

Folkhälsa

Maria Danielsson

Människors upplevelse av sin hälsa förbättras inte i takt med den ökande livslängden och det gäller särskilt det psykiska välbefinnandet. Hur ska denna utveckling tolkas? Är det skilda dimensioner av folkhälsan? Kommer den upplevda försämringen av det psykiska välbefinnandet att även påverka livslängden?

Maria Danielsson, projektledare och socialmedicinare. Adressen är: Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen, 106 30 Stockholm, E-mail: maria.danielsson@sos.se

Folkhälsans utveckling har sedan en längre tid visat motsatta tendenser. Å ena sidan ökar medellivslängden till följd av minskande risker för förtida död i flertalet stora dödsorsaker. Trots denna påtagliga förbättring av folkhälsan, så förefaller inte människors egna bedömningar av sitt hälsotillstånd förbättrats i lika hög grad. Beträffande upplevelsen av psykiskt välbefinnande har det i åldersgruppen 16-64 år till och med försämrats. 2003 års lägesrapport om folkhälsa handlar därför framförallt om psykisk hälsa och närliggande områden som självmord, självmordsförsök och alkoholdödlighet,

några resultat från dessa områden beskrivs nedan. Lägesrapporten handlar också om annan självrapporterad hälsa och arbetsförmåga samt övervikt med tanke på den oroad ökningen.

Nytt för lägesrapport 2003 är att den genomgående innehåller regionala analyser. I avsnittet om folkhälsan har Sverige delats i tre ungefär lika stora delar utifrån tätortsgrad nämligen "Storstadsregionerna" (Stockholm, Göteborg och Malmö med omnejd), "Landsbygden" och området däremellan sk "Större städer" (som kan vara kommuner från Uppsala till Söderköping).

Självrapporterat psykiskt välbefinnande

Ökningen av självrapporterad psykisk ohälsa har ett tydligt åldersmönster. Det är i yrkesverksam ålder som man uppger sig må allt sämre. Försämringen är större i åldern 16–44 år än i åldersgruppen 45–64 år. Pensionärer har haft en betydligt gynnsammare utveckling och har i vissa avseende t o m ett förbättrat psykiskt välbefinnande.

Med nedsatt psykiskt välbefinnande menas i lägesrapporten att man uppger sig lida av olika kombinationer av ängslan, oro eller ångest, ständig trötthet eller sömnbesvär. Uppgifterna är hämtade från Statistiska centralbyråns intervjuundersökningar sk ULF-undersökningarna. Frågor av detta slag ställdes årligen fr. o m mitten av 1990-talet fram till år 2002 samt ett antal gånger spritt under 1980-talet.

Samtliga dessa mått på nedsatt psykiskt välbefinnande visar en fortlöpande försämring bland människor i yrkesverksam ålder från 1990-talets mitt fram till år 2002 och en markant ökning mellan 1980-talet och andra halvan av 1990-talet. Detta mönster finns både i storstadsregionerna, landsbygden och i tätorter däremellan (sk större städer). Vi

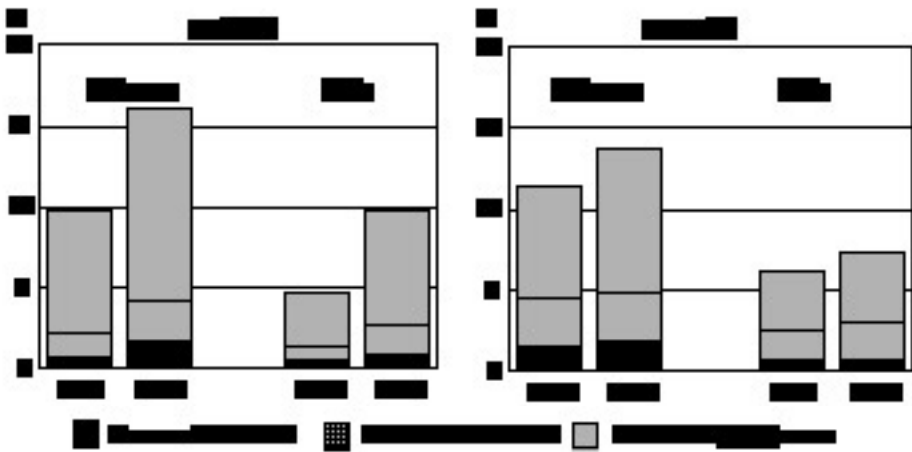
saknar tyvärr uppgifter från första halvan av 1990-talet, dvs. under de år när det skedde mycket stora samhällsförändringar i samband med den ekonomiska krisen. Nedsatt psykiskt välbefinnande är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män, men ökningen återfinns hos bägge könen (tabell 1).

