

Är svenska klasskillnader stora eller små?

En jämförelse av Sverige och Storbritannien

Olle Lundberg

Det har visats i ett flertal studier under senare år att klasskillnader i hälsa existerar även i Sverige. I den här artikeln görs ett försök att besvara frågan huruvida dessa skillnader är stora eller små genom att jämföra med Storbritannien. Jämförelsen hänför sig till skillnader i långvarig sjukdom, och visar att tydliga skillnader finns i båda länderna, men att ojämlikheten är större i Storbritannien.

Därutöver redovisas tidigare opublicerade data rörande klasskillnader i dödlighet i Sverige. Framför allt bland män visar sig klasskillnaderna vara små. Möjliga orsaker till detta diskuteras avslutningsvis.

Olle Lundberg är sociolog och verksam som forskningsassistent vid Institutet för social forskning. Han arbetar med en avhandling om socialklass, kön och ohälsa.

dödlighetsskillnader mellan socialklasser i andra länder presenteras i syfte att ge en bakgrund till de skillnader som finns i Storbritannien. Därvid lyfts Sverige fram som ett land där klasskillnaderna minimerats, kanske till och med avskaffats.

Också i Sverige har nu en översikt av folkhälsan publicerats (Socialstyrelsen 1987). I denna rapport talas om "betydande överdödlighet i många lågkvalificerade arbetaryrken" (Socialstyrelsen 1987, sid 14). Denna betydande överdödlighet ställs dock ej i relation till hälsoskillnader mellan klasser i andra länder. Därmed uppstår en delvis paradoxal situation, där svenska klasskillnader i ohälsa bedöms på ett mer positivt sätt av brittiska utredare än av svenska. För att fortsättningsvis kunna föra en nyanserad hälso- och vårdpolitisk debatt torde det vara värdefullt att veta om de klasskillnader i sjuklighet och dödlighet som finns i Sverige är stora eller små mätt med internationella, eller åtminstone europeiska mått.

Svenska klasskillnader i internationellt perspektiv

Svensk forskning och debatt kring befolkningens hälsa och hälsoskillnader mellan olika klasser i samhället har under hela 1980-talet influerats och inspirerats av brittiska studier och diskussioner. Det kanske mest kända exemplet är The Black report (DHSS 1980, Townsend & Davidson 1982), vilken under 1987 följdes upp med en ny genomgång av kunskapen kring hälsoojämlikheter i Storbritannien, The Health Divide (Whitehead 1987).

I båda dessa dokument ställs de brittiska klasskillnaderna på hälsans område i relation till andra länders erfarenheter på detta område. Inte så att några direkta jämförelser görs, men data kring fra

Vilka data finns tillgängliga?

För studier av befolkningens hälsa finns flera typer av data att tillgå; uppgifter om självrapporterat välbefinnande eller sjukdom, kliniskt diagnostiserad sjukdom bokförd i patientregister samt dödlighetsdata. Dessutom finns administrativa data rörande sjukfrånvaro, förtidspensionering odyt. Eftersom sådana uppgifter inte enbart speglar hälsotillståndet

.....
Det uppstår en delvis paradoxal situation där svenska klasskillnader bedöms på ett mer positivt sätt av brittiska utredare än av svenska.
.....

hos en individ eller en grupp, utan också förekomsten av vissa avtalade eller lagstiftade rättigheter, benägenheten att utnyttja dessa samt olika myndigheters och beslutsfattareshens benägenhet att tillstyrka respektive avslå önsksningar om att komma ifråga för behovsprövade rättigheter är uppgifter av detta slag tämligen olämpliga för studier av folkhälsan i allmänhet, och för internationella jämförelser i synnerhet. Även patientstatistik är behäftad med liknande brister. En rad faktorer förutom hälsotillstånd påverkar graden av vårdutnyttjande. För att belysa hälsoskillnader i befolkningen är därför data rörande dödlighet och självrapporterad sjuklighet bäst lämpade.

