

Social skiktning och ohälsa – hälsopolitik och socialepidemiologi

Några exempel från Studien 1913-års Män

Tomas Faresjö

Karin Tengvald

I studien 1913 års män har en grupp 50-åriga män från en svensk storstad följts under mer än 20 år.

Dödlighet, sjuklighet, subjektiva besvär och sociala konsekvenser av sjukligheten har nu analyserats med avseende på social fördelning bland dessa män.

Tendensen är genomgående men varierar i styrka. Socialgrupp 3 har den högsta dödligheten, drabbas i störst utsträckning av hjärtinfarkt, uppger flest sjuklighetssymtom, upplever sig ha sämre hälsotillstånd och har det högsta antalet sjukskrivningar. Det motsatta förhållandet gäller för socialgrupp 1.

Karin Tengvald är professor vid Tema Institutionen Hälso- och sjukvården i samhället, Universitetet i Linköping och Tomas Faresjö är sociolog och doktorand vid samma institution.

målsättningar om att välfärdsresurser ska vara rättvist och jämlikt fördelade bland befolkningen. En god hälsa kan tillsammans med andra välfärdsresurser som tex inkomst och boende betraktas som mycket betydelsefulla resurser för individens totala välfärdssituation.

Kunskaper om skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan olika sociala skikt i samhället är därför en viktig indikator på hur pass rättvist och jämlikt ett samhälle är vid en given tidpunkt. På liknande sätt som man regelbundet följer utvecklingen i samhället när det gäller tex inkomst- och förmögenhetsfördelningen i befolkning bör man även studera ohälsans fördelning mellan olika sociala samhällsskikt.

I ett socialepidemiologiskt perspektiv har den sociala skiktningen alltmer kommit att uppmärksammas som en, bland ett flertal andra sociala faktorer, som tenderar att samspela med ohälsa.

Socialepidemiologisk forskning har över tiden märkbart vidgat analyserna när det gäller orsaksmekanismer bakom dödlighet och sjuklighet. Från att tidigare främst ha studerat olika livsstilsfaktorer som tex rökning, kostvanor och fysisk aktivitet studerar man idag även andra förhållanden i den sociala miljön. Det kan gälla sociala nätverk, socialt stöd, social skiktning eller tex arbetslöshet. Orsaksmekanismerna bakom sjuklighet blir naturligtvis mycket komplexa när allt fler faktorer studeras. Oftast studerar man emellertid endast ett fåtal faktorer i varje enskild studie. Kommande socialepidemiologisk forskning borde kanske analysera orsaks-

INLEDNING

Två olika perspektiv på klass och ohälsa

Det ökande intresset för frågeställningar om klass och ohälsa eller mer preciserat om och hur den sociala skiktningen i samhället samspelar med ohälsa har i princip framsprungit utifrån två delvis skilda perspektiv. Det ena kan sägas vara ett hälsopolitiskt perspektiv, medan det andra snarare kan betraktas som ett socialepidemiologiskt perspektiv.

Det hälsopolitiska perspektivet knyter an till välfärdssamhällellenas grundläggande värderingar och

sociala skiktningen i dagens svenska samhälle.

(Inom ramen för detta forskningsprojekt har tex ett försök gjorts att utarbeta en 6-gradig socialklassindelning som till det yttre liknar den engelska "social class-indelningen", men till sin inre struktur bygger på den gamla svenska socialgrupperingen. Denna socialklassindelning används också i studien och har hittills visat sig fungera väl.)

En grundregel när man tex studerar klass och ohälsa idag kan vara att man jämsides använder flera indikatorer på social skiktning, bla socialgruppering men även utbildningsnivå.

Under senare år har allt fler forskningsrapporter presenterats som belyser sambandet mellan social skiktning och ohälsa i Sverige. Flera sådana mindre eller större projekt inom detta forskningsfält pågår också för närvarande. I det följande presenteras några resultat från ett sådant pågående forskningsprojekt, där den sociala skiktningens samspel med dödlighet och sjuklighet analyseras i studien 1913-års män.

