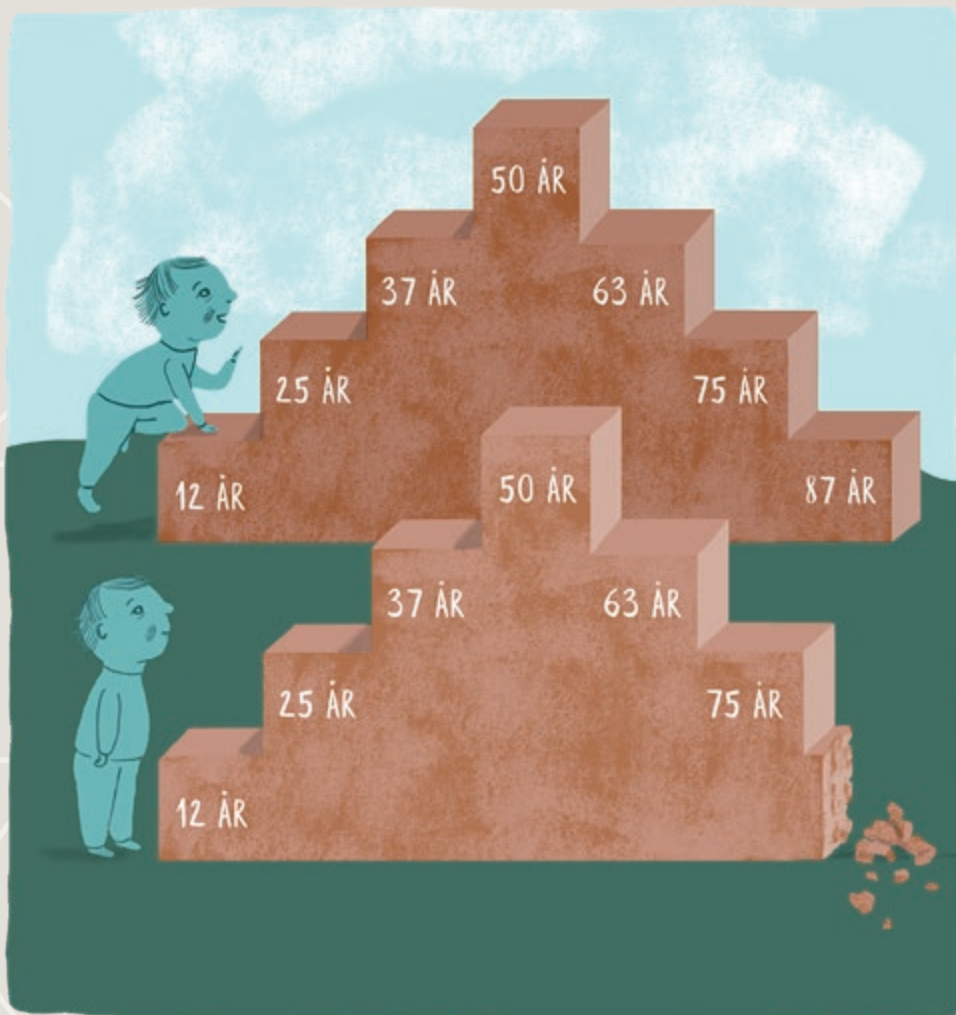




# Ojämlig hälsa

Författare: Mari Huupponen



Ojämligheten i Sverige har vuxit under lång tid. Samma mönster återfinns i de flesta jämförbara länder. De växande klyftorna har stora konsekvenser; för demokratin, för sammanhållningen i samhället och för den enskilda människans makt och möjligheter.

Det är bakgrunden till att LO-kongressen 2016 beslutade att tillsätta jämlikhetsutredningen. Syftet är att beskriva ojämlikhetens framväxt och konsekvenser, förstå vad det är som driver den och att ta fram förslag på hur jämlikheten kan öka. Utredningen ska resultera i en slutrapport till LOs kongress 2020 och ett antal underlagsrapporter innan dess, varav denna är en.

Min förhoppning är att denna rapport tillsammans med jämlikhetsutredningens övriga material ska bidra till en debatt om jämlikhetens betydelse och hur vi når ett Sverige med avsevärt mindre klyftor än i dag, där alla människor får komma till sin fulla rätt.

**Therese Guovelin**

LOs förste vice ordförande

Underlagsrapport till LOs jämlikhetsutredning.

Rapporten är skriven av Mari Huupponen, folkhälsovetare och utredare på Kommunal.

Författaren ansvarar själv för rapportens innehåll och slutsatser.

© Landsorganisationen i Sverige 2018

Grafisk form: LO

Omslagsillustration: Emma Virke

Tryck och produktion: Bantorget Grafiska AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-566-3335-5

LO 18.09 1 000

# Innehåll

1. Inledning: hälsa är politik	5
2. Definitioner: vad är ojämlik hälsa?	8
3. Den ojämlika hälsan i Sverige	12
4. Faktorer bakom onödiga, undvikbara och orättvisa hälsoskillnader	18
Inkomst- och utbildningsnivå	18
Geografi, miljö och trångboddhet	20
Livsstil och fysisk arbetsmiljö	22
Kontroll, delaktighet, inflytande och psykosocial arbetsmiljö	23
5. Går det att motverka ojämlik hälsa?	27
Hur skapas ojämlikhet i hälsa?	27
Sociala skillnader i vårdkonsumtion	33
6. Slutsatser och policyförslag	38
Policyförslag	39
7. Referenser	42

”De svårlösta samhällsfrågorna är komplexa: det finns många olika typer av förutsättningar och orsakssammanhang (sociala, ekonomiska, politiska, psykologiska, kulturella, tekniska, etc.) som spelar en viktig roll. Dessutom är dessa förutsättningar och samband i sin tur inbördes beroende av varandra på komplexa sätt. De svårlösta samhällsfrågorna går inte att avgränsa, de förgrenar sig i olika riktningar och hänger intimt ihop med andra komplexa frågor. Eftersom uppkomsten av problemen bland annat har att göra med ekonomiska, sociala och politiska samhällsförhållanden, så kan inte radikala förbättringar uppnås utan att det görs förändringar i dessa förhållanden.”

**T. Jordan and P. Andersson**

”Att hantera de svårlösta samhällsfrågorna”

Göteborgs Stad, Göteborg, 2010

## 1. Inledning: hälsa är politik

ÅR 1946 KONSTATERADES i Världshälsoorganisationens författning att ”de högsta hälsovårdsstandarderna bör vara inom räckhåll för alla utan skillnad mellan ras, religion, politisk tro, ekonomiskt eller socialt tillstånd”. Hälsan följer emellertid en omvänd gradient både på individ- och på områdesnivå: ju lägre socioekonomisk status, desto högre mortalitet och sjuklighet. WHO definierar ”hälsa” som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom. Att fastställa och mäta hälsa utifrån en sådan bred definition kan dock vara svårt och inom forskningen om ojämlikhet i hälsa studerar man vanligtvis tillstånd som avviker från god hälsa, det vill säga ohälsa.

Folkhälsovetaren Margaret Whitehead definierar ojämlikhet i hälsa som hälsoskillnader som är onödiga, undvikbara och orättvisa, som skillnader hänförliga till exponering för ohälsosamma levnads- och arbetsvillkor eller otillräcklig tillgång till hälso- och sjukvård. Denna definition av ojämlikhet i hälsa som oskälig eller orättvis har en moralisk och etisk komponent, och tolkningen kan därmed variera beroende på den underliggande ideologin. Whitehead hävdar att begreppet jämlik hälsa är relaterat till begreppet mänskliga rättigheter och att hälsa ”betyder att alla skulle kunna uppnå sin fulla hälsopotential och att ingen borde missgynnas från att uppnå denna potential på grund av deras sociala position eller annan socialt bestämd omständighet”. En annan bra definition är av Braveman och Gruskin: jämlikhet i hälsa definieras som ”frånvaron av systematiska skillnader i hälsa (eller dess sociala determinanter) mellan mer och mindre gynnade sociala grupper”.

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet. Medellivslängden i Sverige har aldrig varit så hög som nu. Men på vissa områden går utvecklingen åt fel håll, och skillnader mellan personer med olika utbildningsnivå har ökat under de senaste 10 åren. För kvinnor i typiska LO-yrken med låga inkomster och kort utbildning har medellivslängden inte ökat alls. Samtidigt har inkomstskillnaderna i Sverige ökat kontinuerligt sedan 1980-talet. Det visar sig bland annat i att den

disponibla inkomsten har ökat mellan 2006 och 2016 för alla grupper utom dem med kortast utbildning. Dessutom har gruppen med lägst inkomst halkat efter mest. Medellivslängden har samtidigt ökat snabbare bland höginkomsttagare och högutbildade: dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar, den vanligaste dödsorsaken i Sverige, minskar kraftigt i denna grupp.

Ojämlig hälsa är en komplex fråga som saknar enkla, teknokratiska eller populistiska lösningar. Å ena sidan leder låga inkomster och kort utbildning till sämre livsvillkor, vilket skapar ohälsa. Å andra sidan minskar dålig hälsa möjligheten att utbilda sig och att kunna försörja sig på ett arbete. De två orsakssambanden förstärker varandra.

Jämlig hälsa handlar ytterst om mer jämlika livsvillkor mellan olika socioekonomiska grupper. Ojämlighetens konsekvenser blir stora skillnader i livslängd och sjuklighet. Det är ingen naturlag med dessa systematiska skillnader mellan olika grupper, det är skillnader som ofta går att motverka med hjälp av jämlikhetspolitik. Utan insatser för mer likvärdiga villkor och möjligheter under det tidiga livet, i skolan, på arbetsmarknaden och i sjukvården kan vi inte nå en jämlik hälsa. Hälsoöklyftorna börjar inte med levnadsvanorna, och kan inte åtgärdas enbart av sjukvården. Ofta börjar hälsoöklyftorna växa innan ett barn föds.

För det första är denna rapport en kunskapsöversikt över forskning om jämlik hälsa i Sverige och i världen. För det andra kommer jag att lämna några förslag som kan bidra till att hälsoöklyftorna i det svenska samhället minskar. Det finns relativt mycket forskning och underlag när det gäller ojämlik hälsa, både i Sverige och internationellt. I min rapport har jag först och främst använt underlag från Kommissionen för jämlik hälsa (2017), speciellt Johan Fritzells underlagsrapport "Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa". Janne Agerlunds och Bo Burströms studier i socioekonomiska skillnader i vårdkonsumtion har varit stora inspirationer i mitt arbete.

Att motverka ojämlikhet i livsvillkor och hälsa är exempel på svårösta samhällsfrågor, så kallade "wicked issues". Att lösa komplexa problem som ojämlik hälsa är inte lätt eftersom det ibland krävs radikala åtgärder som handlar om makt, klass och livsvillkor. Hälsa är politik. Syftet med den här rapporten är att i första hand belysa de socioekonomiska skillnaderna i hälsa och ohälsa. En viktig del är även att spegla

olika relevanta förändringar i samhället och arbetslivet. Här har jag valt att särskilt fokusera på inkomst- och utbildningsnivå som en av de viktigaste faktorerna som bidrar till hälsoskillnader. Jag börjar med att beskriva hälsoskillnader i Sverige och bestämningsfaktorer som bidrar till ojämlik hälsa, samt skillnaderna i dödsrisk mellan personer i olika delar av utbildnings- och inkomstfördelningen. I kapitel 5 beskriver jag mekanismerna som skapar och upprätthåller ojämlikhet, samt politik som motverkar ojämlikhet, sjukvårdens roll och sociala skillnader i vårdkonsumtion. Avslutningsvis ger jag några policyförslag i kapitel 6.

