

Folkhälsan i översikt

Svenska mäns medellivslängd bland de högsta i världen

Medellivslängden är ett av de mest använda måtten på hur folkhälsan utvecklas och det används ofta när man jämför olika länder. Medellivslängden i Sverige år 2008 var 83,1 år för kvinnor och 79,1 år för män. I ett internationellt perspektiv är medellivslängden hög i Sverige, vilket framgår av tabell 1 som visar de tio länder som hade den högsta medellivslängden bland kvinnor respektive män år 2006. Framförallt män i Sverige lever längre än nästan alla andra män, det var bara män från Island, Schweiz och Japan som hade en högre medellivslängd. Svenska kvinnor ligger först på delad nionde/tionde plats tillsammans med Norge. I flera länder i Sydeuropa, men också i Finland, Japan och Australien var medellivslängden bland kvinnor högre än i Sverige.

Tabell 1. Världens högsta medellivslängder

Världens tio högsta medellivslängder. Kvinnor och män år 2006.

Kvinnor	Ålder (år)	Män	Ålder (år)
Japan	85,8	Island	79,4
Frankrike	84,4	Schweiz	79,2
Spanien	84,4	Japan	79,0
Schweiz	84,2	Australien	78,7
Italien	83,9	Sverige	78,7
Australien	83,5	Canada	78,3
Finland	83,1	Italien	78,3
Island	83,0	Norge	78,2
Norge	82,9	Nya Zeland	78,1
Sverige	82,9	Spanien	77,7

Källa: OECD Health Data 2008 , Canada Pan American Health Organization (Canada)
Istat - Istituto nazionale di statistica (Italien) [1–3]

Svenska kvinnor ligger således inte lika bra till som männen vid en internationell jämförelse. Av tabell 2 framgår det att det är framförallt bland kvinnor i åldern 60–74 år som dödligheten är högre i Sverige än i flertalet av de europeiska länderna. Bland yngre kvinnor är dödligheten däremot bland de lägsta. En viktig anledning är att svenska kvinnor som idag är medelålders och äldre har rökt i högre utsträckning än vad kvinnor gjort i de flesta andra länder. Det beror på att rökning bland kvinnor blev vanligt förhållandevis tidigt i Sverige.

Tabell 2. Länder i Europa med lägst dödlighet i olika åldrar

De tio länder i Europa som har den lägsta dödligheten i respektive åldersgrupp, år 2005. Åldersstandardiserad dödlighet.

Kvinnor					
1–14 år	15–29 år	30–44 år	45–59 år	60–74 år	75+ år
Sverige	Italien*	Italien*	Spanien	Spanien	Frankrike
Norge	Tyskland	Sverige	Italien*	Frankrike	Italien*
Finland	Nederländerna	Schweiz	Grekland	Italien*	Schweiz
Italien*	Danmark	Österrike	Schweiz	Schweiz	Spanien
Frankrike	Sverige	Grekland	Sverige	Grekland	Norge
Tjeckien	Spanien	Spanien	Norge	Finland	Finland
Danmark	Slovenien	Tyskland	EU-15	Österrike	Sverige
Schweiz	EU-15	Norge	Österrike	EU-15	EU-15
Tyskland	Polen	Irland	Frankrike	Norge	Nederländerna
EU-15	Frankrike	EU-15	Irland	Sverige	Österrike
Män					
1–14 år	15–29 år	30–44 år	45–59 år	60–74 år	75+ år
Sverige	Nederländerna	Sverige	Sverige	Schweiz	Schweiz
Norge	Tyskland	Nederländerna	Italien*	Italien*	Frankrike
Irland	Sverige	Schweiz	Schweiz	Sverige	Italien*
Finland	Schweiz	Italien*	Norge	Norge	Spanien
Italien*	Danmark	Norge	Nederländerna	Grekland	Storbritannien
Frankrike	Italien*	Danmark	Irland	Frankrike	EU-15
Tyskland	Storbritannien	Tyskland	Storbritannien	Spanien	Sverige
Tjeckien	Spanien	Österrike	Grekland	EU-15	Österrike
Grekland	EU-15	Irland	EU-15	Storbritannien	Grekland
EU-15	Finland	EU-15	Spanien	Nederländerna	Finland

* År 2006 eftersom uppgift saknas för år 2005. Detta kan påverka Italiens placering. Länder vars befolkning understiger 1 miljon invånare ingår inte i jämförelsen.

Källa: WHO Mortality database (uttag 090227)

Idag röker svenska kvinnor i ungefär samma utsträckning som kvinnor i de flesta europeiska länder medan män röker i betydligt mindre utsträckning än europagenomsnittet. Nu minskar andelen rökare bland kvinnor i Sverige samtidigt

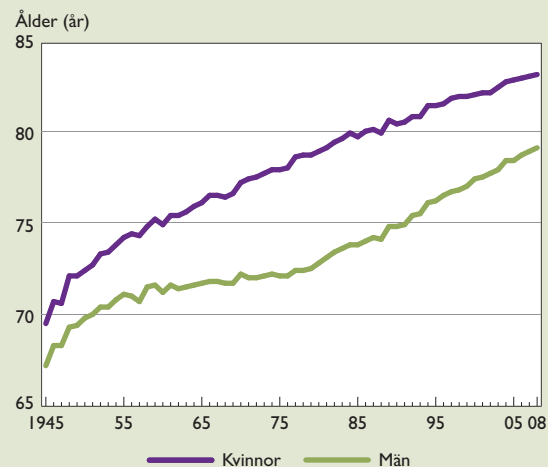
som rökning blivit vanligt bland kvinnor även i de andra länderna, vilket kan innebära att svenska kvinnors medellivslängd kommer att öka mer än i många andra europeiska länder framöver.

Könsskillnader i medellivslängd minskar

Medellivslängden i Sverige fortsätter alltjämt att öka för både kvinnor och män. Figur 1 visar att kvinnors medellivslängd har ökat stadigt sedan mitten av 1940-talet men att mäns medellivslängd ökade mycket lite under 1950-, 1960- och 1970-talen. Könsskillnaderna i medellivslängd var 2,3 år, år 1945, och var som högst 6,2 år i slutet av 1970-talet. Sedan början av 1980-talet ökar däremot mäns medellivslängd snabbare än kvinnors vilket innebär att könsskillnaderna minskar och år 2008 var könsskillnaden 4,0 år. Fyra års könsskillnad i medellivslängd är emellertid fortfarande mycket i ett folkhälsoperspektiv, redan år 1980 uppnådde kvinnor den medellivslängd som män har idag (79 år).

Figur 1. Medellivslängden i Sverige 1945–2008

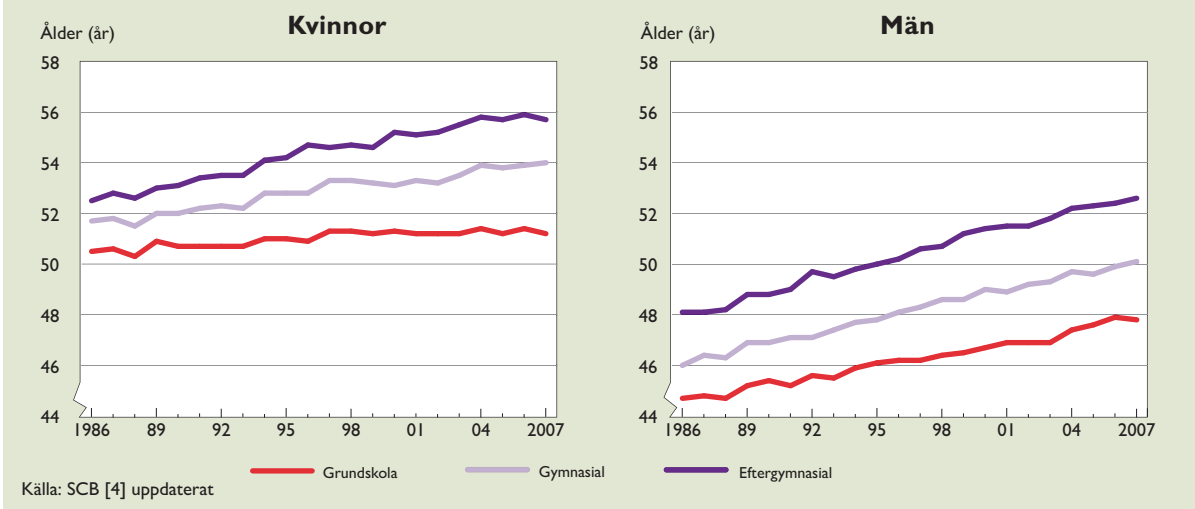
Förväntad återstående medellivslängd (vid födseln). Kvinnor och män i Sverige, perioden 1945–2008.



Källa: Befolkningsstatistiken, SCB

Figur 2. Sociala skillnader i medellivslängd 1986–2007

Förväntad återstående medellivslängd från 30 års ålder (år) fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1986–2007.



Källa: SCB [4] uppdaterat

Skillnaderna i medellivslängd mellan låg- och högutbildade ökar

Det är dock inte bara mellan könen som det finns stora skillnader i medellivslängd, skillnaden mellan personer med olika lång utbildning är ännu större och ökade mellan 1986 och 2007 (figur 2). Skillnaden i återstående medellivslängd från 30 års ålder ökade under perioden bland kvinnor från 2 år till 4,5 år och bland män från 3,4 år till 4,9 år. Män med eftergymnasial utbildning har en högre återstående medellivslängd vid 30 års ålder än kvinnor som enbart har grundskoleutbildning.

