

Det handlar om jämlik hälsa

Utgångspunkter för
Kommissionens vidare arbete

Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa

Stockholm 2016



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2016:55

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2016

ISBN 978-91-38-24484-5

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Gabriel Wikström

Regeringen beslutade vid sammanträde den 4 juni 2015 att tillsätta en kommitté – en kommission för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar (Dir. 2015:60). Till grund för kommitténs uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Kommittén har antagit namnet Kommissionen för jämlik hälsa.

I detta delbetänkande diskuteras ett antal grundläggande utgångspunkter, fakta och ställningstaganden rörande jämlik hälsa som Kommissionens fortsatta arbete kommer att baseras på. Betänkandet är därmed ett viktigt led i arbetet med att formulera konkreta förslag för att minska hälsoklyftorna, medan sådana förslag på åtgärder kommer att presenteras först i ett senare skede. Delbetänkandet är även ett led i Kommissionens arbete med att föra en bred dialog kring jämlik hälsa med relevanta aktörer i samhället. Syftet är således att lägga en grund för slutbetänkandet som ska överlämnas till regeringen senast 31 maj 2017.

Som ordförande i Kommissionen förordnades fr.o.m den 4 juni 2015 Olle Lundberg (professor i forskning om ojämlikhet i hälsa). Som ledamöter i Kommissionen förordnades fr.o.m. den 21 augusti Maria Albin (professor i arbets- och miljömedicin), Åke Bergmark (professor i socialt arbete), Laura Hartman (docent i nationalekonomi), Margareta Kristenson (professor i socialmedicin och folkhälsovetenskap), Ingvar Nilsson (nationalekonom), Per Nilsson (professor i pedagogik), Anna Sjögren (docent i nationalekonomi), Denny Vägerö (professor i medicinsk sociologi), Ing-Marie Wieselgren (läkare, specialist i psykiatri) och Per-Olof Östergren (professor i socialmedicin).

Som huvudsekreterare till Kommissionen anställdes fr.o.m. den 5 oktober 2015 Magdalena Brasch. Som sekreterare anställdes fr.o.m. den 10 augusti 2015 Jakob Larsson, fr.o.m. den 7 september 2015

Anna Balkfors, samt från den 12 oktober 2015 Petra Mårselius. Helena Månsson har praktiserat i sekretariatet fr.o.m. den 26 januari t.o.m. den 10 juni 2016.

Kommissionen har anlagt ett inkluderande och utåtriktat arbets sätt. Vi har tillsatt ett antal referensgrupper och nätverk, träffat olika organisationer och myndigheter, organiserat och planerat ett antal regionala konferenser och dialogseminarier samt lagt ut uppdrag till forskare och till Statistiska centralbyrån. Kommissionen har även genomfört en enkätundersökning till samtliga kommuner och landsting. I tillägg till detta har vi medverkat vid ett stort antal konferenser och seminarier arrangerade av andra aktörer.

Kommissionen överlämnar härmed delbetänkandet *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55)*.

Stockholm i augusti 2016

Olle Lundberg

Maria Albin
Laura Hartman
Ingvar Nilsson
Anna Sjögren
Ing-Marie Wieselgren

Åke Bergmark
Margareta Kristenson
Per Nilsson
Denny Vågerö
Per-Olof Östergren

/Magdalena Brasch
Anna Balkfors
Jakob Larsson
Helena Månsson
Petra Mårselius

Innehåll

Sammanfattning	9
1 Varför jämlik hälsa?	13
1.1 Ojämlighet i hälsa som samhällsproblem.....	16
1.1.1 Varför ojämlig hälsa är ett samhällsproblem – individperspektivet	16
1.1.2 Varför ojämlig hälsa är ett samhällsproblem – samhällsperspektivet.....	20
1.1.3 Sammanfattning och slutsatser	25
1.2 Sociala bestämningsfaktorer och skillnader i hälsa	26
1.2.1 Vad är sociala skillnader i hälsa och åtgärdbara hälsoklyftor?	27
1.2.2 Sociala bestämningsfaktorer och uppkomst av sociala skillnader i hälsa.....	30
1.2.3 Individer, strukturer och förutsättningar respektive ansvar för hälsan	40
1.3 Vad menar vi med ”hälsa”?	47
1.4 Delbetänkandets fortsatta struktur	50
2 Hälsans ojämlika fördelning.....	51
2.1 Introduktion.....	51
2.2 Ojämlighet i hälsa mellan olika utbildningsgrupper.....	52
2.2.1 Medellivslängd bland inrikes födda	52
2.2.2 Självskattad hälsa och tandhälsa	61
2.2.3 Dödlighet och dödsorsaker.....	64
2.2.4 Psykisk ohälsa.....	68

2.3	Barns hälsa och familjebakgrund	69
2.4	Skillnader i hälsa mellan grupper i särskilt utsatta situationer och övriga befolkningen.....	74
3	Strategisk styrning och mer jämlika villkor.....	85
3.1	Den svenska folkhälsopolitiken.....	87
3.1.1	Nationella folkhälsokommittén och folkhälsopolitikens grunder.....	88
3.1.2	Rätt tänkt men ofullbordad?	90
3.2	Tidigare initiativ för jämlik hälsa – internationellt, nationellt, regionalt och lokalt.....	91
3.2.1	Internationella initiativ	92
3.2.2	Nationella initiativ	95
3.2.3	De nordiska länderna.....	96
3.2.4	Sverige – Lokala och regionala initiativ.....	100
3.2.5	Sammanfattning	107
3.3	Centrala områden för en mer jämlik hälsa.....	109
3.3.1	Det tidiga livet.....	110
3.3.2	Kompetenser, kunskaper och utbildning	113
3.3.3	Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	117
3.3.4	Inkomster och försörjningsmöjligheter	123
3.3.5	Boende och närmiljö	126
3.3.6	Levnadsvanor.....	131
3.3.7	Kontroll, inflytande och delaktighet.....	137
3.4	Styrning och uppföljning av åtgärder för jämlik hälsa	143
3.4.1	Varför en analys av frågor om styrning och uppföljning?.....	143
3.4.2	Beskrivning och analys av systemet för styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken ..	145
3.4.3	Organisering och genomförande av folkhälsopolitiken	151
3.4.4	Jämförelse med styrningen och uppföljningen av andra tvärsektoriella områden och med folkhälsopolitiken i andra länder.....	152
3.4.5	Generella frågor om styrning och uppföljning som kan bidra till jämlik hälsa	152

4	Politik för en god och jämlik hälsa	155
4.1	Grundläggande ställningstaganden och vägval för det fortsatta arbetet.....	156
4.1.1	Jämlik hälsa – vad, hur och varför?.....	156
4.1.2	Folkhälsopolitik eller politik för en god och jämlik hälsa?	161
4.2	Inriktning av arbetet med förslag.....	163
4.3	Viktiga utmaningar, möjligheter och uppgifter	166
	Referenser	169
	Bilaga 1 Kommittédirektiv 2015:60.....	193

Sammanfattning

Kommissionen för jämlik hälsa har i uppdrag att föreslå åtgärder som kan bidra till att minska hälsoklyftorna i Sverige och att föra en bred dialog med relevanta aktörer om jämlik hälsa. I detta delbetänkande redogörs för ett antal grundläggande utgångspunkter, ställningstaganden och fakta som Kommissionens fortsatta arbete kommer att baseras på. Kommissionen lägger inte några förslag till åtgärder här. Delbetänkandet är i stället ett viktigt led i arbetet med att formulera konkreta förslag och ett underlag för Kommissionens fortsatta dialog med berörda aktörer om jämlik hälsa.

Varför jämlik hälsa?

Nästan alla människor i Sverige delar uppfattningen att hälsa är mycket viktigt. Att alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv uttrycks i svensk grundlag, i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, liksom i WHO:s stadgar. I verkligheten har dock inte alla människor i Sverige samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv. Människor med olika lång utbildning, olika yrken eller olika stora inkomster skiljer sig också påtagligt åt i hälsa, sjukdomsrisk och livslängd.

Kommissionen definierar ojämlikhet i hälsa som systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position. Kommissionens huvudsakliga fokus ligger på skillnader mellan socioekonomiska grupper samt mellan könen. Socioekonomisk position kan fångas på flera sätt, men oftast använder vi utbildningsnivå som indikator på människors sociala position.

Ojämlikhet i hälsa uppkommer genom skillnader mellan sociala grupper i tillgången till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter (resurser), i ett samspel som sker

över hela livet. Det handlar bl.a. om livsvillkor såsom utbildning, arbete, boende och om levnadsvanor. Hälsa är därmed både en förutsättning för och ett resultat av andra villkor och möjligheter, som utbildning, arbete, försörjning etc. Samtidigt menar vi att sociala skillnader i hälsa också måste förstås mot bakgrund av de reella möjligheter som människor har att göra och vara det de vill, samt de socialt påverkade handlingsmönster som delvis styr människors handlingar.

Kommissionen ser därför ojämlikhet i hälsa som ett resultat av samspelet mellan individ och samhälle, där såväl individ som samhälle har ett ansvar. Resurser centrala för hälsa genereras av individer själva och deras familjer, men olika välfärdsstatliga institutioner är också betydelsefulla genom att tillhandahålla vad vi kallar kollektiva resurser. De kollektiva resursernas tillgänglighet och kvalitet blir särskilt viktiga för de grupper som har mindre av resurser och handlingsutrymme.

Det finns olika argument för att det är viktigt att arbeta för jämlik hälsa. Det finns moraliska och rättviseteoretiska argument, och rätten till hälsa fastslås i svensk lag samt i flera internationella konventioner om de mänskliga rättigheterna. Andra argument är kopplade till bättre utnyttjande av det allmännas resurser samt hållbar utveckling. Dessa argument kompletterar varandra och ger sammantaget ett brett underlag för att uppmärksamma och verka för minskade sociala skillnader i hälsa.

Hälsans ojämlika fördelning

Medellivslängd och dödlighet skiljer sig mellan olika sociala grupper i samhället i Sverige. Personer med kort utbildning har kortare medellivslängd och högre dödlighet än personer med lång utbildning. Kvinnor lever fortfarande i genomsnitt längre än män, men har i många avseenden en sämre hälsa. Barns hälsa påverkas av familjebakgrund och det tidiga livet har en på många sätt avgörande effekt för utveckling och hälsa senare i livet. Det finns även geografiska skillnader i hälsa. Medellivslängden skiljer sig exempelvis mellan norra och södra Sverige och mellan stad och landsbygd. Samtidigt finns det stora skillnader inom större och medelstora städer där befolkningsammansättningen skiljer sig mellan städernas olika delar. Vidare finns

det hälsoskillnader mellan personer i särskilt utsatta situationer och den övriga befolkningen. Särskilt tydliga är dessa skillnader för personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer och vissa nationella minoriteter.

Strategisk styrning och jämlika villkor

Kommissionens arbete tar sin utgångspunkt i forskningen om jämlik hälsa och i arbetet av tidigare kommissioner för jämlik hälsa på såväl internationell nivå, som på lokal och regional nivå i Sverige. Den nationella folkhälsopolitiken utgör också ett viktigt ramverk för Kommissionens uppdrag och arbete. Utifrån detta, samt den dialog Kommissionen kontinuerligt för med relevanta aktörer, har två huvudsakliga inriktningar för förslag på hur hälsoskillnaderna i Sverige ska kunna minskas identifierats: 1) förslag med syfte att skapa mer jämlika livsvillkor inom sju områden som är centrala för en jämlik hälsa och 2) förslag med syfte att främja en mer strategisk styrning och uppföljning av insatser för jämlik hälsa.

När det gäller *förslag för att skapa mer jämlika livsvillkor* har Kommissionen identifierat följande områden där olika former av resursbrister kan vara mest avgörande för jämlik hälsa: 1) Det tidiga livet; 2) Kunskaper, kompetenser och utbildning; 3) Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; 4) Inkomst och försörjningsmöjligheter; 5) Boende och närmiljö; 6) Levnadsvanor; samt 7) Kontroll, inflytande och delaktighet.

När det gäller *förslag för att främja en mer strategisk styrning och uppföljning av insatser för en jämlik hälsa* kommer Kommissionen att formulera förslag som handlar om en mer strategisk, långsiktig och sektorsövergripande styrning, organisering och uppföljning av folkhälsopolitiken och av andra verksamheter som påverkar jämlik hälsa.

Politik för en god och jämlik hälsa

De sju områden som Kommissionen har identifierat som särskilt avgörande för jämlik hälsa motsvaras av en mängd samhällsinstitutioner och aktörer. Dessa inkluderar exempelvis olika välfärdstjänster som mödra- och barnhälsovård, förskola, skola, hälso- och

sjukvård, handikapp- och äldreomsorg, samt olika socialförsäkrings- och transfereringssystem som föräldrapenning, barnbidrag, sjukpenning, arbetslöshetsersättning och pensioner. Att dessa och folkhälsopolitiken som sådan fungerar på ett sätt som främjar jämlik hälsa är avgörande.

Utifrån de resonemang som redovisas i delbetänkandet har Kommissionen identifierat tre principiellt olika typer av åtgärder för att åstadkomma en mer jämlik hälsa. *För det första* åtgärder som handlar om att stärka människors egna möjligheter att agera och generera resurser. *För det andra* åtgärder som innebär att göra mer av sådant som verkar fungera. Här kan kommande diskussioner exempelvis komma att handla frågor som täckningsgrad och ersättningsnivåer i socialförsäkringar eller andel barn inskrivna i förskolan. *För det tredje* åtgärder som innebär att göra saker bättre eller annorlunda för att på så sätt få ut mer nytta för brukare av olika välfärdstjänster. Här kan mer strategisk styrning, ledning och uppföljning vara centrala element.

Detta sammantaget utgör utgångspunkterna för Kommissionens fortsatta arbete med att ta fram förslag på hur hälsoskillnaderna i Sverige kan minska.

1 Varför jämlik hälsa?

Hälsa är bland de högst värderade aspekterna av livet. Hälsa i betydelsen att vara vid liv är synonymt med vår själva existens och grundläggande för allt annat vi värderar. Men en god hälsa är avgörande i en vidare bemärkelse än att bara vara vid liv. Att vara frisk, fri från sjukdomar, hälsoproblem och lidande är ett centralt mål och viktigt värde för människor. Till detta kommer att en god hälsa också är en viktig förutsättning och resurs för att kunna göra det man vill i livet. Detta gäller inte minst möjligheten att utbilda sig, arbeta och försörja sig, liksom att delta i samhällslivet i övrigt.

Nästan alla människor i Sverige delar uppfattningen att hälsa är mycket viktigt, och de värderingar som uttrycks i svensk grundlag, i FN:s förklaring om mänskliga rättigheter liksom i WHO:s stadgar uttrycker samma sak. Alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv.

I verkligheten har dock inte alla människor i Sverige samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv. **Mellan människor i olika yrken, med olika lång utbildning eller med olika stor inkomst finns påtagliga skillnader i hälsa, sjukdomsrisk och förväntad livslängd.** Detta är den ojämlika ohälsan. Redan tidigt i livet och under de första levnadsåren finns och uppstår skillnader i förhållanden och villkor som påverkar människors hälsa och livschanser. Barn med olika familjebakgrund får därför olika förutsättningar, liksom deras föräldrar och andra vuxna har olika villkor och möjligheter till god hälsa.

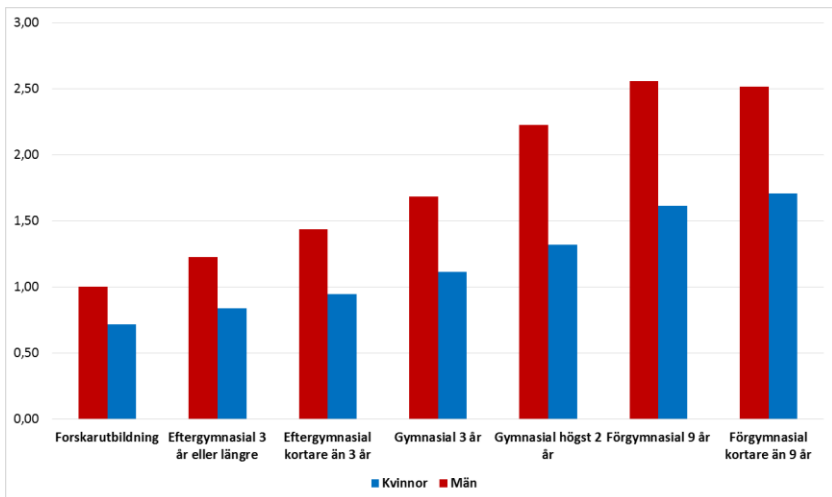
Mycket av detta borde gå att motverka, men verkligheten i dagens Sverige är att vi trots en god levnadsstandard och utbyggda trygghetssystem har påtagliga skillnader i hälsa och dödlighet. Dessa skillnader har bland vuxna tenderat att öka snarare än minska under de senaste 30 åren, både i Sverige och i övriga nordiska länder (se bl.a. Shkolnikov et al. 2012). Det handlar i stor utsträckning om

gradvisa skillnader i hälsa och dödlighet mellan breda sociala grupper, dvs. en så kallad gradient eller hierarki av ohälsa som skär tvärs igenom samhället. Samtidigt finns det grupper i särskilt utsatta positioner där även hälsoproblemen är stora. Men sammantaget är den ojämlika hälsan en fråga som skär tvärs igenom samhället och berör alla.

En första och tydlig illustration av detta presenteras i Figur 1.1 nedan. Här visas dödlighetsrisker mellan människor med olika hög utbildningsnivå, från de med förgymnasial utbildning kortare än nio år till de med forskarutbildning, uppdelat på kvinnor och män.

Figur 1.1 Relativa dödlighetsrisker efter utbildning

Män och kvinnor 30–64 år 2000 med uppföljning 2001–2012



Källa: Torssander, J. och Erikson, R. (2016), underlag producerat för Kommissionen.

I figuren är dödligheten i olika grupper satt i relation till dödligheten bland män med forskarutbildning. Vid högre dödlighet än bland dessa män får vi därmed värden större än 1, medan lägre dödlighet ger värden under 1. Flera viktiga observationer kan göras från denna figur.

För det *första* framträder en påtaglig social gradient eller hierarki i dödlighet som löper genom hela utbildningsfördelningen. De med kortast utbildning har den högsta dödligheten, och med högre utbildning följer också lägre risk att avlida mellan 30 och 64 år. Denna skillnad finns också inom den del av befolkningen som har akademisk

utbildning, om än tydligare bland män. **Den sociala gradienten i hälsa löper således genom hela samhället**, och berör oss alla även om de med kortast utbildning är mest utsatta i termer av ökad dödlighet.

För det *andra* finns denna sociala gradient bland såväl kvinnor som män, men bland kvinnor är den något mindre uttalad.

För det *tredje* har kvinnor i alla utbildningsgrupper lägre dödlighet än män på samma nivå, vilket innebär att det finns en påtaglig skillnad mellan könen i risken för tidig död. Men också denna könsskillnad varierar i storlek mellan olika utbildningsgrupper, och är som störst bland dem med kortast utbildning.

Vi kommer i kapitel 2 att närmare gå in på hur den ojämlika hälsan ser ut för olika grupper och hur den utvecklats över tid. Redan här kan vi konstatera att de skillnader i hälsa och överlevnad som finns i Sverige i dag är påtagliga. Mycket tyder på att dessa skillnader bland vuxna inte minskat utan snarare ökat under de senaste tre till fyra decennierna (se exempelvis SCB 2016a). Samtidigt är det allra viktigast att konstatera att det i Sverige i dag finns en påtaglig ojämlikhet i hälsa. Trots de övergripande mål om goda villkor för hälsa för alla som uttrycks i FN:s förklaring om de mänskliga rättigheterna, i WHO:s stadgar, i den svenska grundlagen, och inte minst i det av Riksdagen antagna målet för folkhälsopolitiken, och trots det stora värde som människor sätter på en god hälsa, är det fortfarande långt kvar till en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

1.1 Ojämlighet i hälsa som samhällsproblem

Kommissionen ser ojämlikhet i hälsa som ett problem som bör uppmärksammas och hanteras av olika aktörer i samhället. Denna ståndpunkt kan motiveras med flera olika argument, från ett individperspektiv likväl som ett samhällsperspektiv. En central utgångspunkt från ett individperspektiv är det starka värde som människor anser att hälsa har, vilket leder till moraliska och rättviseteoretiska argument. Därutöver finns lagstadgade och överenskomna rättigheter till hälsa och dess bestämningsfaktorer, som utbildning, arbete, bostad etc. Utifrån ett samhällsperspektiv finns argument för ett bättre utnyttjande av tillgängliga resurser samt hållbar utveckling. Dessa olika argument på individ och samhällsnivå kompletterar varandra. Det ger sammantaget ett brett underlag för behovet att uppmärksamma sociala skillnader i hälsa och verka för en minskning av dem.

Utgångspunkten för Kommissionens arbete är att sociala skillnader i hälsa är ett samhällsproblem som kräver uppmärksamhet och åtgärder. Att dessa skillnader i hälsa mellan människor i olika sociala positioner utgör ett samhällsproblem kan motiveras på flera olika sätt. Dessa är delvis överlappande men kompletterar också varandra. Argumentationen kan föras utifrån de enskilda människor och grupper som är berörda och samhällets ansvar för dem, men även ur ett mer övergripande perspektiv på vad som är viktigt för samhället som helhet.

1.1.1 Varför ojämlik hälsa är ett samhällsproblem – individperspektivet

Hälsans betydelse avspeglas i människors uppfattningar om vad som är viktigt. I de årligen återkommande SOM-undersökningarna¹ anger omkring 90 procent att hälsa är *mycket* viktigt, och hälsans betydelse har legat stabilt högt sedan slutet av 1980-talet (Oscarsson och Bergström 2015). Det senaste rapporterade värdet för 2014 är 86 procent (bland återstående 14 procent anger i stort sett samtliga att

¹ SOM står för Samhälle, Opinion, Media.

hälsan är ganska viktig). Som en jämförelse kan nämnas att 70 procent ansåg att kärlek är mycket viktigt, medan motsvarande andel för lycka var 63 procent och rikedom 8 procent (Oscarsson och Bergström 2015).

Att hälsa har en sådan särställning som livsvärde är också fullt rimligt. Hälsa handlar ytterst om liv och död, och bara om vi är vid liv har andra värden, tillgångar och resurser något som helst värde. Men även med nedsatt eller riktigt dålig hälsa blir många andra värden och tillgångar i livet mindre viktiga eller svåra att använda.

Det moraliska argumentet

Hälsa är således ett centralt värde för människor. Detta innebär också att skillnaderna i hälsans värde mellan olika sociala grupper är små. Hälsa är ett viktigt värde oavsett en människas kön, etniska tillhörighet, födelseland, yrke, utbildning, grad av rikedom eller sexuell läggning. Att detta centrala värde i livet, en god hälsa, i verkligheten inte bara är ett resultat av slump och tur eller lyckosamma individuella val, utan tvärtom påtagligt och systematiskt socialt strukturerat, blir därmed ett moraliskt och etiskt problem. Det är en grundläggande orättvisa i detta att hälsan och livslängden är socialt skiktad, den yttersta orättvisan om man så vill.

Filosofen John Rawls lanserade tankeexperimentet att om upplysta människor fick bestämma hur världen skulle organiseras och hur resurser skulle fördelas, men göra detta bakom en ”slöja av okunskap” där de inte visste var i samhället de själva skulle komma att hamna, skulle de välja en fördelning där de sämst lottade ändå hade ett anständigt liv (Rawls 1971). Om vi tillämpar detta tankeexperiment på hälsojämlighet, och givet hur viktigt människor anser att hälsa är, kan vi dra slutsatsen att ett samhälle med små sociala skillnader i hälsa skulle föredras av de flesta. Att vi ändå har påtagliga sociala skillnader, med såväl en social gradient som specifika grupper i särskilt utsatta positioner, framstår därmed som ett problem vilket inte bara berör de drabbade utan också utgör ett moraliskt eller etiskt problem som bör hanteras av samhället. Utifrån dessa resonemang kan man också, liksom den globala Commission on Social Determinants of Health (CSDH 2008), hävda att det

finns en moralisk skyldighet att minska sociala skillnader i hälsa om vi har kunskaper om hur det kan göras.

Det rättviseteoretiska argumentet

En god hälsa är inte enbart ett viktigt värde i sig för människor, utan också en betydelsefull resurs för andra centrala aktiviteter. Många av de som har sämre hälsa och kortare livslängd (t.ex. människor med manuella yrken) är oftast också mer beroende av en god hälsa för att kunna utföra sina arbeten och klara sin försörjning, vilket adderar till orättvisan. Hälsan är alltså både en viktig resurs för ett gott liv inom olika livsdomäner eller områden (och inte minst för arbete och försörjning) och ett viktigt utfall av levnadsförhållandena inom just dessa livsdomäner. Detta är i sig ett gott skäl för att minimera ojämlikhet i hälsa.

Hälsans dubbla roll som central resurs och centralt livsmål kopplar till den filosofiska litteraturen kring ”förmågor” (”capabilities” på engelska, se bl.a. Sen 2009; Nussbaum 2000; Robeyns 2005; Venkatapuram 2011). Detta rättviseteoretiska ramverk lyfter fram hälsans roller som resurs och utfall. Ramverket består i sin enklaste form av resurser som via individuella omvandlingsfaktorer (Conversion factors) blir till en uppsättning förmågor eller reella möjligheter (Capabilities), från vilka individens olika val skapar en uppsättning uppnådda funktioner (Achieved functionings). Hälsa kan här utgöra en viktig resurs, tillsammans med ekonomiska och andra resurser, liksom en funktion som individer strävar efter att uppnå. Dessutom kan hälsa och funktionsförmåga utgöra centrala omvandlingsfaktorer, som påverkar i vilken utsträckning andra resurser verkligen kan bli till förmågor. Sen (2009), formulerar detta så här:

Handikapp, så som ålder, funktionshinder eller sjukdom, reducerar en persons förmåga att ha en inkomst. Men de gör det också svårare att omvandla inkomst till möjligheter, eftersom en äldre, mer funktionshindrad eller allvarligt sjuk person kan behöva mer inkomst (för

assistans, för proteser, för behandling) för att uppnå samma funktionsförmåga (Sen 2009, s. 256, egen översättning²).

Detta samspel mellan hälsa, andra resurser och möjligheten att leva det liv man har skäl att värdera är ytterligare en anledning till att ojämlikhet i hälsa är ett samhällsproblem, och inte enbart något som berör de som drabbas.

Utifrån hälsans allmänna värde för alla människor och olika rättviseteoretiska argument kan man alltså hävda att skillnader i hälsa är orättfärdiga och utgör ett problem som kräver insatser på samhällsnivå, eftersom orsakerna till skillnaderna inte kan reduceras till slump och otur eller olyckliga och felaktiga val.

Lagstiftning och mänskliga rättigheter

Samhällets, eller närmare bestämt det allmännas åtaganden gentemot medborgare och invånare regleras i svensk lagstiftning. Detta görs redan i själva spelreglerna för den politiskt styrda allmänna verksamheten, dvs. grundlagarna, och då specifikt i Regeringsformen (SFS 1974:152, § 2) där det anges att

Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till **arbete, bostad och utbildning** samt verka för social **omsorg och trygghet** och för goda förutsättningar för **hälsa**.

Det är således inte enbart de formella fri- och rättigheterna i form av rösträtt, mötesfrihet, tryckfrihet och organisationsfrihet som regleras, utan även det allmännas yttersta ansvar och uppgifter. Där ingår även goda förutsättningar för hälsa. Eftersom det gäller lika för alla innebär detta ett åtagande att utjämna skillnaderna i sådana förutsättningar för god hälsa. Utöver denna grundlagsstadgade skyldighet för det allmänna att arbeta med hälsans förutsättningar finns förstås ett stort antal lagar som reglerar de olika verksamheter som det allmänna bedriver, grovt sett vård, skola och omsorg, som har en stor roll att spela för möjligheterna att skapa mer likartade

² I original: "Handicaps, such as age or disability or illness, reduce one's ability to earn an income. But they also make it harder to convert income into capability, since an older, or more disabled or seriously ill person may need more income (for assistance, for prosthetics, for treatment) to achieve the same functionings."

villkor för god hälsa. Tydliga exempel utgörs av Skollagen, Socialtjänstlagen, Lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS), Lagen om assistansersättning (LASS), Hälso- och sjukvårdslagen och Lagen om allmän försäkring, för att nämna några.

