

Sociala skillnader i alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet i Sverige

- betydelsen av riskfaktorrelaterad social rörlighet

Örjan Hemström, Tomas Hemmingsson

Sedan tidigare vet vi att det finns stora klasskillnader i alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet i Sverige. Vi antar att det finns två möjliga förklaringar till hur dessa skillnader uppkommer och består. Dessa benämner vi belastningshypotesen och rörlighetshypotesen. Med två longitudinella datamaterial och analyser av klassrelaterad rörlighet försöker vi pröva dessa hypoteser. Vi använde ett rikstäckande kohortmaterial bestående av ca 50,000 män (värnpliktsmaterialet) och ett registermaterial där uppgifter från folkräkningarna 1980 och 1990 länkats till dödsfallsregistret (1,86 miljoner män och 1,83 miljoner kvinnor). I värnpliktsmaterialet analyserades alkoholismdiagnoser i slutenvårdsregistret (1301 fall) och från det länkade dödsfallsregistret alkoholrelaterade dödsfall (6501). Resultaten visade att det sker ett större inflöde av individer med tidiga riskfaktorer för alkoholism (etablerade redan i ungdomen) till klasser med en förhöjd risk för alkoholism i 35-årsåldern (arbetare, lägre tjänstemän, företagare). Ca 2/3 av klasskillnaderna i alkoholrelaterad sjuklighet kunde hänföras till tidiga riskfaktorer. Analysen av rörlighet under yrkeskarriären mellan 1980 och 1990 visade att nya klassmedlemmar i stor utsträckning har en dödlighet som ligger nära den för stabila. Rörligheten under yrkeskarriären bland 30-64-åringar förefaller att upprätthålla (efter 50 år) eller till och med öka (under 50 år) klasskillnaderna i alkoholdödlighet.

Örjan Hemström är docent och forskarassistent vid Chess, Stockholms Universitet/Karolinska institutet

Tomas Hemmingsson är forskare vid arbetslivsinstitutet

Inledning

Missbruk av alkohol har en stor negativ inverkan på folkhälsan i vårt land och i många andra länder och bidrar påtagligt till att förkorta den förväntade livslängden efter 15 års ålder - dock klart mer för män (Mäkelä, 1998) och mer för lägre tjänstemän och arbe-

tare jämfört med tjänstemän på mellan- och högre nivå (Mäkelä m fl, 1997). I vissa åldrar utgör alkoholrelaterade dödsfall en fjärdedel av alla dödsfall (Boström, 2001). Det är inom detta område vi vill ge ett bidrag till diskussionen om alkoholens roll på folkhälsoområdet.

Klasskillnader i alkoholrelaterad dödlighet, med en högre dödsrisk för arbetargrupper jämfört med tjänstemannagrupper, har rapporterats från 1970-talet och framåt för både män och kvinnor i Sverige (Leifman, 1998; Lundberg & Östberg, 1990). Liknande fynd har också rapporterats för exempelvis Finland (Mäkelä m fl, 1997), Frankrike (Behm & Vallin, 1980), Storbritannien (Marmot, 2001) och USA (Harford & Brooks, 1992).

Större frågeundersökningar visar paradoxalt nog inte med samma entydighet att arbetare konsumerar mer alkohol än tjänstemän, varken i Sverige (Leifman, 1998) eller i Storbritannien (Marmot, 2001). Åtminstone i Sverige är det dock vanligare att arbetare, jämfört med tjänstemän, är såväl högkonsumenter, frekventa intensivkonsumenter som nykterister (Leifman 1998: 52). Det förefaller således som om spridningen av alkoholvanor är större bland arbetare än bland tjänstemän. En annan studie fann också att spridningen i alkoholvanor inom arbetarklassen troligen har ökat under senare decennier (Norström & Romelsjö, 1999). Norström och Romelsjö visade att det inte behövs en särskilt stor skillnad i förekomsten av problemkonsumtion i olika klasser för att det ska få förhållandevis stora konsekvenser för alkoholrelaterad dödlighet. Detta beror på att riskfunktionen mellan alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade skador inte är linjär utan konvex: en liten grupp kan därmed bidra med en hög andel av alla skador.

Belastningar, social rörlighet och alkoholrelaterad ohälsa

Vi antar att det finns åtminstone två teoretiska förklaringar till varför det finns systematiska klasskillnader i alkoholrelaterad ohälsa:

(1) Klassrelaterade exponeringar orsakar

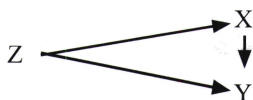
skillnader i alkoholrelaterad ohälsa (belastningshypotesen).

(2) Individer med riskfaktorer för alkoholism ansamlas i vissa yrken och tenderar att röra sig nedåt och/eller att individer utan riskfaktorer rör sig uppåt (rörlighetshypotesen).

Belastningshypotesen kan tolkas som att socioekonomiska förhållanden har en kausal inverkan på att mängden alkoholproblem varierar mellan klasser. I sin avhandling "Alcoholismus chronicus" från 1848 förklarar den kände alkoholforskaren och läkaren Magnus Huss det omfattande supandet bland svenska arbetare med att hänvisa till de hårda villkor de levde under. Arbetarklassen konsumerade brännvin för att uthärda det hårda arbetet och den dåliga födan, enligt Huss, och ett stort supande hos arbetare uppfattades som normalt (se även Engels för England vid samma tid). Idag är det vanligt att diskutera det faktum att alkoholism är olika vanligt inom olika yrken som ett resultat av yrkesförhållanden inom respektive yrke. Vi har tidigare visat att s.k. psykosociala belastningar i arbetet, såsom bristande inflytande, låga krav, och svagt socialt stöd, förefaller att vara relaterat till en ökad risk för en alkoholismdiagnos i slutenvård (Hemmingsson & Lundberg 1998). De egna alkoholvanorna kan även påverkas av arbetskamraternas beteenden, och inte bara av typiska riskfaktorer i arbetsmiljön (Martin m fl, 1996).

