

Stagnation, sammanbrott och social nyordning – rötterna till den ryska folkhälsokrisen

AV PÄR SPARÉN och DENNY VÅGERÖ

Hur, och i vilken grad, har det senaste årtiondets sociala omvälvningar efter kommunismens sammanbrott påverkat folkhälsosituationen i de olika länder som tillhörde detta system? Det finns en oenighet kring hur det egentligen gick till men ingen bestrider själva utgångspunkten: att den sociala och ekonomiska nyordningen som en av sina (icke avsedda) konsekvenser har sett en gigantisk förlust av mänskligt kapital i form av förtida dödsfall bland män och kvinnor, särskilt i den ålder då man både förvärvsarbetar och har familj med hemmavarande barn. Innebörden av detta går för samhället uppenbarligen långt utöver de förluster som de individuella dödsfallen utgör.

Ryska mäns medellivslängd var som allra högst (65 år) år 1987, mitt i perestrojkaperioden. Sju år senare, dvs 1994, hade den sjunkit till knappt 58 år. För ryska kvinnor var motsvarande fall i livslängd drygt 3 år. Tabell 1 redovisar förändringen i förväntad livslängd för hela perioden 1965-1998. De negativa förändringarna efter 1987 är uppseendeväckande stora och man kan fråga sig om några förändringar av liknande storleksordning ägt rum i fredstid i Europa under detta sekel. Medvedev (1999) anser att "det ryska folket bara upplevt något liknande i fredstid under svälten 1930-32 och under Stalinterrorn 1937-38". Om vi antar att den hälsonivå man uppnått 1987 hade bestått under en tioårsperiod därefter, dvs 1988-1997, hade antalet dödsfall blivit ca 2.5 miljoner färre än vad de faktiskt blev under tioårsperioden¹. Om vi antar att Ryssland, likt Västeuropa, hade haft en period av successiva

Pär Sparén är forskare och tf högskolelektor vid Södertörns Högskola.

Denny Vågerö är professor i medicinsk sociologi, vid Stockholms Universitet. De samarbetar bland annat i ett forskningsprojekt vid Södertörns Högskola som analyserar folkhälsoutvecklingen i Östeuropa, och vilket finansieras av Östersjöstiftelsen.

Tabell 1. Förväntad livslängd vid födelsen i Ryssland 1965-1998

<i>År</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>År</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
1965	64,5	73,7	1982	62,3	73,7
1966	64,4	74,0	1983	62,2	73,5
1967	64,2	73,9	1984	61,7	73,0
1968	63,9	74,1	1985	62,7	73,3
1969	63,1	73,6	1986	64,8	74,3
1970	63,0	73,5	1987	64,9	74,3
1971	63,3	73,9	1988	64,6	74,3
1972	63,3	73,7	1989	64,2	74,6
1973	63,3	73,7	1990	63,8	74,4
1974	63,1	73,9	1991	63,6	74,4
1975	62,5	73,3	1992	62,0	73,8
1976	62,2	73,1	1993	58,9	71,9
1977	61,9	73,3	1994	57,5	71,0
1978	61,9	73,3	1995	58,3	71,7
1979	61,4	73,0	1996	59,8	72,5
1980	61,4	73,0	1997	61,0	72,9
1981	61,6	73,2	1998	61,4	73,3

Källor : 1965-94: (Meslé et al, 1996); 1995-98: (WHO, 2000).

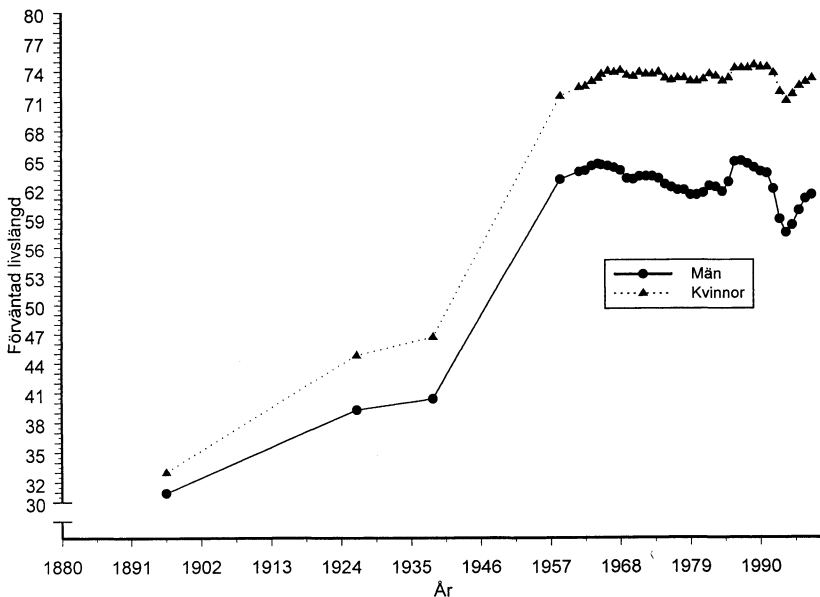
förbättringar, blir antalet ”onödiga” eller ”extra” dödsfall ännu större.

Vad låg bakom denna dramatiska utveckling? Vi skall nedan försöka ge en översiktlig historisk bakgrund och diskutera olika teorier om orsakerna till den ryska folkhälsokris som sammanföll med Sovjetsystemets och kommunismens sammanbrott.

Långsiktiga hälsotrender i Östeuropa före 1989

Den sociala och politiska delning av Europa som var särskilt tydlig efter 1945 förbättrades i viss mån tidigt under seklet. Europas politiska och sociala delning i öst och väst är således märkbar i tidig hälsostatistik. Offentlig statistik från början av seklet visar att spädbarnsdödligheten genomgående var högre och den förväntade livslängden lägre i östra än i västra Europa. Under mitten av 1900-talet sker emellertid ett klart närmande. Det kulminerar 1969 då Östeuropa och Västeuropa har nära nog samma medellivslängd; det skiljer då två år till östs nackdel (Therborn, 1995). Slutet av 60-talet kan alltså betecknas som en slags vändpunkt, varefter en successivt tilltagande östlig eftersläpning äger rum på hälsoområdet. Denna eftersläpning tycks kulminera 1994.

