

Löpande bevakning och rapportering av folkhälsa och ojämlikhet i hälsa

DENNY VÅGERÖ

” Om det icke mätes, synes det ej ”

Lord Kelvin, 1883

Löpande bevakning och rapportering av folkhälsa och ojämlikhet i hälsa

Denny Vågerö

*Underlagsrapport nr 9 till
Kommissionen för jämlik hälsa
S 2015:02*

www.kommissionjamlikhalsa.se

Stockholm 2017

Förord

Kommissionen för jämlik hälsa har två huvudsakliga uppdrag, att lämna förslag på åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar men även att arbeta på ett utåtriktat och inkluderande sätt och att bidra till samhällsdebatten. Denna serie med rapporter tjänar båda dessa syften genom att presentera kunskapsunderlag och överväganden som Kommissionen kan basera sitt arbete på, men samtidigt även bjuda in till bred diskussion kring Kommissionens olika frågeställningar om hur hälsoklyftorna ska kunna minskas. Analyser, slutsatser, rekommendationer och förslag i dessa underlagsrapporter står för respektive författare och delas nödvändigtvis inte av Kommissionen.

För att minska hälsoklyftorna är kontinuerlig och sammanhållen bevakning av folkhälsan och ojämlikheten i hälsa nödvändig. I första hand är det viktigt för att förstå vad som driver ojämlikheten och i andra hand för att kunna bryta ojämlikheten med olika typer av politiska åtgärder.

Författaren menar att de senaste decenniernas folkhälsorapportering varit och är splittrad. För att kunna fastställa kort- och långsiktiga förändringar i hälsans ojämlikhet behöver olika institutioner därför enas om *ett* sätt att mäta ojämlikheten. Snarare än olika ad-hoc lösningar bör man sträva mot att använda ett etablerat mått som sammanfattar skillnaden mellan alla jämförda grupper och inte bara tar hänsyn till extremgrupperna.

I rapporten lyfts behovet av en systematisk folkhälsorapportering som kan ge underlag för beslut och insatser på såväl kommunal, regionalt och nationell nivå. För att åstadkomma detta bör en ökad enhetlighet uppnås när det gäller de sociala skiktningens variabler som används för att fånga hälsans ojämlikhet, liksom att rapporter-

ingen sker kontinuerligt och rutinmässigt. Det som inte mäts syns inte och det som inte syns blir inte föremål för politiska diskussioner eller åtgärder.

Rapporten är skriven av Denny Vågerö, professor i medicinsk sociologi vid Stockholms universitet samt ledamot i Kommissionen för jämlik hälsa.

Stockholm i september 2017

Olle Lundberg

Ordförande i Kommissionen för jämlik hälsa

Innehåll

Sammanfattning – varför löpande bevakning?	7
1 Historisk bakgrund – rutinstatistik över dödlighet	9
1.1 Folkhälsorapportering – en lång tradition	10
1.2 Löpande hälsostatistik i Sverige	11
1.3 Mindre fragmentarisk och mer systematisk bevakning behövs för att följa utvecklingen av ojämlikheten i hälsa.....	13
2 Internationella rekommendationer för löpande bevakning	15
2.1 Hälsoundikatorer och skikttningsvariabler	16
2.2 Mått på ojämlikhet i hälsa	17
2.3 Periodicitet	17
3 Förslag till folkhälsorapportering	19
4 Två övriga frågor av relevans för folkhälsorapporteringen	21
4.1 Registerinfrastruktur	21
4.2 Forskningen	22
Referenser	25

Sammanfattning – varför löpande bevakning?

Att förbättra folkhälsan och samtidigt minska de sociala skillnaderna i hälsa och överlevnad är en starkt uttryckt politisk målsättning i dag. Det är samtidigt uppenbart att uppgiften är svår; i samtliga nordiska länder sker en förbättring av folkhälsan parallellt med bestående eller ökande sociala skillnader i hälsa och överlevnad. De politiska styrmedlen är otillräckliga och insikten om vad som bör göras är begränsad.

