

Forskningsområdet klass och ohälsa —

En uppdatering år 1988

Denny Vågerö

Olle Lundberg

Mycket arbete har under senare år nedlagts på att dokumentera och beskriva olika typer av hälsoskillnader mellan samhällsklasser. När det gäller sökandet efter förklaringar till de skillnader man funnit har inte lika mycket åstadkommit. Samtidigt har den internationella diskussionen delvis kommit att koncentreras kring frågan om social selektion.

I artikeln presenteras ett förslag till strukturering av forskningsområdet klass och hälsa. Författarna pekar också på några möjliga framgångsvägar när det gäller det fortsatta arbetet med sökandet efter förklaringar till de samband mellan klass och hälsa som har påvisats. I samband därmed redogörs för några ståndpunkter från den internationella debatten vilka kan vara av intresse även för en svensk diskussion.

Denny Vågerö är docent i medicinsk sociologi och verksam vid Epidemiologiska enheten, Kl. Han arbetar med klasskillnader i dödlighet utifrån dödsfallsregistret.

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

Bakgrund

För drygt två år sedan (nr 10 1985) publicerade Socialmedicinsk tidskrift ett temanummer kring social klass och ohälsa. När tidskriften nu återigen ger dessa frågor utrymme i sina spalter måste detta tolkas som att intresset för problemområdet har ökat under senare år. Detta ökade intresse märks också internationellt, och vi tror att det kan vara av

intresse att här summera de senaste årens diskussion, men även att ge några synpunkter på framtida forskningsåtgärder.

Det ökade intresset för denna typ av frågor innebär att ett gammalt socialmedicinskt och sociologiskt forskningsområde åter blivit aktuellt. Även internationellt har en markant ökning av intresset skett under de senaste tio åren. Starkt bidragande till denna fokusering var "The Black Report" (DHSS 1980), genom att den klarare än tidigare pekade ut klassmönstret i hälsa som den avgörande aspekten för ett lands hälsopolitiska ambitioner.

Ett antal försök att göra nationella motsvarigheter till denna rapport inleddes på flera håll. I Europa påbörjade både European Science Foundation och European Society for Medical Sociology sammanställningar av rapporter om klasskillnader i hälsa i olika länder (Illsley & Svensson 1986). I WHO:s dokument om hälsa för alla år 2000 framhålls som första mål nödvändigheten av att minska skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper i WHO:s europeiska medlemsländer (WHO 1985). Den i Sverige nyligen publicerade folkhälsorapporten (Socialstyrelsen 1987) kan ses som ett första svar på behovet av att fortlöpande kartlägga ohälsans sociala fördelning och bestämningsfaktorer, bla för att därigenom kunna följa in vilken utsträckning WHO:s målsättningar uppfylls.

Vi kan således konstatera att en kraftig ökning i rapportering, dokumentering, analys och diskussion kring denna typ av frågeställningar har ägt rum både internationellt och i Sverige. En förutsättning för detta har bla varit att ett rikhaltigt empiriskt

.....
Häri ligger också ett av problemen idag, nämligen att såväl empiriska material som tolkningarna av de samband som belyses däri baseras på brittisk forskning.
.....

material, fra från Storbritannien, hela tiden publicerats och givit bränsle till debatten. Häri ligger också ett av problemen idag, nämligen att såväl empiriska material som tolkningarna av de samband som belyses däri baseras på brittisk forskning. Den internationella diskussionen har därmed kommit att utgå från brittiska förutsättningar, och dess slutsatser är inte självklart generellt överförbara på svenska förhållanden. Den svenska forskningen om social skiktning och ohälsa behöver därför utvecklas till större självständighet, och de olika empiriska studier som bedrivs i Sverige behöver integreras och ges en bättre teoretisk referensram. Därigenom kan svensk forskning bäst bidra till underlag för hälso- och sjukvårdspolitiska åtgärder i Sverige, samtidigt som goda förutsättningar ges för att svenska forskare skall kunna ge självständiga bidrag till den internationella diskussionen på området.

