

**Eva Roos**, dr i livsmedelsvetenskap, forskare ([eva.roos@helsinki.fi](mailto:eva.roos@helsinki.fi))

**Katariina Kivelä**, pol mag, forskare

**Eero Lahelma**, pol dr, professor

**Terhi Tuominen**, soc mag, forskare; samtliga vid institutionen för folkhälsovetenskap, Helsingfors universitet, Finland

**Espen Dahl**, Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo, Norge

**Finn Diderichsen**, Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, Stockholm, Sverige

**Jon Ivar Elstad**, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Oslo, Norge

**Inge Lissau**, Statens institut for folkesundhed, København, Danmark

**Olle Lundberg**, Stockholms universitet, Institutet för social forskning, Sverige

**Ossi Rahkonen**, Helsingfors universitet, socialpolitiska institutionen, Finland

**Niels Kristian Rasmussen**, Statens institut for folkesundhed, København, Danmark

**Monica Åberg Yngwe**, Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, Stockholm, Sverige

## Liten förändring av hälsoskillnader i Norden under 1980- och 1990-talen

■ Det är rimligt att anta att djupgående samhällsförändringar påverkar befolkningens hälsa och dess fördelning. De nordiska länderna, framför allt Finland och Sverige, har under de senaste decennierna genomgått stora strukturella förändringar. Depressionen i början av 1990-talet drabbade Sverige och Finland hårdare än Danmark och Norge. Danmark hade redan i början av 1980-talet en hög arbetslöshet. Norge kom att känna mindre av den internationella depressionen tack vare landets starka ekonomi och tillgångar på råolja [1].

De nordiska länderna Danmark, Finland, Norge och Sverige är rätt lika till kultur och samhällsstruktur. Internationellt talar man om »den nordiska välfärdsmodellen«, och med det avses bl a en inriktning på generell snarare än selektiv socialpolitik, jämlikhet som framträdande mål och en relativt jämn fördelning av välfärden [2]. Många likheter mellan länderna, men samtidigt skillnader i strukturella förändringar under 1980- och 1990-talen, såsom lågkonjunktur och arbetslöshetsförändringar, gör en jämförande undersökning av förändringen av ojämlikhet i hälsa särskilt intressant. Har socioekonomiska skillnader i ohälsa förändrats från mitten av 1980-talet till mitten av 1990-talet i de nordiska länderna? Vilken betydelse har den ekonomiska krisen, som drabbade speciellt Finland och Sverige, med påföljande höga arbetslöshet haft på ohälsans fördelning i de nordiska samhällena? Detta är frågor som vi i denna undersökning försöker svara på.

### Ojämlikhet i hälsa

En uppföljning av hur ojämlikhet i hälsa förändras är viktig för välfärdsstaternas social- och hälsopolitik. Undersökningar som jämför olika länder kan dessutom ge information om

### SAMMANFATTAT

Tidigare studier visar att de som har lägre utbildning också har sämre hälsa. Detta har man funnit i de flesta europeiska länder. Undersökningar som jämför förändringar av ojämlikhet i hälsa i olika länder saknas dock.

I denna undersökning jämförs för första gången förändringen av ojämlikhet i hälsa i Danmark, Finland, Norge och Sverige under 1980- och 1990-talen.

Skillnaderna i fördelningen av ohälsa efter utbildningsnivå har förblivit rätt stabila i samtliga länder trots Finlands och Sveriges svåra ekonomiska depression och höga arbetslöshet under början av 1990-talet.

Några mindre förändringar kan dock skönjas. Ohälsan bland kvinnor med lägre utbildning har eventuellt ökat i Danmark, Norge och Sverige under undersökningsperioden, och skillnader i ohälsa mellan olika sysselsättningsgrupper ser ut att ha minskat bland män.

Trots nedskärningar på många områden upprätthölls i stort den nordiska välfärdsmodellen under krisåren, som drabbade särskilt Finland och Sverige. Detta kan ha förhindrat en ökning av hälsoskillnader fram till mitten av 1990-talet.

## II Fakta 1

Artikeln är ett resultat av ett nordiskt samarbetsprojekt koordinerat från institutionen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet. Analyser och författande av första utkast har därför utförts av Eva Roos, Katariina Kivelä, Eero Lahelma och Terhi Tuominen. Övriga medverkande i projektet, vilka namnges i bokstavsordning, har medverkat vid uppläggningsprojektet, bidragit med nationella data, kommenterat analyser och text samt medverkat vid färdigställandet av artikeln. I finska läkartidningen Suomen Lääkärilehti 2001;56(2):155-61 har en liknande artikel publicerats, men de båda artiklarna har olika tyngdpunkter och olika författarordning.

hur stora de socioekonomiska skillnaderna i ohälsa är i ett land jämfört med andra länder. Om skillnaderna i ett land är större än i ett annat land, så finns det potential till att minska ojämlikheten i hälsa i det förstnämnda landet [3].