MATERIAL OCH METODER

Studien 1913-års män

I medicinska kretsar bör "studien 1913-års män" numera vara en ganska välkänd undersökning, särskilt när det gäller preventiv medicin och då främst riskfaktorer bakom hjärt- och kärlsjukdomar, som är och har varit studiens huvudinriktning (8) (9). Undersökningen är upplagd som en prospektiv longitudinell kohortstudie. Den startade 1963 med en hälsoundersökning av ett urval på ca en tredjedel (Totalt N=973 varav deltagargrupp N=855 och bortfallsgrupp N=118) av samtliga då 50-åriga män boende i Göteborg (10).

Sedan 1963 har kohorten återundersökts både 1967, 1973 och den senaste hälsoundersökningen skedde 1980. Utöver hälsoundersökningarna sker årliga uppföljningar av kohorten när det gäller främst dödlighet, dödsorsak och hjärtinfarktincidens. Under årens lopp har en stor mängd kliniska data insamlats, men även en hel del sociala data.

En genomgång av grundmaterial och rådata i studien har möjliggjort att hela undersökningskohorten 1913-års män, nu även har kodats avseende sociala skiktningssvariabler som bla socialgrupp, social-

klass och utbildningsbakgrund. Inom studien har man tidigare inte primärt studerat den sociala skiktningens samspel med dödlighet och sjuklighet.

Den följande resultatredovisningen bygger i huvudsak på mycket enkla deskriptiva metoder såsom frekvensfördelningar och medelvärden. Signifikansprövningarna är genomförda med icke parametriska tester (Pittman's test) och T-tester. Som social skiktningssvariabel används i denna resultatredovisning enbart socialgrupp, som är kodad i enlighet med den traditionella gamla svenska socialgrupperingen.

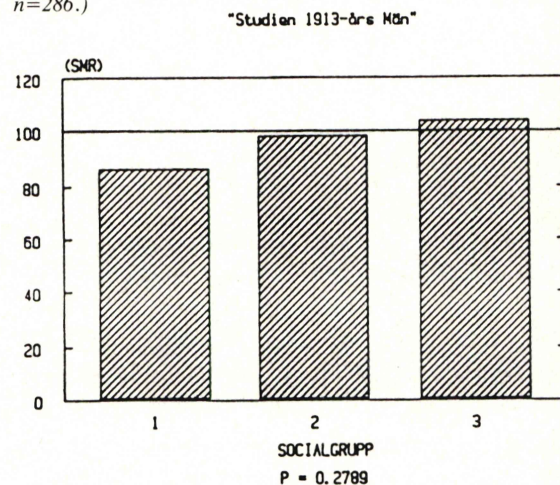
RESULTAT

När man studerar den sociala skiktningens samspel med ohälsa, kan man använda flera olika ohälsaindikatorer. Man kan studera skillnader vad gäller tex dödlighet, kliniskt konstaterad sjuklighet, subjektiv sjuklighet eller självrapporterade sjuklighetssymptom och sjukskrivning. I denna resultatredovisning ges några exempel på hur den sociala skiktningen (socialgrupp) samspelar med några sådana olika typer av ohälsaindikatorer i studien 1913-års män.

Socialgrupp och dödlighet

Den hälsopolitiskt kanske mest betydelsefulla frågeställningen inom detta forskningsfält gäller om

Figur 1. Total dödlighet (SMR) 1963-84, inom olika socialgrupper. (Hela kohorten N=973, antal avlidna n=286.)



det finns dödlighetsskillnader mellan olika sociala skikt i befolkningen.

I figur 1 redovisas den totala dödligheten under perioden 1963–84 inom olika socialgrupper i undersökningskohorten 1913-års män. Resultaten baseras på SMR-beräkning av den totala dödligheten i kohorten 1963–84 som uppgår till 29,39% (dvs: SMR=100).

