

1 Hälsoutvecklingen i Stockholms län

1.1 Den ökande livslängden

Aldrig förr har medellivslängden varit längre i Stockholms län än i riket

Befolkningen i Stockholms län lever allt längre. För första gången i historien är medellivslängden nu längre i Stockholms län än i riket (tabell 1). Under de senaste 20 åren har medellivslängden ökat med 4,4 år i länet jämfört med 3,6 år i riket. Stockholms län har därmed en dödlighetsutveckling helt i takt med övriga EU och behåller därmed en tätposition bland Europas storstäder vad gäller befolkningens låga dödlighet. Medellivslängden i Stockholm stad är således 1,6 år längre än i Oslo och hela 5,5 år längre än i Köpenhamn. En ökning av medellivslängden på fyra år kanske inte låter så mycket men det motsvarar ett bortfall av nästan all hjärt-kärl dödlighet som står för hälften av alla dödsfall. Att medellivslängden stadigt ska öka har under detta sekel inte varit en självklarhet. Stockholms län hade en lång period av stagnerande medellivslängd för männen 1960-80. Sedan 1980 har ökningen för både män och kvinnor varit ganska stadig med en genomsnittlig årlig ökning på 3,3 månader för män, men numera något långsammare för kvinnor - 2,3 månader per år. Därmed har skillnaden i mäns och kvinnors medellivslängd minskat från 6,7 år 1978 till 5,1 år 1997.

Tabell 1. Medellivslängd i Stockholms län och Sverige 1978-1997.

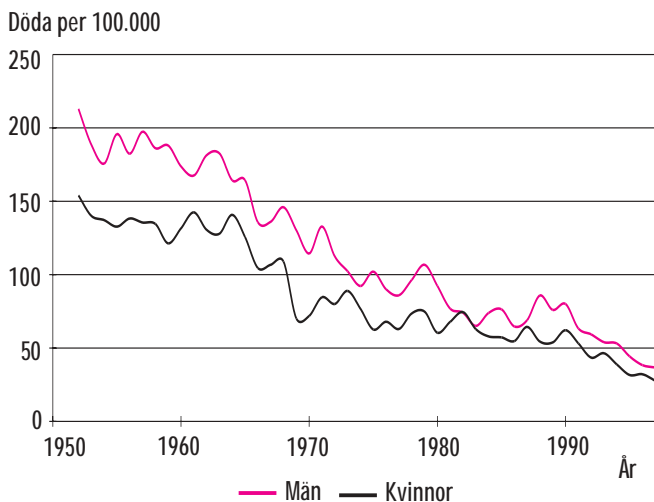
	Stockholms län		Sverige	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1978	71,6	78,3	72,5	78,9
1983	73,1	79,6	73,6	79,6
1988	73,5	79,8	74,2	80,4
1993	75,0	80,8	75,5	80,8
1997	76,8	81,9	76,7	81,8

Källa: Inregia AB.

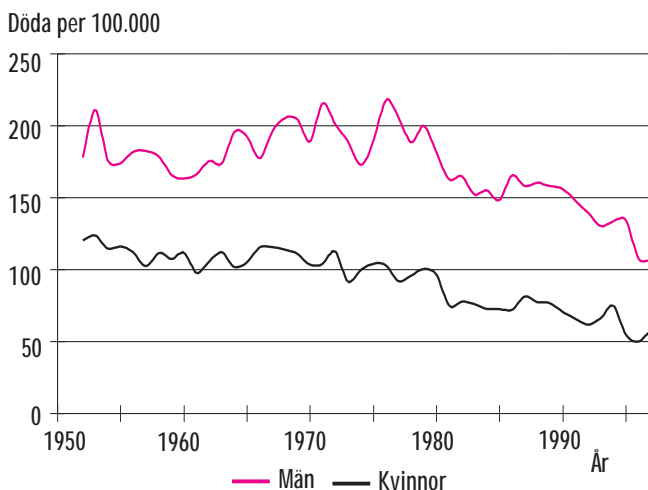
För tidig död minskar i alla åldrar

Att medellivslängden ökar säger inget om i vilka åldersgrupper som risken att dö minskar. Av figurerna 1-3 på de följande sidorna framgår det att dödsrisken minskat i alla åldersgrupper. Dödsrisken för barn i åldern 0-14 har nästan halverats sedan mitten av 1980-talet. I USA och Storbritannien är risken att dö för barn 0-14 år tre gånger så hög som i Sverige. Under 1960- och 1970-talet skedde en ökning av dödligheten för män i åldersgruppen 15-44 år, med undantag för en kortvarig minskning av trafikdöden i oljekrisens spår. Sedan 1980 har dödligheten halverats men den är fortfarande dubbelt så hög för män som för kvinnor.

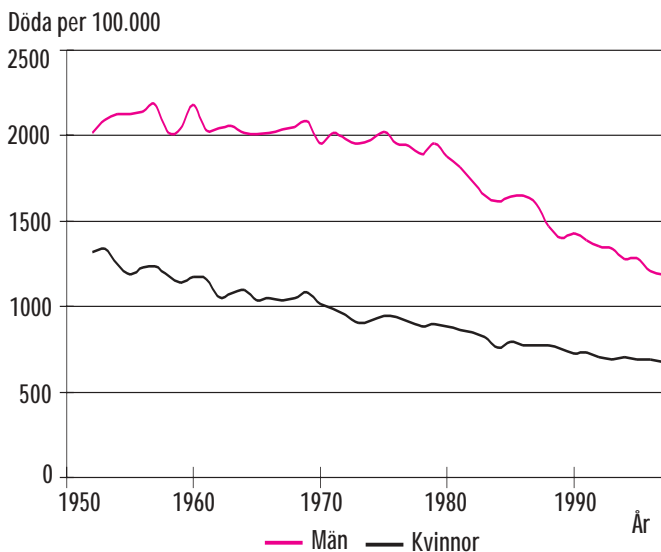
I åldersgruppen 45-74 år har dödligheten bland kvinnor minskat stadigt med 1,6% per år sedan början av 1950-talet. Fram till mitten av 1970-talet var dödligheten för män oförändrad, men har därefter minskat i snabb takt med 2,5% per år. Även bland de allra äldsta i åldersgruppen 75-94 år har dödligheten fortsatt att minska. Det medför att dödsfallen anhopas i allt högre grad till ett smalt åldersintervall i hög ålder. För män inträffade 48% av dödsfallen 1997 i åldersintervallet 75-89 år jämfört med 41% 1987. Av dödsfallen bland kvinnor inträffade 43% över 85 års ålder 1997 jämfört med 32% 1987.



Figur 1. Dödstal i åldern 0-14 år i Stockholms län år 1952-1997. Åldersstandardiserat.



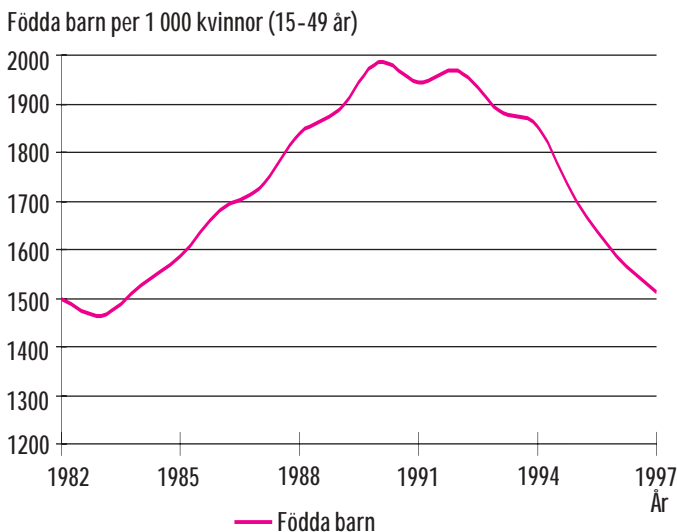
Figur 2. Dödstal i åldern 15-44 år i Stockholms län år 1952-1997. Åldersstandardiserat.



Figur 3. Dödstal i åldern 45-74 år i Stockholms län år 1952-1997. Åldersstandardiserat.

De sjunkande födelsetalen

1997 föddes 20.629 barn i Stockholms län. I början på 1990-talet hade Sverige och Stockholms län under några få år ett födelsetal på över 2 barn per kvinna i åldern 15-49 år vilket är vad som behövs för att på sikt reproducera befolkningen. Det var då mycket högt jämfört med övriga Europa där det redan sjunkit till 1,5. Nu har födelsetalet sjunkit kraftigt i Sverige ner till denna europeiska nivå (figur 4). Det är betydligt lägre än i början av 1930-talet då makarna Myrdal skrev *Kris i befolkningsfrågan*. Det låga fruktsamhetstalet beror till stor del på att unga kvinnor väntar med att föda barn. Medianåldern för förstföderskor har stigit till drygt 27 år.



Figur 4. Summerad fruktsamhet, antal levande födda barn som 1.000 kvinnor skulle föda om ingen avled före 49 års ålder i Stockholms län.

Källa: USK.

Förändringar i födelsetalen har ingen relation till aborttalen. De har sedan lagstiftningen ändrades i mitten av 1970-talet legat still runt 25 aborter per 1.000 kvinnor i åldersgruppen 15-44 år vilket är 25% över riksgenomsnittet. Var tredje kvinna i Stockholms län kommer att under sitt reproduktiva liv genomgå minst en abort. I Botkyrka och Sundbyberg görs ca 50% fler aborter per kvinna än i Täby och Danderyd. Kommunerna skiljer sig inte bara i socioekonomiskt avseende utan också beträffande andel ensamstående och invandrare.

Spädbarnsdödlighet - fortfarande bland de lägsta i världen

Spädbarnsdödligheten i Stockholms län 1997 var 3,0 per 1.000 levande födda barn och är med det bland de lägsta i

världen (tabell 2). I London, Rom och Amsterdam är spädbarnsdödligheten dubbelt så hög som i Stockholm och Helsingfors. Genomsnittet för EU var 1995 6,0 och för de nordiska länderna 4,3. Minskningen under 1990-talet sker i alla av spädbarnsdödlighetens komponenter men är mest tydlig efter perinatalperioden. Särskilt har plötslig oväntad spädbarnsdöd minskat kraftigt.

Tabell 2. Dödligheten hos spädbarn i Stockholms län 1970-1997.

	1970	1980	1990	1997
<i>Spädbarnsdödlighet totalt</i> (antal döda första levnadsåret per 1.000 levandefödda)	10,5	7,1	6,3	3,0
<i>Perinatalt döda</i> (dödfödda och döda dygn 1-7 per 1.000 levande- och dödfödda)	15,3	9,3	6,1	5,0
<i>Neonatalt döda</i> (döda de första 28 dyggen per 1.000 levandefödda)	8,3	5,1	3,7	1,8
<i>Postneonatalt döda</i> (döda dygn 29-365 per 1.000 levandefödda)	2,2	2,0	2,6	1,2

1.2 Hälsa och livskvalitet

1.2.1 Självskattad hälsa

Även om befolkningens överlevnad således förbättras i oförminskad takt är utvecklingen vad gäller människors upplevelse av sitt hälsotillstånd inte lika positiv. Det har inte med den ökande överlevnaden att göra utan är försämringar som sker redan i yngre åldrar. Vi ska längre fram i rapporten redovisa utvecklingen när det gäller enskilda sjukdomsgrupper. Här redovisas endast utvecklingen för några globala hälsomått.

Hur människor svarar på en enkel fråga om sitt hälsotillstånd avspeglar sannolikt flera dimensioner av sjukdom, hälsa och psykosocial välfärd. Det finns dock ett starkt samband mellan dålig självrapporterad hälsa och senare dödlighet.

Mäns och kvinnors självrapporterade hälsa i Stockholms län har förändrats något från 1990 till 1998 (tabell 3). Omkring 80% av de som besvarat frågan om hur de upplever sitt nuvarande hälsotillstånd svarar att det är bra eller mycket bra, resterande 20% att det är varken bra eller dåligt, ganska dåligt eller mycket dåligt. Denna grupp betecknas i tabellerna som "mindre än god hälsa". Det har dock skett förändringar inom vissa åldersgrupper. Bland kvinnor i åldern 20-44 år ökade andelen med mindre än bra hälsa kraftigt från 8% 1990 till 14% 1994 och var 1998 kvar på 14%. Bland män i samma åldersgrupp har förändringarna inte varit lika påtagliga. Andelen med mindre än god hälsa har varierat från 12% till 15% och är nu åter 12%. Kvinnor och män i åldersgruppen 45-64 år har haft en mera konstant andel med mindre än god hälsa, medan den självrapporterade hälsan förbättrats något från 1990 till 1998 bland kvinnor och män 65 år och äldre.

Tabell 3. Andel (procent) män respektive kvinnor som rapporterar mindre än god hälsa.

	Män			Kvinnor		
	20-44	45-64	Över 64	20-44	45-64	Över 64
1990	12	20	31	8	22	35
1994	15	22	24	14	22	27
1998	12	21	30	14	20	30

Källa: Folkhälsoenkäterna 1990, 1994 och 1998.

Den ökande förekomsten av dålig självskattad hälsa bland yngre kvinnor är ett allvarligt fenomen.

Människors upplevelse av sin hälsa och livskvalitet omfattar emellertid många dimensioner, för vilka det numera finns väl utprovade mätinstrument. De har dock i första hand använts i den kliniska forskningen där man länge har brottats med problemet hur man ska mäta livskvaliteten i samband med behandling och hur man ska väga ihop livets kvantitet med dess kvalitet. Mer sällan har de används för att mäta folkhälsan i en befolkning. I en tid där vi å ena sidan lägger allt fler *år till livet* samtidigt som andra indikatorer på folkhälsan ger en delvis annan bild blir det allt viktigare att väga in i vilken mån vi även lägger *hälsa och liv till åren*.

Nedan ges exempel på två sådana mått. Det första är så kallade kvalitetsjusterade levnadsår (Quality Adjusted Life Years, *QALYs*), vilket är ett mått som väger samman livslängd och livskvalitet. Det andra måttet kan betecknas som förlorade funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Life Years, *DALYs*), vilket är ett sammanfattande mått på sjukdomsburden i befolkningen.

1.2.2 Kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs)

Beräkning av QALYs sker genom att varje levnadsår kvalitetsjusteras med ett nyttotal, en vikt mellan 0 (motsvarar död) och 1 (motsvarar full hälsa), som överensstämmer med den hälsorelaterade livskvaliteten för det hälsotillstånd man vill mäta. En metod att utforma detta nyttotal är att mäta livskvaliteten hos människor med detta hälsotillstånd. I Folkhälsoenkäten för Stockholms län 1998 har ett sådant mätinstrument inkluderats - det så kallade EuroQol (European Quality of Life Scale). EuroQol ger ett allmänt hälsoindex utan att vara knutet till en viss sjukdom, och det bygger på

personernas egna värderingar av sina nuvarande hälsotillstånd. Det består av fem olika frågor var och en graderad i tre nivåer. De fem frågorna representerar dimensionerna rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet (figur 5).

Markera, i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd idag.

Rörlighet

Jag går utan svårigheter

Jag kan gå men med viss svårighet

Jag är sängliggande

Hygien

Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning

Jag har vissa problem med att tvätta och klä mig själv

Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

Huvudsakliga aktiviteter (*t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter*)

Jag klarar av min huvudsakliga sysselsättning

Jag har vissa problem med att klara av min huvudsakliga sysselsättning

Jag klarar inte av min huvudsakliga sysselsättning

Smärtor/besvär

Jag har varken smärtor eller besvär

Jag har måttliga smärtor eller besvär

Jag har svåra smärtor eller besvär

Oro/nedstämdhet

Jag är inte orolig eller nedstämd

Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning

Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

Totalt ges 243 olika kombinationer av hälsotillstånd. De QALY-vikter som används i föreliggande rapport bygger på en omfattande engelsk befolkningsstudie där vikter mellan 0 (död) och 1 (full hälsa) har genererats för de olika hälsotillstånden.

Figur 5. Livskvalitetsinstrumentet EuroQol i Folkhälsoenkäten 1998.

Hälften av kvinnorna har nedsatt livskvalitet till följd av värk

I tabell 4 visas hur män och kvinnor i olika åldrar beskriver sina problem i dimensionerna rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär och oro/nedstämdhet samt motsvarande QALY-vikter.

Tabell 4. Andel (procent) som rapporterar måttliga eller svåra problem per dimension per åldersgrupp och kön, samt QALY-vikter (0-1).

Dimension	20-44 år (n=1 321)		45-64 år (n=1109)		65-84 år (n=641)	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Rörlighet	3,0	3,3	10,8	11,4	25,3	29,8
Hygien	0,7	0,8	1,8	1,5	6,7	3,4
Huvudsakliga aktiviteter	3,5	5,2	8,6	11,4	8,4	14,0
Smärtor/besvär	27,1	36,1	47,8	51,0	57,9	62,6
Oro/nedstämdhet	23,7	33,5	24,1	31,9	25,3	35,1
QALY vikt	0,90	0,87	0,84	0,82	0,81	0,77

Källa: Folkhälsoenkäten 1998.

Ett av de mest slående fynden är här hur vanligt smärtor och besvär är i befolkningen. Mellan 27% och 63% rapporterar måttliga eller svåra smärtor och besvär. Även psykisk oro och nedstämdhet är mycket vanligt (24-35%). De somatiska problemen ökar med stigande ålder. Kvinnor rapporterar genomgående mer problem än män bortsett från vad gäller problem med hygien. Kvinnor får således en något lägre hälsorelaterad livskvalitet, QALY-vikt (0,77-0,87) jämfört med män (0,81-0,90), medan ålder har en mycket starkare effekt på livskvaliteten. Vi har inga tidstrender för EuroQol-mätningar men vi ska senare (kap 2 *De stora folksjukdomarna*) redovisa trender när det gäller värk och psykiskt välbefinnande, vilka inte är gynnsamma.

Livskvalitet hos de långvarigt sjuka

I tabell 5 visas hur män och kvinnor, beroende på om de har långvarig sjukdom eller inte, beskriver sina problem i dimensionerna rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär och oro/nedstämdhet.

Tabell 5. Andel (procent) män respektive kvinnor som beroende på långvarig sjukdom rapporterar måttliga eller svåra problem per dimension, samt QALY-vikter (0-1).

Dimension	Män		Kvinnor	
	Långvarigt sjuka (n=380)	Ej långvarigt sjuka (n=985)	Långvarigt sjuka (n=448)	Ej långvarigt sjuka (n=1 196)
Rörlighet	32,4	1,8	33,7	3,3
Hygien	8,2	0,3	5,8	0,3
Huvudsakliga aktiviteter	20,8	1,0	29,5	2,0
Smärtor/besvär	76,6	27,1	84,4	32,4
Oro/nedstämdhet	40,5	18,1	48,9	27,5
QALY-vikt	0,70	0,92	0,66	0,89

Källa: Folkhälsoenkäten 1998.

Vi ser här att långvarig sjukdom inte oväntat är avgörande för flera dimensioner av funktionsförmåga och livskvalitet. Men det är värt att notera att det är vanligt även bland de som inte anser sig ha någon långvarig sjukdom. Många upplever inte denna typ av besvär som uttryck för sjukdom även om de har betydelse för livskvaliteten. Motsvarande jämförelser är möjligt mellan olika sjukdomsgrupper.

Om man vill värdera betydelsen av olika sjukdomar för folkhälsan och även effekten av olika riskfaktorer och interventioner är det avgörande att man kan väga in, inte bara överlevnad och sjukdomsförekomst, utan även i vilken grad livskvaliteten är påverkad av sjukdomar och skador.

1.2.3 DALYs – funktionsjusterade levnadsår

Ett gemensam mått på sjukdomsördan

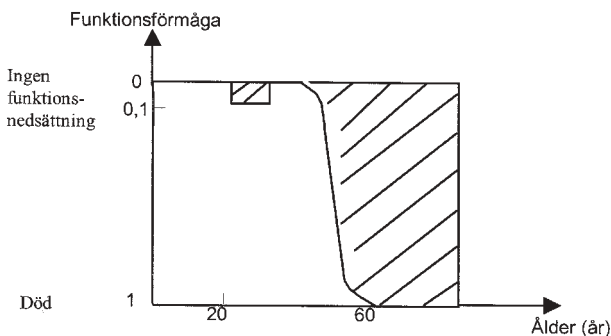
Ett mått som har utvecklats för i första hand hälsopolitiska mera än kliniska tillämpningar och som kan redovisas efter diagnoser och riskfaktorer är förlorade funktionsjusterade år – DALYs.

DALYs är ett sammanfattande mått på sjukdomsördan, då man väger samman både sjukligheten och dödligheten till följd av olika sjukdomar och skador i samma mått – nämligen tid.

Sjukdomsördemätningar har framförallt tre syften:

- Att för hälsopolitiska prioriteringar och mål ge ett samlat mått på den örda olika sjukdomar och skador lägger på befolkningen.
- Att ge ett samlat mått på hälsoutvecklingen som är nedbrytbart i diagnoser och riskfaktorer – ett folkhälsans BNP.
- Att ge ett utfallsmått för användning i hälsokonsekvensbedömningar där en åtgärd kan ha olika effekter på flera riskfaktorer och sjukdomar och där avvägning av olika åtgärder mot varandra kräver ett gemensamt mått på hälsoeffekten.

Vid beräkning av sjukdomsördan uttryckt i DALYs tänker man sig ett optimalt tillstånd där varje individ lever fullt frisk till hög ålder. Verkligheten skiljer sig från det optimala livsförloppet, så att funktionsförmågan är nedsatt i perioder pga sjukdomar, varav en del leder till förtida död (figur 6).



Figur 6. Ett schematiserat livsförlopp för en individ med en period av sjukdom vid 20 års ålder, samt några år av svårare sjukdom före dödsfallet vid 60 år. De streckade områdena motsvarar sjukdomsörändringen.

DALY-måttet väger samman sjukdomsörändringen till följd av dödsfall, där hänsyn tas till vid vilken ålder dödsfallet inträffar, samt funktionsnedsättning till följd av olika sjukdomar. Sjukdomens förekomst har kombinerats med en "funktionsvikt" av samma typ som de QALY-vikter vi redovisade ovan. Dessa funktionsvikter är satta av experter för grupper av sjuka med olika diagnoser, inte för enskilda individer, varför DALY-måttet inte ska användas på individnivå. Resultatet av en sjukdomsörändringkalkyl för Stockholms län redovisas i kapitel 2.1.

Att sammanföra en komplex verklighet i ett mått som DALYs har fördelar, men ger också en skenbar objektivitet. Många ställningstaganden av etisk natur måste göras för att epidemiologiska data ska kunna "förädlas" till ett samlat mått på sjukdomsörändringen. Ska dödsfall i unga år väga tyngre än dödsfall bland äldre? Ska sjukdom i yrkesverksamma åldrar ge större tyngd än andra? Ska förlorade levnadsår nära i tiden väga tyngre än förlorade år långt i framtiden? Vad ska anses vara en sjukdom? Vem ska bedöma sjukdomars svårig-

hetsgrad i förhållande till varandra – sjukvårdsutbildade, allmänheten, de sjuka själva eller politiker? Ska man väga in det faktum att samma sjukdom kan ge olika konsekvenser (grad av handikapp) för olika individer eller grupper i samhället? På dessa frågor finns inga givna svar, utan en bred dialog mellan politiker, professionella och allmänhet behövs. Se vidare Nationella Folkhälsokommitténs första delbetänkande SOU 1998:43.

DALYs – ett mått på sjukdomsördan i befolkningen

“ 1 DALY (Disability Adjusted Life Year) är ett förlorat friskt levnadsår, pga sjukdom eller dödsfall.

“ 1 YLD (Year Lived with Disability) är ett år ‘förlorat’ till följd av sjukdom. Om en person är sjuk 10 år i en sjukdom med funktionsvikten 0,3 ger detta upphov till sammanlagt $10 \cdot 0,3 = 3$ YLDs. För en mera detaljerad redovisning av sjukdomsvikter mm se: *Sjukdomsördan i Sverige*, Folkhälsainstitutet 1998:50, eller *The Global Burden of Disease*, Harvard University Press 1996.

