

1994

FOLKHÄLSO RAPPORT

om hälsoutvecklingen
i Stockholms län



Stockholms läns landsting

Sammanfattning av Folkhälsorapporten 1994

Folkhälsorapporten beskriver hur **hälsoutvecklingen** förändras i Stockholms läns landsting. Den försöker också redovisa geografiska och sociala skillnader liksom skillnader mellan män och kvinnor. Det är även viktigt att beskriva hur för hälsan viktiga faktorer som levnadsvanor och levnadsvillkor ser ut. Nedan följer en kortfattad sammanställning som visar hur hälsan förändras i Stockholms län. Resultaten i rapporten hämtas från flera separata källor där Folkhälsoenkäten är en av de viktigare.

Befolkningen i Stockholm lever allt längre. **Medellivslängden** var för män 75 år och för kvinnor 81 år 1993. Dödligheten i alla åldersgrupper minskar, alltså både bland yngre, medelålders och äldre upp till 94 år. Detta medför att dödsfallen anhopas i allt högre grad till ett smalt åldersintervall. Under 1993 inträffade cirka hälften av dödsfallen bland kvinnor i åldersintervallet 80-94 år medan denna anhopning för männen var tydligast i intervallet 75-89 år, alltså fem år tidigare jämfört med kvinnorna. Frågan blir då om vi också blir sjuka under en längre period i slutet av livet då vi lever allt längre. Det finns dock inget som tyder på det. De frågor vi ställt om fysisk rörlighet och om självupplevd hälsa visar att allt fler också känner sig friska i allt äldre åldrar.

Post
Stockholms läns landsting
Socialmedicin
Norrbacka
171 76 STOCKHOLM

Telefon
08-517 700 00 vx

E-post
n.n@socmed.sll.se

Fax
08-33 46 93

Stockholms läns landsting är indelat i nio sjukvårdsområden. Jämför vi de olika områdena visar det sig att det finns stora skillnader i medellivslängd. Männens lever nästan fem år längre i Nordöstra sjukvårdsområdet (med bl.a. Danderyd och Lidingö) jämfört med Södra Stockholms sjukvårdsområde ("söder") år 1992. För kvinnor är motsvarande siffror två år.

Den vanligaste dödsorsaken i Stockholms läns landsting var 1992 fortfarande **hjärt-kärlsjukdomar**. Över hälften dog av framförallt hjärtinfarkter eller slaganfall (propp eller blödning i hjärnan). Dödligheten i dessa sjukdomar har dock nästan halverats sedan 1980 om effekten av att vi blivit allt äldre räknas bort..

Risikfaktorer är delvis kända. Höga halter av farliga blodfetter, övervikt, rökning, högt blodtryck och stress är några. En viktig orsak till den minskande dödligheten är att betydligt färre röker idag jämfört med för trettio år sedan. Andre faktorer är att vi äter bättre kost idag, att högt blodtryck kontrolleras bättre liksom bra akut omhändertagande vid insjuknande vid exempelvis akut hjärtinfarkt. Betydligt fler män än kvinnor dör dock fortfarande i yngre åldrar. Kvinnliga könshormoner verkar skydda så att kärlförändringar uppträder tio, femton år senare hos kvinnor.

Var femte av stockholmarna dör i **cancer**. Dödligheten minskar något om siffror jämförs över en längre tid och effekten av att vi blir äldre räknas bort. Även här dör män tidigare jämfört med kvinnor. Allt fler insjuknar dock i cancer. Den vanligaste cancerformen bland kvinnor är bröstcancer och bland män prostatacancer. Dessa står för cirka en fjärdedel. Utvecklingen är mycket olika för olika cancerformer. Ett framgångsrikt exempel är cancer bland barn och ungdom. Dödligheten i leukemier och testikelcancer har halverats på 20 år. En cancerform som till stor del går att förebygga är lungcancer. Utvecklingen följer i stort

våra tobaksvanor. Män röker allt mindre sedan lång tid tillbaka. Kvinnor har rökt alltmer men även andelen kvinnor som röker minskar idag. Dock ökar dödligheten i lungcancer bland kvinnor medan den minskar bland män. Fortfarande dör dock fler män än kvinnor i denna cancerform.

Magsäckscancer har stadigt minskat sedan 1950-talet. Nedgången har ställts i samband med att kosten i högre utsträckning innehåller färsk grönsaker och i mindre grad starkt saltade och rökta produkter. Tjocktarmscancer har ett ganska oförändrat insjuknande och dödlighet. Sannolikt spelar stillasittande en roll för förekomsten av denna cancerform. Risken att insjukna i livmoderhalscancer har halverats sedan 1970-talet tack vare det omfattande screeningprogram som påbörjats för nästan 25 år sedan. Detta har ökat möjligheterna att behandla förstadier till sjukdomen. För bröstcancer har insjuknade liksom dödlighet stannat av under början av 1980-talet. Screeningprogram med mammografi har funnits i Stockholm sedan några år. Dessa har i undersökningar visat sig kunna minska dödligheten med cirka 30% för kvinnor i åldern 50-69 år. De pigmenterade hudtumörerna malignt melanom är numera en av de fem vanligaste tumörformerna. Ökningen i insjuknande har under flera decennier varit kraftig, cirka 5% per år. Dödligheten har ökat mycket långsammare. Detta beror på att allt fler tumörer hittats som inte spritt sig. Särskilt upprepad kraftig solbränna i unga år medför högre risk.

Sjukdomar och besvär, framförallt **värk**, från rörelseorganen är den vanligaste orsaken till långvarig funktionsnedsättning. Resultat från Folkhälsoenkäterna redovisades en kraftig ökning, framförallt av värk i nacke och skuldror, bland kvinnor under 1980-talet. Denna ökning tycks ha avstannat men symtomen är fortfarande mycket vanliga. Upp till en tredjedel av kvinnor i arbetsför ålder uppger att de varje vecka har besvär. Motsvarande siffror ligger cirka tio procent lägre bland männen. En

kombination av ergonomiska och psykosociala förhållanden verkar vara avgörande som orsak till besvären. Det finns i varje fall mycket stora sociala och yrkesmässiga skillnader i förekomsten av värtillstånd i rörelseorganen. Muskler, skelett och leder behöver användas och belastas för att växa och bli starka. För låg aktivitet leder exempelvis 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 upprepade belastningar 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 exempelvis risken för värk från nacke och skuldror. Den som vantrivs och utsätts för stress, ökar ofta omedvetet muskelspänningen. Musklerna utsätts 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 skall skadas. De som har fysiskt tunga arbeten och samtidigt upplever jäkt och låg kontroll över arbetssituationen, har som väntat ofta värk i nacke och skuldror. Monotona, anspända arbeten framför bildskärmar liksom ensidiga monteringsarbeten blir allt vanligare. Det är framförallt kvinnor som har denna typ av arbeten. En arbetssituation med höga krav, litet beslutsutrymme och samtidigt olämpliga arbetsställningar medför två till fyra gånger så hög risk för värk som de arbeten som är bättre i dessa avseenden.

Allvarliga **psykiska sjukdomar** förekommer bland cirka två procent av befolkningen. En tredjedel av dessa har schizofreni. Risken att insjukna i denna sjukdom är förvånansvärt konstant över tid. Det finns knappast någon grupp i svenska samhället som lever med så små materiella och sociala resurser som människor med kroniska psykiska handikapp. En stor del av befolkningen lider av psykiska symptom av mer eller mindre

besvärlig art. Symptomen är ofta trötthet, sömnsvårigheter, oro, ångest eller nedstämdhet. Enligt Folkhälsoenkäten uppger sig var femte stockholmare lida av sådana tillfälliga besvär, något fler kvinnor jämfört med män. Mycket talar för att tillgång till socialt nätverk och stöd, ett arbete som ger 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. Antalet självmord har långsamt minskat sedan 1970-talet. Det är framförallt självmord genom läkemedelsförgiftningar som minskat. En annan betydelsefull faktor har varit minskad alkoholförsäljning. Alkohol spelar ofta en central roll i händelseförloppet. Det är fler män jämfört med kvinnor som begår självmord.

Utvecklingen av **olycksfallsskador** i Stockholms län är ett mönsterexempel på hur framgångsrikt en långsiktig, sammanhållen och målinriktad hälsopolitik kan vara. På 30 år har dödligheten i olycksfallsskador bland barn minskat med $\frac{3}{4}$ trots att biltrafiken har mångdubblats. Jämfört med exempelvis Danmark, Finland och USA är risken för ett svenskt barn att dödas som bilpassagerare bara en tredjedel. Ett konsekvent säkerhetstänkande har genomsyrat lagstiftning, arkitektur, produktionskontroll, 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 när idag praktiskt taget alla barn. Dödligheten bland vuxna i trafiken har också minskat stadigt. Fortfarande dör fler män än kvinnor i trafiken. 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. Låg fysisk aktivitet bland äldre i stadsmiljö har medverkat till sämre reaktionsförmåga. Överkonsumtion av läkemedel mot högt blodtryck och sömnbesvär kan också ha bidragit.

Allergiska besvär och annan överkänslighet är numera bland de allra vanligaste symptomen i befolkningen. Folkhälsoenkäten visar att nästan hälften av länets befolkning besväras av någon form av allergi eller överkänslighet. Det handlar till övervägande del om lindrigare besvär, i många fall överkänslighet som inte hänger samman med ett specifikt ämne. Luftvägsallergier blir allt vanligare. Astma förekommer under skolåldern hos 3-4% av barnen. Förekomsten av hösnuva varierar i olika studier mellan cirka 10-20%. Allergi är ärftlig. Cirka 20% bär på detta arv. För den som är ärftligt belastad krävs kontakt med allergiframkallande ämnen för att allergin skall bryta ut. Ju större dos och ju tätare kontakt med det allergiframkallande ämnet, desto större är risken att allergi framkallas. Förekomsten av allmänt retande ämnen har även betydelse. Rökare löper exempelvis större risk att utveckla allergier. Detsamma gäller barn till rökande föräldrar. Hälften av länets befolkning utsätts för andras tobaksrök. Dålig inomhusventilation är en annan bidragande bakgrundsfaktor. Stigande inomhustemperatur och luftfuktighet gör att kvalster trivs och bidrar till ökningen av allergier. Kvalster förekommer idag i 10-20% av länets bostäder. De individer som har allergi är dessutom allmänt överkänsliga. Födoämnen, pollen och pälsdjur är vanliga allergiframkallande ämnen.

Tobaksrökning är den allvarligaste riskfaktorn för bland annat hjärtkärlsjukdomar, lungcancer och flera andra cancerformer. Dessutom finns samband mellan tobak, allergi och sjukdomar i rörelseorganen. Samhället har de senaste åren vidtagit en rad åtgärder för att minska rökningen. Andelen dagligrökare är idag

enligt Folkhälsoenkäten drygt 20%. Bland männen har andelen minskat från cirka 60% under 1960-talet. Andelen rökare bland kvinnor var då hälften jämfört med männen men ökade till cirka 40% under 1970-talet. Idag är andelen kvinnor som röker något högre jämfört med männen. Rökning visar en tydlig social skiktning. De med sämre levnadsförhållanden röker ofta mer. Bland arbetslösa kvinnor med dålig ekonomi röker exempelvis 60%. Levnadsvillkoren spelar alltså en stor roll för möjligheterna att sluta röka. Andelen dagligrökare i årskurs 9 låg mellan 10 och 20% 1993. Betydligt fler flickor rökte.

Det finns ett tydligt samband mellan andelen högkonsumenter av **alkohol** och omfattningen av alkoholrelaterade sjukdomar. Tydliga samband finns också med våld och självmord. Efter andra världskriget och fram till mitten av 1970-talet ökade alkoholkonsumtionen stadigt i Sverige. Därefter vände utvecklingen och alkoholkonsumtionen började sjunka. Mellanölsförbud, ökade priser, lördagsstängt på Systembolaget i kombination med en allmänt mer hälsomedveten livsstil anses ha spelat in. Den årliga försäljningen av alkohol till invånare över 15 år ligger strax under 8 liter 100% alkohol. Detta är cirka 20% högre än riksgenomsnittet. Det finns stora sociala skillnader i alkoholskador. Andelen högkonsumenter är cirka 7% i hela befolkningen, högre för män och lägre för kvinnor. Bland människor som tillhör flera riskkategorier samtidigt ökar andelen högkonsumenter betydligt. Andelen högkonsumenter bland ensamstående arbetslösa män är 35%. Sannolikt är det ett ömsesidigt samspel där alkoholberoende och sociala problem förstärker varandra. Flera studier från senare delen av 1980-talet talar för en ökande alkoholkonsumtion bland ungdomar i åldern 12 till 24 år. Det sker exempelvis en ökning av andelen ungdomar i årskurs 9 som varje vecka dricker folköl. Siffrorna var 1993 15% bland pojkar och 5% bland flickor i årskurs 9.

Kostens sammansättning har betydelse för risken att insjukna i bl a cancer och hjärtkärlsjukdomar. Konsumtionen av frukt och grönsaker har ökat i Sverige. Andelen fett i kosten har minskat men behöver minskas mer. Det finns ett tydligt mönster där unga män i arbetaryrken hade de sämsta och medelålders kvinnor i tjänstemannaryrken de bästa matvanorna. Dessvärre stämmer utvecklingen av kostvanor delvis överens med utvecklingen av övervikt. **Övervikt** ökar bl a risken för att utveckla åldersdiabetes, en av de snabbast ökande folksjukdomarna i Sverige. Kraftig övervikt förelåg hos cirka 6-7% av den vuxna befolkningen i Stockholm. **Motion** minskar benägenheten för övervikt. De som har ett stillasittande arbete och samtidigt motionerar mindre än 30 minuter per vecka får ur hälsosynpunkt för lite motion. Detta är inte ovanligt särskilt bland tjänstemän.

Arbetslöshet visar ett tydligt samband med ökad risk för ohälsa. Sammantaget minskade antalet förvärvsarbetande med 75 000 i Stockholms län mellan 1990 och 1993. Hos arbetslösa ökar risken för exempelvis nedsatt psykiskt välbefinnande, psykosomatiska besvär och sämre levnadsvanor. En annan viktig fråga är varför **kvinnors hälsa** försämrats. Tydliga samband ses med de ökande kraven som finns i arbetsliv kombinerat med hemarbete. En ytterligare viktig fråga är de stora **geografiska** skillnaderna i hälsa som ses i Stockholms län. De med goda resurser flyttar till resursstarka områden med andra blir kvar.

Sammanfattningsvis kan sägas att hälsan i stort utvecklats positivt. Detta beror både på att sjukvården blivit bättre att behandla olika sjukdomstillstånd men också på att många av för hälsan betydelsefulla riskfaktorer minskat i befolkningen. Det finns dock fortfarande stora skillnader mellan olika geografiska områden och mellan olika grupper i befolkningen. Detsamma gäller mellan män och kvinnor. Kvinnor lever ofta längre än men är oftare sjukare.

Peter Fredlund

Folkhälsorapport för Stockholms län 1994

En rapport om hälsoutvecklingen
i Stockholms län

SOCIALMEDICIN KRONAN
SAMHÄLLSMEDICINSKA DIVISIONEN, NVSO

Stockholms Läns Landsting
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

FÖRORD

1987 års folkhälsorapport för Stockholms läns landsting lade grunden för de hälsopolitiska målen för år 2000. De fastslogs i hälso- och sjukvårdsplanen 1990. 1991 års rapport följde upp utvecklingen i relation till målen och pekade på både positiva och negativa förändringar av folkhälsan i länet. 1994 har vissa av målen redan uppnåtts. Landstingets folkhälsoarbete har utvecklats och det är dags att revidera vissa mål och skapa mål för nya områden. 1994 års folkhälsorapport beskriver en hälsoutveckling som i många avseenden är mycket positiv. Arbetslösheten sätter dock djupa spår i folkhälsan. 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, Samhällsmedicinska divisionen, Nordvästra sjukvårdsområdet (NVSO). Gruppen har bestått av Maria Danielsson, Peeter Fredlund, Johan Hallqvist, Michael Lundberg, Gunmaria Löfberg, Anders Nicolaysen, Lena Nordwinger och Anders Norman. Underlag har lämnats från Kerstin Tode och Eva Wallin vid Hälsovårdsenheten, Marie Hasselberg vid Skadepreventiva enheten samt Anders Romelsjö vid Alkohol- och drogepidemiologiska enheten. Niklas Hammar och Eva Sandberg vid Epidemiologiska enheten, NVSO har lämnat underlag till arbetet om hjärtinfarkter. En stor del av underlaget till Folkhälsorapporten bygger på en stor Folkhälsoenkät. Det praktiska enkätarbetet har till stor del genomförts av Saara Gröhn, Josefin Juwono och Ingegerd Johansson. Arbetet med Folkhälsorapporten har letts av Finn Diderichsen.

Birgitta Rydberg
Ordförande i Hälsoutskottet

Leif Svanström
Hälsovårdsöverläkare

Finn Diderichsen
Projektledare

ISBN 91-86700-43

Produktion: Stockholms läns landsting,
Hälsoutskottet, Socialmedicin Kronan
Tryck: PrintTime AB
Stockholm 1994

INNEHÅLL

Sammanfattning	5
1. Hälsoutvecklingen i Stockholms län - en allmän bakgrundsbeskrivning	7
2. De stora folksjukdomarna	29
Hjärtkärlsjukdomar	33
Tumörer	40
Rörelseorganens sjukdomar	51
Psykisk ohälsa	54
Olycksfallsskador	62
Allergi	68
HIV/AIDS	71
Spädbarnsdödlighet	72
3. Livsstil och hälsovanor	74
Alkohol	76
Tobak	81
Kost och motion	85
4. Samhälls- och hälsoutveckling	92
Arbetslöshet	92
Varför har kvinnors hälsa försämrats?	103
Bostadssegregationen och folkhälsan	113
Hälsoutvecklingen i Danmark - ett varnande exempel?	115
5. Hälsopolitiska mål	119
En god hälsa för alla	121
Effektmål för vissa folksjukdomar	122
Effektmål för folksjukdomarnas orsaker	125
Varför ska man ha mål?	128
Om vad ska man uppställa mål?	129
Slutord	135

SAMMANFATTNING

Medellivslängden hos Stockholms läns befolkning har fortsatt öka på grund av minskad dödlighet bland medelålders och äldre. De äldres hälsa har också förbättrats. Bland de yrkesverksamma har männen blivit friskare, medan kvinnornas sjuklighet däremot har ökat! Skillnaderna i hälsa har blivit större mellan socialgrupperna. Dessutom har de sociala konsekvenserna av att vara sjuk ökat. Människor med nedsatt hälsa får allt svårare att konkurrera på arbets- och bostadsmarknaden.

Dödligheten i kranskärlsjukdomar har minskat med 45% sedan 1980 beroende på minskad sjuklighet och ökad överlevnad. Andelen med psykiska besvär har ökat kraftigt bland den växande gruppen arbetslösa. Antalet självmordsförsök har efter flera års minskning ökat med 25% under 1993. Allergiska besvär fortsätter att öka, medan den tidigare ökningen av värk i rörelseorganen har avstannat.

Livsstilen är uttryck för hur människor tolkar sina sociala villkor och uttrycker identitet liksom social tillhörighet. Hälsovanorna är en del av livsstilen. De visar ett allt starkare samband med arbetslöshet, ekonomiska svårigheter och familjerelationer. Andelen rökare fortsätter att minska med en procentenhet per år. Bland arbetslösa kvinnor med ekonomiska svårigheter är det dock 60% som röker. Matvanor och övervikt har inte utvecklats positivt under 1990-talet. Dessutom har öl-drickande bland skolungdomar ökat.

100.000 människor har lämnat länets arbetsmarknad mellan 1990 och 1993. Arbetslösheten har mångdubbplats och risken att förtidspensionernas har fördubblats bland personer under 50 år. Arbetslösheten visar starka samband med psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor. Friska som blir arbetslösa får ökade psykiska besvär och sjuka som blir arbetslösa har svårare att återkomma i arbete på grund av sina besvär. Kombinationen av arbetslöshet och bostadssegregation kan leda till växande problem i förortsområdena.

Hälsopolitiska mål ska handla om det som är politiskt önskvärt och tekniskt möjligt, men som inte går av sig själv. Det betyder att mål ska väljas för områden där avståndet är stort eller växande mellan vad som är önskvärt och möjligt, jämfört med om allt fortsätter som det är nu. Hälsoutvecklingen som den beskrivits i denna rapport ger flera exempel på sådana områden.

1. HÄLSOUTVECKLINGEN I STOCKHOLMS LÄN

Medellivslängden hos Stockholms läns befolkning har fortsatt öka på grund av minskad dödlighet bland medelålders och äldre. De äldres hälsa har också förbättrats. Bland de yrkesverksamma har männen blivit friskare, medan kvinnornas sjuklighet däremot har ökat! Skillnaderna i hälsa har blivit större mellan socialgrupperna. Dessutom har de sociala konsekvenserna av att vara sjuk ökat. Människor med nedsatt hälsa får allt svårare att konkurrera på arbets- och bostadsmarknaden.

Vi fortsätter lägga år till livet

Befolkningen i Stockholm lever allt längre. För männen pågår denna förändring med oförminskad takt sedan 15 år tillbaka i tiden. Under 1960- och 1970-talen skedde inga stora förändringar av männens medellivslängd. Under 1980-talet ökade medellivslängden igen och enbart mellan åren 1988 och 1993 har medellivslängden för män ökat med 1,5 år. För kvinnorna har en stadig ökning under hela efterkrigstiden övergått i en något långsammare ökningstakt de senaste 10 åren

(tabell 1). Skillnaderna i medellivslängd mellan länet och riket har minskat. Länet har kommit ifatt landet som helhet.

Tabell 1. Medellivslängd i Stockholms län och Sverige 1978-1993. Källa: INREGIA AB.

	Stockholms län		Sverige	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1978	71,6	78,3	72,5	78,9
1983	73,1	79,6	73,6	79,6
1988	73,5	79,8	74,2	80,4
1992	74,8	80,9	75,4	80,8
1993*	75,0	80,8	75,5	80,8

* preliminära uppgifter

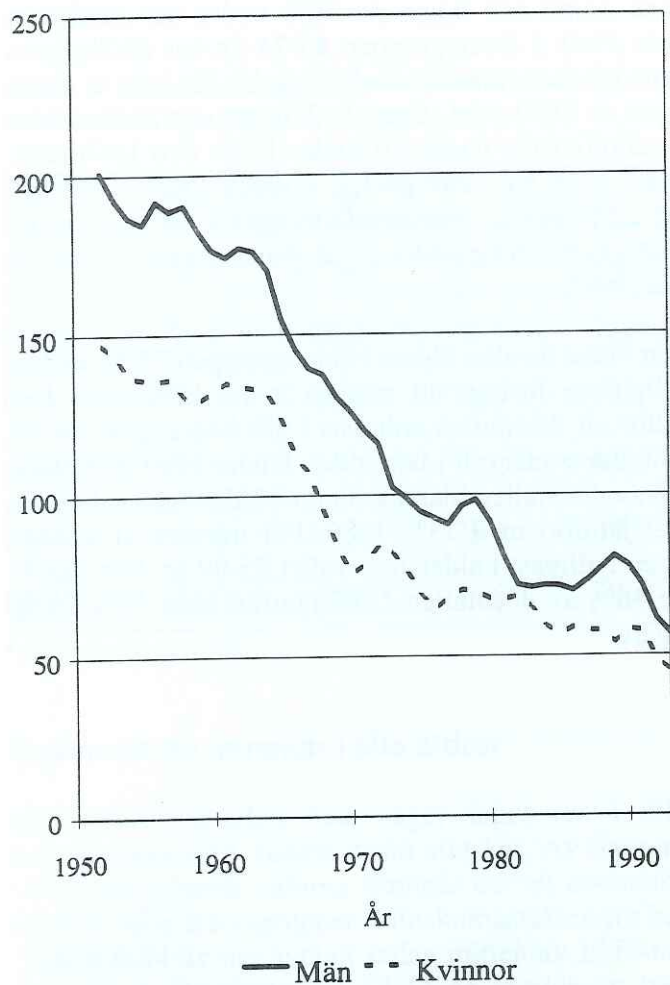
Risken att dö minskar i alla åldrar

Att medellivslängden ökar säger inget om i vilka åldersgrupper som risken att dö minskar. Av figurerna 1-3 på de följande sidorna framgår det att dödsrisken minskat i alla åldersgrupper. Minskningstakten för barn i åldern **0-14 år** har avtagit sedan mitten av 1970-talet (figur 1). I åldersgruppen **15-44 år** skedde en betydande ökning av dödligheten bland män mellan åren 1960 och 1975 (figur 2). Detta gäller med undantag för en kortvarig minskning av dödligheten på grund av

minskat antal dödsfall i trafiken som följde i oljekrisens spår. Allt sedan 1975 har dödligheten minskat i denna grupp och ligger nu 20% under den nivå som rådde 1960. I åldersgruppen **45-74 år** har dödligheten bland kvinnor minskat stadigt med 1,6% per år sedan början av 1950-talet (figur 3). För männen förändrades inte dödligheten nämnvärt under 1950- och 1960-talet. Sedan 1975 har dödligheten minskat desto snabbare med 2,5% per år. Sammanfattningsvis har dödsrisken för länets invånare under 75 år minskat med 2% per år sedan 1975.

