

# socialmedicinsk tidskrift

Sextiofemte årgången häfte nr 9 1988

## Allmän redaktion:

Claes-Göran Westrin, redaktör och ansvarig utgivare  
Ann Appelgren, red. sekr.,  
Elisabeth Natt och Dag, expedition

## Redaktionsutskott:

Erik Allander, professor i socialmedicin, Huddinge  
Per Bjurulf, professor i socialmedicin, Linköping  
Arne Borg, direktör, Stockholm  
Lars-Olov Bygren, professor i socialmedicin, Umeå  
Mats Forsberg, socialchef, Eskilstuna  
Axel Fugl-Meyer, professor i medicinsk rehabilitering, Umeå  
Axel Gisslén, kommunalråd, Örebro  
Kurt Grefve, socialchef, Kristianstad  
Gunnar Grimby, professor i medicinsk rehabilitering, Göteborg  
Sonja Henriksson, socialbyråchef, Göteborg  
Sven-Olof Isacson, professor i socialmedicin, Lund  
Bengt Lindegård, professor i socialmedicin, Göteborg  
Bengt Scherstén, professor i allmänmedicin, Lund  
Sune Sunesson, professor i socialt arbete, Lund  
Leif Svanström, professor i socialmedicin, Stockholm  
Gösta Tibblin, professor i allmänmedicin, Uppsala  
Margareta Åhlstrand, avdelningschef, Avesta

## Klass och ohälsa

— om sjukdomars sociala etiologi

Socialmedicinska sektionen av svenska läkarsällskapet anordnade 1986 för tredje gången i följd ett symposium på läkarstämman om sambandet mellan klass och ohälsa. Anledningen till denna envishet är att ämnet utgör själva kärnan i socialmedicinens kunskapsområde.

Då socialmedicin introducerades som akademisk disciplin i Sverige 1948 angavs dess vetenskapliga objekt som "de faktorer hos människorna i deras samlevnad i olika grupper, ävensom de faktorer i samhällets struktur, vilka har ett inflytande på det allmänna hälsotillståndet".

Samma definition återfinns också i den lärobok från 1973 som skrevs av förgrundsgestalten i svensk socialmedicin under det tidiga skedet: "det är socialmedicinens uppgift att studera de sociala orsakerna till sjukdom och lidande".

Gunnar Inghe tillade dock på annan plats: "underskattar vi inte alltfjänt på sina håll klassklyftorna?". Med denna försiktigt formulerade mening antyds att kunskap om ohälsans utbredning i olika sociala skikt inte alltid har efterfrågats. Det förutsätts nämligen en vilja att se att det finns olika samhällsklasser som lever under mycket olika villkor och det krävs en insikt om att biologiska händelser som sjukdom och död kan ha sociala orsaker.

Med bestämmningar av social klasstillhörighet följer att politiken inte kan undvikas. Klassbegreppet avbildar nämligen den kanske viktigaste samhällseliga motsättningen i den industrialiserade världen, den mellan arbete och kapital eller, om man så vill, mellan vänster och höger.

Även i länder som Storbritannien, med en utbredd klassmedvetenhet och en lång tradition inom hälsostatistiken att redovisa dödlighet fördelad på olika klasser, kan massiva faktasammanställningar innebära politisk dynamit. Turerna kring "The Black Report" och nu senast "The Health Divide" har varit illustrativa om än inte uppbyggliga. Att socialklassbegreppet är kontroversiellt gör det dock inte mindre viktigt, snarare tvärtom.

Kunskapen om den svenska situationen har ökat avsevärt under det senaste decenniet, bland annat till följd av ett målmedvetet arbete inom HS-90 utredningen. Folkhälsorapport 1987 får ses som den senaste grenen på denna stam.

Också i den svenska idyllen har det visat sig finnas systematiska skillnader mellan bättre och sämre ställda grupper, som knappast är förenliga med föreställningen att ohälsa av sociala rättviseskäl inte får ha någon annan bestämning än slumpen. Sjukdomspanoramat som i jämförelse med u-ländernas brukar beskrivas som välfärdsbetingat, består i detta nationella perspektiv snarare av ofärdssjukdomar.