Kunskapsläget

Under senare år har svenska studier av flera slag redovisat skillnader i såväl sjuklighet som dödlighet mellan socio-ekonomiska grupper (SOU 1981:2, SOU 1984:40–41, Kjellström & Lundberg 1984, Halldin 1984, SCB 1985, Stefansson 1985, Vågerö & Persson 1986, 1987, Lundberg 1986a, 1986b, Tåhlin 1987, Peck & Vågerö 1987, Vogel 1987, Socialstyrelsen 1987). Med socio-ekonomiska grupper avses i första hand olika klassbaserade yrkesindelningar som socialgrupper eller SEI, men även marginalgrupper eller utsatta av olika slag som arbetslösa, förtidspensionärer och socialbidragstagare.

I ett internationellt perspektiv uppvisar Sverige både generella drag och särheter. Skillnaderna mellan olika socio-ekonomiskt definierade grupper i Sverige idag tycks betydande. I ett internationellt perspektiv är de dock relativt små (Lundberg 1986a). Likaså är det sannolikt att de historiskt sett har minskat (Carlsson mfl 1979, Högberg 1983). I

ett kortare perspektiv kan vi konstatera att preliminära analyser av SCB:s Dödsfallsregister (DFR), presenterade i Socialstyrelsens folkhälsoberättelse 1987, talar för ökade skillnader under 70-talet mellan å ena sidan yrkesverksamma män inom kontors och tekniska yrken och å andra sidan yrkesverksamma inom tillverkningsindustri och icke förvärvsarbetande. Motsvarande studier som har gjorts på Levnadsnivåundersökningens material kom dock till slutsatsen att klasskillnader i sjuklighet var konstanta mellan 1968 och 1981 (Kjellström och Lundberg 1984). En väsentlig fråga är hur de sociala skillnaderna i ohälsa, sjuklighet och dödlighet som existerar i Sverige utvecklats under efterkrigstiden.

Ohälsans sociala fördelning har relaterats både till välfärdspolitik, socialpolitik och sjukvårdspolitik. Det är därför anmärkningsvärt att under en period av utbyggd välfärd, ökad generalitet i sjukförsäkringen, ökad sjukvårdsutbyggnad och mer jämlikhet i vårdens tillgänglighet samt en satsning på arbetsmiljö, klyftor i hälsan fortfarande existerar.

I det följande görs ett försök att utifrån den internationella vetenskapliga diskussionen, men också utifrån några nyare svenska arbeten identifiera och konkretisera de huvudsakliga frågeställningarna och de aktuella forskningsuppgifterna inom området idag.

Förklaringsförsök – tre huvudtyper av förklaringar

Tre principiellt olika ansatser till att förklara skillnader mellan sociala klasser, socio-ekonomiska, eller på annat sätt definierade huvudgrupper inom en befolkning, är följande (Macintyre 1986, Lundberg & Vågerö 1988):

- 1) Sociala orsaksförklaringar (social causation)
- 2) Hälsorelaterad social mobilitet (selektion)
- 3) Artefaktförklaringar.

Med den första typen av förklaringar avses att den sociala miljön och samhällets sociala stratifiering direkt eller indirekt ger upphov till skillnader i hälsa, sjuklighet och dödlighet. Vi går nedan igenom olika typer av kausala förklaringar mer i detalj.

