

# ”Om det icke mätes- synes det ej” - om löpande bevakning av ojämlikhet i hälsa<sup>1</sup>

Denny Vågerö

Denny Vågerö, professor emeritus, tidigare medlem i fyra jämlikhetskommissioner (WHO:s globala, WHO:s europeiska, den svenska och Malmökommissionen). Numera fri forskare. CHES, Institutionen för folkhälsovetenskap  
E-post: denny.vagero@su.se

I samtliga nordiska länder förbättras folkhälsan, parallellt med bestående eller ökade ojämlikheter i hälsa och överlevnad. En löpande bevakning av ojämlikheten i hälsa bör kunna informera beslutsfattare på alla nivåer. Lokal, nationell och internationell statistik bör så långt möjligt använda samma sociala skiktningssvariabler för ojämlikhet: exempelvis kön, utbildningsnivå, samhällsklass, bostadsort, migrantstatus och grad av ekonomisk aktivitet. Mått på ojämlikheten bör sammanfatta skillnaden mellan alla jämförda grupper, inte bara extremgrupperna. Vi ger exempel på ett sådant mått, användbart för både rangordnade grupper (som utbildningsgrupper) och nominella grupper (som stadsdelar).

Löpande bevakning utgör underlag för riksdagens, regeringens och myndigheternas styrning av de processer som driver folkhälsan. Civilsamhället och folkrörelser efterfrågar statistik kring specifika gruppers hälsoproblem, ofta för att ställa politiska krav.

Population health is improving but health inequalities persist or grow. Monitoring them is necessary for our understanding of health differentiation and for decision makers at every level. Local, national and international monitoring should as far as possible use the same dimensions of stratification: such as gender, education, social class, place of residence, migrant status and economic activity.

When we measure health inequalities we should include all groups, not only the extreme ones. We suggest such a measure, suitable both for comparison of ranked groups (educational) and nominal ones (geographical areas). Monitoring health inequalities provides local or national parliaments, governments and government authorities with useful knowledge. Civil society, representing disadvantaged segments of the population, may use such knowledge to make political demands.

<sup>1</sup> Artikeln är en omarbetad och kortad version av underlagsrapport nr 9 till kommissionen för jämlik hälsa. ”Löpande bevakning och rapportering av folkhälsa och ojämlikhet i hälsa” (2017).

## Historisk bakgrund – rutinstatistik över dödlighet

Redan för 250 år sedan användes svensk statistik över dödlighet och livslängd för att belysa människors välfärd (Bäck 1764; Wargentin 1766), liksom för att vägleda politiska insatser. Wargentin argumenterade således att om en regent önskade en stor befolkning att styra över, var det klokare att värna den egna befolkningens hälsa och överlevnad än att erövra nya landområden i främmande länder. Han skapade ”Tabellverket” som kunde visa på frukterna av att en sådan ambition förverkligades, och beskrev nyttan av årliga förteckningar på födda och döda i ett land.

Sveriges (Sverige-Finlands) tidiga registrering av födselar och dödsfall liksom ”Tabellverket” och de återkommande folkräkningarna (den första genomfördes år 1749) gav landet en framskjuten plats internationellt när det gäller levande kunskap om befolkningen. Långsiktiga trender i dödlighet och livslängd i Sverige kan beräknas med stor säkerhet från 1750 och framåt. Sverige har därför under hela 1900-talet använts som jämförelseland i internationella studier av dödlighet och livslängd (t.ex. Kermack et al. 1934).

Rutinstatistik över dödlighet och livslängd finns numera i många länder. Oftast kan den brytas ner på regioner eller separeras efter kön. Som regel (med vissa undantag, se nedan) är det däremot inte möjligt att disaggregera statistiken efter samhällsklass eller utbildning. Det är en avgörande svaghet om man vill följa ojämlikhetens utveckling.

Inte heller i Sverige har ojämlikhe-

ten i dödlighet och livslängd kunnat följas med någon framgång utifrån officiell rutinstatistik. Först helt nyligen har den bilden ändrats till det bättre. Olika forskargrupper har förstått att dra fördel av Sveriges befolkningsregistrering och befolkningsstatistik och utvecklat ny kunskap inom området. Förutsättningarna är sällsynt goda. Att dra slumpvisa stickprov ur befolkningen är omöjligt, eller näst intill omöjligt, i vissa länder som exempelvis USA. Att relatera antalet inträffade dödsfall i en viss utbildningsgrupp till det faktiska antalet människor som har den utbildningen är ett annat typiskt problem där Sverige (liksom övriga nordiska länder) har stora fördelar jämfört med andra länder.

Det är genom att utnyttja den typen av fördelar som vi med stor säkerhet vet att ojämlikheten i dödsrisker och livslängd bland vuxna människor består eller ökar i dagens Sverige. Trots ekonomisk tillväxt, allmän tillgång till modern sjukvård och ett väl utbyggt välfärdssystem. Mätt som återstående livslängd vid 30 års ålder har ojämlikheten mellan utbildningsgrupper i Sverige ökat fortlöpande under en period av fyra-fem decennier.

