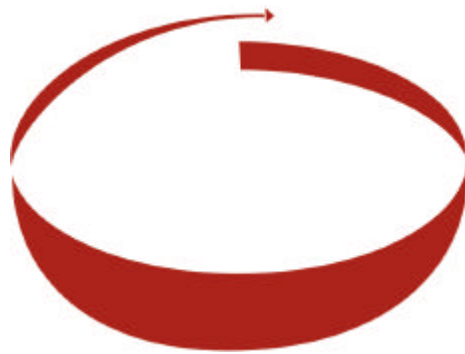


FOLKHÄLSOVETENSKAPLIGT CENTRUM LINKÖPING

RAPPORT

Hälsa och livsstil i områden med olika socioekonomiska förutsättningar



LINKÖPING NOVEMBER 2003

HELLE NOORLIND BRAGE
ELIN ERIKSSON
JOHAN BYRSJÖ

Hälsa och livsstil i områden med olika socioekonomiska förutsättningar

Helle Noorlind Brage, Elin Eriksson och Johan Byrsjö

Innehållsförteckning

INLEDNING	3
SYFTE	3
BAKGRUND	4
MATERIAL OCH METOD	4
RESULTAT	6
KLUSTERTILLHÖRIGHET	6
ÖVERVIKT	7
RÖKNING.....	8
SJÄLVUPPLEVD HÄLSA	8
SLUTSATS	11
REFERENSER	12

Inledning

Övervikt, daglig rökning och självskattad hälsa är faktorer som är ojämnt fördelade i befolkningen.

Övervikt och fetma är ett tilltagande folkhälsoproblem i västvärlden. Drygt 2,5 miljoner svenskar i åldrarna 16-74 år var överviktiga år 1998. Särskilt oroande är viktutvecklingen hos barn, där vikten ökar mer än kroppslängden. Övervikt är förknippat med en rad sjukdomar och symtom som hjärtkärlsjukdomar, diabetes och nedsatt rörelseförmåga. Förr ansågs övervikt vara tecken på rikedom och välfärd och därmed vara vanligare bland välbeställda. Under senare delen av 1900-talet har det emellertid skett en social förändring så att övervikt numer är vanligare bland arbetare än tjänstemän. [1].

Rökning är en annan riskfaktor för ett stort antal sjukdomar. Olika typer av tumörsjukdomar, hjärtkärlsjukdomar, andningsorganens sjukdomar samt magsjukdomar som magsår och Crohns sjukdom anses uppkomma eller bli förvärrade av tobaksrökning. Cirka 85 procent av alla lungcancerfall orsakas av rökning. År 1999 diagnostiserades 2 775 nya fall av sjukdomen, cirka 2 360 orsakade av rökning. Kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL, är en sjukdom som ökar kraftig i befolkningen. Den enda boten är att sluta röka, då också sjukdomsförloppet avstannar eller fördröjs. Manliga arbetare rökte i ungefär dubbelt så stor utsträckning som tjänstemän på mellannivå år 1999, ca 12 mot 22 procent. Ungefär 25 procent av kvinnorna i arbetaryrken var dagligrökare mot 16 procent av kvinnorna på mellannivå bland tjänstemännen. [1].

Skillnaden i självrapporterad hälsa är fortfarande stor mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Lågutbildade och arbetare uppvisar sämre hälsa än välutbildade personer i högre tjänstemannayrken. Den förväntade medellivslängden i befolkningen har ökat under hela 1900-talet. De socioekonomiska skillnaderna i samhället kan emellertid bidra till att dessa år inte fördelas lika när det gäller hälsan. Studier har visat att personer med låg utbildning adderar fler funktionsnedsatta levnadsår till livet än personer med högre utbildning. Samma förhållande ses vid jämförelse av arbetare och högre tjänstemän. Likaså är dödligheten ojämnt fördelad ur ett socioekonomiskt perspektiv. Låginkomsttagare har högre dödlighet än höginkomsttagare, ensamboende män har den högsta dödligheten och barn till ensamstående föräldrar har högre risk att bli sjuka eller skadas än barn som lever tillsammans med två föräldrar. [1].

