

# En folkhälsopolitisk kardinalfråga: ökade sociala skillnader i dödlighet under fyra decennier

Denny Vågerö

Professor vid CHESS, Centre for Health Equity Studies i Stockholm. E-post: denny.vagero@chess.su.se.

Senast tillgängliga uppgifter om skillnader mellan utbildningsgrupperna i Sverige avseende dödlighet och livslängd är entydiga. Det sker en långsiktig ökning av ojämlikheten i hälsa. Ökningen kan beläggas ända tillbaka till 1970-talets början. Det handlar inte främst om att vissa grupper släpar efter eller blir färre i antal. Det vi ser är ett gradvist ökat gap mellan utbildningsgrupperna över hela perioden efter 1970. Ökningen av ojämlikheten kan påvisas med vilket som helst av fyra alternativa mått på ojämlikhet i hälsa. De "samhälleliga förutsättningarna för god hälsa" verkar bli alltmer olikartade.

The latest available data on educational differences in mortality/life expectancy in Sweden are unambiguous. There is a long term rise in health inequalities, which can be demonstrated from the early 1970s. The educational gradient in mortality/life expectancy grows steeper over time. This can be shown by any of four alternative inequality measures applied. Creating "social conditions for good health on equal terms", which is the stated ambition of Swedish policy on health, seem to be an increasingly unsuccessful endeavour.

## Bakgrund

Sverige uppfattades länge som ett land utan, eller med mycket små, sociala skillnader i hälsa. En klassisk internationell studie, den sk Black Report (1980), gjorde bedömningen att Sverige avskaffat klasskillnaderna i hälsa, åtminstone bland de senast födda generationerna. Bland svenska politiker fanns liknande uppfattningar under 1970-talet. I själva verket, vet vi idag, hade de sociala skillnaderna i hälsa redan börjat att öka vid denna tidpunkt,

åtminstone om hälsa mäts som dödlighet eller livslängd.

Jag skall nedan sammanfatta vad vi vet om den långsiktiga trenden för hälsans ojämlikhet i Sverige. Jag bygger på nyligen publicerade data om dödlighet och livslängd. Det är givetvis inte tillräckligt för en komplett bild av hälsoutvecklingen i Sverige, men ändå tillräckligt tydligt för att uppfordra till eftertanke, omprövning och handling. Uppfylls

den svenska folkhälsopolitikens mål om en mer jämlik hälsa? Eller kanske vi till och med avlägsnar oss från målet?