Att olika mått på bristande psykiskt välbefinnande visar liknande utveckling skulle kunna förklaras av att samma personer uppger flera symtom samtidigt. Figur 1 visar att det finns en viss överlappning så tillvida att över hälften av de som uppger svår ängslan, oro eller ångest också är trötta för jämnan. Ökningen av besvären mellan 1980-talet och 1990-talet gäller dock både dem som har båda symtomen samtidigt och dem som har uppgett ett. Det talar för att det kan vara likartade samhällsförändringar som påverkat hälsoutvecklingen och givit olika symtom på nedsatt psykiskt välbefinnande hos olika personer.

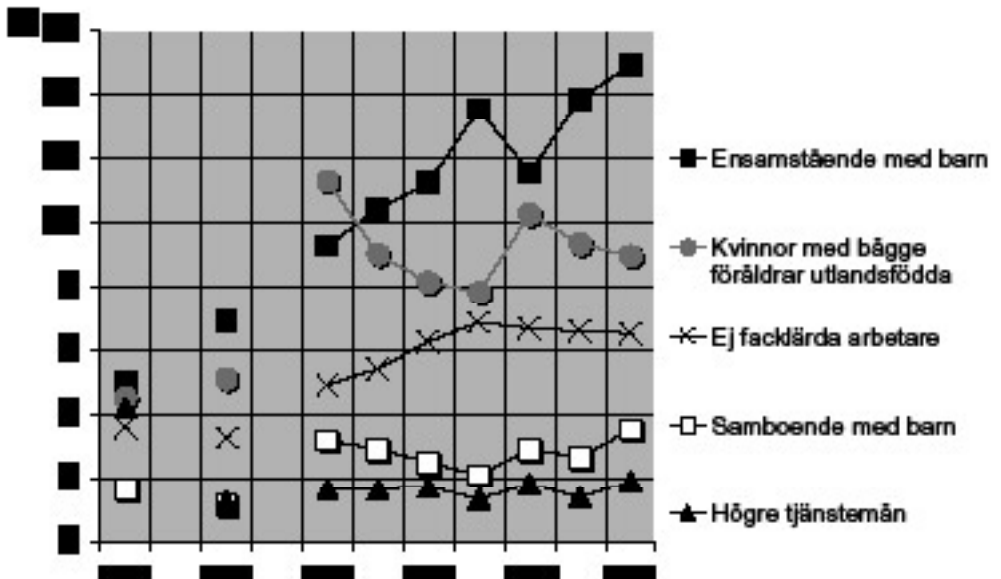
En motsvarande analys av sömnbesvär samt ”ängslan, oro eller ångest” överhuvudtaget, som bägge är betydligt vanligare, visar att ökningen även här finns dels för symtomen var för sig och dels för andelen som uppger bägge besvären.

Tabell 1: Andel (procent) kvinnor och män 16-44 år som uppger symtom på nedsatt psykiskt välbefinnande. Sverige 1989, 1995 och 2002. Varje år representeras av medelvärdet för det aktuella året samt året innan (för att minska slumpvariationerna).

	Kvinnor			Män		
	1989	1995	2002	1989	1995	2002
Svår ängslan, oro eller ångest	3	4	6	2	3	4
Trött för jämnan	7	12	16	4	7	9
Ängslan, oro eller ångest	12	15	28	7	14	19
Sömnbesvär	11	19	27	9	3	23



Figur 1: Andel (procent) kvinnor respektive män med svår nedsättning av psykiskt välbefinnande. Med svår nedsättning avses att man antingen uppger "trötthet för jämnan" eller "svår ångslan, oro eller ångest" eller bägge dessa besvär.