Figur 1. Förväntad livslängd vid födelsen i Ryssland 1896-97 till 1998

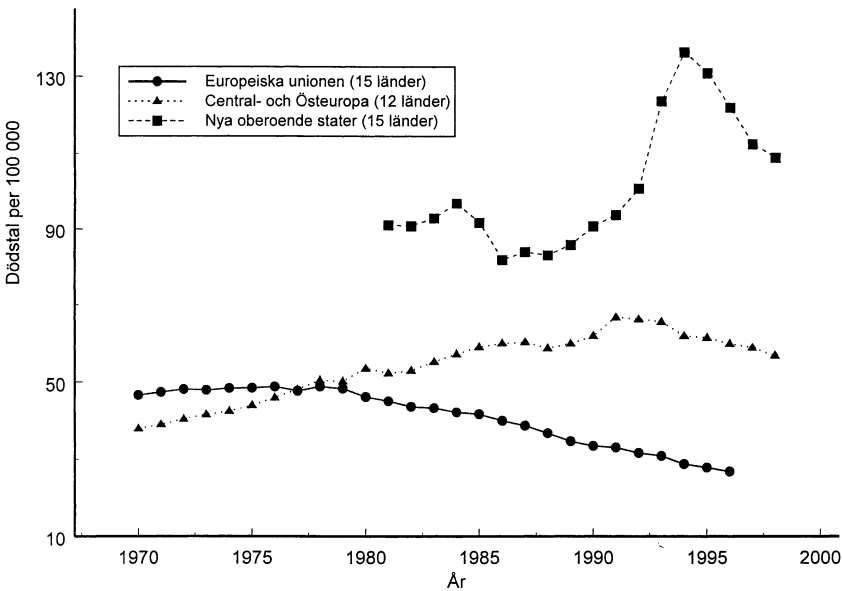


Källor: Meslé, F. Shkolnikov, V M. Hertrich, V. Vallin, J. Données Statistiques, 1996; WHO health for all data base, 1999.

Ryssland är i hög grad en del av denna först konvergerande, därpå divergerande, utveckling. Figur 1 redovisar den längre trenden i förväntad livslängd för ryska kvinnor och män, över en hundraårsperiod. För ett hundra år sedan låg det tsaristiska Ryssland omkring 10 år efter Frankrike i förväntad livslängd, men i slutet på 60-talet var man alltså nästan i kapp (Patterson, 1995; Meslé et al, 1996).

En del av förklaringen till konvergensen mellan öst och väst fram till 1969 kan anses vara att kunskapen om hur infektionssjukdomar kan förebyggas spreds och tillämpades över hela Europa. Kontrollen över infektionssjukdomar, bland barn och vuxna, var ett av de områden där Sovjet och de östeuropeiska folkdemokratierna kunde göra sig gällande med viss framgång. I takt med dessa framgångar växte emellertid en annan grupp sjukdomar fram som bestämmande för landets hälsoliv, nämligen de kroniska sjukdomarna, särskilt cancer och hjärtsjukdom (den sk epidemiologiska transitionen) (Omran, 1971).

Figur 2. Åldersstandardiserade dödstal ischemisk hjärtsjukdom 0-64 år, män + kvinnor



Källa: WHO health for all data base, WHO, 2000.

I motsats till perioden dessförinnan kännetecknas kommunismens sista två årtionden av en märkbar stagnation på hälsoområdet. Den tidigare positiva trenden av förbättrad folkhälsa och ökad livslängd bryts. Framförallt handlar det om att vissa kroniska sjukdomar som drabbar vuxna män och kvinnor, såsom hjärtsjukdom, ökar långsiktigt. En sådan ökning sker också i väst under några årtionden, men successivt betvingas de ökade dödstalen i hjärtsjukdom (med stor framgång) i Västeuropa; bland annat som en effekt av ökad medvetenhet hos allmänheten och hos politiska beslutsfattare, om vilka risker som kunde påverkas. Dödligheten sjunker och livslängden ökar i Västeuropa, för både kvinnor och män och i alla samhällsklasser. Figur 2 visar hur Öst- och Västeuropa hade diametralt olika utveckling för hjärtsjukdom under 1970- och 1980-talen.

Inom de kommunistiska länderna fanns således ingen beredskap att försöka kontrollera den ökade förekomsten av kroniska sjukdomar på samma sätt som man tidigare varit beredd till långtgående åtgärder för att kontrollera infektionssjukdomarna. Hälsopolitiken var svag. Trots stolta internationella deklARATIONER om betydelsen av att förebygga sjukdomar (såsom den s k Alma Ata-deklarationen från 1978) utformade de kommunistiska regeringarna ingen nationell folkhälsopolitik anpassad till de nya sjukdomstendenserna. Sovjetunionen hade också en undermålig utbildning av läkare i förebyggande medicin och folkhälsa (Barr & Field, 1996). Man saknade i hög grad tillgång till de vetenskapliga tidskrifter som publicerade nya rön om förebyggande medicin. Inte heller allmänheten förstod vikten av att göra förändringar i individuella levnadsvanor av betydelse för sjukdomar som hjärtinfarkt och cancer. I de fall där man förstod, var det ofta inte möjligt att omsätta insikten i handling. Det är särskilt tydligt när det gäller möjligheten av att successivt förändra kostvanor på samma sätt som skedde i Västeuropa. Livsmedelsproduktion och distribution i Östeuropa, särskilt i Sovjet, var gigantiska problem, där frågan om den individuella konsumentens möjlighet att välja hälsosamma livsmedel hade låg vikt. Ringa vikt gavs också åt insikten att låga cigarett- och alkoholpriser har negativa folkhälsokonsekvenser. Dessa är bara de mest uppenbara exemplen på hur folkhälsoproblemen i Östeuropa hängde samman med det politiska systemets prioriteringar.

Under och efter kommunismens ”stagnationsperiod”², dvs ca 1970 och framåt, blir det således tydligt hur folkhälsoförändringarna är intimt sammanflätade med den politiska utvecklingen. Dödligheten ökade bland män i

Tabell 2. Åldersstandardiserade dödstal per 1000 invånare i f.d Sovjetunionens republiker. (Standardisering till 1979 års sovjetiska befolkning)

Republik	1970-71		1980-81		Förändring	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Ryssland	14,6	7,5	14,9	7,6	+	+
Ukraina	11,8	7,1	13,1	7,3	+	+
Vitryssland	9,9	6,3	12,1	6,6	+	+
Uzbekistan	8,6	5,8	11,9	7,8	+	+
Kazakhstan	11,5	6,2	13,8	8,1	+	+
Georgien	10,4	6,6	11,4	6,8	+	+
Azerbadjan	10,7	6,9	12,4	7,6	+	+
Litauen	10,7	6,6	12,0	6,7	+	+
Moldavien	11,6	8,3	14,0	9,7	+	+
Lettland	12,3	7,3	13,7	7,5	+	+
Kirghisien	11,4	7,0	13,6	8,0	+	+
Tadjikistan	8,5	6,7	11,2	8,3	+	+
Armenien	8,6	5,8	9,0	5,8	+	0
Turkmenistan	10,4	7,2	14,2	9,4	+	+
Estland	12,4	7,3	13,7	7,6	+	+

Källa: (Mezentseva & Rimachevskaya, 1990).

alla kommunistiska länder i Europa (undantag Östtyskland), liksom i alla delrepubliker i Sovjetunionen under perioden 1970-80; även under 1980-talet fortsätter ökningen på de flesta håll. Det är inte bland männen i de traditionellt sinnade republikerna i Centralasien, utan bland männen i den "avancerade" nordvästra delen av Sovjetunionen, som vi ser de största problemen (tabell 2). Det ser ut som om Sovjetsystemets hjärta har angripits.