Den andra huvudtypen av förklaring utgår från

.....
Det är därför anmärkningsvärt att under en period av utbyggd välfärd, ökad generalitet i sjukförsäkringen, ökad sjukvårdsutbyggnad och mer jämlikhet i vårdens tillgänglighet samt en satsning på arbetsmiljö klyftor i hälsan fortfarande existerar.
.....

förekomsten av hälsorelaterad social mobilitet över klass- och yrkesgruppsgränser och ser ohälsans sociala fördelning som ett resultat av denna mobilitet. En hälsorelaterad rörlighet över yrkesgränser har också belagts i Sverige (Östlin 1988), medan det är mer oklart huruvida en rörlighet över klassgränserna har någon hälsorelaterad komponent (Lundberg 1987). Intergenerationell rörlighet över klassgränser har troligen större betydelse i detta sammanhang är rörligheten inom loppet av en vuxen persons yrkeskarriär, så kallad intragenerationell rörlighet (Vågerö 1987).

Den tredje typen av förklaring utgår från att sociala skillnader i ohälsa är resultatet av olika klassificeringsfel, tex att yrkesgruppernas indelning i klasser inte gjorts oberoende av kunskap om deras hälsorisker (Jones & Cameron 1984). Ett annat exempel på artefaktiska förklaringar är när valet av dödsorsak på dödsbeviset inte görs lika för personer från olika sociala skikt. Robertson mfl (1987) visar att sådana systematiska fel kan maskera ett samband mellan klass och diagnosspecifik dödlighet. Bland annat hävdar man att arbetarklassens överdödlighet i tumörsjukdomar underskattas. Olika typer av artefakter kan således vara för handen samtidigt, och det är mycket svårt att bedöma om summan av dessa effekter höjer eller sänker sambandet mellan klass och ohälsa. Flera bedömare har dock ansett denna typ av förklaringar som mindre relevant (Fox, Goldblatt & Jones 1985).

Teorier om socialt bestämd ohälsa

Det är viktigt att komma ihåg att social klass inte i sig förklarar något, utan att de skillnader på olika punkter mellan olika sociala klasser som kan redovisas snarast ger en beskrivning av den sociala

skiktningen och dess konsekvenser. Vi kan således inte á priori fastslå att hälsoskillnader mellan samhällsklasser härrör från skillnader i tex arbetsmiljö, även om detta möjligen är en av de mer bidragande orsakerna. Det är istället rimligare att fråga sig på vilka andra områden än hälsa som olika klasser skiljer sig åt, på vilket sätt de skiljer sig åt samt i vilken utsträckning dessa skillnader kan bidra till olikheterna i sjuklighet och dödlighet.

Om problemet struktureras på detta sätt blir nästa steg att finna hälsorelaterade faktorer vilka kan tänkas variera mellan olika klasser. Därmed kan man repliera på sociologiska, socialpsykologiska, epidemiologiska och socialmedicinska forskningstraditioner, vilka i många fall sökt finna sociala orsaker till skillnader i hälsa mellan individer. För att integrera dessa i en gemensam referensram eller för att välja mellan olika förklaringar, var och en svarande på någon delfråga inom området, krävs dock ett både komplicerat och långsiktigt teoretiskt arbete. En utgångspunkt för detta arbete kan vara följande gruppering av möjliga sociala orsaker, kring vilka olika typer av förklaringar knutits (för en mer ingående diskussion kring dessa se Lundberg & Vågerö 1988):

a) Materiell deprivation:

En traditionell socialmedicinsk och sociologisk förklaringsmodell bygger på att förekomsten av fattigdom, hunger, trångboddhet och sanitära problem leder till skillnader i ohälsa (Inghe & Inghe 1967, Townsend & Davidson 1982). En för oss i Sverige viktig fråga är huruvida vi i de relativt välmående industriländerna skall kunna förklara hälsoskillnader mellan samhällsklasser med denna typ av resoremang. Mer konkret; är skillnader av detta slag blott historiska kvarlevor eller genereras de kontinuerligt på grundvalen av nya skillnader i välfärd?

