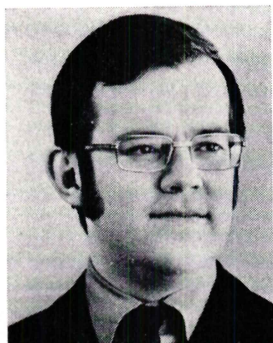
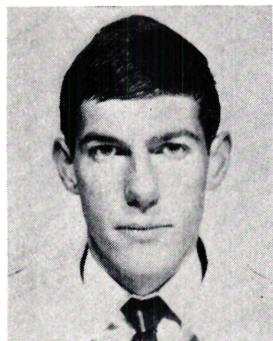


Ischemisk hjärtsjukdom i olika socio-ekonomiska grupper



Stefan Hofvendahl



Claes Helmers

I stora populationsundersökningar från senare år har man funnit, att olika faktorer som högt blodtryck, diabetes, höga blodkolesterolvärden m m har betydelse för senare utveckling av ischemisk hjärtsjukdom (IHD) hos den enskilde individen. Man har även visat, att psykosociala faktorer kan vara av betydelse i detta avseende (1) och ibland troligen även verkar som utlösande agens vid ett akut insjuknande i hjärtinfarkt. Man har länge varit intresserad av att försöka fastställa om det föreligger några väsentliga skillnader i IHD-mortalitet eller -morbidity mellan olika ekonomiska eller sociala grupper. På grund av skillnader i definitioner och metodik i olika undersökningar har resultaten ofta varit svåra att jämföra. Som fråge-

I många populationsstudier har mortaliteten (dödligheten) och morbiditeten (sjukligheten) i ischemisk hjärtsjukdom (IHD) — en sjukdomsgrupp till vilken bl a hjärtinfarkt hör — i olika socio-ekonomiska grupper jämförts. Några undersökningar har visat en tendens till ökad sådan sjuklighet och dödlighet bland låginkomsttagare i USA. Den ökade dödlighet i IHD, som noterades i övre socialgrupper i England på 30-talet, har däremot knappast reproducerats i senare undersökningar. Flertalet studier från de senaste åren har snarast talat för frånvaron av några större genomgående skillnader i IHD-mortalitet eller morbiditet mellan olika sociala grupper baserade på yrkestillhörighet.

En sammanfattning av resultaten visar att det framför allt fordras prospektiva studier, baserade på en mycket noggrann yrkesindelning och en strikt IHD-diagnostik, för att man skall kunna säkerställa eventuella skillnader.

Stefan Hofvendahl är t. f. bitr. överläkare vid Serafimerlasarettets medicinska klinik, där Claes Helmers är underläkare.

ställningen alltså är aktuell vill vi i denna översikt visa hur svårtolkade resultaten hittills varit.

IHD-mortalitet i olika inkomstgrupper

Antalet studier där man jämfört IHD-mortaliteten i olika inkomstgrupper är begränsat. I en undersökning av förhållandet mellan inkomst och mortalitet i amerikanska städer med mer än 100.000 invånare (2) noterades liksom i Buffalo 1939—41 (3) ett omvänt förhållande mellan inkomststorlek och dödlighet i hjärt-kärlsjukdom. IHD-mortaliteten redovisades emellertid inte separat i någon av dessa undersökningar.

Utgående från mortalitetsdata i olika stater i USA 1950 fann Sigler, att inkomststorleken inte

föreföll stå i någon klar relation till IHD-mortaliteten (4). Till väsentligen samma resultat kom Stamler i en Chicagoundersökning 1951. Han fann emellertid, att vita män i områden med en medelinkomst under 2.000 dollar per år löpte en ökad risk för död i IHD (5).

Skyring och medarbetare gick igenom och jämförde med en kontrollgrupp samtliga å dödsbevis noterade IHD-dödsfall bland män och kvinnor under 45 år i Baltimore 1954—1957 och fann därvid inte några anmärkningsvärda skillnader i yrkesfördelning eller socioekonomisk status mellan de båda grupperna (6).

