

Varför mår barnen sämre än de har det?

Betydelsen av relativ fattigdom, socialt kapital och status för barns hälsa



LENNART KÖHLER, med dr, Göteborg
 professor, Nordiska högskolan Lennart@nhv.se
 för folkhälsovetenskap,

Det finns i Sverige många studier och sammanställningar om barns hälsa, en del grundläggande data med rötter långt tillbaka i historien, andra som tillkommit under senare år. Systematiska översikter över folkhälsan, uppgifter för t ex Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen och på senare tid Folkhälsoinstitutet, har tidigare praktiskt handlat enbart om vuxna. Men numera ingår i allt större utsträckning också barn som undersökningsenhet. Dessutom har det tillkommit översikter från Barnombudsmannen, och nu senast har Barnkonventionsgruppen lagt fram ett förslag till uppföljning av hur den svenska barnpolitiken påverkar barns hälsa och levnadsvillkor [1].

I stora drag kan man säga att alla sammanställningarna visar att de svenska barnens hälsa är god och att den stadigt förbättrats sedan man började mäta den systematiskt. Ett exempel på dessa resultat kommer från flera stora studier av barns hälsa och välfärd i Norden som vi gjort på Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Vi analyserade där vad man vet om barns hälsa (metastudier), vi beskrev vården och omsorgen av barn i de nordiska länderna, vanliga barn och funktionsstörda barn, likheter och olikheter. Vi gjorde stora enkäter till representativa urval av barn i åldrarna 2–8 år och deras familjer. Svenska barns hälsa och välfärd i slutet av 1980-talet kunde då sammanfattas sålunda: Svenska barn är friska och välmående, mer än någonsin tidigare och mer än i de flesta andra länder i världen [2].

Ären närmast efter att dessa resultat producerades kännetecknades av en sällsynt turbulent ekonomisk situation med hög arbetslöshet och nedskärningar i den offentliga sektorn, särskilt för barnfamiljerna, även om de ekonomiska påfrestningarna drabbat länderna olika hårt. Varningsrop höjdes för att barnens livsvillkor hade försämrats i Norden och för att den berömda nordiska välfärdsmodellen inte längre klarade av att ta hand om sina svagare medborgare.

Dessa förhållanden blev incitamentet till en ny nordisk studie, genomförd på samma målgrupp (barn 2–18 år i alla nordiska länder), samma metodik (frågeformulär till ett representativt urval av ca 3 000 barn i varje land), och till och med i stort sett samma frågor. Mycket kunskap genererades från dessa studier, och av särskilt intresse är de resultat vi funnit omkring barnens psykosomatiska besvär och långtidssjukdomar, som båda i det närmaste fördubblades under de tolv år som förflöt mellan studierna. Framför allt är det allergier, övervikt och diabetes som ökat mest, medan dödlighet och svåra skador minskat och överlevnad efter svåra sjukdomar ökat. Översiktliga rapporter och ett antal doktorsavhandlingar har publicerats från studierna [3, 4]. Dessa resultat har bekräftats och förstärkts i en rad andra studier, både lokalt och nationellt, t ex i Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2001 och 2005, Nordisk statistisk årsbok 2005, som alla har ett särskilt kapitel om barns

hälsa [5, 6]. Vi studerade vidare barnens livskvalitet, också det en upprepning av studien tolv år tidigare [7]. Begreppet livskvalitet definieras i undersökningen som barnets resurser för ett gott liv inom tre sfärer: den yttre sfären, den mellanmännsliga sfären och den personliga sfären. De tre sfärerna innehåller såväl subjektiva (upplevda) som objektiva eller faktiska mått. Barnen i Norden har en hög levnadsstandard och bra förutsättningar för god livskvalitet. Den objektiva livskvaliteten, mätt med faktiska mått som disponibel inkomst och tid med familjen, har ökat i samtliga länder. Däremot har den subjektiva, det vill säga upplevda, livskvaliteten försämrats för barn i Norge, Finland och Sverige [8].

