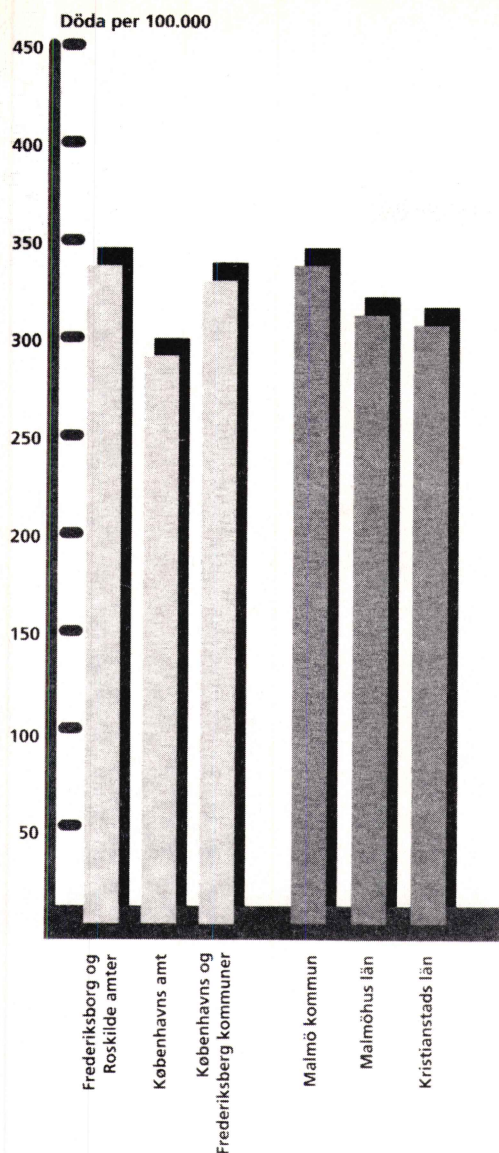
I Danmark är medellivslängden (återstående livslängd



Figur 3. Återstående medellivslängd för kvinnor vid födelsen efter geografiskt område, åldersstandardiserat (Sverige 1989-1993, Danmark 1988-1992) Källa: Öresundskommittén, 1995..

vid födseln) för män knappt 72 år och för kvinnor drygt 77 år. I Sverige är medellivslängden betydligt högre för såväl män som kvinnor, 75 respektive drygt 80 år. Överdödligheten för både män och kvinnor i Danmark jämfört med Sverige förklaras av en högre dödlighet bland män i åldrarna 25-64 år och kvinnor i åldrarna 35-64 år. Däremot är skillnaden i dödlighet för personer äldre än 64 år obetydlig om man jämför Danmark och Sverige.

På den danska sidan av Öresund är medellivslängden i Köpenhamns kommun markant lägre för både män och kvinnor än i såväl de andra danska områdena som i hela Danmark (figur 2-3). I Köpenhamns, Frederiksborg och Roskilde amt är medellivslängden för båda könen å andra sidan något högre än i hela Danmark. På den svenska sidan av Öresund ses ett likartat mönster. I Malmö stad är medellivslängden betydligt lägre för män och något lägre för kvinnor än i hela Sverige medan medellivslängden för såväl män som kvinnor i Malmö-