Vid insamling av sjuklighetsuppgifter för en befolkning används stora surveyundersökningar, där de intervjuade på något sätt får redogöra för sitt hälsotillstånd. Vanligen ställs en fråga av den typ som används i de svenska ULF (Undersökningar av LevnadsFörhållanden vid SCB), vilken lyder;

”Har Ni någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet?”

Fördelen med denna typ av data är att de ger en bild av den självupplevda ohälsans omfattning för alla delar av befolkningen. Inte heller har dessa uppgifter filtrerats genom någon klinikers etiketterande av symptom. Nackdelen med denna typ av data är att de endast finns för en kort tid bakåt i tiden. Vid internationella jämförelser kan små förskjutningar i ordalydelsen eller skillnader i det sociala och kulturella sammanhang i vilket frågorna ställs ställa till problem vid tolkningen av resultat.

Dödlighetsdata finns ofta i långa serier, och de är ofta av relativt god kvalitet, åtminstone så länge man inte studerar orsaksspecifik dödlighet. Dödligheten ger heller inga kulturspecifika skillnader i tolkning. Däremot kan det vara ett problem att många svåra sjukdomar, tex reumatism, mycket sällan leder till döden trots att de orsakar mycket lidande och besvär, samtidigt som många dödsfall, fra då i samband med olyckshändelser, inte beror på sjukdom. Ett annat stort problem vid studier av klasskillnader är att Sverige, till skillnad från Storbritannien, inte löpande producerar dödlighetsstatistik för olika socialklasser. Detta försvrår naturligtvis en direkt jämförelse av klasskillnader i död-

Att beskriva och analysera sociala strata, skikt eller klasser har intresserat sociologer och andra samhällsvetare sedan socialvetenskapernas födelse.

lighet i Sverige och Storbritannien (mer om detta nedan).

Sjuklighets- och dödlighetsdata har således båda för- respektive nackdelar. Därför, samt eftersom de inte heller mäter riktigt samma aspekt av ohälsa, finns det anledning att studera (och jämföra mellan länder) klasskillnader i såväl sjuklighet som dödlighet.

Social klass – finns det?

Att beskriva och analysera sociala strata, skikt eller klasser har intresserat sociologer och andra samhällsvetare sedan socialvetenskapernas födelse. Definitionerna på vad klass är, liksom de faktiska indelningar som har gjorts, har dock skiftat. Att det existerar olika grupperingar i samhället vilka skiljer sig åt i fråga om makt, ägande eller status råder det dock enighet kring. Åsikterna går snarast isär när det gäller frågan om vilket eller vilka av dessa (och en mängd andra) kriterier som skall vara avgörande när man skall operationalisera begreppet social klass. Vanligen sammanförs dock olika yrken som har gemensamma egenskaper vad gäller position i produktionen och på marknaden. Man skiljer då oftast initialt på företagare och anställda, bland anställda mellan arbetare och tjänstemän, och inom dessa grupper efter grad kvalifikation.

Det finns några påpekanden som förtjänar sin plats i detta sammanhang. För det första bör man göra en åtskillnad på samhällsklasser och yrkesgrupper. En klass eller social grupp definieras som nämnts utifrån tämligen generella kriterier. Detta innebär att medlemmarna i en klass är snarlika vad gäller tex kvalifikationskrav i yrket. Olika förhållanden, tex arbetsmiljö eller inkomst, kan så studeras för klassen som helhet jämfört med andra klasser. Även om det då befinns att klassen genomsnittligt sett skiljer sig åt från andra klasser även vad gäller dessa förhållanden, kan det finnas betydande

variation i arbetsmiljö etc inom klassen. Att lyfta fram några enskilda (kanske extremt utsatta) yrkesgrupper ur olika klasser och ställa dem mot varandra i hälsohänseende kan därför vara missvisande, om än illustrativt.