Den paradoxala situationen har alltså uppstått att barnen har fått det bättre materiellt men samtidigt blivit sjukare. Barnen mår sämre än de har det, skulle man kunna säga. Detta är på inget sätt unikt för barn eller för Sverige och Norden, det är ett vanligt fenomen i industrialiserade länder. Folkhälsan i den rika delen av världen följer inte längre strikt utvecklingen av bruttonationalprodukten, och en ökning av den materiella standarden är i dag inte längre någon garanti för god hälsa [9]. Enligt en amerikansk studie ökade lyckan och tillfredsställelsen hos vuxna individer tills inkomsten nådde 50 000 dollar om året. Därefter hade högre inkomst ingen dramatisk effekt [10].

Så ser det alltså ut, och den brännande frågan är förstået; varför? Hur kan vi förklara att barns hälsa utvecklas på det här sättet, att vissa åkommor minskar i omfattning och allvarlighetsgrad medan andra ökar, att folk får det ekonomiskt bättre men mår sämre? För att få grepp om sådana komplicerade förhål-

SAMMANFATTAT

Samtidigt som barns psykosomatiska hälsa kraftigt försämrats under de senaste decennierna, har familjernas materiella standard ökat. Dock har barnfamiljerna fortfarande det sämre ställt än den allmänna befolkningen, missnöjet med ekonomin är stort och livskvaliteten har försämrats. Tydliga skillnader mellan socialgrupper kvarstår. Att ökning av den materiella standarden inte längre är en garanti för bättre hälsa har noterats i hela den rika världen. Tre förklaringsmodeller är högaktuella: relativ fattigdom, socialt kapital och statussyndromet. Gemensamt för dessa model-

ler är att det är i samhörigheten och jämförelsen med andra individer och grupper i vår omgivning som vi finner vår balans och kan utöva kontroll över livet.

Förutsättningarna för att denna jämförbarhet skall vara rimligt möjlig är större i länder som har små skillnader mellan grupper i befolkningen.

Framtidens folkhälsa, både för vuxna och för barn, beror på hur de ekonomiska, sociala och humanitära kapitalen kan balanseras.

En tilltagande segregering av samhället ökar ohälsan för alla grupper men drabbar hårdast de svagaste, bl a barnen.

landen måste vi vidga perspektivet väsentligt, vi måste titta närmare på det vi kallar hälsans bestämningsfaktorer, vad är det som gör oss sjuka eller håller oss friska?

Hälsans bestämningsfaktorer

Genomgående i de flesta studier understryks att barnens hälsa och välbefinnande är en mångfacetterad och komplex företeelse, där en rad olika bakgrundsfaktorer samspekar. Tydligast är kopplingen till föräldrarnas hälsa, och allra mest till mödrarnas. Närmiljön, framför allt familjen, är, som den alltid varit, den viktigaste grogrunden för individernas hälsa och välbefinnande, och därmed också ett viktigt mål för förebyggande och behandlande insatser.

Fortfarande kan familjer med hög formell utbildning och solid ekonomi samt familjer som är allmänt nöjda med sin livssituation erbjuda sina barn trygga och stimulerande uppväxtförhållanden, även i tider av ekonomisk nedgång. Och omvänt, de mest sårbara barnen finns bland de familjer som har de svagaste socioekonomiska förutsättningarna, såsom låg inkomst, låg utbildning, ensamstående föräldrar.

Familjens levnadsvillkor. Vad är det då som hänt med familjernas levnadsvillkor sedan 1990-talet?

- Utbildningsnivå och disponibel inkomst har ökat, fattigdomsindex har minskat.
- Barnfamiljerna har det fortfarande sämre ställt än den allmänna befolkningen.
- Tydliga skillnader mellan socialgrupper kvarstår.
- Barnfamiljerna är mindre nöjda med sin ekonomi.
- De subjektiva måtten på livskvalitet visar minskning i de flesta länderna.
- Sämst hälsa har barn vilkas mödrar och fäder inte arbetar samt barn till ensamförsörjare.
- Missnöje med privatekonomi tycks vara närmare knutet till ohälsan än objektivt dåligt med pengar.

