

**1991**


# **FOLKHÄLSO RAPPORT**

om hälsoutvecklingen  
i Stockholms län



**Stockholms läns landsting**

# Stockholms läns Folkhälsorapport 1991



En rapport om hälsoutvecklingen  
i Stockholms län

SOCIALMEDICINSKA ENHETEN

Stockholms läns landsting    Hälso- och sjukvårdsnämnden

ISBN 91-86294-29-6

*Produktion:* Stockholms läns landsting,  
länshälsokommittén och informationsavdelningen  
*Textbearbetning:* Ann-Catrin Bergstrand Wanngård  
*Layout och teknisk produktion:* AB Typoform  
*Tryck:* PrintTime AB  
Stockholm 1991

## Förord

1987 års Folkhälsorapport för Stockholms läns landsting redovisade hälsoutvecklingen i länet fram till och med 1980-talets första hälft. Den skisserade också tre scenarier för hälsoutvecklingen fram till år 2000: Den sannolika, den önskvärda och den möjliga.

Med utgångspunkt i rapporten fastslog landstinget i 1989 års revision av hälso- och sjukvårdsplanen ett antal mål för år 2000.

I 1991 års rapport följer vi upp hur det har gått under 1980-talets andra hälft - närmar vi oss målen eller inte? Under 90-talet är det dessutom viktigt att förstå orsakerna bakom utvecklingen, både i de fall den går åt rätt håll och i de fall det hittills inte gått så bra.

Rapporten visar en gynnsam bild när det gäller den allmänna hälsoutvecklingen i Stockholms län. Oroväckande är dock att de sociala klyftorna mellan olika grupper ökat.

Vårt syfte är att ge underlag för en fortsatt bred politisk diskussion om framgångar och svårigheter i landstingets och övriga samhällets strävan efter ett friskare Stockholms län.

Rapporten har utarbetats av en grupp vid Socialmedicinska enheten, vårdcentralen Kronan bestående av Gunnel Boström, Maria Danielsson, Johan Hallqvist, Lotta Molander, Anders Norman och Anders Romelsjö. Underlag till kapitel 4 har lämnats av Bengt Höjer och Per Håkansson vid barnhälsovården, Huddinge sjukhus och till kapitel 5 av Roger Bernow och Kerstin Genell Andrén vid regionplane- och trafikkontoret. Arbetet har letts av Finn Diderichsen vid Socialepidemiologiska enheten.

Arbetet med Folkhälsorapporten har genomförts med stöd från länshälsokommittén.

Gunnar Ågren  
Ordförande i länshälsokommittén

Leif Svanström  
Hälsovårdsöverläkare

Finn Diderichsen  
Projektledare

# Innehåll

## 1. Hälsoutvecklingen i Stockholms län 5

- en allmän bakgrundsbeskrivning

## 2. De stora folksjukdomarna 21

Psykisk ohälsa 22

Rörelseorganens sjukdomar 30

Hjärt-kärlsjukdomar 33

Cancer 40

Olycksfallsskador 47

Allergi och överkänslighet 54

Diabetes 58

## 3. Hot mot hälsan 61

Alkohol 61

Tobak 67

Kostvanor, övervikt och motion 76

Solvanor 83

Sociala relationer 84

Våld 86

En olycka kommer sällan ensam 87

Är det värt risken? 90

## 4. Barnen i Stockholm – hälsa och vardag 97

## 5. Samhällsutveckling - hälsoutveckling 113

Arbetsliv och utslagning

# Hälsoutvecklingen i Stockholms län

## Vi lägger år till livet

Jämför man Stockholms stad med övriga länet, ser man att staden har högre dödlighet och sjuklighet än länet. Men Stockholm är ändå i jämförelse med övriga nordiska huvudstäder en frisk stad. Dödligheten bland män i Köpenhamn är t ex 50% högre än i Stockholm (Tabell 1).

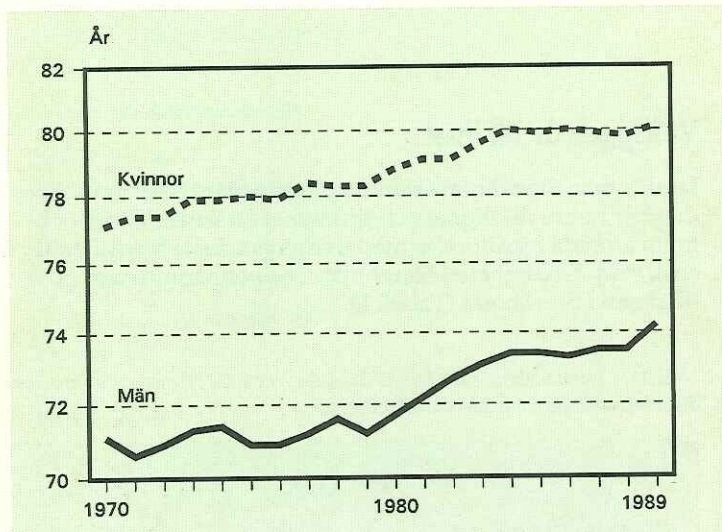
TABELL 1: Antal avlidna 1988 före 80 års ålder, per 1000 invånare, i de fyra nordiska huvudstäderna. (Åldersstandardiserat)

	MÄN	KVINNOR
Stockholm stad	13,4	7,1
Oslo kommun	15,4	7,9
Helsingfors kommun	17,4	8,3
Köpenhamns kommun	19,7	10,0

Skillnaderna mellan huvudstäderna beror troligen i första hand på olikheter på arbetsmarknaden och på skillnader i de centrala stadsdelarnas bostadsmiljö. Differenserna är också ett uttryck för mer generella olikheter i de nordiska ländernas dödlighet.



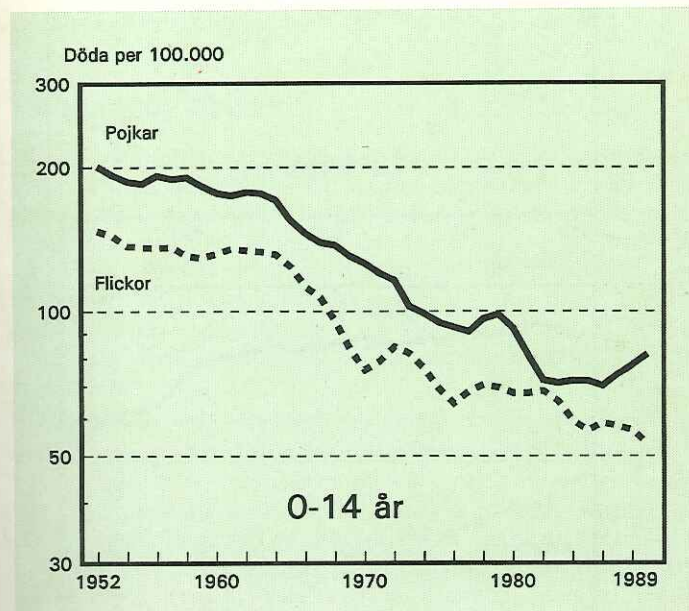
Medellivslängden i Stockholms län ökade dramatiskt under 1980-talet. 1979 levde män i genomsnitt 71,2 år och kvinnor 78,3 år. 1989 var männens medellivslängd 74,1 år och kvinnornas 80,1. Under 1980-talet har den årliga ökningen av medellivslängden i genomsnitt varit 3,6 månader för män och 2,2 månader för kvinnor (Figur 1).



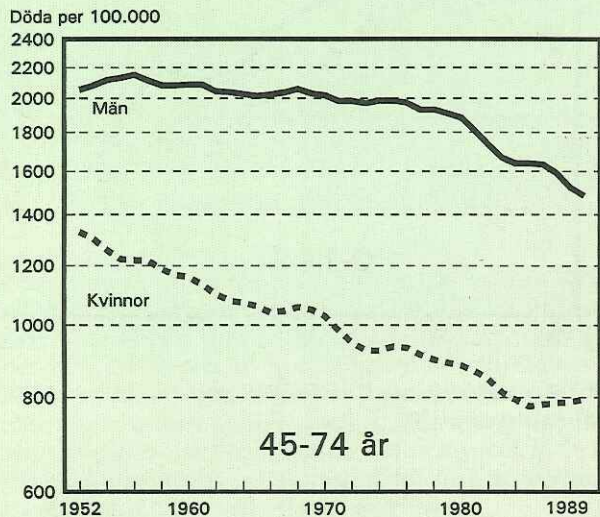
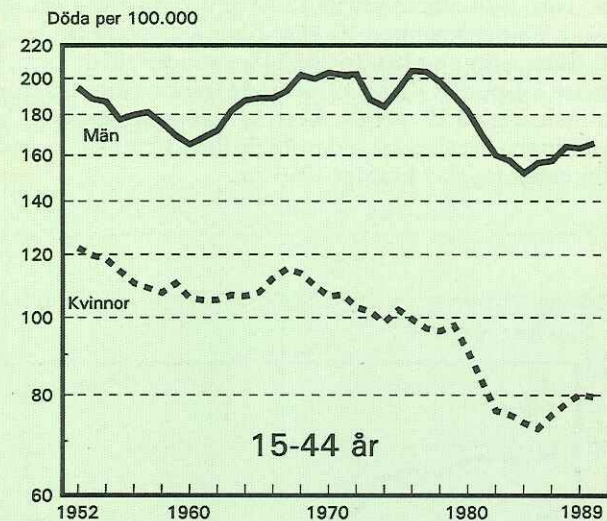
FIGUR 1: Återstående medellivslängd i Stockholms län 1970-89.

Under de föregående trettio åren, mellan 1940 och 1970, ökade medellivslängden mycket långsammare (0,4 - 1,0 månader per år). Prognoser så sent som 1983, räknade med att medellivslängden bara skulle öka marginellt resten av seklet. Trots stora satsningar på sjukvården, hade nämligen medellivslängden fram till 1983 inte ökat särskilt mycket. Man antog därför att medellivslängden inte skulle kunna öka så mycket, även med fortsatt välståndsökning och fortsatt medicinsk utveckling. Ett antagande som alltså visade sig vara förhastat.

Figur 2 illustrerar dödlighetsutvecklingen i tre åldersgrupper: Bland barn 0-14, yngre vuxna 15-44 år och medelålders/äldre 45-74 år. I åldersgruppen 15-44 år finns ett trendbrott kring 1960. Många års sjunkande dödlighet vändes till en ökning på närmare 1% per år. Kring 1975 vände trenden åter till en kraftig minskning på 2% per år. Även i åldersgruppen 45-74 år har minskningen accelererat sedan 1975. Bland barnen minskade dödligheten mycket kraftigt 1960-75.



FIGUR 2 A: Antal avlidna per 100.000, i åldersgruppen 0-14 år. Stockholms län 1952-89. Logaritmisk skala.



FIGUR 2 B, C: Antal avlidna per 100.000, i åldersgrupperna 15-44, 45-74. Stockholms län 1952-89. Logaritmisk skala.

Dödlighetsmönstret i landet som helhet har varit likartat. 1960-talets trendbrott kom lite senare (1965-79) och bland lite äldre (40-59 år), men har nu också vänts till en kraftig minskning. Återstående medellivslängd för kvinnor i 65 års ålder har ökat mer från 1950 till 1989 än den gjorde under perioden 1750 till 1950. Även bland de som har nått 85 års ålder har livsutsikterna förbättrats från 4 till 5 år under 1980-talet.

För kvinnorna finner vi ett mönster där varje generation av kvinnor i efterkrigstidens Stockholm haft lägre dödlighet i alla åldersgrupper jämfört med dem som föddes några år tidigare. För män är bilden mera komplex. De generationer som föddes under mellankrigstiden har i stället sämre överlevnad.

## Hälsa läggs till livet

Medellivslängden har alltså ökat. En viktig fråga är förstås om de år vi lagt till livet är friska år eller år präglade av sjukdom. Statistiska Centralbyrån har genomfört en intervjuundersökning med personer i åldrar mellan 16 och 84 år. Frågorna gällde förekomst av långvarig sjukdom, besvär och funktionsnedsättningar. Av svaren att döma verkar det vara friska år som lagts till livet. Vi är antagligen minst lika sjuka som tidigare de sista åren i livet - men dessa sista år har flyttats fram till allt högre ålder.

Tabell 2 visar att på riksnivå har antalet år med ingen eller lätt ohälsa ökat med ca 1,5 år samtidigt som antalet år med svår eller måttlig ohälsa minskat med 0,4-0,8 år. Under 1980-talet har förekomst av rörelsehinder minskat kraftigt. Det handlar om en minskning med ca en tredjedel. Tabell 2 visar också att befolkningen enligt detta sätt att mäta är friskare i Stockholms län än i övriga riket. Vi ser också att kvinnor i Stockholm vid 16 års ålder har ca 5 års längre livsutsikter jämfört med män. Kvinnorna har dock en högre andel år med nedsatt hälsa. Det kan samtidigt noteras att Stockholmskvinnorna förefaller vara friskare än kvinnor i andra delar av landet.



TABELL 2: Förväntat antal friska och sjuka levnadsår för 16-åringar upp till 84 års ålder. Sverige och Stockholms län 1975-86. Källa: SCB Hälso-statistisk Årsbok 1990.

	HELA RIKET				STOCKHOLM	
	män		kvinnor		män	kvinnor
	75-80	81-86	75-80	81-86	81-86	81-86
År med svår el måttlig ohälsa	10,3	9,9	13,9	13,1	8,8	11,5
År med lätt el ingen ohälsa	46,4	47,8	47,5	49,0	48,4	50,6

I två stora enkätundersökningar om folkhälsan i Stockholms län 1984 och 1990 utförda av socialmedicinska enheten Kronan tillfrågades personer hur de upplevde sitt hälsotillstånd. I nedanstående tabell anges andelen som upplevde sig ha dålig hälsa vid de båda frågetillfällena (Tabell 3).

TABELL 3: Andel som upplevde sig ha dålig hälsa i Stockholms län 1984-90. (Procent)

	ARBETARE		TJÄNSTEMÄN	
	1984	1990	1984	1990
20-44 år	5	4	3	2
45-64 år	15	10	7	7
65-74 år	15	10	10	7
75-år	15	24	13	16

Samtliga åldersgrupper under 75 år ansåg sig ha bättre hälsa 1990 jämfört med 1984. Bland pensionärer över 75 år, var det 1990 en större andel som uppgav sig ha dålig hälsa jämfört med 1984. Det överensstämmer med vad som redan konstaterats: Att de friska år vi har lagt till livet inte har varit de allra sista. Det överensstämmer också med att vårdutnyttjandet minskar i alla åldersgrupper utom i de allra äldsta över 80 år. Ändå är det anmärkningsvärt att endast en på fem över 75 år upplever sin hälsa som dålig.

Den här korta genomgången av övergripande mått på befolkningens överlevnad, funktionsförmåga och upplevd hälsa, visar på en genomgående mycket positiv utveckling under 1980-talet. Det utesluter inte - som vi senare ska se - att vissa stora folksjukdomar blivit vanligare samtidigt som andra minskat. Den sociala och regionala ojämlikheten i hälsa har också i vissa avseenden ökat.

#### HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPLANENS MÅL FÖR ÅR 2000:

### Att lägga hälsa till livet

Andelen levnadsår som är fria från sjuklighet och handikapp skall öka.

Om dagens utveckling består, kommer målet att uppnås. Undersökningar om levnadsförhållanden och landstingets egna hälsoundersökningar visar att de år som har lagts till livet i och med 80-talets ökade medellivslängd har varit friska år. Dödlighet och funktionsnedsättning minskar snabbt framför allt bland medelålders och äldre. Dock inte bland de allra äldsta.



## Ökade klasskillnader...

Om vi delar den yrkesverksamma befolkningen i fyra yrkesgrupper: Kunskapsyrken (läkare, ingenjörer, lärare m fl), administrativa yrken (byrådirektörer, sekreterare m fl), serviceyrken (busschaufförer, servitörer, vårdbiträden m fl) och varuhanterande yrken (industriarbetare m fl), finner vi att skillnaderna i dödlighet mellan dessa yrkesgrupper ökat kraftigt under 1980-talet (Tabell 4).

TABELL 4: Dödlighet och yrke i Stockholms län 1970-88. Döda per 1000 i åldersgruppen 25-64 år. Åldersstandardiserat.

	1970-74	1975-79	1980-84	1985-88
Kunskapsyrken				
M	3,5	3,5	2,4	2,0
Kv	2,0	1,3	1,4	0,9
Administration				
M	4,6	3,6	3,0	3,0
Kv	2,5	1,5	1,7	1,4
Service				
M	4,8	4,3	2,8	2,8
Kv	2,0	2,0	1,5	1,6
Varuhantering				
M	4,6	4,5	4,1	3,1
Kv	2,2	1,9	3,2	1,7

Dödligheten har sedan 1975 minskat betydligt i alla yrkesgrupper. Men medan dödligheten bland akademiker i kunskaps- hanterande yrken minskat med hälften, har den bara minskat med en tredjedel bland industriarbetare. Därmed har skillnaden i dödstal mellan kunskapsyrken och varuproducerande yrken ökat. Under 1970-talets första hälft var industriarbetarnas överdödlighet ca 25%. Under 1980-talets senare hälft har den ökat till ca 65%.

Den här utvecklingen är inte unik för Stockholm utan gäller hela landet – liksom för övrigt flera andra europeiska länder. I början av 1960-talet hade vissa yrkesgrupper bl a inom sjöfart, handel och restaurang höga dödstal. I övrigt var de socioekonomiska skillnaderna mycket små. Sedan dess har de alltså succesivt ökat.

Läget vid den senaste kartläggningen, som gäller åren 1981-86, är att dödligheten bland manliga icke facklärd arbetare är 55 procent högre än för jämnåriga högre tjänstemän (Tabell 5). Bland kvinnorna är motsvarande skillnad 16 procent, d v s bara några få procentenheter mer än 20 år tidigare. Om kvinnor klassificeras efter hushållets socialgrupp, är skillnaden 37 procent.

Den ökning av dödligheten bland medelålders män som noteras i Sverige 1965-79 orsakades främst av en ökad dödlighet i kranskärsljukdomar och alkoholskador bland industriarbetare.

Av tabell 5 framgår också att klasskillnaden i barnadödlighet är påfallande hög. Det är anmärkningsvärt att arbetarbarnens överdödlighet är särskilt tydlig i olycksfall som vi idag har relativt god kunskap om hur man förebygger.

TABELL 5: Dödstal i olika socioekonomiska grupper i Sverige 1981-86. Åldersstandardiserade tal där tjänstemän på mellannivå =100. Kvinnor klassificeras efter hushållets grupp dvs efter mannens om den är högre än kvinnans. Källa: Vägerö i Diderichsen m fl (red): Klass och ohälsa. Tiden 1991.

	pojkar 1-19 år	flickor 1-19 år	män 20-69 år	kvinnor 20-69 år
Högre tjänstemän			97	98
Mellan tjänstemän	100	100	100	100
Lägre tjänstemän	121	92	125	117
Facklärt arbete	131	136	127	123
Ofacklärt arbete	158	132	151	134



Klasskillnaderna i dödlighet bland vuxna är särskilt tydliga i åldersintervallet 30-45 år. Klasskillnaderna i dödlighet har gradvis blivit större hos allt yngre män. Män födda på 1940-talet, uppvisar större skillnader redan i 40-årsåldern, jämfört med dem som föddes på 1920-talet. Denna ökning kan inte bara tillskrivas det faktum att färre i den yngre generationen söker sig till industriarbetaryrken. I stället visar beräkningar att den andel av de förtida dödsfall som beror på sociala olikheter blir allt större.

Ökande sociala klyftor i dödlighet har också observerats i andra industriländer. I Storbritannien har detta lett till omfattande forskning och offentlig debatt. Utvecklingen i Sverige och Storbritannien är på många sätt parallell, men de sociala skillnaderna är mindre i Sverige. I Storbritannien har man framför allt sett orsakerna till de ökande sociala klyftorna i dödlighet som ett resultat av växande inkomstklyftor, ökande fattigdom och arbetslöshet. Det är förklaringar som knappast är relevanta i Sverige. Hos oss minskade inkomstklyftorna fram till 1982 och arbetslösheten har länge legat på konstant relativt låg nivå. Vår förståelse för vad den här utvecklingen beror på är ofullständig, men det ligger nära till hands att söka förklaringarna i arbetslivets förändring. Både industri och jordbruk har genomgått kraftiga rationaliseringar och strukturomvändningar. Det har inneburit en teknisk och arbetsorganisatorisk nyordning som skapat påfrestningar. Detta kan i sin tur ha medfört ökade risker för bl a hjärt-kärlsjukdomar och alkoholmissbruk (se vidare kapitel 5).

### ...och geografiska skillnader

Bl a till följd av de sociala olikheterna i dödlighet, uppvisar de olika sjukvårdsområdena (SO) i Stockholms län mycket påtagliga skillnader i medellivslängd (Tabell 6).

TABELL 6: Medellivslängd i sjukvårdsområdena 1989. Källa RTK: Årsstatistik 91.

	MÄN	KVINNOR
Danderyd SO	76,7	81,5
Nordvästra SO	74,5	80,7
Sydöstra Stockholm SO	74,6	80,4
Södertälje SO	75,3	80,7
Västra Stockholm SO	74,4	80,2
Centrala Stockholm SO	72,3	79,0
Huddinge SO	73,5	79,4
Norrtälje SO	75,6	79,1
Södra Stockholm SO	71,6	78,9
LÄNET	74,2	80,1

Skillnaden i medellivslängd mellan Södra Stockholms sjukvårdsområde och Danderyds sjukvårdsområde var 1989 5,1 år för män och 2,6 år för kvinnor. 1988 var skillnaden 4 år för män.

De geografiska skillnaderna i medellivslängd beror knappast på olikheter i vården i Stockholms läns olika sjukvårdsområden. Snarare torde skillnaderna vara ett resultat av sociala olikheter i kombination med segregation på bostadsmarknaden. Det blir svårare och svårare för människor med låga inkomster och dålig hälsa att komma över bostäder i attraktiva områden. Dyra respektive billiga bostäder blir allt mer ojämnt fördelade i länet. Därmed läggs grunden till växande skillnader i dödlighet mellan olika områden. (Se vidare kapitel 5).



HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPLANENS MÅL FÖR ÅR 2000:

## Jämlikhet i hälsa och vård

– Bryt den nuvarande utvecklingen mot ökade skillnader i hälsorisker och sjuklighet mellan socioekonomiska grupper. Därefter skall dessa skillnader minskas. Öka medellivslängden inom samtliga sjukvårdsområden till den nivå som 1988 gällde för sjukvårdsområdet med den längsta medellivslängden, dvs Danderyd, med 78,5 år.

## Friskare befolkning - ökad sjukfrånvaro

Trots att åtskillig statistik från 80-talet talar för att vi blev friskare, säger sjukförsäkringsstatistiken från samma tidsperiod något annat: Sjukfrånvaron och antalet förtidspensionerade steg! Mellan 1983 och 1988 ökade i Stockholms län sjuktalet, dvs antalet sjukpenningdagar per sjukförsäkrad, från 19 till 26. 1989 minskade det till 24,5, vilket är nära den nivå som rådde i slutet på 1970-talet. Antalet förtidspensionärer har dock ökat kontinuerligt sedan 1960-talet. Då utgjorde de 2% av befolkningen medan andelen nu är 6,5% (Tabell 7).

TABELL 7: Sjukpenningdagar (sjuktal) och förtidspension räknat i antalet ersatta dagar per år. (Ersättning för arbetsskada finns inte fördelade på kön.) Sverige åren 1978-88. Källa: RFV anser 1990:5.

	MÄN		KVINNOR		ALLA
	Sjuktal	Förtidspension	Sjuktal	Förtidspension	Arbetskada
1978	23,2	19,0	22,4	18,3	..
1983	17,4	20,2	19,5	20,2	0,5
1988	22,0	20,6	28,7	23,5	3,5

I riket som helhet nådde ohälsotalet en första toppnivå 1978. 1978-83 minskade det från 39,5 till 37,3 dagar per försäkrad och år. 1988 ökade det igen till 48,3 dagar, för att 1990 åter minska till 46,0 dagar.

I tabell 8 ser vi att ökningen i Stockholms län bara varit hälften av vad den varit i riket som helhet - och avsevärt lägre än vad den varit i exempelvis Malmö. Det är framför allt Stockholms goda arbetsmarknad och avsaknad av typiska krisbranscher som här påverkat utvecklingen. Särskilt kraftig ökning av ohälsotalet finner vi i län med osäker arbetsmarknad och stora strukturförändringar i näringslivet.

Ohälsotalets utveckling domineras helt av förtidspensioner och långa sjukskrivningsperioder på ett år eller längre. Ökningen har varit avsevärt kraftigare bland kvinnor än bland män. (Tabell 8).

TABELL 8: Ohälsotal (sjukpenningdagar, förtidspension och arbetsskadeersättning) 1984-90 i några försäkringskassor. Ersatta dagar per försäkrad och år (siffror för 1990 är preliminära).

	1984	1989	1990
STOCKHOLMS LÄN	37,6	41,6	40,6
Skaraborgs län	29,1	36,9	36,3
Norrbottnens län	49,9	54,1	55,4
Malmö	42,8	57,3	56,6
HELA RIKET	38,2	46,6	46,0

Ökningen av förtidspensionärer bland kvinnor kan till stor del förklaras av att andelen förvärvsarbetande kvinnor över 50 år har ökat. Men, det är inte hela förklaringen. Ökningen av antalet förtidspensionärer har procentuellt varit kraftigast bland kvinnor i åldern 30-44 år. Här har antalet ökat med 48% under 1980-talet. Det ska jämföras med att antalet kvinnor i för-



värvsarbete bara ökat med 14%. Bland männen i samma åldersgrupp var ökningen av antalet förtidspensionärer 32%. I åldersgruppen 45-64 år ökade antalet förtidspensionärer totalt med 10%.

Orsakerna till dessa fenomen är komplext och svårttolkat. Vi kommer i kapitel 2 att visa att det finns tecken som tyder på att vissa typer av besvär i rörelseorganen ökat, särskilt hos kvinnor i 30-40 årsåldern.

Även om ökad förvärvsfrekvens bland kvinnor och förändringar i sjukförsäkringen gjort vissa grupper mer 'synliga', kvarstår en betydande ökning av utslagningen på arbetsmarknaden. Detta sker under en period av hög efterfrågan på arbetskraft och kan därför knappast tolkas på annat sätt: En ökande del av i första hand den äldre arbetskraften får, trots bättre hälsa, allt svårare att orka med de växande kraven på arbetsmarknaden (se vidare kapitel 5).

