

De hjärtsjukas psykosociala situation

En tvärsnittsstudie baserad på levnadsnivåundersökningens material

Olof Edhag

Lars Sundbom

Sten Johansson

Töres Theorell

Evy Lind

I nedanstående artikel redovisas en kartläggning av vissa sociala förhållanden hos hjärtsjuka. Som grund för detta ligger enkät-svar avgivna i levnadsnivåundersökningen 1967.

Innebörden i enkätsvaren är att individerna med hjärtbesvär oftare växt upp i stora familjer med sjuka föräldrar eller ekonomiska bekymmer under uppväxten och oftare tillhört socialgrupp III än II och I. De har haft en allmänt ökad sjuklighet och en ökad medicinförbrukning. De har oftare varit fränksilda eller änkor/änklingar, oftare saknat kontant-marginal, och haft lägre medelinkomster än i kontrollgruppen.

Undersökningsresultatet stärker intrycket att de hjärtsjuka behöver en "total" social-medicinsk insats.

Docenterna Olof Edhag och Töres Theorell är verksamma vid medicinska kliniken, Serafimerlasarettet. Sten Johansson är bitr. professor vid Institutet för social forskning, där Lars Sundbom är forskningsassistent. Fil.kand. Evy Lind är sociolog vid Laboratoriet för klinisk stressforskning.

Hur ser de hjärtsjukas sociala situation ut?

Några publicerade undersökningar har ägnats denna fråga (1, 2, 3 och 4). Vanligen har dock denna typ av studie utförts på personer som haft sjukhuskontakt, vilket innebär en viss selektion. I föreliggande arbete har vi utnyttjat Levnadsnivåregistret 1968 som utgör ett representativt register över slumpvis utvalda personer över 15 års ålder i hela Sverige (5). Inom ramen för denna

har vi definierat "hjärtsjuka" som jämförts med matchade jämförelsegrupper i samma population med avseende på en rad psykosociala faktorer.

Definitionen av begreppet "hjärtsjuk" är svår. Man kan utgå från individens egna symptom dvs fånga in subjektivt hjärtsjuka, eller utgå från objektiva medicinska undersökningar och så ringa in objektivet hjärtsjuka. I föreliggande arbete har vi ej haft möjlighet att undersöka deltagarna medicinskt. Utifrån de svar på frågor om sjukdomar eller symptom som ingått i Levnadsnivåundersökningen har vi valt ut en grupp för studium. Vi har också utnyttjat uppgifter om intervjupersonernas medicinering för att få fram en grupp av mera objektivet hjärtsjuka.

Material och metod

LNR (Levnadsnivåregistret) är en s k miniatyr-databas innehållande intervjudata från Levnadsnivåundersökningen 1968, vilka kompletterats med registerdata om bl a inkomster, sjuklighet, social-hjälp, sysselsättningsförhållanden. Registerpopulationen (= Levnadsnivåundersökningens urval) är ett representativt urval individer ur befolkningen födda 1892—1953 omfattande 6 690 individer. Bortfallet i intervjumaterialet är 9,3 %. Intervjumaterialet som insamlades i maj—juni 1968 innehåller data om:

1. Hälsotillstånd
2. Sysselsättning och arbetsförhållanden
3. Utbildning

Särtrycksbeställningar: T. Theorell, Med. klin. Serafimerlasarettet, Fack, 112 83 Stockholm.

4. Inkomster och förmögenhet ("ekonomiska resurser")
5. Politiskt deltagande ("politiska resurser")
6. Uppväxt- och familjeförhållanden
7. Bostadsförhållanden
8. Kostvanor
9. Fritid och fritidssysselsättningar

I en rapportserie omfattande 15 rapporter utgivna på Allmänna Förlaget, "utkast till kapitel i betänkande om svenska folkets levnadsförhållanden", finns huvuddelen av intervjumaterialet behandlat. I en dokumentation som utarbetats vid Institutionen för Social Forskning (5, 6), finns samlad teknisk information om LNR och dess användningsmöjligheter samt variabelförteckning med koder, enkla frekvenser och kommentarer.

Avgränsning av hjärtsjuka i LNR

Alla uppgifter om hälsotillstånd i LNR, med undantag för registerdata om sjukskrivning, är intervjudata, som avser förhållandena vid intervjutillfället i maj—juni 1968 eller under den 12-månadersperiod som föregick intervjutillfället.