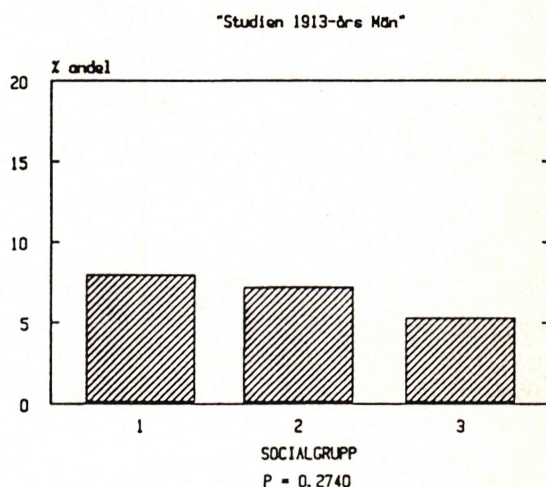
Av figur 1 framgår att det finns vissa dödlighetskillnader mellan socialgrupperna i materialet. Socialgrupp 3 har den högsta dödligheten SMR=104, följt av socialgrupp 2 med SMR=98. Socialgrupp 1 har den lägsta dödligheten med SMR=86. Trots att denna socialgruppsskillnad i dödlighet är relativt entydig, är den ändå inte så markant att den mot bakgrund av materialets storlek ger signifikant utslag ($P=0.2789$). Om dödligheten i socialgrupp 3 ställs i relation till dödligheten i socialgrupp 1, kan man konstatera att dödligheten är 21,0% högre i socialgrupp 3 jämfört med i socialgrupp 1. (Om man istället för socialgruppning beskriver dödlighetsskillnaderna med en 6-gradig socialklassindelning och jämför dödligheten i det allra översta (socialklass I) med det allra nedersta sociala skiktet (socialklass V) ökar dödlighetsrelationen till 54,0% i detta material.)

Socialgrupp och hjärtinfarktincidens, strokeincidens

Data om både hjärtinfarkter och stroke (hjärnblödning) är i denna studie inte självrapporterad utan kliniskt konstaterad och diagnosticerad sjuklighet. Hjärtinfarkter är en central uppföljningsvariabel i studien 1913-års män. I praktiken är därför samtliga hjärtinfarkter som drabbat någon deltagare i undersökningskohorten dokumenterad i studien. Det leder till att hjärtinfarktincidenser inom olika socialgrupper, som redovisas i figur 2, spänner över en tidsperiod som är längre än den tid studien egentligen pågått.

Andelen individer i undersökningskohorten som någon gång i åldern mellan 43 och 71 år drabbats av hjärtinfarkt är högst i socialgrupp 3 (18,75%, $n=81$) och lägst i socialgrupp 1 (13,33%, $n=10$). Man finner således en relativt entydig socialgruppsskillnad när det gäller hjärtinfarktincidenser i materi-

Figur 2. Andelen hjärtinfarktincidenser 1956–84 inom olika socialgrupper. (Deltagargruppen $N=855$, antal hjärtinfarkter $n=150$.)

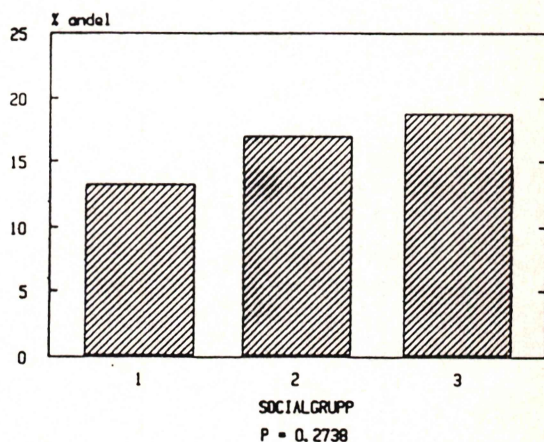


alet. Skillnaderna i hjärtinfarktincidenser är dock inte så markanta, och antalet infarkter inte tillräckligt många för att skillnaderna ska bli statistiskt signifikanta ($P=0.2738$).

I figur 3 redovisas andelen individer i undersökningskohorten som någon gång under 1963–84 drabbats av stroke (hjärnblödning).