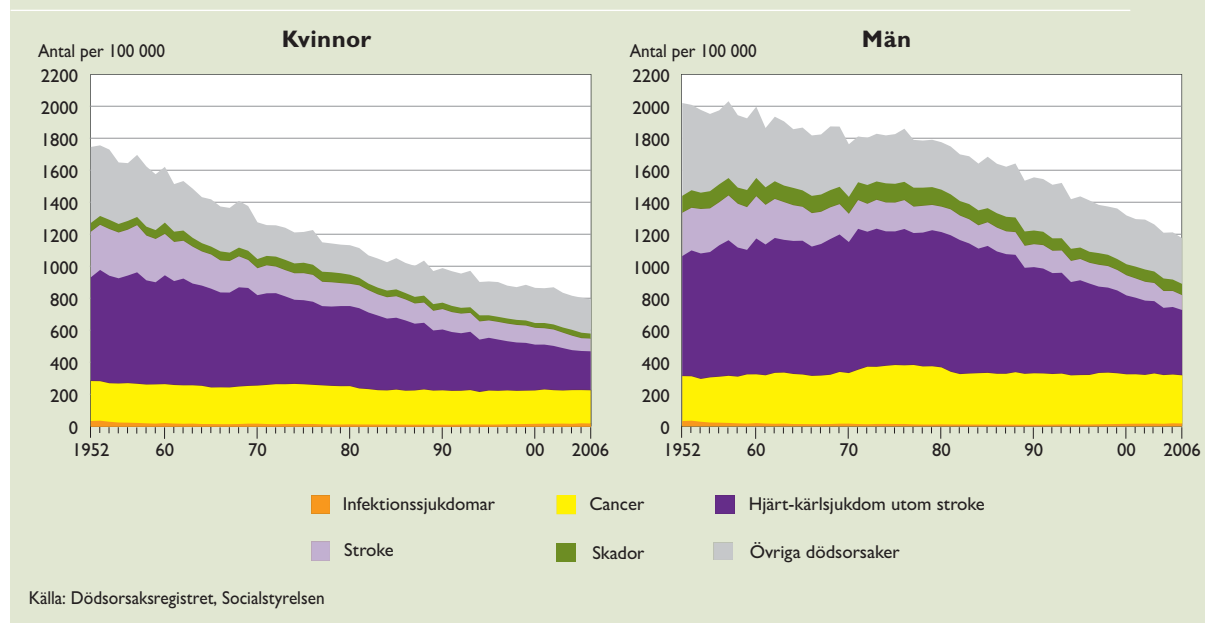
Förändringar i dödsorsaksmönster mellan 1952 och 2006

Figur 3 visar hur dödsorsaksmönstret förändrats mellan 1952 och 2006. Mest påtagligt är att risken för hjärt- och kärlsjukdomar har minskat. Antalet personer per 100 000 invånare som varje år dör i cancer har däremot inte minskat. Eftersom alla så småningom ändå kommer dö betyder en minskad dödsrisk att döden i exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar sker i högre åldrar än förut.

Bland män minskade dödligheten mycket lite under 1950-, 1960- och 1970-talet vilket avspeglades i den långsamma ökningen av medellivslängden under denna period. I flera dödsorsaker ökade till och med dödligheten bland män mellan

Figur 3. Dödlighet i olika dödsorsaker 1952–2006

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män i alla åldrar, perioden 1952–2006. Åldersstandardiserat.



1950-talet och 1970-talets slut. Figur 4 visar att andelen män som dog i hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och skador var högre i slutet av 1970-talet än på 1950-talet. Även bland kvinnor ökade andelen som dog i cancer och skador men inte andelen som dog i hjärt- och kärlsjukdomar, som tvärtom minskade. Från slutet av 1970-talet och början av 1980-talet sjönk dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och skador bland både kvinnor och män. Särskilt markant minskade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar bland män.

Det var i åldrarna mellan 20 och 80 år som dödligheten bland män var i stort sett oförändrad under 1950- och 1960-talen samt under större delen av 1970-talet. Under samma årtionden var dödligheten också i stort sett oförändrad bland

kvinnor i åldersgruppen 15–24 år, medan den minskade bland kvinnor i alla andra åldersgrupper. Dödligheten bland barn har däremot minskat stadigt sedan 1950-talet och ända fram till idag, för både flickor och pojkar. Likaså har dödligheten bland de allra äldsta, i åldrarna över 80 år, minskat under hela perioden.

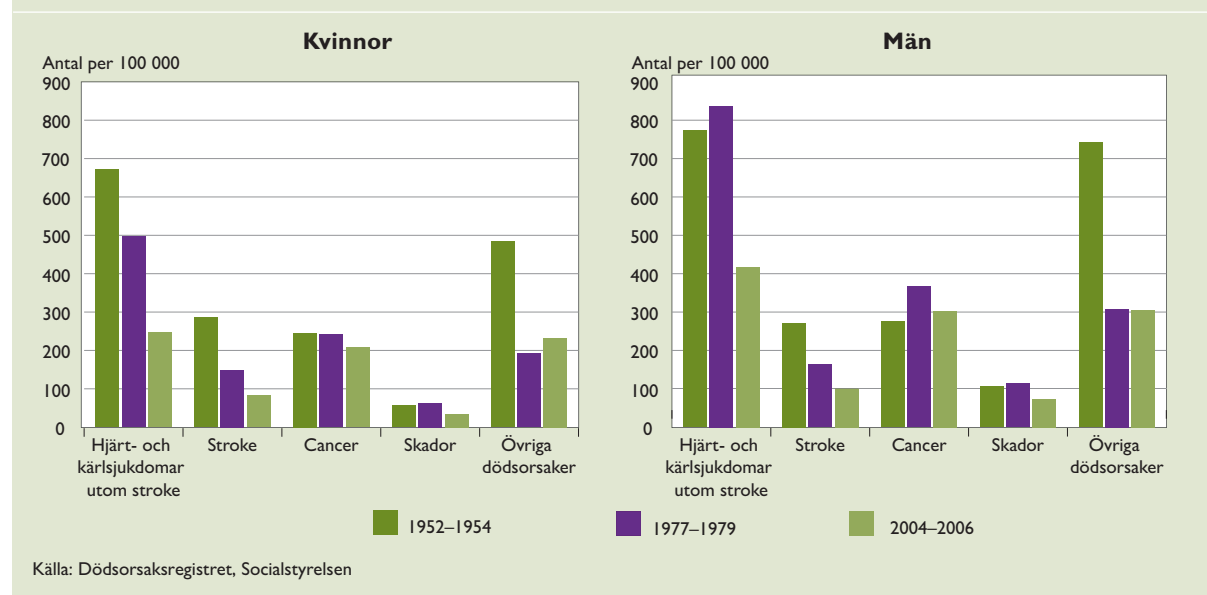
Barnadödligheten har minskat mest

Relativt sett har dödligheten sedan 1950-talet minskat mest bland barn. Andelen barn som dog i åldern 1–4 år var 8 till 9 gånger högre på 1950-talet än på 2000-talet, den högre siffran gäller för pojkar. I åldern 5–9 år var det 5 till 7 gånger vanligare att barn dog och i åldern 10–14 år var det 4 gånger vanligare (figur 5).

Figur 4. Dödlighet i olika dödsorsaker på 1950-, 1970- och 2000-talet

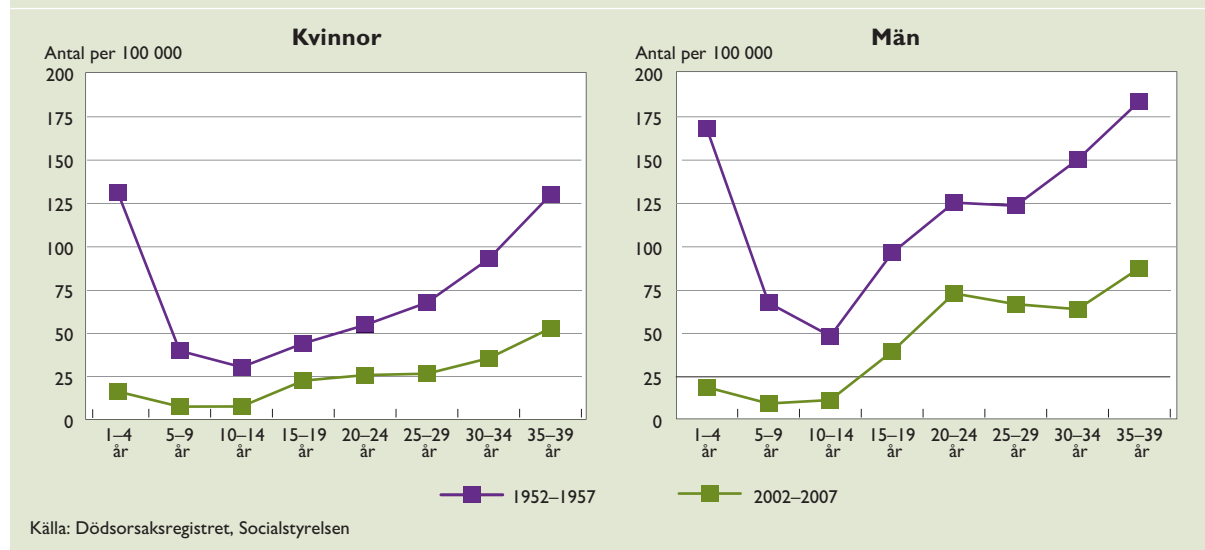
Antal döda per 100 000 efter dödsorsak, genomsnitt för åren 1952–1954, 1977–1979 och 2004–2006.

Kvinnor och män i alla åldrar. Åldersstandardiserat.



Figur 5. Dödlighet bland unga på 1950-talet och på 2000-talet

Antal döda per 100 000 åren 1952–1957 och 2002–2007. Kvinnor och män i olika åldersgrupper.



Barnadödligheten är lägst i åldern 5–14 år för båda könen och högst under det första levnadsåret. På 1950-talet dog 1 400–1 800 barn per 100 000 innan de fyllt ett år jämfört med omkring 300 per 100 000 barn idag. Det innebär att spädbarnsdödligheten var 5–6 gånger högre på 1950-talet än vad den är idag (visas inte i figuren). Fortfarande är dock dödligheten bland barn i alla åldrar högre bland pojkar än bland flickor även om könsskillnaderna har blivit mindre sedan 1950-talet.

Dödsriskerna bland vuxna har minskat mindre än bland barn relativt sett men minskningen är ändå betydande. På 1950-talet var det 2,5 gånger större risk än idag att kvinnor dog i åldrarna från tonåren fram till 50-årsåldern och dubbelt så stor risk bland män. I åldrarna över 50 år var dödlig-

heten bland kvinnor mer än dubbelt så hög som under 1950-talet och bland män 60–80 procent högre.