Rörlighetshypotesen betyder istället att individer som av olika skäl har en ökad risk att utveckla alkoholproblem kommer att ansamlas i vissa positioner. Lundberg (1990) påpekar att man bör skilja mellan direkt hälsorelaterad mobilitet och indirekt sådan. Det är den senare typen av mobilitet som har visats vara mest relevant, och den innebär att det finns faktorer (vanligen avses faktorer som till stor del finns hos individen redan

innan man börjar förvärvsarbete) som har samband både med uppnådd klassposition och med riskfaktorer för alkoholsjukdom i det vuxna livet. Detta kan illustreras med en enkel figur:



Z representerar tidiga personens egenskaper eller en multifaktoriell psykosocial riskbild (se t.ex. Donovan & Jessor 1978; Clapper m fl, 1995) som kan hänga samman med både klass (X) och alkoholsjukdom (Y) senare i livet. Enligt denna hypotes kan en del av det ojämlika utfallet i alkoholrelaterad ohälsa bero på en tendens för individer med problemegenskaper att röra sig från högre till lägre sociala positioner (nedåtriktad rörlighet från ursprungsklass) i samhället samt av personer som saknar dessa riskfaktorer till högre positioner (uppåtriktad rörlighet), något som vi här benämner riskfaktorrelaterad rörlighet. Riskfaktorerna är delvis dynamiska egenskaper, varför de troligen kan påverkas till det bättre eller sämre i olika yrken (pilen från X till Y i figuren representerar en sådan interaktion: se även Hemmingsson & Lundberg, 2001), och att de även kan ha betydelse för rörlighet på arbetsmarknaden efter individens arbetsmarknadsinträde.

För att kunna pröva de två hypoteserna krävs longitudinella data och en särskild analys av inflöden och utflöden mellan yrken med olika klassposition. Mobilitet kan vara intergenerationell (mellan generationer) eller intragenerationell (för en individ i arbetslivet). Det förefaller som om det har funnits en generell tendens till att individer behåller sin ursprungsklass och skillnader mellan länder är inte stora; möjligen har klassbyten mellan generationer varit något vanligare i Sverige än i jämförbara länder (Erikson &

Goldthorpe, 2002).

Betydelsen av intragenerationell mobilitet för ett upprätthållande av klasskillnader i alkoholproblem föreslogs redan 1934 i en utredning om alkoholkonsumtionens fördelning i befolkningen i Stockholm (Dahlberg & Stenberg 1934). Författarna förklarar den låga förekomsten av alkoholister bland de bättre ställda i samhället genom att hänvisa till ett systematiskt utflöde av alkoholproblematiser, dvs att de som utvecklar ett missbruk snart kommer att återfinnas i en lägre social position. Eftersom klasskillnaderna i alkoholkonsumtion under de senaste decennierna har förefallit ganska små i frågeundersökningar har det rests en hypotes om nedåtriktad mobilitet som en möjlig förklaring till de stora klasskillnaderna i alkoholrelaterad dödlighet (Marmot, 2001). Marmot menar att dessa nedåtmobila individer (med alkoholproblem) kan vara systematiskt underrepresenterade i normala frågeundersökningar och skulle kunna bidra till en ökad dödlighet i lägre sociala skikt trots att man inte kan se någon tydlig skillnad i rapporterade alkoholvänor, alternativt redovisa sin konsumtion i en klass och, efter en nedåtriktad mobilitet, dö i en annan klass. Svenska studier antyder också att personer med alkoholproblem i stor utsträckning rör sig socialt nedåt eller ut från arbetsmarknaden (Romelsjö & Diderichsen 1989, Leifman, 1998: 32). För personer utan arbete under en längre tid verkar den alkoholrelaterade dödligheten vara synnerligen hög (Hemström, 2002).

Frågan om riskfaktorrelaterad rörlighet mellan generationer är starkt kopplad till föreställningen om barndomens betydelse för ohälsa i vuxenlivet. Ett antal faktorer från barn- och ungdomsåren, såväl uppväxtvillkor som personlighetsfaktorer, har visats vara relaterade till senare alkoholproblem (Hawkins m fl, 1992; Cloninger m fl, 1988;

Caspi m fl, 1996). På så sätt har vissa funnit att antal berusningstillfällen före 16 års ålder starkt predicerar en ökad risk för senare alkoholmissbruk (Clapper m fl, 1995). Orsaken till riskkonsumtion av alkohol är ofta faktorer från barndomen, men riskkonsumtion i sig kan förändras påtagligt över tid. I en longitudinell kohortstudie erhöles relativt svaga samband mellan riskkonsumtion i tonåren jämfört med senare i livet (Wennberg m fl., 2000). Men det har också visats att det inte är alkoholkonsumtionen i ungdomen i sig som predicerar senare alkoholism utan att det snarare är ett antal faktorer som verkar i samma riktning (Donovan & Jessor, 1978; Kilty, 1990; Clapper m fl, 1995; Hemmingsson m fl, 1998). Ett flertal studier har också visat att ogynnsamma livsstilsfaktorer som rökning, alkoholkonsumtion och låg fysisk aktivitet är vanligare bland ungdomar som senare hamnar i lägre socioekonomiska grupper jämfört med dem som hamnar i högre (Glendinning m fl, 1995; Koivusilta m fl, 1998; Hemmingsson m fl, 1998). Glendinning och medarbetare (1995) fann att de som var negativt inställda till skolan vid 16 års ålder konsumerade mer alkohol vid 18 års ålder än övriga. Det är sannolikt att en hög alkoholkonsumtion i ungdomen är oförenligt med goda skolresultat och bidrar till att begränsa möjligheterna till att undvika ogynnsamma arbetsvillkor.