## 2. Definitioner: vad är ojämlik hälsa?

I DENNA RAPPORT fokuserar jag på de klassiska sätten att mäta socioekonomisk position baserad på utbildningsnivå, yrkesbaserad klass eller inkomstnivå. Inom socialmedicin och folkhälsovetenskap karakteriseras klass som en social position som har starka band med utbildning och inkomst, men ändå är något annat.<sup>1</sup> Utbildning är ofta en förutsättning för ett yrke med hög status och god inkomst. Att det trots allt är möjligt att uppnå höga positioner i samhället utan lång utbildning, visar att utbildning inte är detsamma som social klass eller inkomst. De mekanismer genom vilka utbildning, klass och inkomst påverkar hälsan skiljer sig därmed också åt. Utbildning antas exempelvis ofta leda till ökad kunskap kring hälsosamma levnadsvanor och livsstil, medan inkomsten påverkar hälsan genom de materiella resurser den medför. Sambanden mellan de olika indikatorerna för socioekonomisk position och levnadsförhållanden varierar dock efter kön, ålder och etnisk bakgrund vilket gör att även konsekvenserna för hälsan varierar.<sup>2</sup>

Forskning om socioekonomisk position (eller klass) berör ett område i sociologi som kallas för social stratifiering, det vill säga social skiktning. Social stratifiering betyder att vissa positioner i samhällets sociala strukturer har högre status än andra. Med socioekonomisk position åsyftas ens position i den sociala strukturen som leder till olika möjligheter att påverka sin situation med egna val. Människor kan delas in i olika socioekonomiska kategorier utifrån olika mått som till exempel klass, utbildning, inkomst eller kön. Vi kategoriserar för att visa att alla lever under skilda villkor som medför olika resurser, vilket i sin tur påverkar handlingsutrymme och livschanser och i det långa loppet även ens hälsa.

Att socioekonomiska skillnader i allmänhet och inkomst i synnerhet är tydligt relaterade till hälsa råder det inga som helst tvivel om. En betydligt svårare fråga är den om orsak eller verkan. Sambanden mellan sociala determinanter – de sociala, politiska och ekonomiska omständigheter inom

---

1 Fritzell, J. (2012).

2 Edling C., Liljeros F. (2010).



vilka vi föds, växer upp, lever, arbetar och åldras – och bestämningsfaktorer är komplexa. Samma faktorer ligger ofta till grund för flera olika hälsoutfall. Olika levnadsvanor och sociala situationer påverkar risken för sjukdomar. De materiella livsvillkoren påverkar i sin tur möjligheten att välja bättre levnadsvanor och att undvika stress. Ibland visar sig inte sjukdomen förrän långt efter att förloppet börjat och faktorerna bakom ser olika ut under olika faser i livet. Dessutom kan det gå lång tid innan man blir sjuk.<sup>3</sup>

Den ojämlika hälsan handlar om systematiska hälsoskillnader mellan sociala grupper. Ojämlighet visar sig genom skillnader mellan sociala grupper i tillgång till ett antal sammankopplade och ofta förstärkande faktorer under hela livets lopp: skola, arbetsliv, sjukvård, fysisk miljö. De olika faktorerna samspelar med varandra under hela livet. Sämre materiella och sociala förutsättningar under barndomen kan ge sämre förutsättningar för en god kognitiv utveckling. Detta ger i sin tur både sämre chanser till utbildning, arbete och inkomster senare i livet och högre risk för ohälsa, samtidigt som hälsan i vuxen ålder även hänger samman med de livsvillkor, de inkomster och det arbete man då har.<sup>4</sup>

Det finns förstås även andra faktorer som påverkar hälsan, men de spelar mindre roll än de materiella, sociala, kulturella och politiska förhållandena som formar våra liv och beteenden. Även så kallade livsstilsfaktorer som matvanor, motion, alkohol- och drogmisbruk har ofta sina rötter i socioekonomiska förhållanden. Hälso- och sjukvård brukar få ett stort fokus när man pratar om hälsoskillnader,<sup>5</sup> men också sjukvården spelar betydligt mindre roll för folkhälsan än man tenderar att tro.

Det betyder dock inte att det är ointressant att titta på sjukvårdens organisering ur jämlikhetsvinkel: varför finns det en överetablering av vårdcentraler och sjukvårdstjänster i socioekonomiskt starka områden och underetablering i socioekonomiskt svaga områden, där behovet är störst? Marknadstyrning av sjukvården gör det mer lönsamt att erbjuda sjukvård åt de socioekonomiskt starka och friskare grupperna.

Politiken borde ha ett förtydligat jämlikhetsfokus på hälsoutfall, vilket skulle innebära att det blir tydligare vilka åtgärder som påverkar den sociala gradienten i hälsa. Insatser som bekämpar ohälsa bör vara såväl

---

3 Folkhälsomyndighet (2018).

4 Kommissionen för jämlik hälsa (2016).

5 Marmot, M (2004).

generella som riktade, så att nivån och intensiteten i stödet motsvarar nivån på utsatthet, så kallad proportionell universalism. Proportionell universalism syftar på att inte fokusera på lika till alla, utan på att göra skillnad utifrån människors olika förutsättningar. Proportionell universalism bygger på den sociala gradienten, det vill säga att hälsan blir gradvis försämrade vid en lägre socioekonomisk situation. För att minska dessa skillnader är det nödvändigt med universella insatser till alla, men att dessa måste anpassas proportionellt, efter behov.<sup>6</sup>

I forskningen finns det flera möjliga förklaringar till varför vi blir sjukare av att vara fattigare. Materiella faktorer spelar stor roll (exempelvis sämre livsvillkor; brist på mat, bostad, rent vatten eller sjukvård). Psykosociala faktorer (till exempel stress över ekonomi eller arbete, skam) spelar också stor roll. Beteenderelaterade faktorer (riskbruk av alkohol, rökning, dålig kost, brist på motion) betyder också mycket. Enligt den så kallade Barker-hypotesen (*fetal origins hypothesis*) ligger undernäring under fostertiden bakom uppkomsten av senare ohälsa. Epidemiologen David Barker föreslog på 1980- och 1990-talet att de bakomliggande orsakerna till typ 2-diabetes, högt blodtryck och vissa hjärtsjukdomar härstammar från fosterstadiet och spädbarnsåldern. Han ansåg att riskprofilen för ett flertal av våra folksjukdomar uppstår under ett väldigt tidigt utvecklingsstadium, till och med från tiden före födseln. Enligt Barker var den bakomliggande orsaken huvudsakligen näringsbrist under fosterstadiet, vilket avspeglade sig i låg födelsevikt. Det kan också handla om moderns näringsintag, sjukdomshistorik, stressnivå och/eller arbetsmiljö.

Epidemiologen Richard Wilkinson hävdar att ojämlikheter i inkomst i sig är relaterade till dålig hälsa: ju större ojämlikhet, desto lägre medellivslängd. Wilkinsons resultat kan tolkas på olika sätt: för det första, ojämlikheter i ett samhälle innebär fler fattiga och fattiga har sämre hälsa. För det andra: inkomstfördelningen skulle i sig kunna vara betydelsefull, för att ojämlika inkomster kan leda till exempelvis social oro, brottslighet och sämre social sammanhållning, något som i sig kan leda till ohälsa. Trots att Wilkinsons forskning är intressant är det oklart om korrelationen stämmer i Sverige – vi vet inte om vi blir sjuka av inkomstskillnader i sig.<sup>7</sup>

6 "We well know when we have socially just policies as then the health inequality will start to decline" M. Marmot.

7 Bergh A, Nilsson T och Waldenström D (2012).

I den här rapporten utgår jag från Michael Marmots begrepp ”den sociala gradienten”. Den sociala gradienten påverkar vår hälsa genom olika mekanismer. Det finns tre sätt att betrakta social skiktning som är relevanta för hälsa och välbefinnande. Först och främst påverkar pengar och de materiella resurserna – den absoluta nivån av resurser – vår hälsa. För det andra spelar status, det vill säga relativ position, roll. Hälsogradienterna uppstår på grund av vad ens position i hierarkin innebär i ett visst samhälle, i relation till andra. Om resurserna är ojämnt fördelade kommer den sociala gradienten att vara brantare än om de är mer jämnt fördelade. För det tredje: Att befinna sig långt nere i den sociala hierarkin innebär att man har mindre kontroll över sitt liv. Brist på kontroll kan leda till kronisk och långvarig stress. En situation där vi känner oss stressade på grund av ekonomisk osäkerhet kan exempelvis förvärras av brist på socialt stöd hemma eller på jobbet. Kontroll, förutsägbarhet, stöd från andra, hot mot ens status och förekomst av avkoppling har en stark korrelation till ens position i den sociala hierarkin.<sup>8</sup>

Att hälsan följer en social gradient innebär att högre positioner i samhällets strukturer är tydligt kopplade till bättre hälsa och ett längre liv. Individer med högre inkomst eller längre utbildning lever längre och friskare liv. Var vi än befinner oss i den sociala hierarkin så har grupper högre upp en bättre hälsa och de som befinner sig längre ned en sämre hälsa.<sup>9</sup> Den sociala gradienten i hälsa har några utmärkande egenskaper. För det första är den universiell i den bemärkelsen att det finns en social gradient för de flesta sjukdomar, med några få undantag. Sociala skillnader i hälsa och dödlighet är som störst för vanligt förekommande sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, fetma och typ 2-diabetes, lungcancer, levercirros och könssjukdomar. Mindre skillnader i hälsa har observerats för andra typer av cancerformer och neurologiska och gastrointestinala sjukdomar. För det andra varierar den sociala gradienten över livsloppet, mellan könen och även mellan olika länder och geografiska områden. De sociala skillnaderna i hälsa är som störst under barndomen och i vuxenlivet, och mindre tydliga i tonåren och ålderdomen.

---

8 Marmot, M (2004).

9 Marmot M och Siegrist J (2006).

### 3. Den ojämlika hälsan i Sverige

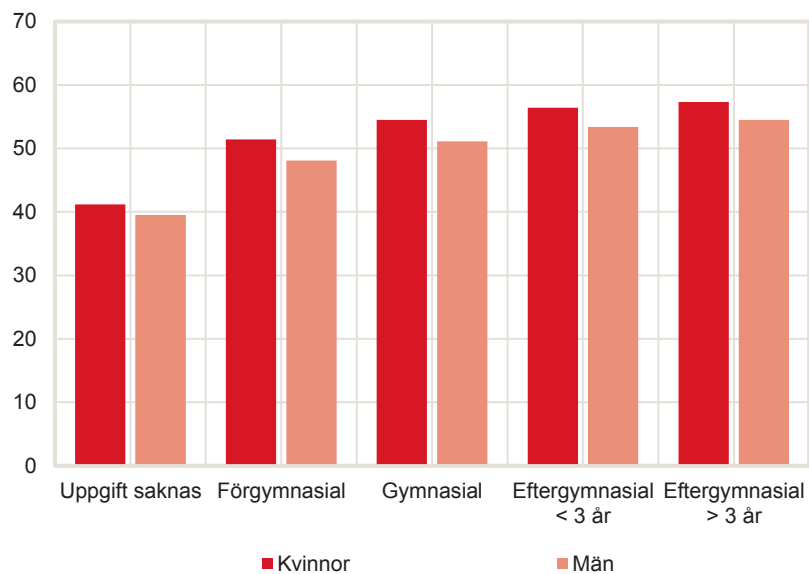
OJÄMLIKHETEN I HÄLSA kan mätas bland annat i medellivslängd. Skillnaden i återstående medellivslängd vid 30 års ålder är 6,2 år mellan personer med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildning. Skillnaderna mellan utbildningsgrupperna har ökat mellan 2006 och 2016.<sup>10</sup> Mellan 1982 och 2016 ökade den förväntade livslängden vid 30 års ålder från 76 år till 78 år för män med förgymnasial utbildning, medan den ökade från 80 år till 84 år för män med eftergymnasial utbildning. För kvinnor låg den förväntade livslängden kvar på 81 år för gruppen med förgymnasial utbildning, medan den ökade från 83 år till 87 för dem med eftergymnasial utbildning. Den tiondel av kvinnorna som tjänar mest lever sju år längre än den tiondel som tjänar minst. För män är motsvarande skillnad ännu större, den rikaste tiondelen lever nio år längre än den fattigaste tiondelen.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Folkhälsomyndigheten (2018).

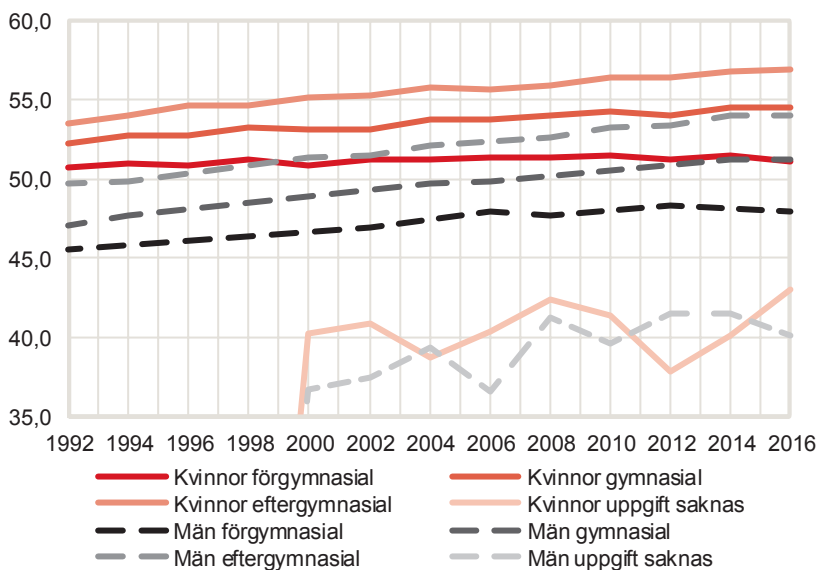
<sup>11</sup> Ibid.