LNR innehåller därvid två typer av uppgifter som kan tas till utgångspunkt vid avgränsning av en kategori hjärtsjuka:

a) *Dels* uppgifter om intervjudata personernas subjektivt upplevda symptom, ("Har Ni under de senaste 12 månaderna haft någon av följande sjukdomar eller besvär?" — att besvaras med "nej", "lätt", resp "svår" för vart och ett av 47 uppräknade symptom), av vilka följande syns ha relevans i detta sammanhang:

	Antal individer i urvalet (motsvarande 1 000-tal individer över 15 års ålder i befolkningen) med:		
	Lätta besvär	Svåra besvär	Summa
1. Hjärtinfarkt, propp i hjärtat	17	24	41
2. Hjärtsvaghet	262	95	357
3. Högt blodtryck	355	151	506
4. Smärtor eller värk i bröstet	327	156	483
5. Andnöd, andfäddhet	385	126	511
6. Yrsel	443	137	580

En antydning om graden av tillförlitlighet i medicinsk-diagnostisk mening i dessa uppgifter kan erhållas av de reintervjuer utförda av läkare som genomfördes med 46 av intervjudata personerna (7). Undersökningen visar på en god överensstämmelse mellan läkarintervju och lekmanintervju för symptomen högt blodtryck och hjärtsvaghet. Hjärtinfarkt hade ingen av de 46 personerna enligt någon av intervjuerna. För samtliga dessa tre besvär kan sannolikt svaren i lekmanintervjuerna i hög utsträckning antas vara av "diagnoskarakaktär", dvs svaren är sannolikt ofta läkarbesked i andra hand. När det gäller övriga symptom av de ovan redovisade, visar undersökningen genomgående en kraftig underrapportering av besvär i lekmanintervjun jämfört med läkarintervjun. Undantag utgör symptomet yrsel som rapporterades av en stor andel av intervjudata personerna.

b) *Dels* uppgifter om medicinering, (Intervjufrågan gäller vilka mediciner som använts under 14 dagar, som föregick intervjutillfället), av vilka följande syns relevanta i detta sammanhang:

	Antal individer i urvalet (motsvarande 1 000-tal individer över 15 års ålder i befolkningen) som använt:
1. Diuretika	205
2. Hjärt-kärlläkemedel utom digitalis	288
3. Digitalispreparat	103

I den preliminära bearbetningen som genomfördes under hösten 1973 (8), definierades en kategori hjärtsjuka med utgångspunkt från en enkel summerad skala innehållande symptomen 1—6 på föregående sida (hjärtinfarkt, hjärtsvaghet, högt blodtryck, bröstvärk, andnöd, yrsel). Därvid definierades som hjärtsjuka de individer som hade minst 2 svåra besvär eller minst 4 lätta besvär, dvs 4 skalpcäng eller mer på den summerade skalan.

I den nu föreliggande bearbetningen har denna definition varit utgångspunkt för en av fyra al-

alternativa avgränsningar av en kategori hjärtsjuka. Dessa alternativa avgränsningar är:

A) "*Hjärtsjuka*". Hjärtsjuka enligt den definition som tillämpades i den preliminära bearbetningen (se ovan), exklusive de individer som vid en läkargenomgång av intervjuformulären bedömts som icke hjärtsjuka, dvs med symptom som betingats av ovidkommande sjukdomar, exempelvis blodbrist, giftstruma och cancer. Denna klassificering baserar sig på en granskning av intervjuformulären för samtliga 220 individer som definierats som hjärtsjuka i den preliminära bearbetningen. 47 av de 220 individerna bedömdes därvid som icke hjärtsjuka, varför denna kategori kom att omfatta 173 individer.

B) "*Digitalis- och/eller diuretikabehandlade*". Till denna kategori klassificeras de individer som under de 14 dagar som föregick intervjun tagit digitalispreparat och/eller diuretika. Antalet individer i LNR som uppfyller dessa villkor uppgår till 255.

Som "*icke-hjärtsjuka*" definieras i föreliggande bearbetning de individer som uppgivit varken lätta eller svåra besvär vad gäller hjärtinfarkt, hjärtsvaghet, blodtryck, bröstvärk, andnöd eller yrsel, dvs som sade sig vara *symptomfria* vad gäller de sex ovan nämnda hjärtsjukdomssymptomen.