Under läkarstämmesymposiet presenterades nya empiriska data om ohälsans klassmässiga fördelning i Sverige. Finn Diderichsen utgick från uppgifter om andelen individer som sjukhusvårdats i Stockholm olika år för hjärtinfarkt, alkoholskador och lungcancer och kunde visa att skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän ökat från 1976 till 1981. Anders Romelsjö redovisade resultat som tyder på att alkoholkonsumtionens sociala mönster håller på att förändras. Andelen högkonsumenter var tidigare större i socialgrupp 1 men detta tycks nu ha utjämnats. I yngre åldrar verkar ett vidlyftigt alkoholbruk nu vara mest utbrett bland lågutbildade och arbetare. Tomas Faresjö och Karin Tengvald redogjorde för en bearbetning av göteborgskohorten "1913 års män" som visar att socialgrupp 3 har den högsta dödligheten, drabbas av hjärtinfarkt i störst utsträckning, uppger flest symtom, upplever sig ha ett sämre hälsotillstånd samt har det högsta antalet sjukskrivningar. Anne Hammarström kunde berätta att i hennes material, omfattande alla elever i årskurs nio i Luleå 1981, fanns hälsoskillnader i förväntad riktning mellan elever grupperade både efter pappans socioekonomiska ställning och egen klasstillhörighet. Gillis Samuelsson presenterade data från en födelsekohort, född 1902/1903 i en skånsk landsbygdskommun, som istället talade för större dödlighet bland tjänstemän än bland arbetare men med lågt förklaringsvärde för social klasstillhörighet.

Till dessa artiklar fogas i detta SMT-nummer ytterligare empiriskt material om ohälsans sociala snedfördelning. Maria Nyström Peck och Denny Vågerö skriver om skillnader i kroppslängd, Espen Dahl om norska förhållanden och Olle Lundberg om svenska klasskillnader i jämförelse med brittiska.

Dessa fakta om ohälsans klassmässiga fördelning kan och bör leda till en diskussion om vad som är adekvata politiska åtgärder. Avsikten med symposiet var dock att ta upp en annan diskussionstråd som är minst lika viktig för forskarsamhället.

Vad beror skillnaderna på? Kan kunskapen om sociala orsaker och möjliga mekanismer fördjupas? Man hör ibland att socialklasstillhörighet bara innebär en diffus sammanfattning av den exposition av mera biologisk karaktär som olika individer utsatts för, och att det är mera fruktbart

att nöja sig med att studera dessa expositioners relativa betydelser. Men så enkelt är det väl inte?

Dessa för socialmedicinen grundläggande frågeställningar diskuteras i två avslutande artiklar, skrivna av Carl-Gunnar Eriksson respektive Denny Vågerö och Olle Lundberg.

En fruktbar struktur för diskussionen om social etiologi återfinns i Sally Macintyres utmärkta översiktsartikel "The Patterning of Health by Social Position in Contemporary Britain: Directions for Sociological Research" (Soc Sci Med 1986; 23:393–415). Hon urskiljer tre huvudtyper av förklaringar, nämligen artefakter, selektionsfenomen och slutligen äkta sociala orsakssamband. De senare menar hon har utvecklats längs tre huvudlinjer. Den första gäller orsaksfaktorer inom området människors livsvillkor, den andra beteenden och livsstilsfaktorer och den tredje orsaker som har med kunskap, attityder och värderingar att göra.

I en intressant avslutande diskussion pekar Macintyre på att forskningen i allt mindre utsträckning ägnas de materiella livsvillkorens betydelse och att fokus istället alltmer hamnat på de två andra typerna av sociala orsaker. En parallell tendens är att forskningsinsatserna koncentreras till faktorer som individen själv kan kontrollera på bekostnad av orsaker som kräver kollektiva, ofta samhälleliga åtgärder. Bakom denna utveckling ligger inte empirisk evidens utan fastmer ideologiskt präglade uppfattningar om vad som är åtgärdbart. Sally Macintyre är kritisk till denna utveckling och hävdar att de olika perspektiven måste integreras. Annars blir resultatet endast felriktade och misslyckade interventionsförsök.

För forskarsamhället gäller att besinna den eviga sanningen: som man frågar får man svar. Vetenskapens uppgift kan knappast vara att fungera som ett slags ställföreträdande Dagens Eko. För att frågorna ska bli annat än rop ut i mörkret krävs teoriutveckling – varför inte inom en tvärvetenskapligt präglad socialmedicin?

**Johan Hallqvist**

Gästredaktör för detta temanummer är Johan Hallqvist, distriktsläkare i socialmedicin vid socialmedicinska enheten, vårdcentralen Kronan i Sundbyberg, knuten till Institutionen för socialmedicin vid Karolinska Institutet, även sekreterare i folkhälsogruppen, en arbetsgrupp under hälso- och sjukvårdsberedningen, socialdepartementet.