

Vad förklarar olikheter i levnadsvanor?

Carl-Gunnar Eriksson

Mänskliga beteenden, levnadsvanor och livsstil har under senare tid allt oftare betraktats som en viktig orsak till vår tids folksjukdomar. Begreppen är dock ingalunda entydiga. Livsstilsbegreppet lanserades exempelvis ursprungligen av Max Weber för att beteckna ett stabilt beteendemönster hos individer som hade sin grund i individens grupptillhörighet. Idag används det i stället av en stark individualistisk tradition och står för det som den enskilde individen, åtminstone i teorin, själv kan påverka.

I artikeln belyses hur levnadsvanor samverkar med andra sociala faktorer i hälsans och ohälsans orsaksmönster. Beteenden, levnadsvanor och livsstil kan därför inte studeras isolerat utan måste vara insatta i sitt sammanhang.

Carl-Gunnar Eriksson är professor i samhällsmedicin vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg.

Under senare år har mycket intresse fokuserats på människors beteende som en viktig orsaksfaktor, när det gäller flera av våra stora folkhälsosjukdomar (1). Den modell som används utgår från att det föreligger ett samband mellan miljöförhållanden, individuellt beteende, biologiska riskfaktorer, klinisk sjukdom och dess konsekvenser i form av död, oförmåga och handikapp. Med ett sådant synsätt framkommer med önskvärd tydlighet behovet av ett tvärvetenskapligt synsätt. Den kliniska medicinen kan ge kunskaper om de senare stegen i kedjan, medan epidemiologin söker finna rötterna till brister i folkhälsan. I *figur 1* redovisas ett sådant synsätt där olika förhållanden på miljö-, individ-, risk- och sjukdomsplanet illustreras (2).

Att fokusera på beteende eller levnadsvanor medför ofta att intresset även omfattar människors kun-

skap och medvetenhet (3). Därför blir åtgärderna i detta sammanhang att förbättra kunskapsförmedlingen och hälsoupplysarna har här en viktig mission att fylla. Det är dock väsentligt att konstatera att beteendet är funktionellt. Detta innebär att våra levnadsvanor fyller viktiga funktioner för oss. De kan bidra till att upprätthålla en balans i vår livssituation och ge oss njutningar och glädjeämnen. Därför är det inte så enkelt att det bara handlar om kunskapsbrist, när människor handlar och beter sig på ett visst sätt.

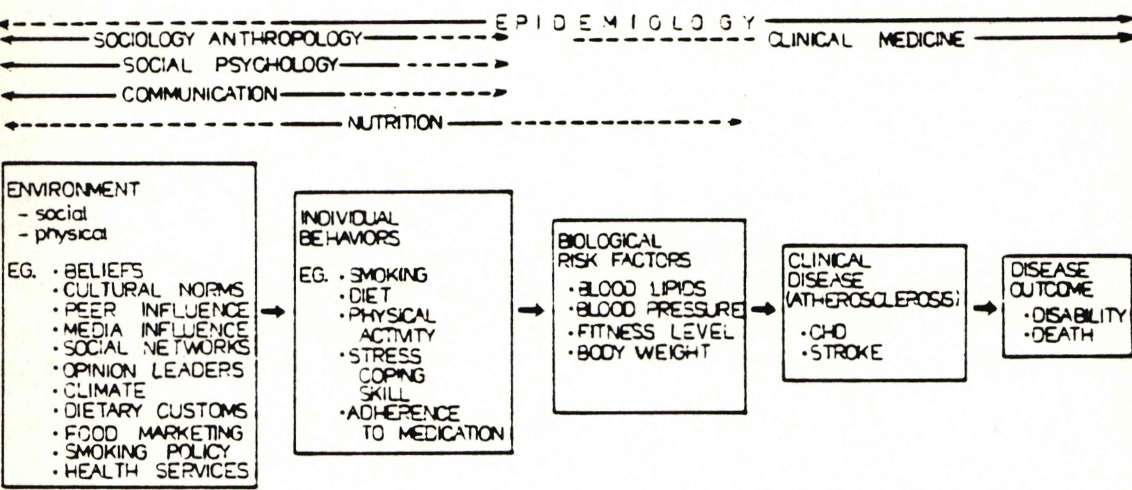
Hälsobeteende

Det var särskilt i samband med Marc Lalondes diskussion om faktorer som påverkar folkhälsan (4) och cancerforskarnas översikter (5) som betydelsen av levnadsvanor påtalades. De menade att det fanns många faktorer inom människans beteendesfär eller livsstil av stor betydelse för utveckling av sjukdom. Dessa förhållanden, menade Lalonde, låg inom människans möjlighet att kontrollera. Därutöver fanns en rad andra faktorer, som människan hade begränsad möjlighet att påverka, och dessa kallade man miljöfaktorer.

