

HÄLSA – ETT VÄRDE UTAN PRIS

JOSÉ FERRAZ NUNES

Hälsa betecknar ett studieområde som inkluderar orsaker till olika hälsostatus och definition av begreppet hälsa. Analysen av utveckling av hälsa sträcker sig över alla ekonomiska sektorer och de flesta samhällsliga aktiviteterna. Bestämmande faktorer för hälsan utgörs av många sociala variabler som kan vara lika viktiga som sjuvården. Skillnader i hälsolivå mellan sociala grupper inom en region och mellan regioner kan ej förklaras med existens av skillnader i sjukvårdstjänster (Evans 1984). Snarare är det skillnader i levnads sätt som kan förklara skillnader i mortalitet och sjuklighet mellan olika sociala grupper. Levnadssätt kan bero i några fall på inkomstnivå, i andra fall på andra faktorer. Ett relevant exempel när det gäller forskningen på det här området är Marmots studier i England (Vågerö 1989) som har följt tio tusen tjänstemän under c:a 20 år.

När man undersöker orsaker till död under 1900-talet upptäcker man att i början av seklet var smittsamma sjukdomar som var den dominerade dödsorsaken, medan i slutet av seklet är hjärt sjukdomar och cancer de stora dödsorsakerna. I de båda fallen är personer i de lägsta sociala nivåerna mest drabbade. Introduktion av ny teknologi har inte alltid varit förknippad med reduktioner i sjuklighet och mortalitet. Ett klassisk exempel är införande av BCG vaccination under 50-talet som påverkade obetydligt reduktion av tuberkulos (McKeown 1979). Vågerö och Lundberg (1989) tillämpar samma metodologi i Sverige som används i den Brittiska Black Rapport, för att studera skillnader i hälsostatus mellan olika yrkes kategorier. Resultaten visar att skillnader i Sverige är av samma typ som i Storbritannien. Det antyder att även social miljö kan ha betydelse för att förklara utveckling av hälsolivå. Evans (1990) visar också ett kretslopp som belyser att insatserna för att påverka hälsa inte har enbart som mål att minska sjukdomar. Sjukvårdstjänster använder mänsklig tid, energi, kapital, varor och kunskaper som skulle kunna användas i andra aktiviteter. Därför är det viktigt att dessa resurser bidrar till ett värde i välstånd som uppväger vad som man måste ge upp vid alternativa aktiviteter.

Människor blir sjuka och blir skadade på grund av flera olika orsaker. De vänder sig till sjukvård som definierar behov utifrån professionella bedömningar. Denna definition av behov är kritisk eftersom det beror på status av medicinsk teknologi. I alla utvecklade länder hävdas att behov ökar trots att resurserna som används inom sjukvården har stigit snabbt (Reinhardt, 1987). Utveckling av klinisk epidemeologi visar att många åtgärder inte ger någon märkbar effekt på

hälsoliv, eller att man inte känner till dess effekt (Banta 1990). Trots att sjukvårdstjänster i de mest utvecklade länderna på marginalen har haft mindre effekt på hälsoliv än vid tidigare perioder finns det grupper av befolkningen som är mer sjuka än andra. Policy strategier och beslut är delvis beroende av utvärderingar av teknologier och delvis beroende av kunskaper om nivå och fördelning av hälsostatus i befolkningen. I hälso- och sjukvårdslagen betonas strävan efter *en god hälsa och lika villkor*. Detta betyder att politikens mål bör vara att söka vägar till ökad värde i hälsokapital och jämnare fördelning bland olika grupper.

Att mäta hälsa

I detta avsnitt skall vi redovisa resultatet av befolkningens egna uppfattningar om hälsotillståndet. Denna redovisning skall bestå av beskrivande statistik som anger de viktigaste utmärkande egenskaperna hos den svenska befolkningen. Dessa egenskaper beror på vilka definitioner som används och vilken data som samlas angående olika klassifikationer av befolkningsgrupper. Resultat från årets undersökning skall jämföras med resultat från 1998 och med resultat från en likartad undersökning i Storbritannien.

Hälsa kan betraktas på individuell nivå och befolkningsnivå (folkhälsa). Folkhälsa är inte en enkel additiv kalkyl av individens värde, utan det omfattar det mönster av olikheter som kan råda mellan olika grupper i en befolkning (SOU 1998.43). Å andra sidan måste vi veta individernas värderingar för att man skall kunna ha en uppfattning om folkhälsan.

En betydande forskning kring hälsobegreppet och mätning av hälsostatus har utvecklats de senaste tjugo åren, och praktiskt användbara mätinstrument har utarbetats. En av de mest intressanta forskningsinriktningarna utgår från begreppen livslängd och livskvalitet och mäter hälsa i antal kvalitetsjusterade levnadsår (Kaplan 1989). En behandling som ökar livskvaliteten och livslängden leder till bättre hälsa enligt denna definition. Såväl klassificering av en persons hälsostatus som värderingen av olika hälsostatus kan ske med hjälp av vetenskapligt utprovade metoder som utvecklar nyttomått. Nyttomått avser att mäta patienters hälsostatus med ett värde. Ett "hälso-index" konstrueras genom att ta hänsyn till olika dimensioner i hälsostatus och vikten mellan de olika värdena i varje dimension. Standardisering ger värdet 1 för den "perfekta hälsan" och värdet 0 för att vara död.

Det finns olika metoder för att konstruera index som anger ett värde på hälsostatus: 1. Visuellt analog skala (VAS) 2. "Standard Gamble" (SG) 3. "Time-Trade-Off" (TTO). Utförligare förklaring av dessa metoder finns i SOM-Rapport nr 22 Ljusnande Framtid.