**Diagram 3.1** Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå för kvinnor och män, 2015



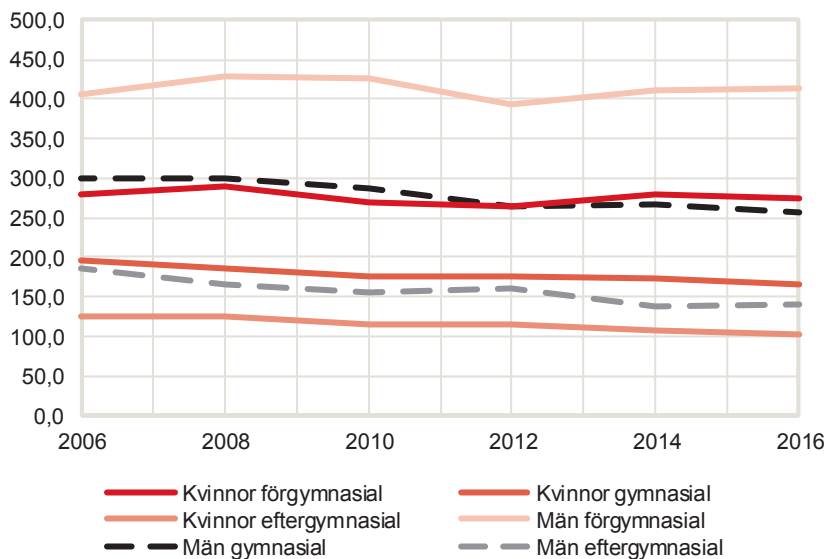
Källa: SCB, bearbetningar gjorda för Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2016:55.

**Diagram 3.2** Återstående medellivslängd efter år vid 30 års ålder efter kön och utbildningsnivå



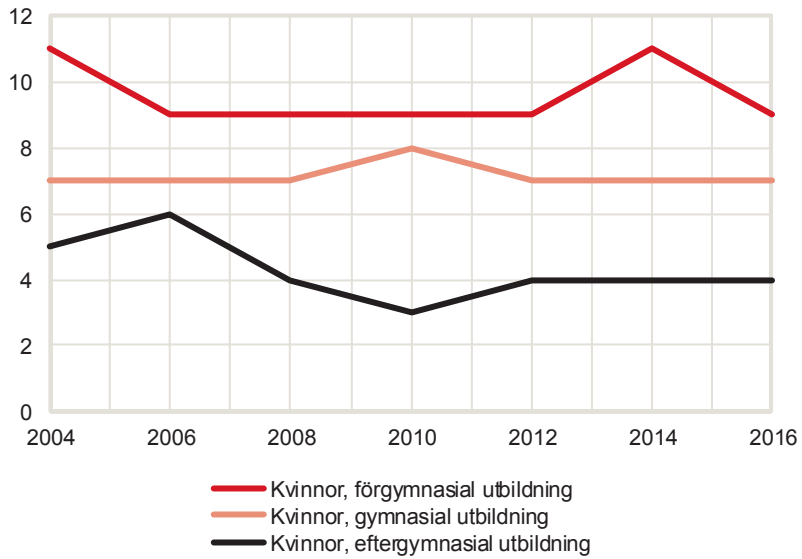
Källa: Folkhälsomyndigheten: Folkhälsodata: Medellivslängd, återstående efter utbildningsnivå, ålder, kön och år (2016).

**Diagram 3.3** Förtida dödlighet efter utbildningsnivå, kön och år. Antal per 100 000 invånare



Källa: Folkhälsomyndigheten: Folkhälsodata: Förtida dödlighet efter utbildningsnivå, kön och år. Antal per 100 000 invånare (2016).

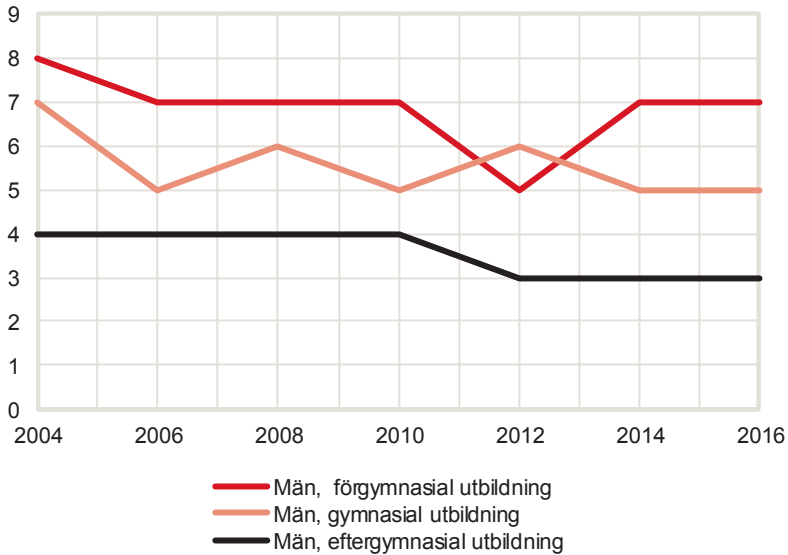
**Diagram 3.4a** Utbildning och självrapporterad hälsa, kvinnor (Dålig eller mycket dålig hälsa, %)



Källa: Folkhälsomyndigheten: Allmän hälsa efter utbildningsnivå, kön och år. (2016).



**Diagram 3.4b** Utbildning och självrapporterad hälsa, män (Dålig eller mycket dålig hälsa, %)



Källa: Folkhälsomyndigheten: Allmän hälsa efter utbildningsnivå, kön och år. (2016).

Även för självrapporterad hälsa finns påtagliga skillnader mellan inkomstgrupperna. Cirka 10 procent av låginkomsttagarna rapporterar dålig eller mycket dålig hälsa (se diagram 3.3, 3.4a och 3.4b).<sup>12 13</sup>

<sup>12</sup> Fritzell J (2016).

<sup>13</sup> Gauffin K, Hogstedt C, Östergren P-O (2018).

## 4. Faktorer bakom onödiga, undvikbara och orättvisa hälsoskillnader

### 4.1 Inkomst- och utbildningsnivå

Inkomsten är en viktig bestämningsfaktor som bidrar till hälsa och ohälsa. Hälsan påverkas negativt när man har stress kring att få ekonomin att gå ihop eller av ekonomiska skäl inte kan delta aktiviteter som man önskar, men också när ekonomin begränsar ens möjligheter att göra hälsosamma val. Å ena sidan kan låga inkomster vara länkade till dålig hälsa (för dem som har låg inkomst), å andra sidan kan inkomstjämlighet i sig vara problematisk för allas hälsa.<sup>14</sup>

Det vetenskapliga stödet för idén att inkomstjämlighet i sig är skadligt för allas hälsa är oklart. Sannolikt är det snarare så att ojämlikhet i ett samhälle drabbar de med mindre resurser mest.<sup>15 16</sup> Detta samband mellan inkomst och hälsa, och i synnerhet mellan inkomst och dödlighet, är kurvlinjärt. Det innebär att sambandet är mycket starkt i den nedra halvan av inkomstfördelningen.<sup>17</sup> Det uppnås inte samma hälsovinster av en inkomstökning för de som tjänar bra som för dem som har en låg inkomst.<sup>18</sup> Samhällsekonomiskt är det därför viktigt att stärka grupperna med de lägsta inkomsterna.<sup>19</sup> I gruppen med lägst inkomster finns arbetslösa och sjukskrivna, men också deltidsarbetande i låglöneyrken.<sup>20</sup> Täckningsgrad och ersättningsnivåer i olika socialförsäkringar samt nivån på ersättningarna i grundtrygghetssystem är kopplade till bättre hälsa.<sup>21 22 23</sup>

Gapet mellan de allra rikaste och de fattigaste har ökat i Sverige under de senaste decennierna, men samtidigt visar forskningen att det inte

---

14 Wilkinson R and Pickett K (2010).

15 Marmot M. (2015).

16 Hartman, L. och Sjögren, A. (2017).

17 Fritzell, J. (2016).

18 Diderichsen, F., Andersen, I. och Manual, C. (2011).

19 Fritzell, J. (2016).

20 Wingborg M (2018).

21 Ferrarini, T., Nelson, K. och Sjöberg, O. (2014).

22 Sjöberg, O (2016).

23 Nelson, K. och Fritzell, J. (2014).

i första hand beror på lönerna, utan på att den rikaste gruppen har fått större kapitalvinster.<sup>24</sup> Spridningen i hushållens disponibla inkomster har ökat enormt på 2000-talet. Enligt OECD handlar detta om att socialförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen sedan 1990-talskrisen har minskat i värde.<sup>25</sup> Den borgerliga regeringens politik accelererade utvecklingen genom jobbskatteavdraget, då inkomstskillnaden mellan de som arbetade och de som inte arbetade växte. Samtidigt valde många med de svagaste positionerna på arbetsmarknaden att lämna sitt medlemskap i a-kassorna på grund av kraftigt höjda medlemsavgifter 2007 till 2014.<sup>26</sup>

Hälsoskillnaderna mellan de med längst och de med kortast utbildning är mindre än hälsoskillnaderna mellan personer med lägsta respektive högsta inkomsterna, framför allt för män. Att resultaten skiljer sig mellan inkomster och utbildning som mått på social status beror sannolikt på att individers hälsa i dessa åldersgrupper påverkar deras inkomster mer än deras utbildningsnivå: personer med dålig hälsa har låga inkomster till följd av sin dåliga hälsa. Samtidigt är sannolikheten att skaffa sig en högre utbildning lägre för unga personer med dålig hälsa.<sup>27</sup>

Både inkomstnivån under medelåldern och pensionsinkomstens nivå har effekter på dödsrisken. Inkomstnivån under medelåldern har en större effekt på kvinnors dödsrisk, medan pensionsinkomstens nivå har en större effekt på mäns dödsrisk.<sup>28</sup>

Utbildning och inkomst återspeglar delvis olika aspekter av socioekonomisk status, och därmed skiljer sig också dessa faktorer samband med individens hälsa åt. En central skillnad är att medan individens utbildningsnivå sällan förändras efter ungdomsåren, gör inkomstnivån det betydligt oftare. En anledning till variation i inkomster kan just vara individens hälsa, vilket i sin tur gör att sambandet mellan inkomst och hälsa tydligare än det mellan utbildning och hälsa går åt båda håll – inkomst påverkar hälsa och vice versa. Inkomstgradienten i dödlighet kan därför öka till exempel när samhällets skyddsnät vid sjukdom förändras och ohälsa därmed får större betydelse för en persons disponibla

---

24 Finanspolitiska rådet (2016).

25 OECD (2017).

26 Finansdepartementet (2016).

27 Mörk E, Sjögren A och Svaleryd H (2014).

28 Fors, S. (2010).

inkomst, utan att det kausala sambandet mellan inkomster och hälsa har blivit starkare.

#### **4.2 Geografi, miljö och trångboddhet**

Det finns även geografiska skillnader i hälsa. Regionala skillnader i dödsrisker och hälsa är i sig viktiga dimensioner av den ojämlika hälsan: ojämlika villkor för hälsa mellan geografiska områden kan ses som ett problem i ett samhälle som strävar efter lika villkor över hela landet.

Skillnaderna grundar sig på utbildningsnivå och inkomst, vilka generellt är lägre i glesbygd och mindre kommuner än i städer, samt lägre inom vissa områden i städerna.