“ 1 YLL (Year of Life Lost) är ett år förlorat till följd av förtida död. Vid t.ex. 65 års ålder är den återstående medellivslängden för kvinnor 20 år. Om en kvinna dör vid 65 års ålder ger detta upphov till 20 YLLs. Man har här använt WHO:s livslängdstabell med en återstående medellivslängd vid födelsen om 82,5 år för kvinnor och 80 år för män. Det motsvarar optimala överlevnadsförhållanden i ett globalt perspektiv och är inte långt ifrån vad man 1997 hade i Nordöstra sjukvårdssområdet (83,2 för kvinnor och 79,0 för män).

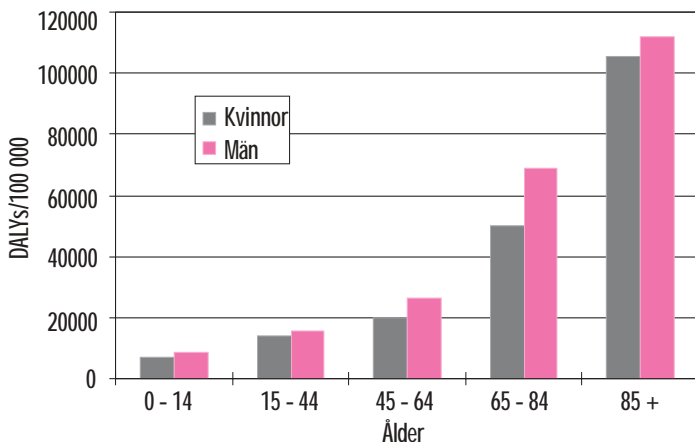
YLDs + YLLs = DALYs

Sjuklighet och dödlighet väger lika i sjukdomsördan

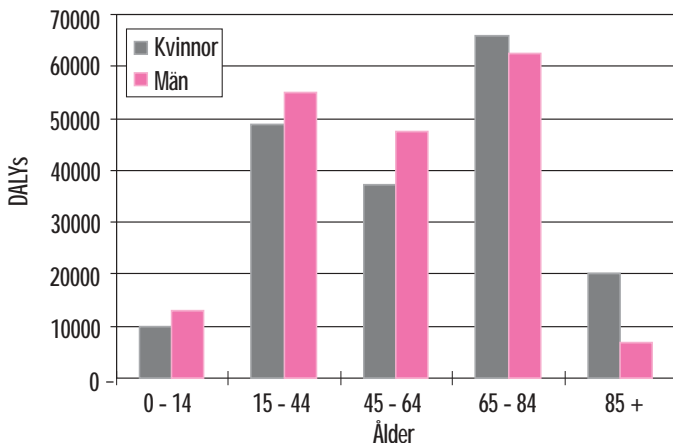
I Stockholms län utgör kvinnors sjukdomsörda hälften och mäns hälften av den totala sjukdomsördan. (Detta givet antagandet om livslängd, se faktaruta “DALYs - ett mått på

sjukdomsbördan i befolkningen“). Dock döljer sig helt olika sjukdomsmönster bakom dessa siffror. Av kvinnornas sjukdomsbörda består 50% av befintlig sjuklighet och 50% av förtida död, medan hela 62% av männens sjukdomsbörda består av förtida död och endast 38% av befintlig sjuklighet. Orsaken till detta är att sjukdomar som ger upphov till långvariga funktionsnedsättningar är vanligare hos kvinnor medan sjukdomar/skador som leder till förtida död är vanligare hos män.

Figur 7 illustrerar hur sjukdomsbördan fördelar sig på män och kvinnor i olika åldersgrupper. Mätt i antal DALYs per 100.000 individer ökar sjukdomsbördan successivt med åldern. Mätt i absoluta tal ser man att männens sjukdomsbörda är större i de yngre åldrarna, vilket beror på deras högre dödlighet. Kvinnornas sjukdomsbörda överväger däremot markant i den äldsta åldersgruppen, till följd av deras höga andel bland de äldre.



Figur 7a. Sjukdomsbördan för kvinnor och män i olika åldersgrupper uttryckt i förlorade friska levnadsår (DALYs)/100.000 individer.



Figur 7b. Sjukdomsbördan för kvinnor och män i olika åldersgrupper uttryckt i förlorade friska levnadsår (DALYs) i absoluta tal.

Källa: Backlund I, et al. Sjukdomsbördan i Stockholms län.

1.3 Stockholms län – en hälsomässigt segregerad storstadsregion

Överdödligheten är 50% i vissa kommuner

Skillnaden i medellivslängd mellan sjukvårdsområdena har minskat något de senaste åren men fortfarande är den för män 4,4 år längre i Nordöstra sjukvårdsområdet (NÖSO) jämfört med Södra Stockholms sjukvårdsområde (SSO) (tabell 6). År 1988 satte landstinget som mål att alla sjukvårdsområden år 2000 skall ha uppnått den medellivslängd som då rådde i NÖSO dvs 75,9 år för män och 81,0 år för kvinnor. Målet är redan uppfyllt för kvinnor i alla områden och för män i alla områden förutom i SSO. Om dödligheten fort-

sätter att minska i den takt som rått under perioden 1993-1997 kommer målet att nås just år 2000 även för männen i SSO.

Tabell 6. Medellivslängd i Stockholms län efter 1999-års sjukvårdsområden.

	Män			Kvinnor		
	1989	1993	1997	1989	1993	1997
Nordöstra	76,9	76,7	79,0	81,2	82,2	83,2
Nordvästra	74,5	75,1	76,8	80,7	81,2	81,8
Norra Sth	73,8	75,4	77,2	80,0	81,3	81,8
Södra Sth	71,7	72,7	74,6	79,0	79,8	81,3
Sydvästra	73,8	74,8	75,9	79,7	79,9	81,0
Sydöstra	74,6	75,7	77,5	80,4	81,3	82,3
Hela länet	74,2	75,0	76,8	80,1	80,8	81,9

Källa: Inregia AB.

Skillnaden i dödlighet mellan kommuner och stadsdelar kvarstår som mycket betydande (tabell 7 och 8). Flera stadsdelar i södra Stockholm och även Sundbyberg har mycket höga dödstal jämfört med vad vi finner i de norra och nordöstra förortererna. Risken att dö före 75 års ålder är i vissa områden 70% högre än i andra. Skillnaden är i likhet med tidigare år störst för män.

Tabell 7. Dödstal per 100.000 i åldersgruppen 15-74 år i kommunerna i

Stockholms län, femårsmedelvärden (1987-91, 1992-96). Direkt åldersstandardiserat.

	Män		Kvinnor	
	1987-91	1992-96	1987-91	1992-96
Salem	709	435	436	308
Ekerö	578	444	316	297
Täby	534	447	341	281
Danderyd	472	451	270	282
Tyresö	588	457	368	316
Lidingö	536	489	282	304
Vallentuna	550	490	346	339
Sollentuna	534	513	339	285
Nynäshamn	635	513	408	390
Järfälla	606	531	390	328
Vaxholm	752	531	412	390
Upplands-Väsby	653	550	420	346
Österåker	543	550	388	294
Huddinge	726	570	415	398
Upplands-Bro	623	577	473	410
Nacka	661	585	363	329
Värmdö	661	589	384	373
Norrtälje	654	622	400	351
Sigtuna	661	624	345	319
Haninge	729	625	412	365
Södertälje	751	636	425	363
Botkyrka	736	639	428	403
Solna	749	667	386	350
Stockholms stad	816	707	438	394
Sundbyberg	814	742	458	427
Stockholms län	722	624	407	366
Riket	672	590	384	356

Källa: EpC.

Tabell 8. Dödstal per 100.000 i åldersgruppen 15-74 år i stadsdelsnämnder i Stockholms stad 1995-97 (1999-års indelning). Åldersstandardiserat.

	Män	Kvinnor		Män	Kvinnor
Kista	761	398	Katarina-Sofia	777	343
Rinkeby	642	430	Årsta-Enskede	778	391
Spånga-Tensta	544	305	Skarpnäck- Hammarby	835	378
Hässelby-Vällingby	586	270	Farsta-Söderled	816	410
Bromma-Västerled	572	363	Vantör	711	364
Kungsholmen	670	377	Älvsjö	567	368
Norrmalm	621	297	Liljeholmen	876	420
Östermalm	516	291	Hägersten	599	403
Hornstull-Maria	730	360	Skärholmen	637	357

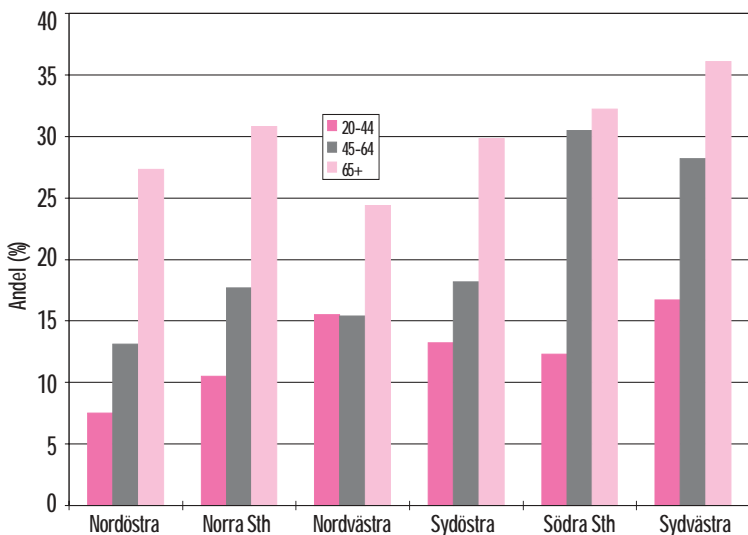
Siffrorna ej direkt jämförbara med de i tabell 7 ovan.

Källa: Inregia AB.

Vi ska senare diskutera orsaker och mekanismer bakom dessa fenomen. Det är viktigt att redan här peka på att det handlar om hur bostadsmarknaden sorterar människor med olika hälsomässiga och socioekonomiska förutsättningar. Den sociala miljön i olika områden kan också vara en bidragande orsak till dålig hälsa.

Många hälsoförhållanden sämre hos kvinnor i södra länsdelen

Självskattad hälsa är ofta en känslig indikator på människors psyko-sociala villkor och visar sig också ha starka samband med bostadsområdenas fysiska och sociala förutsättningar. De olika sjukvårdsområdena inom Stockholms läns landsting skiljer sig också med avseende på invånarnas hälsa. Figur 8 visar andelen i olika åldersgrupper som rapporterar mindre än god hälsa (män och kvinnor sammantaget).



Figur 8. Andel (procent) av befolkningen som rapporterar mindre än god självskattad hälsa i olika åldersgrupper efter 1999 års sjukvårdsområden.

Källa: Folkhälsoenkäten 1998.

I åldersgrupperna 20-44 och 45-64 år rapporterar befolkningen i Nordöstra sjukvårdsområdet bäst hälsa. Skillnaden mot andra sjukvårdsområden är mest påtaglig i dessa åldersgrupper. Befolkningen i Södra Stockholms sjukvårdsområde samt i Sydvästra sjukvårdsområdet rapporterar sämst hälsa. Bland personer i den äldsta åldersgruppen är skillnaderna mellan sjukvårdsområden inte lika stora. I många avseenden handlar det om en norr-syd gradient i hälsa inom länet (tabell 9).

Tabell 9. Hälsoundikatorer, hälsobeteenden och övriga indikatorer bland män och kvinnor i södra länsdelen jämfört med norra länsdelen (åldersjusterade odds-kvoter).

	Män		Kvinnor	
	Norr	Syd	Norr	Syd
Självskattad dålig hälsa	1	1,4*	1	1,5*
Psykisk ohälsa	1	0,9	1	1,1
Värk i rörelseorganen	1	1,2	1	1,2*
Långvarig sjukdom	1	1,0	1	1,5*
Diabetes	1	1,5	1	1,4
Suicidtankar	1	1,0	1	1,4
Rökning	1	1,2	1	1,2
Hög alkoholkonsumtion	1	0,9	1	0,8
Ej regelbunden motion	1	1,2*	1	1,3*
Övervikt	1	1,0	1	1,6*
Saknar socialt stöd	1	0,8	1	1,1
Ekonomisk kris	1	1,3	1	1,4*
Arbetslös	1	1,0	1	1,2
Ej rotad i området	1	1,0	1	1,5*

* Anger signifikant skillnad mellan norra och södra länsdelen.

Källa: Folkhälsoenkäten 1998.

Som tabellen visar är det huvudsakligen bland kvinnor som man ser skillnader mellan norra och södra länsdelen. Kvinnor i södra länsdelen rapporterar oftare värk, långvarig sjukdom, motionerar mindre och är oftare överviktiga än kvinnor i norra länsdelen. Ekonomiska problem i form av att ha behövt låna pengar eller söka socialbidrag för löpande utgifter är vanligare bland kvinnor i södra länsdelen jämfört med i norra länsdelen, liksom att inte känna samhörighet och vara rotad i sitt bostadsområde.

2 De stora folksjukdomarna

Om man vill beskriva hur sjukdomsmönstret påverkar befolkningen i Stockholms län är det många aspekter som bör vägas in, bl a dessa:

- är det sjukdomar eller skador som inträffar ofta och är vanligt förekommande
- är det sjukdomar som har lång varaktighet eller som leder till tidiga dödsfall
- är det sjukdomar med stark inverkan på funktionsförmåga, handikapp och livskvalitet

I detta kapitel ges först en redovisning av sjukdoms bördan i Stockholms läns landsting uttryckt i DALYs som tar hänsyn till dessa tre förhållanden. Redovisningen motsvarar vad som gjordes i global skala av Världsbanken och WHO i samband med World Development Report 1993, *Investing in Health*, och är den första beräkningen för Sverige och Stockholm län.

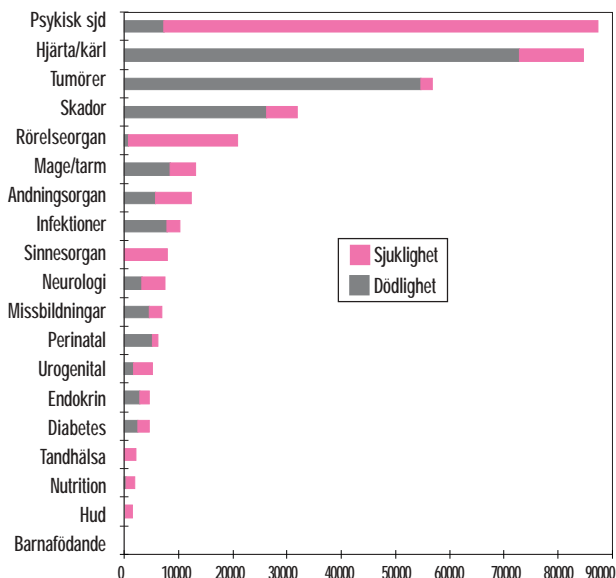
2.1 Sjukdoms bördan i Stockholms län uttryckt i DALYs

DALY är ett mått som sammanfattar sjukdoms bördan i termer av förlorad tid till följd av funktionsnedsättning pga sjukdom samt förtida dödlighet. För en utförligare beskrivning av DALY-måttet hänvisas till kapitel 1.2.3. Om inget annat anges så utgår tabeller och figurer i följande avsnitt från samma källa (Backlund I, et al. *Sjukdoms bördan i Stockholms län, Stockholms läns landsting*).

2.1.1 Psykisk ohälsa - det största hälsoproblemet

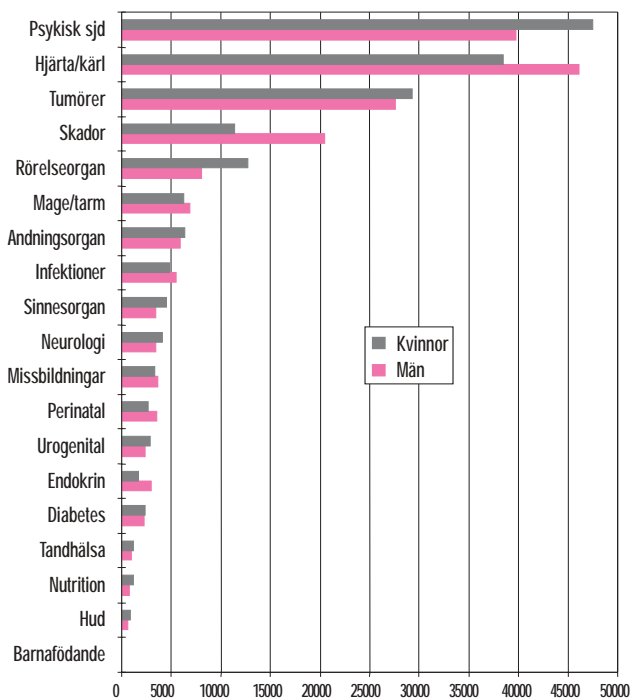
Ofta jämförs dödligheten i olika sjukdomar. I Sverige är hjärt-kärlsjukdomar den största dödsorsaken, därefter kommer tumörsjukdomar och skador. Vid beräkning av sjukdomsbördan vägs även sjukligheten in – dess förekomst, varaktighet och svårighetsgrad.

Figur 9 visar proportionerna mellan dödlighet och sjuklighet för olika stora diagnosgrupper i Stockholms län vid 1990-talets början. Sjukdomsbördan till följd av psykiska sjukdomar liksom rörelseorganens sjukdomar och sjukdomar i sinnesorganen utgörs huvudsakligen av funktionsnedsättning, medan förtida död utgör större delen av sjukdomsbördan till följd av hjärt-kärlsjukdomar, tumörer och skador.



Figur 9. Sjukdomsbördan i Stockholms län uttryckt i DALYs. Sjuklighetens och dödlighetens andel av sjukdomsbördan för olika diagnosgrupper.

Figur 10 visar hur sjukdomsbördan för kvinnor och män fördelar sig på olika grupper av diagnoser. För kvinnor dominerar psykiska sjukdomar (här är även demens inräknat), d.v.s sjukdomar som många gånger ger svår funktionsnedsättning men sällan är dödliga. För männen dominerar hjärt-kärlsjukdomarna, där den förtida dödligheten är stor. Sjukdomar i rörelseorganen drabbar kvinnor i högre grad, medan bördan till följd av skador i högre utsträckning drabbar män.



Figur 10. Jämförelse av kvinnors och mäns sjukdomsbörda uttryckt i DALYs.

I tabell 10 visas de 15 enskilda sjukdomar eller skadetyper som bidrar mest till sjukdomsördan för kvinnor respektive för män.

Tabell 10. De 15 sjukdomar/skadetyper som bidrar mest till sjukdomsördan för kvinnor och män.

Kvinnor	DALYs	Procent	Män	DALYs	Procent
1. Depression och neuros	23811	13,0	1. Kranskärtsjukdom	29180	15,8
2. Kranskärtsjukdom	20756	11,4	2. Depression och neuros	13767	7,4
3. Stroke, slaganfall	11234	6,2	3. Alkoholberoende	10878	5,9
4. Demens	10675	5,8	4. Stroke, slaganfall	9840	5,3
5. Psykoser (utom schizofreni)	6626	3,6	5. Självtilfogade skador	8413	4,5
6. Bröstcancer	5850	3,2	6. Psykoser (utom schizofreni)	6194	3,3
7. Kronisk obstruktiv lungsjukdom	5291	2,9	7. Lungcancer	5686	3,1
8. Självtilfogade skador	4556	2,5	8. Kronisk obstruktiv lungsjukdom	4810	2,6
9. Alkoholberoende	3725	2,0	9. Demens	4800	2,6
10. Lungcancer	3713	2,0	10. Medfödda missbildningar	3705	2,0
11. Rygg-nacksjukdomar	3681	2,0	11. Prostatacancer	3665	2,0
12. Gynekologiska cancersjukdomar	3640	2,0	12. Trafikolyckor	3580	1,9
13. Luftvägsinfektioner	3400	1,9	13. Luftvägsinfektioner	3430	1,9
14. Medfödda missbildningar	3306	1,8	14. Cancer i tjocktarm	3078	1,7
15. Cancer i tjocktarm	3178	1,7	15. Rygg-nacksjukdomar	3037	1,6

Av de 15 största diagnoserna har fem starka psykiska inslag – depression och neuros, demens, psykoser, alkoholberoende och självtilfogade skador. Fem cancertyper finns också med på listan, men i särklass störst är dock fortfarande kranskärtsjukdom. Man ska här tänka på att psykiska sjukdomar av typ demens och psykos är mindre vanliga men långvariga

och har höga funktionsvikter kring 0,4-0,8 medan rygg-nackesjukdomar är vanliga och ofta långvariga men har lägre vikt - 0,08. Dödsfall i hjärt-kärlsjukdom och cancer sker i stor utsträckning bland äldre. Antalet förlorade år räknas i förhållande till den återstående medellivslängden vid döds-åldern vilket exempelvis innebär 20 förlorade år för ett dödsfall vid 65 års ålder.

Bland yngre utgör psykiska problem över hälften av sjukdomsördan

I åldersgruppen 0-14 år finns 18% av befolkningen och 6% av sjukdomsördan (tabell 11). I denna grupp kommer dödliga sjukdomar högst på listan, eftersom ett dödsfall i barn-
domen leder till många förlorade levnadsår. Totalt står dödligheten för 60% av sjukdomsördan i gruppen. Depression och ångesttillstånd kommer högt upp på listan. I övrigt dominerar sjukdomar till följd av allergi. Grupperna astma, allergisk rhinit och hudsjukdomar står tillsammans för 9% av sjukdomsördan i gruppen. Gruppen hudsjukdomar består i denna ålder övervägande av allergiska eksem.

I åldersgruppen 15-44 år återfinns 44% av befolkningen och 28% av sjukdomsördan (tabell 12). Dödligheten står för 32% av sjukdomsördan i gruppen. Bland de tolv diagnoser som bidrar mest till sjukdomsördan i gruppen är sex relaterade till psykiatri: depression och neuros, alkoholberoende, psykoser utom schizofreni, självtillfogade skador, narkomani och schizofreni. Dessa diagnoser står i Stockholms län tillsammans för 57% av sjukdomsördan i gruppen, vilket är högre än riksgenomsnittet på 52%. Nack-ryggvärk, en vanlig orsak till sjukfrånvaro och förtidspension, kommer här på sjunde plats på listan. Det ska här noteras att sjukdomarna relateras till den ålder där de skapar symptom och lidande medan orsakerna i många fall kan ligga tidigare i livet.

I åldersgruppen 45-64 år återfinns 23% av befolkningen och 23% av sjukdomsördan (tabell 13). Dödligheten står för 64%. I gruppen har sjuklighet förknippad med åldrande börjat synas och hjärt-kärlsjukdomar liksom de vanligaste cancersjukdomarna har en dominerande plats på listan.

I åldersgruppen 65-84 år finns 14% av befolkningen och 35% av sjukdomsördan (tabell 14). I denna grupp står dödligheten för 70% av sjukdomsördan. Hjärt-kärlsjukdomarna dominerar, därefter följer demenssjukdomar, vilka ger upphov till betydande funktionsnedsättning. Cancersjukdomar är betydligt vanligare än i yngre åldersgrupper. Luftvägsinfektioner, som i yngre åldrar är banala, får i denna åldersgrupp ofta ett mer svårartat förlopp och är inte sällan utlösande dödsorsak i de äldsta åldrarna.

Tabell 11. De tolv sjukdomar/skador som bidrar mest till sjukdomsördan i gruppen 0-14 år. Medeltal per år för perioden 1988-1995.

Åldersgrupp 0-14	DALYs	DALYs/ 100.000	% av DALYs i åldersgr
1. Medfödda missbildningar	4567	1574	19,9
2. Perinatale tillstånd	3848	1326	16,8
3. Psykiska besvär	2263	780	9,9
4. Plötslig spädbarnsdöd (SIDS)	1481	510	6,5
5. Astma	1109	382	4,8
6. Fallskador	777	268	3,4
7. Trafikolyckor	754	260	3,3
8. Hudsjukdomar	695	239	3,0
9. Luftvägsinfektioner	523	180	2,3
10. Anemier, näringsbrist	475	164	2,1
11. Blodmaligniteter	350	121	1,5
12. Allergisk rhinit (hösnuva)	257	89	1,1

Tabell 12. De tolv sjukdomar/skador som bidrar mest till sjukdomsbördan i gruppen 15-44 år. Medeltal per år för perioden 1988-1995.