Den fråga vi är intresserade av här är om social mobilitet, inter- respektive intragenerationell, i någon utsträckning är relaterad till riskfaktorer för alkoholmissbruk och om den i sådana fall inverkar på storleken på skillnaderna i alkoholproblem mellan klasser. Elstad (2001) påpekar att faktorer som har betydelse i detta sammanhang är hur stor mobiliteten är, om den är hälsorelaterad eller inte och på storleken på de ursprungliga hälsoskillnaderna (dvs före rörligheten) mellan

de sociala klasserna. Om belastningshypotesen är giltig borde vi förvänta oss att mobila personer har något kvar av tidigare exponeringar från sina gamla klasspositioner. Det borde ta några år av nya villkor och belastningar innan hälsorelaterade beteenden (framtida hälsoutfall) förändras i en positiv eller negativ riktning. Om nivån på ohälsa eller dödlighet inte skiljer sig alls mellan stabila personer i en klass jämfört med inflödet, antyder detta en mobilitet av hälsorelaterade beteenden (inflödet var då troligen rätt lika stabila redan innan de bytte klass). Alkoholrelaterad dödlighet är här av särskilt intresse, eftersom det vanligen tar många år av hög konsumtion (inte nödvändigtvis missbruk) innan man avlider eller blir allvarligt sjuk av sina alkoholvanor.

Material och metod

Två material med longitudinell design används för att analysera vilken betydelse yrkesrelaterad mobilitet kan ha för klasskillnader i alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet.

För att studera betydelsen av rörlighet mellan generationer (intergenerationell mobilitet) användes ett datamaterial bestående av 49 323 män, födda 1949-51, som mönsttrade till allmän värnplikt 1969/70 (då männen var 18-20 år gamla). Vid mönstringen insamlades en mängd information om varje individ, bland annat om rökning, alkoholkonsumtion, sociala förhållanden, antal vänner och relation till föräldrar. Somatiska och psykiatriska diagnoser sattes i förekommande fall av läkare respektive psykiatriker. För samtliga dessa personer har information om yrke och socioekonomisk position hämtats från Folk- och bostadsräkningen 1985 (då männen var 34-36 år gamla). Vi har sedan följt samtliga män i det nationella

slutenvårdsregistret 1986-96 (då männen var 35-45 år gamla) med avseende på alkoholrelaterad sjuklighet (ICD8: 291, 303, E980; ICD9: 291, 303, 305.0, E980). Med hjälp av logistisk regressionsanalys beräknades odds-kvoter som skattningar av relativa risker.

Betydelsen av individens rörlighet inom det egna yrkeslivet (intragenerationell mobilitet) analyseras med hjälp av uppgifter från ett totalbefolkningsregister. Uppgifter från Folk- och bostadsräkningarna 1980 och 1990 länkades till dödsfallsregistret för perioden 1/11 1990 till 31/12 1995 (Hemström, 2002). Följande dödsorsaker (koder enligt ICD:s nionde version) definierades som alkoholrelaterade: alkoholpsykos (291), alkoholberoende (303), alkoholmissbruk (305.0), alkoholrelaterad polyneuropati (357.5), alkoholrelaterad kardiomyopati (425.5), gastrit av alkohol (535.3), levercirros av alkohol (571.0-571.3), pankreatit av alkohol (577.0-577.1) samt alkoholförgiftning (N860, E980). Underliggande och bidragande dödsorsaker användes för att fastställa alkoholrelaterade dödsfall. Vi fann totalt 6501 sådana dödsfall (5332 bland män och 1169 bland kvinnor) som inträffade i den uppnådda åldern av 30-64 år under uppföljningsperioden. Populationen den 1/11 1990 bestod av 1,86 miljoner män och 1,83 miljoner kvinnor. Klass fastställdes med hjälp av SCB:s socioekonomiska indelning 1980 och 1990. För att förenkla mobilitetsanalyserna användes följande grupper: arbetare, lägre tjänstemän, tjänstemän på mellan eller högre nivå, företagare (inklusive jordbrukare) samt oklassificerade. Poisson regression användes och antalet personår beräknades på normalt sätt (ett halvt år i händelse av dödsfall). Åldersjusterade dödskvoter redovisas med tjänstemän på mellan- och högre nivå som referensgrupp (alternativt hade en sådan position både 1980 och 1990).

Resultat

Från barn- och ungdom till egen socioekonomisk grupp

Ett antal riskfaktorer för senare alkoholism, etablerade redan i ungdomen (då de unga männen var 18-20 år gamla och på väg in på arbetsmarknaden), var betydligt vanligare bland dem som ca 15 år senare (då männen var 34-36 år gamla) var arbetare, företagare och ej förvärvsarbetande än bland dem som blev tjänstemän på mellan- och högre nivå (tabell 1). Hög konsumtion av alkohol var betydligt vanligare bland dem som kom att bli arbetare, men samma mönster gällde också för andra riskfaktorer för senare alkoholmissbruk, såsom dålig psykisk hälsa och tobaksrökning. Det har tidigare klart visats att detta förhållande gäller oavsett vilken social position (faderns) männen hade i barn- och ungdomen. De som kom från arbetarklasshem och sedan hade ett tjänstemannayrke var väldigt lika stabila tjänstemän med avseende på dessa riskfaktorer och vice versa (Hemmingsson m fl, 1999).

