

Socioekonomiska faktorerers betydelse för barns hälsa och utveckling

Claes Sundelin

Skilnader i hälsa och utveckling mellan barn från olika socioekonomiska grupper i Sverige är i dag mycket små. Ändå kvarstår vissa skillnader, till de underprivilegierades nackdel, i fråga om tidig mortalitet, övrig mortalitet i barn- och ungdomsåren, födelsevikt och utveckling.

Artikeln belyser tre kärnfrågor: 1 Vilka samband finns mellan socioekonomiska faktorer och barns hälsa och utveckling? 2. Hur kan skillnader i hälsa mellan barn från olika sociala strata tolkas? 3. Vilka medel står till buds inom hälso- och sjukvården för att minska socioekonomiskt betingade skillnader? Claes Sundelin understryker att samband mellan hälsa, utveckling och socioekonomiska faktorer kan tolkas på ett flertal olika sätt. Hälso- och sjukvården måste interвенера där den kan, t ex genom att påverka hälsorelaterade beteenden och riskfaktorer i miljön. En förutsättning för detta är en behovsbaserad och folkhälsoinriktad sjukvårdspolitik där resurserna allokteras till de mest behövande grupperna. Detta perspektiv, som kom till uttryck i HS 90 och 1984 års folkhälsoproposition, har enligt författaren försvagats. Det är väsentligt att hälso- och sjukvården deltar i en politisk dialog och låter sig genomsyras av ett starkt socialt och humanistiskt perspektiv.

Claes Sundelin är docent i socialpediatrik och överläkare för barnhälsovården i Uppsala län.

Att påtagliga materiella brister i familj och samhälle har ett starkt samband med hälsobrister hos barn och ungdom är ett trivialt faktum. Det framgår av hur mortalitet och morbiditet förändrats i takt med utvecklingen i vårt eget land, av den höga dödligheten och sjukligheten hos barn i fattiga länder, men också av väldokumenterade skillnader i hälsa mellan barn från olika socioekonomiska grupper inom länder med skarpa klasskillnader, t ex USA och England (West 1988).

För Sverige gäller att ända in på 40-talet förelåg en markant överdödlighet hos barn till ensamstående mödrar och dödligheten hos barn var också större i de nord-

ligaste länen där människor hade svårare sociala livsvillkor att brottas med. Under 50- och 60-talen utjämnades dessa skillnader i Sverige och intresset sjönk för studier av relationen mellan socioekonomiska villkor och hälsa. Under 70-talet blev det - sannolikt främst av politiska skäl - nästan suspekt att ägna uppmärksamhet åt klassmässiga hälsoskillnader.

I början av 80-talet publicerades i Storbritannien den s k Black-rapporten om "Inequalities in health" (Townsend & Davidson 1982). Av denna framgick att bland både barn och vuxna förelåg markerade hälsoskillnader relaterade till socioekonomiska faktorer. Den internationella debatten blev omfattande och även i vårt land fick forskning om samband mellan hälsa och socioekonomiska faktorer ett uppsving.

Tre kärnfrågor skall belysas i detta sammanhang:

- Vilka samband finns idag i vårt land mellan socioekonomiska faktorer och barns hälsa och utveckling?
- Hur kan skillnader i hälsa mellan barn från olika sociala strata tolkas?
- Vilka medel står till buds inom hälso- och sjukvården för att minska socioekonomiskt betingade hälsoskillnader?

Det finns två grundläggande metodfrågor som var och en som önskar studera området måste ta ställning till:

A. Hur skall den socioekonomiska verkligheten beskrivas? Det vill säga, hur skall man definiera de oberoende variablerna?

