

1

9

8

7

FOLK HÄLSO RAPPORT

En rapport om
hälsoutvecklingen
i Stockholms län




STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



FOLK HÄLSO RAPPORT

En rapport om
hälsoutvecklingen
i Stockholms län



Karolinska Institutet
Institutionen för socialmedicin
Biblioteket

FÖRORD

Stockholms län uppvisar under senare år glädjande förbättringar i *befolkningens hälsa*. Medellivslängden har ökat snabbt och mer än i andra län under den senaste 10-årsperioden. Om dödligheten i olika åldersgrupper år 1985 varit densamma som tio år tidigare skulle antalet avlidna varit ca 19.000. I själva verket var det ca 15.000.

Studerar man de dödsorsaker som leder till för tidig död före 65 års ålder har antalet förlorade år minskat med 2 procent *per år* under det senaste decenniet. Dödlighet i cancer, hjärt-kärlsjukdomar, självmord och olycksfall står för var sin femtedel av denna minskning.

Vad är det då som har lett till den förbättrade situationen? Och vad kan vi göra för att ytterligare minska lidande och för tidig död? Varför har inte läget förbättrats i ungefär samma utsträckning över hela länet? Varför har de redan tidigare betydande skillnaderna i dödlighet inom olika sjukvårdsområden i länet tenderat att förstärkas? Medellivslängden i nordvästra och nordöstra sjukvårdsområdena är t ex två år längre än i de södra, sydvästra och västra. Ser man på dödligheten i förlorade år är den 60 procent högre i Stockholm, Botkyrka och Sundbyberg jämfört med Lidingö, Täby och Danderyd.

Dessa skillnader är uttryck för ett välfärdspolitiskt problem. Men vi får också fingervisningar om det förebyggande arbetets möjligheter och att sådana skillnader i ökad omfattning bör få avspeglas i fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser mellan olika sjukvårdsområden och upptagningsområden.

Tillgängligt material tyder på att det är friska år som lagts till livet. En fråga, som kan ställas, är om utvecklingen medför att behovet

av sjukvård, som idag är mycket stort de allra sista levnadsåren, endast skjuts fram i tiden i takt med en ökad medellivslängd, eller om allt fler förblir friska ända in i det sista.

Paradoxalt nog avspeglar *verksamhetsstatistiken för sjukvården* inte något generellt förbättrat hälsoläge. Till detta kan många faktorer vara bidragande, t ex en aktivare och precisare diagnostik, en förbättrad behandling med ökad överlevnad och minskad svårighetsgrad hos de fall som diagnostiseras.

Den rapport som ligger till grund för denna lilla bok, är **ett första försök att med hjälp av enkla epidemiologiska beskrivningar av folkhälsan förbättra underlaget för hälso- och sjukvårdsplaneringen**. Fortsättningsvis kommer en **folkhälsorapport att presenteras vart tredje** år. Den kommer efter hand att förfinas samt också innehålla analyser av resursutnyttjande, kvalitet m.m

Rapporten redovisar förekomst och fördelning av några stora sjukdomsgrupper som dominerar i sjukvårdsverksamheten. Den analysen har sedan legat till grund för vissa antaganden om utveckling under perioden 1986-1995.

För att ge läsaren större möjligheter att göra sina egna bedömningar har eftersträvat att, då det varit möjligt, lämna beskrivningen ur tre perspektiv: *den sannolika utvecklingen* om nuvarande trender fortsätter, *den önskvärda utvecklingen* och *den möjliga utvecklingen* om vissa realistiska förändringar av resurserna genomförs.

Inledningsvis lämnas en översiktlig samlad beskrivning av hälso-utvecklingen i Stockholms län.

Stockholm maj 1987

Bo Könberg

Ordf i hälso- och sjukvårdsnämnden
samt länshälsokommittén

INNEHÅLL

HÄLSOUTVECKLINGEN I STOCKHOLMS LÄN – allmän bakgrund	9–30
PSYKISK OHÄLSA	31–36
HJÄRT-KÄRLSJUKDOMAR	37–43
CANCER	44–48
RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR	49–57
HIV/AIDS-INFEKTION	58–60
ALKOHOLRELATERADE SJUKDOMAR	61–66
OLYCKSEFALL	67–70
ALLERGI OCH ANNAN ÖVERKÄNSLIGHET	71–75

Länskommittén för hälsoupplýsning i Stockholms län har tagit initiativ till ett långsiktigt utvecklingsarbete av en folkhälso-rapport för länet.

Den rapport som ligger till grund för denna lilla bok har utarbetats av Finn Diderichsen och Maria Danielsson vid Socialmedicinska enheten, Vårdcentralen Kronan. Nästa folkhälso-rapport kommer att utarbetas 1990. Det kommer att ske i ett samarbete mellan Socialmedicinska enheten, Regionplanekontoret och hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

TEXTBEARBETNING:

Ingemar Peterson, CCJ Annonsbyrå AB, Huskvarna.

LAYOUT OCH PRODUKTION:

CCJ Annonsbyrå AB, Huskvarna.

HÄLSOUTVECKLINGEN I STOCKHOLMS LÄN

Hjärt-kärlsjukdomar, psykiska problem, cancer och rörelseorganens sjukdomar är fyra mycket dominerande hälsoproblem i Stockholms län. Av stor betydelse för befolkningens hälsotillstånd är också olycksfall och allergiska besvär.

Man kan kanske tycka att detta är tillräcklig information för att sätta in resurserna på "rätt ställe".

I det förebyggande arbetet inom, men framför allt utanför, hälso- och sjukvårdens ram är det emellertid viktigt att se att vissa typer av hälsorisker har betydelse för flera olika hälsoproblem samtidigt. Socialstyrelsens utredning om hälso- och sjukvården (HS90) illustrerade detta med nedanstående hälsopolitiska matris:

	Hjärt-kärlsjukdom	Psykisk ohälsa	Rörelseorganens sjukd	Tumörer	Skador	Andningsorganens sjukd
Social uppväxtmiljö	●	●●				
Social arbetsmiljö och arbetslöshet	●●	●●			●	
Fysisk arbetsmiljö		●	●●	●●	●●	●●
Social bostadsmiljö		●				
Fysisk bostadsmiljö				●	●●	●
Luft/vatten föroreningar				●		●
Trafik				●	●●	●
Kost	●●			●●		●
Alkohol och droger		●●		●	●●	●
Tobak	●●			●●		●

Figur 1. Hälsopolitisk matris. Sambandet mellan hälsorisker och sjukdomsgrupper (● anger samband, ●● anger starkt samband).

Nu handlar det ju ändå inte enbart om att undanröja risker och farligheter. Det hälsovänliga samhället är också ett samhälle som ger möjlighet för människor att forma levnadsvillkoren efter behoven. Världshälsoorganisationen WHO, har definierat hälsoarbetet som den process som möjliggör för människor att öka den individuella och kollektiva kontrollen över och därmed förbättra villkoren för hälsa. Just möjligheten att kontrollera, påverka och förändra tycks vara centralt ur hälsopolitisk synvinkel:

- människor har sällan osunda levnadsvanor av okunskap, utan därför att de faktiska valmöjligheterna att äta bättre/nyttigare mat och sluta röka eller undvika trafikrisker är begränsade;
- flera studier har visat att det inte är social stress i sig, utan stress i kombination med bristande kontroll över situationen som ger upphov till sjukdomstillstånd;
- i hälso- och miljöpolitiken står valet ofta mellan att acceptera miljörisker av hänsyn till andra mål av typ ekonomisk tillväxt eller full sysselsättning. Det enda sättet att närma sig en lösning är att ge de berörda människorna ett ökat inflytande över valet.

Med tanke på att denna rapport grundar sig på ett underlag för hälso- och sjukvårdsplaneringen ter det sig dock mest relevant att i första hand redovisa hälsoutvecklingen i termer av hälsoproblem och därmed förknippade riskfaktorer. Detta framför allt därför att det underlättar kommunikationen med hälso- och sjukvårdspersonalen och knyter an till planeringen av verksamheten inom olika medicinska specialiteter.

HÄLSOUTVECKLINGEN I LÅNGT PERSPEKTIV

För att bedöma utvecklingen av hälsotillståndet i befolkningen har vi i det långa perspektivet endast dödlighetsstatistiken att gå efter. I fig 2 illustreras dödlighetsutvecklingen 1880-1985 i några län för tre olika åldersgrupper. Här speglas bl a hur den snabba urbaniseringen och bostadsnöden som följde i industrialiseringen spår skördade många offer i städerna. Redan på 20-talet hade emellertid de välförbättringar, som industrialismen ledde till, slagit igenom och bl a medfört minskad spädbarnsdödlighet.

För människor i medelåldern har Stockholms stad idag en kraftig överdödlighet, vilket dock inte är någon ny företeelse.

Medan spädbarnsdödligheten i Stockholms stad på hundra år reducerats med 96% har minskningen för 40-åringar var 83% och bland äldre ca 56%.

Antal döda per 1.000 levande födda

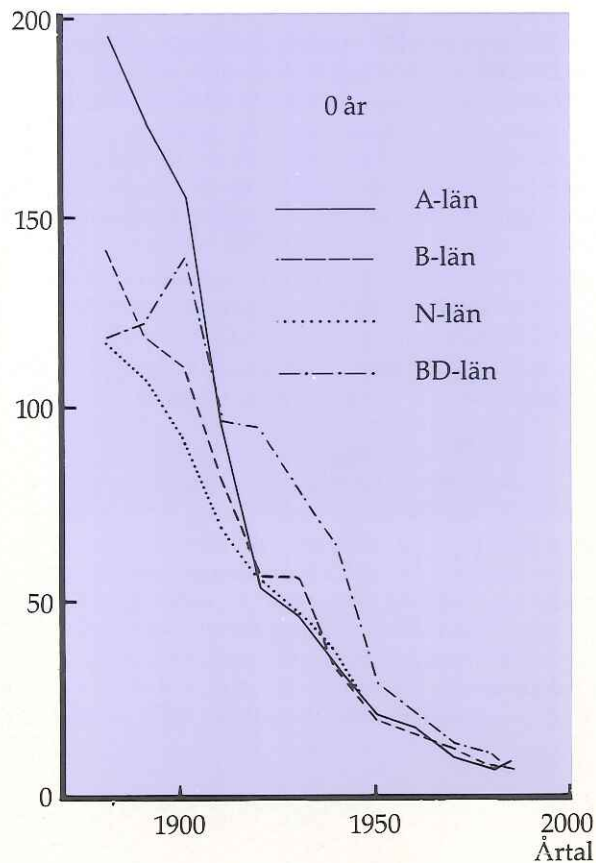


Fig 2 a. Dödstal för Stockholms stad (A), Stockholms län (B) Hallands län (N) och Norrbottens län (BD) 1880-1985 för spädbarn, 40-49-åringar och 70-79-åringar.

Antal döda per 1.000 invånare

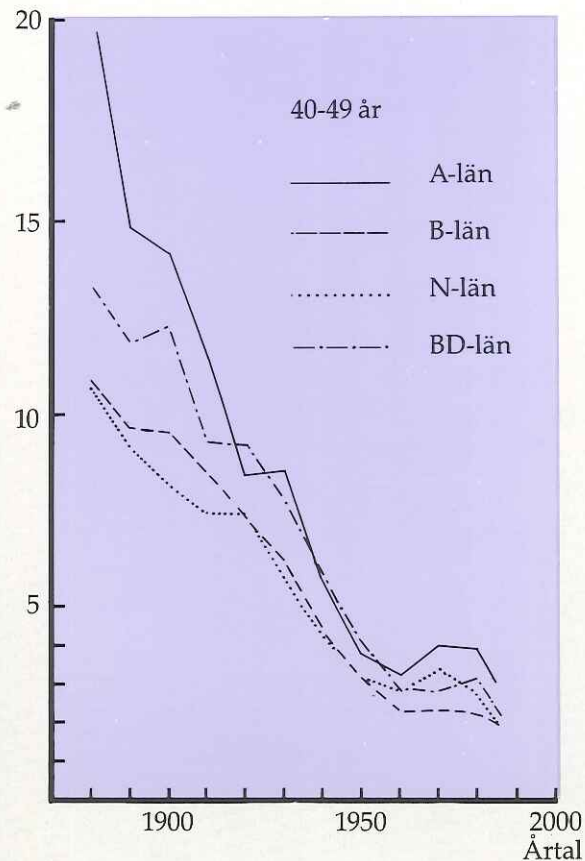


Fig 2 b. Dödstal för Stockholms stad (A), Stockholms län (B) Hallands län (N) och Norrbottens län (BD) 1880-1985 för spädbarn, 40-49-åringar och 70-79-åringar.

Antal döda per 1000 invånare

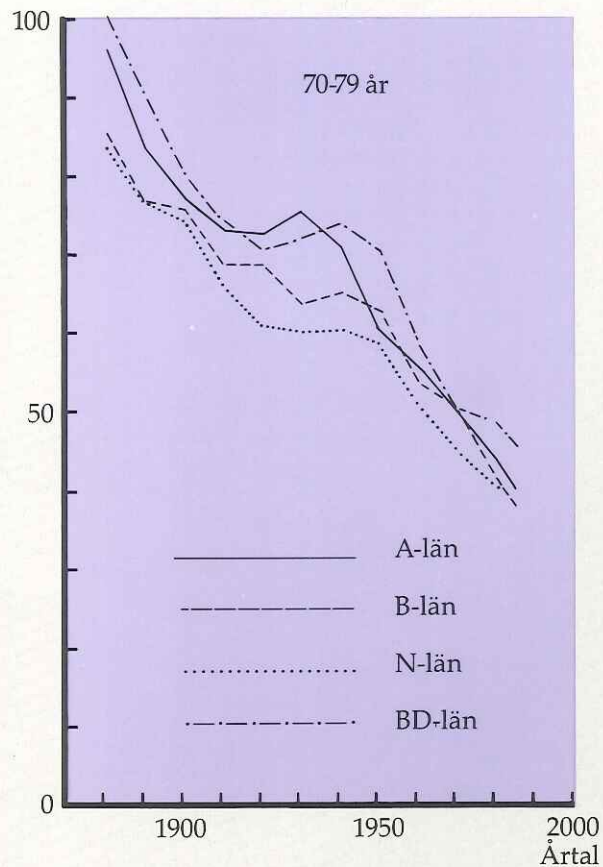


Fig 2 c. Dödstal för Stockholms stad (A), Stockholms län (B) Hallands län (N) och Norrbottens län (BD) 1880-1985 för spädbarn, 40-49-åringar och 70-79-åringar.

Idag har hela världens befolkning i genomsnitt en medellivslängd på under 60 år, en nivå som Stockholm passerade på 1920-talet. Av tabell 3 framgår att medellivslängden vid födelsen ökade mycket snabbt kring sekelskiftet. Sedan 1950 har ökningen bland männen varit 6,0 år och bland kvinnorna 8,3 år. Att 2,0 resp 1,8 år av denna ökning inträffat under de senaste fem åren är anmärkningsvärt.

Detta ska ses mot bakgrund av att medellivslängdens ökning under seklets första hälft i första hand berodde på minskad dödlighet bland barnen, medan den ökning som skett de senaste fem åren i första hand beror på minskad dödlighet bland medelålders och äldre.

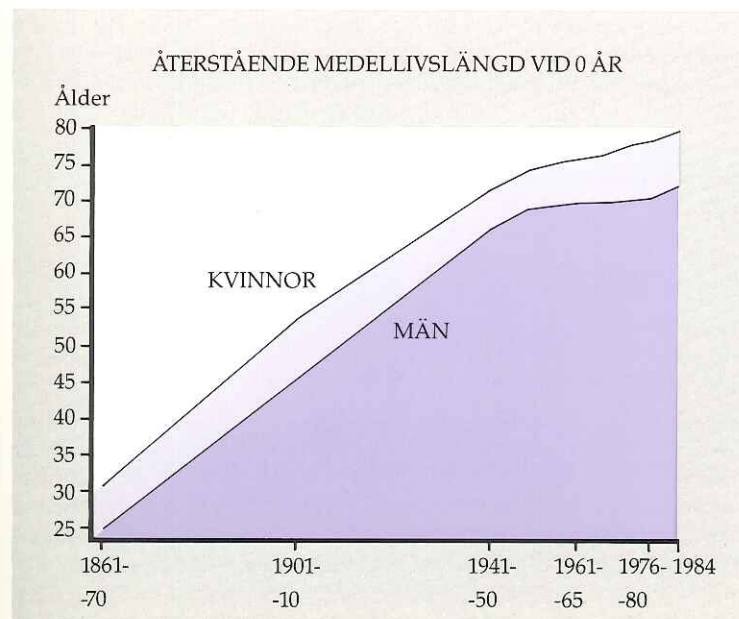


Fig 3. Återstående medellivslängd vid 0 år.