Syfte

Syftet med studien var att undersöka om det fanns något samband dels mellan socioekonomiska områden och riskfaktorer såsom övervikt och rökvanor och dels mellan socioekonomiska områden och självrapporterad hälsa mätt med SF-36, i Östergötland.

Bakgrund

Folkhälsovetenskapligt centrum genomförde på uppdrag av landstinget år 1999 en befolkningsenkät, Östgötens hälsa och miljö, bland innevånarna 20-74 år i länet. Ett av de grundläggande syftena med enkäten, var att belysa skillnader i hälsa bland befolkningen som underlag för riktade interventionsinsatser och resursfördelning. Att identifiera riskgrupper och riskförhållanden som leder till sjukdom i utsatta grupper, är ett viktigt mål i det förebyggande folkhälsoarbetet.

Enkäten omfattade frågor som bland annat fokuserade på självskattad hälsa och riskbeteenden. När det gällde rökning ställdes frågor om bland annat konsumtionsmönster. Vidare fanns frågor om längd och vikt samt självskattad hälsa enligt SF-36, [2].

Enligt rapporten ”Socioekonomiska skillnader i Östergötland - En klusteranalys på nyckelkodsområden” [3] har Östergötland delats in i fem olika nivåer vad gäller socioekonomisk struktur. Inkomst, bidrag, utbildning samt indelning enligt SEI-koder (arbetare, tjänstemän etcetera) är de variabler som ligger till grund för indelningen. Den geografiska nivån som använts är nyckelkodsområden, kommunernas minsta statistikområden.

I den första delen av denna studie fokuseras på sambandet mellan boendeområdets socioekonomiska status och andelen personer med kraftig övervikt respektive andelen som röker dagligen. Här har WHO:s definition av kraftig övervikt använts, det vill säga en individ anses vara kraftigt överviktig om hon har ett Body Mass Index (BMI) 30 eller mer.

I den andra delen studeras sambandet mellan boendeområdets socioekonomiska status och det självskattade hälsotillståndet enligt SF-36. Det vill säga de åtta hälsomått som beskriver Fysisk funktion (PF), Fysisk rollfunktion (RP), Smärta (BP), Allmän hälsa (GH), Vitalitet (VT), Social funktion (SF), Emotionell rollfunktion (RE) och Psykiskt välbefinnande (MH) [4].

Material och metod

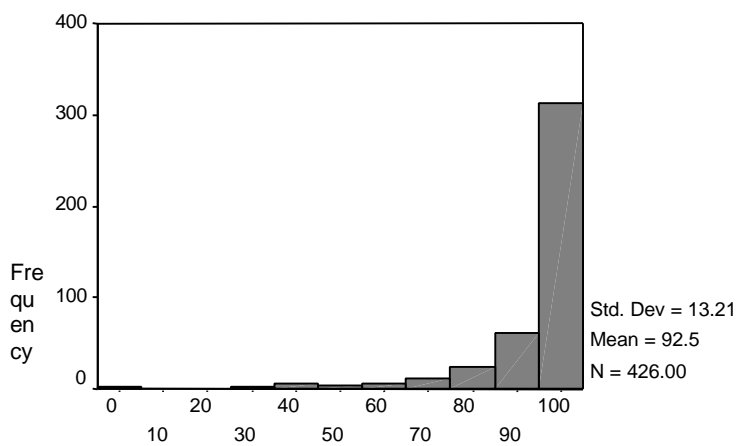
Bakgrundsmaterialet består av en befolkningsfil med geografisk information om de flesta av Östergötlands läns invånare för år 1998, det vill säga bostadsadress, nyckelkodsområde samt klustertillhörighet och innehåller 404 295 individer. Vidare finns datamaterial från befolkningsenkäten som beskrivits ovan. Efter att dessa två datafiler matchades ihop, avidentifierades filen. Av de 10 000 individer som fick befolkningsenkäten har 9 438 individer fått en klustertillhörighet och av dessa har 5 781 svarat på enkäten. För att få fram ”data på karta” samkördes datafilen med en geografisk kodad fil. I den slutliga geokodade datafilen fanns alltså uppgifter om BMI, daglig rökning samt SF-36-index per kluster.