Tidigare jämförande undersökningar av ojämlikhet i hälsa i Norden baserar sig på data från 1970- [4] och 1980-talen [5, 6]. Jämförande undersökningar av förändringen av ojämlikhet i hälsa har inte publicerats tidigare i Norden [7]. Det samnordiska projektet »Social ojämlikhet i hälsa: Nordiska jämförelser och förändringar« har haft som mål att undersöka utvecklingen av hälsoojämlikhet i Norden. För detta ändamål har data från jämförbara undersökningar i Danmark, Finland, Norge och Sverige från två tidsperioder, 1986/87 och 1994/95, samlats till en gemensam nordisk databank. Resultaten i denna artikel baserar sig på analyser av databankens material. Island ingår inte i denna databank, ty motsvarande data saknas i Island.

### Hur mäter man ohälsa i befolkningen?

Syftet med att mäta ohälsa i befolkningen är att fånga upp den totala bördan av sjukdomar och sjuklighet i befolkningen, dvs att belysa hälsan i ett välfärds- eller folkhälsovetenskapligt istället för ett individuellt behandlingsperspektiv [7].

Ett par indikatorer för ohälsa, som mycket ofta används i befolkningsundersökningar, är begränsande, långvarig sjukdom och självskattad ohälsa. Dessa är också de indikatorer som har rekommenderats av WHO vid jämförande undersökningar av ohälsa [8]. Begränsande, långvarig sjukdom och självskattad ohälsa ingår i den tidigare nämnda databanken. Begränsande, långvarig sjukdom ingick dock inte i Danmarks undersökning från 1980-talet, och självskattad ohälsa ingick inte under någon av tidsperioderna i Norges undersökningar.

Databankens indikator »begränsande, långvarig sjukdom« baseras på följande frågor: Har ni någon kronisk sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet? De som svarat »ja«, får svara på följande fråga: Begränsar sjukdomen/skadan er arbetsförmåga eller är den besvärande när ni utför era dagliga uppgifter (förvärsarbete, hemarbete, skolgång eller studier)? Alla som på den senare frågan svarat »i någon mån« eller »i hög grad« har begränsande, långvarig sjukdom. De frågor som ingått i de nordiska undersökningarna varierar något mellan länderna. Begränsande, långvarig sjukdom mäter den funktionella sidan av sjukdomen, dvs om åkomman eller besväret hindrar aktivitet i dagliga livet. Yttre omständigheter, såsom arbetsmiljö och sociala roller, har också ett samband med denna indikator för ohälsa [9].

Databankens indikator »självskattad ohälsa« baseras på följande fråga med följande svarsalternativ: Vilket av följande alternativ beskriver bäst ert nuvarande hälsotillstånd:

»mycket gott«, »gott«, »medelmåttigt«, »dåligt« eller »mycket dåligt«. Alla som svarat »medelmåttigt«, »dåligt« eller »mycket dåligt« har självskattad ohälsa. Svarsalternativen varierar även här mellan länderna. Självskattad ohälsa ger en bild av hälsan i allmänhet men har också samband med sjukdom och sjukdomens funktionella konsekvenser [9]. Självskattad ohälsa är också en god prediktor på mortalitet [10].

Hur frågan besvaras kan påverkas av kulturella och språkliga faktorer. Dessa kommer dock i huvudsak att inverka på prevalensen av ohälsa i de olika länderna, men de socioekonomiska skillnaderna i prevalens inom landet och mellan de olika tidsperioderna påverkas inte i samma grad. Man bör dock vara försiktig med att dra slutsatser när man jämför prevalens och förändringar av prevalens av ohälsa i de olika länderna. I denna undersökning koncentrerar vi oss på att jämföra förändringen av ojämlikhet i hälsa i de fyra nordiska länderna.

### Den nordiska databanken

Två olika tidsperioders data från undersökningar av levnadsförhållanden från Finland, Norge och Sverige och jämförbara data från hälsoundersökningar i Danmark utgör alltså grunden för databanken. Samtliga data insamlades via intervju. De ursprungliga undersökningarna beskrivs i Tabell I. Data har harmoniserats för att vara så jämförbara som möjligt, se: [www.kttl.helsinki.fi/projektit/Helsinki/nordiccomparisons.htm](http://www.kttl.helsinki.fi/projektit/Helsinki/nordiccomparisons.htm).

För denna undersökning har vi begränsat oss till åldersgrupperna 25–64 år då syftet är att undersöka skillnader i fördelningen av ohälsa efter utbildningsnivå och sysselsättningsstatus bland dem i arbetsför ålder. Yngre än 25 år har ännu en god hälsa och många är studerande, medan de som är över 65 år i regel har lämnat arbetslivet bakom sig.

Utbildningsnivå är vår huvudindikator för socioekonomisk status. Utbildning baserar sig på den internationella ISCED(International Standard Classification of Educational Degrees)-klassificeringen, och vi har delat in utbildningen i följande tre nivåer: hög nivå (13+ år), medelnivå (10–12 år), basnivå (0–9 år). Fördelar med denna indikator är att den lämpar sig även för personer som inte är sysselsatta och att de olika utbildningsnivåerna låter sig rangordnas. En nackdel är den skeva fördelningen av utbildning efter ålder. Denna nackdel kan man dock delvis upphäva genom att åldersstandardisera analyserna. Fördelningen av utbildning varierade efter land och tidsperiod. Respondenterna under 1990-talet hade högre utbildning än respondenterna under 1980-talet.