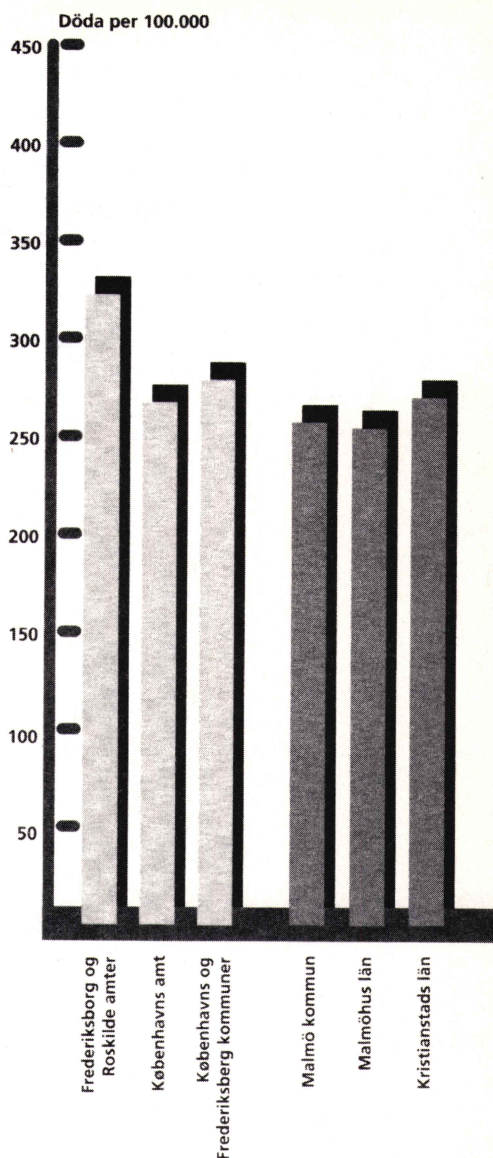


Figur 4. Antal avlidna män i hjärtinfarkt per 100.000 invånare i olika geografisk områden, åldersstandardiserat (1988-1992). Källa: Öresundskommittén, 1995.

hus och Kristianstad län är något högre än i hela landet.

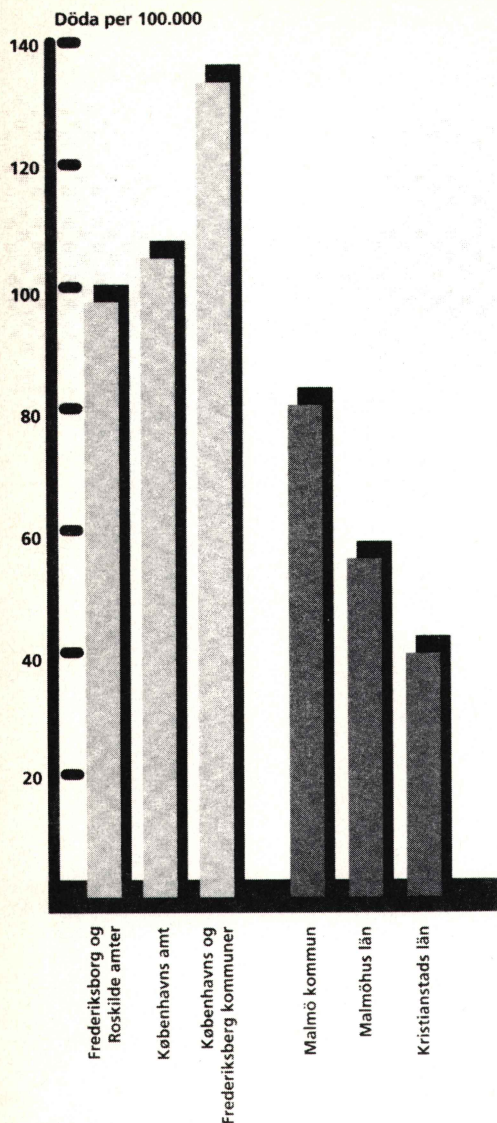
Hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt är en av de stora dödsorsakerna i såväl Sverige som Danmark. *Figurerna 4 och 5* redovisar antalet döda per år och per 100.000 invånare. Bland kvin-



Figur 5. Antal avlidna kvinnor i hjärtinfarkt per 100.000 invånare i olika geografisk områden, åldersstandardiserat (1988-1992) Källa: Öresundskommittén, 1995.