I ett material från Metropolitan Life Insurance Company 1953 fann Lew en tendens till högre IHD-mortalitet bland låg- än bland höginkomsttagare i åldersgrupperna under 55 år. För åldrarna 55—64 år noterades inga sådana skillnader och för dem över 65 år var IHD-dödligheten större bland höginkomsttagarna (7).

Kent och medarbetare registrerade IHD-mortaliteten i 83 hälsodistrikt i Manhattan (vardera omfattande c:a 25.000 invånare) 1949—1951. Vid en jämförelse mellan de olika distrikten fann man ett omvänt förhållande mellan medelinkomst och IHD-mortalitet (8).

Sammanfattningsvis har man således inte funnit några slående skillnader mellan olika inkomstgrupper beträffande IHD-dödlighet. En antydning till ett omvänt förhållande mellan inkomststorlek och IHD-mortalitet finns emellertid i några av de nämnda undersökningarna. Resultaten tillåter dock inga slutsatser om eventuella orsakssamband mellan låginkomst och IHD-överdödlighet. Det är t ex möjligt att en "höginkomsttagare" insjuknar i IHD, får lägre inkomst under några år och slutligen avlider som "låginkomsttagare". Vid jämförelser mellan mortaliteten i distrikt med olika medelinkomster måste också möjligheten av en oproportionerlig andel koronarsjuka individer bland en minoritet höginkomsttagare i ett sk låginkomstdistrikt beaktas.

IHD-morbiditet i olika inkomstgrupper

En morbiditetsstudie genomförd i Baltimore 1953

—1955 och omfattande intervjuer och klinisk undersökning av en population, som till ca 30 % bestod av negrer, visade högre frekvens av IHD i låg- än i höginkomstgrupperna (9). United States National Health Survey 1959—1962, en undersökning av över 6 000 individer i åldrarna 18—79 år, visade lägre IHD-frekvens än väntat både kvinnor och män i den högsta inkomstgruppen ($\geq$ 10 000 dollar/år). Mellan övriga inkomstgrupper förelåg inga påtagliga differenser (10).

De nämnda morbiditetsstudierna stärker det från mortalitetsundersökningarna erhållna intrycket av ett omvänt förhållande mellan inkomststorlek och IHD.

IHD-mortalitet i olika social- eller yrkesgrupper

I ett stort antal undersökningar från ett begränsat antal länder har försök gjorts att se om IHD-mortalitet och -morbiditet varierar i olika social- eller yrkesgrupper.

Längst tradition på detta område har England, vars Registrar General for England and Wales publicerat mortalitetsdata för olika grupper med utgångspunkt från folkräkningarna 1911, 1921, 1931 och 1951. Från en indelning med åtta olika grupper övergick man till en med fem, nämligen: 1) professionals, 2) intermediate occupations, 3) skilled occupations, 4) partly skilled occupations and 5) unskilled occupations. Giftna kvinnor noterades efter makens yrke och för männen gällde yrkestillhörigheten vid dödstillfället. Före 1931 års undersökning var inte diagnosen CHD (coronary heart disease) separat behandlad utan ingick i en grupp med angina pectoris och arterioskleros. För dessa diagnoser var SMR (Standardized mortality ratio) 1911 och 1921 högst i grupp I och lägst i grupperna 4—5. För män 20—64 år gällde 1931 och 1951 samma förhållande för den tillkomna separata CHD-diagnosen men differenserna var i avtagande. SMR-kvoten mellan grupp 1 och 5 minskade från ca 3.5 till ca 1.8 mellan 1931 och 1951. För kvinnorna hade 1931 en liknande om än mindre tydlig skillnad förelegat. 1951 hade den dock helt försvunnit (11—13).

Skottlands Registrar General visade för åren 1959—1963, med en yrkesgruppsindelning motsvarande den engelska, mortaliteten bland män och kvinnor från 20—64 år. Gifta kvinnor grupperades även här efter makes yrkestillhörighet. För diagnosen ASHD (arteriosclerotic heart disease) förelåg inga klara skillnader mellan män i olika grupper medan man för både gifta och ogifta kvinnor fann högre mortalitet i grupperna 3—5 än i grupperna 1—2.