En löpande bevakning av folkhälsans utveckling, särskilt med avseende på ojämlikheten i hälsa är nödvändig, i första hand för att öka insikten i vad som driver ojämlikheten i hälsa; i andra hand för att kunna avläsa effekten av sådana politiska åtgärder, som syftar till att reducera ojämlikheten. En löpande bevakning bör också vara sådan att den kan informera beslutsfattare på alla nivåer, kommunalt, regionalt, nationellt och internationellt. Det innebär troligen att lokal, nationell och internationell statistik så långt möjligt bör använda samma sociala skiktningssvariabler när man beskriver hälsans ojämlikhet: kön, utbildningsnivå, samhällsklass, bostadsort, migrantstatus och grad av ekonomisk aktivitet.

Löpande bevakning av ojämlikhet i hälsa utgör underlag för riksdagens, regeringens och myndigheternas styrning av de processer som driver hälsoutvecklingen. Lika väsentligt är att de utgör underlag för en bredare samhällspolitisk diskussion där grupper som är förfördelade hälsomässigt hittar underlag för att ställa politiska krav. Civilsamhället och folkrörelser i och utanför Sverige efterfrågar statistik kring specifika gruppers hälsoproblem.

För att kunna uttala sig om kort- och långsiktiga förändringar i hälsans ojämlikhet behöver man enas om ett sätt att mäta ojämlikheten. Snarare än olika ad hoc-lösningar bör man söka använda ett etablerat mått som sammanfattar skillnaden mellan alla jämförda grupper, inte bara tar hänsyn till extremgrupperna. Vi ger exempel på ett sådant mått, som kan användas för både rangordnade grupper (utbildningsgrupper) och nominella grupper (stadsdelar).

Kunskapen om ojämlikheten i hälsa är betydande, men har ändå klara gränser. Ny forskning om ojämlikhet i hälsa kan förväntas att fördjupa denna kunskap, och dessutom med hög sannolikhet korrigera olika felaktiga föreställningar, som råder i dag. Det finns vissa disciplinbundna konflikter inom forskningsområdet. Universitet och forskningsråd har en strategisk roll i att lösa dessa, för att fördjupa förståelsen av vad som driver ojämlikheten i hälsa i och utanför Sverige. Dessutom har man en roll när det gäller att utvärdera samhällsliga insatser för att reducera ojämlikheter.

1 Historisk bakgrund – rutinstatistik över dödlighet

Redan för 250 år sedan användes svensk statistik över dödlighet och livslängd för att belysa människors välfärd (Bäck 1764; Wargentín 1766), liksom för att vägleda politiska insatser. Wargentín 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 ojämlikheten i dödlighet och livslängd kunnat följas med någon framgång utifrån officiell rutinstatistik. Först helt nyligen har den bilden ändrats till det bättre. Det är främst genom insatser från olika forskargrupper, som förstått att dra fördel av Sveriges befolkningsregistrering och befolkningsstatistik, som vi har skaffat oss 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 utvecklade 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.

1.1 Folkhälsorapportering – en lång tradition

“An Englishman’s expectation of life varied directly with his social class”, konstaterade 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 Blacks 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).

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, s. 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 ojämlik. Einar Rietz, stadsläkare i Karlskrona och Stockholm, redovisade i sin doktorsav-

handling, 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. Det är nog motiverat att se folkhälsorapporterna 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.

Folkhälsorapporteringen i Sverige har dock varit oregelbunden. 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 folkhälsorapporteringen.

1.2 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 födelseland, 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 1961–1973 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.

Registret var dock aldrig 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 bearbetats 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 Arbetarskyddstyrelsen 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 bland annat även förlossningsutfall, ryggbesvär, hjärtsjukdom, cancer, självmord och för tidig död efter yrke 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 dödsrisker 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 födelseland, 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 en speciell utredning 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 särskilt angeläget att löpande följa hälso-utvecklingen 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.

1.3 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.

2 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 vällovligt. Strukturen med rapporter och data på olika nivåer är också rätt tänkt. Men vad ska rapporteras? I rapporten rekommenderar man tio hälsoindikatorer, bland annat total dödlighet, självskattad hälsa och fetma. Därutöver sex hälso-relaterade 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, dvs. 570 ojämlikheter att begrunda. Är det optimalt eller ens särskilt meningsfullt?