HÄLSOUTVECKLINGEN I KORT PERSPEKTIV

Mycket talar för att hälsotillståndet hos befolkningen i Stockholms län förbättrats under det senaste decenniet. Bl a har dödligheten minskat med 2-5% per år i alla åldersgrupper. Framförallt har dödstalet gått ned i skador och hjärt-kärlsjukdom medan det legat mera konstant för cancer.

Den för folkhälsan och sjukvårdsbehovet intressanta frågan blir nu om denna utveckling med sjunkande dödlighet och ökande medellivslängd leder till att befolkningen omfattar allt fler människor med kroniska sjukdomar och handikapp eller om dödligheten är ett uttryck för minskade sjukdomsrisker.

Under perioden av stagnerande hög medellivslängd har vissa åldringsforskare hävdat att vi skulle närma oss ett "tak" för medellivslängden, där allt fler människor lever friska till hög ålder och sedan dör efter en kort tids sjukdom.

Man har påpekat att det inte är någon naturnödvändighet att "människan måste dö sjuk", men att det finns biologisk åldrandesprocesser som begränsar den maximala livslängden. Mycket få människor blir nu, såväl som tidigare äldre än 105 år.

Enligt denna tankemodell ökar medellivslängden alltså genom att för tidiga dödsfall orsakade av sjukdom och olycksfall i ökande utsträckning kan förhindras och fler uppnår det åldersintervall, där alla dör en naturlig död.

Ett sådant antagande får ett visst stöd av verkligheten: det finns en tendens till "komprimering" av dödligheten till ett smalt åldersintervall i hög ålder. Således beräknas att 38% av alla dödsfall bland kvinnor i Stockholms stad 1981-1985 inträffat i åldern 80-89 år jämfört med 26% på 1930-talet.

Motsvarande andel för, männen är inte lika stor: 28% på 1980-talet jämfört med 17% på 1930-talet. Männen har till följd av sina ännu så länge mer riskfyllda liv längre kvar till "taket".

Å andra sidan sker det fortfarande en svag minskning av dödligheten även bland de allra äldsta. Återstående medellivslängd för kvinnor vid 89 år på 1980-talet var 4,1 år jämfört med 2,8 år på 1930-talet.

Den ovan nämnda "komprimeringen" av dödligheten motverkar möjligen den kraftiga ökningen av sjuklighet och vårdbehov som det ökade antalet åldringar annars skulle medföra. Om utvecklingen är ett resultat av effektivare behandlande insatser, motverkas visserligen utvecklingen mot allt större omvårdnadsbehov, men inte ökningen av sjukvårdsbehovet. Om utvecklingen i stället är ett resultat av enbart livräddande insatser, där allt fler överlever med kvarstående funktionsnedsättningar och vårdbehov, kommer åldersutvecklingen att slå igenom med full kraft i det framtida vårdbehovet.

Det sannolika är att samtliga dessa tre framtidsscenarioer är giltiga. Ett sätt att närma sig svaret är att studera sjuklighetens förändringar i olika åldersgrupper.

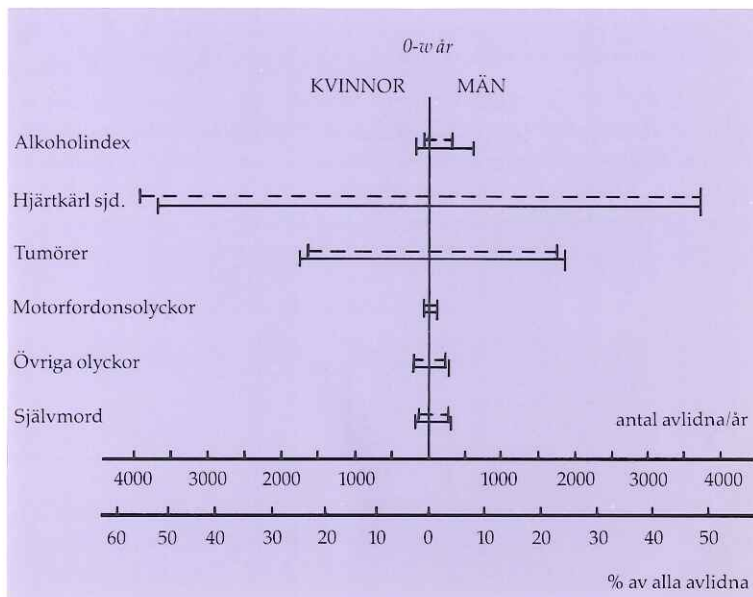
Enligt SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden tycks dock hälsan förbättras, i varje fall för stockholmare i åldern 65-74 år.

Tabell 2 Andel med långvarig sjukdom resp nedsatt rörelseförmåga 1982/83 samt ändring i procentenheter i förhållande till 1975 för Stockholms län. Källa: SCB:s ULF-undersökningar.

Långvarig sjukdom				
1982/83		Ändring jämfört med 1975		
	Män	Kv	Män	Kv
16-44	22.5	21.4	- 0.6	-0.1
45-64	44.9	49.1	- 4.8	-5.9
65-74	65.3	71.0	-10.7	-5.6
Nedsatt rörelseförmåga				
1983/83		Ändring jämfört med 1975		
	Män	Kv	Män	Kv
16-44	2.4	2.3	-0.3	- 1.6
45-64	15.8	20.2	-5.5	- 1.2
65-74	46.8	52.9	-5.6	-12.8

FLEST DÖDSFALL I TUMÖRER OCH HJÄRT- KÄRLSJUKDOM

Från en sammanställning av dödsorsaksregistret 1974-83 kan man få fram hur många personer i absoluta tal som avlidit i olika dödsorsaker i länet. I figuren nedan har endast tagits med de allra främsta dödsorsakerna.



Figur 4 Dödsorsaker 0-70 år
Hel linje=antalet avlidna per år i genomsnitt 1974-83 i Stockholms län.
Streckad linje=antalet individer som skulle avlidit om risken att dö för jämnåriga vore samma som i riket.
Procent av totala antalet avlidna i åldersgruppen.

De heldragna linjerna representerar antalet invånare som i genomsnitt avlidit *per år* i Stockholms län. De streckade linjerna visar hur många invånare i Stockholms län som skulle avlidit OM länsborna löpte samma risk att avlida som rikets invånare totalt. Så skulle t ex fler kvinnor ha avlidit av hjärt-kärlsjukdomar än vad som nu är fallet. Omvänt kan man konstatera att något fler länsbor dör i tumörer än vad som skulle varit fallet om länet följt riksgenomsnittet. I rikssiffrorna har inräknats Stockholms län. Eftersom var femte svensk bor i Stockholms län påverkar läns-siffrorna rikssiffrorna i betydande grad. Där det enligt figuren finns en skillnad i dödlighet mellan Stockholms län och riket är denna skillnad alltså i själva verket något större än vad som här redovisas.

Under alkoholindex inräknas även alla där alkoholism, alkoholförgiftning, alkoholpsykos och levercirrhos varit antingen huvudsaklig eller bidragande dödsorsak.

För övriga dödsorsaker gäller att endast huvudsaklig och ej bidragande dödsorsak räknas.

Av alla som avled i Stockholms län åren 1974-1983 dog varannan i hjärt-kärlsjukdom och var fjärde i tumörsjukdom. Detta var alltså de båda helt dominerande dödsorsakerna.

Den vanligaste dödliga tumörsjukdomen hos män var lungcancer och hos kvinnor bröstcancer.

Stockholms län hade en kraftig överdödlighet i lungcancer — varje år dog 583 personer i lungcancer varje år, vilket var 207 personer fler än förväntat jämfört med riket.

I åldrarna 1-14 år var 1974-1983 olyckor och tumörer dominerande dödsorsaker. Av dödsfallen orsakades 20 procent av tumörsjukdom, varav leukemi svarade för 60 procent. 31 procent av pojkarna och 21 procent av flickorna omkom till följd av olyckor. Det bör här framhållas att antalet pojkar som avlidit till följd av olyckor, exklusive motorfordonsolyckor, uppgått till knappt tio per år, men utgör alltså ändå den största enskilda dödsorsaken.

DÖDSORSAKERNA VARIERAR STARKT MED ÅREN

Fig 5 a och b talar i stor utsträckning för sig själva. Samtliga figurer redovisar det genomsnittliga antalet avlidna under åren 1974-83.

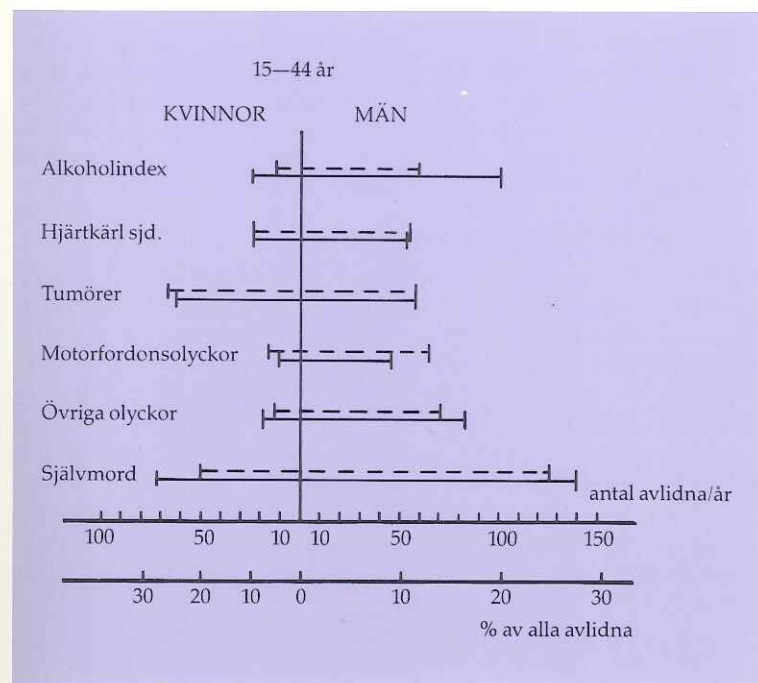
Några kommentarer till de olika åldersgrupperna kan dock vara av intresse.

DÖDSORSAKER 15-44 år

I den här gruppen dog betydligt fler män än kvinnor i samtliga dödsorsaker med undantag för tumörsjukdom. Själv mord var den vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor med 27 resp 29%. I Stockholms län kan vi konstatera att 6 kvinnor varje månad tog sina liv, vilket är 2 fler än vad som kunde förväntats om dödlighetsrisken i självmord varit densamma för länet som för riket.

De näst vanligaste dödsorsakerna skiljde sig för män och kvinnor. För männens del var det motorfordonsolyckor och s k övriga olyckor och för kvinnor tumörsjukdomar. De vanligaste tumörsjukdomarna var för kvinnor bröstcancer, leukemi och livmodercancer, i den ordning de nämns. För männen är leukemi vanligast och därefter lungcancer.

I hjärt-kärlsjukdomar dör dubbelt så många män som kvinnor (54 mot 23 varje år) och även alkoholindex är en betydligt vanligare dödsorsak hos män än kvinnor. Ofta vet man inte om alkohol bidragit till döden och alkoholindex är därför sannolikt en underskattning av alkoholens betydelse som dödsorsak. Överdödligheten i Stockholms län i denna dödsorsak är påfallande.



Figur 5 a Dödsorsaker 15-44 år.

Hel stapel=antalet avlidna per år i genomsnitt 1974-83 i Stockholms län.

Streckad stapel=antalet individer som skulle avlidit om risken att dö för jämnåriga vore samma som i riket.

Procent av totala antalet avlidna i åldersgruppen.

DÖDSORSAKER 45-64 ÅR

Den vanligaste dödsorsaken för män i åldersgruppen 45-64 år var hjärt-kärlsjukdomar med 41% av antalet döda män.

För kvinnor var tumörsjukdom den vanligaste dödsorsaken (47% av dödligheten för kvinnor). Det dog emellertid lika många män som kvinnor i tumörsjukdom (ca 450) och för båda könen noteras en överdödlighet i Stockholms län. Den för män helt dominerande tumörformen var lungcancer. Hos kvinnor var bröstcancer dubbelt så vanlig som lungcancer, som kommer på andra plats.

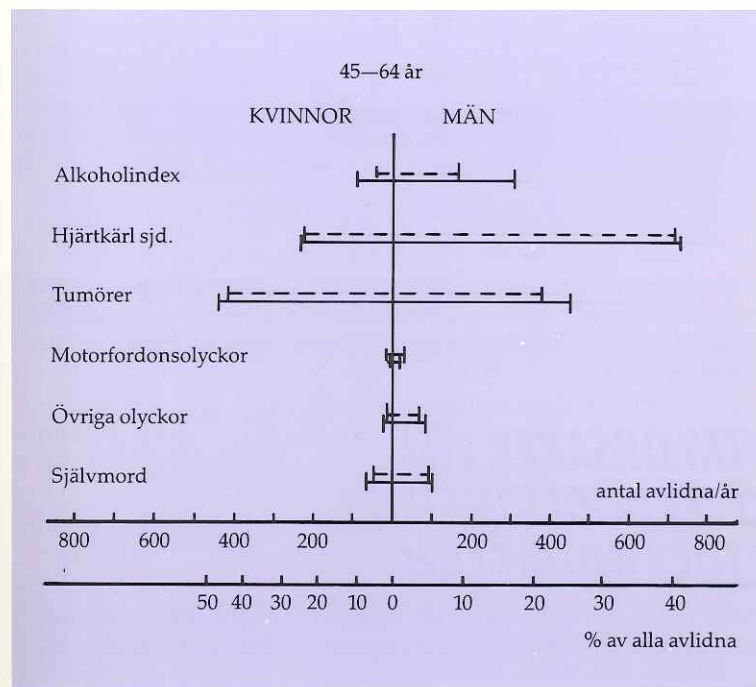
Själv mord är i förhållande till andra dödsorsaker av väsentligt mindre omfattning i denna åldersgrupp jämfört med yngre åldersgrupper om man ser till den procentuella andelen av antalet dödsfall. Räknat i antal personer som avled i självmord är skillnaden dock inte särskilt stor — 169 mot 211 för åldersgruppen 15-44 år. Väger man dessutom in antalet individer i respektive åldersgrupper kan konstateras att självmord i själva verket 50% vanligare i åldern 45-64 år än i åldern 15-44 år.

DÖDSORSAKER 65-74 ÅR

I den här åldersgruppen är hjärt-kärlsjukdomarna dominerande dödsorsak hos både män och kvinnor — 52% av männen och 45% av kvinnorna. Antalet män som dog i hjärt-kärlsjukdom var nästan dubbelt så stort som antalet kvinnor.

Lungcancer var den dominerande dödliga tumörsjukdomen hos männen i åldersgruppen. Hos kvinnorna dominerade fortfarande bröstcancer med tjock- och ändtarmscancer på andra plats, tätt följt av lungcancer.

Antalet självmord i denna åldersgrupp var visserligen mindre (31 män och 25 kvinnor) men med hänsyn till befolkningmängden i åldersgruppen kan man konstatera att självmordsrisken var ungefär lika stor som i åldern 15-44 år.



Figur 5 b Dödsorsaker 45-64 år

Hel stapel=antalet avlidna per år i genomsnitt 1974-83 i Stockholms län.

Streckad stapel=antalet individer som skulle avlidit om risken att dö för jämnåriga vore samma som i riket.

