

Hälsa och social klass

Spädbarnsdödlighet och graviditetsutfall

Rolf Zetterström

Margareta Eriksson

Samband mellan socioekonomiska faktorer och graviditetsutfall har undersökts dels bland graviditeter i Stockholmsförort, dels genom samkörning mellan medicinskt födelsemeddelande och uppgifter i folk- och bostadsräkning 1975 respektive 1980. Bland 600 graviditeter i en Stockholmsförort var moderns missbruk den enda diskriminerande faktorn. Vid samkörning av uppgifter i folk- och bostadsräkning och utfall av knappt 400 000 graviditeter fann man en lägre medelfödelsevikt i en starkt negativt selekterad grupp i motsats till förhållandena hos en starkt positivt selekterad grupp. Ingen skillnad förelåg vad gäller grava missbildningar. En betydelsefull faktor vid gruppering av mödrarna var huruvida de var sammanboende eller ej.

Artikeln utgör en sammanfattning av ett föredrag vid symposium om Hälsa och klass, som hölls vid 1985 års riksstämma. Artikeln har färdigställts av Rolf Zetterström och Margareta Eriksson vid S:t Görans barnkliniker.

Dödligheten perinatalt (dvs dödligheten före och under förlossningen samt under de första 7 dagarna efter födelsen) och under första levnadsåret anses allmänt ge ett mycket gott mått på levnadsstandarden och på hur resurser och välfärd är fördelad mellan medborgarna. Även genomsnittlig födelsevikt, procentuella andelarna av barn med en födelsevikt som understiger 2 500 g, barn som är födda före beräknad tid, dvs före 37 veckor och barn som är underviktiga i förhållande till graviditetslängden, är mått på i vad mån befolkningen har möjlighet att

tillgodose sina krav på ett bästa möjliga hälsotillstånd. Förbättringar i allmän levnadsstandard respektive förändringar för en större grupp ger tämligen omedelbara förändringar. Sjunkande siffror tas som en stor uppmuntran och sporrar i bästa fall till ansträngningar att ytterligare förbättra förhållandena. Stigande sådana, exempelvis för spädbarnsdödligheten, betraktas som ett illa varslande omen.

I vårt eget land har vi under det senaste halvsekleet yvts över att vi haft en spädbarnsdödlighet som hör till de lägsta i världen och över att vår perinatala dödlighet undan för undan sjunkit och att den nu kanske är den lägsta bland samtliga länder. Genomsnittligt sett är svenska nyfödda barn också tyngre än i andra länder.

När vi betraktar våra siffror för dödlighet under perioden kring födelsen och under det första levnadsåret och ser hur gynnsamma de är i förhållande till andra länder, och hur de fortsatt att förbättras även under den sista 10-årsperioden, ställer man sig kanske i första hand två frågor.

En är vilka ytterligare förbättringar som kan tänkas uppnås, det vill säga vilken är den teoretiskt sett lägsta siffran för exempelvis spädbarnsdödlighet. En följdfråga blir också vilka resurser som fordras för att nå ett sådant resultat. För att dessa frågor skall kunna besvaras, bör man i första hand analysera huruvida den välfärd som är nödvändig för att goda resultat skall kunna uppnås är jämnt fördelad inom det svenska samhället.

Vi har i vår arbetsgrupp genom att studera två olika material försökt belysa i vad mån de resurser som behövs för optimal hälsa är tillgängliga för olika skikt av den svenska befolkningen.

Graviditetsutfall i en Stockholms-förort under ett år

I ett arbete som genomförts i samarbete med Aurelius, Nylander och Rådemark har vi relaterat utfallet av samtliga drygt 600 graviditeter, som inträffat i en Stockholms-förort, till familjernas psykosociala förhållanden (1).

I detta lilla, men väl undersökta material, har missbruk hos modern varit den enda särskiljande faktorn. Kvinnor med låg utbildningsstandard var i högre utsträckning än de som var bättre lottade osäkra om när graviditeten inträffat. Denna olägenhet var dock kliniskt betydelselös, eftersom fostrets storlek, och därmed graviditetsåldern, fastställdes vid ultraljudsundersökning. Utan utnyttjande av denna metod hade det i flera fall förelegat risk för en för fostret skadlig överburenhet hos en del av de sämst lottade.

Även om vi i vår Stockholmsundersökning inte kunde påvisa några säkra skillnader i hälsotillståndet i olika klasser, kan naturligtvis sådana ändå förekomma. Man kunde ju också se hur tillgången på förebyggande mödravård – ultraljud – kunde minska risker som en överburenhet inneburit. Vårt material var dessutom alltför litet för att det skulle bli möjligt att se skillnader som inte är så stora som de som finns mellan missbrukande och icke-missbrukande kvinnor.