Det är i detta perspektiv som levnadsvanor i bemärkelsen hälsorelaterat beteende såsom kost, rökning, alkohol och ibland även läkemedel blivit centrala områden för förebyggande verksamhet. En rad olika beteende- och samhällsvetare har varit inblandade utöver den rad preventionsaktiva medicinare som på ett engagerat sätt studerat området. Denna

.....
Olika former av hälsorelaterade beteenden kan variera alltifrån beteenden som höjer välbefinnandet till mycket specifika beteenden som har med familjeplanering att göra.
.....

Figur 1. Faktorer i det kausala nätet bakom kardiovaskulär sjukdom. Vetenskapliga områden som behövs för effektivt förebyggande (från Nordkarelen-projektet, 2).



bredd på professionell bakgrund och inriktning har också medfört att begreppsapparaten blivit vildvuxen och terminologin svår att överblicka. I *tabell 1* redovisas en rad olika begrepp som använts inom området (6). Olika former av hälsorelaterade beteenden kan variera alltifrån beteenden som höjer väl-

Tabell 1.: En översikt av hälsorelaterade beteenden (enligt Green, 6)

Behavior	Definition
Wellness behavior	Any activity undertaken by an individual, who believes himself to be healthy, for the purpose of attaining an even greater level of health.
Preventive health behavior	Any activity undertaken by an individual, who believes himself to be healthy, for the purpose of preventing illness or detecting it in an asymptomatic state.
At-risk behavior	Any activity undertaken by an individual, who believes himself to be healthy but at greater risk than normal of developing a specific health condition, for the purpose of preventing that condition or detecting it in an asymptomatic state.
Illness behavior	Any activity undertaken by an individual, who perceives himself to be ill, to define the state of his health and discover a suitable remedy.
Self-care behavior	Any activity undertaken by an individual, who considers himself to be ill, for

Sick-role behavior

Family planning behavior

Parenting health behavior

Health-related social action

the purpose of getting well. It includes minimal reliance on appropriate therapists, involves few dependent behaviors, and leads to little neglect of one's usual duties.

Any activity undertaken by an individual, who considers himself to be ill, for the purpose of getting well. It includes receiving treatment from appropriate therapists, generally involves a whole range of dependent behaviors, and leads to some degree of neglect of one's usual duties.

Any activity undertaken by an individual to influence the occurrence or normal continuation of pregnancy.

Any wellness, preventive, at-risk, illness, self-care, or sick-role behavior performed by an individual for the purpose of ensuring, maintaining, or improving the health of a conceptus or child for whom the individual has responsibility.

Any activity undertaken by an individual singularly or in concert with other (ie collectively) through organizational, legal, or economic means, to influence the provision of medical services, the effects of the environment, the effects of various products, or the effects of social regulations that influence the health of populations.

befinnandet till mycket specifika beteende som har med familjeplanering att göra. En klassisk avgränsning är att tala om hälsobeteende som det människor gör för att förbli friska eller förbättra hälsan (7).

Utvecklingen i sociala grupper

Levnadsvanor såsom olika former av hälsobeteende är insatta i en social dynamik. Detta kan illustreras av utvecklingen av rökning av mer än tio cigaretter per dag i våra svenska storstäder. I låginkomstutredningens surveyundersökningar (8) framkom att bland kvinnorna ökade rökningen på ett likartat sätt mellan 1968 och 1974, därefter minskade rökfrekvensen i socialgrupp 1 och 2, medan däremot den fortsatte att öka i socialgrupp 3 fram till undersökningen 1981. För männens del sågs en motsvarande uppdelning i skillnader i rökvanor mellan socialgrupp 3, där det var betydligt vanligare med rökning än bland de högre socialgrupperna (figur 2).