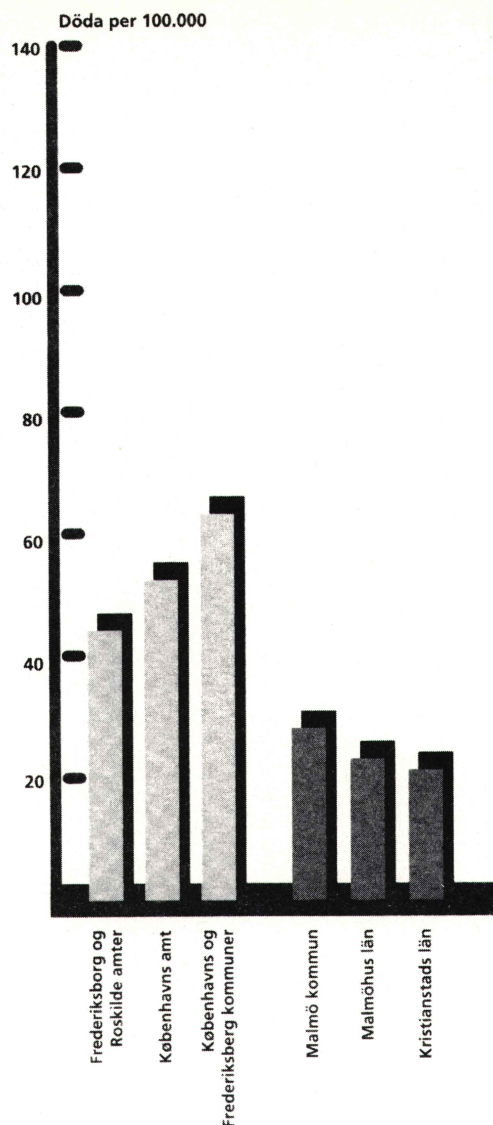
norna på den danska sidan finner man en något högre dödlighet än på den svenska sidan. För männens del ses inte samma skillnad. Detta kan bero på en annorlunda diagnostradition, speciellt i Köpenhamns och Frederiksberg kommuner, varför antalet hjärtinfarkter kan vara underskattade i dessa områden.



Figur 6. Antal avlidna män i lungcancer per 100.000 invånare i olika geografiska områden, åldersstandardiserat (1988-1992). Källa: Öresunds-kommittén, 1995.

Lungcancer

Överdödligheten i lungcancer på den danska sidan av Öresund jämfört med den svenska är betydligt större än den i hjärtinfarkt. I alla områdena på den danska sidan är dödligheten i lungcancer för både män och kvinnor betydligt högre än i områdena på den svenska sidan (figur 6-7). Invånarna i Köpenhamns kommun har en klart högre dödlighet i lungcancer än i de andra

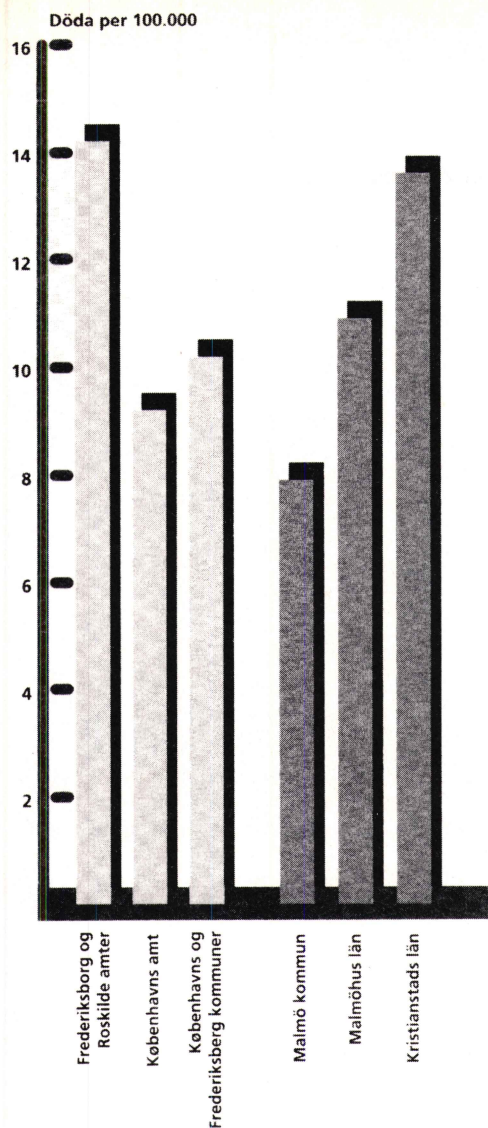


Figur 7. Antal avlidna kvinnor i lungcancer per 100.000 invånare i olika geografiska områden, åldersstandardiserat (1988-1992). Källa: Öresunds-kommittén, 1995.

områdena i Danmark. På samma sätt har Malmö stad en högre dödlighet i lungcancer i synnerhet för män men i viss mån även för kvinnor än de båda länen i Skåne.