Könsskillnader i dödlighet på 2000-talet

Figur 6 visar att män har en högre dödsrisk än kvinnor i alla åldrar, ända upp till 95 års ålder. Störst är den relativa skillnaden mellan män och kvinnor i tjugo-årsåldern och i denna ålder är det ända upp till tre gånger vanligare att män dör än att kvinnor gör det.

Figur 6. Överdödlighet bland män i olika åldrar.

Kvoten mellan antal döda män per 100 000 och antal döda kvinnor per 100 000, genomsnitt för åren 2003–2007. Olika åldrar*.



* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Fler män än kvinnor dör av hjärt- och kärlsjukdomar, lungcancer, olycksfall, självmord och alkoholrelaterad dödlighet. Skadedödligheten är mer än dubbelt så hög bland män som bland kvinnor (tabell 3). Hjärt- och kärldödligheten är omkring 70 procent högre bland män när man inte tar med stokedödligheten och cancerdödligheten är 50 procent högre. I *yngre* åldrar är det mäns högre risk att dö i skador som har störst betydelse för att fler män än kvinnor dör, medan könsskillnaden i hjärt- och kärlsjukdomar har störst betydelse i *högre* åldrar.

Tabell 3. Överdödlighet bland män i olika dödsorsaker

Kvoten mellan antal döda män per 100 000 och antal döda kvinnor per 100 000, åren 2002–2006. Olika dödsorsaker, alla åldrar sammantaget. Ålderstandardiserat.

Dödsorsak	Kvot
Skador	2,22
Hjärt- och kärlsjukdomar utom stroke	1,69
Cancer	1,47
Stroke	1,18
Infektionssjukdomar	1,00
Övriga dödsorsaker	1,34

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

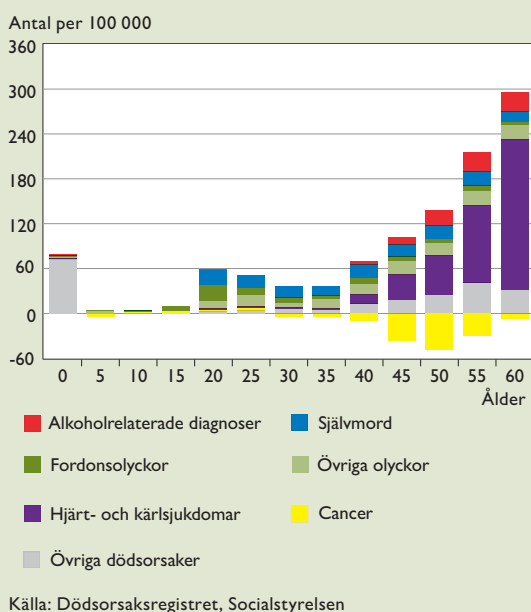
Om man istället jämför antalet fler män än kvinnor som dör per 100 000 invånare ökar denna andel med stigande ålder. Figur 7 visar att upp till 60 års ålder dör fler kvinnor än män i cancer men i övrigt överstiger männens dödsrisker kvinnornas. Figur 8 visar att med stigande ålder är det könsskillnader i hjärt- och kärlsjukdomar som har störst betydelse för att andelen män som dör är högre än andelen kvinnor (observera olika skalar i de två figurerna). Eftersom dödligheten ökar kraftigt med åldern blir könsskillnaden i dessa absoluta dödsrisker högre med stigande ålder, trots att den relativa könsskillnaden är mindre i högre åldrar än i yngre vilket visades i figur 6.

Männens dödsorsaksmönster liknar allt mer kvinnornas

Sedan 1980-talets början närmar sig som sagt mäns medellivslängd kvinnors. Det beror framförallt på att dödligheten minskat i hjärt- och kärlsjukdomar, men även dödfall i olycksfall, självmord och alkoholrelaterad dödlighet har minskat. I samtliga av dessa dödsorsaker har dödligheten minskat för både kvinnor och män. Minskningen har emellertid störst betydelse för män eftersom dessa dödsorsaker är vanligare bland män.

Figur 7. Överdödlighet bland män i olika dödsorsaker i åldrarna upp till 60 år

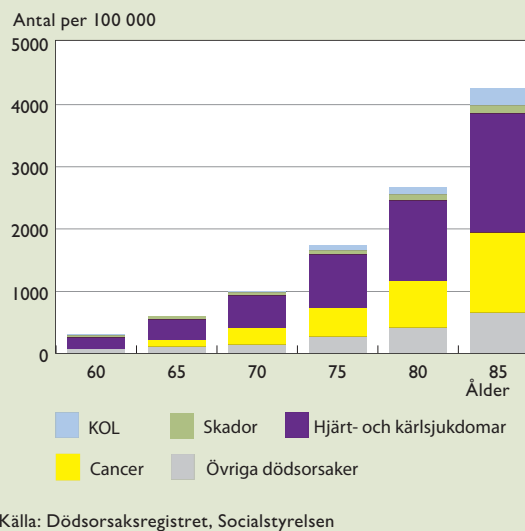
Skillnaden mellan antal döda män per 100 000 och antal döda kvinnor per 100 000, åren 2002–2004. Olika dödsorsaker.



Cancer som är den enda stora dödsorsak som är vanligare bland kvinnor, dock endast i yngre åldrar, har inte haft samma goda utveckling. Bröstcancerdödligheten har minskat något. Beträffande lungcancer har utvecklingen varit olika för män och kvinnor; lungcancer minskar bland män sedan länge men ökar bland kvinnor och först de senaste åren finns tecken på att lungcancer börjar minska även bland kvinnor (se kapitlet om Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjukdomar).

Figur 8. Överdödlighet bland män i olika dödsorsaker i åldrarna 60–85 år.

Skillnaden mellan antal döda män per 100 000 och antal döda kvinnor per 100 000, åren 2002–2004. Olika dödsorsaker.



Utbildning och risken för tidig död

Den stagnerande dödligheten bland män under 1950-, 1960- och 1970-talen berodde på att dödligheten bland arbetare ökade, i alla andra socioekonomiska grupper minskade dödligheten under denna period [5]. Sedan Folk- och bostadsräkningarna upphörde år 1990 går det inte längre att följa socioekonomiska skillnader i dödlighet. Istället kan man belysa sociala skillnader i dödlighet genom att mäta skillnader i dödlighet mellan grupper med olika lång utbildning.

Bland både män och kvinnor är dödsrisken nästan dubbelt så stor i åldern 30–74 år bland personer med enbart grundskola jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. I samtliga

utbildningsgrupper har kvinnor en lägre dödsrisk än män, när man jämför kvinnor och män från samma utbildningsgrupp. Däremot har kvinnor med grundskoleutbildning en högre dödsrisk än män med eftergymnasial utbildning.

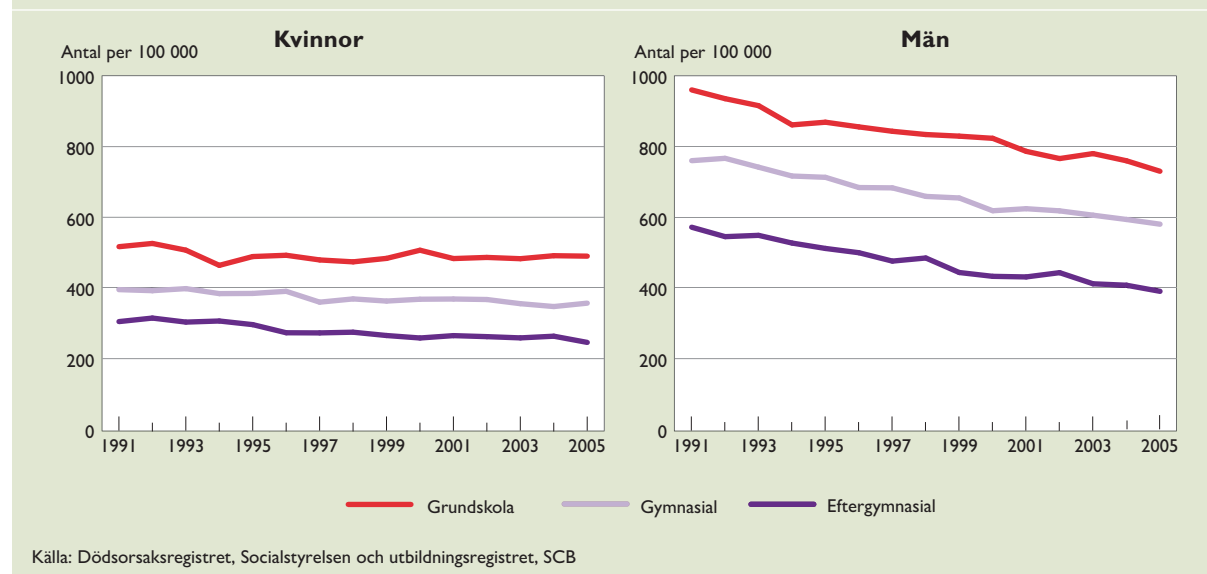
Det är bara bland kvinnor med eftergymnasial utbildning som dödligheten bland kvinnor har minskat i någon större utsträckning de senaste femton åren i åldern 30–74 år (figur 9). Mellan åren 1991 och 2005 har därför skillnaden i dödsrisk i mellan utbildningsgrupperna ökat något bland kvinnor. Bland män minskar dödligheten i alla utbildningsgrupperna och skillnaden i antalet döda per 100 000 mellan män med olika lång utbildning är i stort sett oförändrad.

Hjärt- och kärlsjukdomar och cancer mindre vanligt bland högutbildade

Skillnader i dödlighet mellan personer med olika lång utbildning finns i de flesta dödsorsaker. Figur 10 visar antalet döda per 100 000 invånare i åldersgruppen 30–74 år i de tre största dödsorsakerna dvs. cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och skador. Cancer bidrar till en knapp tredjedel av skillnaden i dödlighet i åldern 30–74 år mellan kvinnor med grundskoleutbildning och eftergymnasial utbildning och med omkring en femtedel bland män. Hjärt- och kärlsjukdomar bidrar med en tredjedel bland kvinnor och närmare 40 procent bland män.