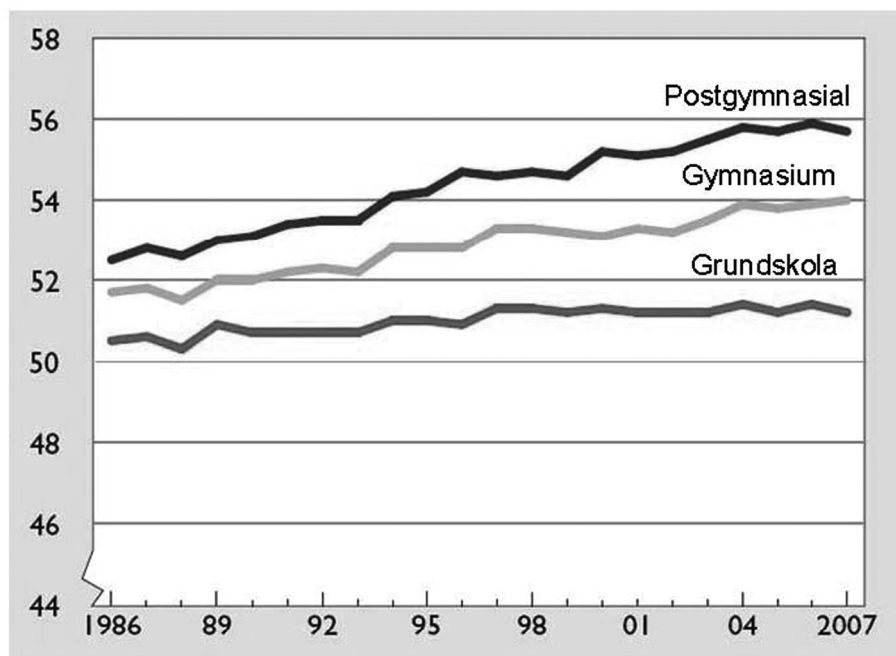
När the Black Report proklamerade Sverige som (nästan) fritt från sociala skillnader i hälsa gjorde man det på grundval av indirekta resonemang och utan relevanta data att stödja sig på. Från 1978 kom ett stort antal studier från svenska och utländska forskare som med all önskvärd tydlighet visade att ojämlikhet i hälsa inte bara var ett historiskt fenomen, utan även kännetecknade det moderna Sverige, till och med de senaste generationerna som vuxit upp under välfärdsstatens hägn. Man dokumenterade skillnader i självskattad hälsa, insjuknande i kliniskt diagnosticerad sjukdom, t.ex cancer och hjärtsjukdomar, överlevnad efter prognos och dödsrisker under alla perioder av livet. Därtill dokumentrades skillnader i födelsevikt, gestationsålder, kroppslängd och BMI. Plus sociala och könsmässiga skillnader i hälsorelaterade beteenden som tobaksrökning, tung alkoholkonsumtion, intag av frukt och grönsaker och benägenhet att uppsöka vården vid specifika problem. Även om Sverige är, eller åtminstone varit, mindre präglad av ojämlikhet i hälsa än andra länder är bilden mumerat glasklar. Ojämlikheten i hälsa återskapas även i det moderna svenska samhället och är en fundamental aspekt i modern samhällsutveckling.

Svenska politiker reagerade så småningom på forskarnas dokumentation och skrev in jämlikhet i hälsa som en ambition för svensk folkhälsopolitik. Senast är detta uttryckt som målsätt-

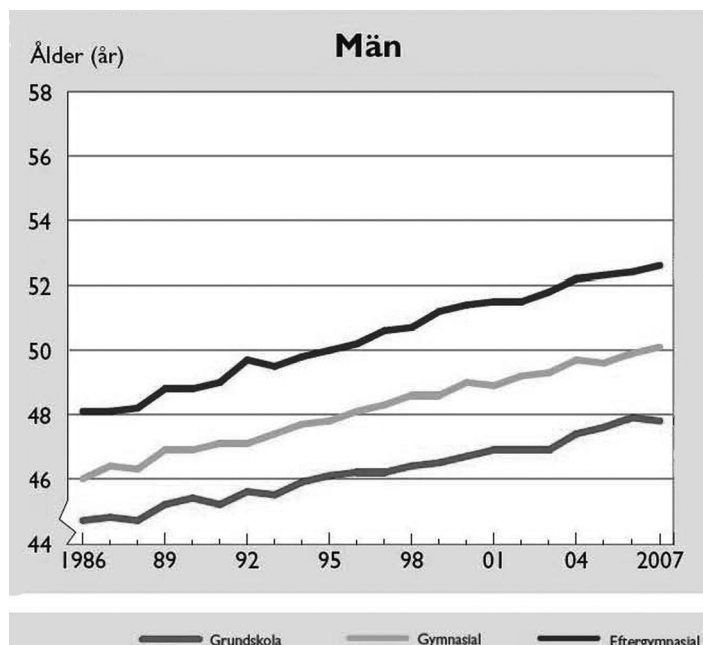
ningen att skapa ”sammhälleliga förutsättningar för god hälsa på lika villkor”. Att varsebli ett problem är dock något helt annat än att formulera den politik som är nödvändig för att åstadkomma en förändring. Ja, tvärtemot den uttalade ambitionen att reducera de sociala skillnaderna i hälsa har dessa bitit sig fast och kunna dokumenteras gång på gång utan några direkta positiva nyheter. Jag visar nedan att de sociala skillnaderna i livslängd och dödlighet tvärtom ökat systematiskt under fyra decennier, sedan 1970-talets början.