.....
Är skillnader av detta slag blott historiska kvarlevor eller genereras de kontinuerligt på grundval av nya skillnader i välfärd?
.....

b) Ideell deprivation:

Under denna rubrik kan det klassiska alienationsbegreppet föras. Ett i detta sammanhang intressant bidrag har gjorts av Robert Karasek (1979). En bärande tanke här har varit kopplingen mellan de krav som ställs på individen och den frihet och de resurser hon ges att själv bestämma hur dessa krav skall mötas. Detta *kontrollperspektiv* skiljer sig delvis från en mer psykologiserande stressmodell där man fokuserar på "coping", vilket uppfattas som det individuella och personliga svarsmönstret vid stress. Särskilt betydelsefull har denna tradition varit för att förstå den psykosociala arbetsmiljöns hälsoeffekter. Det är frågan om både sociologiska (Tåhlin 1987) och mer psykologiska/medicinska teorier (Karasek mfl 1981, Alfredsson 1983).

c) Sociala nätverk och socialt stöd:

Individens integration i samhället, i form av social förankring eller, i motsatt fall i form av social isolering, har ansetts ha betydelse för både psykisk och fysisk hälsa. Skillnader i olika typer av sjuklighet, självmordsfrekvens och dödlighet generellt sett mellan personer med många respektive få sociala kontakter har tolkats i detta perspektiv (Bergström & Tengvald 1985). I detta sammanhang har man också understrukit betydelsen av särskilt traumatiska händelser (life events) vars betydelse troligen bestäms av den omgivande sociala miljön förmedlat av individens sociala nätverk. Hittillsvarande forskning har koncentrerat sig på att förklara individuell variation i sjuklighet och dödlighet med hjälp av nätverks- och stödbegreppen (Orth-Gomér & Johnson 1987). Man kan dock även tänka sig att skillnader mellan sociala klasser kan emanera ur klassmässiga skillnader i kontaktnätens omfång och/eller den typ av stöd som distribueras via dessa nät. Generell sårbarhet eller mottaglighet för sjukdom är här ett etablerat, men samtidigt kontroversiellt begrepp, vars betydelse för sociala skillnader i ohälsa är oklar.

d) Sjukrollen och rollförklaringar:

Sjukrollsbegreppet går tillbaka till Talcot Parsons (1951, 1963) makroskopiska analys av det sociala systemet. Parsons knyter an till Freud och föreslår

.....
Även om beteenden är socialt bestämda sker förändringar av beteende oftast mycket snabbare än förändringar i den underliggande sociala strukturen.
.....

en modell som knyter samman de sociala rollkraven med individens inre psykologiska tillstånd. Inträdet i sjukrollen kopplas till befrielse från de vanliga sociala rollkraven. Psykopatologiska processer kopplas samman med förekomsten av psykosomatisk sjuklighet. Betydelsen av denna typ av förklaringar är också hittills oprövad, när det gäller klasskillnader i ohälsa.

e) Levnadssätt och hälsorelaterat beteende:

Sociala skillnader i levnadssätt och hälsorelaterade beteenden förekommer bla vad gäller rökning, kost- och motionsvanor samt familjebildningsmönster. Sådana beteenden kan ofta knytas till speciella sociala sub-kulturer och/eller klasskulturer, och kan därmed vara relevanta för förklaringen av denna typ av hälsoskillnader. Det är i detta sammanhang dock viktigt att påpeka att långt ifrån alla hälsofarliga beteenden är mest frekventa i de samhällsklasser där sjukligheten är störst. Så förefaller tex alkoholbruket vara mest utbrett i socialgrupp I (Lundberg 1986b). Storkonsumtion av tobak har på senare år blivit vanligast i socialgrupp III, medan motsatsen var fallet fram till mitten av 1970-talet (Jonsson, Lundberg & Tham 1984).