Trafikolyckor

I förhållande till hjärtinfarkt och lungcancer avlider betydligt färre personer pga trafikolyckor. Dödligheten

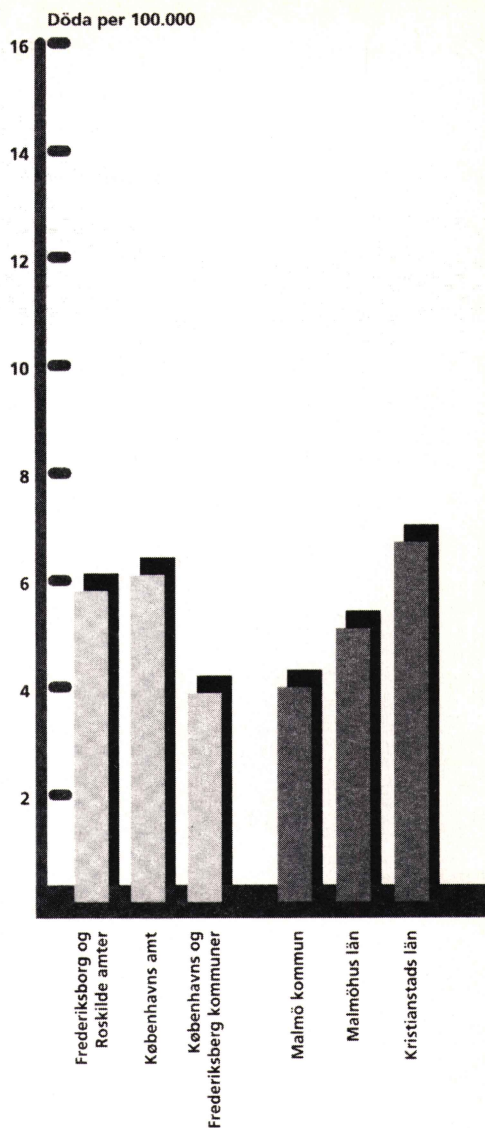


Figur 8. Antal avlidna män i trafikolyckor per 100.000 invånare i olika geografiska områden, åldersstandardiserat (1988-1992). Källa: Öresundskommittén, 1995.

pga trafikolyckor är dock mycket större för män än för kvinnor (figur 8-9). Dödsfallen pga trafikolyckor är också klart mindre i storstadsområdena på båda sidor om sundet jämfört med landsbygdsområdena. Någon större skillnad mellan Danmark och Sverige finns inte.

Rökvanor

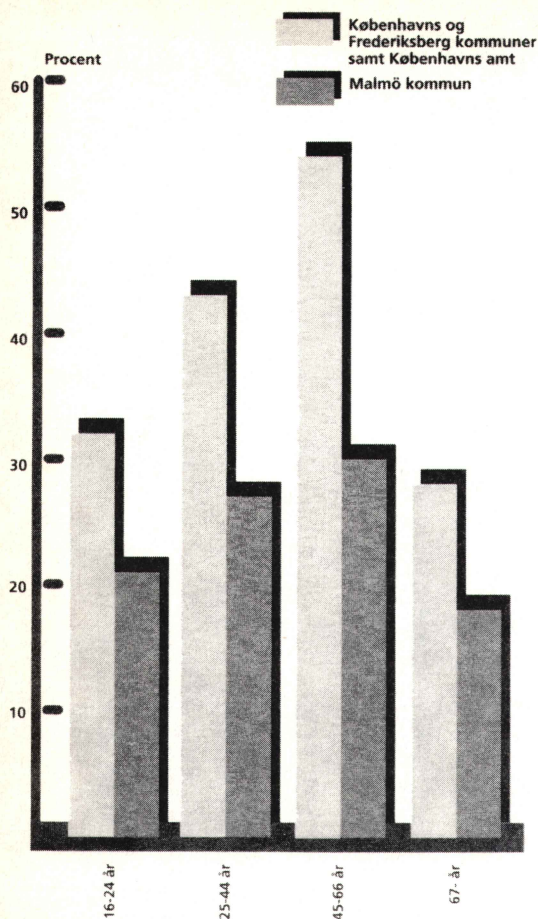
Andelen dagligrökare i den vuxna danska befolkningen



Figur 9. Antal avlidna kvinnor i trafikolyckor per 100.000 invånare i olika geografiska områden, åldersstandardiserat (1988-1992). Källa: Öresundskommittén, 1995.

har minskat från 44% 1987 till 39% 1994. I Sverige har andelen dagligrökare sedan 1980-talets början minskat från 35% till 26% för män och från 28% till 25% för kvinnor fram till 1991.

