

Psykisk hälsa ur ett socialmedicinskt perspektiv

Geografiska skillnader i psykisk hälsa

– samband med socioekonomisk position

Lena Andersson

Sociala faktorer såsom uppväxtmiljö, inkomstnivå och utbildning är relaterade med risk för fysisk sjukdom. Dessa faktorer är också relaterade med risk för allvarlig psykisk sjukdom, såsom psykossjukdomar. Mildare psykisk ohälsa däremot uppvisar inte ett lika tydlig samband med socioekonomisk position. Flera studier har funnit att psykisk sjukdom är mer vanligt förekommande i urbana områden jämfört med rurala. Förklaringar till detta har bland annat varit miljörelaterade faktorer, låg social position och negativ stress. Eftersom social position är en mycket inflytelserik faktor för hälsa bör den alltid inkluderas i geografiska studier av psykisk hälsa

Lena Andersson, Med.dr, M.Sc arbetar dels som gästlärare på enheten för Socialmedicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet och dels som Post doc. i Nordiska Akademin för forskning om psykisk hälsa, på Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg.

Kontakt: Lena Andersson, Avd för Samhällsmedicin och folkhälsa, Enheten för Socialmedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Box 453, 405 30 Göteborg, lena.andersson@socmed.gu.se

Det är väl känt sedan länge att personer i arbetaryrken löper högre risk för sjuklighet och kortare livslängd än personer i högre tjänstemannayrken. Folkhälsorapporten (2005) [1], visar att icke facklärd arbetare (både manliga och kvinnliga) har cirka 60 % högre risk att dö av hjärtinfarkt jämfört med högre tjänstemän och diabetes är nästan dubbelt så vanligt hos personer med låg utbildning jämfört

med personer med hög utbildning. Motsvarande sociala gradient återfinns också i relation till fetma och muskeloskeletal problem. Risken att drabbas av malignt melanom däremot är en av de få sjukdomar som har en högre förekomst i högre socioekonomiska grupper.

Orsaker till sociala skillnader i hälsa är multifaktoriella och ett sätt att förklara dem är att studera deter-

minanter över tid genom ett så kallat livsförloppsperspektiv. Enligt detta perspektiv antas det att hälsan påverkas negativt hos personer med en låg socioekonomisk position på grund av att de har sämre tillgång till materiella resurser vilket exempelvis påverkar boendemöjligheter och kost som i sin tur kan påverka vuxnas och barns hälsa. Näringsbrist kan resultera i ökad sårbarhet för infektioner och nedsatt immunförsvar vilket kan försämra tillväxt och psykosocial hälsa. Dessa faktorer kan i sin tur influera skolprestationer, högre utbildning, och yrkestillhörighet som vuxen. Personer i arbetaryrken blir också i högre grad exponerade för hälsorisker jämfört med personer i högre socioekonomiska grupper vilket återspeglas i en högre arbetsrelaterad ohälsa.

Men den ekonomiska fattigdomen låg i Sverige. De som löper högst risk för ekonomisk utsatthet är arbetslösa och personer som står utanför de sociala transfereringssystemen. De grupper som visar den mest ogynnsamma utvecklingen är familjer med ekonomiskt bistånd, arbetslösa och utsatta barn, speciellt de med psykiskt sjuka föräldrar och de som är placerade inom institutionsvård. Ofta samverkar flera faktorer med den ekonomiska utsattheten [2].

Strukturella faktorer korrelerar således med hälsa, men forskning visar också att skillnader i hälsa uppträder bland personer med tämligen likartade sociala förhållanden. Michael Marmot har påvisat en social gradient i hälsa i de flesta sociala grupper [3]. Både sjukdom [4] och dödlighet [5] har studerats hos tjänstemän inom

den brittiska statsförvaltningen och man har funnit en tydlig hälsogradient bland tjänstemän som tillsynes har en liknande social situation. Marmot förklarar dessa skillnader i hälsa och mortalitet med människors relativa position i sociala hierarkier och han menar att den positionen är av avgörande betydelse för vår hälsa [3]. De flesta människor ingår i någon form av sociala rangordningssystem, uttalade eller outtalade, och den hierarkiska positionen är associerad med makt, kontroll och autonomi. En lägre position medför således mindre kontroll och lägre status vilket i förlängningen, enligt Marmot, ökar risken för kroniskt stress och hälsoproblem. Dessa tankar återfinns också i relation till arbetsrelaterad ohälsa [6].