Med andra ord bör den avgörande indelningsgrunden formuleras i termer av makt, inflytande, kunskaper, kontroll över den egna verkligheten, relationer eller materiella tillgångar. I Sverige använder man sig vanligtvis av en socioekonomisk gruppering grundad på yrkestillhörighet. Detta sätt att definiera den oberoende va-

Under 70-talet blev det nästan suspekt att ägna uppmärksamhet åt klassmässiga hälsoskillnader

riabeln följer ett fast regelsystem som definierats och har tillämpats av Statistiska Centralbyrån (1989). Andra studier har baserats på utbildningsnivå som bakgrundsfaktor (Nordström 1995). Håkan Elmén har i ett nyligen publicerat avhandlingsarbete utgått från bostadsområdets socioekonomiska status som oberoende variabel (Elmén 1995).

B. Vilken eller vilka beroende variabler skall studeras? Det gäller här alltså valet av vilken/vilka hälsoaspekter som skall undersökas:

- Mortalitet (tidig, sen).
- Morbiditet (vardagssjuklighet, kronisk sjukdom-handikapp).
- Utveckling (kognitiv, emotionell-social, språklig).
- Livsvanor (kost, fysisk aktivitet, tobak-alkohol-droger).
- Upplevd hälsa (fysisk, psykisk).

Vilka samband finns?

Tidig mortalitet

Jag skall kort kommentera kunskapsläget beträffande dödlighet under det första levnadsåret. I fråga om tidig mortalitet föreligger det idag små skillnader mellan olika socioekonomiska grupper till de underprivilegierades nackdel (Ericson et al 1984, Zetterström & Eriksson 1987). De skillnader som ändå finns tenderar att elimineras när man tar samtidig hänsyn till faktorer som moderns ålder, paritet och rökning (Haglund et al 1993, Nordström et al 1993). Rökning är idag en faktor som utgör en större belastning i lägre socialgrupper jämfört med högre.

Den utjämnade situationen ifråga om tidig mortalitet (låg nivå överlag) utgör en bedrift i ett internationellt perspektiv. Det finns klart större skillnader till underprivilegierade gruppers nackdel i flera industrialiserade länder. I England och Wales föreligger numera post-neonatala mortalitetsskillnader av ungefär samma storleksordning som i Sverige men på en högre nivå.

Skillnaderna i länder med stora mortalitetsdifferenser mellan barn från olika sociala grupper förklaras till stor del av en betydligt ogynnsammare födelsevikt hos de grupper som har det sämst, vilket i sin tur delvis förklaras av en högre andel tonårsmödrar i dessa grupper.

I fråga om tidig mortalitet föreligger det idag små skillnader mellan olika socioekonomiska grupper till de underprivilegierades nackdel

Rökning är idag en faktor som utgör en större belastning i lägre socialgrupper jämfört med högre

I USA är t ex andelen lågviktiga barn i den vita befolkningen 4-5 % och hos icke vita 8-9 %. Andelen lågviktiga barn bland tonårsmödrar uppgår till 15 % (Wallace et al 1982).

Övrig mortalitet i barn- och ungdomsåren

Det finns i Sverige en överdödlighet bland barn till manuell arbetare. Denna överdödlighet är högst under de första åren och har beskrivits av Denny Vågerö och Viveca Östberg vid Socialforskningsinstitutet (Vågerö & Östberg 1989, Östberg 1992). När dessa forskare studerade den orsaksspecifika dödligheten visade det sig att skillnaderna i stort förklarades av en större olycksfallsrelaterad dödlighet bland barn till arbetare, framför allt pojkar. Skillnaderna är större bland pojkar än bland flickor. Ett likartat förhållande är framträdande i England. I England har bostadsförhållandena och den yttre miljön angetts som huvudorsak till de skillnader som redovisats. Orsakerna till skillnaderna i olycksfallsdödlighet i Sverige är mycket ofullständigt beskrivna. Det kan mycket väl handla om en kombination av miljö- och tillsynsfaktorer.