Procent av totala antalet avlidna i åldersgruppen.

STOR ÖVERDÖDLIGHET BLAND MÄN I STOCKHOLMS LÄN

Jämfört med riksgenomsnittet för varje åldersgrupp dör i Stockholms län varje *månad* 50 män fler än förväntat och 10 kvinnor färre än förväntat. Nedanstående tabell visar den procentuella över- respektive underdödligheten vid olika åldrar i Stockholms län jämfört med riket.

Tabell 3 Procent över- eller underdödlighet i Stockholms län 1974-83 jämfört med riket.

	15-44 år	45-64 år	65-74 år	0-w år
Män	+ 8%	+15%	+12%	+9%
Kvinnor	+11%	+ 9%	0%	-2%

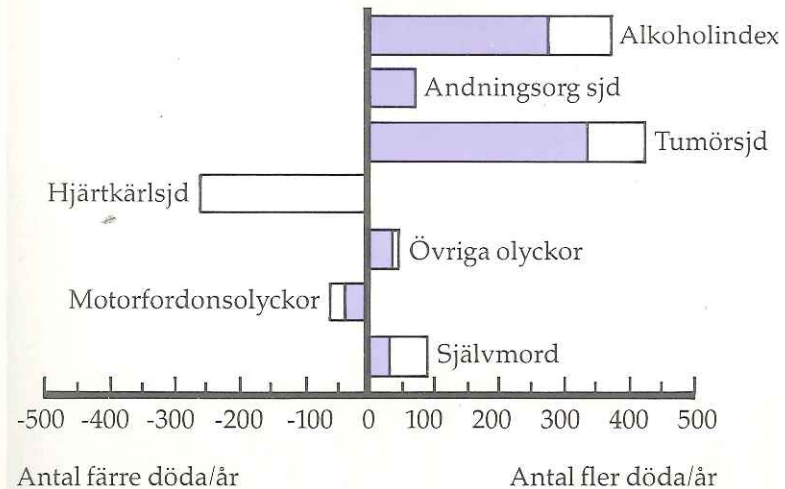
Som tabellen visar hade både män och kvinnor i länet en överdödlighet före 65 års ålder. Den underdödlighet som kvinnorna totalt hade berodde alltså på att de äldre kvinnorna i Stockholms län levde längre.

FEM ORSAKER TILL ÖVERDÖDLIGHETEN I STOCKHOLMS LÄN

Stockholms län har en överdödlighet i framför allt tumörsjukdom, i eller med alkoholrelaterade sjukdomar, självmord, olyckor och sjukdomar i andningsorganen. Dessa fem dödsorsaker förekommer även hos yngre, d v s för tidigt döda som är under 65 år.

För överdödligheten i länet är det männen som står för det största antalet avlidna i samtliga dödsorsaker, utom när det gäller självmord.

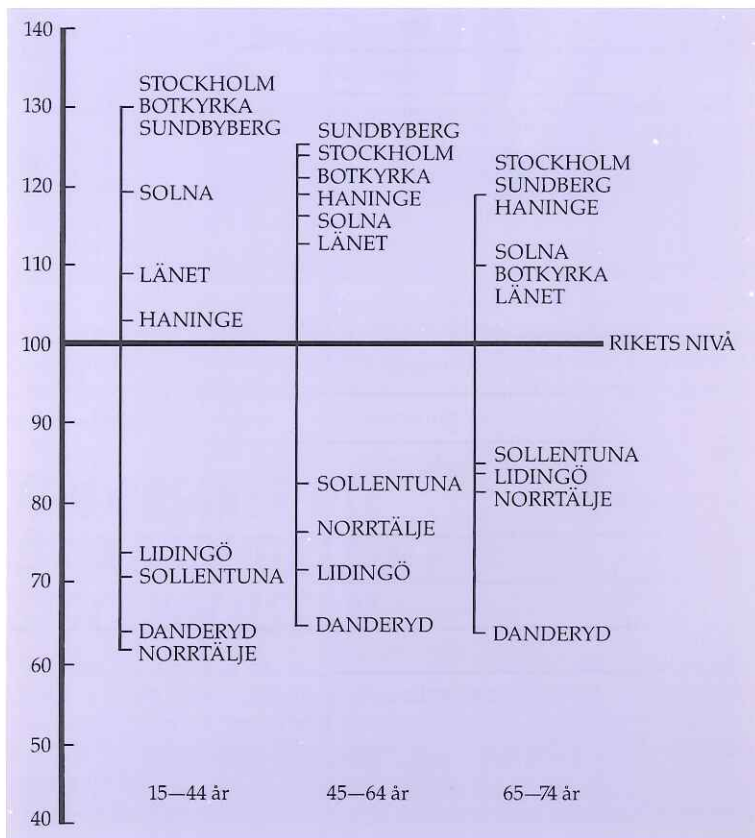
Färre än förväntat dör i hjärt-kärlsjukdom och motorfordonsolyckor. Här är det kvinnorna som ger starkt utslag i statistiken.



Figur 6 Antalet fler eller färre döda per år i Stockholms län jämfört med om dödligheten vore samma som för jämnåriga i riket. Fyllt stapel=männens andel, ofyllt stapel=kvinnors andel. Stockholms län 1974-83.

MÄN I BOTKYRKA OCH SUNDBYBERG LEVER FARLIGAST

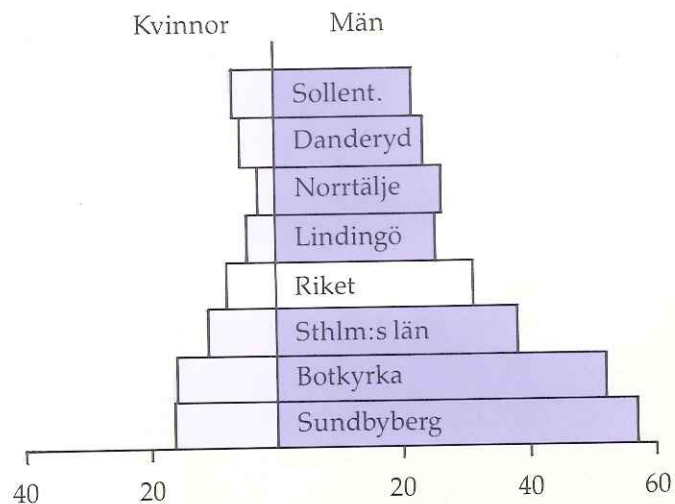
Vi har tidigare konstaterat att det finns en överdödlighet i Stockholms län jämfört med riket. Men bilden inom länet är långt ifrån enhetlig. Kommuner som Danderyd, Lidingö och Sollentuna har t ex en lägre dödlighet än riket.



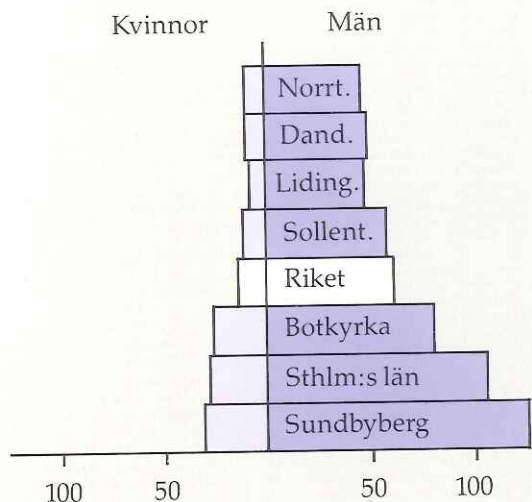
Figur 7 Relativa skillnader i dödlighet hos män mellan några kommuner i Stockholms län 1974-84. Direkt åldersstandardiserat dödstal i procent av riket.

Figuren visar att det på 100.000 invånare dör nästan dubbelt så många män i åldern 15-44 år i Botkyrka och Sundbyberg som i Danderyd och Norrtälje.

Som också framgår av figuren är skillnaden i dödlighet mellan kommunerna större i yngre åldrar. Figurerna 8-13 visar att skillnaderna är störst i dödsorsaker som alkohol och olyckor, men högst påtagliga även i hjärt-kärlsjukdom och tumörsjukdom.

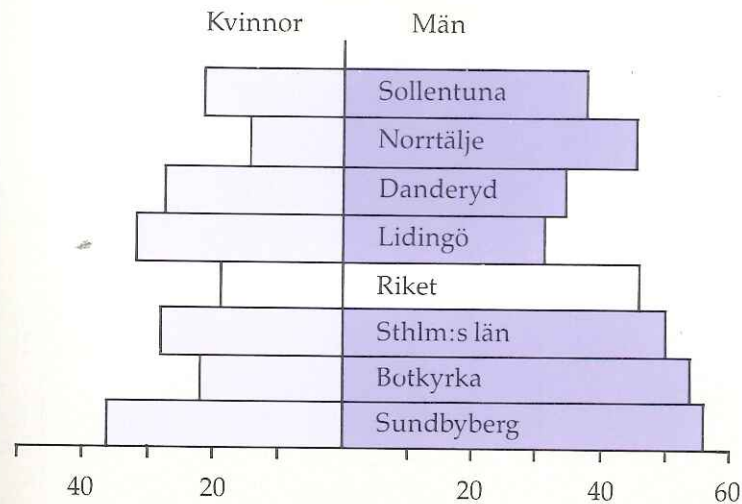


OLYCKSEFALL
(exkl. motorfordonsolyckor och självmord)

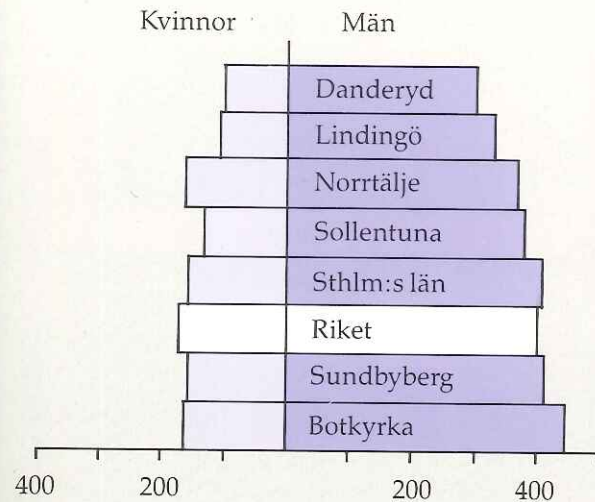


ALKOHOLINDEX

Figur 8-9 Antal döda per 100.000 invånare och år i Stockholms län 1974-83. 15-74 år. (Åldersstandardiserat)

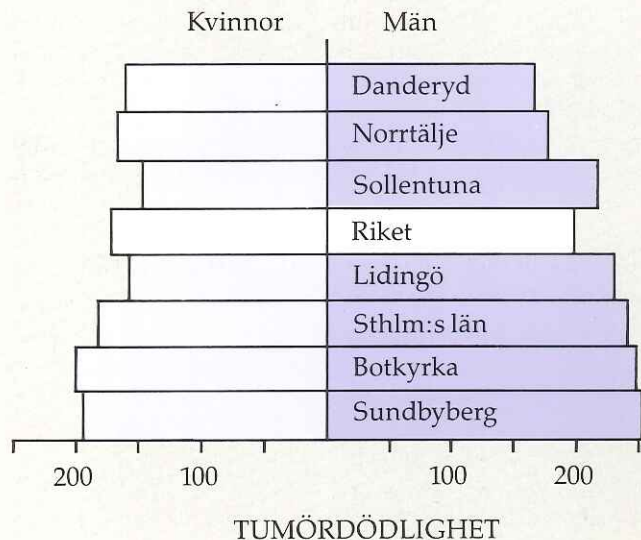
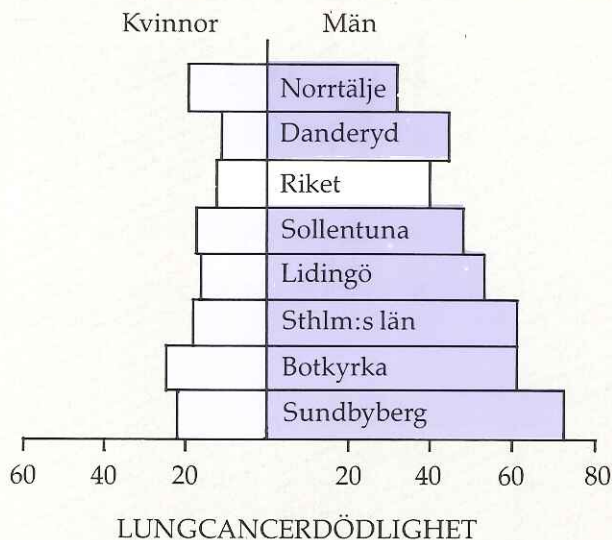


SJÄLVMORD



HJÄRT-KÄRLSJKDOM

Figur 10-11 Antal döda per 100.000 invånare och år i Stockholms län 1974-83. 15-74 år. (Åldersstandardiserat)



Figur 12-13 Antal döda per 100.000 invånare och år i Stockholms län 1974-83. 15-74 år. (Åldersstandardiserat)

DE STORA FOLKSJUKDOMARNA 1: PSYKISK OHÄLSA

Psykiska symtom av typ oro, ångslan och ångest är något vanligare i socialgrupp 3 (arbetaryrken) jämfört med tjänstemän. Dessa skillnader har varit i stort sett oförändrade under senare år. Det är endast en bråkdel av dem som har olika psykiska symtom som söker och får psykiatriskt vård, men man kan konstatera att om man ser till andelen personer som vårdas i slutna vård för psykisk sjukdom är skillnaderna mellan socialgrupperna betydande. Risken för att behöva vårdas i slutna vård är 2-3 gånger större för yrken präglade av monotoni och få möjligheter att lära sig nya saker och planera arbetet, jämfört med de yrkesgrupper som har bättre social arbetsmiljö...

Man kan också konstatera att risken att drabbas av mental ohälsa är mycket större för ensamstående än för den som lever i ett fast förhållande.

NÅGRA TEORIER KRING SKILLNADERNA

Man kan tänka sig flera olika förklaringar till dessa skillnader:

- svåra sociala och psykologiska uppväxtvillkor har gett psykiska problem och samtidigt sämre utbildning, vilket ofta leder till att man får mindre kvalificerade yrken.
- människor, som i vuxen ålder fått psykiska problem, har tvingats byta till mindre kvalificerade yrken
- lågutbildade arbetare lever under sämre villkor i arbete, boende etc och får av den anledningen oftare psykiska besvär
- de stora skillnaderna i utnyttjande av slutna vård kan också bero på att människor med arbetaryrken, som söker hjälp för psykiska problem oftare behandlas i

sluten vård, medan tjänstemän oftare behandlas i öppen vård.

UTVECKLINGEN FRAM TILL NU

Man brukar hävda att det psykiska lidandet tenderar att öka i tider av starka sociala förändringar. Övergången till ett post-industriellt samhälle innebär hög rörlighet mellan näringsgrenar och regioner, ändrad familjestruktur etc. Ändå förefaller utvecklingen, när det gäller psykisk hälsa/ohälsa, vara på väg mot det bättre i Stockholms län. Bl a har

- andelen personer som klagar över oro, ångslan och ångest minskat från 25% till 21% under perioden 1968-81
- konsumtionen av droger (alkohol, psykofarmaka och narkotika), minskat kraftigt under de senaste tio åren
- självmordsfrekvensen minskat med ca 2% per år under det senaste decenniet.