Sociala skillnader i psykisk sjukdom och teoretiska förklaringar

I likhet med fysisk sjukdom finns även sociala skillnader i relation till psykisk sjukdom. Flera studier har funnit att personer med lägre socioekonomisk status har högre förekomst av allvarlig psykisk sjukdom, ofta definierad som psykosjukdomar och schizofreni men också rörande depression och missbruk. De två vanligaste förklaringarna till detta samband har varit *social kausalitet* och *social selektion* [7]. Hypotesen om social kausalitet har betonat den omgivande miljöns betydelse och dess relation till negativ stress, och föreslagit att personer som bor och växer upp i fattiga miljöer i högre grad än andra utsätts för långvarig stress som påverkar deras psykiska hälsa, och ökar sårbarheten risken

för psykisk sjukdom [8, 9]. Hypotesen om social selektion föreslår däremot att vissa individer är mer predisponerade för psykisk sjukdom, främst för schizofreni och att dessa personer därför är mer sårbara för psykisk sjukdom om de utsätts för negativ stress eller trauma. Dessa personer antas ha högre risk för en negativ social karriär (*social down ward drift*), eftersom sjukdomen förhindrar dem att göra karriär eller att behålla arbetet efter sjukdomens inträde med arbetslöshet eller

i arbeten med lägre status som följd [10]. En selektion av psykiskt sjuka personer kan också ske genom att personer med psykisk sjukdom flyttar till speciella geografiska områden, t.ex. in till större städer för att finna arbete eller bättre förutsättningar. Vidare kan ett område via sekundär selektion få en högre förekomst av psykisk sjuka genom att sociala myndigheter hänvisar personer till områden där förekomst av psykosociala problem redan är hög.

Tabell 1. Faktorer som i olika geografiska studier är föreslagna att påverka den psykiska hälsan

	Faktorer föreslagna som positiva för psykisk hälsa	Faktorer föreslagna som negativa för psykisk hälsa
Urban miljö	Stor arbetsmarknad Möjlighet till personlig utveckling Fler sociala kontakter Möjlighet till inkomstutveckling Mindre stigmatiserande syn på psykisk sjukdom Heterogen befolkning Tillgång till vård	Luftföroreningar Trångboddhet Dåliga bostadsområden Risk för våld och kriminalitet Negativ stress Trafikkoncentration Anonymitet Arbetslöshet Segregering
Rural miljö	Socialt stöd Sociala nätverk Informell arbetsmarknad Ren miljö Låg stress Friluftsliv	Ensamhet Social isolering En stigmatiserande syn på psykisk sjukdom Arbetslöshet Mindre möjlighet till personlig utveckling Brist på vård

Geografiska skillnader i psykisk sjukdom

Flera studier har funnit att psykosjukdomar, speciellt schizofreni är mer vanligt förekommande i större

städer jämfört med landsbygd och det har föreslagits att miljörelaterade faktorer kan förklara de urban/rurala skillnaderna [11, 12]. Många studier på geografiska skillnader i psykisk hälsa kommer från Nordamerika och

England, och ofta beskrivs fattiga de-
praverade innerstadsområden där per-
soner bor i trångboddhet, förorenad
miljö och med hög risk för våld och
kriminalitet. I Norden är den urbana
miljön många gånger motsatt, inner-
stadsområdena bebos av välutbildade
personer i välbyggda kvarter. I Sverige
är det därför mer relevant att diskute-
ra miljöhypotesen i relation till segre-
gerade förortsområden. Då bör också
en negativ hälsoselektion tas med i
beräkningen eftersom personer med
låg socioekonomisk status, arbetslösa
och invandrare ofta är hänvisade att
flytta till dessa områden på grund av
låg tillgänglighet till bostäder i andra
områden.

Sundquist et al [13] fann i en stor
svensk kohortstudie att förekomsten
av psykos och depression ökade med
grad av urbanisering (för både män
och kvinnor) och att risken var högre
bland dem med lägre utbildning. I en
modell som justerade för ålder, civil-
stånd, utbildning och immigrantstatus
var risken för både psykos och depres-
sion högst bland personer i den mest
urbaniserade kategorin. I en annan
studie där svenska värnpliktiga män
följdes upp fann Lewis et al [11] att
män som var födda i städer hade en 65
% högre risk att bli inlagda på sjukhus
med diagnosen schizofreni jämfört
med män som var födda på landsbyg-
den. Sambandet kvarstod även efter
kontroll för familjens inkomst, famil-
jehistoria och föräldrars skilsmässa.
Efter ytterligare kontroll för psykisk
sjukdom, cannabisbruk, och psykos-
sociala svårigheter, var risken 36 %
högre för män uppfödda i städer. I
studien presenterades inga analyser

stratifierade för social position.