Information grundad på denna typ av mått är lämplig för att bestämma nivåer av morbiditet i samhället. På detta sätt kan man jämföra olika grupper av befolkningen, som kan vara till hjälp vid bedömning av behov och som information för

resursfördelning inom hälso- och sjukvården. Periodiska värderingar av befolkningshälsan kan ge viktig information som är nödvändig för att kunna utröna om mål för befolkningshälsan uppnås, eller vilka förändringar som har skett. I en viss mån kan denna information användas som ett sätt att utvärdera betydelsen av hälso- och sjukvården för befolkningen. (Torrance, 1985)

Hälsoindex

Det finns olika instrument för att konstruera ett vägt index som motsvarar hälsostatus. I denna studie utgår vi från EUROQOL-instrumentet (EQ-5D) som har utvecklats av forskare i fem olika europeiska länder (Brooks, 1996). EQ-5D består av fem olika dimensioner: rörlighet, egenvård, sociala aktiviteter, smärta/besvär och Oro/nedstämdhet. I varje dimension finns tre olika nivåer där 1 är det bästa stadiet och 3 det sämsta. Varje nivå i hälsostatus kan härfter definieras med ett femsiffrigt tal, t. ex. 11111 som betyder den bästa tänkbara nivån, 33333 som anger den sämsta tänkbara nivån och 12123 en nivå av hälsostatusen med måttliga problem i dimensionerna egenvård och smärta, samt stora problem i dimensionen nedstämdhet. Man kan definiera 243 olika kombinationer som anger olika nivåer av hälsostatus. Om man lägger till medvetlöshet och död får man totalt 245 möjliga hälsostadier. Om död ges värdet 0 och det bästa stadiet värdet 1, kommer de olika stadierna att ligga mellan 0 och 1. Det är tänkbart att några stadier upplevs som en situation värre än döden, och i så fall kommer dessa att motsvaras av ett negativt värde. *EQ5D index* bildas genom att man frågar ett visst antal individer som utgör ett representativt urval av hela befolkningen. Man får på detta sätt gruppens värdering av det relativa avståndet mellan olika hälsostadier. Vi använder värden som bygger på den så kallade TTO-metoden ("time trade-off") där man tar hänsyn till varaktighet i varje hälsostatus. Allan Williams vid Universitet i York har varit huvud ansvarig för utveckling av denna metod (Williams, 1995). Värdena i index-systemet anger de genomsnittliga preferenserna i samhället.

Frågor i EQ5D formuläret har använts i SOM-undersökningen 1999. Individernas egen bedömning av sin hälsostatus har använts för att beräkna ett allmänt hälsoindex. Detta betyder att vi ska kunna använda två typer av mått:

1. En profil som definierar hälsostatus. Vi kommer att använda ett mått som anger den procentuella andelen individer som har rapporterat något problem i varje dimension. Man ska kunna ange fördelning mellan måttliga och yttersta problem. Till exempel en individ som inte anger svårigheter vid gång, inga problem att tvätta och klä sig, vissa problem med den huvudsakliga sysselsättningen, måttliga smärtor och oro i högsta grad, bedöms att ha måttliga problem i två dimensioner och yttersta problem i en dimension. I detta fall definieras nivån på hälsostatus med ett femsiffrigt tal 11223.

2. Ett vägt hälsoindex som beräknas utifrån varje definierad hälsostatus nivå. Detta görs med hjälp av en tabell som bygger på TTO-metoden. I denna studie kommer vi att använda medelvärdet för varje grupp av individer.

Vi kommer att redovisa två typer av variabler som anger hälsotillståndet: Det första är ett mått på det allmänna hälsotillståndet som anges av ett vägt hälsoindex, den andra är den procentuella andelen individer som har angivit ett hälsoproblem.

Kön är en kvalitativ variabel där män anges av värdet 1 och kvinnor av värdet 2. Åldern anges i sex olika grupper. Utbildningsnivån klassificeras i tre nivåer, där hög (värde 3) nivå betyder att man har studerat vid högskola, medel (värde 2) nivå anger att de tillfrågade har minst treårigt gymnasium eller flickskola/realexamen och låg (värde 1) nivå de övriga individerna. Socialgrupper anges i tre grupper som motsvarar samma indelning som användes i analysen under 1998. Sociala grupper här definieras utifrån individernas hälsostatus. Socialgrupp 1 består av tjänstemän med företagsledande funktioner, ensam företagare och företagare med mer än 10 anställda. Socialgrupp 2 innefattar tjänstemän och arbetare med arbetsledande funktioner. Socialgrupp 3 inkluderar lantbrukare, arbetare och företagare med mindre än 10 anställda. Uppväxtland anger tre grupper av individer: uppväxt i Norden anges värde 1, i övrig Europa anges värde 2 och utanför Europa anges värde 3.

Andra variabler som definierar speciella undergrupper är förenade med livsföring. Vi har valt här att presentera några vanor som verkar vara viktiga för att förklara skillnader i hälsotillståndet. Det är grad av deltagande i motion och hur ofta man röker eller dricker. Vi utgår ifrån att typ av livsföring kan ha betydelsen för hälsostatus. Aktivitet antas ha en positiv betydelse för hälsan och rökning kommer att påverka den upplevda hälsan negativt. Ett problem är dock att hälsan idag beror inte enbart på livsföring som sker just nu.

I en linjär regressionsanalys testas styrkan i sambandet mellan hälsoindex och flera variabler som har visat kunna ha betydelse för hälsostatus. Dessa variabler är ålder, kön, utbildning, dryckesvanor, rökvanor och uppväxt land. F kvoter beräknades för att testa skillnader mellan medelvärden. Vi har valt att definiera som signifikanta skillnader där testet anger $P < 0.01$ trots att man i många studier anges utgå ifrån det högre värdet 0.05.

