

Ohälsa och klass i Storbritannien och Norge

Olle Lundberg

Intresset för skillnader i sjuklighet och dödlighet mellan olika samhällsgrupper har under senare år ökat inte bara i Sverige. Den kanske mest omtalade studien, den sk Blackrapporten kommer från England. En sammanfattning av denna rapport samt en bok om en liknande undersökning från Norge är ämnet för följande artikel av Olle Lundberg.

Olle Lundberg är forskningsassistent vid Institutet för social forskning.

TOWNSEND, PETER och DAVIDSON, NICK; "Inequalities in Health. The Black Report", Pelican Books, London 1982. Pris ca 40 kr.

ELSTAD, JON IVAR; "Kroniske lidelser og sosial klasse. En undersøkelse med data fra helseundersøkelsen 1975", Arbeidsnotat nr 170, Instituttet for sosiologi, Universitetet i Oslo 1981.

I Sverige har intresset för skillnader i sjuklighet mellan olika samhällsgrupper ökat under senare år. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) kan ses både som ett uttryck för och en uppmuntran av detta intresse. Även i och kring arbetet med utredningen "Hälso- och sjukvård inför 90-talet" (HS 90) har detta intresse manifesterats (tex Dahlgren/Spetz 1983), liksom ett ökat intresse kan märkas bland sjukvårdsfolk i allmänhet (se tex Motpol nr 2-3 1984). Två utländska undersökningar inom detta område är den omtalade "Inequalities in Health. The Black Report" med Peter Townsend och Nick Davidson som författare, och Jon Ivar Elstads "Kroniske lidelser og sosial klasse". Dessa två rap-

porter har vissa likheter, tex vad gäller problemställningar och resultat, men uppvisar stora skillnader i metodval m m.

"Inequalities in Health's (IiH) tillkomsthistoria är en smula märklig, och förmodligen en bidragande orsak till den ryktbarhet verket fått i socialmedicinska kretsar. År 1977 tillsatte den dåvarande labour-regeringen en arbetsgrupp med sir Douglas Black som ordförande, vilken skulle utreda orsaker till hälsoojämligheter och lämna förslag till åtgärder. När rapporten 1980 blev klar hade Storbritannien en konservativ regering som, visade det sig, inte var särskilt förtjust i arbetsgruppens resultat och förslag. Istället för att tryckas och distribueras i vanlig ordning, blev rapporten kopierad i endast 260 exemplar, och ledande politiker hävdade att rapportens resultat var felaktiga. För att sprida den kunskap som gruppen samlat, redigerade en av gruppens medlemmar (Townsend) tillsammans med journalisten Davidson om rapporten, försåg den med ett kompletterande förord och gav ut den som IiH. Resultatet har blivit en i förhållande till originalet mer lättläst bok.

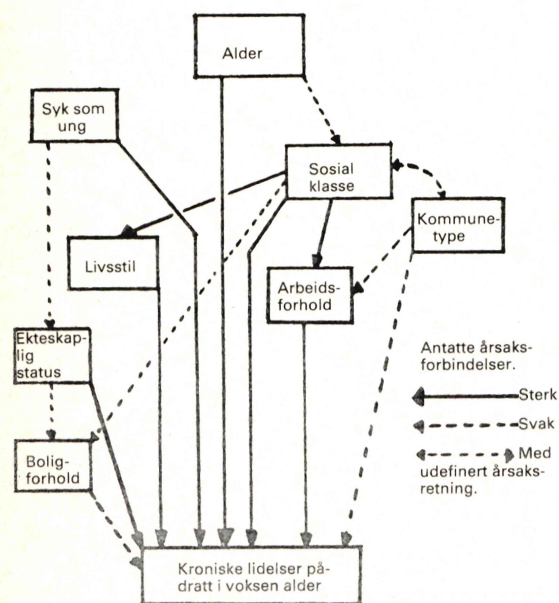
Huvudresultaten från studien är att det i Storbritannien finns stora hälsoskillnader mellan de högsta och lägsta socialgrupperna, och att dessa skillnader förblivit konstanta eller till och med ökat under efterkrigstiden. Dessa resultat bygger man huvudsakligen på studier av dödlighetsskillnader mellan olika grupper, mätt både med skillnader i antal döda och med standardiserade dödskvoter. Man konstaterar även att män, i alla socialgrupper, har högre dödlighet än kvinnor, samt att småbarnsdödligheten är starkt klassrelaterad. Även vissa dödlighetsskillnader efter region, ras och bostadstyp (ägd eller hyrd bostad) konstateras. I de fall man använt mått på sjuklighet, tex långvarig sjukdom och läkarbesök, pekar resultaten i samma riktning, även om

sambandet mellan ohälsa och klass inte är lika starkt med dessa mått.

I rapporten diskuteras också orsakerna till dessa skillnader i hälsa. Här intar arbetsgruppen en vad man själv kallar "materialistisk/strukturellistisk" ståndpunkt, och framhåller ojämnt fördelade resurser i allmänhet och fattigdom i synnerhet som de viktigaste orsakerna till hälsoskillnaderna. Man ansluter sig dock även till ett livscykelerspektiv, och menar att orsakerna till skillnader i ohälsa kan variera under livets gång. I tidig barndom spelar genetiska och kulturella förklaringar en viss roll, hävdar man. Någon egen undersökning för att belysa hälsoproblem och dess orsaker lät dock arbetsgruppen inte göra.