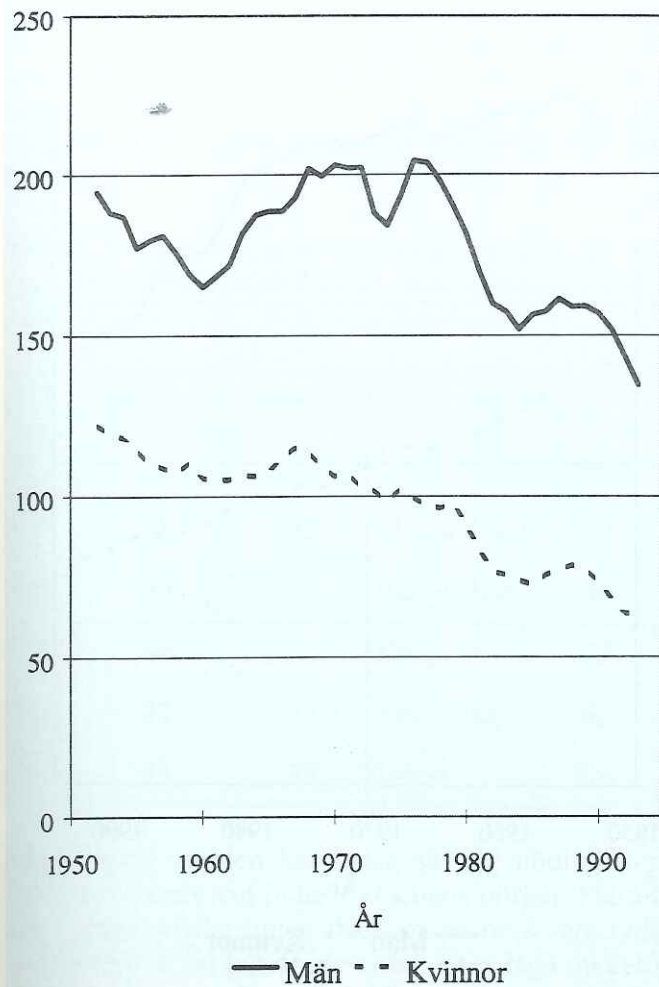
Även bland de allra äldsta i åldersgruppen **75-94 år** har dödligheten fortsatt att minska in på 1990-talet. Det medför att dödsfallen anhopas i allt högre grad till ett smalt åldersintervall i hög ålder. Under 1993 inträffade 55% av dödsfallen bland kvinnor i åldersintervallet 80-94 år jämfört med 33% 1980. För männen är anhopningen tydligast i åldersintervallet 75-89 år. Där inträffade 46% av dödsfallen 1993 jämfört med 35% 13 år tidigare.

Döda per 100.000



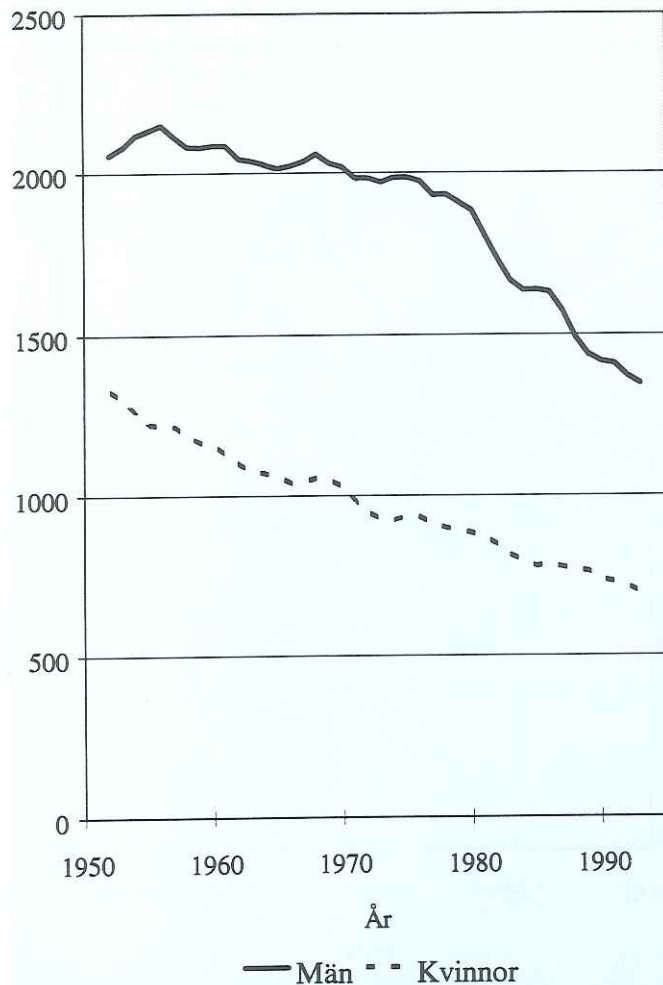
Figur 1. Dödstal i åldern 0-14 år i Stockholms län år 1952-1993.

Döda per 100.000



Figur 2. Dödstal i åldern 15-44 år i Stockholms län år 1952-1993.

Döda per 100.000



Figur 3. Dödstal i åldern 45-74 år i Stockholms län år 1952-1993.

Ett historiskt och internationellt perspektiv

Det är inte bara i Sverige som det sker förändringar i medellivslängden. Även i andra delar av världen finns det geografiska områden som under de senaste decennierna uppvisat mycket stora ökningar av medellivslängden. Andra har haft en mindre gynnsam utveckling (tabell 2).

Tabell 2. Medellivslängd i Stockholms stad och i Sverige 1870-1990 samt i vissa andra länder 1960 och 1990. Källor: USK, SCB, Världsbanken.

	Stockholm	Sverige	Vissa länder		
			1960	1990	
1870	28	42	Mozambique	39	42
1900	49	56	Bangladesh	46	56
1930	66	62	Kina	43	69
1960	72	73	Argentina	67	72
1990	76	78	Japan	68	79

Inget land i världen har i dag så hög dödlighet som Stockholm hade vid industrialismens början. Flera länder i södra Afrika ligger dock på en nivå som rådde i Sverige för drygt hundra år sedan. Den låga medellivslängden i Sverige förr och i Afrika nu beror i hög grad på en omfattande barnadödlighet. Kina har mellan 1960 till 1990 ökat sin medellivslängd från 43 till 69

år. Inget annat land i världen har haft en så kraftig minskning av dödligheten som Kina. Motsvarande förändring tog i Sverige 75 år att åstadkomma. Flera länder i södra Afrika, som låg på samma nivå som Kina 1960 ligger i stort sett på oförändrad medellivslängd idag. Likaså har medellivslängden i flera länder i Sydamerika, som 1960 låg på en god nivå, endast visat en svag ökning.

Det finns ett starkt samband mellan ett lands ekonomiska tillväxt och hälsoutvecklingen. Detta samband tycks bli allt starkare. Dessutom påverkas hälsoutvecklingen av ett lands inkomstfördelning. Om man jämför länder som ligger på samma ekonomiska nivå så har länder med jämnare inkomstfördelning en högre medellivslängd.

Danmark som varnande exempel?

Även inom Europa är utvecklingen olika. I synnerhet har dödligheten bland medelålders personer utvecklats mycket olika under 1970-talet (tabell 3). Utvecklingen inom EU-området har varit mycket gynnsam. Flera sydeuropeiska länder har kommit ikapp Sverige när det gäller dödligheten från ett års ålder och uppåt. Även i norra delen av EU, dvs Belgien, Holland, Västtyskland, England, Frankrike och Irland, har betydande förbättringar skett.

Tabell 3. Döda per 1.000 i åldersgruppen 55-64 år i olika delar av Europa 1975-1990. Källa: DIKE 1994.

	Män		Kvinnor	
	1990	Ändring 1975-90	1990	Ändring 1975-90
Sverige	12	- 3	6	- 1
Danmark	17	+ 1	10	+ 1
EU Nord	15	- 5	7	- 2
EU Syd	13	- 4	6	- 2
Östeuropa	26	+ 4	11	0

Det finns dock ett viktigt undantag nämligen Danmark. Danmark har haft 1980-talets sämsta dödlighetsutveckling inom hela OECD-området. Även om situationen inte är lika allvarlig som i Östeuropa har den föranlett betydande utredningsverksamhet och politisk debatt. Utvecklingen syns tydligast i åldersgruppen 55-64 år. Men i hela åldersgruppen 35-64 år har danska kvinnor idag en överdödlighet i förhållande till övriga Väst-europa på 40-60%, medan den för männen ligger på 10-30%. Frågan är om Danmark, som har en hög arbetslöshet och en stigande alkoholkonsumtion, är ett varnande exempel för hur den framtida hälsoutvecklingen kan bli i vårt land. Vi ska diskutera detta i ett senare avsnitt.

De äldre blir friskare

Det faktum att dödligheten i Stockholms län minskar ända upp i 80-års åldern säger ingenting om, huruvida det är friska år vi har lagt till livet. Om det typiska livsförloppet vore att människor dog vid 75 års ålder, och att de sista fem åren var präglade av hög sjuklighet och vårdbehov, kan man tänka sig olika alternativ. Ett alternativ är att den ökande sjukligheten inträffar vid 70 års ålder som tidigare. I och med att överlevnaden bland de sjuka förbättras, ökar antalet sjuka i åldern 70-80 år. Ett andra alternativ är att tidpunkten för sjukligheten förskjuts upp i högre åldrar i samma takt som dödligheten. Detta betyder att andelen sjuka i åldern 70-75 år minskar, medan den är oförändrad i åldern 75-80 år. Ett tredje alternativ är att allt flera sjukdomar kan förebyggas och botas. Sjukdomsförloppen kortas och det sker en anhopning av sjuklighet i hög ålder på samma sätt som skett med dödligheten. I så fall minskar andelen sjuka även i åldersgruppen 75-80 år. Frågan är hur verkligheten ser ut.

Människors sjuklighet och vårdbehov visar sig i hög grad vara knutna till de sista levnadsåren. 25% av vårdkostnaderna inträffar under det sista levnadsåret. Det finns inga belägg för att denna andel har vare sig ökat eller minskat under senare år.

Rörelsehinder är ett mått på ohälsa. I synnerhet bland äldre speglar detta inte bara sjukdomar i rörelseorganen utan också individens allmäntillstånd. Under 1980-talet har andelen sjuka och funktionshindrade minskat kraftigt bland äldre i åldersgruppen 75-84 år. Siffrorna i tabell 4 är från Sverige som helhet. Statistiskt mera

osäkra siffror för Stockholms län talar för att utvecklingen för rörelsehinder är minst lika uttalad här. Det är framför allt bland den äldre arbetskraften och de yngre pensionärerna som andelen rörelsehindrade minskar. Detta gäller både för män och kvinnor vilket inte framgår av tabellen. Tyvärr har vi inga data för åldersgruppen över 84 år. Siffrorna i tabell 4 talar närmast för att sjukligheten förskjuts mot högre åldrar i takt med att dödligheten gör det. Detta innebär i sin tur att vårdkostnaderna inte borde påverkas så mycket av den ökande medellivslängden.

Tabell 4. *Andel i procent med rörelsehinder. "kan inte gå i trappor eller promenera i rask takt". Sverige 1980-1991. Källa: ULF/SCB.*

	1980-1981	1990-1991
16-44 år	1	1
45-64 år	9	6
65-74 år	20	16
75-84 år	45	35

Ett annat sätt att mäta ohälsa är att fråga hur folk mår. Även här har en viss förbättring i åldersgruppen 75-84 år skett under 1990-talet (tabell 5).

Tabell 5. *Andel i procent som upplevde sig ha dålig hälsa i Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäterna 1990 och 1994.*

	1990		1994	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
20-44 år	2	3	3	4
45-64 år	7	8	8	9
65-74 år	8	10	7	13
75-84 år	17	21	12	15

FOLKHÄLSOENKÄTER. Stora delar av Folkhälsorapport 1994 bygger på resultaten från Folkhälsoenkät 1994. Enkäten skickades ut till 6.000 slumpvis utvalda personer i Stockholms läns landsting i åldern 20 till 65 år under hösten 1993 och våren 1994. Svarefrekvensen var ca 66%. Enkäter har också skickats till 1.000 personer äldre än 64 år liksom till 2.000 arbetslösa. Jämförelser har ofta gjorts med Folkhälsoenkät 1990. Vid detta tillfälle skickades enkäter ut till 4.000 slumpvis utvalda personer i åldern 20 år och uppåt. Svarefrekvensen var 1990 72%. Som underlag för bedömning av ungdomars hälsa och hälsovanor har en enkät under arbetsnamnet 'Kaninenkäten' använts. Undersökningen har genomförts av Hälsovårdsenheten och enkäten har skickats till ett antal slumpmässigt utvalda skolklasser i årskurs 5, 7 och 9 i Stockholms län. Totalt ingick 3.552 elever i undersökningen och svarefrekvensen var 71%.

Männen lägger hälsa till åren - men inte kvinnorna

Det har funnits önskemål om att samla information om förändringar i dödlighet, funktionsnedsättning och subjektivt upplevd ohälsa till ett samlat sk hälsoindex. Statistiska centralbyrån (SCB) har sedan några år utvecklat ett sådant. Utvecklingen av dessa hälsovägda år för perioden 1975-1990 har nyligen redovisats i Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1994. År med full hälsa ges vikten 1,0, lätt ohälsa 0,9, måttligt svår ohälsa 0,7 och svår ohälsa 0,5. År förlorade i för tidig död får värdet 0. I åldersgruppen 65-84 år är utvecklingen generellt sett positiv med cirka ett års ökning av hälsovägda år under perioden 1975-1990 för såväl män som kvinnor. I de yrkesverksamma åldrarna är bilden mera problematisk (tabell 6).

Tabell 6. *Antal hälsovägda år i åldern 16-64 år i Stockholms län och i hela Sverige för perioden 1975-1990. Källa: Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1994.*

	Stockholms län		Sverige	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1975-80	42,9	43,7	43,1	43,9
1981-85	43,6	44,5	43,5	44,3
1986-90	43,8	44,3	43,7	44,1

Hälsoutvecklingen har varit mera positiv i Stockholms län i början av 1980-talet jämfört med riket i övrigt. Därefter har utvecklingen varit likartad.

Allvarligt är att antalet hälsovägda levnadsår inte har ökat för kvinnorna under slutet av 1980-talet trots att dödligheten för kvinnor har minskat. Det beror på att sjukligheten bland kvinnor i yrkesarbetande ålder ökat påtagligt. Som redovisades i Stockholms läns Folkhälsorapport 1991 är det framför allt sjukdomar och besvär från rörelseorganen som ökat. Denna ökning har avstannat under 1990-talet men förekomsten av dessa besvär är fortfarande mycket hög bland kvinnor. Orsakerna till detta ska vi återkomma till längre fram.

De sociala skillnaderna fortsätter att öka

Ett överordnat mål för hälsopolitiken under det senaste decenniet har varit att minska de sociala skillnaderna i ohälsa. I Folkhälsorapport 1991 redovisades att de sociala skillnaderna i dödlighet och förekomsten av vissa sjukdomar istället ökat fram till mitten av 1980-talet. Tyvärr finner vi idag få tecken på att denna trend brutits. Om antalet hälsovägda år studeras blir bilden ganska entydig. Skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän fortsätter att öka (tabell 7).

Orsakerna till detta är delvis kända. Vi ska återkomma till några viktiga orsaker när vi behandlar enskilda sjukdomar och hälsorisker i senare avsnitt.

Tabell 7. Antal hälsovägda levnadsår i åldern 35-84 år. Sverige 1981-1990. Källa: Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1994.

	Män		Kvinnor	
	1981-85	1986-90	1981-85	1986-90
Arbetare	33,8	33,9	37,2	37,1
Högre och mellan tjänstemän	37,0	37,7	39,2	39,8
Differens	3,2	3,8	2,0	2,7

Södra Stockholms sjukvårdsområde släpar efter

De geografiska olikheterna i dödlighet och sjuklighet inom länet är mycket stora och delvis ökande. Detta är delvis ett resultat av att det finns skillnader i ohälsa mellan olika sociala grupper. Dödligheten bland arbetare är omkring 50% högre än bland tjänstemän. Bland icke förvärvsarbetande i arbetsför ålder är dödligheten närmare tre gånger högre jämfört med tjänstemän. I och med att människor med olika yrken och inkomster bor i olika delar av länet skapas skillnader i ohälsa mellan kommuner och stadsdelar. Därtill kommer att människor med dålig hälsa har en sämre ekonomi och lever med större osäkerhet om framtida försörjning. Detta lägger hinder i vägen för att satsa på dyrare boende. Denna segregationstendens har blivit tydligare i takt med stigande boendekostnader.

Skillnaderna avspeglas exempelvis i olika medellivslängd för länets sjukvårdsområden (tabell 8).

Tabell 8. Medellivslängd i Stockholms läns landstings sjukvårdsområden 1988 och 1992. Källa: Inregia AB.

	Män		Kvinnor	
	1988	1992	1988	1992
Nordöstra	75,9*	77,2	81,0*	82,4
Nordvästra	74,3	75,5	80,4	81,0
Västra Stockholm	73,5	75,5	79,4	80,6
Norrtälje	72,5	75,3	78,7	82,3
Sydöstra	74,1	75,1	80,4	81,4
Södertälje	73,5	74,4	80,3	79,5
Sydvästra	72,5	74,0	78,9	80,1
Centrala Stockholm	72,5	73,8	80,1	80,3
Södra Stockholm	71,7	72,4	78,6	80,3
Länet	73,5	74,8	79,8	80,9

* medellivslängd att uppnå för alla sjukvårdsområden senast år 2000.

Medellivslängden är nästan fem år längre för män i Nordöstra sjukvårdsområdet jämfört med Södra Stockholms sjukvårdsområde. Ett av målen i hälso- och sjukvårdsplanen är att situationen i de utsatta sjuk-

vårdsområdena skall förbättras. Alla sjukvårdsområden skall år 2000 ha uppnått den medellivslängd som 1988 gällde för Nordöstra sjukvårdsområdet, dvs 75,9 år för män och 81,0 år för kvinnor. Om dödligheten fortsätter att minska i den takt som rått under perioden 1988-1992 i de olika sjukvårdsområdena kommer alla att ha nått målet 1996. Det är fortfarande framförallt Södra Stockholms sjukvårdsområde som alltmer släpar efter. Alla sjukvårdsområden i norra delen av landstinget har en längre medellivslängd för män jämfört med sjukvårdsområden i södra delen.

Skillnaderna blir ännu tydligare när dödlighet studeras på kommunnivå (tabell 9). Återigen är skillnaderna störst för män. Sundbyberg har exempelvis en dödlighet som är dubbelt så hög jämfört med Ekerö för perioden 1991-1993. En mer detaljerad rapport över geografiska skillnader i länet kommer att presenteras under våren 1995.

Tabell 9. Dödstal per 100.000 i åldersgruppen 15-74 år i kommunerna i Stockholms län 1988-1993. Åldersstandardiserat.

	Män		Kvinnor	
	1988-90	1991-93	1988-90	1991-93
Botkyrka	738	654	398	322
Danderyd	493	393	230	235
Ekerö	636	338	224	224
Haninge	764	529	412	294
Huddinge	737	533	401	315
Järfälla	629	472	383	250
Lidingö	579	455	258	252
Nacka	710	534	332	240
Norrtälje	672	568	384	252
Nynäshamn	595	563	399	315
Salem	672	444	347	259
Sigtuna	666	579	338	245
Sollentuna	560	455	340	256
Solna	753	590	358	300
Stockholm	816	655	404	321
Sundbyberg	793	680	409	388
Södertälje	743	648	381	341
Tyresö	589	395	333	256
Täby	472	418	305	239
Upplands Bro	679	542	459	406
Upplands Väsby	679	552	376	328
Vallentuna	549	399	308	296
Vaxholm	850	515	394	314
Värmdö	666	554	364	329
Österåker	596	536	370	274

Många fler får förtidspension eller sjukbidrag

Ett av försäkringskassan och landstinget ofta använt mått på hälsoutvecklingen under senare år har varit det sk ohälsotalet som mäter antalet hela dagar per år och invånare för vilka det utbetalats sjukpenning, förtidspension, sjukbidrag eller arbetsskade ersättning. Det är alltså ett mått på samhällets kostnader för sjukförsäringen och säger även något om det komplicerade samspillet mellan människors hälsa och arbetslivets krav. Det är dock inget bra mått på sjukligheten eller rehabiliteringens resultat. Ohälsotalet i Stockholms län har ökat från 32,1 till 32,6 dagar under perioden 1990 till 1993. I tabell 10 har ohälsotalet uppdelats på män och kvinnor för motsvarande år.

Tabell 10. Ohälsotal uppdelat på sjukpenningdagar och förtidspension/sjukbidrag. Dagar per försäkrad i Stockholms län 1990 och 1993. Källa: Stockholms läns allmänna försäkringskassa.

	Män		Kvinnor	
	1990	1993	1990	1993
Sjuktalet	11,7	10,4	15,0	12,3
Förtidspension/sjukbidrag	17,7	20,2	19,8	22,4
Ohälsotal	29,4	30,6	34,8	34,7

Sjuktalet anger motsvarande antal dagar som pengar utbetalats för sjukpenningdelen. Sjuktalets minskning sedan 1990 är ett uttryck för att många med nedsatt hälsa och långa sjukfall har lämnat arbetsmarknaden

till förtidspensioneringar och sjukbidrag. Arbetslöshet och sänkta ersättningsnivåer har tvingat ned sjukfrånvaron även bland dem som är kvar i arbete.

Förtidspensionsdelen i ohälsotalet har sedan länge ökat. Detta var tidigare i första hand uttryck för att nytillskottet av förtidspensionärer var större än utflödet till ålderspension eller dödsfall. Under 1992 och 1993 har det skett en mycket kraftig ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner. Risken att förtidspensioneras har mellan åren 1991 och 1993 ökat från 7,2 till 11,5 per 1.000, dvs med 60%. Bland personer under 50 år har risken ökat med hela 120% (se vidare kapitel 4).

Vi lägger knappast liv till de sjuka åren

Att vi lever längre och att förekomsten av funktionsnedsättning är mindre betyder inte att de sociala konsekvenserna av att vara sjuk minskar. Den aktuella utvecklingen på arbetsmarknaden, inom socialförsäringen och sjukvården innebär allvarliga problem. Risken för förtidspension med läkarintyg ökar i en takt som inte står i relation till sjuklighetens utveckling. Detta talar för att människor med nedsatt hälsa har fått svårare att hålla sig kvar på arbetsmarknaden. Under 1980-talet ökade andelen i arbete från 45% till 54% av dem som uppgav höggradigt nedsatt arbetsförmåga. Det var således en mycket hög andel av människor med svåra funktionsnedsättningar som var i arbete. Detta var i sig ett bra betyg åt svensk arbetsmarknadspolitik. Det var också en viktig förklaring till Sveriges höga sjukfrånvaro under denna period. Under 1990-talet har denna situation radikalt förändrats.

På samma sätt har, som tidigare nämnts, de ökande skillnaderna i hälsa mellan bostadsområden i länet främst varit ett uttryck för att människor med nedsatt hälsa fått allt svårare att konkurrera om de attraktiva bostäderna. De beslutade nedskärningarna i ersättning som skett för långtidssjukskrivna och arbetslösa kommer inte heller att minska de stora skillnader som i dag finns i materiell och social levnadsnivå mellan förtidspensionärer och yrkesverksamma. Ca 50% av förtidspensionerade på grund av psykisk diagnos har t ex liten kontantmarginal jämfört med 2% för högre tjänstemän (tabell 11).

Tabell 11. *Andel i procent bland människor med olika grader av funktionsnedsättning och handikapp: "som inte kan skaffa fram 10.000 kr på en vecka" (A), "som inte varit på semesterresa senaste året" (B) och "som inte kan överklaga myndighets beslut" (C). Sverige 1990 i åldern 16-64 år. Källa: ULF, SCB.*

	A	B	C
Fp* med psykisk diagnos	53	32	57
Fp* med somatisk diagnos	33	47	50
Svårt rörelsehindrade	27	54	50
Astmatiker	16	37	28
Ej facklärd arbetare	20	39	35
Högre tjänstemän	2	13	2

*Fp = Förtidspensionerade i åldern 20 - 44 år

Dessutom innehåller de aktuella förändringarna i sjukvårdens styrsystem få incitament till att ta sig an patienter med sammansatta medicinska och sociala problem. Vare sig ersättningssystemet enligt "Diagnos Related Groups" (DRG) eller husläkarnas ersättningssystem innehåller sådana incitament. Det är därför idag inte alls säkert att sjukvården verkar i riktning mot att kompensera för de ökande skillnaderna i ohälsa som samhällsutvecklingen skapar.