Dels finns det skillnader mellan norra och södra Sverige, dels finns det skillnader mellan olika typer av samhällen. Hälsan är generellt bättre i södra Sverige. Befolkningen i större städer eller mindre platser med pendlingsavstånd till stora städer har generellt en bättre hälsa än befolkningen i små och mer isolerade orter. Framför allt har personer i förortskommuner en god hälsa, medan hälsan är sämre i glesbygdskommuner. Man bör dock tänka på att förortskommuner inte är detsamma som det som vi brukar kalla för "förort" – förorter är ofta inte en egen kommun utan del av en större stads kommun. Även inom storstäder finns stora skillnader i hälsa, ofta mellan olika stadsdelar.

Glesbygdskommunerna har sammantaget den lägsta medellivslängden i landet, medan förortskommuner till storstäder har den högsta medellivslängden. Även om hälsan generellt sett är sämre i norra Sverige, är den även där bättre i kommuner med medelstora städer och intilliggande pendlingskommuner än i glesbefolkade områden.

Skillnaderna mellan storstäder respektive förortskommuner är stora. I Danderyd, Lidingö och Täby är exempelvis medellivslängden bland de högsta i landet. Detsamma gäller Kungsbacka, Lerum och Vellinge. Medellivslängden i Stockholms förortskommuner Botkyrka, Nynäshamn (kvinnor), Sundbyberg (män) och Södertälje är å andra sidan betydligt lägre. I storstadskommunerna Malmö och Göteborg är medellivslängden lägre än i landet som helhet, men inte i Stockholm.<sup>29</sup> Kvinnor i Danderyd lever i genomsnitt 86,4 år medan kvinnor i Landskrona lever 82,4

---

<sup>29</sup> Hartman L. och Sjögren A. (2017).

år (skillnad på 4 år). Män i Danderyd lever 83,2 år, medan män i Sandviken lever 79,4 år (skillnad på 4,6 år). Enligt Karolinska Institutets folkhälsoakademi skiljer det 18 år i medellivslängd mellan en kortutbildad person i Vårby i Huddinge kommun och en långutbildad i Danderyd.<sup>30</sup>

Det finns ett positivt samband mellan hög dödsrisk bland kortutbildade män och hög andel av befolkningen som uppger att de sökt vård, men ett negativt samband med antal läkare per 1 000 invånare. Ytterligare ett tecken på att tillgång till vård spelar roll är att kortutbildade kvinnors dödsrisk är lägre där fler har nära till en vårdcentral. Generellt sett har de regionala skillnaderna i dödlighet bland fattiga och kortutbildade minskat och det spelar alltså mindre roll var man bor i dag än tidigare. Detta medför att de regionala skillnaderna i ojämlikhet också har minskat. Ytterligare en viktig slutsats vi kan dra är att trots att ojämlikheten i hälsa i landet som helhet ser ut att ha ökat bland framför allt kvinnor och unga män, finns det inte några tecken på att Sverige dras isär geografiskt i termer av ojämlik hälsa, även om de regionala skillnaderna i dödsrisker vittnar om att det finns en potential att minska ojämlikheten i hälsa.<sup>31</sup> Dessa regionala skillnader har också minskat sedan mitten på 1990-talet.

Att ha tillgång till en ekonomiskt överkomlig bostad är en viktig förutsättning för en god hälsa. Av landets 290 kommuner bedömer 240 att det finns en brist på bostäder. Personer i ekonomiskt svaga positioner har svårt att köpa bostad och är heller inte attraktiva som hyresgäster, då krav ofta ställs på fast anställning och inkomst. Boendesegregationen mellan låginkomsttagare med små bostäder med dålig standard och boende med höga inkomster och normal boendestandard växer.<sup>32</sup>

I Sverige definieras trångboddhet som att det finns mindre än ett rum för varje boende eller två samboende, utöver kök, badrum och vardagsrum. Speciellt i storstäder har trångboddhet blivit ett ökande problem. I Storstockholms mest trångbodda områden (Spånga-Tensta och Flemingsberg) bor över 50 procent av barnen trångt. Att bo trångt kan också vara förknippat med undermålig standard på bostäderna, något

---

30 Siffror finns uträknade och redovisade av Mats Wingborg i rapporten Klassamhället och döden (2018).

31 Hartman, L. och Sjögren, A. (2017).

32 Kommissionen för jämlik hälsa (2017).

som kan påverka hälsan med bland annat astma, trötthet och huvudvärk som följd.<sup>33</sup> Att leva i ett socioekonomiskt svagt bostadsområde är kopplat till ökad dödlighet, sämre självskattad hälsa, ökad förekomst av psykiska besvär och större risk för insjuknande i kroniska sjukdomar. Att ha närhet till grönområden och natur nära bostaden är en skyddande faktor för hälsan. Trygga och säkra cykel- och gångvägar är förknippade med mer vardagsmotion och har en skyddande effekt på hälsan.

### **4.3 Livsstil och fysisk arbetsmiljö**

Hälsan påverkas direkt av individens levnadsvanor, vilka i sin tur påverkas av inlärd beteenden och sociala sammanhang. Undersökningar av svenskars levnadsvanor kopplade till hälsa visar att de konsekvent skiljer sig och är mer ogynnsamma bland personer med en lägre socioekonomisk position, till exempel vad gäller yrke, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar.

Alkohol- och narkotikavanor, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor och sömnproblem är riskfaktorer för att insjukna i folksjukdomar som cancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Personer med kortare utbildning rapporterar oftare stillasittande fritid. Samma skillnader syns för övervikt och fetma, som är vanligare hos personer med kort utbildning.

Låg socioekonomisk position är framför allt kopplat till kronisk stress, dels på grund av en mer utsatt livssituation och dels på grund av lägre tillgång till sociala och psykologiska resurser för att hantera stress. Långvarig stress kan bland annat leda till försämrade prestationsförmåga, kronisk trötthet, minnesstörningar och sömnproblem. Därtill är stress en riskfaktor för somatisk sjukdom och död, särskilt vad gäller att insjukna och dö i hjärtinfarkt.<sup>34</sup> Stressrelaterade besvär har blivit vanligare och fler människor upplever sitt arbete som stressigt och psykiskt ansträngande. Stress är också den vanligaste orsaken till sjukskrivning.<sup>35</sup> Allra störst risk att sjukskrivas för stress löper kvinnor som arbetar i kvinnodominerade yrken.<sup>36</sup>

---

33 Oudin, A., Richter J.C., Taj T., Al-Nahar, L. och Jakobsson, K. (2016).

34 Steptoe A, Kivimäki M (2013).

35 Försäkringskassan (2016).

36 LO (2017).

När det gäller arbetsmiljö och hälsa har det funnits stort fokus på den fysiska arbetsmiljön i mansdominerade arbetaryrken. Exempelvis har utsattheten för buller och risken för olyckor på arbetsplatsen fått mycket uppmärksamhet, istället för den fysiska arbetsmiljön i typiska kvinnoarbetaryrken. En viktig del av arbetsmiljön handlar om i vilken mån det förekommer exponeringar för olika miljörelaterade fysiska risker, bland annat vibrationer, farliga kemikalier och andra ämnen och smittor. Män i arbetaryrken är i hög grad utsatta för bland annat buller, kyla och vibrationer. Kvinnor i arbetaryrken är i sin tur ofta utsatta för kontakt med vatten, rengöringsmedel och mänskliga utsöndringar. Detta följer av den könsuppdelade arbetsmarknaden, som är påfallande bland arbetare.<sup>37</sup> En ensidig och stor fysisk påfrestning betyder att riskerna för negativa hälsokonsekvenser ökar, både i form av skador och sjukdomar.

#### **4.4 Kontroll, delaktighet, inflytande och psykosocial arbetsmiljö**

Huruvida ens arbete är bra eller dåligt för hälsan beror på huruvida man över huvud taget har ett arbete, på själva arbetet och på graden av anställningstrygghet. Arbetet ger oss en inkomst och ökar våra möjligheter i livet. Yrkesutbildning bidrar till en positiv självbild. Yrket definierar också vår sociala status. Dessutom spenderar vi en så stor del av våra liv på jobbet att det utgör en stor källa för såväl glädje och ångest, krav och belöningar som frustration och självförverkligande.<sup>38</sup> Stress på arbetet betyder inte bara att man har mycket att göra. Problemet på en stressig arbetsplats är balansen mellan krav och kontroll.<sup>39</sup> Arbetslivet har förändrats under de senaste 30 åren, vilket också har förändrat hur arbetet påverkar hälsan. Icke-materiella krav som tidspress och samvetsstress – stress som orsakats av känslan av att inte göra ett tillräckligt bra jobb, eller av att möta motstridiga krav – har blivit mer framträdande, vilket påverkar hälsan. Dessutom är det vanligare med otrygga anställningar.<sup>40</sup> Möjligheten för arbetsgivare att anställa tidsbegränsat har ökat, speciellt efter att den borgerliga regeringen 2007 införde allmän visstidsanställ-

---

37 Ibid.

38 Marmot, M (2004).

39 Siegrist J och Theorell T (2006).

40 Ibid.

ning som tidsbegränsad anställningsform. I synnerhet för arbetarkvinnor är det vanligt att ha en tidsbegränsad anställning. 2017 hade 25 procent av samtliga anställda arbetarkvinnor ett tidsbegränsat arbete. Motsvarande siffra för män i arbetaryrken är 17 procent.<sup>41</sup>

Det finns tydliga socioekonomiska skillnader i nivå av kontroll, inflytande och delaktighet i arbetslivet likväl som i livet i stort i Sverige. Kontroll över ens eget liv, tillit till andra, inflytande och delaktighet i samhället är faktorer som samverkar med villkor och möjligheter inom andra centrala områden med konsekvenser för hälsan. En högre grad av kontroll i livet kan uppnås med trygghet och bättre ekonomiska möjligheter, som ger fler handlingsalternativ i olika situationer. Kontroll eller makten att påverka sitt liv i den riktning man önskar är ett centralt tema inom välfärdsforskningen. Graden av kontroll kan i sin tur påverka hälsan genom att de faktiska livsvillkoren kan hanteras bättre, men också innebära en möjlighet att undvika oro och stress över till exempel en oväntad större utgift. Även i arbetslivet kan en högre grad av kontroll över hur arbetet genomförs och läggs upp vara avgörande.<sup>42</sup>

Höga krav i arbetet med små kontrollmöjligheter kallas på svenska psykiskt ansträngande arbete eller spänt arbete (*job strain*). Personer med spänt arbete löper särskilt stor risk att utveckla depressionssymtom. Det finns också vetenskapligt stöd för sambandet mellan möjlighet till kontroll i arbetet och sömnstörningar, depressionssymtom och känslomässig utmattning. Människor vars jobb kännetecknas av höga krav och ringa kontroll löper större risk att drabbas av kranskärslsjukdom än de som har mer kontroll över sitt jobb.<sup>43</sup>

Det finns undersökningar som visar ett starkt samband mellan att känna att ens lön är orättvis och ohälsa.<sup>44</sup> Enligt Maslach och Leiters forskning<sup>45</sup> spelar det stor roll om man upplever att man blir rättvist behandlad (*fairness*). De som blir utbrända upplever oftare att de blir orättvist behandlade.

Enligt demand-control-modellen<sup>46</sup> bidrar både arbetets psykologiska

---

41 LO (2018).

42 Karasek R och Theorell T (1990).

43 Marmot, M (2004).

44 Falk S m.fl. (2001).

45 Maslach C., Leiter M.P. (2008).

46 Karasek R, Theorell T (1990).



krav och graden av kontroll till hälsa och ohälsa. Jobb med höga krav och låg kontroll bidrar till stress för att de begränsar individens möjlighet till autonomi (*high job strain*). "Aktiva jobb" har den motsatta effekten: de får arbetaren att känna positiv stimulans, framgång och egenförmåga. Känslan att man kan sitt jobb bra och har kontroll bidrar till positiva känslor och aktivt lärande, och skyddar individen från risken att framkalla en stressrelaterad sjukdom. Att kunna utvecklas i sitt arbete beskrivs ofta som en förutsättning för att uppleva att arbetet är meningsfullt, vilket i sin tur leder till ökad arbetstillfredsställelse.