## Den långsiktiga ökningen av ojämlikhet i hälsa

Ett tungt bidrag till diskussionen om svensk folkhälsoutveckling publicerades i Folkhälsorapporten 2009. Sverige har märkligt nog ingen löpande rapportering av ojämlikhet i hälsa, men till Folkhälsorapporten 2009 hade epidemiologerna på Socialstyrelsen bett demograferna på SCB om hjälp att beskriva trenden i ojämlikhet. SCB:s demografer beräknade skillnader i förväntad livslängd för olika utbildningsgrupper i den svenska befolkningen, år för år, under en lång tidsperiod, 1986-2007. Med den höga kompetens som finns inom SCB och SoS, och med hjälp av svenska utbildnings- och dödlighetsregister, är detta i själva verket en lätt uppgift som utan vidare skulle kunna genomföras årligen. Det är tekniskt möjligt att publicera årliga data av denna typ i oktober som täcker föregående år. Jag anser det vara ett minimikrav att vi gör det för att kunna bedöma svensk politiks framgång eller misslyckande inom folkhälsoområdet.



Figur 1. Återstående livslängd för kvinnor vid 30 års ålder. Ur Folkhälsorapporten, SoS 2009.



Figur 2. Återstående livslängd för män vid 30 års ålder. Ur Folkhälsorapporten, SoS 2009.

De beräkningar som gjordes för perioden 1986-2007 presenteras ovan i två grafer.

Skillnaden i förväntad livslängd mellan hög och lågutbildade är ca 5 år år 2007. I periodens början, alltså 1986, är den 2-3 år. Gapet ökar sen successivt. Det är anmärkningsvärt att kvinnor med grundutbildning haft en nästan obefintlig ökning av sin förväntade livslängd, särskilt under senare delen av perioden. En liknande, men mindre dramatisk, eftersläpning ser vi även för män med grundskoleutbildning.

Individer som har grundskoleutbildning, individer som har gymnasieutbildning och individer med postgymnasial utbildning skiljer sig åt alltmer i förväntad livslängd. Gapet mellan de senare två grupperna ökar ju också. Vi har alltså, först, en gradient i förväntad livslängd och ovanpå detta en gradient i ökningen av livslängd över tiden.

En rimlig tolkning av dessa uppgifter är att "de samhälleliga förutsättningarna för hälsa" blivit allt mer olikartade för de olika utbildningsgrupperna.

Jag har dock hört flera anmärkningar mot den här tolkningen. Den tyngsta handlar om att gruppen kvinnor och män med kort utbildning utgör en allt mindre del av befolkningen och dessutom en alltmer selekterad grupp som därför helt naturligt kommer att släpa efter. Här bortser man från att skillnaden mellan hög- och mellanutbildade också ökar under samma period, trots att den högutbildade gruppen hela tiden växer och därmed (med samma lo-

gik) blir allt mindre selekterad. Att den högutbildade gruppen drar ifrån trots sin kvantitativa ökning talar för att det faktiskt är "de samhälleliga förutsättningarna för hälsa" som blir alltmer olikartade till nackdel för de mellan och, särskilt, de lågutbildade.

När det gäller selektion av personer med hälsoproblem in i gruppen lågutbildade (särskilt), eller gruppen mellanutbildade (i mindre grad), vet vi ganska lite. Det kan finnas ett visst mått av sådan selektion, men i betydligt högre grad hänger ungdomars uppnådda utbildning samman med föräldrarnas utbildning. Utbildningssystemet förmår inte bryta den sociala snedrekryteringen till högre utbildning och en del av de skillnader i livslängd vi iaktar mellan olika utbildningsgrupper hänger därför samman med förhållanden i tidigare generationer, som återskapas i nästa.