Bland männen gavs 1301 personer (3 % av den ursprungliga kohorten) en alkoholismdiagnos i slutenvård under åren 1986-96. Risken att få en alkoholismdiagnos i slutenvård var betydligt vanligare bland arbetare än bland tjänstemän (tabell 2). Det fanns också en variation i denna risk inom arbetar- och tjänstemannakollektiven. Då hänsyn togs till riskfaktorerna mätta vid mönstringen sjunker de relativa riskerna betydligt (-60-71%) bland arbetargrupperna, lägre tjänstemän, företagare och ej förvärvsarbetande. Det betyder att kvarvarande effekter av en multifaktoriell riskbild för senare alkoholism som var etablerad redan i sena tonåren kunde förklara en övervägande del av skillnaderna i alkoholismdiagnoser i slutenvård mellan de socioekonomiska grupperna men att det fort-

Tabell 1. Andel med riskfaktorer för senare alkoholism, enligt information från 1969/70 (vid 18-20 års ålder) bland män födda 1949-51 och som enligt FoB85 (vid 34-36 års ålder) befann sig i någon av åtta socioekonomiska grupper (enligt klassificering av SCB).

	TjmH	TjmM	TjmL	Yarb	EjYarb	Föret	Lantbr	Ejarb
N=	6089	7898	4061	8746	8402	2189	1016	4644
Riskbruk av alkohol	5.6	7.7	9.7	15.9	16.4	15.1	4.8	21.5
Svagt socialt kontaktnät	9.7	11.3	10.8	12.0	14.2	9.9	14.6	15.2
Låg emotionell kontroll	21.8	22.5	28.2	29.5	35.8	27.6	22.1	40.3
Skilda föräldrar	5.6	6.8	8.7	9.5	10.6	9.4	2.3	15.0
Kontakt med polis eller barnavård	14.9	20.3	24.4	34.1	33.3	34.1	12.9	39.3
Rökning	32.1	38.4	46.3	53.8	53.9	54.0	25.5	54.9
Psykiatrisk diagnos vid mönstringen	6.4	7.4	10.9	11.1	14.8	10.2	7.2	21.0
Lågt värde på begåvningsstest	1.6	5.1	12.4	25.2	32.9	20.3	21.5	22.4

Tjänstemän på högre nivå (TjmH), Tjänstemän på mellannivå (TjmM), Tjänstemän på lägre nivå (TjmL), Yrkesutbildade arbetare (YArb), Ej yrkesutbildade arbetare (EjYArb), Företagare (Föret), Lantbrukare (Lantbr), och Ej förvärvsarbetande (Ejarb)

farande fanns signifikanta skillnader kvar. Hög alkoholkonsumtion i sena tonåren var en av flera viktiga riskfaktorer för att senare erhålla en alkoholismdiagnos. Då analysen genomfördes utan att ta hänsyn till skillnader i alkoholkonsumtion vid mönstringen, men med hänsyn till skillnader i samtliga andra riskfaktorer, förklarades nästan lika mycket som då även alkoholkonsumtion ingick i

analysen. Vi tolkar detta som att hög alkoholkonsumtion i sena tonåren för många är ett uttryck för, till exempel, en nedsatt psykisk hälsa. De ogynnsamma förhållanden som rapporterades i sena tonåren har då sitt ursprung i en bredare gemensam faktor, förslagsvis problematiska psykosociala exponeringar under uppväxten.

Tabell 2. Den relativa risken (RR), samt 95% konfidensintervall (KI), att få en alkoholismdiagnos i slutenvård 1986-96 (1301 fall) i åtta socioekonomiska grupper med risken bland tjänstemän på högre nivå som referensgrupp. I den multivariata analysen har hänsyn tagits till förekomsten av de riskfaktorer för senare alkoholism som redovisades i tabell 1.

SEI (antal fall)	Åldersjusterat		Multivariat*	
	RR	KI (95%)	RR	KI (95%)
Tjänsteman, hög (45)	1,0	(ref)	1,0	(ref)
Tjänsteman, mellan (95)	1,7	1,2-2,4	1,3	0,9-1,9
Tjänsteman, låg (73)	2,5	1,7-3,6	1,6	1,1-2,3
Facklärd arbetare (228)	3,5	2,5-4,9	1,7	1,2-2,4
Ej facklärd arbetare (341)	5,4	3,9-7,4	2,5	1,8-3,5
Företagare (56)	3,4	2,3-5,1	1,7	1,1-2,6
Lantbrukare (4)	0,6	0,2-1,6	0,5	0,2-1,5
Ej förvärvsarbetande (459)	13,5	9,8-18,5	5,9	4,3-8,3

* Kontroll för ålder, riskbruk av alkohol, svagt socialt nätverk, låg emotionell kontroll, skilda föräldrar, kontakt med polis- och barnavård, rökning, psykiatrisk diagnos vid mönstringen, samt värde på begåvningstest.

Rörlighet inom den egna yrkeskarriären

Det fanns köns- och klasskillnader i andelen som var klasstabila under perioden 1980-90 (tabell 3). Vi bör förvänta oss att betydelsen av rörlighet för storleken på klasskillnader i alkoholrelaterad ohälsa är störst där rörligheten också är störst (således bland män och kvinnor som vid ett tillfälle var företagare och oklassificerade samt för män som var lägre tjänstemän, grupper där en majoritet bytt till en annan klass). Av utrymmesskäl redovisar vi inte detaljerat hur stora nettoflöden som sker i utbytet av individer mellan klasser. Det bör nämnas att den manliga arbetarklassen (ej den kvinnliga) hade minskat i storlek med åtta procentenheter och att tjänstemän på högre nivåer blivit klart fler bland både kvinnor och män (+8 respektive +5 procentenheter). Trots denna strukturella tendens

till uppåtmobilitet (12% av tjänstemän på högre nivåer hade rekryterats från personer som hade ett arbetarklassyrke 1980) var det 6 procent av den manliga arbetarklassen (5% bland kvinnor) som hade rekryterat medlemmar från tjänstemannayrken. Här fokuserar vi på den alkoholrelaterade dödligheten i alla mobila och stabila grupper och jämför nivån på denna dödlighet med den för stabila tjänstemän på mellan och högre nivå (resultat för centrala grupper [kombinationer av arbetare och tjänstemän på högre nivåer] indikeras med fet stil).