Inte heller Elstad har i sin avhandling gjort någon egen undersökning, utan bygger sin studie på data från Helseundersøkelsen 1975. Detta innebär att han uteslutande använder sig av morbiditetsdata, vilka dock även de (i vanlig ordning) visar skillnader mellan könen, social- och, framför allt, åldersgrupperna. Elstad ger sig även på uppgiften att empiriskt spåra sjuklighetens orsaker. De orsaker han studerar ordnar han i kausal ordning enligt figur 1.

Figur 1 Schematisk översikt över orsaksmodellen. Från sid 147.



Även i förklaringar till orsaker till dessa ojämligheter är man tämligen eniga – skillnaderna emanerar ur arbetslivet.

Idag är det i stället den relativa fattigdomen som ökar i betydelse, menar man.

För att konstanthålla för medfödda sjukdomar och sådana man ådragit sig i barndomen, studerar Elstad endast sjukdomar som uppstått efter 25-årsåldern. Detta gör han för att om möjligt kunna renodla effekterna av sina åtta förklaringsvariabler.

Utifrån modellen i figur 1 analyserar så Elstad sina data med hjälp av regressionsanalys. Han kan då förklara 14 procent av variansen i kronisk sjuklighet som uppstått i vuxen ålder för män, nio procent för förvärvsarbetande kvinnor och 13 procent för övriga kvinnor. Av dessa procenttal svarar åldersvariabeln för den absolut största delen (10,5, 6,5 och 10,6 procentenheter). Av övriga variabler är det för män framför allt (klassrelaterade) arbetsförhållanden som spelar in, medan det för förvärvsarbetande kvinnor är sjuklighet i barn- och ungdomen, och för alla kvinnor familjens sociala position (mätt med mannens socialgrupp) som har betydelse för ökningen av den kroniska sjukligheten under vuxenlivet.

Vad förmedlar då dessa böcker för kunskaper om ohälsans fördelning och dess orsaker? I båda skrifterna visas att skillnader i ohälsa verkligen existerar mellan olika sociala klasser. Det empiriska stöd som Townsend/Davidson anför är dock oftast mer övertygande än det av Elstad använda. Detta kan bero på skillnader i metod (mortalitet respektive morbiditet som ohälsaindikatorer mm), eller på de olika klassindelningar som använts. En annan möjlighet är att skillnaderna mellan klasserna inte är lika stora i Norge som i Storbritannien. Tidigare norska studier refererade av Elstad har inte funnit några klasskillnader i hälsa.

Även i förklaringarna av orsakerna till dessa ojämligheter är man tämligen eniga – skillnaderna emanerar ur arbetslivet. I sin diskussion kring möjliga förklaringar skiljer Elstad på sådana som utgår från att hälsoskillnader mellan klasserna verkligen

Idag är det i stället den relativa fattigdomen som ökar i betydelse, menar man.

existerar (objektiva), och sådana som utgår från att det ej finns reella skillnader (subjektiva). Han visar att de subjektiva, och även flera av de objektiva förklaringarna, inte finner stöd i tidigare forskning, och menar själv att det är genom yrke och arbetsförhållanden som klass påverkar mäns hälsa, medan det för kvinnor mer är familjens sociala position (med ekonomiska svårigheter etc som följd) som är det avgörande. Hans slutsats härvidlag vilar dock på osäker grund, och får mer betraktas som en hypotes.

Townsend/Davidsons diskussion är mer begränsad än Elstads. Med den senares terminologi är det endast objektiva förklaringar som tas upp. Deras ståndpunkt är att ekonomiska faktorer orsakar skillnader, men att de verkat olika i olika historiska skeden. I industrialismens tidigare faser berodde hälsoskillnaderna på den utbredda fattigdomen bland arbetarklassen, med dålig mat, dåliga bostäder, dålig arbetsmiljö och dålig hygien som viktiga inslag. Idag är det istället den *relativa* fattigdomen som ökar i betydelse, menar man. Relationen till de som har det bättre är alltså viktig i sig, inte bara den ekonomiska nivån. Bristen i detta resonemang är att de inte kan peka ut vilka mekanismer som gör den relativt fattige arbetaren sjukare än direktören.

Avslutningsvis kan sägas att LiH är ett tyngre

inlägg i debatten kring hälsoskillnader mellan olika grupper i samhället genom sin klara bevisning av skillnadernas utbredning. Den är dessutom en beskrivning av Storbritannien som ett klassamhälle tydligare och hårdare än det i Norge och Sverige. Speciellt märks kanske detta på de förslag som avges, med bland annat införandet av (fri) skolmat som en av de punkter, vilka av de konservativa ansågs för kostsamma. Däremot saknas en utförligare diskussion av de hälsomått och den klassindelning man valt. Hos Elstad är det istället i den statistiska metoddelen som det brister. Han använder förändring i andel förklarad varians (R^2) som ett mått på variabelers effekt istället för de standardiserade regressionskoefficienterna (beta), utan att motivera detta. Med beta-koefficienterna hade han kunnat förvandla sitt kausala schema till en stiganalys, vilket gjort detta schema intressantare. Dessutom diskuterar han ytterst små förändringar i R^2 utan att ta upp frågan om de *betyder* något. Den teoretiskt-metodologiska diskussionen kring svårigheterna att mäta hälsa, och om möjliga förklaringar till skillnader mellan könen och socialgrupperna är däremot utmärkt, och motiverar väl en läsning av "Kroniske lidelser ...". För den som söker lösningen på hälsomätningens statistiska problem torde dock inte någon av böckerna vara tillfyllest.

REFERENSER

- Dahlgren, Göran, Spetz, Curt-Lennart: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Stencil, Socialstyrelsen, 1983.
MOTPOL, Tidskrift för sjukvårdsdebatt, nr 2-3 1984.