Tillväxt

Födelsevikt, eller snarare födelsevikt standardiserad efter kön och graviditetstidens längd, korrelerar med tidig mortalitet och möjligen även med adult mortalitet via en serie komplicerade mekanismer. Det finns påvisade skillnader i standardiserad födelsevikt mellan barn från olika sociala strata. Dessa skillnader minskar efter det att hänsyn tagits till rökning, paritet och moderns ålder, men de försvinner inte helt. Det finns alltså i Sverige faktorer relaterade till livsstil - eventuellt ekologiska faktorer i miljön, som leder till genomsnittligt lägre analyserad födelsevikt hos barn från områden med lägre genomsnittlig social status (Hälsorådet i Göteborg 1991).

Den fortsatta tillväxten hos barn har studerats av Lars Cernerud och Gunilla Lindgren (Cernerud 1991a, 1991b). Dessa forskare analyserade tillväxtförhållandena hos barn födda 1933, 1943, 1953 och 1963 i Stockholm med hänsyn till social klasstillhörighet. Cernerud och Lindgren fann att för kohorterna födda 1933 och

1943 förelåg tillväxtskillnader så tillvida att barn från socialgrupp 3 växte sämre och inte fick lika hög slutlängd som barn i socialgrupp 1 och 2. För barn födda under 50-talet utjämnades dessa skillnader framför allt genom förbättrade tillväxtförhållanden i den socioekonomiskt svagaste gruppen. I en kohort Stockholmsbarn födda 1963 fann Cernerud och Lindgren att samma skillnader som hos barn födda före och under andra världskriget återkommit efter att ha varit försvunna under en mellanperiod. Framför allt var denna tendens tydlig bland pojkar. I en studie av Peck och Vågerö (1987) fann man skillnader i slutlängd relaterade till faderns socialgrupp hos män födda så sent som under tidigt 50-tal. Skillnaderna var störst för pojkar i bägge studierna.

Kognitiv, emotionell-social och språklig utveckling
Det står alldeles klart på basen av internationell forskning att mer uttalad fattigdom-deprivation hos familjen korrelerar med utvecklingsbrister hos barnen. Även i Sverige finns tydliga och starka gradienter mellan olika grupper baserade på yrkestillhörighet. I förskoleåldern är skillnaderna dock relativt små och svårare att påvisa utan känsliga instrument, men ett tydligt exempel som förtjänar nämnas är att prevalensen av språk- och talavvikelser skiljer sig tydligt mellan socialgrupperna redan i 4-årsåldern (Westerlund 1994).

När man kommer upp i skolåldern tenderar skillnader mellan barn från olika sociala strata att förstärkas. Små skillnader blir helt enkelt stora skillnader. I en egen longitudinell studie i Uppsala där vi följt tre årskullar Uppsalabarn från 4 års ålder till 10 år fann vi att socialgruppstillhörighet var en av de faktorer som bäst förklarade varför en till synes normalutvecklad och problemfri 4-åring återfanns som barn med skolproblem vid 10 års ålder (Mellbin et al 1982). Vid 15 år kvarstod de skarpa sociala gradienterna och gällde snart sagt alla faktorer som var relaterade till adaptation i skolmiljön (Lagerberg et al 1994).

Morbiditet

Sjukligheten hos barn i Sverige är relativt litet studerad med hänsyn till socioekonomisk bakgrund. Vad

gäller vardagssjukligheten synes denna också vara betydligt starkare relaterad till typen av barnomsorg än till familjens socioekonomiska villkor. Rökning är en annan trolig stark confounder, dvs. faktor som kan försvåra sambandsanalysen om den inte kontrolleras, i dessa sammanhang.

Den kroniska sjukligheten är inte studerad på något mer inträngande sätt. De flesta rapporter som finns tyder på svaga samband mellan socioekonomisk bakgrund och kronisk sjukdom. Nils Åberg fann i sitt arbete om allergiska sjukdomar (1988) en högre prevalens av allergisk rhinit hos barn i hög socialgrupp. Flera studier har visat på ett samband mellan obesitas (övervikt) och låg socialgrupp - särskilt hos flickor (Westin-Lindgren 1979). I vår egen longitudinella studie fann vi en del inte helt oväsentliga samband mellan medicinska tillstånd och sociala förhållanden (Lagerberg et al 1994).