Även ohälsotalen uppvisar mycket stora variationer mellan olika bostadsområden i länet.

TABELL 9: Ohälsotal (sjukpenningdagar, förtidspension och arbets-skadeersättning) 1990 inom Stockholms läns försäkringskassas lokalkontor. Preliminära tal.

1. Danderyd	24,3	20. Tyresö	36,9	39. Handen	43,8
2. Ekerö	24,9	21. Nacka	36,6	40. Åsögatan	44,7
3. Täby	25,7	22. Kallhäll	37,6	41. Sundbyberg	44,8
4. Lidingö	27,3	23. Kungsängen	37,7	42. Hallstavik	44,
5. Bergshamara	27,9	24. Uppl.-Väsby	37,8	43.Sandsborg	45,5
6. Vallentuna	28,4	25. Saltsjöbaden	37,8	44. Norrtälje	45,6
7. Sigtuna	28,8	26. Järna	38,4	45. Solna	45,6
8. Östermalm	30,1	27. Tumba	38,7	46. Liljeholmen	45,7
9. Åkersberga	30,8	28. Gustavsb.	38,9	47. Kista	46,3
10. Spånga	31,4	29. Nynäsh.	39,3	48. Brännkyrka	47,0
11. Salem	32,9	30.Västerhaninge	39,6	49. Björkhamnen	50,5
12. Sollentuna	33,0	31. Nykvarn	40,4	50. Södertälje	51,8
13. Saltsjö-Boo	33,0	32. Rimbo	40,7	51. Farsta	55,1
14. Vaxholm	33,4	33. Zinkensd.	41,0	52. Högdalen	55,4
15. Odenplan	33,9	34. Hässelby	41,9	53. Norsborg	58,9
16. Klara	34,3	35. Märsta	42,1	54. Skärholmen	59,2
17. Kungsholmen	34,6	36. Vällingby	42,4	55. Tensta	70,2
18. Jakobsberg	35,0	37. Huddinge	42,6	56. Rinkeby	79,4
19. Bromma	35,0	38. Skogås	42,9		
		Stockholms län	40,7	Hela landet	46,6

Ohälsotalen är extremt högt i vissa ytterområden med hyreshus - Rinkeby, Tensta, Skärholmen och Norsborg. Ett ohälsotal på 70 innebär att en femtedel av befolkningen uppstår ersättning från försäkringskassan. I Danderyd, Ekerö, Täby och Lidingö är nivån närmare en tredjedel av vad den är i de förstnämnda områdena.

## De stora folksjukdomarna

Psykisk ohälsa samt sjukdomar och besvär i muskler och leder är idag de två mest omfattande folkhälsoproblemen. Hjärt-kärlsjukdomar samt skador och tumörer orsakar flest dödsfall i yrkesverksam ålder.

Detta framgår om man lägger samman vårdkostnader och kostnader för produktionsbortfall till följd av dödsfall före 65 års ålder samt kostnader för sjukfrånvaro och förtidspensionering (Tabell 10).

TABELL 10: Sjukdomskostnader i miljarder kronor för de fem största diagnosgrupperna. 1983 års priser. Källa: SCB: Hälsostatistisk årsbok 1990.

	Sjukvård	För tidig död	Sjukfrånvaro	TOTAL
Psykisk ohälsa	13,5	0,6	14,0	28,1
Rörelseorg.sjd.	2,5	0,1	21,2	23,8
Hjärt-kärl sjd.	7,9	5,7	6,3	19,9
Skador	3,1	7,5	5,5	16,1
Tumörer	3,3	6,0	1,9	11,2
Alla sjukdomar och skador	64,0	24,6	73,6	162,2



Psykisk ohälsa är, enligt detta sätt att räkna, det största folkhälsoproblemet. För psykiska sjukdomar är vårdkostnaderna höga. En stor del av de som drabbas av åldersdemens och psykoser tillbringar många år på institutioner.

De angivna kostnaderna för psykisk ohälsa är närmast en underskattning. Det beror bl a på att självmord klassificeras under skador.

Rörelseorganens stora andel av kostnaderna beror framför allt på att ett stort och ökande antal långvariga sjukfrånvarofall och förtidspensioneringar klassificeras under denna diagnosgrupp. Detta trots att orsakerna ofta har en mer komplex och ofta psykosocial karaktär.

Som vi ska se i detta kapitel, är befolkningens sjukdomsmönster ständigt i förändring.

## PSYKISK OHÄLSA

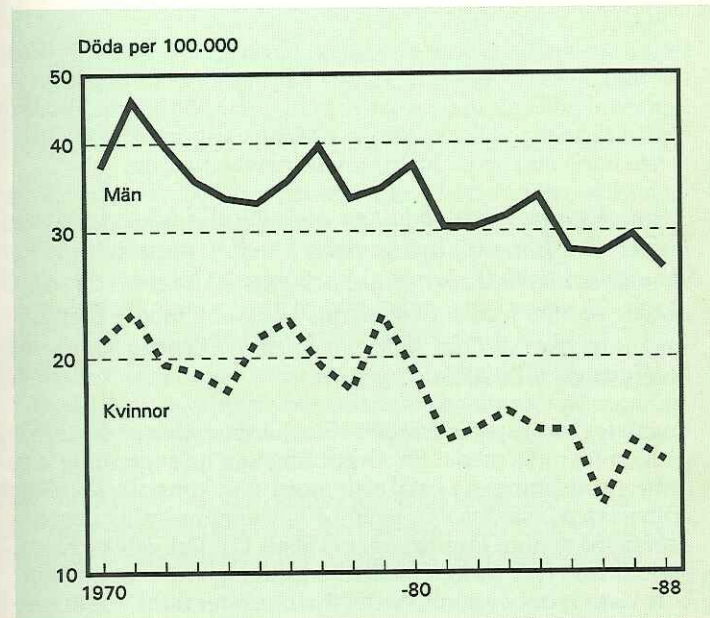
Antalet personer med svåra psykosjukdomar (schizofreni t ex) är förmodligen sedan många år i stort sett oförändrat. Men det finns andra, delvis positiva utvecklingstendenser enligt vårt sätt att mäta den psykiska hälsan (mått som dock är bristfälliga).

### Självmorden minskar mest i Stockholm

1987 avled i Stockholm 127 kvinnor och 201 män i självmord. Därutöver avled 36 kvinnor och 67 män i dödsfall där det är tveksamt om avsikten var att ta sitt liv. De här talen innebär en minskning med 25% sedan början av 1970-talet. Även dödsfall klassificerade som t ex drunkning, trafikolyckor och alkoholförgiftning, men som ofta egentligen är självmord, har minskat.

Antalet registrerade självmord i länet ökade under många decennier, delvis till följd av bättre metoder för registrering. 1971 vände trenden till en minskning med 2% per år (Figur 3). Samtidigt har emellertid antalet självmordsförsök som kommer till sjukvårdens kännedom ökat med ca 3% per år.

Enligt sjukhusens utskrivningsstatistik vårdas årligen ca 2.000 individer under diagnosen självmordsförsök. Det verkliga antalet självmordsförsök kan vara betydligt större. Dels registreras många som kommer till sjukhus efter självmordsförsök under andra diagnoser. Dels kommer långt ifrån alla som försökt begå självmord under vård. Man bedömer att det går tio självmordsförsök på varje fullbordat självmord. Även denna skattning kan vara för låg.



FIGUR 3: Dödlighet i självmord (inklusive osäkra) per 100.000 invånare. Stockholms län 1970-88. Åldersstandardiserat. 0-84 år.

Självorden minskar alltså i Stockholm. Samma utveckling, fast i mindre omfattning, kan ses i resten av landet.

Stockholms län hade i början av 1970-talet fler självmord per invånare jämfört med övriga län, men ligger nu mycket nära riksgenomsnittet. I de flesta europeiska länder har antalet självmord däremot ökat mycket kraftigt under 1970-talet. Flera studier visar på ett samband mellan alkoholkonsumtion, arbetslöshet och självmord. Det ligger nära till hands att ställa olikheter mellan Sverige och övriga länder i relation till olikheter i dessa två bakgrundsfaktorer.

Praktiskt taget alla som tar sitt liv, har någon form av psykisk störning, ofta depression. Många har missbruksproblem. Av dem som gör självmordsförsök är ungefär hälften drabbade av någon form av psykisk störning. Många självmordsförsök är i första hand ett rop på hjälp i en desperat situation.

*Alkohol spelar i många fall en central roll i händelseförloppet. Det finns tydliga samband mellan förändringar i ett samhälles alkoholkonsumtion och dess självmordstal. En ökning av den totala alkoholkonsumtionen med 1 liter per invånare, ökar antalet självmord i en befolkning som Stockholms med ca 20 dödsfall per år.*

En analys av självmordsfallen i Stockholm tyder på att tillgången till olika medel för förgiftning kan ha avgörande betydelse. Minskningen i antal självmord som konstaterats i Stockholms län motsvaras nämligen helt av en minskning i antal självmord genom förgiftningar (Tabell 11). Det gäller i första hand olika typer av läkemedelsförgiftning. Att man nu tagit bort vissa typer av sömnmedel (barbiturater mm) och är mer restriktiv vid förskrivning av dessa medel till deprimerade patienter, kan ha bidragit till minskningen.

TABELL 11: Antal självmord (inkl. osäkra) med olika tillvägagångssätt 1970-72 och 1985-87 i Stockholms län. Genomsnittligt antal per år.

	1970-72	1985-87
Förgiftning	332	175
Hängning	73	78
Drunkning	38	30
Hopp	32	35
Övrigt	55	81

Siffror från Sverige som helhet tyder på att andelen självmord som begås inom sex månader efter det att en patient haft kontakt med den psykiatriska vården ökar. Den gruppen svarar nu för en tredjedel av samtliga självmord. Andelen självmord som sker i slutna psykiatrisk vård eller inom en vecka efter utskrivning har minskat under 1980-talet och är nu 7%.

Den här utvecklingen visar att även om åtgärder på de alkoholpolitiska och arbetsmarknadspolitiska områdena betyder mycket, spelar sjukvården och läkemedelspolitiken viktiga roller.

Självord är en socialt ojämnt fördelad företeelse. Vissa yrken är överrepresenterade. Mönstret är ganska olika för män och kvinnor. Yrkesmönstret har förändrats över tiden (Tabell 12).



TABELL 12: Själv mord (per år och 100.000) för män och kvinnor i olika yrken 1960-85. Stockholms län. Källa: Wicks, Stefansson 1990.

	1960-65		1970-75		1980-85	
	M	Kv	M	Kv	M	Kv
Tekniker	26	54	24	36	37	18
Konstnärer	55	56	59	48	41	31
Läkare & tandläk.	48	124	90	90	43	53
Sköterskor m fl	134	28	112	32	59	23
Kontorsyrken	43	27	28	24	32	20
Handelsanställda	41	19	36	25	28	15
Chaufförer	39	37	45	44	46	40
Verkstadsarbetare	38	25	56	14	43	20
Städare	48	14	68	29	52	15
Köksbiträden	81	29	58	22	56	16
ALLA FÖRVÄRVS- ARBETANDE	42	25	46	27	37	19

Överrisken för självmord bland vårdpersonal är anmärkningsvärd. Detta gäller särskilt kvinnliga läkare och tandläkare, manliga sköterskor och mentalskötare. Dock förefaller självmorden ha minskat något i dessa grupper under senare år. Ett likartat mönster finns bland personer med litterärt eller konstnärligt arbete. En del okvalificerade yrken inom restaurang och fastighetsskötsel har många självmord, framför allt bland männen.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPLANENS MÅL FÖR ÅR 2000:

### Minska antalet självmord med 25%

Dödligheten i självmord har minskat med 25% från 1971 till 1987. Om denna trend fortsätter, borde det vara möjligt att uppnå målet om ytterligare 25% minskning till år 2000. Det faktum att antalet självmordsförsök ökar och att utvecklingen på alkoholområdet är oroande (se kap 3), talar för att det kommer att krävas förstärkta insatser på området för att nå målet.

### Var femte mår psykiskt dåligt

En stor del av befolkningen lider av psykiska symtom av mer eller mindre besvärlig art. Symtomen är ofta trötthet, sömnsvårigheter, oro, ångest eller nedstämdhet.

I 1990 års Folkhälsoenkät ställdes ett antal frågor enligt en viss metod. Metoden kallas GHQ 12 (General Health Questionnaire) och används sedan många år internationellt för att mäta förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande. Enkäten mäter inte förekomst av allvarliga psykiska störningar som exempelvis psykotiska sjukdomstillstånd, utan kartlägger i första hand tillstånd med ångest och nedstämdhet som påverkar normal funktionsförmåga. GHQ 12 mäter inte stabila personlighetsdrag utan i första hand tillstånd som uppstår till följd av aktuella påfrestningar. Metoden har utvärderats i flera länder och visat sig vara ett säkert sätt att mäta lättare psykiska störningar. Enligt GHQ 12 har 17% män och 22% kvinnor i Stockholms län 1990 nedsatt psykiskt välbefinnande.



*Människor går in i vuxenlivet med varierande sårbarhet. Det kan bero på att vi alla bär på olika ärftliga faktorer och erfarenheter av skiftande uppväxtförhållanden. Reaktionen blir därför också olika på vuxenlivets kriser: Skilsmässor, arbetslöshet, flyttning, missbruk. Mycket talar för att tillgång till socialt nätverk och stöd, ett arbete med möjligheter till påverkan och utveckling samt upplevelse av sammanhang och meningsfullhet i tillvaron är faktorer som gör människor mer motståndskraftiga mot livets påfrestningar. Därmed minskar också risken för psykiskt lidande.*

Sambandet mellan socialt stöd och psykiskt välbefinnande är starkt, särskilt bland människor i arbetaryrken (Tabell 13). Ett stort socialt nätverk innebär kontakt med släkt, vänner och arbetskamrater. Ett bra socialt stöd säger något om innehållet i dessa relationer. Tex om man har någon att vända sig till med personliga problem. Lika många arbetare som tjänstemän uppger sig ha nedsatt psykiskt välbefinnande. Undantagna är de arbetare som har bristande socialt nätverk och dåligt stöd. Den gruppen är betydligt större hos arbetare än hos tjänstemän.

Stockholm är ett inflyttningslän och en av de faktorer som påverkar det sociala nätverket starkast är flyttning. Det faktum att människor i arbetaryrken förefaller mer beroende av socialt stöd, är sannolikt en viktig förklaring till att flera studier har visat att arbetare mår sämre av att flytta än tjänstemän.

TABELL 13: Andel av arbetare och tjänstemän som har nedsatt psykiskt välbefinnande i olika grupper med olika omfattning av socialt nätverk och socialt stöd. (Procent). Stockholms län 1990. 25-64 år. Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	Arbetare	Tjänstemän
Stort nätverk och bra socialt stöd	13	16
Stort nätverk eller bra socialt stöd	20	22
Litet nätverk och dåligt socialt stöd	45	28
TOTAL	19	19

Det finns dock ett viktigt förbehåll i detta resonemang. Siffrorna i tabell 13 och 14 kommer från en tvärsnittstudie. Uppgifterna kommer från en enda tidpunkt. Det är m a o inte möjligt att med säkerhet säga vad som är orsak till vad. Det kan vara bristande sociala nätverk som minskar skyddet mot att reagera med psykiska symtom. Det kan också vara så att nedsatt psykiskt välbefinnande gör det svårare att vidmakthålla sociala nätverk. Ofta är det säkert både och.

Det finns också ett klart samband mellan hur människor upplever sitt arbete och psykiskt välbefinnande. Upplever man arbetet som jäktigt, okvalificerat och med små möjligheter att påverka den egna arbetssituationen, står man också psykiskt sämre rustad. Dessa faktorer ger tillsammans med bristande socialt nätverk mycket påtagliga samband med psykisk välbefinnande (Tabell 14).



TABELL 14: *Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande i relation till förhållande i arbetet och till socialt nätverk och stöd. 25-64 år. Stockholms län. (Procent). Källa: Folkhälsoenkät 1990.*

	Litet socialt nätverk eller dåligt socialt stöd		Stort socialt nätverk och bra socialt stöd	
	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän
Låga krav och hög kontroll	24	8	13	9
Höga krav och låg kontroll	42	46	31	37

Medan det sociala nätverket har starkare samband med psykiskt välbefinnande bland arbetare, tycks tjänstemännen snarare vara mer beroende av arbetets innehåll och utformning.

Detta avspeglar sannolikt viktiga olikheter i människors sätt att leva och i de förutsättningar arbetet ger för engagemang och självförverkligande i olika samhällsklasser.

## RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

En av de mest framträdande och samtidigt allvarligaste förändringarna i folkhälsan under 1980-talet är ökningen av värk i muskler och leder. Detta är särskilt märkbart hos kvinnor, enligt en riksomfattande SCB-undersökning.

*Undersökningsresultatet tyder på att andelen yngre kvinnor i arbetaryrken och lägre tjänstemannayrken med besvär från nacke, skuldror och axlar ökat från 25% till 44% från 1980 till 1989. Knappast någon annan sjukdom eller något annat symptom har ökat så kraftigt.*

Även lokala siffror från Stockholms län bekräftar SCB-undersökningens resultat (Tabell 15). Ökningen återfinns både bland arbetare och tjänstemän och är mest uttalad bland kvinnor. Andelen med långvariga besvär från rörelseorganen är dock avsevärt mindre vanliga i Stockholm jämfört med framför allt Norrlands inland.

TABELL 15: *Andel som ofta har värk i rygg, nacke, skuldror och andra leder. (Procent). Ålder 25-64 år. Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkät 1984 och 1990.*

	1984	1990
Män		
Arbetare	28	36
Tjänstemän	16	20
Kvinnor		
Arbetare	33	45
Tjänstemän	21	33

Personer med sjukdomar i rörelseorganen får mycket liten del av sjukvårdsresurserna (ca 4%, se tabell 10). Men utvecklingen sätter tydliga spår i sjukförsäkringsstatistiken. I landet som helhet fördubblades under 1980-talet antalet nybeviljade förtidspensioner med anledning av sjukdomar i rörelseorganen. Även om ökningen av antalet förtidspensionärer inte varit lika dramatisk i Stockholm som i övriga Sverige, står denna sjukdomsgrupp snart för hälften av de växande sjukförsäkringskostnaderna även här i länet.

## Stress och muskelbelastning – en ond cirkel

Muskler, skelettet och lederna behöver användas och belastas för att växa och bli starka. För låg aktivitet leder till minskad muskelmassa och urkalkning av skelettet.

Plötsliga, höga belastningar kan ge slitskador i muskler och

senor. Låga belastningar kan ge skador om samma muskler och leder utsätts för upprepad belastning under lång tid. Det betyder att även "lätta" arbeten med ensidiga rörelser och vridna arbetsställningar ökar risken för inflammationer i senor och muskler. Stillasittande arbete med böjd nacke ökar t ex risken för värk från nacke och skuldror.

Den som vantrivs och utsätts för stress, ökar ofta omedvetet muskelspänningen. Musklerna utsätts då för låg men ihållande belastning som kan leda till inflammation. Om detta kombineras med felaktig muskelbelastning, ökar förstås risken ännu mer för att muskler och senor ska skadas.

TABELL 16: Andel med värk i nacke, skuldror och axlar i relation till ergonomisk och social belastning i arbetet. 25-64 år. (Procent). Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	Män		Kvinnor	
	Lätt arbete	Tungt arbete	Lätt arbete	Tungt arbete
Lite jäkt och hög kontroll	15	24	19	29
Mycket jäkt och låg kontroll	16	43	25	41

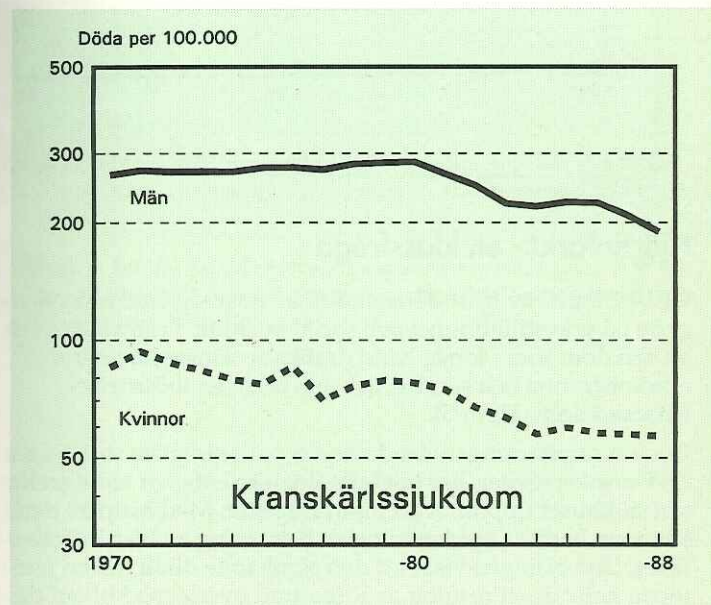
De som har ett fysiskt tungt arbete och samtidigt upplever jäkt och låg kontroll över arbetssituationen, har som väntat ofta värk i nacke och skuldror. Monotona, anspända arbeten framför bildskärmar liksom enformiga monteringsarbeten blir allt vanligare. Det är i första hand kvinnor som har denna typ av jobb.

Lästips: Stockholms läns landsting publicerar samtidigt med Folkhälsorapporten en Arbetsmiljörapport där ett omfattande material om belastningsskador i arbetsmiljön i länet redovisas.

## HJÄRT-KÄRLSJUKDOMAR

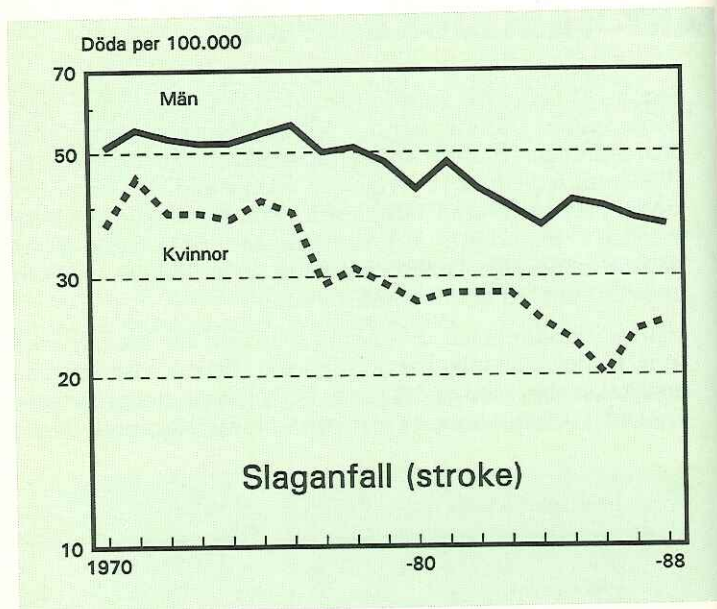
Sedan 1920-talet har hjärt-kärlsjukdomar varit den vanligaste dödsorsaken. Därefter har den här sjukdomsgruppen stadigt ökat ledningen framför andra dödsorsaker, särskilt bland män. 1980 inträffade dock i Sverige och många andra västeuropeiska länder ett trendbrott: Dödligheten i kranskärlssjukdom började minska. I Finland och USA, som tidigare hade mycket högre dödstal än Sverige, kom trendbrottet tio år tidigare. Östeuropa uppvisar fortsatt alarmerande ökning.

Hjärt-kärl dödligheten i Stockholms län avviker inte från riket i stort. Under 1980-talet har dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar minskat snabbt med ca 4% per år både för sjukdom i hjärtats kranskärl och sjukdomar i hjärnans kärl dvs slaganfall (Figur 4).



FIGUR 4 A: Dödlighet i kranskärlssjukdom. Män och kvinnor 15-74 år i Stockholms län 1970-88. Döda per 100.000.



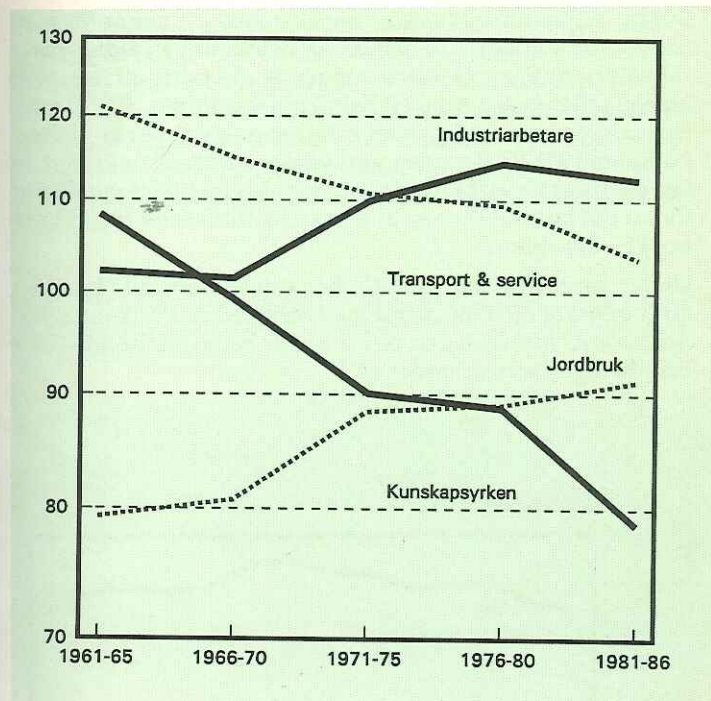


FIGUR 4 B: Dödlighet i slaganfall. Män och kvinnor 15-74 år i Stockholms län 1970-88. Döda per 100.000.

## Hjärtinfarkt - en klassfråga

Utvecklingen av hjärt-kärlsjukdomar visar sig vara olika beroende på yrkestillhörighet och social position. Från att ha varit en sjukdom som i första hand drabbade tjänstemän inom administration och service, har den blivit en industriarbetarsjukdom (Figur 5).