I den första stora socioekonomiskt baserade mortalitetsstudien i USA (Whitney 1930) fanns ingen separat IHD-diagnos. Headly gick igenom samtliga anmälda dödsfall i "acute coronary occlusion" bland vita män i åldrarna 35—64 år i Philadelphia 1933—1937 och fann en överrepresentation av affärsmän och "professionals" (14).

Med utgångspunkt från mortalitetsdata i USA 1950 gjordes en undersökning där man tillämpade en motsvarighet till den engelska yrkesgruppsindelningen. Någon gradient av engelsk typ fann man emellertid inte (15—17). En studie utförd i Baltimore 1949—1951 gav liknande resultat (18) medan Breslow i Californien under samma period registrerade en direkt socialgruppsgradient för män i åldern 20—64 år (19). Från samma tid härrör Stamlers undersökning över män 45—54 år gamla, döda i Chicago 1951. Stamler noterade att inga signifikanta skillnader i IHD-mortalitet förelåg mellan olika socioekonomiska grupper. Gruppen "laborers" låg emellertid högst inom de flesta diagnosgrupper, inklusive IHD (20). I överensstämmelse härmed visade en genomgång av dödsorsaksbevis för personer under 50 år avlidna i Seattle 1960—61 en invers relation mellan socialgrupp och IHD-mortalitet. Materialet var dock mycket begränsat (21).

IHD-morbiditet i olika social- eller yrkesgrupper

Bland de män, som under åren 1935—1954 vårdats för hjärtinfarkt på Malmö Allmänna Sjukhus, fann Björck och medarbetare en signifikant överrepresentation av egna företagare. Detta förhållande gällde emellertid bara för de sista fem

åren av undersökningsperioden (22).

Sammanfattande uppgifter över 75 761 män i åldrarna 15—64 år vid olika National Health Services i England 1955—1956 fann Logan, att det inte förelåg något signifikant socialgrupps samband vad gäller IHD-morbiditet (23). Dessa Logans resultat skiljer sig således från de i tidigare engelska mortalitetsstudier funna.

I mindre material från North Dakota, Middlesex County Connecticut och Cornell Manhattan Study jämförde Wardwell m fl (24) yrkestillhörigheten bland vita män med respektive utan IHD och fann, att "coronary subjects are more likely to have come from and to have achieved higher occupational level". I Tecumseh-undersökningen (25) däremot fann man bland 2 281 män över 18 år ingen genomgående tendens vad gäller IHD-morbiditeten i olika socialgrupper. Här liksom i andra studier förelåg emellertid skillnader mellan enstaka grupper.

Inte heller i den redan tidigare nämnda US National Health Survey 1959—1962 (10) noterades någon säker socialgruppsrelation för IHD-morbiditeten. McDonough och medarbetare (26) fann emellertid en direkt sådan i ett begränsat material från Evans County, Georgia.

Sammanfattande synpunkter

Av ovanstående framgår, att några undersökningar har visat en tendens till ökad sjuklighet och dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom bland låginkomsttagare i USA. Den ökade dödlighet i IHD, som noterades i de övre socialgrupperna i England på 30-talet och som var mindre anmärkningsvärd i början av 50-talet har knappast reproducerats i senare undersökningar. Tvärtom har flertalet studier från de senaste 20 åren snarast talat för frånvaron av några större genomgående skillnader i IHD-mortalitet eller morbiditet mellan olika sociala grupper baserade på yrkestillhörighet. Däremot har skillnader mellan enstaka social- och yrkesgrupper noterats. Svårigheten har varit och är alltjämt att försöka säkerställa sådana eventuella skillnader. För att kunna göra detta krävs noggranna yrkesangivelser och gruppering

av de olika yrkena i så homogena grupper som möjligt. Yrkesangivelserna måste preciseras även i så måtto att hänsyn tas till viktigare förändringar i individernas yrkestillhörighet. Att ta yrkestillhörigheten vid dödstillfället blir inte alltid önskvärt rättvisande. I flera citerade studier har hemarbetande kvinnor grupperats efter makens yrke. Bedömningssvårigheterna är även i detta fall uppenbara.