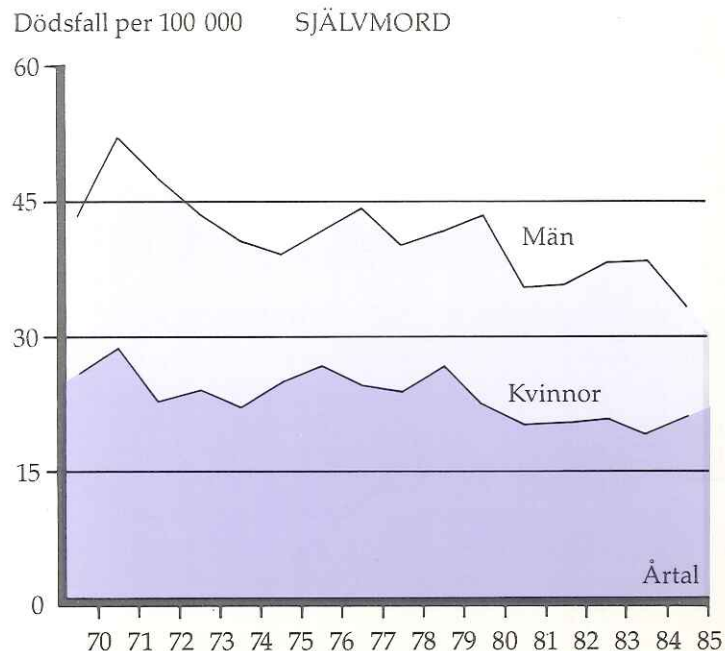


Fig. 14 Antal dödsfall/100.000 invånare i självmord Stockholms län 1970-85. Åldersstandardiserat.

HÄLSORISKER

Man vet att psykisk ohälsa kan bero på en mängd olika orsaker, t ex ärftliga faktorer, olycksfall med hjärnskador, förlösnings-skador, infektioner, kemiska ämnen i industrin, alkoholmissbruk och åderförkalkning, som visar sig i form av åldersdemens.

Inom psykodynamisk teori fäster man stort avseende vid *den tidiga personlighetsutvecklingen*. En förebyggande, psykisk hälsovård bör lägga tyngdpunkten på att via föräldrarna få barnet att bemästra konflikter och kriser. Trygghet, självständighet och initiativförmåga är egenskaper som kan hjälpa barn att själva lösa sina problem längre fram i livet. Viktiga riskfaktorer för störningar av personlighetsutvecklingen hos barn är skilsmässosituationer, långvariga familjekonflikter som inte kommer upp till ytan, alkoholism eller annan psykisk sjukdom hos föräldrarna.

Människor ur olika sociala grupper lever under mycket olika förhållanden i arbete, boende, familjerelationer etc. Människor med jäktiga, enformiga och psykiskt påfrestande arbeten har oftare psykiska besvär. Detsamma gäller dem som bor i nybyggda hyreshusförorter, där miljön och den kollektiva servicen är bristfälligt. Det är utan tvekan så att människor som det ställs stora krav på i arbetet, men som samtidigt har lågt inflytande drabbas av nervösa besvär i mycket högre grad än människor med bättre kontroll över arbetet.

Tabell 4 Andelen individer som har nervösa besvär vid olika typer av arbetsmiljöer. Riket 1974. (Källa: LNU (3))

	Hög kontroll över arbetet	Låg kontroll över arbetet
Höga arbetskrav	16%	39%
Låga arbetskrav	7%	16%

Tabell 5 Andel individer som har psykiska problem vid olika typer av boendemiljöer. Oslo 1974-76.

	VälinTEGRERAD person	DESINTEGRERAD person
Nybyggd hyres- husförort	17%	44%
Äldre villa- område	13%	17%

Den överrepresentation av lättare psykiska störningar som tycks föreligga i Stockholmsregionen kan alltså ha flera förklaringar:

- det finns en selektiv inflyttning av människor med psykiska problem och missbruksproblem som söker storstadens anonymitet. Denna utveckling bromsas delvis av att det framför allt är de friska som är attraktiva på storstadens arbetsmarknad och utbildnings-system.
- de många nyinflyttade kan ha ökad psykisk sårbarhet till följd av flyttningen
- det finns en uttalad bostadssegregation där människor med små ekonomiska och sociala resurser tvingas bo i de sämsta bostadsområdena.

Dessbättre finns en för storstadsbefolkningen positiv faktor också: den låga arbetslösheten och det relativt höga materiella väståndet.

HÄLSOPOLITISKA MÅL FÖR PSYKISK HÄLSA

A. DEN SANNOLIKA UTVECKLINGEN

Det är mycket svårt att göra några säkrare antaganden om den sannolika utvecklingen när det gäller den psykiska hälsan. I planeringen måste man dock utgå från följande:

- ett fortsatt stort antal människor med lättare och medelsvåra depressiva och neurotiska symtom. I takt med en utbyggd öppen psykiatrisk vård och primärvård torde en ökad andel av dessa söka behandling
- ett ökat antal skilsmässor och kraftig regional obalans med forcerad inflyttning till Stockholmsregionen har, i kombination med ökad bostadsocial segregation, med stor sannolikhet en negativ inverkan på ovanstående symtom
- insjuknande i åldersdemens kan möjligen tänkas minska, delvis beroende på förbättringar i åldringarnas allmänna hälsotillstånd. Detta kommer dock i stor utsträckning att kompenseras av ett ökat antal åldringar
- om den nuvarande relativt låga totala alkoholkonsumtionen fortsätter att sjunka kan också de alkoholrelaterade psykiska problemen antas minska
- psykiska problem till följd av förlossningsskador, lösningsmedel och olycksfall utgör i dag en mindre del och kan antas minska även i fortsättningen.

B. DEN ÖNSKVÄRDA UTVECKLINGEN

Det mycket höga antalet självmord är, trots en svag minskning, alarmerande. Under 1985 tog 435 personer livet av sig i Stockholm. Mer än hälften var under 45 år. Antalet personer som togs in på sjukhus på grund av självmordsförsök var fyra gånger så stort. Därtill kommer ett stort antal självmordsförsök som inte kommer till sjukhus.

Den kraftiga anhopningen av psykiska problem bland människor som befinner sig i en sämre situation (arbetslösa, ensamstående, kroniskt sjuka och yrkesgrupper präglade av monotona arbeten), är ur välfärdspolitisk och hälsopolitisk synvinkel en tungt vägande anledning till att satsa på förebyggande arbete som berör dessa grupper. Överdödligheten i t ex Stockholm och Botkyrka ger en fingervisning om var insatserna framför allt bör sättas in.

Självorden kan ses som toppen av ett isberg, där det under ytan finns ett mycket stort antal människor som lider av depression, ångest, sömnbesvär m.m.

Socialstyrelsen har utarbetat ett underlag för vårdprogram mot självmord. Bland förebyggande insatser nämner man här restriktiv psykofarmakaföreskrivning och alkoholpolitik, familj- och arbetsmarknadspolitiska insatser för att minska familjesplittring och arbetslöshet samt behov av stöd till människor i krissituationer. Man anser också att det bör ställas stora krav på kompetens och inlevelse bland människor inom bl a primärvård och socialtjänst samt även bland poliser, ambulansförare m fl som ofta kommer tidigt i kontakt med människor som hotar att ta livet av sig.

Det torde ha mycket hög prioritet att ett detaljerat hälsopolitiskt program för psykisk hälsa tas fram för Stockholms läns landsting.

C. DEN MÖJLIGA UTVECKLINGEN

Med den organisation som finns för arbetarskydd och trafiksäkerhet samt förlossningsvård verkar det troligt att psykiska störningar till följd av lösningsmedel, olycksfall och förlossningsskador ska kunna minska även i fortsättningen.

Med den kunskap som idag finns om betydelsen av en varm, intim och stabil relation mellan föräldrar och barn de första levnadsåren, bör reformer som syftar till att stödja småbarnsföräldrar (arbetstidslagstiftning, bidragsbestämmelser, barnomsorgsutbyggnad etc) ha betydande möjligheter att bidra till förebyggandet av psykiska störningar.

Sambandet mellan psykiska symtom och social miljö i arbete och boende talar för att åtgärder som ökar människors kontroll över sin miljö, minskar bostadssegregation och arbetslöshet kan ge betydande positiva effekter.

DE STORA FOLK-SJUKDOMARNA 2: HJÄRT-KÄRLSJUKDOMAR

Hjärt-kärlsjukdomar omfattar en rad mycket vanliga och allvarliga sjukdomstillstånd av typ kärllkramp, hjärtinfarkt, slaganfall, högt blodtryck etc. År 1984 stod hjärt-kärlsjukdomarna i Stockholms län för 51% av alla dödsfall, 27% av alla vård dagar i slutenvård och 13% av alla beviljade förtidspensioner.

Den här sjukdomsgruppen är ojämnt fördelad i befolkningen. Risken att behöva vård för hjärtinfarkt, kärllkramp m m bland männen är 50% högre bland arbetare jämfört med högre tjänstemän i motsvarande ålder. Man kan också konstatera att fränskilda män har en viss översjuklighet i hjärtinfarkt och fränskilda ur båda könen i slaganfall.

Framför allt på grund av de sociala skillnaderna finns det betydande variationer mellan olika geografiska områden i länet. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar är bland män under 75 år 50% högre i bl a Stockholm, Sundbyberg och Botkyrka än bland jämnåriga i Danderyd, Lidingö och Täby.

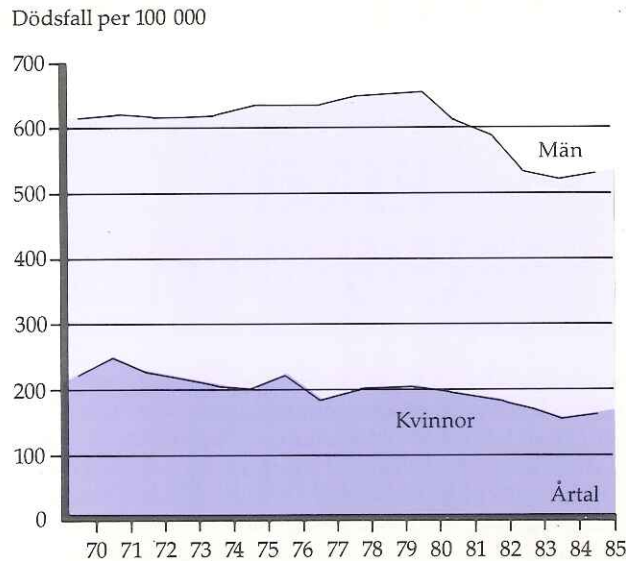
UTVECKLINGEN FRAM TILL NU

Hjärtinfarkt

Dödligheten i hjärtinfarkt har under 1960- och 1970-talen ökat stadigt. Under 1980-talet har däremot skett en minskning i dödligheten i hjärtinfarkt med 4,8% bland män och 2,4% per år bland kvinnor. Dessa siffror gäller åldersgruppen 45-74 år och är korrigerade för befolkningens ändrade åldersstruktur.

Nedgången 1980-1984 har dock varit mindre om man ser till antalet personer som legat på sjukhus, nämligen 1,5% bland männen och närmast oförändrad nivå för kvinnorna.

ISCHEMISK HJÄRTSJUKDOM



Figur 15 Antal dödsfall/100.000 invånare i åldern 15-74 år i ischemisk hjärtsjukdom (hjärtinfarkt, kärlkramp m m) i Stockholms län 1970-85. Åldersstandardiserat.

Den minskade dödligheten i hjärtinfarkt kan dels vara resultat av minskande antal sjukdomsfall, dels en följd av förbättrad överlevnad för varje insjuknad.

I USA har man således för perioden 1968-76 beräknat att specifika medicinska åtgärder kunnat förklara 40% av den sjunkande dödligheten. Åtgärderna bestod bl a i utbyggnad av intensivvårdsavdelningar, förbättrad ambulanstjänst, medicinsk behandling för att förhindra komplikationer och återinsjuknande i hjärtinfarkt, behandling för högt blodtryck samt kranskärlskirurgi. Ytterligare 40% anser man ska kunna tillskriva minskad tobakskonsumtion och minskade blodfettnivåer.

I Sverige kan man inte göra mer än högst preliminära uppskattningar av effekten och olika medicinska åtgärder. Det står dock klart att en betydande del av den sjunkande dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom beror, förutom på minskad tobakskonsumtion också på förbättrad medicinsk behandling, t ex betablockerare, och kirurgisk behandling i form av kranskärloperationer.

Slaganfall

Beträffande slaganfall är tendensen densamma som för hjärtinfarkter. 1974-81 har dödligheten minskat med 2,3% per år bland män och 3,5% bland kvinnor. Samtidigt har antalet insjuknade ökat med 1,8% bland män och legat konstant bland kvinnor. Denna tendens tycks hålla i sig även efter 1981.

Tolkningsproblemet liknar det vid hjärtinfarkt. Förbättrad behandling, framför allt av följsjukdom till slaganfall, kan ha bidragit till den minskade dödligheten liksom förbättrad behandling av högt blodtryck, vilket bidragit till minskningen av den typ av slaganfall (hjärnblödningar) som har relativt hög dödlighet.

HÄLSORISKER

De bäst undersökta riskfaktorerna som "bäddar" för hjärt-kärlsjukdomar är rökning, högt blodtryck och höga blodfetter. De kan i en statistisk analys "förklara" ungefär hälften av de fall som insjuknar i ischemisk hjärtsjukdom.

Allt fler forskningsresultat talar för att psykosociala riskfaktorer spelar en mycket viktig roll, dels direkt dels indirekt via de redan nämnda riskfaktorerna.

Så här kan man grovt sammanfatta kunskapen om riskfaktorer;

- risken att dö i hjärtinfarkt är minst två gånger så stor för den som röker över 20 cigaretter per dag. För den som slutar röka minskar risken till nästan normal nivå på några år
- förhöjt blodtryck innebär förhöjd risk för olika typer av hjärt-kärlsjukdomar. Det finns inga klara gränser mellan "ofarliga" och "farliga" blodtrycksnivåer
- personer med förhöjt serumkolesterol löper större risk att drabbas av hjärtinfarkt. Kolesterolnivån i blodet ökar om kostens innehåll av mättat fett och kolesterol är högt.

Dessa tre riskfaktorer påverkas i sin tur av en rad sociala förhållanden. Rökning är t ex betydligt vanligare bland lågutbildade med påfrestande arbetsmiljö, bland fränkskilda, arbetslösa m fl. Högt blodtryck är vanligare bland människor med låg utbildning, låg inkomst och ekonomiskt svår uppväxt. Det kan delvis bero på att det i dessa grupper är vanligare med högt saltintag i födan, lite motion, övervikt, fysisk och psykisk påfrestning i arbetet eller arbetslöshet.

Utan att det finns något samband med traditionella riskfaktorer är det mycket sannolikt att risken för hjärtinfarkt påverkas direkt av psykosociala faktorer exempelvis i arbetsmiljön. Det kan vara t ex högt arbetstempo i kombination med bristande stimulans, litet beslutsutrymme och bristande socialt nätverk.

HÄLSOPOLITISKA MÅL FÖR HJÄRT-KÄRLSJKDOMAR

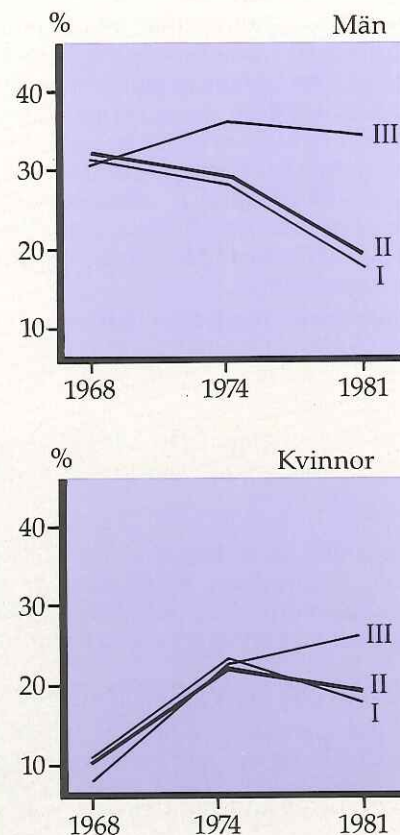
A. DEN SANNOLIKA UTVECKLINGEN

Vi vet egentligen alldeles för lite om sjukdomarnas tidsmässiga och historiska förlopp.

När det gäller rökvanornas utveckling vet vi att de har stor betydelse för sjukligheten och de är dessutom väl kartlagda. Tobakskonsumtionen ökade stadigt efter kriget fram till mitten av 1960-talet, framför allt genom ökad rökning hos de yngre. Ökningen bland kvinnorna fortsatte ytterligare några år medan männens stagnerade.