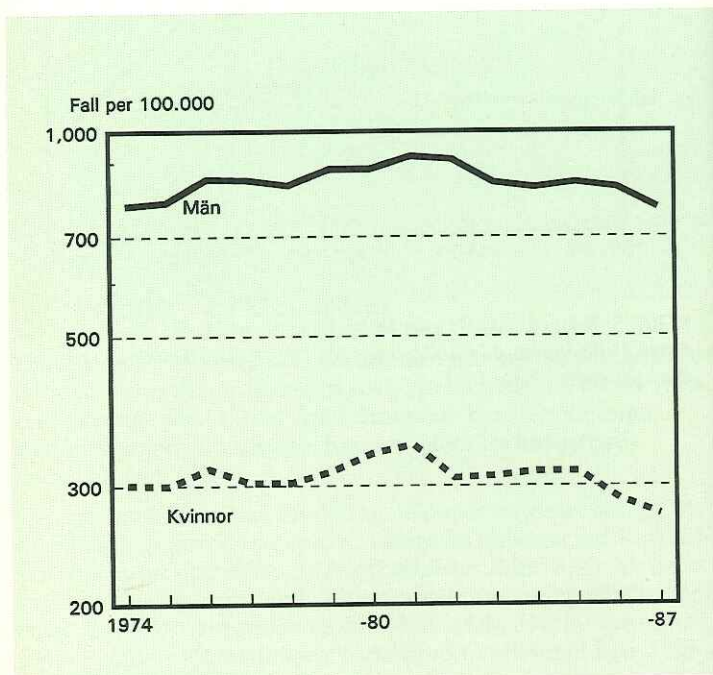
Genom samkörning av landstingets patientregister och SCB:s dödsorsaksregister, har epidemiologiska enheten vid Karolinska sjukhuset upprättat ett infarktregister. Med hjälp av detta kan man bedriva epidemiologisk bevakning av hjärtinfarkter i länet. Utvecklingen visar att den sjunkande dödligheten inte i första hand är ett resultat av förbättrad överlevnad bland dem som fått infarkt. Risken att insjukna i hjärtinfarkt har framför allt minskat.



FIGUR 5: Relativa dödstal i hjärt-kärlsjukdom för män i olika yrken. Alla män i åldern 45-69 år. 1981-86 = 100. Sverige 1961-86. Källa: Diderichsen m fl (red): *Klass och ohälsa. Tiden 1991.*

Sedan 1981 har insjuknandet minskat med 2% per år för män och 3% för kvinnor. Effekten av att befolkningen åldras har räknats bort (Figur 6). Minskningen är så kraftig att det totala antalet fall minskat trots att befolkningen åldrats. Bland män under 64 år har insjuknandet minskat med 3% per år under perioden 1981-87. Trenden för kvinnor under 64 år är mer osäker eftersom antalet fall är relativt få. Mycket talar emellertid för att det faktiskt sker en *ökning* av hjärtinfarkter bland kvinnor i 50-års åldern.

Under samma period, 1981-87, har antalet dödsfall i hjärtinfarkt minskat med 3% bland män och med ca 4% bland kvinnor. Största minskningen på 7% per år har skett för den del av befolkningen som är under 64 år.



FIGUR 6: Antal fall i akut hjärtinfarkt i åldersgruppen 30-89 år per 100.000 invånare i Stockholms län 1974-87. Källa: Hammar & Gillström 1990.

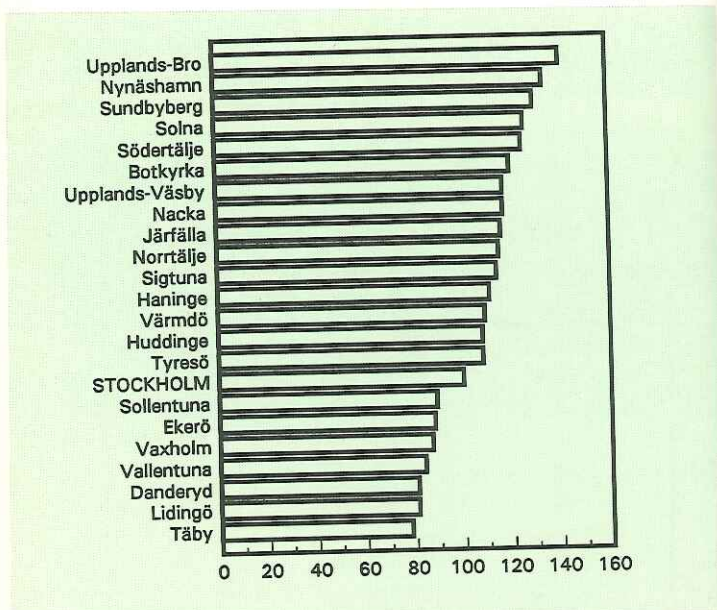
Under 1980-talet har skillnaden mellan olika sociala klasser ökat när det gäller risken att avlida i hjärtinfarkt. I slutet av 1970-talet var risken ungefär 10% högre bland arbetare än bland tjänstemän. Under 1980-talet har denna skillnad ökat till omkring 30%. Bland kvinnor har arbetare 40-50% högre risk för hjärtinfarkt än tjänstemän under hela perioden 1976-84. Någon klar ökning av skillnaderna för kvinnor föreligger inte (Tabell 17).

TABELL 17: Relativ risk att insjukna i hjärtinfarkt för arbetare jämfört med tjänstemän i Stockholms län 1976-84. (Tjänstemän = 100). Källa: Alfredsson, Hammar & Gillström 1990.

	MÄN		KVINNOR	
	Insjuknande	Dödlighet	Insjuknande	Dödlighet
1976-79	111	112	141	143
1980-84	130	134	145	152



De sociala skillnaderna avspeglar sig också i ett geografiskt mönster för sjukdomens utbredning i länet. Risken att insjukna i hjärtinfarkt bland medelålders män var under perioden 1979-1987 lägst i ett antal kommuner i nordöstra delen av länet, särskilt inom Danderyds sjukvårdsområde. Det var under samma period 50-70% högre risk att insjukna i hjärtinfarkt för dem som bodde i kommuner inom den södra länsdelen samt i Upplands-Bro, Solna och Sundbyberg (Figur 7).



FIGUR 7: Relativ risk (Stockholms stad=100) att insjukna i hjärtinfarkt. Kommunvis fördelning. Män 30-64 år i Stockholms län 1974-87. Källa: Hammar & Gillström 1990.

## Risikfaktorer

Människors kostvanor och kostens effekter på kolesterolnivån i blodet är en av de främsta riskfaktorerna för hjärtinfarkt. Redan kolesterolnivåer över 5,2 mmol/l innebär klart förhöjd

risk. Närmare 60% av Stockholms befolkning har kolesterol över denna nivå. 20% har över 6,5 mmol/l. För dessa är riskökningen 3-4 gånger högre jämfört med dem som har under 5,2 mmol/l. Om ingen i länet skulle ha en kolesterolnivå över 5,2 mmol/l, skulle antalet hjärtinfarkter mer än halveras.

Tobaksrökning är en annan känd riskfaktor. Rökningen är en nästan lika viktig riskfaktor som kosten. Redan små tobaksmängder, 1-4 cigaretter per dag, förefaller öka risken. 1990 rökte var fjärde stockholmaren dagligen. Det betyder att rökningen halverats på femton år. En stor del av senare års minskning av hjärtinfarkterna kan sannolikt tillskrivas denna minskning.

*Psykosociala faktorer spelar en viktig och sannolikt allt större roll för utveckling av hjärtinfarkt. Riskerna är lika stora som vid rökning och förhöjd kolesterolnivå. Bristande socialt nätverk och dåligt socialt stöd har visat sig ha stor betydelse. Likaså arbetsförhållanden som karaktäriseras av jäkt, monoton och som ger små möjligheter till påverkan och inflytande. Skiftarbete har också effekter på utvecklingen av hjärt-kärlsjukdomar, liksom för övrigt arbetslöshet.*

Risken för hjärtinfarkt är dessutom relaterad till blodtrycksnivån. Någon klar gräns mellan farliga och ofarliga nivåer kan inte säkert dras.

Andra faktorer som ökar risken för hjärtinfarkt är mer eller mindre väl belagda: Fetma, bristande fysisk aktivitet på fritiden, hög alkoholkonsumtion, mjukt vatten och diabetes anses på olika sätt påverka risken för hjärt-kärlsjukdomar.

Orsakerna till att hjärtinfarktsjukdomarna minskar är inte helt klarlagda. Förbättrat omhändertagande av kranskärlssjuka med by-pass operationer, behandling med moderna läkemedel etc, kan ha bidragit. Siffrorna talar dock för att nedgången i första hand beror på att riskfaktorerna minskar.

80% av alla infarkter uppträder bland människor som inte tidigare haft sjukdom i kranskärlen. Studier från Göteborg pekar mot att den förändring som inträffat efter 1975, med minskade kolesterolnivåer, minskad tobaksrökning och bättre blod-



trycksomhändertagande, har reducerat hjärtinfarktrisen med minst en tredjedel. Motsvarande data från Stockholm saknas, men hjärtinfarktutvecklingen förefaller vara mycket lika i de två städerna.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDPLANENS MÅL FÖR ÅR 2000:

### **Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar före 65 års ålder minskas med minst en sjättedel**

Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar har under 1980-talet minskat med cirka 4% per år. Under förutsättning att den positiva trenden vad gäller kost, blodfett och tobaksrökning fortsätter, finns anledning att ha goda förhoppningar om att nå målet för år 2000. Samtidigt kan konstateras att hjärt-kärlsjukdomar är en av de dödsorsaker där den sociala ojämlikheten har ökat snabbast. Förstärkta insatser är därför nödvändiga mot de faktorer som skapar denna ojämlikhet. Det handlar främst om förbättringar av arbetsmiljö och levnadsvanor.

## **CANCER**

Dödligheten i cancer har ökat stadigt sedan sekelskiftet. Sedan 1940-talet har cancer efter hjärt-kärlsjukdomar varit den vanligaste dödsorsaken.

I Stockholms län ökade antalet nyupptäckta cancerfall från 3.833 år 1958 till 7.189 år 1988, dvs med 88%. En stor del av ökningen beror på att stockholmarna blir allt fler och allt äldre. Även om hänsyn tas till detta, har risken att insjukna i cancer ökat med ca 20% på trettio år.

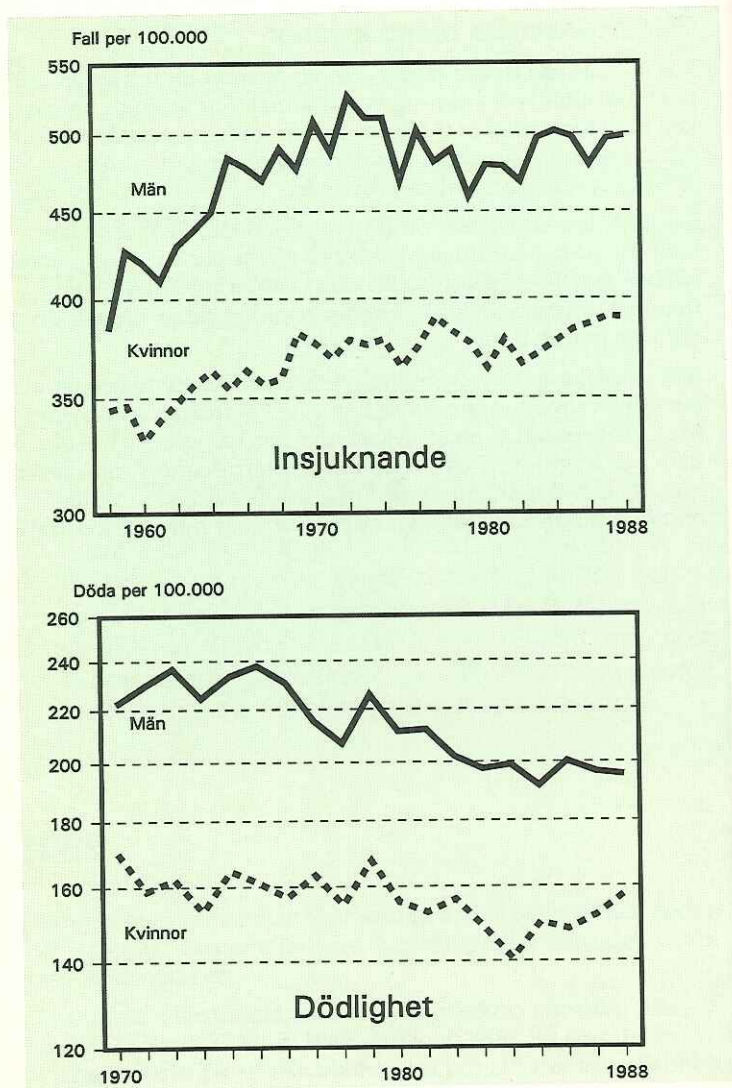
### **Ökad cancerrisk bland kvinnor**

För män ökade risken med 1,7% per år fram till mitten av 1970-talet. Därefter tycks ökningen avstannat. För kvinnor har risken ökat först med ca 0,7% per år och under senare år med 0,2% (Figur 8). Samtidigt har dödligheten fr o m mitten av 1970-talet minskat med ca 1% per år.

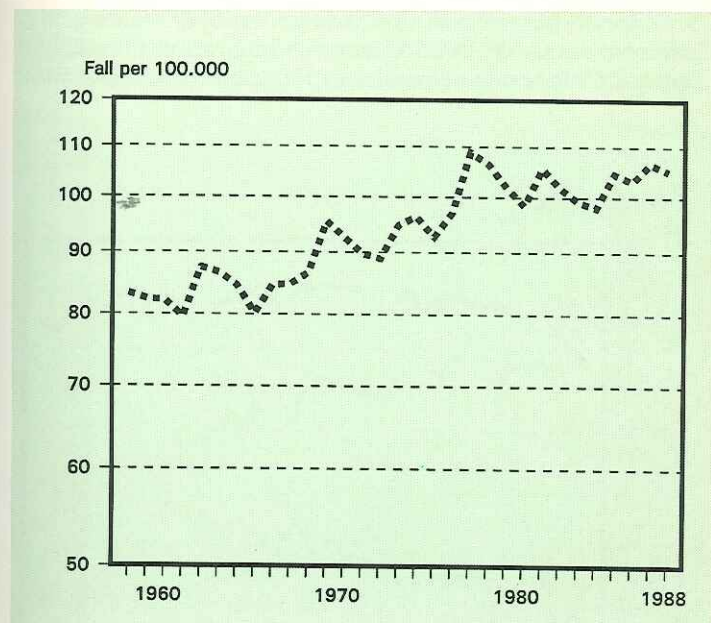
Dödligheten minskar samtidigt som antalet fall ökar, vilket talar för att behandlingen har blivit effektivare. Numera botas hälften av alla cancerfall. En annan förklaring är att undersökningsmetoderna förbättrats: Man hittar flera lindriga fall som går att bota.

Både insjuknandet och dödligheten visar stora variationer mellan olika cancerformer. Vissa har minskat medan andra har ökat. Antalet fall av magsäckscancer har halverats både bland män och kvinnor. Grovtarms- och ändtarmscancer minskar till viss del bland män, medan en lika stor ökning kan iaktas bland kvinnor. Cancer i livmoderhalsen har minskat kraftigt.





FIGUR 8: Insjuknande i cancer 1958-88 och dödlighet i cancer 1970-88 i Stockholms län. Ålderstandardiserade tal per 100.000.



FIGUR 9: Insjuknande i bröstcancer i Stockholms län 1958-88.

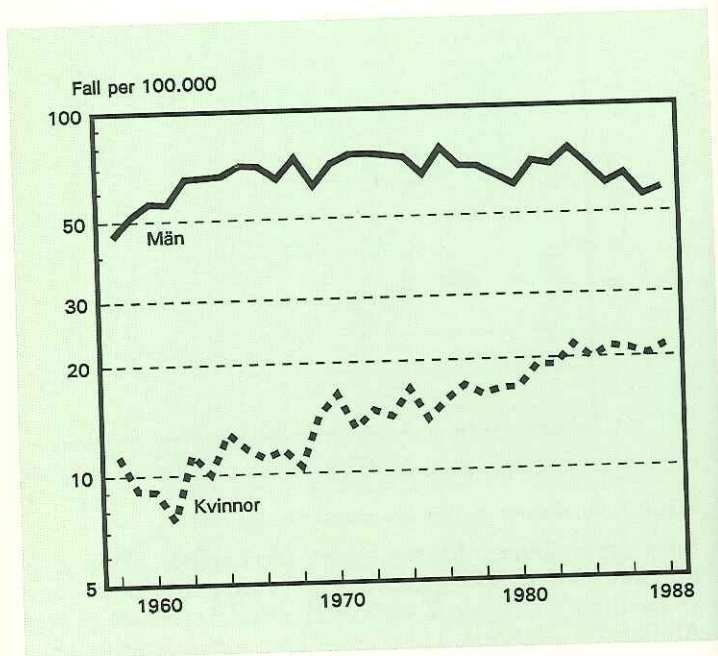
Bröstcancer, den vanligaste cancer hos kvinnor, ökade fram till 1980, men utvecklingskurvan tycks sedan planat ut (Figur 9). Dödligheten har dock varit oförändrad de senaste 15 åren. Att flera bröstcancerfall hittas samtidigt som överlevnaden ökar kan bero på en kombination av förbättrade diagnostiska metoder (mammografi) och tidig behandling.

Bröstcancer antas bl a ha starkt samband med hög fetthalt i kosten.

## Lungcancer hos kvinnor ökar

För kvinnor har antalet fall av lungcancer fördubblats på 25 år. För män sker snarare en minskning. Att tobaksrökningen minskat bland män från mitten på 1960-talet, ger idag resultat både i lägre hjärt-kärlsjuklighet och färre fall av lungcancer.

Kvinnor började minska sin rökning först 15 år senare och eftersom det tar ett 10-tal år innan en lungcancer utvecklas, kan man inte se någon minskning i luncancerdödlighet ännu.



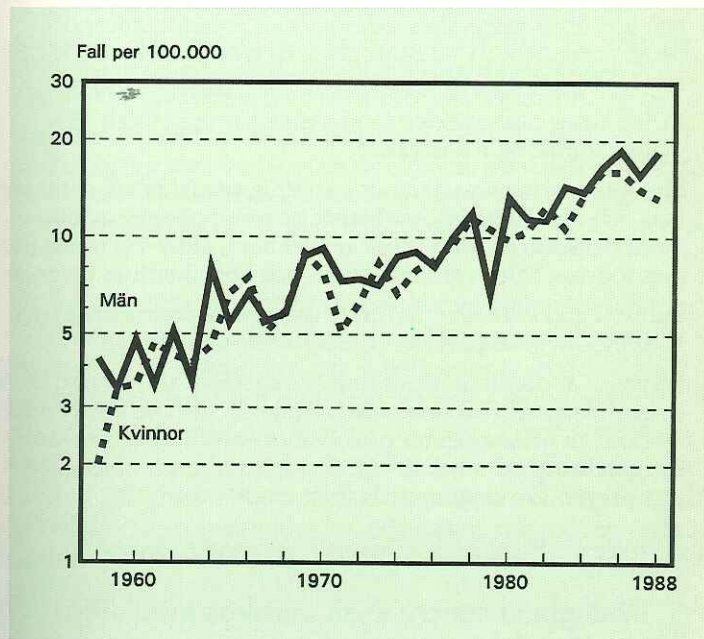
FIGUR 10: Insjuknande i lungcancer i Stockholms län 1958-88.

## Malignt melanom ökar mest

En cancertyp ökar mer dramatiskt än någon annan cancerform. Maligna melanom, en typ av hudcancer, har de senaste 30 åren ökat 5 gånger (Figur 11). Insjuknande i maligna melanom är vanligare i Stockholm jämfört med hela riket.

Mycket talar för att den snabba ökningen beror på ett ökat intensivt solbadande med rodnad och sveda som följd. Framför allt betraktas solande hos barn som en viktig riskfaktor för att senare i livet utveckla maligna melanom. Rödhåriga, ljus-

hytta personer löper större risk att bränna sig och utveckla malignt melanom. Om ökningen fortsätter, kommer inom 20 år den här typen av cancer att vara den vanligaste tumörformen.



FIGUR 11: Insjuknande i malignt melanom i hud i Stockholms län 1958-88.

## Cancer går att förebygga

Flertalet av de vanligaste cancerformerna går att förebygga.

Rökning, som anses svara för ca 15% av all cancer i vårt land, har glädjande nog minskat under senare år. För män ökar heller inte längre dödligheten i lungcancer. Alla samhällsgrupper är inte lika motiverade att sluta röka (se vidare kap 3). Det kommer troligen att medföra en period av ökande sociala skillnader när det gäller vilka som insjuknar i lungcancer.

I västvärlden anses kosten ha stor betydelse för risken att insjukna i cancer. Det är inte de kemiska föroreningarna, till-



satserna, bekämpningsmedlen osv som man menar ökar cancer-risken. Däremot kostens felaktiga sammansättning med för mycket animaliskt fett och för lite vegetabilier. Cancerformer som anses ha samband med kostens sammansättning är grov- och ändtarmscancer, livmoderscancer, prostatacancer och bröstcancer. 30% av all cancer tros ha med kosten att göra. Siffran är osäker och kan ligga mellan 10% och ända upp mot 70%.

I USA anses cancerdöden kunna minskas med totalt 35% genom förändrade kostvanor.

Hos kvinnor har sexualvanor som tidig sexualdebut, antal partners och sexualhygien stor betydelse för uppkomst av livmoderhalscancer. Men också antalet barn, ålder vid första barnets födelse, ålder vid första mens och klimakterium inverkar.

Frånsett god sexualhygien är de övriga faktorerna knappast lämpliga att söka påverka i cancerförebyggande syfte.

Solvanor är däremot något som är angeläget att påverka i förebyggande syfte. Här finns fortfarande ett stort behov av information om hälsoaspekter på solvanor särskilt hos barn. Förebyggande åtgärder måste vidtas snarast men en minskning, pga prevention idag, uppnås först om 30-40 år.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPLANENS MÅL FÖR ÅR 2000:

### **Dödlighet i cancer skall minskas med minst en sjättedel**

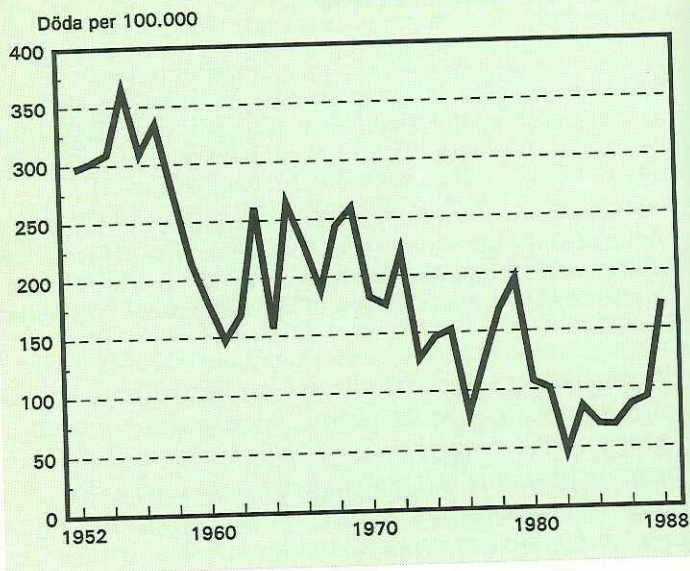
Den totala dödligheten i cancer har minskat med cirka 1% per år under 1980-talet. Om denna trend fortsätter kommer det sannolikt att bli möjligt att uppnå detta mål. Utvecklingen är dock något svår att förutsäga då vissa cancerformer, bland annat hudcancer och lungcancer bland kvinnor ökar. Detta är sjukdomar där behandlingsmöjligheterna är små och dödligheten är stor. Intensifierade förebyggande insatser på detta område kommer dessutom att ge effekter på dödligheten först efter sekelskiftet.

## **OLYCKSFALLSSKADOR**

Utvecklingen av olycksfallsskador i Stockholms län är ett mönsterexempel på hur framgångsrik en långsiktig, sammanhållen och målinriktad hälsopolitik kan vara. På 30 år har dödligheten i olycksfallsskador bland barn minskat med 3/4 trots att t ex biltrafiken har mångdubblats (Figur 12).

Även i ett internationellt perspektiv är andelen olycksfall med dödlig utgång låg i Sverige och Stockholm, särskilt bland barn. Jämfört med exempelvis Danmark, Finland och USA är risken för ett svenskt barn att dödas som bilpassagerare bara en tredjedel.

*Ett konsekvent säkerhetstänkande har genomfört lagstiftning, arkitektur, produktkontroll, barnomsorg och skola. Framgångsrik samverkan har åstadkommit mellan å ena sidan institutioner och myndigheter och å andra sidan frivilligorganisationer och företag. En mängd små åtgärder som var för sig kan verka obetydliga och 'byråkratiska' har bidragit till utvecklingen. Bilar, hushållsmaskiner, elektriska installationer, trappor, fönster, lekplatser, gångvägar - allt har blivit säkrare för barn. Trafik- och simundervisning når idag praktisk tagit alla barn etc.*



FIGUR 12: Dödlighet i olycksfallskadorna bland barn 0-14 år. Storstockholm 1952-88.

## Klasskillnader i barnadödlighet består

Inom detta totalt sett mycket framgångsrika område, finns fortfarande ett stort problem kvar att lösa: De sociala skillnaderna i dödlighet bland barn är oförändrat stora. Risken att omkomma i olycksfall är 65% större bland barn till arbetare jämfört med barn till högre tjänstemän.

Jämförelser med studier från 1960-talet och 1970-talet visar att skillnaderna inte har minskat. Med tanke på att kunskaperna om hur vi kan förebygga olycksfall idag är goda och allmänt kända, är detta ett allvarligt missförhållande. Samtidigt illustrerar den låga dödlighet bland tjänstemannabarnen vilka möjligheter det förebyggande arbetet fortfarande har.

TABELL 18: Dödlighet bland barn 1-19 år efter föräldrarnas yrke. Åldersstandardiserade dödstal (index där barn till tjänstemän på mellan och högre nivå=100). Sverige 1981-86. Källa: Vägerö i Diderichsen mfl (red): Klass och ohälsa. Tiden 1991.

	POJKAR		FLICKOR	
	Alla dödsorsaker	Skador	Alla dödsorsaker	Skador
Högre+ mellan tjänstemän	100	100	100	100
Lägre tjänstemän	121	129	92	86
Företagare + jordbrukare	158	191	144	167
Facklärd arbetare	131	155	136	161
Ej facklärd arbetare	158	176	132	162

Men även om olycksfall är den dominerande dödsorsaken bland barn utgör barnen en mycket liten andel av de som omkommer i skador (Tabell 19).

TABELL 19: Antal dödsfall i skador utom självmord 1985-87. Stockholms län. Genomsnittligt antal per år.