Jämförelsegrupper till de olika kategorierna hjärtsjuka

Studiens syfte är att belysa de hjärtsjukas sociala situation via en beskrivning av deras "*faktiska*

levnadsnivå", dvs status vad gäller hälsotillstånd, sysselsättning, utbildning etc. Denna beskrivning baseras i sin tur på en *jämförelse* av de hjärtsjukas levnadsnivå med andra befolkningskategoriers levnadsnivå.

En jämförelse med "*icke-hjärtsjuka*" kan belysa vilka som drabbas av hjärtsjukdom och vilka effekter på levnadsnivån som följer av sjukdomen. Inom ramen för de möjligheter som LNR-materialet erbjuder i dessa avseenden, har det synts vara fruktbart att konstruera jämförelsegrupperna icke-hjärtsjuka via ett matchningsförfarande, som innebär att kön, ålder och socioekonomiskt status (social/yrkesgrupp) kan konstant hållas vid analysen.

Dessa överväganden har lett till följande val av jämförelsegrupper:

A) "*Totalbefolkningen*", LNR-populationen omfattande personer födda 1892—1953, dvs de som vid intervjutillfället 1968 var 15—75 år.

B) "*Matchgrupp, kön, ålder, yrkesgrupp*". Består av icke-hjärtsjuka individer (definierade enligt ovan) utvalda så att för varje hjärtsjuk har slumpmässigt utvalts en av alla icke-hjärtsjuka individer som har samma kön, samma födelseår (± 2) och samma yrkesgrupp (samma socialgrupp om matchindividen ej finns i yrkesgruppen) som den hjärtsjuka. Den yrkesgruppsindelning som använts är LNR:s 21-ställiga. En sådan matchgrupp konstrueras för var och en av de fyra sjukkategorierna.

En sammanställning av hjärtsjuka-kategorierna

Tabell 1. De olika analyskategoriernas storlek med och utan matchgruppsvikt och befolkningsvikt.

	Hjärt-sjuka	Match-grupp kön, ålder	Match-grupp kön, ålder, yrkes-grupp	Digi-talis o./el. diure-tika-beh.	Match-grupp kön, ålder	Match-grupp kön, ålder, yrkes-grupp	Total-befolk-ningen 15—75 år enl. LNR
Antal individer i LNR	173	153	138	255	212	183	5 916
Antal individer i LNR med match-gruppsvikt	173	173	165	255	254	242	5 916
Skattat antal individer i befolkningen i 1 000-tal (med befolkningsvikt och match-gruppsvikt)	178	177	174	258	262	252	5 920

och jämförelsegrupperna motsvarande den som genomgående används i tabellredovisningen presenteras i *tabell 1*. Av sammanställningen framgår också antalet individer i respektive kategori, vilket antal utgör basalt för procent- och medelvärdesberäkningar. Först redovisas hur de hjärtsjuka, enligt de fyra alternativa definitionerna, fördelar sig efter kön, ålder och yrkesgrupp. Därefter jämförs hjärtsjukekategorierna med de jämförelsegrupper som presenterats ovan, med avseende på olika levnadsnivåindikatorer. I tabellerna anges *procentandelen* i respektive grupp (hjärtsjukekategori, matchgrupp, totalbefolkning) med ett visst värde, t ex låg utbildning etc, eller det *genomsnittliga värdet* i respektive grupp (det aritmetiska medelvärdet, t ex medelinkomst, medelarbetsstimmar per vecka etc). Genomgående gäller att redovisade värden beräknats med en viktvariabel (LNR:s "befolkningsvikt") i syfte att de skall kunna betraktas som skattningar av motsvarande värden i LNR-populationen. Inga procentandelar eller medelvärden har beräknats på basalt understigande 20 individer (markeras med "x" i tabellerna).

Resultat

Köns- och åldersfördelningar redovisas i *tabell 2*. Hos gruppen "hjärtsjuka" män förelåg en överrepresentation av åldersgrupperna 51–60 år och 68–75 år. I den "hjärtsjuka" gruppen var andelen män större än i digitalis-diuretikagruppern. I

Tabell 2. Hjärtsjukekategorierna fördelade efter kön och ålder. Kolumnprocent. Antalen individer inkluderar även bortfall.