2. DE STORA FOLKSJUKDOMARNA

Dödligheten i kranskärtsjukdomar har minskat med 45% sedan 1980 beroende på minskad sjuklighet och ökad överlevnad. Andelen med psykiska besvär har ökat kraftigt bland den växande gruppen arbetslösa. Antalet självmordsförsök har efter flera års minskning ökat med 25% under 1993. Allergiska besvär fortsätter att öka, medan den tidigare ökningen av värk i rörelseorganen har avstannat.

Vad som är stora folkhälsoproblem beror på vems perspektiv som anläggs. Frågar man människor om vilka *symtom* de har finner man att allergiska besvär, värk i rygg och nacke samt psykisk oro och nervositet är de vanligaste problemen. Alla förekommer de bland minst en tredjedel av befolkningen. Frågar man istället människor om vilka *långvariga sjukdomar* de lider av blir bilden något annorlunda. Allergi och psykiska besvär rapporteras inte så ofta, däremot sjukdomar i rörelseorganen och hjärtkärlsystemet. Dessa tillstånd står för närmare hälften av de långvariga sjukdomarna.

Ur samhällets perspektiv är det i högre grad sjukdomarnas *sociala kostnader* som står i fokus. Världsbanken har i sin World Development Report 1993, "Investing in Health", framhållit att ett av de

främsta hindren för ekonomisk tillväxt i många fattiga länder är arbetskraftens höga sjuklighet och dödlighet.

Väger man ihop antalet förlorade år i för tidig död och nedsatt arbetsförmåga till följd av olika sjukdomar, kan man skapa sig en bild av vilka hälsoproblem som ur ekonomisk synvinkel i första hand bör åtgärdas i olika delar av världen idag. Tabell 12 ger en översiktlig bild av hur det ser ut i OECD-länderna jämfört med världen totalt. Funktionsförmågan vid olika sjukdomar har skattats av experter. Eftersom det är den ekonomiska aspekten av hälsa som mäts väger förlorade år i yrkesverksam ålder mycket tyngre än bland barn och äldre. Hälsopolitiken ges i första hand karaktär av en ekonomisk investering. Folkhälsan är ett medel för ekonomisk tillväxt mera än ett mål i sig. I ett globalt perspektiv är infektionssjukdomar fortfarande dominerande. Tillsammans med skador utgör de nästan 70% av alla förlorade år i funktionsjusterade levnadsår, s k "Disability Adjusted Life Years" (DALY). I OECD-området är hjärtkärlsjukdomar och tumörer dominerande med drygt 45% av de förlorade åren.

Hur investeringarna i hälsa ska fördelas beror dock inte bara på vilka de största sjukdomarna är. De beror även på hur stora effekter olika insatser har. Världsbanken konstaterar att kostnaden för olika förebyggande och behandlande åtgärder kan variera avsevärt från 10 till 100.000 kronor per DALY. Ett relativt begränsat utbud av kostnadseffektiva insatser i u-länderna kan dock minska antalet förlorade år med minst en tredjedel. Exempel är tbc-behandling, vaccineringsprogram, diarré-behandling och åtgärder mot tobaksbruk.

Tabell 12. De största sjukdomsgrupperna räknade som förlorade funktionsjusterade levnadsår DALY's per 1.000 invånare i OECD och i världen enligt Världsbanken 1990. Källa: WDR93.

	OECD	Världen
Infektioner	11,4	118,5
Skador	13,9	30,9
Hjärtkärlsjukdomar	27,4	28,0
Psykiska och neurologiska sjukdomar	17,6	17,6
Tumörer	26,9	15,1
Rörelseorganens sjukdomar	4,9	3,5
Övriga sjukdomar	15,1	45,1
Totalt	117,3	258,6

Även ur ett svenskt landstingsperspektiv är orsakerna till för tidig död samt långvarig sjukdom och funktionsnedsättning viktiga prioriteringskriterier vid resursfördelning. Därtill kommer givetvis kostnader relaterade till vården. I tabell 13 har beräkningar sammanställts som anger antalet förlorade år i för tidig död och nedsatt funktionsförmåga i Stockholms län. Resultaten har ställts mot vårdkostnaderna. Tabellen ger en ögonblicksbild och illustrerar inte de förskjutningar som sker över tid. För hjärtkärlsjukdomar minskar exempelvis antalet förlorade år med ca 2% per år. Vårdkostnaderna för hjärtkärlsjukdom, mätt som antalet vårdtillfällen i somatisk korttidsvård, har efter

en nedgång under hela 1980-talet, under perioden 1991 till 1993 ökat med 18%. Det nya ersättningsystemet kan ha spelat en viktig roll för kostnadsutvecklingen. För rörelseorganen har det under hela 1980-talet skett en betydande ökning av antalet förlorade år i nedsatt funktionsförmåga utan att det då påverkade vårdutnyttjandet. Under 1990-talet har det även för rörelseorganen skett en ökning av antal vårdtillfällen med 15%. Det finns med andra ord ingen självklar koppling mellan förändringar i befolkningens sjukdomsmönster och sjukvårdens satsning på olika hälsoproblem.

Tabell 13. *Förlorade år före 85 års ålder i dödsfall per 100.000 invånare (A), i nedsatt funktionsförmåga per 100.000 invånare (B). (C)=(A) plus (B). Kolumn (D) anger vårdkostnader 1993 i miljarder kronor. Stockholm läns landsting under perioden 1986-1990.*

	A	B	C	D
Hjärtkärlsjukdomar	37,5	22,9	60,4	1,19
Tumörer	32,6	2,0	34,6	0,89
Rörelseorganens sjukdomar	0,5	30,0	30,5	0,63
Psykiska sjukdomar*	13,3	5,2	18,5	3,30
Skador, ej självmord	9,3	4,3	13,6	0,73
Alla diagnoser	121,1	75,4	196,5	11,86*

* Inklusivt självmord. ** Kostnaderna har enbart fördelats på diagnoser inom öppenvård och slutna korttidsvård. "Alla diagnoser" inkluderar därför geriatrik, övriga diagnoser och vissa gemensamma kostnader.

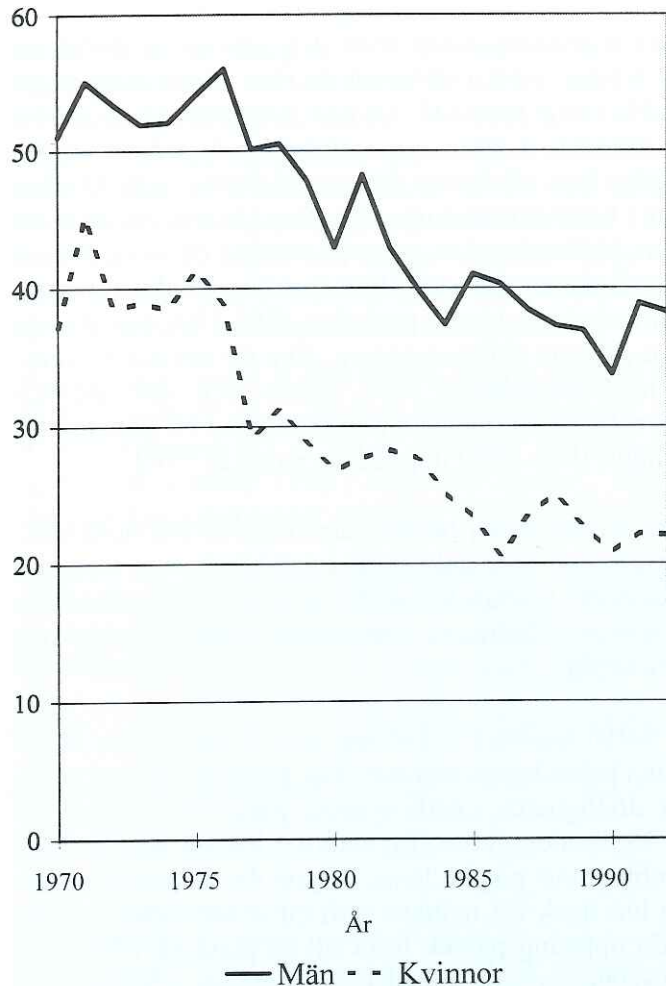
HJÄRTKÄRLSJUKDOMAR

Död i hjärtkärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken. Räknat i antal förlorade år före 85 års ålder utgör de 31% enligt tabell 13. En lika stor andel av de år som går förlorade i långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga kan tillskrivas denna sjukdomsgrupp. Dödligheten i hjärtkärlsjukdomar har bland kvinnorna minskat sedan 1950-talet. För männen skedde en svag ökning av dödligheten fram till 1980 varefter det skett en kraftig minskning. Under perioden 1980-1992 har dödligheten i denna sjukdomsgrupp, före 65 års ålder, minskat med sammanlagt 37%. Hälso- och sjukvårdsplanens mål om en minskad dödlighet med en sjättedel för perioden 1985-2000 uppnåddes redan år 1989.

Hjärtkärlsjukdomar består framförallt av två stora sjukdomsgrupper med delvis olika orsaksmonster. Dessa är sjukdomar i hjärtats kranskärl inklusive hjärtinfarkt och sjukdomar i hjärnans kärl, alltså hjärnblödning och hjärninfarkt.

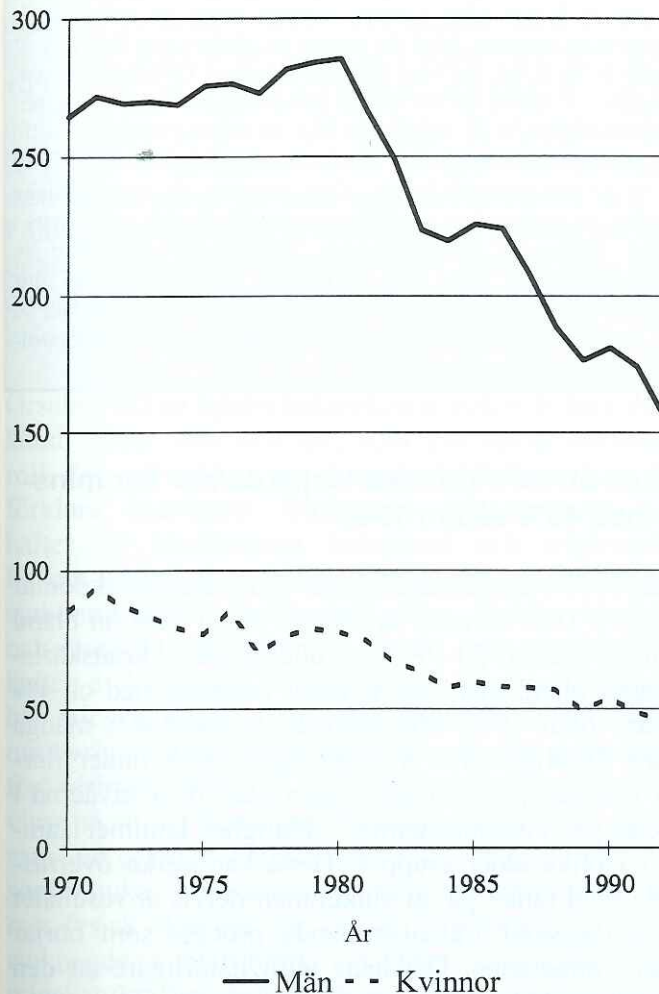
De flesta regioner i Europa och Nordamerika följer samma tidsmässiga mönster. För kvinnor har den minskade dödligheten i båda typerna pågått åtminstone sedan 1950-talet. Även för männen har en minskning i hjärnblödning pågått länge (figur 4). Kranskärlssjukdom har dock för männen haft ett annat förlopp (figur 5). En uppgång pågick fram till en plåtå på 1960- och 1970-talen men nu minskar dödligheten i Västeuropa medan uppgången har fortsatt i Östeuropa.

Döda per 100.000



Figur 4. Dödlighet i sjukdomar i hjärnans kärl 1970-1992. Män och kvinnor i åldern 15-74 år i Stockholms län. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000.

Döda per 100.000



Figur 5. Dödligheten i kranskärslsjukdom 1970-1992. Män och kvinnor i åldern 15-74 år i Stockholms län. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000.

ÅLDERSSTANDARDISERING. Flera figurer och tabeller över dödlighet och sjuklighet i denna rapport anger att siffrorna är åldersstandardiserade. Med det menas att dödsrisken för varje år och kön är uträknat, som om åldersstrukturen i befolkningen var densamma. I själva verket åldras befolkningen vilket i sig påverkar dödstaten. I de flesta fall har vi i likhet med vad som varit praxis i cancerregistret använt befolkningen i riket 1970 som s k standardbefolkning. Det betyder att det faktiska dödstalet ett visst år kan vara lite annorlunda än det som anges i figuren. Bilden av förändringarna påverkades dock inte av åldersutvecklingen, utan ger en korrekt uppskattning av hur risken att avlida eller insjukna i en given ålder förändras. När vi i det följande redovisar ändringar i dödstal gäller det genomgående åldersstandardiserade tal.

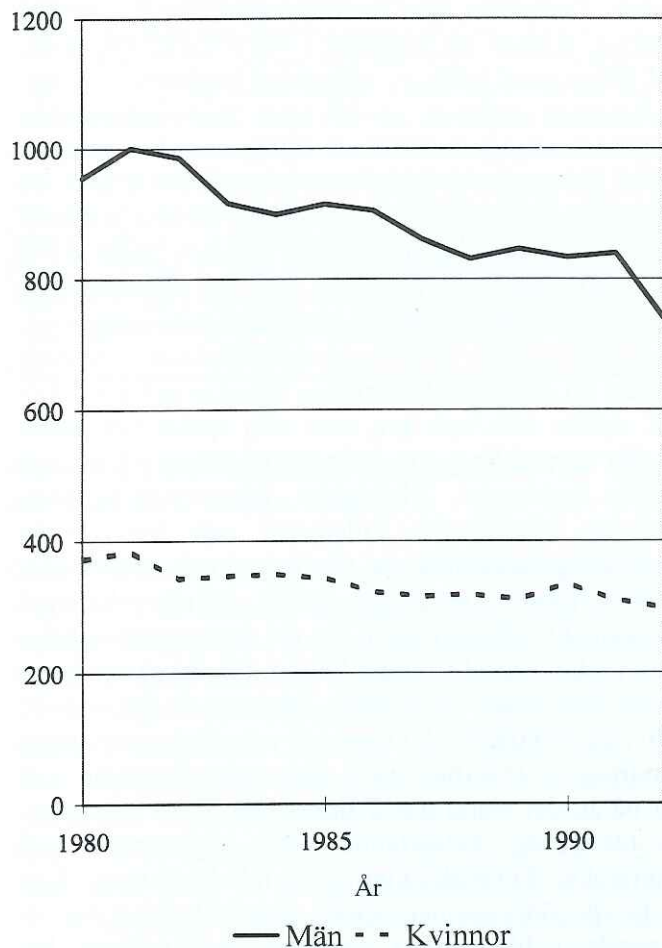
Risken att dö i kranskärslsjukdomar har minskat med 45% sedan 1980

Sedan 1980 minskar dödligheten i kranskärslsjukdomar (figur 5). Den minskar kraftigare bland män än bland kvinnor. Åren 1980-1992 har dödligheten i kranskärslsjukdom bland män och kvinnor minskat med ca 4% per år, totalt 45%. Minskningen är likartad i många länder. Dödligheten i Sverige ligger dock under flertalet nordeuropeiska länder, men klart över nivåerna i Sydeuropa. Förändringarna i dödlighet kommer samtidigt i olika åldersgrupper. Detta kan verka överraskande med tanke på att sjukdomen delvis är resultatet av en långsamt framåtskridande process som börjar redan i ungdomen. Det hade varit naturligare att den minskande dödligheten uppträtt successivt i allt yngre födelseårgångar. Så är alltså inte fallet i Sverige lika litet som i Danmark, Finland och Frankrike där detta har undersökts.

Dödligheten minskar då risken att insjukna har minskat. Dessutom ökar överlevnaden bland dem som insjuknat. Risken att insjukna i hjärtinfarkt kan sedan 1974 följas med hjälp av hjärtinfarktregistret vid epidemiologiska enheten, Nordvästra Sjukvårdsområdet (NVSO). Under åren 1980 till 1992 har risken minskat med ca 2% per år för både män och kvinnor (figur 6). I åldrarna under 65 år är minskningen relativt sett kraftigare. Bland kvinnor rör det sig i åldern under 65 år om få fall. Det finns inget stöd för påståendet att hjärtinfarktrisken ökar bland medelålders kvinnor.

Orsaken till att hjärtinfarktrisken minskar är bara delvis känd. Ålder, kön och arv, som alla spelar betydande roll för utveckling av kranskärslsjukdom, kan inte förklara ändringen. Biologiska faktorer som höga halter av blodfetterna kolesterol och triglycerider liksom koagulationsfaktorn fibrinogen och socker ökar sjukdomsriskerna. Detsamma gäller förhöjt blodtryck och övervikt. Mycket talar för att den genomsnittliga halten av kolesterol i blodet liksom blodtrycksnivåerna har minskat sedan 1970-talet. Däremot är det osäkert om övriga biologiska faktorer har uppvisat gynnsamma förändringar. Tvärtom finns det undersökningar som visar på att det bland medelålders män finns en ogynnlig utveckling beträffande vikt, triglycerider och sockersjuka. Levnadsvanor som tobaksrökning, kost och fysisk aktivitet har också stor betydelse för insjuknande i hjärtinfarkt. Andelen dagligrökare har minskat kraftigt sedan 30 år tillbaka bland männen (figur 17). Minskningen bland kvinnor har varit betydligt mindre. Fettkonsumtionen har minskat något sedan mitten av 1980-talet. Dessa förändringar av levnadsvanorna har varit positiva för hjärtkärlsjukdomar.

Insjuknade per 100.000



Figur 6. Risken att insjukna i akut hjärtinfarkt 1980-1992 i Stockholms län. Åldersstandardiserade incidenstal per 100.000. Källa: Epidemiologiska enheten NVSO.

Arbetsmiljöer präglade av höga krav och litet beslutsutrymme är förbundna med ökade hjärtinfarkttrisker. Dessa arbetsmiljöer har blivit vanligare bland kvinnor. Samtidigt har arbetsmiljöer med stort beslutsutrymme och utvecklingsmöjligheter, som är förbundna med lägre risk för hjärtinfarkt, också blivit vanligare bland både kvinnor och män.

Överlevnaden bland dem som insjuknar i hjärtinfarkt har ökat. För personer under 75 år, som vårdats på medicinklinik för hjärtinfarkt i Stockholms läns landsting, har ettårsöverlevnaden ökat med 20-25% under 1980-talet. Det betyder att den sjunkande hjärtinfarktdödligheten till viss del kan tillskrivas en förbättrad överlevnad på grund av ett bättre medicinskt omhändertagande.

I tidigare folkhälsorapporter har vi beskrivit hur de sociala och yrkesmässiga skillnaderna i kranskärslssjukdom ökat under 1980-talet. Det framgår av tabell 14 att denna tendens har fortsatt in på 1990-talet.

Tabell 14. Antal arbetare och tjänstemän vårdade för hjärtinfarkt 1981 och 1991. Åldersstandardiserade tal per 100.000. Män i åldern 40 - 59 år. Stockholms län.

	Arbetare	Mellan och högre tjänstemän	Kvot arbetare/tjänstemän
1981	354	260	1,36
1991	218	144	1,52

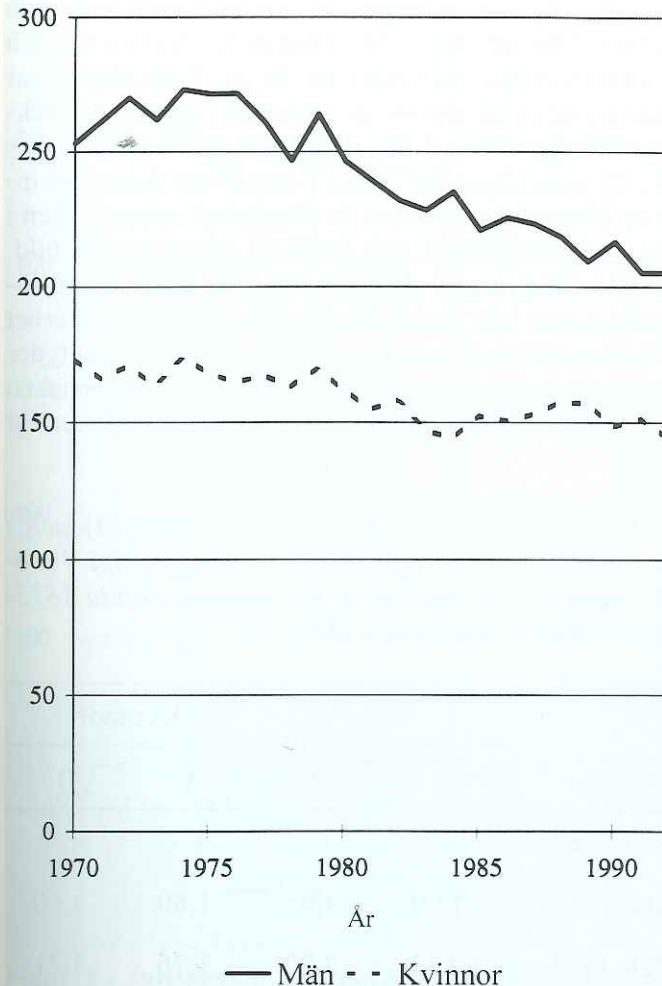
Inom ramen för den epidemiologiska bevakningen av hjärtinfarkt i landstinget pågår en omfattande kartläggning av orsaker till denna utveckling. Vi kommer i nästa Folkhälsorapport att kunna redovisa resultaten av denna analys.

TUMÖRER

Dödsfall i tumörer står för 27% av de år som går förlorade i dödsfall före 85 års ålder. För kvinnorna är andelen hela 34%. Att tumörsjukdomar står för en högre andel av dödligheten före 85 års ålder hos kvinnor jämfört med män orsakas av dödligheten i bröstcancer. Denna cancerform drabbar ofta kvinnor redan i medelåldern. I övrigt drabbar tumörer framför allt äldre. Nästan hälften, 48%, av alla tumörer som diagnostiseras i Stockholms län inträffar i åldern 70 år och äldre. Stockholm har, liksom övriga storstäder, haft en högre cancerförekomst än övriga landet. Denna överrisk har dock minskat från 10% till 3% mellan åren 1970 och 1990.

Liksom när det gäller hjärtkärlsjukdomar gör samhället betydande satsningar på forskning, prevention och behandling av cancer. Sverige har en dödlighet i tumörer som ligger 20% under vad man finner i många andra västeuropeiska länder. Men utvecklingen är inte så positiv som fallet är med hjärtkärlsjukdomarna. Det yttersta kriteriet på effekten av dessa satsningar är hur dödligheten utvecklas. I Stockholms län har det sedan mitten av 1970-talet skett en svag minskning av dödligheten på ca 1% per år. Minskningen är något tydligare bland män än bland kvinnor (figur 7).

Döda per 100.000



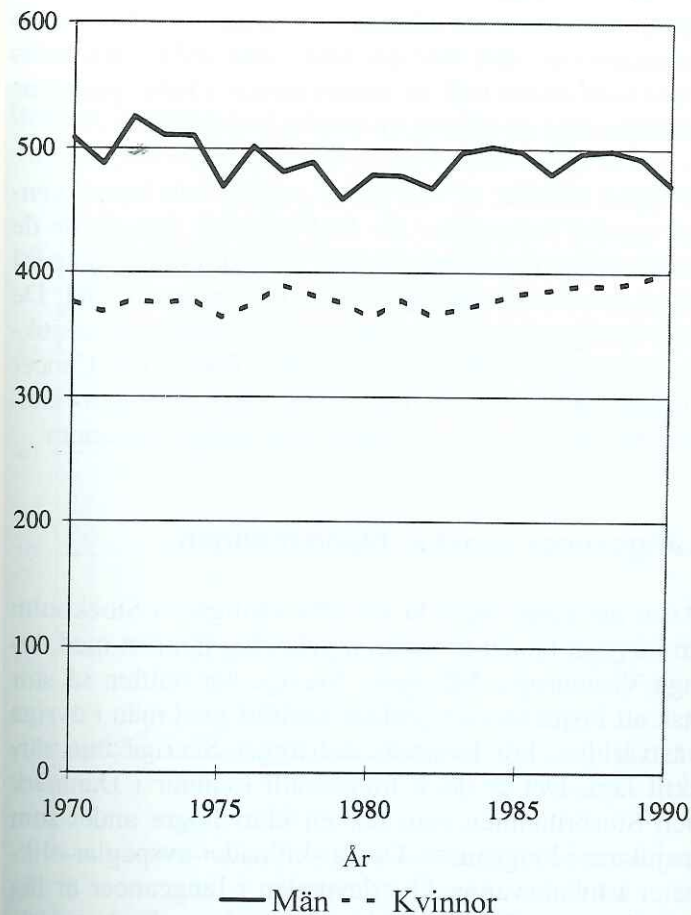
Figur 7. Dödlighet i cancer 1970-1992. Män och kvinnor i åldern 0-84 år i Stockholms län. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000.