Hälsans grundmönster och jämförelse med 1998

Diagram i figur 1 beskriver i vilken omfattning individer i vår undersökning upplever någon typ av problem i de olika hälsodimensionerna. I fyra av de undersökta hälsodimensionerna (Mobilitet, Egenvård, Aktivitet, Smärta/Besvär) har intervjusvar visat att hälsoproblem ökar med åldern. För dimensionen Oro/nedstämdhet verkar inte åldern ha någon betydelse. Denna dimension utgör istället

ett relativt stort problem för befolkningen i de yngre grupperna. När man betraktar den svenska befolkningen i allmänheten är de vanligaste hälsoproblemen Smärta/besvär och Oro/nedstämdhet. I förhållande till undersökningen under 1998 visar resultatet under 1999 liknande mönster. Den enda skillnaden ligger i gruppen mellan 20 och 29 år som anger en lägre nivå på upplevd problem när det gäller dimensionen oro/nedstämdhet.

I tabell 1 visas svar på frågan hur man upplever det allmänna hälsotillståndet i jämfört med 12 månader sedan. Män som är äldre än 50 år och kvinnor som är äldre än 60 år anger ett något försämrat hälsotillstånd. Det bör uppmärksammas att drygt 80 % av individerna inom dessa äldre grupper uppger oförändrat eller förbättrat hälsotillstånd. Yngre män än 50 år och yngre kvinnor än 60 år anger relativt förbättring av det allmänna hälsotillståndet.

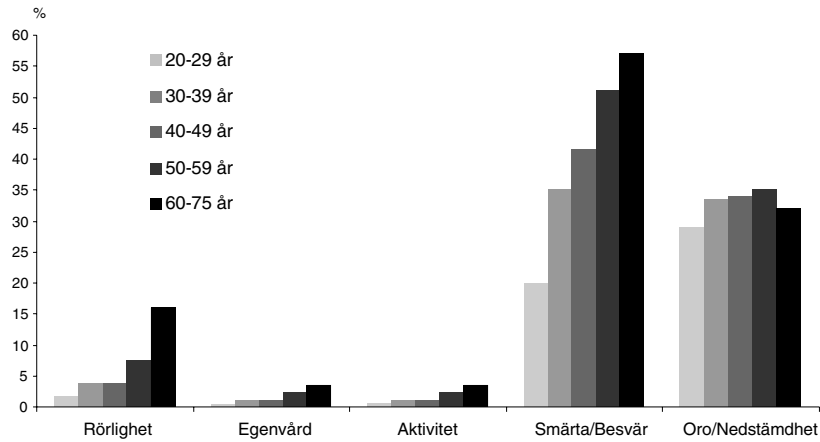
Tabell 1 Hälsotillstånd idag jämfört med för 12 månader sedan (Procentuell andel i varje åldersgrupp)

		20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-75 år
Män	Bättre	20	16	11	10	7
	Oförändrat	72	76	80	73	76
	Sämre	7	8	8	17	17
Kvinnor	Bättre	34	29	24	18	8
	Oförändrat	56	64	65	68	75
	Sämre	11	8	11	14	17
Antal män		109	160	151	170	172
Antal kvinnor		132	161	143	170	200

När vi använder hälsoindexet som mått visas också ett mönster som är likartat med 1998 års mätning. I figur 2 visas medelvärdet av hälsoindexet per åldersgrupp för män och kvinnor. Hälsoindexet minskar med högre ålder och är högre för män än kvinnor. Enbart för individer mellan 30 och 39 år är skillnader mellan män och kvinnor ej signifikanta ($P > 0.01$). Skillnader mellan åldersgrupper anger inte enbart den naturliga minskningen av hälsokapitalet under livscykeln, utan också skillnader mellan generationer. Individer tillhörande en given åldersgrupp kan ha upplevt förhållande som skiljer sig från andra under samma ålder. Dessa förhållande kan ha haft påverkan på hälsan under en kort tid eller under hela livscykeln. I förhållande till 1998 visat mätningen för 1999 en signifikant ($P < 0.01$) förbättring av hälsostatus för både män och kvinnor mellan 20 och 30 år och en försämring för både män och kvinnor över 50 år. Detta stämmer med andra sätt att mäta hälsotillståndet som vi förklarar ovan.

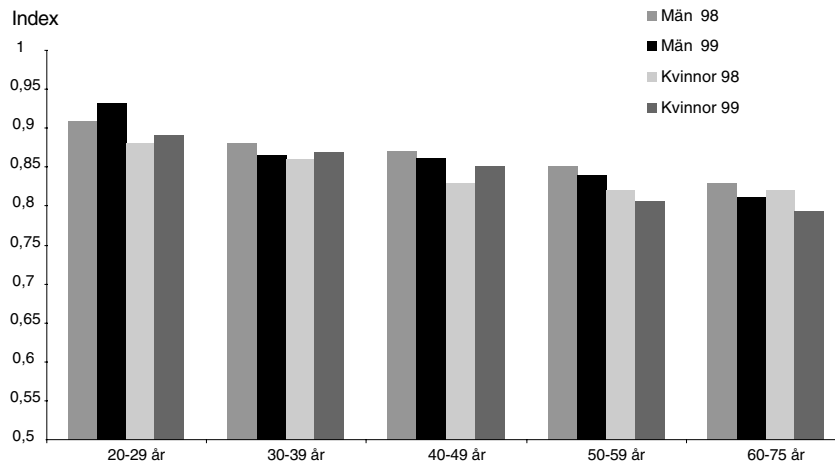
När det gäller skillnader mellan män och kvinnor motsvaras det lägre värdet av hälsoindex för kvinnorna av fler rapporterade hälsoproblem i alla dimensioner.

Figur 1 Självrapporterad hälsostatus efter ålder (andel av åldersgrupperna som anger att det har problem inom respektive dimension)



N = 1568

Figur 2 Vägt hälsoindex för män och kvinnor i olika åldersgrupper (jämförelse mellan 1998 och 1999)



1998 Män n=814 Kvinnor n=916 1999 Män n=762 Kvinnor n=806

Kommentar: Om beräkning av hälsoindex, se texten.