	Hjärtsjuka		Digitalis-o./el. diuretikabeh.	
	män	kvinnor	män	kvinnor
15–40 år	5	3	3	7
41–50 år	12	9	7	7
51–60 år	32	16	23	22
61–67 år	21	33	31	31
68–75 år	30	39	37	33
Beräknat antal individer (inklusive bortfall)	61	116	71	190

båda hjärtsjuka grupperna var det flera kvinnor än män.

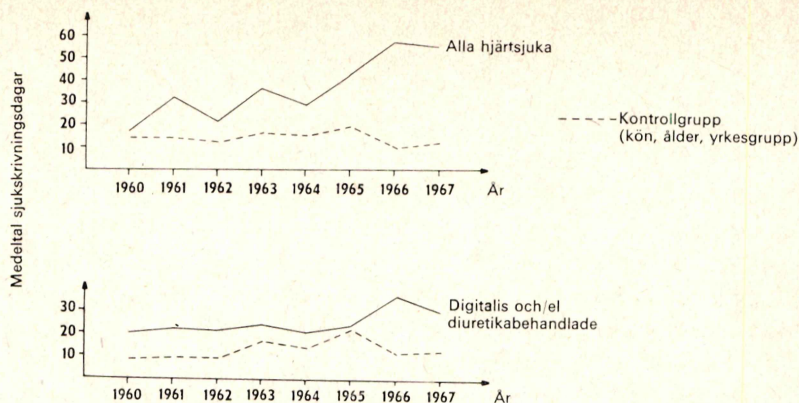
I det följande redovisas endast de variabler för vilka skillnader observerats mellan hjärtsjuke- och kontrollgrupper.

För alla studerade kroppsliga besvär gäller att patientgrupperna hade högre prevalens, och det gällde så varierande symptom som synbesvär, hörselnedsättning, huvudvärk, förkylning, blodbrist, eksem, avmagring, magbesvär, avföringsbesvär och urinbesvär. Beträffande psykiska besvär förelåg uttalade skillnader i samma riktning mellan grupperna. I *tabell 3* visas också i vilken utsträckning vitaminer, järnmediciner, laxermedel och smärtstillande, lugnande och sömngivande medel används i de olika grupperna. Genomgående noteras kraftigt ökad användning av sådana medel i sjukgrupperna i jämförelse med kontrollgrupperna.

Tabell 3. Hälso tillstånd (svåra besvär) enligt några enkla indikationer och medicinkonsumtion. Andelar i procent av respektive grupp.

	Hjärtsjuka	Matchgrupp kön, ålder, yrkesgrupp	Digitalis o./el. diuretikabehand.	Matchgrupp kön, ålder, yrkesgrupp	Totalbefolkningen 15–75 år enl. LNR
Synbesvär	15	7	12	4	3
Hörselnedsättning	14	2	5	3	2
Huvudvärk, migrän	27	8	15	7	10
Förkylning, influensa	32	17	27	16	16
Blodbrist, anemi	6	1	2	0	2
Utslag, eksem, psoriasis	8	0	5	0	2
Avmagring	10	1	5	1	1
Psykiska besvär	51	7	29	10	10
Magbesvär	15	1	6	2	5
Avföringsbesvär	21	4	13	5	4
Njur- o. urinbesvär	13	4	9	3	4
Vitaminer	33	15	26	13	15
Järnmedicin	20	10	12	8	8
Laxermedel	27	5	19	10	5
Smärtstillande	57	33	43	33	31
Lugnande	46	9	32	10	11
Sömnmedel	34	10	21	6	7

Fig. 1 Medeltal sjukfrånvarodagar per år



Figur 1 åskådliggör medeltalet sjukfrånvarodagar per år under perioden 1961—1967 för de olika grupperna. Det framgår att sjukgrupperna jämfört med matchgrupperna haft hög sjukfrånvaro redan 1961. Det är framför allt i den "hjärtsjuka" gruppen, dvs den sjukaste, som man sedan haft en kraftig stegring under 1966 och 1967 jämfört med tidigare.