Sysselsättningsstatus är vår andra socioekonomiska indikator. Den baserar sig på vilken huvudsysselsättning den intervjuade hade under veckan som föregick intervjun. Sysselsättning har delats in i följande grupper: sysselsatta inom arbetslivet, arbetslösa, hemmafruar och pensionerade. Sysselsättningen varierade både mellan de olika tidsperioderna och mellan de olika länderna. Andelen arbetslösa var betydligt större under den senare perioden (2–14 procent) än under den tidigare (0–4 procent) i samtliga länder. Finland skilde sig dock markant från de övriga länderna med en stegring i arbetslösheten från 4 procent till 14 procent för män och från 2 procent till 12 procent för kvinnor.

Syftet med studien är att beskriva storleken på de socioekonomiska skillnaderna i ohälsa i de nordiska länderna samt hur dessa skillnader utvecklats mellan de två tidsperioderna. Vi gör detta med prevalenstal inklusive 95 procents konfidensintervall för begränsande, långvarig sjukdom respektive självskattad ohälsa för de olika befolkningsgrupperna. Samtliga analyser har utförts separat för kvinnor och män, eftersom fördelningen av såväl hälsans nivå som skillnaderna i ohälsa varierar efter kön. Prevalenstalen har åldersstandardiserats direkt med femårsåldersgrupper. Standardpopulationen

# Annons

# Annons



# Annons

# Annons

**Tabell I.** Beskrivning av undersökningar som ingår i den nordiska databanken.

|                      | Danmark                              |       | Finland                             |       | Norge                  |       | Sverige                               |         |
|----------------------|--------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|------------------------|-------|---------------------------------------|---------|
| Undersökande instans | Statens Institutt for Folkesundhet   |       | Statistikcentralen i Finland        |       | Statistisk sentralbyrå |       | Statistiska centralbyrån              |         |
| Undersökningens namn | Sundheds- og sygelighedsundersøgelse |       | Undersökning om levnadsförhållanden |       | Levekårsundersøkelsen  |       | Undersökningen av levnadsförhållanden |         |
| År för datainsamling | 1987                                 | 1994  | 1986                                | 1994  | 1987                   | 1995  | 1986/87                               | 1994/95 |
| Åldersgrupp, år      | 15+                                  | 15+   | 15+                                 | 15+   | 16+                    | 16+   | 16+                                   | 16+     |
| Antal undersökta     | 4 753                                | 4 668 | 12 057                              | 8 650 | 3 929                  | 3 572 | 11 826                                | 12 015  |
| Svarsprocent         | 80                                   | 78    | 87                                  | 73    | 78                     | 75    | 79                                    | 80      |

**Tabell II.** Åldersstandardiserade prevalenser (procent) för begränsande, långvarig sjukdom och självskattad ohälsa för män och kvinnor i Danmark, Finland, Norge och Sverige år 1986/87 och 1994/95. Standardpopulation: män (M) och kvinnor (K) i den finska undersökningen år 1986.

|                                 | Danmark |       |       |       | Finland |       |       |       | Norge |       |       |       | Sverige |       |         |       |
|---------------------------------|---------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|
|                                 | 1987    |       | 1994  |       | 1986    |       | 1994  |       | 1987  |       | 1995  |       | 1986/87 |       | 1994/95 |       |
|                                 | M       | K     | M     | K     | M       | K     | M     | K     | M     | K     | M     | K     | M       | K     | M       | K     |
| Begränsande, långvarig sjukdom  | –       | –     | 24    | 27    | 28      | 31    | 26    | 30    | 21    | 25    | 22    | 30    | 19      | 21    | 19      | 20    |
| Konfidensintervall, 95 procents |         |       | 21–26 | 25–30 | 27–30   | 30–32 | 25–28 | 28–31 | 19–23 | 23–27 | 20–24 | 27–32 | 18–20   | 20–23 | 17–20   | 19–22 |
| Självskattad ohälsa             | 18      | 21    | 16    | 22    | 39      | 38    | 35    | 33    | –     | –     | –     | –     | 19      | 22    | 19      | 21    |
| Konfidensintervall, 95 procents | 16–20   | 19–22 | 14–17 | 20–23 | 38–41   | 37–40 | 34–37 | 31–34 |       |       |       |       | 18–21   | 21–23 | 18–20   | 20–23 |
| Antal                           | 1 509   | 1 523 | 1 497 | 1 604 | 3 868   | 4 159 | 3 313 | 3 193 | 1 260 | 1 304 | 1 258 | 1 253 | 3 836   | 3 753 | 3 928   | 3 943 |

nen för samtliga åldersstandardiseringar är män och kvinnor i Finlands undersökning år 1986.

### Prevalens av ohälsa

Prevalensen av begränsande, långvarig sjukdom var generellt sett lägst i Sverige och högst i Finland (Tabell II). Prevalensen av självskattad ohälsa visade större nivåskillnad mellan länderna än begränsande, långvarig sjukdom.

Begränsande, långvarig sjukdom var relaterad till ålder i samtliga länder och bland kvinnor likaväl som bland män, men den var mer avhängig av ålder i Finland än i Norge och Sverige i mitten av 1980-talet (Figur 1). Under mitten av 1990-talet hade skillnaderna i åldersgradient mellan länderna minskat. Självskattad ohälsa i olika åldersgrupper visade samma mönster.