## Folkhälsorapportering – en lång tradition

”An Englishman’s expectation of life varied directly with his social class”, skrev den brittiske samhällsreformatorn Edwin Chadwick år 1842. Chadwicks ”Report of an enquiry into the sanitary conditions of the labouring population in Great Britain” var en

del av det arbete som bedrevs av fattigvårdskommissionen (The Poor Law Commission). Kommissionens arbete ledde till politiska förändringar, bland annat till att parlamentet antog ”the 1848 Public Health Act”.

Storbritannien har sedan dess utvecklat en lång serie publikationer av hälsostatistik av stor politisk relevans. Statistik över dödligheten i olika samhällsklasser och yrken sträcker sig 150 år bakåt i tiden, och från 1920 publiceras sådana jämförelser varje decennium av Office of Population Censuses and Surveys, Storbritanniens motsvarighet till Statistiska Centralbyrån (se t.ex. OPCS 1995). I OPCS:s (numera ONS) löpande statistik framgår det med förskräckande klarhet hur seglivat klassmönstret i dödlighet är. Den insikten spelade stor roll för tillkomsten av Sir Douglas Black's kommission för jämlik hälsa, och i dess rapport, den s.k. Black Report (1980).

De brittiska ”sanitary reports” som en gång inledde denna utveckling skulle kunna ses som föregångare till de återkommande svenska folkhälsorapporterna efter 1987. Men Sverige hade även långt tidigare en egen löpande rapportering av folkhälsa. Enligt 1822 års instruktion till provinsialläkare skulle dessa utöva ”uppmärksamhet på allt som för hälsan kan medföra skadliga följder”. De årliga stadsläkar- eller provinsialläkarrapporterna är alltså en tidig källa till kunskap om folkhälsans utveckling i Sverige (Appelqvist och Nilsson 2005). Magnus Västerbro utnyttjade dessa i sin beskrivning av ”Hungeråren som formade Sverige”, dvs åren 1867-69.

Uppdraget att folkhälsorapportera löpande (vart tredje år) kom från regeringen, genom 1984 års proposition ”Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m.” (Prop. 1984/85:181). I den första folkhälsorapporten, från år 1987, konstaterade man att ”sedan medicinalstyrelsen för 76 år sedan (år 1910) slutade med sina sammanställningar av provinsialläkarrapporterna har någon återkommande sådan redovisning inte skett” (Socialstyrelsen 1987, 9). Man pekar alltså på en trekvarts sekel lång lucka i statens ambition att rutinmässigt och löpande bevaka folkhälsans utveckling. Trots detta fanns det ändå hela tiden en medvetenhet om att folkhälsan i Sverige var ojämlig. Einar Rietz, stadsläkare i Karlskrona och Stockholm, redovisade i sin doktorsavhandling, 1930, hur spädbarns och barns dödlighet varierade starkt med föräldrarnas inkomst. Rietz följde en europeisk och nordamerikansk socialmedicinsk tradition, där sociala och hygieniska levnadsomständigheter sågs som orsak till ohälsa och sjukdom.

De nationella folkhälsorapporterna motiverades delvis från politiskt håll med att man behövde förstå hälsans ojämlika fördelning. Inspirationen kom i hög grad från WHO:s paroll om ”Health for all” och dess uttalade ambition att minska sociala skillnader i hälsa (WHO 1985). Men i den första folkhälsorapporten får frågan bara en begränsad belysning. Rapporten avslutas med en diskussion av ”hälsa och vård för vissa befolkningsgrupper”. Därmed avsågs bland annat arbetaryrken och långtidsarbetslösa. I den andra folkhälsorapporten från

1991 har fokus skärpts. Boken inleds med ett kapitel kring hälsans fördelning, inklusive sociala och klassmässiga skillnader i hälsa. I samtliga folkhälsorapporter som följer därefter är ohälsans sociala fördelning ett viktigt tema. Folkhälsorapporterna kan nog ses som det främsta uttrycket i modern tid för samhällets vilja att förstå och följa utvecklingen av ojämlikheten i hälsa, även om metoder och statistikredovisning varit improviserade och skiftat från rapport till rapport. Rapporteringen har dock varit oregebunden. Under perioden 1987 till 2015 har 10 rapporter publicerats (se referenslistan). Från början var ambitionen dessutom att parallellt publicera en "Hälsostatistisk årsbok". SCB publicerade sådana årsböcker år 1987, 1989 och 1991.

I dag ligger uppgiften på Folkhälsomyndigheten att årligen rapportera folkhälsostatistik, dessutom med fokus på sociala skillnader i hälsa; det är ett kvalitativt steg framåt i folkhälso- rapporteringen.