Ett flertal studier om psykisk sjuk-
dom i landsbygdsområden har upp-
märksammat att missbruk av alkohol
och droger är lika vanligt på lands-
bygden som i urbana områden [14],
medan andra studier har rapporterat
en högre förekomst [15] och i vissa
andra fann man ingen skillnad. Hö-
gre risk för arbetslöshet och social
isolering är några av de förklaringar
till ökad risk för psykisk sjukdom på
landsbygden som föreslagits, andra
har menat att alkoholkonsumtion och
läkemedelsanvändning på landsbyg-
den egentligen döljer den verkliga fö-
rekomsten [16]. (Se tabell 1) En norsk
studie som jämförde förekomsten av
psykiska sjukdomar i en norsk fjord-
region med förekomsten i Oslo, fann
å andra sidan att incidensen av både
alkoholmissbruk såväl som övriga
psykiatriska diagnoser bara var hälft-
en så hög där som i Oslo. Endast rö-
rande ångestsjukdomar spelade social
position en roll där lågutbildade upp-
visade en högre risk på landsbygden
[17].

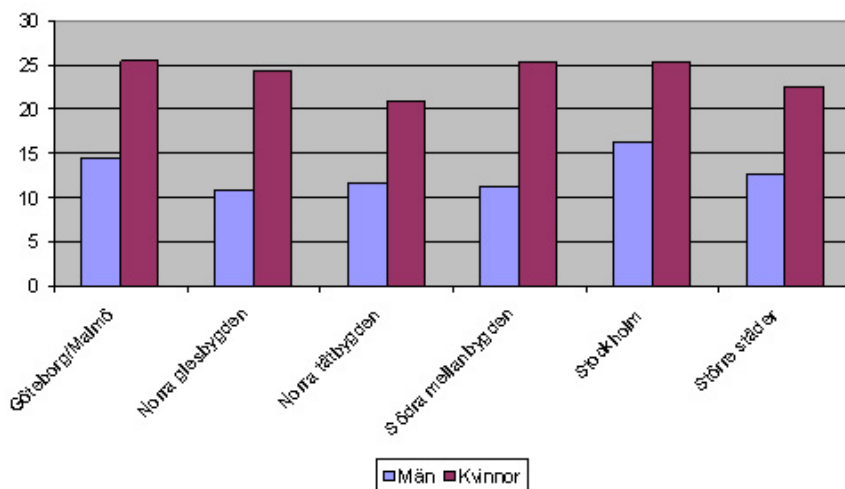
Självskattad psykisk ohälsa och sociala skillnader

Psykisk ohälsa, det vill säga vagare
psykiska symptom som inte uppfyller
de diagnostiska kriterierna som krävs
för psykisk sjukdom, uppvisar också
geografiska skillnader även om skill-
naderna är mindre [18] (Figur 1). An-
delen kvinnor som uppger att de har
besvär av ångslan, oro eller ångest i
Sverige är tämligen lika i olika regio-
ner men ändå med lägst andel i den
norra tätbygden. Män i större städer
uppger i högre grad besvär av ångslan,