### Skillnader i ohälsa mellan utbildningsgrupper

Fördelningen av begränsande, långvarig sjukdom efter utbildningsnivå visade ett mycket systematiskt mönster i samtliga länder och under båda tidsperioderna (Figur 2). Andelen sjuka var störst bland dem med låg utbildningsnivå och minst bland dem som hade hög utbildningsnivå. Skillnaderna i fördelningen av begränsande, långvarig sjukdom efter utbildningsnivå var så gott som oförändrade från mitten av 1980-talet till mitten av 1990-talet bland männen. Bland kvinnorna i såväl Norge som Sverige finner man att de med låg utbildningsnivå på 1990-talet skilde sig något mer från de övriga grupperna än tidigare på grund av ökad sjuklighetsfrekvens. I Finland var dock skillnaderna oförändrade.

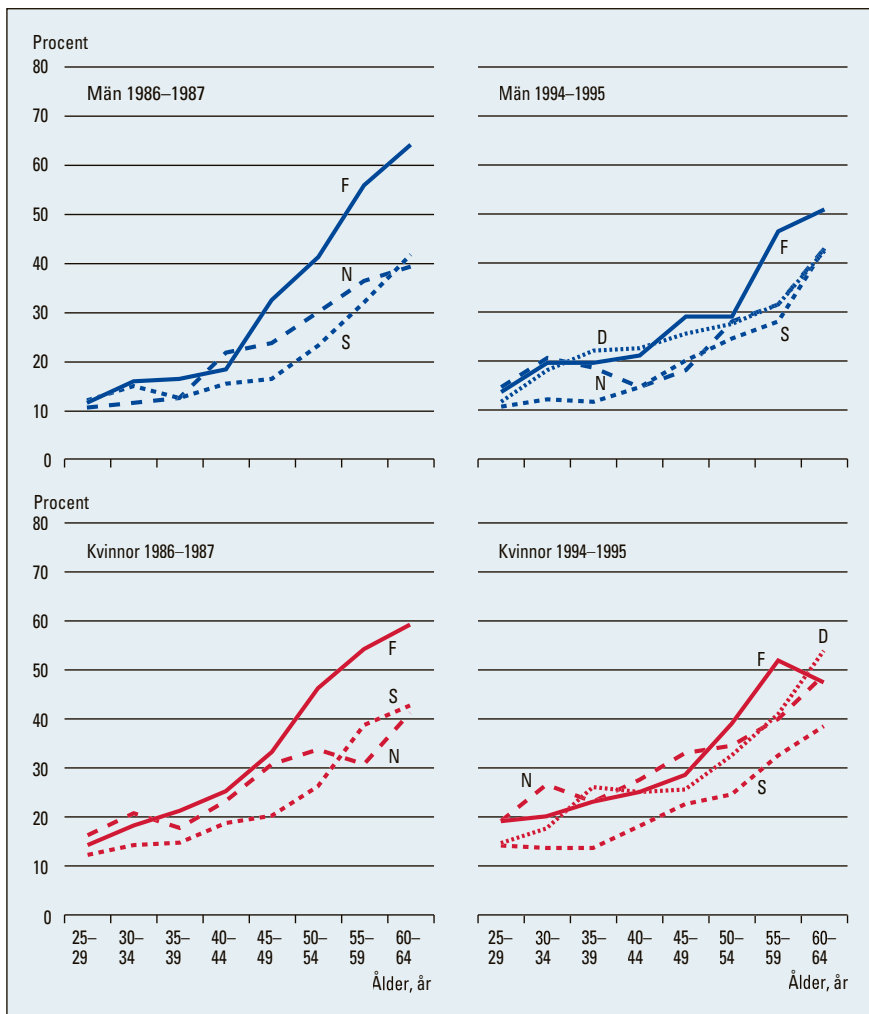
Bilden är i stort densamma för självskattad ohälsa som för begränsande, långvarig sjukdom. För männen hade skillnaderna i fördelningen av självskattad ohälsa efter utbildningsnivå inte förändrats under de båda tidsperioderna (Figur 3).

För kvinnorna ser det ut som om de lågutbildade i Danmark och i Sverige skilde sig mer från de övriga grupperna under 1990-talet än under 1980-talet på grund av den högre prevalensen av självskattad ohälsa.