Jag tror att man ska 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.

2.1 Hälsoundikatorer och skikttningsvariabler

En löpande bevakning av ojämlikhet i hälsa behöver alltså först och främst identifiera ett begränsat antal hälsoundikatorer 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 (se avsnitt 2.3 nedan).

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 hälsoundikator, 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 ska 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 hälsoundikatorerna och i skikttningsvariablerna. 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.

2.2 Mått på ojämlikhet i hälsa

Mått på ojämlikhet i hälsa måste bygga på de indikatorer för hälsa och de sociala skiktningensvariabler som man har tillgång till. Malmökommissionen analyserade till exempel 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).

2.3 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 börsen 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. Såväl 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 hälsoindikator 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 ska kunna ske ännu oftare för centrala hälsoindikatorer.

3 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 skiktningssvariabler 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). Dataunderlaget 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 utredas i särskild ordning.

Uppgifter om självskattad hälsa i kombination med data över dödlighet har framgångsrikt använts för att beräkna "healthy life expectancy", dvs. 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. En första publicering bör kunna ske hösten 2018, med data från 2017. Om Folkhälsomyndigheten blir ansvarig för folkhälsorapporteringen, 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 folkhälsorapporteringen ska 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 sjukdomsburden 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 ska vägas mot varandra. Om en större del av sjukdomsburden i EU exempelvis kan tillskrivas alkohol än övervikt (Europeiska Kommissionen 1997) så borde folkhälsopolitiken på europeisk nivå prioritera åtgärder inom alkoholområdet före åtgärder inom viktminskning. Beräkningar av sjukdomsburden, 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.

4 Två övriga frågor av relevans för folkhälsorapporteringen

4.1 Registerinfrastruktur

Löpande bevakning av folkhälsan måste i första hand byggas på rutinstatistik, dvs. sådan statistik som samlas in löpande av administrativa myndigheter och som sedan förädlas och bearbetas på lämpligt sätt. Sverige har en stark tradition av registerhållning med hög kvalitet och utomordentliga förutsättningar för att utveckla bra system för framtiden. Om Folkhälsomyndigheten blir huvudansvarig för den löpande folkhälsobevakningen bör myndighetens tillgång till rutinuppgifter från andra myndigheter avsevärt underlättas.

Svenska registers betydelse för folkhälsovetenskaplig och annan forskning har be-lysts av Registerforskningsutredningen (SOU 2014:45) som letts av Bengt Westerberg. Utredningen konstaterar att datalagstiftningen kring registerforskning inte är optimal, bland annat är den anpassad för små, snävt avgränsade forskningsprojekt och i praktiken ofta hindrande för forskningsprojekt med bredare spektrum av frågor, såsom typisk forskning kring ojämlikhet i hälsa. Utredningens förslag (s. 61–62) om en särskild lag för forskningsdatabaser bör därför genomföras, och därigenom kunna underlätta både folkhälsorapporteringen och universitetens forskning om ojämlikhet i hälsa.

Forskningsdatautredningen har fortsatt Registerforskningsutredningens arbete på ett positivt sätt genom sitt första delbetänkande (SOU 2017:50). Utredningen definierar *forskningsändamål som ett samhällsintresse*, som måste ges stor tyngd när EU:s datahanteringsdirektiv blir svensk lag i maj 2018. Det är utmärkt. Löpande bevakning av folkhälsans utveckling måste rimligen på motsvarande sätt uppfattas som ett tungt samhällsintresse. Behovet av löpande folkhälsorapportering, särskilt med hänsyn till hälsans ojämlikhet, är ett uttalat mål även inom EU-systemet.

Numera finns det mycket goda tekniska möjligheter att skydda känsliga uppgifter om individer, bland annat genom att pseudonymisera eller anonymisera sådana uppgifter när de bearbetas i forskningssyfte eller i syfte att löpande bevaka folkhälsans utveckling. Forskningsdatautredningen kommer att fortsätta detta arbete och det är önskvärt att det resulterar i ny lagstiftning kring databaser för forskning och för löpande bevakning av folkhälsan.