Även om beteenden är socialt bestämda sker förändringar av beteende oftast mycket snabbare än förändringar i den underliggande sociala strukturen. Det finns också gott om exempel på hur beteendeförändringar och kulturella förändringar lett till förändringar i sjuklighet och dödlighet. De typer av beteenden som här syns mest väsentliga är sådana beteenden som har direkta implikationer för hälsotillståndet, tex rökvanor, kostvanor och amningsfrekvens. En annan typ av beteenden är vårdsökarbeteenden. I båda dessa fall talar vi om mer eller mindre medvetna beteenden. En tredje grupp som är relevant i detta sammanhang är de beteenden som är icke-kognitiva, dvs mer rutinbetonade hand-

lingar, vilka kan ha bi-effekter på hälsan. Även sådana beteenden borde dock kunna modifieras med hjälp av en ökad kunskap kring beteendets hälso-konsekvenser. Kunskap om människokroppen, realistiska föreställningar om miljörisker och attityder till hälsofrågor har därför potentiellt stor betydelse även som förklaring till sociala skillnader i ohälsa.

Pågående forskningsdebatt

Mycket av den tidigare debatten kring tolkningen av klasskillnader i hälsa har utgått från dödlighetsdata publicerade i Storbritannien. Debatten har fokuserats vid vilken typ av förklaring som är mest relevant. Samtliga tre förklaringstyper nämnda ovan har förespråkare. Så tex förespråkade Townsend och Davidsson (1982) sociala orsaksförklaringar, Illsley (1986) selektionsförklaringar och Jones och Cameron (1984) artefaktförklaringar. Under 1986 och 1987 har, utan att dessa motsättningar definitivt lösts, diskussionen allt mer centrerats kring frågan om huruvida klasskillnaderna i dödlighet ökar eller ej. Under diskussionen ligger flera frågor, tex 1) hur klasskillnader skall mätas; 2) hur trender i dessa skillnader skall mätas, samt 3) betydelsen av ökande eller minskande skillnader för värderingar av bedriven välfärds-, social- och hälsopolitik.

Wilkinson (1986) sammanfattade debatten i en betydelsefull antologi (*Class and Health*). Han drog slutsatsen att en ökning av klasskillnaderna faktiskt ägt rum. I hög grad stödjer han sig därvid på analyser av Koskinen (1985) och Pamuk (1985). Enligt den förre har klasskillnaderna i dödlighet i England och Wales ökat under perioden 1931–1971, särskilt efter 1951. Marmot & McDowell (1986), som analyserat skillnaderna mellan manuella och icke-manuella klasser, visar på en ökning mellan 1971 och 1981.

Illsley, i flera inlägg (1986, 1987 a, 1987 b), bestri- der dessa tolkningar, bla av det skälet att man inte tagit vederbörlig hänsyn till förekomsten av social

.....

Under 1986 och 1987 har diskussionen alltmer centrerats kring frågan om huruvida klasskillnaderna i dödlighet ökar eller ej.

.....

mobilitet mellan samhällsklasserna. Han påpekar också att analyserna oftast är baserade på de yrkesverksamma åldrarna (20–64 år), medan dödligheten i allt högre grad har förskjutits till åldersgrup- perna över 65 år. Därmed inkluderas endast en mindre del av det totala antalet dödsfall. Dessutom för han in frågan om att det välfärdspolitiskt ter sig absurt att klassskillnaderna ökar mest under den period då välfärdsstaten utvecklats. Carr-Hill (1987) bestrider å sin sida Marmots tolkning på analystek- niska grunder, och tillerkänner en eventuell hälso- relaterad social mobilitet en betydligt större effekt på skillnader iakttagna i tvärsnittsstudier än vad Marmot gör.