Den socialt bestämda hälsan

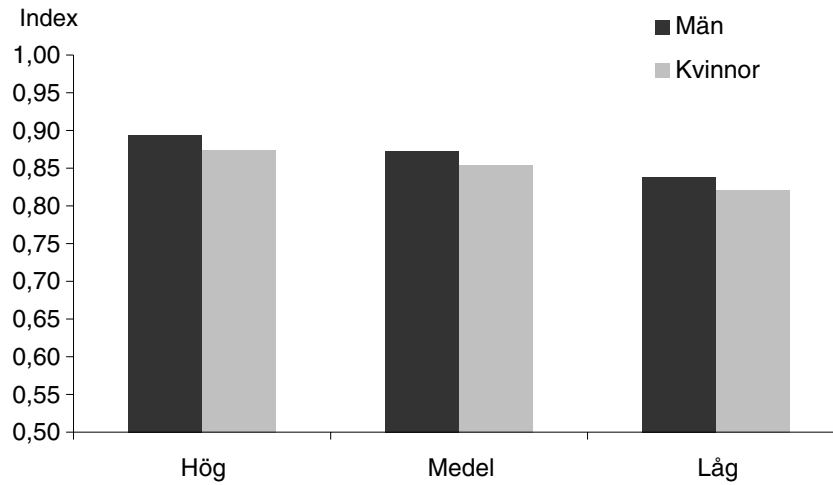
Utbildning och social grupp utgör två av de egenskaperna som betraktas i denna skrift. Det finns ett visst samband mellan dessa två variabler. Vi jämför skillnader mellan utbildningsgrupper per kön och skillnader mellan social grupp i förhållande till olika åldersgrupper. När man tar hänsyn till utbildningsnivå och kön finns det en klar och signifikant ($p < 0.01$) skillnad mellan utbildningsgrupper oavsett om det gäller män eller kvinnor. I figur 3 ser man också att män uppger alltid en högre hälsostatus än kvinnor oavsett utbildningsgrupp.

Social grupp verkar vara en viktig faktor för att förklara olikheter i hälsan. Ju Socialgrupp 3 visar sämre hälsa än de övriga socialgrupper och socialgrupp 2 visar sämre hälsa än socialgrupp 1. I detta sammanhang är det viktigt att poängtera att företagare med mindre än 10 anställda och lantbrukare kan jämföras med gruppen arbetare. Dessa skillnader i hälsoindex består när man betraktar kvinnor och män för sig. Däremot är skillnader mellan män och kvinnor beroende av social grupp tillhörighet. För socialgrupp 3 är skillnaderna mellan män och kvinnor större än för andra grupper. För socialgrupper 1 och 2 finns ingen skillnad mellan män och kvinnor. Detta innebär att kön utgör en viktig för att förklara olikheter i hälsotillståndet, men det är beroende av social grupp tillhörighet. Dessa resultat är statistiskt signifikanta ($p < 0.01$).

I figur 4 visas att hälsoindex skiljer sig mellan olika sociala klasser i alla åldrar över 20 år. Socialgrupp 3 över 60 år visar en signifikant ökning av hälsoindex i förhållande till åldersgruppen mellan 50 och 59 år. Skillnader mellan sociala grupper ökar med ålder. Detta tyder på att förhållanden i de olika yrkesgrupperna påverkar negativt den naturliga försämringen av hälsokapitalet under livscykel. Efter pensionering verkar ske en utjämning av hälsostatus mellan de olika sociala grupperna. En förklaring till detta är att dödligheten är störst i social grupp 3 (Socialvetenskapliga forskningsrådet, 1998). Dessa resultat stämmer också med undersökningens resultat under 1998.

I figur 5 kan man se skillnader i hälsoindex per åldersgrupp fördelad efter det land man är uppväxt i. Indelningen är speciellt viktig när man tar hänsyn till strukturen av invandrarbefolkningen i Sverige. För gruppen som är uppväxt utanför Europa finns det stora skillnader mellan individer med avseende på uppväxt förhållanden. Resultat kan inte tolkas som gällande för enskilda individer eller grupper av individer. Däremot anger resultatet vilka förhållanden vid uppväxt som har varit dominerande för individer i de olika grupperna. Personer som är uppväxta utanför Europa har i genomsnitt en mycket lägre hälsostatus än både nordiska medborgare och övriga européer oavsett åldersgrupp. Skillnaden mellan personer som är uppväxta i Norden och i övrig Europa är beroende av vilken ålder man betraktar. För personer yngre än 40 år anger européer lägre hälsostatus än personer uppväxta i Norden. Det motsatta gäller för personer som är äldre än 40 år. Detta resultat stämmer också med analysen som vi jämför resultat av vår undersökning, med resultat av en undersökning genomförd i Storbritannien.

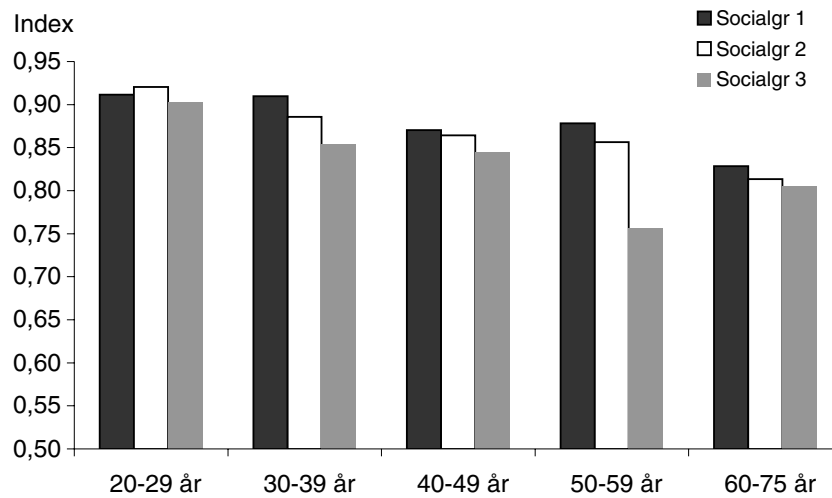
Figur 3 Vägd hälsoindex (per kön och utbildningsgrupp)