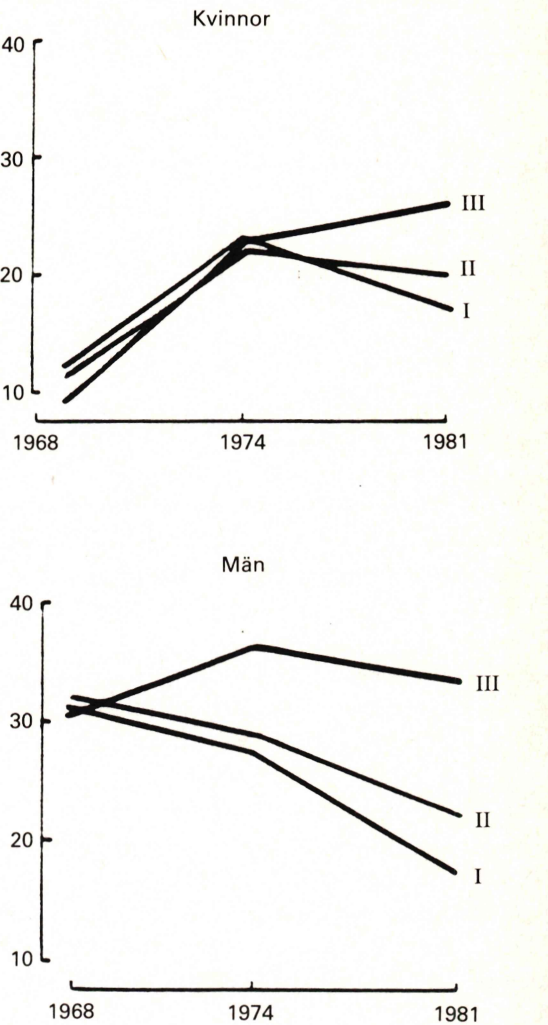
Även Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden (Ulf) redovisar att andelen dagligrökare varierar kraftigt mellan olika människor i Sverige (9). En fördelning på socio-ekonomiska grupper såsom arbetare, tjänstemän mfl visar på

Tabell 2.: Andel dagligrökare, soffliggare och överviktiga bland olika yrkesgrupper 1984/85 (köns- och åldersstandardiserade procenttal) (9)

	Dagligrökare
Tjänstemän	27.2 —*
— högre	20.3 —*
— mellan	24.4 —*
— lägre	33.5 —*
Arbetare	36.9 —*
— facklärd	32.7 —*
— ej facklärd	39.0
Jordbrukare	18.2
Ensamföretagare	35.8
Företagare med anställd	30.1
Studerande	27.5
Hemarbetande	24.1
Förtidspensionär, långvarigt sjuk	45.9
Ålderspensionär	20.9

—* = signifikant minskning 1975–85.

Figur 2. Andel personer i socialgrupp I–III som rökte 10 cigaretter/dag i storstad 1968–81 (8).



betydande skillnader. Bland högre tjänstemän var 1984–85 var femte dagligrökare jämfört med den dubbla andelen bland ej facklärd arbetare (tabell 2). Vid en analys av utvecklingstrenden mellan 1975–1985 framkom att rökningen minskat kraftigt i alla grupper av tjänstemän och arbetare med undantag för ej facklärd arbetare. Detta anger ett viktigt område för utvecklingen när det gäller den förebyggande verksamheten, nämligen hur kan medvetenheten om tobaksbrukets vådlighet och tobaksfrihet öka bland ej facklärd arbetare. Även då det gäller motion och övervikt observerades en skillnad mellan arbetare och tjänstemän. Bland ej facklärd ar-

betare var andelen som inte alls motionerade 38% jämfört med 20% bland högre tjänstemän. Dessa skillnader i hälsobeteende medför olika prognos när det gäller den framtida hälsoutvecklingen.

Social kausalitet

Flera översikter har presenterats om skillnader i hälsa mellan olika socio-ekonomiska grupper eller sociala klasser (10). Förklaringar till dessa skillnader har sökts, bland annat har man undrat om det är fråga om statistisk artefakt (11) eller en social selektion. Ingen av dessa faktorer förklarar dock de påtagliga skillnader som regelbundet återkommit i de flesta studier. Förklaringar kan däremot sökas i termer av beteende eller kultur och som alternativ eller komplement en mer strukturell eller materialistisk förklaring. Levnadsvanorna skulle i dessa fall stå som en primär förklaring eller mera vara förmedlande när det gäller de strukturella materiella förutsättningar människor har i sin livssituation.