Beträffande uppväxtförhållanden förelåg skillnader. Dessa redovisas i tabell 4. Det var sålunda vanligare bland de "hjärtsjuka" än bland de matchade jämförelsepersonerna att ha haft en far som tillhörde socialgrupp III, att ha haft 5 syskon eller mer, att *icke* ha fått ärva 1 000 kr eller mer och att ha upplevt ekonomiska bekymmer eller

sjukdom hos föräldrarna under uppväxten.

Civilstånd redovisas i tabell 5. Det var vanliga att vara änka/änkling bland de sjuka än bland kontrollpersonerna. Tabell 6 visar också hur vanliga kroppsliga eller psykiska sjukdomar angavs vara hos familjemedlemmarna. De sjuka har genomgående rapporterat sådana betydligt oftare än kontrollpersonerna.

Inkomstutveckling — genomsnittlig sammanräknad nettoinkomst — hos de olika grupperna 1966—1969 framgår av tabell 6 och figur 2. Endast de som var inkomsttagare har inkluderats. Det framgår att sjukgrupperna i stort sett haft lägre inkomst än kontrollgrupperna under hela perioden.

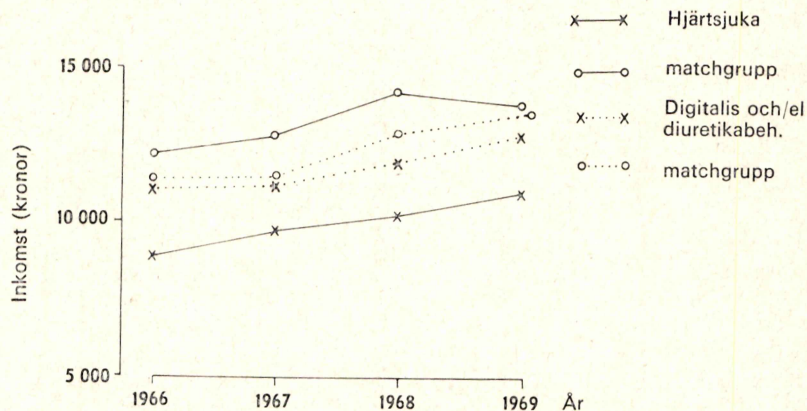


Fig. 2 Inkomstutveckling, endast inkomsttagare

Tabell 4. Uppväxtförhållanden. Andelar i procent.

	Hjärtsjuka	Matchgrupp kön, ålder, yrkesgrupp	Digitalis o./el. diuretikabehand.	Matchgrupp kön, ålder, yrkesgrupp	Totalbefolkningen 15-75 år enl. LNR
Fadern socialgrupp					
III	67	60	65	62	57
5 syskon eller mer	56*	43	46	41	28
Ärvt minst 1 000 kr	48	58	52	56	40
Ekonomiska be- kymmer	50**	35	45**	31	27
Sjukdom i upp- växtfamiljen	32**	17	26	20	20
Moder sjuk	8	4	8	4	6
Fader sjuk	6*	1	5	2	5

* $p < 0.05$ } dubbelsidigt χ^2 -test, jämförelse med
 ** $p < 0.01$ } kontrollgrupp.

Tabell 5. Civilstånd, sjukdom i familjen och kontant-
marginal: Andelar i procent av respektive grupp.

	Hjärtsjuka	Matchgrupp kön, ålder, yrkesgrupp	Digitalis o./el. diuretikabehand.	Matchgrupp kön, ålder, yrkesgrupp	Totalbefolkningen 15-75 år enl. LNR
Ogift	18	17	16	15	26
Fränskild	6	1	4	4	4
Änka/änkling	16	12	17	13	5
Gift eller sammanboende	61	70	63	68	65
Kroppssjukdom hos nära anhörig	21**	10	20**	10	17
Psykisk sjukdom hos nära anhörig	14*	6	10*	5	5
Saknar kontant- marginal (2 000 kr)	38***	19	26	20	19

* $p < 0.05$ } dubbelsidigt χ^2 -test, jämförelse med
 ** $p < 0.01$ } kontrollgrupp.
 *** $p < 0.001$

Tabell 6. Inkomstuppgifter. Medeltal kronor i 100-tal i
resp. grupp, andelar i procent av resp. grupp.