Det finns en tendens till att inflödet "får" en alkoholrelaterad dödlighet i nivå med den för stabila, men inte helt och hållet (tabell 4). Både män och kvinnor som bytt från ett arbetaryrke till ett yrke på högre

Tabell 3. Andel män och kvinnor 30-64 år (1990) som hade samma klass 1980 och 1990 ("klasstabila") efter position 1980.

<i>Klass 1980</i>	<i>Män</i> % (N)	<i>Kvinnor</i> % (N)
Arbetare	65,2 (812.117)	66,3 (599.501)
Lägre tjänstemän	40,0 (164.954)	62,0 (338.032)
Tjänstemän på mellan/högre nivå	76,5 (450.554)	81,1 (291.573)
Företagare (inklusive jordbrukare)	49,4 (166.506)	39,5 (68.778)
Oklassificerade	43,0 (265.956)	36,2 (532.631)
Totalt	61,1 (1.860.087)	58,1 (1.830.515)

tjänstemannanivåer hade signifikant högre alkoholrelaterad dödlighet än de som hade sådana tjänstemannajobb både 1980 och 1990, samtidigt som de (särskilt männen) hade klart lägre dödlighet än stabila arbetare. De som var tjänstemän på högre nivåer 1980 och som var arbetare 1990 hade en alkohol-dödlighet något (ej signifikant) högre än den för stabila arbetare. Bilden var likartad för män och kvinnor och för individer som istället rört sig dit från lägre tjänstemannayrken eller från företagarklassen. Observera att osäkerheten i resultaten är större för kvinnor än för män.

Kvadröjande effekter av individens tidigare klass var med något undantag större bland män än bland kvinnor. Detta var tydligast för rörelser in och ut från arbetsmarknaden. Män som var oklassificerade 1980 hade en dödskvot på nära 8 om de hade ett arbetaryrke 1990 jämfört med stabila tjänstemän på högre nivåer. Motsvarande es-

timat för de som blivit lägre tjänstemän var 6,4, för tjänstemän på högre nivåer 1,8 och för företagare 3. För de som fortfarande inte hade något arbete var dödligheten extremt hög, mer än 20 gånger högre jämfört med referensgruppens nivå. Kvinnor som rört sig in på arbetsmarknaden hade ingen motsvarande förhöjd alkoholdödlighet (jämfört med stabila kvinnor i klasserna). Kvinnor som fortfarande var utan arbete skilde sig bara knappt (dödskvot = 11) jämfört med tidigare anställda kvinnor som rört sig ut från arbetsmarkanden (9,3-9,8). Det är bara bland män som det finns en tydlig gradient bland oklassificerade 1990 efter klass 1980.

En tolkning av vilka konsekvenser rörligheten i yrkeskarriären får för klasskillnader-na vid en viss tidpunkt kan möjligen erhållas om de totala skillnaderna efter position 1980 och 1990 jämförs (tabell 4). Manliga lägre tjänstemän avvek signifikant mer från tjänstemän på högre nivåer efter position 1990

Tabell 4. Klassposition 1980 och 1990 och alkoholrelaterad dödlighet 1990-95 (30-64 år). Åldersjusterade§ dödstalskvoter och 95 procent konfidensintervall från Poisson regressionser för män och kvinnor. Resultat hämtade från Hemström och Hemmingsson, 2002. 5332 alkoholrelaterade dödsfall för män och 1169 för kvinnor.

Klass- position i FoB80	Klassposition i FoB90					Efter position 1980
	Arbetare	Lägre tjänste- män	Tjm mellan/ högre	Före- tagare	Oklass. /ej förv. arb.	
<u>Män</u>						
Arbetare	3,6 (3,1-4,1)	2,7 (2,1-3,6)	1,5 (1,1-2,0)	1,8 (1,3-2,6)	15,1 (13,1-17,4)	3,2 (2,9-3,5)
Lägre tjänste- män	3,0 (2,2-4,2)	2,1 (1,6-2,6)	1,0 (0,7-1,5)	2,6 (1,4-4,6)	8,6 (6,9-10,7)	1,7 (1,5-2,0)
Tjm mellan eller högre	3,8 (2,8-5,2)	1,7 (1,1-2,4)	1 (ref)	1,5 (0,9-2,5)	5,8 (4,8-7,1)	1 (ref)
Företagare (inkl jordbr.)	2,9 (2,2-3,8)	1,6 (0,8-3,0)	1,2 (0,7-2,2)	1,4 (1,1-1,8)	7,1 (5,8-8,8)	1,6 (1,4-1,8)
Oklassificerade/ ej förv.arb.	7,7 (6,5-9,3)	6,4 (4,6-9,1)	1,8 (1,3-2,5)	3,0 (1,8-5,0)	22,8 (19,9-26,1)	9,2 (8,3-10,1)
<i>Män efter position 1990</i>	3,4 (3,1-3,9)	2,1 (1,8-2,5)	1 (ref)	1,5 (1,2-1,8)	13,6 (12,3-15,1)	
<u>Kvinnor</u>						
Arbetare	2,5 (1,8-3,4)	1,5 (0,7-2,9)	2,0 (1,0-3,7)	1,8 (0,7-5,1)	9,8 (7,0-13,6)	2,1 (1,6-2,6)
Lägre tjänste- män	3,8 (2,1-6,8)	2,0 (1,4-2,9)	1,8 (1,0-3,1)	5,2 (2,2-12,1)	9,7 (6,6-14,2)	1,7 (1,4-2,2)
Tjm mellan eller högre	3,6 (1,5-8,5)	1,3 (0,5-3,6)	1 (ref)	1,2 (0,2-8,5)	9,3 (6,0-14,4)	1 (ref)
Företagare (inkl jordbr.)	2,7 (1,3-5,7)	3,9 (1,5-9,7)	1,2 (0,2-9,0)	1,1 (0,5-2,5)	3,9 (2,1-7,4)	1,3 (0,9-1,9)
Oklassificerade/ ej förv.arb.	2,6 (1,8-3,7)	2,5 (1,5-4,1)	0,8 (0,4-1,5)	2,2 (0,9-5,1)	11,0 (8,0-15,0)	3,2 (2,5-4,0)
<i>Kvinnor efter position 1990</i>	2,2 (1,8-2,9)	1,8 (1,4-2,3)	1 (ref)	1,6 (1,0-2,6)	8,9 (7,1-11,1)	