I samtliga åldersgrupper och för båda könen är andelen dagligrökare betydligt högre i Köpenhamns kommun, Fredriksberg kommun och Köpenhamns amt än i Malmö stad (figur 10-11). I åldrarna över 45 år är an-

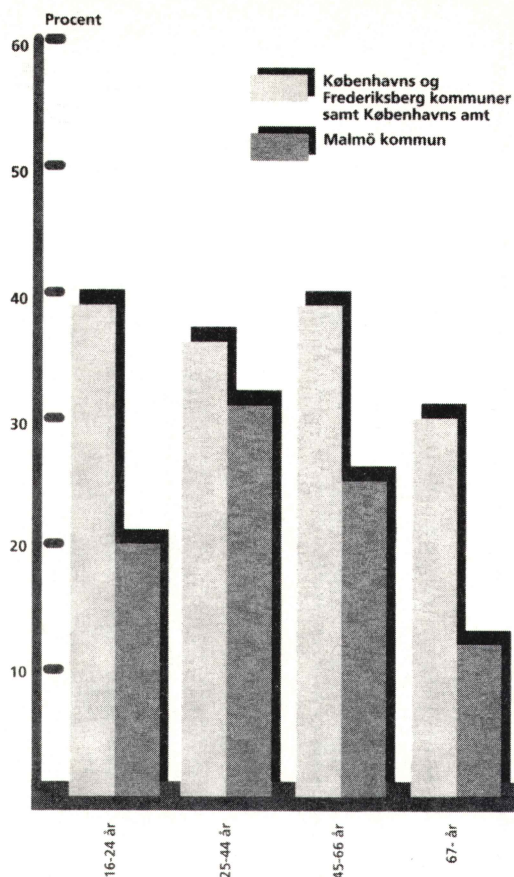


Figur 10. Andel (%) dagligrökare bland män efter ålder (1994). Jämförelse mellan Köpenhamnsområdet och Malmö stad. Källa: Öresundskommittén, 1995.

delen dagligrökare högre bland män än bland kvinnor på båda sidorna om sundet. Andelen dagligrökare är högst bland män i åldersgrupperna 45-66 år i såväl Köpenhamn (54%) som i Malmö (30%). I de yngre åldersklasserna är däremot skillnaden mellan könen mindre. I Köpenhamnsområdet är andelen dagligrökare bland kvinnorna (39%) t o m högre än bland männen (36%). I Malmö är könsskillnaden i den yngsta åldersgruppen liten, 21% bland männen och 20% bland kvinnorna och i åldrarna 25-44 år är andelen dagligrökare bland kvinnorna i Malmö 31% vilket är högre än bland männen, 27%.

Alkoholvanor

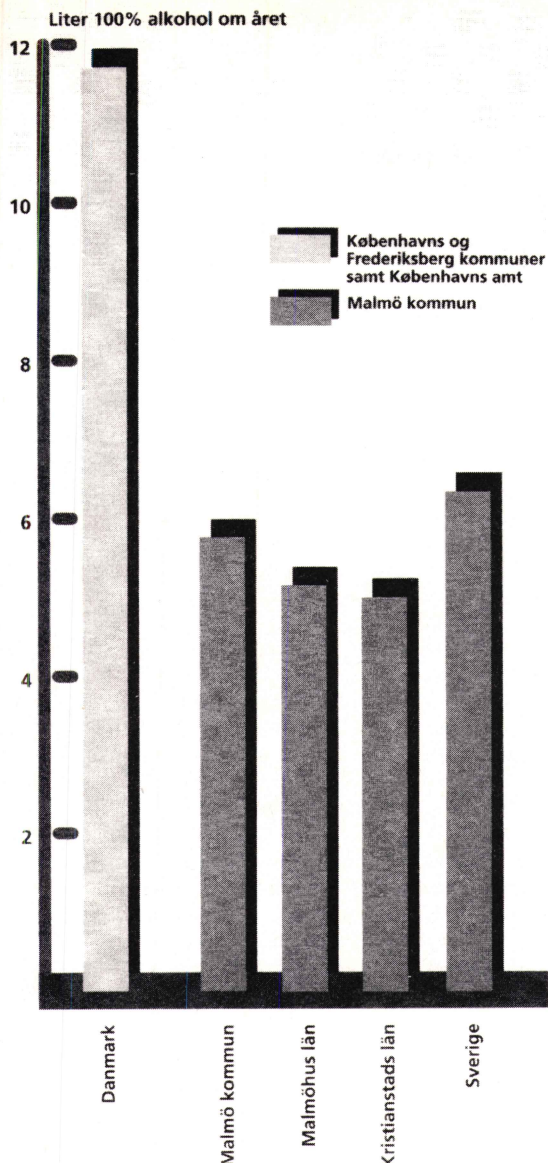
Alkoholkonsumtionen i Danmark har legat relativt sta-