### Löpande hälsostatistik i Sverige

Vid sidan av folkhälsorapporteringen har annan hälsostatistik redovisats löpande. Dödsfall och dödlighet i olika åldersgrupper redovisats årligen av SCB. Frekvensen av cancerinsjuknanden (efter diagnos) har rapporterats årligen sedan 1958, när det svenska Cancerregistret inrättades. Den 57:e årliga rapporten, med statistik för 2015, publicerades i januari 2017, en imponerande kontinuitet. Det typiska för denna typ av hälsostatistik är att redovisa insjuknanden respektive

dödsfall för geografiska regioner och för de två könen. Andra dimensioner av ojämlikhet, såsom samhällsklass, utbildning, inkomst eller födelse-land, har endast undantagsvis redovisats. Skälet till detta är att sådan statistik inte samlats in löpande.

Cancerregistret har varit pionjär i mer än ett avseende. Cancerfallen 1961-73 länkades tidigt till folkräkningen 1960, varifrån man hämtade uppgifter om yrke och näringsgren. Det s.k. Cancer-miljöregistret som skapades därigenom, blev ett forskningsregister av stor internationell betydelse. Yrkesrisker för cancer kunde kartläggas, en viktig aspekt av ojämlikheten i hälsa. Registret var inte avsett att användas för löpande rapportering, utan enbart för forskning.

Från och med år 2011 redovisas dock cancerincidensen separat för olika utbildningsgrupper, genom att uppgifter om cancerinsjuknanden börjat bearbetas tillsammans med utbildningsregistrets uppgifter. Cancerregistret är hittills ensam om en sådan löpande rapportering av social olikhet i diagnosspecifik sjuklighet. Numera publiceras den som faktablad och Excel-ark med sjuklighetsdata.

Årlig statistik om arbetsskador, baserade på anmälda skador, publicerades t.o.m. år 1978 under titeln "Yrkesskador" i serien Sveriges officiella statistik av Riksförsäkringsverket. Ambitionen höjdes efter att ett nytt informationssystem för arbetsskador (ISA) år 1978 beslutats av riksdagen. Under åren 1979-1984 publicerades "Arbetsskador" av SCB och Arbetarskyddstyrelsen. Statistiken för 1985-1988 kom att delas på två olika publikationer; en

som behandlar arbetsolyckor och en för arbetssjukdomar, de senare som årsbok; första gången 1989 under titeln "Arbetssjukdomar 1985" (SCB och Arbetarskyddsstyrelsen 1989). I årsboken redovisades arbetssjukdomar, fördelat på olika yrken och näringsgrenar. Det var ett inspel till den då pågående Arbetsmiljökommissionen, i vars uppgift ingick att identifiera de mest hälsofarliga yrkena (Arbetsmiljökommissionen 1989).

Hälsofarliga yrken identifierades genom att koppla individuell statistik över anmälda sjukdomar och skador till folkräkningarnas uppgift om yrken och näringsgren. Arbetsmiljökommissionens rapport redovisade även skillnader mellan yrkesgrupper i förlösningssutfall, ryggsbesvär, hjärtsjukdom, cancer, självmord och för tidig död, genom metoden att länka folkräkningar till register över hälsoutfall.

Det var en välmotiverad breddning av den idé som först lanserats inom forskningen om cancer och yrke. Socialstyrelsen initierade en uppföljning av dödsrisken i alla yrken för perioden 1980-1992, vilken visade på dramatiska skillnader. En löpande rapportering baserad på yrke är svårare i dag, bland annat därför att det saknas en återkommande uppdatering av individers yrken, sedan folkräkningarna upphört efter år 1990. Utbildning och inkomst är däremot fullt möjliga skiktningssdimensioner som bas för en årlig rapportering av ojämlikhet i hälsa, diagnosspecifik sjuklighet eller dödlighet. Utbildningsregistret och det s.k. LISA-registret (med inkomstuppgifter) uppdateras löpande.

Uppgifter om hur individer själva

skattar sitt allmänna hälsotillstånd har sedan 1975 samlats in genom de årliga undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF/SILC). Där finns även information om sociala variabler, som yrke, utbildning, inkomst eller födelse-land, och ULF-undersökningarna kan därför användas både för löpande rapportering och för forskning om hälsans fördelning. Folkhälsomyndigheten driver sedan 2004 ett samarbete med landstingen och regionerna i Sverige kring en nationell folkhälsoenkät. Den genomförs numera vartannat år. I vissa regioner, t.ex. Stockholm, bygger man ut folkhälsoenkäten med egna komponenter. Den flexibiliteten är en stor fördel. Både ULF-undersökningarna och den nationella folkhälsoenkäten dras med ett växande bortfallsproblem. Bortfallet i den nationella folkhälsoenkäten år 2011 var 51,0 procent och 53 procent år 2016. Bortfallet i ULF-undersökningen 2011 var 41,0 procent och 46,7 procent år 2015. Det finns anledning att i särskild ordning tänka igenom hur man bäst använder offentliga resurser för att genom representativa stickprov samla in intervju eller enkätdata om folks hälsa och folkhälsans determinanter. Problematiken gäller såväl bortfall, som undersökningarnas periodicitet och dubbleringen av viss uppgiftsinhämtning.