Familjens roll är alltså helt central. Men familjen ger ett alltför snävt perspektiv, bollen stannar inte där, familjen lever inte i ett vakuum, också deras livsvillkor påverkas utifrån och har förändrats med tiden, och därför måste synfältet vidgas ännu mer. Vi måste leta efter orsakerna till orsakerna.

Faktorer utanför familjerna. Att det finns ett nära samband mellan hälsa och sociala och ekonomiska förhållanden i samhället är ju inte precis någon nyhet, det har man vetat i stort sett alltid, och att det sambandet tar sig uttryck som en gradient har man också vetat, dvs ju bättre ekonomi, ju högre utbildning, ju högre social position, desto bättre hälsa, oavsett egentligen hur man mäter [11].

Men att det nu, åtminstone över en viss nivå, inte finns ett klart samband mellan materiell standard och hälsa har lett till att man sökt nya vägar att förklara sammanhangen. Det handlar inte längre om infektioner eller brist på mat och husrum. Man söker sig allt mer mot psykosociala förklaringsmodeller och laborerar nu med begrepp som »relativ fattigdom«, »socialt kapital« och »status« [9, 12, 13].

Skillnaden mellan den absoluta och den relativa fattigdomen och dess effekter kommer tydligast fram när man jämför situationen för fattiga befolkningar i rika och fattiga länder, t ex i USA och i Jamaica, Kina eller Sri Lanka. Svarta amerikaner, som ju har väsentligt högre inkomst per capita och klart bättre levnadsstandard, lever betydligt kortare än människorna i dessa tredje världens länder [14]. Men dessa relativa jämförelser gäller också i vår egen värld. Relativt sett, i förhållande till andra grupper i samhället, har barnfamiljernas materiella villkor

försämrats, dvs generationsklyftorna har ökat, liksom klyftorna mellan rik och fattig och mellan invandrare och andra. En del sociologer och psykologer menar att de flesta människor bedömer sin ekonomiska ställning i relation till sina medmänniskor, särskilt grannar och arbetskamrater. Om man då inte känner att man ligger på ungefär samma nivå uppstår lätt s k jämförelseångest, eller »reference anxiety« [10].

Så även om man lever ett komfortabelt liv, men kanske inte fullt så komfortabelt som grannarna eller kollegerna, så mår man inte bra. Eftersom andelen personer som blir mycket rika snabbt ökar, betyder det att rätt många känner sig omsprungna. Därför ökar jämförelseangesten. Även vanligt folk som klättrat upp för den ekonomiska stegen slutar känna sig tack samma för vad de har och koncentrerar sig i stället på vad de inte har. För barnens del bidrar de kommersialiserade idealbilderna, som pressar allt yngre barn mot ouppnåeliga mål, framgångsrikt till jämförelseangesten.

Det system som drabbas av dessa förändringar är det sociala kapitalet, eller samhörigheten (affiliation/cohesion) i samhället. Detta är viktigt för människors hälsa: relationer, socialt stöd, vänskap, engagemang i samhället är i alla sina former hälsofremjande, och brist leder till ökade spänningar i samhället, mindre sammanhållning, ökat missnöje, och därmed också till sämre hälsa.

När vi tittade på vad som hänt med »kapitalen« (det ekonomiska, det sociala och det humana) hos de nordiska familjerna i vår studie fann vi mellan 1984 och 1996 ett starkt samband mellan ökningarna i det sociala kapitalet och det humana kapitalet, dvs hälsan. Däremot fann vi inget samband mellan ökningarna i det ekonomiska kapitalet och i det sociala kapitalet eller i förändringarna i hälsan och i det ekonomiska kapitalet [15].