Figur 2: Andelen (procent) kvinnor i åldern 16-44 år som uppgivit svår ångslan, oro eller ångest, 1981 till 2002. Sverige. Åldersstandardiserat. Glidande 3-års medelvärden.

Vilka befolkningsgrupper, förutom kön och åldersgrupper, är mest drabbade? De största sociala skillnaderna återfinns bland de som uppgett *svår* ängslan, oro eller ångest. Figur 2 visar hur olika utvecklingen av andelen med dessa besvär sett ut bland kvinnor i åldersgruppen 16-44 år.

Bland ensamstående mödrar i åldersgruppen 16-44 år, har andelen som uppgett "svår ängslan, oro eller ångest" ökat från 9 procent till 15 procent sedan mitten av 1990-talet (genomsnitt för åren 1995-1997 respektive 2000-2002). Det kan jämföras med att bland samboende kvinnor med barn har andelen legat i stort sett oförändrad, omkring 3 till 4 procent. Skillnaderna mellan socioekonomiska grupper är också stora.

Dessa sociala skillnader återfinns också för de övriga måtten på nedsatt psykiskt välbefinnande men är inte lika uttalade då t ex trötthet för jämnan och sömnbesvär ökat i alla grupper sedan mitten av 1990-talet, även bland t ex högre tjänstemän och samboende med barn.

En fråga som inställer sig är om ökningen av nedsatt psykiskt välbefinnande till en del kan bero på att människors benägenhet att uppge sådana besvär har ökat. Att ökningen främst skett i yrkesverksamma åldrar och för vissa grupper mer än för andra talar dock för att en väsentlig del av förklaringen skall sökas i arbetslivet och i levnadsförhållandena i stort.

Ett sätt att värdera betydelsen av att ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande är att undersöka huruvida personer som uppgett "ängslan, oro eller ångest" löper större risk att vårdas för självmordsförsök, avlida i självmord eller överhuvudtaget dö en för tidig död. En sådan analys visar att de som uppgett svåra besvär av "ängslan, oro eller ångest", löpte cirka två och en halv gång högre risk än andra att avlida de närmaste fem åren efter

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004

frågetillfället. Risken för dem som lider av lätta sådana besvär var omkring en och en halv gång större.

Dessa riskökningar har varit av samma storleksordning under olika tidsperioder, dvs. femårsperioderna efter intervjutillfällena 1980-81, 1988-89 och 1995-96. Betydande överrisker kvarstår även tio år efter frågetillfället. Den ökade dödsrisken återfinns bl.a. för hjärt-kärlsjukdomar och självmord. Att överriskerna inte minskat med den ökande förekomsten av nedsatt psykiskt välbefinnande talar emot att ökningen främst beror på en ökad rapporteringsbenägenhet.

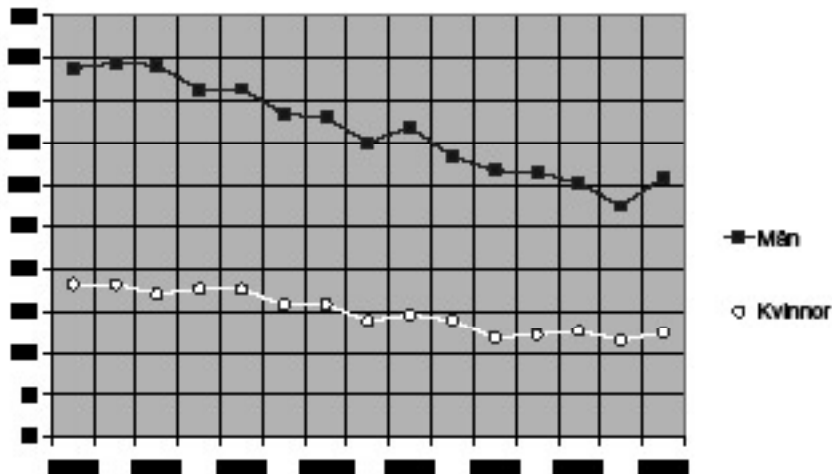
Risken att vårdas för självmordsförsök är också mångdubbelt större (uppskattningsvis tio gånger) för personer med svår "ängslan, oro eller ångest" och tredubbelt större för dem med lättare besvär. Av samma storleksordning är risken att vårdas för en psykiatrisk diagnos.