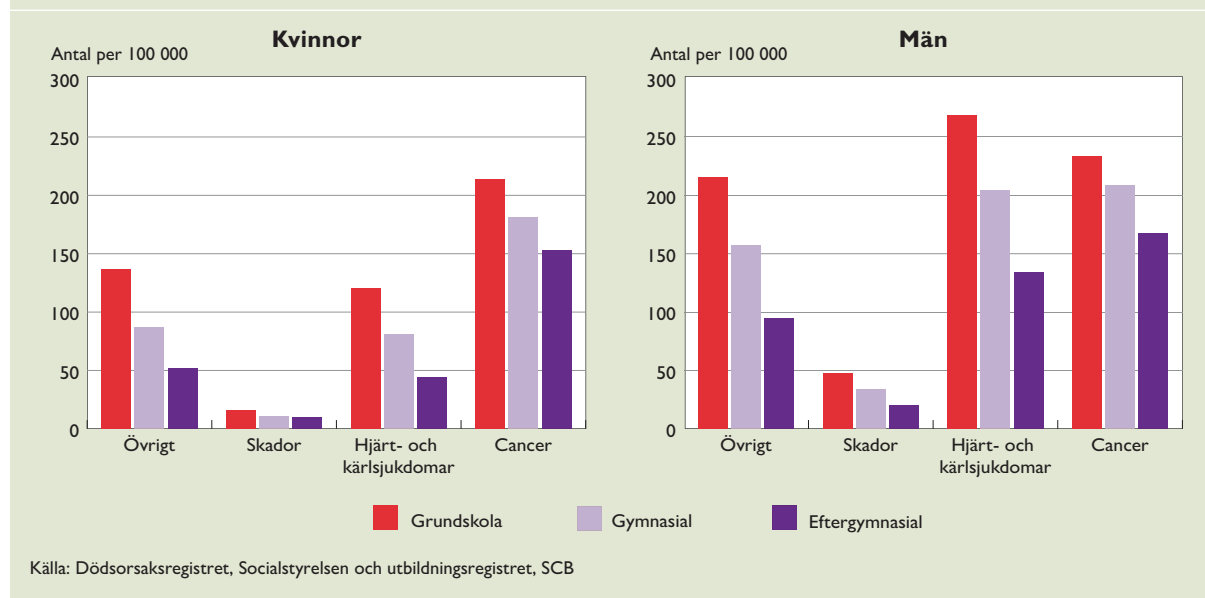
Figur 9. Dödlighet efter utbildning 1991–2005

Antal döda per 100 000 i olika utbildningsgrupper. Kvinnor och män 30–74 år, perioden 1991–2005. Åldersstandardiserat.



Figur 10. Dödlighet i några dödsorsaker efter utbildning

Antal döda per 100 000 i olika dödsorsaker bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 30–74 år, genomsnitt åren 2001–2005. Åldersstandardiserat.



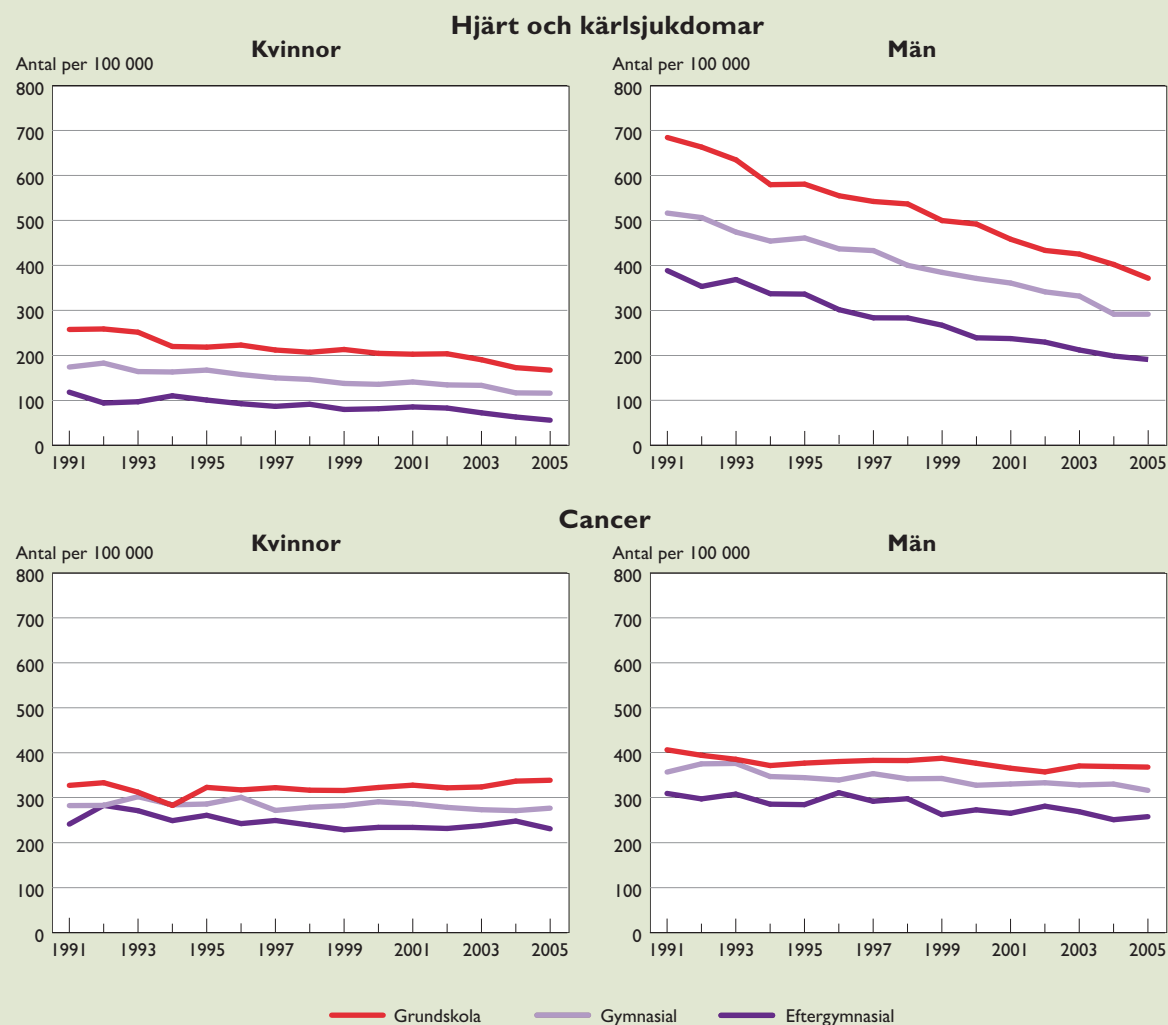
Sociala skillnader i dödlighet både minskar och ökar

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har i det närmaste halverats bland män i åldern 45–74 år i samtliga utbildningsgrupper mellan åren 1991 och 2006 (figur 11). Även bland kvinnor har hjärt- och kärldödligheten minskat i samtliga utbildningsgrupper. Skillnaderna i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar för kvinnor och män med olika lång utbildning är mindre nu än i början av 1990-talet i åldern 45–74 år, räknat i antal döda per 100 000.

Cancerdödligheten har inte minskat alls i samma utsträckning som dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar bland män. För 15 år sedan var det vanligare att män i åldern 45–74 år dog av hjärt- och kärlsjukdomar än av cancer, men idag är det fler som dör i cancer. Dödligheten i cancer har dock minskat bland män i alla utbildningsgrupper (figur 11). Bland kvinnor är det endast bland dem med eftergymnasial utbildning som man ser en tydlig minskning av cancerdödligheten sedan 1991. De senaste åren har cancerdödligheten inte heller minskat i denna grupp.

Figur 11. Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer efter utbildning 1991–2005

Antal döda per 100 000 i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 45–74 år, perioden 1991–2005. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB

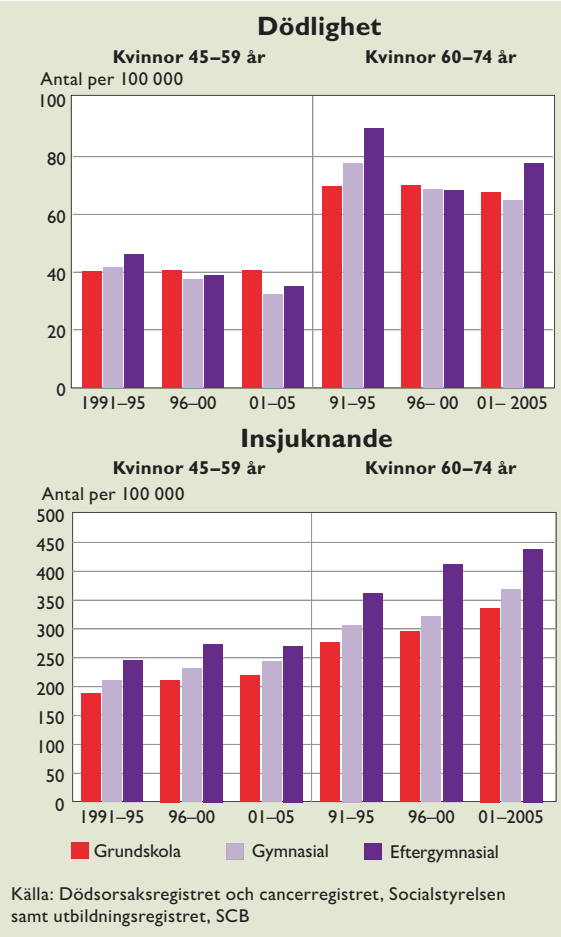
Bröstcancer och lungcancer står tillsammans för omkring 40 procent av cancerdödsfallen bland kvinnor i åldern 45–74 år. I början av 1990-talet fanns en tydlig skillnad i bröstcancerdöd mellan kvinnor i olika utbildningsgrupper (figur 12). Dödsfall i bröstcancer var vanligast bland kvinnor med eftergymnasial utbildning, och bröstcancer är en av de få dödsorsaker som var vanligare bland högutbildade än bland lågutbildade. Åren 2001–2005 är bröstcancerdödligheten bland kvinnor i åldern 45–59 år högre bland lågutbildade men i högre åldrar är det fortfarande högutbildade som har högst dödlighet. Att insjukna i bröstcancer är däremot fortfarande vanligare bland högutbildade. Flera studier visar att överlevnaden i cancer är sämre bland kvinnor med låg socioekonomisk status och att skillnaden är mest uttalad bland kvinnor under 50 år [6,7].