Utvecklingen är mycket olika för olika tumörformer. Ett framgångsrikt exempel är cancer bland barn och ungdom. Dödligheten i Mb Hodgkin, leukemier och testikelcancer har halverats på 20 år. Samtidigt visar cancerregistret att risken att insjukna i cancer i Stockholms län har varit i det närmaste oförändrad de senaste 20 åren (figur 8). I riket i övrigt har risken att insjukna ökat med ca 1% per år. Studier på cancerrisken i olika födelseårgångar ger dock en något annan bild. Risken att insjukna i cancer tycks öka med senare födelseår (tabell 15). Även om det finns en viss osäkerhet i siffrorna, då de delvis bygger på skattningar, antyder de att utvecklingen inte är lika stabil som cancerrisken i alla åldersgrupper sammantaget låter antyda enligt figur 8.

Tabell 15. Risk att insjukna i cancer totalt (A) och i icke tobaksrelaterade cancerformer (B) i Sverige 1958-1987. Relativ risk där risken för personer födda 1873-1882=1. Källa: Adami m fl 1993.

Födelseår	Män		Kvinnor	
	A	B	A	B
1873-1882	1	1	1	1
1908-1917	1,90	1,85	1,60	1,60
1928-1937	2,33	2,20	1,76	1,71
1948-1957	2,60	2,46	1,95	1,89

Insjuknade per 100.000



Figur 8. Insjuknade i cancer 1970-1990. Män och kvinnor i Stockholms län i åldern 0-w år. Åldersstandardiserade incidenstal per 100.000. Källa: Onkologiskt centrum, Karolinska sjukhuset.

En aktivare diagnostik bedrivs och därigenom hittas många tumörer som tidigare inte upptäckts. Dessutom diagnosticeras allt fler tumörer, idag 20%, hos individer som redan haft en annan tumör. Detta påverkar siffrorna mot en ökning av antalet insjuknade.

Gruppen tumörer är vad gäller orsaker och konsekvenser mycket heterogen. De fem tumörer som utgör de mest vanliga dödsorsakerna är i nämnd ordning cancer i lunga, prostata, bröst, tjocktarm och bukspottkörtel. De fem vanligaste tumörformer som stockholmare insjuknar i är delvis desamma som orsakar dödsfallen. Cancer i bröstkörtel är den vanligaste cancerformen följt av cancer i prostata, lungor, tjocktarm och malignt melanom.

Lungcancer minskar bland männen

Även om *lungcancer* är ca 20% vanligare i Stockholm än i övriga landet är nivån mycket låg jämfört med övriga Västeuropa. Männen i Sverige har hälften så stor risk att insjukna i lungcancer jämfört med män i övriga västvärlden. För kvinnors del ligger Sverige inte särskilt lågt. Det är dock framförallt kvinnor i Danmark och Storbritannien som har en klart högre andel som insjuknar i lungcancer. Dessa skillnader avspeglar olikheter i tobaksvanor. Överlevnaden i lungcancer är låg och har inte förbättrats de senaste åren. Endast 10% lever 5 år efter att diagnosen har ställts. Dödlighetskurvan följer således insjuknanderisken.

Bland kvinnor har dödligheten i lungcancer ökat. Den är nu dubbelt så hög som för 20 år sedan. För männen har dödligheten i lungcancer stadigt minskat och ligger

nu 30% lägre än i mitten av 1970-talet (figur 9). Det tar över 20 år att utveckla lungcancer hos rökare och lungcancerutvecklingen avspeglar därför tidigare rökvanor.

Döda per 100.000



Figur 9. Dödlighet i lungcancer. Män och kvinnor i åldern 0-84 år i Stockholms län 1970-1992. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000.

Prostatacancer är vanlig och antalet diagnosticerade fall har ökat med ca 1% per år sedan 1970. Antalet diagnosticerade fall är starkt beroende av med vilken intensitet som det diagnostiska arbetet bedrivs. Prostatacancer kan utvecklas långsamt och behöver inte alltid ge symtom. 87% av fallen upptäcks bland män över 64 år.

Magsäckscancer, som tidigare var en av de vanligaste cancerformerna, har minskat stadigt sedan 1950-talet med ett par procent per år. Dödligheten är nu 40% av vad den var 1970. Denna minskning ses i hela Västeuropa. Sverige har från början haft en relativt låg nivå jämfört med övriga länder. Nedgången har ställts i samband med att kosten i högre utsträckning innehåller färsk grönsaker och i mindre grad starkt saltade och rökta produkter. Överlevnaden har också förbättrats något. En fortsatt minskning av denna sjukdom är att förvänta.

Tjocktarmscancer har haft en ganska oförändrat insjuknande och dödlighet under 1980-talet. Sannolikt spelar kostens innehåll av animaliskt fett samt stillasittande arbete en roll för förekomsten av denna cancerform. Nivån i Sverige är högre än i Sydeuropa men lägre än i Norge och Danmark.

Flera bröstcancerfall hittas med mammografi

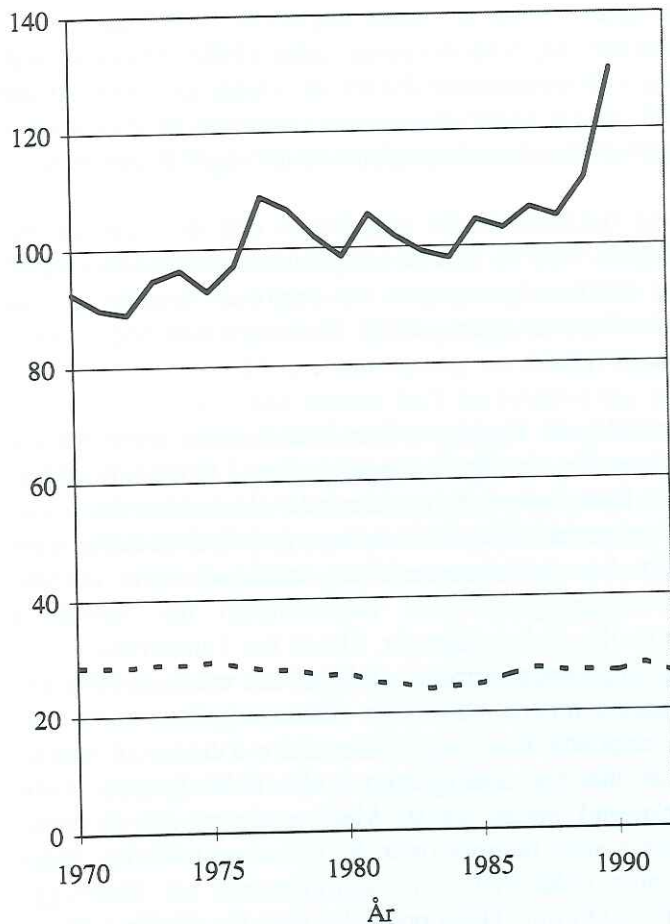
Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Bröstcancerförekomsten är ganska lika i olika länder och ökar i större delen av Europa liksom Sverige. I

Stockholm har ökningen av såväl insjuknande som dödlighet stannat av under början av 1980-talet. Emellertid har insjuknanderisken under 1988-1990 ökat med 50% i åldersgruppen 50-69 år. Detta är sannolikt en följd av en ökad diagnostisk aktivitet genom främst regelbundna mammografiundersökningar (figur 10).

Vissa riskfaktorer för sjukdomen och dess utveckling är kända. Risken ökar med antalet menstruationscykler som kvinnan genomgått. Ju yngre en kvinna är vid första förlossningen och ju flera barn hon föder desto lägre är risken.

Den tidigare ökningen kan bland annat bero på att kvinnor får sin första menstruation i allt yngre ålder, föder färre barn och i senare ålder. Det råder dock stor osäkerhet om vilka faktorer som är betydelsefulla. Sannolikt har bröstcancerisken samband med kosten. Screeningprogram med mammografi har funnits i Stockholm sedan några år. Dessa har i undersökningar visat sig kunna minska dödligheten med ca 30% för kvinnor i åldern 50-69 år. Samma goda resultat har inte uppnåtts hos yngre eller äldre kvinnor. I Stockholms län har dödligheten i alla åldersgrupper varit oförändrad sedan 1970. Med tanke på att de riskfaktorer som nämnts ovan är svåra att påverka, råder det stor osäkerhet om möjligheterna att förebygga denna sjukdom. Hälsopolitiska mål får därför i första hand knytas till överlevnaden. Den kan som nämnts i någon mån påverkas med mammografiscreening.

Per 100.000



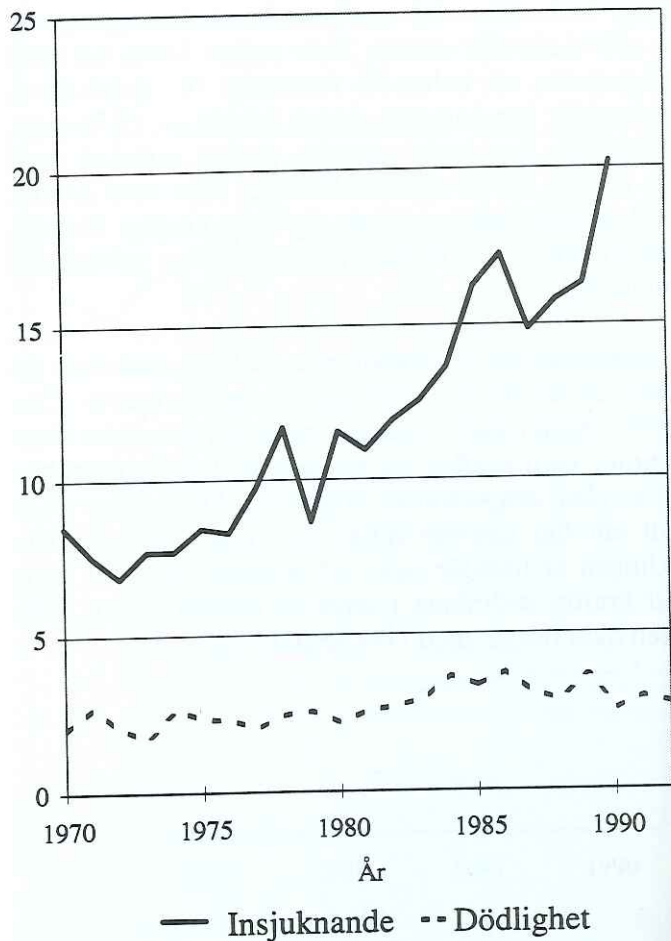
— Insjuknande - - - Dödlighet

Figur 10. Insjuknande och dödlighet i bröstcancer. Stockholms län 1970-1992. Åldersstandardiserade incidens- och dödstal per 100.000.

Risken att insjukna i *livmodershalscancer* har minskat kraftigt tack vare det omfattande screeningprogram som påbörjades för nästan 25 år sedan. Detta har ökat möjligheterna att behandla förstadier till sjukdomen. Insjuknandet har halverats sedan början av 1970-talet. Dödligheten har under samma period minskat med 60%. Risken för livmoderhalscancer ökar med antalet sexualpartners och har visat sig vara kraftigt förhöjd bland kvinnor med human papillom virus infektion i livmoderhalsen.

De pigmenterade hudtumörerna *maligt melanom* är numera en av de fem vanligaste tumörformerna. Ökningen i insjuknande i maligt melanom har under flera decennier varit kraftig, ca 5% per år. Dödligheten har ökat mycket långsammare (figur 11). Detta beror bl a på att allt fler tumörer hittas som inte spritt sig. Utvecklingen är lika för män och kvinnor. Särskilt upprepad kraftig solbränna i unga år medför högre risk. Risken ökar också med UV-bestrålning.

Per 100.000



Figur 11. *Insjuknande och dödlighet i pigmenterad hudcancer, malignt melanom. Stockholms län 1970-1992. Åldersstandardiserade incidens- och dödstal per 100.000.*

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

Som framgår av tabell 13 är sjukdomar och besvär från rörelseorganen den vanligaste orsaken till långvarig funktionsnedsättning. I Folkhälsorapport 1991 redovisades en kraftig ökning, framförallt av värk i nacke och skuldror, bland kvinnor under 1980-talet. Denna ökning tycks ha avstannat men fortfarande är symptomen mycket vanliga (tabell 16).

Tabell 16. *Andel i procent för män och kvinnor i åldern 20-64 år som flera gånger i veckan haft värk i nacke, skuldror eller rygg det senaste året. Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäterna 1990 och 1994.*

	Män		Kvinnor	
	1990	1994	1990	1994
Nacke, övre rygg	8,7	8,0	18,3	16,6
Axlar, armar	9,6	10,7	17,0	16,9
Ländrygg	11,5	10,6	12,9	13,5

1990-talets första år har präglats av en kraftig minskning av sysselsättningen bland såväl arbetare som tjänstemän. Detta gäller inte minst den typ av jobb inom verkstadsindustrin där värtillstånd är mycket vanliga. Man kan därför fråga sig om trendbrottet är ett resultat av att jobben som var förknippade med värtillstånd har minskat. Det finns dock lite som talar för att de ergonomiska och psykosociala kraven i arbetslivet har minskat under senare år. Snarare har ar-

betsbelastningen varit ganska hög bland dem som fortfarande har ett arbete. Enligt Folkhälsoenkäten har andelen av befolkningen i åldern 20-64 år som icke förvärvsarbetar ökat från 7% till 18% mellan 1990 till 1994. Bland dem som förvärvsarbetar har andelen med värk varit svagt minskande. Bland icke förvärvsarbetande har värk minskat kraftigt och närmast sig nivån bland yrkesverksamma. Det kan bero på att många utan värk har lämnat arbetsmarknaden på grund av arbetslöshet. Det kan också bero på att besvären minskar när man lämnat de påfrestande arbetsmiljöerna (se vidare kapitel 4).

Orsakerna till dessa sjukdomar är komplexa och ofullständigt kända. En kombination av ergonomiska och psykosociala förhållanden tycks vara avgörande. Det finns i varje fall mycket stora sociala och yrkesmässiga skillnader i förekomsten av värtillstånd i rörelseorganen.

Inte förvånande är förekomst av olämpliga och vridna arbetsställningar förknippade med värk i nacke och skuldror (tabell 17). Även aktuella och tidigare ekonomiska svårigheter visar samband med värk. Detta är sannolikt ett uttryck för att mera ospecifika sociala belastningar kan ha betydelse. Även om varje faktor enligt tabell 17 har måttlig betydelse blir kombinationen av flera faktorer exempelvis ergonomiska och psykosociala arbetsförhållanden av stor betydelse.

Tabell 17. *Relativ risk för att få värk i nacke och skuldror. Stockholms län. I åldern 20-64 år. Köns- och åldersstandardiserat. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

	Relativ risk
Ekonomiska svårigheter under uppväxten	1,7*
Upprepade vridna och böjda arbetsställningar	1,7*
Olämpliga arbetsställningar	1,6*
Tunga lyft	1,4*
Höga krav och låg kontroll	1,2
Krävande hemarbete	1,1
Saknar kontantmarginal	1,5*

* anger att sambandet är signifikant $P < 5\%$.

RELATIV RISK. I tabellerna 15, 17, 19, 29, 32 och 45 har relativa risker beräknats. Den uttrycker hur många gånger större risken är att drabbas av något bland de som är utsatta för en risk jämfört med de som inte är utsatta för samma risk. Korrigeringar har gjorts så att inverkan av övriga förhållanden tagits bort.

I tabell 18 nedan redovisas förekomsten av värk i nacke och skuldror i arbeten präglade av olika kombinationer av ergonomiska och psykosociala påfrestningar. En arbetssituation med höga krav, litet beslutsutrymme och samtidigt olämpliga arbetsställningar har två till fyra gånger så hög risk för värk som de arbeten som är bättre i dessa avseenden.

Tabell 18. *Andel män och kvinnor i procent med värk varje vecka i nacke, skuldror eller armar i olika arbetsmiljöer i åldern 20-64 år. Stockholms län. Utan olämpliga arbetsställningar (A) och med olämpliga arbetsställningar (B). Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

	Män		Kvinnor	
	A	B	A	B
Låga krav, hög kontroll	7	16	15	23
Höga krav, låg kontroll	13	26	22	28

En av de mera påtagliga förändringarna i levnadsvillkoren i Sverige under 1980-talet var att allt fler kvinnor upplever sig ha psykosocialt och ergonomiskt påfrestande arbetsmiljö. Detta gäller framförallt om hänsyn tas till förhållandena både i förvärvsarbete och i hemarbete (se vidare kapitel 4).

PSYKISK OHÄLSA

Allvarliga psykiska sjukdomar förekommer bland ca 2% av befolkningen. En tredjedel av dessa har schizofreni. Risken att insjukna i schizofreni är anmärkningsvärt konstant över tid och i olika länder och är cirka 1 per 100.000. Denna typ av sjukdom är mycket vårdkrävande och har mycket allvarliga sociala konsekvenser för individen. Det finns knappast någon grupp i det svenska samhället som lever med så små materiella och sociala resurser som människor med kroniska psykiska handikapp.

Drygt 10% av befolkningen lider av oro, ångest eller nedstämdhet. Sömnbesvär förekommer ännu oftare. I många fall handlar det om kortvariga reaktioner på livets olika svårigheter och kriser. I andra fall handlar det om långvariga socialt invalidiserande tillstånd med svår ångest eller depression. Bland de gamla finns ofta förbisedda psykiska symtom. En studie bland 90-åringar på Kungsholmen har visat att 20% lider av sömnlöshet och livsleda medan 10% lider av djup depression.

Människor med psykiska besvär lämnar arbetsmarknaden

I Folkhälsoenkäterna 1990 och 1994 har psykiskt välbefinnande mätts med ett speciellt testat frågeformulär, "General Health Questionnaire". Detta mäter inte psykisk sjukdom eller personlighetsavvikelse, utan i första hand psykiska reaktioner på aktuella yttre sociala påfrestningar i livet. Totalt sett har andelen i befolkningen som har nedsatt psykiskt välbefinnande inte förändrats. Det har dock skett stora förskjutningar mellan förvärvsarbetande och icke förvärvsarbetande. Arbetsmarknaden håller på att göra sig av med människor med nedsatt psykisk hälsa. Bland människor i yrkesverksam ålder som har nedsatt psykiskt välbefinnande är det nu 33% som befinner sig utanför arbetsmarknaden jämfört med 10% för fyra år sedan. Bland människor som blir arbetslösa får dessutom flera ökade psykiska besvär (se vidare kapitel 4).

Starkt samband med arbetssituation och känsla av sammanhang

Det finns idag mycket starka samband mellan nedsatt psykiskt välbefinnande och levnadsvillkor i Stockholm. I tabell 19 nedan redovisas andelen som har nedsatt psykiskt välbefinnande bland människor utsatta för olika typer av sociala påfrestningar.

Människor som växt upp i familjer med svåra slitningar och konflikter har nedsatt psykiskt välbefinnande. Det samma gäller dem som saknar människor i sin omgivning som kan ge stöd vid personliga problem och kriser i livet. Även arbetslöshet och litet ekonomiskt utrymme är starkt relaterat till psykiska besvär. Ett krävande omsorgsarbete i hemmet kan också vara förknippat med nedsatt psykiskt välbefinnande.

Vad som är orsak och verkan är svårt att uttala sig om. Sambandet mellan psykisk ohälsa och dålig ekonomi kan tolkas som att psykiska besvär är en orsak till dålig ekonomi. Det skulle också kunna tolkas som att dålig ekonomi kan vara orsak till psykisk ohälsa. Båda sambanden är troliga.

Psykiatern Johan Cullberg har undersökt förutsättningar för psykisk hälsa. Tillgång till en meningsfull sysselsättning, socialt nätverk och stöd samt känsla av sammanhang är viktiga sådana. Tabell 19 ger stöd åt denna tes.

Den israeliske sociologen Antonowsky har visat betydelsen av en känsla av sammanhang för välbefinnande.

det. I Folkhälsoenkäten 1994 ställdes frågor från en förkortad version av Antonowskys instrument för att mäta känsla av sammanhang (KASAM).

Tabell 19. *Andel i procent med nedsatt psykiskt välbefinnande (A) och relativ risk för psykiska besvär bland människor utsatta för olika sociala påfrestningar. Stockholms län. Ålder 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

	A	Relativ risk	
		Män	Kvinnor
Svåra slitningar i uppväxtfamilj	28,2	2,2*	1,4
Utlandsfödd	23,0	1,2	1,1
Ensamboende	21,8	1,3	1,4*
Saknar socialt stöd	39,1	2,0*	2,1*
Höga krav, låg kontroll i arbetet	22,0	1,6*	1,5*
Kan ej utvecklas i arbetet	23,5	1,5	1,7*
Krävande hemarbete	25,9	2,3*	1,9*
Arbetslös	32,7	2,9*	3,0*
Saknar kontantmarginal	31,2	1,7*	1,3
Saknar känsla av sammanhang	39,6	2,8*	3,3*

*anger signifikant samband. $P < 5\%$.

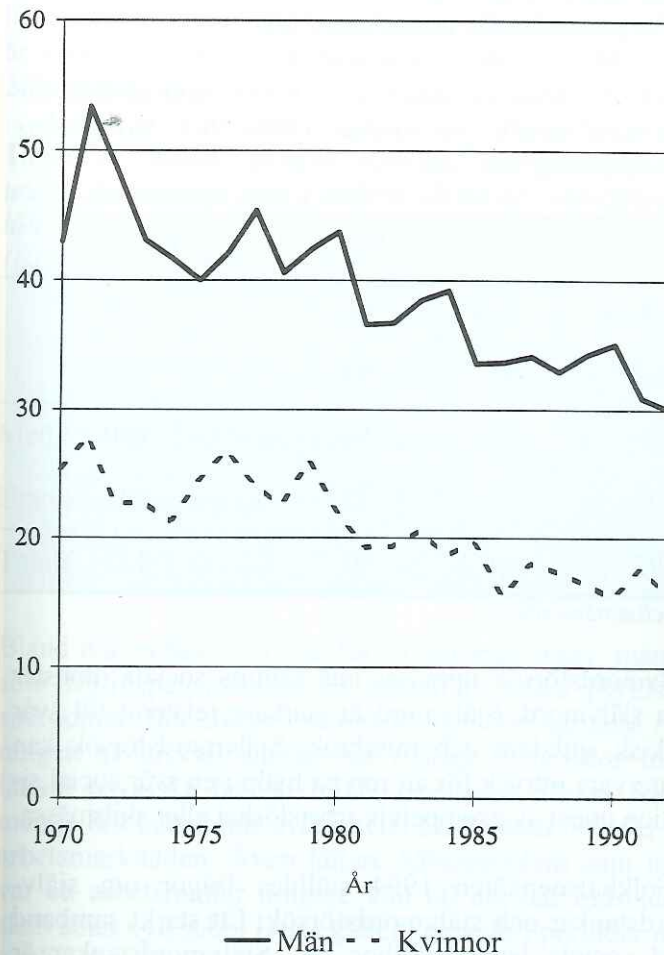
Fler gör självmordsförsök



Efter en uppgång under 1950- och 1960-talen har antalet självmord långsamt sjunkit med ca 2% per år. Under åren 1970-1992 har risken för självmord minskat med en tredjedel, från 37 per 100.000 år 1972 till 24 per 100.000 år 1992 (figur 12). Utvecklingen är likartad för män och kvinnor och för olika åldersgrupper. Det är framförallt självmord genom läkemedelsförgiftning som har minskat från 19 till 9 per 100.000 invånare. Mindre giftiga läkemedel och ökad restriktivitet vid förskrivning har sannolikt spelat en viktig roll. En annan betydelsefull förändring har varit den minskande alkoholförsäljningen i länet. Försäljningen var 1992 ca 20% lägre än 1970.

Självmordens utveckling sätts ofta i samband med olika samhällsförändringar. Det finns studier som talar för ett samband mellan arbetslöshet och självmord. Effekten av den ökande arbetslösheten kan sannolikt inte ses ännu på självmordstalen, då självmordsstatistiken inte sträcker sig längre än till 1992. Arbetslösheten ökade kraftigt först detta år. De allvarliga effekterna bland dem som varit arbetslösa kommer först efter ett eller två år dvs under 1993 och 1994.

Döda per 100.000



Figur 12. *Självmord, inklusive osäkra, 1970-1992 för män och kvinnor i Stockholms län. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000.*

Från slutenvårdsregistreringen kan dock konstateras att antalet självmordsförsök ökat med 25% under 1993 efter flera års vikande trend (tabell 20).

Tabell 20. Antal personer per 100.000 som vårdats för självmordsförsök på sjukhus 1986-1993. Stockholms läns landsting.