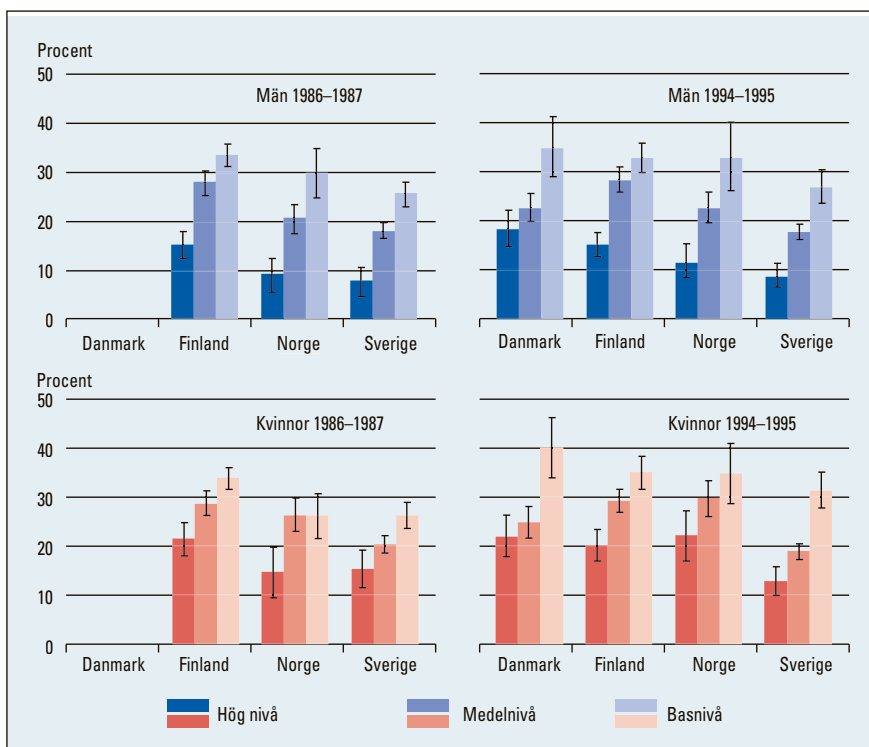
### Skillnader i ohäls fördelningen efter sysselsättningsstatus

I analyser av ohälsans fördelning efter sysselsättningsstatus har vi exkluderat de pensionerade, då det oftast är dålig hälsa som lett till den förtida pensioneringen. Begränsande, långvarig sjukdom var i mitten av 1980-talet klart vanligare bland arbetslösa män än bland män som var sysselsatta inom arbetslivet (Figur 4). Skillnaden var särskilt märkbar för Norge, där andelen arbetslösa var liten. Dessa skillnader mellan sysselsatta och arbetslösa hade minskat i Finland och i Norge i mitten av 1990-talet, men de var oförändrade i Sverige. Danmark visade ingen skillnad mellan sysselsatta och arbetslösa i mitten av 1990-talet. Bilden för kvinnorna är mer komplex. Skillnaden i begränsande, långvarig sjukdom ser ut att ha minskat i Finland och i Sverige mellan dem som var sysselsatta i arbetslivet och dem som var arbetslösa. Motsvarande minskning ses inte i Norge. Under 1990-talet ser det ut som om sjukligheten bland hemmafruar skulle ha ökat i samtliga länder.

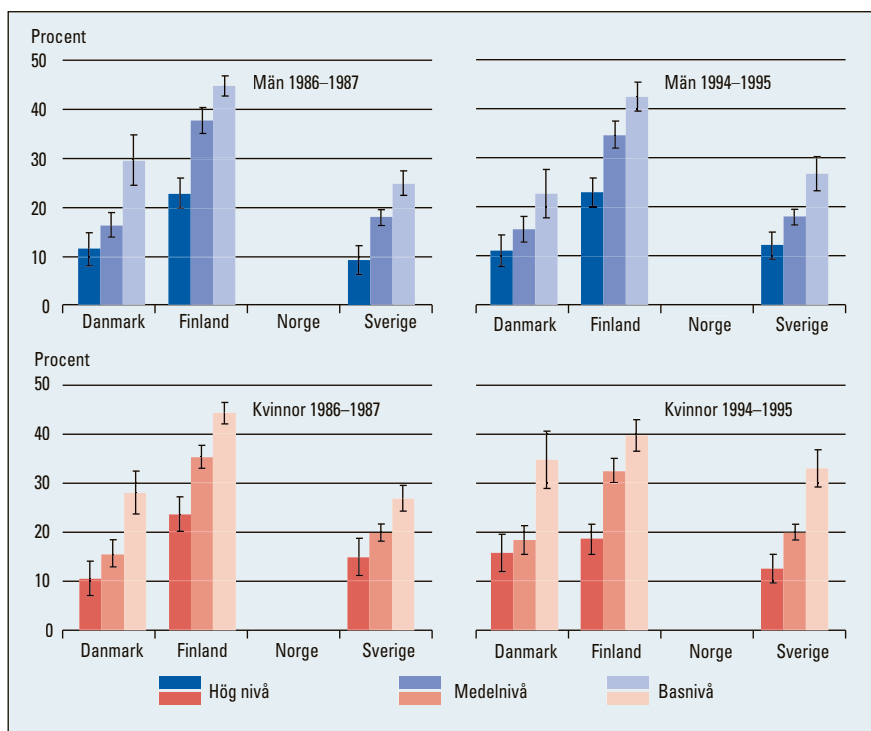
Prevalensen av självskattad ohälsa fördelad efter sysselsättningsstatus visar i stort sett samma mönster. I Danmark och Sverige var skillnaderna i ohälsa mellan sysselsatta och arbetslösa män mindre under 1990-talet än under 1980-talet. I Finland var skillnaderna oförändrade. Skillnaderna mellan sysselsatta och arbetslösa danska och svenska kvinnor förblev oförändrade mellan 1980-talet och 1990-talet. Samma gäller för de danska och de svenska hemmafruarna. De finska hemmafruarnas sjuklighet var oförändrad, men de sysselsatta och de arbetslösa kvinnorna i Finland visade en lägre prevalens av självskattad ohälsa under 1990-talet än under 1980-