Totalt sett har andelen dagligrökare stadigt minskat under senare år. Förmodligen har 1980-talets minskande insjuknande i hjärtinfarkt bland männen att göra med den minskning av rökningen som skedde under 1970-talet. Eftersom antalet dagligrökare bland män fortsatte att minska är det sannolikt att också antalet fall av hjärtinfarkt fortsätter att minska.

Minskningen av rökningen har varit kraftigare i storstäderna (som i början låg högt) och bland välutbildade (som i början låg lägre). Det senare innebär alltså att de sociala skillnader vi redan har i hjärt-kärlsjuklighet kommer att förstärkas ytterligare.



Figur 16 Andel män resp kvinnor fördelat efter socialgrupp som röker mer än 10 cig/dag i storstad.

Enligt siffror från Stockholm framtagna 1984 är det faktiskt fler kvinnor än män i åldern 18-44 år som röker dagligen. Helt klart är också att människor med låg utbildning i större utsträckning är dagliga rökare än människor med högre utbildning. Den totalt sett största gruppen dagliga rökare återfinns bland ensamboende. Där är siffrorna 51% för fränskilda män och 46% för ensamstående mödrar.

Fetthalten i kosten

Fetthalten i kosten har legat på en relativt konstant hög nivå (ca 40 energiprocent) under de senaste decennierna. Även om det kan ha skett förändringar i relationerna mellan mättat och omättat fett är effekterna på hälsotillståndet svåra att fastställa.

Sociala faktorer

De sociala faktorernas betydelse är utan tvekan stor. Aktuell forskning bl a i Stockholm visar att arbeten där kraven är höga, beslutsutrymmet lågt och arbetet dessutom präglas av monotoni ökar risken för bl a hjärtinfarkt.

En utveckling av arbetssituationen av detta slag hade vi under 1950- och 60-talen. Under de senaste decenniet har dock mycket förändrats till det bättre i detta avseende. Samtidigt har arbetslösheten minskat i Stockholm.

Det kan nämnas att dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar inte minskat i krisdrabbade landsändar som exempelvis Norrbotten.

Högt blodtryck

När det gäller slaganfall m m har bl a den förbättrade blodtrycksbehandlingen medfört en minskning av de allvarliga hjärnblödningarna. Samtidigt har det, framförallt i de äldsta åldersgrupperna, skett en ökning av andra typer av slaganfall.

B. DEN ÖNSKVÄRDA UTVECKLINGEN

Det mål WHO:s europaregion satte upp för åren 1984-2000 beträffande hjärt-kärl dödlighet var en minskning med 15%. Detta mål torde vara möjligt att uppnå även i Stockholm. WHO har starkt betonat att rådande sociala klyftor i ohälsans fördelning bör minskas med 25% fram till år 2000. Vi får helt klart svårt att klara denna målsättning. Tendensen i riskfaktormönstret, särskilt vad gäller rökning, är att den redan existerande översjukligheten bland människor i arbetaryrken ökar ytterligare. Det råder alltså ingen tvekan om var insatser behöver sättas in.

C. DEN MÖJLIGA UTVECKLINGEN

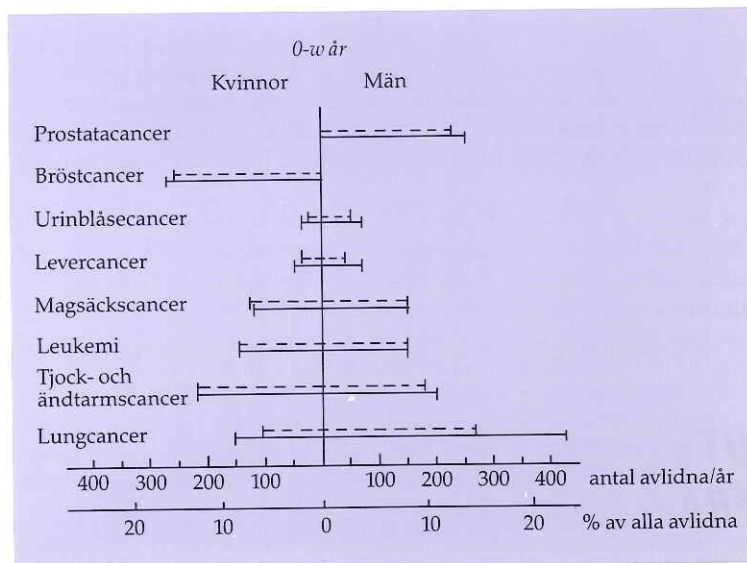
Om andelen rökare bland männen fortsätter att minska från nuvarande 25% till 20% år 1990 och andelen storrökare (mer än 15 cigaretter/dag) minskar från 25 till 10% samtidigt som kolesterolnivån minskas med ytterligare 13% — vilket allt är högst realistiskt — borde sjukligheten i hjärtinfarkt kunna minskas med ca 2% per år de närmaste 20-25 åren!

Dessutom sker en snabb utveckling av behandlingsmetoder och operationsteknik. Sammantaget torde därför en minskning av dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom på 4-5% per år vara möjlig om man är beredd att satsa rejält på förebyggande och behandlande området.

Siffrorna som nämnts ovan gäller medelålders män. När det gäller kvinnor kan man förvänta sig större svårigheter att nå åstadkomma snabba förändringar — en direkt följd av att kvinnornas rökvanor inte alls utvecklats lika positivt som männens.

DE STORA FOLK- SJUKDOMARNA 3: CANCER

År 1984 svarade cancersjukdomarna i Stockholms län för 24% av alla dödsfall, 26% av alla förlorade år i för tidig död före 75 års ålder. 0,4% av befolkningen insjuknade i cancer. De vanligaste cancertyperna som dödsorsak framgår av figuren nedan.



Figur 17 Tumördödlighet 0-w år.

Hel linje=antalet avlidna per år i genomsnitt 1974-83 i Stockholms län. Streckad linje=antalet individer som skulle avlidit om risken att dö för jämnåriga vore samma som i riket. Procent av totala antalet avlidna i cancer.

Cancersjukdomarna är ojämnt fördelade mellan socioekonomiska grupper i befolkningen, men mönstret är något olika för olika cancerformer.

I lungcancer förekommer en kraftig översjuklighet bland män i arbetaryrken. Något oväntat kan man finna att några cancerformer hör till de i övrigt mycket få sjukdomar som är vanligare hos människor med tjänstemannayrken. Det gäller särskilt bröstcancer, grovtarmscancer och prostatacancer.

Lungcancerfrekvensen har som nämnts starkt samband med rökning men man ska komma ihåg att det tar decennier för en cancer att utvecklas. I dag är rökning vanligare bland lågutbildade, men när detta lungcancermonster grundlades för några decennier sedan, var rökvanorna sannolikt annorlunda fördelade (se fig. 16). Andra faktorer i arbetsmiljö m m har alltså, bl a i samverkan med rökning, bidragit till nuvarande lungcancermonster.

Mycket talar också för att fettkonsumtionen idag är högre bland lågutbildade. De kostrelaterade cancertyperna är dock också de ett resultat av ett riskfaktormönster flera decennier tillbaka. Därför bör förebyggande åtgärder mot cancer inte främst riktas mot de grupper som idag har den högre sjukligheten, utan mot de lågutbildade med den högre fettkonsumtionen.

Stockholms län har, liksom övriga storstadsområden i landet, en översjuklighet och överdödlighet i flertalet cancertyper. Undantag är magsäckscancer och leukemi.

Den stora översjukligheten i Stockholms län i cancer i lunga, lever och urinblåsa kan delvis förklaras av högre tobaks- och alkoholkonsumtion.

För åtminstone lungcancer kan även luftföroreningar i arbetsmiljö och bilavgaser bidragit.

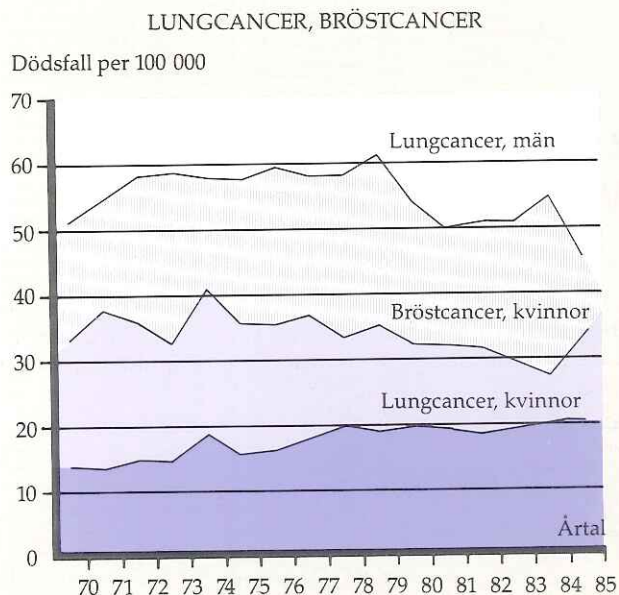
UTVECKLINGEN FRAM TILL NU

Antalet insjuknande i cancer per 100.000 invånare har ökat kraftigt sedan man började registrera dem 1958. Det beror framför allt på den åldrande befolkningen men också på förbättrad diagnostik och delvis en reell ökning av sjukdomen i vissa cancertyper. De cancertyper som ökat mest är lungcancer och hudcancer. Lungcancer ökade kraftigt bland männen i Stockholm under

1960-talet men har sedan avtagit. Hos kvinnorna har antalet fall däremot ökat med hela 4% per år det senaste decenniet — en direkt följd av att kvinnornas rökning ökar.

Hudcancer av typ malignt melanom ökar med 4-5% per år, troligen som följd av ökat solbadande under efterkrigstiden.

Bl a på grund av förbättrad och aktivare diagnostik upptäcktes allt fler fall av bröstcancer under 1970-talet. Samtidigt har dödligheten sakta men säkert minskat, till en del på grund av att behandling kunnat sättas in i tidigare stadier.



Figur 18 Antal dödsfall/100.000 invånare i lungcancer och bröstcancer i Stockholms län 1970-85. Åldersstandardiserat.

HÄLSORISKER

Den bäst kartlagda och väldokumenterade orsaken till cancer är tobaksrökning. Enligt cancerkommitténs beräkningar förorsakar rökning ca 15% av all cancer och upp emot 80% av all lungcancer. Enligt beräkningar under senare år skulle kosten ha samband med 30% av all cancer.

Luftföroreningar anses enligt en rad aktuella svenska studier orsaka 1-2% av all cancer, framförallt lungcancer. Enligt vissa undersökningar skulle bilavgaserna kunna sättas i förbindelse med 5-10 av de totalt ca 70 lungcancerfall per 100.000 män som årligen uppträder i Stockholm.

Arbetsmiljöns många kemiska och fysikaliska komponenter är av avgörande betydelse för vissa specifika yrkesgruppers cancer-risker som exempelvis koksverksarbetare och gruvarbetare. För det totala antalet cancerfall i samhället råder det stor osäkerhet och oenighet om omfattning. Cancerkommittén bedömer att andelen ligger mellan 1 och 10% av all cancer.

HÄLSOPOLITISKA MÅL FÖR CANCERSJUKDOMAR

A. DEN SANNOLIKA UTVECKLINGEN

Det är utomordentligt svårt att på längre sikt bedöma cancerutvecklingen. Det mest sannolika är att utvecklingen fortsätter som under de senaste decennierna med en svag ökning av cancerförekomst.

När det gäller lungcancer med dess starka anknytning till rökning är det dock rimligt att bland männen förvänta sig en minskning med 1-2% per år under de närmaste 10 åren. För kvinnorna får vi räkna med en fortsatt ökning och först mot slutet av 1990-talet — hoppningsvis — ett trendbrott.

Som följd av förbättrade behandlingsmetoder vågar man tro på en fortsatt sjunkande dödlighet i leukemi och bröstcancer.

B. DEN ÖNSKVÄRDA UTVECKLINGEN

Som önskvärt mål inför år 2000 har WHO angett en minskad dödlighet i cancer med 15% och samtidigt minskade sociala skillnader i sjukdomsgruppens fördelning.

Med tanke på rökvanornas utveckling kan man dock förmoda att lungcancerutvecklingen inte går mot minskade sociala skillnader, utan aktivare förebyggande arbete måste sättas in för att uppnå den önskvärda utvecklingen.

Cancerkommittén och Stockholms läns landsting har formulerat ett mål om 25% minskning av fetthalten i kosten, från 40 till 30 energiprocent.

Cancerkommittén ser det som ett det moderna samhällets misslyckande om ett rökfritt samhälle inte åstadkommit inom ett par decennier.

C. DEN MÖJLIGA UTVECKLINGEN

Enligt Cancerkommitténs beräkningar skulle ett omedelbart rökstopp i Sverige leda till en halvering av lungcancerfallen inom 10 år. Efter ytterligare ca 40 år skulle det inte längre finnas några lungcancerfall som går att relatera till rökning.

Om vi, som en mer realistisk målsättning, förutsätter att ca 20% av ungdomen som idag röker förblir rökare skulle lungcancerfallen om ca 50 år ha minskat till 40%.

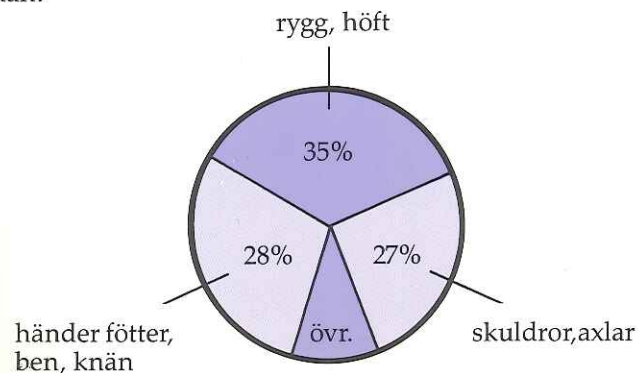
Kan man dessutom uppnå målsättningen att minska fetthalten i kosten med 25% skulle den totala cancerförekomsten kunna minskas ytterligare. WHO:s mål om en med 15% minskad dödlighet i cancer bör inte vara orealistisk fram till år 2000, främst genom förbättrad behandling. En lika stor minskning av antalet nya cancerfall är sannolikt inte möjlig förrän 25 år senare.

DE STORA FOLK-SJUKDOMARNA 4: RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

Sjukdomar i rörelseorganen är mycket vanliga, men leder sällan till döden. En beskrivning med utgångspunkt från statistik över dödsorsaker ger därför inte någon rättvisande bild av det lidande dessa sjukdomar orsakar.

Genom intervjuundersökningar kan man få en uppskattning av hur vanliga dessa sjukdomar är. 1980-81 uppgav 13% av rikets befolkning (11% i länet) i åldern 16-84 år att de hade någon långvarig sjukdom i rörelseorganen. Detta förefaller vara en underskattning, då vid samma intervjuundersökning framkom att 55% hade värk från rörelseorganen och 18% svår värk!

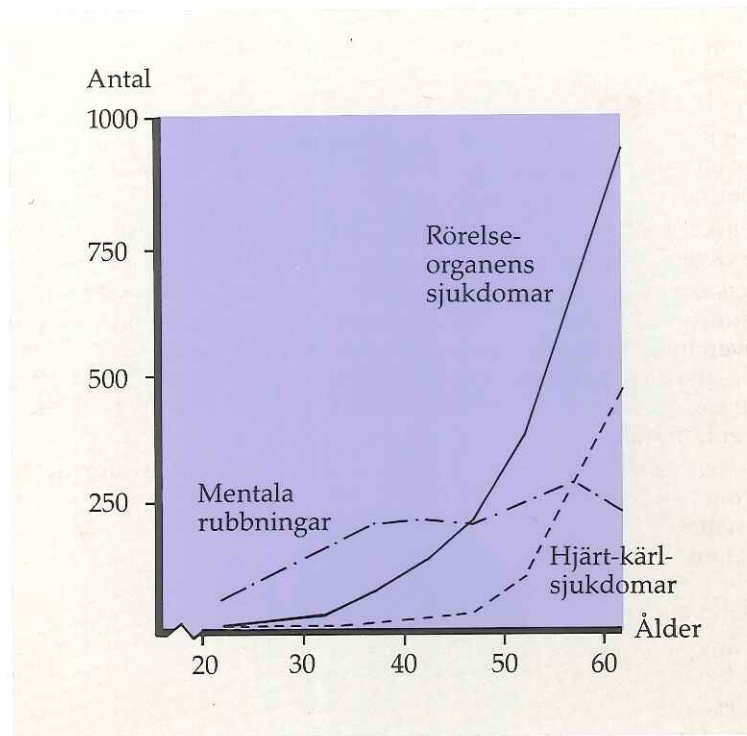
Hur värken fördelade sig på olika kroppsdelar framgår av figuren nedan.