Att den ojämlika ohälsan med utgångspunkt i gällande lagstiftning utgör ett samhällsproblem är därmed uppenbart, men också i en vidare mening kan samhällets roll kopplas till ett rättighetsperspektiv. Den övergripande tanken med de mänskliga rättigheterna är att alla människor föds fria och har samma värde. Detta utgår från FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna antagna 10 december 1948, där rätten till liv och levnadsstandard tillräcklig för hälsa och välbefinnande är inskrivna (artikel 3 och 25 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna).

Sverige har förbundit sig att följa den allmänna förklaringen samt ett antal internationella konventioner som stadgar såväl grundläggande medborgerliga och politiska rättigheter, som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, liksom särskilda gruppers rättigheter. Vad som stadgas i Regeringsformen och andra svenska lagar, och som pekar på att ojämlikhet är ett problem som det allmänna bör och ska engagera sig i och försöka minska, ingår därför även i ett större sammanhang av internationella överenskommelser och åtaganden.

1.1.2 Varför ojämlik hälsa är ett samhällsproblem – samhällsperspektivet

Det finns flera anledningar till att ojämlikhet i hälsa bör ses som ett viktigt samhällsproblem utifrån medborgarnas intresse och rättigheter. Därutöver finns det argument som berör samhället som helhet. Dessa handlar dels om behovet att skapa förutsättningar för en socialt, ekonomiskt och miljömässigt hållbar samhällsutveckling, dels om behovet att använda det allmännas samlade resurser på bästa sätt.

Hållbar utveckling

Flera av de tidigare kommissioner som arbetat med jämlik hälsa har observerat och pekat på behovet av att koppla denna fråga till samhällsutvecklingen i stort (CSDH 2008; Kommission för ett socialt hållbart Malmö 2013; Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European region 2014). På den globala nivån har FN antagit 17 mål för utvecklingen fram till 2030 (Agenda 2030). Dessa globala mål ersätter de tidigare Milleniummålen, men är mer omfattande. Till skillnad från Millenniemålen, som i praktiken blev relevanta enbart för låg- och medelinkomstländer, är Agenda 2030 också menad att appliceras i alla världens länder.

Flera av dessa mål är nära kopplade till jämlik hälsa och de sociala bestämningsfaktorerna. Detta inkluderar förstas mål 3 (Hälsa och välbefinnande), mål 5 (Jämställdhet) och mål 10 (Minskad ojämlikhet). Därutöver är mål 1 och 2 kopplade till inkomster och försörjning, mål 4 behandlar utbildning, mål 8 och i viss mån mål 9 behandlar arbete och arbetsmiljö, och mål 11 inbegriper boende och närmiljö. Många av de mest centrala bestämningsfaktorerna till jämlik hälsa är således representerade i de globala målen, och arbetet med dessa mål är därmed kopplat till arbetet för en mer jämlik hälsa.

Figur 1.2 De 17 globala utvecklingsmålen



Källa: <http://www.globalamalen.se/>

I Agenda 2030 lyfts inte enbart olika aspekter av de globala klimatproblemen, utan också ekonomiska, sociala och hälsomässiga frågor. Kopplingar görs mellan dessa utmaningar, och behovet av att hantera dem i ett gemensamt sammanhang pekas ut. Också i Sverige påverkas samhällen, städer, kommuner, landsting och regioner av den globala utvecklingen. Förhållanden och villkor som är centrala i människors liv och hälsa, och därmed för samhällets ekonomiska, sociala och miljömässiga utveckling, är på olika sätt kopplade till den nationella, internationella och globala utvecklingen. De förhållanden och villkor som på detta sätt är länkade till såväl den ojämlika hälsan i Sverige som till den globala utvecklingen, inkluderar tillgång till och skillnader i utbildning, arbete, försörjning, boende, inflytande och hälsa. En otillräcklig tillgång och ojämlik fördelning av sådana centrala resurser riskerar att bidra till ekonomisk och social instabilitet, globalt men även lokalt i Sverige.

Samtidigt är de globala frågorna om klimatomfattig, ekonomisk och social utveckling, liksom den påverkan dessa processer har på människors liv och hälsa här i Sverige, både stora och svåra att få grepp om. Det är lätt att dessa frågors vidd och komplexitet leder till resignation och handlingsförlamning, som i sig själv kan utgöra

ett hot. Kommissionens uppfattning är att det är centralt att uppmärksamma och utnyttja de möjligheter till synergier och draghjälp som finns mellan arbetet för jämlik hälsa och det nationella, regionala och lokala arbetet med Agenda 2030. Samtidigt är det också centralt att jämlik hälsa, och målet att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation, inte enbart blir en del av Agenda 2030.

Bättre resursanvändning

Det allmännas användning av resurser är ofta en central fråga i samhällsdebatten. Får vi ut ett bra värde av de skattemedel vi betalar in, eller kunde resurserna användas bättre? Ofta handlar denna diskussion dock om kostnader och hur offentlig verksamhet kan göras billigare. Detta argument har även anförts kring ojämlikhet, och inte minst ojämlikhet i hälsa. Att ojämlikhet i hälsa kostar är också lätt att inse. Den ohälsa och förtida död som ojämlikheten mellan exempelvis olika utbildningsgrupper representerar handlar inte enbart om mänskligt lidande och förlorade levnadsår utan även om direkta kostnader kopplade till ohälsan i form av produktionsbortfall, sjukvård och sjukskrivning. Därtill kommer de kostnader som är förknippade med ohälsans sociala bestämningsfaktorer, exempelvis för arbetslöshetsersättning.

Försök har gjorts att beräkna kostnaderna för ojämlikhet i hälsa. Mackenbach m.fl. (2011) gör en analys för ett antal EU-länder där det ekonomiska värdet av produktionsbortfall, sjukvård och förtida död m.m. som ojämlikhet i hälsa skapar ges ett ekonomiskt värde. De redovisar mycket stora direkta och indirekta kostnader förknippade med ojämlikhet i hälsa. Skillnaderna i sjukdom och dödlighet mellan dem med låg respektive hög utbildning representerar enligt deras beräkningar ett värde om totalt 9,4 procent av den samlade bruttonationalprodukten. Samtidigt har dessa beräkningar kritiserats för att vara statiska (Rodríguez och López-Valcárcel 2011). Det är exempelvis inte sannolikt att de 20 procent av sjukvårdskostnaderna som man beräknar hänförs till ojämlikhet i hälsa egentligen kan bli en besparing, eftersom detta skulle kräva att sjukvårdspersonal måste sägas upp. Snarare pekar denna typ av beräkningar på att man skulle kunna få mer vård för pengarna om den i någon mening

förebyggbara ohälsan som ojämlikheten i hälsa utgör kunde undvikas.

En komplett ekonomisk analys bör rimligen även inkludera kostnaden för att uppnå denna ”besparing” eller förbättrade resursutnyttjande (se t.ex. Gerdtham och Lyttkens 2013). Detta är dock ytterst svårt, dels då insatsernas kostnader inte alltid kan beräknas, dels därför att tiden mellan insats och förväntad effekt i flera fall kan vara mycket lång.

Frågan är dock inte främst om ojämlikhet i hälsa utgör en samhällsekonomisk kostnad som kan sparas in, utan om de resurser som det allmänna förfogar över används på bästa sätt. Det finns tungt vägande argument för att insatser som motverkar ojämlikhet tidigt i livet genom att stärka kognitiv och social utveckling för alla barn är effektivt (se exempelvis Heckman 2000). Tidiga investeringar i humankapital är ett bra sätt att använda samhällsliga resurser. Att i betydligt större utsträckning se insatser tidigt i livet, i utbildningssystemet, arbetsmarknads- och socialpolitiken som investeringar i humankapital har starkt stöd i ekonomisk teori (Heckman 2006; Becker 2007).

Mycket talar för att tillgängliga resurser kan användas bättre även i andra sammanhang, inte minst om samhällsinvånarnas liv och hälsa sätts främst. Mycket av det allmännas resurser används i dag för att kompensera och reparera i efterhand snarare än att förebygga. Stora delar av socialpolitiken syftar till att minska den ekonomiska skada som uppkommer till följd av sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. De utgör ett skydd mot fattigdom till följd av sjukdom, inte i första hand ett skydd mot sjukdom. Detta är högst rimligt, och begränsar också ojämlikheten i konsekvenserna av sjukdom. Samtidigt kan man resa frågan om det finns någon möjlighet att använda de stora resurser som nu används för sjukförsäkring så att sjukfall i stället kunde förebyggas. Om detta vore möjligt vore det rimligen en påtaglig vinst inte minst för de som i dag är mest utsatta för sjukdom och nedsatt arbetsförmåga och för deras familjer. Motsvarande fråga kan ställas för sjukvården och andra kostnader kopplade till ohälsa.

Detta resonemang kan appliceras på ett antal olika sociala problem, där samhällets kostnader för att hantera och reparera de skador som redan uppkommit minst sagt är betydande (för ett exempel se Nygren et al. 2015).

Det finns således anledning att anta att det allmännas resurser skulle kunna användas till bättre gagn för medborgarna genom att lägga betydligt större vikt vid främjande, förebyggande och tidiga insatser än vad som nu är fallet, även om detta inte nödvändigtvis leder till att de totala kostnaderna minskar. Sammantaget finns således argument för att sociala skillnader i hälsa bör uppmärksammas som ett problem också för samhället som helhet, dels utifrån ett perspektiv kring en socialt hållbar utveckling, dels utifrån ett bättre utnyttjande av allmänna resurser.

1.1.3 Sammanfattning och slutsatser

Sociala skillnader i hälsa utgörs i hög grad av hälsoproblem som är åtgärdbara, dvs. det finns kunskap och tekniker för att förebygga och bota i betydligt större utsträckning än vad som faktiskt sker. Det finns därför också starka argument för varför samhället i stort, och inte minst det allmänna i form av stat, kommun och landsting, bör betrakta ojämlikhet i hälsa och livslängd som ett samhällsproblem som bör uppmärksammas och åtgärdas. Alla människor har ett starkt intresse av en god hälsa, men alla har även lagstadgade och internationellt överenskomna rättigheter till en god hälsa. Det finns rättviseteoretiska liksom moraliska skäl varför skillnader i just hälsa är allvarliga och angelägna att åtgärda.

Det offentliga har ett starkt intresse av en god hushållning med resurser genom att ge alla invånare likvärdiga möjligheter till utveckling. Det är även angeläget att använda de skattemedel man samlar in på ett sätt som ger bästa möjliga värde för medborgarna, vilket är ett starkt argument för att lägga resurser primärt på att förebygga ohälsa och dess bestämningsfaktorer snarare än på att reparera skador när de väl uppkommit. Utifrån ett sådant förebyggande- och investeringsperspektiv utgör sociala skillnader en tydlig ingång för åtgärder. Det finns även ett samhällsintresse av att främja en socialt, ekonomisk och miljömässigt hållbar utveckling. Såväl sociala skillnader i hälsans bestämningsfaktorer som i hälsa och livslängd utgör viktiga problem som bör åtgärdas om en sådan utveckling ska nås.

Tagna var för sig är alla dessa argument starka, om än inte invändningsfria. Vi menar dock att det inte finns någon anledning att

ställa argumenten mot varandra. De olika argument vi har tagit upp är heller inte ömsesidigt uteslutande, utan kompletterar varandra. Tagna tillsammans ger de ett brett underlag för behovet att uppmärksamma sociala skillnader i hälsa och verka för en minskning av dem.

1.2 Sociala bestämningsfaktorer och skillnader i hälsa

Kommissionen definierar ojämlikhet i hälsa som *Systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position*. Vårt huvudsakliga fokus ligger i enlighet med direktiven på skillnader mellan socioekonomiska grupper samt mellan könen. Sådana skillnader är i princip påverkbara redan i dag. Vi refererar till dessa skillnader som sociala skillnader, därför att de ytterst sammanhänger med hur hälsan hos olika grupper är kopplad till den sociala fördelningen av olika slags hälsorisker.

Kommissionen menar att det är centralt att se den sociala kontextens betydelse för individers hälsa, men att detta vare sig innebär att individer saknar ansvar för sin hälsa eller att åtgärder enbart ska vara generella. Tvärtom pekar vi på behovet av en mer sammansatt förståelse av hälsoskillnader och hur de kan åtgärdas. Det är viktigt att se samspelet mellan individ och samhälle, där alla individer har ett ansvar för sin egen hälsa inom ramen för det beslutsutrymme man har, medan det allmänna har ett ansvar för att människor får ett rimligt beslutsutrymme men även ge stöd till enskilda beslut. De åtgärder som bör sättas in för att nå en mer jämlik hälsa blir därför rimligen såväl universella som riktade mot specifika problem, grupper eller individer.

För att kunna diskutera och ge förslag på åtgärder som på kort, medellång eller lång sikt kan minska de påverkbara hälsoklyftorna finns det ett antal frågor att reda ut och ta ställning till. En sådan central fråga är vad ojämlikhet i hälsa egentligen är, samt vilken del av denna ojämlikhet som kan vara påverkbar. I detta avsnitt ska denna fråga diskuteras i olika steg. I ett första steg definierar vi vad vi avser med ojämlikhet och sociala skillnader i hälsa, samt vad som kan vara påverkbara skillnader. I ett andra steg redogör vi för olika sätt att se på vad som är hälsa, samt Kommissionens ståndpunkt. I

ett sista steg diskuteras vad som utgör sociala bestämningfaktorer, samt hur dessa är kopplade till varandra och hälsan över livsloppet.

1.2.1 Vad är sociala skillnader i hälsa och åtgärdbara hälsoklyftor?

I litteraturen finns en diskussion som har pågått länge kring hur ojämlikhet i hälsa ska definieras och vilka termer som ska användas. Helt kort och ganska förenklat kan denna internationella diskussion sammanfattas med att man särskiljer skillnader, ojämlikheter och orättfärdiga ojämlikheter³ (se exempelvis Whitehead 1992; Graham 2007; Kawachi, Subramanian och Almeida-Filho 2002; Braveman och Gruskin 2003). Skillnaden mellan ”rättfärdiga” och ”orättfärdiga” ojämlikheter är svårbegriplig på svenska, och vi kommer att hålla oss till jämlik/ojämlik hälsa (se Whitehead och Dahlgren 2006, s. 4 för en liknande argumentation).

Gemensamt för alla dessa definitioner är dock ett fokus på skillnader i hälsa mellan olika grupper med *olika social position*. Oftast har detta förståtts som breda socioekonomiska grupper, exempelvis yrkesgrupper, utbildningsgrupper eller inkomstskikt. Men i litteraturen om ojämlikhet i hälsa finns därutöver ett starkt fokus på mer avgränsade grupper. Dessa utgörs ofta av grupper i mer utsatta, mer marginaliserade eller diskriminerade situationer, exempelvis långtidsarbetslösa, ensamstående mödrar eller romer. En annan gemensam men inte alltid särskilt uttalad del av dessa definitioner är att hälsoskillnaderna mellan dessa grupper ska vara systematiska och likartade för de flesta hälsoutfall.

Det har även funnits röster som anfört att skillnader mellan grupper är ointressant, och att den stora ojämlikheten finns mellan de som är sjuka och de som inte är det (Murray, Gakidou och Frenk 1999). Det kan på sitt sätt vara sant när ohälsan väl har uppstått, men det finns åtminstone två stora fördelar med att använda skillnader mellan grupper snarare än individer för att definiera ojämlikhet i hälsa. För det första innebär det att vi lättare

³ På engelska ”variations” eller ”differences”, ”inequalities” respektive ”inequities”. Skillnaden mellan ”inequalities” och ”inequities” är svår att återge på svenska, och heller inte självklar på engelska. Oftast anses den handla om att ”inequities” representerar mer oönskade skillnader, och därmed är ett mer normativt begrepp. Se Whitehead 1992 för en kort diskussion. Inom WHO-systemet har ”health equity” blivit det vedertagna begreppet.

kan identifiera och lägga fokus på de sociala (och påverkbara) faktorer som gör att vissa grupper har högre risk än andra att bli (och sedan fortsätta att vara) sjuka. Ett mer traditionellt fokus på de redan sjuka är förstås också relevant, men är mer inriktat på frågan hur man kan bota än på frågan vad som orsakar sjukdom och ohälsa. För det andra kan vi vara ganska säkra på att systematiska skillnader mellan grupper ytterst är socialt orsakade, medan skillnader mellan individer kan bero på otur eller genetik. För det tredje formuleras politiska mål och åtgärder ofta i relation till olika gruppers situation eller som svar på sådana gruppers krav (Vågerö 1995).

Kommissionen ansluter sig därför till den etablerade ståndpunkten att ojämlikhet i hälsa handlar om skillnader i hälsa mellan grupper i samhället. Mer precist väljer vi att definiera sådan ojämlikhet som *systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position*. Med samhällsgrupper avser vi då i första hand breda socioekonomiska grupperingar, dvs. yrkesgrupper, utbildningsgrupper och inkomstskikt. Av praktiska skäl kommer vi i huvudsak att använda utbildningsnivå som grund för socioekonomisk gruppering. Det finns för- och nackdelar med detta, men utbildningsnivå är en god indikator på social position.⁴ *Den ojämlika hälsan handlar dock även om skillnader mellan män och kvinnor, mellan människor med olika ursprung eller etnisk tillhörighet, mellan åldersgrupper och mellan människor i olika delar av landet*. Sociala skillnader i hälsa mellan sådana bredare grupper formar ofta en *gradient*, dvs. en gradvis skillnad så som den i Figur 1.1 ovan.

Ojämlikhet i hälsa handlar därutöver också om skillnader i hälsa mellan mer specifika grupper, som nämndes ovan. Dessa kan dels utgöras av olika kombinationer av de kategorier vi nämnde tidigare, t.ex. kvinnor av utländsk härkomst med låg utbildning. Det kan även röra sig om grupper som kännetecknas av att befinna sig i en *särskilt utsatt eller sårbar eller marginaliserad situation/position*, exempelvis att vara beroende av ekonomiskt bistånd, långtidsarbetslös, ha ofullständiga grundskolebetyg, eller ha ett funktionshinder. Sådana mer eller mindre marginaliserade eller sårbara

⁴ Det bör noteras att vi här använder utbildningsnivå enbart som ett sätt att fånga en social skiktning. Det finns dock även goda skäl att se utbildning som en social determinant i sig, dvs. att högre utbildning förutom att ge en inträdesbiljett till bättre jobb och högre inkomster också har ett egenvärde för hälsa (se Mirowsky och Ross 2003, 2006).

situationer är också centrala att hantera i ett hälsoperspektiv. Vi menar då inte ohälsan bland människor i marginaliserade positioner nödvändigtvis drivs av andra mekanismer eller bestämningsfaktorer än de som orsaker hälsogradienten. Däremot är det i många fall så att åtgärderna kan behöva delvis olika utformning. Vårt arbete med att beskriva, analysera och ge förslag på åtgärder för att minska den ojämlika hälsan bör därför inbegripa såväl hälsogradienten över de breda socioekonomiska grupperna som hälsan för människor i mer eller mindre marginaliserade positioner.

En central utgångspunkt för hela detta resonemang är en enkel men viktig observation. Även om ohälsa och sjukdom rent konkret uppkommer biologiskt, exempelvis via en bakterie eller virus eller via en förändring i cellers sätt att fungera som leder till cancer, så är risken att utsättas för detta oftast socialt fördelad. **Hälsan i allmänhet lika väl som specifika åkommor och sjukdomar påverkas av de förhållanden och villkor som människor lever i och egenskaper i de miljöer de vistas i.** Dessa förhållanden, villkor och miljöer skiljer sig påtagligt åt för människor i olika sociala grupper.

Detta handlar inte enbart om vilka bakterier och virus människor utsätts för utan lika mycket om huruvida den mat man äter innehåller för mycket eller för lite av olika näringsämnen, om det finns ohälsosamt mycket buller, damm, fukt och gifter där man bor och arbetar, och hur mycket ekonomiska och sociala resurser man har för att skapa sig ett gott liv och hantera det man möter och exponeras för. De flesta av dessa miljöfaktorer är socialt skiktade, dvs. de som är högre upp på samhällsstegen är i lägre grad utsatta för problem och hälsorisker och i högre grad utrustade med resurser att hantera sina liv. **Det är med andra ord inte enbart hälsorisker som varierar med social ställning, utan även hur mottagliga för eller motståndskraftiga mot olika hälsorisker som människor är** (Diderichsen et al. 2012).

Ojämlikhet i hälsa handlar om skillnader mellan grupper (gradient samt marginal), men hur kan vi avgöra vilken del av de skillnader vi observerar som är påverkbar? Som antytts ovan är ett synsätt på detta att hela den uppmätta skillnaden är påverkbar just därför att vi intresserar oss för *systematiska skillnader mellan grupper med olika social position*. Den hälsa och livslängd som de med forskarutbildning har (se Figur 1.1) är bevisligen möjliga att uppnå.

I praktiken är det dock knappast möjligt att helt utjämna skillnader i hälsa. Alla kan inte ha forskarutbildning, och skillnader i olika former av resurser kommer sannolikt alltid att finnas. Som Per Molander elegant har sammanfattat det kommer de som har fler kulor när spelet startar också ha större chans att vinna spelet. Med andra ord kommer skillnader i resurser att vara självförstärkande, även om storleken på dessa skillnader går att påverka med fördelningspolitik (Molander, 2014).

En mer pragmatisk bedömning av vad som är påverkbara hälsoskillnader är därför att en del av de skillnader vi ser i dag är möjliga att åtgärda. *Hur* stor del av rådande skillnader i hälsa som kan påverkas är däremot inte möjligt att säga med säkerhet.

Kommissionens uppfattning är dock att frågan om hur stor del av de rådande sociala skillnaderna i hälsa som är påverkbar inte bör skymma vårt huvuduppdrag, nämligen beskrivning, analys och förslag till åtgärder för en mer jämlik hälsa. Givet områdets komplexitet och de svårigheter som finns att förutse effekter med många och sammanstatta sambandskedjor är utmaningen snarast att hitta åtgärder som med en rimlig grad av sannolikhet kan bidra till en mer jämlik hälsa.

1.2.2 Sociala bestämningsfaktorer och uppkomst av sociala skillnader i hälsa

Hur uppkommer då skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället, dvs. hur kan sociala bestämningsfaktorer kopplas till hälsa och överlevnad i olika samhällsskikt? Enkelt uttryckt handlar detta om två olika processer som samverkar. **För det första är ett stort antal levnadsförhållanden och villkor kopplade till mentala och biologiska processer som i sin tur skapar ohälsa och förtida död.** Dessa levnadsförhållanden och villkor kan utgöra hälsorisker i sig, men samtidigt också bidra till hur mottagliga för eller motståndskraftiga mot olika hälsorisker som människor är. **För det andra är dessa förhållanden och villkor kopplade till de processer som skapar social skiktning och sociala skillnader.**

Dessa sammankopplade processer – sjukdomsrelaterade villkor och förhållanden och den sociala fördelningen av dessa – pågår under hela livet och samspelar dessutom med varandra. Exempelvis tenderar sämre förhållanden under barndomen, socialt eller ekonomiskt, att även ge sämre förutsättningar för en god kognitiv,

social och emotionell utveckling. Detta ger i sin tur både sämre chanser till utbildning, arbete och inkomster senare i livet, men även högre risk för ohälsa, samtidigt som hälsan i vuxen ålder även hänger samman med de livsvillkor, de inkomster och det arbete man då har (Lundberg 1993).

För en övergripande förståelse av dessa processer är begreppet **resurser** användbart. Resursbegreppet förenar forskning om välfärd och folkhälsa. I arbetet med de första levnadsnivå-undersökningarna på uppdrag av Låginkomstutredningen i slutet av 1960-talet kom Sten Johansson fram till att välfärd inte bör definieras utifrån människors behov, utan utifrån resurser. Mer konkret skrev han om ”...förfogande över resurser i pengar, ägodelar, kunskaper, psykisk och fysisk energi, sociala relationer, säkerhet m.m. *med vars hjälp individen kan kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor*” (Johansson 1970, s. 25, vår kursivering). De resurser som därmed listas som centrala är samtliga också centrala för, och beroende av hälsotillståndet.

De uppräknade resurserna är även på olika sätt kopplade till välfärdsstatens institutioner. Man kan därmed skilja på de resurser som individer själva genererar inom dessa områden, och sådana som välfärdsstaten skjuter till, för alla (som utbildning) eller vid behov (sjukvård, arbetslöshetsförsäkring). De senare kan ses som kollektiva resurser, och Johansson kopplar dessa till de ”...kollektiva angelägenheter som ... uppkommer ur de krav och möjligheter som alla individer i alla samhällen ställs inför över livscykelns” (Johansson 1979, s. 56). Konkret innebär detta bland annat att ge barnen goda möjligheter att växa och utveckla kunskaper och färdigheter som behövs i vuxenlivet, att försörja sig själv och sin familj också vid sjukdom och på ålderns höst, och att vårda sjuka och åldrande anhöriga. I alla dessa fall är individens egna resurser centrala, men vi har även byggt upp kollektiva resurser som utbildningsväsende, socialförsäkringar samt vård och omsorg. En människas möjligheter att leva ett gott och hälsosamt liv beror därför även på tillgång till och kvalitet i dessa välfärdssystem, och särskilt gäller detta om de egna resurserna inte räcker till.

Motsvarande resonemang förs av de internationella kommissioner som letts av Michael Marmot. Den ståndpunkt dessa har intagit kan sammanfattas med att ”...*ojämlikhet i hälsa uppstår utifrån de förhållanden som råder där människor föds, växer, lever, arbetar, och*

åldras, och de ojämlikheter gällande makt, pengar, och resurser som ger uppkomst till dessa förhållanden i det dagliga livet” (Marmot et al. 2012, s. 1013, egen översättning⁵). Också andra forskare som studerat den bredare sociala och ekonomiska kontextens betydelse för hälsa och hälsoskillnader har listat olika former av resurser som ett övergripande sätt att förstå och närma sig den ojämlika hälsan. Ett tydligt exempel är Bruce Link och Jo Phelan som har talat om hälsans fundamentala orsaker i dessa termer: ”Individer och grupper fördelar resurser för att undvika risker och anta beskyddande strategier. Viktiga resurser så som kunskap, pengar, makt, anseende, och fördelaktiga sociala kontakter kan användas oavsett vad risken och de beskyddande faktorerna är vid en given situation” (Phelan et al. 2010, s. 29, egen översättning⁶).

På ett övergripande plan uppkommer således ojämlikhet i hälsa genom skillnader mellan sociala grupper i tillgänglighet till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande resurser, över hela livet. Det finns ett antal olika sätt att beskriva och illustrera hur dessa olika former av resurser samverkar. Vi presenterar och diskuterar nedan tre olika övergripande modeller som på olika men kompletterande sätt beskriver hur sociala bestämningsfaktorer (resurser) är kopplade till jämlik hälsa.

Dahlgren och Whiteheads ”regnbågsmodell”

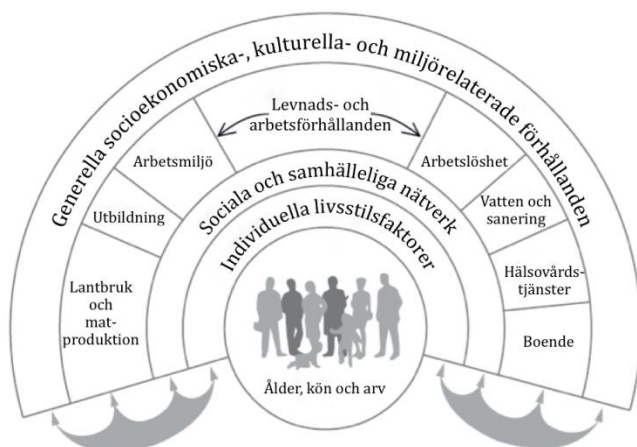
En inflytelserik modell utformades av Göran Dahlgren och Margaret Whitehead i början av 1990-talet (Dahlgren och Whitehead 2007/1991). Den övergripande ambitionen var att sätta in hälsa i ett bredare samhällssammanhang, och därmed också bidra till en förståelse av hur ojämlikhet i hälsa uppkommer. Modellen refereras ofta till som ”regnbågsmodellen”, eftersom de faktorer och processer på olika nivåer som inkluderas, från makroekonomi

⁵ I original: ”...health inequities arise from the conditions in which people are born, grow, live, work, and age and inequities in power, money, and resources that give rise to these conditions of daily life.”

⁶ I original: ”...individuals and groups deploy resources to avoid risks and adopt protective strategies. Key resources such as knowledge, money, power, prestige, and beneficial social connections can be used no matter what the risk and protective factors are in a given circumstance.”

till individuella beteenden, presenteras som olika lager med människan i centrum (se Figur 1.3).