Graviditetsutfall och spädbarnsdödlighet i fyra årskohorter

I den andra undersökningen som genomförts tillsammans med Anders Ericson vid Socialstyrelsen har vi använt oss av registerdata från samtliga födselar under åren 1976, 1977, 1980 och 1981 (2, 3). Att just dessa fyra år valts beror på att de bostadsräkningar som genomfördes under åren 1975 och 1980 ger möjlighet att relatera socioekonomiska förhållanden till de uppgifter, som finns i de medicinska födelsemeddelanden, som sänds in till Socialstyrelsen. En samkörning av uppgifter från medicinska födelsemeddelandet och bostadsräkningen ger möjlighet till att belysa förhållandena mellan social klass och graviditetsutfall respektive spädbarnsdödlighet. Exakta jämförelser kan dock enbart göras för åren 1976 och 1981 då dessa ligger i samma relation till bostadsräkningen.

Tabell 1. Indelning i socio-ekonomiska grupper 1976, 1977, 1980 och 1981

Grupp A "Hög" n=37 721	1. Nationalitet; svensk medborgare 2. Yrke; "professional" dvs högre utb 3. Samboende 4. Hustyp; småhus el bostadsrätt 5. Kvalitetsgrupp på bostad; hög 6. Icke trångbodd
Grupp C "Låg" n=26 603	1. Nationalitet; svensk el utländsk medb 2. Yrke; ej "professional" dvs övr yrken 3. Ej samboende, dvs ensamstående 4. Hustyp; flerfamiljshus med hyresrätt
Grupp B "Medel" n=314 327	Uppfyller ej villkoren för A eller C

Tabell 2. Spädbarnsdödlighet och graviditetsutfall 1976 och 1981 i olika sociala grupper.

Grupp	Perinatal dödlighet (per 1 000)	Spädbarnsdödlighet (per 1 000)	Grava missbildningar (per 100)
A	7.7	5.9	2.4
B	8.9	7.4	2.4
C	9.2	7.6	2.4
Totalt	8.8	7.2	2.4

Materialet har indelats i tre grupper i enlighet med tabell 1.

I tabell 2 presenteras perinatal mortalitet, spädbarnsdödlighet och missbildningsfrekvens i de tre olika grupperna under samtliga fyra år. Som synes föreligger klara skillnader beträffande perinatal dödlighet och dödlighet under första levnadsåret. I den grupp, i vilken kvinnorna har genomgått högskoleutbildning och också i andra avseenden har god social standard, är dödlighetssiffrorna betydligt lägre än i de andra två grupperna. Grupp C är också klart missgynnad i förhållande till grupp B. Frekvensen kliniskt betydelsefulla missbildningar är dock densamma i samtliga tre grupper. De miljöförhållanden som eventuellt skulle kunna påverka missbildningsfrekvensen är jämnt fördelade mellan de tre olika grupperna. Materialet är inte standardiserat för ålder och paritet. Om så görs minskar skillnaderna betydligt. Vi har dock avstått från standardisering då vi anser att ålder och paritet är en del av de olika gruppernas karakteristika.

Andelen barn med låg födelsevikt i de tre grupperna framgår av *tabell 3*. För att ytterligare belysa frågan om förhållandet mellan låg födelsevikt och social klass redovisas inte endast andelen barn med födelsevikt <2 500 g utan också de med mycket låg födelsevikt, det vill säga med en vikt <1 500 g respektive <1 000 g. Som synes är inte endast andelen av alla barn med låg födelsevikt utan också den med mycket låg födelsevikt betydligt högre i grupp C än i grupp A. Inte heller här har hänsyn tagits till ålder och paritet som varierar och utgör en del av skillnaderna mellan de olika grupperna.

Vid samkörning av data för 1976–1977 visade det sig att 2,3 % av totalpopulationen ej kunde återfinnas (2). Gruppen utgörs till största delen av nyligen invandrade familjer, i vilka fall modern ofta var gravid då hon kom till Sverige. Denna grupp hade en i förhållande till den övriga befolkningen högre perinatal mortalitet och fler barn med låg födelsevikt. Om man däremot jämför utfallet hos invandrade, som varit bosatta i Sverige vid inträffad graviditet, med det hos dem som är födda i landet finns inte några skillnader.

Såväl den perinatala dödligheten som spädbarnsdödligheten har sjunkit även under den senaste 10-årsperioden. Hur är då situationen för de tre studerade socioekonomiska grupperna. Som synes av *tabell 4* är förbättringen mest påtaglig i den mest privilegierade gruppen. Förbättring är också påtaglig i grupp B. I grupp C är tendensen oklar.