Stroke är en inte lika vanligt förekommande sjukdom i befolkningen som tex hjärtinfarkt. Totalt har endast 54 individer (6,3%) i undersökningskohorten

Figur 3. Andelen strokeincidenser 1963–84 inom olika socialgrupper. (Deltagargruppen $N=855$, antal strokeincidenser $n=54$.)

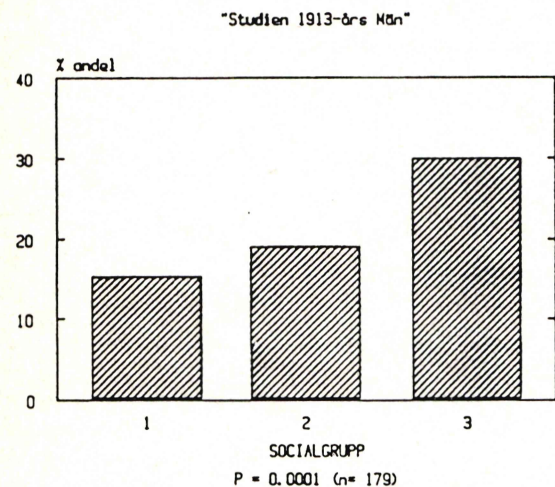


drabbats av stroke mellan 50 och 71-års ålder. När det gäller strokeincidensens fördelning inom socialgrupper finner man i detta material ett närmast omvänt förhållande jämfört med hjärtinfarkter. Andelen som drabbats av stroke är högst i socialgrupp 1 (8,00%, n=6) och lägst i socialgrupp 3 (5, 32%, n=23). Materialets storlek och framför allt de totalt sett få inträffade strokefallen gör att skillnaderna inte blir statistiskt signifikanta ($P=0.2740$).

Socialgrupp och subjektiv sjuklighet

Data om den subjektiva/självupplevda sjukligheten kan mätas på flera olika sätt. Ett mått är att individen får ta ställning till om han lider av något eller några av ett stort antal (30 st olika) fysiska och psykiska sjuklighetssymptom (tex ont i ryggen, huvudvärk, andfäddhet, sömnbesvär, rastlöshet etc). För att illustrera hur antalet uppgivna sjuklighetssymptom varierar mellan olika socialgrupper, redovisas i figur 4 endast andelen individer som uppgivit fler än 7 olika sjuklighetssymptom.

Figur 4. Andelen 60-åriga män som inom olika socialgrupper uppger fler än 7 olika sjuklighetssymptom.

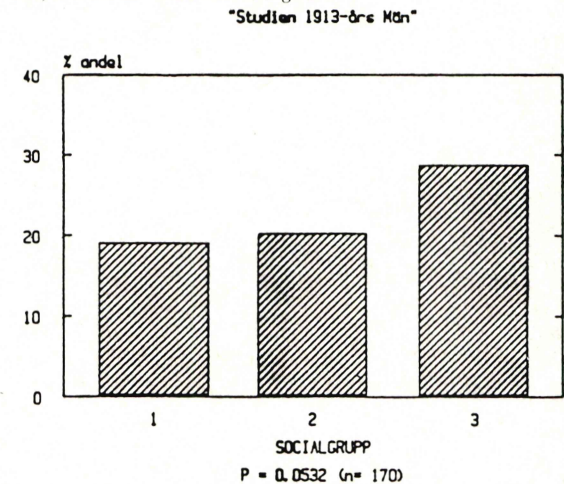


Antalet uppgivna subjektiva fysiska eller psykiska sjuklighetssymptom är entydigt och signifikant socialgruppsrelaterat ($P=0.0001$) i materialet. Socialgrupp 3 uppger sig genomgående lida av fler symptom än socialgrupp 2, medan socialgrupp 1 uppger få symptom. Av figur 4 framgår att andelen som uppger fler än 7 symptom (den övre svarskvartilen

på frågan) är 31,15% i socialgrupp 3, medan motsvarande andel är 15,38% i socialgrupp 1.