Hög n=453 Medel n=418 Låg n=862

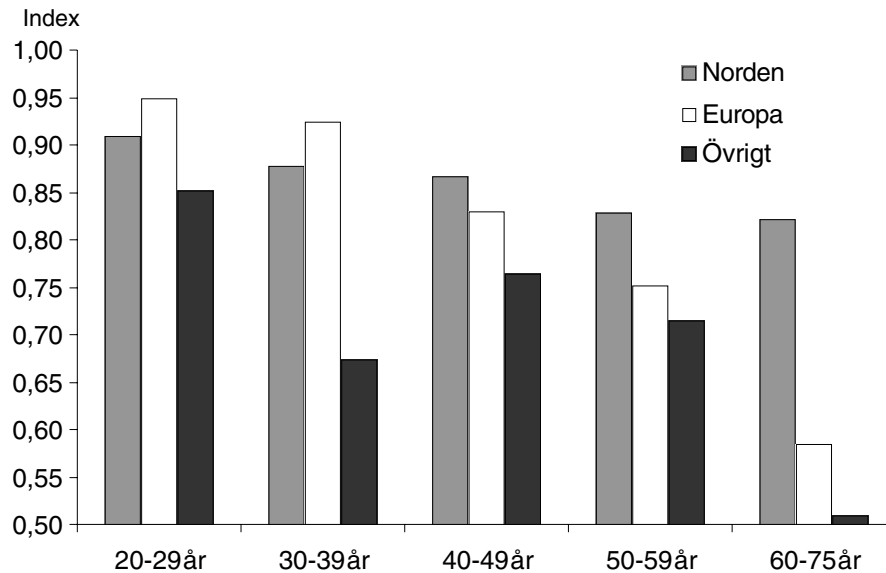
Kommentar: Om beräkning av hälsoindex, se texten

Figur 4 Vägd hälsoindex (social klass och ålder)



Socialgrupp 1 n=126 Socialgrupp 2 n=672 Socialgrupp 3 n=614

Kommentar: Om beräkning av hälsoindex, se texten

Figur 5 Vägt hälsoindex och uppväxtland

n=1769

Kommentar: Om beräkning av hälsoindex, se texten

Livstil

Livsstil kan påverka hälsokapitalet på två olika sätt. En del aktiviteter är viktiga för att bygga upp hälsotillståndet och en del andra aktiviteter kan bryta ner hälsan. Vi kommer nedan att visa ett exempel av vardera typ.

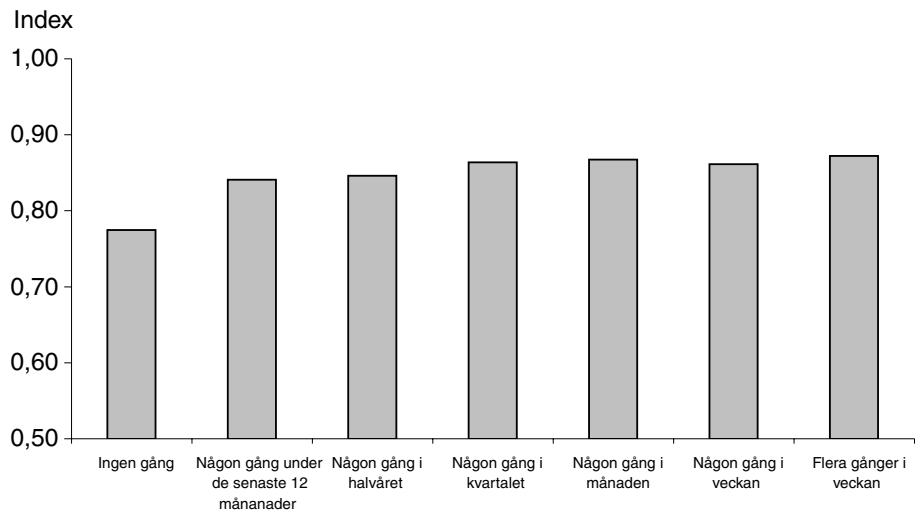
Hälsoindexet ökar med större deltagande i fysiska aktiviteter. I figur 6 visas ett klart men ej starkt samband mellan större aktivitet och bättre hälsostatus. Det finns en klar och statistiskt signifikant skillnad ($p < 0.01$) mellan individer som inte utövat någon motion och de som gjort det några gånger. Däremot finns ingen klar skillnad mellan personer som är mycket aktiva och personer som är måttligt aktiva. I det här sammanhanget måste man vara försiktig med tolkning av resultat eftersom det inte handlar om ett dimensionellt orsakssamband. Personer som har lägre hälsostatus kan antas vara mindre benägna att motionera.

När det gäller rökning visas i figur 6 en jämförelse mellan hälsoindex för rökare och icke-rökare. Skillnaderna är konstanta för de olika åldersgrupperna utom för de yngre individerna. Man skall dock komma ihåg att individer i den lägsta åldersgruppen inte är så relevanta för denna jämförelse, eftersom många av dem inte

har rökt under lång tid. Rökarna anger lägre hälsoindex i förhållande till icke-rökare. Dessa skillnader är signifikanta ($p < 0.01$) för alla åldersgrupper. Det är också viktigt att uppmärksamma den större skillnaden mellan rökare och icke rökare när man är äldre än 50 år.

I figur 7 kan man se att de uppgivna dryckesvanorna inte verkar ha ett negativt samband med individernas upplevda hälsan. Det finns en statistiskt signifikant skillnad ($P < 0.01$) mellan de fyra grupper som dricker lite eller inte dricker alls och de tre grupperna som dricker mer regelbundet. I den här undersökningen är det troligt att individer med mycket hög konsumtion av alkohol är under representerade. Därför kan man inte dra någon slutsats om samband mellan hälsostatus och mycket hög konsumtion av vin eller sprit.