Självmod och självmordsförsök

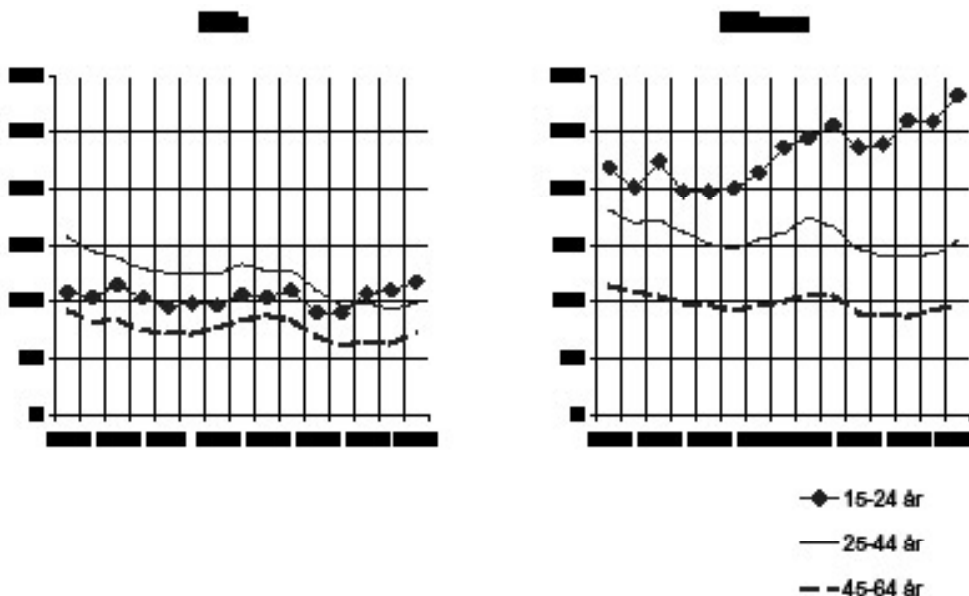
I över trettio år har andelen självmord minskat i stort sett kontinuerligt bland både kvinnor och män. För år 2001 kan vi emellertid se en liten uppgång av självmord bland män. Om detta är en tillfällig uppgång eller inte, återstår att se. Uppgången återfinns såväl i storstadsregionerna som på landsbygden och i områden däremellan.

Inläggning på sjukhus för självmordsförsök har ökat kraftigt bland kvinnor 15-24 år under den senaste tioårsperioden (fig.4). Bland unga män i samma åldersgrupp har andelen självmordsförsök varit oförändrad mellan 1987 och 1998, för att under de allra sista åren tendera att öka. I åldersgrupperna 25-44 år och 45-64 år har andelen självmordsförsök i stort sett minskat sedan 1987. En viss uppgång kan dock skönjas för år 2001 även för dessa åldersgrupper. Sjukvårdsstatistik måste dock tolkas med försik-

117



Figur 3: Antalet avlidna i självmord per 100 000 invånare i Sverige. Alla åldrar sammanlagt. Förändringar mellan 1987 och 2001. Åldersstandardiserat. Källa: Dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen.



Figur 4: Antalet vardade för självmordsorsak och annan självutlösgad skada per 100 000 invånare i åldersgrupperna 15–24 år, 25–44 år och 45–64 år. Förändring mellan 1987 och 2001. Sverige. Åldersstandardiserat. Källa: Patientregistret. Socialstyrelsen. (Justerat för bortfall i slutenvårdsregistret.)