För respektive socioekonomiskt kluster har andelen med kraftig övervikt och andelen som röker dagligen räknats fram. Dessutom har medelvärdet av de åtta hälsomått ur SF-36 tagits fram. Vid jämförelser av andelen överviktiga och andelen

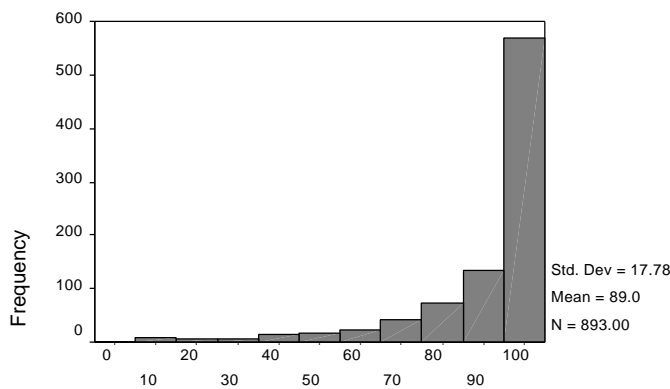
som röker dagligen har chi-tvåtest använts och i de fall där antalet observationer har varit för få, har Fischers exakta test använts.

När det gäller SF-36-indexen användes en annan metod för att påvisa eventuella skillnader mellan klustren. Eftersom materialet inte var normalfördelat (vilket konstateras med hjälp av histogram och Kolmogorov-Smirnovs statistika, exempel se figur 1 och 2) har Mann-Whitney U-test använts. Valet av denna statistiska testmetod metod berodde också på att fördelningarna var negativt skev för alla kluster (Mann-Whitney U-test kräver att fördelningen har samma form för de kluster som man testar). Dessutom har Sveriges normdata jämförts med de extrema klustren, det vill kluster 1 och kluster 5.

Ett p-värde mindre än 0,05 anses vara en statistiskt säkerställd (signifikant) skillnad.



Figur 1. Histogram över Fysisk funktion (PF) för män i kluster 1.

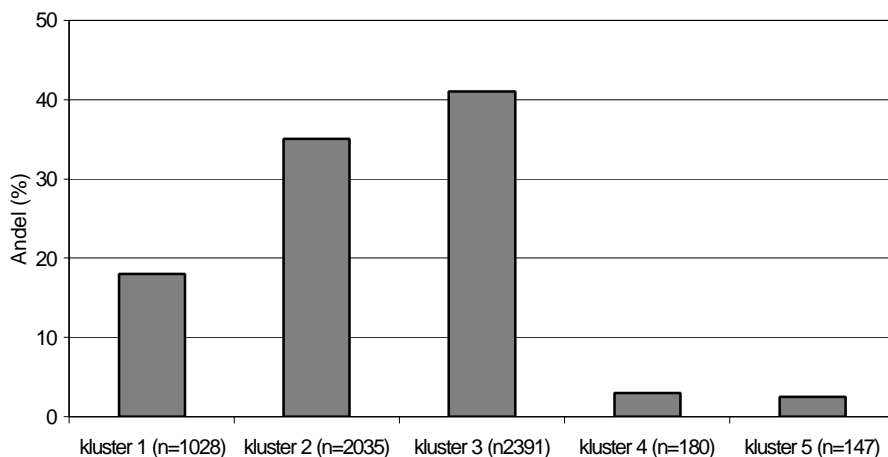


Figur 2. Histogram över Fysisk funktion (PF) för män i kluster 2.