En speciell fördel med ULF-undersökningarna är att de också riktar sig till barn, årligen sedan år 2001 ("barn-ULF"). Det är angeläget att löpande följa hälsoutvecklingen bland barn och ungdomar. Barn-ULF säger dock numera ingenting om hälsan för barn under 13 år. Undersökningen om

skolbarns hälsovanor, som genomförs av Folkhälsomyndigheten i samarbete med WHO, fokuserar på barn i åldrarna 11, 13 och 15. Den genomförs ungefär vart fjärde år. Socialstyrelsen genomförde tidigare den s.k. Grodanundersökningen, en totalundersökning av elever i sjätte och nionde klass. Ett särskilt utvecklingsarbete kan behövas för detta område.

**Mindre fragmentarisk och mer systematisk bevakning behövs för att följa utvecklingen av ojämlikheten i hälsa**

Den ovan beskrivna statistikproduktionen kan sammanfattas som en lovande men något famlande början på en mer systematisk bevakning av hälsans ojämlikhet och hälsans utveckling i olika delar av befolkningen. Systemet för att beskriva folkhälsan i Sverige, särskilt dess ojämlikhet, har hittills gett fragment av en bild men ingen tydlig helhet.

Socialstyrelsen skriver (2005) att folkhälsorapporterna syftar till att vara ett kunskapsunderlag för beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå. Även myndigheter, intresseorganisationer, universitet och högskolor förväntas ha användning av rapporterna. I den mån löpande statistik visar på stora sociala eller ökande skillnader i hälsa kan man dessutom förvänta sig att missgynnade grupper aktiveras politiskt kring folkhälsofrågor.

**Internationella rekommendationer för löpande bevakning**

Epidemiologisk bevakning av hälsa

och överlevnad är numera en klart uttalad ambition i de flesta regeringars politik för hälsa. WHO:s Commission for Social Determinants of Health (CSDH) har starkt bidragit till detta. Kommissionen rekommenderade:

”Measure the problem, evaluate action, expand the knowledge base, develop a workforce that is trained in the social determinants of health, and raise public awareness about the social determinants of health.” (CSDH 2008, s. 177)

Det var en ambitiös appell. Till att börja med måste man ”mäta problemets storlek”. Det syftar rimligen på att vi behöver komma överens om ett eller flera mått på ojämlikhet i hälsa vilka sedan kan redovisas i återkommande rapporter.

Europeiska WHO genomförde sin egen utredning om ojämlikhet i hälsa, inom och mellan europeiska länder. I rapporten rekommenderas:

“Undertake regular reporting and public scrutiny of inequalities in health and its social determinants at all government levels, including transnational, country and local”. I förklaringen uppmanas dessutom:

”Member states to provide regular reports on their reviews to WHO for discussions at regular meetings.” (WHO 2013, s. 141).

Syftet är vällovt. Strukturen med rapporter och data på olika nivåer är också rätt tänkt. Men vad skall rapporteras? I rapporten rekommenderar man tio hälsoindikatorer, bland annat total dödlighet, självsattad hälsa och fetma. Därutöver sex hälsorelaterade beteenden, såsom rökning, alkohol och fysisk aktivitet. Slutligen åtta övriga

hälsodeterminanter, däribland utbildning, inkomst och migrantstatus. Alla dessa indikatorer betecknas som ”prioriterade”. Därutöver finns ytterligare en mängd indikatorer som betecknas som ”önskvärda”. Sammanlagt räknar WHO upp 49 indikatorer som är antingen prioriterade eller önskvärda (Ibid., s. 143). Om man kombinerar de 10 prioriterade plus de 9 önskvärda hälsoindikatorerna med de 14 prioriterade och 16 önskvärda hälsodeterminanterna så får man 19 x 30 kombinationer, d.v.s. 570 ojämlikheter att begrunda. Är det optimalt eller ens särskilt meningsfullt?

Jag tror att man skall börja i mindre skala och koncentrera sig på att få en väl fungerande löpande bevakning av färre antal hälsoindikatorer, därefter successivt bygga ut systemet, baserat på vad som fungerar och visar sig användbart. Inte minst vad som visar sig behövas för att utveckla en långsiktig politik kring ojämlikhet i hälsa. Dialog med användarna av statistiken måste bli ett väsentligt inslag i utformandet av löpande bevakning.