Endast prospektiva undersökningar baserade på en noggrann yrkesindelning, och där man har tillgång till en god IHD-diagnostik och kan hålla en hög obduktionsfrekvens för de avlidna, har förutsättningar ge ökad och värdefull information om huruvida det i realiteten föreligger några skillnader i sjuklighet och dödlighet i IHD mellan olika yrkeskategorier.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. *Lind, E., Theorell, T.*: Sociologiska karakteristika hos män under 60 år med hjärtinfarkt. *Läkartidningen* 69:24, 1972.
2. *Altenderfer, Marion, E.*: Relationship between per capita income and mortality in the cities of 100 000 or more population. *Publ. Hlth Rep. Wash.* 62:1681, 1947.
3. *Yeracaris, Constantine, A.*: Differential mortality, general and cause — specific in Buffalo, 1939—41. *J. Am. stat. Ass.* 50:1235, 1955.
4. *Sigler, Louis, H.*: The mortality from arteriosclerotic and hypertensive heart diseases in the United States. *Am. J. Cardiol.* 1:176, 1958.
5. *Stamler, J.*: The epidemiology of atherosclerotic coronary heart disease. *Post-Graduate Medicine* 25:690, 1959.
6. *Skyring, A., Modan, B., Crocetti, A., Hammerstrom, C.*: Some epidemiological and familial aspects of coronary heart disease. Report of a pilot study. *J. Chron. Dis.* 16:1267, 1963.
7. *Lew, Edward, A.*: Some implications of mortality statistics relating to coronary artery disease. *J. Chron. Dis.* 6:204, 1957.
8. *Kent, A. P., McCarroll, J. R., Schweitzer, M. D., Willard, H. N.*: A comparison of coronary artery disease (Arteriosclerotic heart disease). Deaths in health areas of Manhattan, New York City. *Am. J. Publ. Hlth* 48:200, 1958.
9. *Commission on Chronic Illness*: Chronic Illness in a large city: The Baltimore Study (vol. IV of the series, Chronic illness in the United States), Harvard University Press. Cambridge 1957.
10. *U.S. National Center for Health Statistics*: Coronary heart disease in adults, O.S.; 1960—1962, Washington: USGPO, Sept. 1965 (Public Health Service Publication No. 1000—Series 11, no. 10).
11. *Stevenson, T. H. C.*: The social distribution of mortality from different causes in England, Wales, 1910—1912, *Biometrika* 15:382, 1923.
12. *Britten, R. H.*: Occupational mortality among males in England and Wales 1921—23. *Publ. Hlth Rep. Wash.* 43:1565, 1928.
13. *Collins, S. D.*: Economic status and health, Washington: USGPO, 1927 (*Publ. Hlth Service Bulletin* no. 165, Sept. 1926).
14. *Hedley, O. F.*: Analysis of 5116 deaths reported as due to acute coronary occlusion in Philadelphia, 1933—1937. *Publ. Hlth Rep. Wash.* 54:972, 1939.
15. *Guralnick, L.*: Socioeconomic differences in mortality by cause of death: U.S. 1950 and England and Wales, 1949—1953, in *International Population Conference, Ottawa, 1963*, Liege: International Union for the Scientific Study of Population, 1964.
16. *Guralnick, L.*: Mortality by occupation level and cause of death among men 20—64 yr of age, United States, 1950. *Vital Statistics, Special Reports* 53:542, 1963.
17. *Guralnick, L.*: Mortality by occupation and cause of death among men 20—64 yr of age, United States, 1950. *Vital Statistics, Special Reports* 53:108, 1963.
18. *Lilienfeld, A. M.*: Variations in mortality from heart disease. *Publ. Hlth Rep. Wash.* 71:545, 1960.
19. *Breslow, L., Duell, Ph.*: Mortality from coronary heart disease and physical activity of work in California. *J. Chron. Dis.* 11:421, 1960.
20. *Stamler, J., Lindberg, H. A., Berkson, D. M., Shafter, A., Miller, W., Poindexter, A.*: Prevalence and incidence of coronary heart disease in strata of the labor force of a Chicago industrial corporation. *J. Chron. Dis.* 11:405, 1960.
21. *Bainton, C. R., Peterson, D. R.*: Deaths from coronary heart disease in persons fifty years of age and younger: A community-wide study. *New Engl. J. Med.* 268:569, 1963.
22. *Björck, G., Blomqvist, G., Sievers, J.*: Studies on myocardial infarction in Malmö, 1935—1954. II. Infarction rate by occupational group. *Acta med. scand.* 161:21, 1958.
23. *Logan, W. P. D.*: Morbidity statistics from general practice: Occupation (Studies on medicinal and population subjects, No. 14, vol. II), H.M.S.O., London, 1960.