Lungcancer är betydligt vanligare bland lågutbildade än högutbildade (figur 13). Andelen som dör i lungcancer har ökat de senaste femton åren bland kvinnor i åldern 45–74 år utom bland kvinnor med eftergymnasial utbildning. Dödligheten i lungcancer avspeglar också insjuknandet eftersom lungcancer sällan botas. De viktigaste orsakerna till att sociala skillnader i cancerdödligheten har ökat är att lungcancer ökat mer bland kvinnor med kortare utbildning än bland högutbildade och att bröstcancerdödligheten minskat mer bland högutbildade än bland kvinnor med lägre utbildning. Bland män har lungcancerdödligheten minskat något i alla utbildningsgrupperna.

Att dö till följd av en skada, (självmod och olycksfall sammantaget) är betydligt vanligare bland personer med enbart grundskoleutbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning (figur 14). De höga siffrorna åren 1994 och 2004 beror på att omkring 500 personer drunknade både när fär-

Figur 12. Bröstcancer i olika utbildningsgrupper 1991–2005

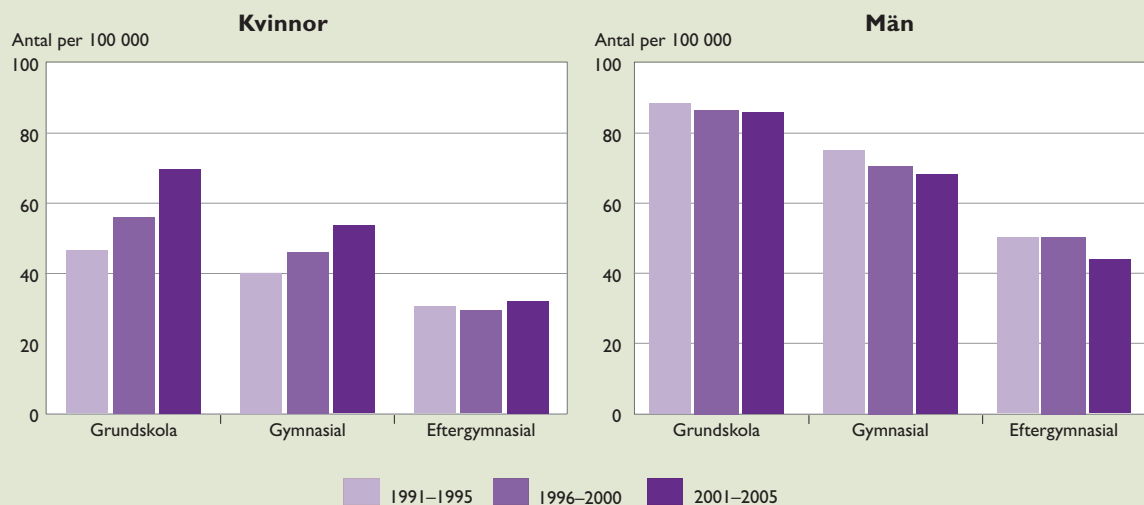
Antal döda respektive insjuknade per 100 000 i bröstcancer bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor 45–59 år och 60–74 år, genomsnitt åren 1991–1995, 1996–2000 och 2001–2005. Åldersstandardiserat.



jan Estonia sjönk i Östersjön och i samband med tsunamin i Sydostasien. Skadedödligheten har inte minskat de senaste femton åren och de sociala skillnaderna har snarast ökat i åldern 30–74 år.

Figur 13. Lungcancerdödlighet i olika utbildningsgrupper 1991–2005

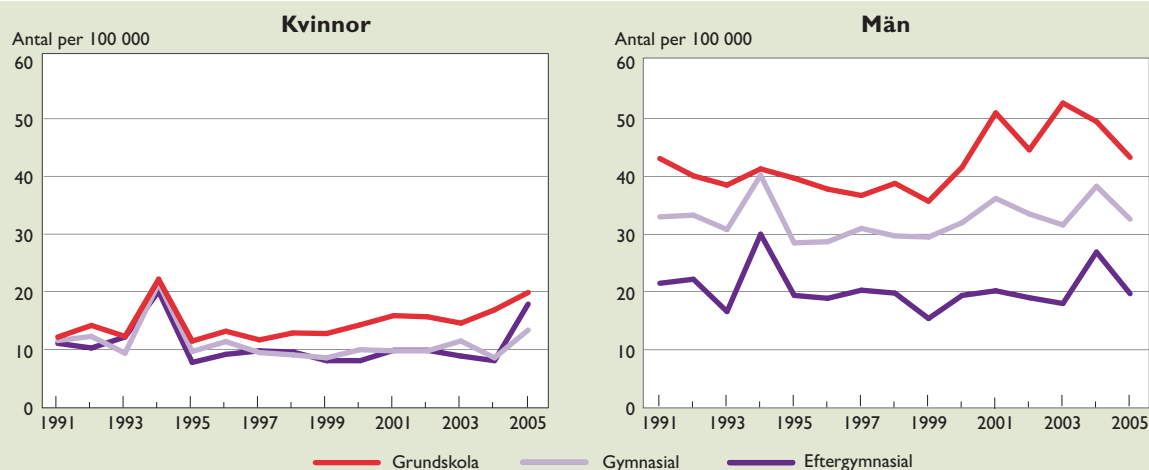
Antal döda per 100 000 i lungcancer bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 45–74 år, genomsnitt åren 1991–1995, 1996–2000 och 2001–2005. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB

Figur 14. Dödlighet i skador i olika utbildningsgrupper 1991–2005

Antal döda per 100 000 i skador bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 30–74 år, perioden 1991–2005. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB

Tabell 4. Skillnader i dödlighet i olika åldrar och utbildningsgrupper

Över- respektive underrisk* att avlida i jämförelse med den genomsnittliga dödsrisken för åldergruppen, för män respektive kvinnor. Kvinnor och män 30–84 år, genomsnitt för åren 2003–2007.

Ålder	Kvinnor			Män		
	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial
30–34 år	2,96	1,00	0,68	2,51	1,11	0,47
35–39 år	2,28	1,07	0,66	2,02	1,07	0,57
40–44 år	2,01	1,07	0,64	1,76	1,08	0,51
45–49 år	1,68	1,05	0,67	1,49	1,04	0,59
50–54 år	1,58	1,00	0,71	1,37	1,09	0,55
55–59 år	1,38	1,02	0,69	1,29	1,03	0,63
60–64 år	1,24	1,01	0,70	1,22	0,99	0,67
65–69 år	1,19	0,95	0,70	1,15	0,97	0,72
70–74 år	1,13	0,92	0,71	1,13	0,94	0,71
75–79 år	1,08	0,92	0,72	1,09	0,94	0,78
80–84 år	1,05	0,91	0,76	1,07	0,94	0,78

* Standardiserad dödskvot definierad som antalet döda inom en grupp med viss ålder och utbildningsnivå dividerat med det förväntade antalet döda om dödligheten var densamma som i riket totalt.

Källa: Befolkningsstatistiken och utbildningsregistret, SCB

Sociala skillnader större bland yngre än äldre

Sociala skillnader i dödsrisker är större bland yngre än bland äldre (tabell 4). Exempelvis i åldern 30–34 år har kvinnor med endast grundskola, tre gånger högre dödsrisk jämfört med riksgenomsnittet för denna åldersgrupp åren 2003–2007. För kvinnor med eftergymnasial utbildning var dödligheten istället endast 68 procent av riksgenomsnittet. Det betyder att det var 4 gånger så vanligt att kvinnor med enbart grundskoleutbildning dog i åldern 30–34 år än vad det var bland kvinnor med eftergymnasial utbildning.

Det är emellertid få som dör i åldern 30–34 år och med stigande ålder, och stigande dödlighet, minskar de relativa skillnaderna mellan utbildningsgrupperna. Men även i åldrar där risken att dö är betydligt högre är skillnaden påtaglig. Exempelvis i åldern 70–74 år har personer med enbart grundskola 60 procent högre dödsrisk än

de som har eftergymnasial utbildning, både bland kvinnor och bland män.

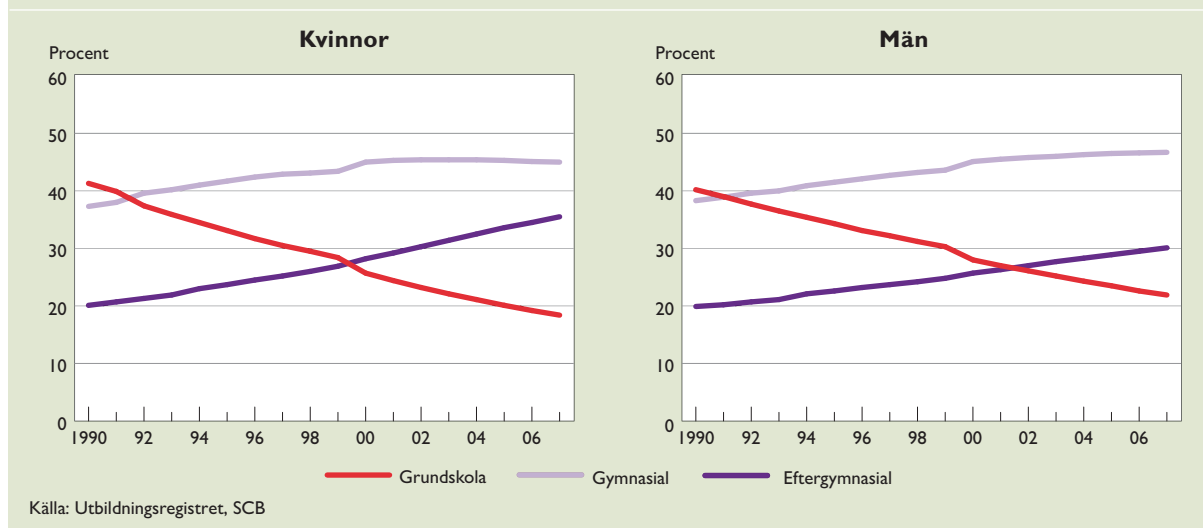
Högre utbildningsnivå en orsak till minskad dödlighet

Allt fler i befolkningen har en eftergymnasial utbildning. År 2007 hade 36 procent av kvinnorna och 30 procent av männen i åldern 30–74 år en eftergymnasial utbildning (figur 15). År 1990 hade 20 procent eftergymnasial utbildning bland både kvinnor och män. Numera har 18 procent av kvinnorna och 22 procent av männen endast grundskola jämfört med 40 procent bland kvinnor och män 1990.