	Hjärtsjuka	Matchgrupp kön, ålder, yrkesgrupp	Digitalis och/eller diuretikabehandade	Matchgrupp kön, ålder, yrkesgrupp	Totalbefolkningen 15-75 år enl. LNR
Egen inkomst 1966: alla	64	91	82	93	122
Egen inkomst 1966: inkomsttagare	89	122	111	122	164
Egen inkomst 1967: alla	65	96	84	100	132
Egen inkomst 1967: inkomsttagare	97	128	116	129	185
Egen inkomst 1968: alla	64	104	82	97	141
Egen inkomst 1968: inkomsttagare	102	142	119	129	193
Egen inkomst 1969: alla	68	104	87	102	151
Egen inkomst 1969: inkomsttagare	109	138	128	135	200
Make/makas in- komst 1967: alla	68	72	76	104	93
Make/makas in- komst 1967: in- komsttagare	146	124	150	186	200
Make/makas in- komst 1968: alla	69	71	75	116	96
Make/makas in- komst 1968: in- komsttagare	141	135	155	230	208
Make/makas in- komst 1969: alla	67	79	78	111	101
Make/makas in- komst 1969: in- komsttagare	152	149	163	213	215
Egen total inkomst 1967	91	111	98	112	152
Egen disponibel inkomst 1967	77	86	78	86	111
Egen + make/makas disp. inkomst 1967	137	148	142	155	185
Utbetald sjuk- penning 1967: alla	9,0	2,0	4,7	2,1	2,9
Utbetald sjuk- penning 1967: sjuk- penningtagare	21,4	10,5	13,6	9,3	7,8
Fått socialhjälp 1967	5	1	2	1	2

Diskussion

Det har inte varit möjligt att fastställa hur ofta objektiv cirkulationssjukdom förelegat i den subjektivt definierade hjärtsjukegruppen. Förfarings-sättet att låta minst två "svåra" eller fyra "lätta" cirkulationssymptom utgöra minimalt kriterium skapar dock en viss säkerhet mot att helt cirkulationsfriska skulle ha kommit in i materialet. Utgallringen av personer som kommit in i materialet på grund av symptom som betingats av exempelvis blodbrist, giftstruma och cancer utgör ytterligare en säkerhetsfaktor i urvalet. I själva verket torde prevalensen av "hjärtsjukdom" ligga tämligen lågt enligt den här givna definitionen — 2,6 %. I översikter av Ask-Upmark 1957 och Biörck 1958 (9, 10) varierade prevalensen av cardiovascular sjukdom i den vuxna totalbefolkningen, mellan 2 och 6 %. Bland dem som i enkäten kom att hänföras till icke-hjärtsjuka ingår säkerligen inte så få objektivt hjärtsjuka.

Den "subjektivt" hjärtsjuka gruppen utgör alltså ett urval av sådana som a) känt sig cirkulationssjuka, som b) ej fått behandling som givit symptomfrihet och som c) varit villiga att i enkäten rapportera om sina symptom.

När det gäller digitalis- och diuretikabehandling föreligger i en rapport om läkemedelsförskrivning i Jämtlands län (11) uppgifterna att drygt 3 % av länsbefolkningen använde digitalispreparat och 4,5 % diuretika. Då ålders- och könsstrukturen i detta material i stort sett överensstämmer med Låginkomstutredningens kan en jämförelse anses motiverad. De digitalis- och/eller diuretikabehandlade utgjorde 4 % av alla deltagare i Låginkomstutredningens material. Eftersom många använde både diuretika och digitalis samtidigt — motsvarande siffra för Jämtlands län ligger därför mellan 3 och 7,5 % — torde siffrorna vara jämförbara.

Den digitalis-diuretikabehandlade gruppen i LNR kan alltså betraktas som representativ för denna medicineringsgrupp i samhället. Det bör dock påpekas att diuretika kan ordinerar på andra indikationer än hjärt-kärlsjukdom, exempelvis spänningar före menstruation och svullnad på grund av lever- och njursjukdomar. Dessa senare

indikationer är dock sällsynta i förhållande till hjärt-kärlsjukdomarna.

Det bör också påpekas att av läkare ordinerad "hjärtmedicin" ej utgör absolut garanti för att objektiv hjärt-kärlsjukdom föreligger. Omvänt kan ett stort antal hjärtmedicinbehövande människor ha underlåtit eller saknat möjlighet att söka läkare.