	Män	Kvinnor
1986	96	136
1988	94	132
1990	90	110
1992	72	107
1993*	92	132

* preliminära siffror

Självmordsförsök uppvisar inte samma sociala mönster som självmord. Självmord är starkare relaterat till svår psykisk sjukdom och missbruk. Självmordsförsök kan oftare vara uttryck för ett rop på hjälp i en svår social situation utlöst av exempelvis arbetslöshet eller skilsmässa.

I Folkhälsoenkäten 1994 ställdes frågor om självmordstankar och självmordsförsök. Ett starkt samband med sociala levnadsvillkor ses. Självmordstankar är vanligare bland människor som står utanför arbetsmarknaden. 8% av befolkningen i åldern 20-64 år har haft självmordstankar senaste året, medan 0,3% rapporterar självmordsförsök under samma period. Bland

människor som är arbetslösa är det 13% som haft tankar på att ta sitt liv det senaste året. Om de dessutom har dålig ekonomi eller har haft konfliktfylld uppväxt är andelen med självmordstankar i åldern 20-44 år ca 25% (tabell 21).

Tabell 21. Andel i procent som haft självmordstankar under det senaste året i åldern 20-64 år. Stockholms län. Bland personer i arbete (A) respektive ej i arbete (B). Källa: Folkhälsoenkäten 1994.

	20-44 år		45-64 år	
	A	B	A	B
Med konfliktfylld barndom	13	26	15	22
Utan kontantmarginal	15	23	10	13
Totalt	8	15	6	9

Bland människor som inte förvärsarbetar finns många som förtidspensionerats på grund av svåra psykiska sjukdomar. Inte minst i samband med den aktuella ökningen av arbetslösheten har många människor med lättare psykiska besvär blivit arbetslösa. Dessa har i många fall betydande svårigheter att komma tillbaka på arbetsmarknaden. Även lättare hälsoproblem som inte var ett arbetshinder tidigare kan bli det när individen skall söka nytt jobb. Detta gäller speciellt i perioder när konkurrensen om jobben är hård och arbetsgivarnas kostnader för sjukfrånvaro har ökat. På detta sätt utsorteras en relativt sårbar grupp till en långvarig arbetslöshet. Sannolikt utvecklas det i denna grupp en ökad risk för självmordsbeteende.

OLYCKSFALLSSKADOR

Inte så få trafikdödsfall sedan 1950-talet

Dödsfall i skador omfattar oavsiktliga skador (olycksfall) och avsiktliga skador (själv-mord och mord). Självmorden, som är den vanligaste typen, utgör hälften av alla våldsamma dödsfall. Liksom självmord har dödsfall i olyckor minskat de senaste åren medan antalet mord har varit konstant.

Dödligheten i trafikolyckor minskade i samband med oljekrisen i början på 1970-talet (figur 13). Med trafikökningen i slutet på 1980-talet skedde en tillfällig ökning, men 1992 var siffran åter nära den nivå som rådde 1984. Enligt polisens statistik skedde ytterligare en kraftig minskning av trafikdödsfallen 1993 och 1994. Dagens siffra är den lägsta som uppmätts i Stockholms län sedan 1950-talet. Dödligheten i trafikskador är ca 20% lägre i länet jämfört med riket.

Dödligheten i andra olycksfallsskador visar ingen lika klar trend (figur 14). En stor grupp bland dessa dödsfall är fallolyckorna. Det rör sig mest om äldre människor enligt tabell 22. Skadan som uppkommer i samband med fall kompliceras ofta av infektioner och andra sjukdomar. Dödligheten i fallolyckor har varit oförändrad det senaste decenniet.

Totalt avled knappt 800 personer i skador 1992. Över hälften var självmord eller mord. Av de 374 personer

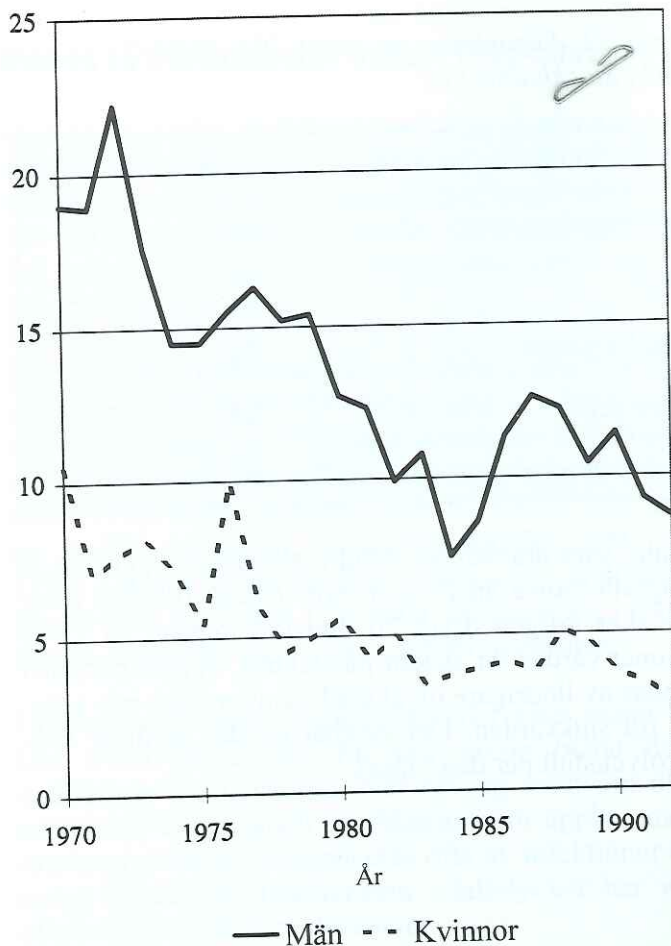
som avled i rena olycksfall var nästan hälften över 64 år (tabell 22).

Tabell 22. *Fördelning av totalt 791 dödsfall i skador 1992 i Stockholms län.*

	0-14 år	15-64 år	65-84 år
Själv-mord	2	298	86
Mord	4	25	2
Trafikolyckor	5	71	16
Fallolyckor	0	25	101
Övriga skador	6	92	58

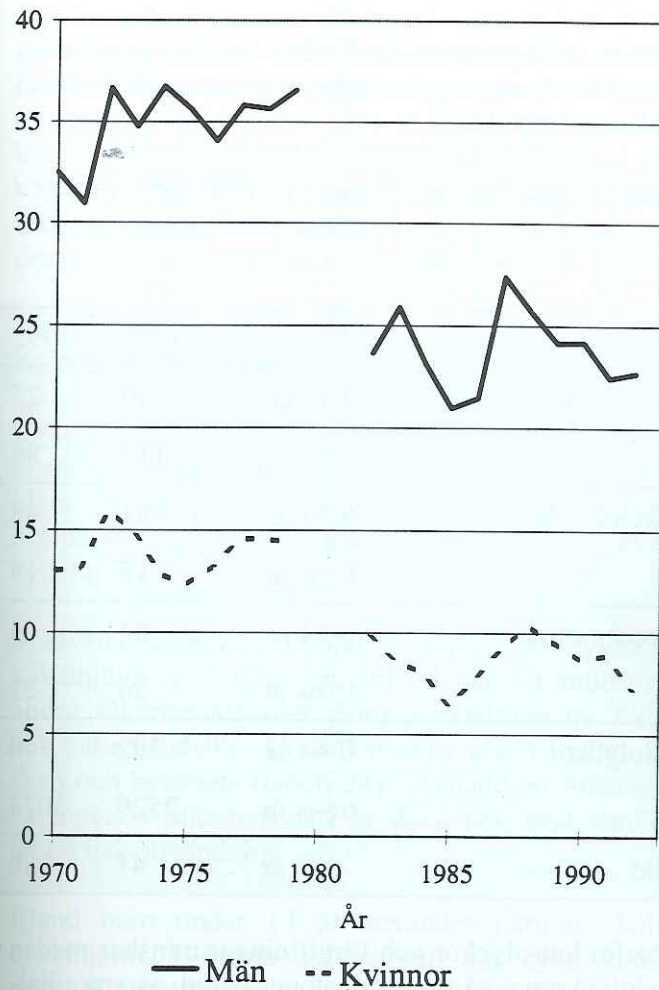
Antalet som drabbas av mindre allvarliga olycksfall är mångfallt större än de som dör. Bland 100.000 invånare sker årligen drygt 20 dödsfall, medan ca 1.000 personer vårdas för skador på sjukhus. 10.000 personer drabbas av lindrigare olycksfall varav många inte kommer till sjukvården. Det innebär att det inträffar 300-400 olycksfall per dag i länet.

Döda per 100.000



Figur 13. Trafikdödsfall 1970-1992. Män och kvinnor i åldern 0-84 år i Stockholms län. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000.

Döda per 100.000



Figur 14. Dödliga olycksfall, utom trafikdödsfall, 1970-1992. Män och kvinnor i åldern 0-84 år i Stockholms län. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000. 1980-1982 ändrades dödsorsakskodningen. Detta har medfört att färre dödsfall klassificerar i denna grupp.

Sjukhusvårdade skador minskar

Inte bara dödligheten i skador har fortsatt att minska. Detta gäller även antalet individer som sjukhusvårdas pga skador (tabell 23).

Tabell 23. *Antal personer per 100.000 som vårdats i slutenvård för vissa skadetyper. Stockholms läns landsting 1988 och 1992.*

		1988	1992
Motorfordonsolyckor	0-14 år	40	25
	15-w år	117	86
Cykelolyckor	0-14 år	61	48
	15-w år	15	19
Förgiftningar	0-14 år	81	54
	15-w år	26	22
Fallolyckor	0-64 år	392	340
	65-w år	2529	3024
Våld	0-w år	41	40

Motorfordonsolyckor och förgiftningar minskar medan cykelolyckorna ökar, åtminstone bland vuxna. Fallolyckorna minskar bland personer under 65 år, medan de ökar bland de äldre. Det senare beror till stor del på att allt fler blir mycket gamla.

De sjukhusregistrerade våldsskadorna har inte ökat. Det finns dock ett stort mörkertal i sjukvårdens statistik på detta område. Vårdpersonalen har svårt att känna igen våldsskador. Av polisens statistik över anmälda misshandelsbrott gäller 38% kvinnor, medan andelen kvinnor bland de misshandelsfall som upptäcks i slutenvård är 20%. Detta kan bero på att sjukvården mörkertal är större för våldsskador bland kvinnor eller att våldet mot män har en annan karaktär.

Kunskap räcker inte!

Cykelolyckor är en ganska vanlig och ofta allvarlig skadetyper bland barn. Cykelskador är särskilt vanligt bland pojkar i åldrarna 7-9 år och 13-15 år. Därför har det på senare år satsats mycket på att få barn att bära cykelhjälm.

Medvetenheten om att det är farligt att cykla utan cykelhjälm är väl utbredd bland barn. I motsats till andra säkerhetsåtgärder, som användning av flytväst och säkerhetsbälte, är det ett stort glapp mellan kunskap och beteende (tabell 24). Påstådd användning av exempelvis säkerhetsbälte är dock betydligt vanligare än faktisk användning.

Bland barn under 14 år använder närmare hälften cykelhjälm. I denna åldersgrupp har cykelskadorna minskat. Användning av hjälm minskar dock med åldern. Skadorna ökar också bland ungdomar och vuxna.

Tabell 24. *Andel i procent bland barn i årskurs 5 och 9 som anser att avsaknad av vissa säkerhetsbeteenden är farligt och som ändå underlåter dem. Stockholms län 1993. Källa: Skadepreventiva enheten.*

	Årskurs 5	Årskurs 9
Anser att det är farligt att vara på sjön utan flytväst	89	76
Använder flytväst på sjön	79	65
Anser att det är farligt att inte använda bilbälte fram	94	86
Använder bilbälte fram	92	87
Anser att det är farligt att cykla utan hjälm	77	37
Använder cykelhjälm	49	3

ALLERGI

Flera undersökningar talar för att förekomsten av allergi har ökat i den svenska befolkningen under 1970- och 1980-talen. I 1991 års Folkhälsorapport redovisades mycket höga siffror på förekomsten av allergi och överkänslighet. Utvecklingen visar tyvärr inga tecken på att vända (tabell 25).

Tabell 25. *Andel i procent med olika typer av allergiska besvär och överkänslighet de senaste tolv månaderna i åldern 20-64 år. Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäterna 1990 och 1993/1994.*

	Lätta och svåra besvär		Svåra besvär	
	1990	1993/94	1990	1993/94
Hösnuva	22,8	29,4	3,4	4,1
Astma	5,4	7,0	0,3	0,6
Eksem eller utslag	26,3	26,6	2,1	1,6
Annan allergi eller överkänslighet	25,8	27,0	1,9	1,9
Någon typ av besvär	49,7	54,1	6,5	6,6

Våren 1993 var besvärlig för pollenallergiker. Detta kan ha bidragit till den kraftiga ökningen av hösnuva och astma. De som svarat på frågorna i Folkhälsoenkäten våren 1994 har dock inte lägre siffror än de som svarat hösten 1993.

Allergiska sjukdomar och deras orsaker har behandlats utförligt i landstingets Miljö-Hälsorapport 1994. Där redovisas en studie av astma och allergisk luftrörskatarr bland barn.

- Kvalster förekommer i 10-20% av länets bostadsbestånd. 3.000 till 4.000 barn är idag allergiska mot kvalster ofta med astma som sjukdomsbild.
- Pälsdjur förekommer i 30% av alla hushåll. 10-15% av alla skolbarn i årskurs 7-9 har pälsdjursallergi.
- Hälften av befolkningen är utsatt för andras tobaksrök. Totalt 2.000 förskolebarn har idag luftrörskatarr eller astma till följd av föräldrarnas tobaksrökning.

Tabell 26 illustrerar att möjligheterna att förebygga dessa besvär är stora.

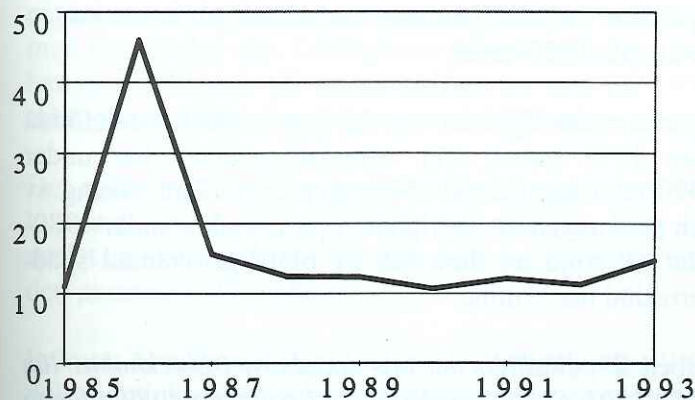
Tabell 26. *Andel i procent av astma eller allvarlig luftrörskatarr bland barn i åldern 0-4 år som kan tillskrivas olika riskfaktorer. Stockholms län 1992. Källa: Stockholms läns Miljö-Hälsorapport 1994.*

	%
Föräldrars rökning	27
Mer än fem övre luftvägsinfektioner de första 18 månaderna	22
Amning mindre än 3 månader	16
Allergi hos föräldrar	16
Husdjur	10

HIV/AIDS

De första fallen av HIV/AIDS upptäcktes i början av 1980-talet. Antalet nyupptäckta fall ökade snabbt fram till 1986 (figur 15).

Fall per 100.000



Figur 15. *Antalet nyupptäckta fall av HIV i Stockholms län 1985-1993. Källa: Miljömedicinska enheten.*

Därefter har antalet nya fall av HIV legat ganska konstant runt 200 per år i Stockholms län. Då det tar några år innan infektionen utvecklas till sjukdomsbilden AIDS har antalet nya AIDS-fall ökat successivt sedan mitten av 1980-talet.

Bland de nyanmälda HIV-fallen har andelen utländska medborgare ökat från 19% till 60% mellan åren 1988 och 1993. De utländska fallen tillhör oftast den heterosexuella gruppen och har smittats innan de kom till

Sverige. Andelen fall som är heterosexuellt smittade ökade i motsvarande takt. Andelen infekterade kvinnor per år bland nya HIV-fall ökade till 35% på dessa fem år. Endast 8% av fallen 1993 var intravenösa missbrukare.

SPÄDBARNSDÖDLIGHET

Spädbarnsdödligheten fortsätter att minska även på 1990-talet

Spädbarnsdödligheten var 5,2 per 1.000 levandefödda barn 1993 (tabell 27). Minskningstakten har under 1990-talet återgått till 1970-talets nivå. Den ökning av den postneonatala dödligheten som skedde under 1980-talet till följd av flera fall av plötsligt oväntad spädbarnsdöd har brutits.

Tabell 27. *Dödligheten hos spädbarn i Stockholms län 1970-1993. Spädbarnsdödlighet totalt=antal döda första levnadsåret per 1.000 levandefödda (A). Perinatalt döda=dödfödda och döda dygn 1-7 per 1.000 levande- och dödfödda (B). Neonatalt döda=döda de första 28 dygnen per 1.000 levandefödda (C). Postneonatalt döda=döda dygn 29-365 per 1.000 levande födda (D)*

	A	B	C	D
1970	10,5	15,3	8,3	2,2
1980	7,1	9,3	5,1	2,0
1990	6,3	6,1	3,7	2,6
1993	5,2	5,9	3,3	2,0

Ökad överlevnad för lågviktiga barn

Låg födelsevikt innebär en vikt vid förlossningen på under 2.500 gram. I Sverige rör det sig oftast om barn som föds för tidigt. I stora delar av världen är låg födelsevikt ett uttryck för att barnen är undernärda under fosterlivet. Andelen lågviktiga barn har sedan 1970-talet legat konstant på drygt 4% i Sverige. Den perinatala dödligheten är mångfalt förhöjd bland barn med låg födelsevikt. Dödligheten bland lågviktiga barn har dock minskat till under hälften av den på 1970-talet. Minskningen har fortsatt in på 1990-talet.

Det råder ingen tvekan om att utvecklingen inom förlossningsvården liksom vården av nyfödda barn har spelat en avgörande roll för minskningen av framförallt den perinatala dödligheten.

Främsta orsaken till låg födelsevikt i förhållande till födelsetidpunkten är tobaksrökning under graviditeten. Tobaksrökning ökar dessutom risken för sen abort, för tidig förlossning samt dödsfall i spädbarnsåldern inklusive plötsligt oväntad spädbarnsdöd. Med tanke på detta och med tanke på vad som sagts ovan beträffande allergi och passiv rökning är det allvarligt att unga kvinnor i fertil ålder är den grupp som idag röker mest i Stockholm.

3. LIVSSTIL OCH HÄLSOVANOR

Livsstilen är uttryck för hur människor tolkar sina sociala villkor och uttrycker identitet liksom social tillhörighet. Hälsovanorna är en del av livsstilen. De visar ett allt starkare samband med arbetslöshet, ekonomiska svårigheter och familjereationer. Andelen rökare fortsätter att minska med en procentenhet per år. Bland arbetslösa kvinnor med ekonomiska svårigheter är det dock 60% som röker. Matvanor och övervikt har inte utvecklats positivt under 1990-talet. Dessutom har öldricksande bland skolungdomar ökat.

Befolkningens fysiska aktivitet och dess konsumtion av alkohol, livsmedel och tobak är av avgörande betydelse för folkhälsan. Hälsovanorna undergår stora och snabba förändringar. Utvecklingen ser ganska olika ut runt om i Europa. Detsamma gäller mellan olika befolkningsgrupper inom Sverige. Dessa hälsovanor är i hög grad påverkbara av individen och av samhället.

Olika hälsorelaterade beteenden tycks hänga allt mera ihop med varandra och ha allt starkare samband med individens sociala position och livsvillkor. Livsstilen är således *inte* bara summan av några viktiga hälsobeteenden. Det är också ett sätt att ge sitt liv mening och

sammanhang. Livsstilen är ett uttryck för hur människor tolkar sina sociala villkor och därmed uttrycker sin personliga identitet och sociala tillhörighet. Livsstilen är en viktig del av vår identitet med vilken vi uttrycker gemenskap med några och samtidigt tar avstånd från andra. Val av livsstil kommer till uttryck på många områden som i klädsel, kostvanor, vilka tidningar vi läser, vilka fritidssysslor vi har, vad vi dricker och röker, vilka skolor våra barn går i och vilka filmer vi ser. Detta livsstilsval sker givetvis inte i något vakuum. Det är ingen slump eller uttryck för okunskap att många ensamstående mödrar söker den stunds avkoppling som rökningen ger. Detsamma gäller chaufförer som äter den feta mat som serveras på motorvägskaféer. Detta illustrerar de stora begränsningar som de sociala villkoren lägger på människors livsstilsval.

I och med att hälsovanor är en del av livsstilen handlar hälsobeteendet inte bara om ett sjukdomsfritt liv utan också om en sammanhängande och meningsfull tillvaro. Det finns ett starkt samband mellan känsla av sammanhang och hälsosamma levnadsvanor. Det förebyggande arbetet handlar såtillvida om att skapa möjligheter för människor att utveckla upplevelse av sammanhang, kontroll och engagemang i tillvaron. Detta är en viktig del av vad som kallas stödjande miljöer för hälsa.

Människor i Stockholms län har mycket olika förutsättningar för att förverkliga dessa möjligheter. Vi är alla del av en samhällsutveckling som har många vinnare och en del förlorare. Därmed har vi ett gemensamt ansvar för att, trots individualiseringen, förändra de me-

kanismer som leder till marginalisering i samhället.

Den växande grupp i samhället som står helt utanför arbetslivet *och/eller* samhällets ekonomiska trygghets-system *och* som dessutom saknar stöd i de informella nätverken - familj, släkt, grannar och vänner - kan sägas befinna sig i en marginalposition. Just nu är det uppenbart att en växande grupp människor i samhället lever i en sådan mycket sårbar position. Många har tvingats lämna arbetsmarknaden till arbetslöshet eller förtidspension. Enbart under 1990-talets första tre år har 100.000 personer lämnat arbetslivet i länet och blivit arbetslösa eller förtidspensionerade. För många räcker inte socialförsäkringssystemen till för en grundläggande ekonomisk trygghet. De tvingas bli socialhjälpstagare. I denna grupp finns många som lever ensamma och därmed inte ingår i något större hushåll som kan trygga deras försörjning. Människor som på detta sätt lever på marginalen i ett samhälle, som inte efterfrågar deras arbetskraft eller ger dem basal trygghet, har få valmöjligheter också då det gäller val av hälsovanor.

ALKOHOL

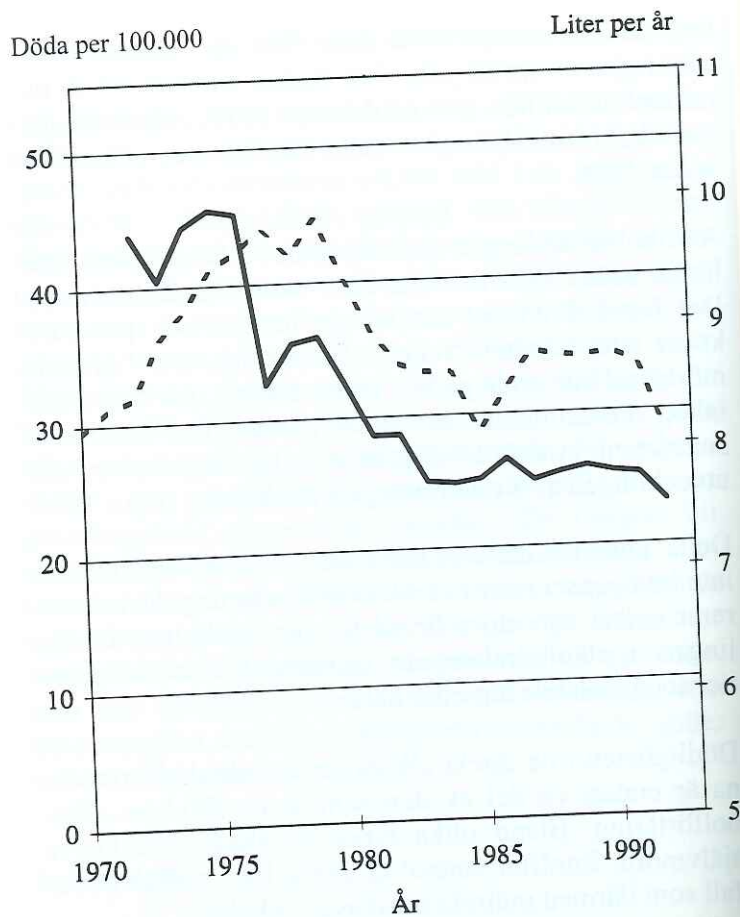
Enligt Systembolagets statistik har alkoholförsäljningen i Stockholms län, mätt som liter ren alkohol per invånare och år, inte förändrats mycket under senare år. Försäljningen av starköl från Systembolaget ökade under 1980-talet, men har under 1990-talet visat en vikande trend. Samtidigt har försäljningen direkt från svenska bryggerier till restauranger ökat. Den totala starkölskonsumtionen har därigenom sannolikt fortsatt att öka i länet. Vinförsäljningen var 1993

ungefär på samma nivå som fem år tidigare. Försäljningen av spritdrycker har stadigt minskat och är nu mindre än hälften av vad den var 1976. Sammantaget har alkoholförsäljningen i länet minskat med cirka 20% sedan 1976.