(2,1 [1,8-2,5]) jämfört med position 1980 (1,7 [1,5-2,0]). För arbetarna var tendensen densamma, men den relativt högre dödligheten efter position 1990 (3,4 jämfört med 3,2 efter position 1980) var inte signifikant större efter den senaste positionen. Det är kanske förvånande att skillnaden för arbetarna inte blev större efter den tidigare positionen, trots att manliga arbetare som selekterades

bort från arbetsmarknaden hade en markant förhöjd dödlighet. Samtidigt finns det ett påtagligt inflöde av individer med hög risk för alkoholdödsfall till arbetarklassen, både från högre tjänstemannapositioner och från en oklassad position. Antalsmässigt är inflödet till arbetarklassen störst från de oklassificerade 1980, vilka utgjorde 10 procent av 1990 års manliga arbetarklass och 28 procent av

kvinnornas.

En analys av skillnaden i alkoholdödlighet mellan grupper av män som rörde sig till och från arbetare och tjänstemän på högre nivåer vid olika åldrar ger en intressant bild. Sådana tjänstemän som blivit arbetare i 40-49 års ålder (knappt 7000) hade en överdödlighet på 7,2 (4,5-11,4) jämfört med den stabila tjänstemannagruppen (stabila arbetare hade en dödskvot på 4,3 [3,4-5,6] i denna åldersgrupp). Samtidigt hade f.d. manliga arbetare som rört sig till den högre tjänstemannagruppen (ca 26000) ingen signifikant förhöjd dödlighet (1,3 [0,8-2,2]). I denna åldersgrupp resulterade de stora och systematiska skillnaderna i inflödet till klasserna att de totala skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän på högre nivåer blev betydligt högre efter position 1990 (4,6 [3,7-5,6]) jämfört med position 1980 (3,2 [2,7-3,8]). I åldrar över 50 ser det mer ut som i tabell 4 (nedåtrörliga tjänstemän skiljer sig inte signifikant från stabila arbetare; uppåtrörliga arbetare har en något förhöjd dödlighet).

Diskussion

Vi har på olika sätt studerat hur den alkoholrelaterade ohälsan skiljer sig åt mellan klasser. Två möjliga förklaringsmodeller identifierades, belastningshypotesen och rörlighetshypotesen. I våra redovisningar fokuserade vi på rörlighetshypotesen som enligt vår bedömning bör utredas innan ett mått på storleken av belastningseffekter kan göras. Det bör förstås observeras att belastande socioekonomiska exponeringar kan ackumuleras över livet, men också att de förklaringar som kan knytas till de två hypoteserna inte utesluter varandra (Vågerö, 1991). Andelen individer med olika klassposition 1980 och 1990 var hög (39% av männen och 42% av kvinnorna hade det). Det finns därmed ett

påtagligt utrymme för komplexa samspel mellan systematisk individrörlighet till olika klasser och belastande socioekonomiska exponeringar.

Ett antal riskfaktorer för senare alkoholism etablerade redan i sena ungdomen (hög alkoholkonsumtion, rökning, psykiatrisk diagnos, skilda föräldrar mm enligt mönstersundersökningen) var vanligare bland unga män som rekryterades till arbetaryrken och till företagarklassen (som i de flesta fall var hantverkare) jämfört med dem som rekryterades till tjänstemannaryrken. Dessa riskfaktorer förklarade sedan en övervägande del av den stora skillnaden i förekomst av alkoholismdiagnoser i slutenvård mellan de sociala klasserna bland männen i 35-45 års ålder. En möjlig invändning skulle kunna vara att vissa av arbetarna hade en stabil egen arbetarklassposition redan vid mönsterringen, och att riskfaktorbilden egentligen berodde på akuta yrkesexponeringar vid arbetsmarknadsinträdet i 17- 18-årsåldern (exempelvis en inkomst som ökar möjligheten att missbruka). Detta förefaller inte sannolikt av främst två skäl. (1) Det skulle möjligen kunna gälla för beteendefaktorer som alkoholkonsumtion och rökning, men knappast vara kausalt relaterat till att föräldrarna skiljer sig eller att man får en psykiatrisk diagnos, mm (se tabell 1). Det är svårt att förstå hur ett tidigt arbetsmarknadsinträde skulle kunna få sådana vida konsekvenser. (2) Ett flertal studier har visat att beteendefaktorer, såsom rökning, alkoholkonsumtion och ogynnsamma matvanor etableras i tidiga tonåren och att sådana beteenden är starkt relaterade till studieinriktning och framtida social position (Koivusilta, 1998, 2001; Rönkö & Pulkkinen, 1995; Glendinning, 1995). Mer rimligt är att individer med ogynnsamma förhållanden i barn- och ungdomsår har färre möjligheter att välja yrke

eller utbildning, och att dessa tidiga ogynnsamma faktorer påverkar såväl psykisk hälsa och beteendefaktorer (alkohol/rökning) som yrkesval. Individer med riskfaktorer (såväl från tjänstemannabakgrund som från arbetarbakgrund) hamnar då oftare i arbetarklassen än individer utan riskfaktorer. Barn- och ungdomsåren förefaller att vara en kritisk period där riskfaktorer etableras som har en avgörande betydelse för risken att utveckla alkoholproblem åtminstone upp till femtioårsåldern. Det är troligt att viktiga riskfaktorer från barndomsmiljön härstammar från en familjekontext men inte nödvändigtvis från en socioekonomisk kontext. Familjerelaterade faktorer (som förekommer i alla klasser) kan vara av avgörande betydelse för vilka som rör sig socialt uppåt eller nedåt mellan generationerna.