Åldersgrupp 15-44	DALYs	DALYs/ 100.000	% av DALYs i åldersgr
1. Depression och neuros	26232	3665	25,2
2. Alkoholberoende	10455	1461	10,0
3. Psykosor utom schizofreni	9984	1395	9,6
4. Självtilfogade skador	8096	1131	7,8
5. Trafikolyckor	3361	470	3,2
6. Narkomani	2638	369	2,5
7. Rygg-nacksjukdomar	2476	346	2,4
8. Infertilitet	2051	287	2,0
9. Ischemisk hjärtsjukdom	1859	260	1,8
10. HIV och AIDS	1743	244	1,7
11. Astma + Kronisk obstruktiv lungsjukdom	1587	222	1,5
12. Schizofreni	1558	218	1,5

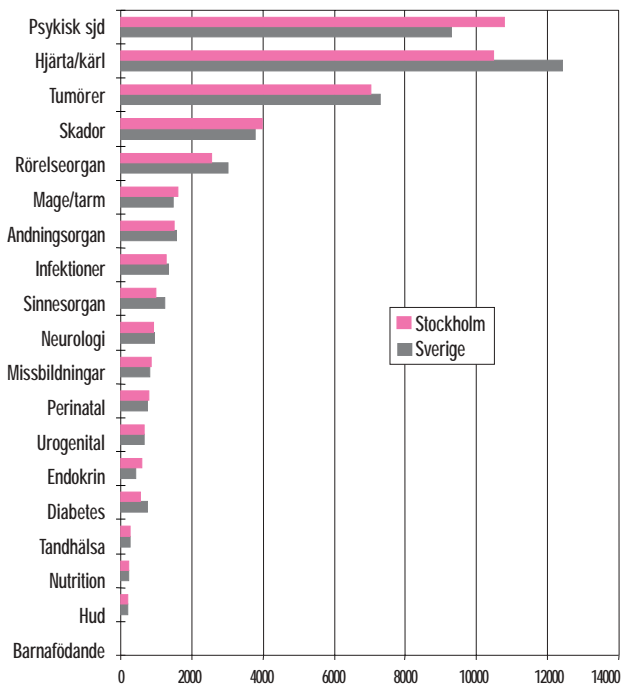
Tabell 13. De tolv sjukdomar/skador som bidrar mest till sjukdomsbördan i gruppen 45-64 år. Medeltal per år för perioden 1988-1995.

Åldersgrupp 45-64	DALYs	DALYs/ 100.000	% av DALYs i åldersgr
1. Ischemisk hjärtsjukdom	12202	3337	14,4
2. Depression och neuros	5728	1567	6,8
3. Lungcancer	4050	1108	4,8
4. Självtilfogade skador	3739	1023	4,4
5. Stroke	3485	953	4,1
6. Alkoholberoende	3037	831	3,6
7. Bröstcancer	2887	790	3,4
8. Rygg-nacksjukdomar	2534	693	3,0
9. Astma+Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	2338	640	2,8
10. Cancer i tjocktarm	2025	554	2,4
11. Psykosor utom schizofreni	1816	497	2,1
12. Hörselnedsättning	1623	444	1,9

Tabell 14. De tolv sjukdomar/skador som bidrar mest till sjukdomsördan i gruppen 65-84 år. Medeltal per år för perioden 1988-1995.

Åldersgrupp 65-84	DALYs	DALYs/ 100.000	% av DALYs i åldersgr
1. Ischemisk hjärtsjukdom	29848	13420	23,3
2. Stroke	12600	5665	9,8
3. Demens	9065	4075	7,1
4. Lungcancer	4691	2109	3,7
5. Astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom	4513	2029	3,5
6. Cancer i tjocktarm	3415	1535	2,7
7. Luftvägsinfektioner	3164	1423	2,5
8. Depression och neuros	2961	1331	2,3
9. Prostatacancer	2775	1248	2,2
10. Hörselnedsättning	2215	996	1,7
11. Diabetes	2127	956	1,7
12. Bröstcancer	1908	858	1,5

Figur 11 visar sjukdomsördan i Stockholms län jämfört med sjukdomsördan i hela Sverige. Sjukdomsördan till följd av psykisk sjuklighet och skador är större i Stockholms län än för riksgenomsnittet, medan sjukdomsördan till följd av hjärt- kärlsjukdomar, tumörer och sjukdomar i rörelseorganen är lägre.



Figur 11. Sjukdomsördan i Stockholms län jämfört med sjukdomsördan i hela Sverige, uttryckt i förlorade friska levnadsår (DALYs)/100.000 individer.

2.2 Några stora folkhälsoproblem

2.2.1 Psykisk ohälsa

Som framgått av redovisningen av sjukdomsördemätningen utgör psykiska sjukdomar en mycket stor andel (24%) av sjukdomsördan i Stockholms län. Det råder brist på data på befolkningsnivå om förekomst och insjuknandefrekvens av psykiska sjukdomar. För närvarande pågår i Stockholms län

en stor befolkningsbaserad undersökning (PART-studien) som förväntas ge information inte bara om risken att insjukna i depression, ångest och tvångsmässiga tillstånd, utan också om riskfaktorer för psykisk ohälsa. I DALY-kalkylen framgår att psykiska sjukdomar är den främsta orsaken till förlo-
rade funktionsjusterade levnadsår, framför allt bland kvin-
nor och i yngre åldrar. Psykiska sjukdomar orsakar dessutom
relativt sett ett större problem i Stockholms län jämfört med
i övriga Sverige.

Prevalensen av den svåra psykiska sjukdomen schizofreni är omkring 0,4% medan andra psykoser vid en viss tidpunkt förekommer hos ca 1,3%. Demens förekommer hos ca 5% i åldersgruppen 65-84 år och blir sedan snabbt ännu vanligare med stigande ålder. Det största folkhälsoproblemet är dock depressioner och ångesttillstånd som står för 10% av sjukdoms-
bördan.

I Folkhälsoenkäterna har ett särskilt batteri av frågor syftat till att fånga förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande – General Health Questionnaire (GHQ12). Det mäter inte psykisk sjukdom i psykiatrisk bemärkelse utan fångar i första hand psykiska reaktioner på aktuella påfrestningar.

Tabell 15. Andel (procent) män respektive kvinnor som rapporterar nedsatt psykiskt hälsotillstånd (åldersstandardiserade prevalenstal).

	Män		Kvinnor	
	20-84 år	20-44 år	20-84 år	20-44 år
1990	15	18	20	25
1994	19	21	22	26
1998	19	21	23	29

Källa: Folkhälsoenkäterna 1990, 1994, 1998.

Psykiskt hälsotillstånd försämras

Andelen i befolkningen med nedsatt psykiskt hälsotillstånd har totalt sett ökat något från 1990 till 1998 (tabell 15). Mellan 20-29% av kvinnor och 15-21% av män rapporterar nedsatt psykiskt hälsotillstånd. I specifika åldersgrupper är förändringarna mera påtagliga. Bland kvinnor i åldern 20-44 år har det skett en betydande ökning av andelen med nedsatt psykiskt hälsotillstånd från 25% 1990 till 29% 1998. Bland yngre män har också andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande ökat 1998 jämfört med 1990. En ökning sågs redan 1994. En större andel av kvinnor rapporterar nedsatt psykiskt hälsotillstånd, framför allt i åldersgruppen 20-44 år. Andelen sjunker med stigande ålder, och skiljer sig inte nämnvärt mellan män och kvinnor i åldersgrupperna över 44 år.

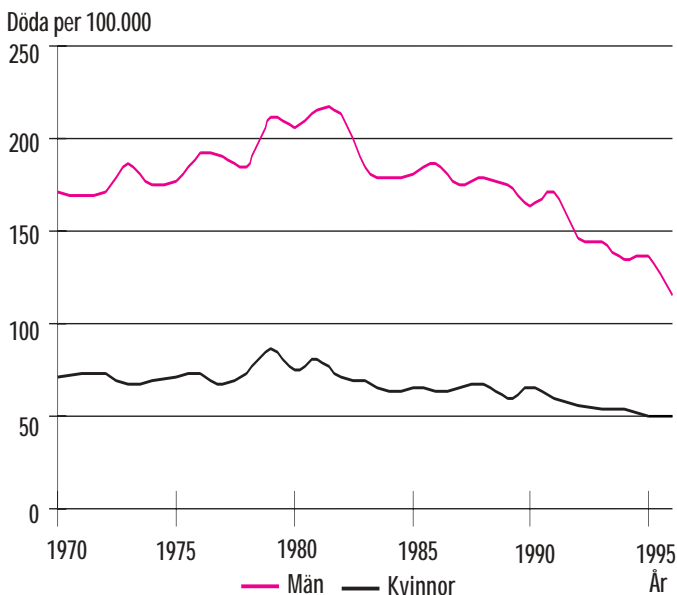
Även SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) har frågor rörande trötthet, nervösa besvär och sömnsvårigheter vägts ihop till ett index för psykiska besvär. I åldersgruppen 16-44 år har andelen med psykiska besvär ökat med mer än två tredjedelar under 1990-talets första hälft – något mera i Stockholms län än i riket i övrigt. För personer i högre åldrar har ökningen varit mycket svagare. Resultatet stämmer således med vad vi finner i Folkhälsoenkäterna med ett annat mått på psykisk välbefinnande. Ökningen är ganska lika för män och kvinnor, arbetare och tjänstemän. Analyser har gjorts av möjliga förklaringar till denna ökning. Sammantaget kan man säga att olika indikatorer på ökad arbetslöshet, ökad ekonomisk stress och ökande arbetskrav förklarar en tredjedel av ökningen av psykiska besvär. De tre faktorerna förklarar ungefär lika mycket vardera. En stor del av ökningen kan således ha helt andra förklaringar.

2.2.2 Hjärt-kärlsjukdomar

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken bland både män och kvinnor. Även mätt i termer av sjukdomsburda (se figur 9 & 10 samt tabell 10 i avsnitt 2.1) framstår sjukdomsgruppen som ett av de största folkhälsoproblemen med ca 23% av sjukdomsburdan.

Den vanligaste bakgrunden till hjärt-kärlsjukdom är atherosklerotiska förändringar i blodkärlen som så småningom leder till blodproppsbildning eller blödningar. Följden blir syrebrist, sk ischemi, och vävnadsdöd i de organ som blodkärlen försörjer. Framför allt är det hjärtat (hjärtinfarkt) och hjärnan (stroke) som drabbas.

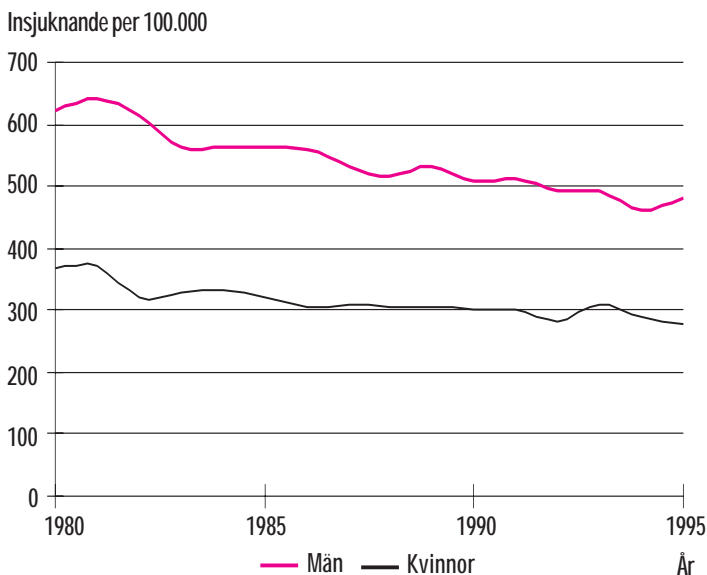
Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom har i Stockholmsregionen minskat bland män sedan 1980-talets början och sedan ännu längre tillbaka bland kvinnor (figur 12). Mellan 1980 och 1996 minskade den ålderstandardiserade dödligheten bland männen med 41% och bland kvinnorna med 35%, dvs med 3% respektive 2,5% varje år. En likartad utveckling har setts i ett flertal västeuropeiska länder liksom i USA och Australien även om trendbrotten i många länder föregått Sveriges. Sverige har numera en dödlighet i kranskärlsjukdom och plötslig hjärtdöd som är mycket lik vad den är i EU, men endast en femtedel av vad den under senare år har blivit i Ryssland. Jämfört med landet som helhet har Stockholms län en 10% lägre dödlighet i kranskärlsjukdom.



Figur 12. Dödlighet i hjärtinfarkt i Stockholms län 1970-1996. Män och kvinnor 0-84 år. Ålderstandardiserat.

Den minskande dödligheten beror både på en minskad insjuknanderisk (incidens) och på en förbättrad överlevnad bland dem som insjuknat. Hur insjuknanderisken utvecklas kan numera följas i ett hjärtinfarktincidensregister vid Samhällsmedicin i Stockholms läns landsting och som bygger på en samkörning av slutenvårds-, dödsorsaks- och befolkningsregistren. Sedan omkring 1980 minskar den ålderstandardiserade incidensen bland både män och kvinnor med 1,5-2% per år (figur 13). Under perioden 1980-1995 har antalet förstagångsinfarkter per 100.000 i befolkningen minskat med 27% för män och 22% för kvinnor. En jämförelse med riket i övrigt visar att männen i Stockholm har 15% och kvinnorna 20% lägre risk att drabbas av en hjärtinfarkt. Trots att

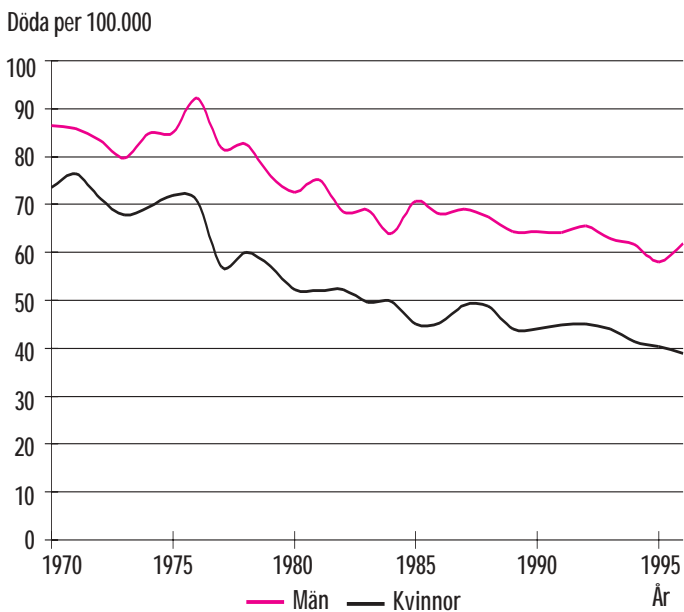
incidensen har en snabbt vikande tidstrend minskar inte det absoluta antalet hjärtinfarkter i samma takt. Det beror på att befolkningen växer och att andelen äldre ökar. Varje år inträffar drygt 5.000 hjärtinfarktfall i Stockholms län varav 80% är förstagångsinsjuknande. Av dessa avlider 40% i samband med insjuknandet.



Figur 13. Insjuknande i förstagångshjärtinfarkt i Stockholms län 1980-1995. Män och kvinnor 30-89 år. Ålderstandardiserat.

Källa: Hammar N, m fl. Hjärtinfarkt i Stockholms län 1980-1995. Stockholms läns landsting: Epidemiologiska enheten Rapport 2/98, 1998.

Figur 14 visar att även risken att avlida i stroke visar en vikande tidstrend under perioden 1970-1996. Sedan 1970 har den ålderstandardiserade dödligheten sjunkit med 34% bland männen och med drygt 50% bland kvinnorna.



Figur 14. Dödlighet i sjukdomar i hjärtans kärl 1970-1996. Män och kvinnor 0-84 år. Ålderstandardiserat.

Risken att drabbas av hjärtinfarkt är socialt snedfördelad. Tabell 16 visar att den sociala riskgradienten (risktrappan) är likartad bland båda könen med en ungefärligen fördubblad risk i arbetargrupperna jämfört med högre tjänstemän. De kvinnliga lägre tjänstemännen har dock en relativt högre risk än motsvarande kategori bland männen. I åldersgruppen 45-70 år har männen cirka 2,8 gånger högre risk att drabbas av hjärtinfarkt än kvinnor. Det betyder också att även om de relativa riskerna mellan olika sociala grupper är relativt lika för män och kvinnor så är den absoluta riskökning som den sociala skiktningen åstadkommer större bland männen.

En specialstudie av företagarna visar att de som grupp har ungefär samma risk som hela gruppen anställda. De som har varit företagare hela livet har en lägre risk. Fortsatta ana-

lyser pågår för att närmare klassificera den sociala skiktningen inom företagargruppen. En relativt stor andel av företagarna utgörs av hantverkare utan anställda, en grupp som i många avseenden liknar yrkesutbildade arbetare. Sannolikt är det i den gruppen som risken jämfört med de högre tjänstemännen är ökad.

Tabell 16. Olika socioekonomiska gruppers storlek och risken (OR) för hjärtinfarkt i olika socioekonomiska grupper jämfört med högre tjänstemän. Svenska medborgare 45-70 år gamla och boende i Stockholm 1992-1994.

	Män		Kvinnor	
	Andel (%) av befolkningen	OR	Andel (%) av befolkningen	OR
Högre tjänstemän	31	1,00	13	1,00
Mellan tjänstemän	23	1,30	23	1,11
Lägre tjänstemän	11	1,37	30	1,85
Yrkesutbildade arbetare	13	1,86	5	2,00
Ej yrkesutbildade arbetare	11	1,99	19	2,19
Företagare	11	1,57	4	1,90

Källa: Resultat från SHEEP (Stockholms hjärtepidemiologiska program).

Tabell 16 visar också att den manliga och den kvinnliga befolkningens sociala struktur är olika. Över hälften av männen är tjänstemän på hög eller mellannivå. Bland kvinnor är den vanligaste kategorin lägre tjänstemän. Fler kvinnor än män tillhör gruppen icke yrkesutbildade arbetare medan det omvända gäller de yrkesutbildade arbetarna. För både män och kvinnor håller andelen arbetare på att minska och istället har framför allt andelen tjänstemän på hög eller mellannivå ökat kraftigt under senare år.

Om alla sociala grupper hade samma låga risk som de högre tjänstemännen så skulle 30% av alla hjärtinfarkter bland männen elimineras. För kvinnorna kan 46% av alla hjärtinfarkter tillskrivas de sociala skillnaderna. En fördjupnings-

studie har visat att de relativa skillnaderna i hjärtinfarkttrisk mellan socioekonomiska grupper i Stockholm har ökat sedan 1970-talet samtidigt som den genomsnittliga risken för hjärtinfarkt minskat för både män och kvinnor. Uppgifter om incidenstrender i olika sociala grupper finns bara tillgängligt för perioden 1971-1986. Bland männen minskar den absoluta risken för både arbetare och tjänstemän även om trendbrottet kom senare bland arbetarna. Bland kvinnorna däremot minskar incidensen bland tjänstemännen medan den trendmässigt ökar bland arbetarkvinnorna. Hur utvecklingen ser ut efter 1986 för arbetarkvinnorna är okänt.

2.2.3 Cancer

Risken att få cancer oförändrat hög

Cancer står för 15% av sjukdomsördan i länet. En fjärdedel av alla människor i Stockholms län får någon gång under sin livstid en cancer. Två tredjedelar av dessa insjuknar i sin cancersjukdom efter 65 års ålder. Cirka en fjärdedel av år förlorade i för tidig död (YLL) beror på cancer. Om cancer inte fanns, men med övriga sjukdomar lika, skulle medellivslängden således öka med 2-3 år för både män och kvinnor. Jämfört med övriga Sverige har Stockholms län en något högre cancerdödlighet. Särskilt gäller detta lungcancer. Överrisken har dock sedan 1970 minskat från 15% till 5%. Jämfört med övriga Norden och EU har Sverige i sin tur en betydligt lägre cancerdödlighet bl a till följd av att tobaksrökning aldrig har haft samma omfattning i Sverige som i många andra länder.

Några få cancertyper dominerar i länets befolkning. Räkningar man i termer av DALYs finner man att cancer i lunga, magsäck, tjocktarm, bröst, kvinnliga genitalia, prostata samt leukemier utgör över 60% av all cancer (tabell 17). Sjukdoms-

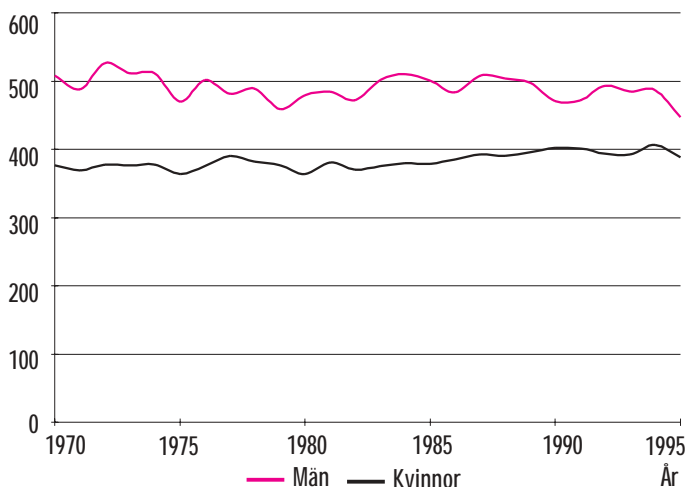
bördan har beräknats i termer av förlorade år i dödlighet och sjuklighet. Det senare har beräknats utifrån att överlevande fall antas ha cancer i fem år efter insjuknandet med sjukdomsvikter varierande mellan 0,05 och 0,15 och att alla dödsfall i cancer föregås av tre månaders allvarlig sjukdom med vikten 0,81.

Tabell 17. Antal DALYs per 100.000 i de 8 största cancertyperna för män och kvinnor i Stockholms län. Medeltal per år för perioden 1988-1995.

	Män	Kvinnor
Lungcancer	724	445
Cancer i tjocktarm och ändtarm	392	381
Bröstcancer	-	702
Leukemier mm	317	241
Prostatacancer	467	-
Gynekologisk cancer	-	437
Magsäckscancer	182	135
Hudcancer inkl malignt melanom	115	64
Cancer totalt	3507	3511

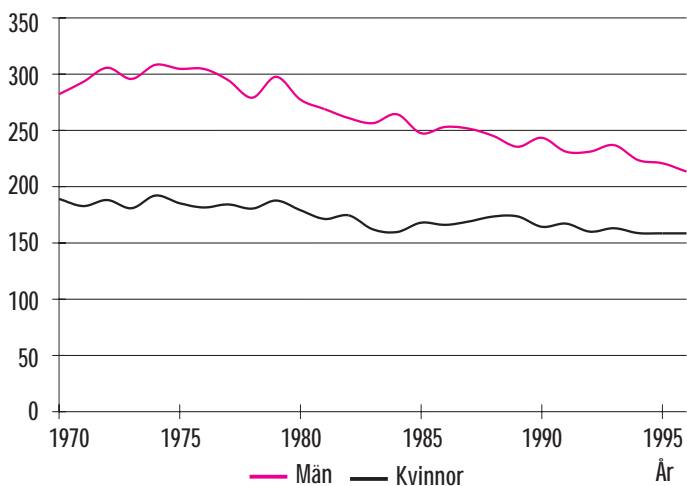
Risken att insjukna i cancer har totalt varit i det närmaste oförändrad de senaste 20 åren med en svag ökning för kvinnor och en minskning för män (figur 15). Dödligheten i cancer har dock minskat betydligt särskilt bland män (figur 16). Totalt har dödligheten minskad med 1% per år sedan mitten av 1970-talet. Det beror dels på preventiva insatser där minskad tobaksrökning nu har lett till en minskning av lungcancerdödligheten med en tredjedel. Överlevnaden har förbättrats i vissa mindre vanliga cancertyper särskilt leukemier, testikelcancer och cancer bland barn och ungdom där dödligheten mer än halverats de senaste 25 åren. En förbättrad överlevnad i bröstcancer och malignt melanom beror i första hand på att fler fall diagnosticeras tidigt.

Insjuknande per 100.000



Figur 15. Insjuknande i cancer 1970-1995. Män och kvinnor i åldern 0-w år i Stockholms län. Åldersstandardiserat.