Utbildningsnivån ökar generellt, det gäller i alla samhällsklasser och för personer med hög- som med lågutbildade föräldrar. I sin helhet har denna process starkt bidragit till förbättrad folkhälsa och till den successiva ökningen av förväntad livslängd i Sverige och annorstädes. Utbildningsgruppernas storlek i förhållande till varandra ändras alltså successivt. Man kan därför hävda att en jämförelse av grundskoleutbildade och postgymnasialt utbildade år 1986 säger något annat än samma jämförelse år 2007. Det är alltså fullt legitimt att fundera på vilken betydelse förändringen i gruppernas storlek har när vi diskuterar den ökade ojämlikheten i livslängd, såsom den redovisas i Folkhälsorapport 2009 och Figurerna

Tabell 1. Ojämlighet i dödsrisker mellan hög-, medel- och lågutbildade. Fyra mått på ojämlikhet.

		Max-Min (absolut)	Max-min (relativ)	Vägd Genomsnittlig Skillnad (absolut)	G (%)
Kvinnor	1971-1975	3.68	1.30	0.39	2.54
	1976-1980	3.83	1.35	0.50	3.50
	1991-1995	3.62	1.40	0.76	6.64
	1996-2000	4.16	1.51	0.93	8.71
Män	1971-1975	5.05	1.26	0.65	2.75
	1976-1980	5.83	1.31	0.85	3.60
	1991-1995	6.29	1.43	1.25	6.67
	1996-2000	6.44	1.50	1.37	8.05

1 och 2 ovan.

En nordisk studie, nyligen publicerad i *Journal of Epidemiology and Community Health* (Shkolnikov et al, 2011) ger svaret på den frågan. Dessutom undersöker man olikheter mellan absoluta och relativa mått på ojämlikhet. Studien jämför dödlighet (dödsrisker) i Sverige, Norge och Finland under en trettioårsperiod, 1970-2000. Man beräknar ojämlikhet i dödlighet mellan utbildningsgrupper ("mortality disparities") med fyra olika metoder. Se tabell 1.

Den mest använda, och intuitivt enklaste, metoden är att jämföra dödsrisker i extremgrupperna, så kallade max/min jämförelser. I det här sammanhanget innebär det att dödsriskerna hos lågutbildade jämförs med de hos högutbildade och att man negligerar gruppen däremellan. Man finner t.ex att i Sverige år 2000 var skillnaden i dödsrisk mellan en låg och en högutbildad man

6,4 dödsfall per 1000 personer (män) och 4,2 per 1000 personer (kvinnor). Om vi istället uttrycker samma förhållande i relativa tal blir dödsrisken 1,5 gånger högre för lågutbildade än för högutbildade (både män och kvinnor). Max-min jämförelser kan användas för att visa på trender, som i Tabell 1. Med denna typ av jämförelse ökar de sociala skillnaderna i dödsrisk i Sverige, bland både kvinnor och män, under hela perioden 1970-2000, oavsett om man använder ett absolut mått (kolumn 3) eller relativt mått (kolumn 4).

Det är dock otillfredsställande att mittgruppens utveckling inte har någon påverkan på ojämlikhetsmättet. I studien beräknades därför två mått (ett absolut och ett relativt) som tar hänsyn till utvecklingen i samtliga grupper och dessutom tar hänsyn till att gruppernas storlek ändras över tiden. Principen är att dödsrisken i varje grupp jämförs med den i varje annan grupp. Man kan alltså lätt arbeta med fler än tre grup-

per. Varje sådan jämförelse ges därvid en särskild vikt; ju större de jämförda grupperna är desto tyngre vikt. Sedan beräknar man den vägda medelskillnaden mellan grupperna<sup>1</sup>. Tabell 1, kolumn 5, visar ett index över ojämlikhet i dödsrisker beräknat på detta sätt. Vi ser att ojämlikhetsindex för kvinnor ökar från 0,39 till 0,93 över perioden 1970-2000. Ojämlikheten ökar alltså stadigt över de fyra mätpunkter som redovisas. Även bland män finns en liknande ökning, från 0,65 till 1,37. Ett fjärde mått, G%, beräknas även. Det bygger på det tredje måttet, men uttrycker genomsnittlig skillnad mellan två grupper som procentandel av hela populationens dödsrisk. År 2000 är alltså genomsnittliga skillnaden i dödsrisk mellan två utbildningsgrupper ungefär 9% av populationens genomsnittliga dödsrisk (kvinnor) respektive 8% (män). Även mätt med detta mått ökar skillnaden i dödsrisk mellan utbildningsgrupperna i Sverige under perioden 1970-2000.