	0-14 år	15-64 år	65-84 år
Trafikolyckor	6	94	23
Fallolyckor	1	24	47
Eldsvåda	1	14	4
Övriga olyckor	6	70	32
Mord	2	21	1



## Vanligare att män dödas i trafiken

Trafikolyckor är den vanligaste orsaken till olyckor med dödlig utgång bland barn och yrkesverksamma. Bland äldre dominerar fallolyckor (Tabell 19). Fallolyckor med dödlig utgång inträffar ofta efter ett sjukdomsförlopp, där andra åldersbetingade sjukdomar spelar en viktig roll. Fallolyckan kan då ha varit det moment som lett till döden.

Dödligheten i olycksfallsskador bland vuxna minskade under 1970-talet och fram till mitten av 1980-talet. Det gäller både trafikolyckor och andra skador (Figur 13).

Under perioden 1985 till 1988 har emellertid en betydande ökning skett av dödliga trafikskador. Särskilt utsatta är yngre och medelålders manliga bilförare.

Ökningen är tydligt kopplad till den ökade trafiken. Räknet per tillryggalagd kilometer har risken att dödas således inte ökat. Däremot har risken att skadas lindrigt ökat något.

Räknet i relation till antalet fordon i trafik, har risken för mopeder varit oförändrad och risken för motorcyklister minskat.

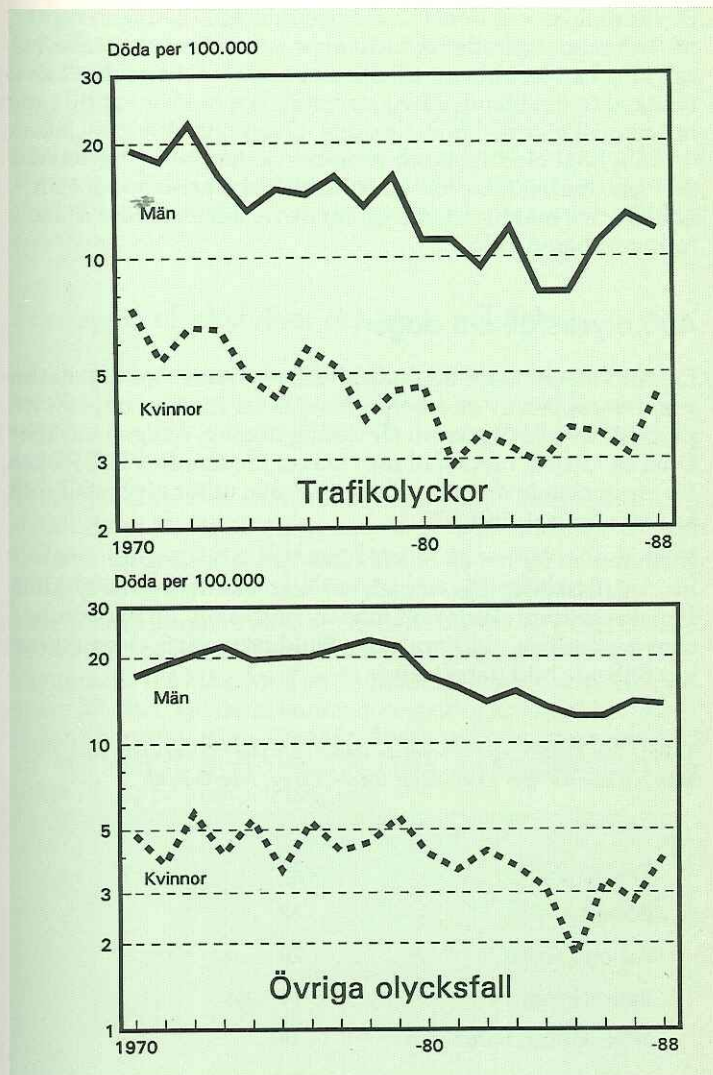
Räknet i relation till befolkningen har risken för cyklister minskat och för gående varit oförändrad.

Åtgärder för att minska riskerna i en tätande trafik har satts in. Preliminära data från polisens olycksfallstatistik åren 1989-90 visar också att trenden åter vänt nedåt.

Risken att läggas in på sjukhus efter skada har minskat något under senare år. Mellan åren 1975 och 1988 har siffran minskat från 160 till 137 per 100 000.

## Lårbensbrotten ökar

Brott på lårbenshalsen hos äldre är den vanligaste skadan som behandlas i sjukvården och vårdbehovet för den här typen av skador har ökat mycket kraftigt de senaste decennierna. Det beror förstås på att befolkningen åldrats, men även om man tar hänsyn till detta, har risken att drabbas av lårbensbrott ökat med 3-4% per år sedan 1960-talet.



FIGUR 13: Dödlighet i trafikolyckor och andra olycksfallsskador i åldern 15-84 år i Stockholms län 1970-88.

Det är osäkert vad den icke åldersrelaterade ökningen beror på. Kvinnors ändrade levnadsvanor vad gäller tobak, alkohol och kost kan ha bidragit till ökad benskörhet. Samtidigt kan låg fysisk aktivitet bland äldre i stadsmiljö ha medverkat till sämre neuromuskulär reaktionsförmåga. Överkonsumtion av läkemedel mot högt blodtryck och sömnbesvär kan också ha betydelse. Flera studier talar för att ensamhet och bristande socialt nätverk och inaktivitet är avgörande riskfaktorer för höftledsfrakturer bland äldre.

## 400 olycksfall om dagen

De skador som leder till dödsfall eller sjukhusvård kan beskrivas som toppen av ett isberg. Man räknar med att ungefär tre promille av alla olycksfall får dödlig utgång. Årligen inträffar i länet ca 150.000 olycksfall som kräver medicinsk vård. Risken för en stockholmare att under ett år råka ut för olycksfall som kräver vård är alltså 10%.

Inom ramen för det av Stockholms läns landsting initierade olycksfallsskadeprogrammet, har man vid flera olika sjukhus börjat registrera skador till följd av olycksfall. En pilotstudie som genomförts vid Karolinska Sjukhuset och Södersjukhuset ger följande bild (tabell 20).

TABELL 20: Fördelning i procent av skador efter plats. Stockholms stad 1989. Män och kvinnor över 14 år. Källa: Bjärås, Klang, Alberts 1990.

Trafik/gator	23
Bostad	32
Arbete/skola	20
Sport/Idrott	11
Nöje, kultur, natur mm	14
TOTALT	100

Statliga insatser reglerar i hög grad säkerheten inom trafik och arbete. Men över hälften av alla olycksfall sker utanför trafik och arbetsmiljö.

Olycksfall i hemmet drabbar i första hand barn och äldre.

Skolan är en farligare plats för skolbarn än vad arbetsplatser är för vuxna. Bland 10-15 åringar inträffar hälften av alla olycksfall i skolan. Framför allt under raster och när barnen har gymnastik och idrott.

## Förebygg olycksfallen och spar miljoner

I Falköping genomfördes i början på 1980-talet ett program med mål att förebygga olycksfallsskador. Det ledde till att olycksfallen minskade med ca 30%. Insatserna var relativt blygsamma.

Erfarenheterna från ett litet lokalsamhälle är kanske inte direkt överförbara till Stockholm, men vid Socialmedicinska enheten har man genomfört ett räkneexperiment som visar vad falköpingsresultatet skulle betyda, i stockholmsk skala:

Vårdkostnaderna för skador i öppen och slutna vård i Stockholms län har utifrån Karolinska Sjukhusets statistik för 1988 skattats till 174 Mkr. Med en "falköpingseffekt" skulle man spara 47 Mkr. Till detta kommer besparingar i minskat produktionsbortfall på ca 139 Mkr. Trots osäkerhetsmarginaler står det klart att olycksfallsprevention kan åstadkomma stora besparingar på kort och lång sikt.



HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPLANENS MÅL FÖR ÅR 2000:

### Dödligheten till följd av olycksfallsskador minskas med minst en femtedel

Dödlighetsutvecklingen i olycksfallsskador har tack vare en mängd olika förebyggande insatser varit positiv fram till mitten av 1980-talet. 1985-88 har dödligheten i trafikolyckor ökat till följd av den ökande trafiken. Olycksfall bland äldre, framför allt brott på lårbenshalsen, har ökat kraftigt under flera decennier. Kunskapen om och erfarenheterna av olycksfallsprevention är goda. Det krävs emellertid betydande insatser för att vända utvecklingen om målet skall kunna uppnås.

## ALLERGI OCH ÖVERKÄNSLIGHET

Allergiska besvär och annan överkänslighet är numera bland de allra vanligaste symptomen i befolkningen. Folkhälsoenkäten visade att 46% av länets befolkning våren 1990 besvärades av någon form av allergi eller överkänslighet. 6 % hade svåra besvär (Tabell 21).

Det handlar till övervägande del om lindrigare besvär, i många fall överkänslighet som inte hänger samman med ett specifikt ämne. Oklara diagnostiska kriterier och olika bedömningar av vad människor uppfattar som allergi, har gjort det svårt att uppskatta omfattningen av dessa besvär.

### Luftvägsallergier allt vanligare

Flera undersökningar har visat att 30% av alla barn och ungdomar någon gång haft allergiska symptom. Enligt svenska studier har allergi bland barn ökat de senaste 15 åren. En ökande frekvens av allergi har också rapporterats från andra industriländer.

TABELL 21: Andel med allergiska besvär under det senaste året i Stockholms län 1990. (Procent). Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	Lätta eller svåra besvär	Svåra besvär
Eksem eller utslag	24,6	1,9
Hösnuva	20,8	2,9
Astma	5,9	0,6
Annan allergi elöverkänslighet	24,9	1,7
Någon typ av besvär	46,3	5,6

Luftvägsallergier blir allt vanligare. Astma förekommer under skolåldern hos 3-4% av barnen. I den vuxna delen av befolkningen har 2-3% astma. Förekomst av hösnuva varierar i olika studier mellan ca 10-20%.

En studie av män i samband med månstring visar en fördubbling av andelen som uppger besvär med hösnuva och också ökning av astma (Tabell 22).

TABELL 22: Förekomst av allergiska sjukdomar hos män vid månstring 1971 och 1981. (Procent). Källa: Allergitredningen.SOU 1989:78.

	1971	1981
Astma	1,9	2,8
Hösnuva	4,4	8,4

Allergier mot luftburna ämnen kvarstår ofta i varierande styrka under större delen av livet. Allergi mot nya ämnen kan tillkomma långt in i vuxen ålder. Vanliga luftburna allergiframkallande ämnen är pälsdjursepitel, pollen och kvalster. Kval-



sterallergi har ökat under senare år, mycket beroende på att kvalster är vanligare i fuktskadade hus och i hus med dålig ventilation.

Sedan 1970-talet har stora insatser gjorts för effektivare energi-användning, bl a när det gäller uppvärmning av bostäder. Det har i viss utsträckning medfört försämrade luftomsättning och ett fuktigare inomhusklimat. Det har också skett en snabb utveckling av nya byggnadsmaterial, vars ev allergiframkallande effekter inte är kartlagda. Vi har fått "sjuka hus" där fler personer än normalt drabbas av ögon-, näs- och halsirritation, hudutslag, trötthet och huvudvärk.

Det är rimligt att anta att personer med allergi i högre grad än andra drabbas av dessa miljöproblem. En förklaring till att allergi är vanligare och ökar mer i Norrland, kan vara att husen där tätas mera effektivt. I storstäderna är bilavgaser den dominerande luftföroreningen. Astma och luftrörskatarrer är vanligare i högexponerade områden.

## Arv och miljö spelar stor roll

Allergi är ärftligt. Ca 20% av Sveriges befolkning bär på detta arv. För icke allergiska föräldrar är risken ca 10% att få barn med någon form av allergisk sjukdom. Om båda föräldrarna är allergiska, är risken 4-5 gånger högre.

För den som är ärftligt belastad krävs kontakt med ett allergiframkallande ämne för att allergin ska bryta ut. Ju större dos och ju tätare kontakt med det allergiframkallande ämnet, desto större är risken att allergi framkallas.

Förutom ålder och intensiteten i kontakten med allergiframkallande ämnen, har även förekomsten av allmänt retande ämnen betydelse. Rökare löper t ex större risk att utveckla allergier. Det är klarlagt att barn till rökande föräldrar löper högre risk att utveckla allergi mot t ex pollen.

De individer som redan har allergi är dessutom allmänt överkänsliga. De får ofta symptom av ämnen som inte är allergiframkallande, t ex tobaksrök och luftföroreningar. Barn är betydligt känsligare än vuxna. I synnerhet är barn med allergi extra känsliga för retande ämnen i miljön.

De allergiframkallande ämnen som tidigast ger symptom är födoämnen. Födoämnesreaktioner förekommer hos 20% av alla barn upp till 3 års ålder. De födoämnesreaktioner som utvecklas under spädbarnsåret brukar som regel försvinna. Vanliga födoämnen som barn reagerar på är komjölk och ägg. Reakti-onerna kan vara eksem eller kolik, kräkningar eller diarre. Tidiga födoämnesreaktioner har god prognos. Det beror på att barnets tarm mognar och bygger upp ett förbättrat skydd mot dessa ämnen.

Många pollenallergier debuterar i skolåldern. Hälften av alla som utvecklar björkpollenallergi får också födoämnesallergi mot nötter, råa morötter, äpplen, päron, plommon och persika. Förutom nötter som kan ge farmsymptom (och allergisk chock), ger de andra födoämnen oftast eksem, astma eller hösnuva beroende på vilka symptom allergikern har av sin pollenallergi.

15% av alla i åldern 25-30 år är överkänsliga mot något eller några födoämnen. Exempel på födoämnesallergen är skaldjur och fisk liksom soja, ärtväxter, ris och våra fyra sädesslag.

Vilka födoämnen som utlöser allergier beror på hur vanliga de är i kosten under tidiga barnaår. Det lilla barnets tarm tar lättare upp större molekyler av födan och det ökar risken för att överkänslighet utvecklas senare i livet. Man bör därför vara extra försiktig och undvika onödiga tillsatser och kända allergener i spädbarnskosten. Här har barnmatsindustrin stort ansvar.

Om födoämnesöverkänslighet under senare decennier blivit vanligare eller ej går inte att säga med bestämdhet.

## Nickelallergi ökar

Eksem är ett symptom som kan utvecklas hos individer med allergisk benägenhet. Eksem är vanligt förekommande i förskoleåldern och då ofta i böjveckan. Eksembarn kommer hela livet att ha känslig hud. De får ofta handeksem och tål t ex våt-arbete sämre.

En annan typ av eksem är kontaktteksem som orsakas av kemikalier. Det finns 2800 kontaktallergen (allergiframkallande



ämnen) beskrivna. Den vanligaste kontaktallergin är nickelallergi som drabbar ca 10% av den kvinnliga befolkningen. Hålltagning i örönen är en av de vanligaste orsakerna till att allergin uppstår. Ca 40% av nickelallergikerna utvecklar också handeksem. Eftersom nickel är så vanligt förekommande, kan nickelallergi utvecklas till ett invalidiserande handikapp. Nickelallergin ökar.

## DIABETES

Diabetes (sockersjuka) är ett tillstånd som förvärras gradvis och som ökar i frekvens med tilltagande ålder. Hos ca 10% av diabetikerna utvecklas sjukdomen i unga år, s k ungdomsdiabetes som har ett allvarligare förlopp än åldersdiabetes.

### Risken för barn att få diabetes ökar

De senaste tio åren har den insulinberoende formen av diabetes bland barn under 14 år ökat med ca 2% per år. Risken att få diabetes före 35 års ålder är 6-7 per 1000.

Åldersdiabetes utvecklas troligen smygande. En del av befolkningen, ca 20%, har ett ärftligt förstadium, där kroppens förmåga att producera insulin är nedsatt. I övrigt är dessa personer helt friska. Nästa stadium innebär förhöjda mängder socker i blodet efter en måltid. Värdena är dock normala vid fasta. Detta tillstånd anses förekomma hos ca 10% av befolkningen. I tredje stadiet har s k manifest diabetes utvecklats. Då är också blodsockret förhöjt vid fasta. Det förhöjda blodsockret filtreras ofta ut via urinen.

Diabetes förekommer i varierande grad i olika länder. Skillnaden är stor mellan olika etniska grupper. I flertalet industrialiserade länder har minst 3-4% av befolkningen diabetes.

Vid diabetes finns alltid risk för att komplikationer skall utvecklas efter en tids sjukdom. Nedsatt syn, nedsatt njurfunktion, nedsatt känsel och ökad risk för hjärtproblem är vanliga komplikationer.

Av Folkhälsoenkäten 1990 framgår att förekomsten av diabetes i Stockholm är 3,2%. Män drabbas något oftare och arbetare är mer utsatta än tjänstemän (Tabell 23).

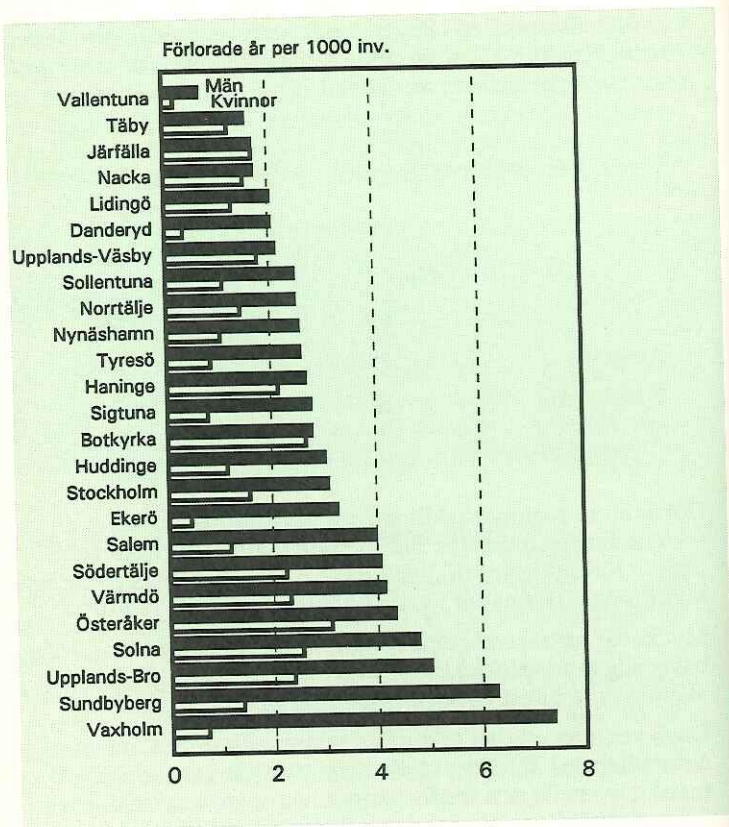
TABELL 23: *Andel som uppger sig ha diabetes. (Procent). Källa: Folkhälsoenkät 1990.*

	Män		Kvinnor	
	20-64	65-	20-64	65-
Arbetare	3,5	7,8	2,4	6,9
Tjänstemän	1,5	6,5	0,2	8,5

Det är stora regionala skillnader i Stockholms län för diabetes som underliggande eller bidragande dödsorsak. Mätt som antalet förlorade år i dödsfall före 75 års ålder finns påtagliga kommunala skillnader i varje fall bland männen (Figur 14).

Mycket är fortfarande okänt om hur diabetes utvecklas. Många bakomliggande riskfaktors betydelse är också till stor del okända, inte minst de sociala faktorerna.

Dock vet man att den viktigaste faktorn för utveckling av åldersdiabetes är övervikt. Risken är tio gånger förhöjd vid måttlig övervikt och trettio gånger högre vid kraftig övervikt. Fiberrik kost har skyddande effekt, medan animaliskt fett ökar risken. Motion minskar risken för utveckling av diabetes.



FIGUR 14: Antal förlorade år före 75 års ålder per 1.000 invånare i diabetes som underliggande eller bidragande dödsorsak för åren 1979-83 i Stockholms län.

## Hot mot hälsan

Vårt sätt att leva påverkar i hög grad hälsan. Till riskfaktorer som förknippas med livsstil räknas bl a hög alkoholkonsumtion, daglig cigarettrökning, dåliga kostvanor samt för låg fysisk aktivitet.

Faktorer som vi inte i lika hög grad kan påverka är t ex dålig arbetsmiljö, psykisk stress i arbetet, ett svagt utvecklat socialt nätverk och frånvaron av socialt stöd (s k strukturella riskfaktorer).

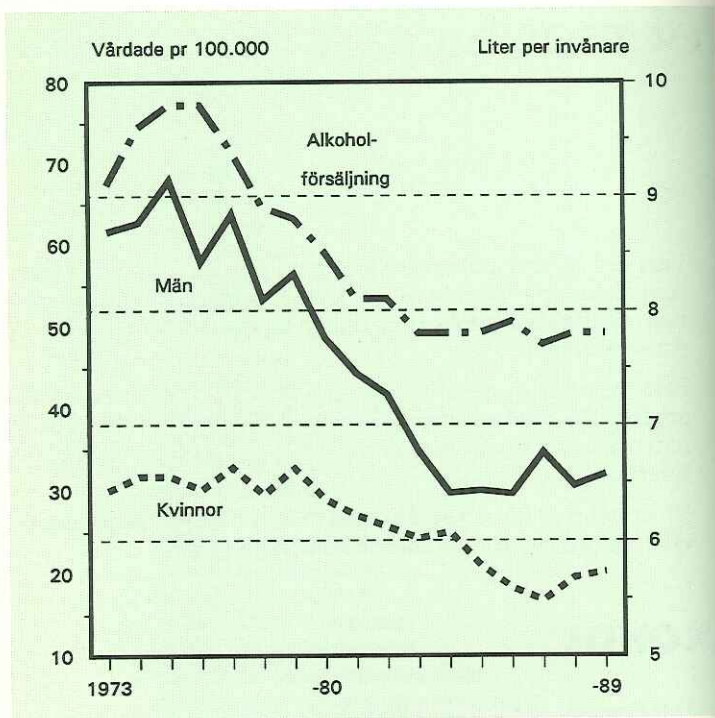
Vilka hot mot hälsan är då dessa olika faktorer, tillsammans eller var för sig, för invånarna i Stockholms län?

## ALKOHOL

Det finns ett tydligt samband mellan andelen högkonsumenter av alkohol och omfattningen av alkoholrelaterade sjukdomar. Figur 15 visar Systembolagets försäljning och antalet personer som i Stockholms län tagits in på sjukhus för skrumplever 1973-89.

Efter andra världskriget och fram till mitten av 70-talet ökade alkoholkonsumtionen stadigt i Sverige. Därefter vände utvecklingen och alkoholkonsumtionen började sjunka. Det var bl a en följd av mellanölsförbudet och det ökade realpriset på alkohol liksom att systembutikerna införde lördagsstängning. Möjligen kan också den kraftiga satsningen på information om alkoholens skadeverkningar ha spelat en viss roll i kombination med en allmänt mer hälsomedveten livsstil. En ändrad behandling av alkoholmissbruk kan också ha spelat in. Försäljningen av Antabus och Dipsan ökade till exempel med 70% från 1976 till 1984.





FIGUR 15: Alkoholförsäljning (liter 100% alkohol per invånare 15 år och äldre) och slutna vård för skrumplever (vårdade per 100.000). Stockholms län 1973-89.

Minskningen av alkoholkonsumtionen i Stockholms län, liksom i hela landet, var ungefär 20% under perioden 1976 till 1984 (liter 100% alkohol per invånare 15 år och äldre). Detta resulterade i en direkt - ofta mer än 20 procentig - minskning av olika alkoholrelaterade skador.

Minskningen av både alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade skador kom först och var störst bland unga. Effekterna var större bland män än bland kvinnor. Under åren 1978-84 minskade antalet förstagångsvårdade under diagnoserna alkoholism, alkoholspsykos, alkoholförgiftning, skrumplever och bukspottkörtelinflammation med 41% för män och 20% för

kvinnor. Dödligheten i dessa sjukdomar minskade med knappt 30% för båda könen.

Ett oroande tecken är att antalet kvinnor i åldern 25-44 år som vårdats för skrumplever ökade med 20% mellan 1987 och 1989.

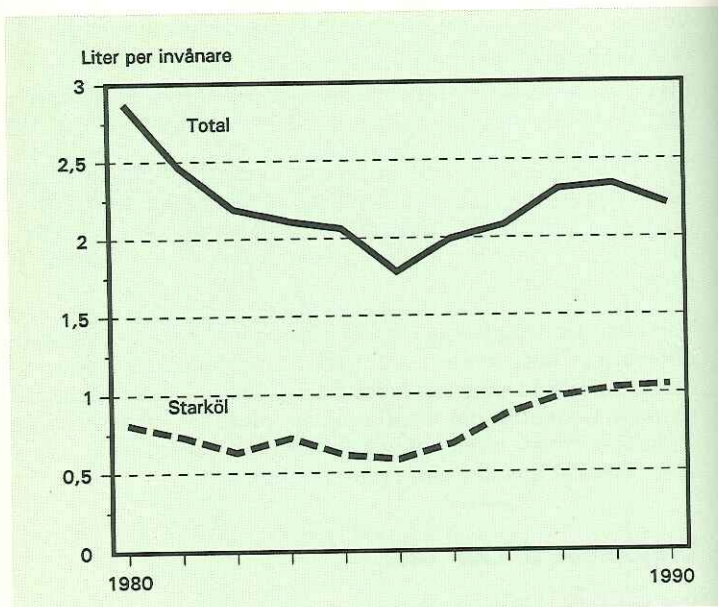
Under perioden 1984-89 stannade den årliga försäljningen till invånare över 15 år i Stockholms län på 7,8 liter 100% alkohol. Detta är c:a 20% högre än riksgenomsnittet. Försäljningen i riket har 1990 minskat med 3,5% och är nu 6,3 liter per person och år.

Försäljningsuppgifterna för olika län är inte helt tillförlitliga, eftersom en betydande andel importerat starköl levereras direkt till restaurangerna och därför inte finns med i länsstatistiken. Uppgifter om försäljning av folköl saknas på länsnivå. Vi har i siffrorna ovan antagit att folkölförsäljningen är lika stor i Stockholms län som i riket i övrigt.

## Ungdomar dricker mer

Det förefaller klart att alkoholförtäringen sedan mitten av 80-talet ökat bland de unga i Stockholms län (Figur 16). Så visar t ex de årliga, anonyma frågeundersökningarna bland värnpliktiga att den grupp som uppger att de blir berusade varje gång de dricker alkohol, ökat. 1984 utgjorde gruppen 5% av de tillfrågade. 1990 är den 10%.