Utvecklingen bland kvinnor är också negativ eller stagnerande.

Denna föga uppmärksammade folkhälsokris ("stagnationskrisen") över hela det sovjetledda Östeuropa utgör en av förutsättningarna för Gorbachov's anti-alkoholkampanj från 1985. En berättigad fråga är vilka politiska konsekvenser "stagnationskrisen" på folkhälsoområdet fick. Att frågan uppfattades som politiskt känslig framgår av att publiceringen av sovjetisk statistik över spädbarnsdödlichkeit upphörde när spädbarnsdödlichkeit i Sovjet började öka efter 1971. Långt senare, under kampanjen för att välja Jeltsin till Rysslands förste president, år 1991, var ett av kraven att nomenklaturans privilegier på sjukvårdsområdet skulle avskaffas (Vågerö & Illsley, 1992).

Perestrojka och systemsammanbrott-motsatta tendenser

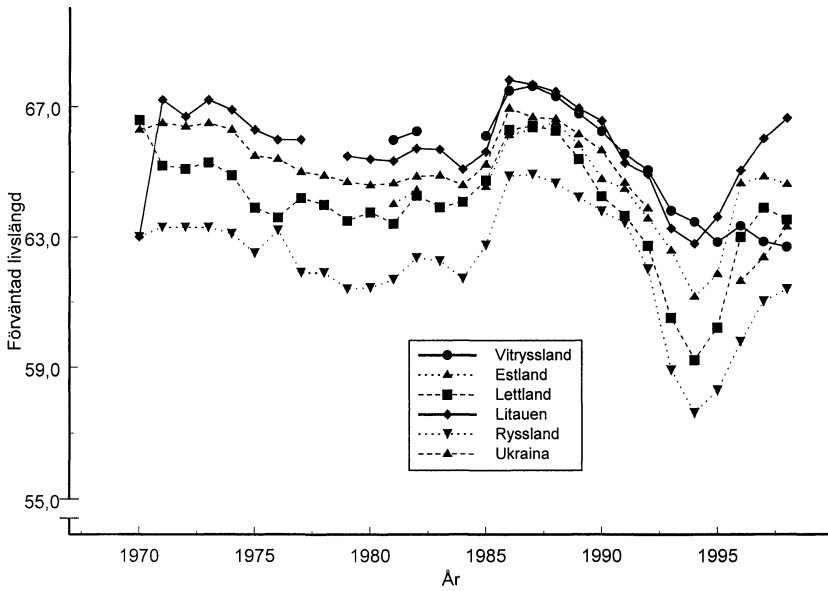
Figur 2 ovan visar att den uppåtgående trenden för hjärtsjukdom i Östeuropa bryts åren efter 1990. Det gäller dock ej länderna i f.d Sovjetunionen, som dessutom ligger på en nivå som är betydligt högre än den i övriga Östeuropa. För de förstnämnda gäller att en kraftig nedgång av hjärtdödlichkeit och totaldödlichkeit i mitten och slutet av 1980-talet (perestrojkaperioden) ersätts av en ökning som accelererar fram till mitten av 1990-talet, för att sedan vända nedåt igen. Nivån 1998 ligger dock väsentligt över den i början av 1980-talet. Hjärt-kärlsjukdomarnas olika utveckling i f.d Sovjetunionen, övriga Öst- och Centraleuropa samt Västeuropa utgör en huvudförklaring till skillnaderna i livslängd mellan dessa regioner.

Det är naturligt att söka efter ett inre samband mellan stagnationskrisen och de folkhälsokriser som drabbade Östeuropa, särskilt Ryssland och Baltikum, efter kommunismens sammanbrott. Perestrojka-perioden däremot bryter mot denna långsiktiga och negativa trend.

En periodisering av utvecklingen kan därmed göras. Figurerna 3 (män) och 4 (kvinnor) för Ryssland, Vitryssland, Ukraina och de tre baltiska republikerna visar med stor tydlighet 1) nergången i förväntad livslängd bland män och stagnationen för kvinnor under perioden 1970 till ca 1984; 2) den starka förbättringen för både män och kvinnor under 1985-87 ("perestrojka-effekten"); 3) den därpå, och särskilt efter 1991, allt djupare krisen ("nyordningskrisen") för både män och kvinnor; samt 4) vändningen av den nedåtgående trenden efter 1994 (anpassning till den nya ordningen?).

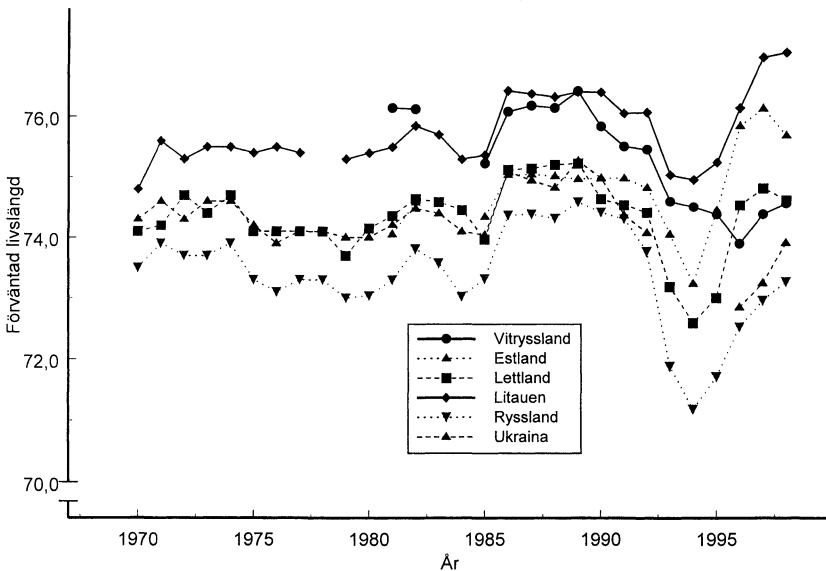
Bottenpunkten nås alltså 1994 i såväl Ryssland, som Estland, Lettland och Litauen och samtidigt för både män och kvinnor. Samtidigheten i upp-

Figur 3. Förväntad livslängd vid födelsen i nya oberoende stater 1970-98, män



Källa: WHO health for all data base, WHO, 2000.