### **Hälsoindikatorer och skikttningsvariabler**

En löpande bevakning av ojämlikhet i hälsa behöver först och främst identifiera ett begränsat antal hälsoindikatorer som kan redovisas återkommande under en lång tid framåt. Några av dessa är tämligen självskrivna: förväntad livslängd (förväntad livslängd vid födelsen, vid 30 eller vid 65 års ålder) liksom självskattad hälsa. Det är fullt möjligt att omedelbart påbörja löpande rapportering av dessa indikatorer, t.ex.

för utbildningsgrupper, för regioner eller efter migrantstatus och tid i Sverige. För sådana jämförelser kan ojämlikhetsindex beräknas varje år med Shkolnikovs metod.

Hälsans ojämlikhet definieras efter de sociala skikttningsvariabler man väljer. Dessa är hälsodeterminanter, direkt eller indirekt. Ett litet antal skikttningsvariabler, som återkommer år efter år, bör vara kärnan i löpande rapportering. Det kunde exempelvis gälla kön; samhällsklass eller yrkeskollektiv; utbildningsgrupp; region; migrantstatus; inkomst samt ekonomisk aktivitet. Samhällsklass baserad på yrkestillhörighet är dock knappast längre möjligt annat än i stickprovsundersökningar, typ ULF. Det är en klar brist i den statistiska infrastrukturen; samhällsvetare och epidemiologer har ofta påtalat att bristen behöver åtgärdas. En löpande insamling om vilka yrken personer i Sverige har är angelägen. SCB är troligen mest kvalificerad för att genomföra en sådan insamling. För uppgifter om utbildning och inkomst finns däremot redan nu rutiner för löpande insamling; dessa uppgifter samlas i det s.k. LISA-registret och/eller utbildningsregistret hos SCB och täcker i princip hela den folkbokförda befolkningen.

För att förstå varför könen eller utbildningsgrupperna skiljer sig när det gäller en viss hälsoindikator, t.ex. självskattad hälsa, behöver man ytterligare information kring de jämförda grupperna. Det är rimligt att tänka sig att man med tiden får en allt klarare bild av vad som är relevant information i just det sammanhanget. Det är knappast självklart vad man skall fokusera på från början.

Ett lämpligt sätt att hantera detta problem kan vara genom årliga diskussioner mellan Folkhälsomyndigheten och de departement eller myndigheter som har specialkunskap. Om man t.ex. noterar att vissa grupper av ungdomar rapporterar sämre självskattad hälsa år för år är det naturligt att Folkhälsomyndigheten och Skolverket gemensamt diskuterar vilken ytterligare information som kan behöva samlas in för att förstå och åtgärda problemet. Man behöver ha kontinuitet både i hälsoindikatorerna och i skiktningssvariablerna. Men tilläggsinformation kring de jämförelser man gör kan hanteras flexibelt och variera från år till år i en dialog mellan närmast berörda myndigheter. En sådan flexibilitet kan innebära att man under ett begränsat antal år återkommer med samma tilläggsinformation i syfte att belysa ett specifikt ojämlikhetsproblem.

### Mått på ojämlikhet i hälsa

Mått på ojämlikhet i hälsa måste byggas på de indikatorer för hälsa och de sociala skiktningssvariabler som man har tillgång till. Malmökommissionen analyserade hur ojämlikheten mellan utbildningsgrupper hade förändrats under perioden 1991-2010. Man använde återstående livslängd vid 30 års ålder som indikator och fann att ojämlikhetsindex stigit från 1.00 till 1.43 för män och från 0.60 till 0.95 för kvinnor. Index för ojämlikhet är uträknat med Shkolnikovs metod och finns beskrivet i Malmökommissionens rapport "Malmöns väg mot en hållbar framtid" (s. 25) samt i Vågerö (2011). Metoden kan tillämpas både

på sådana grupper som kan rangordnas (utbildningsgrupper) och grupper som särskiljs utan direkt rangordning (stadsdelar). Kärnan i metoden är att varje grupp jämförs med varje annan grupp. Det finns ingen begränsning i hur många grupper som jämförs. De olika jämförelserna vägs därefter samman med hänsyn tagen till storleken på de grupper som ingår i jämförelsen. Förutom av Malmökommissionen har metoden använts i två jämförande studier av Sverige, Norge och Finland (Shkolnikov et al. 2012; Domantas et al. 2014) samt vid beräkning av global ojämlikhet i dödlighet (Moser et al. 2005). Metoden är överlägsen min-max jämförelser av bästa och sämsta grupp, eftersom man då ignorerar det som händer i alla andra grupper.

### Periodicitet

En jämförelse mellan ekonomisk statistik och statistik över folkhälsa är inte uppmuntrande för den som vill följa utvecklingen av folkhälsan; särskilt om man bekymrar sig för ojämlikheten i hälsa. BNP per capita, konsumentprisindex och arbetslöshetens svängningar kan följas månad för månad. Länders valutor och skuldsättning värderas löpande; bostadsräntor likaså. Råvaror och värdepapper noteras på börserna med uppdateringar varje mikrosekund.