Resultat

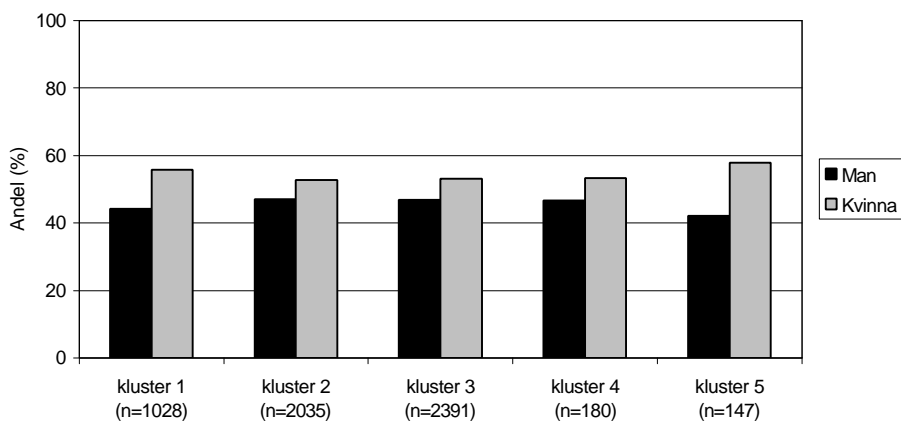
Klustertillhörighet

Av de individer som svarade på befolkningsenkäten 1999, bodde 18 procent i områden med högst socioekonomisk status (**kluster 1**), 35 procent i områden med näst högst socioekonomisk status (**kluster 2**), 41 procent i områden med den mellersta socioekonomiska statusen (**kluster 3**) samt 3 procent vardera i området med näst lägst (**kluster 4**) respektive lägst socioekonomisk status (**kluster 5**), se figur 3. Klusterfördelningen av individer som har svarat på befolkningsenkäten stämmer i stort sett överens med klusterfördelningen av det totala antalet individer i Östergötland [2].



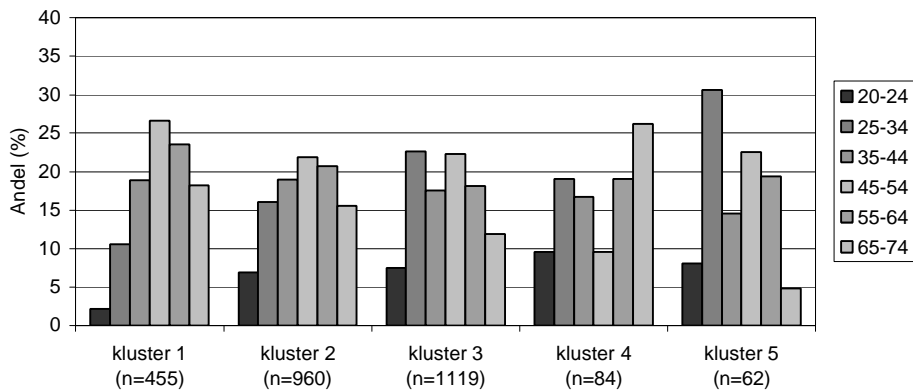
Figur 3. Andel individer per kluster.

Det var något fler kvinnor än män som både svarat på befolkningsenkäten och tilldelats en klustertillhörighet, 54 respektive 46 procent (figur 4). Kluster 5 innehöll den högsta andelen kvinnor (58 procent).