Livsstil

Livsstilsbegreppet har genomgått en intressant betydelseförskjutning under de senaste 100 åren (12). Det var sociologen Max Weber som införde begreppet livsstil (Lebensführung) som en gruppegenskap. Det var det sammanslagna uttrycket för inkomst, yrke, status och utbildning. Enligt Webers synsätt var livsstilen ett relativt stabilt beteendemönster typiskt för individens grupp eller den grupp som individen ville tillhöra. Livsstilen var individens strategi för att utnyttja de resurser som klassbakgrund, tradition, utbildning och marknad skapade för henne.

Den betydelseförskjutning som har skett innebär, att man mer betonar livsstilens nära relation till attityder, värden och normer. Livsstilen blir på det

.....

Det var sociologen Max Weber som införde begreppet livsstil som en gruppegenskap. Det var det sammanslagna uttrycket för inkomst, yrke, status och utbildning.

.....

sättet ett uttryck för människans fria vilja att aktivt välja och utforma sitt liv.

Det är viktigt att konstatera att denna individualistiska syn på livsstilen medför problem, när vi börjar tala om livstidssjukdomar. De sjukdomar som brukar inkluderas i gruppen livsstilssjukdomar är fetma, alkoholism, narkotikamissbruk, sexuellt överförda sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och självmord (13). Risken här är att, i enlighet med den klassiska konservativa individualismen, man ser problemen som renodlat individuella. Detta innebär ibland att risken är uppenbar för att offret får skulden (14).

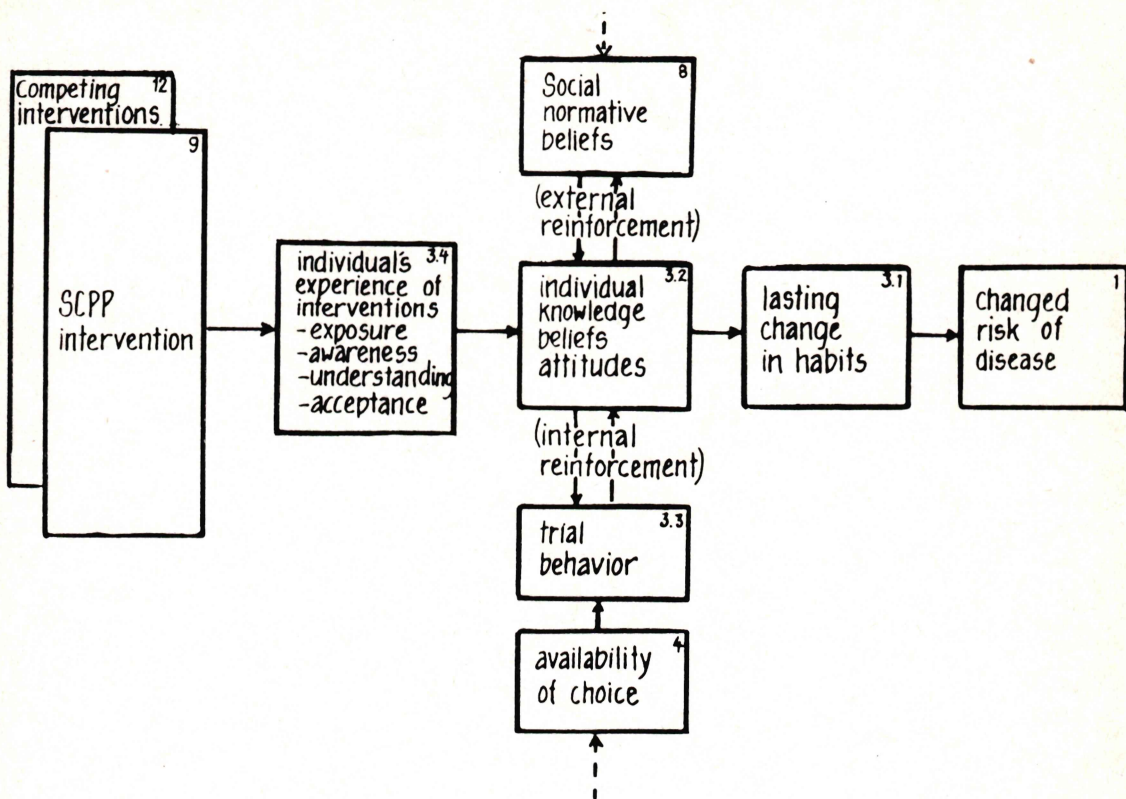
Ohälsans sociala rötter

Inom den socialmedicinska forskningen är det särskilt två traditioner som haft stort inflytande under de senaste 20 åren. Den första gäller studien kring betydelsen av livsförändringar eller sk life events (15). Denna forskning har medfört en omfattande kunskap om hur olika livsomställningar medför ökad belastning på människor som ger sitt uttryck i bla destruktiva levnadsvanor och ohälsa. Denna forskningstradition har använt sig av en multivariat kvantitativ forskningsansats. Under senare år har det dock visat sig vara en betydelsefull komplettering i detta sammanhang att även lyfta in i vilken omfattning människor aktivt kan hantera de uppkomna situationerna och i vilken grad man faktiskt också kan kontrollera sin livssituation (16).