I Stockholms stad har alkoholkonsumtionen bland elever i årskurs 9 också ökat sedan 1984. Andelen elever som någon gång varit kraftigt berusade är ca 50% för båda könen. 23% av pojkarna och 14% av flickorna uppger att de berusat sig kraftigt mer än 6 gånger. På frågan hur de kommer över alkoholen är svaret ofta: Från föräldrarna.



FIGUR 16: Beräknad årskonsumtion i åldern 12-24 år i Sverige 1980-90. Källa: SIFO/CAN.

## Sociala skillnader i alkoholskador ökar

I början av 70-talet var andelen högkonsumenter störst i socialgrupp I, både i Stockholms län och i riket. Senare undersökningar visar att det sociala mönstret ändrats. Det framgår bland annat av 1990 års folkhälsoenkät som visar att hög alkoholkonsumtion hos män nu klart oftare förekommer bland arbetare (Tabell 24).

TABELL 24: Andel med hög alkoholkonsumtion bland män och kvinnor efter ålder i Stockholms län. Hög alkoholkonsumtion motsvarar 35 gram 100% alkohol per dag eller mer för män och 25 gram per dag eller mer för kvinnor. (Detta motsvarar 4 respektive 3 flaskor vin per vecka. D v s den nivå då risken för leverskador börjar bli förhöjd) Källa: Folkhälsoenkät 1984 och 1990.

	Arbetare		Tjänstemän		
	1984	1990	1984	1990	
Män	20-29	11.8	20.9	9.6	7.5
	30-44	10.6	10.3	6.9	5.8
	45-64	11.2	10.1	9.5	6.8
	65-	4.7	3.0	7.3	5.4
Kvinnor	20-29	4.4	2.8	4.3	3.6
	30-44	5.4	3.4	3.3	2.2
	45-64	5.3	3.7	5.1	4.3
	65-	1.7	2.3	3.7	2.1

Skillnaden mellan andelen högkonsumerande manliga arbetare och tjänstemän i åldern 20-29 år har ökat. Bland manliga arbetare i den här åldern, är andelen högkonsumenter 1990 nästan 3 gånger så stor jämfört med manliga tjänstemän i samma ålder. 1984 var skillnaden obetydlig.

Det finns också ett samband mellan upplevda påfrestningar i arbetet och hög alkoholkonsumtion.

Tabell 25 visar skillnaderna i slutna vård respektive dödlighet p g a alkoholrelaterade sjukdomar mellan olika socioekonomiska grupper. Dessa hälsoproblem är betydligt vanligare bland dem som står utanför arbetsmarknaden.



TABELL 25: Den relativa risken för slutenvård eller dödsfall i alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning. Stockholms län 1970-84. 25-64 år. Alla män resp kvinnor 1970-74=100.

	Män			Kvinnor		
	1970-74	75-79	80-84	70-74	75-79	80-84
Högre tjm.	34	31	28	58	53	60
Lägre tjm.	48	55	50	70	102	114
Arbetare	89	105	99	88	127	143
Ej förvärvs- arbetande	386	512	414	151	318	392

Under hela perioden har risken, i synnerhet för män, varit större bland arbetare än bland tjänstemän. Totalt sett har risken ökat för icke förvärvsarbetande och för kvinnliga arbetare och kvinnliga lägre tjänstemän. Detta beror delvis på det ändrade sociala mönstret i alkoholvanor.

## Tillgång och efterfrågan

Alkoholvanorna påverkas av olika förhållanden hos individen, i närmiljön och i samhället. På det individuella planet vet man att tidigt adopterade barn från missbrukande föräldrar löper minst 3 gånger större risk att bli alkoholmissbrukare, oberoende av adoptivföräldrarnas alkoholvanor. Totalt sett spelar de ärftliga faktorerna dock ganska liten roll.

Hur de kommer till uttryck beror till syvende och sist på miljöfaktorer, t ex tillgången till alkohol i samhället, personlig och social situation och omgivningens alkoholvanor.

Sociala och psykologiska missförhållanden samt vidlyftiga alkoholvanor i hemmet, ökar risken för alkoholmissbruk senare. Men även stress, arbetslöshet och påfrestande arbetsmiljö kan bidra. Alkoholvanor och värderingar i familjen och bekantskapskretsen har stor betydelse.

Alkoholens tillgänglighet i samhället och samhällets normer och traditioner spelar ofta en avgörande roll. Uppgifter från flera länder, däribland de ovan redovisade färskare erfarenheter från Sverige och Stockholms län, visar att det finns ett bestämt samband mellan totalkonsumtionen av alkohol, andelen högkonsumenter och omfattningen av nära alkoholrelaterade problem. När totalkonsumtionen ändras, ändras också andelen högkonsumenter av alkohol och allvarliga skador än mer.

### HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPLANENS MÅL FÖR ÅR 2000:

## Alkoholkonsumtionen minskas med en fjärdedel

Utvecklingen åren 1976-84 visar att det är möjligt att på kort tid åstadkomma en 20 procentig minskning av alkoholkonsumtionen och en ännu större minskning av alkoholskadorna. Under senare delen av 1980-talet har emellertid utvecklingen vänt till en ökning, särskilt bland ungdomen. Trenden går alltså åt fel håll. Det kommer därför att krävas kraftigt förstärkta insatser på det alkoholpolitiska området om målet skall uppnås. Den nationella alkoholpolitiken kommer att påverkas av en ev EG-anslutning. Det ökar betydelsen av lokala, förebyggande program initierade av landsting och kommun.

## TOBAK

Tobaksrökning är den allvarligaste riskfaktorn för bl a hjärtkärlsjukdomar, lungcancer och flera andra cancertyper. Dessutom finns samband mellan tobak, allergi och sjukdomar i rörelseorganen.

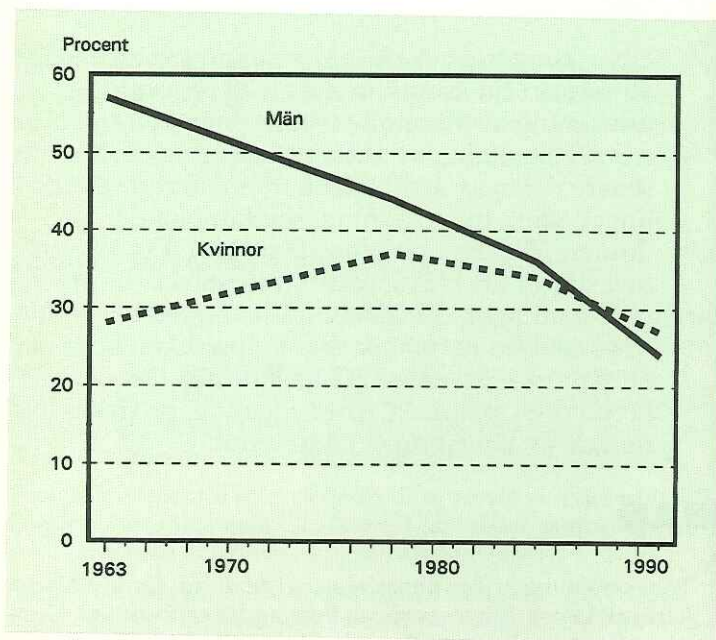
Samhället har under de senaste årtiondena vidtagit en lång rad insatser för att minska rökningen. Det finns flera tecken på att



utvecklingen i Stockholm varit positiv de senaste 15 åren, även om siffror på nationell nivå talar för en viss stagnation under 1980-talets andra hälft. Försäljningen av rökverk räknat per invånare har under perioden 1985-89 endast minskat med 10% i riket. Andelen dagligrökare i Sverige har under denna tid minskat från 31% till 27%.

## Vuxna slutar - unga börjar

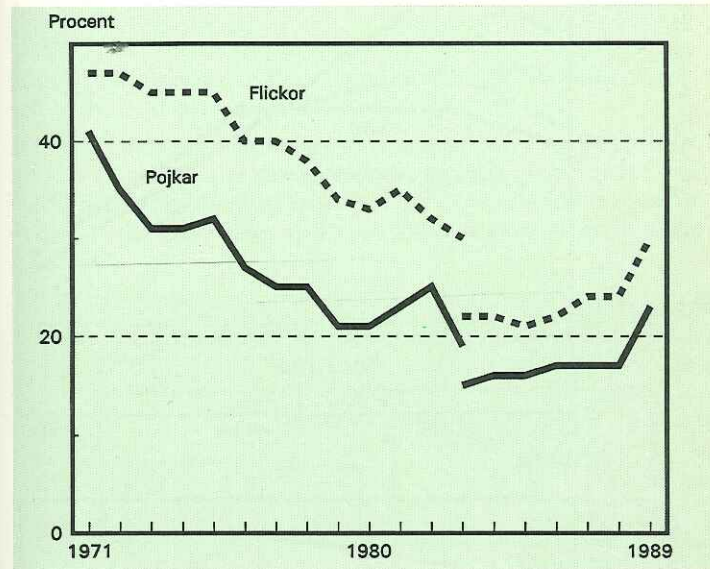
Siffror från lokala enkätstudier i Stockholms län visar en positiv bild för vuxna rökare (Figur 17). Från att ha legat över riksgenomsnittet tycks nu Stockholm ligga under siffrorna för landet i övrigt.



FIGUR 17: Andel vuxna 18-75 år som röker dagligen. Stockholms län 1963-90. Källa: SCB och Folkhälsoenkät 1984 och 1990.

Enligt figur 17 har andelen manliga rökare minskat stadigt sedan 1960-talet. Bland kvinnorna har andelen rökare börjat

minska först under 1970-talets senare hälft. Efter 1985 tycks rökningen bland vuxna ha minskat kraftigt och bara 26% av Stockholms befolkning är nu dagligrökare. Samtidigt har andelen rökare bland unga åter börjat öka (Figur 18).

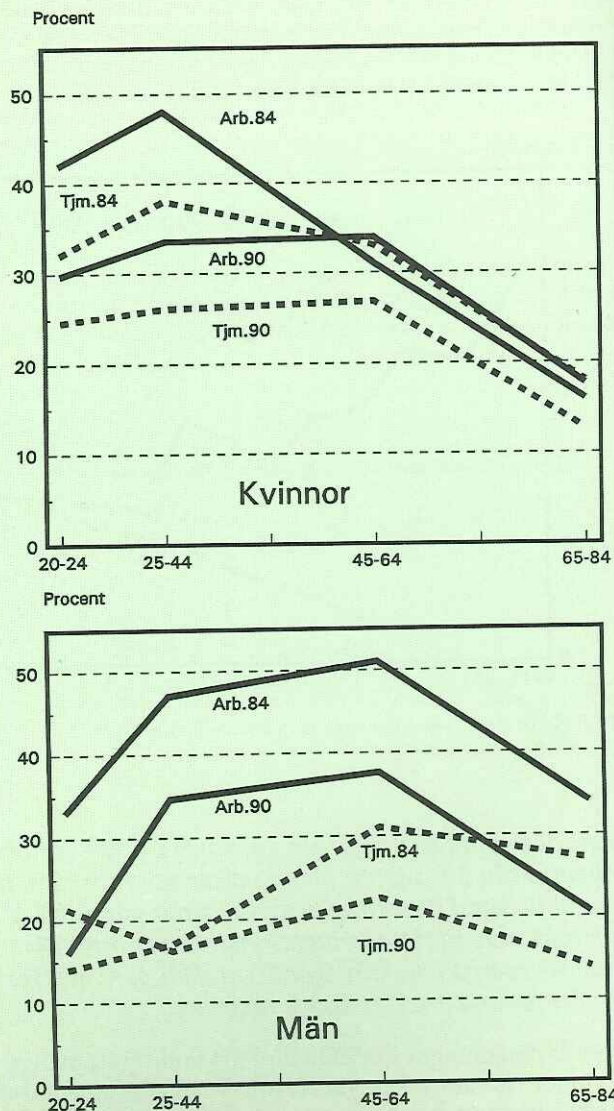


FIGUR 18: Andel som röker dagligen i årskurs 9. Sverige 1971-89 (1983 ändrades metoden). Källa: SöS/CAN.

Andelen som röker dagligen i årskurs 7 och 9 har ökat något: Från 3% till 5% bland pojkar och från 12% till 15% bland flickor. Utvecklingen av rökvanor går alltså åt fel håll i förhållande till Landstingets mål som är att 90% av stockholmseleverna i årskurs 9 år 2000 skall vara helt rökfria. Målet för årskurs 7 är 100% rökfrihet!

Vid kartläggningar i Stockholm 1984 fann vi att många unga kvinnor i arbetaryrken var rökare. I denna grupp, liksom i andra grupper, har det dock skett förändringar (Figur 19).



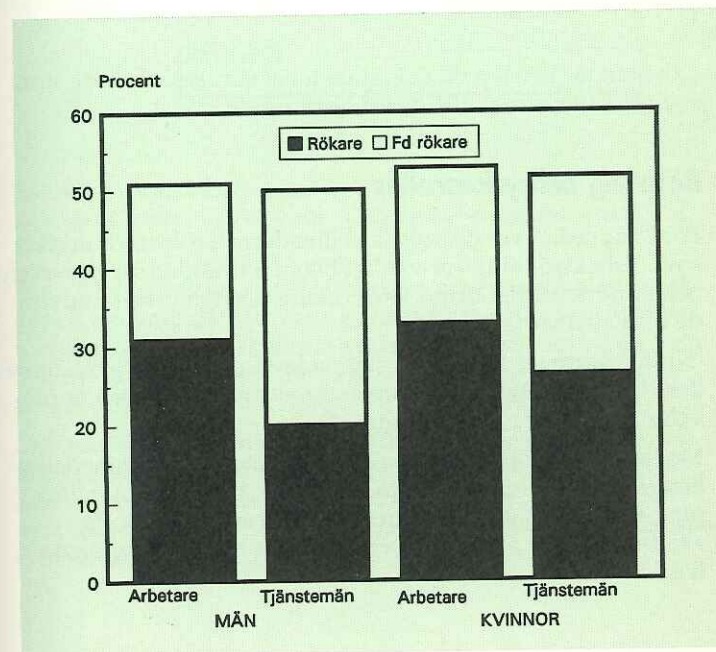


FIGUR 19: Andelen rökare fördelad på ålder och socioekonomisk grupp 1984 och 1990. Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkät 1984 och 1990.

Utvecklingen bland vuxna har varit positiv för alla grupper. Detta beror på att många slutat röka och att de unga under senare år inte börjar röka i samma utsträckning som äldre generationer. De ökande sociala skillnaderna i rökvanor under 1975-85 tycks nu ha minskat. Även bland ensamstående mödrar, den grupp som 1984 låg högst av alla, har rökningen minskat från 70% till 40%.

I figur 20 illustreras andelen som har slutat röka bland män och kvinnor i olika socioekonomiska grupper.

Män med tjänstemannayrken är den grupp där flest har slutat röka. Av de män som slutat röka, har många gått över till snus. Bland arbetare som slutat röka snusar 27%. Bland tjänstemän snusar 15%. Detta bidrar till att den totala tobaksförsäljningen inte minskar.



FIGUR 20: Andel rökare och fd rökare bland män och kvinnor i olika socioekonomiska grupper. Stockholms län, 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkät, 1990.

I tabell 26 redovisas de som antingen röker eller snusar (således det totala tobaksbruket).

TABELL 26: Andel som röker och/eller snusar fördelad efter kön, ålder och socioekonomisk grupp. Stockholms län 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	MÄN		KVINNOR	
	20-44	45-	20-44	45-
Arbetare	48	41	38	27
Tjänstemän	30	25	28	23

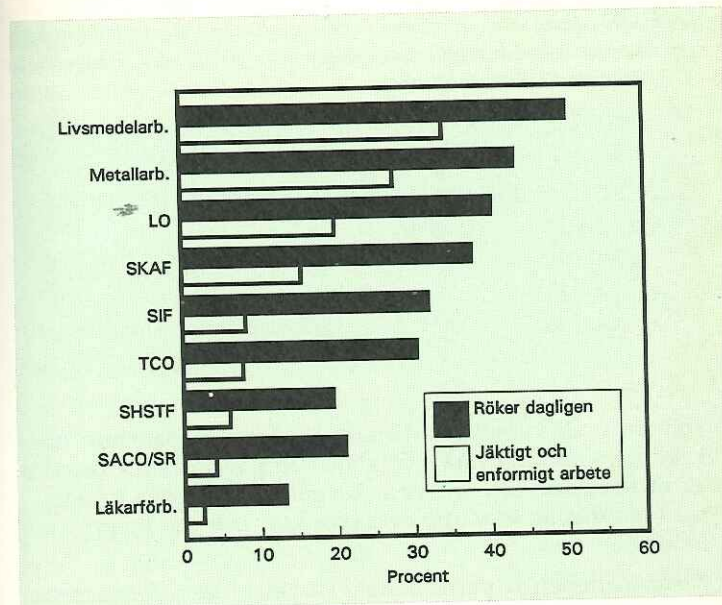
Om man tar hänsyn till det totala tobaksbruket, finns de stora socioekonomiska skillnaderna fortfarande kvar.

## Rökning och yrkesroller

För 25 år sedan var de sociala skillnaderna i rökvanor mycket små. Tobaksrökning var vanligt bland anställda i serviceyrken och mindre vanligt bland jordbrukare. Övriga yrken uppvisade bara små variationer.

Nu förekommer avsevärda skillnader mellan vissa yrkesområden. Det finns ett tydligt samband mellan rökning och upplevelse av monotont arbete (Figur 21).

Medlemmarna i bl a metallarbetarförbundet och livsmedelsarbetarförbundet upplever ofta sitt arbete som monotont. Rökning är här vanligt förekommande. Motsatsen gäller för akademiker och andra med omväxlande arbeten t ex läkare och lärare.



FIGUR 21: Andel rökare och andel personer med monotont arbete i några stora fackförbund. Sverige 1980-85. Källa: SCB: Levnadsförhållanden Rapport 51. 1987.

Figur 21 kan tolkas så att hälsoupplýsning om rökningens skadeverkningar bara nått vissa grupper. Bristande kunskap om rökningens skadeverkningar är emellertid bara en bland flera faktorer som styr människors beteenden. Andra faktorer i arbete och privatliv har minst lika stor betydelse.

Det bekräftas också när man studerar tobaksrökningen i relation till hur människor upplever sitt förvävsarbete och sitt arbete i hemmet (Tabell 27 och 28). En mycket stor andel av dem som har arbete med höga krav (jäktigt) och litet beslutsutrymme (kontroll) röker (Tabell 27).



TABELL 27: Andel män och kvinnor i olika socioekonomiska grupper, som dagligen röker ställda i relation till arbetsorganisatoriska förhållanden. Stockholms län. 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	MÄN		KVINNOR	
	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän
Låga krav hög kontroll	32	17	34	23
Höga krav låg kontroll	42	31	56	31

Hälften av de kvinnliga arbetare som har ett arbete med höga krav och samtidigt små möjligheter att påverka sin arbetssituation, är rökare. Det är mer än tre gånger så många jämfört med tjänstemän som upplever låga krav och god kontroll i arbetet.

Kombinationen av påfrestningar i arbetet (t ex utföra samma arbetsmoment hela tiden) och upplevelsen av en belastande arbetssituation i hemmet sammanhänger både hos män och kvinnor med rökning (Tabell 28). T ex röker drygt hälften av alla kvinnliga arbetare med både monotont förvärvsarbete och betungande hemarbete.

TABELL 28: Stockholms län. Andel bland män och kvinnor som röker dagligen. De är fördelade på olika socioekonomiska grupper och ställda i relation till olika arbetssituationer på arbetsplatsen och hemma. Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	MÄN		KVINNOR	
	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän
Varken monotont lönearbete eller betungande hemarbete	26	19	35	26
Enbart monotont lönearbete	38	18	47	28
Enbart betungande hemarbete	35	26	39	28
Både monotont lönearbete och betungande hemarbete	43	27	51	36

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPLANENS MÅL FÖR ÅR 2000:

### Andelen rökare minskas till hälften

Bland befolkningen över 20 år har under 1980-talet andelen rökare minskat med ungefär 1 procentenhet per år till 26% 1990. Samtidigt har andelen rökare bland barn och ungdom ökat. Många av dem som slutat röka snusar istället. Den totala tobakskonsumtionen har därmed inte minskat. Därför finns anledning att förstärka de förebyggande insatser som är riktade till barn och ungdom och insatser för att förebygga snusning. Med stöd av sådana insatser borde det vara möjligt att uppnå målet för år 2000.

## KOSTVANOR, ÖVERVIKT OCH MOTION

Vad vi äter har avgörande betydelse för vår hälsa. Många studier talar för att för mycket fett och för lite fibrer i kosten ökar risken för cancer. Högt fettintag, särskilt av mättade fettsyror, ökar sannolikt risken för hjärt-kärlsjukdomar. Enligt vissa beräkningar skulle 30% av all cancer och mer än hälften av alla kranskärlssjukdomar försvinna med bättre kostvanor. Det finns därför anledning för samhället att engagera sig i ett arbete för bättre kostvanor.

### Mer fibrer och mindre fett

Sedan 1965 har rekommendationerna från läkarvetenskapen och statliga myndigheter i stort sett varit oförändrade. För vuxna gäller följande:

- \* *Fettintaget bör inte överstiga 30% av det totala kaloriintaget. Intaget av mättade fettsyror bör vara mindre än 10% av energiintaget.*
- \* *Intaget av kostfiber bör vara minst 30 gram per dag.*
- \* *Kolhydrater bör utgöra minst 55% av energiintaget, därav högst 10 procent från socker.*
- \* *Intaget av koksalt bör inte vara högre än 7-8 gram per dag.*
- \* *Hårt stekt kött och fisk bör undvikas.*
- \* *Övervikt bör undvikas genom att energiintaget anpassas till energiförbrukningen.*

Hur lever vi då upp till dessa mål och rekommendationer?

Jämfört med 1960-talet äter vi mera grönsaker och frukt och mindre socker. Däremot äter vi mindre av färsk potatis när vi egentligen borde äta mera. Jämfört med 1960 skulle vi nu äta 25% mera bröd och andra mjölprodukter. Ökningen har bara blivit 5%. Matfettet borde minskat med 25% men har bara sjunkit med 9%.

Sedan 1960 har kostens fetthinnehåll varierat mellan 39 och 37 procentenheter. Under 1980-talet har den minskat ett par procentenheter, men det återstår att se om trenden håller i sig. Andelen fleromättade fettsyror i kostfettet har ökat, vilket är positivt för hjärt-kärlsjukligheten. Fiberinnehållet bör ökas ytterligare: Från dagens 20 gram till önskvärda 30 gram.

En detaljerad kartläggning av kostvanorna i Stockholms län genomfördes 1984/85 vid centrum för tillämpad näringslära, Huddinge sjukhus. Den visar att för kvinnor utgjorde fettintaget 37% av det totala kaloriintaget och för män 39%. En person av tre hade ett fettintag över 40%. Endast en av tio låg under rekommenderade 30%.

Gruppen med lågt fettintag åt enligt undersökningen mera bröd, särskilt fullkornsbröd. De använde mindre matfett och valde oftast lättmargarin. Den gruppen åt också mer grönsaker och frukt.

Undersökningen visade vidare att personer med högre utbildning valde en magrare kost med större andel fleromättat fett. Bara 15% åt mer än rekommendationens 30 gram kostfiber per dag. Hälften åt mindre än 20 gram per dag.

*Bland Stockholms befolkning finns ett tydligt mönster. Unga män i arbetaryrken äter mycket fett och lite fiber medan medelålders, kvinnliga akademiker tvärtom äter lite fett och mycket fiber.*

Våren 1990 genomfördes en studie av kostvanor bland skolbarn i Stockholms län.

Preliminära analyser visar att en tredjedel av barnen äter frukost tillsammans med föräldrarna mindre än 2 gånger per



vecka. 2 av 3 dricker ofta mjölk till frukost och vartannat barn äter fil och flingor. Vitt bröd är vanligare än grovt bröd och knäckebröd. Hälften av barnen äter ofta frukt och dricker ofta juice.

Kostens stora betydelse för folkhälsan har under senare år åter fått ökad uppmärksamhet. Stockholms läns landsting tog redan 1985 initiativ till ett brett förebyggande arbete med syftet att förbättra kostvanorna. Detta program, "Hälsomålet", kommer att utvärderas med bland annat grundliga kostvaneanalyser.

## Yngre män har sämst kostvanor

På basis av Folkhälsoenkätens frågor om livsmedel har två enkla index konstruerats. Dessa index indikerar hög fettkonsumtion respektive låg fiberkonsumtion. Resultaten för olika grupper visas i tabell 29.

TABELL 29: Andel med hög fettkonsumtion och låg fiberkonsumtion fördelad på kön, ålder och socioekonomisk grupp i Stockholms län. (Procent). Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	Hög fettkonsumtion		Låg fiberkonsumtion	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
20-24	40	10	31	14
25-44	28	10	21	10
45-	16	7	12	7
Arbetare	28	10	20	10
Tjänstemän	17	7	15	8

Fortfarande är skillnaderna i matvanor mycket uttalade. Yngre män i arbetaryrken har de sämsta kostvanorna och medelålders kvinnor i tjänstemannayrken har de bästa.

Siffrorna säger inte något säkert om matens innehåll av olika

näringsämnen, men antyder väsentliga sociala skillnader som bör uppmärksammas i det fortsatta, förebyggande arbetet. Särskilt anmärkningsvärt är att de yngre människors kostvanor förefaller ligga långt ifrån det önskvärda.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPLANENS MÅL FÖR ÅR 2000:

## Fettkonsumtionen minskas med en fjärdedel

Mycket tyder på att fettkonsumtionen minskat under 1980-talet. Det gäller framför allt det mättade fett. Data på området är dock osäkra. Utvecklingen går långsamt och dessutom förefaller vissa grupper, inte minst unga män, ha mycket bristfälliga kostvanor. Intensifierade insatser krävs sannolikt för att hälso- och sjukvårdsplanens mål ska kunna uppnås.

## Högt blodfett

Serumkolesterol är en sorts blodfett som har direkt samband med risken för hjärtinfarkt. Serumkolesterolnivån påverkas av kostvanorna.