Debatten om klasskillnadernas tidsmässiga ut- veckling griper också tillbaka på tidigare konflikter i tolkningen av dödlighetsdata, fra frågan om en häl- sorelaterad social mobilitet (selektion). Denna dis- kussion har varit osedvanligt bitter. Teorier om att social mobilitet påverkas av hälsotillstånd har av bla Himsworth (1984) givits en genetisk tolkning, dvs att en sådan mobilitet skulle utgå från förmoda- de genetiska skillnader mellan samhällsklasser. Detta är i själva verket ett återupplivande av ett inom socialmedicinen (socialhygien) tidigare fö- rekommande rasbiologiskt element (Grotjahn 1923, Myrdal & Myrdal 1934). Himsworth's teorier sak- nar dock empiriskt stöd och baseras främst på orim- liga tolkningar av sociologiska studier av mobilitet och hälsa (Goldthorpe 1985, Vågerö 1987).

Ibland har den sociologiska kritiken av selek- tionshypotesen skjutit över målet och jämsällt teorier om hälsorelaterad social mobilitet med före- komsten av genbaserade skillnader i hälsa, tex i Hart's (1987) kritik av Illsley.

Sammanfattningsvis pekar denna diskussion på nödvändigheten av att bättre värdera mobilitet i relation till sociala skillnader i ohälsa, samt att be- greppsmässigt arbeta med skarpare instrument. Det förefaller viktigt att göra en fördjupad analys av selektionsmekanismer även i Sverige. Därmed kan vi bidra till förklarandet av svenska klasskillnader i ohälsa, men även tillföra viktig kunskap till den internationella diskussionen på området.

Vissa studier rörande olika selektionsprocesser i Sverige har redan utförts. Östlin (1988) redovisar ett

Det förefaller viktigt att göra en fördjupad analys av selektionsmekanismer även i Sverige.

inflöde till fysiskt lätta yrken från tunga yrken, vilket bidrar till att höja andelen långvarigt sjuka bland gruppen med lätta yrken. Lundberg (1987) studerade förekomsten av skillnader i social mobilitet mellan dem som var svårt sjuka som barn jämfört med andra och fann att de hade en mycket högre risk att bli förtidspensionärer, men att mobilitetschanserna på arbetsmarknaden inte skilde nämnvärt. När det gällde sjukdom i vuxen ålder kunde ingen inverkan på mobilitetschanserna påvisas. Det är troligt att den viktigaste hälsorelaterade mobiliteten äger rum under barn- och ungdomen, före det definitiva inträdet i arbetskraften. Denna mobilitets riktning kan dock ej à priori fastställas.

Aktuella frågeställningar

En uppdatering av forskningsområdet ställer följande frågeställningar i centrum. Vi betonar då särskilt mer övergripande och mer sociologiska problem:

- 1) En kvantifiering av sociala skillnader, särskilt avseende de vanligaste och viktigaste folksjukdomarna, men även med avseende på icke patologiska biologiska parametrar som födelsevikt.
- 2) En analys av svenska klasskillnaders förändring under efterkrigstiden, bla genom internationella jämförelser och genom en koppling till långsiktigt bedriven välfärds-, social- och hälsopolitik.
- 3) Förekomsten av social mobilitet relaterat till tidigare hälsotillstånd bör kartläggas mer i detalj.
- 4) En fördjupad analys av olika sociala orsaksfaktorer.

Det finns goda förutsättningar för denna typ av forskning i Sverige, både genom offentlighetsprincipen och genom förekomsten av en lång folkbokföringstradition, som omfattar också medicinska data. Socialmedicinare, epidemiologer och sociologer har här gemensamma forskningsuppgifter. Inom medicinsk sociologi har klass och hälsa internationellt blivit ett av de viktigare områdena. Det uppfattar vi

som naturligt. Vår förhoppning är att de svenska bidragen till den internationella diskussionen framgent skall bli fler.