För det andra är det viktigt att nämna att valet av klassmodell, dvs hur man har definierat och operationaliserat klass, inte nödvändigtvis är avgörande. Det är givetvis en fördel om den klassmodell man använder kan härledas till några enkla och koncisa principer. Det finns dock en mängd exempel på att mer eller mindre intuitivt konstruerade klassmodeller, tex den gamla svenska socialgrupperingen, i praktiken fungerar lika bra som mer teoretiskt grundade modeller. Redan för 40 år sedan lanserades också tanken att välgjorda socioekonomiska indikatorer är utbytbara (Lazarsfeld 1939). Detta innebär att skillnader mellan olika klasser i tex hälsa kan förväntas bli likartade oavsett vilken klassmodell som används, förutsatt att operationaliseringen inte uppenbarligen är felaktigt eller slarvigt gjord. Om exempelvis de principer man följer medför att butikskassörskor och varuhusdirektörer återfinns i samma klass skall man inte bli förvånad över om man finner större hälsoskillnader inom klasserna än mellan dem.

Klassmodellernas relativa utbytbarhet innebär således att valet av klassschema i den enskilda undersökningen inte är livsavgörande. Däremot blir det av stor vikt då två eller flera undersökningar skall ställas bredvid varandra. Det är nämligen, för det tredje, av stor vikt att jämförelser av klasskillnader över tid eller mellan länder baseras på jämförbara data, både vad gäller den beroende variabeln (sjuklighet eller dödlighet) och klassvariabeln. Vid jämförelser av länder kan man finna att kategorier kan ha samma namn (skilled workers etc), men detta skall ej tas till intäkt för att grupperna ifråga kan jämföras. För att lösa detta problem slår man

många gånger samman kategorier så att man slutligen bara skiljer mellan en manuell och en icke-manuell klass. Denna gräns är dock långt ifrån klar, och den långt drivna reduktionen medför också att jämförelsens värde minskas markant. Det bästa sättet att lösa detta problem är att utifrån basuppgifter applicera ett lands indelning på det andra landets data (Lundberg 1986a). Man erhåller då en mer detaljerad och korrekt jämförelse än vad som annars hade varit fallet.

Klasskillnader i sjuklighet

En analys av klasskillnaderna i sjuklighet i Sverige och Storbritannien skall i korthet återges här (se Lundberg 1986b för en mer detaljerad redovisning. Data för Sverige härrör från specialanalyser av ULF-materialet. Data från Storbritannien kommer från en undersökning kallad General Household Survey (GHS), och finns publicerade (OPCS 1983). Båda undersökningarna utfördes 1981. Den i brittisk statistik vanligen förekommande klassindelningen (Registrar Generals Social Classes) appliceras på ULF-materialet (Lundberg 1986a). Analysen av klasskillnaderna gjordes med hjälp av logistisk regression. De undersökta hälsovariablerna var "Långvarig sjukdom" och "Akut sjukdom/aktivitetsnedsättning", av vilka endast den första presenteras här.

Rent generellt kan konstateras att nivån på långvarig sjukdom skiljer något mellan länderna. Cirka 37 procent av den svenska befolkningen mellan 16 och 74 år led av någon långvarig sjukdom, medan motsvarande siffra för Storbritannien var 34 procent. Med tanke på att den brittiska studien inte har någon övre åldersgräns borde skillnaden resone-mangsmässigt varit den omvända. Stora variationer mellan länder har tidigare påvisats (se bla Nordiska rådet 1983, sid 150) utan att något substantiellt skäl till detta har kunnat redovisas. Skillnaden mellan länderna i absolut sjuklighetsnivå bör därför inte ges alltför stor betydelse. I båda länderna hade en större andel bland kvinnor och äldre långvarig sjukdom. När det gäller klasskillnader skilde sig dock mönstret åt (tabell I).

I tabellen presenteras logistiska regressionskoefficienter, efter kontroll för kön och ålder, och fram-

.....
Valet av klassmodell, dvs hur man har definierat och operationaliserat klass är nödvändigtvis inte avgörande.
.....