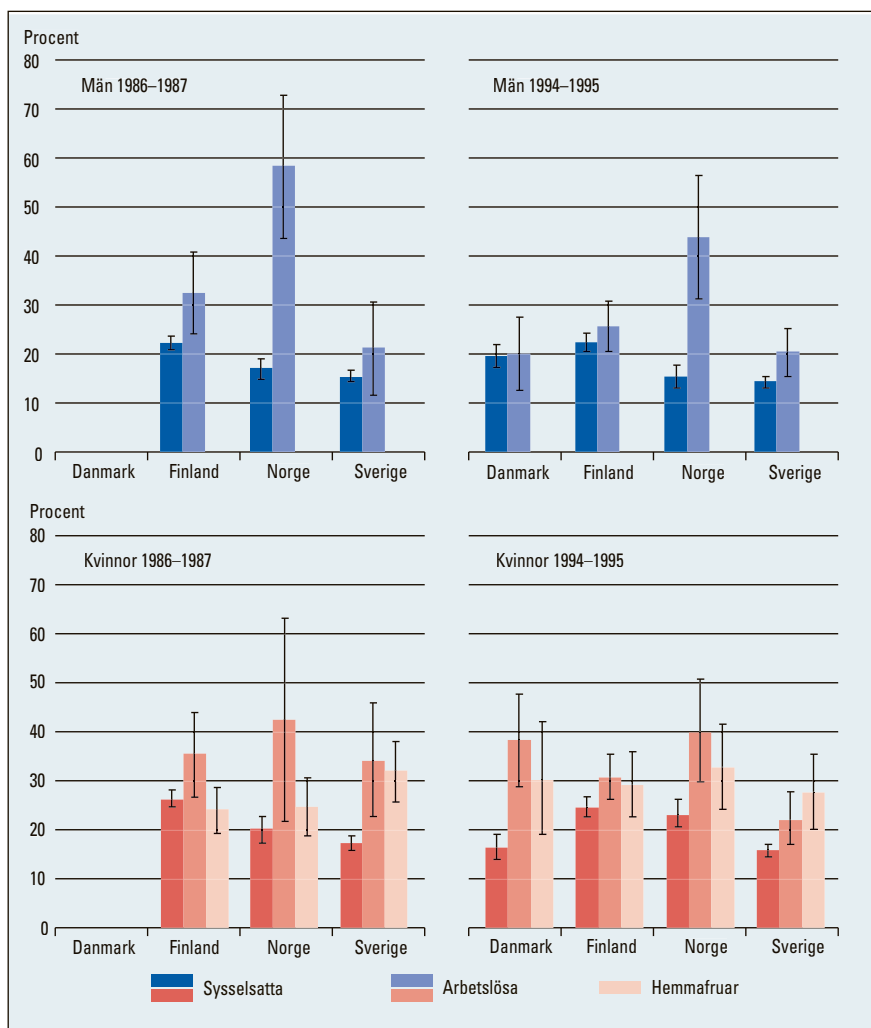
**Figur 1.** Begränsande, långvarig sjukdom. Procentuell fördelning efter åldersgrupp. D = Danmark, F = Finland, N = Norge, S = Sverige.



**Figur 2.** Begränsande, långvarig sjukdom. Procentuell fördelning efter utbildning (95 procents konfidensintervall).



**Figur 3. Självsattad ohälsa. Procentuell fördelning efter utbildning (95 procents konfidensintervall).**



**Figur 4. Begränsande, långvarig sjukdom. Procentuell fördelning efter sysselsättningsstatus (95 procents konfidensintervall).**

talet. Skillnaderna i prevalens mellan de olika sysselsättningsgrupperna var dock inte signifikanta på vare sig 1980- eller 1990-talet.

### Diskussion

Jämförande undersökningar stöter alltid på problem när det gäller tolkning av resultaten. Skillnader i insamlingsmetodik och bearbetning av data kan ge upphov till skillnader mellan de olika länderna. Dessa problem har delvis kunnat undvikas i denna studie, eftersom vi för Finlands, Norges och Sveriges del kunnat använda oss av undersökningar av levnadsförhållanden som har utförts med så gott som identiska metoder. Danmarks undersökning skiljer sig från de övriga, men data har där insamlats med motsvarande metoder och frågor. Vi tror därför att resultaten speglar de reella skillnaderna i ohälsa inom och mellan de nordiska länderna.

Jämförelsen mellan de olika nordiska länderna visade att hälsoskillnaderna har varit rätt stabila för olika utbildningsgrupper i samtliga länder trots den svåra ekonomiska krisen och den ökade arbetslösheten, som varit särskilt påfallande i Finland och Sverige under 1990-talets början. Det finns dock en del områden där förändringar kan påvisas.