REFERENSER

- Alfredsson, Lars. 1983: Myocardial infarction and environment. Karolinska Institutet.
- Bergström, Britta & Karin Tengvald. 1985: "Om det sociala nätverkets betydelse för hälsan". Socialmedicinsk Tidskrift, vol 62, nr 1, sid 4-9.
- Carlsson, Gösta, Ola Arvidsson, Lars-Olov Bygren & Lars Werkö. 1979. Liv och hälsa. En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige. Liber, Stockholm.
- Carr-Hill, Roy. 1987: "The Inequalities in Health Debate: A Critical Review of the Issues". Journal of Social Policy, vol 16, nr 4, sid 509-542.
- 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., P. O. Goldblatt & D. R Jones. 1985: "Social Class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances?". Journal of Epidemiology and Community Health, vol 39, pp 1-8.
- Goldthorpe, John. 1985: "Epidemiology, Genetics and Sociology. A Comment". Journal of Biosocial Science, vol 17, sid 373-375.
- Grotjahn, Alfred. 1923: Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene. Verlag von Julius Springer, Berlin.
- Halldin, Jan. 1984: Prevalence of Mental Disorder in an Urban Population in Central Sweden with a Follow Up of Mortality. Karolinska Institutet, Socialmedicinska institutionen, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.
- Hart, Nicky. 1987: "Social Class Still Reigns". Poverty, vol 67, sid 17-19.
- Himsworth, Harold. 1984: "Epidemiology, Genetics and Sociology". Journal of Biosocial Science, vol 16, sid 159-176.
- Högberg, Ulf. 1983: Svagårens barn. Ur folkhälsans historia. Liber, Stockholm.
- Illsley, Raymond. 1986: "Occupational Class, Selection and the Production of Inequalities in Health". Quarterly Journal of Social Affairs, vol 2, nr 2, sid 151-165.
- Illsley, Raymond. 1987a: "Occupational Class, Selection and Inequalities in Health: Rejoinder to Wilkinson's Reply". Quarterly Journal of Social Affairs, vol 3, nr 3, sid 213-223.
- Illsley, Raymond. 1987b: "Bad Welfare or bad Statistics?". Poverty, vol 67, sid 16-17.
- Illsley, Raymond & Per-Gunnar Svensson (red). 1986: The Health Burden of Social Inequities. Country Reports from 20 European Countries. WHO Europa, Köpen-