Att de sociala skillnaderna i hälsa beskriver en gradient betyder att det inte bara är de fattigaste som är sjukare än de rikaste; för varje steg nedåt från toppen blir hälsan sämre. Även de som lever ett bekvämt liv någonstans i mitten har sämre hälsa än de strax ovanför. Detta har på senare åren lyfts fram i ramp-ljuset igen, i en av de förklaringsmodeller som just nu är i ropet, det s k statussyndromet [12, 16]. Enligt den välkände brittiska hälsoforskaren sir Michael Marmot är denna bevakning av den närmaste omgivningen lika viktig i alla samhällsskikt: statussyndromet som han kallar det, har ett starkt inflytande på hälsan genom hela skalan, från den som är längst ner till den som är högst upp. Det mest spektakulära beviset på att ojämlikhet grasserar också bland topparna är förstas fyndet att Oscarsvinnarna lever fyra år längre än de kolleger som nominerats men inte vunnit den eftertraktade statyetten. Liknande iakttagelser har gjorts av Robert Erikson i Sverige. Han har visat att hög utbildning ger lägre dödlighet än lägre utbildning, inte bara mellan folkskola och akademisk examen. På 1990-talet visade han att dödligheten hos 64-åriga män var 50 procent lägre hos personer med doktorsexamen än hos dem som hade annan akademisk examen, typ läkare, jurist, civilingenjör. Båda dessa forskare tolkar fynden som att toppositionerna (Oscarsbelöningen och doktorsexamen) ger högre status och därmed möjlighet till bättre kontroll över sina liv. Och det är just denna kontroll över sitt liv som är avgörande för hälsan, kontroll och deltagande är nyckelorden, kanske också kompetens [12].

Som ett genomgående tema i alla dessa tre förklaringsmodeller, som ju också hänger ihop, går att förutsättningar för skälligare jämförbarhet, gott socialt kapital, högre status och därmed bättre folkhälsa har man i samhällen som har små ekonomiska skillnader mellan hög och låg. Mest drabbade är länder som har stor skillnad mellan rika och fattiga, och som alltså har en ojämlig samhällsstruktur. Men även länder som Sverige,

som traditionellt har en påfallande platt samhällsekonomi, känner av det eftersom också här de socioekonomiska skillnaderna ökar.

I UNICEFs senaste rapport om barnfattigdom i rika länder konstateras att de nordiska länderna ligger i toppen på listan med 2-4 procent av barnen under fattigdomsgränsen, definierad som en disponibel hushållsinkomst, efter skatt och transfereringar, som ligger under hälften av medianinkomsten för hushåll i landet. Motsvarande siffror för t ex England och Portugal är 15 procent och för USA över 20 procent [17].

Alla är fortfarande inte överens om att man skall lägga så stor vikt vid psykosociala effekter på hälsan utan vill hålla sig till de mera handfasta ekonomiska och beteendemässiga bakgrundsfaktorerna (neo-materialism) [18]. Men det kommer ständigt nya rapporter som visar på den täta kopplingen mellan dessa psykiska och psykosociala förhållanden och rent biologiska effekter, t ex via hormonsystem och hjärnfunktioner [11, 19]. Som nästan allting i mänskligt liv är dessa fakta inte på något sätt nya: För närmare 75 år sen konstaterade Ernst Wigforss att fattigdomen fördrages bäst om den delas av många. Och Seneca den yngre, den romerske författaren och filosofen, skrev: »Fattig är icke den som har litet, men den som önskar sig mer.«

Barns hälsa i framtiden

Vilka slutsatser kan man då dra av de senaste decenniernas utveckling i Sverige när det gäller barnens situation, och vad kan man tro om kommande årtionde?

Allmänt positiva drag

- Barn är generellt friska och mår bra i Sverige.
- Välfärdssamhället har i stort sett fungerat bra i sina ambitioner att förse befolkningen, även barnen, med goda förutsättningar för ett gott liv.