24. *Wardwell, W. I., Hyman, M., Bahnson, C. B.*: Stress and coronary heart disease in three field studies. *J. Chron. Dis.* 17:73, 1964.
25. *Marks, R. V.*: Relationships between social aspects of demographic variables and coronary heart disease. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45:part 2: April 1967.
26. *Mc Donough, J. R., Hawes, C. G., Stulb, S. C., Garrison, G. E.*: Coronary heart disease among negroes and whites in Evans County, Georgia. *J. Chron. Dis.* 18:443, 1965.

Social planering

Tankar kring ett FN-seminarium

Lars Bremberg

Direktör Lars Bremberg deltog 19—28 november i ett FN-seminarium utanför Köpenhamn som samlats under rubriken "Nordic Approaches to Social Planning". Ett 60-tal personer från 21 länder bearbetade ämnet i grupper och plenarsammanträden och gjorde också en utflykt till Malmö och Lund för uppskattade studiebesök. Bremberg ingick i den svenska delegationen som företrädare för Föreningen Sveriges Socialchefer.

Är vi i Norden världsbäst på socialplanering, så att det är meningsfullt att ta våra erfarenheter som utgångspunkt för ett internationellt seminarium? Nej, det är vi inte, men möjligheterna till konkreta anknytningar disciplinerade debatten vid FN-seminariet om social planering.

Definition och avgränsning av termen "social planering" är givetvis godtycklig. Ordet "social" kan ange att det är fråga om planering av socialvård, men det kan också få beteckna all samhällsplanering som har betydelse för människors livssituation. Skillnaden är kanske inte så viktig att understryka; vill man verkligen planera så blir problem och teknik likartade. Men vad innefattas då i "planering"? Skall man räkna dit sådana företeelser tidigt i processen som målformulering och grundforskning? Skall man räkna dit sådant från de senare stadierna i processen som genomförande, uppföljning och utvärdering?

Det är nog ärligast att konstatera att vi i Norden inte haft mycket av medveten, långsiktig och pro-

fessionell teknisk planering inom det socialpolitiska området. Vi har visserligen byggt ut omfattande sociala välfärdssystem. Hur detta gått till kan inte förklaras med hänvisning till vad de flesta skulle vilja innefatta i begreppet planering. Ty dit skulle väl närmast föras en process byggd på vetenskaplig metodik: att formulera problem, analysera dem, framställa hypoteser om problemets orsaker och hur det skall kunna angripas, formulera mål och göra upp en handlingsplan, genomföra den, följa upp och utvärdera den, eventuellt sätta upp nya hypoteser, formulera nya mål etc.

Jag har i en tidigare artikel i denna tidskrift (om Behandlingsplanering) pläderat för ett sådant "vetenskapligt" tillvägagångssätt när man inom socialvården griper sig an med konkreta problem och påstått att vi hittills sällan arbetat på det sättet. Samma kritik och efterlysning skulle med fog kunna riktas mot den övergripande planeringen inom socialpolitiken.