Figur 1.3 Regnbågsmodellen över de viktigaste bestämningsfaktorerna



Källa: Dahlgren och Whitehead (2007/1991), egen översättning.

Figuren illustrerar hur människors hälsa påverkas av olika lager av ”externa” faktorer som i princip är påverkbara. Modellens framgång bygger sannolikt på att den så tydligt lyfter fram människors förhållanden och villkor mer generellt som viktiga faktorer för hälsa, och dessutom sätter in dessa levnadsvillkor i ett större samhälleligt sammanhang. Modellen anknyter tydligt till Bronfenbrenners sociekoekologiska modell (Bronfenbrenner 1977), men på ett mer allmänt plan till ett samhällsvetenskapligt perspektiv med faktorer på makro-, meso- och mikronivå. Dessa olika nivåer bygger i någon mening på graden av distans från individen. Ett viktigt inslag i denna distans utgörs av hur mycket inflytande en enskild människa kan ha. När det gäller att förstå konsekvenser för hälsan är dock faktorer och förhållanden långt utanför den enskildes kontroll, som exempelvis ersättningsnivån vid arbetslöshet, också högst konkreta förhållanden i det vardagliga livet. Arbets- och bostadsförhållanden, för att ta två exempel ur det näst yttersta lagret, är delar av människors dagliga livsmiljö som kan ha

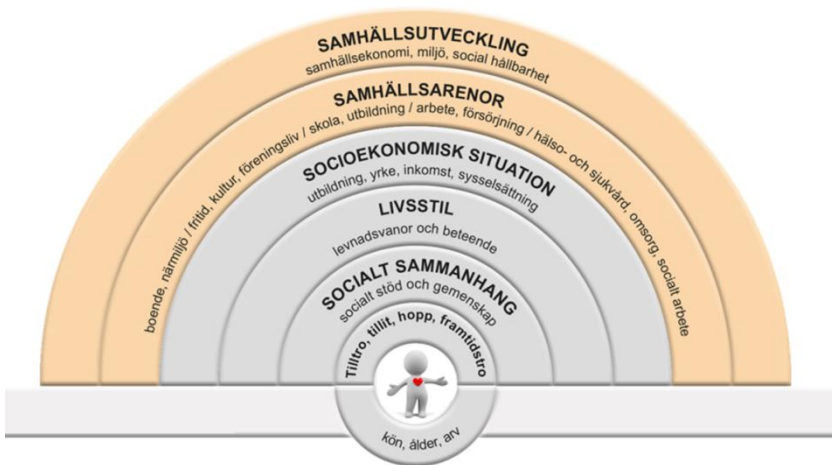
en lika direkt effekt på hälsan som kost- och motionsvanor i den närmaste halvcirkeln.

En annan kritik som kan riktas mot modellen är att den inte är särskilt tydlig när det gäller samband och relationer mellan olika faktorer, eller hur ojämlikheter i hälsa egentligen uppkommer.

Många olika ansatser har gjorts för att komplettera, förtydliga och expandera denna modell (se Figur 1.4). En särskild styrka med denna version är att den kompletterat de individuella attribut som Dahlgren och Whitehead ansåg mer eller mindre givna med faktorer som tillit och framtidstro. Denna typ av individuella egenskaper är med all sannolikhet centrala för hälsan, inte minst genom att ligga till grund för individuella handlingar. Samtidigt påverkas de av hur samhället organiseras och den situation man befinner sig i, och kan därmed ses som viktiga förmedlande faktorer från samhälle till människors hälsa.

Detta bidrar till att göra modellens styrkor, främst åskådligheten, ännu mer påtaglig. Samtidigt kvarstår att modellen inte illustrerar hur olika faktorer sammanhänger och samverkar, samt att frågan om hur ojämlikhet i hälsa uppkommer endast fångas indirekt.

Figur 1.4 Reviderad regnbågsmodell över de viktigaste bestämningsfaktorerna



Källa: Östgöta-kommissionen (2014).

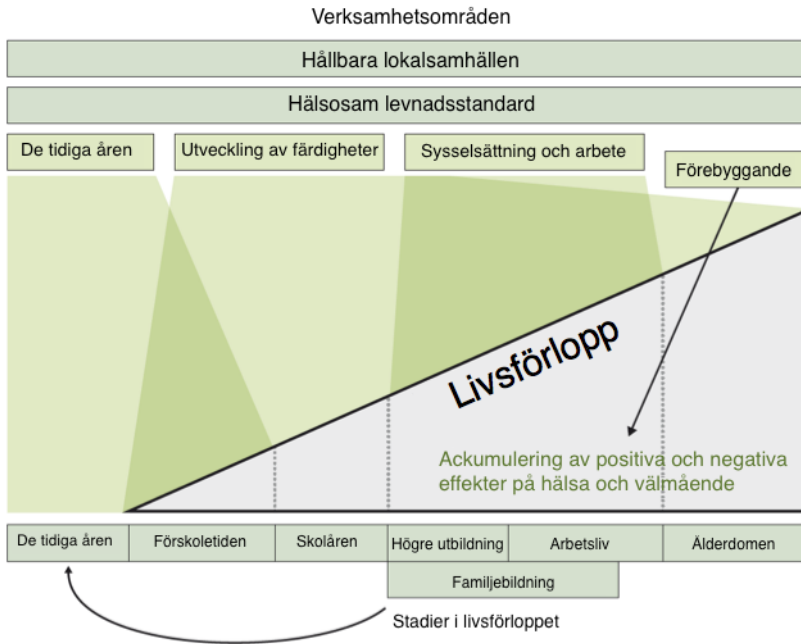
Marmots livsförloppsmodell

En viktig utveckling inom området har varit inkorporerandet av ett livsförloppsperspektiv. Detta innebär att ojämlikheten ses som ett resultat av faktorer och processer över hela livet, från vaggan till graven. Denna utveckling har varit betydelsefull på flera sätt. För det första tydliggörs betydelsen av de sociala skiktningprocesserna från uppväxtfamilj via skolresultat och skolval till arbetsmarknad och inkomst. För det andra ger livsförloppsperspektivet en möjlighet att se hälsan och dess bestämningsfaktorer som ett dynamiskt samspel över tid.

Hälsan vid en tidpunkt är kopplad till den sociala position som en människa har just då, och de resurser och möjligheter som följer med denna position. Hälsan är dock också en produkt av och integrerad förutsättning för processer och skeenden över livet. Uppväxt, utbildning, arbete, inkomst, boende och hälsa och en lång rad andra förhållanden och handlingar vävs samman över livet, ömsesidigt påverkande varandra. Mer hälsosamma livsspiraler blir typiskt sett vanligare bland mer resursstarka grupper i samhället.

Detta resonemang har legat till grund inte minst för flera av de genomlysningar och utredningar som Michael Marmot har lett (se främst Marmot et al. 2010, 2014). I den schematiska bild över hur bestämningsfaktorer sammanhänger med hälsa över livet som utvecklades till den engelska översyn av jämlik hälsa som Marmot ledde (Fair society, healthy lives) sammanfattas just livsförloppet och dess centrala faser, olika viktiga insatser samt ansamlingen av hälsorisker och hälsofrämjande faktorer (Figur 1.5).

Figur 1.5 Modell med olika stadier i livsförloppet, ackumulering av hälsa/ohälsa samt centrala insatsområden



Källa: The Marmot Review (2010, s. 20), egen översättning.

I denna modell är livet uppdelat i olika viktiga stadier; de första åren, förskoletiden, skolåren, högre utbildning och arbetsliv, samt ålderdomen. Här finns även en koppling till nästa generation, där levnadsvillkoren och resurserna under de år de egna barnen växer upp blir viktiga för hälsa och möjligheter för barnen, både direkt och senare i livet.

Modellen inkluderar även centrala åtgärdsområden, med hållbara lokalsamhällen och hälsosam levnadsstandard som faktorer av betydelse över hela livet. Åtgärder inriktade på de tidiga åren sträcker sig fram till skolstart, olika former av arbetsmarknadspolitiska åtgärder är inriktade på de yrkesverksamma åren, och åtgärder som syftar till att utveckla kunskaper och förmågor sträcker sig över en stor del av livet. Positiva och negativa hälsoeffekter summeras

under livet inom ramen för de generella faktorer och processer som är inkluderade.

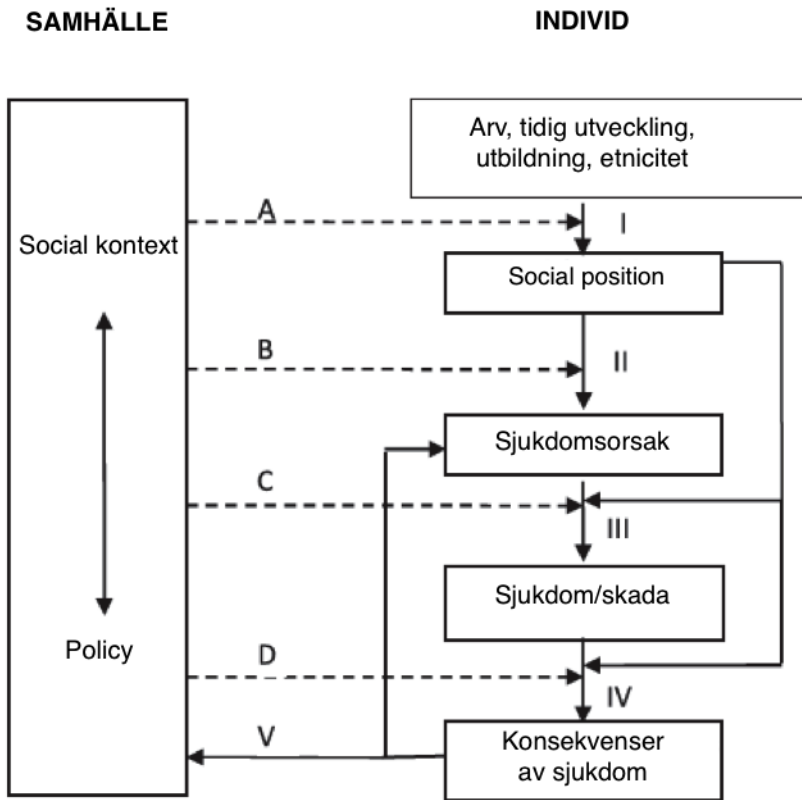
Denna modells stora fördelar ligger i att den inkluderar livsförloppet, och är tydligare med hur hälsoskillnader uppkommer i relation till olika stadier under livet samt i relation till olika politikområden. Samtidigt är ojämlikhetens dynamik och hur hälsa och andra livsvillkor samverkar och förstärker respektive försvagar varandra inte heller här särskilt tydlig.

Diderichsens ojämlikhetsmodell

Båda de modeller vi har presenterat ovan är egentligen konstruerade för att åskådliggöra hur hälsan bestäms i ett större sammanhang. Hur ojämlikheten i hälsa uppkommer är därför underförstått – högre upp i den sociala hierarkin har människor mer av de resurser och möjligheter som är bra för hälsan helt enkelt. En modell som har utvecklats främst av Finn Diderichsen är däremot helt inriktad på att blottlägga ojämlikhetsprocesser (Diderichsen, Evans och Whitehead 2001; Diderichsen et al. 2012).

Denna modell har åtminstone tre unika egenskaper (Figur 1.6). För det första pekar den på fem olika kausala mekanismer som bidrar, tillsammans eller var för sig, till att ojämlikhet i hälsa kan uppkomma. För det andra pekar den ut interventionspunkter, dvs. var i denna kausala kedja som insatser kan göras. För det tredje lyfter den uttryckligen fram hälsa som en del i ett samspel med andra levnadsförhållanden, dvs. de sociala och ekonomiska konsekvenserna av dålig hälsa kan i sig vara olika för människor i olika sociala positioner.

Figur 1.6 Diderichsens ojämlikhetsmodell
 Kausala sambandsvägar (I–V) samt policymingångar (A–D)



Källa: Diderichsen et al. (2012), egen översättning.

I Figur 1.5 är de fem mekanismerna markerade med romerska siffror (I–V), och interventionspunkterna utmärkta med bokstäver (A–D). Den första mekanismen (I) är den *sociala skiktningprocessen*, som inkluderar föräldrarnas bakgrund och förhållanden, uppväxtvillkor, utbildning m.fl. faktorer som är betydelsefulla för vilket yrke och social position man får som vuxen. Många av dessa faktorer är i sig viktiga för hälsa, men den egna sociala positionen är central för *differentiell exponering* (II). Detta är helt enkelt den mekanism vi mest refererat till ovan, nämligen att människor i olika sociala positioner tenderar att ha skilda anställningsvillkor och arbetsmiljö, olika ekonomiska resurser, skilda boendemiljöer

liksom även skilda vanor och beteenden, och att bättre förhållanden i alla dessa avseenden också är kopplat till bättre hälsa.

Men modellen pekar även på att ojämlikhet i hälsa uppkommer och förstärks genom skillnader i sårbarhet (III). Detta handlar i detta sammanhang om skillnader i risken att faktiskt bli sjuk givet en viss exponering för en riskfaktor. Eftersom många sjukdomar har flera riskfaktorer, och människor i mer utsatta sociala positioner ofta är exponerade för flera av dessa riskfaktorer, så förstärks risken att bli sjuk genom olika former av förstärknings- eller synergieffekter. Två hälsorisker som var och en ger en måttligt förhöjd risk för en specifik sjukdom kan alltså tillsammans ge en starkt förhöjd risk. Detta kan gälla exempelvis att ogynnsamma faktorer i barndomen kombineras med hälsorisker i vuxen ålder, eller att flera olika risker för exempelvis hjärtsjukdom finns samtidigt (som t.ex. rökning och högt blodtryck).

Den fjärde mekanismen är skillnader i konsekvenserna av att bli sjuk (IV). Detta handlar inte minst om möjligheterna att förvärvs- arbeta även om funktions- och arbetsförmågan blir nedsatt, men även deltagande i andra sociala sammanhang av betydelse för hälsan. Också dessa konsekvenser kan vara socialt skiktade, liksom de följd- verkningar dessa sociala konsekvenser av ohälsa i sin tur har på sjukdomsförlopp och rehabiliteringsmöjligheter (V).

I modellen anges även fyra möjliga punkter för åtgärder, vilka då handlar om att påverka den sociala skiktningprocessen i sig (A), att minska skillnader i exponering för hälsorisker (B), att minska sårbarhet eller flerfaldig exponering (C), samt att utjämna konsekvenserna av sjukdom (D).

Denna modell ger således en bättre insikt i hur ojämlikhet kan skapas, och har haft stor betydelse inte minst genom att så tydligt lyfta in förstärknings- eller synergieffektens betydelse, samt lyft fram de sociala konsekvenserna av sjukdom. Samtidigt kan man notera att de komplicerade processer som tillsammans utgör den sociala skiktningprocessen här reduceras till ett steg, när de i själva verket kan brytas ner i många olika steg och delar.

Man kan också konstatera att modellen som sådan är mer teoretisk och inriktad på att särskilja olika typer av kausala mekanismer. Den säger i sig ingenting om vilka faktorer som är viktiga, eller ens vilka faktorer som är inblandade, även om den resonemangsmässigt fyllts med konkret innehåll (Diderichsen et al. 2012 s. 19–21). Den har

endast indirekt ett livsförloppsperspektiv, även om detta framhållits som centralt också av dem som utvecklat och använt modellen (Diderichsen et al. 2012, s. 20). Ytterligare kritiska invändningar är att de interventionspunkter som anges är svåra att översätta till reella åtgärder, och att många konkreta insatser kan påverka flera av de olika mekanismer som anges.

Modeller över jämlik hälsa – sammanfattning och slutsats

Som framgått i diskussionen har alla de tre modeller som redovisats styrkor och svagheter, och ingen av dem ger en helhetsbild av hur olika förhållanden på samhällsnivå, lokal nivå och individnivå via olika mekanismer och processer över livsloppet leder till skillnader i hälsa och livslängd mellan grupper i skilda sociala positioner. Samtidigt är en sådan bild kanske varken möjlig eller nödvändig att teckna. Tagna tillsammans ger de tre modeller vi här presenterat ändå en översiktlig bild av hur sambanden mellan sociala bestämningsfaktorer och ojämlikhet i hälsa uppkommer. En generell invändning mot dessa modeller är dock att de i begränsad utsträckning inkluderar individens handlande och utnyttjande av befintliga resurser.

1.2.3 Individer, strukturer och förutsättningar respektive ansvar för hälsan

Vi har i föregående avsnitt lagt tonvikten vid skillnader i resurser mellan olika grupper som en huvudorsak till skillnader i hälsa. Även om den ojämlika hälsan i hög grad drivs av sådana skillnader i resurser, vilka också kan motverkas genom att kompenserande resurser fördelas via välfärdsstaten, är människors handlingar och beslut självfallet av stor betydelse. Hur man använder de resurser man har tillgång till, inklusive de kollektiva resurserna, är en viktig aspekt, även om den i vissa avseenden kan vara svårare att påverka än själva fördelningen av resurser. Vi vill här diskutera några aspekter av sambanden mellan strukturella förutsättningar och individuella handlingar samt hur dessa är relaterade till jämlik hälsa.

Det är främst två olika aspekter av denna bredare diskussion som vi tar upp, nämligen 1) samspelet mellan strukturella förut-

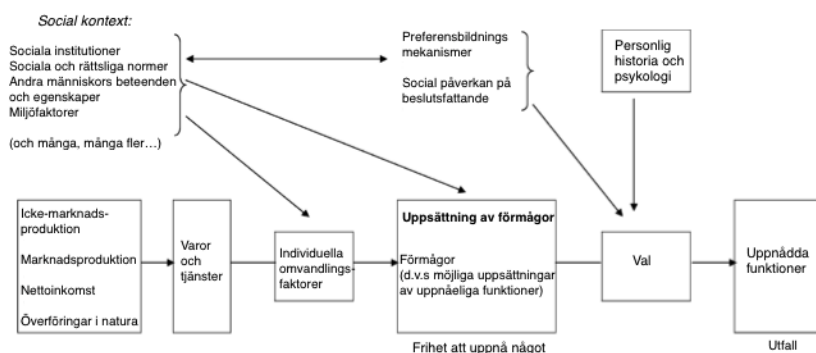
sättningar och individers handlingar, och 2) hur detta relaterar till hur åtgärder utformas och till individens ansvar för sin hälsa.

Strukturella begränsningar och individuellt handlingsutrymme

Som nämndes lade vi i diskussionen ovan fokus på betydelsen av resurser, inte minst därför att skillnader i olika former av resurser är en central förutsättning för ojämlikhet i hälsa. Samtidigt är det rimligen så att alla individer har ett eget handlingsutrymme och möjligheter att påverka sitt liv, men att de reella möjligheterna att påverka sin situation varierar med den sociala positionen. Med andra ord har alla individer möjlighet att fritt röra sig inom ett givet utrymme, men storleken på detta utrymme varierar med social position. Strukturella begränsningar och individuellt handlingsutrymme är relaterade till varandra.

Teoretiskt sett är det heller inte enbart tillgången till resurser, individuella eller kollektiva, som rent mekaniskt bestämmer hälsan. Som nämndes i avsnitt 1.1.1 finns det argument för åtminstone två viktiga steg mellan de resurser som står till buds och de förhållanden (achieved functionings) som människor lever i, nämligen individuella omvandlingsfaktorer och val (se Figur 1.7).

Figur 1.7 Schematisk beskrivning av vägen från resurser till utfall



Källa: Robeyns (2005), egen översättning.

Vilket utfall i form av levnadsförhållanden eller hälsa som en given mängd resurser (inkomster m.m.) kan tänkas ge beror enligt denna modell således i ett första steg på individuella omvandlingsfaktorer. Dessa är olika egenskaper hos individen som i en given kontext hindrar eller möjliggör omvandlandet av resurser till ”förmågor” (dvs. det som i detta sammanhang kallas capabilities). Konkret kan detta exempelvis handla om att en viss inkomst inte räcker för en god levnadsstandard för en person med funktionshinder som måste bekosta hjälpmedel själv.

Givet resurser och omvandlingsfaktorer har personen ett antal möjligheter att göra och vara det hon eller han eftersträvar. I valet mellan dessa olika möjligheter påverkas hon eller han igen av sin personliga historia och sociala kontext. Även med samma formella möjligheter och kompensatoriska välfärdssystem avsedda att minska skillnader mellan människor beroende på social position, kön, funktionshinder och andra individuella omvandlingsfaktorer, kan de slutliga utfallen ändå bli ojämlika. Detta beror bl.a. på att de val som människor gör inte enbart är uttryck för egna intressen och preferenser utan även för socialt påverkade handlingsmönster (för en vidare diskussion se exempelvis Cockerham 2005; Abel och Frohlich; Freese och Lutfey 2011).

Till detta kommer att brist på resurser i olika avseenden också tenderar att påverka de val människor faktiskt gör. Att leva med bristande resurser kräver *i sig* fokus på vissa frågor och tenderar *i sig* att ta upp mycket kognitiv kapacitet. Därigenom begränsas människors handlingsutrymme och förmåga att fatta beslut (se exempelvis Shah et al. 2012; Mani et al. 2013), vilket bidrar till att befintliga skillnader förstärks. I figuren kunde detta ha illustrerats med en pil från resurser till personlig historia och psykologi.

Individens handlande under olika förutsättningar står i fokus också inom humankapitalteori (se exempelvis Cunha och Heckman 2007; Currie 2009), där olika former av resurser som kunskaper, färdigheter samt psykisk och fysisk hälsa ses som viktiga tillgångar på arbetsmarknaden likväl som för framgång i övrigt. Individens och familjers aktiva handlingar för att generera och bygga på sina resurser är därmed också investeringar i humankapital. Sådana investeringar inkluderar fostran, utbildning, övning, och nyttig kost likväl som andra hälsofrämjande aktiviteter eller beteenden och bruk av vård och omsorg. Centralt i dessa modeller är att de

processer som påverkar hur familjer investerar i barns och vuxnas humankapital samverkar med samhällets institutioner, funktioner och normer. Ur ett jämlikhetsperspektiv blir samhällets insatser också viktiga både som substitut och komplement till familjens eller individers investeringar. Detta eftersom redan resursstarka familjer tenderar att få större avkastning på sina investeringar i humankapital, dels för att vissa typer av investeringar kräver eller har större effekt om det redan finns något att bygga på, dels för att olika typer av investeringar kan komplettera varandra (Cunha och Heckman 2007). Kollektiva resurser och investeringar i humankapital, såväl i utbildning som i omsorg och vård, blir ur detta perspektiv centrala för ekonomisk effektivitet, men samtidigt även för jämlik hälsa.

Hur kan då dessa resonemang hjälpa oss i det fortsatta arbetet med förslag? Det måste först konstateras att forskningsläget inte ger någon möjlighet att dela upp den ojämlikhet som finns i dagens Sverige efter vad som kan hänföras till skillnader i resurser, skillnader beroende på otillräcklig kompensation för omvandlingsfaktorer, och skillnader i socialt och/eller resursmässigt bestämda handlingsmönster. En preliminär bedömning är trots det att de två första stegen i sådana processer är vad som traditionellt har stått i fokus för olika utjämnande reformer inom exempelvis utbildnings- och socialförsäkringssystemen. Socialt bestämda handlingsmönster kan därför tänkas ha blivit en allt viktigare faktor, men samtidigt vara svårare att påverka.

Ett exempel på detta finner man inom utbildningsområdet där forskningen visat att det finns primära och sekundära socioekonomiska effekter när det gäller utbildningsval (Jackson 2013). Den primära effekten består av en social fördelning av skolprestationer (betyg), vilket ger olika förutsättningar för vidare studier. Den sekundära effekten innebär att det även givet betyg finns skillnader i valen, dvs. barn med föräldrar i lägre socioekonomisk position behöver ha *högre* betyg än de med från hem med högre socioekonomiskt ursprung för att i *samma* utsträckning välja mer teoretiska utbildningsprogram. Trots ambitioner att utjämna snedrekrytering till högre utbildning kvarstår således skillnader av typen socialt bestämda handlingsmönster när det gäller utbildningsval (Böhlmark och Holmlund 2011; Rudophi 2013). Sannolikt gäller detta förhållande

även inom andra områden av betydelse för hälsa, liksom rena hälsorelaterade beteenden.

Människors handlingar och beslut av betydelse för hälsan underlättas eller försvåras således av de omständigheter de befinner sig i och de resurser de på olika sätt har till sitt förfogande. Trots de olika åtgärder som redan görs för att utjämna spelplanen genom att kompensera för skillnader mellan olika grupper, kan inte enbart skillnader i resurser mellan familjer utan även själva utnyttjandet och bruket av formellt sett lika rättigheter ge socialt skiktade olikheter i utfall. Detta gäller såväl för grupper i utsatta positioner som för bredare sociala skikt som utbildningsgrupper. **Förslag till åtgärder för att sluta hälsoklyftorna måste kanske därför i högre grad än hittills beakta och hantera sådana socialt bestämda handlingsmönster, i tillägg till att minska skillnader i resurser.**

Samtidigt är sådana beteendemönster föränderliga. På samma sätt som samhällets inneboende tendens att driva mot ökad ojämlikhet kan brytas (Molander 2014) kan människors handlingsmönster förändras, och även om vissa handlingsmönster är vanligare i vissa sociala skikt betyder det inte att alla människor i dessa skikt handlar lika. Begreppet ”bestämningsfaktorer” handlar om tendenser och sannolikheter, och dessa kan mycket väl förändras både inom och mellan olika sociala grupper.

Ett exempel från Sverige är rökvanor, där det finns stora socioekonomiska skillnader. Bland kvinnor och män med kort utbildning är det 22 respektive 20 procent som är dagligrökare, medan det bland dem med eftergymnasial utbildning endast är sex procent (Folkhälsomyndigheten 2016, Figur 58, s. 62). Även om skillnaderna är påtagliga (mellan tre och fyra gånger så hög andel rökare bland dem med kort utbildning) är den övervägande majoriteten (cirka 80 procent) också bland dem med kort utbildning således inte rökare. Trots att det finns strukturella skäl som gör det lättare att börja och att fortsätta att röka, men svårare att sluta, om man befinner sig i gruppen med kort utbildning, är rökning inte en förutbestämd del av livet. Dessutom visar statistiken att andelen dagligrökare sjunkit tydligt bland kvinnor med kort utbildning, men däremot inte bland män. Detta illustrerar också hur människor i likartade socioekonomiska förhållanden ändå inte beter sig identiskt, och att olika dimensioner av ojämlikhet som socioekonomi och kön är sammanflätade på ett intrikat sätt.

Detta innebär självfallet en utmaning för varje försök att minska hälsoklyftorna, men visar samtidigt att förändring är möjlig. Frågan är hur olika åtgärder som det allmänna kan vidta på bästa sätt ska kunna skapa bättre strukturella förutsättningar och samtidigt stimulera till mer hälsosamma handlingsmönster.

Åtgärder uppströms, nedströms och individens ansvar

Givet att strukturella förutsättningar och individuella handlingar samspelar och samverkar med olika former av resurser blir det av intresse att ställa frågan var åtgärder har störst effekt, gör mest nytta och minst skada. Inom det folkhälsovetenskapliga fältet finns en metafor rörande åtgärder ”uppströms” kontra ”nedströms” som förklaras vidare nedan. Denna diskussion tenderar ofta att hamna i ofruktbara extrempositioner, där den ena är att hälsa helt styrs av levnadsvanor som människor själva är helt ansvariga för, och den andra att människor bara är offer för omständigheterna. Båda dessa är problematiska i ljuset av en mer balanserad syn på strukturer och individuellt handlingsutrymme.

Metaforen lanserades av den amerikanske hälsoforskaren John B. McKinley som pläderade för förebyggande åtgärder i stället för kurativa. Han liknade då den moderna medicinen med en räddningsaktion för att få upp människor som håller på att drunkna i en flod. Räddarna dyker i, simmar, drar upp människor på stranden, gör återupplivning, och hoppar sedan i igen för att rädda nästa som håller på att drunkna i strömmarna. Men ingen hinner fundera över hur och varför alla dessa människor ramlade i floden: *”Du vet, jag är så upptagen med att hoppa i, dra dem till stranden och utföra konstgjord andning, att jag inte har tid att se vem sjutton det är som står uppe vid floden och knuffar i dem alla”* (McKinley 1979, egen översättning)⁷.