Figur 4. Förväntad livslängd vid födelsen i nya oberoende stater 1970-98, kvinnor



Källa: WHO health for all data base, WHO, 2000.

gången från 1994 till 1995 för män och kvinnor i dessa 4 länder är anmärkningsvärd, och har ännu inte getts något trovärdig förklaring. I Ryssland har uppgången fortsatt efter 1995, och under 1996, -97 och -98 (tabell 1). Betydelsen, i Ryssland, av rubelkrisen i augusti/september 1998 går inte att värdera för närvarande.

En genomgång av motsvarande data för samtliga Östeuropas länder (ej redovisad här) ger vid handen att 1) de flesta länder drabbas av en försämring av folkhälsan (mätt som livslängd eller dödsriser, särskilt för män) efter 1989, men i rätt olika grad. I Tjeckien t ex syns bara en måttlig försämring för män från 1989 till 1990 vilken följs av en återhämtning och klar förbättring. De länder som drabbades allra värst under övergången till marknadsekonomi och demokrati var således de länder som uppstod ur det gamla Sovjetunionen: såsom Baltikum, Ryssland, Ukraina och Vitryssland; de två sistnämnda i mindre grad än de förstnämnda. En slutsats som ligger nära till hands är att folkhälsokriserna i Östeuropa hänger nära samman såväl med Sovjetsystemets inneboende problem som med de vägval som de nya regimerna gör vid dess sammanbrott.

Förklaringar till den nya ordningens hälsokris

Allmänt sett kan vi skilja mellan två typer av förklaringar: Den första fokuserar enbart på levnadsförhållanden, beteenden och händelser som inträffar samtidigt eller omedelbart före det att den nya sociala ordningen etableras i Östeuropa; ett exempel kan vara att man bedömer förändringar i alkoholvanor som avgörande för den ryska folkhälsokrisen efter 1987 (Leon et al, 1997). Den andra typen av förklaring inkluderar också händelser och förhållanden som härrör sig till tidigare perioder. I det senare fallet är föreställningen ofta att individer kan vara mer eller mindre sårbara som följd av händelser tidigt i livet. I den medicinska litteraturen har den första typen av förklaring dominerat stort när det gäller att förklara skillnader mellan öst och väst (Bobak & Marmot, 1996) liksom i förklaringarna av Rysslands specifika kris under 1990-talet (Shkolnikov et al, 1998). Demografer har dock varit mer benägna att söka efter "ekon" av det förflutna i nutiden, bl a genom att analysera kohort-effekter på dödlighet (Anderson & Silver, 1989).

Det är självklart att man inte kan bortse från de specifika händelser som inträffar under den nya sociala ordningen, t ex massfattigdomens utbredning, när man söker orsakerna till folkhälsans försämring i Ryssland. Den mer kon-

troversiala frågan är därför just i vilken mån som händelser och förhållanden tidigare under seklet kan anses som bidragande orsaker till folkhälsokrisen under 1990-talet. Vi skall nu diskutera betydelsen av både samtida händelser (punkt 1-4 nedan) och tidigare händelser (punkt 5 nedan). Vi gör inte anspråk på att lösa problemet hur dessa samverkar, men vill hävda att frågan kan vara mycket relevant för den som vill förstå orsakerna till Rysslands folkhälsokris.

1. Bristande sjukvårdsresurser.

Sammanbrottet för den ryska statens finanser och låg prioritet åt folkhälsofrågor har inneburit att de flesta ryska medborgare får nöja sig med resterna av ett sjukhusbaserat vårdssystem, som lider både kronisk och akut brist på resurser. Den växande privata sjukvården är ett alternativ endast för dem som kan betala (Barr & Field, 1996) och är knappast inriktad på förebyggande insatser. Dödlighetsstatistik indikerar också att hälso- och sjukvårdssystemet inte fungerar tillfredsställande. Under 1990-talet syns en plötslig ökning av dödligheten i infektionssjukdomar, också i sådana infektionssjukdomar som borde kunna ha kontrollerats genom vaccination, t ex tuberkulos och difteri. Sammanbrottet för hälso- och sjukvårdssystemet har bidragit till en ökning av mortaliteten i infektionssjukdomar. Det går dock inte att förklara hälsokrisen under 1990-talet med enbart denna faktor. Spädbarnsdödligheten anses som en känslig indikator på vårdens kvalitet, men förändringarna i spädbarnsdödlighet är inte alarmerande stora; i varje fall betydligt mindre än dödlighetsförändringarna för vuxna. Sannolikt har resurserna för akut sjukvård, av t.ex. patienter med hjärt- och kärlsjukdomar, minskat. Bobak och Marmot (1996) analyserade huruvida skillnaderna mellan Öst- och Västeuropa kunde hänföras till olika tillgång till modern medicinsk vård. Deras slutsats var att högst en tiondedel av skillnaden kunde förklaras av olikhet i sjukvårdsresurser. Att förklaringen inte är helt irrelevant, vad gäller hjärtsjukdom framkom nyligen i en stor studie (Tunstall-Pedoe et al, 2000). I en jämförelse av hur 31 olika befolkningsurval i Öst och Väst (kring s.k Monica-centers) påverkats av de nya behandlingsmetoder för hjärtsjukdom som introducerades efter 1985 fann man att de västliga befolkningarna gynnats betydligt mer än de östliga, bland de senare återfanns t ex Moskvias och Novosibirisks befolkningar.

Underlåtenhet att införa nya behandlingsmetoder i Öst kan ha ökat Västs försprång över Öst, men kan knappast ha orsakat den kraftiga ökning av hjärtsjukligheten i Ryssland som ägde rum under 90-talets första hälft.

2. Ökning av alkoholkonsumtionen

Leon och medarbetare argumenterar i sin inflytelserika artikel i *the Lancet* (1997) för att det är troligt att en viss typ av alkoholbruk, sk "binge drinking" (mycket på en gång), ligger bakom den ryska uppgången i både kardiovaskulär och cerebrovaskulär dödlighet, liksom att alkoholbruket bidragit till en ökning av dödligheten i olycksfall och respiratoriska sjukdomar. Deras slutsats är att alkoholkonsumtionens ökning, särskilt ökningen av "binge drinking", därigenom är den mest sannolika orsaken till den ökade dödligheten och försämrade folkhälsan i Ryssland.