Livsvanor

De flesta svenska studier pekar på ett samband mellan socioekonomisk tillhörighet och hälsobeteende hos ungdomar. Sambandets riktning är att rökning och mer avancerade alkoholvanor är prevalentare förekommande bland ungdomar från socialgrupp 3 (Hammarström 1986), men sambandet verkar framför allt vara relaterat till utbildningssituation. Rökning hos flickor och högkonsumtion av alkohol hos pojkar är således betydligt vanligare på yrkesförberedande studielinje på gymnasiet än hos ungdomar med teoretisk högskoleförberedande utbildning. Skillnaden mellan skolor med samma typ av elever kan dock vara betydande vilket tyder på att skolan själv kan vara en påverkande faktor, dvs skolans inställning, graden av hälsouppläsning, grundattityder hos lärare etc torde vara faktorer som kan tillmätas betydelse.

Hur skall sambanden tolkas?

En epidemiologisk tolkning av skillnaderna innebär att dessa svarar mot en ojämn exposition för olika negativa faktorer respektive skyddsfaktorer. Det är inte svårt att tänka sig att fattigdom, slum och svåra materiella brister leder till en helt annan exponering än om dessa faktorer saknas. Eftersom vi i stort sett saknar sådana drastiska bakgrundsfaktorer här i Sverige måste vi söka förklaringar på annat sätt. Inte heller kan vi som i andra länder tänka oss att en viktig förklaring utgörs av väsentliga olikheter i tillgången på hälso- och sjukvård. Olika studier talar snarast för att vi i detta avseende är

Man fann skillnader i slutlängd relaterade till faderns socialgrupp hos män födda så sent som under tidigt 50-tal

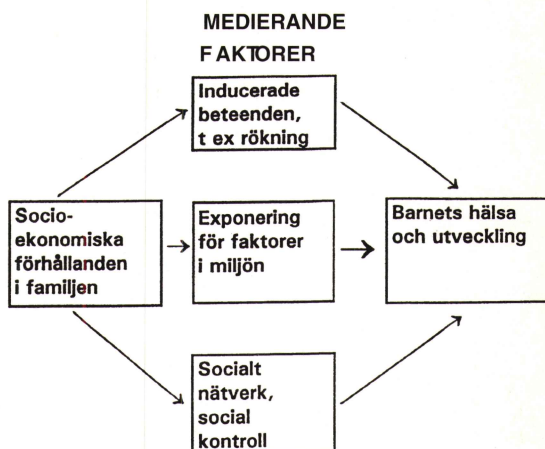
Man kan tänka sig att barn exponeras för olika uppfostringsstilar i olika socioekonomiska grupper

lyckligt lottade. Mödra- och barnhälsovård liksom skolhälsovård når praktiskt taget alla. Det visar sig också att t ex invandrargrupperna allmänt sett inte har en högre frekvens av prematurt födda barn eller barn med låg födelsevikt jämfört med den rent svenska befolkningen (Rasmussen et al 1994, Rasmussen & Oldenburg 1995).

En ofta diskuterad förklaring är teorin om social mobilitet, som skulle innebära att människor med hälso-brister, allt annat lika, skulle ha mindre chans att uppnå bra samhällspositioner. I en internationell studie från Socialforskningsinstitutet publicerad 1991 kunde man inte verifiera denna mekanism i ett svenskt material (Lundberg 1991).