Tabell 1. Långvarig sjukdom i Storbritannien och Sverige efter Registrat Generals Social Classes. 1981.

Socialklass		Storbri- tannien	Sverige
I	(Professional)	0.51	0.73
II	(Intermediate)	0.94	0.76
III N	(Skilled non-manual)	1.08	1.04
III M	(Skilled manual)	1.14	1.17
IV	(Partly skilled)	1.25	1.23
V	(Unskilled)	1.36	1.20
Kvot V/I		2.67	1.64

Källa: Lundberg 1986b, tabell 1.

tagna separat för varje land. Koefficienterna kan i princip tolkas på samma sätt som standardiserade dödlighetstal, dvs ett värde på 1.20 i en grupp innebär att sjukligheten är 15 procent högre än i en grupp med en koefficient på 1.05. Eftersom vi inte korregerat för den skillnad i sjuklighetsnivå som finns mellan länderna kan man inte jämföra en koefficient direkt mellan länderna, dvs 1.20 i Sverige kan de facto innebära en högre andel långvarigt sjuka än vad 1.36 gör i Storbritannien. Eftersom den faktiska nivån i detta sammanhang är av mindre betydelse (se ovan) har en gemensam analys (utan detta problem) utelämnats (se Lundberg 1986b för fullständig information).

Ur tabellen kan två resultat av vikt lyftas fram. För det första kan man konstatera att klasskillnaderna i LS är lika tydliga i Sverige som de är i Storbritannien. I stort sett samma hierarkiska uppdelning av hälsotillståndet finns i båda länderna, med sämre hälsa i vad som brukar kallas "lägre" klasser. Detta innebär att den från brittiskt håll ibland framförda åsikten om Sverige som ett land utan klasskillnader i hälsa är felaktig, åtminstone vad gäller sjuklighet.

För det andra kan vi konstatera att avståndet från en klass till en annan när det gäller utsatthet för långvarig sjukdom är mindre i Sverige än vad det är

Klasskillnaderna i LS är lika tydliga i Sverige som de är i Storbritannien.

Ojämligheterna mellan klasserna tycks vara större i Storbritannien.

i Storbritannien. Detta återspeglas också i det faktum att klass V i Sverige har en andel sjuka som är drygt 1.5 gång större än den i klass I, medan motsvarande relation i Storbritannien är drygt 2.5 gånger. Spridningen, eller om man så vill ojämlikheten, mellan klasserna tycks således vara större i Storbritannien. Detta innebär en nyansering av vad som sades ovan. Tydliga klasskillnader i långvarig sjukdom finns i Sverige likaväl som i Storbritannien, men ojämlikheten i fördelningen av sjukdoms-bördan är mindre i Sverige.

Klasskillnader i dödlighet

Som nämndes tidigare produceras i Sverige idag ingen regelbunden statistik rörande klasskillnader och dödlighet. Trots att Sverige är det land i världen som började först med att registrera dödlighet har någon systematisk koppling till den dödes sociala position aldrig gjorts. Denna brist kan dock kompenseras genom de möjligheter till koppling av olika datakällor som finns. Därvid kan man antingen koppla Folk- och bostadsräkningarna med dödsorsaksregistret, eller följa upp dödligheten för personerna i någon urvalsundersökning. För att kunna påföra den brittiska klassmodellen på det sätt som gjorts på ULF-materialet krävs att två särskilda yrkeskoder finns tillgängliga (Lundberg 1986a). För närvarande finns det inget register där detta krav är uppfyllt. Någon jämförelse av det slag som presenterades för långvarig sjukdom har därför ännu inte kunnat göras.