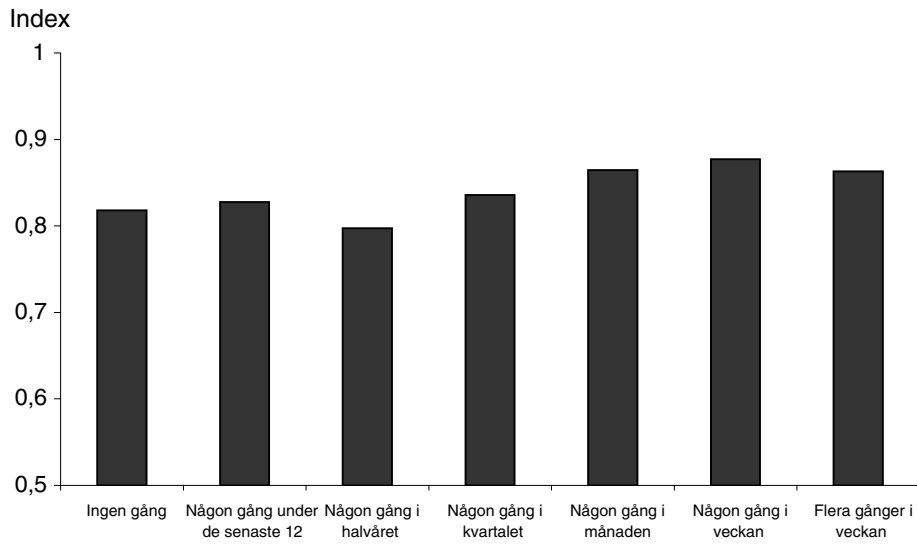
Figur 6 *Vägt hälsoindex efter regelbundenhet i självrapporterad motion*



n=1769

Kommentar: Om beräkning av hälsoindex, se texten

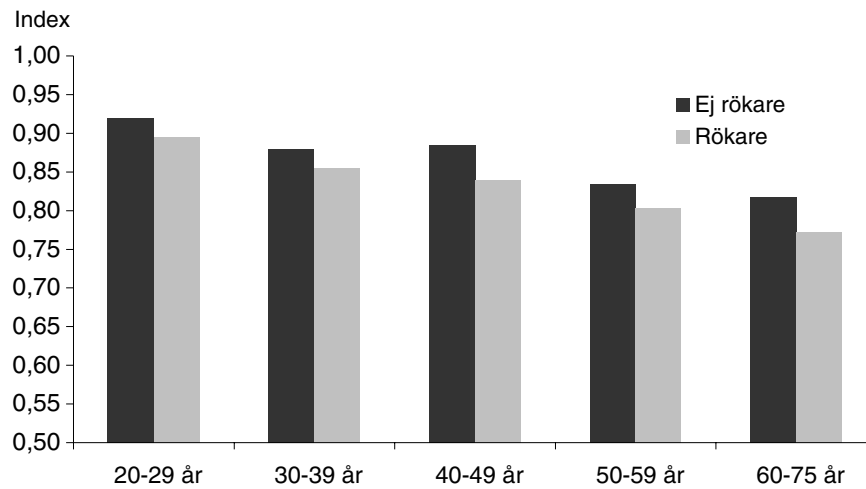
Figur 7 Vägt hälsoindex efter reglbundenhet i självrapporterad konsumtion av alkoholhaltiga drycker



n=1769

Kommentar: Om beräkning av hälsoindex, se texten

Figur 8 Vägt hälsoindex och rökning (per åldergrupp)



n=1769

Kommentar: Om beräkning av hälsoindex, se texten

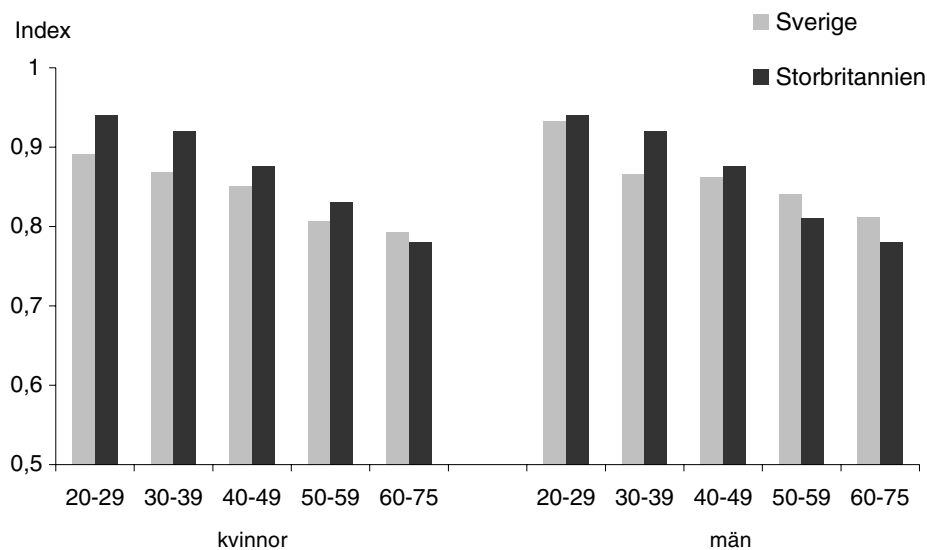
Jämförelse med Storbritannien

Ministeriet för Hälsofrågor i Storbritannien har beställt en analys av hälsostatus hos Centrum för Hälsoekonomi vid Yorks Universitet (Kind et al 1999). Forskarna har använt liknande metodologi när man jämför med SOM-undersökningarna. Dessutom har man använt exakt samma instrument för att mäta hälsostatus. Därför är resultat jämförbar med vår analys.