Kommissionen för Jämlik Hälsa har i sitt slutbetänkande (SOU 2017:47, s. 279–282) betonat vikten av att beslutade välfärds- och folkhälsopolitiska åtgärder kan utvärderas mot de mål som åtgärderna avser uppnå. Två aspekter kan nämnas här. För det första bör åtgärder kunna utformas så att en utvärdering underlättas, exempelvis genom att de genomförs vid olika tidpunkt i olika delar av landet i någon form kvasi-experimentell design. För det andra skulle förstärkta och förenklade möjligheter för myndigheter att använda befintliga registerdata, eller där sådana saknas, att bygga upp nya nationella databaser underlätta och möjliggöra uppföljning, utvärdering och analys på ett avgörande sätt.

Lagstiftningen behöver därför inriktas på att ge stöd till myndigheter som behöver samverka för dessa syften. Myndigheterna ska däremot inte bli nya forskningsinstitutioner. En infrastruktur för dialog och för systematiskt kunskapsinhämtande behövs, som underlättar för både forskning, löpande bevakning och verksamhetsuppföljning kring hälsans ojämlikhet.

4.2 Forskningen

Universitetsforskningen har haft stor betydelse för att utveckla kunskapen om ojämlikhet i hälsa. Svenska forskningsråd, särskilt Socialvetenskapliga forskningsrådet (numera Forte) var tidigt ute genom sitt nationella program för forskning kring ojämlikhet i hälsa. Stockholms universitet och Karolinska Institutet initierade, med stöd av Forte, ett gemensamt forskningscenter för denna forskning, Centre for Health Equity Studies (CHESS) år 2000. Flera andra stödprogram inrättades samtidigt.

Den internationella forskningen kring ojämlikhet i hälsa fick tidigt stort gensvar, bland annat inom Världshälsorganisationen, WHO, som inrättade en särskild rådgivande kommission i dessa frågor, ledd av professor Michael Marmot. Dess inflytande har varit mycket stort och numera har ojämlikhet i hälsa etablerats som ett särskilt politikområde internationellt och inom många länder, inklusive Sverige. Det har i själva verket funnits en hög grad av symbios mellan forskning kring ojämlikhet i hälsa och internationell folkhälsopolitik. Trots detta så är utgångspunkten för politik för jämlik hälsa ofta nationell, med fokus på nationalstatens åtgärder inom området. Det är en avgörande uppgift för forskningen att nu gå vidare och försöka förstå hur globala politiska, sociala och ekonomiska processer, bortom nationalstatens kontroll, bidrar till global ojämlikhet i hälsa, till *ojämlikhetens globalisering*.

Universitet och forskningsråd behöver även i fortsättningen bedriva forskning kring den sociala ojämlikheten i hälsa, sjukdom och livslängd. De har en strategisk roll, både när det gäller att fördjupa förståelsen av vad som driver ojämlikheten i hälsa i Sverige, i EU och globalt och när det gäller att utvärdera samhälleliga insatser för att reducera ojämlikheter. Dessa uppgifter bör därför kunna lyftas fram i kommande forskningspropositioner.

Referenser

- Appelquist, M. och Nilsson, PM. (2005). Folkhälsan i östra Skåne 1860–1899. En studie utifrån provinsialläkarrapporter. *Medicinhistorisk Tidskrift*, vol. 9, s. 95–114.
- Arbetsmiljökommissionens 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. och 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., Vågerö, D., Mesle, F. och 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, AG., McKendrick och PL. McKinlay (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 social hållbart Malmö (2013). *Malmös väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa*. Malmö: Malmö Stad.
- Moser, K., Shkolnikov V. och 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., Vågerö, D. and 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 diagnosticerade fall år 2013.
- Socialstyrelsen (2013). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2013). *Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 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 (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 Arbetsstryddestyrelsen (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*.

- Vågerö, D. (2011). En folkhälsopolitisk kardinalfråga: ökade sociala skillnader i dödlighet under fyra decennier. *Socialmedicinsk Tidskrift*, vol. 88, s. 292–298.
- Wargentin, P. (1766). *Anmärkingar 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”):
www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-barns-levnadsforhallanden/
- Undersökningarna av levnadsförhållanden (SCB, ULF/SILC):
www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

www.kommissionjamlikhalsa.se