## Slutsats

Vi finner att enligt alla fyra metoderna att beräkna ojämlikhet i dödsrisk/överlevnad ökar ojämlikheten långsiktigt och systematiskt under perioden 1970-2000 både bland kvinnor och män i Sverige.

Den generella höjningen av utbildningsnivån är en betydelsefull faktor i folkhälsans förbättring, men förbättringen har tydligen skett parallellt med ökade sociala skillnader i dödlighet.

Med stöd av de ovan refererade studierna bedömer jag att den ökningen pågått i fyra decennier nu. Finland och Norge uppvisar i allt väsentligt en liknande utveckling som Sverige. Det är svårt att undvika slutsatsen att fundamentala strukturella förändringar pågår och pågått in de nordiska välfärdssamhällena, vilka har gjort och kommer att göra ”de samhälleliga förutsättningarna för god hälsa” alltmer olikartade för personer med olika utbildningsnivå.

Det är faktiskt en högst uppseendeväckande aspekt på den moderna samhällsutvecklingen. Måste inte detta tolkas som ett stort politiskt misslyckande? Svensk politik för folkhälsa, tidigare föremål för så mycket beröm från utländska betraktare, verkar ha gått i baklås. Man ser inte problemet. Tar inte de grepp som behövs.

Vilka är de strukturella drivkrafterna bakom den ökade ojämlikheten i hälsa? Och vad kan man göra åt dem? Det är svåra frågor som det just nu inte finns några klara svar på. Men de skulle kunna ställas till en parlamentarisk kommission, där politiker och forskare kunde mötas. Riksdagen har tyvärr varit oförmögen att fatta ett sådant beslut, trots att minst fyra partier i Riksdagen uttalat sig för detta. I stället ser det ut som om kommuner och lands-ting, plus övernationella organisationer som EU och WHO, blir de som ställer frågorna.

För ögonblicket kan man endast spe-

<sup>1</sup>Vikten är proportionell mot produkten av de jämförda gruppernas relativa andel av populationen. Måttet kallas i studien ”average group difference”. Det har tidigare gått under benämningen ”dispersion measure of mortality” och liknar ett mått som kallas ”absolute concentration index”.

tema

kulera i den hälsomässiga betydelsen av olika långsiktiga processer i Sverige. Jag tänker främst på den succesivt ökande ekonomiska ojämlikheten, men även på en ökad segregation i boende och en minskad ”likvärdighet” i skolornas undervisningsutbud liksom på den långsiktigt högre nivån av arbetslöshet, särskilt bland unga. Alla dessa processer är sammanflätade med varandra och knutna både till utbildning och hälsa.

Menar vi allvar med den stolta deklARATIONEN att ”skapa samhälleliga förutsättningar för god hälsa på lika villkor”? I så fall är det hög tid att oroas. Forskarna behöver gräva djupare kring frågor om de strukturella drivkrafterna bakom ojämlikheten i hälsa. Den svenska politikens förnämsta institution, Riksdagen, behöver ta ett resolut grepp om frågan.

## Referenser

Department of Health and Social Security (1980). Inequalities in health. Report of a working group chaired by sir Douglas Black. London: HMSO.

Socialstyrelsen (2009). Folkhälsorapport 2009.

Shkolnikov V, Andreev E, Jdanov D, Jasilionis D, Kravdal Ö, Vägerö D, Valkonen T (2011). Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden 1970-2000. *Journal of Epidemiology and Community Health*. DOI:10.1136/jech.2009.104786