I figur 9 jämförs de olika åldersgrupperna per kön. I Storbritannien anger de yngre grupper högre hälsostatus än i Sverige. Det motsatta gäller för personer äldre än 50 år när det gäller män och 60 år när det gäller kvinnor. Alla dessa skillnader är statistiskt signifikanta ($P < 0.01$). I den brittiska undersökningen anger aldrig kvinnor lägre hälsostatus än männen. Vi har tidigare sett i figur 2 att svenska kvinnor generellt sett anger lägre hälsostatus än män både 1998 och 1999.

Övriga skillnader i den brittiska undersökningen stämmer i högre grad med de svenska förhållande. Betydelse av utbildning, social grupp och livsstil är jämförbara i Storbritannien och i Sverige. I den brittiska undersökningen har man inte tagit hänsyn till dryckesvanor.

Figur 9 Hälsa i Sverige och Storbritannien (per åldersgrupp och kön)



Sverige Kvinnor n=806 Män n=762
 Storbritannien Kvinnor n=1825 Män n=1555

Kommentar: Om beräkning av hälsoindex, se texten

Sambandsanalys

Vi har visat ovan hur hälsostatus varierar med olika egenskaper hos individer. Vi vet att ålder, kön, utbildningsnivå, rökningensintensitet, dryckesvanor och uppväxt land är faktorer som har ett samband med nivån på hälsostatus. När man betraktar varje faktor för sig kan det vara oklart om det tills synes samband är det riktiga. Ett sätt att komma ett steg vidare är att betrakta alla faktorer tillsammans som förklaring av beroende variabeln hälsoindex. Hypotesen om förekommande samband och om typ av samband skall kunna härledas från ovan beskrivning.

Vi skall testa om ju äldre är befolkningen, ju fler kvinnor som finns, ju lägre är utbildningsnivå, hur fler som röker, ju fler som dricker alkohol och ju fler invandrare som kommer från icke europeisk land, desto lägre är hälsostatus i befolkningen. Vi antar i denna hypotes att konsumtion av alkohol alltid har en negativ inverka på hälsostatus trots att resultat ovan pekar på det motsatta. Vi antar vidare att fler invandrare från icke europeiska länder inte ändrar nuvarande struktur av personer bosatta i Sverige som är uppväxta utomlands. För de övriga variabler utgår vi ifrån resultaten i beskrivningsdelen av detta avsnitt.

En linjär regressionsanalys kan definieras på följande sätt:

$$\text{Hälsoindex} = F(\text{ålder, kön, utbildning, alkoholvana, rökevana, uppväxt förhållande})$$

Där värden på variabler anges ovan i metod. Värden i koefficienter skall tolkas med mycket försiktighet eftersom några av variabler inte anger ett bra mått i en kardinal skala. Vi vill testa framför allt om förklaringsvariabler kan antas ha ett troligt samband med nivån på hälsostatus.

Tabell 2 Resultat av regressionsanalys (Beroende variabel : Hälsoindex)

Förklaringsvariabler	Koefficient	P-värde
Konstant	1.011	.0001
Ålder	-.0387	.0001
Kön	-.0193	.0311
Utbildning	.0187	.0001
Alkoholvanor	.020	.0081
Rökvanor	-.033	.0001
Uppväxt	-.077	.0001

R² .29 F-värde 24.6

Variablernas värden ligger inom de gränser som anges i enkäten. För kön gäller 1 för män och 2 för kvinnor. När det gäller utbildning motsvarar värde 1 den lägsta nivån och 3 den högsta nivån. Uppväxt varierar mellan 1 för skandinaver och 3 för icke européer. Variablerna som anger rökvanor och dryckesvanor varierar mellan

1 och 7 där det lägsta värdet motsvarar ingen konsumtion och det högsta värdet en regelbunden konsumtion flera gånger i vecka.

Resultat i regressionsanalysen visar att alla förklaringsvariabler har betydelse för nivå på hälsostatus. Sambandet mellan förklaringsvariablerna och beroende variabeln stämmer med hypotesen, med undantag för alkoholvanor.

Hälsostatus visar följande samband med de undersökta faktorerna under kontroll för alla andra undersökta faktorer: 1. Ökad ålder innebär lägre hälsostatus 2. Män uppger en högre hälsostatus än kvinnor 3. Ju högre är utbildning desto högre förväntas vara hälsostatus 4. Personer som uppger att de dricker mer alkohol anger högre hälsostatus givet att vi jämför personer med i övrigt samma egenskaper 5. Ju mer man röker desto lägre är hälsostatus 6. Att vara uppväxt utanför Norden och speciellt utanför Europa betyder i genomsnitt lägre hälsostatus.

Sambandet mellan dryckesvanor och hälsan som anges ovan kan inte tolkas som att alkohol bidrar till högre hälsa. Dels tar vi inte hänsyn till mortalitet dels är det troligt att individer med hög alkohol konsumtion inte svarade enkäten. Det högsta värdet för variabeln dryckesvanor kan motsvara relativt lite konsumtion.

Slutsats

Undersökningen ger en viktig förståelse av hälsostatus hos den svenska befolkningen. Resultaten är stabila i förhållande till tidigare undersökning under 1998. Denna stabilitet beror dels på validitet i mät-instrumentet som används, dels på små variationer under ett år. Resultatet visar att de viktigaste hälso problem i befolkningen yngre än 50 år är Smärta/besvär och Oro/Nedstämdhet. Ökade ålder ger på ett väntat sätt ökad ohälsa. I de äldre grupper av befolkningen är potentialen för ytterligare förbättringar i folkhälsan relativt små. De stora uppgifterna för att nå målet med god hälsa måste sökas i undergrupper, speciellt i yngre åldrar.