Ansträngnings-belöningsmodellen (effort-reward-model)<sup>47</sup> i arbetslivet hävdar att bristen på ömsesidighet – när belöningen upplevs som liten i förhållande till ansträngningen – ökar den relativa risken att stressen börjar bidra till ohälsa. Det är viktigt att påpeka att olika typer av belöning kan vara likvärdiga (kompetensutveckling kan, till exempel, upplevas som belöning). Det finns tre olika typer av belöning: lön (ekonomisk belöning), karriär/befordran eller anställningstrygghet (statusrelaterad belöning), och bekräftelse och yrkesstolthet (socio-emotionell belöning).<sup>48</sup> Bristen på belöning bidrar till stress och ohälsa eftersom det framkallar negativa psykologiska och fysiska stressreaktioner och motverkar bra självkänsla.<sup>49</sup>

Ett sätt att ta bort människors kontroll över sin situation är att göra dem arbetslösa. Att förlora arbetet kan vara en oväntad och oförutsägbar händelse som leder till förlust av status. Men den kan också vara mer akut: att förlora arbetet leder till ringa kontroll, försämrad status och försämrad ekonomisk situation. Ibland kan det vara komplext att tolka om det är arbetslöshet som orsakar dålig hälsa eller om sjukdom leder till arbetslöshet. Oavsett kan ett samhälle minska risken och stressen som en otrygg anställning kan innebära genom att erbjuda mer generösa arbetslöshetsförsäkringar.<sup>50</sup>

Enligt Marmot är lösningen att låta människor i yrken med höga krav men låg kontroll engagera sig mer och få mindre känsla av att vara kontrollerade av andra. Att uppleva ringa kontroll hemma kan ock-

---

47 Siegrist, J, Wahrendorf, M (ed.) (2016).

48 Ibid.

49 Ibid.

50 Marmot M (2004).

så spela stor roll, speciellt för kvinnor: ringa kontrollsituation hemma förutsade hjärtsjukdom hos kvinnor men inte hos män.<sup>51</sup> Här kan det vara intressant att fundera på hur anhörigomsorg påverkar känslan av ringa kontroll. Ökningen av anhörigvården har skett i takt med att den professionella äldreomsorgen minskat. Kvinnor står för 70 procent av anhörigvården, samtidigt som kvinnor utgör mer än 90 procent av alla som arbetar i äldreomsorgen.

I Sverige har vi genomfört en viktig frihetsreform när vi har professionaliserat omsorgen. Det är en viktig del av den nordiska välfärdsmodellen att både kvinnor och män kan förvärvsarbeta i hög grad. Väl utbyggd barn- och äldreomsorg möjliggör detta. Den ofrivilliga anhörigomsorgen som tillkommer på grund av brister i kommunal vård och omsorg är ett samhällsproblem. Särskilt dramatisk är de senaste årens minskning av äldreboenden – nästan var fjärde plats har försvunnit under 2000-talet, och samtidigt har hemtjänsten inte byggts ut för att täcka behoven. Den bristande äldreomsorgen skjuter över ansvaret och kostnaden för omsorgen till de äldres medelålders barn. Enligt Marta Szebehely och Petra Ulmanen har cirka 140 000 personer gått ner i arbetstid, slutat jobba eller pensionerat sig för att kunna sköta om sina föräldrar.<sup>52</sup> Utvecklingen vi ser nu slår särskilt hårt mot kvinnor med låga inkomster.<sup>53</sup>

---

51 Ibid.

52 Szebehely M, Stranz A & Strandell R (2017).

53 Kommunal (2014).

## 5. Går det att motverka ojämlik hälsa?

I DE TIDIGARE KAPITLEN har jag beskrivit hur ojämlikheten i hälsa ser ut i Sverige, samt vilka faktorer som bidrar till denna ojämlikhet. Hur resulterar skillnader i inkomst och utbildningsnivå, geografi, livsstil och psykosociala faktorer i hälsoskillnader? I detta kapitel ska jag titta närmare på mekanismer som orsakar skillnader i hälsa. Om dessa mekanismer är relaterade till undvikbara sociala förhållanden som tillgång till vård eller möjlighet till anställning, kan de anses vara orättvisa. Att analysera de sociala skillnaderna i hälsan kan därför avslöja möjliga politiska inträdespunkter för effektiva åtgärder för att minska ojämlikheten i hälsan. Epidemiologi beskriver olika individuella attribut, det vill säga faktorer som kan kopplas till skillnader i olika individers hälsorisker. Sådana faktorer inkluderar ålder, kön, kostvanor, rökning, alkoholintag, fetma och blodtryck. Samtidigt betonar studier av sociala determinanter att många av dessa enskilda riskfaktorer är starkt förknippade med en persons sociala ställning samt egenskaper i den bredare sociala kontexten, såsom bostadsort, arbetsmiljö eller socialt nätverk, liksom samhällets ekonomiska politik. Till exempel är utbildningsnivå, yrkesposition eller inkomst ofta förknippade med individuella hälsorisker som rökning och kost av dålig kvalitet. Därtill medför sjukdom eller skada också större ekonomiska riskfaktorer för vissa grupper.

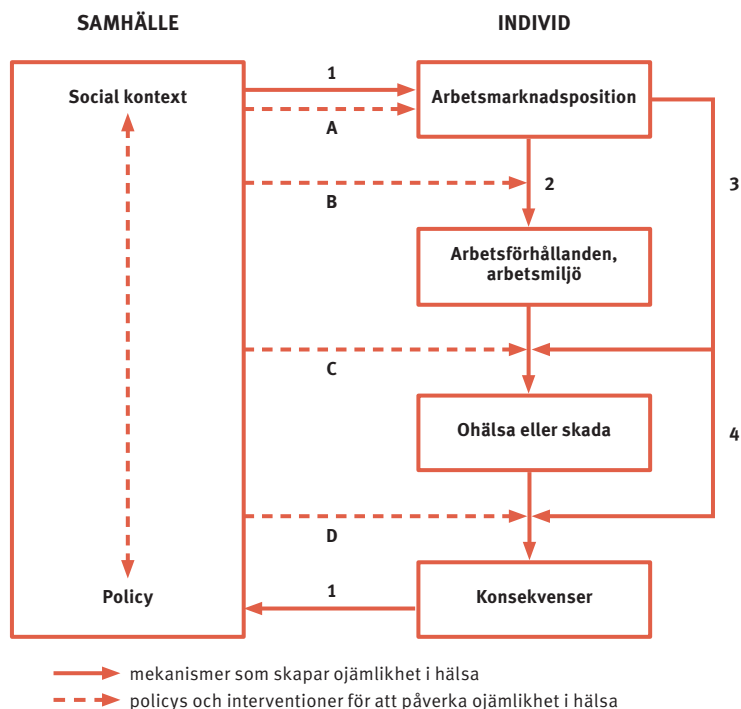
### 5.1 Hur skapas ojämlikhet i hälsa?

I figur 5.1 nedan presenteras modellen av Diderichsen och Hallqvist som ofta förekommer inom forskningen om ojämlikhet i hälsa och som framför allt används för att presentera interventioner och möjlig policy för att minska ojämlikhet i hälsa.<sup>54</sup> Modellen visar mekanismer både på samhälls- och individnivå.

---

<sup>54</sup> Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth (2001).

**Figur 5.1** Modell över sambandet mellan social kontext, arbetsmarknadsposition och hälsa



Källa: Diderichsen & Hallqvist, 1998.

### *Mekanism 1: social stratifiering på arbetsmarknaden*

Den första mekanismen (1) utgår från den sociala stratifieringen på arbetsmarknaden som sorterar människor till olika positioner utifrån förutsättningar (social bakgrund, utbildningsnivå, humankapital, ålder, etnicitet, och så vidare). Status, makt, pengar och risker i arbetsmiljön fördelas olika för olika yrkespositioner som individer har olika förutsättningar att nå. Stratifieringen påverkas i sin tur av strukturella förhållanden, till exempel om det finns skillnader i möjligheten att skaffa sig en utbildning eller om det förekommer diskriminering utifrån

kön eller etnicitet på arbetsmarknaden. Positionen på arbetsmarknaden är förknippad med specifika arbetsförhållanden och risker (fysiska, psykosociala) i arbetsmiljön. Till exempel är anställningsvillkoren oftast bättre i högre positioner – samtidigt som förekomsten av risker är lägre. Detta kan förebyggas genom en politik som bidrar till mindre klyftor – speciellt tidiga insatser för en jämlik barndom.

### *Mekanism 2: skillnader i risker*

Positionen på arbetsmarknaden avgör också i vilken grad individer utsätts för andra psykosociala, fysiska, kemiska, biologiska och beteenderelaterade riskfaktorer som påverkar hälsan. Människor i lägre positioner på arbetsmarknaden och därmed lägre social position är ofta utsatta för olika typer av risker samtidigt: till exempel sämre levnadsvanor (rökning, kost, motion) och levnadsförhållanden (boende, transport) vilket illustreras av den andra mekanismen i modellen. Beroende på positionen på arbetsmarknaden har individer alltså olika uppsättningar av riskfaktorer att hantera i sin vardag. Detta kan påverkas med lagar inom arbetsmiljöområdet, men också genom alkohol-, tobaks- och familjepolitiken.

### *Mekanism 3: skillnader i sårbarhet*

Vilken effekt olika risker får på kvinnors och mäns hälsa beror delvis på skillnader i individers sårbarhet (mekanism 3). Hur pass sårbar man är för olika belastningar beror både på biologiska och sociala faktorer. Arbetsrelaterad ohälsa är oftast något komplext och flera faktorer kan bidra till att man insjuknar. Det är tänkbart att grupper som samtidigt är exponerade för flera olika typer av risker och belastningar är mer sårbara för enskilda riskers skadliga effekter än grupper som är exponerade för färre riskfaktorer. Sårbarheten kan i sin tur påverkas av andra sociala omständigheter, exempelvis svåra förhållanden tidigt i livet eller svaga så kallade coping-resurser, som kan ha betydelse för hur man hanterar belastningar. Coping-resurser utgörs av individens beteende, socialt sammanhang, kognitiva förmågor och förmåga att anpassa sig.<sup>55</sup> Sociala nätverk och socialt stöd på arbetsplatsen kan också skydda mot

---

<sup>55</sup> Beutler L.E., Moos R.H., Lane G. (2003).

sårbarhet, och därmed ohälsa. Detta kan påverkas genom satsningar på arbetsmiljöområdet, men också genom mer omfattande grundtrygghetssystem. Speciellt den kvinnodominerade välfärdens arbetsmiljö är ett systemfel som behöver åtgärdas med omfattande investeringar och ett tillitsbaserat styrningssystem.

#### *Mekanism 4: skillnader i konsekvenser*

Slutligen visar den fjärde mekanismen (mekanism 4) att konsekvenserna av ohälsa varierar enligt position på arbetsmarknaden. Konsekvenser av ohälsa är svårare att hantera för individer med mindre resurser. Drabbas man av en allvarlig sjukdom är risken stor att man inte kan delta i arbetslivet på samma sätt som innan insjuknandet, och i värsta fall kan konsekvenserna av ohälsa leda till att människor hamnar i arbetslöshet eller långtidssjukskrivning. Med andra ord leder konsekvenserna av ohälsa till ytterligare stratifiering på arbetsmarknaden (mekanism 1). Detta kan påverkas till exempel genom förebyggande arbetsmiljöarbete och ett pålitligt sjukförsäkringssystem. Man ska kunna lita på sjukvården och sjukförsäkringssystemet, men också få stöd att komma tillbaka till arbetet.

Sammanfattningsvis visar modellen att det finns skillnader i vilken typ av ohälsa man drabbas av och vilka konsekvenserna blir beroende på positionen på arbetsmarknaden. Till exempel är risken att drabbas av ohälsa och konsekvenserna av den annorlunda för svenskfödda män i yngre medelåldern i tjänstemannayrken, än för utrikes födda äldre kvinnor i arbetarklassyrken. För det första kan personer med olika socioekonomisk bakgrund och ålder bemötas olika i vården. Om man får snabb tillgång till vård eller inte kan även bero på bostadsort och civilstånd. Människor som lever ensamma har kanske inte närstående som kan hjälpa till att skaffa vård ifall de själva inte skulle klara av det. För det andra finns det skillnader i tillgång till företagshälsovård.