Alkoholkonsumtionen i Ryssland har ökat långsiktigt från 1970, med undantag av perestrojkperioden då Gorbachov's anti-alkoholkampanj reducerade vodka-konsumtionen högst avsevärt. De mest auktoritativa skattningarna av alkoholkonsumtionens förändringar i Ryssland har gjorts av Nemtsov (Shkolnikov & Nemtsov, 1997). Dennes skattningar utifrån försäljningsstatistik och alkoholskador visar en successiv, dock rätt långsam, ökning av alkoholkonsumtionen åtminstone fram till 1995. De på survey-undersökningar grundade skattningar som ryska och amerikanska forskare gjort (från den sk Russian Longitudinal Monitoring Survey) anger en ökning av alkoholkonsumtionen fram till september 1993, därefter sker en viss nergång för både män och kvinnor (Zohoori et al, 1998). Det finns en viss överensstämmelse mellan alkoholkonsumtionstrender och dödlighetstrender, men ett antal frågetecken finns också. Dessa gäller både hur alkoholkonsumtionstrenderna ser ut i verkligheten och om de faktiskt är tillräckliga som förklaring. Alkoholtrenden (tabell 3) ser inte heller lika dramatisk ut som dödlighetstrenderna. Bobak och Marmot (1999) beräknade att, för att förklara ökningen i dödlighet hos män mellan 30 och 60 år, måste prevalensen av högkonsumenter av alkohol i Ryssland öka från 20% till 50%, samtidigt som den relativa dödsrisken för "binge drinking" av alkohol måste öka från 2 till 5 gånger! Särskilt kan man ifrågasätta om alkoholhypotesen stämmer för kvinnor. En studie från Taganrog i Södra Ryssland visade att förekomsten av "binge drinking" bland kvinnor var mycket låg (Carlson & Vägerö, 1998). Denna iakttagelse stöds också av andra studier (Simpura et al, 1997; Bobak et al, 1999). Alkoholhypotesen är sannolikt otillräcklig, även om den kan vara delvis korrekt. I den mån den är korrekt måste man ställa frågan varför individer under 1990talets första hälft är särskilt benägna att dricka vodka, liksom varför den ryska staten samtidigt (1992) avskaffade både statens kontroll över vodka-produktionen och alla regleringar kring försäljningen av alkohol.

Tabell 3. Alkoholkonsumtion i Ryssland 1981-1994 enligt Nemtsovs skattningar. Antal liter alkohol per person och år

År	Årlig konsumtion av ren alkohol per capita
1981	13.7
1982	13.4
1983	14.1
1984	14.2
1985	13.3
1986	10.6
1987	10.7
1988	11.2
1989	11.8
1990	12.1
1991	12.3
1992	13.8
1993	14.5
1994	14.8

Källa: Shkolnikov & Nemtsov, 1997; skattningen för 1994 personlig kommunikation

3. *Massfattigdom/nutrition*

Flera författare, bland annat Shkolnikov och medarbetare (1998) argumenterar att hälsokrisen inte har någon enkel koppling till fattigdomsutveckling och undernäring. Det gör man bl a därför att de grupper som är mest sårbara, barn och äldre, inte drabbas lika hårt av ökad dödlighet som män (och kvinnor) i medelåldern. Att andelen fattiga ökat och att fattigdomen tilltagit absolut sett efter 1992 står dock klart (Popkin et al, 1996; Rush & Welch, 1996; Zohoori et al, 1998; Hansen, 2000). Vilka konsekvenser har detta haft för den ryska befolkningens näringsförhållanden? Medan en studie rapporterade en minskning av medelvikten hos äldre under krisens första år (Rush & Welch, 1996), har andra tvärtom rapporterat en ökning av fetma hos den ryska befolkningen under krisen (Popkin et al, 1996; Zohoori et al, 1998). Vi genomförde egna analyser av förändringar i beräknad kroppsmassa ("Body mass index") från 1992 till 1998 för män och kvinnor i olika åldersgrupper (tabellen redovisas ej här), utifrån data från Russian Longitudinal Monitoring Survey (för en beskrivning av databasen se: Zohoori et al, 1998). I själva verket har det skett en ökning av både andelen underviktiga och andelen feta män och kvinnor mellan 1992 och 1998. Ökningen av underviktiga män, samt ökningen av feta kvinnor är statistiskt signifikanta. I bägge fallen kan dessa förändringar tyda på försämrade nutritionsförhållanden. Ökningen av fetma i befolkningen är allvarlig med tanke på risken för hjärt-kärl dödlighet i framtiden.

Det är alltså möjligt att massfattigdomen lett till försämrade nutritionsförhållanden, och därigenom får en långsiktig effekt på folkhälsan, men dessa effekter kan vara latent och det är mindre sannolikt att de är direkta orsaker till den branta uppgången av dödligheten under perioden 1987-94.

4. *Stress, familjeinstitutionen, social sammanhållning*

Massfattigdomen kan ändå ha spelat roll indirekt. Carlson (2000) som analyserat intervjuer av ryska hushåll från 1994 och 1998 har visat att det ekonomiska och sociala trycket på familjen ökat starkt under den nya sociala ordningen, särskilt i de familjer som ser sig som förlorare. De som bedömde att de förlorat ekonomiskt under decenniet (1989-98) redovisade både ökade slitningar i familjen och ökade hälsoproblem. De inre förhållandena i familjen, utgör alltså en möjlig länk mellan nyordningens ekonomiska sida och folkhälsoutvecklingen.

Stress, utan närmare specifikation, har anförts av flera som förklaring till de hälsoproblem som "transitionen" medför, bla har Anders Åslund i flera inlägg åberopat denna förklaring, gärna i motsättning till förklaringar som bygger på att det är fattigdomen som sådan som lett till ökad förekomst av hälsoproblem. Judith Shapiro (1995) är en annan förespråkare för stresshypotesen, men även hon avstår från att vara mer specifik.

En mer adekvat beskrivning vore att tala om sammanbrottet för den sociala ordningen, kanske rentav för den sociala sammanhållningen, och dess konsekvenser. Mäkinens (2000) analyser av självmordsutvecklingen under 1984-89 (perestrojkaperioden) och 1989-94 (nyordningsperioden) för 27 länder i Östeuropa, samt f d Östtyskland, visar en slående skillnad mellan den "optimistiska" perestrojkaperioden och den "pessimistiska" nyordningen. Någoting gick tydligen förlorat i övergången från den första reformperioden, perestrojkan, till den andra. I Durkheims och Wilkinsons (1996) efterföljd kan vi ställa hypotesen att det var den sociala sammanhållningen (social cohesion) som försämrades, liksom att förändringens legitimitet försvagades och dessutom att det hopp som förändringen kunde ha förknippats med försvann eller minskade.

Den (sambhålls-)medicinska diskussionen om stress och dödlighet har rört sig i riktning dels mot att koppla ihop individers stress med makrosociala förhållanden av ovanstående typ, i synnerhet med social sammanhållning (Wilkinson, 1996), dels i riktning mot att specificera olika stressorerers verkningmekanismer. Bobak och Marmot (1996) har tex hävdat att minskad kontroll över den egna livssituationen är den faktor (stressor) som medierar mellan den allmänna sociala situationen och den ökade hjärtsjuklighetsrisken under nyordningen. För Ryssland, specifikt, fann flera författare (Bobak et al, 1998; Carlson, 2000) att "kontroll över tillvaron" förbättrade såväl självskattad hälsa, som självskattad fysisk funktion.