Det är naturligtvis bättre att sätta upp skyddsräcken eller på annat sätt hindra människor från att ramla i floden, snarare än att med stor möda rädda dem en i taget. Detta inte minst som några förstås hinner drunkna innan räddningen kommer. Men denna

⁷ I original: *”You know, I am so busy jumping in, pulling them to shore, applying artificial respiration, that I have no time to see who the hell is upstream pushing them all in.”*

målande liknelse över det förebyggande arbetets fördelar har dock efterhand utvecklats till att handla om struktur och individ snarare än förebyggande kontra botande åtgärder. Strukturella åtgärder, dvs. att förändra förutsättningarna i samhället (t.ex. genom att sätta upp räcken för att hindra människor från att ramla i vattnet) snarare än att enbart ta hand om enskilda individer som drabbats har ofta ansetts som bättre och mer eftersträvsvärda.

Detta gäller även för förebyggande arbete, eftersom individriktad prevention ofta anses kunna vara stigmatiserande. Individriktad prevention blir i denna retorik liktydigt med att skylla på offret och missa frågan om varför människor ramlat eller blivit knuffade i floden. Ett exempel på detta är Watt som diskuterar ojämlikhet i tandhälsa: *”Snävt fokuserade livsstilsförändrande åtgärder som misslyckas med att se och hantera de underliggande sociala bestämningsfaktorererna för ojämlik hälsa är ‘offerbeskyllande’ till sin natur”*. (Watt 2007, s. 4, egen översättning⁸)

Ett ensidigt betonde av de individuella handlingarnas betydelse, antingen det gäller direkt hälsorelaterade beteenden som rökning eller orsaker till den sociala situationen i stort, riskerar att bli stigmatiserande. Om utgångspunkten för insatser är att de med kort utbildning som röker gör det för att de inte känner till eller förstår att rökning är farligt kommer insatserna sannolikt främst att leda till att människor med kort utbildning känner sig utpekade. Men utgångspunkten kan å andra sidan inte heller vara att samma människor inte har någon som helst möjlighet att handla annorlunda än de just nu gör. Som vi pekade på i exemplet ovan är det redan en minoritet av dem med kort utbildning som numera röker, och andelen har minskat (i vart fall bland kvinnor).

Kommissionens ståndpunkt är, i linje med resonemanget om struktur och handlande ovan, att ett fortsatt arbete för att åstadkomma mer jämlik hälsa bör baseras på flera olika arbetssätt. Dessa bör inkludera mer strukturella åtgärder (som exempelvis skatter och regelverk), men även förebyggande på individnivå liksom kurativa åtgärder. Med hänvisning till liknelsen med druckande människor i floden bör större ansträngningar göras för att

⁸ I original: *”Narrowly focused ‘lifestyle’ interventions which fail to acknowledge and address the underlying social determinants of health inequalities are ‘victimblaming’ in nature.”*

förebygga att människor faller eller kastas i floden, men för den skull kan inte människor som redan ramlat i lämnas att drunkna.

Vi menar alltså att ojämlikhet i hälsa uppkommer som ett resultat av ojämlikheter i tillgång till resurser, men också formas av skillnader i handlingsutrymme inom och mellan sociala grupper. Resursbrister kan därutöver i sig påverka handlingsmönster negativt.

Resurser genereras av individer själva och deras familjer, men olika välfärdsstatliga institutioner är också viktiga genom att tillhandahålla vad vi kallat kollektiva resurser. Ansvar för människors villkor, inklusive hälsa, delas därmed mellan det allmänna och individerna själva (enskilt eller i frivilliga sammanlutningar). Det allmänna har, som anges i såväl Regeringsformen som i Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), ett ansvar för hälsans förutsättningar i meningen att öka människor handlingsutrymme, men också för att stödja enskilda människors beslut.

1.3 Vad menar vi med "hälsa"?

Hälsa kan ses som enbart frånvaro av specifika sjukdomar och symptom, eller som något betydligt vidare som inkluderar välbefinnande. Kommissionen ser det som centralt att diskussioner och förslag till åtgärder för en mer jämlik hälsa utgår från en flerdimensionell syn på hälsa. Samtidigt måste också hälsa kunna avgränsas gentemot de levnadsförhållanden och livsmöjligheter som vi ser som hälsans bestämningsfaktorer.

Så långt har vi diskuterat ojämlikhet i hälsa som om det vore självklart vad som är god eller dålig hälsa. Hälsa är också ett begrepp som alla människor förhåller sig till i det dagliga livet. Alla har helt enkelt en uppfattning och känsla för vad "hälsa", "sjuk", och "frisk" står för. Samtidigt, och kanske delvis just därför, är hälsobegreppet svårt att ge en precis definition man kan enas om. Det kanske mest kända exemplet på en övergripande definition är den som lanserades av Världshälsoorganisationen WHO 1946: *"Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, och inte enbart frånvaro av sjukdom och svaghet"*. I Sverige har Socialstyrelsen antagit

en motsvarande definition, men strukit ”fullständigt” vilket i någon mån gör definitionen mindre utopisk⁹.

Det har i vissa sammanhang framhållits att dessa definitioner egentligen inkluderar två olika perspektiv, nämligen de medicinska professionernas fokus på sjukdom och de enskilda individernas egna upplevelse av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande (se t.ex. Kristenson et al. 2012). Dessa perspektiv är båda centrala, men inte nödvändigtvis desamma.

Dessutom kan även ett tredje perspektiv på hälsa utskiljas, nämligen den sociala dimensionen. Denna dimension handlar om hur andra människor och ytterst samhället ser på och behandlar en människa på grund av hennes hälsotillstånd och funktionsförmåga, vilket enbart delvis bestäms av den medicinska bedömningen och den egna upplevelsen. Detta lyfts bl.a. fram av Susser och Watson (1971) som särskiljer tre aspekter av hälsa, nämligen 1) medicinskt definierad sjukdom (*”disease”* på engelska), 2) hälsotillståndet så som det uppfattas av personen själv (*”illness”*), samt 3) hälsotillståndets konsekvenser för personens förmåga att fungera i olika sociala sammanhang, exempelvis att arbeta (*”sickness”*).

Att hälsa har dessa olika innebörder beroende på om utgångspunkten är medicinen, individen eller omgivningen är tämligen klart. Likväl kan man invända att dessa breda och inkluderande definitioner av hälsa inte är oproblematiska, framför allt för att de inkorporerar de viktiga sociala bestämningsfaktorer som vi i vårt arbete ska fokusera på. Om man tar dessa definitioner bokstavligen blir det i många fall svårt att se var gränsen går mellan sociala och ekonomiska livsvillkor å ena sidan och ”ett fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande”¹⁰ å den andra.

Förutom frågan om vilka olika dimensioner av hälsa som rimligen bör lyftas fram finns en diskussion om hälsa som ett negativt eller positivt fenomen. Finns det helt enkelt ett extra gott

⁹ Hälsa = tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada. Socialstyrelsen (2015).

¹⁰ I WHO:s Ottawa Charter från 1986 vidareutvecklas detta, och hälsa sägs dels vara en resurs för vardagslivet och inte ett mål i sig, dels att hälsa är ett positivt begrepp som betonar personliga och sociala resurser likväl som fysiska förmågor. Även om denna definition därmed betonar processer för hur hälsa kan uppnås förblir gränstragningen mellan hälsa i sig och dess bestämningsfaktorer diffus. Detta understryks av att de fundamentala förutsättningar och resurser som krävs för hälsa är fred, skydd, utbildning, mat, inkomst, ett stabilt ekosystem, hållbara resurser, social rättvisa och jämlikhet. WHO (1986).

hälsotillstånd, ett ”fullständigt välbefinnande”, som går utöver att ”må bra”? WHO:s och Socialstyrelsens definitioner understryker att hälsa är något mer än frånvaron av sjukdom, dvs. att hälsa ska definieras som något positivt i motsats till ohälsa, medan en mer begränsad medicinsk bedömning av hälsa baseras på avsaknad av symptom och andra medicinska indikationer. Ett sådant ”neutralt tillstånd” blir därmed en förutsättning men inte en garanti för full hälsa.

Ett annat välkänt exempel på positiv hälsa presenterades av Ryff och Singer (1998). De för ett långt resonemang, men diskuterar i huvudsak vad som är innehållet i ett gott liv. De konstaterar att det inte finns ett bestämt sätt att ha god hälsa: *Kort sagt finns det många sätt att vara vid god hälsa, och i enskilda liv sammanfogas dessa på unikt särpräglade sätt*” (Ryff och Singer 1998, s. 7, egen översättning¹¹). Samtidigt identifierar de ett antal viktiga element i det goda livet, som även utgör det positiva hälsotillståndet. De fyra aspekter de lyfter fram är mening i livet, goda relationer till andra, självkänsla och kontroll.¹²

Här uppstår därmed ett problem liknande det vi diskuterade ovan kring WHO:s definition av hälsa – om hälsobegreppet expanderas till att omfatta allt som kan uppfattas som gott i livet får livet dels inget annat innehåll än just hälsa, och dels kan vi inte på ett teoretiskt plan urskilja bestämningsfaktorer från utfall. Det finns inget tvivel om att kontroll, goda relationer, självkänsla och meningsfullhet är viktiga aspekter av ett gott liv. Vi tror också att dessa faktorer, liksom exempelvis goda ekonomiska resurser är bra för hälsan, men vi vill knappast därmed hävda att människor med sämre ekonomi, mindre kontroll, bristande sociala relationer eller låg självkänsla *per definition* inte har full hälsa.

Som nämdes allra först i detta kapitel är hälsa både en grundläggande biologisk fråga om liv och död och den mänskliga kroppens funktion. Men hälsa har även avgörande funktioner och betydelser. Att vara frisk, fri från sjukdomar, hälsoproblem och lidande är ett eftersträvarsvärt och centralt mål för människor. Samtidigt är en god hälsa också en viktig förutsättning och resurs

¹¹ I original: ”There are, in short, multiple ways to be healthy, and individual lives bring together these key features in uniquely distinctive ways.”

¹² I det engelska originalet: ”Purpose in life, quality connections to others, self-esteem, and mastery.”

för att kunna göra det man vill i livet – att utbilda sig, arbeta och försörja sig, och att delta i samhällslivet i övrigt. Ur ett human-kapitalperspektiv kan man formulera detta som att hälsan är ett kapital som byggs upp genom investeringar över livsförloppet, och där olika riskfaktorer och skyddsfaktorer bidrar till att rasera respektive bygga upp detta hälsokapital.

Sammanfattningsvis menar Kommissionen att hälsa i detta sammanhang måste förstås flerdimensionellt, men samtidigt inte kan göras så brett att det inkluderar även de bestämningsfaktorer som vi är intresserad av. Om WHO:s klassiska definition tas på allvar, eller om begrepp som positiv hälsa anammas, skulle följden bli just detta. Att däremot i hälsa inbegripa såväl fysisk som psykisk ohälsa, sjukdomstillstånd likväl som de funktionsnedsättningar dessa resulterar i, är viktigt i vårt arbete.

1.4 Delbetänkandets fortsatta struktur

Vi har ovan diskuterat ett antal viktiga utgångspunkter och ställningstaganden som Kommissionen gjort. I nästa kapitel ger vi en mer detaljerad redovisning av läge och utveckling av hälsan för kvinnor och män i olika sociala grupper, samt för de grupper som specificeras i våra direktiv. Kapitel 3 ägnas åt de tidigare arbeten Kommissionen utgår från, samt hur vi valt att inrikta arbetet med förslag till åtgärder. Avslutningsvis ger vi i kapitel 4 en inriktning för hur vårt fortsatta arbete ska läggas upp.

2 Hälsans ojämlika fördelning

2.1 Introduktion

Folkhälsan i allmänhet har under lång tid förbättrats i Sverige, i vart fall om vi fokuserar på livslängd och dödlighet. Samtidigt finns det påtagliga sociala skillnader, som framgick av föregående kapitel. Detta är den centrala utgångspunkten för Kommissionens arbete och det är därför viktigt att lite mer i detalj beskriva hur ojämlikheten i hälsa ser ut i dagens Sverige. Hur ser skillnaderna ut i olika typer av hälsoutfall som dödlighet, allvarliga sjukdomar och allmänt hälsotillstånd? Hur ser skillnaderna ut mellan olika breda socioekonomiska grupper, mellan män och kvinnor och hur skiljer det sig mellan grupper i särskilt utsatta situationer från befolkningen allmänhet i termer av hälsa? Och hur har utvecklingen sett ut de senaste decennierna vad gäller hälsans nivå och skillnader mellan grupper? Denna beskrivning behövs inte minst för en förståelse av hur samhällsproblemet ojämlikhet i hälsa verkligen ser ut, men även som en viktig bakgrund till den diskussion om de centrala bestämningsfaktorerna till hälsa som förs i nästa kapitel. Syftet med det här kapitlet är därför att ge en övergripande bild av hälsoutvecklingen i befolkningen i Sverige utifrån ett ojämlikhetsperspektiv, framför allt då efter socioekonomisk position och mellan män och kvinnor.

Som huvudsaklig indikator på socioekonomisk position har vi valt att använda utbildning. Detta val är huvudsakligen gjort av praktiska skäl; utbildningsnivå är den indikator som oftast är kopplad till hälsostatistik. Det innebär inte att vi ser utbildning som den enda eller viktigaste indikatorn på social position. Kapitlet berör även kort geografiska skillnader i hälsa samt skillnader i hälsa mellan grupper i utsatta situationer och den övriga befolkningen.

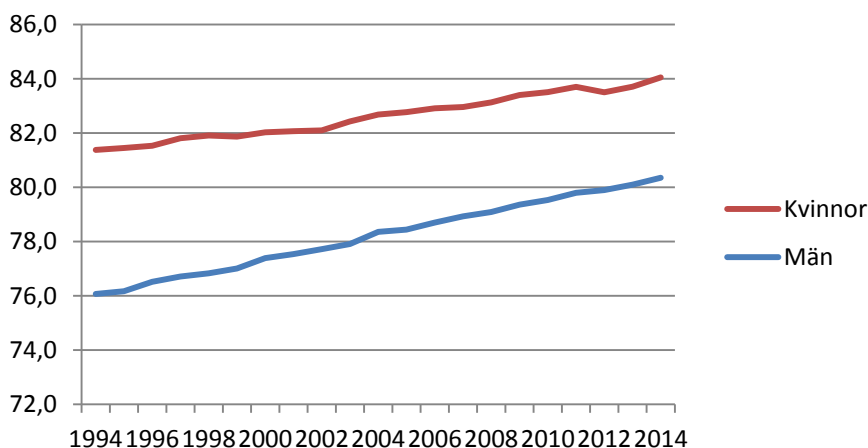
2.2 Ojämlighet i hälsa mellan olika utbildningsgrupper

Skillnader i *medellivslängd* och dödlighet skiljer sig mellan olika sociala grupper i samhället. SCB har sedan 1980-talet beräknat skillnader i återstående medellivslängd vid 30 års ålder (då de allra flesta nått sin högsta utbildningsnivå) mellan olika utbildningsgrupper. Beräkningarna visar att skillnaderna har ökat över tid (SCB 2016a). *Självskattad hälsa* är en indikator som visar hur befolkningen uppfattar sin egen hälsa. Personer med kortare utbildning har sämre självskattad hälsa än de med längre utbildning (Folkhälsomyndigheten 2016). *Skillnader i dödlighet* mellan grupper med olika utbildningsnivå är väl kända och förekommer i de flesta länder. I en studie av 20 europeiska länder, inklusive Sverige, var dödligheten betydligt högre i grupper med kortare utbildning jämfört med längre utbildning (Mackenbach et al. 2008). I de nordiska länderna har skillnader i dödlighet mellan utbildningsgrupper ökat sedan 1970-talet (Shkolnikov et al. 2012).

2.2.1 Medellivslängd bland inrikes födda

Medellivslängden är ett övergripande mått som ofta används för att beskriva hälsa. Måttet är egentligen återstående förväntad medellivslängd vid födseln och det sammanfattar dödlighet och överlevnad för alla åldrar samtidigt. Ett barn som dör får alltså större påverkan på medellivslängden än en äldre person. Medellivslängden i Sverige har ökat sedan 1860-talet och utvecklingen fortsätter. Den återstående förväntade medellivslängden vid födseln har sedan 1900-talets början ökat med närmare trettio år, från ungefär 50 till drygt 80 år. År 2014 var medellivslängden i Sverige 84,1 år för kvinnor och 80,4 år för män. Kvinnor lever i genomsnitt längre än män, men gapet minskar något beroende på att mäns medellivslängd ökar snabbare än kvinnors, vilket framgår av Figur 2.1. Fortfarande är emellertid skillnaden mellan kvinnor och mäns medellivslängd cirka fyra år. Sverige står sig alltså väl mot jämförbara länder vad gäller genomsnittlig återstående medellivslängd. Bland länderna inom OECD hade män den sjätte längsta medellivslängden och den trettonde bland kvinnor 2013.

Figur 2.1 Medellivslängd 1994–2014, kvinnor och män



Källa: Folkhälsomyndigheten 2016.

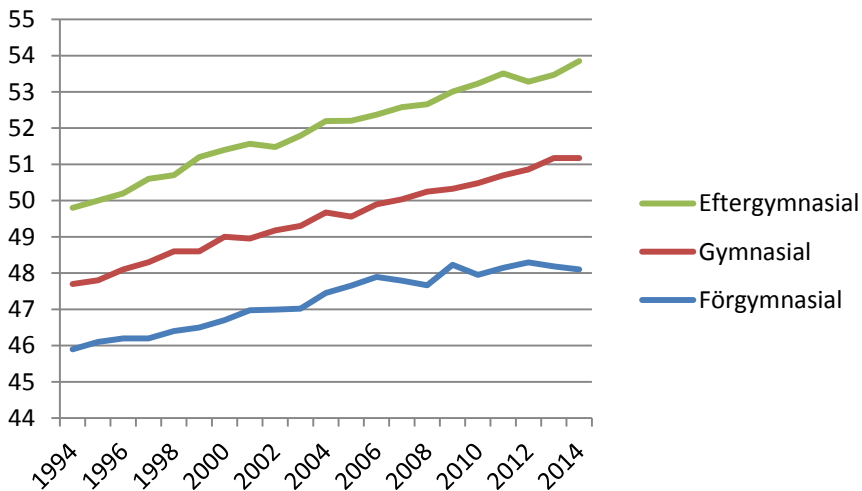
Det finns samtidigt stora skillnader i återstående medellivslängd mellan individer med olika social position, här fångat med utbildningsnivå. När medellivslängden jämförs mellan personer med olika utbildningsnivå visar det sig att gruppen med eftergymnasial utbildning har drygt fem år högre medellivslängd än gruppen med enbart förgymnasial utbildning. Vid 30 års ålder förväntas kvinnor med en eftergymnasial utbildning ha 5,1 år längre tid kvar att leva än kvinnor med endast förgymnasial utbildning. Eftergymnasialt utbildade män förväntas leva 5,7 år längre än de med förgymnasial utbildning. Gapet mellan olika utbildningsgrupper har ökat stadigt åtminstone sedan början av 1990-talet, vilket framgår av Figur 2.2 och 2.3. Den minst gynnsamma utvecklingen har kvinnor med endast grundskoleutbildning haft. I den gruppen har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder i princip varit oförändrad under den senaste 20-årsperioden.

Figur 2.2 Skillnader i återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå 1994–2014, kvinnor



Källa: Folkhälsomyndigheten 2016.

Figur 2.3 Skillnader i återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå 1994–2014, män



Källa: Folkhälsomyndigheten 2016.

Flera viktiga slutsatser kan dras från Figur 2.2 och 2.3. För det första har de flesta män och kvinnor haft en gynnsam utveckling när det gäller livslängd. Män med enbart grundskoleutbildning har under en 20-årsperiod fått två extra levnadsår, från en internationellt sett mycket hög nivå. Detta är en påtagligt positiv utveckling. Samtidigt har utvecklingen varit ännu mer gynnsam för de med mer utbildning, drygt tre år ökad livslängd för kvinnor med gymnasieutbildning och drygt fyra år extra för män med någon form av eftergymnasial utbildning. Därmed har alltså gapet mellan grupperna, ojämlikheten i livslängd, på två decennier ökat med två år, eller med cirka 50 procent räknat från 1994. Detta är också en utveckling som bör uppmärksammas.

För det andra är det viktigt att lyfta fram de påtagliga skillnader som finns mellan kvinnor och män, mellan och inom utbildningsgrupper. Dels kan vi notera att det är först runt år 2000 som män med universitetsutbildning passerar kvinnor med grundskoleutbildning när det gäller återstående livslängd vid 30 års ålder. Vi kan även konstatera att den allmänna trenden vi såg i Figur 1.1 gäller för alla utbildningsgrupper – män har haft en mer gynnsam utveckling än kvinnor i samma utbildningsgrupp, men från en lägre nivå. Mest tydlig är könsskillnaden mellan kvinnor och män med grundskoleutbildning. Män i denna grupp har dock fortfarande cirka 3,5 år upp till kvinnorna. Den stagnerande utvecklingen för kvinnor med kort utbildning, som också har pågått under längre tid än vad som redovisas här, utgör den kanske mest negativa aspekten av utvecklingen.

För det tredje är det viktigt att påtala vad bilden inte visar. På grund av att uppgifter om utbildningsnivå oftare saknas för utrikes födda är dessa inte inkluderade i Figur 2.2 och 2.3, och därmed inkluderas heller inte en grupp där det är vanligare att människor har en svårare social och ekonomisk situation. Vi återkommer till en diskussion om utrikes födda längre fram.

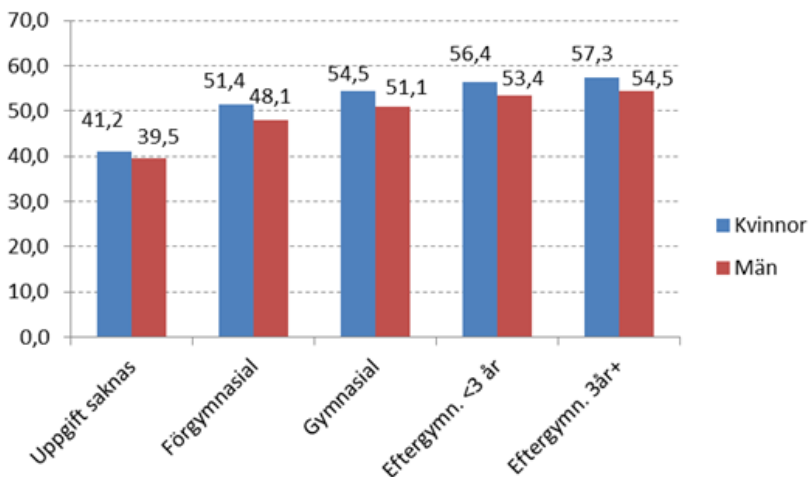
Samtidigt kan invändningar resas mot bruket av utbildning som mått på social position när vi studerar utvecklingen över tid. En sådan invändning är att förändringen i storleken på utbildningsgrupperna kan leda till tolkningsproblem om vi ställer frågan varför utvecklingen sett ut som den gör. En allt mindre grupp med enbart grundskoleutbildning kan av olika skäl ha en annan och ur hälso-synpunkt möjligtvis mindre fördelaktig sammansättning, vilket

skulle kunna leda till att orsakerna till den högre dödligheten förändras. I vilken utsträckning detta är fallet är inte utrett, och man bör minnas att förändringen i utbildningsnivå sker genom en gradvis påfyllning av utbildningsgrupperna med nya 30-åringar som har en låg dödlighet, varför betydelsen över en 20-årsperiod sannolikt är begränsad.

En annan mer teknisk invändning är att utbildningsregistret gradvis har blivit mer komplett över olika åldersgrupper. För personer födda före 1911 saknas helt uppgifter om utbildningsnivå (SCB 2016a). Detta innebär att uppgifter om utbildning saknats för de äldsta i början av perioden, vilket leder till en underskattning av ojämlikheten. Denna underskattning minskar dock gradvis över tid i takt med att uppgifter om utbildning finns tillgänglig högre upp i åldrarna, vilket bidrar till en del av ökningen av skillnaderna.

Oavsett hur man ställer sig till dessa trender är en sak klar – det finns påtagliga skillnader i livslängd mellan utbildningsgrupper i Sverige precis nu. De senast tillgängliga uppgifterna gäller 2015. I Figur 2.4 har vi valt att redovisa fem utbildningsgrupper, de som saknar utbildning, de med förgymnasial utbildning, gymnasium, kort eftergymnasial samt lång eftergymnasial utbildning.

Figur 2.4 Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå 2015, kvinnor och män



Källa: SCB.

Med denna indelning av utbildning kan vi för det första konstatera att det finns en påtaglig gradient om cirka sex år mellan de som har en förgymnasial utbildning och de som har en eftergymnasial utbildning på tre år eller mer. Detta gäller för både kvinnor och män.

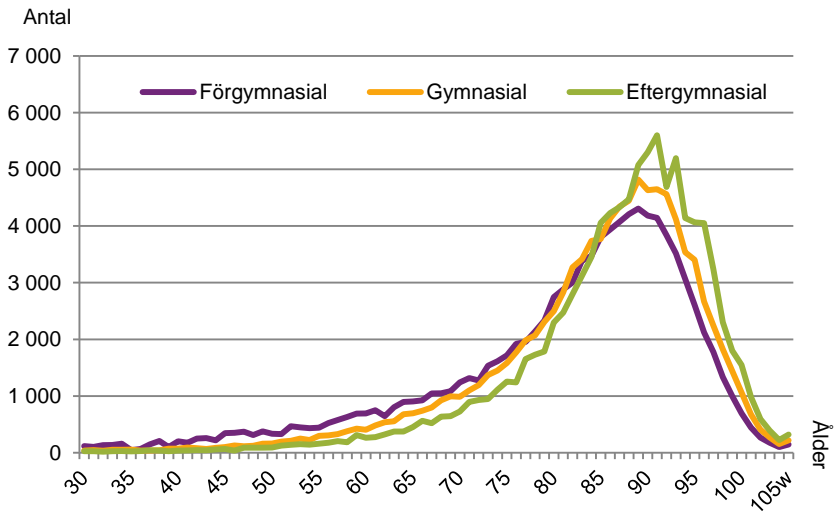
För det andra ser vi att gruppen som saknar uppgift om utbildning har en betydligt kortare livslängd, drygt tio år för kvinnor och knappt nio år för män. Den grupp som saknar uppgifter om utbildning består sannolikt i hög grad av människor som på olika sätt finns i utsatta och marginaliserade positioner. Därmed illustrerar denna Figur både ojämlikhet i hälsa som en gradient som går genom hela samhället och som skillnaden mellan personer i mer utsatta positioner och den övriga befolkningen.

Dödlighetens fördelning över ålder

De uppgifter om återstående medellivslängd som redovisas ovan representerar just medelvärden, och närmare bestämt det genomsnittliga antal år en person av ett visst kön och med en viss utbildning lever, givet de dödlighetsrisker som gällde i varje åldersklass under år 2015. Detta medelvärde ger en sammanfattande bild av dödligheten i alla åldersgrupper för en viss period, omräknat till livslängder. Men minst lika viktigt är det att studera den fördelning av dödlighet över olika åldersklasser som ligger bakom detta medelvärde, och att göra det uppdelat efter socioekonomisk position (här indikerat med utbildning).

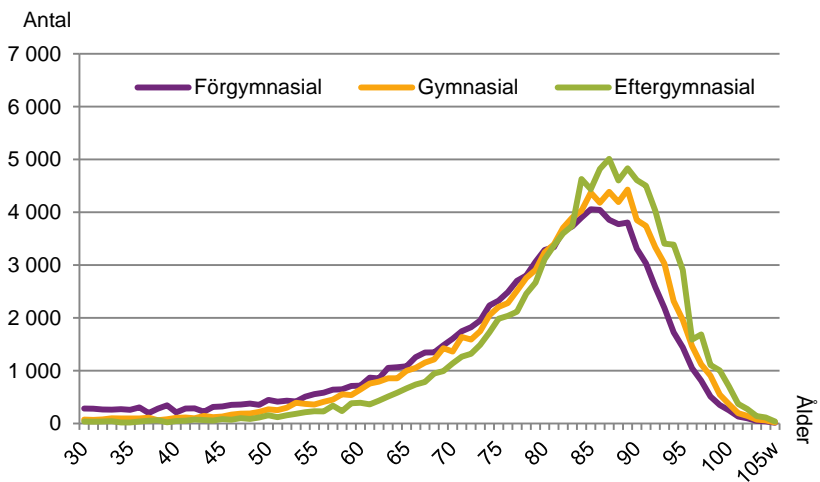
För att göra detta redovisar vi därför också antalet döda i varje åldersklass utifrån de livslängdstabeller som ligger till grund för beräkningarna av medellivslängd. Vi gör denna redovisning uppdelad efter utbildning i tre breda utbildningsgrupper. Eftersom livslängdsberäkningarna baseras på standardpopulationer om 100 000 personer för varje utbildningsgrupp kan dödlighetens fördelning över ålder också jämföras direkt (Figur 2.5 och 2.6).