Figur 19 Värk i rörelseorganen fördelat på olika kroppsdelar. Rikets befolkning 1980.

Sjukdomar i rörelseorganen är den sjukdomsgrupp som är den vanligaste orsaken till nedsatt arbetsförmåga. 1985 beviljades i Stockholms län 2.536 personer förtidspension eller sjukbidrag för sjukdomar i rörelseorganen. Det är 34% av samtliga nybeviljade förtidspensioner i länet!

I figuren nedan visas de tre vanligaste orsakerna till förtidspension och hur vanliga de är vid olika åldrar. Från 45 års ålder och uppåt är rörelseorganens sjukdomar den vanligaste orsaken, med ryggvärk som den vanligaste anledningen till sjukpensionering.



Figur 20 Antal nybeviljade förtidspensioner eller sjukbidrag 1985 i Stockholms län för rörelseorganens sjukdomar, hjärt-kärlsjukdom och mentala rubbningar i relation till den försäkrades ålder.

Trots att sjukdomar i rörelseorganen är vanliga och i stor utsträckning orsakar arbetsförmåga och funktionsinskränkning, tar de i anspråk endast en liten del av sjukvårdens resurser: ca 10% av läkarbesöken i öppenvård och ca 6% av antalet vård dagar på sjukhus (exkl. långvård).

VILKA ÄR DÅ SJUKDOMARNA I RÖRELSEORGANEN?

Att för praktiskt bruk göra någon uppdelning av sjukdomarna i rörelseorganen är svårt — för många av dess sjukdomar kan man inte säga vad som är orsak till sjukdomen och vilka organiska processer och även vilka vävnadsstrukturer som orsakar symtomen, d v s framför allt smärtan.

Mest drabbas *ländryggen* och *nacken*. Besvären börjar oftast i 30-årsåldern och förbättras i de flesta fall inom en månad. Återfall är dock vanliga och undan för undan ökar de i regel i svårighetsgrad. Rygg- och nackvärk är vanligast i medelåldern och mindre vanlig efter pensionsåldern.

Kroniska förändringar i ledbrosk och ben nära leder — s k artroser — är en annan viktig sjukdomsgrupp, som kan drabba alla kroppens leder, men ger symtom från framför allt knä- och höftleder. Sjukdomen är sällsynt före 55 års ålder, men därefter stiger frekvensen snabbt. Symtomen är värk och stelhet i lederna.

Reumatiska inflammatoriska sjukdomar är en mera ovanlig sjukdomsgrupp, som inte bara drabbar rörelseorganen, utan ibland även inre organ. Kronisk ledgångsreumatism beräknas 2,5% av befolkningen i åldrarna 31-74 år har. Två tredjedelar av dem som drabbas av denna största grupp av reumatiska sjukdomar behöver kontinuerliga insatser från sjukvården.

Åldersrelaterad benskörhet har en avgörande betydelse för uppkomsten av benbrott hos äldre. Risken för lärbensbrott ökar snabbt med stigande ålder och uppkommer vanligen efter ett relativt lätt yttre våld.

ARBETAREN ÄR MEST DRABBAD

Långvarig sjukdom i rörelseorganen är dubbelt så vanligt hos arbetare som hos jämnåriga tjänstemän.

49% av alla anmälda arbetssjukdomsfall utgörs av belastningsskador av rörelseorganen. Livsmedelsindustri, skogsbruk och verkstadsindustri hör till de industrigrenar, som har flest anmälda belastningssjukdomar i rörelseapparaten per antal arbetstimmar. Bland sjukvårdsbiträden är belastningsskador framför allt av ryggen vanliga.

HÄLSORISKER

Belastning

Belastning av rörelseorganen stimulerar tillväxten av skelett, muskler och leder. Det ökar vävnadernas hållfasthet.

Denna positiva effekt har betydelse inte bara under uppväxt-åren, utan påverkar tillväxten under hela människans livstid.

Motsatsen, d v s inaktivitet, är direkt skadlig och medför t ex urkalkning av skelett och minskad muskelmassa.

Belastning av rörelseorganen är alltså bra, men att en överbelastning av vävnaderna kan ge upphov till t ex slitskador i muskler och senor är uppenbart. Även låg belastning, som inte överstiger vävnadernas hållfasthet, kan ge skador om de upprepas tillräckligt ofta eller pågår tillräckligt länge.

Dessa skador kan gå länge symptomlösa och en till synes tillfällig överbelastning kan utlösa symptomen.

Inom industri med lätt monteringsarbete domineras sjukdomsfrånvaron av skulder- och nackbesvär. En förklaring är ensidiga rörelser och statisk belastning av muskler i nacke och skuldra.

Statisk belastning innebär att muskelarbetet inte resulterar i någon rörelse, utan har till sin uppgift att fixera kroppsdelarnas läge, som t ex armarna hålls ut från kroppen eller nacken hålls böjd. Till skillnad från dynamiskt arbete — där rörelse utförs — hålls musklerna spända under längre tidsperioder, vilket försämrar muskelgenomblödningen. Därmed tröttnas musklerna ut snabbare och skador kan uppkomma även vid låg belastning.

Även repetitiva rörelser kan av motsvarande skäl orsaka skador. Varvsarbetare som arbetar med tunga verktyg och höjda armar — d v s utsätts för både statisk anspänning och hög belastning — har följaktligen en hög frekvens av inflammationer i muskelsenorna i axeln.

Många epidemiologiska undersökningar har, som man kanske kunde förvänta sig, visat att t ex ländryggsbesvär förekommer oftare hos fysiskt tungt arbetande och kräver hos dem längre sjukskrivningar. Smärtor från nacke, rygg och skuldror är dock mycket vanliga hos hela befolkningen och att just belastning skulle vara den yttersta orsaken till framför allt ländryggsbesvär är mycket omdiskuterat. Att mekanisk påfrestning ökar besvären är dock ett välbekant faktum och ur förebyggande och behandlande synvinkel får man alltså arbeta med utgångspunkt från förutsättningen att belastning orsakar ryggvärk.

Psykosociala faktorer

Vid mental stress ökas oftast muskelspänningen i kroppen omedvetet — muskelspänning i huvudsvålen ger t ex spänningshuvudvärk. En annan stressreaktion är att axlarna skjuts upp och orsakar nack- och skuldervärk. Långvariga psykosociala påfrestningar kan ge konstanta spänningstillstånd i muskulaturen och kronisk värk.

Alkohol och tobak

Långvarig alkoholförtäring ger skelettskörhet, men också försvagning av muskler i framför allt lårbenen. Om ryggproblem och alkoholproblem hos samma individ har ett orsakssamband har diskuterats, men är ofullständigt utrett. Även tobaksrökning har visat sig kunna leda till skelettskörhet och minskad muskelstyrka.

Infektioner

Infektioner av typ urinvägsinfektioner eller svåra förkylningar ger en nedsatt motståndskraft i musklerna mot belastning vilket kan sitta i flera månader. Även reumatologiska sjukdomar påverkar musklernas tålighet.

Kalkintag

Det är möjligt att de äldres kalkinnehåll i födan är för lågt, vilket försämrar skelettets kvalitet. Kalkupptaget påverkas också av D-vitamin, som tillförs genom ultraviolettt bestrålning av huden. Eftersom många äldre mera sällan vistas utomhus kan följden bli få låga D-vitaminnivåer.

Ålder

En viss grad av artros och benskörhet betraktas ofta som normalt åldrande. Äldreforskningen har dock gjort en i sammanhanget mycket intressant upptäckt: åldrandets hastighet och påverkan på rörelseorganen beror i hög grad än man tidigare trott på det liv man levte.

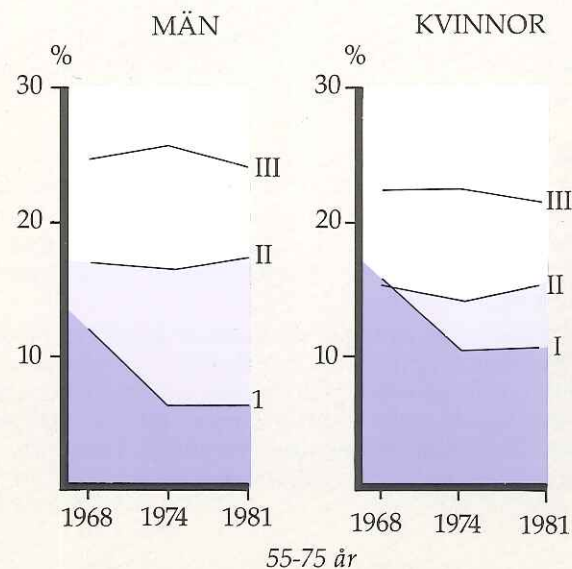
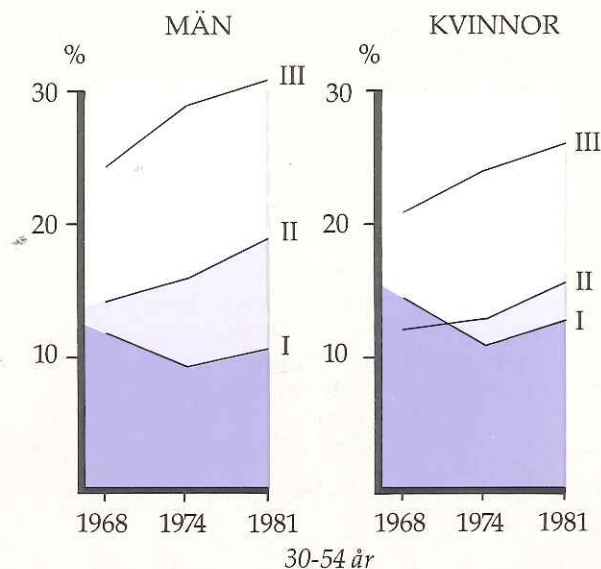
UTVECKLINGEN FRAM TILL NU

Den procentuella andelen av befolkningen i storstäderna (Stockholm, Göteborg, Malmö) som uppger att de haft svår värk i rörelseorganen de senaste 12 månaderna framgår av nedanstående figur. Andelen som uppger sig ha svår värk i rörelseorganen har kraftigt ökat för socialgrupperna II och III i åldrarna 30-54 år.

I åldersgruppen 55-75 år har andelen varit närmast oförändrat i socialgrupperna II och III, men minskat i grupp I.

Beaktansvärt är att de stora skillnaderna mellan socialgrupperna snarare tenderar att öka än att minska.

Utifrån samma undersökning har man försökt fastställa andelen rörelsehindrade i åldrarna 30-54 år och 55-75 år i samma städer. Andelen är klart störst i socialgrupp III och utvecklingen visar små förändringar.



Figur 21-22 Andelen (i procent) med svår värk 30-54 år respektive 55-75 år i storstäderna.

HÄLSOPOLITISKA MÅL FÖR RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

A. DEN SANNOLIKA UTVECKLINGEN

Bland de äldre har under det senaste decenniet en viss förbättring av rörelseförmågan noterats. Hur mycket det beror på minskad sjuklighet i rörelseorganen är oklart. Inför framtiden måste vi ha i minnet att morgondagens gamla i högre grad än dagens gamla kommer att ha rökt och druckit alkohol. Detta gäller särskilt kvinnorna. Vi kan alltså förvänta oss försämrade muskelkraft och skelettstyrka hos morgondagens gamla. Där emot kan man knappast förvänta någon förändring i risken att insjukna i artros. Antalet individer som är i behov av ledproteser kommer alltså med den åldrande befolkningen att öka.

Andelen yngre, som uppger svår värk i rörelseorganen, är mycket hög. Den kraftiga ökningen av svåra symtom i socialgrupperna II och III i denna åldersgrupp är oroväckande. Av arbetskadestatistiken framgår att de inrapporterade nackskadorna ökat medan skador på rygg, händer och armar, ben och fötter har minskat.

Det fysiskt tunga arbetet har genom mekanisering ofta ersatts med lättare men monotonare arbeten — ofta sittande med ensidig belastning av framför allt nacken och skuldrorna. Samtidigt kan ökade effektivitetskrav och enformighet leda till ökad stress och otillfredsställelse, vilket i sin tur orsakar muskelspänning, ofta i nackmuskulaturen.

Att skulderbesvär är vanliga hos kvinnor kan bero på att just kvinnor har denna typ av arbete och dessutom hemarbete, vilket ger en ökad fysisk belastning och mindre tid för vila. I framtiden kommer en ökande andel av befolkningen att sysselsättas inom vården, där belastningsskador är vanliga. Det finns en del som talar för att nack- och skulderbesvär kommer att öka i framtiden.

B. DEN ÖNSKVÄRDA UTVECKLINGEN

Den mycket ojämna sociala och yrkesmässiga fördelningen av rörelseorganens sjukdomar och deras sociala konsekvenser, visar klart för vilka behovet av insatser är störst.

I allt för hög grad har arbetsmiljöarbetet beträffande belastningsskador hittills varit inriktat mot passiva anpassningsinsatser riktade mot individen (omplacering, förtidspensionering etc) än mot förändringar av arbetsmiljön. Men riskerar därigenom att utslagningsprocessen återupprepas för den person som rekryteras till samma arbete. En riktig målsättning bör vara att var och en skall ha möjlighet att stanna kvar i arbetet fram till pensionsåldern.

C. DEN MÖJLIGA UTVECKLINGEN

Sjukdomar i rörelseorganen kan i viss mån förebyggas. Eftersom sjukdomar i rörelseorganen i så hög grad påverkar arbetsförmågan är ett nära samarbete med arbetsplatsen av stor betydelse.

Omhändertagande av ryggpatienter i sjukvården är ofta ineffektivt — det kan leda till onödigt långa sjukskrivningar och i värsta fall onödiga sjukpensioneringar. Vi saknar bra behandlingsmetoder och ser sällan patienten i relation till dennes arbetsmiljö. Företagshälsovården har bättre möjligheter att förebygga sjukdomar i rörelseorganen. En stor del av företagshälsovårdens resurser upptas dock av behandlande åtgärder, dock kan det förebyggande arbetet förhoppningsvis öka i samband med den pågående utbyggnaden av företagshälsovården.

DE STORA FOLK- SJUKDOMARNA 5: HIV/AIDS-INFEKTION

En infektion med HIV-virus yttrar sig på så sätt att några veckor efter smittotillfället insjuknar en del (ca 30%) i en infektion, som håller på några veckor. Inom fem år utvecklar sedan 20-30% av de smittade den sjukdomsbild som kallas AIDS.

AIDS präglas av olika typer av svåra infektioner med smittämnen som inte angriper människor med normalt fungerande immunförsvar. En del insjuknar i en sällsynt typ av kärltumör i hud, slemhinnor eller lymfkörtlar. Vissa data talar för att över 50% av de smittade insjuknar inom åtta år.

STOCKHOLMS LÄN DRABBAS HÅRT AV AIDS

Det tidigaste säkerställda HIV-fallet härrör sig från centralafrika 1963. I USA uppträdde infektionen troligen redan 1971 och i Sverige 1979. Vid utgången av januari månad 1987 hade 93 fall av AIDS konstaterats i Sverige och av dessa hade 46 dött. Av de 37 fall som diagnosticerades 1984-85 hade 28 dött vid utgången av 1986.