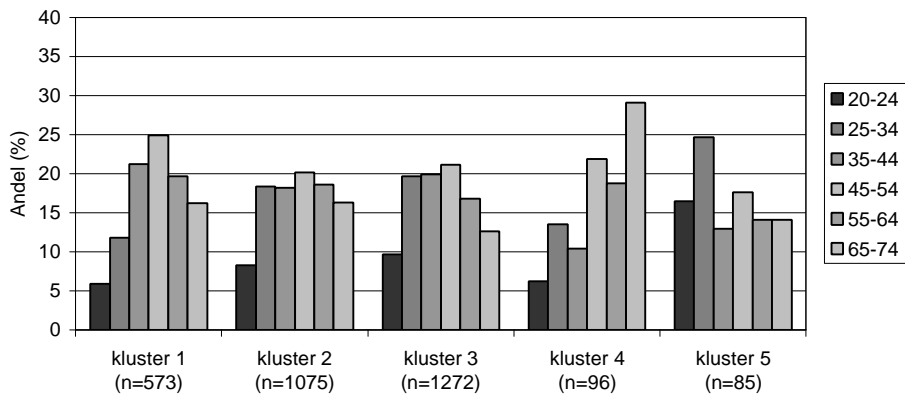


Figur 4. Könsfördelning per kluster.

Åldersfördelningen bland dem som svarat på befolkningsenkäten och fått en klustertillhörighet visas i figurerna 5 och 6.



Figur 5. Män uppdelat på åldersgrupper och kluster.

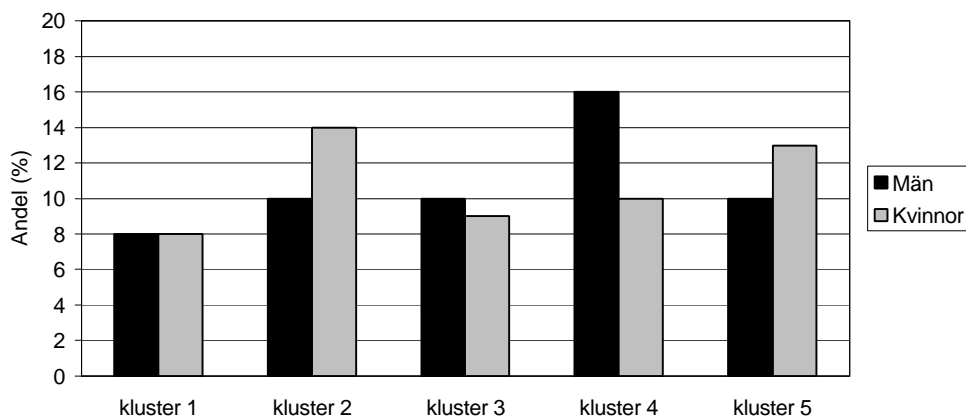


Figur 6. Kvinnor uppdelat på åldersgrupper och kluster

Övervikt

BMI (Body Mass Index) är ett internationellt mått som används för att gruppera kroppsvikt. Det beräknas genom att dividera vikten i kg med den kvadrerade längden i meter, det vill säga $BMI = vikt(kg) / längd^2(m)$. Enligt WHO definieras kraftig övervikt som $BMI \geq 30$ både för män och för kvinnor och därför användes denna gräns i den här studien.

Figur 7 visar att det bodde procentuellt flest kraftigt överviktiga män i kluster 4 och flest överviktiga kvinnor i kluster 2. I kluster 1 bodde lägst andel överviktiga. För både män och kvinnor var det en signifikant skillnad mellan klustret med störst andel överviktiga och klustret med minst andel överviktiga (kluster 4 för män och kluster 2 för kvinnor respektive kluster 1, $p < 0,05$).