Figur 2.5 Åldersfördelning av dödsfall efter utbildningsnivå 2013–2015, kvinnor



Källa: SCB.

Figur 2.6 Åldersfördelning av dödsfall efter utbildningsnivå 2013–2015, män



Källa: SCB.

I Figur 2.5 och 2.6 framträder både de likheter och skillnader som finns i dödlighetens fördelning över ålder mellan olika utbildningsgrupper. Bland såväl kvinnor som män och för alla tre utbildningsgrupper sker de flesta dödsfallen i hög ålder. Bland kvinnor är den vanligaste åldern vid död mellan 89 och 91 år, bland män mellan 85 och 89 år. Fördelningen av dödsfallen är med andra ord påtagligt förskjutet åt höger för alla. Detta är dock betydligt mer uttalat ju högre utbildningsnivå människor har. Kurvan för de med eftergymnasial utbildning är betydligt mer sammanpressad och koncentrerad till figurens högra sida än kurvan för de med förgymnasial utbildning. Det betyder att det är vanligare att dö i yngre år bland dem med kortare utbildning. Upp till ungefär 80 års ålder är dödligheten högst bland de med förgymnasial utbildning. Bland kvinnor med förgymnasial utbildning har 38 procent av den totala dödligheten från 30 år och uppåt inträffat vid 80 års ålder; bland kvinnor med eftergymnasial utbildning endast 22 procent. Motsvarande andelar för män är 48 respektive 31 procent.

I den övre delen av fördelningen är det därmed omvända roller, dvs. fler lever riktigt länge i gruppen med eftergymnasial utbildning. Bland kvinnor med förgymnasial utbildning lever 11 procent upp till 95 år eller längre, medan närmare 20 procent av kvinnorna med eftergymnasial utbildning blir så gamla. Bland män är det knappt fem procent respektive tio procent som blir 95 år eller äldre.

Figurerna 2.5 och 2.6 ger därmed en mer sammansatt bild av den ojämlika hälsan när det gäller livslängd. Det finns precis som vi tidigare visat påtagliga skillnader i livslängd mellan grupper med olika social position (här indikerat som olika lång utbildning). Dessa uppkommer över hela livet. Människor i lägre sociala positioner löper högre risk att avlida tidigare, och därmed leva kortare. Samtidigt finns också en stor individuell variation. Även människor med kort utbildning lever till riktigt höga åldrar, men chansen att göra det är mindre än bland dem med längre utbildning. Den ojämlika hälsan handlar om just denna systematiska skillnad i chansen att leva länge mellan olika grupper i samhället.

Men det finns också en systematisk skillnad i variationen inom grupperna, vilken innebär att spridningen kring medelvärdet är mindre i grupper med längre utbildning. I Figur 2.5 och 2.6 syns detta tydligast i form av lägre risk att avlida tidigt och en högre

topp kring de vanligaste dödsåldrarna bland de med längre utbildning. I Tabell 2.1 visar vi hur såväl medelålder vid död samt spridningen kring denna (mätt med standardavvikelsen, SD) utvecklats under perioden 2000 till 2015.

Tabell 2.1 Medelålder vid död och spridning (SD)

Kvinnor och män efter utbildningsnivå och period

Period	Kvinnor			Män		
	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial
<i>2000–2002</i>						
Medelålder vid död	81,1	83,2	85,2	76,9	79,0	81,5
SD i år från 30 års ålder	13,0	11,6	10,5	13,1	12,0	10,8
<i>2006–2008</i>						
Medelålder vid död	81,3	83,9	85,8	77,8	80,1	82,5
SD i år från 30 års ålder	13,5	11,4	10,5	13,3	12,0	10,7
<i>2013–2015</i>						
Medelålder vid död	81,4	84,4	86,8	78,1	81,1	83,9
SD i år från 30 års ålder	13,7	11,5	10,3	14,1	12,0	10,5

Källa: SCB.

I Tabell 2.1 återspeglas de tidigare redovisade resultaten vad gäller skillnader i livslängd mellan de tre breda utbildningsgrupperna. Medelåldern vid död skiljer cirka 5,5 år för kvinnor och 5,8 år för män under perioden 2013–2015. Under de 15 år som täcks in har medelålder vid död varit i stort sett oförändrad bland kvinnor med förgymnasial utbildning, men ökat för kvinnor med längre utbildning. Bland männen ser vi ökningar i alla utbildningsgrupper, men de är större bland dem med längre utbildning.

Tabellen visar även att spridningen kring dessa medelvärden varierar påtagligt och systematiskt – ju högre utbildningsnivå desto mindre spridning kring (det högre) medelvärdet. Vi kan även konstatera att spridningen tenderar att minska bland de med eftergymnasial utbildning, men snarare öka bland de med förgymnasial utbildning.

Dessa skillnader i utveckling är viktiga att ta fasta på. Till viss del är spridning och medelvärde sammanbundna. Ett högre medelvärde kan nås genom att hela fördelningen rör sig åt höger i graferna ovan, men också om fördelningen pressas samman genom att den vänstra delen rör sig mot typvärdet. Särskilt bland männen visar Tabell 2.1 att de med eftergymnasial utbildning nått ett högre

medelvärde samtidigt som spridningen minskat, vilket kan tolkas som en ökad likhet inom gruppen. Bland män med förgymnasial utbildning har medelvärdet ökat med drygt ett år samtidigt som spridningen ökat med ett år. För kvinnor med förgymnasial utbildning ökar spridningen mer än medelvärdet, vilket kan tolkas som att utbildningsexpansionen påverkar selektionen i denna grupp.

Med hjälp av Figur 2.5 och 2.6 samt Tabell 2.1 får vi därmed en mer sammansatt och nyanserad bild av hur skillnaderna i livslängd och dödlighet mellan sociala skikt (här mätta som utbildningsgrupper) ser ut just nu och hur de utvecklats under de senaste 15 åren. Det finns påtagliga likheter mellan människor i olika sociala positioner i det att de allra flesta dör i hög ålder, och vanligast mellan 85 och 90 år. Samtidigt finns det också påtagliga och systematiska skillnader mellan utbildningsgrupperna i såväl den genomsnittliga livslängden som spridningen kring detta genomsnitt. Detta beror förstås på att risken att avlida före 80 års ålder ökar markant med lägre utbildningsnivå.

Detta ger i sin tur också en ingång till vad som krävs för att de sociala skillnaderna i dödlighet ska kunna minskas. Om dödsfall mellan 30 och 80 år i högre grad än nu kan skjutas upp till högre åldrar på det sätt som skett bland dem med eftergymnasial utbildning kommer livslängden öka och spridningen minska också bland de med kortare utbildning. För att åstadkomma en sådan utveckling krävs förstås insatser också långt innan 30 års ålder, men detta återkommer vi till i senare kapitel.

2.2.2 Självs kattad hälsa och tandhälsa

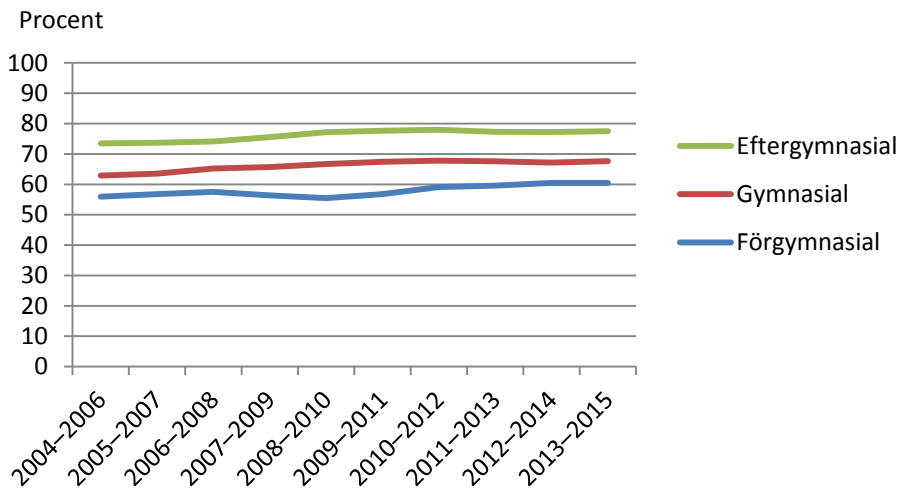
Hur befolkningen själv bedömer sin hälsa mäts i SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) och den nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor). Självs kattat allmänt hälsotillstånd mäts på en femgradig skala som är densamma för alla medlemsländer inom EU. Vi avgränsar oss här till att redogöra för hur stor andel som svarat ”Mycket bra” eller ”Bra” på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”. Även om detta sätt att mäta hälsa kan framstå som väl enkelt har självs kattad hälsa visat sig vara ett robust mått (Lundberg och Manderbacka 1996) som är kopplat till en rad olika typer av hälsotillstånd och

problem, men också till dödlighet (Idler och Benyamini 1997; Desalvo et al. 2006).

Även i dessa mätningar av nivåer på självskattat gott hälsotillstånd skiljer det sig åt mellan könen och mellan utbildningsgrupper. Kvinnor upplever inte lika god hälsa som män och lågutbildade skattar sin hälsa som sämre än de med hög utbildning. Av Figur 2.7 och 2.8 framgår att god självskattad hälsa är vanligare bland personer med lång utbildning än bland dem med kortare utbildningstid. Skillnaderna är relativt stabila över tid.

Figur 2.7 Självskattat hälsotillstånd i olika utbildningsgrupper 2004–2015, kvinnor

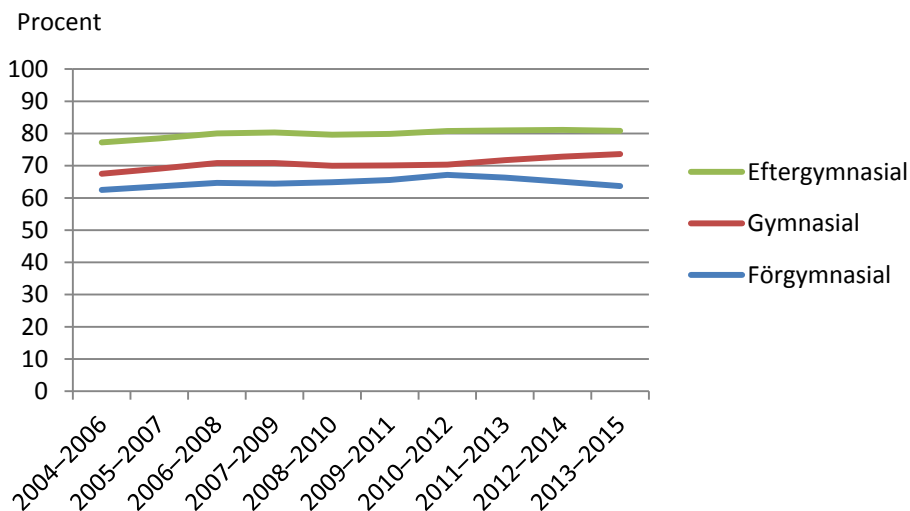
Andel kvinnor i procent som anger allmänt hälsotillstånd som bra eller mycket bra, 30–74 år, i olika utbildningsgrupper. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden



Källa: Nationella folkhälsoenkäten.

Figur 2.8 Självskattat hälsotillstånd i olika utbildningsgrupper 2004–2015, män

Andel män i procent som anger allmänt hälsotillstånd som bra eller mycket bra, 30–74 år, i olika utbildningsgrupper. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden



Källa: Nationella folkhälsoenkäten.

Denna typ av skillnader mellan socioekonomiska grupper (här fångade med utbildningsgrupper) ses också när det gäller olika mer specifika sjukdomar och hälsobesvär. Detta gäller mer sammanfattande mått på hälsa som "Långvarig sjukdom eller hälsobesvär", men även specifika åkommor, olika former av värk, sömnbesvär och nedsatt rörelseförmåga. I de flesta fall finns dessutom en tydlig könsskillnad inom utbildningsgrupperna, med betydligt större andelar av kvinnorna som rapporterar besvär (SCB 2016a).

Tandhälsa är en god indikator för både barn och vuxnas allmänna hälsotillstånd, eftersom tändernas hälsa är starkt förknippad med faktorer som även påverkar andra hälsoaspekter, såsom levnadsvanor, vårdutnyttjande, ekonomiska förutsättningar och kunskaper för att kunna behålla en god hälsa. Befolkningens tandhälsa är generellt sett god i Sverige. Nio av tio uppger sig ha en god tandhälsa enligt Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor. Samtidigt finns det stora skillnader i tandhälsan mellan olika grupper. För de grupper som rapporterar sämst tandhälsa – arbetslösa,

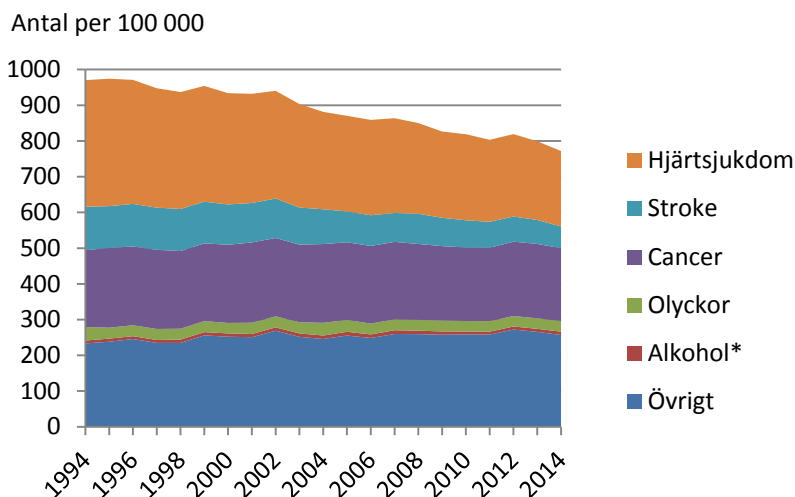
personer med sjukpenning och utlandsfödda – är hälsotillståndet oförändrat eller försämrat jämfört med 2004 (Socialstyrelsen 2014). Av de yrkesarbetande anser 77 procent att deras tandhälsa är god. Bland arbetslösa är motsvarande siffra 63 procent och bland de som uppstår sjukpenning eller andra ersättningar är siffran 51 procent. Kvinnor uppger sig generellt sett ha bättre tandhälsa än män och yngre upplever, inte oväntat, generellt sett bättre tandhälsa än äldre (Folkhälsomyndigheten 2015). Det finns också stora skillnader gällande i vilken utsträckning man söker tandvård vid behov och främsta motivet till att inte uppsöka tandvård är av ekonomiska skäl (Socialstyrelsen 2014).

2.2.3 Dödlighet och dödsorsaker

Livslängden speglar hur dödligheten utvecklas över olika åldrar på ett övergripande sätt. Den ökande medellivslängden speglar en sjunkande dödlighet. Dödlighetens utveckling i olika grupper är därmed central för att förstå hur den generella förändringen i livslängd uppkommit, och i första hand då vilka dödsorsaker som har bidragit till utvecklingen. Med dödlighet avses antalet som dör under ett år relaterat till befolkningens storlek, dvs. samma sak som mortalitet. Sedan slutet av 1980-talet har dödligheten i cirkulationsorganen minskat stadigt, både för kvinnor och för män. I Figur 2.9 och 2.10 redovisas hur dödligheten i befolkningen utvecklats bland kvinnor och bland män under perioden 1994–2014, uppdelat på ett antal olika dödsorsaker.

Figur 2.9 Dödlighet i olika dödsorsaker 1994–2014, kvinnor

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år.
Kvinnor och män, alla åldrar. Åldersstandardiserade tal

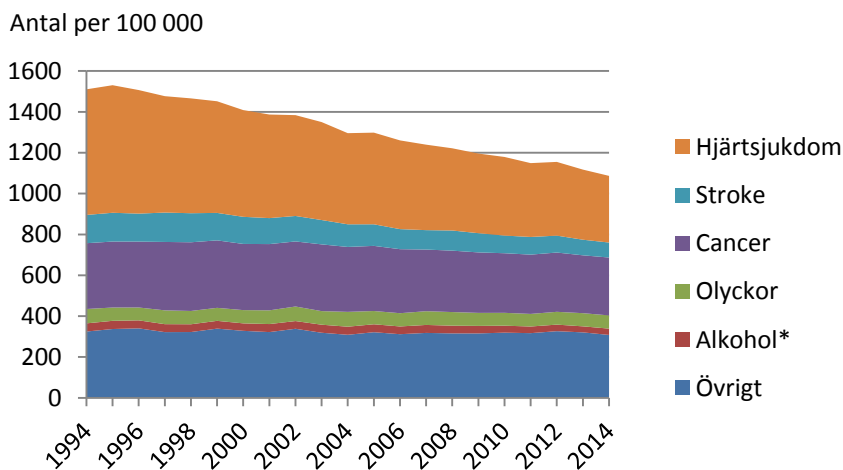


* Alkoholrelaterade orsaker definieras enligt Socialstyrelsens index (23). Dödsfall som beror på en organskada till följd av alkoholkonsumtion räknas som alkoholrelaterade, exempelvis dödsfall i hjärtsjukdom till följd av alkoholkonsumtion.

Källa: Folkhälsomyndigheten 2016.

Figur 2.10 Dödlighet i olika dödsorsaker 1994–2014, män

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år.
Kvinnor och män, alla åldrar. Åldersstandardiserade tal

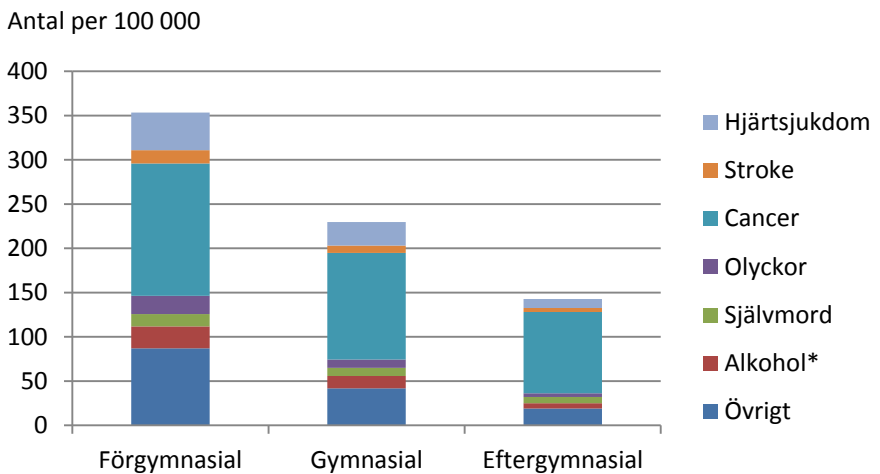


Källa: Folkhälsomyndigheten 2016.

Av Figur 2.9 och 2.10 framgår att den vanligaste dödsorsaken totalt sett är hjärtsjukdomar och att andelen som dör av den här typen av sjukdomar minskar. Om man delar upp dödstalerna mellan olika utbildningsgrupper framträder en bild där dödligheten är högre bland dem med kort utbildning än bland dem med lång utbildning, vilket framgår av Figur 2.11 och 2.12. Skillnaden är som allra störst i yrkesverksam ålder varför vi avgränsat till åldersspannet 35–64 år. Dödligheten i detta åldersspann är mer än dubbelt så hög bland personer med endast grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning.

Figur 2.11 Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning 2012–2014, kvinnor

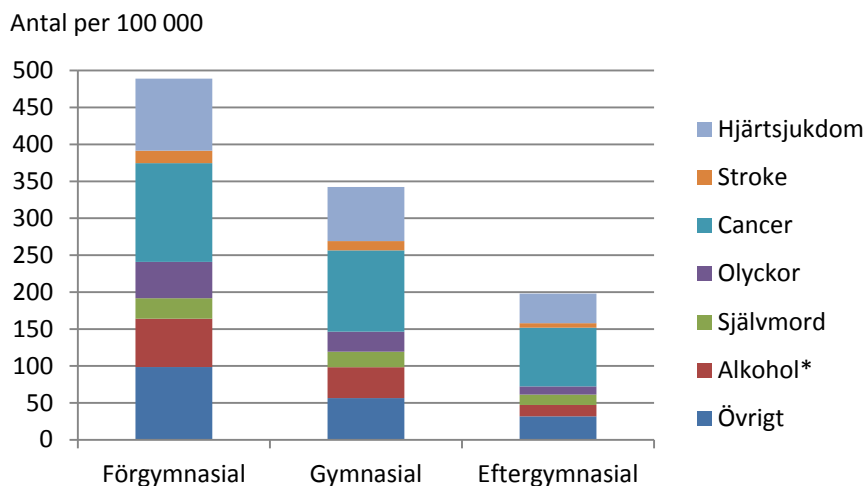
Dödsorsaker efter utbildning, genomsnitt för åren 2012–2014.
Kvinnor i åldern 35–64 år, antal per 100 000



Källa: Folkhälsomyndigheten 2016.

Figur 2.12 Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning 2012–2014, män

Dödsorsaker efter utbildning, genomsnitt för åren 2012–2014. Män i åldern 35–64 år, antal per 100 000



Källa: Folkhälsomyndigheten 2016.

Av Figur 2.11 och 2.12 framgår även att alla stora dödsorsaker – hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord samt alkoholrelaterade orsaker – är vanligast bland dem med kort utbildning. Män har generellt högre dödlighet än kvinnor. Värt att notera är att kvinnor med kort utbildning haft sämst utveckling över tid, även när man tittar på dessa parametrar. I gruppen 36–64 år är cancer den vanligaste dödsorsaken följt av hjärt- och kärlsjukdomar. Både bland kvinnor och män har dödligheten i såväl cancer som hjärt- och kärlsjukdomar minskat betydligt mer bland dem med eftergymnasial utbildning än bland dem med endast förgymnasial utbildning.

2.2.4 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa räknas i dag som ett av de stora folkhälso-problemen.¹ Den psykiska ohälsan mäts ofta genom enkät- eller intervjuundersökningar. Nedsatt psykiskt välbefinnande är ett omfattande folkhälsoproblem och flera olika undersökningar visar en kraftig ökning bland unga sedan 1990-talet. Ökningen ser nu ut att ha avstannat men andelen unga med nedsatt psykiskt välbefinnande är fortfarande på en hög nivå, i synnerhet bland unga kvinnor. Likaså har andelen unga som söker psykiatrisk vård för ångest och depressioner ökat sedan 1990-talet framför allt bland unga mödrar med kort utbildning (Socialstyrelsen 2013). Befolkningens psykiska ohälsa återspeglas också i psykiatrisk öppenvårds- och slutenvårdsstatistik, samt i dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Socialstyrelsens utvärdering (2013) visar en ökad dödlighet i kroppsliga (somatiska) sjukdomar för personer med psykisk ohälsa. Exempelvis är dödligheten hos män som har schizofreni åtta gånger högre än hos befolkningen som helhet.

Den ökade medellivslängd som beskrivits för den totala befolkningen kan inte ses hos personer med en psykiatrisk diagnos. Personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning riskerar inte bara sämre hälsa och ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. De riskerar även att få sämre levnadsförhållanden i form av ekonomisk utsatthet och svag arbetsmarknadsanknytning (Socialstyrelsen 2013). Bland äldre (personer över 65 år) lider uppskattningsvis cirka 20 procent av psykisk ohälsa i någon form. Psykiska problem utgör nu den enskilt största sjukskrivningsorsaken bland personer i arbetsför ålder. I den nationella folkhälsoenkäten tillfrågas den vuxna befolkningen (16–84 år) om de haft besvär av ångslan, oro eller ångest. År 2015 rapporterade 37 procent av kvinnorna och 24 procent av männen lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Vid en uppdelning på olika åldersgrupper var besvär med ångslan, oro och ångest vanligast i den yngsta åldersgruppen 16–29 år. Även ULF-undersökningarna från 2014 visar att denna typ av besvär är vanligare

¹ Psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp som innefattar en rad olika aspekter av psykiska problem. Det gäller allt från självrapporterade besvär som trötthet, oro och ångest till depression och psykiska sjukdomar såsom schizofreni.

bland kvinnor än bland män liksom bland yngre jämfört med äldre, vilket framgår av Tabell 2.2 nedan.

Tabell 2.2 Besvär av ängslan, oro eller ångest, kvinnor och män 2015

Andel i procent som rapporterat lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest i olika åldersgrupper

År	Kvinnor	Män
16–29	51	32
30–44	36	25
45–64	31	23
65–84	32	16
16–84	37	24

Källa: Nationella folkhälsoenkäten.

Uppdelat på olika utbildningsnivåer framträder en bild där den psykiska ohälsan är vanligare bland kvinnor som har en förgymnasial utbildning jämfört med kvinnor som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning. Detta mönster återkommer dock inte bland män (Tabell 2.3).

Tabell 2.3 Besvär av ängslan, oro eller ångest efter utbildningsnivå 2015

Andel i procent som rapporterat lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest i olika utbildningsgrupper

Utbildning	Kvinnor	Män
Förgymnasial	44	25
Gymnasial	36	23
Eftergymnasial	33	23

Källa: Nationella folkhälsoenkäten.

2.3 Barns hälsa och familjebakgrund

Att det finns ett samband mellan uppväxtvillkor och barns hälsa har varit känt länge. I en studie från Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (Mörk et al. 2015) undersöks i vilken utsträckning barns hälsa i Sverige skiljer sig åt beroende på familjens ekonomiska och sociala status. För att mäta hälsa har forskarna använt sig av registerdata över dödsfall, sjukhusinskriv-

ningar och läkemedelsförskrivningar. Av resultaten framgår att den sociala gradienten för inskrivning på sjukhus generellt är 40–45 procent, det vill säga att barn med högst socioekonomisk status har 40–45 procent lägre sannolikhet att bli inskrivna på sjukhus jämfört med barn med lägst socioekonomisk status. För psykisk ohälsa och sjukdomar i andningsorganen ligger motsvarande siffra mellan 60 och 85 procent och för skador och förgiftningar mellan 30 och 40 procent. Barn som lever under ekonomisk utsatthet löper 131 procent högre risk att dö under barndomen, vilket motsvarar knappt 24 barn fler per 100 000 barn. Den förhöjda risken att bli inskriven på sjukhus är cirka 40 procent. Forskarna konstaterar dock att observerbara skillnader i familjebakgrund som föräldrars ålder, utbildning, tid i Sverige och hälsa endast förklarar en mindre del av de uppmätta skillnaderna mellan barn i ekonomiskt utsatta familjer och andra barn; den förhöjda risken att bli inskriven på sjukhus sjunker från 40 till 30 procent när de kontrollerat för föräldrars ålder, utbildning, tid i Sverige och hälsa. Icke observerbara faktorer hos familj och barn förklarar en större del. När forskarna tar hänsyn till icke observerbara skillnader genom att studera hälsan hos ett och samma barn under ett år då familjen tar emot ekonomiskt bistånd jämfört med ett år då familjen inte gör det framgår att risken att bli inskriven på sjukhus är nästan sju procent högre för samma barn under år då familjen tar emot bistånd. För en diagnos relaterad till psykisk ohälsa är den motsvarande förhöjda risken dock hela 37,5 procent.

En viktig fråga som ställs i rapporten är vilka konsekvenser ohälsa i barn- och ungdomsåren får längre fram i livet. Barn som blir inskrivna på sjukhus någon gång under barndomen har sämre meritvärde, lägre sannolikhet att gå ut gymnasiet, högre sannolikhet att få ekonomiskt bistånd och att sakna inkomst från arbete eller studier samt har sämre hälsa som unga vuxna. Bara 60 procent av barn med psykisk ohälsa uppnår gymnasiekompetens, jämfört med 87 procent bland barn som aldrig varit inskrivna på sjukhus. 17 procent av de som varit inskrivna på sjukhus på grund av psykisk ohälsa har ekonomiskt bistånd vid 23 års ålder medan andelen är 4,7 procent bland barn som inte varit inskrivna. Det finns kort sagt ett starkt samband mellan psykisk ohälsa å ena sidan och skolprestationer och välfärd som ung vuxen å andra sidan (Mörk et al. 2015).