Figur 11. Andel (%) dagligrökare bland kvinnor efter ålder (1994). Jämförelser mellan Köpenhamnsområdet och Malmö stad. Källa: Öresundskommittén, 1995.

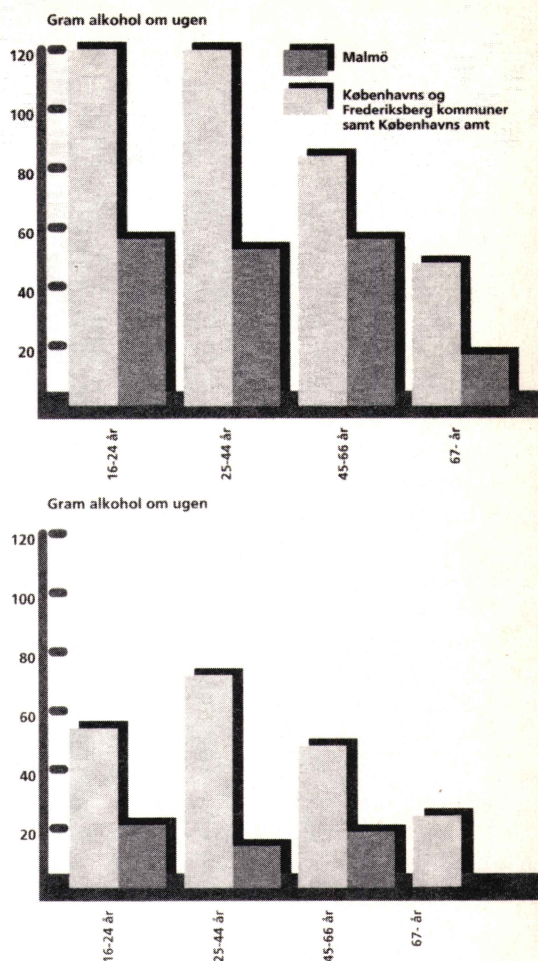
bilt de senaste 20 åren efter att ha stigit sedan 1940-talet. Försäljningsstatistiken visar att genomsnittskonsumtionen i Danmark (personer över 14 år) är 11,7 liter ren alkohol per år och person. I Sverige ligger försäljningen på halva nivån (figur 12). På den svenska sidan av Öresund säljs det mer alkohol i Malmö stad jämfört med Malmöhus och Kristianstad län. Försäljningen i Malmö stad ligger dock något under försäljningen i Sverige som helhet, vilket till stor del kan förklaras av närheten till Danmark och Tyskland.

Figurerna 13 redovisar alkoholkonsumtionen uträknad i gram alkohol per vecka i Malmö stad och i huvudstadsområdet på den danska sidan av Öresund (Köpenhamns amt, Köpenhamns och Frederiksberg kommuner). Männen i Köpenhamn dricker ca dubbelt



Figur 12. Alkoholförsäljning i liter 100% alkohol per år och invånare över 14 år i olika geografiska områden (1992). Källa Öresundskommittén, 1995.