5. "Ekon" från det förflutna

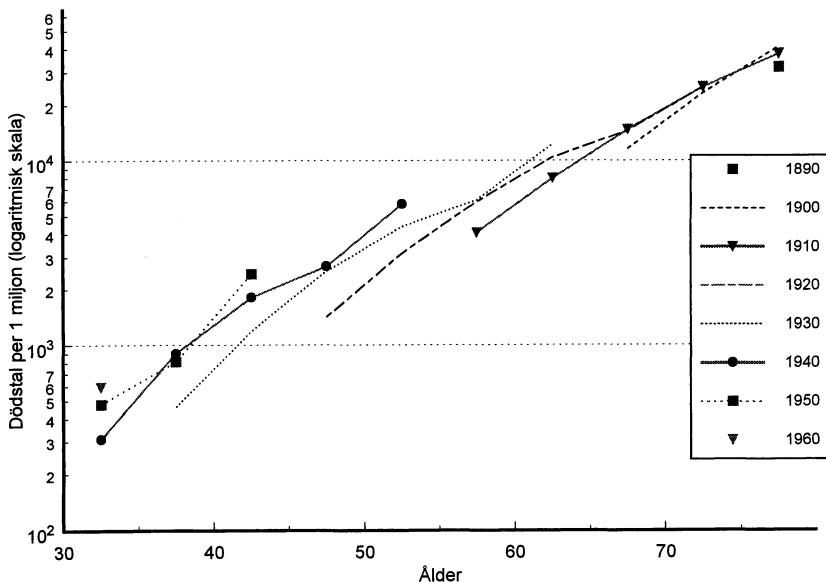
Att kroniska sjukdomars uppkomsthistoria kan stå att finna i händelser som äger rum tidigt i en persons liv, t ex i barndomen eller under fosterperioden, är en hett diskuterad och delvis omstridd teori (Kuh & Ben-Shlomo, 1997). Om den är sann är den ytterst relevant för förståelsen av rysk folkhälsa. För hjärt- och kärlsjukdom, liksom för diabetes, finns de starkaste argumenten för teorin. Det finns numera ett 30-tal studier som visat att barn med låg födelsevikt tenderar att få högre blodtryck som vuxna, troligen beroende på att bris-

ter i fostrets näringstillgång påverkat bildningen av dess blodkärl. Ett flertal studier har också visat att sociala förhållanden under barndomen, t ex förekomster av konflikter i familjen, är kopplade till ökad risk för hjärt- kärlsjukdom i vuxen ålder, dock utan att man har förstått verkningsmekanismerna.

Vi analyserade dödligheten i koronar hjärtsjukdom i Ryssland utifrån födelsekohorter (Sparén & Vågerö, 2000). Figur 5 visar hur risken för dödsfall i hjärtsjukdom under perioden 1965-1994 varierar med ålder och födelseår. De olika kurvorna representerar olika födelsekohorter. Man kan således se att t.ex. de som är födda 1940 (heldragen linje med fylld cirkel) har högre dödlighet i hjärtsjukdom än de som är födda 1930 (prickad linje) för en given ålder (ålder avläses på x-axeln). De senare har i sin tur högre dödsrisk än de som är födda 1920 etc. Tvärtemot vad man skulle vänta sig har alltså de som tillhör de senare födelsekohorterna högre dödlighet än de som är födda tidigare under seklet.

Anderson och Silver (1989) analyserade dödsfall i Sovjetunionen för perioden 1958 –1987 utifrån födelsekohorter. Bland annat fann man ”bevis för kohorteffekter av andra världskriget både för män och kvinnor som föddes under kriget och för män som var i puberteten under kriget”.

Figur 5. Dödstal i koronar hjärtsjukdom för män i Ryssland 1965-94, efter födelsekohort



Egna analyser bekräftar delvis Andersons och Silvers fynd. Leningrad, nuvarande S:t Petersburg, var utsatt för extrem livsmedelsbrist under belägringen 1941-44, och i synnerhet under vintern 41-42. Förhållandena i Sovjetunionen under andra världskriget kännetecknades generellt av utbredd undernäring och svält (Beevor, 1999). Att denna typ av händelser tidigt i livet ger ”eko” på hälsan ännu efter många decennier framgår av tabell 4. I en kohort av män från S:t Petersburg, födda 1916-35, fann vi att de som genomlevde belägringen av Leningrad hade 30% ökad risk att dö i hjärt-kärlsjukdom i dag, jämfört med de som inte utsatts för belägringen. Cirka en tredjedel av denna ökning kan förklaras med förhöjt blodtryck hos de som genomlevde belägringen. Effekten var störst bland de unga. Sannolikt är orsaken till den ökade dödligheten att dessa, genom belägringen, utsattes för allvarlig svält under sina tidiga tonår (Sparén et al, 2000). Om en sådan latent effekt föreligger kan den knappast vara begränsad till de som genomlevt blockaden av

Tabell 4. Risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar under perioden 1975-1998 i ett slumpmässigt urval av 3900 män från S:t Petersburg, födda 1916-35

Bodde i Leningrad under blockaden 1941-44?	Univariat		Multivariat ¹	
	Relativ risk ²	95% konfidens- intervall	Relativ risk ²	95% konfidens- intervall
Ja	1,32	1,15-1,52	1,22	1,06-1,41
Nej	1,00	Referens	1,00	Referens

¹ I den multivariata modellen kontrollerades, förutom för ålder, också för civilstånd, yrke, alkoholkonsumtion, rökning, symptomatisk hjärt- kärlsjukdom (”Rose Questionnaire”), systoliskt blodtryck, kroppsmassa (”body mass index”) och kolesterolnivå (”high density lipids” resp ”low density lipids”).

² Estimerad med ”hazard ratios”, kontrollerade för ålder, i en ”proportional hazard” regressionsmodell (Cox & Oates, 1984)

Leningrad. Tvärtom måste den vara giltig för flera regioner och för flera tidsperioder.

Svält och livsmedelsbrist har varit återkommande företeelser i den ryska historien. Befolkningen, särskilt på landsbygden, har traditionellt utvecklat specifika sätt att hantera dessa problem, grundade i den ortodoxa religionens synsätt på kropp, fasta, svält och olika födoämnens renhet (Frierson, 1997; Heretz, 1997).

Utän att definitivt kunna koppla ihop 1990-talets dödlighetskris i Ryssland med händelser femtio år tidigare eller mer, så är det ändå sannolikt att effekter av denna typ kan ha bidragit till att vissa födelsekohorter och/eller individer födda i vissa regioner av Ryssland under speciella perioder kan vara särskilt sårbara. Ett historiskt perspektiv som sträcker sig över hela seklet tycks vara nödvändigt för att rätt förstå vad som hänt under dess sista decennier.