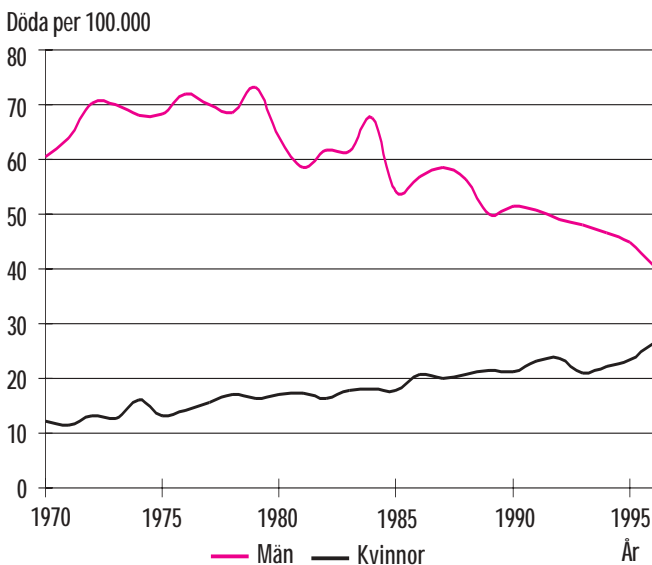
Döda per 100.000



Figur 16. Dödlighet i cancer. Män och kvinnor i åldern 0-84 år i Stockholms län 1970-1996. Åldersstandardiserat.

Lungcancer fortsätter att öka bland kvinnor

Lungcancer är den vanligaste cancertypen och står för 17% av sjukdomsördan i cancer. För kvinnor har dödligheten i lungcancer fördubblats de senaste 20 åren (figur 17). Sedan toppen i slutet av 1970-talet har dödligheten för män i lungcancer stadigt minskat med 3% per år. Det tar 15-20 år att utveckla lungcancer hos rökare och lungcancerutvecklingen avspeglar därför tidigare rökvanor där andelen rökare bland män nådde sitt maximum i början av 1960-talet. För kvinnor har en långsam minskning av tobaksrökningen pågått sedan slutet av 1970-talet och en effekt av detta på lungcancerfrekvensen borde snart börja synas. Under 1990-talet har fler kvinnor än män varit dagligrökare och vi ser också att trenderna i figur 17 kommer att leda till att fler kvinnor än män får lungcancer en bit en på nästa årtionde. Trots intensiv forskning och behandling är överlevnaden vid lungcancer fortfarande mycket låg. Endast 10% lever fem år efter att diagnosen ställts. Hälsopolitiska mål får därför här helt inriktas på primär prevention mot tobaksrökning. Det sker också i allt större omfattning i de rika länderna. Lungcancer är den cancerform som är vanligast i världen med över 900.000 dödsfall per år och en mycket kraftig ökning är att vänta tack vare den intensiva och "framgångsrika" marknadsföringen av tobaksvaror i tredje världen.



Figur 17. Dödlighet i lungcancer. Män och kvinnor i åldern 0-84 år i Stockholms län 1970-1996. Åldersstandardiserat.

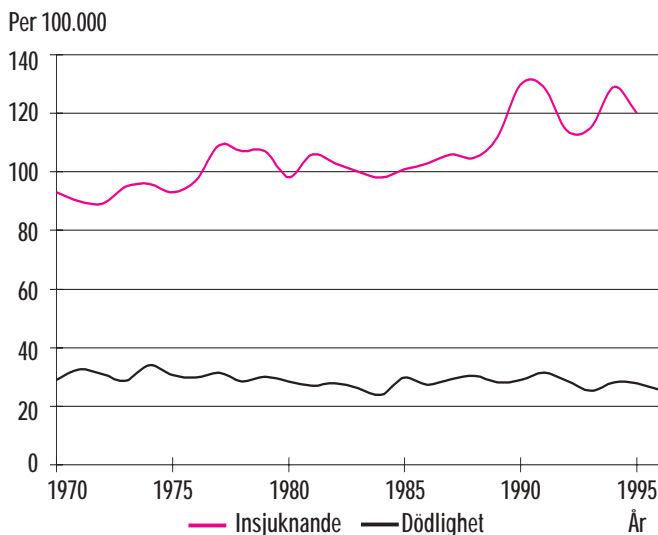
Tjocktarmscancer är en välfärdssjukdom

Cancer i tjocktarm och ändtarm är också mycket vanliga cancerformer som står för 11% av den sjukdomsburda som orsakas av cancer. Högt intag av fett, stillasittande arbete samt framför allt ett lågt intag av fibrer tycks öka risken att få tjocktarmscancer. Risken är även förhöjd om man har sjukdomen i släkten. Insjukandet har ökat något de senaste 20 åren samtidigt som dödligheten minskat till följd av tidigare upptäckt och bättre behandling.

Bröstcancer vanligaste cancer hos kvinnor

Bröstcancer svarar för en femtedel av all cancer hos kvinnor. Antalet diagnostiserade fall har ökat de senaste åren medan

dödligheten inte förändrats nämnvärt (figur 18). Ökningen beror delvis på mammografiscreening som gör att allt flera fall hittas i tidigt skede. Alla kvinnor i åldern 50-69 år i Stockholms län erbjuds mammografiundersökning. Dessa undersökningar har visat sig kunna minska dödligheten med en fjärdedel. Risken att få bröstcancer ökar om man har sjukdomen i släkten. Risken ökar även med antalet menstruationscykler som kvinnan genomgått. Att föda många barn och i ung ålder minskar risken för bröstcancer. En bidragande orsak till ökningen kan således vara att trenden idag går mot högre medelålder för förstföderskor och färre födda barn per kvinna. Med tanke på att de riskfaktor som nämnts ovan är svåra att påverka råder det stor osäkerhet om möjligheterna att primärt förebygga bröstcancer. Hälsopolitiska mål får därför inriktas på att förbättra överlevnaden. Det kan i någon mån göras med hjälp av mammografiscreening.



Figur 18. Insjuknande och dödlighet i bröstcancer. Stockholms län 1970-1996. Åldersstandardiserat.

Magsäckscancer fortsätter att minska

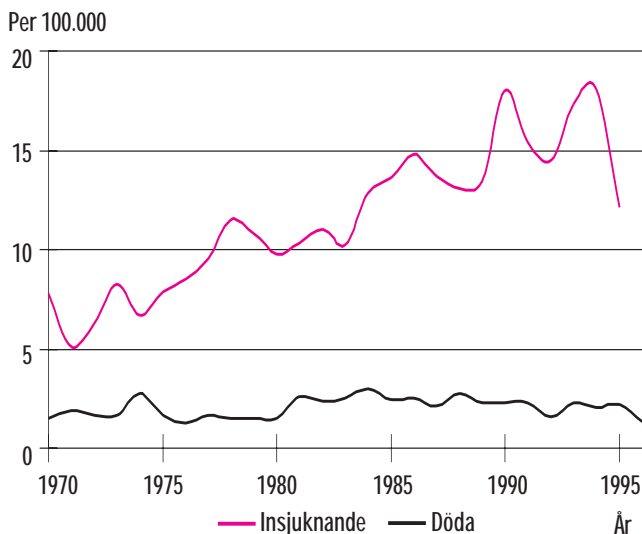
Tidigare var magsäckscancer en vanlig cancer i Sverige. Dödlighet och insjuknade har minskat med 70% sedan mitten av 1960-talet och cancerformen står nu för endast 5% av all cancersjuklighet. Minskningen tros dels bero på att vi äter bättre - mindre stekt och salt mat och istället mer frukt och grönsaker - samt minskat antal magsäcksinfektioner pga effektiv behandling av "magsårsbakterien" *Helicobacter pylori*.

Livmoderhalscancer fortsätter att minska

Risken att insjukna i livmoderhalscancer har minskat kraftigt tack vare införandet av gynekologiska hälsokontroller sedan mitten av 1960-talet. Dessa har gjort det möjligt att tidigt upptäcka och framgångsrikt behandla förstadium till livmoderhalscancer. Insjuknande och dödlighet har mer än halverats sedan början av 1970-talet. En bidragande orsak till sjukdomen är en virusinfektion, humant papillomvirus (HPV 16 och 18), som smittar via samlag. Rökning är också en riskfaktor.

Malignt melanom fortsätter att öka

Malignt melanom står för en liten sjukdomsbörda (3% av all cancer) men är den cancertypen som ökat mest under de senaste 20 åren, med ca 5% per år (figur 19). Dödligheten är låg och har inte ökat vilket beror på bättre behandlingsmetoder och tidigare upptäckt av canceren innan den spritt sig. Kraftig upprepad solbränna i unga år medför högre risk. Det gäller främst för ljushyllta, rödlätta och fräkniga personer som har en sämre förmåga till pigmentering och istället för solbruna blir rödbrända. Även här är primär prevention den främsta åtgärden.



Figur 19. Insjuknande och dödlighet för kvinnor i pigmenterad hudcancer, malignt melanom. Stockholms län 1970-1996. Åldersstandardiserat.

Prostatacancer vanligaste cancer hos män

Prostatacancer svarar för 13% av sjukdomsburden i cancer hos män. En tredjedel av alla män i 50-årsåldern har cancerförändringar i prostatakörteln men prostatacancer utvecklas långsamt och behöver långt ifrån alltid sprida sig och ge symptom. Antalet diagnostiserade fall är därför starkt beroende av hur aktivt det diagnostiska arbetet bedrivs. Prognosen är ofta god och trots att insjuknandet ökar för varje år ökar inte dödligheten.

2.2.4 Skador

Vanligaste dödsorsaken hos barn

Skador (olyckshändelser, våldsrelaterade och självtillfogade skador) är idag den vanligaste dödsorsaken i Sverige bland barn och ungdomar och omfattar ca 9% av sjukdomsburden

i länet (tabell 18). Jämfört med landet i övrigt har Stockholms län en lägre skadeförekomst och det beror främst på en lägre dödlighet i trafiken. Problemen kring skador ser olika ut i olika åldrar. Fallskador utgör det största problemet bland barn och äldre. Självtilfogade skador dominerar i de yrkesverksamma åldrarna.

Tabell 18. Sjukdomsburden fördelad på ålder och skadetyper i Stockholms län 1990. DALYs per 100.000 individer.

	Trafikskador		Fallskador		Självtilfogade skador		Totalt	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
0-14 år	239	282	324	208	46	10	1107	806
15-44	690	248	210	86	1534	726	3410	1442
45-64	285	156	334	149	1257	793	2599	1465
65-84	229	136	648	746	587	355	1904	1431
85-	423	265	2220	2161	496	106	3359	2730

Om vi enbart ser på dödsfallen finner vi att det 1996 avled 745 personer i Stockholms län på grund av skada (tabell 19). Över en tredjedel av dessa var självmord medan numera endast 9% utgörs av trafikskador. Notera att endast ett barn omkom i länets trafik detta år. Tjugoen personer mördades varav 5 var kvinnor. Bland de äldre dominerar fallskadorna där dödsfallen ofta orsakas av en kombination av skadan och olika åldersbetingade medicinska komplikationer.

Tabell 19. Fördelning av totalt 745 dödsfall i skador 1996 i Stockholms län.

	Män			Kvinnor		
	0-14	15-64	65-	0-14	15-64	65-
Själv mord	0	139	42	1	83	24
Mord	0	14	2	0	5	0
Trafikskador	0	37	10	1	15	6
Fallskador	1	24	77	0	4	106
Övriga skador	6	54	36	2	19	37

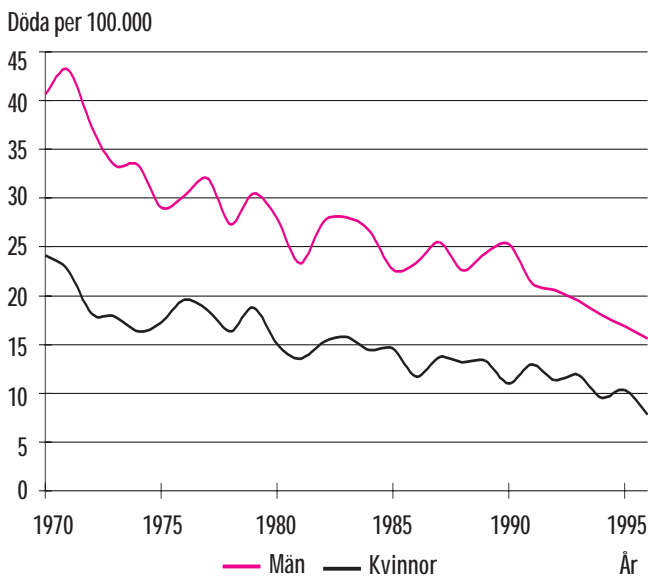
Jämfört med motsvarande tal fem år tidigare har antalet självmord minskat från 386 till 289 - en minskning med 25%. Även trafikdödsfallen har minskat med 25%.

Ser vi lite mer detaljerat på sjukhusstatistiken (se tabell 20 sid 51) finner vi att fall är en vanlig orsak att uppsöka sjukhus för små barn. Trafikskadornas betydelse ökar kraftigt för barn i skolåldern. Anmärkningsvärt är att man redan bland de yngsta barnen kan se en tendens (om än en förhållandevis svag sådan) hos flickorna att skada sig själva, som i tonåren växer till ett av de största problemen. Bland pojkarna utgör istället skador på grund av våld ett ökande problem i tonåren. Trafikskador kvarstår som en vanlig anledning att uppsöka sjukhus, både för pojkar och flickor i tonåren men minskar igen i 20-års åldern. För män i arbetsför ålder minskar även antalet skador på grund av våld medan våld mot egen person kvarstår som ett stort problem för kvinnorna. Från 65 år och uppåt utgör fallskador det överlägset största problemet för både kvinnor och män. Över lag skadar sig män oftare än kvinnor. De enda två områden där fler kvinnor än män drabbas är fallolyckor bland de äldre samt självtillfogade skador i yngre åldersgrupper.

Antalet självmord fortsätter att minska kraftigt

Det finns en anmärkningsvärd positiv utveckling av självmorden i Stockholms län (figur 20). Från en både nationellt och internationellt hög nivå under början av 1970-talet har dödligheten minskat med mer än 60%. Sverige ligger numera under det nordiska genomsnittet och endast lite över nivån i EU. Inom Sverige är dödligheten i självmord cirka 10% lägre i Stockholms län än i riket. Utvecklingen under 1990-talet är också anmärkningsvärd med tanke på den höga arbetslösheten. Arbetslösa har i många studier visat sig ha

högre risk för självmord, men andra motverkande faktorer har vägt över i Stockholms län. Bland annat kan man konstatera att nästan hela minskningen har skett för ett självmords-sätt, nämligen läkemedelsförgiftning. Mindre toxiska läkemedel och ökad restriktivitet i förskrivningen har här spelat in och illustrerar att självmord i likhet med andra skadetyper kan förebyggas även med tekniska åtgärder.

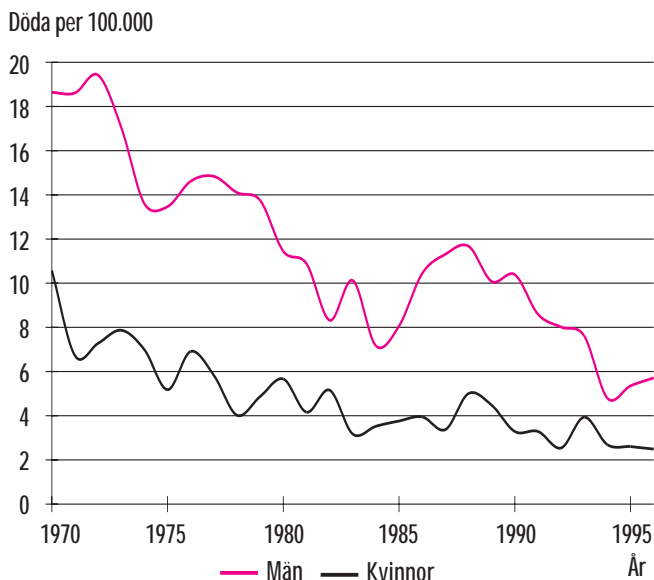


Figur 20. Självmord, inklusive osäkra 1970-96. Män och kvinnor i åldern 0-84 år i Stockholms län. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000.

Det är dock ett varningstecken att antalet självmordsförsök som kommer till sjukhusvård har ökat något 1992-96 särskilt för kvinnor (tabell 20). Antalet självmordsförsök med sjukhusvård som följd bland kvinnor är 20-faldigt vanligare än fullbordade självmord och bland män 5-faldigt vanligare – kvoter som således tenderar att bli allt större.

Trafikdöden fortsätter att minska

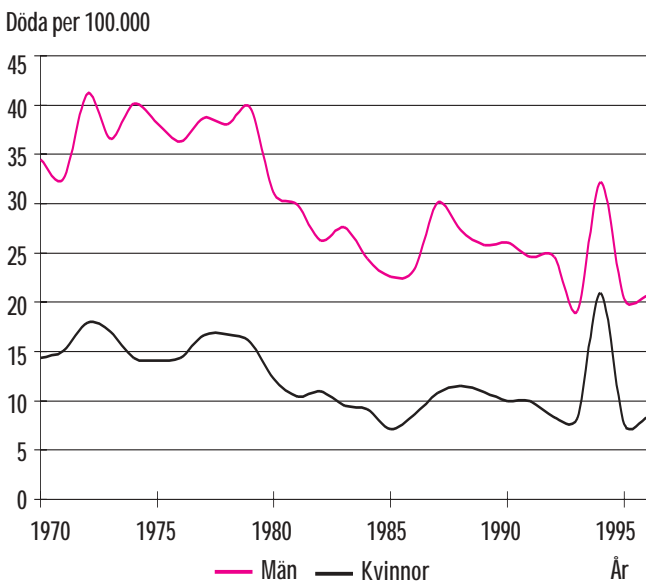
Som framgår av figur 21 har risken att dö i trafiken minskat till en tredjedel av nivån i början av 1970-talet och numera är skillnaderna mellan män och kvinnor ganska små. I termer av DALYs ligger länet lågt för barnen men något högre än i riket för åldersgruppen 15-44 år. Jämfört med övriga Europa har Sverige en mycket låg trafikdödlighet – närmare hälften av EU:s nivå – och även jämfört med övriga nordiska länder är antalet trafikdöda i Sverige lågt. Det är inte minst bland pojkar och vuxna män som det har skett en minskning, vilket även framgår av slutenvårdsstatistiken (tabell 20). Motorfordonsolyckor minskar mest medan cykelolyckorna visar gynnsam trend för barnen men inte lika gynnsam utveckling för de vuxna.



Figur 21. Trafikdödsfall 1970-96. Män och kvinnor i åldern 0-84 år i Stockholms län. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000.

Övriga olycksfallsskador visar inte en entydig bild

Även dödlighet i andra olycksfallsskador visar en positiv trend bortsett från en kraftig ökning 1994 i samband med *Estonias* förlisning (figur 22). Slutenvårdsstatistiken visar dock en något blandad bild (tabell 20). Fallolyckor är en dominerande skadetyper i slutna vård och visar på en måttlig förbättring bland barn och medelålders, men en betydlig ökning bland de äldre. Denna markanta ökning av fallolyckor bland äldre kan till en stor del förklaras av att andelen personer i åldrarna över 65 år har ökat.



Figur 22. Övriga dödsfall i skador 1970-96. Män och kvinnor i åldern 0-84 år i Stockholms län. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000.

Tabell 20. Antal personer per 100.000 som vårdats i slutna vård på grund av vissa skadetyper. Stockholms läns landsting 1988, 1992, 1996.

	Män			Kvinnor		
	1988	1992	1996	1988	1992	1996
Fallskador						
0-14 år	469	404	385	332	282	241
15-64 år	460	438	401	344	325	309
65-w år	1792	1987	2234	3601	3814	4268
Motorfordonsolyckor						
0-14 år	58	52	31	32	24	23
15-64 år	185	139	102	79	72	50
65-w år	96	96	81	86	63	51
Cykelolyckor						
0-14 år	83	74	59	42	31	25
15-64 år	18	24	24	12	17	15
65-w år	18	28	23	14	17	15
Självordsförsök mm						
0-14 år	11	6	11	26	19	19
15-64 år	118	112	118	173	155	173
65-w år	78	66	93	93	89	89
Våldsskador						
0-14 år	11	10	7	7	4	4
15-64 år	86	101	99	26	26	22
65-w år	12	15	22	6	15	6
Samtliga skador						
0-w år	1392	1464	1423	1539	1675	1715

Våldet ökar enligt brottsstatistiken men inte enligt patientregistreringen

De våldsrelaterade skadorna bland män och kvinnor över 14 år förändras inte nämnvärt. Enligt polisens statistik har under samma period våldet mot män ökat med drygt 70%, mot kvinnor med cirka 30% och mot barn med 50%. En stor del av den anmälda misshandelsbrottsligheten beror på en ökad anmälningsbenägenhet. Detta gäller framför allt våld mot kvinnor och barn på grund av en minskad tolerans i samhället för dessa brott. Mycket tyder emellertid på att det verk-

liga våldet också ökat under denna period. Antalet anmälda misshandelsbrott till polisen är, framförallt för barn och kvinnor, många fler än antalet vårdade skador på grund av våld som registreras i patientregistret. För barn anmäls nästan 50 gånger fler våldsbrott till polisen än det registreras våldsskador i slutenvårdsregistret. Även om alla våldsbrott inte leder till en så allvarlig skada att den behöver slutenvårdas, tyder detta på ett stort mörkertal i sjukvårdens statistik, framför allt för kvinnor och barn. Att mörkertalet för våldsskador sannolikt är stort och att det dessutom finns goda skäl att anta att det inte är slumpmässigt, gör att de siffror som finns bör beaktas med försiktighet när beslut tas angående olika åtgärder och interventioner.

Skaderisken är ojämnt fördelad över olika grupper i samhället

Skador är i likhet med hjärt-kärlsjukdomar och rörelseorganens sjukdomar avgörande för sjukdomsbördans ojämlika fördelning mellan socioekonomiska grupper. Skador bidrar särskilt till sociala klyftor i hälsa bland barn och ungdom.

Det finns få undersökningar om hur skaderisken för olika sociala grupper bland barn/ungdomar eller bland åldersgruppen 65 år och äldre ser ut i Sverige. Vad gäller dem i arbetsför ålder har vi för denna rapport haft två olika källor att utgå ifrån, patientregistret och självrapporterad upplevelse av våld från Folkhälsoenkäten.

Tabell 21. Risk (jämfört med högre tjm) för att ha vårdats i slutenvård för vissa skadetyper bland personer i arbetsför ålder. Stockholms läns landsting 1996.

	Män			Kvinnor		
	Högre tjm	Lägre tjm	Arbetare	Högre tjm	Lägre tjm	Arbetare
Självordsförsök mm	1.0	2.5*	2.4*	1.0	1.2	2.5*
Våldsskador	1.0	6.1*	9.2*	1.0	1.6	2.0
Trafikskador	1.0	1.5*	2.0*	1.0	0.8	1.4*
Fallskador	1.0	1.4*	1.5*	1.0	1.1	0.9
Övriga skador	1.0	1.1	1.6*	1.0	1.1	1.2*

* Anger signifikant skillnad mot högre tjänstemän.

De socioekonomiska skillnaderna är större bland män än kvinnor (tabell 21). Manliga lägre tjänstemän eller arbetare löper större risk att tillbringa minst en natt på sjukhus på grund av skada, oavsett skadetyper, än högre tjänstemän. Allra störst är skillnaden att hamna på sjukhus på grund av en skada orsakad av våld, där risken bland män är nio gånger så stor för arbetare som för högre tjänstemän. För kvinnor är skillnaden mellan de socioekonomiska grupperna tydligast vad gäller självmordsförsök. Två och en halv gånger så många kvinnor ur arbetarklassen vårdas för självmordsförsök eller annan självförvårdad skada som kvinnor bland högre tjänstemän.

Tabell 22. Risk (jämfört med högre tjm) för att ha utsatts för eller hotats med våld bland personer i arbetsför ålder.

	Män			Kvinnor		
	Högre tjm	Lägre tjm	Arbetare	Högre tjm	Lägre tjm	Arbetare
Hot om våld	1.0	1.5	1.4	1.0	1.3	1.9*
Utsatt för våld	1.0	1.6	1.8	1.0	1.5	2.8*

* Anger signifikant skillnad mot högre tjänstemän.

Källa: Folkhälsoenkäten 1998.