Eftersom dödligheten bland högutbildade är lägre än bland lågutbildade innebär den höjda utbildningsnivån att fler tillhör gruppen högutbildade med lägre dödsrisker och färre tillhör gruppen lågutbildade med höga dödsrisker. Den höjda utbildningsnivån är sannolikt en viktig orsak till den ökande medellivslängden.

Figur 15. Utbildningsnivå 1990–2007

Andel (procent) personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 30–74 år, perioden 1990–2007.



Kvinnor mår sämre än män

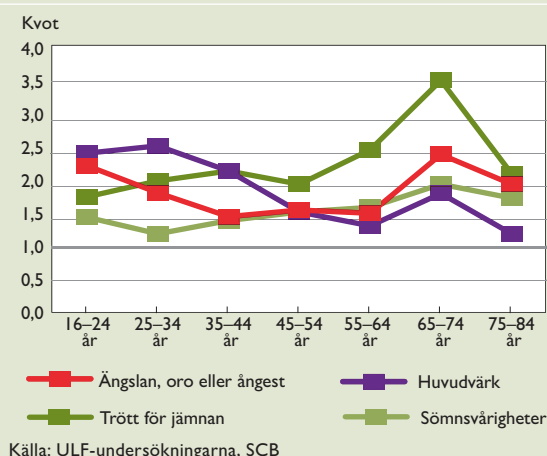
Trots att kvinnor lever längre än män är hälsobesvär vanligare bland kvinnor än bland män. Nedsett psykiskt välbefinnande och värk är vanliga orsaker till att man upplever sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt.

Figur 16 visar hur många gånger vanligare det är bland kvinnor jämfört med män att besväras av huvudvärk, sömnsvårigheter, trötthet för jämn eller ångslan, oro eller ångest. I yngre åldrar är huvudvärk mer än dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män. I åldern 65–74 år är besvär med ångslan, oro eller ångest 2,5 gånger vanligare bland kvinnor, och att känna sig trött morgon, middag kväll är 3,5 gånger vanligare bland kvinnor.

Svår värk i nacke och skuldror och svår värk i ryggen är också vanligare bland kvinnor än bland män i alla åldrar (figur 17). Särskilt stor är könsskillnaden i åldern 16–24 år respektive 25–34 år där det är 4–5 gånger vanligare med svår värk i nacke och skuldror bland kvinnor än bland män.

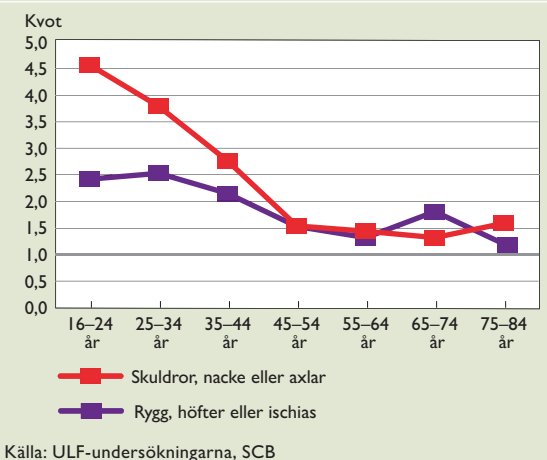
Figur 16. Könsskillnader i psykiskt välbefinnande i olika åldrar

Skillnad mellan kvinnors och mäns psykiska välbefinnande mätt som kvoten mellan andelen kvinnor och andelen män som har olika psykiska besvär. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, åren 2004–2005.



Figur 17. Könsskillnader i värkbesvär i olika åldrar

Skillnad mellan kvinnors och mäns värkbesvär mätt som kvoten mellan andelen kvinnor och andelen män som har olika svåra värkbesvär. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, åren 2004–2005.



Nedsatt psykiskt välbefinnande och värk i nacke och skuldror har ökat bland både kvinnor och män sedan 1980-talet, men har minskat de allra senaste åren utom bland ungdomar. Ökningen har varit större bland kvinnor räknat som antalet fler personer med besvär per 100 invånare. Flickor i åldern 15–19 år har haft den sämsta utvecklingen vilket diskuteras mer i kapitlet om ungdomars hälsa. Könsskillnaderna i dessa besvär blev större också bland kvinnor i förvärsaktiv ålder under 1990-talet. I kapitlet om psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär framförs att psykosocial stress i arbetet blev vanligare framförallt på kvinnodominerade arbetsplatser och att kvinnors arbetstid har ökat, vilket kan ha bidragit till ökande könsskillnader.

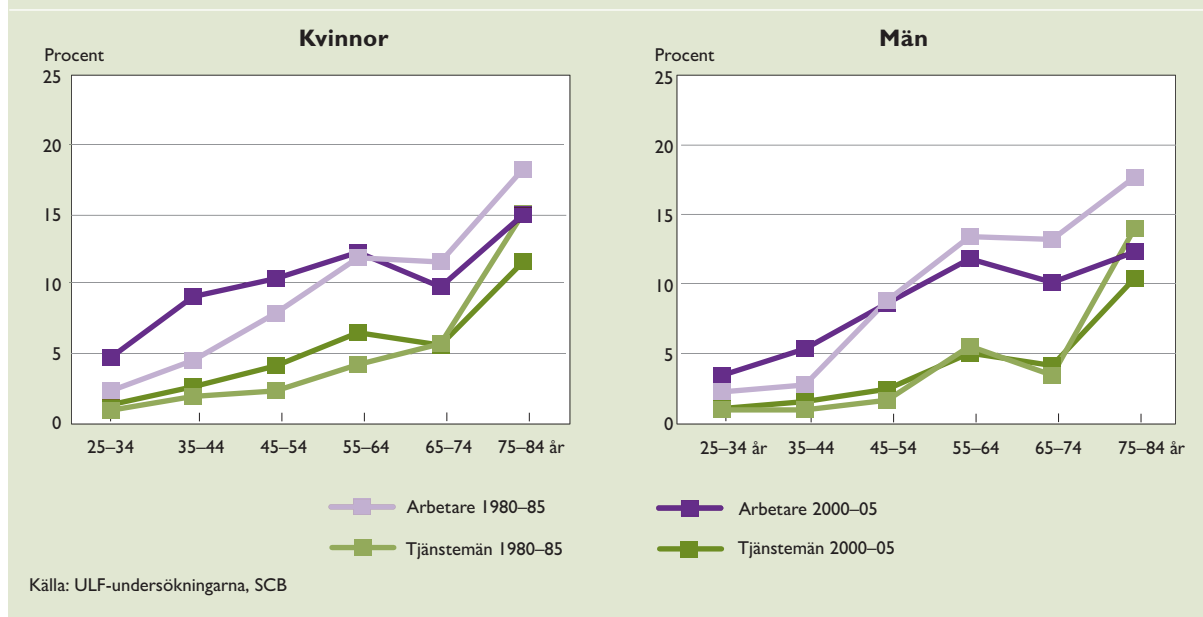
Hälsobesvär vanligare bland arbetare än tjänstemän

Att hälsotillståndet skiljer sig mellan olika socialgrupper visar sig inte bara som skillnader i risken för en förtida död utan det finns också stora skillnader i hur man upplever sitt hälsotillstånd. I alla åldrar är det vanligare att arbetare upplever sitt hälsotillstånd som dåligt än att tjänstemän gör det (figur 18). Det är också vanligare att uppleva sitt hälsotillstånd som dåligt med stigande ålder, med undantag för åldrarna efter pensionen där det allmänna hälsotillståndet förefaller överlag förbättras tillfälligt.

Figuren visar också att i yngre åldrar var det vanligare att uppleva sitt hälsotillstånd som dåligt 2000–2005 än åren 1980–1985, i synnerhet bland kvinnor. Bland äldre har hälsotillståndet i stort sett förbättrats vilket diskuteras i kapitlet om Äldres hälsa.

Figur 18. Dåligt allmänt hälsotillstånd i olika åldrar

Andel (procent) som uppger dåligt allmäntillstånd i olika åldrar bland arbetare och tjänstemän (mellan och högre tjänstemän). Kvinnor och män, åren 1980–85 respektive 2000–2005.



Figur 19 visar att de sociala skillnaderna i hur man upplever sitt allmänna hälsotillstånd har ökat under 2000-talet bland kvinnor. Andelen som upplevde sitt hälsotillstånd som gott var 70 procent bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning i åldern 30–74 år fram till mitten av 1990-talet och är idag omkring 60 procent. Bland kvinnor med eftergymnasial utbildning är det oförändrat omkring 80 procent som upplever sitt allmänna hälsotillstånd som gott. Bland män har de sociala skillnaderna varit relativt oförändrade den senaste tjugoårsperioden.