Inte mindre än 60 procent av de nu kända fallen har uppträtt i Stockholm och 20 procent i Malmö. Den 31 april hade i Stockholms län noterats 72 fall av AIDS, varav 68 män och 4 kvinnor. 63 av dessa hör hemma i gruppen homosexuella eller bisexuella.

För riket som helhet kan man konstatera att 85 procent av de insjuknade fanns bland homosexuella eller bisexuella. 10 procent hade smittats genom blodtransfusioner eller andra blodprodukter. När detta skrivs i slutet av april 1987 har ännu ingen av de smittade injektionsmissbrukarna insjuknat. Ännu har ingen sjukvårdspersonal smittats.

NÄRA 1.000 HIV-INFEKTERADE I LÄNET

Den 31 mars 1987 uppgick antalet HIV-positiva, d v s konstaterat HIV-infekterade i Stockholms län till inte mindre än 977 personer, varav 840 män och 137 kvinnor. Av dessa var 537 homosexuella eller bisexuella män och 326 intravenösa missbrukare av båda könen. 73 personer har smittats genom blodprodukter. Även 8 heterosexuella män och 8 heterosexuella kvinnor var vid denna tidpunkt HIV-positiva.

Förekomsten av HIV-positiva är mycket varierande i olika befolkningsgrupper. Amerikanska studier talar för att hälften av alla homosexuella män är HIV-positiva och att andelen varierar mellan 20 och 70 procent beroende på antalet partners. Ju fler partners desto större risk.

Bland svenska intravenösa heroinmissbrukare finns det svenska data som talar för att hälften är HIV-positiva.

Bland svenska blodgivare har man funnit en frekvens positiva på 3,5 av 100.000 blodgivare. En mera sannolik siffra för andelen positiva i hela befolkningen är 50-100 per 100.000. Den betydande skillnaden kan förklaras av att människor i riskgrupperna sällan anmäler sig som blodgivare.

SPRIDNING TILL NYA GRUPPER

Hittills har uppmärksamheten koncentrerats på de grupper man ansett löpa störst risk. d v s de ca 8.000 intravenöst injicerande, missbrukarna, de kanske 100.000 homosexuella männen och de ca 2.000 prostituerade kvinnorna, d v s totalt ca 1,3 procent av befolkningen.

Nu börjar dock sjukdomen spridas även till övriga befolkningen, genom heterosexuella kontakter med ovanstående grupper, via bl a bisexualitet och prostitution. I Sverige anses t ex 3-4% av den manliga befolkningen under ett år ha haft kontakt med prostituerade kvinnor i Sverige. Därtill kommer ett stort antal som haft kontakter med prostituerade utomlands.

Risken att förvärva smittan vid ett heterosexuellt samlag med HIV-smittad uppskattas f n till uppemot 5 procent.

KANSKE 3.000 FALL I SVERIGE 1990

Det som gjort AIDS till en så skrämmande epidemi är inte bara den höga dödligheten, utan också den snabba takt med vilken nya fall tillkommer.

Under 1986 beräknades att antalet fall fördubblas med 9 månaders intervall. Utan ätt det behöver vara ett uttryck för lyckade förebyggande insatser, har dock dubblingstiden tenderat att öka, ju längre epidemin pågått. I USA och Frankrike är nu dubblingstiden över 12 månader. Detta är en mycket liten tröst: enligt amerikanska beräkningar skulle antalet fall i världen öka från de nuvarande 39.000 konstaterade fallen till 196.000 vid utgången av 1990. Av dessa fall beräknas ca 3.000 uppräda i Sverige.

FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Det övergripande målet för samhällets insatser mot HIV-smittan är inte enbart att söka minska smittspridningen. Av stor vikt är också att motverka fördomar och vanföreställningar kring sjukdomen samt motverka omotiverad ångest och rädsla för smittan. Det handlar här i stor utsträckning om att ge positiva råd och vägledning för sexuella kontakter med minskad risk för smitta, bl a genom ökad användning av kondom och genom att söka motverka promiskuöst beteende.

Informationen måste också syfta till att för allmänheten förklara varför vissa grupper drabbas av smittan och samtidigt inriktas på att motverka diskriminering och aggressivitet riktad mot smittade och sjuka.

DE STORA FOLK-SJUKDOMARNA 6: ALKOHOLRELATERADE SJUKDOMAR

Många sjukdomar är alkoholrelaterade, d v s hög alkoholkonsumtion har en mer eller mindre stor betydelse för uppkomsten av dessa sjukdomar.

Utöver sjukdomsgrupperna alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning uppskattas alkoholens andel som orsaksfaktor till 75% för skrumplever hos män, medan den kanske är orsak till vart tredje benbrott eller liknande skada hos män. Alkoholens andel för dessa sjukdomar är olika i olika åldrar och lägre hos kvinnor än hos män.

Alkoholmissbruk "döljs" ofta av andra diagnoser beroende dels på att dessa tillstånd ofta missas i sjukvården, dels beroende på att man ofta undviker att ange alkoholdata i journaler och på dödsbevis. Man kan grovt uppskatta att andelen direkt och indirekt alkoholrelaterade vårdtillfällen inom akutsjukvården bland vuxna uppgår till ca 20%.

Totala andelen alkoholrelaterade dödsfall bland män i åldern 25-44 år i länet kan uppskattas till ca 30% och för kvinnor till ca 10%.

Skillnaderna mellan olika grupper och civilstånd är större för alkoholsjukdomar än för övriga här redovisade sjukdomar.

Bland män är det fyra gånger vanligare och bland kvinnor två gånger vanligare för arbetare än för högre tjänstemän att vårdas i slutenvård för alkoholskador. Det beror dels på att alkoholskador är vanligare hos människor i arbetaryrken, dels på att denna grupp i högre grad än tjänstemän vårdas i den slutna vården.

Den alkoholrelaterade dödligheten hos män är särskilt stor, i vissa innerstadsförsamlingar och Södermalm. Fördelningen var ungefär densamma för kvinnor.

UTVECKLINGEN FRAM TILL NU

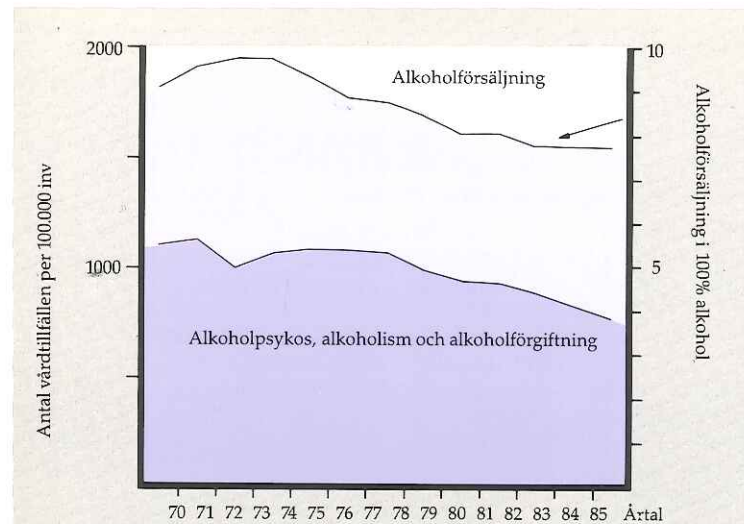
Antalet vårdtillfällen och vårdade personer i slutenvård för alkoholism, alkoholpsykos, alkoholförgiftning, skrumplever och bukspottskörtelinflammation har minskat betydligt sedan slutet av 1970-talet (fig 23 och 24). Nedgången är störst i yngre åldrar (15-44 år) och större bland män än bland kvinnor.

Dödligheten i alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning har däremot inte minskat, vilket kan bero på att dessa diagnoser ges vid dödsfall hos särskilt allvarliga alkoholmissbrukare — en grupp som på grund av sitt svåra alkoholberoende knappast kunnat minska sitt alkoholintag.

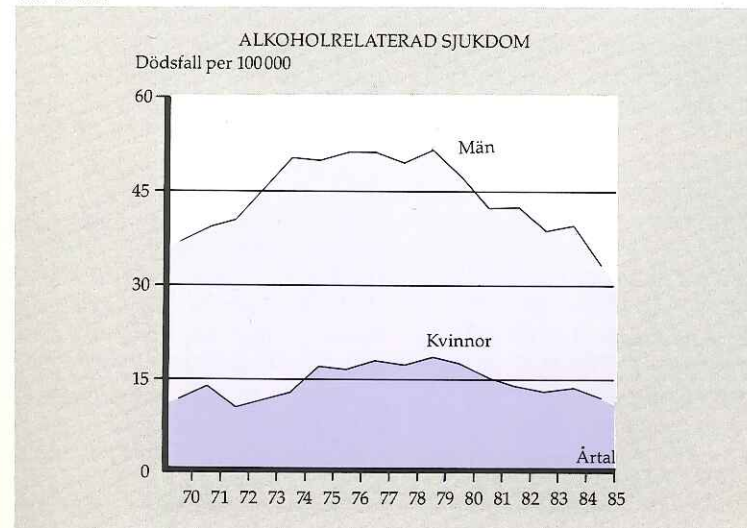
Fremsta förklaringen till nedgången i alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet totalt sett, är att en minskning skett av alkoholkonsumtionen sedan mitten av 1970-talet och att denna minskning omfattat många högkonsumenter.

1976-1985 har försäljningen minskat med drygt 20%, vilket inte uppvägs av legal hemtillverkning av vin och viss ökning av hembränning. 1986 hade åter skett en viss ökning av försäljningen.

Konsumtionsminskningen har troligen samband med minskade reallöner. För första gången på flera år har dock antalet omhändertagna för berusning inte minskat under första halvåret 1986. Den senaste ökningen har satts i samband med att alkoholpriserna i stort sett legat stilla i närmare två år, d v s alkoholen har relativt sett blivit billigare.



Figur 23 Antalet vårdtillfällen i alkoholpsykos, alkoholism och alkoholförgiftning per 100.000 invånare samt alkoholförsäljning i 100% alkohol per 100.000 invånare i åldern 15 år och äldre. Stockholms län 1970-85.



Figur 24 Antal dödsfall/100.000 invånare i alkoholrelaterade sjukdomar (alkoholism, alkoholpsykos, alkoholförgiftning och skrumplever) i Stockholms län 1970-85. Åldersstandardiserat.

Alkoholvanorna

Kunskapen om alkoholvanorna i årskurs 6 och 9 samt bland värnpliktiga är tack vare årliga enkäter mycket god. Enkäterna visar att alkoholkonsumtionen minskat mer bland ungdom än bland vuxna. Särskilt intressant är att andelen ungdomar med stor berusningsbenägenhet minskat.

Tabell 6 visar det nära sambandet mellan nedgång i hög berusningsbenägenhet bland värnpliktiga i länet samt nedgång i slutenvård för alkoholpåverkan i åldern 15-24 år.

Tabell 6 Andel som uppger hög berusningsbenägenhet bland värnpliktiga (berusning någon gång i veckan) i Stockholms län. Antalet patienter vårdade i slutenvård för alkoholism, alkoholspsykos, alkoholförgiftning i åldern 15-24 år.

Årtal	Hög berusningsbenägenhet i procent för värnpliktiga	Patienter 15-24 år	
		Män	Kvinnor
1978	23.6	125	85
1981	12.8	83	49
1984	8.9	67	61

Befolkningsstudier från slutet av 1960- och början av 1970-talet visar en hög andel högkonsumenter i socialgrupp I. Genom undersökningen "Befolkningens hälsa i Stockholms län", genomförd 1984, indikeras att alkoholkonsumtionen under senare år minskat mest bland personer i högre socioekonomiska grupper, precis som utvecklingen för de grupper som slutat röka.

HÄLSOPOLITISKA MÅL FÖR ALKOHOLRELATERADE SJUKDOMAR

A. DEN SANNOLIKA UTVECKLINGEN

Avgörande för den framtida utvecklingen av alkoholrelaterade sjukdomar är förändringar av alkoholkonsumtionen, vilken i det korta perspektivet främst styrs av alkoholpriset.

I nu läget är alkoholfrågan inte lika framträdande i den hälsopolitiska debatten som under åren 1979-81 och en tendens till ökad alkoholförsäljning finns. Eftersom man kan räkna med att en ökad alkoholkonsumtion följs av en ökning av alkoholrelaterad slutenvård redan inom 1-3 år kan vi se effekterna i både dödlighet och slutenvård för alkoholrelaterad vård under senare delen av 1980-talet.

Riksdagen har 1985 angett att man ska verka för en minskning av alkoholkonsumtionen med drygt 25% fram till år 1990. Ser vi till verkligheten tycks utvecklingen dock vara den motsatta: alkoholkonsumtionen ökar, reallönerna sjunker inte och blir en begränsande faktor och inte heller har några drastiska åtgärder vidtagits för att minska alkoholkonsumtionen.

Mot denna bakgrund verkar det för närvarande mest troligt att vi får en viss ökning av alkoholskadorna i slutet av 1980-talet. För 1990-talet kan inte ens en osäker prognos lämnas.

B. DEN ÖNSKVÄRDA UTVECKLINGEN

Den önskvärda utvecklingen innebär att statsmakterna i praktisk gärning verkar för att uppfylla målet om en minskning av alkoholkonsumtionen med 25% fram till år 1990, vilket motsvarar det mål som satts av WHO:s Europaregion. Detta skulle medföra en kraftig minskning av medicinska och sociala alkoholskador samt av alkoholrelaterad vårdefterfrågan och dödlighet — oavsett den ekonomiska och sociala utvecklingen i övrigt.

Det är särskilt viktigt att i just Stockholms län minska alkoholkonsumtionen. Länet har en överdödlighet och översjuklighet i alkoholskador betingad av en 25% högre alkoholkonsumtion än riksgenomsnittet. Alkoholskadorna är dessutom mer än någon annan sjukdomsgrupp social och geografisk snedfördelad, vilket är viktigt att beakta i strävan att minska alkoholskadorna.

C. DEN MÖJLIGA UTVECKLINGEN

Den möjliga utvecklingen överensstämmer med den önskvärda! Erfarenheter från Sverige och andra länder, under de senaste 10 åren, visar klart att målmedveten nationell alkoholpolitik, understödd av lokala åtgärder, verkligen kan medföra en kraftig minskning av alkoholskadorna.

DE STORA FOLK- SJUKDOMARNA 7: OLYCKSFALL (SKADOR)

Enligt den sjukdomsklassifikation vi använder omfattar "död till följd av skador genom yttre våld och förgiftning" både olycksfall och skador uppkomna med uppsåt, d v s framför allt självmord.

År 1984 avled 915 per i Stockholms län av skador. Av dessa var 456, d v s hälften, säkra eller osäkra självmord. I Stockholms län omfattade olycksfallsskadorna (d v s exklusive självmord) samma år 3% av alla dödsfall, 8% av vårddagarna i öppen vård och 15% av akutbesöken. Per 100 personer inträffar årligen 10 olycksfall som leder till sjukvårdskontakt.

Bland barn och ungdomar under 20 år är olyckor både den vanligaste dödsorsaken och främsta orsaken till sluten vård. Bland barnen svarade trafikolyckor och drunkningsolyckor för 8 av de 9 dödsfallen. I åldern 15-64 år var trafikolyckor och förgiftningar, framför allt med alkohol, vanliga. Hos äldre var fallolyckor den helt dominerande dödsorsaken.

Skadorna är ojämnt fördelade i befolkningen. Som man kanske kunde vänta sig är män med arbetaryrken överrepresenterade, men det är också högre skaderisk för ensamboende, särskilt från-skilda män.

När det gäller arbetsolycksfall är skillnaden i olycksfallsrisk mycket stor mellan olika yrkesgrupper. Antalet olycksfall per miljon arbetstimmar är 33 för byggnadsindustri, medan den är 9 för hälso- och sjukvård.