Också enligt de självrapporterade uppgifterna löper arbetare större risk att utsättas för våld än högre tjänstemän (tabell 22). Jämfört med uppgifterna från slutenvården är emellertid skillnaderna mellan män ur olika socioekonomiska grupper klart mindre vid självrapporterad utsatthet för våld. För kvinnor är risken dubbelt så stor för arbetare, vilket stämmer bättre överrens med uppgifterna från sjukhusen. Både kvinnliga och manliga arbetare rapporterar dessutom att de blivit hotade med våld mer ofta än vad högre tjänstemän gör.

2.2.5 Rörelseorganens sjukdomar

Värk i nacke och axlar vanligt bland kvinnor

Rörelseorganens sjukdomar omfattar sjukdomar i skelettet (benskörhet), lederna (artros, reumatoid artrit), muskler, senor och ledband. En stor del av de mycket vanligt förekommande värktillstånden i ländrygg, nacke och skuldror tillhör den senare kategorien. I tabell 23 framgår andelen med värk två eller fler gånger per vecka. Värk i nacke, axlar och armar är vanligare bland kvinnor. Ländryggsbesvär förekommer ungefär lika ofta bland män som bland kvinnor.

Tabell 23. Andel (procent) för män och för kvinnor i åldern 20-64 år som flera gånger i veckan haft värk i nacke, skuldror eller rygg det senaste året. Stockholms län.

Värk	Män			Kvinnor		
	1990	1994	1998	1990	1994	1998
Nacke, bröstrygg	9	8	13	18	17	21
Axlar, armar	10	11	13	17	17	21
Ländrygg	12	11	11	13	14	15

Källa: Folkhälsoenkäterna 1990, 1994 och 1998.

Fler kvinnor än män rapporterar värk, såväl från nacke, övre rygg, axlar, armar som från ländrygg. Andelen med värk i nacke-skuldror ökade kraftigt särskilt bland kvinnor under 1980-talet och förefaller närmast att ha ökat ytterligare under 1990-talet. Även övriga besvär uppvisar ökande trender.

Ländryggsbesvär har studerats i Norrtälje i den sk MUSIC-studien som är ett samarbetsprojekt mellan Arbetslivsinstitutet och landstingets Yrkesmedicinska enhet. Preliminära resultat visar att arbetare har något högre förekomst av ländryggsbesvär än högre tjänstemän, framför allt bland kvinnor. Psykosociala faktorer som dålig arbetsstillfredsställelse och små möjligheter att lära nytt på arbetsplatsen ökar risken för att söka vård för ländryggsbesvär bland män, men ej för kvinnor. För kvinnor är tungt fysiskt arbete en viktigare faktor för ländryggsbesvär, liksom en kombination av tungt fysiskt arbete samt höga psykologiska krav och låg kontroll över arbetssituationen.

Sjukvården har utvecklat flera behandlingsmetoder när det gäller reumatiska sjukdomar och artros, medan det länge har rått osäkerhet om vilka behandlingsmetoder som är effektiva vid de mera diffusa värtillstånden. Den växande kunskapen om riskfaktorer visar dock på stora möjligheter för primär prevention.

Ytterligare analyser bl a av data från Folkhälsoenkäten 1998 kommer att redovisas i Arbetshälsorapport 1999.

2.2.6 Allergi

Allergier bland barn ökar

Förekomsten av allergier ökar i befolkningen (tabell 24). Ökningen har varit störst bland barn. I landstingets Miljöhälso-rapport 1998 ges en utförlig redovisning av allergisjukdomar i Stockholms län. Allergiska sjukdomar har låg dödlighet och

många påverkar endast funktionsförmågan lite, men de är mycket vanligt förekommande. Den samlade sjukdomsburden utgör 2% av alla DALYs. Bland vuxna rapporterar 8% att de har astma. Andra allergisjukdomar som hösnuva och eksem ökar också. Riskfaktorer för att utveckla allergisjukdomar är bl a pälsdjur i hemmet, täta hus, exponering för tobaksrök och andra för luftvägarna irriterande ämnen. Handeksem är dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män, bl a på grund av att kvinnor i sina yrken har mycket våtarbete. Nickelallergi förekommer hos 10% av befolkningen i Stockholms län.

Tabell 24. Andel (procent) med olika typer av allergiska besvär de senaste tolv månaderna (i åldern 20-64 år).

Allergier	Lätta och svåra besvär			Svåra besvär		
	1990	1994	1998	1990	1994	1998
Hösnuva	23	29	30	3,4	4,1	4,0
Astma	5	7	8	0,3	0,6	0,7
Eksem/utslag	26	27	31	2,1	1,6	2,6
Någon typ av besvär	50	54	57	6,5	6,6	7,4

Källa: Folkhälsoenkäterna 1990, 1994 samt 1998.

Miljöhälsorapporten visar på möjliga åtgärder för att förebygga allergier, bl a tobaksförebyggande arbete, välventilerade hus, att inte skaffa pälsdjur i familjer med allergi, städning och ventilation. Minskad hudkontakt med vatten och rengöringsmedel, i övrigt god handhygien och användning av skyddshandskar kan minska handeksem. Undvikande av nickel i smycken, klockor, knappar och liknande minskar risken för nickelallergi.

2.2.7 Diabetes

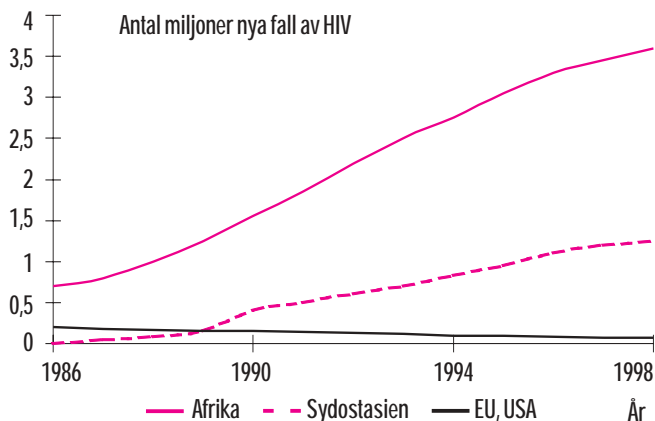
Man brukar skilja på sockersjuka som startar i unga år (typ 1 diabetes) som beror på att kroppen producerar för lite insulin. Insulin behövs för att socker i blodet ska transporteras in i cellen. Åldersdiabetes (typ 2) beror på nedsatt känslighet för insulin. Typ 1 diabetes har i åldersgruppen 0-14 ökat med cirka 50% bland barn från slutet av 1970-talet till mitten av 1990-talet. I åldersgruppen 15-34 har risken i stället halverats. Åldern för insjuknande har med andra ord minskat men sjukdomsriskens totalt är i stort sett oförändrad. Många äldre människor har förstadium till typ 2 diabetes vilket visar sig i nedsatt glukostolerans. Förekomsten stiger kraftigt med åldern från ca 2% i 50-års åldern till 15% bland 80-åringar. I en studie av riskfaktorer för typ 2 diabetes bland medelålders män i Stockholms län var diabetes nära 5 gånger vanligare bland män med nära släktingar med diabetes än bland dem utan diabetes i släkten. Män med övervikt hade ökad förekomst av diabetes och förstadium till diabetes. Ju längre tid övervikten varat desto högre förekomst av diabetes. Rökare hade en klart ökad förekomst av diabetes och dess förstadium, jämfört med icke-rökare. Män som motionerade måttligt på fritiden (2 timmar eller mer per vecka oftast utan att svettas) hade 60% lägre förekomst av diabetes jämfört med män med en mestadels stillasittande fritid.

2.2.8 HIV/AIDS

I termer av sjukdomsburda är betydelsen av HIV-infektion för folkhälsan försvinnande liten i Sverige – 0,25% av den samlade sjukdomsburdan (0,5% av sjukdomsburdan i Stockholms län). Antalet nya fall av HIV i Stockholms län har sedan mitten av 1980-talet legat runt knappt 200 per år. Utländska medborgare som smittats innan de kom till Sverige

svarar för hälften av de nya fallen. I Stockholms län finns det ca 1.700 personer med HIV/AIDS, varav 75% är män och 20% är intravenösa missbrukare. Merparten av de heterosexuellt smittade svenskarna är medelålders män och kvinnor som smittats utomlands. Det fåtal svenskar (63 personer) i Stockholms län som genom åren smittats heterosexuellt i Sverige har alla smittats genom sexuellt umgänge med någon person ur en tydlig riskgrupp (t ex bisexuella eller intravenösa missbrukare).

Under 1998 blev ytterligare 6 miljoner människor smittade av HIV i världen (figur 23). Totalt finns det drygt 35 miljoner människor med HIV, varav 24 miljoner i Afrika. På grund av HIV/AIDS är barnadödligheten och medellivslängden i flera länder i Afrika tillbaka på samma nivå som på 1960-talet. Redan idag finns det länder där 25% av den vuxna befolkningen är smittad. Om HIV-spridningen får fortsätta i samma takt leder det till brist på utbildade vuxna i flera länder i framförallt södra Afrika. Detta kan ha konsekvenser för möjligheterna att upprätthålla ett välfungerande samhälle.



Figur 23. Antal nya fall av HIV per år i några delar av världen.

Källa: WHO.

3 Hälsans sociala förutsättningar

Det finns många samhällsfaktorer som är av betydelse för hälsa. Undersökningar har t ex visat högre grad av ohälsa bland arbetslösa än bland de som har arbete. Fattigdom och bristande ekonomiska resurser är också förknippat med högre grad av ohälsa. Samhällsstrukturen betingar i stor utsträckning människors levnadsvillkor, som i sin tur har betydelse för hälsa. Både samhällsstruktur och levnadsvillkor är nära förknippade med människors levnadsvanor. I detta kapitel diskuteras några exempel på faktorer av betydelse för hälsa, med avseende på arbetsmarknad, boendesegregation och ekonomisk stress.

3.1 Arbetsmarknad

Arbetsmarknaden i Sverige har genomgått omfattande förändringar under den senaste tioårsperioden. Detta gäller inte minst Stockholms län som före oktober 1991 hade en arbetslöshet under 1% som plötsligt steg kraftigt. Efter 1994 har den långsamt börjat sjunka men samtidigt har förvärvsfrekvensen fortsatt att minska för kvinnor. Det beror på att allt fler har lämnat arbetsmarknaden, en del med förtidspension, men många försörjs av familjer eller med socialbidrag. Det handlar således om en omfattande dold arbetslöshet (tabell 25).

Tabell 25. Andel (procent) av befolkningen i åldersgruppen 20-64 år som var förvärvsarbetande, arbetslösa respektive övriga ej i arbete under åren 1987-1997 i Stockholms län.

		1987	1990	1993	1997
Män	Förvärvsarbetande	90,1	91,0	80,3	80,5
	Arbetslösa	1,1	0,7	7,1	5,5
	Övriga ej i arbete	8,8	8,3	12,6	14,0
Kvinnor	Förvärvsarbetande	88,0	88,0	80,1	77,3
	Arbetslösa	0,7	0,7	4,0	4,6
	Övriga ej i arbete	11,3	11,3	15,5	18,1

Källa: SCB/AKU.

Arbetslösa personer har sämre självrapporterad hälsa än de som arbetar, både bland män och kvinnor och bland yngre och äldre. Andelen personer med psykisk ohälsa är också högre bland arbetslösa män och kvinnor. Andelen som haft självmordstankar under senaste året är avsevärt högre bland de arbetslösa, 19% bland arbetslösa mot 8% bland de som arbetar. Att ha självmordstankar är också betydligt vanligare bland de som rapporterar nedsatt psykiskt hälsotillstånd.

3.2 Boendesegregation

Bostadsmiljön med dess lokala institutioner daghem, skola och den sociala miljön som befolkningen själva skapar är den miljö som vid sidan av hemmet är avgörande för barnens uppväxt. För de barn där föräldrarnas hälsa eller sociala situation ökar behovet av stöd utifrån blir den lokala miljön ännu viktigare. Till följd av bostadssegregationen varierar barnens förutsättningar under livets första år avsevärt inom Stockholms län i dessa avseenden.

Den segregation vi ser i Stockholms län i dag är framförallt ekonomiskt och socialt betingad. Invånare med goda

ekonomiska resurser flyttar från ekonomiskt svaga områden och ersätts av hushåll med sämre ekonomi. Detta leder också ofta till en utarmning av människor med inflytande i samhället i dessa områden och kraften att göra sig hörd minskar. I regionplane- och trafikkontorets rapport om Stockholms sociala geografi illustreras tydliga mönster. Kartorna över arbetslöshetens omfattning i olika områden är en nästan exakt omvänd bild av kartan över omfattningen av högskoleutbildade. I ett folkhälsoperspektiv är det av yttersta vikt att barnen i vårt samhälle ges en någorlunda likvärdig start i livet.

För att beskriva omfattningen av boendesegregationen i Stockholms läns olika sjukvårdsområden har vi här klassificerat basområden utifrån deras relation mellan hög- och låginkomsttagare. Områden med fler än 40 invånare ingår, totalt 1060 stycken, med en medelbefolkning av 1600 individer. Som höginkomsttagare har vi avgränsat de 20% med högst inkomst i Stockholms län och på samma sätt är låginkomsttagare de 20% med lägst inkomst. Vi har sedan i likhet med storstadskommittén valt att definiera ett område som utsatt när kvoten mellan låg och höginkomsttagare överskrider 4, dvs att man i området har mer än fyra gånger så många låginkomsttagare som höginkomsttagare.

Tabell 26 visar att en tredjedel av barnen i tidigare Västra och i Sydvästra sjukvårdsområdena växer upp i kvarter som är ekonomiskt mycket utsatta. Barnen i dessa områden riskerar att få en sämre start i livet än andra barn i länet.

Tabell 26. Andel (procent) av befolkningen som bor i utsatta områden redovisat per sjukvårdsområde. Som barn räknas invånare mellan 0-18 år.

Sjukvårdsområde	Andel barn i utsatta områden	Andel av bef. utsatta områden
Nordöstra SO	4,0	4,8
Nordvästra SO	12,3	12,2
Västra Stockholms SO	34,7	33,0
Södra Stockholms SO	18,2	18,6
Sydvästra SO	31,2	29,3
Sydöstra SO	15,9	16,1
Centrala Stockholms SO	1,8	1,9
Södertälje SO	24,2	22,2
Norrtälje SO	29,2	30,2
Totalt i länet	19,0	17,9

Fördjupad ekonomisk segregation i storstäderna

Storstadskommittén konstaterar i sitt slutbetänkande att en fördjupning av den ekonomiska segregationen har skett i storstäderna under perioden 1985-1995. De stadsdelar som i slutet av 1980-talet klassades som utsatta har haft en fortsatt negativ utveckling. Andelen låginkomsttagare i dessa områden har ökat högst väsentligt medan andelen höginkomsttagare minskat. I övriga stadsdelar kan man däremot se en utjämning. Vidare rapporteras att det är ytterst få stadsdelar som bytt ekonomisk status under perioden.

3.3 Låg inkomst och ekonomisk stress

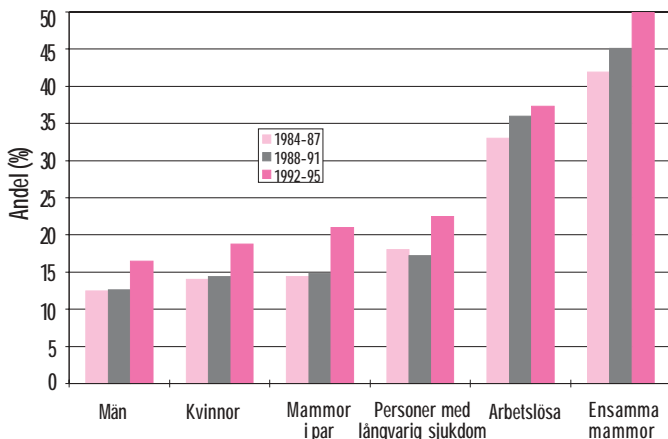
Andelen som upplevt ekonomisk kris ökar

I de flesta länder har låg inkomst en stark korrelation till dålig hälsa särskilt bland barn. Sambandet är inte helt entydigt i de få studier på området som finns i Sverige. Kombinationen av arbetslöshet och inkomstminskning har dock visat

sig ha starka samband med psykiska och psykosomatiska symptom. Vissa indikatorer på ekonomiska svårigheter visar att ekonomisk stress är förenat med högre grad av dålig självrapporterad hälsa, även i Sverige. En sådan indikator är brist på kontantmarginal¹, dvs att inte kunna få fram en summa pengar inom en vecka, genom egna tillgångar, genom lån från vänner eller anhöriga. En annan är att man erfärit “ekonomisk kris”, dvs att man inte klarat av att betala mat eller hyra med egna medel utan behövt låna från vänner eller anhöriga, eller söka socialhjälp för detta. I ULF-undersökningarna (SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden) har ekonomisk kris visat sig förenat med sämre självskattad hälsa.

Under 1990-talet har andelen i befolkningen ökat som upplevt ekonomisk kris enligt ovanstående definition. Detta gäller för de flesta undergrupper av befolkningen. Ökningen har dock varit större i vissa grupper (figur 24).

¹ År 1995 definierades kontantmarginal som en summa av 14.000 kr.



Figur 24. Andel (procent) av befolkningen 16-64 år med ekonomisk kris.

Källa: ULF, 1979-95.

Dessa siffror för landet som helhet överensstämmer väl med resultaten från 1998 års Folkhälsoenkät i Stockholms läns landsting. Bland hela befolkningen hade 17,5% upplevt ekonomisk kris under det senaste året. Det var vanligare bland yngre under 45 år - 32% av kvinnor och 27% bland män. Särskilt vanligt var det bland ensamstående mammor (50%).

Bland arbetslösa män och kvinnor hade 55% i åldern 20-44 år och 33% i åldern 45-64 år upplevt ekonomisk kris under det senaste året. Avsaknad av kontantmarginal fördelade sig på likartat sätt som att ha erfarit ekonomisk kris. Även avsaknad av kontantmarginal har ökat från 1994 till 1998. Ekonomisk kris är förenat med sämre hälsa och högre förekomst av vissa hälsoskadliga beteenden (tabell 27).

Tabell 27. Andel (procent) som rapporterar hälsotillstånd, hälsorelaterade beteenden samt andra psykosociala faktorer bland män och kvinnor som upplevt/inte upplevt ekonomisk kris.

	Kvinnor		Män	
	Med ekonomisk kris	Ej ekonomisk kris	Med ekonomisk kris	Ej ekonomisk kris
Självrapporterad hälsa mindre än god	29*	17	30*	16
Långvarig sjukdom	29	26	34*	26
Nedsatt psykiskt välbefinnande	39*	19	32*	16
Värk	44	42	37*	30
Dagligrökare	28*	19	31*	16
Hög alkoholkonsumtion	6	5	23*	10
Motion	33	32	33	41
Saknar socialt stöd	13	10	17	12
Känner sig ej rotad i bostadsområdet	35*	18	38*	19

* Anger statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna.

Källa: Folkhälsoenkäten 1998.

Ekonomisk kris är förenat med sämre självs kattad hälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande bland män och kvinnor samt med förekomst av långvarig sjukdom bland män. Daglig rökning är vanligare bland både män och kvinnor med ekonomisk kris, hög alkoholkonsumtion bara bland männen. Både män och kvinnor med ekonomisk kris upplever i högre grad att de inte känner sig rotade i bostadsområdet, jämfört med män och kvinnor som inte haft ekonomisk kris.

4 Levnadsvanor

4.1 Rökning

Allt färre röker

Andelen dagligrökare minskar och är nu bland kvinnor 20% jämfört med 26% 1990 (tabell 28). Bland männen är 18% dagligrökare jämfört med 24% 1990.

Tabell 28. Andel (procent) dagligrökare i åldern 20-84 år bland män och kvinnor i befolkningen, Stockholms län 1990-1998. Åldersstandardiserat.

	Andel män	Andel kvinnor
1990	24	26
1994	22	22
1998	18	20

Källa: Folkhälsoenkäterna 1990, 1994, 1998.

Andelen rökare är högre bland medelålders män än yngre och vanligare bland arbetare än bland tjänstemän (tabell 29). Det finns en kraftig minskning bland yngre kvinnor. Detta är delvis ett kohortfenomen dvs nya generationer av kvinnor har inte börjat röka och de övriga blir äldre och uppträder i kolumnen för medelålders. Det är särskilt tydligt bland kvinnor i arbetaryrken. För de som har tjänstemannayrken är det många unga som inte röker och många som har slutat röka.

Tabell 29. Andel (procent) dagligrökare i åldern 20-64 år bland arbetare och tjänstemän.

		Arbetare		Tjänstemän	
		20-44	45-64	20-44	45-64
Män	1984	45	51	31	30
	1990	29	43	17	24
	1994	27	29	14	22
	1998	22	27	15	20
Kvinnor	1984	49	32	38	33
	1990	37	37	26	27
	1994	33	29	20	21
	1998	27	37	17	24

Källa: Folkhälsoenkäterna 1984-1998.

4.2 Alkoholkonsumtion

Andelen högkonsumenter ökar

Alkoholkonsumtionen är enligt statistik från Systembolaget och uppskattningar över hembränning och legal och illegal import i stort sett oförändrad under senare år. Andelen i befolkningen 20-64 år som är högkonsumenter av alkohol ökar dock. Gränsen för hög alkoholkonsumtion har dragits vid 35 g 100% alkohol per dag för män och 25 g per dag för kvinnor, vilket motsvarar 4 respektive 3 flaskor vin per vecka. Totalt uppger 10% att de konsumerar alkohol motsvarande 3-4 flaskor vin per vecka. Bland män är siffran 14%, bland kvinnor 6%. Endast bland kvinnor i åldern 20-44 år är andelen oförändrad jämfört med 1994 (tabell 30).

Tabell 30. Andel (procent) högkonsumenter av alkohol i åldern 20-64 år bland män och kvinnor.

	Män		Kvinnor	
	20-44	45-64	20-44	45-64
1990	11	8	3	5
1994	11	10	5	4
1998	15	13	5	8

Källa: Folkhälsoenkäterna 1990, 1994, 1998.

Andelen högkonsumenter av alkohol är högst bland yngre män, men skiljer sig inte nämnvärt mellan arbetare och tjänstemän. Ensamboende män och män som saknar kontantmarginal är högkonsumenter av alkohol i större utsträckning än sammanboende män och män med kontantmarginal. Motsvarande samband ses ej för kvinnor. Bland arbetslösa män och kvinnor var andelen högkonsumenter tidigare högre än bland de i arbete, men 1998 ses ej detta samband för varken män eller kvinnor.

4.3 Motion

Endast var tredje äldre kvinna motionerar regelbundet

Andelen i befolkningen som motionerar regelbundet är långsamt stigande både bland arbetare och tjänstemän i yrkesverksam ålder och bland äldre män i länet. Andelen äldre kvinnor som motionerar är dock anmärkningsvärt låg (tabell 31). Det senare är allvarligt med tanke på vilken stor betydelse regelbunden fysisk aktivitet har inte minst för de äldres hälsa.

Tabell 31. Andel (procent) som motionerar regelbundet minst en gång i veckan. Stockholms län 1980-96. Åldersstandardiserat.

	Arbetare (25-64 år)	Tjänstemän (25-64 år)	65-84 år
Kvinnor			
1980-81	38	48	29
1988-89	46	48	29
1996	45	53	29
Män			
1980-81	34	54	39
1988-89	37	57	41
1996	41	59	40

Källa: SCB/ULF.

Andelen i befolkningen som både har ett stillasittande arbete och som motionerar mindre än 30 minuter per vecka är hög och har ökat bland tjänstemän. Detta gäller t ex för en tredjedel av manliga tjänstemän i åldern 45-64 år (tabell 32). Bland kvinnor och män med arbetaryrken har denna andel minskat och varierar mellan 3-6%. Manliga och kvinnliga tjänstemän motionerar dock regelbundet på fritiden i större grad än manliga och kvinnliga arbetare.

Tabell 32. Andel (procent) män och kvinnor 20-64 år som har ett stillasittande arbete och som motionerar mindre än 30 minuter per vecka.

	Arbetare		Tjänstemän	
	20-44	45-64	20-44	45-64
Män	3	4	24	33
Kvinnor	6	3	27	29

Källa: Folkhälsoenkäten 1998.

4.4 Övervikt

Hälften av männen är överviktiga

Trots en viss ökning av fysisk aktivitet ökar andelen överviktiga kraftigt i länet liksom i övriga landet. Bland män är den totala andelen måttligt och kraftigt överviktiga nästan 50%, bland kvinnor över 30% (tabell 33).