- hamn.
- Inge, Gunnar & Maj-Britt Inge*. 1967: Den ofärdiga välfärden. Tiden, Stockholm.
- Jones, Ian & Donald Cameron*. 1984: "Social Class analysis – an embarrassment to epidemiology". *Community Medicine*, vol 6, nr 1, sid 37–46.
- Jonsson, Janne, Olle Lundberg & Henrik Tham (red)*. 1984: Levnadsnivåundersökningen. Tabeller och figurer. Institutet för social forskning, Stockholm.
- Karasek, Robert*. 1979: "Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign". *Administrative Science Quarterly*, vol 24, sid 285–308.
- Karasek, Robert, Dean Baker, Frank Marxer, Anders Ahlbom & Töres Theorell*. 1981: "Job Decision Latitude, Job Demands, and Cardiovascular Disease: A Prospective Study of Swedish Men". *American Journal of Public Health*, vol 71, nr 7, sid 694–705.
- Kjellström, Svenåke & Olle Lundberg*. 1984: "Hälsa och vårdkonsumtion" i Erikson, Robert & Rune Åberg (red): Välfärd i förändring. Levnadsvillkor i Sverige 1968–1981. Prisma, Stockholm.
- Koskinen, S.* 1985: "Time Trends in Cause-specific Mortality by Occupational Class in England and Wales" Paper presented at the IUSSP 20th General Conference (Unpublished).
- Lundberg, Olle*. 1986a: "Class and Health: Comparing Britain and Sweden". *Social Science & Medicine*, vol 23, nr 5, sid 511–517.
- Lundberg, Olle*. 1986b: "Socialklass, alkoholbeteende och hälsa. En litteraturgenomgång av sambanden mellan socialklass, konsumtionsmängd och konsumtionsmönster". *Alkoholpolitik*, vol 3, nr 4, sid 206–214.
- Lundberg, Olle*. 1987: "Class Position and Health: Social Causation or Social Selection?" Stencil. Institutet för social forskning, Stockholm.
- Lundberg, Olle & Denny Vågerö*. 1988: "En svensk sociologi på medicinens område?" *Sociologisk Forskning*, nr 1, sid 47–62.
- Macintyre, Sally*. 1986: "The Patterning of Health by Social Position in Contemporary Britain: Directions for Sociological Research". *Social Science & Medicine*, vol 23, nr 4, sid 393–415.
- Marmot, M, M McDowell*. 1986: "Mortality Decline and the Widening Social Inequalities". *The Lancet*, vol 2, sid 274–276.
- Myrdal, Alva & Gunnar Myrdal*. 1934: Kris i befolkningsfrågan. Stockholm.
- Orth-Gomér, Kristina & Jeffrey Johnson*. 1987: "Social Network Interaction and Mortality". *Journal of Chronic Disease*, vol 40, nr 10, sid 949–957.
- Pamuk, E R*. 1985: "Social Class Inequality in Mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. Population studies, vol 39, sid 17–31.
- Parsons, Talcott*. 1951: The Social System. The Free Press, New York.
- Parsons, Talcott*. 1963: "Social Change and Medical Organisation in the United States: A Sociological Perspective". *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol 346 (March), sid 21–33.
- Peck, Maria & Denny Vågerö*. 1987: "Childhood Socio-economic Group and Adult Body Height". *Journal of Epidemiology and Community Health* (i tryck).
- Robertson, C, Mick Bloor & Mike Samphier*. 1987: "Social Class Gradients, Specific Cause Mortality and Accuracy of Diagnosis of Cause of Death". *The Lancet*; ii, sid 576–577.
- Statistiska Centralbyrån (SCB)*. 1985. Ohälsa och sjukvård. Levnadsförhållanden 1975–83. Rapport nr 42.
- Socialstyrelsen*. 1987. Folkhälsorapport. Socialstyrelsen redovisar 1987:15. Stockholm.
- SOU 1981:2. Ohälsa och vårdutnyttjande.
- SOU 1984:40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie.
- SOU 1984:41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3.
- Stefansson, Claes-Göran*. 1985: A case register as a tool for studies in sectorised psychiatric care. Karolinska Institutet.
- Townsend, Peter & Nick Davidson*. 1982: Inequalities in Health. The Black Report. Penguin Books, London.
- Tählin, Michael*. 1987: Arbetets värde och kostnader. En studie av lönearbetets konsekvenser för individen. Almqvist & Wiksell International, Stockholm.
- WHO. 1985. Targets for Health for All. Targets in support of the European regional strategy for health for all. WHO Regional Office for Europe, Köpenhamn.
- Wilkinson, Richard*. 1986: "Socio-economic differences in mortality: interpreting the data on their size and trends". In Wilkinson, R. (red), *Class and Health. Research and longitudinal data*. Tavistock, London.
- Vogel, Joachim*. 1987: Det svenska klassamhället. Klassstruktur, social rörlighet och ojämlikhet. Levnadsförhållanden, rapport nr 50. SCB, Stockholm.
- Vågerö, Denny*. 1987: "Social Causation and Health Selection – Some Theoretical Problems. Paper presented at the British-Swedish joint workshop in Medical Sociology, Glasgow 23–25 september 1987.
- Vågerö, Denny & Gunnar Persson*. 1986: "Occurrence of Cancer in Socioeconomic Groups in Sweden. An Analysis Based on the Swedish Cancer Environment Registry". *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol 14, sid 151–160.
- Vågerö, Denny & Gunnar Persson*. 1987: "Cancer Survival and Social Class in Sweden". *Journal of Epidemiology and Community Medicine*, vol 41, sid 204–209.
- Östlin, Piroška*. 1988: "Negative Health Selection into Physically Light Occupations". *Journal of Epidemiology and Community Health*. Under tryckning.