Männen i Köpenhamn dricker ca dubbelt så mycket som männen i Malmö medan de danska kvinnorna dricker nästan tre gånger så mycket som de svenska kvinnorna



Figur 13. Alkoholkonsumtion (median gram alkohol) under en vecka bland män och kvinnor i olika åldersgrupper (1944). Jämförelser mellan Köpenhamnsområdet och Malmö stad. Källa: Öresundskommittén, 1995.

så mycket som männen i Malmö medan de danska kvinnorna dricker nästan tre gånger så mycket som de svenska kvinnorna. För männen är skillnaden mellan Danmark och Sverige mest markant i de yngsta åldersgrupperna.

Konklusion

Vi finner således stora skillnader i medellivslängd mellan olika områden i Öresundsregionen. För hjärtinfarkt men särskilt för lungcancer är skillnaderna i dödlighet stora både mellan Danmark och Sverige och mellan

I det fortsatta arbetet inom ramen för detta samarbete kommer tonvikten att förskjutas mot analyser av förändringar över tid och mot studier av sociala och psykosociala faktorerers betydelse för hälsan

olika områden på ömse sidor om Öresund. Ett likartat mönster ses för såväl rökning som alkohol. En del av skillnaden i dödlighet i hjärtinfarkt och lungcancer mellan Danmark och Sverige kan säkert förklaras av skillnaderna i rökfrekvens.

Beskrivningen av hälsoläget på de båda sidorna av Öresund beskriver endast förhållandena vid en viss tidpunkt. Ett exempel på hur befolkningens hälsotillstånd kan utvecklas över tiden är utvecklingen av den danska medellivslängden (1). För såväl män som kvinnor i Danmark har medellivslängden sedan 1970-talets början utvecklats på ett ofördelaktigt sätt om vi jämför med andra OECD-länder. En åttonde plats år 1970 för de danska kvinnorna bland de 23 OECD-länderna har pga en stagnerande utveckling av medellivslängden år 1990 förbytts i en 21 plats. I Sverige ses en liknande utveckling, om inte så dramatisk, för framförallt kvinnor. Denna utveckling är tydligare i Malmö än i Sverige som helhet. Malmökvinnorna, som tidigare hade en högre medellivslängd än kvinnorna i Sverige, har nu en lägre medellivslängd än kvinnorna i hela Sverige.

Denna korta jämförelse av hälsoläget på båda sidor om Öresund omfattar i första hand data om dödlighet och levnadsvanor. Det saknas uppgifter om sjuklighet

och upplevd hälsa. Sjuklighet och dödlighet har inte bara ett samband med levnadsvanor och olika riskfaktorer. Människors levnadsvillkor som uppväxtvillkor, bostadsförhållanden, arbetsförhållanden, materiella och ekonomiska resurser har betydelse för hälsan liksom psykosociala omständigheter som tillgången på sociala resurser i form av socialt stöd från det sociala nätverket, ett bra inflytande och kontroll över vardagslivets krav och stressfyllda situationer och en känsla av sammanhang och samhörighet.

Resultaten av denna artikel är ett exempel på ett samarbete mellan kommuner, amter och landsting på Själland och i Skåne samordnat av Öresundskommittén. I det fortsatta arbetet inom ramen för detta samarbete kommer tonvikten att förskjutas mot analyser av förändringar över tid och mot studier av sociala och psykosociala faktorerers betydelse för hälsan.

REFERENSER

1. The Life Expectancy Committee, Ministry of Health. Lifetime in Denmark. Copenhagen: Statens Information, 1994.
2. Hanson B S, Andersson C, Lindström M, Nilsson J, Roswall M: Hur mår Malmö - Folkhälsorapport 1996. Malmö: Tryckeri Malmö, 1996.
3. Hanson B S, Lithman T, Noreen D, Peterson B: Hur mår Skåne - Folkhälsorapport 1996. Malmö: Tryckeri Malmö, 1996.
4. Juel K: Dödelighedsindex for kommuner og amter 1971-80. København: DIKE og Sundhedsstyrelsen, 1994.
5. Kjoller M, Rasmussen N K, Keiding L et al: Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 - og udviklingen siden 1987: rapport fra DIKES repræsentative undersøgelse blandt voksne danskere. København: DIKE, 1995.
6. Öresundskommittén. Om sundhed og ohälsa kring sundet. Köpenhamn: Öresundskommittén, 1995.