Vi kunde även visa att den intragenerationella rörligheten (individers yrkeskarriär) tenderar att upprätthålla eller t.o.m. öka klasskillnaderna i alkoholrelaterad ohälsa. För män i åldrar under 50 år (särskilt 40-49 år) var det systematiska och stora skillnader i inflödet till arbetare och tjänstemän på högre nivåer. Individer med höga risker verkar i stor utsträckning rekryteras till arbetarklassen i yngre medelålder (bland annat från f.d. tjänstemän) och de med låga risker (från andra grupper) tenderar att hamna i de högre tjänstemannagrupperna. Trots ett utflöde av arbetare med mycket hög alkoholdödlighet från arbetsmarknaden tenderade rörligheten i dessa åldrar att skapa större skillnader i alkoholrelaterad dödlighet mellan arbetare och tjänstemän (under 50 år) eller upprätthålla skillnaderna (över 50 år).

Att nedåtmobila manliga tjänstemän i åldrar under 50 år hade en signifikant högre alkoholdödlighet än stabila arbetare (1,6 [1,1-2,3]) ger ett visst stöd åt rörlighetshypotesen. För män fann vi också en annan viktig aspekt

av mobilitet som inte är nedåtriktad, där dödligheten ändå är hög och där den bidrar till att upprätthålla stora dödlighetsskillnader mellan klasser. Det var bland tidigare oklassificerade män som rört sig till arbetarklassen och till lägre tjänstemannayrken. Möjligen är det fråga om en grupp instabila män¹ där alkoholproblem kan vara vanliga, vilka oftare än andra har vissa typer av tillfälliga jobb. Vi har tidigare funnit att yrkesmobila inom arbetarklassen också tenderar att ha en extra förhöjd alkoholdödlighet (jämfört med yrkesstabla arbetare) vilket ger ett visst stöd åt en sådan tolkning (Hemmingsson & Ringbäck Weitoft, 2001; Hemmingsson m fl, manuskript).

Vi har här enbart fokuserat på alkoholrelaterad dödlighet. Resultaten kan inte generaliseras till andra dödsorsaker. Möjligen har en riskfaktorrelaterad rörlighet till yrken inte lika stor betydelse för klasskillnader i andra dödsorsaker. Men när vi har analyserat andra dödsorsaker än alkohol på liknande sätt som här (se tabell 4) får vi ändå en förvånansvärt likartad bild: inflödet till klasserna ligger i allmänhet nära nivån för dödlighet som den för stabila klassmedlemmar, och vi kan även för dessa andra dödsorsaker se ett undantag för män som var oklassificerade 1980 men som rört sig in i arbetaryrken och yrken på lägre tjänstemannanivå vilka hade osedvanligt hög dödlighet (Hemström & Hemmingsson, manuskript). Det behövs dock mer detaljerade analyser av den intragenerationella mobiliteten och dess betydelse för klasskillnader i dödlighet för att bättre förstå hur social rörlighet (och hinder för sådan rörlighet) kan samverka med belastningar (se exempelvis Hemmingsson & Lundberg, 2001). Detta bör också studeras mer ingående för andra sjukdomar. Förändringar i dödsrisk efter ett klassbyte förefaller också att variera påtagligt med ålder och kön.

Slutsatser

Det finns stora klasskillnader i alkoholrelaterade sjukdomar i Sverige, oavsett om vi använder sjuklighet eller dödlighet som utfall. Vi vet sedan tidigare att alkohol påtagligt bidrar till klasskillnader i total dödlighet (Hemström, 2002; Mäkelä m fl, 1997). Våra fynd tyder på att förekomst av riskfaktorer för alkoholmissbruk har betydelse för yrkes- och klassrelaterad inter- såväl som intragenerationell mobilitet. Redan vid inträdet i arbetslivet, då de sociala klasserna etableras, är riskfaktorer för senare alkoholmissbruk vanligare bland dem som blir arbetare än bland dem som blir tjänstemän. De riskfaktorer som fanns i sena tonåren är med största sannolikhet utfall av förhållanden tidigare i livet. Dessa förhållanden inverkar troligen på sannolikheten för såväl uppåt- som nedåtriktad mobilitet mellan generationer. Rörlighet inom yrkeskarriären förefaller sedan att upprätthålla eller till och med öka klasskillnaderna i alkoholdödlighet. Denna typ av rörlighet är dock för liten för att kunna förklara de stora skillnaderna i denna dödlighet mellan klasserna. Det är troligt att individer med tidiga riskfaktorer utvecklar alkoholmissbruk i olika grad i gynnsammare jämfört med ogynnsammare positioner.

Studien har fått stöd av FAS Projekt No 2001-1057/Hemmingsson och Projekt No 2001-2934/Hemström.