Tabell 2: Den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre. Omräknad till liter ren alkohol. Inkluderar även uppskattad oregistrerad alkohol från t ex utlandsresor. Sverige 1993, 1995, 1996, 1998, 2000, 2001 och 2002. Källa: SORAD Stockholms universitet

	1993	1995	1996	1998	2000	2001	2002
Liter ren alkohol	7,7	7,8	8,0	8,1	8,4	9,1	9,9

tighet eftersom den påverkas av vårdutbud och organisatoriska förändringar.

Alkohol

Alkoholkonsumtionen uppskattas idag vara högre än den någonsin varit sen man började föra statistik på 1950-talet. Från 1996 har den totala alkoholkonsumtionen ökat med 24 procent. Ökningen har varit störst de senaste två åren. År 2000 drack man i Sverige i genomsnitt 8,4 liter ren (hundraprocentig) alkohol per person över 15 år och år 2002 hade konsumtionen stigit till 9,9 liter (tabell 2). Fortfarande är alkoholkonsumtionen lägre än i något annat EU-land, men avståndet till övriga länder har mer än halverats sedan 1995.

Kvinnor uppskattas svara för ca trettio procent av den totala alkoholkonsumtionen, en siffra som varit relativt oförändrad sedan början av 1980-talet. Det ökade alkoholintaget beror främst på att man dricker oftare än förr och inte på att man dricker större mängder vid varje tillfälle. Andelen i befolkningen som kan klassas som storkonsumenter av alkohol har också ökat stadigt för både kvinnor och män.

Dödligheten i alkoholrelaterade diagnoser har minskat stadigt bland män mellan 30 och 64 år och bland kvinnor mellan 30 och 44 år sedan lång tid tillbaka (fig 5). Däremot har alkoholdödligheten ökat bland kvinnor mellan 50 och 69 år. I övriga åldersgrupper har den i stort sett varit oförändrad.

År 2001 ser vi tecken på en ökning av alkoholdödligheten bland män i åldern 30–64 år. Det är för tidigt att uttala sig om detta är ett trendbrott, dvs. om den ökade alkoholkonsumtionen har börjat resultera i ökad alkoholdödlighet.

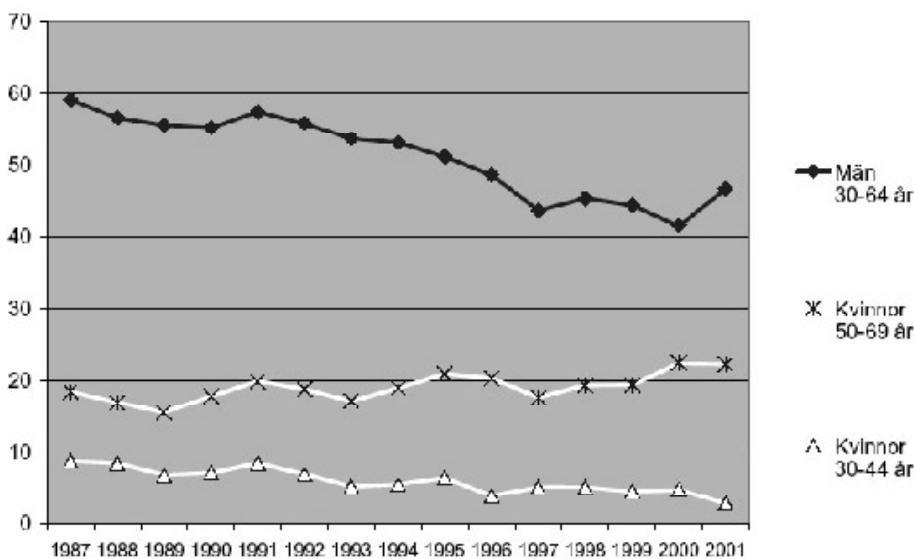
Regionala skillnader

Samtliga symtom på nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare i storstadsregionerna än i riket i övrigt. Dessa regionala skillnaderna har blivit större under 1990-talets senare hälft, vilket illustreras i figur 6 som visar andelen som uppgivit ”ängslan, oro eller ångest”.