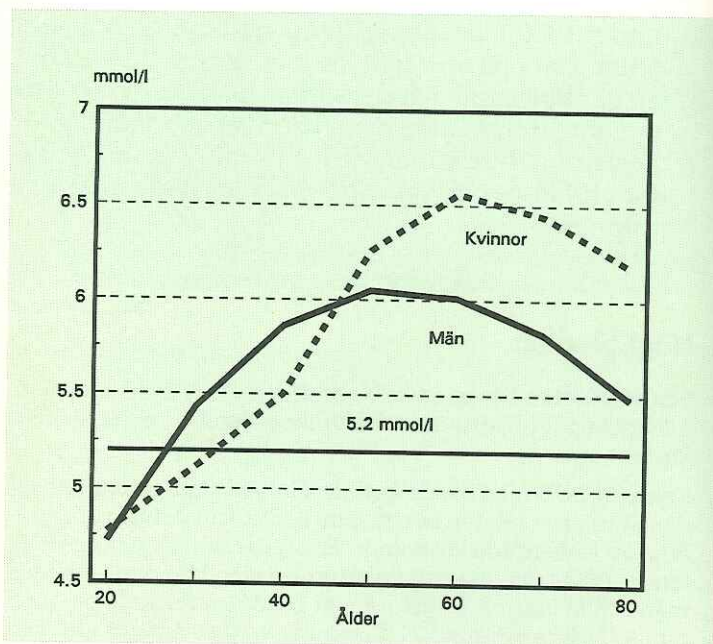
Fram till 1970-talet ökade kolesterolnivån stadigt. Nu finns studier som visar att den börjat sjunka. Det kan delvis vara en följd av förbättrade kostvanor. En studie från Göteborg i mitten av 1980-talet visar att kolesterolvärden bland medelålders män och kvinnor minskat från ett genomsnittsvärde på ca 6,5 mmol/l till ca 6,1 mmol/l. Liknande värden redovisades i en mellansvensk undersökning från samma period.

Med normal kolesterolnivå menas det värde där hjärt-kärlsjukligheten inte är förhöjd. Detta ligger på 5,2 mmol/l. Nästan hela den japanska befolkningen har kolesterolvärden under denna nivå. I Japan är dödlighet i hjärtinfarkt och andra krans-kärlsjukdomar en femtedel av Sveriges.



## 60 procent av stockholmarna har för höga kolesterolvärden

Blodprover från 250.000 stockholmare i mitten av 1980-talet visar att ca 60% av befolkningen har en kolesterolnivå över 5.2 mmol/l. Det är varken möjligt eller önskvärt att behandla alla dessa människor med läkemedel. Siffrorna understryker däremot behovet av en bred satsning på förbättrade kostvanor med minskad fetthalt, särskilt mättade fetter, för hela Stockholms befolkning.



FIGUR 22: Serum-kolesterolnivåer i mellansverige 1985. Källa: Waldius, Ljungner 1988.

Figur 22 visar att kolesterolnivåerna stiger med åldern och att yngre män har högre värden än kvinnor i samma ålder.

## Övervikt är vanligare bland äldre

Kraftig övervikt medför ökad risk för olika sjukdomar och för tidig död. Övervikt beräknas ofta som en relation mellan längd och vikt. Detta mått, Body Mass Index (BMI), beräknas som vikten delad med kvadraten för längden. Vikten anges i kilo och längden i meter. Acceptabelt BMI anges till mindre än 25 för män och mindre än 24 för kvinnor. Det motsvarar ca 72 kg för män och 69 kg för kvinnor med kroppslängden 1.70 meter.

Vid övervikt är åldersdiabetes mycket vanligt. Blodtrycket är också ofta förhöjt och risken för slaganfall (stroke) är större. Därtill kommer att belastningskador på höfter och knäleder är vanliga. I jämförelse med flertalet europeiska länder och framförallt USA, har Sverige relativt få överviktiga.

Folkhälsoenkät 90 visar att övervikt är vanligare bland äldre (dock ej bland dem som är äldre än 74 år) och bland kvinnliga arbetare jämfört med kvinnliga högre tjänstemän. (Tabell 30).

TABELL 30: Andel med övervikt (BMI=kg/m<sup>2</sup> över 25 för män och över 24 för kvinnor) i Stockholms län. (Procent). Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	Män		Kvinnor	
	20-44	45-74	20-44	45-74
Arbetare	26	46	26	56
Lägre tjm.	22	45	20	45
Högre tjm.	24	41	13	40

Över hälften av äldre kvinnliga arbetare är överviktiga. Bland yngre kvinnliga arbetare är övervikt dubbelt så vanlig som hos jämnåriga kvinnliga tjänstemän. För män är däremot de socioekonomiska skillnaderna nästan obefintliga.



Totalt har 23% av överviktiga kvinnor kraftig övervikt. Bland män är motsvarande siffra 16%. Över 74 år, minskar andelen överviktiga både bland män och kvinnor.

## Fysisk aktivitet på fritiden

Fysisk aktivitet har väldokumenterat positiva kroppsliga och psykologiska effekter. Emellertid saknas övertygande vetenskapliga belägg för att fysiska aktiviteter skulle kunna förebygga hjärt-kärlsjukdomar eller cancer. Däremot står det klart att brist på fysisk aktivitet ökar benägenheten för övervikt. Mycket talar också för att regelbunden motion inte minst bland äldre, är viktigt för att upprätthålla skelettets hållfasthet och den neuromuskulära reaktionsförmågan. Detta har i sin tur stor betydelse för att förebygga brott på lårbenshalsen vid fallolyckor.

TABELL 31: Andel som under det senaste året inte motionerat minst en timme per vecka i Stockholms län. (Procent). Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	Män		Kvinnor	
	20-44	45-74	20-44	45-74
Arbetare	15	23	22	20
Lägre tjm.	6	18	20	16
Högre tjm.	9	17	16	15

Närmare 20% av befolkningen uppger att de inte motionerar någon gång i veckan. Bland unga män är det relativt få som inte motionerar. Speciellt gäller det de manliga tjänstemännen (Tabell 31).

## SOLVANOR

Den kraftiga ökningen av elakartad hudcancer, maligna melanom, beror sannolikt på förändrade solvanor. Risken ökar då huden bränns med rodnad och sveda som följd. Riskerna är förmodligen störst om detta inträffar ofta i barnåren.

40% av befolkningen solar för att bli bruna mer än 14 gånger per år. Bland gruppen unga kvinnor är siffran 73%. 68% uppger sig bli röda och få sveda minst en gång per år i samband med solning. Endast 13% anger att detta inträffar flera gånger per år.

TABELL 32: Andel som vanligen i samband med solning bränner sig flera gånger årligen (med rodnad och sveda i huden). Stockholms län. (Procent). Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	Män			Kvinnor		
	20-24	25-44	45-64	20-24	25-44	45-64
Arbetare	21	14	2	20	17	4
Lägre tjm.	-	19	10	-	19	7
Högre tjm.	-	14	9	-	21	10

Bland yngre personer är det anmärkningsvärt många som uppger att de bränner sig flera gånger årligen i samband med solbadning (Tabell 32). De höga siffrorna i kombination med den snabbt växande förekomsten av elakartad hudcancer, gör det fortsatta förebyggande arbetet på detta område mycket angeläget.

## SOCIALA RELATIONER

Sociala relationer har stor betydelse för människors hälsa. Många studier visar på tydliga samband mellan dåligt psykiskt välbefinnande och brist på socialt nätverk och socialt stöd (se kapitel 2). Det har även visat sig att människor med bristande socialt nätverk har ökad dödlighet. De sociala relationerna påverkar också alkoholkonsumtion, tobaksrökning och kostvanor. Samhällets hälsopolitik kan inte direkt påverka människors sociala relationer, men familjepolitik och bostadspolitik kan skapa bättre förutsättningar.

Familjebildningen har förändrats påtagligt under efterkrigstiden. Vid mitten av 1960-talet minskade antalet giftemål kraftigt och har varit i stort sett konstant de senaste 20 åren. Samtidigt har en ny samlevnadsform, samboendeförhållanden, blivit allmänt accepterad. I slutet av 1980-talet bestod en fjärdedel av alla familjer av samboende. 50% av barnen föds utanför äktenskap.

I Stockholms län upplöses varje år ca 20.000 parförhållanden. Barn finns i en tredjedel av dessa. Familjeupplösning är vanligare i arbetarfamiljer än i tjänstemannafamiljer.

När det gäller upplösning av parförhållanden, är de geografiska variationerna mycket stora. Sannolikheten att flytta isär är 3-4 gånger så stor i Stockholms stad, Solna och Sundbyberg jämfört med kommuner i Norrlands inland. På "tio-i-topp-listan" över kommuner där flest par flyttar isär, ligger 7 i Stockholms län.

Det går inte att hävda att skilsmässor och separationer i sig utgör en hälsorisk. Det finns inget säkert belägg för att skilsmässor i sig skapar psykiska problem bland vare sig vuxna eller barn. Det handlar ofta om långvariga, uppslitande konflikter. Frånskilda har dock högre dödlighet. Ofta utgör skilsmässa, missbruk och utslagning från arbetsmarknaden ett komplext samspel.

## Allt fler bor ensamma

Att människor, framför allt äldre, i så hög grad bor och lever ensamma i storstäderna, tros emellertid påverka behovet av större omvårdnad från samhällets sida. I Stockholms län är 24% av befolkningen ensamboende jämfört med 19% i riket som helhet. I Stockholms stad är siffran hela 32% och ökar snabbt. Av stockholmarna uppger 10% att de inte har kontakt med någon anhörig. Motsvarande siffra för hela landet är 7%.

30% av befolkningen i Stockholms län uppgav under 1980-talet att de inte hade någon i bostadsområdet som de brukade utbyta små tjänster med. De träffade också grannarna ytterst sällan. Utvecklingen verkar dock vara positiv - siffran var ca 40 % på 70-talet.

## Isolering - en sjukdomsrisk?

Det finns skillnader i kontakter mellan människor i olika typer av bostadsområden. I småhusområden tycks grannar oftare ha kontakter med varandra. I kapitel 1 redovisades en stark anhopning av sjuklighet till allmännyttiga bostadsområden i perifera förorter. Dessa områden har dock inte den lägsta andelen sociala kontakter. Isoleringen återfinns istället i de mer centralt belägna stadsdelarna och gäller boende i såväl hyres- som bostadsrätter.

TABELL 33: *Andelen i befolkningen som har bristfälligt socialt nätverk och/eller litet socialt stöd. (Procent).*  
Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	MÄN	KVINNOR
20-24 år	32	21
25-44 år	37	29
45-64 år	41	33
65- år	38	38



Äldre kvinnor upplever oftare än yngre att de har bristfälligt socialt nätverk eller att de vid behov saknar socialt stöd. I övrigt tenderar kvinnor att ha bättre sociala kontakter än män.

## VÅLD

Många olycksfall har ett inslag av våld. En fråga som av och till aktualiseras av massmedia är om våldet i samhället ökar eller inte.

Enligt Folkhälsoenkäten 1990 uppger cirka 6% av stockholmarna att de under senaste året blivit utsatta för hot om våld som varit så allvarligt att de blivit rädda. (Tabell 34).

TABELL 34: Andel som blivit utsatta för hot om våld i relation till ålder, kön och socioekonomisk grupp. Stockholms län. (Procent). Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	MÄN		KVINNOR	
	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän
20-44 år	16	8	12	7
45-64 år	6	3	4	3
65-	2	2	5	1

Arbetare och yngre personer har genomgående blivit utsatta för våldshot oftare än tjänstemän. Av dessa våldshot har 16% ägt rum på arbetet, 26% i hemmet och 58% på annan plats. De som verkligen utsatts för fysiskt våld är något färre än de som hotats. 3% uppger att de utsatts för fysiskt våld. Även här är vissa grupper mer utsatta än andra (Tabell 35).

Yngre manliga arbetare är den grupp som blivit mest utsatt för fysiskt våld. Män har genomgående blivit mer utsatta för fysiskt våld jämfört med kvinnor. Av dem som blivit utsatta för fysiskt våld har cirka en fjärdedel sökt sjukvård pga skador.

TABELL 35: Andel som blivit utsatta för fysiskt våld i relation till ålder, kön och socioekonomisk grupp. Stockholms län. (Procent). Källa: Folkhälsoenkät 1990.

	MÄN		KVINNOR	
	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän
20-44 år	14	4	4	4
45-64 år	3	3	2	0
65-	0	1	2	0

## EN OLYCKA KOMMER SÄLLAN ENSAM

Är vissa grupper i befolkningen utsatta för fler hälsorisker än andra? Frågeställningen är intressant på flera sätt.

För det första får vi en möjlig förklaring till varför vissa grupper är sjukare och har högre dödlighet än andra. Skillnaderna i hälsa mellan män och kvinnor eller arbetare och tjänstemän har i princip tre möjliga förklaringar. De kan bero på att många i den ena gruppen är utsatta för någon specifik, känd eller okänd faktor med hög överrisk. Det kan också bero på en koncentration av många riskfaktorer i gruppen, eventuellt i kombination med samverkans effekter dem emellan. Den första förklaringen är ovanlig. De två senare behöver vi oftast veta mera om.

För det andra medför fynd av anhopade risker misstankar om bakomliggande, gemensamma orsaker, vilket kan behöva undersökas närmare.

För det tredje är det värdefullt för den som planerar ett hälsofrämjande program att veta något om riskmönstret i olika grupper på den plats där programmet ska genomföras. Kanske bör man sätta in åtgärder mot flera typer av riskfaktorer samtidigt. Programmet bör förmodligen utformas så att dess effekter framför allt kommer dem som är värst utsatta till del.



Det är vanligt att tala om hälsorisker förknippade med människors livstil. Det brukar vara ett sätt att antyda att risken är frivillig eller självvald. I kontrast till detta står miljörisker och de faror som är en följd av samhällsstrukturrella förhållanden. Uppdelningen tjänar ofta ett moraliserande syfte, men är inte så självklar som det i förstone kan tyckas. Det är en logiskt felaktig slutledning att hävda att det man en gång valt, det kan man i princip alltid välja bort. Även miljörisker påverkas av mänskligt handlande.

För att illustrera kopplingen mellan dessa två perspektiv, har utifrån folkhälsoenkäten 1990 riskfaktorerna grovt delats in i två grupper: "Livsstilsrelaterade" respektive "strukturbetingade".

Till de livsstilsrelaterade räknas fettrik kost, fiberfattig kost, daglig cigarettökning, högt intag av alkohol, kraftig övervikt samt ett stillasittande liv utan fysisk träning (sammanslagd sex riskfaktorer men ingen hade mer än fem samtidigt).

Till de strukturbetingade riskfaktorerna hör bristfällig arbetsmiljö i ergonomiskt avseende, psykisk stress i arbetsmiljön, avsaknad av kontroll över arbetet, svagt utvecklat socialt nätverk samt dålig tillgång till socialt stöd (fem riskfaktorer).

## Arbetarna värst utsatta

Av tabell 36 och 37 framgår att arbetargruppen är värst utsatt i bägge riskkategorierna. Andelen utsatta för många risker är 2 till 3 gånger större bland arbetarna än bland tjänstemän på hög eller mellannivå.

Av tjänstemän på hög eller mellannivå är 19% inte utsatta för någon av de 11 riskfaktorer som studerats. Motsvarande siffra bland arbetarna är 6%. Bland arbetare finns en tydlig tendens att de som är utsatta för flera livsstilsrisker också är exponerade för många strukturrisker. Bland de högre tjänstemännen är detta mönster inte lika entydigt.

Tabell 38 visar den relativa risken för arbetare att vara utsatta för ett visst antal livsstils- och strukturrisker jämfört med tjänstemän på hög och mellannivå. I den värst utsatta gruppen, de som är utsatta för 3-5 riskfaktorer av bägge kategorierna, är andelen bland arbetarna 4,9 gånger större än bland högre tjänstemän.

TABELL 36: Procentandel utsatta för olika antal strukturbetingade riskfaktorer inom olika socioekonomiska grupper.

	Antal risker		
	0	1 - 2	3 - 5
Arbetare	23,6	52,6	27,9
Lägre tjänstemän	34,5	55,6	10,0
Högre/mellan tjänstemän	42,5	48,4	9,2

TABELL 37: Procentandel utsatta för olika antal livsstilsrelaterade riskfaktorer inom olika socioekonomiska grupper.

	Antal risker		
	0	1 - 2	3 - 5
Arbetare	23,6	61,2	15,2
Lägre tjänstemän	39,1	51,3	9,6
Högre/mellan tjänstemän	41,5	50,7	7,8

De flesta risker tagna var och en för sig är socialt snedfördelade. Det är delvis välkänt. Att detta också innebär att bland arbetare finns en betydligt större andel som är exponerade för många risker är inte förvånande, men borde röna större uppmärksamhet.



TABELL: 38 Kooten mellan andelen arbetare och andelen tjänstemän utsatta för ett visst antal livsstilsrelaterade och strukturbetingade hälsorisker.

Livstilsrisker	Strukturrisker		
	0	1-2	3-5
0	0,3	0,7	1,0
1-2	0,8	1,2	3,8
3-5	0,6	2,2	4,9

## ÄR DET VÄRT RISKEN?

Det är intressant att veta hur stockholmarna uppfattar tillvarons risker. Det säger t ex något om vilka områden allmänheten tycker att det är viktigast att satsa på när det gäller förebyggande åtgärder.

Dessutom får den som vill försöka nysta upp sjuklighetens komplicerade orsaksmönster ännu en trådända att dra i.

Vi får ökad förståelse för vad som bestämmer individernas hantering av vardagslivets risker. Finns det exempelvis ett samband mellan individens uppfattning om en risk och graden av exponering? Kan skillnader i riskuppfattning mellan olika grupper förklara skillnader i riskexponering?

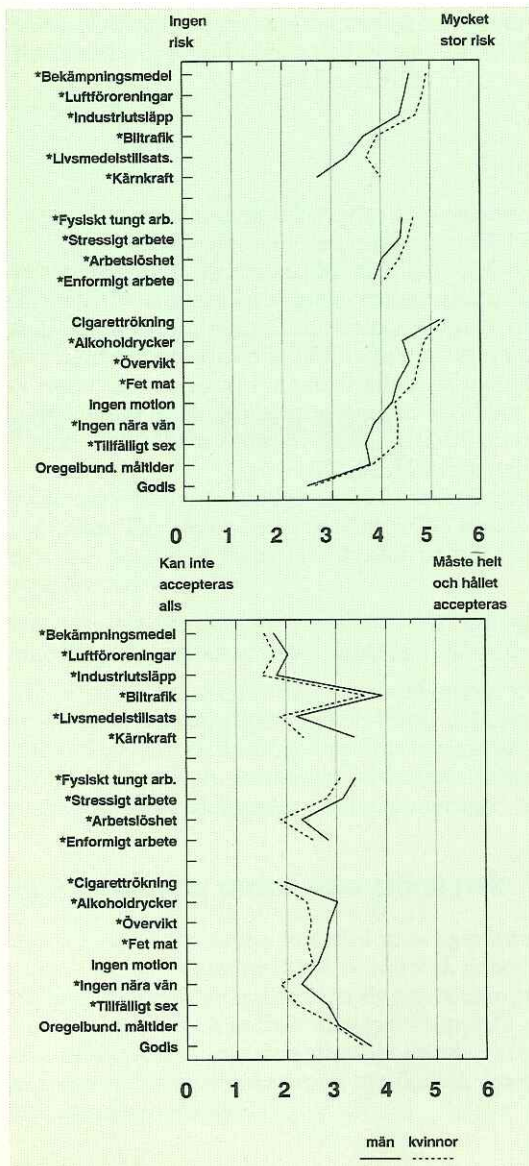
## Cigarettökning anses som störst risk

Figur 23 visar hur vuxna stockholmare uppfattar 19 olika risker de hade att ta ställning till. Störst risk anses cigarettökning medföra. Bland yttre miljörisker ligger bekämpningsmedel, luftföroreningar och industriutsläpp i topp. På arbetsmiljösidan anses fysiskt tungt och stressigt arbete vara farligt och vad gäller levnadsvanor pekar man ut alkohol, övervikt och fet mat vid sidan av rökningen.

Övervikt och fet mat bedöms medföra högre risk än livsmedelstillsatser. Trots detta accepteras de i högre grad, sannolikt därför att de har en frivillig karaktär.

## Stabilt mönster

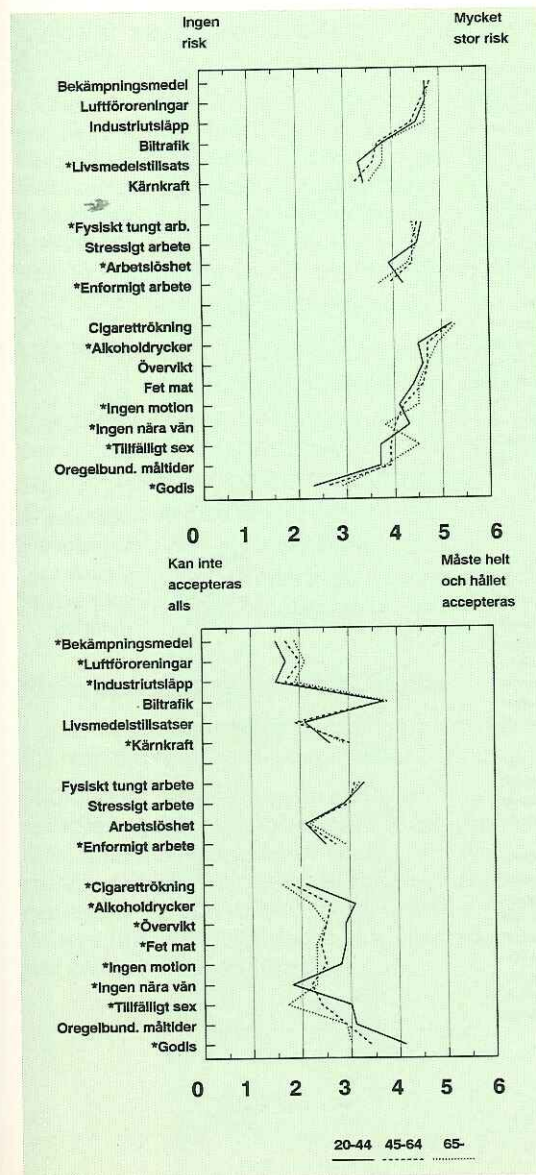
Mönstret i figuren speglar rangordningen mellan riskerna som är mycket stabil. Den är i stort sett likadan bland män och kvinnor, unga och gamla och i olika socioekonomiska grupper. Däremot kan uppfattningarna vara förskjutna åt vänster eller höger på skalan. Några risker är dock mer kontroversiella och uppfattas olika i olika grupper. Dit hör kärnkraften med framför allt stora skillnader mellan könen. Liknande tendenser kan ses i samband med riskfaktorer som alkohol, att inte ha en nära vän att prata med, tillfälliga sexförbindelser och i viss mån arbetslöshet (Figureerna 23, 24, 25).



FIGUR 23:

Skillnaden mellan mäns och kvinnors uppfattning om vissa riskers storlek och om i vilken grad de kan accepteras.

(\* anger att skillnaden inte kan antas bero på slumpen)

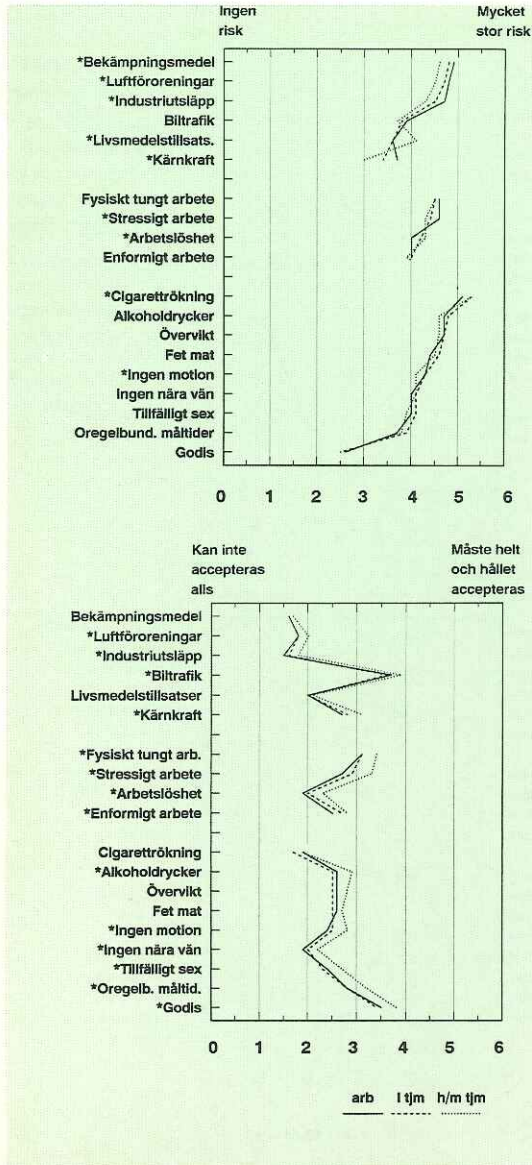


FIGUR 24:

Skillnaden mellan tre olika åldergruppers uppfattning om vissa riskers storlek och om i vilken grad de kan accepteras.

(\* anger att skillnaden mellan den yngsta och den äldsta gruppen inte kan antas bero på slumpen)





FIGUR 25: Skillnaden mellan olika socioekonomiska grupperns uppfattning om vissa riskers storlek och om i vilken grad de kan accepteras. Arb = arbetare, I tjm = lägre tjänstemän, h/m tjm = tjänstemän på hög eller mellannivå.