Enligt modellen ovan kan dessa mekanismer som bidrar till ojämlikhet i hälsa mellan olika grupper på arbetsmarknaden påverkas med fördelning av samhällets resurser både på kollektiv och individnivå, genom policy och riktade interventioner. Modellen presenterar områden där det är lämpligt att intervensera för att minska ojämlikheten i hälsa

(A–D). Övergripande handlar det om att motverka klassamhället och könssegregeringen på arbetsmarknaden (A), att minska ojämlik exponering för riskfaktorer (B) och sårbarheten, och att minska ojämlika följder av ohälsa (D).<sup>56 57</sup>

Socialpolitiken och välfärdsstatens försäkringssystem är viktiga bestämmande faktorer när det gäller hälsans ojämlikhet, men det är svårt att bedöma hur dessa mekanismer fungerar. Därför brukar forskningen titta på enskilda utsatta grupper, till exempel personer med invandrabakgrund eller ensamstående mammor.<sup>58</sup> Familjepolitiken som baseras på två lönearbetande föräldrar i kombination med generösa socialförsäkringar har tydligt skyddat svenska mammor i allmänhet och ensamstående mammor i synnerhet, särskilt från den typ av fattigdom som drabbar till exempel brittiska ensamstående mammor. Den svenska familjepolitiken fungerar stödjande för ensamstående mammor och möjliggör en mycket högre sysselsättningsnivå än i exempelvis Storbritannien och Italien. Den högre sysselsättningen och större andelen ensamstående mammor i högre yrkesklasser i Sverige är till stor del ett resultat av långvarig allmän välfärdspolitik, som har främjat både jämställdhet och jämlikhet. Även en familjevänlig sysselsättningspolitik och tillgång till universella barnomsorgstjänster kan vara viktigare för ensamstående mammor, eftersom de är ensamma vårdgivare. Detta välfärdspolitiska exempel kan ses som ett sätt att uppnå hög grad av påverkan på livsvillkoren för både ensamma mammor och för mammor som delar omsorgsansvaret med en annan förälder, det vill säga den allmänna välfärdspolitiska lösningen barnomsorg innebär hög potential att minska ojämlikheten mellan de två grupperna mammor.

Det finns också studier som visar hur länder som har haft en lång tradition av socialdemokratiskt styre (nordiska länder, Österrike) ofta har bättre folkhälsa. Här verkar egalitär fördelningspolitik spela stor roll. Modellen, ursprungligen av Walter Korpi (2000),<sup>59</sup> presenterad i figur 5.2 visar hur politikens mekanismer kan påverka hälsoreultat. Maktresurser är resurser som olika aktörer använder för att ge uttryck för sina intres-

---

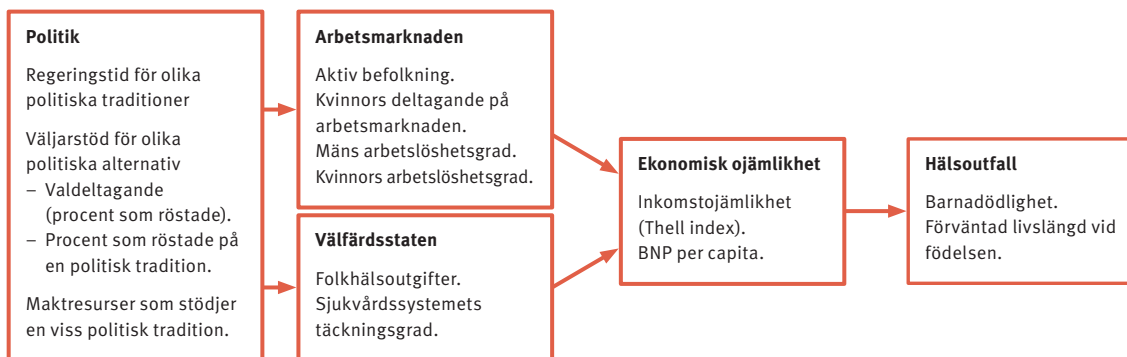
56 Diderichsen, F., & Hallqvist, J. (1998).

57 Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. (2001).

58 Fritzell S, Vannoni F, Whitehead M, Burström B, Costa G, Clayton S, Fritzell J. (2011).

59 Korpi W (2000).

Figur 5.2 Politik och hälsoutfall



Källa: Navarro, Muntaner (2006): *Politics and health outcomes*.

sen genom politiska partier eller facket. Dessa maktresurser påverkar arbetsmarknaden genom deltagandet av män och kvinnor i arbetskraften, mäns och kvinnors sysselsättning och fördelningspolitik som pensioner, social omsorg, hälso- och sjukvård, socialbidrag, utgifter till sjukvården och vilken andel av befolkningen som har utbildning.<sup>60</sup>

Reeves m.fl. (2016) har studerat en höjning av minimilönen i Storbritannien 1999. Studien fann en tydlig förbättring rörande mer mentala eller psykiska hälsoindikatorer. Enligt studien kan detta delvis förklaras av minskad upplevd ekonomisk stress.<sup>61</sup> Det finns också stöd i forskningen för att ekonomiska bekymmer får människan att fokusera på att klara ekonomisk stress, på bekostnad av kognitiv förmåga samt andra handlingar som skulle vara långsiktigt gynnsamma. Att lägga en stor del av sin kognitiva kapacitet och energi på att stressa över hur man får ekonomin att gå runt kan leda till negativa beteenden (till exempel att fatta ekonomiskt kortsiktiga beslut, ha svårt att spara pengar, ta lån med hög ränta) och i förlängningen sämre hälsa. Milligan och Stabile (2011) visar att högre barnbidrag i Kanada inte bara ledde till bättre skolresultat

60 Navarro, M (2006).

61 Reeves m.fl. (2016).



utan också till bättre hälsa bland barn. Bättre inkomster verkar reducera stress och konflikter vilket i sig leder till en bättre hälsa.<sup>62</sup>

## **5.2 Sociala skillnader i vårdkonsumtion**

Den vanligaste definitionen av jämlikhet inom hälso- och sjukvården är att det finns lika tillgång till hälso- och sjukvård vid lika behov. Denna definition används också som en underliggande princip i svenska hälso- och sjukvårdslagen, och delas ibland in i två dimensioner: horisontell och vertikal jämlikhet. Horisontell jämlikhet i denna bemärkelse innebär att personer med lika behov får lika tillgång till vård och jämlik hälsa, medan vertikal jämlikhet innebär att grupper med ojämlika behov får tillgång till sjukvård i proportion till ojämlikheten i deras behov.<sup>63</sup>

I diskussionen om sociala skillnader i hälsa anges ibland att detta är ett område där sjukvården inte har något att bidra med, eftersom hälsan handlar om socioekonomiska livsvillkor och att förebyggande insatser därför måste ske i samhället snarare än i vården. Det finns dock insatser som sjukvården kan göra för att minska skillnader i hälsa. Det har konstaterats att tusentals människor i Sverige dör varje år på grund av ojämlik vård ("sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet"), eller utsätts för onödigt lidande för att vården varit ojämlik.<sup>64</sup> Grupper med större behov söker vård i mindre utsträckning än grupper med mindre behov. Patientavgifter drabbar låginkomsttagare mer än höginkomsttagare. Det finns tydliga inkomstgradienter och skillnader mellan grupper i andelen som rapporterar att de på grund av ekonomiska svårigheter avstått från att söka vård eller hämta ut ordinerade läkemedel.<sup>65</sup> Anledningen till dessa skillnader är inte enbart patientavgifter, utan också skillnader i hur olika socioekonomiska grupper uppfattar sin hälsa och när man bör söka vård.<sup>66</sup> Ekonomiska skäl till att avstå från vård är särskilt tydliga när det gäller tandvård.<sup>67</sup>

Sedan 1990-talet har Sverige infört olika marknadslösningar, till exempel vårdval, i hälso- och sjukvården enligt new public management-principer. Avsikten har varit att öka effektiviteten i vården genom eko-

---

62 Milligan K. Stabile M. (2011).

63 Gulliford M. (2003).

64 LIF (2015).

65 Burström B (2011).

66 Åhs A, Westerling R. (2006).

67 Kommissionen för jämlik hälsa (2017).

nomiska incitament till vårdgivare samt att öka människors valfrihet. Utifrån hälso- och sjukvårdslagens intentioner kan man fråga sig om marknadsmodeller kan åstadkomma en jämlik hälsa.<sup>68</sup> Erfarenheter från kundvalsreformer i andra länder är att de i störst utsträckning gynnar friska, unga och välutbildade.<sup>69</sup> Det är inte heller längre lika klart att primärvården har ett ansvar för befolkningens hälsa. Fram till 1980-talet dominerade målet att ha en rättvis fördelning av vårdresurserna efter behov helt, därefter fick hälso- och sjukvården andra mål.<sup>70</sup> Läkare i primärvården ska ansvara för de individer som listar sig hos vårdcentralen. Om man ska åstadkomma en hälsofrämjande hälso- och sjukvård som ska syfta till att minska sociala skillnader i hälsa måste sannolikt större betoning läggas på uppsökande verksamhet.<sup>71</sup>

Ingenstans i Sverige har marknadsiseringen av sjukvården gått så långt som i Stockholms läns landsting. Enligt forskning har inte 2008 års primärvårdsreform särskilt gynnat grupper med stora hälsobehov; tvärtom verkar det ha skett en minskning av den vertikala jämlikheten i primärvården i Stockholm från 2007 till 2011, särskilt bland kvinnor med dålig hälsa, män med dålig psykisk hälsa samt män som lever i utsatta områden. Dessutom har resurserna flyttat från områden med en befolkning med högre hälsobehov till områden med mindre vårdbehov under perioden 2005 till 2013.<sup>72</sup> En studie om jämlik vård i Jämtland/Härjedalen, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten visar samma trend: de med störst behov utnyttjar primärvårdens tjänster i mindre grad än socioekonomiskt starkare grupper.<sup>73</sup> När det gäller slutenvård verkar det dock inte finnas en sådan trend. Den ökade betydelsen av inkomst- och utbildningsnivåer under de studerade åren (2008–2014) ser ut att driva den här utvecklingen, som verkar gynna rika. Vi har sett ett ökat underutnyttjande av hälsovården bland de mest missgynnade med störst behov.

Det finns också socioekonomiska skillnader i vilka grupper som inte tar sin medicin eller inte kommer till cytologprov eller mammografikon-

---

68 Burström B (2011).

69 Fotaki M, Roland M, Boyd A, McDonald R, Scheaff R, Smith L (2008).

70 Anell A (2011).

71 Burström B (2011).

72 Agerholm, J (2016) : Analysing equity in outpatient care in Stockholm county and the impact of using different data sources.

73 Miguel San Sebastián P, Mosquera N, Gustafsson PE (2017).

troller. Dessa är, oftast, de personer som är mest riskutsatta. Angelägna insatser för att minska sociala skillnader i hälsa är, i dessa fall, aktivt arbete för att öka deltagande från alla samhällsgrupper, bland annat genom att tydligare och bättre kommunicera varför det är viktigt att delta i hälsokontroller.<sup>74</sup> Jämfört med EU-länderna avstår få svenskar vård på grund av kostnaden.<sup>75</sup> I Sverige uppgav 2015 ungefär en procent att de avstått nödvändig vård. Sedan 2007 har andelen svenskar som avstått vård minskat med 2,1 procentenheter. Det är främst ensamstående med barn, där över 75 procent är kvinnor, och personer i hushåll med ekonomiskt bistånd som avstår från vård eller att hämta ut läkemedel av ekonomiska skäl. Personer med funktionsnedsättning avstår från vård och läkemedel av ekonomiska orsaker tre gånger oftare än befolkningen som helhet.<sup>76</sup>

Primärvården behöver bli bättre på att tidigt upptäcka och ge behandling till människor som har en sjukdom eller risktillstånd, samt nå personer som inte söker vård trots behov av vård. Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande till alla oavsett exempelvis bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, socioekonomiskt läge, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.<sup>77</sup>

För de flesta diagnoser finns det omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat mellan olika sociala grupper.<sup>78</sup> Sociala skillnader i sjukvården är ofta mycket större än regionala skillnader mellan olika landsting, även om geografiska skillnader också är stora.<sup>79</sup> Bland annat finns det skillnader i överlevnad efter vård vid behandling av exempelvis hjärt- och kärlsjukdom, cancer och KOL för olika utbildningsgrupper. Även vid alkoholrelaterad dödlighet och självmord finns socioekonomiska skillnader.<sup>80</sup> Också när det gäller så kallad undvikbar slutenvård finns en betydande skillnad: denna vård är mer än dubbelt så vanlig bland kortutbildade som bland långutbildade. Män och utlandsfödda har högre dödlighet i behandlingsbara sjukdomar än kvinnor och svensk-

---

74 Kristersson M (2011).

75 Socialstyrelsen (2018).

76 Socialstyrelsen (2011).

77 Fritzell S., Schultz, A, Burström, B och Bokedal C (2016).

78 Kommissionen för jämlik hälsa (2017).

79 Socialstyrelsen (2011).

80 Ibid.

födda. Även om förtida dödlighet i behandlingsbara sjukdomar minskar i alla utbildningsgrupper, sker förbättringen snabbare för högutbildade. Det finns också skillnader i tillgång i olika vårdinsatser, till exempel behandling med läkemedel. Det gäller även remittering till specialist, där bland annat Socialstyrelsens analyser under senare år pekat på att lågutbildade och utlandsfödda missgynnas<sup>81</sup>.