Folkhälsostatistik, som kontrast, publiceras i bästa fall med årlig periodicitet och ofta med onödigt stor eftersläpning. Folkhälsorapporterna har utkommit oregelbundet, 10 gånger under en period av 29 år. Eftersläpningen är inte längre nödvändig. Så-



väl dödlighet i olika dödsorsaker, som livslängd efter region (län) eller efter utbildning kan rapporteras snabbare. År 2011 sammanfattades livslängden i Sverige i en innehållsrik volym som täcker både skillnader mellan utbildningsgrupper och regioner åren 2001-2010. Publiceringen av data kring sådan ojämlikhet i livslängd för år 2010 skedde redan i oktober 2011. (SCB 2011). I maj 2016 publicerade Statistiska Centralbyrån en uppföljning av dödlighet för utbildningsgrupper och (grupperade) födelseländer med uppföljningstid till och med 31 december 2014 (SCB 2016). Båda exemplen visar vad som skulle kunna vara möjligt som regelmässig standard.

Socialstyrelsens öppna jämförelser år 2015, publicerad i december 2015 baseras på data från 2012-2014.

Rapporteringen av smittsamma sjukdomar har hög periodicitet. Smittsamma sjukdomar bevakas på ett helt annat sätt än kroniska. Folkhälsomyndigheten publicerat statistik över vissa typer av infektionssjukdomar, vid behov veckovis som ett svar på en ökad efterfrågan. Rapporteringen av kroniska sjukdomar ligger på en betydligt lägre ambitionsnivå. Delvis beror skillnaden på de olika sjukdomstypernas natur. Det finns oftast handlingsplaner för att hantera spridningen av smittsamma sjukdomar, medan så inte är fallet när det gäller icke-smittsamma sjukdomar. En plötslig ökning av psykiska besvär i en viss yrkesgrupp, t.ex. hos sjuksköterskor eller lärare, syns knappast i någon statistik och möts inte heller av någon självklar hälsopolitisk respons.

Även en så trubbig hälsoindika-

tor som generell dödlighet kan svara mycket snabbt på stora sociala förändringar. Det visas av de extrema årliga förändringar i livslängd som ägde rum i Ryssland under åren 1985-2005. Mellan 1985-1987 ökade livslängden i Ryssland med 3,2 år (män) och 1,3 (kvinnor) under inflytande av Perestroika och Gorbatsjovs restriktiva alkoholpolitik. Under perioden 1988-1994 sjönk livslängden med 6,9 år för män och 3,3 år för kvinnor. Sovjetsystemets kris och kollaps och (från 1991) en hyperliberal alkoholpolitik drev på den negativa utvecklingen inom folkhälsa (Nemstov 2011).

Framtida folkhälsorapportering behöver både ha större bredd och högre periodicitet än vad som varit fallet hittills. En bred folkhälsorapportering bör ske årligen. Perspektivet bör vara att rapporteringen skall kunna ske ännu oftare för centrala hälsoindikatorer. Den kan med fördel utnyttja och vidareutveckla svensk rutinsstatistik för detta syfte. Riksdagen bör ge tydligt lagstöd för detta.

### **Förslag till folkhälsorapportering**

En mer systematisk folkhälsorapportering behöver innehålla:

Löpande redovisning av enkla indikatorer på hälsa (typ livslängd och självskattad hälsa) så att lekmannen kan förstå hur ojämlikhet i människors hälsa och välbefinnande utvecklas över tiden. Redovisningen bör klargöra vilka skillnader som egentligen finns inom befolkningen efter de sociala skiktningens variabler som beskrivits ovan. Råder konvergens eller divergens; ökar eller minskar den

sociala ojämlikheten i hälsa? Man behöver löpande kunna svara på den typen av frågor i den allmänna politiska diskussionen.

Rapporteringen av dödsfall (utan angivande av dödsorsak) till SCB har i dag mindre än 6 månaders eftersläpning. Det innebär att en publicering kan ske i oktober varje år av uppgifter om sociala skillnader i livslängd från föregående år. En åtgärd på kort sikt skulle därför kunna vara att SCB kompletterar sin årliga statistik över medellivslängd och dödlighet för könen och regionerna med hur utvecklingen sett ut i olika utbildningsgrupper, inkomstgrupper, samt efter migrantstatus (infödda jämförda med utlandsfödd efter tid i Sverige). Data-underlaget för detta finns redan hos SCB och Socialstyrelsen.

Uppgifter om livslängd bör kompletteras med uppgifter om hälsa för att fånga ett bredare sjukdomspanorama. Rapportering om självskattad hälsa efter sociala skiktningssvariabler kan bygga på årliga ULF-undersökningar vid SCB; alternativt på den nationella folkhälsoenkäten som genomförs av Folkhälsomyndigheten. Den senare behöver i så fall vara årlig. Uppgifter om barns hälsa, efter samma skiktningssindikatorer, bör också redovisas årligen.