Förändringar i ohälsa mellan utbildningsgrupper har varit större bland kvinnor än bland män. Kvinnor med låg utbildning ser ut att ha hamnat i en något sämre position än kvinnor i högre utbildningsgrupper under 1990-talet när det gäller sjuklighet. Det tycks som om skillnader i sjuklighetsfördelning efter utbildning har ökat framför allt i Sverige på 1990-talet. Förändringarna är dock små och för det mesta inte statistiskt sett signifikanta. Därför bör man inte dra för långtgående slutsatser i det här skedet. Vissa förändringar i ojämlikhet i hälsa har dock skett. Dessa blir synliga om vi använder oss av sysselsättningsstatus som indikator för social ställning. Det ser ut som om skillnaderna i ohälsa mellan dem som är sysselsatta och de arbetslösa har minskat under 1990-talet bland män. Förändringar av kvinnors ojämlikhet i hälsa är mer svårtolkade. Skillnader i ohälsa mellan dem som är sysselsatta inom arbetslivet och de arbetslösa har minskat något, men samtidigt tycks hemmafruarnas ohälsa allt mer ha närmat sig de arbetslösas nivå.

Resultaten i denna studie motsvarar i hög grad de resultat som man har funnit i tidigare studier i Norden och i övriga västvärlden. De med hög utbildning har bättre hälsa än de med låg utbildning [6, 11, 12]. Också en mer omfattande europeisk jämförelse visar att, i samtliga tolv europeiska länder som deltog, de med låg utbildning har sämre hälsa än de med hög utbildning [13]. Däremot finns endast få internationella studier som jämför socioekonomiska förändringar publicerade [14], och ingen av dessa behandlar Norden.

Vi fann en minskning av skillnaderna i ohälsa mellan sysselsatta och arbetslösa. En av orsakerna till detta resultat torde vara att arbetslöshetens snabba tillväxt i Finland och Sverige i början av 1990-talet drabbade samtliga yrkesgrupper och samhällsklasser. Då arbetslösheten var mycket hög, såsom under 1990-talet i Finland och i Sverige, var den hälso-relaterade selektionen in i arbetslöshet inte lika uttalad som under 1980-talet, då arbetslöshetsnivåerna var låga.

De nordiska länderna är rätt lika, och det gäller också för socioekonomiska skillnader i ohälsa. Även om den ekonomiska krisen har varit svårare i ett par av de nordiska länderna än i de andra, verkar det som om denna inte skulle ha haft en nämnvärd inverkan på ojämlikheten i hälsa i befolkningen. De skillnader som vi såg i hälsofördelning efter utbildning på 1980-talet har i stort sett kvarstått in på 1990-talet. Skillnader i andra välfärdsfaktorer än ohälsa har inte heller ökat utan kvarstått mellan olika socioekonomiska grupper i de nordiska länderna fram till mitten av 1990-talet [2]. De nor-

diska välfärdssamhällena har i stort kunnat bevaras även under de svåra ekonomiska förhållanden som rådde bl a i Finland och Sverige i början av 1990-talet. Den nordiska välfärdsmodellen ser ut att fungera och har möjligen också medverkat till att dämpa de negativa följder som den ekonomiska och sysselsättningsmässiga krisen skulle ha kunnat orsaka, t ex genom ökade skillnader i ohälsa mellan olika samhällsgrupper. Men den nordiska välfärdsmodellen ser inte ut att ha varit ett effektivt medel för att nå det hälsopolitiska målet att minska relativ ojämlikhet i hälsa.

I denna undersökning studerades enbart befolkningsgrupper i arbetsför ålder. Förändringen kan ha varit en annan i övriga åldersgrupper och i riskgrupper som inte här har undersökts, såsom ensamstående mödrar och långtidsarbetslösa [15-17].

Tillsvidare har socioekonomiska skillnader i ohälsa bland dem i arbetsför ålder förblivit rätt stabila i samtliga nordiska länderna, till och med under 1990-talets krisår. Hur framtiden kommer att utvecklas är svårt att förutsäga. Kommer skillnaderna i ohälsa även i fortsättningen att förbli oförändrade eller kommer skillnaderna eventuellt att öka? Inkomstskillnaderna var rätt stabila fram till mitten av 1990-talet men har sedan ökat i Finland, Norge och Sverige [18]. Kommer skillnaderna i ohälsa att utvecklas på samma sätt? Ett annat stort välfärdsproblem är de långtidsarbetslösa, vars andel i Finland och Sverige inte har minskat i samma takt som andelen övriga arbetslösa. Hur kommer deras hälsa att utvecklas? Det är också möjligt att krisårens nedskärningar och åtstramningar har effekter på hälsa och välbefinnande som blivit märkbara först under de senaste åren, då lågkonjunkturen förbytts till högkonjunktur. Ett sådant exempel är sjukskrivningarna, som sedan slutet av 1997 ökat dramatiskt i Sverige [19]. Det återstår att analysera huruvida strukturella förändringar genomförda under krisåren på 1990-talet kommer att påverka folkhälsan och ojämlikheten i hälsa under inledningen av det 21:a århundradet.

\*

Finlands, Norges och Sveriges statistikcentralbyråer har tillhandahållit data från respektive lands undersökningar av levnadsförhållanden vid bildandet av en databank för vår nordiska jämförande undersökning. Statens institut for folkesundhet i Danmark har givit oss möjligheten att använda data från deras hälsoundersökning. Fil dr Karri Silventoinen har hjälpt till med dataanalyser. Undersökningen har utförts med hjälp av forskningsbidrag från Nordiska nämnden för samhällsforskning, NOS-S, och Finlands Akademi.