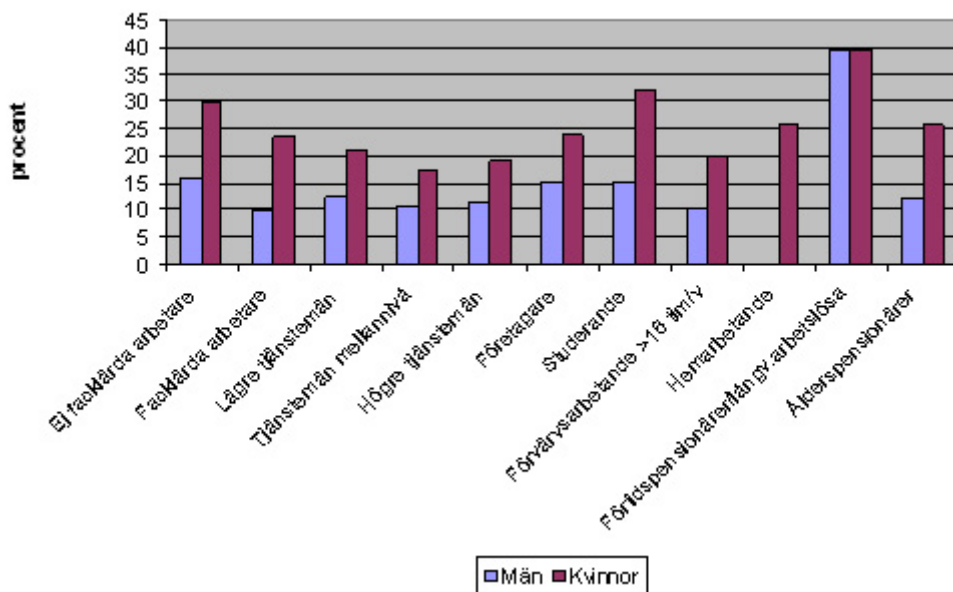
oro eller ångest och lägst andel finns i den norra glesbygden. Andelen varierar också i relation till socioekonomisk position (Figur 2) och är högst bland förvärvsarbetande kvinnor i lägre socioekonomisk position, med undantag för kvinnor i den högsta kategorin där även högre tjänstemän påvisar en ökad ohälsa. Övriga kvinnliga riskgrupper, är studerande och förtidspensionärer/långvarigt arbetslösa (Figur 2). Bland män är skillnaderna mindre och ingen tydlig social gradient framgår. Ej facklärd arbetare, företagare, studerande och förtidspensionärer/långvarigt arbetslösa är dock de som rapporterar högst andel psykisk ohälsa.

Även i sjukförsäkringsdata kan geografiska skillnader påvisas. Andelen långtidssjukskrivna personer med psy-

kiatriska diagnoser (över 60 dagar) år 2002 var 28 % i Stockholms län, jämfört med 15 % i Norrbottens län och 24 % i landet som helhet [19]. Stressrelaterade syndrom och olika neurotiska tillstånd har ökat som orsak för sjukskrivning och ökningen har skett både bland män och kvinnor. Risken för långvarig sjukskrivning för psykiatriska sjukdomar har visat sig vara hög också i tjänstemannayrken, yrken med högre utbildningskrav och teoretisk inriktning, och regionala skillnader i förtidspension med psykiatriska diagnoser (kontrollerade för ålder) har påvisats både i Sverige och Norge [20, 21]. Tidigare studier har också funnit en högre risk för förtidspension bland lägre socioekonomiska grupper.



Figur 1. Andelen (%) personer som uppger att de känner ångslan, oro eller ångest i olika geografiska regioner i Sverige, 16-84 år, år 2005. Källa: SCB, Undersökning av levnadsförhållanden. För definition av geografiska områden se fotnot.



Figur 2. Andelen personer som uppger att de känner ängslan, oro eller ångest i olika socioekonomiska grupper, 16-84 år, år 2005. Källa: SCB, Undersökning av levnadsförhållanden.

Slutsats

Orsakerna till psykisk sjukdom och ohälsa är multifaktoriella och social position är endast en av många förklaringsfaktorer, om än en mycket viktig faktor. Sambandet mellan fysisk sjukdom och låg socioekonomisk position är väl känt. Fysisk sjukdom är i överlag vanligare i arbetaryrken där individen exponeras för hälsorisker i högre grad och därmed sjukdom. Därremot är relationen mellan socioekonomisk position och psykisk sjukdom inte lika tydlig, bortsett från allvarlig psykisk sjukdom, och könsskillnader finns. Vissa högutbildade grupper har också en hög självskattad psykisk ohälsa och långvarig sjukskrivning för psykisk sjukdom. Kanske kan psykossjukdomar och schizofreni i högre grad relateras till strukturella faktorer såsom uppväxtförhållanden, miljö,

utbildning och inkomst, medan ”mindre allvarliga” psykiska sjukdomstillstånd och självskattad psykisk ohälsa, mer relateras till personens relativa position i den sociala hierarkin, alltså den position som relaterar till status, makt, kontroll och autonomi.

Socioekonomisk position kan således påverka förekomst av psykisk sjukdom/ohälsa i olika geografiska regioner och måste alltid tas i beräkning då studier görs om geografiska skillnader i psykisk hälsa. Slutligen ska också nämnas att geografiska skillnader i förekomst av psykisk sjukdom kan vara relaterade till tillgång till hälso- och sjukvård. Om de geografiska avstånden till vård är långa kan det förhindra personen att söka vård vilket kan förvärra tillståndet.