Alkoholkonsumtionen och alkoholdödligheten är högre i storstadsregionerna bland både kvinnor och män. De regionala skillnaderna har minskat bland män under de senaste tio åren, pga. minskande alkoholdödlighet i Stockholm och Göteborg under perioden. Bland kvinnor är alkoholdödligheten högst i Stockholm såväl nu som för 10 år sedan och har under perioden ökat bland kvinnor i Malmö.

Själv mord bland kvinnor är sedan decennier vanligare i storstadsregionerna. Bland män är själv mord vanligare på landsbygden åtminstone under sista decenniet.

Å andra sidan är det på landsbygden vanligare att ha värk från rörelseorganen. Det är också vanligare med övervikt och nedsatt arbetsförmåga pga. sjukdom. Detta gäller för både kvinnor och män.



Figur 5: Antal kvinnor och män per 100 000 invånare som avlidit i alkoholrelaterade diagnoser (t.ex. alkoholförgiftning, skrumplever, bukspottskörtelinflammation och alkoholism). Förändring mellan åren 1987 och 2001. Åldersgrupper med i stort sett oförändrade dödstal under tidsperioden ej medtagna.

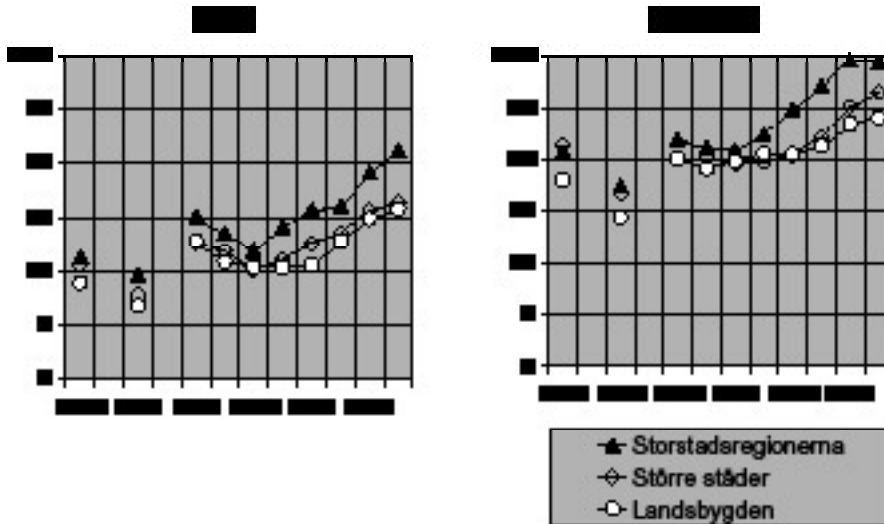
Förändringar av nedsatt psykiskt välbefinnande och övervikt över tid har varit av samma slag i de olika regionerna. När det gäller nedsatt arbetsförmåga och dåligt allmänt hälsotillstånd har utvecklingen varit sämre för män i storstadsregionerna än för andra män. Bland män är det i storstadsregionerna betydligt vanligare att uppleva sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt än vad det är i övriga Sverige.

Vi har undersökt huruvida dessa regionala skillnader kan bero på skillnader i ålderssammansättning, socioekonomisk struktur, samboendeförhållanden, utländsk bakgrund respektive offentlig eller privat arbetsgivare. Skillnaderna mellan regionerna kan till en del förklaras av skillnader i socioekonomisk