Tabell 33. Andel (procent) män och kvinnor i åldern 20-64 år med måttlig (BMI 25-30 kg/m²), och kraftig (BMI över 30 kg/m²) övervikt.

	Måttlig övervikt		Kraftig övervikt	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1990	29	17	4	4
1994	35	20	7	6
1998	39	23	8	9

Källa: Folkhälsoenkäten 1990, 1994, 1998.

Samtidigt har övervikt fått en allt mera tydlig social profil för både kvinnor och män (tabell 34). Undersökningar bland värnpliktiga har visat att andelen överviktiga 18-åriga pojkar har ökat kraftigt under de senaste 25 åren. Om man jämför de som föddes 1953 med de som föddes 1977 har andelen överviktiga ökat från 7% till 20% bland de som har lågutbildade mammor och från 4% till 10% bland de som har högutbildade mammor. Ökningen har således inte börjat nyligen utan har pågått stadigt i flera decennier.

Tabell 34. Andel (procent) män och kvinnor med måttlig (BMI 25-30 kg/m²) och kraftig (BMI över 30 kg/m²) övervikt.

	Måttlig övervikt		Kraftig övervikt	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Arbetare 20-44 år	28	21	10	11
Arbetare 45-64 år	54	33	10	11
Tjänstemän 20-44 år	32	17	5	4
Tjänstemän 45-64 år	47	29	11	12

Källa: Folkhälsoenkäten 1998.

4.5 Sjukdomsörda till följd av olika riskfaktorer

En analys av hur stor del av sjukdomsördan bland äldre som kan tillskrivas brist på fysisk aktivitet visar att motion är den viktigaste riskfaktorn för ohälsa vi idag känner till bland äldre (tabell 35).

Tabell 35. Antal år förlorade i för tidig död och funktionsnedsättning (tusentals DALYs) för äldre som kan tillskrivas sex viktiga riskfaktorer. Äldre över 64 år i Sverige.

	Män		Kvinnor		Totalt över 64
	65-84	över 84 år	65-84	över 84 år	
Röker dagligen	15,9	1,5	8,6	0,5	26,5
Kolesterol >6,2 mmol/l	0,1	0,0	0,6	0,1	0,8
Blodtryck >160/95 mmHg	11,2	0,8	12,0	3,6	27,6
Fetma (BMI>30)	5,7	1,0	8,8	2,7	18,2
Fysisk inaktivitet	12,2	3,5	18,2	9,2	43,1
Social isolering	0,8	0,1	1,6	0,3	2,8

Källa: Folkhälsoinstitutet: Liv till åren. 1998.

Sammantaget motsvarar de sex riskfaktorerna 11,9% av sjukdomsördan bland äldre. Det gäller dock riskfaktorer bland de som redan är äldre och mycket ohälsa bland äldre beror på riskfaktorer tidigare i livet.

5 Samhällsutveckling och hälsoutveckling - trender och mekanismer

Den vikande efterfrågan på lågutbildad arbetskraft

En grundläggande förändring i det svenska samhället under de senaste decennierna är att efterfrågan på lågutbildad arbetskraft har minskat drastiskt. Detta har vi gemensamt med andra europeiska samhällen. Mycket av det som sker på arbetsmarknaden och som samhället försöker möta med olika politiska insatser har sin utgångspunkt i denna förändring. Tabell 36 nedan illustrerar detta och visar också att utvecklingen har gått snabbare i Stockholms län än i övriga landet. I Stockholms län har skillnaden i andel lågutbildade personer bland sysselsatta jämfört med ej sysselsatta ökat från ca 12% 1975-76 till 36% 1995-96.

Tabell 36. Andel (procent) av befolkningen 25-64 år, i arbete respektive utan arbete, som har yrken med under 3 års utbildningskrav (motsvarande arbetare inklusive kortutbildade företagare samt lägre tjänstemän).

	Stockholms län		Övriga landet	
	% av sysselsatta	% av ej sysselsatta	% av sysselsatta	% av ej sysselsatta
1975-76	65,1	76,9	75,2	83,3
1985-86	58,2	84,2	68,7	85,9
1995-96	50,1	86,8	64,7	86,2

Källa: ULF.

Vi ser här att under de senaste 20 åren har arbetstillfällena som kräver kort yrkesutbildning minskat med nästan en fjärdedel i Stockholms län och något mindre i övriga landet. Sam-

tidigt ser vi att de som står utanför arbetsmarknaden inklusive arbetslösa, förtidspensionärer m fl relativt sett har allt sämre yrkesutbildning. I Stockholms län har 50% av de som har jobb en kort utbildning medan detsamma gäller för 87% av de som står utanför arbetsmarknaden. De lågutbildades arbetskraft är med andra ord allt mindre efterfrågad.

För kvinnornas del har utvecklingen gått ännu snabbare. Andelen sysselsatta med låg utbildning har minskat från 77% till 51% medan andelen av de som står utanför är lika männens. Lågutbildade invandrare har lämnat arbetsmarknaden i ännu snabbare takt.

Samtidigt som utbildningkraven har ökat har kraven och belastningen på många arbetsplatser stigit på ett sätt som är problematiskt inte minst för de som har nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl.

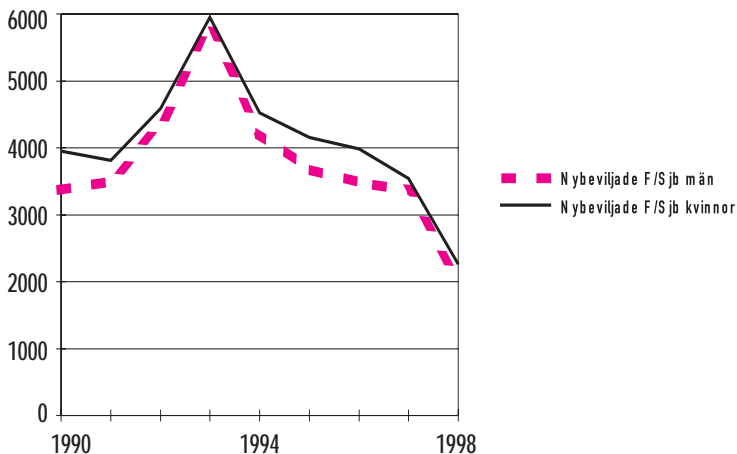
Tabell 37 illustrerar trender vad gäller sysselsättning och fysisk arbetsmiljö bland de som har långvarig sjukdom med någon nedsättning av arbetsförmågan och de som har normal arbetsförmåga. Man ser här att sysselsättningen, när den var som högst i slutet på 1980-talet, även var mycket hög bland de sjuka. Därefter har sysselsättningen minskat drastiskt. Andelen sjuka som står utanför arbetslivet har ökat med 13-15 procentenheter vilket är mycket mer än ökningen bland friska (4-9 procentenheter). Bland de som är kvar i arbete är det en ökad andel kvinnor som upplever arbetet fysiskt belastande från 1975-78 till 1992-96.

Tabell 37. Andel ej sysselsatta och andel av de sysselsatta med fysisk belastning i arbetet. 20-64 år med och utan långvarig sjukdom med någon nedsatt arbetsförmåga. Stockholms län 1975-96.

	Kvinnor		Män	
	Ej långvarigt sjuka	Långvarigt sjuka	Ej långvarigt sjuka	Långvarigt sjuka
Ej i arbete				
1975-78	17,9	29,6	4,2	16,2
1983-87	6,6	15,6	5,9	12,3
1992-96	15,9	28,7	10,1	27,3
Fysisk belastning				
1975-78	26,7	38,5	30,8	51,5
1983-87	34,1	47,3	33,4	50,5
1992-96	30,9	48,1	31,6	51,0

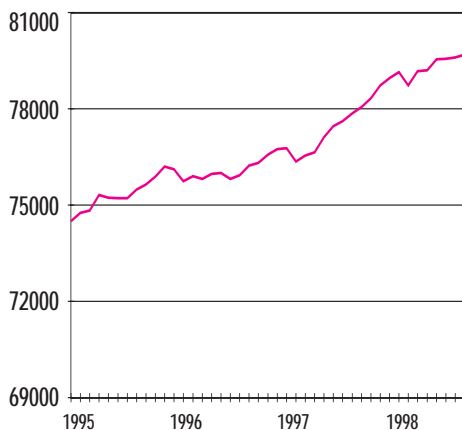
Källa: ULF.

Vi kan också konstatera att människor med dålig hälsa upplever sin arbetsmiljö som mer påfrestande än andra, vilket kanske inte är överraskande. Det visar dock att möjligheterna för sjuka att få lättare jobb är mycket begränsade. De växande arbetskraven och den hårdnande konkurrensen om jobben skapar ett ökande tryck på sjukförsäkringen, även om sjukligheten i befolkningen är oförändrad. Risken att förtidspensioneras har trendmässigt stigit i flera decennier och fortsatt att stiga under början av 1990-talet. 1990 beviljades 7300 personer i länet förtidspension eller sjukbidrag. 1993 hade siffran stigit till 11800. 1998 har siffran dock sjunkit till ca 4000 (figur 25). Så få har inte beviljats förtidspension sedan 1970-talet. Sjukfrånvaro och förtidspensionering är dock som förbundna kärl. Samtidigt som förtidspensionerna minskat har antalet långa sjukskrivningsfall ökat ännu mer. Det totala antalet personer i länet med antingen sjukfall som pågått längre än ett år eller med förtidspension/sjukbidrag har fortsatt att stiga i stort sett obehindrat trots de mer restriktiva regler för förtidspension som infördes under andra hälften av 1990-talet (figur 26).



Figur 25. Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag för män och kvinnor januari 1995-juli 1998 i årsmedeltal.

Källa: Försäkringskassan i Stockholms län.



Figur 26. Dagar med utbetald ersättning för sjukfall längre än ett år samt förtidspension och sjukbidrag januari 1995-maj 1998.

Källa: Försäkringskassan i Stockholms län.

Välfärdspolitiken och den sociala miljön

Att efterfrågan på oerfaren, lågutbildad och sjuk arbetskraft sjunker är inget specifikt för Sverige. Alla rika länder har i flera decennier sökt möta denna utveckling, dock med flera olika medel:

- Att *minska priset* på oerfaren och lågutbildad arbetskraft genom avregleringar av arbetsmarknaden, sänkta minimilöner etc. Mest tydligt har detta skett i USA och Storbritannien. En sådan politik betyder att flera ofta tillfälliga jobb skapas, samtidigt som lönespridningen ökar och antalet som lever i relativ fattigdom blir fler. Detta har i sin tur ofta ökat segregationen i storstäderna.
- Att *minska utbudet* av arbetskraft genom omfattande förtidspensioneringar av äldre och sjuk arbetskraft, återhållsam ökning av kvinnors inträde på arbetsmarknaden, restriktiv invandring mm. Tyskland och Frankrike är typiska exempel på länder där en sådan politik har dominerat. Som vi såg i tabell 37 sker detsamma till viss del i Sverige. Det skapar en växande andel av befolkningen som inte integreras i samhället via arbetet och ökar kraven på produktivitet och löner bland de som ska försörja resten.
- Att *öka efterfrågan* på arbetskraft genom expansion av offentlig service inom sjukvård, äldreomsorg, barnomsorg mm. Särskilt har detta skapat jobb för kvinnor, vilket i sin tur har ökat efterfrågan på arbetskraft för att passa de förvärvsarbetande kvinnornas barn mm. Sverige och Danmark är de länder som har gått längst på denna väg och skapat en sysselsättningsnivå på omkring 80% för kvinnor dvs samma som råder för män. Hög sysselsättning skapar (så länge den faktiskt är hög) förutsättningar för generella välfärdssystem och höga transfereringar och därmed bl a minskad inkomstspridning och ökad integration.

Det faktum att den svenska arbetsmarknadspolitiken inte förmått hantera den höga arbetslösheten som uppkom i början av 1990-talet har skapat en diskussion kring behovet av reformer på detta område.

- Att *öka värdet* på arbetskraften genom utbildning, hälsovård och rehabilitering. Många länder, inklusive Sverige och Storbritannien, har valt att göra denna typ av satsningar.

Att det förs olika politik på arbetsmarknaden får konsekvenser för samhällets struktur, graden av integration och segregation samt lönespridningen. Därmed påverkas det sociala, ideologiska och politiska "kittet" som håller samman vårt samhälle. Detta syns inte bara i samhället i helhet, utan blir särskilt tydligt i de segregerade storstäderna. Det viktiga i vårt perspektiv är att det vi kan kalla samhällets sociala kontext påverkar hälsoutvecklingen.

Hälsoeffekter av den sociala miljön

Ett stort antal aktuella studier har således tagit upp frågan om ett möjligt samband mellan inkomstfördelning och folkhälsa i samhället. Ett flertal analyser som har jämfört OECD-länder och delstater inom USA har funnit belägg för ett sådant samband där stor inkomstspridning är en riskfaktor för ohälsa jämfört med låg inkomstspridning. Flera nyligen publicerade studier som jämfört stadsdelar i USAs storstäder pekar på att effekten av att leva i ett lokalsamhälle med stora inkomstklyftor är mycket stark och motsvarar den samlade dödligheten i lungcancer, diabetes, trafikolyckor, AIDS, självmord och mord. Nivån och variationerna i inkomstfördelning är dock mycket större i USA än i Sverige. Storstadsutredningen konstaterade att inkomstklyftorna i de svenska

storstäderna har ökat avsevärt under senare år och därmed har frågeställningen ökad relevans även i svenska storstäder. Flera möjliga tolkningar till denna typ av fynd har förts fram:

- Inkomstspridning i ett samhälle påverkar andelen som tillhör de relativt fattiga (exempelvis definierat som inkomst under 50% av medianinkomsten). Om relativ fattigdom är en riskfaktor på individnivå kommer samhällen med stor inkomstspridning att ha en högre andel exponerade för relativ fattigdom och därmed, allt annat lika, en högre dödlighet. Man brukar då tala om *kompositionell effekt*.
- Inkomstspridning kan också tänkas påverka (och påverkas av) samhällets sociala sammanhållning, investering i och utformning av allmän välfärdspolitik etc. Därmed skapas eller hindras en social miljö som kan vara en bidragande sjukdomsorsak för både rik och fattig. Man brukar då tala om *kontextuell effekt*.

Även individbaserade studier från USA och England har visat att ett bostadsområdes eller lokalsamhälles medelinkomst kan påverka dödlighetsrisken utöver individens egen inkomst. I Skottland har nyligen uppmätts i det närmaste dubbelt så höga åldersstandardiserade dödstal hos män i de bostadsområden med lägst inkomster, hög arbetslöshet och andra tecken på hög socioekonomisk deprivation, jämfört med områden med minst socioekonomisk deprivation. Även hjärt-kärlsjuklighet uppvisade signifikant samband med graden av områdesdeprivation hos både män och kvinnor, efter att hänsyn tagits till individuell social position.

I Storbritannien har man i ett flertal studier av invånarnas hälsovanor påvisat stora skillnader mellan olika bostadsområden. De fattigare områdena uppvisade högre andel rökare och överviktiga, sämre matvanor och mindre fysiskt aktiva sedan man tagit hänsyn till individuella egenskaper som kön,

ålder och social position. I dessa områden fanns dessutom en betydligt sämre tillgång till nyttig prisvärd mat samt sport- och rekreationsanläggningar. Flera studier från Finland och Danmark har visat att det just är den lokala miljön och skolan som är avgörande för ungdomars hälsobeteende vad gäller tobak och alkohol.

Det finns således ett betydande stöd för en hälsoeffekt av samhällets inkomstnivå och inkomstfördelning. Det är dock oklart hur denna effekt förmedlas. En del studier talar för att samhällen med stora inkomstklyftor också uppvisar svaga folkrörelser och institutioner. Andra har framförallt pekat på betydelsen av social sammanhållning och tillit som viktiga förmedlande faktorer. I vilket fall är det troligen så att den sociala miljön ofta samverkar med mera individuella riskfaktorer så att den ökar individens motståndskraft eller sårbarhet mot andra risker.

Högre tjänstemän kan bli 20 år äldre innan de når samma sjuklighet som arbetare

Hälsans fördelning har således en viktig geografisk dimension som handlar om segregationen i våra städer och hur den genererar ohälsa. Det handlar också om hur människor med olika yrken och inkomster har olika hälsorisker. Som vi visat i tidigare avsnitt finns det stora sociala skillnader i många sjukdomar. Hälsans sociala fördelning utvecklas något olika för olika sjukdomar men förekomsten av någon långvarig sjukdom uppvisar ett ganska konstant social mönster (tabell 38).

Tabell 38. Andel (procent) med långvarig sjukdom med någon nedsättning av arbetsförmågan. Stockholms län 25-64 år (åldersstandardiserat) 1975-96.

	Kvinnor		
	Högre tjm	Lägre tjm	Arbetare
1975-78	16,7	15,8	26,4
1983-87	13,1	17,4	24,0
1992-96	10,8	13,7	22,8

	Män		
	Högre tjm	Lägre tjm	Arbetare
1975-78	7,0	15,3	24,6
1983-87	9,8	14,3	24,6
1992-96	9,6	16,0	22,5

Källa: ULF.

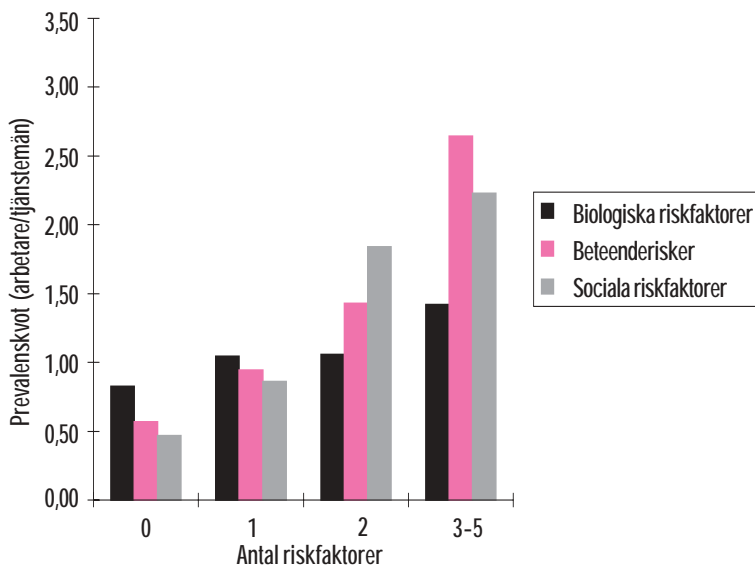
Medan de sociala skillnaderna för männen tycks ha minskat något i länet tenderar de att öka för kvinnorna. De sociala klyftorna är också större i länet än i övriga riket. Andelen med långvarig sjukdom ökar med åldern, men medan det bland högre tjänstemän finns 30% sjuka först i 70 årsåldern, finns denna nivå för arbetarna redan vid 50 år. Tjänstemännen kan således bli 20 år äldre innan de uppnår samma sjuklighet som arbetarna.

Den socialt betingade anhopningen av sjukdomsorsaker

Vi har tidigare sett hur flera viktiga riskfaktorer är relaterade till social position. Det medför att individerna i vissa grupper oftare är utsatta för många riskfaktorer samtidigt. De allra flesta sjukdomar har inte bara en enda orsak utan förutsätter en samverkan mellan flera olika orsaker. Den som är exponerad för många riskfaktorer har därför större risk att drabbas. Ischemisk hjärtsjukdom har exempelvis en sådan multikausal bakgrund och frågan är om den sociala skill-

naden i sjukdomsrisk också motsvaras av en likartad social fördelning av exponering för många riskfaktorer.

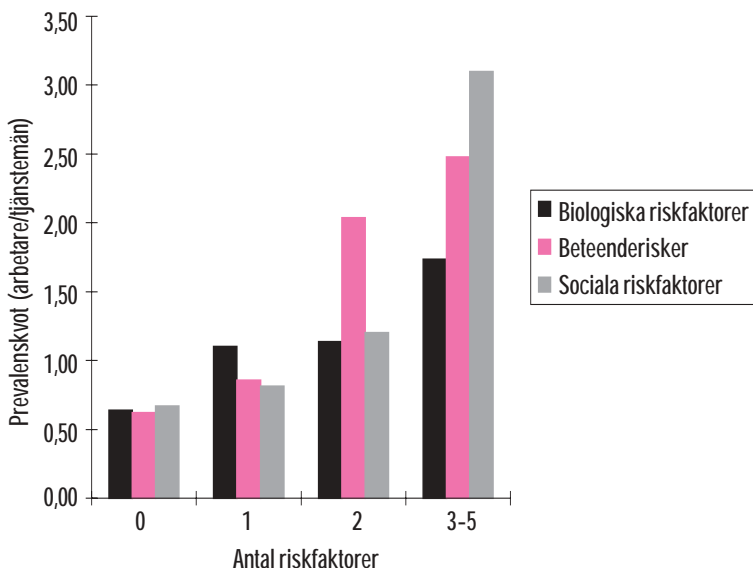
Resultat från Stockholms hjärtepidemiologiska program (SHEEP) ska här få illustrera förhållandet. Beräkningarna utgår ifrån ett slumpmässigt urval av 45-70 åringar dvs referenterna i SHEEP-studien. Sammanlagt 15 riskfaktorer redovisas uppdelade i biologiska riskfaktorer, beteenderisker och sociala riskfaktorer. De flesta, förutom hög alkoholkonsumtion där sambandet är mer komplicerat, ingår sannolikt i hjärtinfarktens orsaksmönster och många är också riskfaktorer till andra viktiga hälsoproblem. De fem biologiska riskfaktorerna är förhöjda blodfettsnivåer i blodet (kolesterol respektive triglycerider), högt blodtryck och två faktorer som påverkar bildningen av blodproppar (fibrinogen och plasminogenaktivatorinhibitor). Beteenderiskerna är daglig rökning, fysisk inaktivitet, övervikt, ett högt alkoholintag samt en hög andel av energiintaget från fet mat. De sociala riskerna är job strain, dvs en kombination av höga krav och lågt beslutsutrymme i arbetsmiljön, ett dåligt socialt nätverk, aktuell arbetslöshet eller oro för att bli uppsagd, en upplevelse av att inte ha kontroll över livssituationen samt boende i ett område med större problem och sämre materiella och sociala resurser.



Figur 27. Sociala skillnader i exponering för många riskfaktorer uppdelade på biologiska, beteendemässiga och sociala. Män mellan 45 och 70 år i Stockholm 1992-1994. Om prevalenskvoten >1 betyder det att en större andel bland arbetarna än bland tjänstemännen är utsatta för detta antal riskfaktorer. Jämförelse av arbetare med tjänstemän på hög eller mellannivå. Ålderstandardiserat. N=1118.

Figur 27 visar att det är vanligare bland manliga tjänstemän att inte vara utsatt för någon av riskfaktorerna. Mönstret är likartat för såväl biologiska, beteendemässiga som sociala riskfaktorer även om det är något mindre uttalat för de biologiska faktorerna. Prevalenskvoten för 3-5 riskfaktorer är 1,4 för de biologiska riskfaktorerna, 2,7 för beteenderiskerna och 2,2 för de sociala faktorerna, dvs andelen multiexponerade är 40 till 170% större bland arbetarna. Det är ovanligare att vara exponerad för många faktorer än för ingen eller bara någon enstaka. Andelen arbetare som faller i kategorin 3-5 riskfaktorer är dock omkring 15% oberoende av typ av riskfaktorer.

Figur 28 visar att förhållandena bland kvinnor är likartade med en ännu tydligare social gradient. Prevalenskvoten för 3-5 riskfaktorer är 1,7 för de biologiska riskfaktorerna, 2,5 för beteenderiskena och 3,1 för de sociala faktorerna, dvs andelen multiexponerade är 70 till 210% större bland de kvinnliga arbetarna. Bland arbetarna är andelen exponerade för 3-5 riskfaktorer 18%, 12% respektive 20% beroende på typ.



Figur 28. Sociala skillnader i exponering för många riskfaktorer uppdelade på biologiska, beteendemässiga och sociala. Kvinnor mellan 45 och 70 år i Stockholm 1992-1994. Om prevalenskvoten >1 betyder det att en större andel bland arbetarna än bland tjänstemännen är utsatta för detta antal riskfaktorer. Jämförelsen gäller arbetare med tjänstemän på hög eller mellannivå. Ålder-standardiserat. N=450.