Sammanfattning

I den sammanfattande diskussion om den ryska dödlighetskrisen som Shkolnikov och medarbetare förde (1998) skrev man följande:

uppgången i dödlighet kan inte bero på absolut deprivation, sjukvårdssystemets kollaps eller miljöföroreningar. I stället är det troligt att psykologisk stress, orsakad av chocken från en plötsligt och allvarlig ekonomisk omvandling har spelat en huvudroll, och till en del medierats genom en omätlig alkoholkonsumtions negativa hälsoeffekter.

Vi kan notera att man poängterar att den "chock" som den ekonomiska omvandlingen innebar är den viktigaste aspekten i en förklaring. Omvandlingen var dock inte bara ekonomisk utan också social och politisk. De senare aspekterna kan vara lika viktiga som den förra. Den ekonomiska nyordningen innebar en omfördelning av resurser, till att börja med en koncentration av krympande ekonomiska resurser på färre händer (ytterst de sk oligarkerna). Den politiska nyordningen, med val till lokala parlament, till den allryska Duman och till presidentämbetet har hittills inte förmått att ge de ryska medborgarna effektiva politiska medel att balansera koncentrationen av ekonomisk makt. I stället har oligarkernas inflytande i politiken, och i media, varit enormt. Det finns följaktligen heller knappast någon politisk organisation, eller någon organiserad medborgaropinion, som förmår driva krav om resurser till vård eller krav på att pensioner värdesäkras eller på att frukt och

grönsaker skall vara allmänt tillgängliga till överkomliga priser. Folkhälsoproblemet kan därför också uppfattas som politiskt, likväl som ekonomiskt, grundat.

Den psykologiska stress som Shkolnikov såg ryssarna drabbas av inför den ekonomiska omvandlingens tryck, och som i så fall måste ses som en huvudorsak till de över två miljoner "extra" dödsfall som inträffar under systemets sammanbrott och den nya sociala ordningen, är förstås inte en ren avspiegling av den ekonomiska förvandlingen. En sådan psykologisk reaktion, en masse, måste uppstå genom obalansen mellan koncentrationen av ekonomisk makt och bristen på kollektiva, medborgerliga, demokratiska motkrafter. Det kollektiva handlingsutrymmet beskärs och individerna får hitta sina egna lösningar bäst de kan. Till bilden hör också att få levande personer i Ryssland har egen, eller ens en äldre släktings, upplevelse av demokratisk maktutövning. Efter tsarismen, kom ytterligare 6-7 decennier av politiskt förtryck, tidvis återkommande massförföljelse och fysisk utrotning av politiska och sociala meningsmotståndare (inklusive partimedlemmar och medlemmar av nomenklaturan) (Werth, 1999). Dessa erfarenheter har hittills begränsat den ryska befolkningens förmåga att utveckla en effektiv demokratisk maktutövning i sitt eget intresse.

Utvecklingen under 1990-talet har därför lett till att påfrestningarna på traditionella sociala institutioner, inklusive de på familjeinstitutionen som sådan, har ökat. Som Carlson (2000) har föreslagit kan detta vara den mekanism genom vilket ryska mäns alkoholdrickande har ökat och förmått spela en roll i den ryska folkhälsokrisen. Exakt vilken tyngd alkoholfrågan har i den ryska folkhälsokrisen är dock svårt att avgöra. Alkoholen kan inte förklara den negativa utvecklingen av kvinnornas hälsa, som har varit proportionellt lika omfattande som männens, om än mindre i absoluta tal.

Alla de förhållanden, som vi pekat på ovan, dvs hälso- och sjukvårdens resurser, alkoholkonsumtionen, massfattigdomen, det sociala sammanbrottet och (otillräckligt kända) historiska faktorer har säkerligen betydelse. De obesvarade frågorna är snarare hur viktiga de är i förhållande till varandra och på vilket sätt de är ömsesidigt förbundna. Förklaringar som härleder folkhälsokrisen ur konsekvenser av socialt sammanbrott och sviktande social sammanhållning erbjuder den bästa möjligheten att integrera de olika alternativa förklaringar som diskuteras ovan. Betydelsen av historiska erfarenheter kan kanske bäst formuleras i termer av olika grupper eller generationers sårbar-

het, liksom utifrån kollektiv förmåga att utöva inflytande över lokal och nationell politik i Ryssland. De specifika förhållanden som gör att Ryssland drabbas så hårt hälsomässigt under den nya sociala ordningen, jämfört med Polen eller Tjeckien t ex, kan mycket väl ha att göra med denna typ av historiska faktorer.

Att ett samhälle som genomgår en social kollaps som en följd därav drabbas av en massiv kris vad gäller hälsa, sjuklighet och dödlighet visar hur intimt den sociala och hälsomässiga utvecklingen är länkade. Folkhälsan är till största delen socialt bestämd och studiet av detta förhållande borde vara ett centralt intresseområde också för sociologer. Folkhälsan är också historiskt bestämd och en ökad insikt i de förhållanden som rådde tidigare under 1900-talet synes också nödvändig.

Acknowledgement

Vi tackar Per Carlson och deltagarna på Sociologisk Forsknings seminarium i november 1999 för konstruktiv kritik av detta manus. Ann-Sofie Strömbäck bidrog med bearbetningar på RLMS. Östersjöstiftelsen, FRN och HSRF bidrog ekonomiskt till projektet.

Noter

¹ Beräknat utifrån antagandet att den åldersspecifika dödligheten år 1987 skulle bestå även under 1988-1997. Det så framräknade förväntade antalet dödsfall har jämförts med det verkliga och skillnaden rundats av till närmaste 100.000. Skillnaden mellan observerat och förväntat antal dödsfall, givet ovanstående antaganden, är 1.900.00 manliga och 600.000 kvinnliga dödsfall. Källa för information om dödsfall och befolkningstal (Mestlé et al, 1996; WHO, 2000).

² Begreppet stagnation om denna period användes först år 1970 (!) i ett brev från A. Sacharov, V Turtjin och R. Medvedev till kommunistpartiets CK under Bresjnev, samt till Kosygin, som representant för Ministerrådet och Podgornyj för Högsta Sovjet. Sacharov och medförfattare varnade redan då för en hotande stagnation i Sovjet och för en eftersläpning i förhållande till Väst. I brevet nämns bl a stagnation på vårdområdet, ökade alkoholproblem och brist på demokrati, som tecken på det sovjetiska samhällets inneboende svagheter. Brevet var rubricerat "utan en genomgripande demokratisering kommer vårt samhälle inte att kunna lösa sina problem". Hur rätt hade de inte i denna farhåga! (Brevet publiceras i sin helhet i detta nummer av Sociologisk Forskning).