En andra viktig forskningstradition rör socialt nätverk och socialt stöd. Det har visat sig att det sociala nätverket och det sociala stödet kan kompensera för påfrestningar i människors livssituation (17). Det är i ett sådant perspektiv som livsomständigheter är en viktig delförklaring till levnadsvanor och ohälsa. De strukturella och materiella villkoren som vi lever under skapar förutsättningar för hem, arbete och fritid att på ett meningsfullt sätt förbättra vårt välbefinnande och vår hälsa, men på grund av den ojämlika fördelningen kan också dessa faktorer förmedla brister i välbefinnande och hälsa.

I arbetet med det cancerförebyggande programmet i Stockholm (18) har därför ambitionerna varit att utöver folkbildning om cancerrisker inom särskilt kost- och tobaksområdet även arbeta för att

Figur 3. Modell för det cancerförebyggande arbetet i Stockholm (19).



förbättra människors valmöjligheter. Detta görs bl a genom en ny storköskkokbok för att skapa förutsättningar för bättre valmöjligheter i personalmatsalar.

Samtidigt konstaterades det i planeringsarbetet att människors levnadsvanor är insatta i ett socialt system, där sociala normer och föreställningar på ett aktivt sätt förstärker de enskildas normer, värderingar och handlingar (19). Genom att skapa förutsättningar för människor att pröva på nya goda och hälsosamma maträtter, hoppas man inom pro-

jektet att människor skall finna dem tillfredsställande och det i sin tur skall leda till bestående förändringar i levnadsvanorna (figur 3).

Ohälsans sociala rötter är vitt förgrenade och bilden komplicerad. I det följande skall några exempel ges från forskningsprojekt som försökt belysa hur levnadsvanor samverkar med andra sociala faktorer i hälsans och ohälsans orsaksmönster.

Mot en rikare dynamisk komplexitet

I den kända studien i Alameda County i Kalifornien har man under flera år följt upp betydelsen av hälso-beteende för hälsotillståndet (20). Det visade sig att såväl hälsobeteenden som socialt nätverk hade en oberoende inverkan på hälsotillståndet. Dessa samband kvarstod även när man kontrollerat för sådana faktorer som ålder, kön, socio-ekonomisk status och den fysiska hälsan vid undersökningens start. Vad som är mindre känt men också framkom i denna studie var att dödligheten var högre för männi-

I arbetet med det cancerförebyggande programmet i Stockholm har ambitionerna varit att utöver folkbildning om cancerrisker inom särskilt kost- och tobaksområdet även arbeta för att förbättra människors valmöjligheter.

skor med lågt socio-ekonomisk status, bland män och bland svarta eller icke vita etniska grupper, även när man kontrollerar för hälsovanor. Detta antyder att såväl levnadsvanor, socialt nätverk som social klass har en viktig betydelse för folkhälsan.