Sociokulturella förhållanden kan däremot ha en stark koppling till socioekonomiska grundvillkor. Man kan alltså tänka sig att barn exponeras för olika uppfostringsstilar i olika socioekonomiska grupper. Beryl Bernstein lanserade på 70-talet en teori som innebär att olika sociala grupper använde sig av olika lingvistiska koder, dvs att det fanns djupgående språksociologiska skillnader mellan olika samhällsgrupper (Bernstein 1971). I grunden innebar det för barnens del att den språkliga socialisationen av barnen tog sig olika uttryck. I arbetarklass fann Bernstein uttryck för ett genomgående mer dirigerande, imperativt och auktoritärt förhållningssätt, medan socialgrupp 1 kännetecknades av starka inslag av en förklarande, undervisande socialisation. Konsekvensen blev att barn vars intressen och färdigheter harmonierade med skolans krav framför allt hade sitt ursprung i socialgrupp 1. Skolans värld liknade i stor utsträckning den medelklassvärld som barnen kom ifrån. Bernsteins förklaringsmodell ger dock ingen fullgod förklaring till varför direkta tal- och språkavvikelser skulle vara vanligare bland barn i 4-årsåldern från lägre socialgrupper (Westerlund 1994). För existensen av mekanismer av den typ Bernstein anger talar utbildningsfaktors betydelse för den kognitiva, språkliga och emotionella utvecklingen. I många studier väger föräldrars utbildning tyngre i en multifaktoriell analys än föräldrarnas inkomst. Det som är väsentligt att beakta är naturligtvis att sociala förhållanden kan påverka barns hälsa och utveckling via ett flertal olika vägar

(figur 1). Det kan tilläggas att även genetiska faktorer säkert spelar en roll för barnets hälsa och utveckling liksom för den framtida socio-ekonomiska situationen i familjen.



Figur 1. Bakomliggande och medierande faktorer som påverkar barnets hälsa och utveckling

Vad kan hälso- och sjukvården göra?

Hälso- och sjukvården kan inte ändra på människors socioekonomiska situation, dvs byta socialgrupp på sina patienter. Det som kan påverkas är det medierande ledet (figur 1). Förutsättningen är en behovsbaserad och folkhälsoinriktad sjukvårdspolitik. Resurserna kan allokteras till de grupper som bäst behöver dem. En sådan hälsopolitik konkretiserades delvis i HS 90 (Hälso- och sjukvård inför 90-talet). Det fanns också starka tankar i denna riktning i 1984 års folkhälsoproposition. Hälso- och sjukvårdslagens idé om "Vård på lika villkor" måste vara en hörnsten. Dessa perspektiv har enligt min åsikt försvagats. Patient- och vårdbehovsbegreppet har ersatts av ett kundbegrepp och av en strävan att motsvara efterfrågan. I själva verket har budgetstyrda system den största möjligheten att angripa komplexa problem som kräver samverkan mellan olika samhällssektorer. På ett mer handgripligt plan framträder t ex frågor om svag självkänsla och självrespekt helt enkelt därför att svag självkänsla och självrespekt är starka medierande faktorer för olika riskbeteenden. Det vi överhuvud taget behöver för att inom hälso- och sjukvårdssektorn motverka sociala skillnader är en starkt humanistiskt orienterad hälso- och sjukvård som deltar i en politisk dialog och ett tvärssektoriellt arbete. Sjukvården behöver inte bara en ekonomisk debatt.

Den behöver också en ideologisk debatt. Likaväl som hälso- och sjukvården behöver ett särskilt barn- och ungdomsperspektiv och ett kvinnoperspektiv behöver den ett starkt socialt perspektiv.