Den socialt betingade sårbarheten

De flesta sjukdomar tycks ha ett flertal orsaker som varken är nödvändiga eller på egen hand tillräckliga. Exempelvis har alla som får lungcancer inte rökt och alla som röker får inte lungcancer. Det betyder att de flesta orsaker bara blir verk-samma i närvaro av andra orsaksfaktorer. En enkel orsaksmodell är att när man trycker på en strömbrytare så tänds ljuset. Men det sker inte om det saknas ström i ledningen, t ex på grund av att en propp har gått eller därför att elräkningen inte betalats. Systemet är bara sårbart (eller mottagligt) för trycket på strömbrytaren om de andra faktorerna är närvarande. På samma sätt är det med sjukdomar. De som har varit utsatta för asbest är t ex mer sårbara för tobaksrökningens cancerogena effekter.

En vanlig uppfattning är att ökad sårbarhet likställs med nedsatt immunitet eller andra biologiska förhållanden i människokroppen. Det är dock en helt onödig begränsning som inte är fruktbar då man vill försöka förstå samspelet mellan sociala, psykologiska och biologiska mekanismer bakom uppkomsten av sjukdom. Man kan mycket väl definiera sårbarhet som en relation mellan riskfaktorer i den yttre miljön precis som i exemplet med asbest och rökning. Begreppet "generell sårbarhet" har tidigare också använts för att förklara det förbryllande faktum att de flesta sjukdomar, fast de har helt olika uppkomstmekanismer, visar samma sociala mönster. Den forskningstraditionen syftade dock inte till att försöka klarlägga olika specifika sårbarhetsmekanismer utan mest till att identifiera den särskilda orsaken till den generella sårbarheten i termer av stressreaktioner utlösta av bristfällig social integration, svagt socialt nätverk och dåligt socialt stöd.

Har då sårbarhet någon betydelse för förståelsen av vad som orsakar de sociala skillnaderna i ohälsa? Hjärtinfarkt-sjukdom får tjäna som exempel för resonemanget. Risken att drabbas av hjärtinfarkt är stor och socialt snedfördelad (se avsnitt 2.2.2). Det finns också en tjuugoårig forskningstradition som försökt förstå orsakerna bakom dessa sociala skillnader genom att studera skillnader i exponering för olika riskfaktorer mellan olika sociala skikt. Frågan har varit om de sociala skillnaderna i sjukdomsrisk förklaras av att arbetargruppen röker mer, äter sämre, har högre blodtryck, motionerar mindre, har sämre psykosocial arbetsmiljö etc. Upprepade studier har dock visat att dessa faktorer i de flesta fall inte förklarar mer än cirka hälften av den sociala skillnaden i hjärtinfarkt-risk. Man har också haft föreställningen att skillnaden förklaras av en mängd olika, socialt snedfördelade riskfaktorer vars effekter adderar sig till varandra så att till slut hela skillnaden förklaras. Den bakomliggande orsaksmodellen är att socioekonomisk grupptillhörighet påverkar i vilken grad individen exponeras för olika riskfaktorer och den preventiva strategin blir helt följdriktigt att bryta sådana orsakskedjor.

Introduktionen av sårbarhetsmekanismer öppnar nya perspektiv. Om rökning medför större hjärtinfarkt-risk bland arbetare - precis som rökning medför större luncancerrisk bland asbestexponerade - så blir det en viktig fråga att kartlägga orsakerna till denna ökade sårbarhet för rökning. Det skulle kunna öppna nya preventiva möjligheter och det kan mycket väl vara så att sociala skillnader i sjukdomsrisk också förklaras av riskfaktorer som inte är socialt snedfördelade. Om man t ex bryter strömmen för alla så spelar det ingen roll hur många gånger man i olika grupper trycker på strömbrytaren, ljuset går ändå inte på. Det betyder också att en stor del av skillnaden skulle kunna elimineras via påverkan av en enskilda orsak och att det kan finnas flera sådana orsaker. Det

är inte nödvändigtvis en fråga om att metodiskt angripa alla tänkbara orsaker utan det kan finnas ett val mellan olika handlingsalternativ.

Tabell 39. Den procentandel av arbetares överrisk för icke-dödlig hjärtinfarkt jämfört med tjänstemän på hög- och mellannivå som förklaras av riskfaktorerna rökning, högt blodtryck, förhöjda kolesterolnivåer, fetma, fysisk inaktivitet och "job strain" via antingen en orsakskedja eller ökad sårbarhet. Män och kvinnor 45-70 år i Stockholms län 1992-1994.

	Män: Andel (%) av den sociala skillnaden i risk som skulle försvinna om		Kvinnor: Andel (%) av den sociala skillnaden i risk som skulle försvinna om	
	Lika många i bägge grupperna var exponerade	Bägge grupperna var lika sårbara för riskfaktorn	Lika många i bägge grupperna var exponerade	Bägge grupperna var lika sårbara för riskfaktor
Rökning	20	75	15	75
Högt blodtryck	0	öka med 15	5	öka med 20
Högt kolesterol	10	5	15	35
Fetma	15	15	15	öka med 10
Fysisk inaktivitet	10	20	15	0
'Job strain'*	0	30		

* Kombinationen av höga krav och låg kontroll bland män 45-64 år som arbetar.

I avsnitt 2.2.2 redovisades att många, särskilt inom arbetaryrken, är utsatta för flera olika riskfaktorer samtidigt vilket betyder att förutsättningar finns för samverkan mellan riskfaktorer i olika sårbarhetsmekanismer. Kunskapen om vilka orsakskedjor och sårbarhetsmekanismer som spelar en roll för de sociala skillnaderna i hjärtinfarkt och andra sjukdomar är emellertid ännu mycket ofullständig liksom frågan om hur stor deras relativa betydelse är. Inom SHEEP pågår sådana analyser varav bara vissa har publicerats. Tabell 39

sammanfattar ännu så länge relativt preliminära resultat. Den relativa risk för hjärtinfarkt bland arbetare (facklärd och icke facklärd) jämfört med tjänstemän på hög eller mellan-nivå som ska förklaras är 1,72 för män och 2,08 för kvinnor. Resultaten antyder att skillnader i exponeringsförekomst för de redovisade riskfaktorerna var och en bara förklarar en liten del av arbetarnas överrisk. Vad gäller skillnader i sårbarhet är det framför allt tobaksrökning som faller ut. Om arbetargruppens ökade sårbarhet kunde elimineras så skulle det ha större betydelse för den sociala skillnaden i sjukdoms-risk än om man enbart påverkar den högre förekomsten av rökare i gruppen. Kolesterol bland kvinnor och "job strain" bland män tycks också vara delaktiga i betydelsefulla sårbarhetsmekanismer.

Fortsatta analyser inom SHEEP ska även omfatta riskfaktorer relaterade till fostertiden och ett livsförloppsperspektiv samt till materiella och kulturella faktorer i människors sociala kontext. Inom båda dessa områden finns en rad mycket intressanta sårbarhetshypoteser.

Ett exempel på socialpolitikens betydelse

Vi pekade tidigare på att olika länder inför ganska likartade förändringar i näringslivet ändå för en välfärdspolitik som är ganska olika inte minst ur kvinnors perspektiv. Det är rimligt att föreställa sig att sådana olikheter skapar olika social miljö och olika exponeringsförhållande för människor i olika sociala positioner. Som ett exempel ska vi här illustrera situationen för ensamstående mödrar i Sverige och England. Tabell 40 illustrerar data från svenska och engelska levnads-nivåundersökningar 1992-95.

Tabell 40. Långvarig sjukdom och fattigdom för mödrar i åldern 25-44 år i Storbritannien och Sverige 1988-95. Åldersstandardiserade procentandelar. Personer som inte tillhör arbetskraften pga sjukdom är exkluderade.

	Storbritannien		Sverige	
	Ensam- stående	Samman- boende	Ensam- stående	Samman- boende
% långvarigt sjuka	16,6	11,2	18,8	13,2
% fattiga enl EU's definition*	62,1	14,1	10,1	7,2
% långvarigt sjuka bland fattiga	19,1	16,2	21,5	16,2
% långvarigt sjuka bland ej fattiga	12,7	10,5	18,6	13,0
Differens	6,4	5,7	2,9	3,2

* Disponibel hushållsinkomst under 50% av medianinkomst.

Källa: ULF/GHS.

Vi ser här att de absoluta skillnaderna i andelen med långvarig sjukdom bland ensamstående och sammanboende mödrar är ganska jämförbara i de två länderna. Nivån tenderar att ligga lite högre i Sverige, vilket möjligen kan ha med smärre skillnader i frågeförmulären att göra. Likheterna är anmärkningsvärda med tanke på att andelen fattiga skiljer sig avsevärt. Bristen på arbetsmöjligheter till följd av obefintlig tillgång till billig barnomsorg och låga ersättningsnormer i socialförsäkringen skapar en utbredd fattigdom bland ensamstående mödrar i England både jämfört med mödrar i Sverige och med sammanboende mödrar i England. Man kan dessutom konstatera att den absoluta effekten av fattigdom på långvarig sjukdom är endast hälften så stor i Sverige som i England. På samma sätt som i tabell 40 ovan kan man nu beräkna att i Sverige är det endast 2% av överrisken bland ensamstående mödrar som beror på fattigdom. I Storbritan-

nien däremot, är det 57% av överrisken som beror på fattigdom. Orsaken är dels att exponeringsnivåerna är så olika för ensamstående och sammanboende mödrar och dels att hälsoeffekten av, eller med andra ord sårbarheten för, fattigdom är större i det engelska samhället. Det faktum att en del inte arbetar pga av sjukdom och därför är fattiga har vi i detta exempel sökt ta hänsyn till genom att exkludera de långvarigt sjuka som står utanför arbetskraften.

Bostadsområdet som skydds- eller riskfaktor?

De som bäst behöver en bra bostadsmiljö har inte det

Det faktum att sjuklighet och dödlighet varierar kraftigt mellan bostadsområdet i länet beror delvis på att människor med dålig ekonomi och dålig hälsa inte har samma ekonomiska valmöjligheter att välja det boendet de bäst behöver som andra. Arbetsmarknaden fungerar till viss del så att människor med dålig hälsa omplaceras till lättare arbete eller får möjlighet att helt upphöra med förvärvsarbete (jfr tabell 37). Bostadsmarknaden däremot fungerar så att människor med dålig hälsa och som är socialt utsatta på olika sätt ofta tvingas bo i de områden som har de sämsta resurserna vad gäller stöd, nätverk och institutioner. De exponeras således dubbelt – både för individuella faktorer av typ arbetslöshet och ekonomiska svårigheter och dessutom en bristfällig miljö. Detta betyder att om det är så att bostadsmiljön har betydelse som sjukdomsorsak så samverkar den med all sannolikhet med olika individuella sjukdomsorsaker. Studier från Oslo av psykisk sjukdom har visat att människor med svag förankring i samhällslivet vad gäller arbete, föreningsliv etc tenderar att bo i storstadens ytterområden med bristfällig

social och kommersiell service, små fritidsmöjligheter och bristfällig social integration. Just denna sårbara grupp bor således i de områden som är sämst på att kompensera denna sårbarhet. Istället ser man att boendets effekter på psykisk hälsa är påtaglig bland de dåligt förankrade gruppen, medan de som är väl förankrade tycks påverkas föga av boendemiljön i varje fall vad gäller deras psykiska hälsa.

Frågan är hur det ser ut i dagens Stockholm. För att avgöra orsaksförhållande har tvärsnittsdata av det slag vi redovisade i kapitel 1 uppenbara brister. Analyser från Stockholms hjärtepidemiologiska program (SHEEP) kan dock illustrera boendemiljöns roll som orsak till hjärtinfarkt. Om det finns ett samband mellan bostadsmiljö och risken att få hjärtinfarkt första gången i livet är det sannolikt en effekt av miljön och inte tvärtom.

Vad är det i boendemiljön som har etiologisk betydelse?

Vi har ovan redovisat utländska studier som pekat på betydelsen av ekonomiska faktorer i termer av storstadsområdets inkomstnivå och inkomstfördelning. Många studier på området har använt sig av mera komplexa så kallade deprivationsindex för att bättre fånga olika socioekonomiska dimensioner i miljön. En statistisk analys (faktoranalys) på länets församlingar utkristalliserar tre ganska tydliga dimensioner efter vilka stadsdelarna kan grupperas (tabell 41).

Tabell 41. Socioekonomiska dimensioner för bostadsområden i Stockholms län.

Faktor 1:

- många lågutbildade 25-64år
- många i arbetaryrken
- många arbetslösa 18-24år
- få höginkomsttagare
- få i tjänstemannaryrken

Faktor 2:

- många ensamboende 45+ år
- många låginkomsttagare
- många inflyttade/utflyttade
- många ej i arbetskraften 45+ år
- många arbetslösa 25-64år
- få i bostadsrätt och småhus

Faktor 3:

- många invandrare
 - många socialbidragstagare
 - många ej i arbetskraften 15-44 år
 - många boende i allmännyttan
 - många ensamstående föräldrar
 - många olika nationaliteter
-

- Faktor 1 fångar upp stabila “svenska“ arbetarområden vars ungdomar har svårt att komma in på arbetsmarknaden.
- Faktor 2 fångar upp områden med hög omflyttning och utslagning från familj och arbetsmarknad hos medelålders och äldre befolkning.
- Faktor 3 fångar upp etniskt heterogena områden med stort bidragsberoende och många ensamstående föräldrar.

Grupperar vi församlingarna i länet efter den första dimensionen (grad av "arbetarområde") och studerar risken för förstagångsinfarkt finner vi en betydande överrisk (tabell 42). Rena glesbygd-församlingar ingår ej i analysen.

Tabell 42. Relativ risk att insjukna i hjärtinfarkt i områden grupperade efter grad av arbetarområde (Faktor 1 i tabell 41). Stockholms län 1992-94.

Områdets grad av arbetarområde	Andel av befolkningen 45-70 år (%)	Relativ risk justerat för ålder, kön och klinik	Relativ risk justerat för ålder, kön, klinik och socialgrupp
Liten	15	1	1
Mellan	69	1,3*	1,2
Hög	16	1,6*	1,4*

Källa: Resultat från SHEEP (Stockholms hjärtepidemiologiska program).

Om vi i en tvärsnittsanalys studerar sambandet mellan boendemiljö enligt den tredje faktorn (grad av etnisk heterogenitet och bidragsberoende) finner vi ett starkt samband med självskattad hälsa som dock är beroende av individens egen ekonomiska situation (tabell 43).

Tabell 43. Relativ risk för nedsatt hälsa i områden grupperade efter grad av etnisk heterogenitet och bidragsberoende (Faktor 3 i tabell 41) och efter individens ekonomiska svårigheter. "Ekonomisk kris" innebär att pengarna någon gång under året inte räckt till hyra eller mat. Justerat för ålder och kön. 20-64 år Stockholms län 1998.

Områdets grad av etnisk heterogenitet och bidragsberoende	Andel (%) av befolkningen	Ej ekonomisk kris	Ekonomisk kris
Liten	40	1	2,2*
Hög	20	1,04	4,5*

Källa: Folkhälsoenkäten 1998.

Man kan här konstatera att effekten av att bo i ett utsatt område endast återfinns bland de som haft ekonomisk kris. Detta talar för att området ökar sårbarheten för effekten av ekonomiska svårigheter på den självs kattade hälsan. Det motsvarar vad vi fann i exemplet om de ensamstående mödrarna i England och Sverige. Sambandet mellan hälsa och dessa områdes egenskaper är särskilt starkt för yngre under 45 år där förekomsten av dålig hälsa är förhöjd i de utsatta områden med 120% för kvinnor och 160% för män. Skillnaden beror delvis på att människor i olika sociala grupper bor på olika håll. Korrigerar man för detta på statistisk väg kvarstår dock sambanden i synnerhet för kvinnor där de är helt oförändrade.

Tabell 44 illustrerar att boende i utsatta stadsdelar är mera utsatta för ett flertal bidragande sjukdomsorsaker. Att befinna sig i ekonomisk kris, sakna kontantmarginal samt att ej känna sig rotad i bostadsområdet visar på stora signifikanta skillnader för såväl kvinnor som män. Arbetslöshet och att befinna sig utanför arbetsmarknaden är vanligare bland män i de mest utsatta områdena, liksom att ha varit utsatt för våld. Kvinnor i de mest utsatta områdena har i större utsträckning varit utsatta för hot om våld än kvinnor i de minst utsatta områdena. Rökning är vanligare bland både män och kvinnor i de mest utsatta områdena medan hög alkoholkonsumtion inte skiljer sig, vare sig bland män eller kvinnor. Män och kvinnor i de mest utsatta områdena motionerar mindre på fritiden, och övervikt är vanligare bland kvinnor i de mest utsatta områdena jämfört med de minst utsatta områdena. Anmärkningsvärt är att tillgång till socialt stöd inte skiljer sig. Segregationsproblematiken har inte i första hand med social isolering att göra. De sociala nätverken i utsatta områden kan vara nog så goda.

Tabell 44. Relativa risker för olika sjukdomsorsaker i mest etniskt heterogena och mest bidragsberoende områden i relation till minst etniskt heterogena och minst bidragsberoende områden.

	Män	Kvinnor
Röker dagligen	1,9*	1,8*
Hög alkoholkonsumtion	1,0	1,2
Motionerar ej på fritiden	1,6*	1,4*
Övervikt	1,3	1,8*
Saknar socialt stöd	1,2	1,1
Ekonomisk kris	2,1*	1,4*
Ej kontantmarginal	2,7*	2,4*
Arbetslös	2,2*	1,6
Ej rotad i området	1,9*	2,6*
Utsatt för våld	2,4*	0,8
Utsatt för hot om våld	1,9	2,1*
Suicidtankar	1,6	1,4

* Anger signifikant skillnad mellan områden.

Källa: Folkhälsoenkäten 1998.

Invandrare i invandrartäta områden

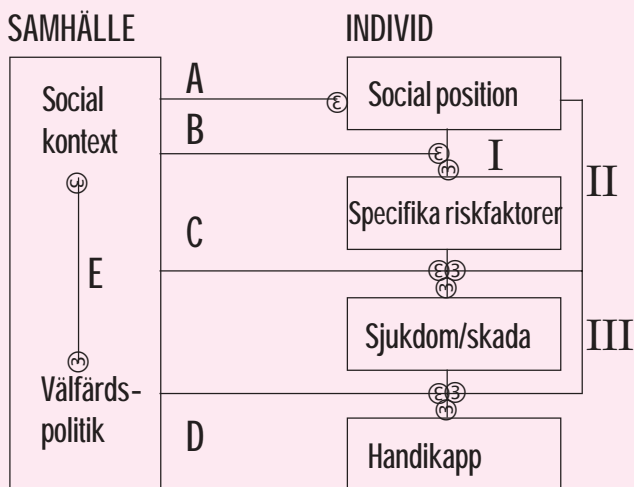
I folkhälsorapporten Migration till segregation, om barn med utländskt ursprung i Stockholm (CBU1997) finns en del resultat som dock talar för att segregationen för vissa grupper av ungdomar med föräldrar födda utanför Sverige kan ha både positiva och negativa effekter. Analyser har bl a gjorts av vårdutnyttjande för olika diagnoser bland ungdomar i fyra invandrardominerade områden (Spånga, norra Botkyrka, Grantorp, Ronna) där flertalet i åldern 15-18 år antingen själva är födda utomlands eller har utlandsfödda föräldrar. Analysen rör ungdomar vars mödrar är födda i Sverige, Finland, Turkiet eller Chile. Ungdomar vars mödrar kom från Turkiet boende i invandrardominerade områden hade lägre risk att vårdas i sluten vård pga våldsskada, än motsvarande ungdomar i övriga Stockholm. Ungdomar med svenska möd-

rar boende i invandrardominerade omåden hade högre risk att vårdas i slutna vård pga våldsskada än ungdomar med svenska mödrar i övriga Stockholm.

Bland ungdomar med svenska mödrar var självmordsförsök betydligt vanligare i invandrardominerade områden jämfört med övriga Stockholm; för ungdomar med finska och turkiska mödrar var förhållandet det omvända. Bland ungdomar med chilenska mödrar var självmordsförsök högt i båda typer av områden.

Hälsopolitik med jämlikhetsmål - en modell för analys av mekanismer och åtgärder

Utgångspunkten för en förståelse av orsaker till ohälsans sociala fördelning har oftast varit att söka efter de riskfaktorer där exponeringen är ojämnt fördelad mellan klasser och kön och som därför kan sägas 'förklara' en viss andel av överrisken i arbetaryrken etc. Denna typ av förhållanden där social position påverkar risken att vara exponerad för specifika riskfaktorer som i sin tur påverkar sjukdomen kan betecknas som en kausal kedja (illustrerat med pilen I i figur 1 nedan). Problemet är, att när man genomför en sådan statistisk justering, fångar man även effekten av det förhållande att vissa riskfaktorer interagerar med andra exponeringar knutna till individens sociala position dvs individens sociala position påverkar sårbarheten för vissa riskfaktorer (II). En given sjukdom eller skada har också olika sociala konsekvenser i termer av handikapp mycket beroende på individens sociala position på arbetsmarknaden (III).



Figur 1. Modell för effekter av välfärdspolitiken för ohälsans fördelning.

Den sociala miljön som representeras av samhällets struktur och kultur inklusive den välfärdspolitik som förs kan påverka detta mönster på fyra olika sätt (A-E). Den kan påverka den sociala stratifieringen i ett samhälle (A) och därmed påverkas även ohälsans fördelning. Den är också helt avgörande för vem som exponeras för vad dvs i vilken mån människor i vissa yrkespositioner utsätts för/skyddas mot olika riskfaktorer i arbetsmiljön, risk för arbetslöshet, ekonomisk stress etc (B). Det kan också vara så att den sociala kontexten påverkar sjukligheten direkt och i samverkan med olika specifika förhållanden av typ arbetslöshet, relativ fattigdom etc (C). Därutöver påverkar förhållanden på arbetsmarknaden och socialpolitikens utformning i hög grad vilka sociala konsekvenser en given sjukdom får i termer av handikapp (D). Slutligen påverkar givetvis politiken viktiga egenskaper i samhällets struktur och kultur och vice versa (E).

6 Summering och prioriteringar

6.1 Folkhälsan i Stockholms län under 1990-talet: Åtta viktiga resultat

Hälsoutvecklingen i länet under 1990-talet, så som den framställts i denna rapport, är i vissa avseenden anmärkningsvärd:

- “ **Sjukdomsbördan ändrar karaktär:** I takt med att dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar, cancer och skador minskar kraftigt blir några hälsoproblem med låg dödlighet av växande betydelse både i absoluta och relativa termer. Det gäller framförallt psykiska besvär, allergi och värktillstånd i rörelseorganen. När vi nu för första gången har tillgång till en modern sjukdomsbördemätning för Stockholms län kan vi konstatera att av dessa tre diagnosgrupper står psykisk ohälsa för en mycket stor del av sjukdomsbördan. Det finns indikationer på att både allergiska besvär och värktillstånd har fortsatt att öka under 1990-talet, liksom de gjorde under det föregående decenniet, medan den kraftiga ökningen av trötthet, nervösa besvär och sömnbesvär är ny under 1990-talet.
- “ **Klassmönstret består:** De sociala skillnaderna i sjuklighet och dödlighet är oförändrat mycket stora. En tjänsteman kan leva 20 år längre än en arbetare innan han drabbas av samma sjuklighet. Skillnaderna i förekomst av långvarig sjukdom har under 1990-talet minskat något bland män men ökat bland kvinnor.