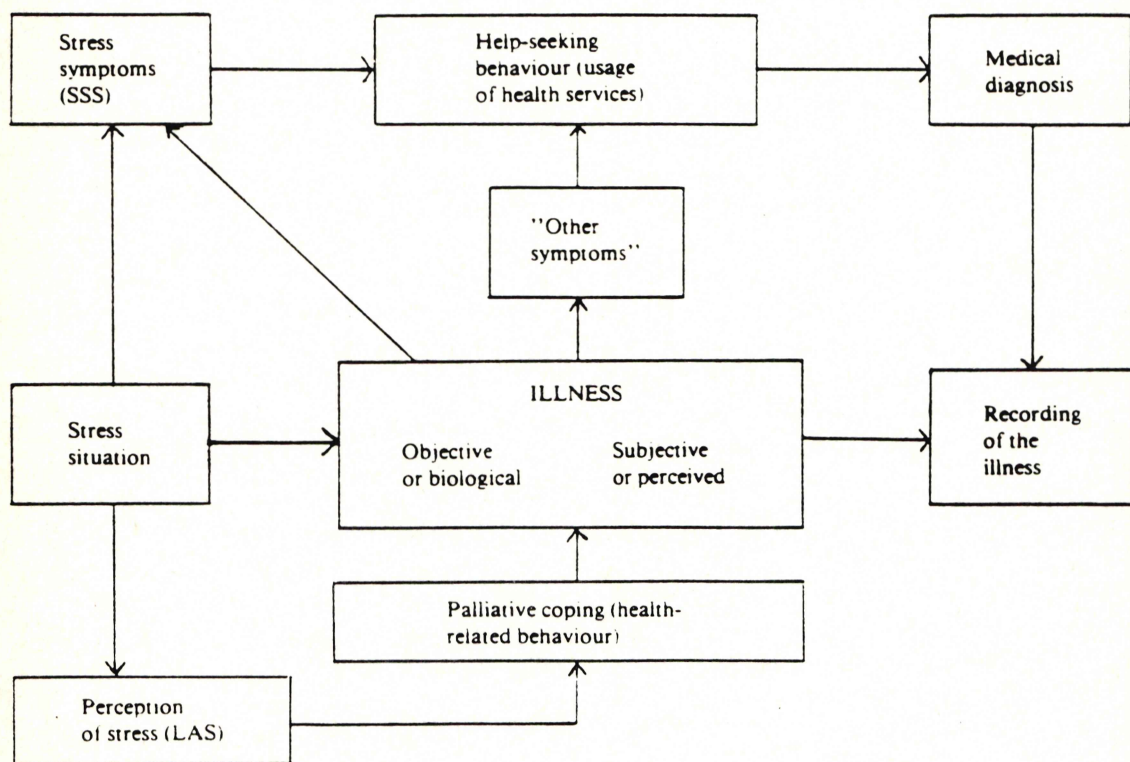
Leif Aarø har i Bergen lagt fram en avhandling som visar på hälsobeteendenas relation till socio-ekonomisk status (21). I den modell som studerades utgick man ifrån att hälsobeteendet påverkas av sådana närliggande faktorer som den fysiska och sociala miljön samt även en rad personrelaterade faktorer. Bakom detta ligger den sociala ojämlikheten och samhällets organisation i stort. I alla avseenden utom alkoholkonsumtion var hälsobeteendet sämre bland personer med socio-ekonomiskt låg status. Att beteendena var sämre innebar ett hot för hälsan på sikt.

I Finland har Seppo Aro under flera år studerat arbetare och kontorspersonal vid en industri (22). Synsättet var här att i arbetsmiljön finns olika

stressreaktioner och varierande grad av bemästrande (coping). Det visade sig där att en stressituation kunde leda till en rad olika stressymtom som i sin tur var relaterade till hur man sökte hjälp och fick en medicinsk diagnos och därmed en registrering av sjukdom. Stressituationen leder ibland till en objektiv biologisk sjukdom eller en subjektiv upplevd sjukdom. Samtidigt hade perceptionen av stressituationen en betydelse för vad människan vidtog för bemästrande åtgärder för att klara av sin situation. Dessa bemästrande åtgärder omfattar olika typer av hälsobeteenden och läkemedelsbruk. I figur 4 redovisas den modell som använts.

I en avhandling av Margareta Furu visas på hur livsmönster och hälsa är relaterade (23). Genom att gå tillbaka till data som insamlats redan på 30-talet kunde en uppföljning över hur barns skolprestationer, intelligens mm påverkade den uppnådda utbildningen som i sin tur medförde olika livsstil, psykosociala och psykiska betingelser och socio-eko-

Figur 4. Samspelet mellan stress, perception, besvär och bemästrande enligt Aro (22).