Alkoholförsäljningen per invånare i Stockholms län ligger sedan flera år cirka 20% över riksgenomsnittet. Det beror delvis på att många turister och pendlare köper sina alkoholdrycker i Stockholm. Det finns ett mörkertal beroende på bl a hembränning och "tax free" inköp. Försäljningen avspeglar därmed inte hela konsumtionen. Alkoholödligheten följer dock i stort sett utvecklingen av Systembolagets försäljning (figur 16).

Detta talar för att den minskade alkoholförsäljningen inte kompenseras av t ex ökad hembränning. Det illustrerar också den stora betydelse för dödlighetsutvecklingen i alkoholrelaterade sjukdomar som konsumtionsbegränsande åtgärder har.

Dödligheten i de direkt alkoholrelaterade dödsorsakerna är endast en del av den som är en följd av alkoholförtäring. Bland olika typer av skador, inklusive självmord, inträffar sannolikt minst lika många dödsfall som därmed indirekt orsakas av alkohol.



-- Dödlighet — Alkoholförsäljning

Figur 16. Alkoholförsäljning i liter per invånare och år relaterat till direkt alkoholrelaterad dödlighet i form av skrumplever, alkoholberoende, alkoholförgiftning och alkoholpsykos. Ålder 14-år. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000. Stockholms län 1970-1993. Källa: Alkohol- och drogepidemiologiska enheten.

I försäljningsstatistiken för alkoholhaltiga drycker finns inga uppgifter om konsumtionen i olika grupper av befolkningen. Sådana uppgifter kan dock fås fram från Folkhälsoenkäter. I tabell 28 redovisades andelen personer med så hög alkoholkonsumtion att risken för leverskador ökar. Hög alkoholkonsumtion är starkt relaterad till sociala villkor. Andelen högkonsumenter totalt i befolkningen är 7% medan den bland arbetslösa är 13%. Bland människor som är ensamboende eller saknar kontantmarginal är andelen 11%.

Tabell 28. Andel högkonsumenter i procent och relativ risk bland utsatta för olika sociala påfrestningar. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.

	Andel högkonsumenter	Relativ risk
Ensamboende	11	2,0*
Arbetslösa	13	1,9*
Saknar kontantmarginal	11	1,7*
Totalt	7	

* signifikant ökad risk

Andelen högkonsumerande unga män i arbetaryrken hade ökat kraftigt mellan 1984 och 1990. När denna utveckling följs upp i Folkhälsoenkäten 1993 visar det sig att den höga andelen konsumenter bland yngre män är oförändrad. En ökning har däremot skett bland yngre kvinnor (tabell 29).

Tabell 29. *Andel i procent med hög alkoholkonsumtion, dvs över 35 gram 100% alkohol per dag för män och 25 gram för kvinnor. Det motsvarar 4 respektive 3 flaskor vin per vecka. Stockholms län. Förvärvsarbetande i åldern 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkäterna 1990 och 1993.*

	Män		Kvinnor	
	20-44 år	45-64 år	20-44 år	45-64 år
1990	11	8	3	5
1993	11	10	5	4

De sociala skillnaderna som växte fram under 1980-talet finns kvar, särskilt bland yngre och medelålders kvinnor.

Bland människor som tillhör flera riskkategorier samtidigt ökar andelen högkonsumenter betydligt. Andelen högkonsumenter bland ensamboende arbetslösa män är 35%! Det bör dock åter påpekas att i tvärsnittundersökningar framgår det inte vad som är orsak och verkan. Sannolikt är det ett ömsesidigt samspel där alkoholberoende och sociala problem förstärker varandra. Det finns således inget entydigt stöd för att det är arbetslösheten i sig som förorsakar den höga alkoholkonsumtionen.

Flera studier från senare delen av 1980-talet talade för en ökande alkoholkonsumtion bland ungdomar i åldern 12 till 24 år. De undersökningar som Hälsovårdsenheten

genomfört i skolorna i länet visar att denna trend består (tabell 30).

Tabell 30. *Andel i procent som varje vecka dricker folköl, starköl, vin och sprit samt som varit berusade. Årskurs 9. Stockholms län 1990 och 1993. Källa: Hälsovårdsenheten, NVSO.*

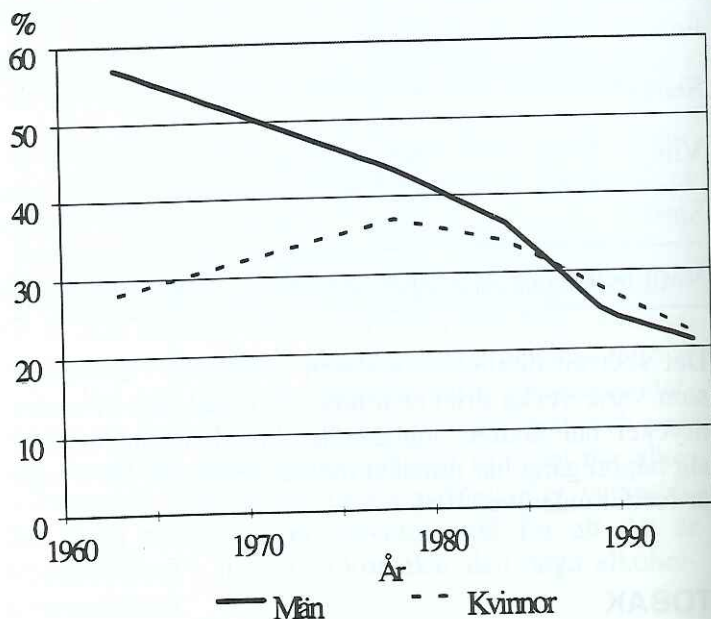
	Pojkar		Flickor	
	1990	1993	1990	1993
Folköl	10	15	2	5
Starköl	6	5	4	3
Vin	4	5	3	4
Sprit	5	5	2	2
Varit berusade	64	56	56	51

Det sker en ökning av andelen ungdomar i årskurs 9 som varje vecka dricker folköl. Användandet av andra drycker har ändrats marginellt. Andelen som berusat sig någon gång har minskat mellan 1990 och 1993 men är fortfarande över 50%.

TOBAK

Andelen personer i Stockholms län som röker dagligen har fortsatt att minska med cirka 1 procentenhet per år. 1994 är det 24% av länets befolkning i yrkesverksam

ålder som röker jämfört med 27% år 1990 (figur 17). Tobaksförsäljningen minskade med hela 10% i Sverige 1993. Samhället har under många år gjort stora ansträngningar för att minska tobaksrökningen. De har i många avseenden varit framgångsrika, även om det finns allvarliga problem kvar att lösa. Tobakens roll för cancersjukdomar och hjärtkärlsjukdomar är väl kända. Mindre känd är den stora betydelsen som föräldrars rökning har på barnens hälsa. Risken ökar för allvarlig luftrörskatarr och astma. Se vidare under allergiavsnittet.



Figur 17. Andel dagligrökare i procent bland män och kvinnor i Stockholms län i åldern 20-74 år åren 1963-1994.

Många kvinnor med dålig ekonomi röker

Medelålders manliga arbetare är den grupp där andelen dagligrökare minskat mest de senaste 10 åren (tabell 31).

Tabell 31. Andel dagligrökare i procent 1984-1994 i Stockholms län i åldern 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkäterna 1984, 1990 och 1994.

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

Andelen dagligrökande kvinnor är större än andelen dagligrökande män och bland arbetare finns fler dagligrökare än bland tjänstemän.

Starkt samband mellan arbetslöshet och rökning

Andelen dagligrökare har inte minskat i alla grupper. Bland arbetslösa är det 33% som röker (tabell 32).

Tabell 32. *Andel dagligrökare i procent och relativ risk för att röka i några grupper i åldern 20-64 år. Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

	Dagligrökare	Relativ risk
Arbetare	30	1,6*
Ensamboende	30	1,5*
Arbetslösa	33	1,7*
Saknar kontantmarginal	40	2,1*
Totalt	24	

* signifikant ökad risk

Bland arbetslösa kvinnor som dessutom har dålig ekonomi är det 60% som röker! I tabellen redovisas också risken för att röka hos den grupp som anges jämfört med övriga. Den relativa risken att röka är alltså 1,6, eller 60% högre, bland arbetare jämfört med icke arbetare.

Även bland unga minskar tobaksrökning

I landet som helhet har andelen dagligrökande pojkar i årskurs 9 fördubblats de senaste 10 åren. Siffror från Stockholms län talar dock för att det här under 1990-talet har skett en minskning särskilt bland pojkar (tabell 33).

Tabell 33. *Andel i procent i årskurs 9 som röker dagligen. Stockholms län och riket 1983-1993. Källa: CAN och Hälsovårdsenheten.*

		1983	1990	1993
Länet	Pojkar	--	15	11
	Flickor	--	20	18
Riket	Pojkar	7	11	13
	Flickor	15	16	15

1993 var det 11% av pojkarna och 18% av flickorna i årskurs 9 som rökte dagligen. Dessutom snusar 11% av pojkarna. Bland flickor i Stockholm är det mycket ovanligt att snusa.

KOST OCH MOTION

Kostens sammansättning har betydelse för risken att insjukna i bl a cancer och hjärtkärlsjukdomar. I förebyggande syfte finns därför från Livsmedelsverket och Socialstyrelsen rekommendationer beträffande kostens

innehåll av fett, fibrer, kolhydrater och salt samt beträffande hårt stekt mat (se kapitel 5).

Konsumtion av frukt och grönsaker har ökat. I Sverige har andelen fett i kosten minskat från 39 till 37 energiprocent under perioden 1985-1990. I förhållande till rekommendationerna behöver kostens innehåll av fett dock fortfarande minskas med en sjättedel. Mättade fettsyror och koksalt bör minska med en tredjedel.

Att mäta kostvanor och kostens innehåll av olika näringsämnen är svårt i synnerhet med enkäter till stora befolkningsgrupper. Endast ett fåtal frågor kan ställas, i det här fallet 15 frågor. Dessa täcker endast en liten del av den samlade kostens innehåll. Resultaten tyder på att kostvanorna under 1990-talet inte förändras åt det hälsosamma hållet (tabell 34). Det ger anledning till en noggrannare analys av vart utvecklingen är på väg.

Tabell 34. *Andel i procent bland män och kvinnor med matvanor som indikerar högt fettinnehåll och lågt fiberinnehåll i kosten. Stockholms län för åldersgruppen 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkäterna 1990 och 1994.*

	Högt fettinnehåll		Lågt fiberinnehåll	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1990	6,0	1,2	38,0	23,9
1994	8,3	2,3	35,8	24,7

Det fanns 1990 ett tydligt mönster där unga män i arbetaryrken hade de sämsta och medelålders kvinnor i tjänstemannaryrken de bästa matvanorna. Detta mönster är oförändrat 1994.

Allt fler äter korv som huvudrätt flera gånger i veckan. I dag är det 13% som äter korv så ofta. Bland männskor med små ekonomiska resurser är siffran 20%. Den ökande fettkonsumtionen kan vara ett uttryck för ekonomiska svårigheter som leder till inköp av billig mat.

Övervikt blir vanligare

Dessvärre stämmer utvecklingen av kostvanor delvis överens med utvecklingen av övervikt. Övervikt brukar anges som en relation mellan längd och vikt. Detta mått, "Body Mass Index" (BMI), beräknas som vikten i kilo dividerat med längden i meter i kvadrat. Acceptabelt BMI brukar anges till under 25 för män och under 24 för kvinnor. Det är dock framför allt kraftig övervikt som är förknippad med ökad sjukdomsrisk. I tabell 35 har andelen i befolkningen med BMI mellan 25 och 30 och över 30 angetts. Det senare betraktas som kraftig övervikt. Detta motsvarar en vikt på över 72 respektive över 87 kilo för personer med en kroppslängd av 1,70 meter. Andelen i befolkningen med övervikt har ökat mellan 1990 och 1994.

Tabell 35. *Andel i procent med måttlig BMI (kg/m²) = 25-30 och kraftig övervikt med BMI över 30. Stockholms län i åldern 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkäterna 1990 och 1994.*

	Måttlig övervikt		Kraftig övervikt	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1990	29	17	4	4
1994	35	20	7	6

Ökningen finns både bland män och kvinnor i olika åldrar och i olika sociala grupper men framförallt bland medelålders arbetare. Övervikt ökar bl a risken för att utveckla åldersdiabetes.

Motion

Barn och ungdom bedriver i hög utsträckning fysisk träning. Bland pojkar är det närmare hälften som är mycket aktiva. Bland flickor är det knappt 30%. Andelen som tränar flera gånger i veckan ökar samtidigt som andelen som tränar sällan eller aldrig minskar. Det finns således inga tecken till en polarisering i en mycket aktiv och en mycket passiv grupp bland barnen. Andelen som tränar ofta har dock minskat bland pojkar i årskurs 9 jämfört med årskurs 7.

Motion minskar benägenheten till övervikt. Motion är också viktigt, särskilt bland äldre, för att vidmakthålla skelettets hållfasthet, balansen och reaktionsförmågan.

Detta förebygger skador, framförallt lårbensbrott, vid fallolyckor.

Många människor har ett arbete som är mycket rörligt och kräver en god fysik. De som har ett stillasittande arbete och samtidigt motionerar mindre än 30 minuter per vecka får ur hälsosynvinkel för lite motion. Detta är inte ovanligt särskilt bland tjänstemän (tabell 36).

Tabell 36. *Andel i procent som har ett stillasittande arbete och motionerar mindre än 30 minuter per vecka. Stockholms län i åldern 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

	Arbetare		Tjänstemän	
	20-44 år	45-64 år	20-44 år	45-64 år
Män	4	12	21	28
Kvinnor	4	10	23	29

Bland äldre är det 22% som inte promenerar eller rör sig i motsvarande grad under minst två timmar per vecka. Av dessa har hälften nedsatt rörelseförmåga, men för de resterande 11% borde en ökad fysisk aktivitet vara en viktig och möjlig förebyggande åtgärd.

Ett mönster av levnadsvanor

På flera ställen i denna rapport beskrivs de stora och i vissa fall ökande sociala skillnaderna i sjuklighet. En trolig förklaring till detta är den anhopning av många olika hälsorisker till samma individer och sociala grup-

per. Det finns som nämnts en växande grupp i samhället som är marginaliserad. Deras relation till samhällets tre stora försörjningssystem - familjen, arbetsmarknaden och socialförsäkringarna - är sårbar. I Folkhälsoenkäten kan man avgränsa en grupp som är ensamboende och samtidigt antingen är arbetslös/förtidspensionerad eller saknar kontantmarginal. Denna grupp omfattar drygt 5% av befolkningen. I tabell 37 visas att denna grupp inte bara är utsatt för de påfrestningar som deras sårbara sociala situation innebär. De är även i hög utsträckning utsatta för flera olika riskfyllda levnadsvanor samtidigt. Inledningsvis i detta kapitel har diskuterats sambandet mellan hälsovanor, livsstil och känsla av sammanhang i livet.. Starka samband finns mellan social ställning och känsla av sammanhang å ena sidan och anhopning av riskfyllda levnadsvanor å andra sidan. Anhopning av riskfyllda levnadsvanor anges som antalet av följande riskfaktorer - rökning, hög alkoholkonsumtion, fettrik kost, fiberfattig kost, övervikt och ingen motion på fritiden.

Tabell 37. *Andel i procent med olika antal riskfyllda levnadsvanor fördelade på vissa sociala grupper. Stockholms län i åldern 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

	0 risker	1-2 risker	3-6 risker
Högre tjänstemän	35	55	10
Arbetare	24	61	15
Saknar KASAM	21	58	21
Marginaliserade	13	60	27

Om sex levnadsvillkor - svåra uppväxtförhållanden, arbetslöshet, dålig ekonomi, brist på emotionellt stöd, dåligt socialt nätverk och en arbetsmiljö präglad av höga krav och låg kontroll - undersöks på samma sätt, finner man icke oväntat ett tydligt socialt mönster. Bland arbetare har 15% tre eller fler risker medan motsvarande siffra bland högre tjänstemän är 10%. Anhopningen av riskfaktorer till samma individer kan leda till att de olika riskerna påverkar varandra på ett sätt som vi har ofullständig kunskap om. Psykosociala levnadsvillkor och levnadsvanor kan ibland förstärka varandras sjukdomsframkallande effekter och kan vara en viktig förklaring till de sociala mönstren i exempelvis hjärtkärlsjuklighet. Är man utsatt för tre eller flera psykosociala risker är risken 23% att man är utsatt för tre eller fler risker i levnadsvanor medan motsvarande siffra för dem som har fullgoda levnadsvillkor är 8% (tabell 38).

Tabell 38. *Andel i procent med olika antal riskfyllda levnadsvanor fördelad på antalet riskfyllda levnadsvillkor. Stockholms län i åldern 20-64 år. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

Levnadsvillkor	Levnadsvanor			Totalt
	0	1-2	3-6	
0	35	57	8	100
1-2	24	61	15	100
3-6	17	60	23	100

4. SAMHÄLLS- OCH HÄLSOUTVECKLING

100.000 människor har lämnat länets arbetsmarknad mellan 1990 och 1993. Arbetslösheten har mångdubblats och risken att förtidspensionernas har fördubblats bland personer under 50 år. Arbetslösheten visar starka samband med psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor. Friska som blir arbetslösa får ökade psykiska besvär och sjuka som blir arbetslösa har svårare att återkomma i arbete på grund av sina besvär. Kombinationen av arbetslöshet och bostadssegregation kan leda till växande problem i förortsområdena.

ARBETSLÖSHET

Fram till och med 1990 hade Stockholms län praktiskt taget varit förskonat från arbetslöshet i flera decennier. 1990-talet har dock inneburit dramatiska förändringar på arbetsmarknaden i Stockholm. Frågan är hur detta påverkar folkhälsan.

100.000 har lämnat arbetsmarknaden

Under perioden 1990 till 1993 har följande hänt i Stockholms län. Befolkningen i yrkesverksam ålder ökade med 25.000 till över en miljon. Antalet arbetslösa ökade från 6.000 till 56.000. Därutöver har ytterligare 50.000 lämnat arbetsmarknaden av vilka hälften har förtidspensionerats. Sammantaget minskade antalet förvärvsarbetande med 75.000 personer. Numera är lika många kvinnor som män förvärvsarbetande (tabell 39).

Tabell 39. *Andel i procent av befolkningen i åldersgruppen 20-64 år som var förvärvsarbetande, arbetslösa respektive övriga ej i arbete under åren 1987-1993. Stockholms län. Källa: AKU/SCB.*

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

En viss minskning av antalet arbetslösa har skett sedan början av 1994. Även långtidsarbetslösheten har börjat

minska något och omfattade i april 1994 totalt 17.700 personer.

Det betyder att 5,4% av befolkningen är öppet arbetslösa. Bland ungdomar under 25 år är siffran 6,7% och bland utländska medborgare 8,1%. Utöver den öppna arbetslösheten har antalet personer i AMS-åtgärder ökat från 7.000 till 28.000 mellan åren 1990 och 1994. Därtill kommer de 8.000 som arbetar i skyddad sysselsättning inom SAMHALL och de med lönebidrag.

Risken att förtidspensioneras före 50 års ålder har fördubblats

En dramatisk förändring har skett av antalet nybeviljade förtidspensioner. 1990 fick 7.300 personer förtidspension varav 2.300 var under 50 år. 1993 hade siffran ökat till 11.800 varav 4.900 var under 50 år. Risken att förtidspensioneras eller få sjukbidrag har därmed ökat med 120% bland människor under 50 år och med 30% bland dem som är äldre än 50 år.

Förtidspensionering på grund av psykisk diagnos har ökat med 100% mellan 1990 och 1993. Ökningen pga rörelseorganens sjukdomar, som var kraftig under 1980-talet, var dryga 40% (tabell 40).

Tabell 40. *Antalet nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag per 1.000 försäkrade exklusive redan förtidspensionerade för åren 1990 och 1993. Stockholms län. Källa: Riksförsäkringsverket.*

	1990	1993
16-29 år	0,8	1,8
30-49 år	4,2	8,9
50-64 år	25,7	33,4
Rörelseorganens sjukdomar	3,0	4,3
Psykiska sjukdomar	1,6	3,2

Samtidigt som antalet förtidspensionärer mellan åren 1991 och 1993 har ökat med 7.500 till totalt ca 65.000 har antalet med pågående långa sjukskrivningar, alltså mer än 180 dagar, minskat med 7.000 till totalt 13.000. Ökningen av antalet förtidspensionärer handlar således till stor del om att ett stort antal långtidssjukskrivna har fått en annan ersättning.

Det har funnits en hypotes att handläggarna bli till följd av ändrade ersättningsregler vid långtidsfrånvaro har överfört flera långa sjukskrivningar till sjukbidrag som är tidsbegränsade. Att man i högre utsträckning nu väljer sjukbidrag än förtidspension kan inte bekräftas av statistiken från försäkringskassan.

Drygt 50% av de nybeviljade förmånerna är sjukbidrag och denna siffra ökar endast marginellt. Huruvida flera sjukbidragstagare kommer tillbaka i arbetslivet än tidigare återstår att se. Utvecklingen kan således tala för att ökningen av förtidspensioneringar är en tillfällig puckel. Det faktum att andelen sjuka bland de arbetslösa ökar allt medan den höga arbetslöshetsnivån består, talar för att den stora gruppen arbetslösa kan ha svårt att få arbete när konjunkturen vänder. Många människor lämnar arbetsmarknaden utan att få vare sig arbetslöshetsunderstöd eller förtidspension. Av de 50.000 som lämnat arbetsmarknaden utöver de arbetslösa, är det endast hälften som fått förtidspension. Minst lika många försörjs av familjen eller med socialbidrag.

Hur påverkar arbetslösheten de friska?

Lönearbetet spelar en stor roll i våra liv. Det ger oss tillgång till dagliga aktiviteter och kontakt med andra människor. Arbete gör oss också delaktiga i samhällets aktiviteter och kollektiva mål. Det ger oss identitet, social status och strukturerar tiden för oss. Många arbeten utvecklar även vår kompetens och medvetenhet. Andra arbeten är monotona, okvalificerade och tröttande på ett sätt som mest får arbetet att framstå som ett nödvändigt ont. Den sistnämnda typen av jobb har på samma sätt som arbetslöshet ansetts medföra en psykosocial belastning. Arbetet kan således innebära såväl positiva som negativa aspekter för individen. Detta gäller även arbetslöshet. För en ung familjeförsörjare med ett stimulerande arbete innebär arbetslöshet ett omedel-

bart ekonomiskt hot, liksom bortfall av många av arbetspositiva sidor. För den äldre utslitne industriarbetaren kan möjligheten att sluta arbeta vid 60 års ålder upplevas som en lättnad med förnyade möjligheter till fritidssysslor.

Den arbetslösa ska stå till arbetsmarknadens förfogande. Arbetsmarknaden står dock inte till den arbetslöses förfogande. Denna obalans innebär en grundläggande förlust av kontroll. Människor underkastar sig dock inte passivt arbetslösheten. De söker arbete, går på kurser och söker sig in i andra roller. Vad man gör är sannolikt mycket beroende av bl a yrke, ålder, kön och hälsotillstånd. Detta påverkar också i vilken utsträckning arbetslöshet är ett hot.

Sammanfattningsvis finns det vetenskapliga belägg för:

- Att arbetslöshet och hot om arbetslöshet innebär ökad risk för nedsatt psykiskt välbefinnande liksom för svåra depressioner. I kapitel 2 redovisades exempelvis att andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande är 30% bland arbetslösa jämfört med 15% bland icke arbetslösa.
- Att dödligheten bland arbetslösa är 20-50% högre än för icke arbetslösa. Detta gäller framförallt till följd av en ökad dödlighet i självmord och andra skador.
- Att arbetslöshet och hot om arbetslöshet innebär ökad stress för individen. Detta leder till en ökad utsöndring av stresshormoner, förhöjt blodtryck och psykosomatiska besvär.

- Att arbetslösa röker mer, ökar i vikt, har högre blodtryck och högre blodfettnivåer. Detta, tillsammans med den ökade stressnivån, medför sannolikt ökad risk för hjärtkärlsjukdom.
- Att arbetslöshet medför flerfaldigt ökad risk för förtidspensionering.

På basen av dessa kunskaper kan den ökande arbetslöshetens påverkan på hälsoutvecklingen bland länets befolkning grovt uppskattas. Mellan 1990 och 1993 ökade den öppna arbetslösheten från 0,7% till 6%. Om personer i arbetsmarknadspolitiska åtgärder inkluderas var det en ökning från 1% till 10%.

Den ökade arbetslösheten beräknas för Stockholms läns befolkning medföra:

- En ökning av dödligheten med mellan 1% och 5% beroende på vilka av ovannämnda förutsättningar man väljer att utgå ifrån. I detta ingår en ökning av självmordsdödligheten med mellan 5% och 10%.
- En ökning av förekomsten av psykiska besvär med mellan 5% och 10%.
- En ökning av förtidspensioneringarna med mellan 15% och 25%.