Eftersom det finns mycket lite publicerat kring klasskillnader i dödlighet i Sverige skall ändå några tidigare ej redovisade uppgifter presenteras. Uppgifterna är hämtade från den första levnadsnivåundersökningen, vilken genomfördes 1968 på uppdrag av Låginkomstutredningen. Av ett representativt urval omfattande var 1000:e i befolkningen mellan 15 och 75 år lyckades man intervjua 90,3 procent. Dödlighetsuppgifter om dessa har senare påförts fram till och med 1984. Den klassmodell som valts

är en modifiering av den Socio-ekonomiska indelning som används av SCB. Tre tjänstemanna och tre arbetargrupper har skilts ut. Därutöver finns företagare och jordbrukare i separata kategorier. Dessutom har en grupp utanför arbetsmarknaden, bestående av förtidspensionärer och arbetslösa, urskilts. Standardiserade dödlighetskvoter för dessa klasser rörande dödligheten 1969–1984 för 1968 års befolkning 15–75 år presenteras nedan (tabell 2).

Tabell 2. Standardiserade dödlighetskvoter, befolkningen 15–75 år 1968, dödligheten 1969–1984. Alla orsaker.

Socialklass	Män	Kvinnor
I (Högre tjm)	71*	67
II (Mellan tjm)	86	99
III (Lägre tjm)	101	84
IV (Företagare)	97	127
V (Jordbrukare)	89	107
VI (Yrkesarbetare)	98	106
VII (Medelkval arb)	104	94
VIII (Okval arb)	100	111
IX (Utanför arbm)	129	172*
Alla	96	102

Källa: Levnadsnivåundersökningarna.

* anger att SMR-värdet med 95 procents säkerhet är större/mindre än vad som kan genereras av slumpen.

Bland män är variationen i SMR liten, bortsett från en tendens till överdödlighet bland dem utanför arbetsmarknaden och en underdödlighet bland högre tjänstemän. Det är dock endast den sistnämnda som är statistiskt säkerställd (5 procentsnivån). Bland kvinnor synes variationen mellan klasserna vara större, men endast den kraftiga överdödligheten bland de kvinnor som står utanför arbetsmarknaden når statistisk signifikans. En grupp där förtidspensionärer ingår bör rimligen (nästan per definition) också ha en högre dödlighet än vad man kan förvänta med kännedom om gruppens köns- och ålderssammansättning. Därför är det snarast mer uppseendeväckande att klass IX inte avviker signifikant från det förväntade bland män än att den gör det bland kvinnor. I övrigt kan åtminstone två saker sägas utifrån tabell 2.

För det första ger tabellen ett intryck av skilda klassmönster i dödlighet för kvinnor och män. Detta

Skilda klassmönster i dödlighet för kvinnor och män.

ligger i linje med vad som nyligen presenterats av Vågerö & Norell (1987). För det andra, och viktigare, förefaller klasskillnaderna i dödlighet att vara måttliga, framförallt vad gäller män. Denna slutsats bör dock betraktas som preliminär. Detsamma gäller i högsta grad slutsatser rörande skillnader mellan Sverige och Storbritannien. En jämförelse med brittiska data som de presenterats av Fox (1986) ger ändå intrycket att klasskillnaderna i åldersstandardiserad dödlighet (i alla fall för män på arbetsmarknaden) är mindre i Sverige. Skillnaderna i dödlighet ger även intryck av att vara mindre än skillnaderna i sjuklighet i Sverige. Mer direkta jämförelser och mer detaljerade analyser måste dock till för att bygga under dessa slutsatser. Vi hoppas kunna återkomma med sådana analyser vid ett senare tillfälle.