Det samlade materialet har undersökts inte bara med hänsyn till de olika redovisade grupperna, utan också med hänsyn till moderns yrke. Observeras bör dock att detta är moderns yrke vid bostadsräkningen vilket inte alltid behöver gälla under graviditeten. Som synes av *tabell 5* är såväl perinatal dödlighet som spädbarnsdödlighet lägre i de fall modern är lärare än i fyra andra redovisade yrkeskategorier, nämligen laboratorieassistent, stansoperatris, köksbiträde och städerska. Situationen är sämst då mödrarna har ett så kallat okvalificerat arbete. Missbildningsfrekvensen är dock jämnt fördelad på de fem olika yrkena. Av tabellen framgår också att det inte föreligger någon skillnad för yrkesarbetande och hemarbetande kvinnor. Betydelsen av olika enskilda faktorer har också undersökts.

Tabell 3. Procentuella andelen barn med låg födelsevikt 1976 och 1981 i olika sociala grupper

Grupp	<2 500 g	<1 500 g	<1 000 g
A	3.5	0.54	0.2
B	4.5	0.67	0.2
C	6.0	0.87	0.3
Totalt	4.5	0.67	0.2

Totalt antalt födslar 378 651

Tabell 4. Perinatal mortalitet i olika sociala grupper 1976, 1977 och 1980, 1981

År	Grupp A	Grupp B	Grupp C	Total
1976	9.0	10.7	9.5	10.4
1977	6.7	10.1	11.9	10.0
1980	7.4	7.9	12.7	8.0
1981	6.7	7.0	9.0	7.1

Tabell 5. Dödlighet och andel lågviktiga barn vid olika yrken hos mor (1976, 1977, 1980 och 1981)

Yrke	Födda (n)	Spädbarnsdödlighet (per 1 000)	Dödlighet <1 v (per 1 000)	Låg födelsevikt (%)
Lärare	19 421	6,3	3,6	3,4
Lab ass	4 063	6,9	3,9	4,3
Datapers	2 509	6,0	3,6	5,2
Köksbitr	4 709	7,2	5,1	5,1
Städpers	10 048	8,4	4,8	5,0
Yrkesarb	262 745	7,1	4,3	4,4
Ej yrkesarb	115 906	7,2	4,2	4,2

Tabell 6. Graviditetsutfall och spädbarnsdödlighet i förhållande till familjesituation.

	Perinatal dödlighet (per 1 000)	Spädbarnsdödlighet (per 1 000)	Låg födelsevikt (per 100)
Sammanboende			
76/77	9,9	7,5	4,0
80/81	7,3	6,3	4,0
Ej sammanboende			
76/77	11,2	9,1	5,6
80/81	9,5	7,4	6,1

I tabell 6 visas hur familjeförhållandena påverkar dödligheten omkring födelsen och i spädbarnsåldern. Situationen är i många fall svår för en ensamstående kvinna. I själva verket är ensamstående mor den starkast diskriminerande faktorn.

Sammanfattning

Perinatal dödlighet och spädbarnsdödlighet är även i vårt land avhängiga av de socioekonomiska förhållandena. Den nedgång i dessa dödlighetssiffror som vi haft mellan 1976 och 1981 är mest påtaglig i familjer som lever under hyggliga förhållanden. Förhållandena är bäst om modern har högskoleutbildning, sämst om hon har så kallat okvalificerat yrke. Ensam mor, nyanländ invandrare och missbrukande mor är starkast diskriminerande faktorer.

Incidensen medfödd missbildning är jämnt fördelad på de sociala grupperna.

Även om de sociala skillnaderna nu är betydligt mindre än i början av seklet återstår mycket att göra innan samtliga samhällsgrupper kan få åtnjuta samma grad av hälsa (4). Utsikterna för barn som föds till ensamstående mödrar är fortfarande betydligt sämre än för dem som föds i en fullständig familj. Överdödligheten är dock inte lika stor som under första hälften av detta sekel, då den var 57,6% åren 1911–15 och 64,6% åren 1945–50 (5).

REFERENSER

1. Nylander I, Zetterström R: Home environment of children in a new Stockholm suburb. *Acta Paediatr Scand Suppl* 310, 1983.
2. Ericson A, Eriksson M, Westerholm P, Zetterström R: Pregnancy outcome and social indicators in Sweden. *Acta Paediatr Scand* 73: 69–74, 1984.
3. Ericson A, Eriksson M, Zetterström R: The incidence of congenital malformations in various socioeconomic groups in Sweden. *Acta Paediatr Scand* 73: 664–666, 1984.
4. Sjölin S, Smedby B: The state of health of Swedish children. *Acta Paediatr Scand* 68, Suppl 275: 16, 1979.
5. Ström J: Medical child care in Sweden. Short review of its development, importance and immediate objectives. In: In Honour of Arvid Wallgren on his sixty-fifth birthday, October 6, 1954. Eds: Vahlquist B, Lind J, Malmberg N, Mannheimer E, Zetterström R, Almqvist & Wiksell, Uppsala, 1954.