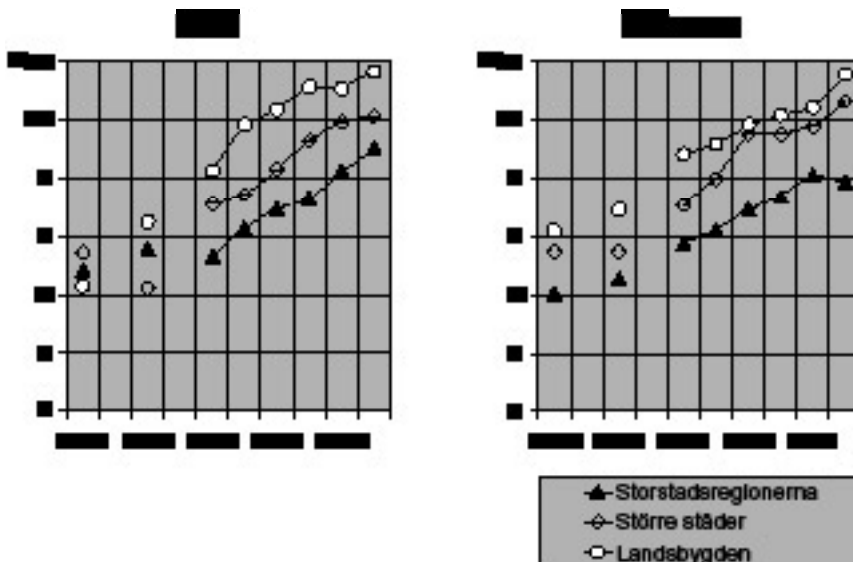
struktur (avseende övervikt och värk) och av andelen som har utlandsfödda föräldrar (avseende psykiskt välbefinnande). Till största delen beror dock dessa skillnader på andra faktorer än de undersökta. Regionerna skiljer sig naturligtvis i flera andra avseenden. Det kan handla om näringslivsstrukturer och arbetsmarknadsfaktorer etc. men också om mer svårgräpbara kulturella skillnader.

Självrapporterad hälsa och framtida medellivslängd

Den förbättrade folkhälsa som vi kunnat avläsa med en ständigt ökande medellivslängd, kommer den att fortgå trots att självrapporterade hälsan snarare försämrats och alkohol-



Figur 6: Andel (procent) män respektive kvinnor 16–84 år som uppger sig lida av ängslan, oro eller ångest (svåra och lättare besvär) i olika regioner i Sverige. Förändring mellan 1980-81 och 2001-02. Åldersstandardiserat. Glidande 2-årsmedelvärden. Källa: Bearbetningar av ULF



Figur 7: Andel (procent) män respektive kvinnor i olika åldersgrupper som uppger längd och vikt motsvarande BMI>30 vilket motsvarar kraftig övervikt (fetma). Glidande 2-årsmedelvärden. Förändringar från 1981–2002. Källa: Bearbetningar av ULF

konsumtionen och övervikten ökar?

Av stor betydelse för de senaste decenniernas ökning av medellivslängden har varit minskad rökning och minskad alkoholkonsumtion. Beträffande rökning är utvecklingen fortsatt positiv. Om alkoholkonsumtionen fortsätter att öka så kommer det sannolikt att så småningom påverka medellivslängden, i synnerhet mäns. Svenska män har idag en av världens högsta livslängd, näst Japan och Island, medan svenska kvinnor ligger först på sjätte plats. En viktig anledning till detta är att svenska män dricker och röker i mindre utsträckning än t ex män i övriga Europa. Denna framskjutna position kan komma att förändras.

Vad betyder det för livslängden att den psykiska hälsan försämras utifrån människors egna bedömningar? Självrapporterade psykiska besvär kan inte bortförklaras med en ökad rapporteringsbenägenhet, även om ett sådant bidrag inte kan uteslutas. Oroande är att självrapporterade psykisk hälsa

är förknippad med högre dödlighet och detta samband kvarstår även när hänsyn tas till tidigare sjuklighet. Det betyder att på sikt kan den självrapporterade psykiska ohälsan även påverka livslängden.

De grupper som genomgående rapporterat största försämringen av sin hälsa är unga, personer med utlandsfödda föräldrar och ensamstående mödrar. Kvinnor rapporterar betydligt högre nivåer än män, men ökningen finns för bägge könen. Sociala skillnader tycks snarare ha ökat än minskat sedan mitten av 1990-talet. Kan detta tänkas leda till större sociala skillnader i livslängd i framtiden?

Sammantaget förefaller det viktigt att uppmärksamma utvecklingen av självrapporterad hälsa. Att vi trots tolkningssvårigheterna inte avfärdar dessa mer svårfångade dimensionerna av folkhälsan, som kan komma att visa sig ha stor betydelse för människors hälsa både idag och i framtiden.