Potentiella hot

- Alla barn mår inte bra, och värst drabbade av långtidssjukdomar och psykosomatiska besvär är barn i utsatta familjer, de med låg inkomst, låg utbildning och arbetslöshet samt ensamma föräldrar.
- Den ekonomiska, sociala och hälsomässiga ojämlikheten har ökat i samhället.
- Barnfamiljer tillhör dem som drabbas först och hårdast av ekonomiska kriser.
- Den ekonomiska stressen bland barnfamiljerna är fortfarande större än bland andra grupper i samhället. Även om konjunkturerna just nu är på högvarv, kommer det nya rapporter om hur barnfamiljer balanserar på randen av sammanbrott, om hur barns psykiska hälsa försämrats, om hur utslagning från skolan, mobbing och självmordsförsök är reella inslag i barnens liv.

Hur framtiden för barnen kommer att gestalta sig kommer således i stor utsträckning att bero på vuxenvärldens förståelse av hoten och dess förmåga att hantera dem. Samspelet mellan de olika »kapitalen«, det ekonomiska, det sociala och det humana, kommer att bli avgörande för människors hälsa och välbefinnande, både för vuxna och för barn.

Om man tillåter en tilltagande segregering av samhället är risken överhängande för ökade hälsoproblem, och då framför allt hos dem som redan är svagast. Då kommer barnen i högsta grad i farozonen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Ett uppföljningssystem för barnpolitiken. Delrapport från arbetsgruppen med uppgift att utveckla indikatorer för barnpolitiken. Stockholm: Socialdepartementet; 2005. Ds 2005:59.
2. Jakobsson G, Köhler L. Barns hälsa i Sverige: Kunskapsunderlag till 1991 års folkhälsorapport. Stockholm: Socialstyrelsen, Allmänna förlaget; 1991.
3. Köhler L, redaktör. Barn och barnfamiljer i Norden. Lund: Studentlitteratur; 1990.
4. Köhler L, redaktör. Det är bra men kan bli ännu bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna från 1984 till 1996. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan; 2000.
5. Grøholt EK, Nordhagen R. Children's health/Barns sundhed. Köpenhamn: Nordisk statistisk sekretariat; 2005.
6. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
7. Lindström B. The essence of existence. On the quality of life of children in the Nordic countries [dissertation]. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan; 1994.
8. Berntsson L. Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. [dissertation]. Göteborg: Nordiska hälsovårdsskolan; 2000.
9. Wilkinson RG. Unhealthy societies. The afflictions of inequality. London: Taylor & Francis Group; 2002.
10. Diener E, Seligman M. Beyond money. Toward an economy of well-being. Psychological Science in the Public Interest. 2004;5:1-31.
11. Siegrist J, Marmot MG, editors. Social inequalities in health: New evidence and policy implications. Oxford, New York: Oxford University Press; 2006.
12. Marmot MG. Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Stockholm: Natur och Kultur; 2006.
13. Putnam RD, Eklöf M. Den ensamme bowlaren: Den amerikanska medborgarandans upplösning och förnyelse. 2 uppl. Stockholm: SNS förlag; 2006.
14. Sen A. Health in development. Bulletin of the World Health Organization. 1999;77:619-23.
15. Berntsson L, Köhler L, Vuille JC. Health economy and social capital in Nordic children and their families: A comparison between 1984 and 1996. Child Care Health Dev. 2006;32:441-51.
16. Marmot MG, Wilkinson RG, editors. Social determinants of health. 2nd ed. Oxford, New York: Oxford University Press; 2006.
17. Child poverty in rich countries 2005. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2005.
18. Lindström C, Lindström M. »Social capital«, GNP per capita, relative income, and health: An ecological study of 23 countries. Int J Health Serv. 2006;36:679-96.
19. Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. Berlin, New York: de Gruyter; 1994.

Sommar och sol
på gott och ont
Getingstick, ormbett,
värmeslag ...

Läs mer på
www.lakartidningen.se

Utmanande
saklig

Läkartidningen