Referenser

- Anderson, B.A., Silver, B.D. (1989) "Patterns of cohort mortality in the Soviet population", *Population and Development Review* (15):471-501.
- Barr, D.A., Field, M.G. (1996) "The current state of health care in the former Soviet Union: implications for health care policy and reform", *Am J Public Health* (86):307-312.
- Beevor, A. (1999) *Stalingrad*. London: Penguin Books.
- Bobak, M., Hynek, P., Hertzman, C., Rose, R., Marmot, M. (1998) "Socio-economic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey", *Soc Sci Med* (47):269-279.
- Bobak, M., Marmot, M. (1996) "East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda", *BMJ* (312):421-425.
- Bobak, M., Marmot, M. (1999) "Alcohol and mortality in Russia: Is it different than elsewhere?", *Annals of Epidemiology* (9):335-338.
- Bobak, M., McKee, M., Rose, R., Marmot, M. (1999) "Alcohol consumption in a national sample of the Russian population", *Addiction* (94):857-866.
- Carlson, P. (2000) *An unhealthy decade. A sociological analysis of the state of public health in Russia 1990-1998*. Akademisk avhandling. Stockholm: Elanders Gotab.
- Carlson, P., Vågerö, D. (1998) "The social pattern of heavy drinking in Russia during transition", *European Journal of Public Health* (8):280-285.
- Cox, D.R., Oates, D. (1984) *Analysis of survival data*. London: Chapman & Hall.
- Frierson, C.A. (1997) "Forced hunger and rational restraint in the Russian peasant diet: one populist's vision", s 49-66 i Glants, M., Toomre, J. (red) *Food in Russian history and culture*. Indiana: Indiana University Press.
- Hansen, E. (2000) "Fattigdom i Rusland: kontinuitet og endring", *Sociologisk Forskning* (37).
- Heretz, L. (1997) "The practice and significance of fasting in Russian peasant culture at the turn of the century", s 67-80 i Glants, M., Toomre, J. (red) *Food in Russian history and culture*. Indiana: Indiana University Press.
- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y. (1997) *A life course approach to chronic disease epidemiology. Tracing the origins of ill-health from early to adult life*.

- Oxford: Oxford University Press.
- Leon, D.A., Chenet, L., Shkolnikov, V.M., Zakharov, S., Shapiro, J., Rakhmanova, G., Vassin, S., McKee, M. (1997) "Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what?", *Lancet* (350):383-388.
- Medvedev, R. (1999) *Kapitalism i Ryssland?* Stockholm: ETC förlag.
- Meslé, F., Shkolnikov, V.M., Hertrich, V., Vallin, J. (1996) "Tendances récentes de la mortalité par cause en Russie 1965-1994", *Données Statistiques* (2).
- Mezentseva, E., Rimachevskaya, N. (1990) "The Soviet country profile: health of the U.S.S.R. population in the 70s and 80s--an approach to a comprehensive analysis", *Soc Sci Med* (31):867-877.
- Mäkinen, I. (2000) "Självordsdödligheten i den östeuropeiska omvandlingen", *Sociologisk Forskning* (37).
- Omran, A. (1971) "The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change", *Milbank Mem Fund Q* (49):509-538.
- Patterson, D. (1995) "Mortality in late Tsarist Russia: a reconnaissance", *Social History of Medicine* (8):179-210.
- Popkin, B.M., Zohoori, N., Baturin, A. (1996) "The nutritional status of the elderly in Russia, 1992 through 1994", *Am J Public Health* (86):355-360.
- Rush, D., Welch, K. (1996) "The first year of hyperinflation in the former Soviet Union: nutritional deprivation among elderly pensioners, 1992", *Am J Public Health* (86):361-367.
- Shapiro, J. (1995) "The Russian mortality crisis and its causes" i Åslund, A. (red) *Russian economic reform and risk*. London: Pinter.
- Shkolnikov, V.M., Cornia, G.A., Leon, D.A., Meslé, F. (1998) "Causes of the Russian mortality crisis: evidence and interpretations", *World Development* (26):1995-2011.
- Shkolnikov, V.M., Nemtsov, A. (1997) "The anti-alcohol campaign and variations i Russian mortality", s 239-261 i Bobadilla, J.L., Costello, C.A., Mitchell, F. (red) *Premature death in the New Independent States*. Washington DC: National Academy Press.
- Simpura, J., Levin, B.M., Mustonen, H. (1997) "Russian drinking in the 1990s: patterns and trends in international comparison", s 79-107 i Simpura, J., Levin, B.M. (red) *Demystifying Russian drinking*. Helsinki: STAKES.

- Sparén, P., Vågerö, D. (2000) "Coronary heart disease mortality in Russia 1965-1994 - is there a consistent cohort effect?", Manuskript .
- Sparén, P., Vågerö, D., Shestov, D.B., Plavinskaja, S., Parfenova, N., Paturot, D., Hoptiar, V., Galanti, M.R. (2000) "Long term mortality after severe starvation. Echo from the Siege of Leningrad", Manuskript .
- Therborn, G. (1995) *European modernity and beyond. The trajectory of European societies 1945-2000*. London: SAGE.
- Tunstall-Pedoe, H., Vanuzzo, D., Hobbs, M., Mähönen, M., Cepaitis, Z., Kuulasmaa, K., Keil, U. (2000) "Estimation of the contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates and coronary heart disease mortality across the WHO Monica Project populations", *Lancet* (355):688-700.
- Werth, N. (1999) "En stat mot sitt folk: våld, repression och terror i Sovjetunionen", s 48-275 i Courtois, S. (red) *Kommunismens svarta bok*. Stockholm: Bokförlaget DN.
- Wilkinson, R. (1996) *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- World Health Organisation (2000) *WHO Health for All data base*. Copenhagen: WHO.
- Vågerö, D., Illsley, R. (1992) "Inequality, health and policy in East and West Europe", *International Journal of Health Sciences* (3):225-239.
- Zohoori, N., Mroz, T.A., Popkin, B., Glinskaya, E., Lokshin, M., Macini, D., Kozyreva, P., Kosolapov, M., Swafford, M. (1998) "Monitoring the economic transition in the Russian Federation and its implications for the demographic crisis - the Russian Longitudinal Monitoring Survey", *World Development* (26):1977-1993.

Abstract

Stagnation, break-down and a new social order – the roots of the Russian public health crisis

Long term trends of deteriorating health status in Soviet Union and Eastern Europe during the last two decades of communism were followed by a new crisis in health, after the collapse of its social system. In contrast, the perestroika period coincided with strongly improved public health. Explanations for the latest Russian health crisis are discussed. It is concluded that explanations based on poor medical care, excessive alcohol consumption or nutritional deprivation are, at best, insufficient. The collapse of the social system itself has lead to a narrowing of individual and collective decision latitudes; we speculate that historical factors, such as vulnerability of specific birth cohorts or segments of the population, may be part of the unexpected and very steep rise of mortality during the first half of the 1990s.

Keywords: Russia, stagnation, transition, health, mortality