Detta gäller under förutsättning att allt annat är lika. Så är dock inte fallet. Flera andra riskfaktorer i levnadsvanor och arbetsmiljö förändras samtidigt enligt kapitel 3. Således har det inte skett någon ökning av dödligheten 1993. Däremot har det skett en ökning av själv-

mordsförsöken 1993 liksom av förtidspensioneringarna. Även om effekterna på folkhälsan ännu inte är tydliga ger uppgifter om alkoholkonsumtion och tobaksrökning bland arbetslösa anledning till oro (tabell 41).

Tabell 41. *Andel i procent med hög alkoholkonsumtion* bland arbetslösa (A), respektive bland dem i arbete (B). Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäten 1994**.*

	Män		Kvinnor	
	A	B	A	B
20-24 år	30	26	18	6
25-44 år	24	13	7	7
45-64 år	21	10	12	6

* >35g alkohol per dag för män och >25g alkohol för kvinnor
 ** Annan frågekonstruktion än den som används i tabell 28

Arbetslösa unga kvinnor och medelålders män har en mycket större andel högkonsumtion av alkohol än övriga. Beträffande tobaksrökning är det framförallt kvinnor som röker mycket vid arbetslöshet.

Hur påverkar arbetslösheten de sjuka?

Studier från Norge i slutet av 1980-talet, då arbetslösheten där ökade kraftigt, visar att de psykiska besvären ökar med arbetslöshetens längd. De som kommer tillbaka till ett jobb upplever snabbt en

betydande förbättring. Arbetslösa med psykiska besvär hade dessutom 25-50% sämre chans att komma tillbaka till ett arbete. Ohälsa var i denna studie ett viktigare hinder för återkomst i arbetslivet än exempelvis bristande utbildning. Länder som Norge och Sverige hade till helt nyligen en mycket hög sysselsättning. Detta gällde även för människor med nedsatt hälsa. Risken är att den snabbt ökande arbetslösheten medför en utsortering från arbetsmarknaden av människor med nedsatt hälsa. Hur det förhåller sig i Stockholms län kan belysas med hjälp av Folkhälsoenkäterna 1990 och 1994 (tabell 42).

Tabell 42. *Andel personer med psykiska besvär respektive värk i nacke eller skuldror i procent av dem som är i förvärvsarbete respektive står utanför arbetsmarknaden. I åldersgruppen 25-64 år, Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäterna 1990 och 1994.*

	Psykiska besvär		Värk	
	I arbete	Ej i arbete	I arbete	Ej i arbete
1990	15	20	17	46
1994	13	29	16	27

Andelen med psykiska besvär är betydligt högre bland dem som står utanför arbetsmarknaden 1994 jämfört med dem som gjorde det 1990. Gruppen som ej är i arbete bestod 1990 i första hand av förtidspensionärer, hemarbetande och studerande. 1994 består gruppen av

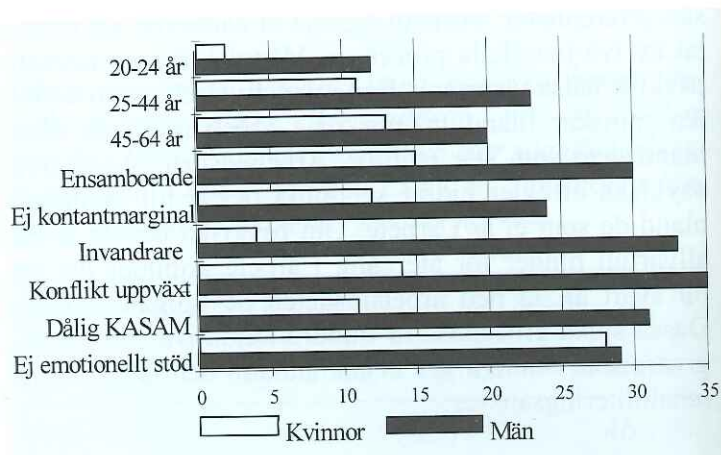
många arbetslösa, men även av ett ökat antal förtidspensionärer och av andra som lämnat arbetsmarknaden. Andelen som ej är i arbete har enligt enkäten ökat från 7% till 18% av befolkningen. Både gruppens storlek och andelen sjuka i den har alltså ökat. Detta betyder att av gruppen med nedsatt psykiskt välbefinnande var det knappt 10% som stod utanför arbetslivet 1990. *Idag är det 33%!* Arbetslösheten är alltså ett synnerligen allvarligt hot mot människor med nedsatt psykisk hälsa.

Utvecklingen överensstämmer i hög grad med utländska erfarenheter. Förändringarna är sannolikt ett resultat av två parallella processer. Människor med nedsatt psykisk hälsa utsorteras från arbetslivet eftersom andelen minskar bland människor i arbetslivet och ökar bland dem som står utanför. Arbetslöshetens negativa psykiska effekter bidrar sannolikt också till ökningen bland de som ej är i arbete. Om psykiska besvär är ett allvarligt hinder för återgång i arbete kommer det att bli svårt att få ned arbetslösheten på tidigare nivåer. Dessa sjuka arbetslösa är mindre attraktiva för arbetsgivare som numera ska betala sjuklön och ta ett större rehabiliteringsansvar.

För människor med värk i nacke och skuldror ser utvecklingen annorlunda ut enligt tabell 42. Andelen med dessa besvär minskar bland den växande gruppen utanför arbetslivet. Dessa besvär är som tidigare redovisats starkt relaterade till vissa arbetsmiljöer. Både vad gäller psykiska besvär och värk är utvecklingen likartad för män och kvinnor.

Vem mår sämst av att vara arbetslös?

I figur 18 illustreras skillnaden i psykiskt välbefinnande mellan arbetslösa och förvärvsarbetande för olika befolkningsgrupper. Då resultaten bygger på en tvärsnittsundersökning kan inte dessa skillnader utan vidare tas till intäkt för att effekterna av arbetslöshet är olika. Det kan vara så att nedsatt psykisk hälsa är en viktigare orsak till att bli och förbli arbetslös för vissa grupper än vad den är för andra.



Figur 18. *Differens i procentenheter mellan arbetslösa och icke arbetslösa i förekomst av psykiska besvär. Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

Skillnaden i figur 18 mellan arbetslösa och icke arbetslösa är klart större bland män än bland kvinnor. Sambandet är starkt bland män i åldern 25-44 år. Försörjningsbördan är stor och det kan kännas för tidigt att

lämna arbetsmarknaden. Psykiska besvär bland ensamboende arbetslösa män är vanliga. Sambandet mellan psykisk ohälsa och arbetslöshet är svagt för kvinnor med invandrarbakgrund. Den personliga identiteten kanske inte är lika nära knuten till förvärvsarbete. En konfliktfylld uppväxt, avsaknad av känsla av sammanhang (KASAM) och ett bristande ekonomiskt utrymme förstärker effekten av arbetslöshet, särskilt bland män. För både män och kvinnor är avsaknaden av personligt emotionellt stöd en faktor som starkt ökar den psykiska sårbarheten vid arbetslöshet. Många av dessa faktorer ökar inte bara sårbarheten vid arbetslöshet, utan har även ett eget samband med psykiska besvär. Bland män som saknar emotionellt stöd eller som haft en konfliktfylld uppväxt och nu är arbetslösa, är det 60% som har nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta skall jämföras med 11% bland dem som inte är utsatta för några av dessa faktorer.

VARFÖR HAR KVINNORS HÄLSA FÖRSÄMRATS?

Kvinnor i Stockholms län har haft en sämre hälsoutveckling än män. Dödligheten har minskat de senaste åren, dock inte lika mycket som bland män. Det är framförallt en ökande andel kvinnor som känner sig sjuka. Kvinnor har lagt sjuka år till livet. Det är främst värk från rörelseorganen som har ökat påtagligt under 1980-talet. Denna ökning har på 1990-talet avstannat (tabell 43).

Tabell 43. *Andel i procent som flera gånger i veckan haft värk i kroppens rörelseorganen i åldern 25-64 år. Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäterna 1984, 1990 och 1994.*

	Kvinnor		Män	
	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän
1984	33	21	28	16
1990	45	33	36	20
1994	40	32	35	16

Kvinnor har mer värk än män oavsett vilken del av rörelseorganen det gäller. Mest uttalad är skillnaden beträffande värk i nacken.

Man vet att fysiska påfrestningar, såsom arbete i oönskade arbetsställningar eller ensidiga rörelser, har stor betydelse för värk i rörelseorganen. Även psykiska faktorer, som vantrivsel och frustrationer, är betydelsefulla och kan ha sin grund i dåliga arbetsförhållanden. Detta återspeglas i yrkesgruppers olika risker för värk. Fortfarande är det lite utforskat vad som orsakar könsskillnaderna. En förklaring till könsskillnaderna kan vara att kvinnor och män har olika arbetsmiljöer (tabell 44).

Tabell 44. *Skillnader mellan mäns och kvinnors arbetsmiljö. Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

Vanligare bland kvinnor	Vanligare bland män
Böja och vrida sig på samma sätt många gånger i timmen	Arbeta med händerna över axelhöjd eller under knähöjd
Att inte kunna bestämma när arbetsuppgifter ska göras	Utsätts för vibrationer från maskiner och verktyg
Att arbeta med svårt sjuka eller med människor med problem	Lära sig nytt och utvecklas i arbetet
Att inte kunna bestämma arbetstakten	Att kunna göra privata ärenden
Lång deltid, dvs 20-35 timmar per vecka	Tunga lyft
	Att vara arbetsledare

Kraven i arbetslivet har ökat. Både män och kvinnor uppger i allt högre grad sitt arbete som psykiskt pressande och jäktigt. Från arbetsmiljöforskningen vet vi att vissa kombinationer av psykiska påfrestningar är särskilt skadliga för hälsan. Arbeten som ställer höga psykiska krav behöver dock inte vara skadliga. De kan

tvärtom vara utvecklande om individen har möjlighet att möta dessa krav, dvs har kontroll över situationen. I ett arbete där arbetssituationen inte kan påverkas kan sådan stress utvecklas som är nedbrytande för hälsan.

Under 1980-talet har just denna skadliga kombination av höga krav och låg kontroll i arbetslivet ökat från 15% till 21% bland kvinnor. Detsamma har däremot inte skett bland män. Kombinerat psykiska krav med ett fysiskt påfrestande arbete, så är risken för rörelseorganens sjukdomar extra stor. Bland yrkesutbildade kvinnliga arbetare, som till exempel undersköterskor, har denna typ av stressiga jobb ökat från 8% till 31%. För manliga yrkesutbildade arbetare har andelen högstresspräglade arbeten legat oförändrat på 10%.

Skillnaderna i arbetsmiljö hänger samman med att män och kvinnor har olika yrken. Kvinnor återfinns i större utsträckning i lägre socialgrupper än män. Om samma socialgrupp jämförs för män och kvinnor, så har kvinnorna en betydande överrisk för värk. Kvinnliga tjänstemän löper mer än 2,5 gånger så stor risk att drabbas av värk i nacke och axlar jämfört med manliga tjänstemän (tabell 45).

8

Tabell 45. Yrkesarbetande kvinnors och mäns fördelning i procent på olika socialgrupper samt överrisken för kvinnor att drabbas av värk i nacke och axlar jämfört med män. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.

	Kvinnor	Män	Relativ risk
Arbetare	31	35	1.29
Lägre tjänstemän	30	14	2.89*
Högre och mellan tjänstemän	39	51	2.45*
Alla förvärvsarbetande	100	100	1.76*

* anger signifikant ökad risk

Skillnader i arbetsmiljö mellan män och kvinnor kan inte förklara den stora könsskillnaden beträffande värk i rörelseorganen. Detta kan bero på att den traditionella arbetsmiljöforskningen utvecklat metoder som framförallt mäter viktiga arbetsmiljöfaktorer i industrin. Dessa speglar dåligt den typ av arbete som kvinnor har inom t ex vården och fångar heller inte tjänstemännens arbetsmiljö.

Ett annat viktigt men outforskat område är hur mäns och kvinnors livsvillkor utanför arbetslivet inverkar på hälsan. En betydande del av kvinnors arbete består av oavlönat hemarbete.

Enligt Levnadsnivåundersökningen 1991 utför kvinnor 82% av hushållsarbetet trots att andelen hemmafruar är mindre än 4%.

Bland yrkesarbetande samboende par arbetar omkring 95% av både män och kvinnor minst 20 timmar per vecka. Kvinnor arbetar i större utsträckning deltid jämfört med männen. För samboende män och kvinnor skiljer sig inte andelen med ont i rygg och nacke mellan deltids- och heltidsarbetande.

Fler samboende yrkesarbetande kvinnor än män får ingen hjälp hemma med betungande hemarbete. Hälften av dessa kvinnor har ont i skuldror och nacke i genomsnitt flera dagar per vecka (tabell 46). Kvinnors större andel hushållsarbete innebär sannolikt färre möjligheter till kroppslig vila. Därtill har kvinnor mindre muskelstyrka än män.

Tabell 46. *Samboende yrkesarbetande män och kvinnor med betungande hemarbete. Andel i procent som ofta har ont i nacke och axlar relaterat till huruvida man får hjälp med ett betungande hemarbete. Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

	Kvinnor	Män
Betungande hemarbete utan hjälp	50	37
Betungande hemarbete med hjälp	15	9

Att vara ensamstående förälder innebär oftast ingen hjälp överhuvudtaget med hemarbetet. Samtidigt lever man under sämre ekonomiska förhållanden än samboende och kan inte kompensera sig genom att köpa tjänster eller förkorta arbetstiden. Dessa faktorer ger ökade besvär från rörelseorganen (tabell 47).

Tabell 47. *Andel i procent av kvinnor som flera gånger i veckan har värk i kroppens rörelseorgan. Stockholms län. Källa: Folkhälsoenkäten 1994.*

	Arbetare och lägre tjänstemän	Mellan och högre tjänstemän
Ensamstående med barn	47	34
Samboende med barn	35	27

Välkänt är att många kvinnor får mer eller mindre uttalade besvär från rörelseorganen under graviditeten. Mindre utforskat är i vilken utsträckning besvären blir bestående. Spädbarnsperioden som följer ger för de flesta kvinnor knappast någon tid för återhämtning. Tvärtom är det en period där de flesta av ovannämnda påfrestande arbetsmiljöfaktorer återfinns. Ryggvärk är också vanligt under denna period. Detta syns dock inte i sjukskrivningsstatistiken eftersom möjligheter att ta ledigt från arbetet som spädbarnsmamma inte finns.

Det är inte bara i arbetslivet som det är viktigt för människor att ha inflytande och kunna påverka sin situa-

tion. Möjligheterna att påverka livsvillkoren i samhället i stort är begränsade för kvinnor jämfört med män. Kvinnor har fortfarande mycket mindre eller ingen makt i så gott som alla inflytelserika grupperingar. Detta avspeglas bl a i hur kvinnligt och manligt arbete värderas. Omsorgsarbete, som dominerar det kvinnliga förvärvsarbetet, har en lägre status. Enligt levnadsnivåundersökningarna har en manlig högre tjänsteman i privat sektor under 1980-talet i genomsnitt fått en löneökning på 40 kronor per timme. En kvinnlig högre tjänsteman, också anställd i privat sektor, har fått en löneökning på 8 kr och en kvinnlig högre tjänsteman anställd i offentlig sektor har fått 4 kr. Löneskillnaderna mellan könen har under 1980-talet ökat. En god ekonomi ger större möjligheter att välja hur man vill ordna sitt liv. Förutom att kvinnor betalas sämre för sitt förvärvsarbete arbetar kvinnor i genomsnitt färre timmar med betalt arbete. I stället ägnas tid åt obetalt hem- och omsorgsarbete. Kvinnor är därför mer ekonomiskt beroende av män än vice versa och lider större ekonomisk skada vid t ex skilsmässa. Människor som uppger att de har dålig ekonomi har betydligt mer värk än andra. Detta gäller även när hänsyn tas till andra kända faktorer som har samband med värk.

Kvinnors sjukfrånvaro

Under 1980-talet ökade sjukfrånvaron mer bland kvinnor än bland män. Mellan 1978 och 1988 ökade sjukfrånvaron bland kvinnor i riket som helhet från 22 till 29 dagar per år, medan den låg kvar på 22 dagar för

männen. Allt fler kvinnor upplevde sig också ha nedsatt arbetsförmåga och detta var mest uttalat bland yngre kvinnor. Upplevelsen av arbetsförmågan påverkas av hur arbetslivets krav upplevs.

En analys av sjukfrånvaron mellan 1975 och 1989 visade att den ökande sjukfrånvaron bland kvinnor hade att göra med att allt fler kvinnor fått en försämring av arbetsmiljön (tabell 48).

Tabell 48. *Kvinnor 16-64 år i Sverige. Andel i procent bland helårsanställda kvinnor med vissa risker i arbetsmiljön och med nedsatt arbetsförmåga åren 1986-1989. Sjukdagar per år 1986-1989. Förändring mellan 1975-1989. Källa: Diderichsen, Kindlund, Vogel 1993.*

	Andel anställda		Sjukdagar per år	
	1986-1989	Förändring 1975-1989	1986-1989	Förändring 1975-1989
Olämpliga arbetsställningar	41,5	+13,3	34,1	+6,3
Jäktigt och enformigt arbete	10,3	-3,2	46,4	+12,3
Ej lära nytt	46,8	-12,2	28,2	+5,1
Långvarig sjukdom*	6,5	+2,1	123,5	+30,1
Kvinnor totalt			24,0	+4,2

* med nedsatt arbetsförmåga

De som led av långvarig sjukdom medförande nedsatt arbetsförmåga ökade sin frånvaro betydligt under 1980-talet. Denna grupp ökade på samma gång sitt deltagande i arbetslivet under 1980-talets högkonjunktur och är den grupp som idag löper stor risk att ställas utanför arbetsmarknaden.

En orsak till att kvinnor reagerar allt kraftigare på en dålig arbetsmiljö kan vara att allt fler kvinnor med småbarn förvärvsarbetar. Småbarnsmammor i allmänhet har dock inte någon förhöjd sjukfrånvaro. Däremot har ensamstående småbarnsmammor med ett fysiskt tungt arbete en betydligt högre sjukfrånvaro än andra kvinnor med tungt arbete (tabell 49).

Tabell 49. *Sjukfrånvaro, beräknat som dagar per år och anställd, bland kvinnor i åldern 25-44 år fördelat på samboförhållanden, barn och fysisk arbetsbelastning. Sverige 1986-1989. Källa: Diderichsen, Kindlund, Vogel 1993.*

	Ensamstående		Samboende	
	Utan barn	Med barn under 7år	Utan barn	Med barn under 7år
Fysisk lätt arbete	11,4	11,7	13,0	14,0
Fysisk tungt arbete	41,4	56,5	44,2	31,6

BOSTADSSEGREGATIONEN OCH FOLKHÄLSAN

I kapitel 2 beskrivs att psykisk ohälsa har ett starkt samband med uppväxtvillkor. Det gäller även värk i nacke och skuldror. Konflikter och ekonomiska problem i familjen under uppväxttiden sätter sina tydliga spår i den vuxnes hälsa. Bostadssegregationen ingår i en av de sociala processer som har allra störst betydelse för huruvida barnen i vårt samhälle ges en något så när likvärdig start i livet. Barn som växer upp i områden med många sociala problem av typ arbetslöshet, våld och missbruk får inte lika goda förutsättningar som andra barn. Erfarenheter från Europas storstäder visar, att i bostadsområden där arbetslösheten tillåts stiga till höga nivåer skapas en situation där hela generationer av ungdomar ställs utanför samhället. De lever i hårt segregerade bostadsområden långt från det övriga samhället och är oftast utan jobb. De blir då inte heller integrerade i samhället via arbetslivet. Stockholm befinner sig inte där än, men det finns tendenser åt det hållet.

Tabell 50 visar att arbetslösheten är 2-3 gånger högre i vissa kommuner. Under senaste året har arbetslösheten minskat i Danderyd, Lidingö och Ekerö, medan den snabbt stigit i andra, inte minst när det gäller ungdomsarbetslösheten.

Tabell 50. *Andel arbetslösa i procent av befolkningen i olika åldersgrupper i några kommuner i Stockholms län. April 1990-1994. Källa: Länsarbetsnämnden.*

	Botkyrka Haninge Södertälje	Danderyd Lidingö Ekerö
Arbetslösa 16-64 år		
1990	0,7	0,3
1993	5,9	3,4
1994	6,2	2,8
Arbetslösa 16-24 år		
1993	8,0	4,6
1994	9,2	3,6

Institutet för Regional analys har nyligen i rapporten "Boendesegregationsutvecklingen i Stockholms län 1970-1990" visat att den sociala segregationen efter såväl inkomst, socialklass och etnicitet ökat under perioden 1970 till 1985 för att sedan minska något under nästa femårsperiod 1986 till 1990. På samma sätt har vi i tidigare folkhälsorapporter kunnat konstatera ökade skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan länets kommuner under 1970- och 1980-talet. Framförallt perifera områden dominerade av allmännyttans bostäder har släpat efter i hälsoutvecklingen. I tabell 8 visade vi hur Södra Stockholms sjukvårdsområde släpar efter i medellivslängd. Siffrorna i tabell 9 innebär inga entydiga tecken på trendbrott vad gäller

kommunala skillnader. Arbetslöshetstalen i tabell 50 tyder närmast på att det åter skett en ökning av den sociala segregationen under 1990-talet. Ingenting talar för att människor med dålig hälsa har fått det lättare att konkurrera om bostäder i de attraktiva och dyra områdena. Arbetslösheten och den ökande förtidspensioneringen verkar snarare åt motsatt håll.

När Folkhälsoenkäten är fullt genomförd hösten 1994 kommer Socialmedicinska enheten på Kronan att redovisa upplevd ohälsa, riskfaktorer och dödlighet på mindre geografisk nivå som bättre speglar utvecklingen på bostadsmarknaden. Dessa skillnader i ohälsa har betydelse för resursfördelning inom landstinget.

HÄLSOUTVECKLINGEN I DANMARK - ETT VARNANDE EXEMPEL?

I ett europeiskt perspektiv har dödlighetsutvecklingen i Danmark uppmärksamats. Inget land i OECD-området har haft en så svag utveckling av medellivslängden som Danmark. Medan medellivslängden i Sverige ökat med 2,5 år på de senaste 15 åren har den i Danmark endast ökat 0,6 år. Tydligast är skillnaderna i dödligheten bland medelålders personer (tabell 3). Detta gäller särskilt kvinnor. Under denna 15-årsperiod har arbetslösheten och alkoholkonsumtionen ökat i Danmark.

Att början på den problematiska utvecklingen tidsmässigt sammanfaller med Danmarks inträde i EG 1973

behöver inte ha med varandra att göra. Dagens diskussioner om de hälsopolitiska konsekvenserna av en hög arbetslöshet och en alkoholpolitik som kan komma att påverkas av ett eventuellt EU-medlemskap, gör det intressant att analysera varför hälsoutvecklingen i vårt grannland varit så annorlunda än vår. Dagens dödlighetsmönster skiljer sig för vissa dödsorsaker avsevärt mellan Sverige och Danmark. Dessa diagnoser har alla starka samband med alkohol och tobak (tabell 51).

Tabell 51. *Dödlighet i vissa dödsorsaker i Danmark, Sverige och Västtyskland 1988. Åldersstandardiserade dödstal per 100.000. Källa: DIKE.*

	Danmark	Sverige	Västtyskland
All cancer	235	166	209
Lungcancer	54	24	36
Levercirrhos	14	7	24
Hjärtsjukdom	222	214	154
Själv mord	25	17	15
Alla orsaker	867	741	811

Jämförs samhällsförändringar och hälsoutvecklingen i Danmark och Sverige finner man att:

- Den ekonomiska tillväxttakten i Danmark har följt ett likartat utvecklingsmönster som den svenska men den har genomgående legat något högre i Danmark.
- Den kvinnliga förvärvsintensiteten steg under 1960-talet mycket snabbare i Danmark än i andra länder inklusive Sverige. Emellertid ökade förvärvsintensiteten snabbare i Sverige under senare delen av 1970-talet.
- Arbetslösheten ökade från 3,6% till 8,9% mellan åren 1974 och 1990 i Danmark, medan den låg mera konstant på ca 2% i Sverige.
- Alkoholkonsumtionen har stigit 40% i Danmark sedan 1970, medan den legat still i Sverige på en nivå som nu motsvarar drygt hälften av Danmarks.
- Andelen dagligrökare är i minskande i Danmark men är fortfarande 45% jämfört med Sveriges 26%. Den tobaksrelaterade andelen av alla dödsfall är dubbelt så stor i Danmark som i Sverige.
- Sambandet mellan socioekonomisk grupp och dödlighet är likartat i Danmark och Sverige.