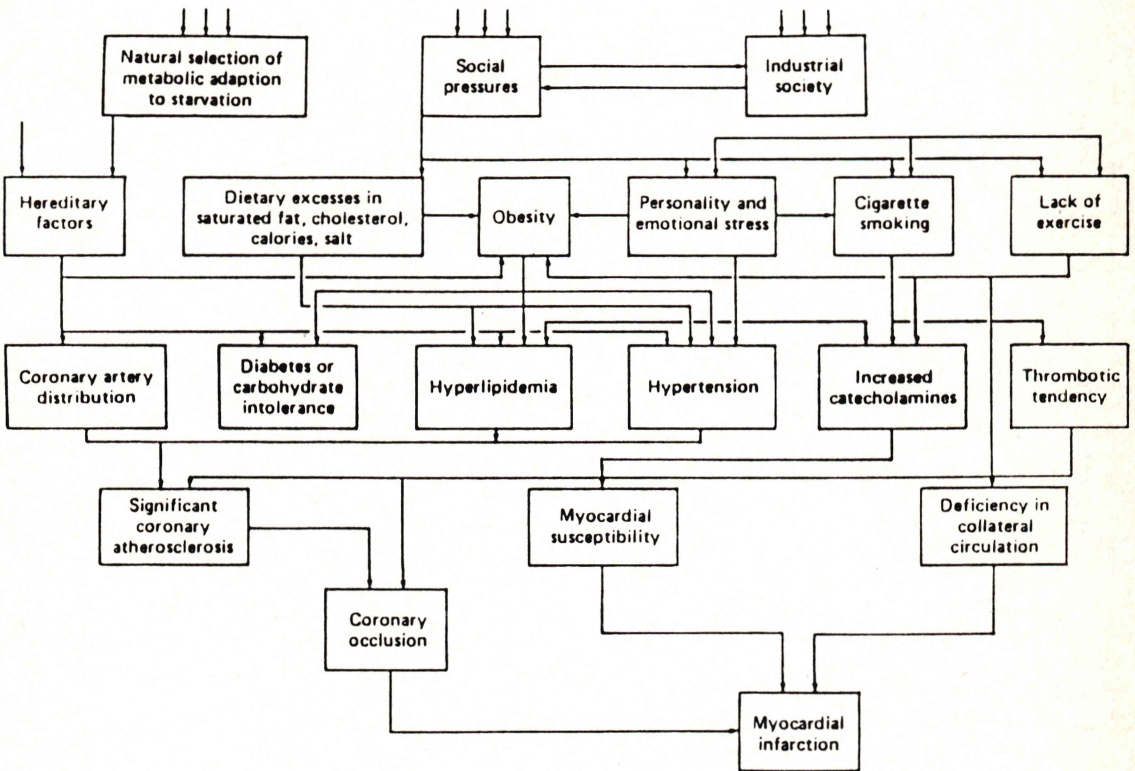
nomiska förhållanden inklusive arbetssituation. Detta i sin tur påverkar neuroendokrina processer och symtombilden. Genom att använda en sk path-analys kunde hon redovisa hur blodtrycksnivån hade samband med olika förhållanden. Det intressanta i hennes studie var att, då hon särskiljde familjer som under 30-talet hade ekonomiskt svårt från andra familjer, framkom två olika kausala modeller för högt blodtryck. De som varit missgynnade under 30-talet uppvisade ett samband mellan uppnådd utbildning, inkomst och högt blodtryck, vilket dock icke framkom hos de som under 30-talet, dvs i barndomen, varit bättre gynnade. Denna studie visar på betydelsen av att man analyserar hälsans utveckling under livsryckeln.

Goda möjligheter finns under senare år att integrera en social, psykologisk och medicinsk kunskapsmassa för förståelsen av olika folkhälsoproblem. Orsaksmönstret för hjärtinfarkt kan sökas i det som händer inom hjärtmuskeln men även när det

gäller en rad faktorer såsom kranskärlens status, ämnesomsättningen, blodfetter, högt blodtryck, katekolaminer och trombostendensen. Bakom detta kan i sin tur spåras sådana faktorer som brist på motion, cigarettökning, personlighet och emotionell stress, fetma, kostvanor och genetiska faktorer. På ett ännu mera överordnat plan kan vi här se effekter av samhällsutvecklingen när det gäller den psyko-sociala livssituationen men även en möjlig naturlig selektion när det gäller den metaboliska anpassningen till brister. I figur 5 sammanfattas ett sådant orsaksnätverk (24).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att skillnader eller olikheter i levnadsvanor är insatta i ett förklarings-sammanhang. Dock är levnadsvanorna inte i sig enbart en produkt av människors fria val utan är insatta i det sociala och samhälleliga sammanhang som människan lever i. Levnadsvanorna måste därför förstås utifrån de psykologiska, sociala, kulturella och ekonomiska villkor som männi-

Figur 5. Orsaksmönster för hjärtinfarkt (24).



skor lever under. Hälsorelevanser hos levnadsvanorna är i sin tur beroende på dessas konkreta innehåll. En önskan hos oss forskare att kunna göra sammanhangen enkla och beroende av få faktorer låter sig tyvärr gruvligen krossas i vardagslivets laboratorium.