I studien Skolbarns hälsovanor, som genomförs av Folkhälsomyndigheten, tillfrågas ett nationellt urval av 11-, 13- och 15-åringar om de haft psykiska och somatiska besvär under de senaste sex månaderna. Studien har genomförts sedan 1985/86. Mellan 1985/86 och 2013/14 har andelen 13- och 15-åringar som uppger att de haft minst två besvär mer än en gång i veckan fördubblats både bland flickor och bland pojkar. Det finns en tydlig tendens att ungdomar, i ökande utsträckning, är nedstämda, oroliga, har svårt att sova samt har andra psykosomatiska besvär. Unga konsumerar också mer psykiatrisk vård, både öppenvård och sjukhusvård, än tidigare (Folkhälsomyndigheten 2016). Även Socialstyrelsen har visat att barns och ungdomars psykiska ohälsa har ökat under 1990- och 2000-talen. Allt fler ungdomar rapporterar psykiska besvär såsom oro eller ängslan, får psykiatrisk öppen- eller slutenvård och förskrivs psykofarmaka. Det är framför allt depressioner och ångestsjukdomar som ökar (Socialstyrelsen 2015).

2.4 Geografiska skillnader i hälsa

Den goda hälsan är ojämlikt fördelad geografiskt mellan Sveriges kommuner och regioner. Skillnader i hälsa och livslängd observeras inte bara mellan olika socioekonomiska grupper och mellan könen, utan även mellan olika kommuner och regioner.

Dessa skillnader i hälsa kan beskrivas i olika dimensioner. Dels i termer av geografisk placering, dels i termer av samhällets befolkningens mängd och sammansättning, samt demografiska och ekonomiska strukturer. Folkhälsan är generellt bättre i södra än i norra Sverige, samt i vissa typer av kommuner. I en studie genomförd av Folkhälsoinstitutet 2007 analyseras ett urval av mått på ohälsa samt faktorer som påverkar hälsa. Analysen är gjord på grupperad kommunal nivå utifrån Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning och visar skillnader mellan olika kommungrupper, liksom mellan män och kvinnor. Förortskommuner till storstäder är den grupp som uppvisar högst andel goda värden för de olika variablerna, medan glesbygdskommunerna generellt har sämre värden. Storstadskommunerna har både bra och dåliga värden (Folkhälsoinstitutet 2007).

Även om hälsan generellt sett är sämre i norra Sverige, är den även där bättre i kommuner med medelstora städer och dess pendlingskommuner än i glesbefolkade områden (Folkhälsoinstitutet 2010a). Enligt Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) nuvarande kommungruppsindelning definieras förortskommuner till storstäder som kommuner där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun (där det vanligaste utpendlingsmålet är någon av storstäderna). Av samtliga kommuner hör 38 stycken till denna kategori. Glesbygdskommuner är kommuner med en tätortsgrad understigande 70 procent och mindre än åtta invånare per kvadratkilometer, 20 kommuner tillhör denna kategori (SKL 2011). Aktuell statistik (SKL 2014) visar att glesbygdskommunerna sammantaget har den lägsta medellivslängden i landet, medan förortskommuner till storstäder har den högsta medellivslängden (Tabell 2.4).

Tabell 2.4 Medellivslängd efter kommungrupp

Kvinnor och män, 2011–2014

Kommungrupp enligt SKL:s indelning (2011)	Kvinnor	Män
Storstäder	83,5	79,2
Förortskommuner till storstäder	84,4	80,6
Större städer	83,6	79,9
Förortskommuner till större städer	83,2	79,6
Pendlingskommuner	83,3	79,6
Turism- och besöksnäringkommuner	83,4	79,5
Varuproducerande kommuner	83,1	79
Glesbygdskommuner	82,7	78,4
Kommuner i tätbefolkad region	83,4	79,6
Kommuner i glesbefolkad region	83	78,5
Riket	83,6	79,7

Källa: Öppna jämförelser 2014, SKL.

Det finns stora skillnader mellan storstäder respektive förortskommuner. I vissa av dessa kommuner är medellivslängden bland de högsta i Sverige och i andra bland de lägsta. I Danderyd, Lidingö, Sollentuna 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 (SKL 2014). I storstadskommunerna Malmö och Göteborg är medellivslängden lägre än i landet som helhet, men inte i Stockholm (SKL 2014).

Skillnaderna grundar sig på faktorer såsom utbildningsnivå och inkomst, som generellt är lägre i glesbygd och mindre kommuner än i städer, samt lägre inom vissa områden i städerna. Befolkningsammansättningen skiljer sig också markant mellan olika typer av kommuner. Glesbygdskommunerna har i allmänhet en äldre befolkning, lägre befolkningstillväxt och sysselsättningsgrad samt lägre inkomster än andra typer av kommuner. Folkhälsoinstitutet konstaterade i en rapport från 2010 att typen av kommun, enligt SKL:s indelning, förklarade en tredjedel av skillnaden i ohälsotal som observerades samt en femtedel av skillnaden i medellivslängd, för både kvinnor och för män.²

Sammanfattningsvis kan sägas att kommuner med storstäder, kommuner med större städer och förortskommuner till storstäder har liknande förutsättningar i och med att man har haft och har en befolkningstillväxt, en högre utbildningsnivå samt högre medelinkomster än övriga kommungrupper. Storstäder och större städer präglas dock även av stora inkomstskillnader. Hälsomåttet är ofta positiva med visst undantag för medellivslängd och psykisk ohälsa i storstäderna. I glesbygdskommuner råder motsatta förhållanden, med lägre andel högutbildade och höginkomsttagare och krympande befolkningar. Glesbygdskommunerna präglas av lägre medellivslängd och högre ohälsotal, samt högre dödlighet i hjärt- kärlsjukdomar än storstäderna. Däremot är andelen som uppger en god psykisk hälsa högre i glesbygdskommunerna (Folkhälsoinstitutet 2007).

² Ohälsotalet är ett ganska trubbigt mått som mäter antalet utbetalade ersättningsdagar från Försäkringskassan, per person och år (för personer mellan 16–64). Talet summerar utbetalade dagar för sjukpenning, rehabiliteringspenning, samt sjukersättning och aktivitetsersättning och gäller för nettodagar.

2.5 Skillnader i hälsa mellan grupper i särskilt utsatta situationer och övriga befolkningen

Utöver skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, mellan kvinnor och män och skillnader geografiskt ska Kommissionen enligt direktiven även beakta hälsoskillnader i samhället mellan personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund, det samiska folket, personer som tillhör nationella minoriteter och den övriga befolkningen. I följande avsnitt redogörs kortfattat för hälsoläget för respektive grupp. Det bör dock påpekas att kunskapsunderlaget är begränsat för flera av dessa grupper, inte minst därför att det finns uppenbara etiska och integritetsmässiga problem med att registrera exempelvis etnisk tillhörighet. Det saknas därmed i flera fall såväl registerbaserade underlag som direkta möjligheter att identifiera dessa grupper för att nå ut med enkät- eller intervjustudier.

Personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning är en viktig grupp att synliggöra då det i en rad studier framkommit att de rapporterar sämre hälsa, men också har sämre förutsättningar för hälsa jämfört med övriga befolkningen (Arnhof 2008; Folkhälsoinstitutet 2012; Folkhälsoinstitutet 2013; Folkhälsomyndigheten 2014; Folkhälsomyndigheten 2015, Myndigheten för delaktighet 2015). I den senaste kartläggningen (Folkhälsomyndigheten 2016)³ konstateras att personer med funktionsnedsättning under perioden 2005–2015 genomgående rapporterade sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Endast 42 procent bland personer med funktionsnedsättning uppger att hälsan är god, vilket kan jämföras med den övriga befolkningen där andelen ligger på 82 procent. Det är tio gånger vanligare att personer med funktionsnedsättning upplever sin hälsa som dålig, 20 procent jämfört med två procent bland övrig befolkning (Myndigheten för delaktighet 2015). Samtidigt har andelen kvinnor

³ Funktionsnedsättning definieras som nedsättning av en fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd, eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller övergående natur.

och män med funktionsnedsättning som rapporterat god hälsa ökat under perioden. Denna utveckling följer emellertid den allmänna trenden, vilket innebär att gapet mellan de utan respektive med funktionsnedsättning kvarstår. Myndigheten för delaktighet ansvarar för uppföljningen av regeringens strategi för funktionshinderpolitik och följer årligen upp viktiga bestämningsfaktorer för hälsa: utbildning, socialpolitik, folkhälsa, fysisk tillgänglighet, kultur, delaktighet, idrott, mänskliga rättigheter men också faktorer som medier, rättsväsendet och konsumentpolitik. Skillnaderna är påtagliga (Myndigheten för delaktighet 2016).

En del av dessa skillnader kan förklaras av funktionsnedsättningen i sig men en betydande del hänger ihop med välkända riskfaktorer för ohälsa kopplade till livsvillkor. Exempelvis förvärvsarbetar personer med funktionsnedsättning i mindre utsträckning och detta är särskilt utmärkande bland kvinnor, 55 procent att jämföra med den övriga befolkningen där motsvarande andel är 80 procent. Personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga står för mer än en fjärdedel av alla inskrivna på Arbetsförmedlingen. Trenden är dock positiv och fler får sysselsättning varje år. Det är också en högre andel personer med funktionsnedsättning som känner oro för att förlora arbetet och anger att de saknar ekonomisk marginal. Personer med funktionsnedsättning har dessutom genomgående lägre inkomster än befolkningen i övrigt. Även levnadsvanorna skiljer sig åt för personer som har respektive inte har en funktionsnedsättning. Stillasittande fritid, fetma, daglig rökning och låg konsumtion av frukt och grönt är vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Resultaten för stillasittande fritid har inte förändrats under tioårsperioden, varken bland personer med eller utan funktionsnedsättning. Fetma har däremot ökat bland män med respektive utan funktionsnedsättning i åldern 30–64 år (Folkhälsomyndigheten 2016). Fler personer med funktionsnedsättning, 16 procent, uppger att de röker dagligen jämfört med tio procent i den övriga befolkningen (Myndigheten för delaktighet 2015). Rökning har minskat bland personer med respektive utan funktionsnedsättning i ungefär lika stor utsträckning. Det är betydligt vanligare bland personer med funktionsnedsättning att önska stöd för att ändra dessa levnadsvanor än bland den övriga befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2016).

Utrikes födda

Omkring en femtedel av Sveriges befolkning består i dag av personer som är födda i ett annat land och andelen växer. Utrikes födda kommer till Sverige av olika anledningar och med olika bakgrunder och förutsättningar. Detta kan självklart påverka hur de upplever sin hälsa. Personer som flytt sitt hemland kan ha levt en tid under stor stress innan de flyr och själva flykten kan ha varit omgärdad av olika svårigheter. Efter ankomst till Sverige väntar också en tid av ovisshet under asylprocessen. Sammantaget leder detta till större psykisk ohälsa särskilt hos nyanlända flyktingar än hos andra grupper av migranter (Socialstyrelsen 2015).

En sammanställning från SCB (2013), som bygger på data från ULF-undersökningarna (perioden 2011–2012), visar att när utrikes födda personer som var 20–64 år tillfrågades om hur de bedömde sitt allmänna hälsotillstånd svarade 83 procent att hälsotillståndet var gott och fem procent att det var dåligt. Av de utrikes födda kvinnorna har 11 procent bedömt sitt hälsotillstånd som dåligt jämfört med fyra procent av de inrikes födda kvinnorna. Av de utrikes och inrikes födda männen har sju respektive tre procent bedömt sitt hälsotillstånd som dåligt. Sammanfattningsvis bedömer alltså utrikes födda sitt hälsotillstånd som sämre än inrikes födda. Att den självskattade hälsan skiljer sig mellan inrikes och utrikes födda har rimligtvis en rad olika förklaringsfaktorer. En sådan är utbildningsnivå. Utbildningsnivån är lägre bland utrikes födda. Omkring tio procent av de utrikes födda 16–64 år har förgymnasial utbildning som är kortare än nio år (dvs. saknar grundskolekompetens), enligt SCB. Bland annat skillnaderna i utbildningsbakgrund gör det svårt att prata om utrikes födda som en samlad grupp.

I en annan publikation har SCB (2016b) beräknat återstående medellivslängd från och med 30 års ålder för kvinnor och män i Sverige under perioderna 2000–2004 och 2010–2014 för sju olika födelselandsgrupper: Sverige, Norden, EU utom Norden, Övriga Europa, länder utanför Europa med högt *Human Development Index* (HDI), länder utanför Europa med medel HDI samt länder utanför Europa med lågt HDI. Statistiken visar att det finns stabila skillnader mellan de olika födelselandsgrupperna. Skillnaden i återstående medellivslängd för födelselandsgruppen med högst återstående medellivs-

längd jämfört med den med lägst var cirka tre år för kvinnor och drygt fyra år för män. Grupper med högre livslängd än befolkningen i medeltal var födda inom EU utanför Norden och i länder utanför Europa. Inrikes födda hade samma livslängd som befolkningen totalt, medan grupper i Norden samt i Europa utanför EU hade kortare livslängd jämfört med befolkningen totalt. Resultaten för kvinnor och för män både 2000–2004 och 2010–2014 var på det stora hela desamma (SCB 2016a).

Hbtq-personer

Skillnaderna i hälsa mellan hbtq-personer och den övriga befolkningen återfinns i synnerhet vad gäller psykisk hälsa. Att den psykiska hälsan är sämre bland hbtq-personer konstaterades redan i Folkhälsoinstitutets kartläggning 2005 vilket också regeringens strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck (2014) utgår från. I rapporten från Folkhälsoinstitutet (2005) framgår att andelen som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande är dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande. Att någon gång ha övervägt att ta sitt liv är dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Hälften av dem som identifierar sig som transpersoner har någon gång övervägt att ta sitt eget liv och cirka 20 procent har försökt att ta sitt eget liv. Det ska jämföras med genomsnittet för befolkningen där fem procent någon gång har försökt att ta sitt eget liv (Folkhälsoinstitutet 2005).

Socialstyrelsen har i en nyligen publicerad rapport (2016) analyserat förekomsten av psykisk ohälsa genom användning av psykofarmaka och mortalitet utifrån registeruppgifter om personer i samkönade äktenskap.⁴ Detta är de enda registeruppgifter som finns som till stora delar kan spegla hbtq-gruppens hälsa, även om inte hela gruppen fångas av urvalet. Analysen visar att riskbruk och beroende var särskilt vanligt bland kvinnor i samkönade äktenskap. Bland unga kvinnor i 30-årsåldern var förekomsten upp till sex

⁴ I studien ingår totalt omkring 1,3 miljoner personer i olikkönade äktenskap och 10 000 personer i samkönade äktenskap som gift sig 1995–2012. Uppgifter om psykiatriska diagnoser, psykofarmaka och mortalitet kommer från Socialstyrelsens nationella register.

gångar högre än bland övriga gifta kvinnor i samma ålder. Riskbruket utgjordes framför allt av alkohol. Bland männen i samkönade äktenskap fanns en ökad förekomst av allvarlig psykisk sjukdom som exempelvis schizofreni eller liknande tillstånd. I rapporten konstateras även att hbtq-gruppen löpte högre risk att dö i förtid, vilket särskilt gällde männen. Självorden var vanligare i samkönade äktenskap. Vad gäller fysiska sjukdomar förklaras den högre risken att dö i förtid till stor del av hiv/aids.

Lägg därtill att personer som befinner sig i minoritetsposition på grund av sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck i större utsträckning än övriga befolkningen riskerar att utsättas för olika stressfaktorer, till exempel diskriminering och negativt bemötande. Den högre förekomsten av psykisk ohälsa och användning av psykofarmaka bland hbtq-personer kan tolkas som ett tecken på stressrelaterad ohälsa i gruppen, menar Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2016, s. 16).

Nationella minoriteter

I Sverige är judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar nationella minoriteter. Det är emellertid svårt att få en rättvisande bild av skillnader i hälsa på grund av etnisk tillhörighet eftersom det inte görs datainsamlingar baserade på etnisk tillhörighet. En del forskare menar att detta vore nödvändigt för att diskutera eventuella samband mellan variabler om etnisk tillhörighet och socioekonomisk status medan andra pekar på risken att etnisk tillhörighet i datainhämtning kan förstärka klyftor i samhället (Folkhälsomyndigheten 2014).

Rapporten ”Hur mår Sveriges nationella minoriteter?” (Folkhälsoinstitutet 2010a) är den enda rapport som försöker sammanfatta hälsosituationen hos alla Sveriges nationella minoriteter genom enkätstudier. Rapporten visar att det finns en bristande kunskap hos majoritetsbefolkningen och myndigheterna om minoriteterna och deras kultur, rättigheter och hälsosituation. Det framgår också att det finns utmaningar för folkhälsoarbetet bland minoriteterna i form av diskriminering, utanförskap och arbetslöshet. Det är även tydligt att hälsoproblemen är olika bland olika minoritetsgrupper. Ett tydligt resultat är också bristen på data om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor bland individer och grupper som tillhör de nationella minoriteterna.

Nedan görs en kort genomgång av Sveriges nationella minoriteters hälsa med utgångspunkt i Folkhälsoinstitutets genomgång 2010.

Sverigefinnar

När det gäller självskattad hälsa uppgav finlandsfödda kvinnor och män i mindre utsträckning att de hade en bra hälsa jämfört både med hela befolkningen men också i relation till relevant referensgrupp (boende, ej finlandsfödda, i finska förvaltningskommuner). Både män och kvinnor uppvisade högre andel med långvarig sjukdom och svår värk jämfört med hela befolkningen, och finlandsfödda män angav också i större utsträckning att de hade högt blodtryck jämfört med hela befolkningen. En högre andel finlandsfödda män angav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande, medan situationen var den omvända för kvinnor. En högre andel män, men en lägre andel kvinnor, uppgav att de var stillasittande på fritiden jämfört med hela befolkningen. En högre andel kvinnor röker jämfört med befolkningen i stort. En högre andel män upplevde sig ekonomiskt utsatta jämfört med hela befolkningen, men däremot upplevde både män och kvinnor att de i mindre utsträckning kände sig otrygga och utsatta för hot och våld jämfört med befolkningen i stort. Både män och kvinnor upplevde lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen. När det gäller förtroende för offentliga institutioner upplevde både män och kvinnor ett lågt förtroende för sjukvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i större utsträckning än hela befolkningen (Folkhälsoinstitutet 2010a).

Tornedalingar

När det gäller centrala hälsoutfall var det endast psykisk hälsa bland män som uppvisade signifikant skillnad gentemot hela befolkningen, där boende män i Tornedalen i större utsträckning uppgav fler dagar med en god psykisk hälsa. Såväl för självskattad hälsa och som kroppslig hälsa fanns skillnader, men inga större, gentemot övriga befolkningen. Kvinnor uppvisade högre andel med långvarig sjukdom och svår värk jämfört med hela befolkningen, och män angav också i större utsträckning att de hade högt blodtryck

jämfört med hela befolkningen. En mindre andel män och en högre andel kvinnor uppgav att de under de senaste tre månaderna besökt sjukvården jämfört med hela befolkningen. Såväl män som kvinnor uppgav i större utsträckning att de hade dålig tandhälsa jämfört med hela befolkningen. En högre andel kvinnor angav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Däremot upplevde en lägre andel, både män och kvinnor, svår trötthet och stress jämfört med befolkningen i stort. En lägre andel kvinnor led av sömnsvårigheter jämfört med befolkningen i stort. En högre andel män uppgav att de var stillasittande på fritiden jämfört med hela befolkningen. En lägre andel av både män och kvinnor röker jämfört med befolkningen i stort. En högre andel män upplevde sig ekonomiskt utsatta jämfört med hela befolkningen, men däremot upplevde både män och kvinnor att de i mindre utsträckning kände sig otrygga. En lägre andel män och en högre andel kvinnor upplevde sig utsatt för diskriminering. Både män och kvinnor upplevde lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen. När det gäller förtroende för offentliga institutioner upplevde både män och kvinnor ett lägre förtroende för sjukvården, landstings- och kommunpolitiker jämfört med hela befolkningen, men ett högre förtroende för fackföreningar jämfört med befolkningen i stort (Folkhälsoinstitutet 2010a).

Judar

När det gäller självs kattad hälsa uppgav både judiska män och kvinnor i större utsträckning att de hade en bra hälsa och god psykisk hälsa jämfört både med hela befolkningen, men också i relation till relevanta referensgrupper (boende i storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö). För kroppslig hälsa uppgav en större andel kvinnor fler dagar med god kroppslig hälsa jämfört med hela befolkningen. Både män och kvinnor uppvisade lägre andel med långvarig sjukdom jämfört med hela befolkningen, och en lägre andel kvinnor uppgav svår värk jämfört med hela befolkningen. En lägre andel av männen uppgav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. En lägre andel av både män och kvinnor uppgav att de röker och männen uppgav även i mindre utsträckning att de snusar dagligen. En mindre andel av både män

och kvinnor upplevde sig ekonomiskt utsatta jämfört med hela befolkningen, och både män och kvinnor upplevde att de i mindre utsträckning kände sig otrygga jämfört med befolkningen i stort. Däremot upplevde en högre andel män att de blivit utsatta för diskriminering jämfört med hela befolkningen. Både män och kvinnor uppgav i mindre utsträckning ett lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen. När det gäller förtroende för offentliga institutioner upplevde kvinnor ett högre förtroende för sjukvården, och både män och kvinnor upplevde ett högre förtroende för både kommun- och landstingspolitiker jämfört med hela befolkningen (Folkhälsoinstitutet 2010a).

Romer

Romernas hälsosituation påverkas starkt av deras livssituation, som kännetecknas av hög arbetslöshet, känsla av utanförskap, maktlöshet och diskriminering. Dessa faktorer bidrar sannolikt till ett levnadssätt som exponerar dem för ökade risker för ohälsa. Romerna uppger att det förekommer en hög alkoholkonsumtion bland framför allt män och ungdomar. De ser också spelberoende, tablett- och drogmissbruk som ett ökande problem. Romska kvinnor upplever mycket stress, som förknippas med en hög arbetsbelastning i hemmet. Hjärt- och kärlsjukdomar, fysisk inaktivitet och en kosthållning med hög andel fett är vanligare förekommande bland romer än befolkningen i stort, enligt dem själva. Sjukdomstillstånd hos den romska befolkningen kan sättas i samband med deras utsatta situation i samhällets utkant, understimulering, dåliga kost- och motionsvanor och dåligt vaccinationsskydd (Folkhälsoinstitutet 2010b).

Delegationen för romska frågor drog två slutsatser av Folkhälsomyndighetens kartläggning. För det första att romers sämre hälsa framför allt beror på en utsatt socioekonomisk situation. En förutsättning för bättre hälsa i gruppen är därför att ”de strukturella problemen med romers ekonomiska och sociala marginalisering upphör”. För det andra finns det ett tillitsproblem till hälso- och sjukvården hos den romska gruppen, som bör hanteras (SOU 2010:55, s. 419).

Samer

I en nyligen publicerad studie (Anderson et al. 2016) har en omfattande grupp forskare för första gången försökt skapa en global urfolkshälsoöversikt där 23 länder och 28 urfolk ingår. Artikeln bygger på befolkningsdata och undersöker nyckelvariabler som förväntad livslängd, spädbarnsdödlighet, utbildningsnivåer, fattigdom m.m. Den generella slutsatsen i studien är att ursprungsbefolkningar har sämre hälsa och kortare livslängd än icke-urbefolkningar; det gäller dock inte på samma sätt samer i Sverige.

I en annan omfattande kunskaps-sammanställning till Socialdepartementet (Stoor 2016) om samers psykosociala hälsa framträder en något mer komplex bild. Av rapporten framgår att samiska skolungdomar (12–18 år) rapporterar något sämre hälso-relaterad livskvalitet än svenska skolungdomar och att unga vuxna samer (18–28 år) rapporterar sämre mental hälsa (stress och oro) än unga vuxna svenskar. Det finns även skillnader vad gäller t.ex. livströtthet och dödsönskan jämfört med jämnåriga norrländska män och kvinnor i referensgruppen.

Även bland vuxna renskötande samer finns en påtaglig skillnad i självmordstankar och självmordsplaner mellan samer och andra invånare i norra Sverige. Var femte vuxen renskötare i åldrarna 18+ rapporterar sig ha haft självmordsplaner, jämfört med var tionde norrlänning. Däremot skiljer inte självmordsförsöken mellan grupperna. Även ångest- och depressionssymtom är betydligt vanligare bland renskötande samer jämfört med andra norrländska män och kvinnor. Två av fem manliga renskötande samer rapporterar en ångeststörning, och bland medelålders män (30–49 år) rapporterar varannan sådana problem. Detta kan jämföras med andra norrländska män, där ungefär var femte (19–23 procent) har ångestproblem i samma omfattning. I översiktsstudien framgår att unga vuxna samer och renskötande samer inte i allmänhet konsumerar mer alkohol än andra norrlänningar.

I studien bedöms den mest centrala förklaringen till de specifika psykosociala hälsoproblem som identifierats vara kopplade till sociokulturella faktorer och barriärer mellan samer och svenskar, samt problem kopplade till dessa. Okunskap och fördomar hos majoritetsbefolkningen, exempelvis hos vårdpersonal, kan öka risken att samer upplever sig etniskt diskriminerade, att de måste

försvara sig och sin identitet samt att de får problem i exempelvis vårdmöten.

Folkhälsomyndighetens samråd med Sveriges nationella minoriteter

Statens folkhälsoinstitut lämnade 2010 ett antal förslag för att förebygga ohälsa och främja hälsa bland de nationella minoriteterna (Folkhälsoinstitutet 2010a). Ett av förslagen var att lämpliga metoder för att hämta in data i syfte att kontinuerligt kunna följa upp hälsosituationen skulle undersökas. I linje med det förslaget gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att genomföra samråd med företrädare för de nationella minoriteterna för att undersöka vilka behov och förutsättningar som finns för att hämta in data om hälsosituationen, samt vilka metoder som i sådana fall är lämpliga för respektive grupp. Uppdraget redovisades 2014 där det bland annat konstateras att för att beskriva hälsosituationen för nationella minoriteterna och urfolken behöver begreppet ”hälsosituation” förankras i den egna kulturen. Metoderna för datainsamling behöver utvecklas såväl vad gäller data på individnivå som data som kan ge information om samhälleliga förutsättningar för hälsa bland nationella minoriteter och urfolk (Folkhälsomyndigheten 2014). I rapporten gavs tretton förslag till åtgärder som tar sikte på vad som kan och bör göras samt hur arbetet kan gå vidare. Folkhälsomyndigheten föreslog att samrådet går vidare med ett innehåll och en form som svarar mot respektive nationell minoritets och urfolks behov och förutsättningar. Detta program för fortsatt arbete ser Kommissionen som mycket positivt.

3 Strategisk styrning och mer jämlika villkor

Vi har så långt visat att det i Sverige finns tydliga och systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika sociala positioner, mellan kvinnor och män och mellan vissa grupper i särskilt utsatta situationer och den övriga befolkningen. Kommissionen menar även att det finns flera olika men kompletterande argument varför sådan ojämlikhet i hälsa är en fråga som ska uppmärksammas och hanteras av olika aktörer i samhället.

Som har beskrivits i kapitel 1 uppkommer de systematiska skillnaderna i hälsa vi här talar om genom att människor i olika sociala positioner i samhället har skilda livsvillkor och möjligheter. Människors hälsa och funktionsförmåga är dock inte enbart ett resultat av deras livsvillkor, utan samtidigt också en förutsättning för ett gott liv, arbete och försörjning. Detta samspel och ömsesidiga inflytande mellan hälsa och hälsans bestämningsfaktorer pågår från den allra tidigaste barndomen till sent i livet. För att kunna sluta hälsoklyftorna i Sverige behövs därför åtgärder som leder till minskade skillnader i livsvillkor och möjligheter mellan olika grupper. Här spelar enskilda familjer och personer en central roll, liksom civilsamhälle och näringsliv. Samtidigt har det allmänna, stat, kommun och landsting, en avgörande betydelse som lagstiftare och ansvarig för utbildning, omsorg, vård och transfereringssystem och arbetsmarknadsåtgärder, kort sagt de välfärds-system som är kopplade till hälsans olika bestämningsfaktorer.

En central fråga är därför *hur* det allmänna på olika sätt kan bidra till att en mer jämlik hälsa uppnås. Detta handlar för det första om att bättre stödja individer och familjer att bygga upp olika förmågor och resurser på egen hand, exempelvis genom insatser som främjar utbildning, sysselsättning och deltagande med

särskilt fokus på de grupper som har det svårare att komma in på arbetsmarknaden. Det handlar för det andra om att stötta och bistå med resurser där de egna inte räcker till. Detta kan dels innebära åtgärder för ökad tillgänglighet på tjänster, men inte minst att dessa tjänster blir bättre anpassade för att skapa mer likvärdiga möjligheter och förhållanden i förskola, skola, vård och omsorg. Det kan även innebära att de olika transfereringssystem som finns bör justeras för att bli mer utjämnande och eller för att bättre stödja särskilda grupper.