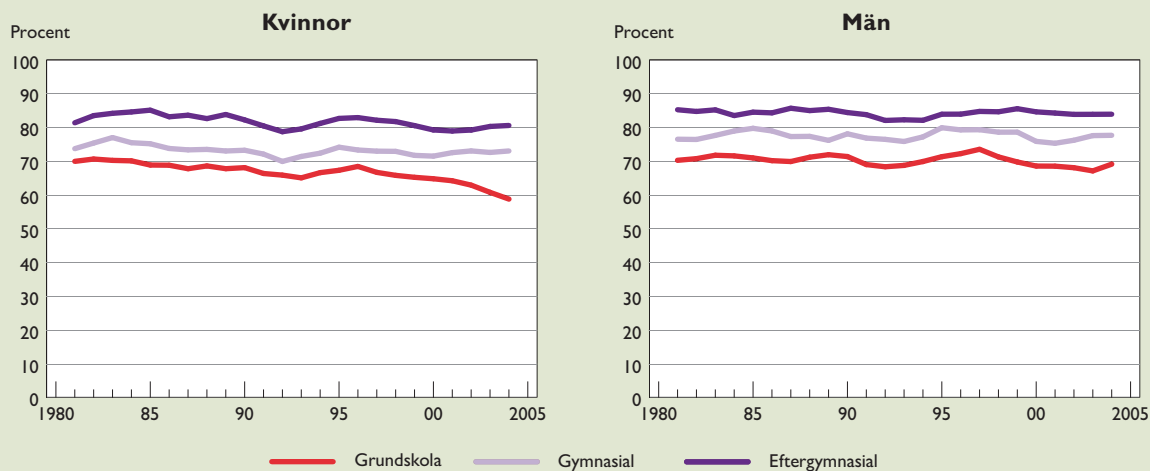
I kapitlet Hälsa i förvärvsaktiv ålder visas att hälsoskillnaderna är stora mellan arbetare och tjänstemän i framförallt värk men även nedsatt psykiskt välbefinnande och att typen av arbete har

betydelse. Det finns också systematiska skillnader i levnadsvanor när det gäller motion, kost och rökning. Figur 20 visar att andelen rökare minskat bland alla utbildningsgrupper bland män. Bland kvinnor med enbart grundskola är andelen rökare oförändrad de senaste tjugo åren, 30 procent.

Sociala skillnader i just rökning har stor betydelse för sociala skillnader i dödlighet. I en ny stor studie från Skottland undersöktes skillnaden i dödsrisk mellan rökare och icke-rökare för kvinnor och män i olika socialgrupper [8]. Skillnaden i överlevnad mellan olika sociala grupper, under de 28 år som studien löpte, var förhållandevis liten bland rökare och mindre än bland icke-rökarna. Sociala skillnader i dödlighet var överlag betydligt mindre än skillnader i dödlighet mellan röka-

Figur 19. Gott allmänt hälsotillstånd i olika utbildningsgrupper 1980–2005

Andel (procent) som uppger gott allmäntillstånd. Kvinnor och män med olika lång utbildning, 30–74 år, perioden 1980–2005*. Åldersstandardiserat.



* Glidande treårsmedelvärde.
Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 20. Rökning i olika utbildningsgrupper 1980–2005

Andel (procent) som röker dagligen. Kvinnor och män med olika lång utbildning, 30–74 år, perioden 1980–2005*. Åldersstandardiserat.



* Glidande treårsmedelvärde.
Källa: ULF-undersökningarna, SCB

re och icke-rökare. Det betyder att för rökare har rökstopp avgörande betydelse för att minska dödligheten och att skillnader i rökning har mycket stor betydelse för sociala skillnader i dödlighet.

Även om rökning är en i särklass betydande riskfaktor för förtida död så har även andra levnadsvanor och levnadsomständigheter stor betydelse vilket framgår av att det finns också sociala skillnader mellan icke-rökare.

Sjukdomsburda ett samlat mått på ohälsa

WHO och världsbanken har tagit fram ett mått som mäter den samlade betydelsen av olika folksjukdomar, den så kallade sjukdomsburdan. Med detta mått kan man jämföra vilka sjukdomar som leder till mest ohälsa. Måttet väger samman sjukdomars påverkan på hälsotillståndet och hur mycket de bidrar till förtida död.

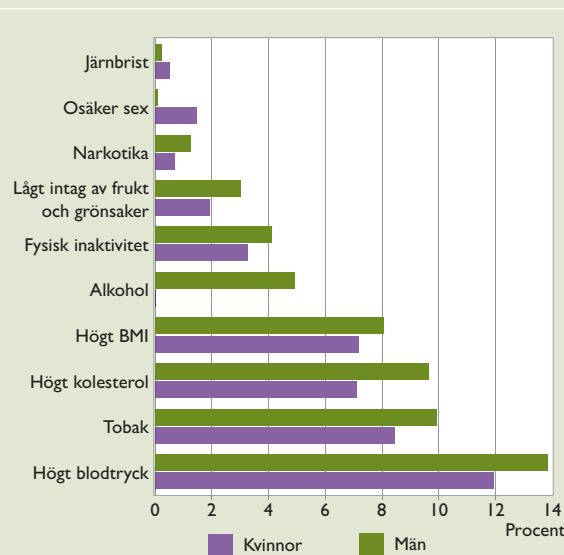
Bland både kvinnor och män i Sverige bidrar hjärt- och kärlsjukdomar mest till förtida död och neuropsykiatriska sjukdomar (exempelvis depressioner) mest till nedsatt hälsotillstånd [9]. När man väger samman dödlighet och sjuklighet så bidrar neuropsykiatriska sjukdomar mest till sjukdomsburdan bland kvinnor, 24 procent, medan bland män bidrar hjärt- och kärlsjukdomar med den största andelen, 26 procent.

Det har också gjorts en beräkning av några olika riskfaktors betydelse för den samlade sjukdomsburdan [9]. Figur 21 visar att högt blodtryck har stor betydelse och beräknas bidra till 12 procent av sjukdomsburdan i Sveriges befolkning och är den riskfaktor som i denna jämförelse har störst betydelse. Därefter kommer tobak (10 procent), höga blodfetter (8 procent) och övervikt (7 procent).

Alkohol bidrar endast till männens sjukdomsburda och inte alls till kvinnors vilket beror på att mindre mängder alkohol har skyddande effekter i högre åldrar vilket förklaras mer i kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk. Att osäkert sex bidrar till framförallt kvinnors sjukdomsburda beror på att sexuellt överförda infektioner kan leda till livmoderhalscancer.

Figur 21. Olika riskfaktors bidrag till sjukdomsburdan i Sverige

Några olika riskfaktors bidrag till den samlade sjukdomsburdan bland kvinnor och män i Sverige, mätt i DALY*.

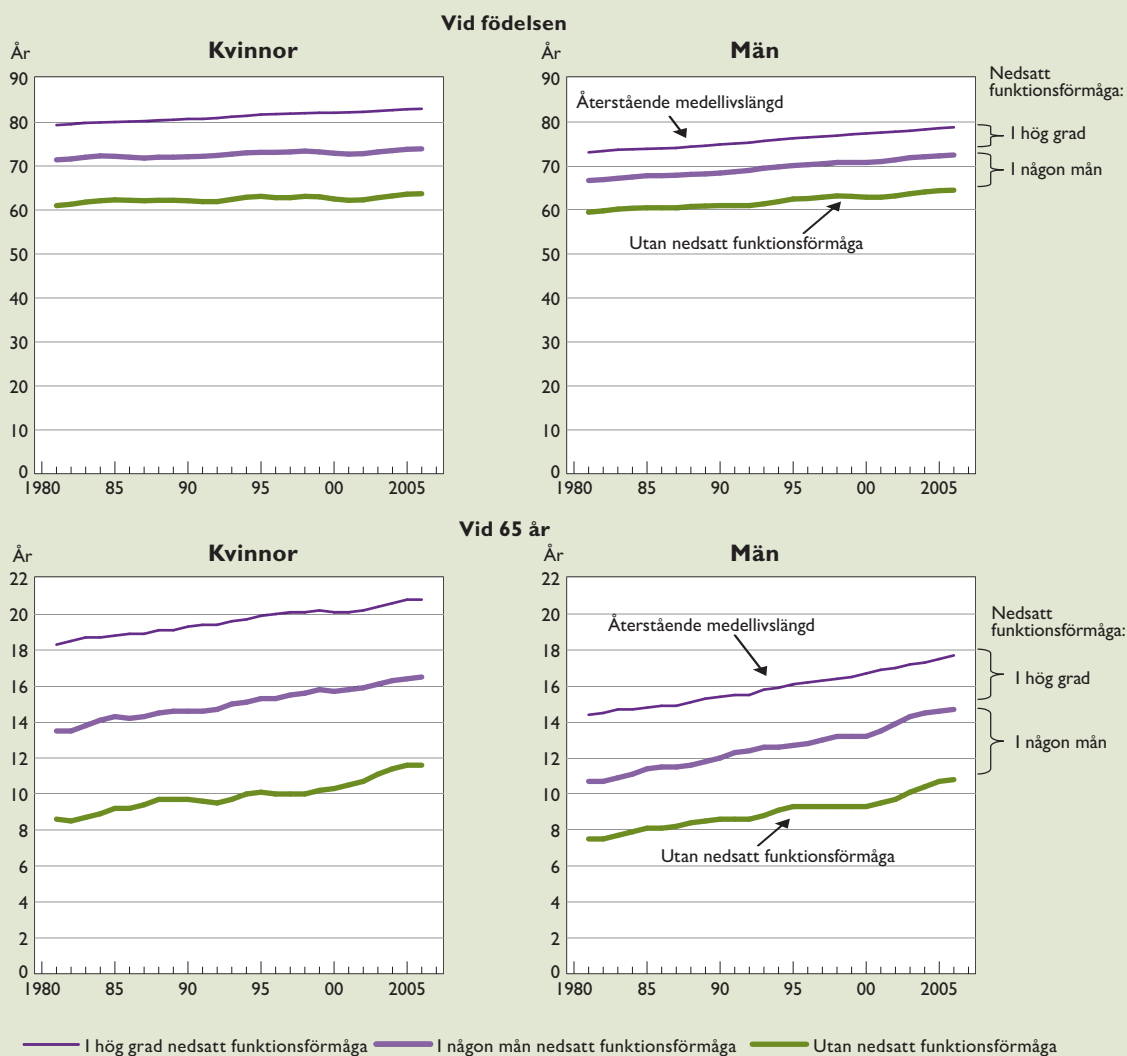


* DALY (Disability Adjusted life Years) är ett mått som väger samman förlorade levnadsår på grund av dödsfall samt år levda med funktionsnedsättning till följd av olika sjukdomsdiagnoser. Med kännedom om olika riskfaktors betydelse för uppkomsten av olika sjukdomar (relativ risk) har här gjorts beräkningar för hur stor del olika riskfaktorer bidrar till den samlade sjukdomsburdan. Bilden visar hur stor andel av den totala sjukdomsburdan som skulle försvinna om en viss riskfaktor kunde elimineras, exempelvis skulle ungefär 10 procent av all sjuklighet bland män försvinna om ingen rökte.