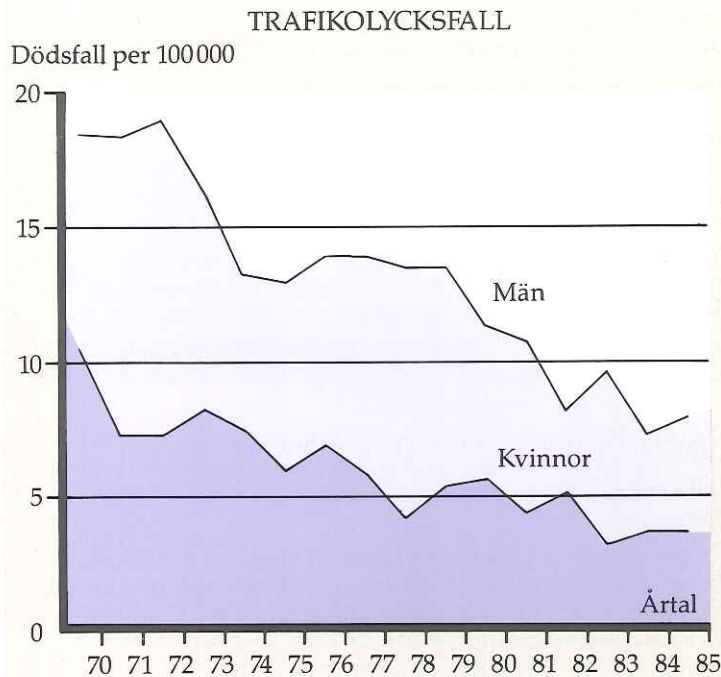
I Stockholm är dock arbetsolycksfallen inom bl a tillverkningsindustrin mindre vanliga. Detta har troligen sin förklaring i en annan industristruktur med mindre tung industri.

Dödligheten i Stockholms län i andra typer av olycksfall, som t ex fallolyckor och förgiftningar, är för männens del högre än riksgenomsnittet. Det är framför allt dessa typer av olycksfall, som

uppvisar kommunvisa skillnader. Stockholm och Sundbyberg ligger högt, medan Danderyd, Lidingö, Täby och Sollentuna ligger lågt.

UTVECKLINGEN FRAM TILL NU

Under det senaste decenniet har dödligheten i trafikolycksfall i Stockholms län minskat mycket kraftigt. Från 212 dödsfall i trafiken 1970 har siffran minskat till 95 dödsfall 1985.



Figur 24 Antal dödsfall per 100.000 i trafikolyckor, Stockholms län 1970-85. Åldersstandardiserat.

Det är dock anmärkningsvärt att det, trots den kraftiga minskningen av dödligheten, inte skett någon motsvarande minskning i vårdutnyttjandet. Detta kan tala för minskad svårighetsgrad av olyckorna, men också en förbättrad behandling. Det kan också konstateras att fallolyckor bland äldre förefaller bli allt vanligare.

HÄLSOPOLITISKA MÅL FÖR OLYCKSFALL

A. DEN SANNOLIKA UTVECKLINGEN

Den sannolika utvecklingen är mycket svår att förutspå. En ny väg, en förändring av hastighetsbestämmelserna etc ger nya förutsättningar och effekterna är svåra att kvantifiera. Samma gäller senare års plötsligt ökade motorcykelåkande.

Det är också osäkert vad vi har att vänta vad gäller t ex benskörhet hos äldre, vilket ofta ligger bakom dödsorsaken fallolyckor. Konsumtion av alkohol och tobak ger ökad benskörhet. Konsumtion av dessa varor är vanligare bland individer i övre medelåldern än dagens åldringar. Framför allt gäller detta kvinnor. Av den anledningen kan man förvänta en ökad benskörhet hos framför allt kvinnor. Å andra sidan motverka fysisk träning benskörhet och det finns indikationer på ett bättre allmänt hälsotillstånd hos äldre, vilket ger ökad rörelseförmåga.

Kanske är det rimligt att anta ett relativt oförändrat antal olycksfall, dock med en ökning av fallolyckor bland äldre.

B. DEN ÖNSKVÄRDA UTVECKLINGEN

WHO har som mål för Europaregionen en minskning av dödligheten i olycksfall med 25% fram till år 2000. Länder med en trafikdödlighet på under 20 per 100.000 bör minska nivån till under 15. Alla länder bör minska skillnaderna i olycksfall mellan kön, åldersgrupper och socialgrupper.

År 1984 hade Stockholms län en trafikdödlighet på 6 per 100.000 invånare. Trots ökat antal polisrapporterade olycksfall i länet under 1980-talet har dödsfallen redan minskat med mer än 30%.

Trafiksäkerhetsutredningen uppställde 1980 ett mål om en minskning av antalet trafikolyckor med 30%. Denna målsättning är därför mer aktuell än någonsin och många av dess förslag har ännu inte genomförts.

C. DEN MÖJLIGA UTVECKLINGEN

Den kraftiga minskningen av dödligheten i olycksfall bland barn i länet — från 49 st 1969 till 9 st 1984 — är ett lysande exempel på vad som varit möjligt att åstadkomma genom systematiskt, förebyggande arbete av typ trafikanering, simundervisning, säkerhetsnormer i bostadsbyggande etc.

I Falköping i Skaraborgs län har landstinget sedan flera år bedrivit ett olycksfallsförebyggande projekt riktat mot i första hand olycksfall i arbetet och i hemmet. Tabellen visar skademönstrets förändring vid en uppföljande kartläggning 1981/82.

Tabell 7 Antalet olycksfall per 1000 invånare och år i Falköpings kommun 1978-82. Öppen och slutet vård. (Arbetsolycksfall beräknat per 1000 förvärvsarbetande och år).

	1978	1981/82	Ändring i %
Hemolycksfall	27	17	-27
Arbetsolycksfall	49	34	-28
Trafikolycksfall	9	6,5	-28
Övriga olyckor	54	54	0

På kort tid åstadkom man inom de åtgärdade områdena en minskning av olycksfallen med 27-28%. Jämfört med kontrollkommunen Linköping, där inget program genomförts, skedde betydande minskning av slutenvårdsutnyttjandet p g a olycksfall. Medan antalet vårdtillfällen under perioden ökade i Lidköping med 12% minskade de i Falköping med 3%. Motsvarande skillnad fanns beträffande antalet vård dagar.

En anmärkningsvärt stor andel av olycksfallen skedde varken på arbetet, i hemmet eller trafiken. För denna grupp fann man ett stort antal olyckor vid olika fritidssysselsättningar, t ex idrott. Även inom detta område torde betydande minskningar vara möjliga genom samma typ av systematiska program.

DE STORA FOLK- SJUKDOMARNA 8: ALLERGI OCH ANNAN ÖVERKÄNSLIGHET

Inte mindre än 29 procent av Sveriges befolkning mellan 16 och 84 år uppger sig ha allergi av något slag. Uppställningen nedan visar hur vanliga olika former är.

	Antal i befolkningen 16-84 år (tusental)	Andel av samtliga (%)
Eksem eller hudutslag	1.015	15,7
därav med svåra besvär	160	2,5
Hösnuva	593	9,2
därav med svåra besvär	130	2,0
Astma	230	3,6
därav med svåra besvär	75	1,2
Andra allergiska besvär	525	8,1
därav med svåra besvär	130	2,0

Ovanstående symptom typiska för överkänslighet, men man ska vara medveten om att långt ifrån all överkänslighet orsakas av allergi. Det är därför sannolikt att siffrorna ger en uppfattning av hur vanlig överkänslighet är, snarare än allergi.

Allergi är en speciell typ av överkänslighet, där immunförsvaret reagerar på "fel" ämnen. Immunförsvaret ska känna igen främmande skadliga ämnen, som t ex bakterier och virus, och oskadliga dem. Vid allergier reagerar immunförsvaret även på andra — oskadliga — ämnen som t ex pollen.

En benägenhet att reagera allergiskt kan ärvas. 15 procent av Sveriges befolkning har denna ärftliga benägenhet.

Annan överkänslighet, d v s som inte är orsakad av allergi, beror på en ökad känslighet mot ämnen som är irriterande och skadliga för alla, t ex tobaksrök.

Är man allergiker, då har man alltid även denna andra överkänslighet, men icke allergisk överkänslighet är vanlig även bland andra grupper.

För att få symptom krävs vid all slags överkänslighet kontakt med utlösande faktorer. Dessemellan är individen ofta symptomfri och förefaller helt frisk. Detta medför ibland oförståelse för den överkänsliges dolda handikapp och försök att undvika miljöer där symptomen kan utlösas.

Astma är den allvarligaste symptomet på överkänslighet. Astmatikerns attacker av andnöd kan vara så svåra att de leder till döden. År 1985 dog 87 personer i Stockholms län av astma. Av dessa var 10 personer under 50 år.

De flesta symptom på överkänslighet behandlas i öppen vård. Astmatiker däremot har ofta täta kontakter med akutvården och slutenvården. 1975 vårdades i Stockholms län 176 per 100.000 invånare i slutenvård för bronkit, efysem eller astma. Tio år senare var siffran 254. Ökningen är helt hänförlig till medelålders och äldre.

Ett annat symptom på överkänslighet är eksem, som kan medföra långa sjukskrivningsperioder och förtidspension. Bland godkända arbetssjukdomar svarar hudsjukdomar för ca 17 procent.

ALLERGI KAN PÅVISAS ENDAST HOS VAR TREDJE ASTMATIKER

Överkänslighet orsakad av allergi visar sig för det mesta före skolåldern. Ofta är det första symptomet eksem redan under spädbarnsåret. Vanligtvis försvinner eksemet under uppväxtåren.

Astma brukar börja i 3-4-årsåldern och föregås ofta av täta, långdragna luftvägsinfektioner. Drygt hälften av dem som haft astma som barn uppfattar sig i vuxen ålder som symptomfria.

Allergisk snuva börjar ofta något senare och når sitt maximum före 30 års ålder.

Hos barn orsakas överkänslighet oftast av allergi. Ju äldre individ, desto mer sällan kan man påvisa allergi som bakomliggande orsak till överkänsligheten. De vanligaste allergiframkallande

ämnen kommer från träd, blommor, pälsbärande djur, mögel, husdammskvalster och, för framför allt småbarn, födoämnesallergi, där bl a mjölk, ägg och fisk kan vara "riskmat".

Hos vuxna med astma kan allergi påvisas endast hos 30 procent. Symptomen utlöses ofta av infektioner, men även av rök, damm, avgaser, stekos och vissa väderlekstyper.

I sitt arbete kan man exponeras för en mängd olika ämnen, som kan orsaka överkänslighet. Yrkesrelaterad astma förekommer t ex inom kemisk industri, kanske framför allt plastindustri, samt inom metall- och träindustri och lantbruk, för att nämna några. Denna typ av astma kan man drabbas av oavsett om man har en ärftlig allergibenägenhet eller inte. Detsamma gäller eksem som utvecklas vid kontakt med vissa främmande ämnen.

Nickel är den vanligaste orsaken till kontaktallergier och drabbar var tionde svenska. Hårfrisörer och yrken där man hanterar mycket mynt — snabbköpskassörskor, banktjänstemän etc — är särskilt drabbade av nickelallergier. Eftersom kontakt med nickel är svår att undvika blir eksemet ofta kroniska. Krom i cement, som orsakar eksem hos byggnadsarbetare, och skär- och kyloljor inom industrin är några andra exempel på yrkesrelaterade riskfaktorer för kontakteksem.

UTVECKLINGEN FRAM TILL NU

Det finns inga säkra vetenskapliga belegg för att allergier och annan överkänslighet har ökat, men mycket talar för att så är fallet. I dag är t ex hösnuva vanlig — i början av 1800-talet beskrevs det som en sällsynt sjukdom. Engelska undersökningar av astma hos skolbarn visar på en ökning under senare delen av 1900-talet. Även svenska läkare har intrycket att astma de senaste decennierna blivit vanligare.

När det gäller antalet allergiska kontakteksem har dessa sannolikt inte ökat, tack vare att man satt in olika åtgärder som introduktion av lågallergena epoxiprodukter, tillsats av järnsulfat i cement och därtill en ökad medvetenhet om att minimera kontakten med allergiframkallande substanser.

En ökning av nickelallergier har dock skett och dessa blir allt vanligare i allt lägre åldrar. Det beror framför allt på att barn och ungdomar har nickelhaltiga örhängen och jeansknappar.

HÄLSORISKER

Risken att utveckla allergi mot ett ämne verkar vara större om man kommer i kontakt med ämnet i tidigare barnaår, i synnerhet

i spädbarnsåren. Tidig tillförsel av allergiframkallande födoämnen förefaller kunna orsaka inte bara födoämnesallergi utan även en ökad risk för att barnet ska utveckla allergisk snuva och astma.

Risken att ärva en allergisk benägenhet är stor: 20 procent om ena föräldern har allergisk benägenhet och sjukdom och 43-70 procent om båda föräldrarna är drabbade.

Av stor betydelse är hur intensiv kontakt man har med de faktorer som framkallar allergi och annan överkänslighet. Den yrkesrelaterade överkänsligheten visar att även personer utan allergisk benägenhet utvecklar överkänslighet vid tillräckligt stor påverkan.

Som tidigare nämnts är allergikerna också överkänsliga mot faktorer som verkar allmänt skadande på kroppens vävnader, t ex rök, avgaser, damm, giftiga ämnen och infektioner. Sannolikt gäller även det motsatta förhållandet, d v s att det är större risk att utveckla allergi i organ som redan är skadade. Man kan t ex påvisa att barn till rökande föräldrar utvecklar allergi i mycket högre grad än andra barn. Skadad hud på grund av våtarbete föregår ofta kontaktkem o s v. Kombinationen av olika skadade faktorer är därför av betydelse.

HÄLSOPOLITISKA MÅL FÖR ALLERGIER

A. DEN SANNOLIKA UTVECKLINGEN

I varje fall när det gäller symptom från luftvägarna är det sannolikt att allergier och annan överkänslighet har ökat. Men osäkerheten i bedömningen är stor och det är därför också svårt att sia om den sannolika utvecklingen.

Flera undersökningar visar att allergier är vanligare i industriländer än i utvecklingsländer. En del av de 500-1.500 nya ämnen som årligen introduceras i vår miljö kommer att kunna framkalla överkänslighet och är alltså en potentiell källa till framtida ökning av symptom. Samtidigt har dock arbetsmiljön kunnat förbättras för vissa yrkesgrupper, men minskad kontakt med allergiframkallande och andra vävnadsretande faktorer som rök och damm. För överkänslighet i luftvägarna är den minskade rökningen av stor betydelse för utvecklingen.

B. DEN ÖNSKVÄRDA UTVECKLINGEN

Medan andra stora folksjukdomar minskar, visar allergi, liksom rörelseorganens sjukdomar, tecken på ökande förekomst.

Eftersom överkänslighet i hög grad drabbar barn och eftersom kontakt med allergiframkallande ämnen i tidiga barnår tycks vara av betydelse för framtida symptom, är det särskilt viktigt att just barnens miljö är så gynnsam som möjligt.

C. DEN MÖJLIGA UTVECKLINGEN

Det finns goda möjligheter att ta reda på om ett barn har en ökad benägenhet för allergi och att för dessa speciellt känsliga barn vidta åtgärder för att förhindra eller åtminstone fördröja symtomdebut.

Exempel på sådana åtgärder är att barnet ammas så länge som möjligt, gärna sex månader, att skjuta fram tidpunkten innan barnen för första gången åter vissa födoämnen, att inga pälsbärande djur finns i hemmet och att ingen tobaksrökning förekommer i bostaden.

Föräldrar till allergiska barn behöver mycket stöd och kunskap för att kunna följa dessa rekommendationer.

Att barn med allergi kan delta i aktiviteter med andra friska barn är viktigt, både för att undvika att familjen blir isolerad och för att barnet ska bli överbeskyddat. Skolan har ett stort ansvar, inte bara när det gäller sanering av skolmiljön från faktorer som framkallar överkänslighet och för att skapa förståelse för barnets handikapp. Viktigt är även att sådana barn får en särskild yrkesrådgivning med speciell hänsyn tagen till sin överkänslighet.

ISBN 91 86294 20 2

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING  HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDEN

Hälsaavdelningen, Box 9099, 10272 STOCKHOLM Tfn 08-737 25 00