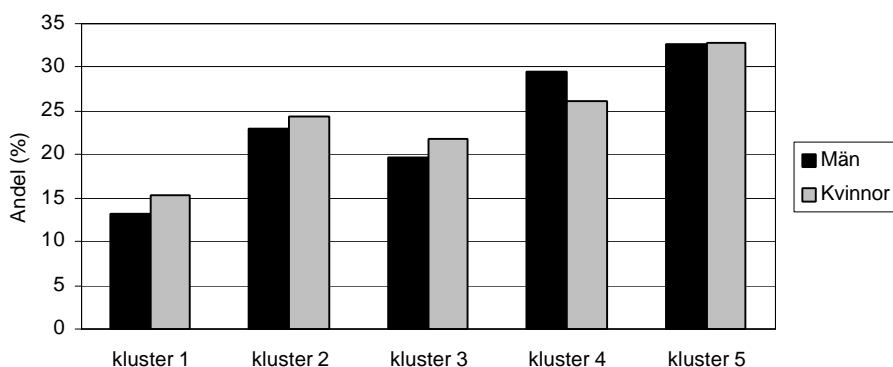


Figur 7. Andel män respektive kvinnor med BMI \geq 30 per kluster.

Rökning

När det gällde rökvanor testades de eventuella skillnaderna mellan klustrena genom att de tre första svarsalternativen *Har aldrig rökt*, *Har slutat att röka* och *Röker då och då* i enkäten slogs samman och jämfördes med svarsalternativet *Röker dagligen*.

Män och kvinnor i kluster fem rökte mest (dagligrökare) och minst i kluster 1, figur 8. Det var en signifikant skillnad mellan kluster 1 (minst andel dagligrökare) jämfört med vart och ett av de övriga klustren ($p < 0,05$).



Figur 8. Andel män respektive kvinnor per kluster som röker dagligen.

Självupplevd hälsa

I detta avsnitt presenteras de statistiskt säkerställda skillnaderna (Mann-Whitney U-test med signifikansnivån 0,05) mellan kluster 1 och kluster 5 avseende självskattad hälsa mätt med SF-36.

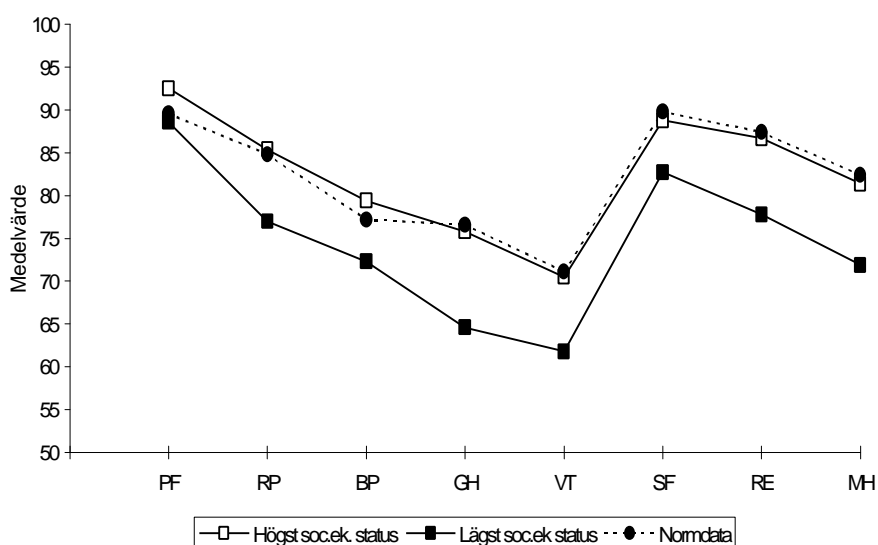
Tabell 1 visar att män i kluster 5 rapporterade en sämre hälsa jämfört med män i kluster 1 när det gällde Allmän hälsa (GH), Vitalitet (VT), Social funktion (SF) och Psykiskt välbefinnande (MH) ($p < 0,05$). Däremot var det inte någon statistiskt

säkerställd skillnad mellan dessa kluster när det gällde Fysisk funktion (PF), Fysisk rollfunktion (RP), Smärta (BP) och Emotionell funktion (RE).