Förhållandet mellan ULF-undersökningarna och den nationella folkhälsoenkäten - överlappning, synergi, kvaliteter, resurser - behöver nog utredas i särskild ordning.

Uppgifter om självskattad hälsa i kombination med data över dödlighet har framgångsrikt använts för att beräkna "healthy life expectancy", d.v.s.

det antal år som man förväntas leva med god hälsa. SCB:s ULF-undersökningar (liksom även SILC) frågar om man till följd av långvarig sjukdom har nedsatt arbetsförmåga (eller hinder i dagliga livet för de som inte arbetar). I kombination med uppgifter om förväntad livslängd kan man skatta "healthy life expectancy", förväntat antal friska levnadsår. Det bör därför vara möjligt för SCB att årligen ta fram uppgifter om skillnader i förväntat antal friska levnadsår efter kön, region, utbildningsgrupp, inkomstgrupp och migrantstatus. SCB har även här tillgång till alla nödvändiga uppgifter. Ett visst utvecklingsarbete behövs för att utveckla det bästa och mest meningsfulla sättet att beräkna antalet förväntade friska levnadsår.

En redovisning och kvantifiering av ojämlikheten i livslängd (återstående livslängd vid 30 års ålder), ojämlikheten i självskattad hälsa samt ojämlikheten i "healthy life expectancy" efter fem skiktningssdimensioner kan i princip genomföras redan nu. Om Folkhälsomyndigheten blir ansvarig för folkhälsoberättningen, vilket förefaller mest ändamålsenligt, så behöver man komma överens med SCB och Socialstyrelsen om formerna för att analysera och publicera data.

Ett utvecklingsarbete kan påbörjas omedelbart kring hur folkhälsoberättningen skall kunna inkludera mer detaljerad statistik kring ojämlikhet i olika sjukdomar och ohälsotillstånd; dels för att förstå vad som ligger bakom olika generella hälsotendenser och dels för att identifiera vilka befolkningsgrupper som är särskilt utsatta för specifika hälsoproblem. Flera

myndigheter behöver samverka för att bidra till detta. Lagstöd för samarbetet behövs också. I det sammanhanget är det rimligt att kompetensutveckla hos myndigheter kring löpande bevakning och rapportering av folkhälsan.

Dessutom finns även behov av att utveckla mer komplexa mått (t.ex. den sammanlagda sjukdomsörda som tillskrivs olika hälsodeterminanter) vilka kan vägleda aktörer med makt och ansvar; regeringar liksom civila organisationer. Den senare typen av mått behövs särskilt som underlag för prioriteringar när olika möjliga åtgärder skall vägas mot varandra. Om en större del av sjukdomsördan i EU kan tillskrivas alkohol än övervikt (Europeiska Kommissionen 1997) så borde folkhälsopolitiken på europeisk nivå prioritera åtgärder inom alkoholområdet före åtgärder inom viktminskning. Beräkningar av sjukdomsördan, som den ovan citerade, presenteras dock ofta utan referens till ojämlikhet, vilket är otillräckligt om ambitionen är att minska ojämlikheten i hälsa. ”Tillskriven risk” eller ”Population attributable fraction” är användbara mått, men de bygger på ett stort antal skattningar av riskfaktors farlighet och prevalens. Kompetens för att utveckla dessa mått finns i Sverige och på medellång sikt bör dessa kunna införlivas med den årliga folkhälsorapporteringen.

Kunskapen om ojämlikheten i hälsa, liksom kring olika mätfrågor, är betydande, men har ändå klara gränser. Det finns vissa disciplinbundna konflikter inom forskningsområdet. Universitet och forskningsråd har en strategisk roll i att lösa dessa.

Som slutsats citerar jag fritt efter

Lord Kelvin (1883): *Om det icke mätes, synes det ej.* Ojämlikheten i folkhälsa måste mätas löpande, minst varje år, för att synas och för att kunna bli föremål för reflektion, diskussion och åtgärder.