Källa: Moradi T et al [9]

Figur 22. Återstående medellivslängd med och utan funktionsnedsättning 1980–2007

Förväntad återstående medellivslängd (vid födelsen och vid 65 års ålder) med olika grad av funktionsnedsättning till följd av långvarig sjukdom*. Kvinnor och män perioden 1980–2007**.



* Disability Free Life Expectancy (DFLE). Med nedsatt funktionsförmåga till följd av långvarig sjukdom avses nedsatt arbetsförmåga för personer i förvärsaktiv ålder och för ålderspensionärer nedsatt förmåga att klara olika sysslor i det dagliga livet. Beräkningarna begränsas till åldrarna 16 till 84 år, eftersom det saknas uppgifter över tid för befolkningen under 16 år och över 84 år. ** Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Beräkningar har också gjorts på socioekonomiska skillnader i sjukdomsburden, på slutet av 1990-talet [10]. Bland män beräknades att 37 procent av sjukdomsburden berodde på att hälsan var ojämnt fördelad och ej facklärda arbetare stod för en relativt större del av sjukdomsburden. Motsvarande andel för kvinnor var 30 procent.

Med hjälp av sammansatta mått kan man också visa om den ökade medellivslängden har lett till att vi lever fler år med god hälsa eller om den ökade livslängden är präglad av sjukdom. I figur 22 används ett mått där man kombinerat uppgifter om nedsatt hälsa från SCB:s ULF-undersökningar med dödlighet. Med nedsatt hälsa menas att man till följd av någon långvarig sjukdom har en nedsatt arbetsförmåga. För ålderspensionärer som inte arbetar är det istället om långvarig sjukdom är ett hinder i det dagliga livet. Kvinnors medellivslängd ökade med 4,1 år mellan 1980 och 2007. 1,3 år av denna ökning var år med i hög grad nedsatt arbetsförmåga. Mäns medellivslängd ökade under samma period 6,2 år och antalet år då sjukdom i hög grad satte ner förmågan att klara olika sysslor ökade inte alls. Det är således med friska år som mäns medellivslängd närmar sig kvinnors. Den förväntade återstående medellivslängden vid 65 års ålder ökade med 2,7 år för kvinnor mellan åren 1980 och 2007. Åren utan nedsatt förmåga att klara vardagssysslor ökade med hela 3,0 år, vilket är mer än den återstående medellivslängden har ökat. Det innebär att åren då sjukdom begränsar förmågan att klara vardagliga sysslor minskat med 0,3 år för kvinnor efter 65 års ålder. För män ökade den återstående medellivslängden vid 65 år med 3,6 år varav 3,4 år var så kallat friska år utan nedsatt förmåga att klara dagliga sysslor.

Bestämningsfaktorer för sociala skillnader i hälsa

Det övergripande målet för svensk folkhälsopolitik är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen och att särskilt uppmärksamma de befolkningsgrupper som har den sämsta hälsan.

Sociala skillnader i medellivslängd mellan grupper med olika lång utbildning är betydande och skillnaderna ökade under hela 1990-talet och fortsatte att öka under 2000-talet. Könsskillnader i medellivslängd har däremot minskat kraftigt under samma period.

Sociala skillnader i sjuklighet och upplevd ohälsa kan inte mätas lika entydigt som sociala skillnader i dödlighet, men det är ändå tydligt att både sociala skillnader och könsskillnader i sjuklighet och upplevd ohälsa är fortsatt stora.

En vuxen individs hälsa påverkas av levnadsomständigheter under alla delar av livscykeln. Vissa perioder tidigt i livet kan vara kritiska. Exempelvis löper barn som växer sämre under fosterperioden att få något högre blodtryck än andra barn och som vuxna har de större risk att drabbas av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Det är vanligare bland mödrar som arbetar i stressfyllda yrken att föda barn med låg födelsevikt [11].

Perioden omedelbart efter födelsen är också avgörande på många sätt. En god social miljö i barndomen utgör ett skydd mot ohälsa senare i livet. Hjärnans tillväxt och utveckling fortsätter starkt under de första levnadsåren, då personlighet, begåvning, motorik och språk formas. Samtliga dessa egenskaper utvecklas i samspel med den närmaste omgivningen. Barnets tidiga utveckling bestämmer på ett avgörande sätt dess möjligheter, inte enbart i skolan och så småning-

om på arbetsmarknaden, utan även hälsan under hela den vuxna perioden.

Barn råder inte över sina levnadsomständigheter, och skillnader i hälsa bland barn som har sin grund i skillnader i sociala förhållanden upplevs nog för de flesta som orättfärdiga. Vuxna har större möjligheter att påverka sin hälsa och det är inte lika självklart orättfärdigt att rökare har en sämre hälsa än icke-rökare. Men om rökning är ett sätt att hantera stress eller andra påfrestningar, och det i sin tur är kopplat till levnadsomständigheter man inte självklart rå över, kan sociala skillnader i hälsa som beror på rökning upplevas som orättfärdiga. Ojämligheten, eller orättfärdigheten, uppstår framförallt av de olika förutsättningar under vilka man fattar sina val.

Könsskillnader i hälsa ses ofta som givna och diskuteras sällan utifrån ett socialt perspektiv eller utifrån ett ojämlikhetsperspektiv. Det är dock tydligt att könsskillnader i hälsa i hög grad är socialt påverkbara vilket visas av att könsskillnader i dödlighet har förändrats till och med mer än sociala skillnader i dödlighet.

Det finns systematiska skillnader mellan män och kvinnors sätt att leva när det gäller exempelvis rökning, alkohol och narkotikamissbruk, matvanor, motionsvanor, risktagande i trafiken, arbetsförhållanden med mera. Dessa och andra skillnader mellan könen är i hög grad påverkbara och har också förändrats.

Exempelvis minskade könsskillnaderna i rökning när allt fler kvinnor började röka på 1960- och 1970-talen. Kvinnors dödsrisk närmade sig dock inte männens eftersom kvinnors dödsrisk i hjärt- och kärlsjukdomar fortsatte att sjunka, trots att fler rökte, när männens i det närmaste stagnerade. Däremot så pågår en utjämning av könsskillnaden för lungcancer vilket är en effekt av

att könsmonstret för rökning förändrats under föregående decennier. Sedan 1980-talet är bilden den motsatta. Det är snarare så att mäns dödlighetsmönster närmar sig kvinnors och det har blivit mindre vanligt med riskfyllda levnadsvanor bland män, något som satts i samband med en ökad jämställdhet mellan könen [12].

Sociala skillnader i ett internationellt perspektiv

När man jämför sociala skillnader i hälsa mellan olika länder har det stor betydelse för resultatet om man väljer att utgå från relativa skillnader mellan olika sociala grupper eller absoluta skillnader i exempelvis medellivslängd eller dödlighet i antal döda per 100 000. Redovisar man ojämlikhet som relativa dödsrisker, dvs. dödsrisken i en grupp dividerat med dödsrisken i en annan grupp, så är de sociala skillnaderna stora i Sverige. Sverige och Norge framstår då som särskilt ojämlika, trots att arbetare i Sverige och Norge har de lägsta dödsriskerna absolut sett, och även (absolut räknat) ligger närmast tjänstemännen. Att kvoten ändå blir hög beror på att svenska tjänstemän har en extremt låg dödlighet.

Sverige har arbetat mot ojämlikhet i hälsa efter två principer som vunnit internationellt stöd: att påverka ohälsans sociala bestämningsfaktorer och att arbeta tvärsektorielt, dvs att samarbeta över olika samhällssektorer för att främja hälsa. WHO uppmanar alla länder att också skaffa sig ett system för att löpande följa upp ojämlikhet i hälsa. En sådan uppföljning finns inte i Sverige idag. Utvecklingen mot ökade sociala skillnader i hälsa har skett trots att Sverige sedan länge antagit som folkhälsopolitisk målsättning att minska dessa.

Referenser

1. Istat - Istituto nazionale di statistica. *Italy in figures 2008 2009*.
2. OECD. *OECD Health Data 2008, December 08* [Databas på Internet]. 2008 [citerad 2009]. Tillgänglig från: <http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG&sessionid=>.
3. Pan American Health Organization. *Health Analysis and Statistics Unit. Regional Core Health Data Initiative; Technical Health Information System*. Washington DC; 2007; Tillgänglig från <http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=ENG&ID=138>.
4. SCB. *Dödlighet efter utbildning, boende och civilstånd. Perioden 1986–2003* 2004.
5. Vågerö D, Lundberg O. From description to explanation. Socioeconomic mortality differences among adults in Sweden. I: Lopez A, Caselli G, Valkonen T, red. *Adult Mortality in Developed Countries*. Oxford: Clarendon Press 1995.
6. Hemminki K, Li X. Lifestyle and cancer: effect of widowhood and divorce. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003 Sep;12(9):899–904.
7. Halmin M, Bellocco R, Lagerlund M, Karlsson P, Tejler G, Lambe M. Long-term inequalities in breast cancer survival- a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). *Acta Oncol*. 2008;47(2):216–24.
8. Gruer L, Hart CL, Gordon DS, Watt GC. Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28 year cohort study. *Bmj*. 2009;338:b480.
9. Moradi T, Allebeck P, Jacobsson A, Mathers C. Sjukdomsördan i Sverige mätt med DALY. Neuropsykiatriska sjukdomar och hjärt-karlsjukdomar dominerar. *Läkartidningen*. 2006 Jan 18–24;103(3):137–41.
10. Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichsen F. Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bull World Health Organ*. 2005 Feb;83(2):92–9.
11. Gisselmann MD, Hemström Ö. The contribution of maternal working conditions to socio-economic inequalities in birth outcome. *Soc Sci Med*. 2008 Mar;66(6):1297–309.
12. Danielsson M. Jämställdhet och mäns medellivslängd. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*. 2002(2–3):19–44.