Kommissionen menar att ett sådant utvecklingsarbete måste omfatta två olika slags åtgärder och processer, där den ena är inriktad på innehållet i välfärdstjänster och transfereringar och den andra inriktad på förutsättningarna för och genomförandet av styrning, ledning och uppföljning av relevanta verksamheter. Detta utgör de två olika "ben" som Kommissionens arbete med förslag till åtgärder kommer att vara organiserade kring – mer jämlika villkor och mer strategisk styrning och uppföljning handlar om det välfärds- och hälsopolitiska innehållet respektive det förvaltnings- och budgetpolitiska ramverket.

När det gäller det första av dessa ben har Kommissionen kunnat bygga vidare på aktuell forskning, liksom på resultat och rekommendationer från tidigare kunskapsgenomgångar och kommissioner, samt på den svenska folkhälsopolitiken. Kommissionen identifierar sju centrala områden där mer jämlika villkor och möjligheter skulle bidra till mer jämlik hälsa. Dessa är: 1. Det tidiga livet; 2. Kunskaper, kompetenser och utbildning; 3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; 4. Inkomster och försörjningsmöjligheter; 5. Boende och närmiljö; 6. Levnadsvanor; samt 7. Kontroll, inflytande och delaktighet. Motiven till detta urval liksom det vetenskapliga stödet för respektive områdes betydelse, i synnerhet i en svensk kontext, presenteras i avsnitt 3.3 nedan.

Även det andra benet kan härledas till tidigare kommissioner och policyramverk (se t.ex. Commission on the Social Determinants of Health – CSDH; Hälsa 2020 eller WHO:s europeiska översyn). Även om sambanden mellan bestämningsfaktorer och hälsa är beroende av den politiska och institutionella kontexten, dvs. vilka välfärdssystem som finns på plats och hur de fungerar, finns det generella slutsatser om samband och mekanismer från internationell forskning som kan appliceras på svenska förhållanden.

När det gäller styrning, ledning och uppföljning är det dock helt avgörande att diskutera förändringar mot bakgrund av aktuell kunskap om svenska förhållanden och hur de svenska systemen fungerar. Kommissionen kommer därför att diskutera och värdera styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken men även andra relevanta politikområden utifrån enkäter till kommuner och lands-ting, samt undersökningar bland och diskussioner och intervjuer med företrädare för olika aktörer som exempelvis länsstyrelser, myndigheter och brukare. Detta behandlas i avsnitt 3.4.

För att sätta in dessa ställningstaganden och avvägningar som presenteras i avsnitten 3.3 och 3.4 i sitt sammanhang kommer vi inledningsvis att närmare beskriva bakgrunden till och tankarna bakom den svenska folkhälsopolitiken (avsnitt 3.1), liksom bakgrunden till och slutsatserna från tidigare kommissioners arbete (avsnitt 3.2).

3.1 Den svenska folkhälsopolitiken

Den gällande folkhälsopolitiken bygger på de förslag som presenterades av Nationella folkhälsokommittén år 2000, och den proposition baserad på deras slutbetänkande som antogs av riksdagen 2003. Denna politik bygger på det övergripande målet om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, samt på 11 målområden grundade i centrala bestämningsfaktorer.

De grunder som folkhälsopolitiken baseras på är i huvudsak i överensstämmelse med de utgångspunkter som Kommissionen har för vårt arbete. Samtidigt genomfördes inte förslagen från Nationella folkhälsokommittén fullt ut, och dess styrande funktion har varit svagare än avsett. De problem som vi uppfattar finns i själva folkhälsopolitikens genomförande bör därför ligga till grund för en analys och förslag till åtgärder från Kommissionens sida.

3.1.1 Nationella folkhälsokommittén och folkhälsopolitikens grunder

I mitten av 1990-talet tillsatte regeringen en parlamentarisk kommitté med uppgift att utarbeta nationella mål för hälsans utveckling (Dir. 1995:158). Denna Nationella folkhälsokommitté lade i oktober 2000 fram sitt slutbetänkande Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:91).

Bakgrunden till kommittén var att ytterligare förbättringar i hälsan i Sverige sågs som både möjliga och önskvärda att uppnå, även om utvecklingen fram till dess varit positiv. Särskilt pekade man i direktiven på de stora och i vissa fall ökande skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället.

Mot den bakgrunden såg regeringen ett behov av nationella hälsomål, dels för att ange vilka folkhälsoproblem som kunde vara mest angelägna att lösa rent generellt, dels för att minska skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, mellan grupper med olika etnisk tillhörighet, mellan olika geografiska områden, samt mellan kvinnor och män.

I direktiven anges att ett nationellt måldokument skulle vara viktigt i sig, men att själva processen fram till dessa mål är minst lika viktig. Målen var därför tänkta att ange inriktning och ge stöd och inspiration för folkhälsoarbete på nationell, regional och lokal nivå. De nationella målen liksom strategierna på kommunal- och landstingsnivå som skulle kopplas till dessa skulle vara vägledande för samhällets insatser för att förbättra folkhälsan.

Ett grundläggande och centralt element i Nationella folkhälso-kommitténs arbete och förslag var att de tog sin utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer:

Den nationella folkhälsopolitiska strategi som presenteras i de följande kapitlen tar primärt sin utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer. Denna utgångspunkt utgår från en bedömning från kommitténs sida att människors livsvillkor och levnadsvanor är bidragande orsaker till sjukdomar, skador och annan ohälsa. Folkhälsopolitikens fokus bör vara att inom olika sektorer av samhället och med olika metoder påverka dessa orsaker och därmed förekomsten av ohälsa och ohälsans olika konsekvenser (SOU 2000:91, s. 47).

Detta utgjorde ett viktigt ställningstagande – en god hälsa baseras på en rad olika förhållanden som människor lever under och möter under livets gång. Ställningstagandet bör enligt vår mening också

förstås utifrån ett vidare sammanhang. Insatser som vaccinationsprogram, rent vatten, läskunnighet och tillgång till sjukvård har historiskt varit centrala för att förbättra folkhälsan. Dessa är fortfarande basala förutsättningar för hälsa, och representerar i sig insatser inom olika samhällssektorer. När sådana och andra åtgärder vidtagits och finns på plats kommer arbetet för att nå fortsatta hälsoförbättringar att behöva fokusera på faktorer som stödjer individen att bli stark och mindre sårbar för olika risker och utmaningar i livet. Detta är extra viktigt för de människor och grupper som är mer resurssvaga. Att många samhällssektorer är viktiga aktörer för att förbättra hälsan i befolkningen, både generellt och för att minska skillnader mellan olika grupper, blir också uppenbart med detta synsätt.

I sin analys formulerade Nationella folkhälsokommittén en vision för samhällsutvecklingen – *En god hälsa på lika villkor*. Man angav också sex övergripande *riktlinjer* för hur denna vision för utvecklingen mot ett (än mer) hälsovänligt samhälle skulle realiseras. Dessa var: 1) Stärk det sociala kapitalet, 2) Utveckla goda uppväxtvillkor, 3) Förbättra villkoren i arbetslivet, 4) Skapa en god fysisk miljö, 5) Stimulera hälsofrämjande levnadsvanor, samt 6) Utveckla en god infrastruktur för hälsofrågor.

Utifrån sin vision och sex övergripande riktlinjer landade kommittén i 18 hälsopolitiska mål inriktade på hälsans bestämningsfaktorer, men även på organisering av kunskap och folkhälsoarbete. Varje mål konkretiseras i några delmål, och olika aktörer och deras uppdrag pekades ut. Kommittén angav även indikatorer för hur de olika målen skall kunna följas upp.

Regeringens förslag rörande mål för folkhälsan lades fram för riksdagen i december 2002 (Prop. 2002/03:35). Där hade de 18 hälsopolitiska målen omvandlats till 11 målområden: Delaktighet och inflytande i samhället; Ekonomisk och social trygghet; Trygga och goda uppväxtvillkor; Ökad hälsa i arbetslivet; Sunda och säkra produkter och miljöer; En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård; Gott skydd mot smittspridning; Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa; Ökad fysisk aktivitet; Goda matvanor och säkra livsmedel; Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och doping samt minskade skadeverkningar av

överdrivet spelande. Visionen om en god hälsa på lika villkor hade vidare omformulerats som ett övergripande nationellt mål.¹ Skälen till denna förändring angavs vara en bättre anpassning till regeringens befintliga modell för styrning av statsförvaltningen. Det bör även noteras att Nationella folkhälsokommitténs förslag om en folkhälso- lag, liksom användandet av lagstiftning mer generellt för att främja hälsa, inte behandlades i propositionen. I stället föreslogs att en särskild utredare skulle tillsättas med uppdrag att göra ett samlat övervägande (Prop. 2002/03:35, s. 100). Någon sådan utredning tillsattes dock aldrig.

Till den folkhälsopolitik som sjösattes i och med att Prop. 2002/03:35 antogs av riksdagen 2003 hörde även ett system med Folkhälsorapporter för att följa hälsans utveckling och fördelning, samt Folkhälsopolitiska rapporter för att följa utvecklingen av bestämningsfaktorerna. Även strukturer inom Regeringskansliet etablerades för att hantera den tvärsektorielle ansatsen. Strukturen med målområden inriktade på centrala bestämningsfaktorer för hälsa har även anammats av kommuner och landsting, och blivit en viktig referenspunkt för folkhälsoarbetet i Sverige. Den revidering av folkhälsopolitiken som genomfördes 2008 (Prop. 2007/08:110) innebar en fokusering på vissa målområden, men ramen med målområden behölls i huvudsak (se vidare avsnitt 3.4).

3.1.2 Rätt tänkt men ofullbordad?

I Kommissionens direktiv anges folkhälsopolitiken som en viktig bakgrund och utgångspunkt för vårt arbete, och särskilt det fokus på samhällliga förutsättningar för en god folkhälsa och folkhälsans bestämningsfaktorer som lades fast i och med Prop. 2002/03:35. En genomgång av Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande och regeringens proposition från 2002 visar tydligt att mycket av det tankegodt och de idéer som fanns då i högsta grad fortfarande är aktuella. Både vad gäller *vad* som behöver förbättras och *hur* detta bör göras finns påtagliga överlappningar med vad som flera år senare presenterades i slutbetänkandet från Michael Marmots

¹ Målet blev "Att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen".

globala kommission (CSDH 2008). Sverige låg långt fram i arbetet med en nationell folkhälsopolitik i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet.

Den fråga man rimligen då bör ställa sig är varför vi nu närmare 15 år senare behöver en ny Kommission med liknande uppdrag som den Nationella folkhälsokommittén. Svaret står delvis att finna i det faktum att sociala skillnader i hälsa faktiskt inte har minskat under dessa år, utan snarare har ökat. Men betyder det i sin tur att de utgångspunkter, idéer och förslag som ledde fram till den folkhälsopolitik som vi haft sedan 2003 är felaktiga?

Detta är en berättigad fråga. Vi menar att folkhälsopolitiken i många avseenden var rätt tänkt, men ofullbordad. Det finns flera aspekter av det ofullbordade i svensk folkhälsopolitik. Detta utvecklar vi vidare avsnitt 3.4.

Att folkhälsopolitiken inte har fått det breda genomslag som från början var avsett verkar klart. Att hälsoskillnaderna inte påverkats är dock knappast ett resultat enbart av detta. Man får minnas att Sverige under denna period levte med efterdyningarna av den stora ekonomiska krisen på 1990-talet, såväl som den som tog sin början 2008. Det har också skett olika förändringar inom flera av de politikområden som inkluderas i folkhälsans bestämningsfaktorer som lett till större snarare än mindre skillnader (Kvist et al. 2012; OECD 2015). Det hindrar dock inte att de problem som vi uppfattar finns i själva folkhälsopolitikens genomförande kan och bör ligga till grund för en analys och förslag till åtgärder från Kommissionens sida.

3.2 Tidigare initiativ för jämlik hälsa – internationellt, nationellt, regionalt och lokalt

Det finns ett gediget underlag om vad som orsakar ojämlikhet i hälsa och förslag på hur ojämlikhet i hälsa kan minska baserat på tidigare arbeten internationellt, nationellt och regionalt och lokalt i Sverige som Kommissionen tar fasta på i sitt arbete.

Kommissionen ska enligt direktiven ”beakta relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU-samarbetet och övrigt internationellt arbete”

(Dir. 2015:60). Att ojämlikhet i hälsa är en komplex fråga råder det inga tvivel om och det finns all anledning att lära av andra länders erfarenhet och av de lokala och regionala initiativ som har tagits i Sverige. Mot bakgrund av detta har Kommissionen gjort en genomgång av aktuella policydokument och rapporter för att sammanfatta strategier, rekommendationer och lärdomar.

Analysen utger sig inte för att vara heltäckande, utan fokuserar på de dokument som bedöms ha störst relevans för Kommissionens uppdrag. Inledningsvis presenteras internationella initiativ från FN, EU och WHO. Därefter presenteras ett antal nationella initiativ följt av en beskrivning av lokala och regionala initiativ i Sverige med sammanfattande slutsatser.

3.2.1 Internationella initiativ

Kunskapen om hälsa och ojämlikhet i hälsa är långt ifrån ny. Sociepidemiologer har studerat skillnader i hälsa och sjukdom och analyserat faktorer som påverkar dessa sedan 1700-talet (Dahl 2014). Förståelsen för att ojämlikhet i hälsa uppkommer utanför hälso- och sjukvårdssystemen fanns redan i policydokument på 1970-talet, t.ex. i WHO:s Alma Ata deklARATION 1978 (WHO 1978) och the British Black Report 1980. Dessa pekade tydligt på att trots förbättrat hälsotillstånd för de allra flesta ökar skillnader i hälsa. Här framhövdes behovet strategier som inte bara handlar om hälso- och sjukvården, utan som också hanterar de bakomliggande sociala, ekonomiska och politiska orsakerna bakom ojämlikheten i hälsa (Kickbush och Buckett 2010).

Ett arbete som fått stor betydelse för hur jämlikhet i hälsa kan beskrivas, förklaras och framför allt vilka åtgärder som krävs och som kommit att influera förändringsarbeten globalt, nationellt och lokalt i Sverige är *Commission on social determinants of health*, här kallat CSDH (WHO 2008). Denna tillsattes 2005 av WHO:s dåvarande generaldirektör Lee Jong-wok. Kommissionen leddes av Michael Marmot och bestod av 19 kommissionärer med olika expertis inom forskning och politik. Baserat på omfattande forskningsunderlag visade CSDH att mekanismerna bakom växande ojämlikhet i hälsa mellan länder, inom länder och i städer beror på de politiska, ekonomiska och sociala system som man växer upp,

bor, arbetar och åldras i. CSDH menade samtidigt att skillnaderna kan påverkas och att det krävs radikala förändringar för att bryta trenden med växande ojämlikhet i hälsa. ”Business as usual is not an option” slog CSDH fast. I slutrapporten *Closing the gap in a generation* som presenterades 2008 föreslogs tre övergripande strategier och 56 mer specifika rekommendationer;

1. Förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv.
2. Motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser – globalt, nationellt och lokalt.
3. Mät och förstå problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder.

CSDH uppmanade också varje land att utgå från rapportens övergripande rekommendationer och göra nationella översikter baserat på att mekanismerna bakom ojämlikhet i hälsa i stort sett är desamma, men rekommendationer och strategier måste utgå ifrån varje lands kontext (WHO 2008). Det fanns också en medveten strategi i CSDH att kontinuerligt föra dialog med beslutsfattare, civilsamhälle och andra aktörer och bilda kunskapsnätverk mellan samhällssektorer. Denna strategi har blivit vägledande för efterföljande översikter (Vågerö 2014).

Baserat på CSDH:s slutrapport antog WHO i maj 2009 en resolution. Genom denna åtar sig WHO:s medlemsländer att minska ojämlikheten i hälsa genom insatser som syftar till att fokusera på bestämningsfaktorer för hälsa (WHO 2009).

Inom WHO-Europaregionen har den globala CSDH följts upp av en kommission, som tillsattes 2010 i syfte att kartlägga ojämlikheten i hälsa inom WHO:s Europaregion. Även denna kommission leddes av Michael Marmot. Kommissionen presenterade 2012 rapporten *European Review of social determinants of health and the health divide* med förslag till åtgärder för Europas 53 medlemsländer (WHO Regional Office Europe 2013). Denna rapport låg till grund för WHO Europaregionens nya policyramverk; Hälsa 2020. Ramverket är resultatet av en omfattande tvåårig samrådsprocess och det antogs av medlemsstaterna i regionen 2012. Policyramverket anger flera rekommendationer baserade på två övergripande strategiska mål: 1) att förbättra hälsan för alla och minska ojämlikhet i hälsa, samt 2) att förbättra ledarskap och

delaktighet i styrning. Hälsa 2020 framhäver vikten av sektorsövergripande insatser på alla samhällsnivåer och betydelsen av att andra sektorer utanför hälsosektorn prioriterar hälsa. Hälsan måste integreras inom alla politikområden, dvs. ett s.k. ”health in all policies-perspektiv” (HiAp) bör anläggas (WHO 2013).

Inom EU har ojämlikhet i hälsa uppmärksammats sedan flera år tillbaka. EU:s folkhälsostrategi ”*Tillsammans för hälsa*” bidrar till målen i den nu gällande övergripande Europa 2020-strategin, EU:s tillväxtstrategi. I Europa 2020 betraktas strategier för hälsa och jämlik hälsa som investeringar som bidrar till större social sammanhållning för att minska ohälsa, fattigdom och social utestängning (Europeiska kommissionen 2010). Europeiska kommissionen publicerade 2009 meddelandet *Solidaritet i hälsa: att minska ojämlikhet i hälsa i EU* (KOM/2009/0567). I meddelandet konstateras att skillnaderna inom och mellan EU:s medlemsstater är stora med tecken på ökad ojämlikhet, särskilt bland utsatta grupper som etniska minoriteter. Skillnaderna i hälsa fastlås vara kopplade till socioekonomiska faktorer som påverkar många aspekter av människors levnadsförhållanden, vilket i sin tur påverkar människors hälsa. Som ett svar på meddelandet antog Europaparlamentet 2011 en resolution; *Reducing health inequalities* med uppmaning till medlemsstaterna att verka för att utjämna sociala och ekonomiska skillnader i hälsa (Europaparlamentet 2011).

Även inom ramen för samarbetet i Nordiska ministerrådet är frågorna om jämlik hälsa på agendan. I april 2016 fattade det Nordiska ministerrådet beslut om en deklaration om folkhälso-samarbete i Norden. Deklarationen föreskriver ett utökat folkhälso-samarbete med målet att uppnå en minskning av ojämlikhet i hälsa och beskriver former för erfarenhetsutbyte och gemensamma utvecklingsprojekt (Nordiska ministerrådet 2016).

Sammanfattningsvis kan konstateras att frågor om jämlik hälsa har uppmärksammats och behandlats inom WHO, EU och Nordiska ministerrådet med argument för att agera kraftfullt för att minska ojämlikhet i hälsa. Sverige har, i ett globalt perspektiv, små skillnader i hälsa, men som konstateras i kapitel 1 och 2 och i Kommissionens direktiv, fortsätter ojämlikheten i hälsa att vara påtaglig. De internationella initiativen kring jämlik hälsa utgör ett viktigt underlag för Kommissionen. Slutsatser som har dragits av dessa är bl. a. att det i arbetet för jämlik hälsa är viktigt att behandla

centrala bestämningsfaktorer för hälsa och att beakta komplexiteten bakom växande ojämlikhet. Vidare lyfts vikten av att se över förutsättningar för sektorsövergripande arbete då alla politikområden berörs, fördelning av olika typer av resurser i samhället och förutsättningar på alla beslutsnivåer för system att mäta och följa hälsans fördelning. Frågor som rör styrning, ledning och organisering av politik som kan minska ojämlikhet i hälsa lyfts som särskilt viktiga.

3.2.2 Nationella initiativ

Det arbete som Commission on social determinants of health (CSDH) genomförde har inspirerat flera nationella arbeten. Redan 2006 beslutade exempelvis Brasiliens president att inrätta en brasiliansk kommission för jämlik hälsa baserat på direktiven till Commission on Social Determinants of Health (Vågerö 2014). Den brittiska regeringen beslutade 2009 att tillsätta The Marmot Review on Health Inequalities, även denna led av Michael Marmot. Ett år senare presenterades rapporten *Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*, som fokuserar på engelska förhållanden, politik och åtgärder. I rapporten identifieras sex olika målområden;

- En god start i livet för alla barn
- Maximera människors utvecklingsmöjligheter och kontroll över livet
- Goda anställnings- och arbetsvillkor
- En hälsosam levnadsstandard
- Hälsosamma och hållbara miljöer och samhällen
- Ett stärkt fokus på hälsoprevention.

Under respektive målområde finns två till tre prioriterade mål. Rapporten innehåller också förslag på åtgärder och samhällliga mekanismer för genomförande (Fair Society, Healthy Lives 2010). Rapporten bidrar med några viktiga utgångspunkter för arbetet med den ojämlika hälsan. För det första att det finns behov av en uppföljningsstruktur med indikatorer som följer processen, resultat

och utfall samtidigt som det ska finnas en utsedd ansvarig aktör för implementeringen av åtgärder. För det andra att den lokala nivån är central för att förbättra hälsan bland befolkningen och minska ojämlikheten. Det finns också lärdomar att dra från policyprocessen i England då efterfrågan på evidensbaserade metoder ökade som en effekt av ökat ansvar för hälsans ojämlikhet på lokal nivå. Hälsoministeriet i England gav därför Institute of Health Equity vid University College London uppdrag att utarbeta s.k. policy briefs. Dessa är lättillgängliga forskningsbaserade sammanfattningar av sambandet mellan hälsa och en specifik bestämningsfaktor och methodsammanfattningar baserade på tillgänglig forskning. Till exempel finns sådana sammanfattningar om vuxenutbildning och om föräldrastödsprogram (Public Health England 2014a och b).

3.2.3 De nordiska länderna

De nordiska länderna har länge framhållits som länder med hög levnadsstandard och små sociala och ekonomiska skillnader och har betraktats som föregångare med sina välfärdsmodeller. Samtidigt skönjs en växande ojämlikhet i hälsa även här, något som har kallats för den nordiska välfärdsparadoxen (Hurrelman et al. 2011). Det finns olikheter och likheter i de nordiska ländernas folkhälsopolitik väl värda att beakta. Den nordiska kontexten beskrivs med särskilt fokus på Danmark och Norge, som gjort s.k. Marmotöversikter.

I Danmark har Sundhedsstyrelsen initierat en dansk Marmotöversikt. Arbetet leddes av professor Finn Diderichsen vid Köpenhamns universitet. 2011 presenterades en slutrapport med titeln *Ulighed i sundhed – årsager og insatser* (Diderichsen et al. 2011). Rapporten påvisar stora hälsoskillnader över hela livsförloppet beroende på social position. Rekommendationerna fokuserar på 12 bestämningsfaktorer och adresserar fyra olika områden:

1. Barns tidiga utveckling; oavslutad skolgång, social närmiljö och segregation.
2. Bestämningsfaktorer som påverkar social position; inkomst och fattigdom, långvarig arbetslöshet, social utsatthet som orsak och konsekvens av sjukdom, fysiska miljöfaktorer, fysiska och psykosociala arbetsmiljöaspekter.

3. Bestämningsfaktorer som påverkar konsekvenser av sjukdom. Här spelar hälso- och sjukvårdens roll in, liksom en exkluderande arbetsmarknad.
4. Tvärsektorielt samarbete för att minska ojämlikhet i hälsa.

Utifrån från dessa 12 bestämningsfaktorer föreslås mål, insatser och indikatorer för uppföljning och omsättning av rekommendationerna. I rapporten föreslås både generella insatser som påverkar förutsättningar för hela befolkningen för att få effekter på det som kallas hela gradienten och insatser för grupper i utsatta situationer.

I Norge har de norska myndigheterna haft social jämlikhet i hälsa på dagordningen i allt större utsträckning de senaste åren och 2012 instiftades en folkhälsolag med det övergripande målet att minska ojämlikhet i hälsa. Lagen baseras på ett "health in all policies-perspektiv" och syftar till att minska den sociala gradienten, och ett stort ansvar för arbete läggs på kommunal nivå (Fosse 2013). Som en del i ett fördjupat fokus på jämlik hälsa gav Helsedirektoratet 2012 Högskolan i Oslo og Akershus i uppdrag att utarbeta en kunskapsöversikt över social ojämlikhet i hälsa och dess konsekvenser. I uppdraget ingick även att identifiera de politikområden och välfärdssektorer som har störst betydelse för att minska ojämlikhet i hälsa samt att föreslå rekommendationer. Uppdraget hade CSDH som utgångspunkt och arbetet leddes av professor Espen Dahl. Slutrapporten *Social ulikhet i helse. En norsk kunskapsöversikt* presenterades i mars 2014 (Dahl et al. 2014). Liksom den danska rapporten fokuserar rapporten på en ökad förståelse för vad som orsakar växande ojämlikhet i hälsa ur ett livsförloppsperspektiv kopplat till sociala bestämningsfaktorer.

Till skillnad från i den danska rapporten föreslås framför allt universella strategier som påverkar hälsogradienten och adresserar hela befolkningen i stället för att fokusera på grupper i särskilt utsatta situationer, bland annat för att inte stigmatisera dessa grupper. Målsättningar och rekommendationer ges för ett antal områden. Dessa omfattar barn- och ungas uppväxtvillkor, skola och utbildning, sysselsättning, arbetsmiljö, inkomst och fattigdom, livsstilsfaktorer, hälso- och sjukvårdstjänster och socialtjänst. Denna rapport, liksom lagstiftningen i Norge, har resulterat i en ökad efterfrågan av utvärderade metoder för vad som fungerar. På liknande sätt som i England utarbetar forskare s.k. policy briefs

med kortfattade sammanställningar av evidensbaserade metoder kopplade till sociala bestämningsfaktorer och ojämlikhet i hälsa, framför allt som stöd för kommunernas arbete.

Det finns flera lärdomar för Kommissionen att dra från det nordiska arbetet. I en nyligen publicerad rapport har en genomlysning gjorts av hur de nordiska länderna har arbetat med jämlik hälsa, framför allt med utgångspunkt från den kommunala nivån. I denna rapport; *Tackling Health Inequalities Locally – the Scandinavian Experience* (Diderichsen et al. 2015) sammanfattas de viktigaste bestämningsfaktorerna för jämlik hälsa som är prioriterade på kommunal nivå; barns tidiga uppväxt, utbildning, segregation, arbetslöshet, arbetsmiljö, inkomst/fattigdom, marginalisering och miljörisker. De policysektorer som är involverade är barn- och familjeomsorg, arbetsmarknad, utbildningssektorn, den sociala sektorn, trafik och miljö, jordbruk, finansiering, fysisk planering samt hälso- och sjukvård (Diderichsen et al. 2015). Utifrån denna jämförande studie ges 11 rekommendationer, vilka har bäring på Kommissionens arbete:

1. Ett helhetsperspektiv med fokus på både den sociala gradienten och grupper i utsatta eller marginaliserade positioner och som involverar ett ”health in all policies-perspektiv” där jämlik hälsa ses som en förutsättning för hållbar utveckling.
2. Policies som bygger på respektive politikområdes förutsättningar för att åstadkomma ett aktivt ägarskap inom t.ex. arbetsmarknadspolitik och utbildningspolitik.
3. Stöd för policyutveckling på lokal nivå som bygger på forskning om verkningsfulla strategier genom exempelvis s.k. policy briefs.
4. Kunskap om kostnader och både sociala och ekonomiska effekter av insatser efterfrågas för att kunna ge stöd i budgetarbete och för att kunna prioritera åtgärder.
5. Indikatorer för uppföljning inom alla politikområden så att socioekonomiska skillnader synliggörs.
6. Utveckla policyfärdigheter på alla nivåer med kunskap om vad och hur hälsans jämlikhet kan påverkas inom de olika politik-

områdena. Inkluderar epidemiologi, ekonomi och kunskap om förebyggande och främjande arbete.