Ett annat mått på självupplevt hälsotillstånd är att individen direkt tillfrågas om hur det står till med hälsan, "hur man mår". I detta fall får individen på en skala (från 1 = mår alldeles utmärkt, till 7 = mår inte alls bra) ange sitt självupplevda hälsoläge. I figur 5 redovisas andelen individer inom olika socialgrupper som uppger att de "inte mår riktigt bra" (dvs endast de individer i studien som svarat 4-7 på frågan, vilket också utgör den övre svarskvartilen på frågan).

Figur 5. Andelen 60-åriga män inom olika socialgrupper som uppger 4-7 på frågan om det subjektiva hälsotillståndet, dvs att de "inte mår riktigt bra".



Frågan om det självupplevda hälsotillståndet, "hur man mår", är signifikant och relativt entydigt socialgruppsrelaterat ($P=0.0532$) i materialet. Av figur 5 framgår att andelen individer som uppger att de "inte mår riktigt bra" (den övre svarskvartilen på frågan) är störst i socialgrupp 3 och lägre i både socialgrupp 1 och 2.

Socialgrupp och sjukskrivning

Sjukskrivning är en typ av sjuklighetsindikator som i vissa avseenden egentligen skiljer sig från andra indikatorer. Sjukskrivningen är även relaterat till ett administrativt och ekonomiskt ersättningssystem. Det gör att sjukskrivningen i sig inte enbart behöver spegla sjuklighetsvariationer i befolkningen. Givet en viss sjuklighet kan tex möjligheterna att fullgöra

ett arbete variera beroende på bla arbetets art, arbetsmiljö och arbetssituation etc. Sjukskrivning kan dels beskrivas som antal sjukfall (dvs antalet tillfällen man varit sjukskriven) och dels antalet sjukdagar (dvs antalet dagar man varit sjukskriven).

I tabell 1 redovisas det genomsnittliga antalet sjukfall och sjukdagar inom olika socialgrupper i studien 1913-års män. Uppgifterna gäller perioden 1963-1973 och baseras på registerdata från Försäkringskassan.

Tabell 1. Genomsnittligt antal sjukfall och sjukdagar inom olika socialgrupper, avseende män under åldersperioden mellan 50 och 60 år.

	Socialgrupp 1	Socialgrupp 2	Socialgrupp 3
Genomsnittligt antal Sjukfall 1963-73:	7,00 (p=0.0032)	7,60 (p=0.0001)	12,27 (p=0.0001)
Genomsnittligt antal Sjukdagar 1963-73	176,25 (p=0.0205)	191,34 (p=0.0001)	355,50 (p=0.0001)

Som framgår av tabell 1 är sjukskrivning, både vad gäller sjukfall och sjukdagar, entydigt relaterat till socialgrupp i detta material. Samtliga medelvärden i tabell 1 är signifikanta vid t-testning. Det genomsnittliga antalet sjukfall och sjukdagar under en 10-års period är betydligt högre i socialgrupp 3, än i både socialgrupp 2 och 1. Inom socialgrupp 1 finner man det genomsnittligt lägsta antalet sjukfall och sjukdagar.

Sammanfattande kommentarer

Studien 1913-års män är en relativt välkänd och etablerad prospektiv kohortstudie. Huvudinriktningen i studien gäller riskfaktorer bakom hjärt- och kärlsjukdomar och man har tidigare inte primärt analyserat materialet avseende social skiktning och ohälsa. Vid tolkning av de redovisade resultaten bör man ha i minnet att studien är baserad på enbart män, från en födelsekohort, vilka i huvudsak bor och verkar i en storstad, nämligen Göteborg.

De redovisade resultaten pekar på att det finns relativt entydiga socialgruppsskillnader när det gäller ohälsa i detta material. Skillnaderna är mest tydliga när det gäller den subjektiva och självrapporterade sjukligheten.

I resultatavsnittet har några exempel givits på hur socialgrupp samspelar med dödlighet och olika typer av indikatorer på sjuklighet i studien.