## Referenser

- Appelquist M, Nilsson PM (2005) Folkhälsan i östra Skåne 1860-1899. En studie utifrån provinssiällkarrapporter. *Medicinshistorisk Tidskrift*, vol 9, s. 95- 114.
- Arbetsmiljökommisionens kartläggningsgrupp (1989) *Arbeten utsatta för särskilda hälsorisker*. Stockholm: Allmänna förlaget 1989.
- ”Black Report” (1980) *Inequalities in health. Report of a working group chaired by Sir Douglas Black*. Department of Health and Social Security, London: HMSO 1980.
- Bäck A (1764) *Tal om farsoter, som mäst härja ibland rikets allmoge*. Sthlm 1765. Praesidietal i Vetenskapsakademien 25 juli 1764.
- Commission on Social Determinants of Health (2008) *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organisation 2008.
- Danielsson M, Talback M (2012) *Public health: an overview: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012*. *Scandinavian journal of public health*, 2012;40(9 Suppl):1-304.
- Domantas J, Shkolnikov V, Andreev E, Jdanov D, Vägerö D, Mesle F, Vallin J (2014) *Do vanguard populations pave the way towards higher life expectancy for other population groups?* *Population*, vol 69, s. 589-615.
- European Commission (1997) *Determinants of the burden of disease in the European Union*. Stockholm: National Institute of Public Health Sweden.
- Kermack WO, McKendrick AG, McKinley PI (1934). *Death rates in Great Britain and Sweden. Some general regularities and their significance*. *The Lancet*, vol 31, s. 698-703. Reprinted in *International Journal of Epidemiology* 2001; 30:678-683

- Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö (2013) Malmös väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Malmö Stad.
- Lord Kelvin (1883). Inhämtat från [https://today-insci.com/K/Kelvin\\_Lord/KelvinLord-MeasureQuote500px.htm](https://today-insci.com/K/Kelvin_Lord/KelvinLord-MeasureQuote500px.htm)
- Moser K, Shkolnikov V, Leon DA (2005) World mortality 1950-2000: divergence replaces convergence from the late 1980s. *Bull World Health Organ*, vol 83, s. 202-209.
- Nemstov A (2011). *A Contemporary History of Alcohol in Russia*. Stockholm: Södertörns Högskola.
- Office of Population Censuses and Surveys (1995) Occupational health. The Registrar Generals decennial supplement for England and Wales. Edited by Frances Drever, London: HMSO 1995.
- Regeringens proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan. Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringens proposition 1984/85:1818 Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. Stockholm: Socialdepartementet.
- Rietz E. (1930) Sterblichkeit und Todesursachen in den Kinderjahren, eine sozialhygienische Untersuchung in den vier grössten Städten Schwedens. Akademisk avhandling, Karolinska institutet (*Acta Paediatrica*, vol. 9, Suppl 3).
- Shkolnikov VM, Andreev EM, Jdanov DA, Jasilionis D, Kravdal Ø, Vägerö D, Valkonen T (2012) Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden, 1971-2000. *Epidemiol Community Health*, vol 66, s. 372-380.
- Smittskyddsinstitutet (2013) Epidemiologisk årsrapport 2012. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2014) Cancerincidens i Sverige 2013. Nya diagnostiserade fall år 2013.
- Socialstyrelsen (2013) Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012) Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2012. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport 2009. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005) Folkhälsorapport 2005. Stockholm.
- Socialstyrelsen (1991) Folkhälsorapport 1991. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1987) Folkhälsorapport 1987. Stockholm.
- Socialstyrelsen, SCB och Arbetsmiljöfonden (1980) The Swedish Cancer Environment Registry 1961-73. Stockholm..
- SOU 2014:45 Betänkande från Registerforskningsutredningen: Unik kunskap genom registerforskning. Stockholm 2014.
- SOU 2017: 47 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av kommissionen för en jämlik hälsa.
- SOU 2017:50 Personuppgiftsbehandling för forskningsändamål. Delbetänkande av forskningsdataberedningen. Stockholm 2017.
- Socialstyrelsen (1959) Cancer incidence in Sweden 1959. Stockholm.
- Statens folkhälsoinstitut (2005) Folkhälsopolitisk rapport 2005. Rapport 2005:35.
- Statens folkhälsoinstitut (2010) Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund.
- Statistiska Centralbyrån och Arbetskyddsstyrelsen (1989) *Arbetsjukdomar 1985*.
- Statistiska Centralbyrån (2011) Livslängden i Sverige 2001-2010. Livslängdstabeller för riket och länen.
- Statistiska Centralbyrån (2016) Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper. Demografisk rapport 2016:2
- Vägerö D (2011) En folkhälsopolitisk kardinalfråga: ökade sociala skillnader i dödlighet under fyra decennier. *Socialmedicinsk Tidskrift*, vol

88, s. 292-298.

Västerbro M (2018), Svälten. Hungeråren som formade Sverige. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Wargentin P (1766) Anmärkningar om nyttan af årliga Förteckningar på födda och döda i et Land. Vetenskapsakademins handlingar.

WHO Regional Office for Europe (2013) Review of the social determinants and the health divide in the European Region: final report. Copenhagen: WHO.

WHO Regional Office for Europe (1985) Targets for Health for All. Targets in support of the European regional strategy for health for all. Copenhagen: WHO.

### **Webbkällor:**

Undersökningen av barns levnadsförhållanden (SCB, "Barn-ULF"): <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-barns-levnadsforhallanden/>

Undersökningarna av levnadsförhållanden (SCB, ULF/SILC): <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/>