### Referenser

1. Marklund S, Nordlund A. Economic problems, welfare convergence and political instability. In: Kautto M, Heikkilä M, Hvinden B, Marklund S, Ploug N, editors. Nordic social policy – changing welfare states. London: Routledge; 1999. p. 19-53.
2. Kautto M, Heikkilä M, Hvinden B, Marklund S, Ploug N. Introduction: The Nordic welfare states in the 1990s. In: Kautto M, Heikkilä M, Hvinden B, Marklund S, Ploug N, editors. Nordic social policy – changing welfare states. London: Routledge; 1999. p. 1-18.
3. Kunst A. Cross-national comparisons of socioeconomic differences in mortality [dissertation]. Rotterdam: Erasmus University, Department of Public Health; 1997.
4. Karisto A, Notkola V, Valkonen T. Socioeconomic status and health in Finland and in the other Scandinavian countries. Soc Sci Med 1978;12C:83-8.
5. Lahelma E, Manderbacka K, Karisto A, Rahkonen O. Sjuklighet och socialklass i Finland, Sverige och Norge. Nordisk Medicin 1992;107:153-6.
6. Lahelma E, Manderbacka K, Rahkonen O, Karisto A. Comparisons of inequalities in health: Evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden. Soc Sci Med 1994;38:517-24.
7. Lundberg O, Lahelma E. Nordic health inequalities in the European



- context. In: Kautto M, Fritzell J, Hvinden B, Kvist J, Uusitalo H, editors. Nordic welfare states in the European context. London: Routledge; 2001. p. 42-65.
8. de Bruin A, Picavet HS, Nossikov A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Reg Publ Eur Ser 1996;58:i-xiii, 1-161.
  9. Manderbacka K. Questions on survey questions on health [dissertation]. Stockholm: Swedish institute for social research, Stockholm University; 1998. Dissertation series 30.
  10. Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997;38:21-37.
  11. Illsley R, Svensson PG, editors. Health inequities in Europe [special issue]. Soc Sci Med 1990;31(3):225-420.
  12. Mackenbach J, Kunst A, Cavelaars A, Groenhouf F, Geurts J, and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. Lancet 1997;349:1655-9.
  13. Cavelaars C, Kunst A, Geurts J, Crialesi R, Grötvedt L, Helmer U, et al. Inequalities in self-reported health by educational level: A comparison of 11 western European countries. J Epidemiol Comm Health 1998;52:219-27.
  14. Lahelma E, Arber S, Rahkonen O, Silventoinen K. Widening or narrowing inequalities in health? Comparing Britain and Finland from the 1980s to 1990s. Sociology of Health & Illness 2000;22:110-36.
  15. Kivelä K, Lahelma E, Valkonen T. Health of disadvantaged groups in Finland. Helsinki: Stakes; 2000. Themes 3/2000.
  16. Burström B, Diderichsen F, Shouls S, Whitehead M. Lone mothers in Sweden: Trends in health and socioeconomic circumstances, 1979-1995. J Epidemiol Comm Health 1999;53:750-6.
  17. Lahelma E, Arber S, Kivelä K, Roos E. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. Soc Sci Med. In press 2001.
  18. Fritzell J. Still different? Income distributions trends in the Nordic Countries from a European perspective. In: Kautto M, Fritzell J, Hvinden B, Kvist J, Uusitalo H, editors. Nordic welfare states in the European context. London: Routledge; 2001.
  19. Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter. Delbetänkande från sjukförsäkringsutredningen. SOU 2000:72.

## SUMMARY

Small change in health differences in the Nordic countries during the 1980s and 1990s

**Eva Roos, Katariina Kivelä, Eero Lahelma, Terhi Tuominen, Espen Dahl, Finn Diderichsen, Jon Ivar Elstad, Inge Lissau, Olle Lundberg, Ossi Rahkonen, Niels Kristian Rasmussen, Monica Åberg Yngwe**

*Läkartidningen 2001;98:2576-84*

The study examined changes over time in health inequality in Denmark, Finland, Norway and Sweden. Data derive from comparable interview surveys carried out in 1986/87 and 1994/95. Limiting long-standing illness and perceived ill health were analysed regarding age, gender, educational attainment, and employment status. Age adjusted prevalence rates were calculated. Changes in differences in health were found in education and employment status groups. There was little or no change in the prevalence of ill health during the time period studied. Despite social and economic changes differences in health remained broadly stable in the examined countries.

Correspondence: Eva Roos, Department of Public Health, P.O.Box 41, University of Helsinki, FIN-00014 Helsinki, Finland (eva.roos@helsinki.fi)

# Särtryck

## Läkartidningen

**N**är konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Priset är 55 kr.

## Enligt min erfarenhet



Beställer härmed.....ex  
av "Enligt min erfarenhet"

.....  
namn

.....  
adress

.....  
postnummer

.....  
postadress

**Insändes till Läkartidningen  
Box 5603  
114 86 Stockholm**

**Faxnummer: 08-20 74 35**

**www.lakartidningen.se  
under särtryck, böcker**