I stort sett finner man en genomgående mer eller mindre tydlig tendens i materialet. Socialgrupp 3 har den högsta dödligheten, drabbas i störst utsträckning av hjärtinfarkt, uppger flest sjuklighets-symptom, upplever sig ha ett sämre hälsotillstånd och har det högsta antalet sjukskrivningar. Det motsatta förhållandet gäller för socialgrupp 1, som har den lägsta dödligheten och har i minst utsträckning drabbats av sjuklighet avseende de indikatorer som redovisas här.

Tendenserna i de redovisade resultaten varierar dock i styrka, beroende på vilken sjuklighetsindikator man studerar. För en enskild sjukdom som tex stroke, är socialgruppsskillnaderna visserligen relativt små, men helt omvända, så att socialgrupp 1 drabbats i störst utsträckning. När det gäller tex sjukskrivningar är däremot socialgruppsskillnaderna betydande.

Sammantaget kan man konstatera att de redovisade resultaten pekar på att det finns relativt entydiga socialgruppsskillnader när det gäller ohälsa i detta material. Skillnaderna är mest tydliga när det gäller den subjektiva och självrapporterade sjukligheten och registerdatauppgifterna om sjukskrivning.

Socialgruppsskillnaderna i studien är emellertid relativt sett inte så markanta om man jämför med förhållanden i många andra länder. Dödlighetsskillnaderna inom olika sociala skikt är tex betydligt större i länder som bla Storbritannien, jämfört med vad resultaten i denna studie visar.

I ett välfärdssamhälle som det svenska, med internationellt sett relativt små skillnader i fördelningen av andra välfärdsresurser, bör man kanske heller

inte förvänta sig att finna alltför påfallande stora skillnader när det gäller ohälsans fördelning mellan olika samhällsskikt.

REFERENSER

1. *Illsley, R* 1955: *Social class selection and class differences in relation to stillbirths. British Medical Journal* 1955:1520.
2. *Black, D* 1980: *Inequalities in Health – report of a research working group. Department of Health and Social Security, London.*
3. *Eriksson, R & Åberg, R* (red) 1984: *Välfärd i förändring, levnadsvillkor i Sverige 1968–1981. Prisma, Stockholm.*
4. Statistiska Centralbyrån 1978: *Undersökning om levnadsförhållanden. Rapport nr 11. Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975. Liber förlag, Stockholm.*
5. *Bygren, L-O* 1974: *Met and unmet needs for medical and social services. Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplementum 8. Almqvist & Wiksell, Stockholm.*
6. SOU 1981:2 *Ohälsa och vårdutnyttjande, HS90, Liber förlag, Stockholm.*
7. *Vågerö, D & Persson, G* 1986: *Occurrence of cancer in socioeconomic groups in Sweden. An analysis based on the Swedish Cancer Environment Registry. Scandinavian Journal of Social Medicine* 14: 151–160.
8. *Tibblin, G* 1967: *High blood pressure in men aged 50 – a population study of men born in 1913. Ph.D. Thesis. Acta Medica Scandinavica* 1967; suppl 470.
9. *Svärdsudd, K* 1978: *High blood pressure. A longitudinal population study of men born in 1913, with special reference to development and consequences for health. Ph.D. Thesis, University of Göteborg.*
10. *Tibblin, G et al* 1965: *A general health-examination of a random sample of 50-year old men in Göteborg. Acta Medica Scandinavica* 1965; 177: 739–749.

Nästa nummer av Socialmedicinsk tidskrift

Barnfamiljerna och samhällets service nr 10/88

Ur innehållet:

Dagmar Lagerberg: **Barnomsorg – realiteter och önskemål**

Ulf Jansson: **Mål och utvecklingsbehov inom servicesektorn**

G Elvhage, A Hermodsson: **Invandrade och svenska familjer i socialtjänsten**

M Bondestam m fl: **Sexårsundersökning i samarbete mellan BVC, föräldrar och förskola**

A-M Rydell: **Skolans extra stöd till barn i årskurs 1**

A-M Rydell, C Sundelin: **Pojkars och flickors hälsa speglad av skolhälsovården**

Utkommer omkring 25 november