Att forska vidare kring klasskillnader i ohälsa

Den detaljerade jämförelsen av långvarig sjukdom i Sverige och Storbritannien visade att det i Sverige fortfarande finns tydliga skillnader i sjuklighet mellan olika samhällsklasser. Dödlighetsskillnaderna mellan klasser förefaller dock små. Om vi avslutningsvis utgår från att detta förhållande är korrekt, dvs att det i Sverige föreligger tydliga klasskillnader i sjuklighet parat med relativt små klasskillnader i dödlighet, hur skulle ett sådant resultat kunna tolkas? Följande hypotes skulle kunna uppställas:

Folkhälsans nivå och fördelning torde först och främst vara ett resultat av allmänna välbefinningsförhållanden och en jämnare fördelning av välbefinnandet via välfärds- och socialpolitiska insatser. Det första som påverkas av sådana politiska insatser torde vara dödligheten. Att rädda människor undan absolut fattigdom och nöd innebär först och främst att de räddas till livet, inte nödvändigtvis att de blir friska. Att reducera skillnader i sjuklighet är därför troligtvis svårare än att göra detsamma med dödlighetsskillnader. Enligt detta resonemang skulle den förmodade skillnaden mellan dödlighets- och sjuklighetsmönstret i Sverige kunna förstås i ett lång-

Hälso- och socialpolitiken har hittills varit mer framgångsrik när det gäller att reducera dödlighetsskillnader än sjuklighetsskillnader.

tidsperspektiv – hälso- och socialpolitiken har hittills varit mer framgångsrik när det gäller att reducera dödlighetsskillnader än sjuklighetsskillnader. Skillnader mellan Sverige och Storbritannien skulle utifrån samma resonemang kunna förstås som skillnader i satsning och/eller grad av framgång på det hälso- och socialpolitiska området. Att testa dessa hypoteser är en av många intressanta uppgifter för det fortsatta studiet av klasskillnader i ohälsa.

REFERENSER

- DHSS (Department of Health and Social Security). 1980. "Inequalities in Health". Report of a working group chaired by Sir Douglas Black. London.
- Fox, A J, Goldblatt P O & Jones, D R 1985: "Social Class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances?". Journal of Epidemiology and Community Health, vol 39, pp 1–8.
- Lazarsfeld, P. 1939: "Interchangability of indices in the measurment of economic influences". Journal of Applied Psychology, vol 23, pp. 33–45.
- Lundberg, O. 1986a: "Applying a British Class Scheme to Swedish Data". Journal of Official Statistics, vol 2, nr 3, sid 293–301.
- Lundberg, O. 1986b: "Class and Health: Comparing Britain and Sweden". Social Science & Medicine, vol 23, nr 5, sid 511–517.
- Nordiska rådet. 1983. Levnadsnivå och ojämlikhet i Norden. En komparativ analys av de nordiska levnadsnivåundersökningarna. Liber distribution, Stockholm.
- OPCS (Office of Population Censuses and Surveys). 1983. "General Household Survey 1981". Social Survey Division, Series GHS no 11. London.
- Socialstyrelsen. 1987. Folkhälsorapport. Socialstyrelsen redovisar 1987: 15. Stockholm.
- Townsend, P & Davidson N. 1982: Inequalities in Health. The Black Report. Penguin Books, London.
- Whitehead, M. 1987: The Health Divide. The Health Education Council. London.
- Vågerö, D. & Norell S. 1987: "Social Class and Mortality in Sweden. Exploring a New Epidemiological Tool". Stencil, Statens miljömedicinska laboratorium, Stockholm.



Föreningen Socialarbetare mot AIDS

Inbjuder till konferens

"Sexualitet och socialt arbete"

6 och 7 december 1988, Kursgården Båsenberga, Vingåker

Medverkande: socionom SOLVEIG HUGOSSON, skådespelare ROLF RANG, sociologen och författaren BO ENEROTH, informationssekreterare SONJA WALLBOM, kurator LEIF PERSSON.

Mer upplysningar lämnas av Sten Schön, tel arb 0150-131 50 eller bost 0150-523 21. Bindande anmälan sändes till **Föreningen Socialarbetare mot AIDS**, c/o Sten Schön, Mimers väg 10 A, 641 37 KATRINEHOLM.

Deltagaravgiften, 1.400: – inkl. kost och logi, insättes på föreningens postgironummer 470 37 73-4.