Tabell 1. SF-36-index för män i respektive kluster (medelvärde)

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Högst soc.ek. status	92.5	85.4	79.4	75.8	70.5	88.8	86.7	81.4
Näst högst soc.ek. status	89.0	83.0	74.1	73.0	68.0	87.8	87.5	80.8
Mellerst soc.ek. status	92.2	87.1	78.3	76.1	69.7	90.2	88.7	81.4
Näst lägst soc.ek. status	89.0	83.7	74.3	71.5	67.8	87.0	85.5	79.7
Lägst soc.ek status	88.6	77.0	72.3	64.6	61.8	82.7	77.8	71.9

Män i kluster 1 avvek inte nämnvärt från de normdata för män i Sverige som finns att tillgå [3]. Däremot hade män i kluster 5 signifikant sämre hälsa jämfört med dessa normdata när det gällde Allmän hälsa (GH), Vitalitet (VT), Social funktion (SF) och Psykiskt välbefinnande (MH), se figur 9.



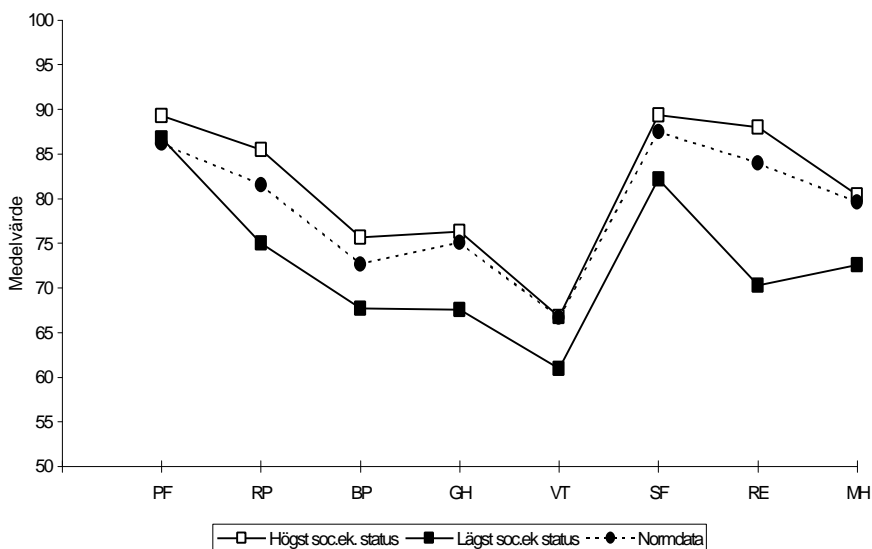
Figur 9. SF-36-index för män i kluster 1 respektive 5 samt normdata (medelvärde).

Kvinnor i kluster 5 mådde sämre jämfört med kvinnor i kluster 1 när det gällde alla delskalor i SF-36 utom Fysisk funktion (PF) ($p < 0,05$), (tabell 2).

Tabell 2. SF-36-index för kvinnor i respektive kluster (medelvärde)

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Högst soc.ek. status	89.3	85.5	75.7	76.3	66.8	89.4	88.0	80.4
Näst högst soc.ek. status	84.6	78.1	69.4	70.8	62.4	84.9	83.2	77.2
Mellerst soc.ek. status	88.0	82.0	72.4	73.4	63.4	84.9	83.6	77.5
Näst lägst soc.ek. status	82.2	76.5	66.6	70.9	64.7	82.6	80.8	76.4
Lägst soc.ek status	86.8	75.0	67.7	67.6	61.0	82.2	70.3	72.6

Det fanns inte några säkerställda skillnader mellan kvinnor i kluster 1 och normdata för kvinnor i Sverige [3], se figur 10. Däremot uppgav kvinnorna i kluster 5 en sämre hälsa än normdata för SF-36 i delskalorna Allmän hälsa (GH), Emotionell rollfunktion (RE) och Psykiskt välbefinnande (MH).



Figur 10. SF-36-index för kvinnor i kluster 1 respektive 5 samt normdata (medelvärde).