De för hjärtsjukdom tänkbara predisponerande faktorer som kan belysas med föreliggande material är uppväxtförhållanden, ekonomi och civilstånd. Tidigare studier har visat att uppväxtförhållanden med många äldre syskon och dålig ekonomi och/eller utbildning kan tänkas predisponera för senare "prematur" kranskärlssjukdom (12, 13, 14 och 16). Denna tendens föreligger också i här presenterat material trots att detta ej är begränsat till kranskärlssjukdom.

Epidemiologiska studier de senare åren har visat att den unge infarktpatienten före sjukdomsdebuten tenderar att ha haft något sämre socioekonomiskt status än den jämförbara normalpopulationen (4, 12, 16). I föreliggande studie angavs de sjukas ekonomiska situation ha varit sämre än kontrollpersonernas redan under barndomen. Vidare har den ekonomiska situationen för de sjuka varit sämre än för kontrollpersonerna under de närmaste åren före och efter undersökningen, vilket till stor del kan ha orsakats av sjukdomen. Det finns ett invecklat samspel mellan arv, uppväxtförhållanden och aktuell socioekonomisk situation vad gäller framkallande av hjärtsjukdom. Levnadsnivåundersökningen har inte kunnat ge svar på vilken betydelse var och en av dessa faktorer har. Det sociala arvet har stundom använts som term för att beskriva uppväxtmiljöns betydelse för utvecklandet av vissa sjukdomar. Det vore önskvärt att separera de kranskärlssjuka från övriga hjärtsjuka, för att utrona huruvida den påvisade skillnaden gäller specifikt för de kranskärlssjuka eller för hela den studerade hjärtsjukepopulationen.

De likartade bostadsförhållanden som här framkom vid jämförelse mellan de sjuka och kontrollpersonerna visade också Biörck och Trulsson på 1957 i en studie av sociala och psykologiska för-

hållanden hos patienter med reumatiska klaffel och hjärtinfarkter.

Frånskilda och änkor/änklingar var något överrepresenterade bland patienterna jämfört med kontrollpersonerna. Detta inskräper behovet av psykosocialt stöd till denna grupp av individer.

Den utbredda sjukfrånvaron i patientgrupperna förekom 1961, redan 7 år före intervjun, och illustrerar den arbetsinkapaciterande förmågan hos hjärt-kärlsjukdomar (och deras förstadier). Att hjärt-kärlsjukdom är kopplad med en allmän sjuklighet hos individen illustreras av symptomtabellerna. Tibblin har 1972 visat att de i förtid kränksjuka ofta är "prematurligt" åldrade i många avseenden, t ex när det gäller synackommodation, hudelasticitet, hörselförmåga och psykometriska prestationer (17).

Liksom i en svensk och en internationell översikt (16), förelåg ingen kraftig överrepresentation av någon viss yrkeskategori.

Det förelåg flera kvinnor än män i grupperna. Det är oklart om det är underrapportering av sjuklighet hos männen eller överrapportering hos kvinnorna som ligger bakom detta.

Den sjukgrupp som var utvald på grundval av en mångfald subjektiva hjärt-kärlsymptom var mera vårdkonsumerande, mera frånvarande från arbetet och psykosocialt mera skadad än den grupp som utvalts utifrån uppgift om digitaliseringsdiuretikakonsumtion.

Sammanfattning

Enkät svar avgivna i levnadsnivåundersökningen 1967 har möjliggjort en kartläggning av vissa sociala förhållanden hos hjärt-kärlsjuka. Trots att den ursprungliga studerade populationen individer var så stor som nära 7 000 och bortfallet inte mer än ca 9 %, vilket är ett litet bortfall i studier av denna art, blir ändå de studerade grupperna små då specifika faktorer studeras i individernas psykosociala situation. Detta gör att alla slutsatser måste dras med stor försiktighet.

Denna undersökning visar att de sjuka individerna under uppväxten oftare haft 5 syskon eller mer, sjuka föräldrar eller ekonomiska bekymmer under uppväxten och att de sjukas far oftare till-

hörde socialgrupp III än I eller II. De hjärtsjuka hade också en allmänt ökad sjuklighet och ökad medicinförbrukning. Detta gäller sjukdomar som rimligen inte kan ha varit associerade till hjärt-kärlsjukdomen och mediciner som inte kan ha haft något med deras hjärt-kärlsjukdom att göra. Undersökningen visar också en hög sjukfrånvaro så lång tid som sex år före intervjutillfället. Vidare visar studien beträffande den aktuella sociala situationen att de sjuka individerna oftare var frånskilda eller änka/änkling, oftare saknade kontantmarginal, hade kortare arbetstid åtminstone 2 år före intervjun och hade lägre medelinkomster än i kontrollgruppen. Både hos den sjuke och hos familjen förelåg en översjuklighet. Allt detta ger intrycket att de hjärtsjuka behöver en "total" socialmedicinsk insats.