Signifikanta skillnader finns mellan olika undergrupper av befolkningen. En regressions analys visar att ålder, kön, utbildning, rökning, dryckes vanor och uppväxt förhållande är variabler som förklarar varför några personer av befolkningen är mer friska än andra. Detta gäller i genomsnitt i varje grupp. Det är viktigt att påpeka på de långsiktiga effekterna som leder till en nedbrytning av hälsokapital. Investeringar i åtgärder som kan förebygga den negativa utvecklingen av hälsa för några sociala grupper kan vara ett viktigt inslag i politiken som strävar efter en god hälsa i befolkningen.

Utbildning bidrar till ökad hälsostatus speciellt när det påverkar inkomsten, arbetsförhållande och socialgrupp tillhörighet. Det är inte klart i vilken mån social grupp tillhörighet påverkar hälsan och/eller om det är hälsan som påverkar socialgrupp tillhörighet. Man skulle kunna säga utifrån de empiriska undersökningarna som denna att hälsan är åtminstone ett sätt att definiera socialgrupp. På detta område finns det fortfarande en stor potential för att kunna öka befolkningshälsan.

Uppväxt förhållande är en faktor som man inte kan påverka, förutsatt att man av ideologiska skäl inte stoppar invandring av personer med vissa egenskaper. Däremot är det viktigt att ta hänsyn till dessa faktorer för att optimera på ett långsiktigt sätt individernas deltagande i samhällsliv.

Jämförelse med en likartad brittisk undersökning ger upphov till resultat som kan betraktas som överraskande om man har dragit slutsatser som enbart utgår ifrån orealistiska antagande. Det empiriska materialet visar att:

1. Den unga brittiska befolkningen uppger en upplevelse av hälsa på en högre nivå än motsvarande grupp i Sverige. Däremot anger äldre personer i Sverige en högre nivå av upplevd hälsa i jämförelse med britter över 50 år när det gäller män och över 60 år när det gäller kvinnor.
2. Sociala skillnader med avseende på hälsan är lika eller större i Sverige än i Storbritannien. Kvinnor upplever hälsotillståndet på en lägre nivå i Sverige i förhållande till männen. Denna skillnad verkar inte finnas i Storbritannien. Social klass och utbildning betyder åtminstone lika mycket i Sverige som i Storbritannien.

Några nyckelbudskap

- Mått på hälsoeffekter kräver kunskaper om hälsostatus i befolkningen.
- Befolknings egna värderingar utgör huvud element när man skall utvärdera betydelse av sjukvården.
- Instrument EQ-5D, som användes, visar variationer i hälsostatus som är överensstämmande med de få undersökningar som har gjorts i Sverige. Instrumentet verkar ge stabila förutsättningar för mätningar av denna typ.
- Smärta/besvär och Oro/Ängsla utgör de viktigaste upplevda hälsoproblem i befolkningen.
- Individer som är yngre uppvisar ett förvånansvärt stort hälsoproblem när det gäller Oro/nedstämdhet.
- En viss förbättring i de yngre grupper verkar ha skett mellan 1998 och 1999.
- Arbetare, lantbrukare och företagare med mindre än 10 anställda försämrar hälsokapitalet under livscykel i högre grad än de andra sociala grupperna.
- Personer som är uppväxta utanför Europa verkar ha ett lägre värde på hälsokapital än nordbor och andra européer. Detta låga hälsokapital nedbryts snabbare för icke européer. Detta gäller i genomsnitt för hela gruppen. Stora variationer finns inom gruppen.
- Européer anger högre hälsostatus än nordbor när de är yngre, men deras hälsokapital bryts ner snabbare under livscykel. Detta antyder på att det är snarare generations egenskaper än prognos om framtiden.

- Kvinnor uppger en lägre nivå på hälsostatus än männen.
- Befolkningen mellan 20 och 65 år anger hälsoproblem i lägre grad än vad som kan läsas utifrån sjukskrivnings- och förtidspensionsstatistik.
- Befolkningen i stort visar en relativ hög nivå på hälsan som består utöver pensionsåldern. Hälsokapitalet är utan tvekan ett värde som har en kostnad utan pris.

Referenser

- Anderson, N. Ed., Contributions to Information Integration Theory 3 vols, 1990, Hillssdale, New Jersey
- Banta, D., Luce, B., Health Care Technology and its Assessment, Oxford University press, Oxford, 1993
- Brooks, R. *EuroQol: the current state of play*, Health Policy, 37: 53-72, 1996
- Evans, R. Illusions of necessity: evading responsibility for choice in health care, Departement of Economics, University of B. C., Canada, 1984
- Evans, R., Stoddart G., Producing health consuming health, Social Science and medicine, vol 31, 12, pp. 1347-63 1990
- Kaplan, R., *A general health policy model: update and applications*, 1988, Health Services Research 23, pp. 203-35
- Kind, P., Dolan, P., Gudex, C., Williams, A., *Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey*, 1998, British Medical Journal, 316, pp.736-741.
- Kind, P., Hardman, G., Macran, S., UK Population norms for EQ-5D, Discussion paper 172, Centre for Health Economics, The University of York, 1999
- McKeown, T. The Role of Medicine, 1979, Basil Blackwell, Oxford
- Reinhardt, U. *Reflections on the meaning of efficiency. Can efficiency be sepparated from equity?* Yale law & policy review, 1992, 10, 2, pp 302-
- SOM-Rapport nr 22, Ljusnande framtid, Holmberg S. och Weibull L. (red), sid 85-98, Göteborgs Universitet, 1999
- SOU 1999.66, God vård på lika villkor, Socialdepartement, Stockholm, 1999
- Torrance, G. *Multi-attribute preference functions: Health utilities index*, 1995, Pharmaco-economics, 7, pp. 503-20
- Vågerö, D., Lundberg, O., Health Inequalities in Britain and Sweden, SISR, Stockholms Universitet, 1989
- Williams, A. *The role of the EuroQol instrument in QALY calculations*. 1995 Discussion Paper 136, York, Centre for Health Economics
- Socialvetenskapliga forskningsrådet, "Ojämlighet i hälsa- ett nationellt forskningsprogram", 1998, SFR, Stockholm