Samtidigt finns det även skillnader i behandling. Kortutbildade får mer sällan avancerade och livräddande ingrepp vid hjärtinfarkt. Kortutbildade får, liksom äldre kvinnor och patienter som är födda utanför EU, ofta sämre kvalitet i sin läkemedelsbehandling.

Det finns bevis för att tillgången till cancerbehandling är ganska rättvis,<sup>82</sup> men det finns socioekonomiska skillnader i canceröverlevnad,<sup>83 84</sup> och cancerscreening.<sup>85</sup> Användandet av mödravård och barnavård anses vara ganska jämlikt i Sverige och det finns nästan inga socioekonomiska skillnader i spädbarnsdödlighet. Enligt en kvalitetsregisterstudie för stroke finns det ojämlikhet i både överlevnad och behandling av strokepatienter.<sup>86</sup> Några ojämlikheter finns vid överlevnad efter behandling för akut hjärtinfarkt.<sup>87</sup> Den geografiska skillnaden mellan länen verkar vara mindre.<sup>88</sup>

Den svenska hälso- och sjukvårdens struktur är fortfarande uppbyggd med fokus på sjukdomsbehandling och mindre på förebyggande insatser. I dag dominerar sjukdomsbilden i befolkningen av kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom, cancer, lungsjukdom, ledsjukdom och psykiska sjukdomar. Det finns omfattande kunskap om att dessa sjukdomar kan förebyggas med goda levnadsvanor. Att tidigt upptäcka sjukdomar är en annan viktig förebyggande åtgärd som ökar sannolikheten för en framgångsrik behandling.<sup>89</sup>

Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar med ökad marknadsorientering, mer efterfrågestyrd vård och privatisering av vård-

---

81 Ibid.

82 Diaz A. (2009).

83 Halmin M, Bellocco R, Lagerlund M, Karlsson P, Tejler G, Lambe M (2008).

84 Mogensen H, Modig K, Tettamanti G, Talback M, Feychting M (2016).

85 Zackrisson S, Andersson I, Manjer J, Janzon L (2004).

86 Eriksson M, Glader EL, Norrving B, Asplund K (2015).

87 Rosvall M, Chaix B, Lynch J, Lindstrom M, Merlo J (2008).

88 Merlo J, Hakansson A, Beckman A, Lindstrom M, Lindblad U, Gerdtham UG (2005).

89 Socialstyrelsen (2018).

givare. Vissa ekonomiska incitament tenderar att prioritera mindre allvarliga tillstånd och snabba besök på vårdcentralen framför mer allvarliga och komplexa sjukdomar som kräver mer resurser.

Det finns ett stort antal empiriska studier som visat en samvariation mellan en starkare primärvård och en jämlik folkhälsa. En väl utbyggd primärvård, som till exempel den statliga utredningen God och nära vård (2018) föreslår, förbättrar tillgängligheten till vård för hela befolkningen. Då primärvården fokuserar på individens hela sjukdomsbild förväntas primärvården bättre kunna möta individens samlade behov, speciellt när det gäller grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar som oftare har flera sjukdomar än andra grupper.<sup>90</sup>

---

90 God och nära vård (2018).

## 6. Slutsatser och policyförslag

SVERIGE ÄR ETT LAND där folkhälsan mätt på traditionellt sätt – som spädbarnsdödlighet eller medellivslängd – är väldigt god, men där ojämlikheten i hälsa och livslängd är mycket märkbar.

Det finns inga snabba lösningar för att minska hälsoklyftorna. För att nå jämlikhet i hälsa måste vi samtidigt stärka människors egna möjligheter att påverka sin situation och hälsa, och öka samhällets förmåga att bidra med resurser till individer och familjer under perioder då de egna resurserna inte räcker till.

Ojämlikheten i hälsa avgörs inte ensamt av levnadsvanorna, och kan inte lösas enbart i hälso- och sjukvården. Samtidigt gäller också att utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi inte att nå en jämlik hälsa.

Folkhälsan förbättras och hälsoklyftorna minskas genom minskade klasskillnader. Därför är det ytterst intressant att följa LOs jämlikhetsutredning och dess policyförslag: alla åtgärder som minskar skillnader mellan individer i olika socioekonomiska grupper hjälper oss att leva längre och hälsosammare liv.

Precis som Kommissionen för jämlik hälsa (2017) konstaterar går det inte bara att säga åt individerna att ta hand om sig själva bättre, äta mer grönsaker och motionera. Problemet är strukturellt. För en mer jämlik hälsa behöver vi mer likvärdiga livsvillkor och möjlighet till en god uppväxt, en bra utbildning, ett gott arbete och en rimlig försörjning. Vi behöver kunna anpassa oss till nya situationer också senare i livet, ifall vi blir sjuka eller arbetslösa.

Bland de förslag som Kommissionen för jämlik hälsa lämnade till regeringen 2017 fanns satsningar på en jämlik barnhälsovård, en förskola av hög kvalitet för alla, en likvärdig skola som tidigt motverkar skolmisslyckanden, en sjukförsäkring och en arbetslöshetsförsäkring som täcker upp för förlorad inkomst eftersom vi alla kan bli sjuka eller arbetslösa, bra bostäder till ekonomiskt överkomliga kostnader, ett mer jämlikt deltagande i demokratin och en hälso- och sjukvård som präglas av systematiskt jämlikhetsfokus. Jag kan bara instämma.

Ojämlighet i hälsa är också dyrt. I Sverige har Folkhälsomyndigheten låtit göra en beräkning av samhällets kostnader för ojämlikhet i hälsa på nationell nivå.<sup>91</sup> Beräkningen, genom den så kallade "cost of illness"-metoden, visade att ojämlikhet i hälsa kostar samhället minst 120 miljarder kronor per år. Men jämlik hälsa har ett större värde än de rent ekonomiska kostnaderna. Vi bör aldrig acceptera att ens socioekonomiska position definierar om man får leva ett långt friskt liv eller inte. En politik för ökad jämlikhet handlar om liv och död.

Trots Sveriges folkhälsopolitiska mål "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" är ojämlikhet i hälsa ett stort problem i Sverige. Frågor rörande jämlikhet och resursfördelning är i hög grad politiska. I Sverige har det funnits en politisk enighet kring vikten av att sträva mot en god och jämlik hälsa. Däremot har åsikterna om vilka medel som bör användas för att åstadkomma mer jämlik hälsa gått isär – är det samhällets resursfördelning som ska förändras eller individerna som ska göra andra val? Det är en orättvisa i sig att människor har olika förutsättningar att leva ett långt och friskt liv.

All politik som främjar ekonomisk jämlikhet är bra politik för en jämlik hälsa. De ojämlikhetsskapande processerna börjar tidigt i livet. Detta är ett starkt argument för att lägga stor vikt vid tidiga insatser, på hälsofrämjande samt sjukdomsförebyggande åtgärder. Det behövs mer jämlika livsvillkor, jämlik tillgång till vård och jämlika chanser att kunna lita på samhällets försäkringssystem. Reformerna kan riktas universellt (för alla) eller selektivt (för riskgrupper). Det är ingen naturlag att politiken drabbar vissa mycket hårdare än andra. Enligt Michael Marmot kan vi sluta med jämlikhetsreformer när ojämlikheten slutar att öka. Det finns politiska lösningar till ojämlikhet om det finns vilja.

## **6.1 Policyförslag**

**Förbättra försäkringssystemen för att lyfta grupper längst ned i inkomstfördelningen.** Reformerna av de sociala skyddsnäten har gjort att många på botten av samhällsstegen fått det allt tuffare. Sänkt ersättning i arbetslöshetsförsäkringen, stramare tidsgränser i sjukförsäkringen och att

---

91 Statens Folkhälsoinstitut (2010).

inkomsttaken för ersättningarna inte är tillräckligt höga och inte heller indexerade gör att försäkringssystemen urholkats. Gapet har därför blivit större mellan dem som kan leva på sina arbetsinkomster och andra som behöver hjälp för att klara sin försörjning. Täckningsgrad, inkomsttak och ersättningsnivåer i socialförsäkringarna och arbetslöshetsförsäkringarna samt nivån på grund- och garantiersättningarna är kopplade till hälsa. Försäkringssystemen behöver därför förbättras radikalt för att understödja en bättre hälsa.

**Totalrenovera folkhälsan i socialt utsatta områden.** Socialdemokraterna vill investera 13 miljarder i totalrenovering av miljonprogrammen. Men vi borde också totalrenovera folkhälsan i utsatta områden. Marknadsstyrningen av sjukvården gör det mer lönsamt att erbjuda sjukvård åt socioekonomiskt starka, friskare grupper. Om vi vill nå jämlikhet och att de med störst behov ska prioriteras, kan inte sjukvården styras av marknadsprinciper. Jag föreslår att socioekonomiskt utsatta områden som är missgynnade av kundvalsbaseade vårdmodeller istället ska ges högst prioritet. Regeringens primärvårdsutredning Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:01) publicerade nyss ett delbetänkande som innehöll förslag om en tydligare lagstiftning vad gäller fast läkarkontakt i primärvården. Det finns ett stort antal empiriska studier som visat en samvariation mellan en stark primärvård och en jämlik hälsa i befolkningen.<sup>92</sup> Pilotprojekt med fast läkarkontakt bör påbörjas i socialt utsatta områden runtom i landet.

**Vårdstyrning bortom kundvalsmodeller.** Ojämlikheten i vården har ökat. En förklaring kan vara att vården styrs mer av efterfrågan än av behov. Så kallad proportionell universalism skulle vara en mer jämlik styrprincip i välfärden istället för marknadsanpassade kundvalsmodeller. För att minska hälsoskillnader är det nödvändigt med universella insatser till alla, men att dessa samtidigt anpassas proportionellt, efter behov.<sup>93</sup> Som det står i hälso- och sjukvårdslagen ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, men kundvalsmodeller

---

<sup>92</sup> Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, (2005).

<sup>93</sup> "We well know when we have socially just policies as then the health inequality will start to decline" Michael Marmot.



gör det mer lönsamt att erbjuda sjukvård åt de socioekonomiskt starka och friskare grupperna. Politikerna måste ha makten att placera vårdcentraler där behovet är som störst geografiskt.

**Tvärprofessionella hembesöksprogram och uppsökande projekt för att nå grupperna med störst behov.** De med de största behoven är ofta också de som är svårast att nå. Det finns evidens för att hälsofrämjande arbete i primärvården ger bra resultat. Uppsökande projekt som Stockholms läns landstings ”KIM – Kontakta, informera, motivera” kan nå individer i utsatta situationer. Det är viktigt att finnas i samhället där människorna i målgruppen finns och att aktiviteter och insatser är kostnadsfria för dem som deltar.<sup>94</sup> Interventionen är en form av tidiga insatser, med det förebyggande syftet att minska ojämlikheter i hälsa och att skapa fortsatt kontakt med till exempel barnhälsovård, socialtjänst, primärvård, tandvård, öppen förskola och bibliotek. Ett gott exempel är ett projekt i stockholmsförorten Rinkeby som inleddes hösten 2013 med utökat hembesöksprogram i form av fem extra hembesök till alla nyblivna förstagångsföräldrar, där föräldrarådgivare från socialtjänsten och sjuksköterskor från barnvårdscentraler samverkar.

**Lägre trösklar att utbilda om sig också senare i livet.** Sysselsättning och ekonomisk trygghet är viktigt för hälsan. Det är viktigt att förebygga situationer där en människa hamnar utanför arbetsmarknaden på grund av en längre sjukskrivning eller arbetslöshet. Därför borde samhället prioritera att genom lägre trösklar till utbildning utöka människornas handlingsutrymme, vilket ger större möjligheter att påverka den egna situationen.

**Korta anställningar utan trygghet måste bort.** Människor som befinner sig i en osäker position på arbetsmarknaden tenderar att fara illa psykiskt: särskilt utsatta är de som har osäkra anställningar, de som är rädda att bli av med jobbet och de som är rädda att deras arbetsplats ska läggas ner.<sup>95</sup> Att avskaffa anställningsformen ”allmän visstid” kan bidra till ökad trygghet samt bättre hälsa.