Undersökningen skulle kunna motivera att intensivare primärpreventiva åtgärder mot hjärt-kärlsjukdom, t ex medicinsk undervisning, riktades mot de yngsta generationerna bland socioekonomiskt dåligt ställda än mot övriga i samhället.

Undersökningen visar också att hjärt-kärlsjukdom och/eller förstadier till sådan är relaterade till produktionsbortfall. Den inskräper därigenom betydelsen av arbetsvårdande åtgärder för de hjärt-kärlsjuka.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. *Biörck, G. och Trulsson, E.*: De hjärtsjukas sociala och psykologiska situation I. Patienter med reumatiska klaffel. Soc. Med. Tidskr. 34: 271, 1957.
2. *Biörck, G. och Trulsson, E.*: Sociala och psykologiska problem hos hjärtpatienter II. Patienter med hjärtinfarkt. Soc. Med. Tidskr. 34: 407, 1957.
3. *Ruskin, H. D., Stein, L. L., Shelsby, J. M. och Bailey, M. A.*: MMPI: Comparison between patients with coronary heart disease and their spouses together with other demographic data — a preliminary report. Scand. J. Rehab. Med. 203: 99, 1970.

4. *Ander, S., Andersson, E., Lindström, B., Sanne, H. och Tibblin, G.*: Psykosociala faktorer vid hjärtinfarkt. *Läkartidningen* 68: 3695, 1971.
5. *Levnadsnivåregistret*, stencil, Institutet för Social Forskning, Stockholm 1973.
6. *Johansson, S.*: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Utkast till kapitel 8 i betänkande om svenska folkets levnadsförhållanden.
7. Jämförelse mellan lekmannaintervju och läkarintervju på hälsoavsnittet, stencil, Sociologiska Institutionen, Uppsala 1969.
8. De hjärtsjukas sociala situation. Rapport till Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka. Institutet för social forskning, Stockholm 1974.
9. *Ask-Upmark, E.*: Life, death and disease in Sweden. Stockholm 1957.
10. *Biörck, G., Blomqvist, G. och Sievers, J.*: Studies in myocardial infarction in Malmö 1935—54. Infarction rate by occupational group. *Acta Med. Scand.* 161: 21, 1958.
11. *Bergström, I., Boethius, G. och Wiman, F.*: Sjukdomspanorama utläst ur en läkemedelsregistrering. *Läkartidningen* 69, Suppl. IV: 34, 1972.
12. *Hinkle, L. E. Jr, Whitney, H. L., Lehman, E. W., Dunn, J., Benjamin, B., King, R., Plakun, A., och Flehinger, B.*: Occupation, education and coronary heart disease. *Science* 161: 238, 1968.
13. *Skekelle, R. B., Ostfeld, A. M. och Paul, O.*: Social status and incidence of coronary heart disease. *J. Chron. Dis.* 22: 381, 1969.
14. *Lind, E. och Theorell, T.*: Sociologiska karakteristika hos män under 60 år med hjärtinfarkt. *Läkartidningen* 69: 2951, 1972.
15. *Helander, E.*: Sociologiska karakteristika hos män med hjärtinfarkt. Föredrag för Riksförbundets för hjärt- och lungsjuka konferens om hjärtsjukdom och sociala förhållanden. Järva Krog, 1973.
16. *Antonovsky, A.*: Social class and the major cardiovascular diseases. *J. Chron. Dis.* 21: 65, 1968.
17. *Tibblin, G.*: För tidigt åldrande — en riskfaktor för sjukdom och död? Föredrag för den medicinska riksstämman 1972.
18. *Hofvendahl, S. och Helmers, C.*: Ischemisk hjärtsjukdom i olika socioekonomiska grupper. *Socialmed. Tidskrift* 50: 195, 1973.