- “ **Kvinnors sjukdomsbörda ökar jämfört med männens.** Den sjukdomsbördemätning vi har redovisat här gäller 1990-talets början. Då var sjukdomsbördan för män och kvinnor lika stor. Vi går mot en ändring av detta av två skäl. Dödlighet bland män minskar snabbare än bland kvinnor, samtidigt som sjukligheten ökar i två åkommor som är vanligare bland kvinnor – psykiska besvär och värk i rörelseorganen.
- “ **Skillnader mellan sjukvårdsområdena minskar:** Skillnaderna i hälsa och vårdbehov mellan sjukvårdsområdena i länet minskar men några få utsatta stadsdelar släpar allt mer efter. Det beror inte på generellt minskande sociala skillnader i hälsa utan på att befolkningen i några – men inte i alla områden – blir mer blandad. Unga och välutbildade flyttar exempelvis till de centrala stadsdelarna och därmed förändras befolkningssammansättningen i dessa, medan befolkningen i många förorter åldras. Skillnaderna i sjuklighet och dödlighet mellan kommuner och stadsdelar är dock alltjämt mycket stora. Samtidigt blir några förortsmiljöer allt mer utsatta.
- “ **20% av barnen växer upp i allt mer segregerade miljöer:** Den relativa fattigdomen i några utsatta stadsdelar ökar. En tredjedel av barnen i tidigare Västra och i Sydvästra sjukvårdsområdena växer upp i kvarter som är ekonomiskt mycket utsatta. Avståndet i relativ fattigdom mellan dessa områden och övriga länet har ökat under 1990-talet. Barnen får i dessa områdena från början allt sämre start i livet jämfört med andra barn i länet. Därmed fokuseras segregationens avgörande roll för barnens uppväxt, utbildning och psykiska hälsa. Det är ur detta perspektiv allvarligt att många insatser för barn med sär-

skilda behov i skola och förskola har dragits ner under senare år, särskilt i utsatta områden.

- “ **Mindre rökning men mer övervikt:** Våra levnadsvanor utvecklas både positivt och negativt. Den minskande tobaksrökningen är mycket positiv och är en viktig orsak bakom den sjunkande dödligheten i hjärtinfarkt och cancer. Andelen som motionerar regelbundet stiger långsamt. Bland äldre kvinnor, där motion har en stor preventiv betydelse, är det dock mindre än en tredjedel som tar en rask promenad i veckan. En negativ utveckling är indikationer på att en ökad andel dricker för mycket alkohol och att andelen överviktiga har ökat betydligt, inte minst bland unga. De sociala mönstren i levnadsvanor kvarstår till stor del vilket tyvärr kommer att vidmakthålla de sociala klyftorna i sjuklighet många år framöver.

- “ **Risikfaktorer samverkar och skapar ökad sårbarhet:** Det finns en kraftig anhopning av många biologiska, beteendemässiga och sociala riskfaktorer hos människor med arbetaryrken. Då alla sjukdomar och skador uppstår genom en samverkan mellan flera olika orsaker skapar det en ökad sårbarhet för varje enskild exponering. Effekten av en given riskfaktor som exempelvis rökning blir kraftigare om man samtidigt är exponerad för många andra riskfaktorer. Den ny kunskapen om mekanismerna bakom de sociala skillnader i hjärtinfarktsjukdomen visar att rökningen spelar en viktig roll inte bara därför att människor i arbetaryrken röker mer utan i ännu högre grad för att hälsoeffekten av denna rökning är mycket kraftigare än bland tjänstemännen.

“ **Bostadssegregationen ökar sårbarheten för sociala riskfaktorer:** Bostadsmiljön med sin sociala miljö och sina lokala institutioner har en viktig kompensatorisk och skyddande funktion för många människor som befinner sig i utsatta lägen, men de som mest behöver det tvingas ofta bo i områden där dessa kompensatoriska mekanismer är svaga och där den sociala miljön till och med förstärker effekten av social och ekonomisk stress. Resursallokering till de institutioner som kan motverka detta blir därför allt viktigare.

6.2 Bostadssegregationen och det lokala folkhälsoarbetet

Bostadssegregationen är viktig av tre skäl. Den skapar den lokala sociala miljön som utgör barns uppväxtmiljö i en kritisk period av livet, den ger förutsättningarna för verksamheten i förskolor, skola etc och den skapar basen för det lokala folkhälsoarbetet.

Segregationen i storstäderna handlar allt mer om skillnader mellan de som är etablerade på arbetsmarknaden - och därmed också i välfärdssystemet - och en “outsider-klasse”. Den senare gruppen utgörs av bl a ungdomar, invandrare, ensamma mammor, långtidssjukskrivna och personer med långvariga sociala och psykiska problem.

Hur skapas då ett segregerat samhälle? En första förklaringsmodell till segregation handlar om individens *möjligheter*. Det mest påtagliga exemplet är ekonomiska förutsättningar. Individer med olika ekonomiska förutsättningar bosätter sig i olika områden och olikheter i inkomst skapar då olikheter i boendemiljö. Den andra förklaringsmodellen ut-

går ifrån individens *preferenser* och bygger på antagandet om att "lika söker lika". Vi kan anta att vi har ett bostadsområde bestående av två olika befolkningskategorier, där inte båda grupperna samtidigt kan få sina preferenser om en viss fördelning mellan "vi" och "dem" tillgodosedda. Några personer kommer då att ge uttryck för sina preferenser genom att flytta. I och med att ett antal individer börjar flytta, så kommer andra individers preferenser att inte uppfyllas. När befolkningens sammansättning och behov förändras kan de offentliga verksamheterna få allt svårare att tillfredsställa behov och önskningsar inom exempelvis barnomsorg och skola. Det leder till att ännu fler flyttar ut och att området blir än mer homogent. En tredje förklaringsmodell är segregation genom *organisation*. Områden byggs ibland för att ta emot stora nya inflyttade grupper - från landsorten, till nya stora arbetsplatser etc. De kan också vara byggda för att attrahera särskilda grupper - barnfamiljer, äldre etc.

Segregation indelas vanligen i tre olika dimensioner - socioekonomisk, etnisk och demografisk segregation. Medan socioekonomisk segregation till största delen förklaras av individers begränsade möjligheter, så kan den etniska förklaras av såväl möjligheter som preferenser. Den etniska segregationen anses i grunden vara socioekonomisk då det är social och ekonomisk situation, och inte etniskt ursprung, som ger begränsade möjligheter. Människor är i denna bemärkelse marginaliserade därför att de står utanför arbetsmarknaden och har utförsäkrats ur socialförsäkringen, vilket i sin tur då begränsar deras möjlighet till val av boende och gör att dessa grupper hamnar i samma typ av områden.

En del av den etniska segregationen förklaras av preferenser, då individer med samma etniska ursprung ibland söker sig till varandra för samhörighet och en minskad risk för

diskriminering från majoritetssamhället. Det är osäkert om den etniska segregationen i den mån den bygger på preferenser har negativa hälsoeffekter. Om det ger individen ett ökat socialt nätverk, kan det innebära en skyddande effekt på hälsan. Det ska dock poängteras att den fördjupade segregation som vi idag ser endast till en liten del kan kompenseras av en sådan effekt. Människor som lever i de mest socialt och ekonomiskt utsatta områdena finns i allt lägre grad representerade på våra arbetsplatser. Arbetsplatsen är idag en av våra viktigaste mötesplatser och om segregation på bostadsmarkanden kombineras med segregationen på arbetsmarknaden ändrar problemet karaktär till ett djupare politisk och demokratiskt problem.

Den offentliga servicen får allt svårare att möta den ansamling av hjälpbehov som segregationen bidrar till och miljön för barnen utvecklas därav på ett negativt sätt. Det faktum att sjukligheten är hög i invandrartäta områden beror dock i hög grad på att den svenska minoriteten har en hög sjuklighet samtidigt som vissa invandragrupper också har en hög sjuklighet.

Åtgärder mot bostadssegregation har länge stått på den politiska dagordningen. Stadsplaneringen har sedan bruksorternas tid försökt åstadkomma en integration även i förorter. Att bygga samhällen med flera upplåtelseformer runt skolans upptagningsområde, affärscentra och annan offentlig service var länge en huvudstrategi för att åstadkomma integration. Två andra exempel på segregationshämmande åtgärder är bostadsbidrag och allmännyttans bostäder. Bostadsbidragen har medfört att låginkomsttagare fått bättre möjligheter att välja sitt boende. Allmännyttiga bostäder, såväl som andra upplåtelseformer, har varit insprängt i många stadsdelar och har bidragit till ökad integration. Båda instrumen-

ten blir dock allt mera trubbiga i och med att hyrorna blir allt mer marknadsanpassade från att ha varit bestämda enligt bruksvärdesprincipen och eftersom många allmännyttiga bostäder, framförallt i attraktiva områden, säljs ut.

6.3 Fyra prioriteringar för den framtida hälsopolitiken i Stockholms län

Med anledning av folkhälsans utveckling i Stockholms län under 1990-talet bör den framtida hälsopolitiken i länet överväga följande prioriteringar:

1. Det förebyggande arbetet mot psykisk och psykosomatisk ohälsa bör intensifieras och systematiseras. Stockholms läns landsting har en lång tradition av en lång rad väl utvecklade och, som det framgått av denna rapport, mycket framgångsrika förebyggande program mot flera stora folkhälsoproblem inklusive självmord. Det saknas dock ett samlad tvärssektoriellt grepp för att förebygga psykisk ohälsa i länet.

Dessa områden torde här vara särskilt viktiga:

“ **Stöd till barnfamiljer.** Sverige har en lång tradition där MVC, BVC, föräldrautbildning och föräldraförsäkring syftar till att skapa bra förutsättningar för föräldraskap och stöd till gravida kvinnor och unga familjer. Landstingets Barnrapport lyfte fram en lång rad åtgärder för bättre psykisk hälsa bland barn, bättre föräldrastöd under spädbarnstiden, allmän förskola från tre års ålder, hälsofrämjande arbetsorganisation i skolan, stöd till barn med särskilda behov inklusive koncentrationssvårigheter

samt till barn med läs- och skrivsvårigheter. En stor vetenskaplig granskning av insatser för ökad jämlikhet i hälsa som nyligen publicerats i Storbritannien ger också mycket hög prioritet till denna typ av åtgärder bl a med stöd i vad man bedömer som positiva erfarenheter från Sverige.

“ **Ökat inflytande över arbetssituationen.** Barnafödandet förskjuts allt mer till åldersintervallet 25-35 år och människors insatser i arbetslivet blir allt mer koncentrerat till åldersintervallet 25-55 år, dvs. just de åldrar då barnen ska växa upp. Samtidigt ökar både de psykiska kraven i arbetslivet och kraven på att föräldrarna ska arbeta fler timmar i veckan. Detta skapar dels växande konflikter mellan föräldraskap och arbetsliv, och ökar starkt behovet av att kunna påverka förutsättningarna för att leva upp till kraven i arbetet. Vi vet att bristande kontroll över arbetssituationen är viktig orsak till ohälsa och till ohälsans ojämlika fördelning och att betydelsen av detta ökar i takt med arbetskraven. I takt med ökande arbetskrav ökar också konkurrensen om arbetstillfällena och utslagningen från arbetsmarknaden av de som inte orkar med de växande kraven. Allt detta är processer som spelar en viktig roll för människors psykiska hälsa.

“ **Bostadsmiljön som skyddsfaktor eller sårbarhetsfaktor.** I takt med att inkomstklyftorna ökar i många länder har det vetenskapliga intresset för effekten av den sociala miljön och de mekanismer som verkar för ökad integration eller segregation blivit större. Flera studier talar för att betydelsen, både för psykisk och somatisk hälsa liksom för våld och kriminalitet, av dessa mekanismer är betydande.

de i varje fall internationellt. I Sverige är dessa effekter ännu relativt svaga men utvecklingen i vissa storstadsområden går i negativ riktning. Storstadskommittén (SOU 1998:25) betonade nyligen betydelsen av ett brett tvärsektorielt folkhälsoarbete i storstädernas utsatta stadsdelar där en lång rad specifika insatser för ökad sysselställning och medborgarinflytande framhölls.

2. Ett behovsindex för hälsopolitiken. Stockholms läns landsting har sedan flera år ett relativt avancerat system för resursallokering till sjukvården mellan olika sjukvårdsområden och betjäningssområden för psykiatri och primärvård. Däremot finns inget motsvarande system för att fördela de resurser som bedöms som särskilt viktiga för att förstärka de förebyggande och hälsofrämjande resurser som bostadsområdet erbjuder som exempelvis förskolor, skolor och fritidsresurser. En samordning och förstärkning av dessa och andra resurser i utsatta stadsdelar skulle kunna bidra till en minskning av den hälsomässiga segregationen i länet.

3. Förstärk insatser mot tobak, alkohol och fysisk inaktivitet. Verksamheter för att minska tobaksrökningen, alkoholmissbruket och den fysiska inaktiviteten är redan högt på prioriteringslistan i landstinget och många kommuner. Trots detta måste insatserna förstärkas då utvecklingen på flera områden går åt fel håll. Dessa riskfaktorer spelar en mycket stor roll för ohälsans sociala snedfördelning. Det gäller inte minst rökning som är socialt mycket snedfördelad och där människor i arbetaryrken har en ökad sårbarhet, dvs en given tobakskonsumtion har mycket större effekter på exempelvis hjärtinfarkttrisk bland arbetare jämfört med tjänstemän. Den hälsopedagogiska utbildningen av sjukvårdspersonal

kan förstärkas i takt att med att vår syn på tobak och nikotin förändras från ett traditionellt konsumentpolitiskt till ett mer drogpolitiskt synsätt på tobaken. Den mycket negativa utvecklingen när det gäller fysisk inaktivitet och övervikt bland barn och ungdomar bör föranleda ökade insatser. Dessa bör bl a främja barns och ungdomars möjligheter att på ett säkert sätt ta sig till skola och fritidssysselsättningar, på cykel eller till fots, samt ge förutsättningar för att barn och ungdom utvecklar bättre matvanor.

4. Utveckla verktyg för det lokala folkhälsoarbetet bl a lokala data och hälsokonsekvensbedömningar. Många av de för folkhälsan viktigaste åtgärderna sker inom andra sektorer än sjukvården. Samtidigt blir kraven allt större på att de förebyggande insatserna ska vara både kostnadseffektiva med avseende på medlen och jämlika med avseende på utfallet. Det ställer krav på bättre beslutsunderlag om förväntade hälsoeffekter av olika åtgärder. Tillgång till och analys av relevanta lokala data är viktigt i detta sammanhang. Både EUs ministerråd, den svenska Nationella Folkhälsokommittén samt de båda kommunförbunden har beslutat om ökade satsningar på hälsokonsekvensbedömningar av olika åtgärder även på kommunal och regional nivå. Flera viktiga epidemiologiska verktyg håller nu på att utvecklas för detta av forskargrupper i bl a Liverpool och Stockholm. Teknik har utvecklats för att skatta effekten både på hälsan totalt och att väga in fördelningsaspekter vad gäller både kön och socialklass. Ett av de viktigaste - sjukdomsbördemätningar finns nu tillgängligt, inte bara på global utan också på nationell och regional nivå. Inom EU-kommissionen, Landstingsförbundet och Folkhälsoinstitutet tas nu olika verktyg fram för hälsokonsekvensbedömningar och det finns därför an-

ledning för Stockholms läns landsting att stödja det lokala folkhälsoarbetet med att tillhandahålla denna typ av verktyg. Den samhällsmedicinska verksamheten har här unika möjligheter att bidra.

FAKTARUTOR

Folkhälsoenkäten

Många av de siffror som redovisas i rapporten har hämtats från resultat av en Folkhälsoenkät som gjordes av Skandinavisk Opinion AB (SKOP) på uppdrag av Socialmedicin och Yrkesmedicin, Stockholms läns landsting, under hösten 1998. Enkäten gick ut till ett slumpmässigt urval om 5 000 personer födda mellan 1912 och 1977 bosatta i Stockholms län. Svarsfrekvensen var 64%, fler kvinnor (68%) än män (59%), och fler bland äldre än bland yngre personer. Högst svarsfrekvens hade Nordvästra sjukvårdsområdet och Södertälje sjukvårdsområde (68% vardera), lägst Centrala Stockholms sjukvårdsområde (59%) samt Sydvästra (61%) och Västra Stockholms (61%) sjukvårdsområden. Av länets kommuner hade Salem den högsta svarsfrekvensen (82%) och Botkyrka och Vaxholm de lägsta svarsfrekvenserna (60%).

De nya sjukvårdsområdena

Genom en ihopslagning av de tidigare nio sjukvårdsområdena har sex stycken delvis nya områden bildats. För det första slås Norrtälje och Nordöstra ihop, för det andra så slås Västra och Centrala Stockholm samman med Östermalm, och slutligen slås Sydvästra och Södertälje ihop. De nya områdena får följande sammansättning:

Nordöstra SO	Danderyd, Lidingö, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker kommun.
Nordvästra SO	Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands Bro och Upplands Väsby kommun.
Norra Stockholm SO	Ekerö kommun samt Bromma- Västerled, Hässelby-Vällingby, Kista, Kungsholmen, Norrmalm, Rinkeby, Spånga-Tensta och Östermalm stadsdelsområde.
Södra Stockholm SO	Enskede-Årsta, Farsta, Katarina-ofia, Maria-Gamla Stan-Hornstull, Skarpnäck och Vantör stadsdelsområde.
Sydvästra SO	Botkyrka, Huddinge, Nykvarn, Salem, och Södertälje kommun samt Hägersten, Liljeholmen, Skärholmen, och Älvsjö stadsdelsområde.
Sydöstra SO	Haninge, Nacka, Nynäshamn, Tyresö och Värmdö kommun.

Referenser

- 1 Anderson RT, Sorlie P, Backlund E, Johnson N, Kaplan GA. Mortality effects of community socioeconomic status. *Epidemiology* 1996;8:42-47.
- 2 Backlund I, Diderichsen F, Peterson S. Sjukdomsördan i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns länsting, 1998. (Stencil)
- 3 Barnrapporten. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för Barn och Ungdomshälsa, 1998.
- 4 Befolkningsstatistik, del 1,3,4 1994-1997. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- 5 Biterman D. Boendesegregationsutveckling i Stockholms län 1970-90. Inregia 1994.
- 6 Brooks RG. Health status measurement. A perspective on change. Issues and developments. London: MacMillan, 1995.
- 7 Cancer i siffror 1961-1996. Stockholm: Socialstyrelsen, EpC.
- 8 Dalgard, Odd Steffen. Bomiljø og psykisk helse. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.
- 9 Engström K: Social ojämlikhet i risk för skada orsakad av våld. En kunskapsmanställning. Stockholm: Karolinska Institutet. (Stencil)
- 10 Folkhälsorapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen 1997 (1997:18).
- 11 Folkhälsorapport om hälsoutvecklingen i Stockholms län. Stockholm: SLL, Socialmedicin 1994.
- 12 Folkhälsorapport om hälsoutvecklingen i Stockholms län. Stockholm: SLL, Socialmedicin 1991.
- 13 Folkhälsorapport. En rapport om hälsoutvecklingen i Stockholms län. Stockholm: SLL, Socialmedicin 1987.
- 14 Hammar N et al. Hjärtinfarkt i Stockholms län 1980 - 1995. Stockholm: SLL, Epidemiologiska enheten, 1998.
- 15 Hjern A. Migration till segregation. Rapport nr 1998:1. Huddinge: SLL, Samhällsmedicin Syd, 1998.

- 16 Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 1997;38:21-37.
- 17 Informationsbladet nr 1, 1998. Smittskyddsenheten.
- 18 Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* 1997;87:1491-98.
- 19 Laflamme L. Social ojämlikhet i skaderisker. Samlad kunskap och strategier för framtiden. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1998 (1998:32).
- 20 Lynch J, Kaplan GA, Pamuck ER, Cohen RD, Heck KE, Balfour JL, Yen IH. Income Inequality and Mortality in Metropolitan Areas of the United States. *Am J Public Health* 1998;88:1074 -1080.
- 21 Macintyre S, Maciver S, Sooman A. Area, class and health: should we be focusing on places or people? *J Soc Pol* 1993;22:213-34.
- 22 McDowell I, Newell C. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press, 1996.
- 23 Murray C, Lopez A. The Global Burden of Disease. Boston: Harvard University Press, 1996.
- 24 Persson G, Carlsson S, Grill V, Östenson CG. Riskfaktorer för typ 2 diabetes. Baslinjestudie av medelålders män i Stockholm. Stockholms diabetespreventiva program. Stockholm: SLL, Epidemiologiska enheten, 1998.
- 25 Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. Sjukdomsbördan i Sverige. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, Stockholms läns landsting, Socialstyrelsen, 1999.
- 26 Rasmussen F, Johansson M, Olsson J. Dödlighet i Stockholms län år 1996. Stockholm: SLL, Epidemiologiska enheten, 1998.
- 27 Rasmussen F, Johansson M. Övervikt bland unga män i riket och Stockholms län. Stockholm: SLL, Epidemiologiska enheten, 1997.
- 28 Social rapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997 (1997:14).
- 29 SOU (1998:43). Hur skall Sverige må bättre? Delbetänkande från Nationella folkhälsokommittén. Stockholm: Socialdepartementet, 1998.
- 30 SOU (1997:118). Delade städer. Underlagsrapport från Storstadskommittén.

- 31 Statistisk årsbok för Stockholm, 1998. Stockholm: USK.
- 32 Stockholms läns kvinnohälsorapport, kap 13: Sexualitet, reproduktion, och kvinnors hälsa. Stockholm: SLL, Yrkesmedicinska enheten, 1998 (1998:14).
- 33 Storstockholms sociala geografi. Stockholm: SLL, Regionplane- och trafikkontoret, 1995. (Rapport 8)
- 34 Vingård E. Män och kvinnor har olika riskfaktorer för ländryggsbesvär visar MUSIC-studien. Incidensen nr 3/1998.
- 35 Årsstatistik för Stockholms läns landsting 1994 - 97. Stockholm: SLL, Regionplane- och trafikkontoret.

Begrepp, definitioner och förkortningar

BMI	“Body Mass Index” beräknas som kroppsvikten i kilo dividerat med kroppslängden i meter i kvadrat. Ett BMI mellan 25 och 30 anges här som måttlig övervikt och ett BMI över 30 som kraftig övervikt.
DALY	“Disability Adjusted Life Years” (funktionsjusterade levnadsår) är ett sammanfattande mått på sjukdomsburden i en befolkning, där man väger samman både sjukligheten och dödligheten till följd av olika sjukdomar i ett gemensamt mått.
EpC	Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen.
Epidemiologi	Läran om sjukdomars förekomst i befolkningen och en metod att studera sjukdomars orsaker.
Fattigdom	Fattigdom definieras, enligt EU:s definition, som en inkomst under 50% av medianinkomsten.
Fruktsamhetstal	Antal levande födda barn som 1.000 kvinnor skulle föda om ingen avled före 49 års ålder.
Glukos	Druvsocker.
Glukostolerans	Kroppens förmåga att reglera glukoshalten i blodet.
Incidens	Antal nya sjukdomsfall under en viss tidsperiod i en befolkning, relaterat till befolkningens sammanlagda tid med risk att insjukna.
Inregia	Institutet för regional analys.
Multikausalitet	Hänvisar till att varje insjuknande beror, inte bara av en utan av flera orsaker.

Oddskvot	Oddskvot är en skattning av den relativa risken (se nedan) i en population.
Ohälsotal	Antalet dagar per sjukpenningförsäkrad som utbetalats för sjukskrivning, arbetsskada, förtidspension/sjukbidrag och rehabilitering.
Prevalens	Anger hur stor del av en population som vid viss tidpunkt har en viss sjukdom.
Relativ risk	Med relativ risk avses kvoten mellan incidenstalen i två grupper. Ex: Om den relativa risken för en viss sjukdom i grupp A är 2,0 vid jämförelse med grupp B, så är risken att insjukna sjukdomen dubbelt så hög i grupp A som i grupp B.
SCB	Statistiska centralbyrån.
SLL	Stockholms läns landsting.
Social desintegrering	Med social desintegrering avses brist på gemenskap och samverkan i boendemiljön, betingad av förhållanden som bristande geografisk stabilitet i befolkningen, skev åldersfördelning och brist på kollektiva och individuella resurser i närmiljön.
Social kontext	Social kontext kan innefatta allt från socialpolitik, kultur till grannskapskontakter, gemensamhetsanda och sociala nätverk människor emellan. Kortfattat kan social kontext beskrivas som socialt sammanhang eller social miljö.
Socioekonomisk deprivation	Med socioekonomisk deprivation avses ett områdes brist på socioekonomiska resurser.
QALY	“Quality Adjusted Life Years” (kvalitetsjusterade levnadsår) är ett mått som sammanväger livslängd och livskvalitet.

USK	Utrednings- och statistikkontoret.
WHO	World Health Organization (Världshälsoorganisationen).
Åldersstandardisering	Med åldersstandardisering menas att man skapat jämförbarhet mellan grupper med avseende på åldersfördelning. Metoden ger uträkningar som om åldersstrukturen i de olika grupperna vore detsamma.