REFERENSER

- Bernstein B (1971): *Class, Codes and Control*. Vol 1. Theoretical studies towards a sociology of language. London: Routledge & Kegan Paul.
- Cernerud L (1991a): *Growth and Social Conditions*. Akademisk avhandling. Göteborg: NHV-rapport 1991:5.
- Cernerud L (1991b): *Growth and Social Conditions*. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Dissertation. Göteborg: The Nordic School of Public Health.
- Elmén H (1995): *Child Health in a Swedish City. Mortality and Birth Weight as Indicators of Health and Social Inequality*. Dissertation. Göteborg: The Nordic School of Public Health.
- Ericson A, Eriksson M, Westerholm P, Zetterström R (1984): Pregnancy outcome and social indicators in Sweden. *Acta Paediatrica Scand* 73:69-74.
- Haglund B, Cnattingius S, Nordström M-L (1993): Social differences in late fetal death and infant mortality in Sweden 1985-86. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 7:33-44.
- Hammarström A (1986): *Ungdomsarbetslöshet och ohälsa. Resultat från en två-årsuppföljning*. Akademisk avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, Statens Institut för Psykosocial Miljömedicin och Socialmedicinska Institutionen, Vårdcentralen Kronan.
- Hälsorådet i Göteborg (1991): *Folkhälsorapport 3:2. Samhällsmedicinska expertrådet*. December 1991.
- Lagerberg D, Mellbin T, Sundelin C, Vuille J-C (1994): Growing up in Uppsala: The "new morbidity" in the adolescent period. A longitudinal epidemiological study based on school data and some external sources. *Acta Paediatr* 83:Suppl 398.
- Lundberg O (1991): *Childhood living conditions, health status and social morbidity: A contribution to the health selection debate*. *European Sociological Review* 7:149-162.
- Mellbin T, Sundelin C, Vuille J-C (1982): Från 4 år till 10. Hälsa och anpassning mellan lekålder och förpubertet. Socialstyrelsen redovisar 1982:10. Stockholm.
- Nordström M-L (1995): *Effect of Smoking on Social Differences in Birthweight, Late Fetal Death, and Infant Mortality*. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 555. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Nordström M-L, Cnattingius S, Haglund B (1993): Social differences in Swedish infant mortality by cause of death, 1983 to 1986. *American Journal of Public Health* 83:26-30.
- Peck A M, Vågerö D (1987): Adult body height and childhood socioeconomic group in the Swedish population. *J Epidemiol Community Health* 41:333-337.
- Rasmussen F, Oldenburg M (1995): *Invandrarkvinnors förlösningssutfall i Sverige. I: Invandrades hälsa och sociala förhållanden*. Underlag till Folkhälsorapport 1994 och Social rapport 1994. SoS-rapport 1995:5. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Rasmussen F, Oldenburg C E M, Ericson A, Gunnarskog J (1994): *Preterm birth and low birth weight among children of Swedish immigrant women from 1978 to 1990*. Accepted for publication in *Paediatric and Perinatal Epidemiology*.
- Statistiska Centralbyrån (1989): *Yrkesklassificeringar i FoB 85 enligt Nordisk yrkesklassificering (NYK) och Socioekonomisk indelning (SEI)*. Alfabetisk version. Meddelanden i samordningsfrågor 1989:5. Stockholm.
- Townsend P, Davidson N (1982): *Inequalities in Health*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Vågerö D, Östberg V (1989): *Mortality among children and young persons in Sweden in relation to childhood socioeconomic group*. *J Epidemiol Community Health* 43:280-284.
- Wallace H M, Goldstein H, Ericson A (1982): *Comparison of infant mortality in the United States and Sweden*. *Clinical Pediatrics* 21:156-162.
- West P (1988): *Inequalities? Social class differentials in health in British youth*. *Social Science & Medicine* 27:291-296.
- Westerlund M (1994): *Barn med tal- och språkavvikelser. En prospektiv longitudinell epidemiologisk studie av en årskull uppsalabarn vid 4, 7 och 9 års ålder*. Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 5. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Westin-Lindgren G (1979): *Physical and mental development in Swedish urban schoolchildren*. Dissertation. University of Stockholm.
- Zetterström R, Eriksson M (1987): *Hälsa och social klass. Spädbarnsdödlighet och graviditetsutfall*. *Socialmedicinsk tidskrift* 64:33-36.
- Åberg N (1988): *Allergic Diseases in Childhood and Adolescence in Relation to Background Factors*. Dissertation. Göteborg university.
- Östberg V (1992): *Social class differences in child mortality, Sweden 1981-1986*. *J Epidemiol Community Health* 46:480-484.