---

<sup>94</sup> Fritzell S, Schultz A, Burström B, Bokedal C. (2016).

<sup>95</sup> Canivet C, Bodin T, Emmelin M, Toivanen S, Moghaddassi M, Östergren Po (2016).

## 7. Referenser

- Agerholm, J (2016): Analysing equity in outpatient care in Stockholm county and the impact of using different data sources. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet.
- Åhs AMH, Westerling R. (2006) Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy* 2006;78:178–193.
- Anell A (2011): Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi. I ”Konkurrensens konsekvenser” (Hartman red.).
- Bergh A, Nilsson T och Waldenström D: Blir vi sjuka av inkomstskillnader? En introduktion till sambanden mellan inkomst, ojämlikhet och hälsa, Studentlitteratur, 2012
- Beutler L.E., Moos R.H., Lane G. (2003) Coping, Treatment Planning, and Treatment Outcome: Discussion. *Journal of Clinical Psychology* 59 (10), 1151–1167.
- Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Apr; 57(4):254-8.
- Burström B (2011): Förändringar inom hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*.
- Det handlar om jämlik hälsa – delbetänkande av Kommission för jämlik hälsa (2016)
- Canivet C, Bodin T, Emmelin M, Toivanen S, Moghaddassi M, Östergren Po (2016) Precarious employment is a risk factor for poor mental health in young individuals in Sweden: a cohort study with multiple follow-ups. *BMC public health* 2016;16():687–.
- Diaz A (2009): *Vård på (o)lika villkor*. Stockholm: Sverige Kommuner och Landsting.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. (2001) The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors (2001): *Challenging inequities in health. From ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- Diderichsen, F., & Hallqvist, J. (1998): *Social Inequalities in Health: Some*

- Methodological Considerations for the Study of Social Position and Social Context. In B. Arve-Parès (Ed.), *Inequality in Health. A Swedish Perspective* (s. 25–39). Stockholm: Swedish Council for Social Research.
- Diderichsen, F., Andersen, I. och Manuel, C. (2011): Health inequalities – determinants and policies. Köpenhamn: Sundhetsstyrelsen och Köpenhamns universitet.
- Edling C., Liljeros F. (2010): Ett delat samhälle: makt, intersektionalitet och social skiktning
- Eriksson M, Glader EL, Norrving B, Asplund K. (2015): The Swedish stroke register indicates differences in stroke care. Unconscious discrimination might explain some of the differences. *Läkartidningen*. 2015;112.
- Essen B, Bodker B, Sjöberg NO, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S, m.fl. (2002): Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG*. 2002 Jun;109(6):677-82.
- Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth (2001): *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- Falk A, Menrath I, Verde PE, Siegrist J (2001). Cardiovascular Consequences of Unfair Pay. IZA Discussion Paper No. 5720.
- Ferrarini, T., Nelson, K. och Sjöberg, O. (2014): Decomposing the effect of social policies on population health and inequalities: An empirical example of unemployment benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 635–642.
- Finansdepartementet prop.2016/17:100, bilaga 2, s.19
- Finanspolitiska rådet (2016): *Svensk finanspolitik – Finanspolitiska rådets rapport 2016*. Stockholm: Finanspolitiska rådet.
- Folkhälsomyndighet (2018): *Årsrapport Folkhälsans utveckling*.
- Folkhälsopolitisk rapport 2010. Solna: Statens Folkhälsoinstitut; 2010.
- Fors, S. (2010): *Blood on the tracks: life-course perspectives on health inequalities in later life*. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University.
- Försäkringskassan (2016): *Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest. Korta analyser*. Försäkringskassan Avdelningen för analys och prognos

- Fotaki M, Roland M, Boyd A, McDonald R, Scheaff R, Smith L. (2008): What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *J Health Serv Res Policy* 2008;13:178-84
- Fritzell S, Vannoni F, Whitehead M, Burström B, Costa G, Clayton S, Fritzell J. (2011): Does non-employment contribute to the health disadvantage among lone mothers in Britain, Italy and Sweden? Synergy effects and the meaning of family policy. *Health & Place*.
- Fritzell, J. (2012): Socioekonomiska skillnader i hälsa. In M. Rostila & S. Toivanen (Eds.), *Den orättvisa hälsan – om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd* (s. 46–61). Stockholm: Liber.
- Fritzell, J. (2016): Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa. Fritzell, S., Schultz, A., Burström, B. och Bokedal, C. (2016): Jämlik hälsa kräver nya arbetsätt i vården. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 93(5), 574–583.
- Gauffin K., Hogstedt C, Östergren P-O (2018): Klass och hälsa. Katalys. God och nära vård en primärvårdsreform SOU-2018: 39
- Gulliford M. (2003): Equity and access to health care. In: Gulliford M, Morgan M, editors. *Access to Health Care*. London: Routledge.
- Halmin M, Bellocco R, Lagerlund M, Karlsson P, Tejler G, Lambe M. (2008): Long-term inequalities in breast cancer survival – a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). *Acta Oncol.* 2008;47(2):216-24.
- Hartman, L. och Sjögren, A. (2017): Hur ojämlikt är Sverige? Sociala skillnader i dödsrisker: Utvecklingen över tid och skillnader mellan åldersgrupper och regioner. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.
- Hederos K, Jäntti M, Lindahl L, Torssander J (2015): Trends in Life Expectancy by Income and the Role of Specific Causes of Death”, *tidskriften Economica LSE*
- Karasek R, Theorell T (1990): *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, Inc.
- Kommunal (2014) *Lapptäcke utan sömmar*.
- Korpi W (2000): Faces of Inequality: Gender, Class, and Patterns of Inequalities in Different Types of Welfare States. *Social Politics*, 7(2), Special Issue: Faces of Inequality.
- KristerSSon M (2011) Hur kan hälso- och sjukvårdens insatser utvecklas för att minska sociala skillnader i hälsa? *Socialmedicinsk tidskrift*

- LIF (2015): Slutrapport Kommissionen för jämlik vård
- LO (2017): Sjuk av jobbet
- LO (2018): Sveriges jämställdhetsbarometer
- Marmot & Siegrist (2006): *Social Inequalities of Health*. Oxford University Press.
- Marmot M (2004): *The Status Syndrome*. London: Bloomsbury Publishing.
- Marmot M. (2015): *The Health Gap*. London: Bloomsbury Publishing.
- Marmot, M (2005) Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104
- Maslach C., Leiter M.P. (2008): Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*.
- Merlo J, Hakansson A, Beckman A, Lindstrom M, Lindblad U, Gerdttham UG, m.fl. (2005): Geographical differences in mortality after myocardial infarction? Coincidence claims many victims – small hospitals suffer most of all. *Läkartidningen*. 2005;102(3):150-1.
- San Sebastián M, Mosquera P, Nawi N, Gustafsson P (2017): Health care on equal terms? Assessing horizontal equity in health care use in Northern Sweden *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue 4, 1 August 2017, Pages 637–643.
- Milligan K. Stabile M. (2011): Do Child Tax Benefits Affect the Well-Being of Children? Evidence from Canadian Child Benefit Expansions, *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(3):175–205.
- Mogensen H, Modig K, Tettamanti G, Talback M, Feychting M. (2016): Socioeconomic differences in cancer survival among Swedish children. *Br J Cancer*. 2016 Jan 12;114(1):118- 24.
- Mörk E Sjögren A och Svaleryd H (2014): *Hellre Rik och Frisk*, SNS.
- Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Slutbetänkande för kommissionen för jämlik hälsa. SOU 2017:47
- Navarro, M m.fl. (2006): Politics and health outcomes. *The Lancet*. 2006 Sep 16.
- Nelson, K. och Fritzell, J. (2014): Welfare states and population health: The role of minimum income benefits for mortality. *Social Science & Medicine*, 112, 63–71.
- OECD (2017): *Sweden*. OECD Economic Surveys. Paris: OECD.
- Oudin, A., Richter J.C., Taj T., Al-Nahar L och Jakobsson, K. (2016): Poor

- housing conditions in association with child health in a disadvantage immigrant population – a cross-sectional study in Rosengård Malmö, Sweden. *BMJ Open*, 6(1)
- Reeves A, McKee M., Mackenbach J., Whitehead M., Stuckler D. (2016): Introduction of a national minimum wage reduced depressive symptoms in low-wage workers: a quasi-natural experiment in the UK, *Health Economics*
- Rittel H och Webber M (1973): "Dilemmas in a general theory of planning," *Policy Sciences*, vol.4, s. 155–169, 1973.
- Roine J och Waldenström D (2015): Long-Run Trends in the Distribution of Income and Wealth. I: Atkinson AB och Bourguignon F (redaktörer). *Handbook of Income Distribution*, vol. 2A. Amsterdam: North-Holland.
- Rosvall M, Chaix B, Lynch J, Lindstrom M, Merlo J. (2008): The association between socioeconomic position, use of revascularization procedures and five-year survival after recovery from acute myocardial infarction. *BMC Public Health*. 2008;8:44.
- SCB, redovisat i Arbetet 16 maj 2018 <https://arbetet.se/2018/05/16/var-femte-utrikesfodd-har-en-otrygg-anstallning/>
- Siegrist J, Theorell T. (2006): Socio-economic position and health: the role of work and employment. In: Siegrist J, Marmot M, editors. *Social inequalities in health: new evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press, 2006:73–100
- Siegrist, J, Wahrendorf, M (ed.) (2016): *Work stress and Health in a Globalized Economy. The Model of Effort-Reward Imbalance*.
- Wingborg M (2018): *Klassamhället och döden*, Katalys.
- Sjöberg, O. (2016): Positive welfare state dynamics? Sickness benefits and sickness absence in Europe 1997–2011. *Social Science & Medicine*, 177, 158–168.
- Socialstyrelsen (2011): *Ojämn villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018): *Öppna jämförelser*
- Socialstyrelsen (2018): *Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård – Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar – Lägesrapport 2018*

- Stephens A, Kivimäki M (2013): Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:337-54.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005): Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*.
- Szebehely M, Stranz A & Strandell R (2017): Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? Arbetsrapport/Institutionen för socialt arbete, 2017:1
- Therborn G (2016): Ojämlighet dödar. Arkiv Förlag.
- Waldenström D, Bastani S, Hansson Å. (2018): Konjunkturrådets rapport 2018. Kapitalbeskattningens förutsättningar. Stockholm: SNS förlag.
- Whitehead M (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45
- Whitehead M, Dahlgren G. (2007): European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Whitehead M, Dahlgren G. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. (2007): Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilkinson R och Pickett K (2010): *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin Books.
- Wingborg M (2018): Klassamhället och döden. *Katalys*
- Zackrisson S, Andersson I, Manjer J, Janzon L. (2004): Non-attendance in breast cancer screening is associated with unfavourable socio-economic circumstances and advanced carcinoma. *International Journal of Cancer*. 2004 Feb 20;108(5):754-60.

### **Rapporter i serien**

1. Vad betyder arbetsinkomsterna för ojämlikheten?  
ISBN 978-91-566-3326-3
2. Jämlikhet och tillväxt  
ISBN 978-91-566-3327-0
3. Program för en jämlik skola  
ISBN 978-91-566-3328-7
4. Högerpopulismen och jämlikheten  
ISBN 978-91-566-3329-4
5. Ojämlikhetens geografi  
ISBN 978-91-566-3330-0
6. Facklig organisering och ekonomisk jämlikhet  
ISBN 978-91-566-3331-7
7. Sverigedemokraterna i den svenska geografin  
ISBN 978-91-566-3332-4
8. Har vi råd att bo här?  
ISBN 978-91-566-3333-1
9. Ojämlikhet och radikala högerpartier  
ISBN 978-91-566-3334-8





Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet. Medellivslängden i Sverige har aldrig varit så hög som nu. Men på vissa områden går utvecklingen åt fel håll, och skillnader mellan personer med olika utbildningsnivå har ökat under de senaste 10 åren. Det skiljer 18 år i medellivslängd mellan en kortutbildad person i Vårby i Huddinge kommun och en långutbildad i Danderyd. I denna rapport beskrivs skillnaderna i hälsa utifrån socioekonomisk position och vad som kan göras för att minska dem.

Rapporten är skriven av Mari Huupponen, folkhälsovetare och utredare på Kommunal.

September 2018

ISBN 978-91-566-3335-5

[www.lo.se](http://www.lo.se)