Referenser

- Behm, H, Vallin, J (1980). Mortality differentials among human groups. I Preston, SH (red), Biological and social aspects of mortality and the length of life, s, 11-37. Liege, Belgien: Ordina Editions.
- Boström, G (2001). Levnadsvanor och folkhälsa. I Folkhälsorapport 2001, s. 217-271. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, Silva PA. (1996) Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Arch Gen Psychiatry, 53; 1033-1039.
- Clapper RL, Buka SL, Goldfield EC, Lipsitt LP, Tsuang MT (1995). Adolescent problem behaviors as predictors of adult alcohol diagnoses. International Journal of Addiction, 30, 507-523.
- Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adulthood. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 12, 494-505.
- Dahlberg G, Stenberg F (1934). Alkoholismen som samhällsproblem. Stockholm.
- Donovan JE, Jessor R. Adolescent problem drinking. Psychosocial correlates in a national sample. J Stud Alcohol 1978; 39: 1506-1524.
- Elstad, JI (2001). Health-related mobility, health inequalities and gradient constraint: discussions and results from a Norwegian study. European Journal of Public Health, 11, 135-140.
- Erikson, R, Goldthorpe, JH (2002). Intergenerational inequality: a sociological perspective. Journal of Economic Perspective, 16, 31-44.
- Glendinning A, Hendry L, Shucksmith J (1995). Lifestyle, health and social class in adolescence. Social Science & Medicine, 41, 235-248.
- Harford, TC, Brooks, SD (1992). Cirrhosis mortality and occupation. Journal of Studies on Alcohol, 53, 463-468.
- Hawkins, JD, Catalano, RF, Miller, JY (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112: 64-105.
- Hemmingsson, T, Lundberg, I (1998). Work control, work demands, and social support in relation to alcoholism among young men. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 921-927.
- Hemmingsson, T, Lundberg, I (2001). Development of alcoholism: interaction between heavy adolescent drinking and later sense of control over work. Alcohol & Alcoholism, 36, 207-212.
- Hemmingsson, T, Lundberg, I, Diderichsen, F (1999). The role of social class of origin, achieved social class and intergenerational mobility in explaining social class inequalities in alcoholism among young men. Social Science & Medicine, 49, 1051-1059.

- Hemmingsson, T, Lundberg, I, Diderichsen, F, Al-lebeck, P (1998). Explanations of social class differences in alcoholism among young men. *Social Science & Medicine*, 47, 1399-1405.
- Hemmingsson, T, Ringbäck Weitoft, G. Alcohol related hospital utilisation and mortality in different occupations in Sweden 1991-95. *Scand J Work Environ Health* 2001; 27: 412-19
- Hemmingsson, T, Ringbäck Weitoft, G, Hemström, Ö. Alcohol related mortality and hospital utilisation in socioeconomic groups in Sweden 1991-95: the importance of intra-generational social mobility. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, manuscript.
- Hemström, Ö (2002). Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden. *European Journal of Public Health*, 12, 254-262.
- Hemström, Ö, Hemmingsson, T. Occupational class mobility 1980 to 1990 and mortality in relation to alcohol and other causes 1990-95: a population registry study from Sweden. Stockholm: Centre for Health Equity Studies, manuscript.
- Huss M (1849). *Alcoholismus chronicus*. Stockholm.
- Kilty KM (1990). Drinking styles of adolescents and young adults. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 556-564.
- Koivusilta L, Rimpelä A, Rimpelä M (1998). Health related lifestyle in adolescence predicts adult educational level: a longitudinal study from Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52, 794-801.
- Koivusilta L, Rimpelä A, Rimpelä M (2001). Health behavior-based selection into educational tracks starts in early adolescence. *Health Education Research* 16, 201-214.
- Leifman, H (1998). *Socialklass och alkoholvanor*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Lundberg, O (1990). *Den ojämlika ohälsan: om klass- och könsskillnader i sjuklighet*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Lundberg, O, Östberg, V (1990). Bidrar klasskillnader i alkoholrelaterad dödlighet till dödlighetskillnaderna i Sverige. *Alkoholpolitik - Tidskrift för Nordisk alkoholforskning*, 7, 196-204.
- Marmot, M (2001). Commentary: reflections on alcohol and coronary heart disease. *International Journal of Epidemiology*, 30, 729-734.
- Martin, JK, Roman, PM, Blum, TC (1996). Job stress, drinking networks, and social support at work: a comprehensive model of employees' problem drinking behaviours. *The Sociological Quarterly*, 37, 579-599.
- Mäkelä, P (1998). Alcohol-related mortality by age and sex and its impact on life expectancy: estimates based on the Finnish death register. *European Journal of Public Health*, 8, 43-51.
- Mäkelä, P, Valkonen, T, Martelin, T (1997). Contribution of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *British Medical Journal*, 315, 211-216.
- Norström, T, Romelsjö, A (1999). Social class, drinking and alcohol-related mortality. *Journal of Substance Abuse*, 10, 385-395.
- Romelsjö, A, Diderichsen, F (1989). Changes in alcohol-related inpatient care in Stockholm County in relation to socioeconomic status during a period of decline in alcohol consumption. *American Journal of Public Health*, 79, 52-56.
- Rönkä, A, Pulkkinen, L. (1995) Accumulation of problems in social functioning in young adulthood: a developmental approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 381-391.
- Vägerö, D (1991). Inequality in health: some theoretical and empirical problems. *Social Science & Medicine*, 32, 367-371.
- Wennberg, P, Andersson, T, Bohman, M (2000). Associations between different aspects of alcohol habits in adolescence, early adulthood, and middle age: a prospective longitudinal study of a representative cohort of males and females. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 303-307.

Noter

- 1 Kvinnor i denna kategori har troligen varit hemma utan lön för att utföra traditionellt stabila kvinnliga sysslor som att vårda sina hem, barn och andra nära anhöriga. Det är den mest rimliga förklaringen både till att kvinnor är mycket rörligare än män mellan förvärvsarbete/ej förvärvsarbete och till att dessa kvinnor inte avviker på samma sätt som män vad gäller alkoholrelaterade sjukdomar när de sedan träder in i förvärvsarbete.