Sammanfattningsvis är den danska överdödligheten starkt relaterad till konsumtionen av tobak och alkohol. Orsakerna till att de två länderna har så olika konsumtionsnivå är emellertid inte klar. Nyligen har diskuterats vilken alkoholkonsumtion Sverige skulle få om man fick alkoholförsäljning i butiker som i Danmark. I en analys på uppdrag av Folkhälsoinstitutet

uppskattas att detta skulle leda till en 50-procentig konsumtionsökning. Detta i sin tur skulle leda till närmare 350, motsvarande 25% fler alkoholrelaterade dödsfall per år i Stockholms län. Att det tycks finnas ett starkt samband mellan arbetslöshet och tobaksrökning, inte minst bland kvinnor i dagens Stockholm, är en annan varningssignal. I själva verket vet vi mycket lite om hur den svenska befolkningens hälsovanor kommer att förändras till följd av en kombination av hög arbetslöshet, ekonomisk tillväxt och sjunkande alkoholpriser. Det behöver inte bli som i Danmark. Det finns dock tillräckligt många allvarliga tecken i denna folkhälso rapport som manar till eftertanke. Framförallt gäller det sambandet mellan arbetslöshet, psykiska besvär och hälsovanor som alkohol-, tobaks- och fettkonsumtion. Ett intensifierat folkhälsoarbete är nödvändigt.

5. HÄLSOPOLITISKA MÅL

Hälsopolitiska mål ska handla om det som är politiskt önskvärt och tekniskt möjligt, men som inte går av sig själv. Det betyder att mål ska väljas för områden där avståndet är stort eller växande mellan vad som är önskvärt och möjligt, jämfört med om allt fortsätter som det är nu. Hälsoutvecklingen som den beskrivits i denna rapport ger flera exempel på sådana områden.

Mål ska inspirera genom att uttrycka det önskvärda. Övergripande mål kan vara utopiska medan operativa mål bör vara realistiska och utgå från det möjliga. Mål ska vägleda och peka ut det väsentliga. Mål måste uppfattas som relevanta, vilket förutsätter att olika intressenter ges möjlighet att påverka målsättningsprocessen.

Hälso- och sjukvårdens komplexa struktur och behovet av bred samverkan med andra instanser i samhället ställer krav på tydliga mål för verksamheten. Detta har uppmärksammats också på central nivå och regeringen har under maj 1994 i en skrivelse till riksdagen aviserat att man ämnar tillsätta en kommitté med uppgift att utforma nationella hälsomål.

Stockholms läns landsting antog 1990 sex mål för hälso- och sjukvården i länet. De har nu setts över och utvidgats med utgångspunkt från önskvärda och möjliga effekter på sjuklighet och dödlighet.

De reviderade målen är relevanta både för de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamheterna i regionen och för möjligheten att med sjukvårdande insatser påverka insjuknanderisk, återinsjuknande, för tidig död samt sociala konsekvenser av att vara sjuk.

Urvalet av hälsomål baseras på flera olika överväganden. Till kriterierna hör exempelvis:

- Att hälsoproblemet är vanligt förekommande.
- Att det har allvarliga konsekvenser för individ eller för samhälle.
- Att det bidrar till hälsoskillnader mellan olika grupper i befolkningen.
- Att utvecklingen är negativ.
- Att hälsoproblemet är möjligt att påverka.

Någon prioritering mellan olika mål har inte gjorts.

Av Hälso- och sjukvårdsplanens mål är det hälsomålen som uppdaterats medan vårdmålen tills vidare är oförändrade.

Att sätta mål för hälso- och sjukvården förutsätter mångas medverkan. Det aktuella underlaget ska ses som en utgångspunkt för en diskussion. På flera

områden skulle det vara fruktbart med tid och resurser för en fördjupad analys av vad som kan tänkas vara den sannolika respektive den möjliga utvecklingen, inte minst där förutsättningar håller på att förändras, som till exempel beträffande alkoholmålet. På andra områden handlar det om målkonflikter där olika intressens argument för vad som är önskvärt måste läggas i vågskålar. Det gäller till exempel pälsdjursexponering. I de avslutande avsnitten i detta kapitel presenteras ytterligare några frågeställningar för den fortsatta måldiskussionen.

EN GOD HÄLSA FÖR ALLA

Hälso- och sjukvårdens övergripande mål är en god hälsa för alla vilket innebär att så långt som möjligt minska förekomsten av ohälsa och därigenom främja människors möjligheter till ett rikt och aktivt liv.

Det övergripande målet gör tre kategorier av effektmål särskilt viktiga. De tre målen ska vägleda hälso- och sjukvårdens inriktning.

1. Jämlikhet i hälsa

Att minska skillnaderna i hälsotillstånd och utsatthet för hälsorisker mellan olika grupper i befolkningen genom insatser som i första hand förbättrar de sämst ställdas situation.

Effektmål:

- Att bryta den nuvarande utvecklingen mot ökande skillnader i hälsorisker och sjuklighet mellan socioekonomiska grupper och därefter minska skillnaderna.
- Att minska skillnaderna i medellivslängd mellan olika delar av regionen.

2. Lägga år med hälsa till livet

Att minska död i förtid, sjuklighet och utsatthet för hälsorisker.

3. Lägga liv till de sjuka åren

Att förbättra livskvalitet och funktionsförmåga och minska sociala konsekvenser av långvarig sjukdom.

Effektmål:

- Att minska skillnader i levnadsnivå mellan långvarigt sjuka och friska och mellan olika patientgrupper.

EFFEKTMÅL FÖR VISSA FOLKSJUKDOMAR

För att minska sjuklighet och för tidiga dödsfall i befolkningen krävs insatser mot framförallt de stora folksjukdomarna och deras orsaker.

Hjärtkärlsjukdom

- Att dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom före 75 års ålder fortsätter att minska med i genomsnitt 4% per år för både män och kvinnor under perioden 1994-2000.
- Att risken att insjukna i hjärtinfarkt fortsätter att sjunka med i genomsnitt minst 2% per år i alla åldrar under perioden 1994-2000.
- Att risken att insjukna i hjärnblödning eller hjärninfarkt före 75 års ålder minskar och att dödligheten i hjärnblödning eller hjärninfarkt före 75 års ålder fortsätter att minska med i genomsnitt minst 2% per år under perioden 1994-2000.

Tumörer

- Att minskningen av den åldersstandardiserade dödligheten i tumörsjukdomar fortsätter med i genomsnitt minst 1% per år under perioden 1994-2000.
- Att lungcancerincidensen för män fortsätter att minska med i genomsnitt minst 2% per år.
- Att den uppåtgående trenden i lungcancerinsjuknande bland kvinnor bryts före år 2000.
- Att den uppåtgående trenden vad gäller insjuknande i malignt melanom bryts före år 2000.

Psykisk sjukdom

- Att risken att drabbas av psykisk ohälsa minskas, så att skillnaderna mellan de socioekonomiska befolkningsgrupperna i länet reduceras.

Själv mord

- Att dödligheten i självmord ska fortsätta minska i minst nuvarande takt, dvs 2% per år.

Skador

- Att minska risken att drabbas av olycksfallsskada med i genomsnitt 3% per år under perioden 1994 till år 2000.
- Att minska dödligheten till följd av olycksfallsskada i åldrarna upp till 65 år med i genomsnitt minst 3% per år under perioden 1994 till år 2000.
- Att minska risken att drabbas av fallskadefrakturer.
- Att öka användningen av hjälm vid cykling.

Rörelseorganens sjukdomar

- Att minska sjukligheten i rörelseorganens sjukdomar.
- Att minska utslagningen från arbetslivet på grund av rörelseorganens sjukdomar.
- Att sänka sjuktalet genom att minska förekomsten av sjukdomar i rörelseorganen.

Allergi och annan överkänslighet

- Att minska insjuknandet i allergi och annan överkänslighet.

Diabetes

- Att under en 10-årsperiod minska incidensen av typ 2 diabetes.

Infektionssjukdomar

- Att så långt möjligt reducera antalet smittsamma sjukdomar.
- Att antalet personer som HIV-smittas i Stockholms län inte ökar.
- Att antalet fall av klamydia sjunker med 1.000 under treårsperioden 1995-1997.

EFFEKT MÅL FÖR FOLKSJUKDOMARNAS ORSAKER

Bakom folkhälsoproblemen finns kända orsaker som är möjliga att påverka. De som leder till ohälsa brukar kallas riskfaktorer medan de som främjar hälsa kan kallas skyddsfaktorer eller "friskfaktorer". Orsakerna är på olika sätt relaterade till människors levnadsvanor och levnadsvillkor. Vissa faktorer kan hälso- och sjukvården direkt påverka genom egen hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet, andra förutsätter ett samarbete med olika instanser och sektorer i samhället. Hälso- och sjukvården har också ett ansvar för att med olika former av hälsokonsekvensanalyser bidra med underlag till sådana samhällsbeslut som kan påverka hälsoutvecklingen.

Tobaksrökning

- Att minst 85% av alla vuxna ska vara rökfria år 2000.
- Att avsevärt minska skillnader i rökvanor mellan män och kvinnor samt mellan olika socioekonomiska grupper.

- Att andelen dagligrökare i årskurs 9 ska vara högst 10%.
- Att rökningen hos småbarnsföräldrar minskar med 25% under treårsperioden 1995-1997.

Alkoholkonsumtion

- Att minska mängden konsumerad alkohol med 25% mellan 1985 och 2000.

Kostvanor (vuxna)

- Att minska fettintaget till högst 30% av det totala energiintaget. Intaget av mättade fettsyror bör vara mindre än 10%.
- Att öka intaget av kostfibrer till minst 3 gram per megajoule, vilket för vuxna motsvarar 25-30 gram per dag.
- Att kolhydrater ska utgöra minst 55% av energiintaget, varav högst 10% från tillsatt socker.
- Att minska intaget av koksalt till 5 gram per dag.
- Att minska konsumtionen av hårt stekt kött och hårt stekt fisk.
- Att minska förekomsten av övervikt.
- Att till år 2000 minska medelkolesterolnivåerna i åldersintervallet 20-64 år till 5,2 mmol per ml eller lägre som ett resultat av förändrad kost och motion.

Fysisk aktivitet

- Att inom 5 år minska den andel av befolkningen som är helt inaktiv från nuvarande ca 20% till ca 15% och inom 10 år till 10%.

Solvanor

- Att minska solbadandet, särskilt upprepad kraftig solbränna.

Sexualitet och samlevnad

- Att öka kunskapen om, tillgängligheten till och användningen av preventivmedel som skydd mot sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter.
- Att ge människor tillgång till instrument att bearbeta normer och värderingar kring sexualitet och samlevnad, särskilt i viktiga målgrupper.
- Att sänka abortfrekvensen i länets samtliga kommuner.

Pälsdjursexponering

- Att minska pälsdjursinnehavet hos barnfamiljer med 25%.

Amning

- Att öka andelen mödrar som ammar sina barn helt i minst 4 månader med 25%.

Olämplig belastning av muskler och leder i arbetet

- Att arbetsmiljöerna utformas så att man, så långt möjligt, undviker arbete i böjda och vridna ställningar, upprepade tunga lyft, monotona repetitiva jobb i synnerhet i kombination med prestationslön, arbete ovan axelhöjd samt oskyddad kontakt med vibrerande instrument.

Psykosocial arbetsmiljö

- Att förekomsten av arbeten med höga krav och litet inflytande minskar.
- Att arbeten så långt möjligt utformas så att de blir stimulerande och ger möjlighet att lära nya saker.
- Att arbetsorganisationen i så många arbeten som möjligt ger utrymme för ett individuellt beslutsfattande.
- Att skiftarbete minskas generellt och anpassas till vad som är optimalt med hänsyn till människans biologi.

Arbetslöshet och utslagning från arbetsmarknaden

- Att hälso- och sjukvården ökar andra samhällsinstitansers kunskaper om arbetslöshetens hälsoeffekter.
- Att den öppna arbetslösheten minskas, särskilt för de grupper som riskerar att drabbas av de allvarligaste hälsokonsekvenserna, nämligen ensamstående, människor med låg utbildning och människor med nedsett psykisk hälsa.

Boendesegregationen

- Att inte minst med tanke på barnens behov motverka den sociala segregationen på bostadsmarknaden.

VARFÖR SKA MAN HA MÅL?

Det kan finnas flera skäl till att precisera mål som är mera konkreta än hälso- och sjukvårdslagens och som anger en färdriktning och i vissa fall en kvantitativ nivå som bör uppnås vid en viss tidpunkt. Oavsett om målen

handlar om struktur, process eller effekt markerar målen en politisk ambition om sådant som inte är självklart och där det finns anledning att anta att utan mål kan organisationens utveckling bli en annan. Professionella intressen och ekonomiska incitament driver i många stycken organisationen åt ett önskvärt håll men inte i alla avseenden. Det är framförallt då utvecklingen går i icke önskvärd riktning som mål behövs.

Värdet av mål av typ "minskad hjärtkärlöd med 16%" har främst varit att det har fokuserat befolkningsperspektivet och beställarstyrelsernas roll när det gäller att "köpa så mycket hälsa som möjligt för pengarna". Mål kan även vara didaktiska samlingspunkter när många aktörer ska samverka åt samma håll. I princip kan ett preciserat kvantitativt mål leda till en specifik prioritering och resursallokering. Det kräver dock en detaljerad kunskap om kostnadseffektivitet som oftast saknas. Det finns exempelvis ingen anledning att tro att resursallokeringen i landstinget hade blivit en annan om HSN som mål hade haft en 25-procentig minskning av hjärtkärlöden i stället för som nu 16% för perioden 1985-2000. Resursallokeringen påverkades ju inte heller när det 1992 stod klart att målet hade uppnåtts redan 1989.

OM VAD SKA MAN UPPSTÄLLA MÅL?

Man kan inte ha mål för allt. Det krävs en prioritering bakom valet av målområden och även för målens konkreta innehåll. Vi har valt att koncentrera diskussionen till effektmål relaterade till befolkning och patienter.

Mål angående vårdens struktur och verksamhet är också relevanta, men då i första hand på lägre nivåer i organisationen.

Mål ska handla om det som är politiskt *önskvärt* och tekniskt *möjligt* men som inte går av sig självt.

Det betyder att målen ska väljas för områden där *avståndet* är störst mellan å ena sidan den sannolika utvecklingen, dvs det som kan förväntas om trender och verksamhet fortsätter som nu, och å andra sidan det politiskt prioriterade och tekniskt möjliga.

Vad gäller det politiskt önskvärda finns det två grundläggande egenskaper i hälso- och sjukvården som krävs för att upprätthålla den offentliga vårdens politiska legitimitet: *effektivitet och jämlikhet* i förhållande till *nyttan*. Med effektivitet menar vi att befolkningen får så mycket hälsa och vård som möjligt för pengarna och med jämlikhet avses rättvis fördelning av hälsa och vård. Dessa begrepp motsvarar prioriteringsutredningens nytto- respektive människovärdes- och solidaritetsprincip.

Det finns i princip två olika sätt att definiera nytta - båda är politiskt relevanta.

- I termer av hälso- och sjukvårdens förmåga att producera/vidmakthålla hälsa där definitionen av hälsa har ett starkt professionellt och samhällsligt inslag.

- I termer av sjukvårdens förmåga att producera en service åt medborgarna som individer efterfrågar, värdesätter och är beredd att betala för i någon form.

I det första fallet mäts jämlikhetsmålet i termer av minskade olikheter i sjukdomsrisk och sjukdomskonsekvenser medan det i det andra fallet mäts i termer av lika tillgång till nyttigheter för alla.

Med utgångspunkt i dessa övergripande mål kan man göra en avgränsning av *sju dimensioner* som kan bli föremål för målformulering om effekter.

Hälsoutfallet kan definieras och mätas i följande tre grova dimensioner.

- *Minskad riskexponering och incidens av sjukdom och skada (prevention).*
- *Minskad sjukdomsduration, funktionsnedsättning och dödlighet (behandling).*
- *Minskade sociala konsekvenser av sjukdom, dvs handikapp (rehabilitering/omvårdnad).*

Därtill kommer några efterfrågade servicekvaliteter som inte är direkt knutna till hälsoutfallet.

- *Bättre tillgänglighet, kontinuitet, valfrihet, information, medbestämmande, integritet, trygghet m m.*

I relation till jämlikhetsmålet kan man som redan nämnts, särskilja två aspekter.

- *Ökad jämlikhet i utfallet (minskade skillnader i sjukdomsrisk till följd av levnadsnivå och minskade skillnader i levnadsnivå till följd av sjukdom).*
- *Ökad jämlikhet i tillgänglighet (med avseende på geografiska, ekonomiska och kulturella hinder).*

Man kan nu för var och en av dessa sex huvudområden gå vidare genom att dels analysera *avståndet* mellan sannolik och önskvärd/möjlig utveckling och dels analysera om det finns *målkonflikter*. På basen av dessa analyser kan man avgränsa specifika förhållanden om vilka det bör formuleras mål. Därefter vidtar en mera teknisk analys av vad som är möjligt att uppnå med dagens kunskaper och resurser och hur måluppfyllelsen ska mätas.

Behandling har av tradition varit väl bevakad av professionella intressen. Samhällsekonomin något konjunkturberoende efterfrågan på frisk arbetskraft och minskade sociala kostnader för ohälsa har till viss del fokuserat intresset på prevention och rehabilitering/omvårdnad som prioriterade områden. De etiska och ekonomiska aspekterna på avvägningen mellan prevention, behandling och rehabilitering tillhör dock några av beställarstyrelsernas svåraste problem där väl genomtänkta mål kan spela en viktig roll. En jämlik tillgång till sjukvård är sedan många år väl bevakad av

politiska intressen och avståndet mellan det faktiska och det önskvärda har successivt minskat.

Under senare år är det avståndet till det önskvärda med avseende på valfrihet, tillgänglighet och kontinuitet som varit det politiskt mest problematiska men Stockholmsmodellen, husläkarreformen etc har bl a syftat till att minska detta avstånd. Vad gäller sociala skillnader i ohälsa, har utvecklingen under senare år visat på ett klart växande avstånd mellan verkligheten och den önskvärda utvecklingen, men det har rått en viss osäkerhet om vad som är möjligt att åstadkomma.

Detta resonemang kan möjligen tala för att det är på områdena prevention, rehabilitering/omvårdnad och ökad jämlikhet i utfallet som det för dagen är mest angeläget att politiken formar mål även om det naturligtvis också är viktigt, men inte just nu kanske prioriterat att övriga områden bevakas med mål.

Alla de nämnda sex dimensionerna behövs dock i den meningen att uppfyllelse av mål för ett område inte nödvändigtvis löser problemen för de andra. Frågan är dock om det finns målkonflikter. Några sådana har varit uppe till debatt nämligen:

- *Konflikten mellan prevention och behandling.*

Denna fråga kan diskuteras i termer av vad som är det mest kostnadseffektiva sättet att nå en viss hälsoeffekt. Samtidigt handlar det om två typer av insatser, där den ena riktar sig mot dagens hälsoproblem och den andra

mot morgondagens. Detta är en helt annan typ av prioritering och ingen målkonflikt i egentlig mening.

- Konflikten mellan effektivitet och jämlikhet.

Det finns en potentiell "trade off" mellan en ren prioritering baserad på ren kostnadseffektivitetsanalys i relation till hälsoutfall och ett jämlikt utfall. Insatser som syftar till små, men viktiga förbättringar av levnadsnivån för en svårt sjuk och handikappad person kan ofta vara betydligt dyrare per räddat kvalitetsjusterat levnadsår än behandling av en mera lindrigt sjuk person utan svårare medicinska och sociala komplikationer.

- Konflikten mellan behov och efterfrågan.

Valfrihet och konkurrens mellan vårdgivare kan, beroende på vilka konkurrensmedel som används, förekomst av incitament m m, medföra en konflikt som påverkar såväl effektivitet som jämlikhet i hälsans utfall.

På grund av dessa potentiella konflikter är det viktigt med en prioritering mellan målen. Denna prioritering kan enbart ske på politiska grunder.

SLUTORD

Mål och prioriteringar ska handla om det som är möjligt, men som inte sker av sig själv. Att det är möjligt att förändra sjukdomsmönstret och minska de stora folksjukdomarna visar den halvering av dödligheten i kranskärlsjukdom som inträffat under senare år. Det finns dock på många områden skäl till ökade ambitioner i folkhälsoarbetet. Låt oss avslutningsvis peka på några viktiga områden för det framtida folkhälsoarbetet.

- Arbetslösheten är en ny och allvarlig hälsorisk i Stockholms län. Vi finner idag mycket starka samband mellan arbetslöshet å den ena sidan och psykisk hälsa, tobaksrökning och alkoholkonsumtion å den andra sidan. Människor som drabbas av arbetslöshet får ökade psykiska besvär, medan de som hade psykiska besvär redan innan har mycket svårare än andra att återvända till arbetsmarknaden. Det faktum att 33% av de som har psykiska besvär nu står utanför arbetsmarknaden jämfört med 10% för 4 år sedan ställer hälso- och sjukvården inför en stor utmaning. Det handlar om att kunna gripa in och minska arbetslöshetens medicinska skadeverkningar, liksom att stödja sina patienter i deras strävan att återkomma till arbetsmarknaden. Det behövs utbildning av sjukvårdspersonal liksom ett förstärkt samarbete mellan sjukvård och arbetsliv.
- Tobaksrökningen minskar och 1994 har målet att 80% av Stockholms läns befolkning skall vara rökfria nästan nåtts. En säker uppgång av alkoholkon-

sumtion eller alkoholskador under 1990-talet har inte uppmätts. Alkoholkonsumtionen är dock hög bland arbetslösa män. Det finns tecken som tyder på att fettkonsumtionen ökar. Alkoholbruk, tobaksrökning och andra mer eller mindre riskfyllda levnadsvanor tycks allt mera anhopas till människor som lever ett socialt utsatt liv. Bland dem som är ensamboende och arbetslösa eller saknar ekonomisk rörelsefrihet är det mycket vanligt att man är utsatt för många riskfyllda levnadsvanor samtidigt. Hälsovanor är en del av livsstilen och den handlar inte bara om ett sjukdomsfritt liv, utan också om en sammanhängande och meningsfull tillvaro. Hälsopolitiken handlar om att skapa möjligheter för detta, att skapa livssituationer där människor har möjligheter att utveckla upplevelse av sammanhang, kontroll och engagemang i tillvaron. Landstinget saknar idag en hälsopolitisk strategi för detta.

- Barns uppväxtvillkor är viktiga för hälsan. Det ser vi inte minst bland de vuxna. Huruvida barn med olika bakgrund får samma chanser vid livets början beror mycket på hur våra bostadsmiljöer ser ut. Bostadssegregation är inget nytt i Stockholm, men den har blivit värre under 1980-talet. Nu har dessutom en hög arbetslöshet tillkommit. Arbetslösheten fortsätter att gå upp i kommuner, där den redan var hög trots att arbetslösheten börjat minska i länet. Att växa upp i en segregerad miljö och dessutom inte ha kontakt med arbetslivet, gör att man helt förlorar kontakten med övriga samhället. Stockholm är inte där ännu. Det är viktigt att resurser till barnhälsovård, skolhälsovård och husläkare fördelas efter behov.

- Kvinnors arbetsmiljö har försämrats jämfört med männens. 1980-talets ökning av värk i nacke och skuldror har avstannat, men skillnaden i förekomst av värk är fortfarande stor bland män och kvinnor. Ergonomiska och psykosociala förhållanden på arbetsplatsen är viktiga, men även ekonomiska svårigheter, bristande socialt stöd och avsaknad av känsla av sammanhang ökar risken för värk. Men könsskillnaden i värk kan inte enkelt förklaras med hänvisning till mäns och kvinnors olika villkor i dessa avseenden. Här krävs mer forskning.
- På flera områden är kunskaperna om prevention numera goda. Det gäller exempelvis olycksfallsskador. Inte minst bland äldre ses inte den positiva utvecklingen som är möjlig. Det gäller även allergi, där bl a Miljö-hälsorapporten har pekat på betydelsen av föräldrars rökning för barns hälsa.

1994 års folkhälsorapport visar på ett för Stockholms län nytt samband mellan arbetslöshet och hälsa. Ser man på befolkningen totalt syns endast få kristecken. 1990-talets första år har inneburit fortsatt ökad medellivslängd framförallt för männen. Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar liksom för cancer och skador. Men antalet personer som vårdats för självmordsförsök ökade 1993 med 25%. Sambandet mellan arbete och hälsa har förstärkts. 1990 befanns sig knappt var tionde med psykiska besvär utanför arbetsmarknaden. 1994 hade siffran ökat till 33%. Den växande skaran av arbetslösa har allt sämre psykisk hälsa. Fördubblingen av antalet nybeviljade förtidspensioner bland yngre har också med denna utveckling att göra. Människor utan arbete och med ekonomiska svårigheter har förhöjd tobaks- och fettkonsumtion. Ett förstärkt folkhälsoarbete är således nödvändigt och folkhälsorapporten innehåller förslag till nya hälsopolitiska mål för Stockholms läns landsting.