Slutsats

Denna rapport visar att det råder socioekonomiska skillnader i rökvanor, övervikt samt självskattad hälsa bland östgötarna. Områden med de sämsta socioekonomiska förutsättningarna har högst andel rökare och högst andel personer med sämre självskattad hälsa jämfört med områdena med de bästa förutsättningarna i länet.

- Män och kvinnor boende i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar röker oftare dagligen än personer i områden med god socioekonomi.
- Män i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar rapporterar sämre självskattad allmän hälsa, vitalitet, social funktion och psykiskt välbefinnande än män boende om områden med god socioekonomi.
- Kvinnor boende i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar rapporterar sämre självskattad fysisk rollfunktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion emotionell rollfunktion samt psykiskt välbefinnande.

När det gäller kraftig övervikt ses inte samma fördelning. För både männen och kvinnorna gäller att områden med de bästa förutsättningarna har lägst andel kraftigt överviktiga. Däremot är andelen kraftigt överviktiga män högst i kluster 4 och kraftigt överviktiga kvinnor högst i kluster 2.

Kvinnor, framförallt i de yngre åldrarna (18-34 år), är en grupp som i några av de senaste befolkningsstudierna i länet, visat sig utgöra en riskgrupp när det gäller självrapporterad ohälsa av olika slag. I befolkningsenkäten "Östgötens hälsa och miljö" som genomfördes år 1999, framkom bland annat att en hög andel kvinnor uppgav sömnbesvär, psykiska besvär, hjärt-/kärlsymtom samt symtom från rörelseorganen. Vidare visade de sig också ha svagare psykosociala buffrar mot ohälsa (mindre nätverk samt lägre copingförmåga). Kvinnor rapporterade även mindre inflytande i sitt arbete än män. [2]. I enkätstudien "Östgötens psykiska hälsa 2002", framkom också att de yngre kvinnorna utgör en riskgrupp för psykisk ohälsa [5]. Kvinnorna (och speciellt de unga, 20-29 år), anger i högst grad en försämrad psykisk hälsa i måtten psykiskt välbefinnande och vitalitet (SF-36) jämfört med befolkningsenkäten 1999. De rapporterar mer besvär med fobier, depressioner, ätstörningar, panikångest samt tvångstankar än andra grupper. De uppger också ett större självupplevt vårdbehov samt ett större beroende av lugnande mediciner. En femtedel uppger att de känner sig stressade hela eller stora delar av tiden.

I områdena med lägst socioekonomisk status finns en större andel kvinnor än i övriga områden. Detta kanske kan förklara en del av skillnaderna ovan.

Referenser

1. Folkhälsorapport 2001. Socialstyrelse, EpC. Stockholm 2001. ISBN 91-7201-508-X.
2. Ekberg K, Noorlind Brage H, Dastserri M (red). *Östgötens hälsa och miljö 2000*. Rapport 00:1, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland, 2000.
3. Byrsjö J, Noorlind Brage H. *Socioekonomiska skillnader i Östergötland*. Rapport 2000:3, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland, 2000.
4. Sullivan M, Karlsson J, Ware Jr. JE. *SF-36 Hälsoenkät. Svensk manual och tolkningsguide*. Göteborg, 1994.
5. Östgötens psykiska hälsa. En kartläggning av självskattad psykisk hälsa i Östergötland hösten 2002. M. Wenemark, M Borgstedt-Risberg, T Holmberg, P Nettelbladt, H Noorlind Brage, I Åkerlind. Rapport 2003:1. Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland. ISSN 1401-5048.

RAPPORT

**Hälsa och livsstil i områden med olika
socioekonomiska förutsättningar**

Författare

Helle Noorlind Brage

Elin Eriksson

Johan Byrsjö

Rapporten kan beställas från

Folkhälsovetenskapligt Centrum

Hälsans Hus

581 85 Linköping

e-post: FHVC@LIO.SE

eller laddas ner från internet;

WWW.LIO.SE/ENHETER/FHVC/RAPPORTER