Metodhänsyn

Vid studier om geografiska skillnader i hälsa är det viktigt att analyserna standardiseras för ålder eftersom fysisk och psykisk sjukdom kan öka med stigande ålder. Analyserna bör också stratifieras för kön eftersom förekomsten av psykisk sjukdom/ohälsa varierar mellan män och kvinnor. Vidare måste psykiska diagnosers validitet diskuteras eftersom det finns regionala skillnader i diagnospraxis. Slutligen kan människors benägenhet att rapportera psykisk sjukdom/ohälsa variera mellan regioner beroende på stigma gentemot psykisk sjukdom.

För fullständig referenslista, kontakta författaren.

Referenser

1. Socialstyrelsen, Folkhälsorapporten. 2005: Stockholm.
2. Socialstyrelsen, Social rapport. 2006: Stockholm.
3. Marmot, M., . Statussyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsa och livslängden. 2006: Natur och kultur, Bokförlaget.
4. Marmot, M.G., et al., Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 1991. 337(8754): p. 1387-93.
5. Marmot, M.G., M.J. Shipley, and G. Rose, Inequalities in death--specific explanations of a general pattern? *Lancet*, 1984. 1(8384): p. 1003-6.
6. Karasek, R., et al., Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health*, 1981. 71(7): p. 694-705.
7. Hudson, C.G., Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *Am J Orthopsychiatry*, 2005. 75(1): p. 3-18.
8. Hollingshead, A.B. and F.C. Redlich, Social mobility and mental illness. *Am J Psychiatry*, 1955. 112(3): p. 179-85.
9. Faris, R. and W. Dunham, *Mental disorders in urban areas*. 1939, Chicago: University Press.
10. Cooper, B., Social class and prognosis in schizophrenia. *Br J Med Psychol*, 1961. 34: p. 157-62.
11. Lewis, G., et al., Schizophrenia and city life. *Lancet*, 1992. 340(8812): p. 137-40.
12. Schelin, E.M., et al., Regional differences in schizophrenia incidence in Denmark. *Acta Psychiatr Scand*, 2000. 101(4): p. 293-9.
13. Sundquist, K., G. Frank, and J. Sundquist, Urbanisation and incidence of psychosis and depression: Follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatry*, 2004. 184(4): p. 293-298.
14. Thomas, F., Y. Wilson, and M. Compton, Rural populations are not protected from drug use and abuse *J of Rural Health*, 2007. 23(1, Fall): p. 1-3.
15. Blazer, D., et al., Psychiatric disorders. A rural/urban comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 1985. 42(7): p. 651-6.
16. Webb, S.D. and J. Collette, Rural-urban differences in the use of stress-alleviative drugs. *Ajs*, 1977. 83(3): p. 700-7.
17. Kringlen, E., S. Torgersen, and V. Cramer, Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006. 41(9): p. 713-9.
18. SCB. Undersökning om levnadsförhållanden (ULF). 2007
19. Riksförsäkringsverket, Längtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet - vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade? . 2002, Riksförsäkringsverket. Stockholm.
20. Andersson, L., et al., High incidence of disability pension with a psychiatric diagnosis in western Sweden. A population-based study from 1980 to 1998. *Work*, 2006. 26(4): p. 343-53.
21. Andersson, L., et al., Disability pension for psychiatric disorders: Regional differences in Norway 1988-2000. *Nord J Psychiatry*, 2006. 60(4): p. 255-62.

Noter

Figur 1

Definition

Större städer: Kommuner med mer än 90 000 invånare inom 30 km radie från kommuncentrum.
Mellanbygden: Kommuner med mer än 27 000 och mindre än 90 000 inv. inom 30 km radie från kommuncentrum samt med mer än 300 000 inv inom 100 km radie från samma punkt.

Tätbygden: Kommuner med mer än 27 000 och mindre än 90 000 inv. inom 30 km radie från kommuncentrum samt med mindre än 300 000 inv

tema

inom 100 km radie från samma punkt.

Glesbygden: Kommuner med mindre än 27 000 inv.

inom 30 km radie från kommuncentrum.

Källa: MIS 2003:1, Regionala indelningar i Sverige.

www.scb.se

Summary in English

Socioeconomic and geographical aspects on mental health.

Social factors such as conditions during child and adolescence, income and educational level, are related with the risk for physical disease. These factors are also related with the risk of severe psychiatric disorders, such as psychosis. Psychological distress however, does not show the same clear relationship with social position. Several studies have found that psychiatric disorders are more prevalent in urban areas compared to rural. This has been explained by environmental factors such as a low social position and negative stress. Since social position is a very influential factor in relation to health it should always be included in geographical studies of mental health.

Keywords: mental health, socioeconomic status, geographical, regional