REFERENSER

1. *Arvidsson O (red): Att förändra levnadssätt. Rapport från ett symposium om metoder att förbättra folkhälsan. RJ 1982:3. Stockholm: Liber 1983.*
2. *Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J o a: The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of North Karelia project. Annual Review of Public Health, 1985; 6:147-193.*
3. *Green LW, Lewis FM: Measurement and evaluation in health education and health promotion. Palo Alto, California: Mayfield, 1986*
4. *Lalonde M: A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1975.*
5. *Doll R, Peto R: The causes of cancer. Quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. Oxford: Oxford University Press, 1981.*
6. *Green LW: Modifying and developing health behavior. Annual Review of Public Health, 1984; 5:215-36.*
7. *Kasl SV, Cobb S: Health behavior, illness behavior and sick role behavior. Archives of Environmental Health, 1966; 12:246-66.*
8. *Jonsson J, Lundberg O, Tham H: Bilaga till Rapport 5. Välfärd i förändring. Levnadsvillkor i Sverige 1968-1981. Stockholm: Socialforskningsinstitutet, 1984.*
9. *Vogel J, Andersson L-G, Davidsson U, Häll L: Ojämligheten i Sverige. Utveckling och nuläge. Levnadsförhållanden 1975-85. Rapport 51. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 1987.*
10. *Köhler L, Martin J (eds): Inequalities in health and health care. Göteborg: Nordic School of Public Health, 1985.*
Macintyre S: The patterning of health by social position in contemporary Britain: Directions for sociological research. Social Science and Medicine, 1986; 23(4):393-415.
Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA: Socioeconomic status and disease. Annual Review of Public Health, 1987; 8:111-35.
Townsend P, Davidson N: Inequalities in health. The Black report. Harmondsworth, England: Penguin Books, 1982.
- Whitehead M: The health divide: Inequalities in health in the 1980's. London: Health Education Council, 1987.*
- Wilkinson RG (ed): Class and health. Research and longitudinal data. London: Tavistock 1986.*
11. *Bloor M, Samphier M, Prior L: Artefact explanations of inequalities in health: an assessment of the evidence. Sociology of Health and Illness, 1987; 9(3):231-64.*
12. *Janlert U: Livsstil - ett modebegrepp inom socialmedicinen. Föredrag vid IX:e Nordiska kongressen i socialmedicin, Linköping, juni 1987.*
13. *Bättre hälsa. Mindre hälsorisker. Bättre vardag. Hälso- och sjukvården inför 90-talet. Stockholm: Liber, 1985.*
14. *Eriksson C-G: Hälans ideologi och praktik. Socialmedicinsk tidskrift, 1983; 60(1):10-16.*
15. *Theorell T: Levnadshändelser och sjukdom. I: Mattsson B (red). Psykosomatiska bidrag. Några uppsatser om helhet och samband. Lund: Studentlitteratur, 1983.*
16. *Theorell T, Allebeck P, Diderichsen F (red): Socialmedicin och psykosocial medicin. Lund: Studentlitteratur, 1987.*
17. *Isacsson S-O, Janzon L (eds): Social support - health and disease. Sixth International Berzelius symposium. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1986.*
18. *Holm L-E, Eriksson C-G, Haglund BJA o a: Förebyggande åtgärder inom cancerområdet - slutrapport. Projektet kost-cancer. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, svart serie 129.*
19. *Callmer E, Eriksson C-G, Sanderson C, Svanström L: SCPP - Stockholm Cancer Prevention programme. Evaluation group - Final report. SLL Grey Report 128. Stockholm, Health and Medical Service Board, 1986.*
20. *Berkman LF, Breslow L: Health and ways of living. The Alameda County study. New York: Oxford University Press, 1983.*
21. *Aarø LE: Health behavior and socioeconomic status. A survey among the adult population in Norway. Universitetet i Bergen, Institutt for sosialpsykologi (Diss), 1986.*
22. *Aro S: Stress, morbidity, and health-related behavior. A five-year follow-up study among metal industry employees. Scandinavian Journal of Social Medicine, suppl 25, 1981.*
23. *Furu M: Life patterns and health. A longitudinal study of men from childhood to middle age. Studies in Education and Psychology 20. Stockholm: CWK Gleerup, 1985.*
24. *Ahlbom A, Norell S: Grunderna i epidemiologi. Lund: Studentlitteratur, 1987.*