(\* anger att skillnaden mellan arb och h/m tjm inte kan antas bero på slumpen)

## Kvinnor ser allvarigare på risker än män

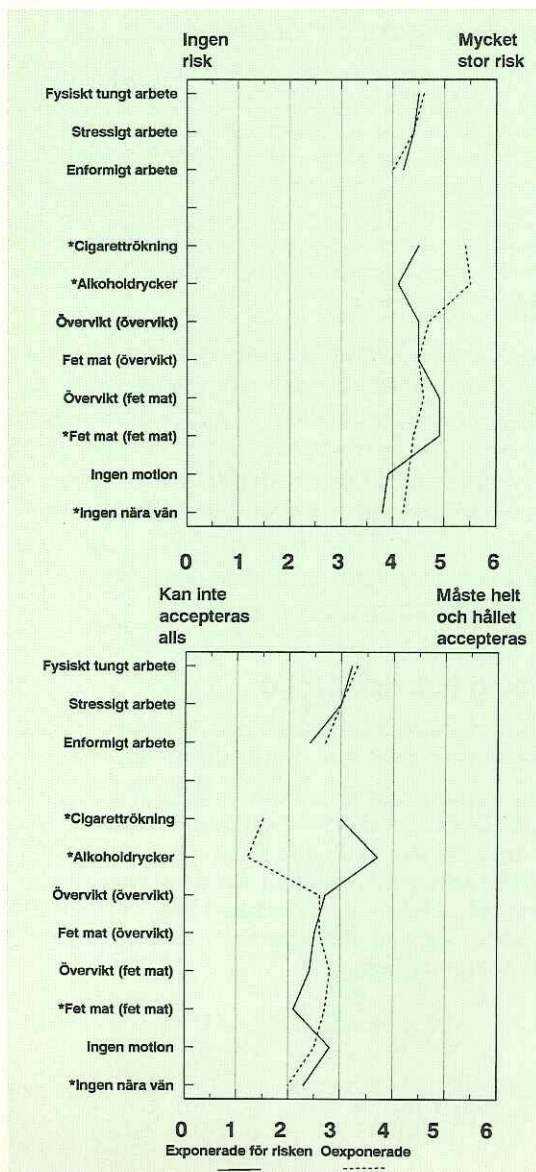
Skillnaderna i riskvärdering varierar men är inte uppseendeväckande stora. Kvinnor uppfattar flertalet risker som allvarigare än vad män gör och de accepterar dem också i mindre utsträckning. Däremot är det ingen större skillnad mellan olika åldersgrupper vad gäller uppfattning om riskstorlek. Den olikhet som finns, gäller privatlivets risker som de yngre accepterar i högre grad än de äldre så när som på två undantag: Att inte ha någon nära vän att prata med och risker i samband med tillfälliga sexförbindelser.

Vad gäller de socioekonomiska grupperna är det ingen skillnad mellan arbetare och tjänstemän i synen på privatlivets risker. Det är intressant, med tanke på att flera av riskexponeringarna är betydligt vanligare i arbetargruppen. Dessutom finns det en tendens till mer restriktiv hållning och mindre acceptans i arbetargrupper i relation till dessa risker. Tendensen i övrigt är att tjänstemän värderar de yttre miljöriskerna lägre och accepterar både dem och arbetsmiljöriskerna i högre grad än arbetare.

## Riskuppfattning hos riskutsatta

I figur 26 jämförs riskuppfattningarna hos dem som är utsatta för respektive risk med dem som inte är utsatta för risken.

Skillnader i uppfattning återfinns framför allt vad gäller cigarettökning och alkoholdrycker: Mest uttalat i graden av acceptans, men det är också stor skillnad i fråga om bedömning av riskens storlek. På arbetsmiljösidan är det de utsatta som uppger sig ha störst risk. I fråga om livsstilsriskerna är det istället de som inte utsätter sig som värderar riskerna högre och som har svårare att acceptera dem.



FIGUR 26: Skillnaden mellan de som är exponerade för en risk och de som inte är det i uppfattning om riskens storlek och grad av acceptans.

## Barnen i Stockholm – hälsa och vardag

### Ökat barnafödande

Ett uttryck för hur människor upplever förutsättningar för att ge barn goda uppväxtvillkor, är hur många barn som föds. Sverige och Stockholms län har höga födelsetal jämfört med andra länder och storstäder i Västeuropa. Fruktsamhetstalet har varierat över tiden. Under 1970-talet minskade antalet födda barn såväl i Stockholm som i riket som helhet. Efter bottnoteringen 1983 med 1,38 barn per kvinna, ökade födelsetalet till 1,89 år 1989. Ökningen under 1980-talet berodde bl a på att de stora 1960-tals kullarna nu fick barn och att många kvinnor hade skjutit upp familjebildandet. Andra bidragande orsaker anses vara en kombination av föräldraförsäkringens utformning och svårigheterna att få barnomsorg.

### Barns förändrade vardag

Barns uppväxtförhållanden har gradvis förändrats över tiden. Från början av 1900-talet och framåt har följande faktorer troligen haft betydelse för barnens levnadsförhållanden:

- Mindre barnkullar
- Förbättrad familjeekonomi
- Koncentration av barnfamiljerna till förortsområden



- *Ökande andel förvärvsarbetande mödrar*
- *Kraftigt moderniserad teknik med bl a ökat massmedialt inflytande i familjen*
- *Kraftigt ökad barnomsorg utanför familjen*
- *Ökat flerkulturellt inflytande*
- *Ökat antal separationer mellan föräldrar*

I ett historiskt perspektiv har samhällets sociala och ekonomiska utveckling varit avgörande för de långsiktigt sjunkande födelsetalen. Strukturomvandling, urbanisering och kvinnors (åter)inträde på arbetsmarknaden har påverkat vår tids familjemönster. Men, sambanden är komplexa. Barnkullarna har som tidigare nämnts ökat under 1980-talet. Samtidigt har ekonomin för barnfamiljerna blivit mer trängd. Det är viktigt att tänka på hur dessa förändringar påverkar barnen, deras hälsa och anpassning. Ansvar för barnen och inflytandet över dem har i flera avseenden flyttats utanför familjen. Den utvecklingen har inneburit att föräldrar kan känna ett främlingskap för barnens vardag, speciellt när det gäller de äldre barnen.

## Så bor och lever barnen

I länet fanns 1988 barn under 16 år bara i vart 4:e hushåll. I vanligaste hushållet med barn fanns två sammanboende vuxna och ett barn. Trots att separationer mellan föräldrar är vanliga, levde 1985 75% av alla barn i hushåll tillsammans med båda de biologiska föräldrarna. Situationen är ungefär densamma i Göteborg och Malmö, medan 80% av barnen utanför storstäderna bor med båda föräldrarna. Separationer är något vanligare för arbetarklassens barn än för tjänstemännens. Separationer är tre gånger vanligare i Stockholms stad, Solna och Sundbyberg jämfört med kommuner i Norrlands inland. I Danderyd, Täby och Norrtälje finns två sammanboende vuxna i 9 av 10 barnhushåll. I Solna, Stockholms stad och Sundbyberg är barnhushåll med endast en vuxen betydligt vanligare.

Hushåll med ensamstående förälder har vanligen betydligt sämre ekonomi än hushåll med två föräldrar. Enligt SCB:s kartläggningar av barnfamiljers levnadsförhållanden vid mitten av 1980-talet har vart femte barnhushåll med ensamstående föräldrar fått socialbidrag. Motsvarande siffra för barnhushåll med sammanboende är vart 20:e. Ensamståendes barn bor oftare i hyreslägenhet (67%) än sammanboendes (19%).

1987 hade inom länet ca 6 av 10 barn (över 4 månaders ålder) kommunal barnomsorg. För Sverige som helhet var motsvarande siffra 4,5. Utbyggnaden av barnomsorgen varierar mellan olika kommuner i länet. I januari 1987 hade enligt tillgängliga uppgifter 7 av 10 barn i Stockholms kommun kommunal omsorg. Detsamma gällde bara 4 av 10 barn i Österåkers kommun. 75% av barn till ensamstående i hela riket hade kommunal barnomsorg, men endast 45% av barn till sammanboende. Det är vanligare att tjänstemannabarn har kommunal barnomsorg. På riksnivå har 80 % av barnen i familjer med två tjänstemannaföräldrar kommunal barnomsorg. För familjer med två arbetarföräldrar är motsvarande siffra 50%.

Det är viktigt att påminna om att mycket av den utveckling som präglat svenska barnfamiljer, har sin motsvarighet i andra, västerländska samhällen. Av en amerikansk kongressrapport (Tabell 39) framgår att familjetyper, andel ensamstående föräldrar, skilsmässofrekvens inom barnfamiljerna m m är ungefär detsamma i Sverige och flera andra europeiska länder. Den ekonomiska situationen för barnfamiljer i allmänhet och för ensamstående i synnerhet, var dock bättre i Sverige än i de flesta andra länder. När det gäller grova hälsoparametrar som dödstal i olika åldrar, ligger Sverige bra till. I några avseenden som t ex andelen dödsfall hos unga mellan 15 och 24 år som kan relateras till våldsam död (självmod och olycksfall), är dock de för Sverige redovisade siffrorna bland de högsta av 13 jämförda länder.



TABELL 39: Barn och ungdomars levnadsförhållanden och hälsa vid 1980-talets mitt i några OECD-länder. Källa: US-Congress Report 101-628, 1990.

	V-tyskland	Storbri- tannien	USA	Sverige
Andel av barnfamiljer med ensamförälder	14	13	23	17
Andel ensamförälder familjer under fattigdomsgräns	32	37	43	8
Andel våldsam död av alla dödsfall 15-24 år	69	62	77	75

## Regionala olikheter i dödlighet

Spädbarnsdödligheten är i en större del av världen ett bra mått på samhällsutvecklingen, men har förlorat sin känslighet i moderna välfärdssamhällen som Sverige. Spädbarnsdödligheten har i stort sett minskat oavbrutet de senaste 200 åren. I ett sekellångt perspektiv talar mycket för att även de sociala olikheterna i dödlighet har minskat. På 1880-talet hade Stockholms stad en överdödlighet bland spädbarnen på 75% jämfört med riket. 40 år senare hade denna skillnad försvunnit. Då var det istället Norrbotten som låg högst med en överdödlighet på 60%. Idag finns inga regionala skillnader. De regionala skillnaderna avspeglade i första hand effekten av sociala faktorer. Det kan därför vara intressant att söka uppskatta hur de sociala faktorernas betydelse har förändrats över tiden.

## Barn utom äktenskap

Den offentliga dödlighetsstatistiken urskiljer endast en grupp av socialt utsatta, nämligen de barn som föddes utom äktenskap.

Idag föds över 50% av barnen utom äktenskap, men föräldrarna är ändå vanligen sammanboende. Tidigare avspeglade de utomäktenskapliga barnens överdödlighet mycket av de svårigheter som den moderna socialpolitiken kom att inrikta sig på. Även idag är dock ensamstående mödrar en socialt utsatt grupp. Ett sätt att bedöma hur väl samhället lyckas förebygga hälsoeffekter av de 'oäkta' barnens utsatta situation, är att studera hur skillnaden i spädbarnsdödlighet utvecklats för barn inom och utom äktenskapen.

*De senaste decenniernas socialpolitik med mödra- och barnhälsovård har tillsammans med en ändrad syn på utomäktenskapliga barn reducerat skillnaderna i spädbarnsdödlighet mellan barn födda inom och utom äktenskap till en obetydlig andel. Om man beräknar den andel (etiologisk fraktion) av dödsfallen som kan tillskrivas de 'oäkta' barnens utsatta situation, finner man att den har minskat från 25% av sekelskiftets många spädbarnsdödsfall till 1% av dagens mycket få.*

## Sociala förhållanden påverkar fortfarande födelsevikten

Som tidigare nämnts, är risken att ett barns liv skall gå till spillo störst omkring födelsen. Statistiskt talar man om perinatal dödlighet. Det uttrycker antalet dödfödda barn samt antalet födda barn som dör under första levnadsveckan räknat per 1.000 födda. Antalet dödfödda barn och antalet barn som dör under första levnadsveckan är ungefär lika stort.

Den perinatale dödligheten var i stort sett konstant under första delen av 1900-talet. Från 1940-talet har den dock minskat gradvis. Förklaringen är säkert i första hand uppbyggandet av den förebyggande mödrahälsovården och att förlossningarna äger rum på sjukhus. Den förbättrade förlossningsvården och vården av nyfödda har troligen också stor betydelse.



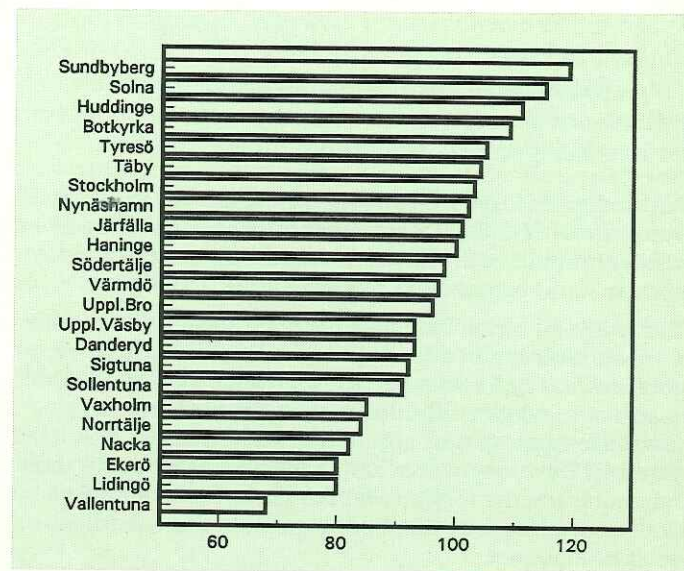
Omkring 1980 hade man nått en perinatal dödlighet på ca 10 per 1.000 födda. Den allmänna uppfattningen var då att dödligheten inte kunde sänkas mycket mer. De barn som förlorades hade inte nått den mognad som krävdes för att klara ett självständigt liv utanför moderns kropp. Under 1980-talet har det blivit möjligt att hjälpa också omogna barn till överlevnad och god hälsa. Den perinatala dödligheten är nu 6 per 1.000 födda. Vården är dock mycket kostsam och hos de mycket omogna barnen finns en ökad förekomst av motoriska skador (cerebral pares, CP).

Sänkningen av den perinatala dödligheten kräver stora sjukvårdsinsatser och slutenvården av nyfödda barn har också stigit kraftigt. Antalet vård dagar för nyföddhetsperiodens sjukdomar har i länet ökat från 10% till 20% från år 1977 till 1987. I absoluta tal ökade antalet vård dagar med perinatala diagnoser under samma period med 50%.

Låg födelsevikt innebär definitionsmässigt en vikt under 2.500 gram vid födelsen. De flesta perinatala dödsfall sker hos barn ur denna viktgrupp. Internationellt finns ett starkt samband mellan låg födelsevikt och social situation. I Sverige har andelen barn med låg födelsevikt minskat något under andra hälften av 1900-talet. Karakteristiskt för vårt land är emellertid att merparten lågviktiga barn är födda för tidigt (prematura). I länder med svåra socioekonomiska förhållanden, är en större del av de lågviktiga barnen undernärda under fosterlivet till följd av undernäring, infektioner eller andra sjukdomar hos mamman.

Även i Sverige finns ett samband mellan social situation och födelsevikt. Andelen lågviktiga barn (<2.500 g) var 1986 enligt Socialstyrelsens beräkningar knappt 5% bland barn till arbetare och lägre tjänstemän, jämfört med knappt 4% bland barn till högre tjänstemän.

För Stockholms del kan man konstatera att andelen barn med låg födelsevikt varit 20% högre i kommuner som Solna och Sundbyberg jämfört med Nacka, Lidingö och Ekerö. Generellt kan man konstatera ett samband mellan andelen lågviktiga barn och andelen socialhjälpstagare i en kommun. Det finns också ett samband mellan andelen lågviktiga barn och andelen barn boende hos ensamförälder, andelen hyreshushåll samt andelen invandrabarn (Figur 27).



FIGUR 27: Andel barn med låg födelsevikt (<2500 gram). Stockholms län 1975-83. Länet=100.

## Missbildningar och fosterskador

I början av 1960-talet upptäcktes att "Neurosedyn", då ett vanligt läkemedel, kunde orsaka allvarliga fosterskador. En av följderna av denna katastrof blev Missbildningsregistret. Det inrättades vid Socialstyrelsen 1964. I registret har fram till idag knappt 1 barn per 100 födda registrerats per år. Det finns ingen klar tendens till ökning. Man fann ungefär samma nivå vid en svensk undersökning på 1920-talet. Man har inte heller kunnat påvisa några påtagliga samband mellan kvinnors yrkesarbete och missbildningsförekomst.

*Vid Missbildningsregistret har nyligen gjorts vissa specialstudier. Man fann då bl a att rökning under graviditet ökar risken med 30% att föda ett barn med ansiktsspalt. Man undersökte också om antalet födda barn med missbildningar*



*ökat efter Tjernobylyoluckykan i april -86. Inga säkra förändringar i frekvens har kunnat iakttagas. Ingen generell förändring i födelseviktsfördelning har heller iakttagits. Dock fann man en ökning av frekvensen legalaborter bland kvinnor som blev gravida i anslutning till olyckan.*

Den vanligaste kromosomrubningen är Downs syndrom (Mongolism). Vid Downs syndrom förekommer vanligen en extra kromosom nr 21. Risken att få ett barn med Downs syndrom är starkt beroende av moderns ålder.

I Södertälje kommun fann man omkring 1980 en ökad frekvens av missbildningar, bl a föddes 16 barn med Downs syndrom mot förväntat 10,4 under perioden 1975-83. Man gjorde utförlig analys som ledde till slutsatsen att det rörde sig om en slumpmässig geografisk ansamling, s k klustereffekt. Antalet barn med Downs syndrom har i Södertälje under de följande åren motsvarat det förväntade. Det finns flera exempel på lokala ansamlingar av missbildningar som uppenbarligen berott på slumpen.

## Plötslig spädbarnsdöd

Med plötslig spädbarnsdöd menar vi ett plötsligt, oväntat dödsfall hos ett spädbarn, där dödsorsaken inte kan fastställas. Tillståndet är känt från historiska dokument i Sverige och utomlands. En viss ökning kan noteras under de senaste två decennierna i såväl länet som övriga Sverige och ligger nu nära det västerländska genomsnittet. I Stockholms län drabbas varje år föräldrar till ca 20 till synes friska barn av att barnet plötsligt och oförklarligt rycks ifrån dem.

Många möjliga orsaker till plötslig spädbarnsdöd har diskuterats, men någon säker förklaring har man ännu inte funnit. Man har kunnat konstatera att tillståndet i stort sett har jämn geografisk spridning över landet. Vissa uppgifter talar för att dödsfallen kan vara vanligare i lägre socialgrupper. Cigarettrökning hos den gravida kvinnan tycks vara en riskfaktor, möjligen i kombination med andra faktorer.

## Övre luftvägsinfektioner – ett stort problem för barnfamiljer

Vanliga förkylningar - övre luftvägsinfektioner (ÖLI), eventuellt komplicerade av öroninflammation eller luftrörskatarr är mycket vanliga, framför allt hos små barn. Infektionsförsvaret når ofta sin fulla kapacitet först när barnet är 2-3 år gammalt. Barn som vistas i infektionstäta miljöer, t ex daghem, kan därför dra på sig ett ansevärt antal s k banala infektioner. Vid en studie i Stockholm hösten 1982 följde man en grupp ettåriga barn under en treveckorsperiod. I genomsnitt hade barnen ÖLI-symptom nästan 1/3 av alla observationsdagar.

De flesta infektioner går över av sig själva och endast i ungefär vart 10:e fall, vänder sig föräldrarna till någon sjukvårdskunning, vanligen BVC-sjuksköterska, distriktssköterska, någon vårdcentral eller jourläkare. I övriga fall sköter man infektionerna i hemmet, ofta på bekostnad av att en förälder stannar hemma från arbetet.

För att minska infektionsrisken på daghem är det viktigt med ett bra inomhusklimat, bl a god ventilation. Det är också



väsentligt att barnen vistas mycket utomhus. Stränga isole-ringsrutiner vid sjukdomssymtom har däremot inte visat sig vara effektiva. Man kan inte heller vaccinera mot vanliga förkylningar såsom fallet är med t ex mässling, påssjuka och röda hund. En trekomponent vaccination mot dessa sjukdomar som introducerades 1982 har inneburit att de mer eller mindre försvunnit. Detta har i sin tur givit avsevärda samhällsekonomiska vinster.

## CP, astma och diabetes ökar

Drygt 7% av alla barn uppges ha långvarig sjukdom eller handikapp, därav 1,3% allvarligt. Andelen är högre bland barn till arbetare (9%) jämfört med tjänstemän (6%). Flera vanliga, långvariga sjukdomar bland barn förefaller öka. Under de senaste två decennierna förefaller både astma och diabetes ha ökat påtagligt. Även cerebral pares (CP) som minskade fram till 1970-talet, har åter börjat öka. Det är troligen en följd av att flera för tidigt födda barn numera kan räddas - flertalet dock till fullt friska liv. Aktuella studier talar för att levnadsförhållandena för handikappade barn och deras familjer kraftigt förbättrats på senare år, även om den sociala och psykologiska belastningen fortfarande är mycket stor, inte minst bland mödrar med handikappade barn.

Barn är, liksom vuxna, personligheter som reagerar på sitt personliga vis i livets olika skiften. Barns utveckling kan beskrivas i olika skeenden och sekvenser, men de individuella variationerna är ofta stora.

Ett modernt samhälle ställer bestämda krav även på sina barn. Dagarna är inrutade med vissa aktiviteter vid vissa tidpunkter. Barn förväntas kunna delta i vissa gruppaktiviteter tillsammans med jämnåriga vid vissa åldrar och barn förväntas ha en viss mognad och följa ett visst mönster för att kunna passa in i bestämda skolsituationer.

Det har gjorts försök att bedöma hur vanligt det är att barn "avviker från ett svenskt normbeteende". I Stockholms län genomfördes sådana undersökningar i samband med att fyra-årskontrollen infördes i början av 1970-talet. Helt nyligen har en särskild studie gjorts kring flyktingbarns hälsa och anpassning.

## Andra generationens invandrabarn utsatta

Förenklat kan sägas att dessa undersökningar talar för att beteendeavvikelser är tämligen vanliga. Man avser då avvikelser som inger oro i familjen eller stör familjens vardag i påtaglig grad eller försvårar barnets vistelse på förskola eller i skola. I vissa fall, särskilt när det gäller flyktingbarn, kan dessa avvikelser kopplas till barnets tidigare upplevelser eller levnadssituation. I andra fall, som när det handlar om socialt utsatta barn, kan det vara signaler om att barnet far illa. Många "lättare diagnostiserade beteendeavvikelser" kan ses som varianter på normalt beteende. Varianter som på något sätt krockar med svenskt normalitetstänkande.

*Psykiska störningar bland barn är således vanliga - i vissa undersökningar upp till 25% av de undersökta grupperna. Utbredningen förefaller inte ha förändrats sedan 1950-talet. Symptombilden tycks dock ha förändrats och visar idag tydligare tecken på otrygghet, dålig självkänsla och aggressivitet. Medan omgivningen ofta tycker sig se problem hos pojkar, är det enligt barnen själva flickorna som i första hand rapporterar psykiska och psykosomatiska besvär. En särskilt utsatt grupp är flyktingbarn. Många har upplevt krig och förtryck. Deras liv är även efter flykten ofta präglade av mardrömmar, aggressivitet, oro och ängslan, koncentrationssvårigheter m m.*

När barn själva får berätta om sin hälsa, trivsel med skola, relation till föräldrar m m, finner man att svenska barn i jämförelse med andra europeiska barn upplever sin situation mycket positivt. Svenska barn har också bättre vanor i relation till alkohol, narkotika och tobak än barn i andra länder.

## Sociala hälsoskillnader förstärks under skoltiden

Barn som i högre förskoleåldrar har försenad tal- eller språkutveckling eller motoriska störningar med perceptions- och koncentrationssvårigheter är ofta svårbedömda. Det är emellertid



mycket angeläget att finna de här barnen eftersom alla har rätt att få bästa möjliga skolstart. Skolan har relativt små möjligheter att tillgodose barns individuella behov. Det är därför angeläget att barn med svårigheter får hjälp redan under förskoleåldern. Dels för att det enskilda barnets positiva sidor ska kunna stärkas och svårigheter i t ex perception eller språk minskas. Dels för att skolans stödresurser ska kunna utnyttjas på bästa sätt.

Avvikelse som de vi beskrivit här, är vanliga. Att bedöma barn med sådana avvikelser kräver stor erfarenhet och god kontakt med barnens familjer. Det är svårt att yttra sig om vilken betydelse vissa beteendevikelser kan ha för barn på lång sikt. Det är viktigt att inte tillfälliga och i princip normala variationer leder till låsningar eller onödiga åtgärder av något slag.

## Varningssignaler

Av lika stor betydelse är givetvis att signaler inte förbises. Skolk, mobbing, aggressivitet eller depression är varningssignaler hos skolbarn. Sådana beteendestörningar är allvarliga tecken som kan utvecklas till kriminalitet hos pojkar eller psykiska besvär hos framför allt flickor.

*Enligt Stockholms stads årsrapport om skolhälsovården, bedöms minst 10% av alla tonåringar drabbas av psykiska störningar. Ofta rör det sig om ungdomar som initialt visat psykosomatiska symtom. De upplever ofta en stor ensamhet och vilsenhet. De har svårt att finna vuxna som är beredda att lyssna, stödja och vid behov hjälpa dem vidare till behandling. De bakomliggande orsakerna är ofta mångfaceterade och svåra att klarlägga. Ytterst oroande är det missbruk som ofta finns med i bilden. Hos flickor har bruket av såväl tobak som alkohol ökat markant under senare år. Ett annat oroande tecken är att antalet aborter hos tonårsflickor verkar vara på väg att öka.*

Föräldrarnas klass och hälsa har avgörande betydelse för barns uppväxtvillkor. Med arbetarföräldrar och sjukdom ökar sanno-

likheten att växa upp i segregerade bostadsområden. Segregationen sätter också spår i förskola och skola. Risken för skolmisslyckande ökar och därmed påverkas barnens självkänsla och framtidsutsikter.

Levnadsvanor och yrkesval och därmed framtida hälsa grundläggs således tidigt. Även om vårt samhälle på många sätt utvecklas mot att traditionella sociala och ekonomiska klassgränser suddas ut, kan vi konstatera att människors yrke och sociala position fortfarande betyder mycket för hälsa och levnadsvanor.

## Barn som far illa

Under 1970-talet präglades begreppet "barn som far illa". Detta betecknar olika typer av skadligt handhavande av barn. Man brukar skilja på psykisk och fysisk misshandel. Man talar också om aktiv och passiv misshandel. I det senare fallet negligeras barnets behov till den grad att det far illa, t ex genom att dess utveckling inte stimuleras eller att det inte får mat.

Det är mycket svårt att uppskatta den verkliga omfattning av barnmisshandel. Uppenbart är dock att åtskilliga barn i länet varje år blir slagna, vanvårdas på annat sätt eller blir utsatta för sexuella övergrepp.

## Övergriper förekommer i alla socialgrupper

Det kan ske i familjer som sluter sig för omvärlden och barnets signaler kan vara svaga eller otydliga. Misstankarna om att ett barn misshandlas, kan också vara mycket provocerande för vårdarbetare. Det kan hända att man hellre blundar än vidtar någon åtgärd. Å andra sidan kan personal - helt naturligt i svåra fall - överreagera.

Det finns fortfarande mycket att göra för att höja personalens kompetens att hantera misstänkta fall av barn som far illa. Det gäller personal inom såväl hälsovård, sjukvård, förskola och skola som socialtjänst.



Vårdprogram måste utarbetas för det drabbade barnet och föräldrarna och programmen ska hållas aktuella. Det sker lämpligen genom kontinuerligt samarbete mellan berörda myndigheter.

Barn som växer upp i missbruksmiljöer löper särskilt stor risk att utsättas för våldshandlingar. Barnen kan uppvisa symtom som försenad utveckling, skygghet eller andra tecken på sen social mognad eller missanpassning i skolan. De här barnen löper ökad risk att själva bli missbrukare och utveckla kriminellt beteende.

Dålig social miljö och avvikande beteende som t ex problem i skolan kan ses som ett tydligt tecken på risk för våldsamt död i ungdomen. Så har t ex pojkar som vårdats på ungdomsvårdsskola tio gånger större risk för tidig och våldsamt död än andra jämnåriga.

Tidig missanpassning kan sägas utgöra ett allvarligt hälsoproblem. Försök görs ständigt att tidigt stödja dessa barn med insatser från barnomsorg, barnhälsovård, sociala myndigheter samt den psykiska barn- och ungdomsvården. Vi tvingas dock konstatera att stödmekanismerna fortfarande är mycket ofullkomliga.

Ytterligare ansträngningar måste göras för att så tidigt som möjligt se vilka barn som befinner sig i riskzonen. För att kunna hjälpa dessa, måste vi finna arbetsformer där familjen, socialtjänsten, barnomsorgen, hälsovården och den psykiska barn- och ungdomsvården tillsammans kan nå positiva resultat.

## Stockholmsbarnens vårdutnyttjande

Medeltalet slutenvårdsdagar för alla barn i åldern 0-14 år i Stockholms län var 1987 0,4. Det är framför allt spädbarn under ett års ålder som behöver sluten vård. Totala antalet slutenvårdsdagar för barn inom landstinget har under 1980-talet sjunkit i takt med att man reducerat antalet vårdplatser - trots att antalet förskolebarn gradvis ökat. Genom utveckling av nya behandlingsmetoder och ökade insatser av föräldrarna, har man kunnat minska behandlingsperioderna vid t ex akuta infektionssjukdomar. Detta har i sin tur lett till en gradvis för-

skjutning av slutenvårdsutnyttjandet som i allt större utsträckning numera rör mycket små barn. De flesta patienter på en barnmedicinsk klinik är mycket små barn med nyföddhetskomplikationer, barn med allvarliga infektioner eller barn med kroniska sjukdomar eller handikapp.

I Tierp fann man vid en undersökning i mitten av 1980-talet att 90% av alla barn besökt läkare för någon sjukdom under de två första levnadsåren. Före fem års ålder hade 1/3 av barnen tagits in på sjukhus vid åtminstone något tillfälle och 82% av barnen hade någon gång fått receptbelagda antibiotika. Dessa siffror bör ses mot bakgrund av den höga förekomsten av infektioner hos små barn.

Av studier från Stockholms län framkommer att en mycket stor del av vårdkontakterna sker med sjuksköterskor (distrikts-sjuksköterskor eller sjuksköterskor vid barnavårdscentraler). Den absolut största andelen sjukdagar vårdas emellertid barnen av föräldrarna och utan att någon professionell vårdgivare kontaktas. I Stockholms län lämnade Försäkringskassan ersättning till 56% av föräldrar med barn i åldern 0-12 år under 1987. Ersättningen gällde tillfällig vård av barn i samband med sjukdom. Siffran är ungefär 5% högre än riksgenomsnittet.

För Stockholms län kan man räkna ut att tillfällig föräldrapenning för vård av sjukt barn utbetalats för ca 5 miljoner dagar under 1987. Man utgår då från att de familjer som fått ersättning enligt riksgenomsnittet ersattes för 3 sjukdomsfall per år och att varje sjukdomsfall i genomsnitt varar 2,5 dagar. Utnyttjandet av tillfällig föräldrapenning har stigit under 1980-talet. Det beror förmodligen på att båda föräldrarna numera förvärvsarbetar i större utsträckning och på att tillgången till kommunal barnvårdare vid sjukdom minskat.

Utnyttjandet av landstingets barnhälsovård redovisas varje år i en speciell årsrapport från de fyra barnhälsovårdsenheterna. Antalet "övervakade" barn i olika åldrar redovisas, d v s den andel barn som haft kontakt med Barnhälsovården minst vid ett tillfälle under respektive varje år. Under de år då barnhälsovårdsprogrammet är som mest intensivt, d v s för barn under två år och fyraåringar har man ett nästan 100 procentigt deltagande. Enstaka barn kontrolleras hos privatläkare, för övrigt är det egenligen bara barn som är under flyttning som eventuellt



inte hinner besöka BVC. Även anslutningen till vaccinationsprogrammen och till speciella screeningundersökningar för syn och hörsel är god.

Av barnhälsovårdsenheternas sammanställning för 1989 framgår följande: Av alla barn i aktuella åldrar hade 98,5% fått fullständig stelkrampsvaccination, 98,5 polio-, 91,1 mässlings- och 19,4 tuberkulosvaccination. Den senare ges endast till barn med ökad risk för tuberkolosmitta. 96,2% av fyraåringarna hade hörseltestats och 97,6% genomgått synprov.

## Barns hälsa - en sammanfattning

*Den kroppsliga hälsan hos svenska barn och ungdomar måste bedömas som god. De dödsfall som inträffar, sker framför allt under nyföddhetsperioden eller som olycksfall eller annan bråd död, i synnerhet bland ungdomar. Vissa klasskillnader finns - även när det gäller dödsfallsrisker. Kroniska sjukdomar och handikapp hos barn är resurskrävande. "Vardagssjukligheten" hos små barn kostar samhället mycket pengar och ett effektivt stöd på rätt vårdnivå måste bibehållas.*

*Den psykiska hälsan är svårare att mäta. Det finns tydliga tecken på att barn i trängda sociala situationer eller med tidiga signaler på vissa typer av beteendestörningar löper ökad risk att senare utveckla psykisk ohälsa, kriminalitet. Dessa barn riskerar också att i större utsträckning än andra dö redan i ungdomen. Situationen manar till vidare utveckling av metoder för förebyggande och stödjande insatser under förskoletiden samt riktade insatser för ungdomar som på olika sätt signalerar att de är i behov av hjälp.*

# Samhällsutveckling - hälsoutvecklig

## Hälsoutvecklingen i ett förändrat arbetsliv

Hur påverkas vår hälsa av förändringar i samhället? I den utveckling från tillverkning av varor till en mera kunskapsinriktad produktion som Sverige och hela Europa genomgår, ligger Stockholm ca 20 år före de minsta orterna i vårt land.

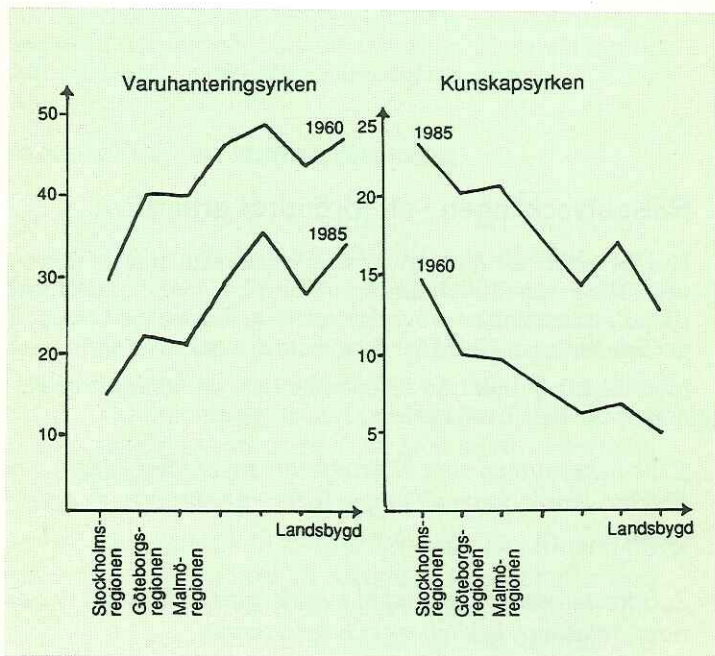
Med utgångspunkt från arbetsuppgifter och utbildning kan man grovt dela in alla yrken i fyra grupper:

1. *Kunskapsyrken som bl a omfattar ingenjörer, läkare, arkitekter, lärare, journalister, artister, jurister och programerare.*
2. *Informationsyrken som bl a omfattar företagsledare, kamrerer, revisorer, bokhållare och sekreterare.*
3. *Serviceyrken där bl a sjuksköterskor, poliser, busschaufförer och frisörer ingår.*
4. *Varuhanteringsyrken som i huvudsak omfattar industriarbetare, jordbrukare och fiskare.*

Kunskapshanterande yrken ökar snabbt. Ökningstakten är ca 3% per år. För informationshanterande yrken är tillväxten betydligt mindre (ca 1% per år). De varuhanterande yrkena minskar med ungefär 2% per år. Den här strukturomvandling



en har gått längst i Stockholmsregionen, men är tydlig också i resten av landet. Mellan 1960 och 1985 halverades andelen som arbetar i varuproducerande yrken. Anställda i kunskapshandlande yrken har däremot vuxit från ca 15% till nästan 25%. Allt talar för att den här utvecklingen kommer att fortsätta.



FIGUR: 28: Yrkesomvandlingen i Stockholmsregionen 1960 - 85. Källa: Storstaadsutredningen. Procent av alla yrken. Källa: SOU 1989:67.

Strukturumvandlingen påverkar hälsoutvecklingen i länet på två sätt:

- människors arbetsförhållanden förändras. Psykologiska och sociala krav blir större vilket också kan ge nya möjligheter.
- människor med reducerad hälsa och nedsatt prestationsförmåga har svårare att konkurrera på arbetsmarknaden.

Att yrket generellt spelar stor roll för hälsotillståndet framgår av tabell 40. Här redovisas några mått som alla visar att hälsotillståndet i de expansiva kunskapsyrkena är avsevärt bättre än bland dem som har varuhanterade yrken. Kvinnor i industrin verkar vara mest utsatta.

TABELL 40: Yrke och hälsa. Dödlighet (per 10.000 1985-88), slutna vård (vårdtillfällen per 100 1985 - 88) och långvarig sjukdom som hinder för normal livsföring (Procent 1990). Stockholms län.

	Dödlighet	Sluten vård	Långvarig sjukdom
Kunskapsyrken			
Män	20	33	10
Kvinnor	9	43	10
Administration			
Män	30	38	8
Kvinnor	14	52	11
Service			
Män	28	44	11
Kvinnor	16	58	13
Varuhantering			
Män	31	49	16
Kvinnor	17	68	35

Skillnader mellan olika yrken i sjukdomar och skador som påverkar dödstalen har ökat. I kapitel 2 redovisades ett tydligt yrkesmönster vad gäller kroppslig ohälsa. Yrkesmönstret i relation till människors psykiska välbefinnande är inte lika entydigt.

De senaste decenniernas utveckling har alltså inneburit en förskjutning från varuproducerande till kunskapshanterande yrken. Eftersom sjukligheten är lägre bland människor i kunskapsyrken har förändringen i yrkesfördelning i länet lett till en i många avseenden positiv hälsoutveckling. En utveckling som sannolikt kommer att fortsätta, i varje fall när det gäller den kroppsliga hälsan. Följden bör bli en minskning av vårdbehovet i de verksamma åldrarna.

## Generationsperspektiv

Att ensidigt betona arbetslivets roll för hälsoutvecklingen stämmer dock inte med verkligheten om man analyserar utvecklingen i olika generationer. I tabell 41 redovisas hur skillnaden mellan män i kunskapsyrken respektive varuhantande yrken utvecklats under åren 1961-86 för män i olika generationer.

TABELL 41: Dödlighet och yrke i fyra olika generationer av män födda 1901-05, 1916-20, 1931-35 och 1946-50. Alla förvärvsarbetande =100. Sverige 1961-86.

	25-34 år	40-49 år	55-64 år
Född 1901-05			
Kunskapsyrken	-	-	105
Varuhant. yrken	-	-	100
Född 1916-20			
Kunskapsyrken	-	88	90
Varuhant.yrken	-	104	106
Född 1931-35			
Kunskapsyrken	77	74	-
Varuhant.yrken	105	116	-
Född 1946-50			
Kunskapsyrken	60	-	-
Varuhant.yrken	118	-	-

Alarmerande är att bland grupper födda på 1930 och -40 talet, är yrkesskillnaderna i dödlighet större än bland äldre grupper vid samma ålder.

I den grupp som föddes vid sekelskiftet, var dödligheten på 1960-talet högre bland män med kunskapsyrken. Bland män födda efter kriget finner vi dock en påtaglig överdödlighet hos industriarbetare i åldern 25-34 år, d v s redan vid inträdet på arbetsmarknaden. Detta talar för att andra mekanismer än rena arbetsmiljöeffekter på hälsan kan spela en avgörande roll.

## Sociala mekanismer bland unga har stor betydelse

Det är motiverat att här ställa frågan om inte sociala mekanismer i barn- och ungdomsåren kan ha central betydelse. Klas-skillnader i dödlighet är som vi tidigare sett uttalade redan i barnåren, relaterade till faderns yrke. Arbetarbarn löper 65% större risk att dö i olycksfall jämfört med barn i tjänstemannafamiljer (se kapitel 1 och 2).

I Uppsala visade en undersökning av 5.500 barn födda 1965-67 att det i fyraårsåldern inte fanns något konstaterat samband mellan klass och ohälsa. Från 10 års ålder blev sambandet däremot tydlig. Arbetarbakgrund tillsammans med familjesociala problem innebar en tydlig riskfaktor för att mellan 4 och 10 år utveckla övervikt, läs- och skrivsvårigheter, inlärningssvårigheter, psykiska besvär, aggressivitet och andra beteendee avvikelser och kamratproblem (SoS Redovisar 1982:10).

Uppsalaundersökningen visar att den moderna socialpolitiken lyckats reducera klasstillhörighetens betydelse vad gäller psykosomatiska besvär och beteendeproblem för de minsta barnen, men att problemen kvarstår för barn i skolåldern.

Uppsalagruppen har nu nått 18-årsåldern. Preliminära resultat från en ny undersökning visar att 12% av pojkarna utvecklat svåra sociala och psykiska problem. Bland dem är barn från arbetarhem och från miljonprogrammets allmännyttiga bostadsområden flerfaldigt överrepresenterade. De flesta har allvarliga familjesociala problem med missbruk, arbetslöshet m m i bakgrunden.



## Ökade risker i skolan

Vi vet inte exakt vilka mekanismer som finns bakom dessa samband, men man kan se ett mönster där klassbetingade, sociala och ekonomiska påfrestningar i barnaåren ökar risken för tidiga relationsstörningar och för misslyckanden i skolan. Båda dessa faktorer kan i sin tur försvåra en normal känslomässig och kognitiv-språklig utveckling och öka risken för olika beteendevikelser. Följden kan bli aggressivitet, missbruk, olycksfallsrisker m m.

Gruppen barn med tidiga relationsstörningar och skolproblem saknar förutsättningar att komma in på längre utbildningar och därmed få psykiskt stimulerande och hälsomässigt allt mer privilegierade yrken. Det faktum att klasskillnader i dödlighet numera återfinns redan i 20-30 årsåldern tyder på detta.

*Ett utbildningssystem och en arbetsmarknad med stora möjligheter som i Stockholm, har inneburit välstånd och hälsa för stora grupper. Samtidigt tycks den leda till sociala klyftor i dödlighet redan i unga år. Det är knappast tal om ett "medicinskt urval" till vissa yrken, dvs att redan sjuka skulle tvingas välja varuhanterande yrken. Snarare handlar det om urvalsmekanismer där sociala och psykologiska faktorer spelar en allt större roll redan vid inträdet i arbetslivet. Våra kunskaper om mekanismerna bakom dessa fenomen är dock anmärkningsvärt ofullständiga.*

## Ökande utslagning hos en allt friskare arbetskraft

En annan mycket viktig signal på ett kritiskt samband mellan samhällsutveckling och hälsa är utslagningen på arbetsmarknaden (Tabell 42). Antalet förtidspensionärer i länet har successivt ökat under åren 1971-89. Från 33.000 till 56.500. Ökningen har varit störst bland kvinnor i 30-40 årsåldern.

TABELL 42. Antal med förtidspension eller sjukbidrag i Stockholms län 1971-89. Källa: Riksförsäkringsverket.

	1971	1989
MÄN		
20-49 år	3616	8127
50-64 år	11767	18400
KVINNOR		
20-49 år	3824	8778
50-64 år	1390	21189

Vi har tidigare pekat på att det finns tecken på att vissa typer av besvär i rörelseorganen har ökat. Detta gäller särskilt kvinnor i 30-40 års åldern. I övrigt talar mycket för att hälsa och funktionsförmåga hos den äldre arbetskraften har förbättrats under 1980-talet. Trots detta, ökar utslagningen från arbetsmarknaden.

Även om ökad förvärvsfrekvens bland kvinnor och förändringar i tillämpning av försäkringslagstiftningen gjort vissa grupper mera 'synliga' i sjukförsäkringen, ökar utslagningen under en period av hög efterfrågan på arbetskraft. Det kan knappast tolkas på annat sätt än att en växande del av framför allt den äldre arbetskraften trots bättre hälsa får allt svårare att orka med arbetslivets växande krav och strukturförändringar.

Bland arbetare i åldersgruppen 45-64 år, har ca 40% långvarig sjukdom med regelbunden medicinsk behandling. 25% anser sig ha svåra besvär av sin sjukdom. Med en förvärvsintensitet som nu är över 70% bland båda könen, närmar vi oss en situa-



tion där en växande andel av de äldre löper stor risk att bli utslagna om kraven i arbetslivet ytterligare höjs.

Återkommande intervjuundersökningar talar för att människor upplever sitt arbete allt mer kvalificerat och med bättre möjligheter till inflytande. Samtidigt tycks arbetslivets psykiska och ergonomiska påfrestningarna öka.

## De sjuka och bostadsmarknaden

Storstadsutredningen (SOU 1990:20) visar att andelen socialhjälpstagare och andelen långvarigt sjuka med nedsatt arbetsförmåga har ökat från en redan hög nivå i allmännyttiga bostadsområden i ytterförorterna. Samtidigt har de minskat i äldre, etablerade närförorter och i de större städernas centrala delar. Detta talar för att människor med långvarig sjukdom fått svårare att klara sig på bostadsmarknaden och att konkurrera om bostäder i attraktiva områden (Tabell 43).

TABELL 43: Uppskattade andelar (procent) av olika socialekonomiska grupper i allmännytta i storstädernas ytterförorter och småhusområden i närförorter. Bostäder byggda 1965-75. Källa: SOU 1990:20.

	Allmännytta i ytterförör		Småhus i närförort	
	1978	1988	1978	1988
Ej fackl arbetare	41,4	39,7	13,0	13,1
Socialbidragstagare	7,5	13,5	0,5	0,3
Långv arbetslös	2,4	8,3	1,3	2,3
Nedsatt arbetsförmåga	7,7	12,9	5,2	4,8

Om man går igenom de områden som 1980 betraktades som Stockholmsregionens minst attraktiva kan man också se en tydlig utveckling. Dessa områden tycks fram till 1987 varit inne i en negativ spiral i den meningen att koncentrationen av lågresurshushåll ökat (Tabell 44).

TABELL 44: Stockholmsregionens minst attraktiva bostadsområden. Källa SOU 1989:67.

	Social bidrag1 Procent av befolkninge		Utlandsfödda		Procent av förvärvs- arbetande Högre tjänstemän		Ersatta sjuk- dagar per försäkrad	
	1980	1987	1980	1985	1980	1985	1981	1986
Fittja	19	19	45	53	9	8	34	44
Storvreten	18	15	31	29	9	8	25	33
Vårby Gård	18	26	28	32	8	7	29	36
Tensta	16	28	38	44	8	9	34	37
Alby	15	12	33	34	9	10	30	33
Rinkeby	15	29	48	53	7	7	33	40
Åkersberga C	14	20	16	17	9	8	21	27
Hagalund	12	15	24	26	14	15	25	28
Västerhaninge NV	12	14	10	10	10	10	22	27
Brandbergen	12	13	25	24	8	9	23	32
Eriksberg	12	9	23	23	7	8	28	34
Jakobsberg C	12	16	19	21	7	8	22	28
Fagersjö	12	12	10	12	11	13	21	26
Visättra	11	12	19	20	6	7	24	27
Hallonbergen	11	13	22	26	9	10	24	30
Hallunda/ Norsborg	11	12	25	30	9	11	25	32
Fisksätra	11	16	26	29	15	17	23	29
Grantorp	10	10	46	44	6	5	33	38
Bro tätort	10	19	21	21	9	9	23	29
Östberga	10	15	13	17	12	11	22	28



I nästan alla de minst attraktiva områdena ökar antalet socialhjälpstagare snabbare än genomsnittet. Gemensamt är också att antalet sjukfrånvarodagar, antalet förtidspensionärer och antalet utrikesfödda ökar i dessa områden.

I praktiskt taget alla regionens minst attraktiva områden, pågår idag mer eller mindre ambitiösa förnyelsearbeten med olika inriktning. Effekterna av dessa satsningar är det idag för tidigt att ha någon bestämd uppfattning om.

### Växande regionala skillnader

Skillnaderna i registrerad sjuklighet mellan olika bostadsområden är således entydiga. Dessa skillnader slår också igenom på kommuner och mellan grupper av kommuner. Den redan under 1970-talet låga dödligheten i de inre nordostkommunerna har under 1980-talet gått ned ytterligare. Samtidigt har överdödligheten i södertörnskommunerna blivit än mer markerad eftersom dödligheten i dessa kommuner inte minskat i samma grad (Tabell 45).

TABELL 45: Dödlighet i åldern 15 - 64 år. Kommuner i Stockholms län 1971-88 (Index där länet 1981-88 = 1,00).

	1971-1978	1981-1988
Länet	1.19	1.00
Botkyrka	1.21	1.08
Danderyd	0.92	0.68
Ekerö	0.98	0.87
Handen	1.00	1.08
Hudding	1.10	1.02
Järfälla	1.03	0.84
Lidingö	0.76	0.63
Nacka	1.13	0.96
Norrvälje	0.94	1.06
Nynäshamn	1.00	0.74
Sigtuna	1.26	1.03
Solna	1.27	1.02
Sollentuna	0.95	0.72
Stockholm	1.29	1.11
Sundbyberg	1.24	1.26
Södertälje	1.15	1.04
Tyresö	1.16	0.86
Täby	1.00	0.75
Upplands-Bro	1.22	0.87
Upplands-Väsby	0.90	0.72
Vallentuna	0.88	0.67
Vaxholm	1.10	0.80
Värmdö	0.99	0.99

Skillnaderna mellan kommunerna har alltså blivit mer framträdande, en utveckling som i stora drag stämmer med de socioekonomiska förändringarna. Allt fler sårbara människor med dålig ekonomi, utbildning och hälsa tenderar att hamna i bostadsområden med den mest bristfälliga och påfrestande miljön. Risken är stor att detta förstärker de sociala skillnaderna i ohälsa.

## Sjukdomarnas klasstrappa

Trots vårt välutbyggda socialförsäkringssystem, måste vi konstatera att levnadsnivån i materiellt och socialt hänseende avviker drastiskt mellan förtidspensionärer och yrkesverksamma.

I Socialstyrelsens folkhälsorapport 1991 redovisas data om unga förtidspensionärs levnadsnivå (Tabell 46).

TABELL 46: *Levnadsnivå bland unga förtidspensionärer (20-44 år) med psykiatrisk diagnos (exkl utvecklingsstörda), somatisk diagnos i jämförelse med jämnåriga yrkesverksamma, ej facklärd arbetare respektive tjänstemän. Sverige 1990. Källa: SoS Folkhälsorapport 1991.*

	Ung fp psykiatrisk	Ung fp somatisk	Ej facklärd arbetare	Högre tjänsteman
Saknar kontant marginal	53	33	20	2
Ingen semester- resa	65	47	39	13
Bor ensam	52	32	18	18
Kan ej överklaga myndighets- beslut	57	50	35	2

*Man kan även konstatera att bland förtidspensionärerna har de med psykiatrisk diagnos avsevärt sämre levnadsnivå jämfört med dem som har en kroppslig sjukdom. Det är i själva verket svårt att avgränsa någon annan grupp i det svenska samhället med så dåliga levnadsförhållanden.*

Den samlade hälsopolitiken har under 1980-talet uppvisat stor effektivitet när det gäller att lägga år till livet och att lägga hälsa till livet. Men vi står inför två stora, hälsopolitiska utmaningar under 1990-talet.

*Den ena är att minska hälsokonsekvenserna av olikheter i människors sociala villkor. Därigenom kan vi bryta den utveckling mot växande sociala skillnader i dödlighet och sjuklighet som vi idag finner bland både barn och vuxna.*

*Den andra utmaningen är att minska de sociala konsekvenserna av att vara långvarigt sjuk. Vi ser tydliga tecken på att människor med nedsatt hälsa får allt svårare att konkurrera på arbets- och bostadsmarknad. Och de som slås ut, har sedan klart sämre levnadsförhållanden än andra. När vi av effektivitetsskäl introducerar marknadsmekanismer också i sjukvården, kommer det att bli allt mer angeläget att se till att långvarigt sjuka och handikappade inte slås ut också från den marknaden.*

*Detta är de två centrala jämlikhetsmålen för den framtida hälsopolitiken i länet.*



Bakom diagram och siffror finns människorna: stockholmarna, om man därmed menar alla som bor i Stockholms län. 1991 års Folkhälsorapport presenterar inga enskilda öden. Här är vi alla med och bidrar till stapelns höjd eller kurvans lutning.

Den tydliga och i vissa delar ökande skillnaden i hälsoutvecklingen mellan olika delar av länet är det som är mest dramatiskt i rapporten. Barns möjligheter att få ett bra liv påverkas fortfarande av var i länet de föds och växer upp. Livslängden och livskvaliteten i livets slutskede är också tydligt kopplad till sociala och ekonomiska faktorer.

Folkhälsorapporten för Stockholms län redovisar vilka mål landstinget satt upp för år 2000. Olika studier har givit underlag till den omfattande statistik som visar hur vi ligger till i förhållande till målen: Inom vilka områden går det bra? Var finns de största problemen?

Rapporten vänder sig till beslutsfattare i landstinget och i länets kommuner.



**Stockholms läns landsting**