7. Lagstiftning har betydelse för att utveckla en systematik och få legitimitet och prioritet på alla nivåer (med hänvisning till Norges folkhälsolag).
8. Samverkan – ”a whole of society approach”, vilket innebär att inkludera alla sektorer i arbetet inklusive civilsamhället.
9. Involvera alla sektorer på lika villkor tidigt i arbete dels för att vidga förståelsen för problematiken, dels för att åstadkomma ett aktivt ägarskap. Motsvarande struktur behövs på nationell nivå.
10. Vertikala samverkansprocesser. Nationella och regionala aktörer bör stödja kommuner med kunskap om jämlik hälsa och frågorna bör vara prioriterade i regionalt utvecklingsarbete.
11. Långsiktigt dedikerat arbete på politisk nivå och förvaltningsnivå är en förutsättning för hållbara resultat. (Diderichsen et al. 2015, egen översättning).

Sammanfattning

Att ojämlikhet i hälsa växer i de nordiska länderna, trots en etablerad välfärdspolitik, är ett bevis för att ojämlikhet konstant reproduceras i nya former med nya orsaker. Globala processer påverkar förutsättningarna i ökad grad. Ett exempel på detta är det senaste årets befolkningsutveckling som en följd av flyktingtillströmning, vilket genererar nya utmaningar utifrån målet att sluta hälsogapet inom en generation. Även om de bakomliggande orsakerna till ojämlikhet kan vara desamma förutsätts en kontinuerlig utveckling av strategier, metoder för implementering och uppföljning. Kommissionen uppmantrar därför ett fördjupat samarbete mellan de nordiska länderna utifrån intentionen från Nordiska Ministerrådet. Vidare kommer Kommissionen att fördjupa kunskapen om den norska folkhälsolagstiftningen samt behovet av kunskapsstöd, såsom har utvecklats i Norge och England.

3.2.4 Sverige – Lokala och regionala initiativ

Efter att CSDH hade presenterat sin slutrapport översattes sammanfattningen till svenska av Folkhälsoinstitutet 2008. Behovet av en nationell svensk folkhälsokommission som adresserar jämlik hälsa lyftes i samband med detta fram genom flera motioner från olika riksdagspartier. Det togs dock inga samlade initiativ för att följa upp rekommendationerna i Sverige. Folkhälsoinstitutets och Socialstyrelsens gemensamma post-Marmot-rapport uppfattades inte som tillräcklig vägledning för nya åtgärder (Melinder 2011).

Sverige särskiljer sig från Norge och Danmark då initiativ till att tillsätta lokala och regionala kommissioner kom före tillsättandet av Kommissionen för jämlik hälsa på nationell nivå. Det ger Sverige och föreliggande regeringsuppdrag en unik utgångspunkt och det är angeläget att beakta utkomsten av dessa initiativ.

Nedan ges kortfattade beskrivningar av de tidiga initiativen som nu omsätts; Malmö stad med Kommission för ett socialt hållbart Malmö, Västra Götaland med Samling för social hållbarhet för att minska skillnader i hälsa i Västra Götaland, Regionförbundet Östsam med Östgötakommission för folkhälsa, och Sveriges Kommuner och Landstings arbete med Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa, som inkluderade 20 kommuner och regioner/landsting. Det finns skillnader i tillvägagångssätt, på vilken nivå arbetet har bedrivits – lokal eller regional nivå – resurser, uppdragets omfattning, samspelet mellan forskning, politik och praktik samt hur arbetsprocessen har lagts upp. Det finns dock vissa gemensamma prioriteringar och erfarenheter kring förutsättningar för hållbara resultat.

Sedan 2013 har flera ytterligare initiativ tagits på både kommunal och regional/landstingsnivå för att adressera jämlikhet i hälsa, bl.a. i Göteborgs stad, Örebro län, Blekinge läns landsting och i Stockholms stad. Andra, som t.ex. Botkyrka kommun, har kartlagt rekommendationerna från ovan nämnda initiativ och sedan jämfört med antagna policies och budgetmål i kommunen för att utröna vad man kan göra mer och bättre.

Vidare pågår diskussioner i flera andra kommuner och landsting/regioner om initiativ för jämlik hälsa. Att jämlik hälsa och social hållbarhet är en aktuell fråga för kommuner och landsting/regioner konstateras i en enkätundersökning som SKL

genomförde 2014. Enkäten besvarades av 238 kommuner (82 procent) och 18 landsting/regioner. Jämlik hälsa beskrivs som den största utmaningen inom folkhälsoarbetet för både kommuner och landsting/regioner följt av ledning och styrning ("health in all policies"). Samtidigt är det inte lika många som har mål formulerade för jämlik hälsa; 53 kommuner respektive sju landsting/regioner. Barn och ungas uppväxtvillkor och ANDT är de områden där flest har en struktur med målformuleringar och pågående arbeten på plats, vilket kan vara en spegling av hur det nationella stödet för folkhälsoarbete har sett ut senaste åren (SKL 2014).

Under våren 2016 har Kommissionen genomfört en enkätundersökning bland Sveriges kommuner och landsting/regioner, vilken kommer att ge utökad kunskap om pågående arbeten. Vår avsikt är att beakta erfarenheter och identifiera möjliga hinder och förutsättningar för implementering, som underlag för Kommissionens förslag.

Först ut med en lokal så kallad Marmotkommission var Malmö stad som 2010 tillsatte en politiskt oberoende kommission; Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö (Malmökommissionen). Uppdraget var att föreslå åtgärder för att minska den ojämlika hälsan i Malmö genom att göra de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa mer jämlika. Kommissionen avslutade sitt uppdrag 2013 med en slutrapport; *Malmöns väg mot en hållbar framtid, hälsa, välfärd och rättvisa* (Malmö stad 2013). Rapporten baseras på 32 vetenskapliga underlagsrapporter med analyser om hälsans fördelning, orsaksamband och rekommendationer. Förslagsdelen omfattar två övergripande rekommendationer; Etablera en social investeringspolitik som kan utjämna skillnaderna i levnadsvillkor och göra samhällssystem mer jämlika samt att förändra arbetssätt och metoder genom att skapa kunskapsallianser och demokratiserad styrning. 24 mål och 73 åtgärder prioriterades inom sex områden; barn och ungas vardagsvillkor, boendemiljö och stadsplanering, utbildning, inkomst och arbete, hälso- och sjukvård och förändrade processer för socialt hållbar utveckling, vilket omfattar organisering, styrning och ledning. De övergripande rekommendationerna har prioriterats i Malmö stads budget för 2015 och även 2016. Årligen görs en uppföljning av det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö. Uppföljningarna visar att arbetet i stora drag nu är en del i kommunens ordinarie

utvecklingsarbete samtidigt som det kvarstår utmaningar, bland annat system för utvärdering (Malmö stad 2015, Malmö stad 2016).

2010 startades ett utvecklingsarbete i Västra Götaland under benämningen Samling för social hållbarhet för att minska skillnader i hälsa i Västra Götaland. Syftet var att identifiera de mest centrala situationerna som påverkar skillnader i hälsa, formulera åtgärder för att minska skillnaderna och öka den sociala hållbarheten. Rekommendationerna utarbetades genom en bred dialog med politiker, tjänstemän, civilsamhälle, näringsliv m.fl. Arbetet resulterade i en handlingsplan med 44 åtgärder, vilka godkändes av regionstyrelsen 2013. Åtgärderna fokuserar på följande områden; trygga och goda uppväxtvillkor, ökat arbetsdeltagande, åldrande med livskvalitet och organisation och styrning, vilket omfattar åtgärder för implementering (Västra Götaland 2013). Arbetet med att implementera åtgärderna har drivits i tre huvudsakliga spår: att inkludera "Samling för social hållbarhet" i de stora avtalsprocesserna mellan region och kommun, påverkans- och spridningsarbete genom en stor konferens per område, samt det egna utvecklingsarbetet där politiken sedan 2013 har lyft fram vissa frågor som särskilt viktiga att prioritera. Sedan 2016 har Västra Götalandsregionen och kommunalförbundet enats om fem särskilt viktiga rekommendationer att tillsammans arbeta för, däribland fullföljda studier i både grund- och gymnasieskolan. Dokumentet "Samling för social hållbarhet – Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland" såväl som "Strategi för tillväxt och utveckling i Västra Götaland" ligger till grund för arbetet med fullföljda studier (Västra Götalandsregionen, 2014 och Västra Götalandsregionen 2013).

På uppdrag av Regionförbundet Östsam tillsattes Östgöta-kommission för folkhälsa som arbetade under 2013 och 2014. Arbetet utmynnade i rapporten *Östgöta-kommissionen för folkhälsa – slutrapport* (Östgöta-kommissionen 2015). Rapporten preciserar fem samhällsarenor med mål och förslag till åtgärder för respektive arena. Arenorna är boende och närmiljö, fritid och kultur, skola och utbildning, arbete och försörjning och omsorg samt hälso- och sjukvård. Rapporten innehåller också konkreta exempel på hur rekommendationerna kan omsättas utgående från tidigare forskning (Östgöta-kommissionen 2015). Östsams fullmäktige ställde sig bakom Östgöta-kommissionens rekommendationer och efter

regionombildningen till Region Östergötland lyftes jämlik hälsa in som ett prioriterat område i den strategiska treårsplanen 2016–2018. Med utgångspunkt från Östgöta-kommissionen har rekommendationer arbetats in i olika nämnders verksamhetsplaner för 2016, tillsammans med uppföljningsindikatorer. En framgångsfaktor för att rapportens rekommendationer nu omsätts är det interaktiva arbetssättet som präglade Östgöta-kommissionen samt ett strategiskt förankringsarbete i nämnder och förvaltningar (Kristenson 2016, kommande publikation).

Det fjärde initiativet kommer från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). SKL:s kongress beslutade 2012 att initiera ett hälsofrämjande och förebyggande arbete för att utjämna hälso-skillnader tillsammans med medlemmarna. Under namnet Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa (Samlingen) utarbetade SKL tillsammans med 20 kommuner, landsting och regioner fem rekommendationer och 23 åtgärder. Rekommendationerna omfattar: 1) Integrera jämlikhet i hälsa i all politik och i ordinarie styrning och ledning; 2) Mät och analysera problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder; 3) Ge alla barn och unga en bra start i livet; 4) Ge alla förutsättningar till egen försörjning; och, 5) Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen (SKL 2013). Samlingen avslutade sitt uppdrag 2013 och ersattes av en stödjande Mötesplats för social hållbarhet som är ett samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och SKL.

Slutsatser och erfarenheter från de lokala och regionala initiativen

Sammanfattningsvis kan konstateras att rekommendationerna på lokal nivå är mer konkreta och fokuserar på det som kommunen har ansvar för. De regionala är mer av övergripande karaktär för att sedan anpassas till lokala, kommunala förutsättningar. Social hållbarhet och jämlika livsvillkor används som begrepp för att adressera ojämlik hälsa inom flera av initiativen. Det beskrivs i uppföljningar som att det har genererat bättre förutsättningar för att få andra aktörer än folkhälso- och hälsoaktörer att ta ett aktivt ägarskap. Man menar att detta har gett bättre förutsättningar för ett s.k. *”health in all policies-perspektiv”* (Ramböll 2015; Balkfors 2014 och Diderichsen 2015).

Proportionell universalism återkommer även som begrepp, dvs. generella åtgärder men mer där behoven är som störst. Till exempel att säkerställa att information om mammografiscreening når ut till dem som inte nyttjar erbjudandet eller att säkerställa att det finns kompetent förskolepersonal i särskilt utsatta områden.

Initiativen fokuserar på sociala bestämningsfaktorer som rör livsvillkor, organisering, styrning och ledning, uppföljning och behov av kunskapsutveckling. Nedan följer en sammanfattning av rekommendationer som återfinns i de olika rapporterna.

Ett prioriterat område är *barn och ungas uppväxtvillkor*. Det omfattas av åtgärder för barns inflytande och delaktighet, barnfamiljers ekonomiska villkor, barns fysiska och psykosociala uppväxtmiljö och bostadsförhållanden. Vidare prioriteras utbildning och åtgärderna omfattar förutsättningar för en likvärdig skola och dess kvalitet. Alla utbildningsnivåer berörs i ett eller flera av initiativen såsom förskola, grundskola, gymnasieskola, vuxenutbildning, liksom även fritidshemmens betydelse för barns utveckling, lärande och hälsa. Den fysiska och psykosociala skolmiljöns koppling till jämlik hälsa och elevhälsans funktion behandlas också. Hur skolegregation kan överbryggas och rekommendationer för arbete med nyanlända barn och ungdomar finns också beskrivna.

Inkomstjämlighet och förutsättningar för försörjning är ett prioriterat område med förslag på rekommendationer som också rör den statliga nivån, exempelvis att se över nivån för försörjningsstöd. Sambandet mellan arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa för olika grupper diskuteras och även aspekter av "det dolda arbetet" som omfattar arbete i hemmet och vård av anhöriga. Förslag till utveckling av socialt företagande och sociala innovationer för att nå personer långt från arbetsmarknaden diskuteras. Arbetsmiljö, både fysisk och psykosocial, adresseras men också arbetsvillkor såsom att hantera ofrivilliga deltidstjänster.

Boendemiljö och stadsplanering är ytterligare ett prioriterat område och det omfattar bostadsförsörjning, att minska hemlöshet och trångboddhet, men också hur man kan överbrygga fysiska barriärer och hantera boendesegregation. Stadsplaneringens roll för social hållbarhet diskuteras med förslag på t.ex. socioekonomiska analyser i stadsplanering. Mötesplatser, tillgänglighet och hur man kan bygga in tillit i stadsplanering berörs också.

Hälso- och sjukvård är ett prioriterat område i Östgöta-kommissionen och Malmökommissionen, däremot inte i SKL:s och Västra Götalands arbeten, även om man har ansvar för hälso- och sjukvården på regional/landstingsnivå. Rekommendationerna omfattar åtgärder under invånarnas livscykel med mödrahälsovård, barnhälsovård, primärvård, specialistvård, äldreomsorg, samt insatser kring bemötande, förebyggande, likvärdighet och tillgänglighet. Samverkansstrukturer mellan kommun och region/landsting föreslås för att adressera de hinder som finns mellan olika funktioner inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Fritid och kultur är ett eget område inom Östgöta-kommissionen, men finns beskrivet inom andra områden hos övriga kommissioner, bland annat under barn och ungas uppväxtvillkor. Området omfattar rekommendationer om tillgänglighet, både att ha råd att delta i kultur och fritidsaktiviteter och att det finns utbud som är tillgängligt. Vidare behandlas kulturens centrala roll för arbete med demokrati, tillit och delaktighet.

Åldrande med livskvalitet omfattar rekommendationer för att motverka ofrivillig ensamhet, främjande av tillgänglighet och förutsättningar för ett aktivt åldrande.

Demokrati och delaktighet, makt och inflytande är områden som anges som målsättningar och viktiga förutsättningar för jämlik hälsa. Rekommendationer för att åstadkomma ökad makt och ökat inflytande finns inkluderade i rekommendationer för bland annat arbetsmarknad, utbildning och även i stadsplanering.

Alla initiativ hanterar utmaningar med *implementering, organisering och styrning*. Jämlik hälsa berör alla politikområden och verksamhetsområden och förslag på hur arbetet ska integreras i ordinarie styrning och ledning diskuteras. Ledarskap definieras som centralt för att nå prioritet för jämlik hälsa, både politiskt ledarskap och över förvaltnings- och verksamhetsgränser. Delaktighet och utveckling av ett mer demokratiserat styrsystem där de som berörs involveras framhävs som viktigt. Det konstateras att detta förutsätter agerande från olika samhällsaktörer, inte minst från civilsamhälle och näringsliv.

Socialt investeringsperspektiv diskuteras i rapporterna. Att betrakta investeringar i sociala livsvillkor som investeringar i stället för kostnader framhålls som viktigt. Vidare diskuteras att tidiga insatser lönar sig, men också behov av att mäta och följa upp

effekter av sociala insatser, samt hinder för långsiktighet på grund av ettåriga budgetprocesser.

Resultat av de lokala och regionala initiativen

Har det skett någon förändring avseende hälsans fördelning i de kommuner och regioner som har tillsatt kommissioner? Det är för tidigt att bedöma effekter på hälsoutfall, men analyser har gjorts i form av processutvärderingar i Malmö stad och följeforskning i Västra Götaland (Malmö stad 2015 och 2016; Kastberg 2014). På uppdrag av SKL och Folkhälsomyndigheten har Ramböll gjort en processutvärdering av Malmökommissionens, Östgötakommissionens och Västra Götalands arbete samt SKL:s Samling för social hållbarhet med syfte att ge andra kommuner och landsting/regioner stöd i policyprocesser för jämlik hälsa (Ramböll, 2015).

Det som framkommer tydligt i rapporten är hur viktiga själva arbetsformerna för respektive kommission har varit. Att precis som i det globala arbetet med CSDH involvera beslutsfattare, verksamhetsföreträdare och aktörer brett under arbetets gång för att förankra motiv, målsättningar och rekommendationer beskrivs som en central framgångsfaktor för det fortsatta arbetet.

I rapporten presenteras *fem framgångsfaktorer som förutsättningar* för hållbara resultat, vilka baseras på Lennart Svenssons forskning (2013) om hållbart förändringsarbete. Den första är ett *aktivt ägarskap och krävande finansiärer* som sätter ramar för arbetet, följer utvecklingen och resultaten. Ett aktivt ägarskap bygger bland annat på att ägaren, dvs. politikerna i dessa fall ständigt håller sig informerade om utvecklingen inom området och att som krävande finansiärer aktivt ställer krav på att hälsa/jämlik hälsa sätts i första rummet. Hur detta har varit centralt i omsättningen av kommissionsrapporterna framgår tydligt av uppföljningar gjorda av Malmökommissionen och Östgötakommissionen (Kristenson 2016, kommande publikation). Den andra komponenten är att *säkerställa professionell styrning* som handlar om att ta strategiska beslut i samspel med ägarna, dvs. att relationen mellan politiska beslut och förvaltning fungerar för omsättning av rekommendationer. I detta ingår även den tredje och fjärde komponenten; *en kompetent ledning* som också förmår att *engagera deltagare*, exempelvis förvalt-

ningar och samverkansaktörer såsom civilsamhälle och näringsliv. Den femte komponenten för att omsätta rekommendationer och få till stånd ett hållbart förändringsarbete är att *målgruppen har inflytande över policyarbetet och förändringsarbete*. Dessa fem framgångsfaktorer är särskilt påtagliga i de uppföljningar som har gjorts av Malmökommissionen och Östgötakommissionen.

Det som de lokala och regionala kommissionerna vittnar om är att komplexiteten bakom ojämlikhet i hälsa förutsätter andra angreppssätt än den linjära implementeringsprocessen från analys, policy och implementering till uppföljning. Det förutsätter en mer iterativ policyprocess, där forskning/utvärdering involveras i utvecklingsarbetet. Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm är ett exempel på detta. Till skillnad från tidigare kommissioner ska Stockholmskommissionen arbeta nära/inom stadens verksamheter för att påskynda förändring och kontinuerligt ge förslag på åtgärder. Forskningsbaserade kunskapsunderlag utarbetas löpande som underlag till rekommendationer, vilka kontinuerligt förs in i befintliga beslutsprocesser såsom översiktsplan och budgetarbete (Stockholms stad 2015).

3.2.5 Sammanfattning

Utifrån genomgången av internationella, nationella, regionala och lokala initiativ drar Kommissionen ett antal slutsatser.

För det första kännetecknas alla tidigare rapporter såväl internationellt och nationellt som regionalt och lokalt av att de tar sin utgångspunkt i en deskriptiv beskrivning av hur hälsosituationen ser ut i relation till socioekonomiska faktorer och olika bestämningsfaktorer. En viktig förutsättning för att formulera strategier är en tillförlitlig epidemiologisk bevakning på en geografiskt nedbruten nivå så att nationella, lokala och regionala politiker och verksamheter tydligt kan följa sina respektive ansvarsområden. Tillgången till relevant data är angeläget för den lokala och regionala nivån.

För det andra finns en efterfrågan på kunskap om policyutveckling och implementeringskunskap. De lokala och regionala initiativen lyfter fram implementeringshinder som skulle kunna överbryggas. Erfarenheter och forskning om implementering, policy och omsättningsbara evidensbaserade metoder som påverkar

hälsoojämlikhet har ökat sedan WHO-rapporten *Closing the gap in a generation* presenterades, men är eftersatt. Kommissionen har för avsikt att fortsätta föra dialog med myndigheter, lokala och regionala företrädare och andra samhällsaktörer om hinder och förutsättningar för implementering som behöver överbryggas.

För det tredje vittnar de tidigare arbetena om att själva tillvägagångssättet, policyprocessen för att utarbeta strategier och handlingsplaner är avgörande för hur planerna sedan omsätts och integreras i ordinarie verksamhet. Det handlar om att involvera aktörer och ett starkt ägarskap på statlig, regional och lokal nivå.

För det fjärde lyfts behov av ett tvärsektoriellt arbete, där alla politikområden är berörda, vilket dels utmanar styrning, ledning och uppföljningsstrukturer, dels kan innebära målkonflikter. Frågans komplexitet förutsätter olika aktörers agerande och samverkan mellan aktörer utan att riskera att frågorna faller mellan stolarna "allas uppdrag och ingens ansvar". En slutsats som dras i den nordiska studien *Tackling Health Inequalities Locally – the Scandinavian Experience* (Diedrichsen 2015) är att den norska folkhälsolagen bland annat har tydliggjort ansvarsfördelning mellan samhällssektorer på ett tydligare sätt. Kommissionen ser över förutsättningar för ett tvärsektoriellt arbete på statlig, regional och kommunal nivå.

För den femte betonas att det är viktigt med strategier som påverkar både den sociala gradienten och grupper i utsatta situationer. Ett angreppssätt som definierats som proportionell universalism, dvs. universella åtgärder så som en likvärdig förskola av hög kvalitet, men att tidigt ge stöd och insatser för barn med särskilda behov som annars riskerar att hamna efter i skolan.

För det sjätte framträder ett antal bestämningsfaktorer som återkommer i alla rapporter som centrala för människors livsvillkor och ojämlikhet i hälsa.

Ovan nämnda slutsatser från tidigare initiativ har utgjort ett viktigt underlag för Kommissionens beslut att fokusera på två huvudinriktningar för Kommissionens förslag. Dels på sju centrala områden för mer jämlika villkor och dels på mer strategisk styrning och uppföljning av verksamheter för jämlik hälsa, vilket utvecklas i följande kapitel.

3.3 Centrala områden för en mer jämlik hälsa

Kommissionen ska enligt direktiven ta utgångspunkt i ”*Det breda välfärdspolitiska perspektiv för folkhälsoarbetet, som beskrivs i propositionen Mål för folkhälsan (Prop. 2002/03:35), samt ”...beakta relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU-arbetet och övrigt internationellt samarbete” (Dir. 2015:60, s. 6).* Som framgått tidigare har såväl den befintliga svenska folkhälsopolitiken som tidigare kommissioner och forskningsgenomgångar internationellt ett antal gemensamma nämnare. En av dessa är fokus på sociala bestämningsfaktorer, olika slags livsvillkor och möjligheter, samt hur dessa fördelas mellan människor i olika sociala grupper. En annan är att samtliga anlägger ett livsförloppsperspektiv.

Kommissionen vill särskilt betona det samspel och ömsesidiga inflytande som finns mellan hälsan och dess bestämningsfaktorer, och att detta samspel blir särskilt tydligt i ett livsförloppsperspektiv. Människors hälsa och funktionsförmåga är både en förutsättning för arbete, försörjning och ett gott liv, och ett resultat av vilken sorts arbete, vilka försörjningsmöjligheter och vilket slags liv människor i olika samhällsskikt har och kan leva.

Denna breda ansats utgör dock i sig en utmaning, inte minst om man även vill närma sig frågan om vad som är mest angeläget att göra för att påbörja en process mot minskande hälsoklyftor. Kommissionen väljer därför att i första hand lyfta fram sju centrala områden där mer jämlika villkor och möjligheter skulle bidra till mer jämlik hälsa. Dessa är: 1. Det tidiga livet; 2. Kunskaper, kompetenser och utbildning; 3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; 4. Inkomster och försörjningsmöjligheter; 5. Boende och närmiljö; 6. Levnadsvanor; samt 7. Kontroll, inflytande och delaktighet.

I följande avsnitt ges översiktliga beskrivningar av det vetenskapliga stödet för att dessa områden är viktiga för en mer jämlik hälsa, med fokus på den svenska kontexten.

3.3.1 Det tidiga livet

Det tidiga livet är centralt område för att uppnå jämlik hälsa. Att alla barn får en bra start i livet med goda uppväxtvillkor som stimulerar deras tidiga utveckling, inlärning och hälsa är centralt för att uppnå jämlik hälsa som barn och som vuxen. Forskning har visat att barn som haft möjlighet att utveckla de grundläggande förmågorna tidigt i barndomen har fått en mer stabil grund att stå på och i förlängningen bättre hälsa. Särskilt barn som växer upp i ekonomisk utsatthet får oftare som vuxna sämre hälsa.

Under de första levnadsåren läggs grunden för barnens fysiska, sociala, psykiska och kognitiva utveckling (Barker 1989, 1992, Hackman och Farah 2009).² Tidiga miljöinflytanden, t.ex. närings-tillgång under fosterperioden, interagerar med genetiska faktorer och påverkar därigenom barns utveckling redan i moderlivet, från att befruktningen sker. Processen beskrevs tidigt som ”biologisk programmering” och ansågs avgörande för de hälsorisker som en vuxen individ senare löper. Barker insåg dock tidigt att den biologiska processen påverkas av olika socioekonomiska förutsättningar och menade i en studie (1991) att de var grundläggande för ojämlikhet i hälsa bland vuxna. I dag dominerar en bredare syn bland hälsoforskare. Fokus ligger på att det är flera faktorer som spelar roll, inte bara under fostertiden utan även under resten av barndomen, vilka påverkar barns utveckling och framtida hälsa.

För tidig födsel och låg födelsevikt kan vara indikatorer på framtida hälsoproblem men i dag vet man att dessa förhållanden samverkar med förhållanden under vuxenlivet. De senare är, allmänt sett, lika viktiga som fosterlivets hälsodeterminanter (Ben-Shlomo och Davey Smith 1991). Under de första åren är det viktigt att de tidigaste grundläggande färdigheterna byggs upp annars kommer barnen att få det svårt att ta till sig andra färdigheter. För barnens långsiktiga hälsa är det således viktigt att de biologiska, psykologiska och sociala faktorerna samspelar på ett bra sätt (Blane et al. 2013).

² Det tidiga livet definierar vi i stort som perioden från fostertiden och upp till fem års ålder.

Kognitiva förmågor hos barn som t.ex. verbal, spatial och analytisk förmåga, minneskapacitet och fonologisk medvetenhet samt sociala förmågor och personliga egenskaper såsom t.ex. uthållighet, självförtroende, tålmod och temperament formas i huvudsak tidigt i livet. Barns utveckling har beskrivits utifrån bl.a. utvecklingsbiologi, psykologi, neurologi, nationalekonomi, medicin och sociologi (se t.ex. Gluckman et al. 2006; Cunha och Heckman 2007; Cunha et al. 2006; Almond och Currie 2011 och Carey 2011). Sammantaget visar dessa studier att utveckling, tidig inlärning och hälsa i barndomen får konsekvenser längre fram i livet.

På senare år har forskare studerat barns förutsättningar att lära, utvecklas och formas i samspel mellan miljö, erfarenheter, inlärning och arv. Denna forskning har pekat på hjärnans ”plasticitet”, dvs. att olika förmågor är påverkbara och möjliga att träna upp (Meloni 2014). Förmågorna kan beskrivas som barnets humankapital.

En bra start i livet är alltså förknippad med att barnen utvecklas språkligt, kognitivt och socialt. Föräldrarnas olika sociala, ekonomiska och pedagogiska resurser spelar en central roll för barnens utveckling.

En god relation mellan barn och föräldrar minskar risken för en rad olika hälsoproblem och riskbeteenden hos barnen (Resnick et al. 1997; Stewart-Brown 2008). För barns hälsa och välfärd är det väsentligt att deras föräldrar visar omtanke och kärlek mot barnen men också att de kan sätta ramar för barnens beteenden (Bremberg 2004). Barn och unga anser själva att det viktigaste för att må bra är att ha föräldrar som engagerar sig, det vill säga avsätter tid, bryr sig och lyssnar (Backett-Milburn et al. 2003). Däremot påverkar brister i hemmiljön barnen negativt (Lagerberg och Sundelin 2000). Dåliga relationer i en familj kan bland annat öka risken för psykiska problem hos barnet (Rhoades 2008; Weich et al. 2009). En bristande omsorg från föräldrar och vårdnadshavare kan få särskilt allvarliga konsekvenser för barnet. En sådan utsatt hemsituation kan bland annat bero på missbruk, psykisk ohälsa, kriminalitet eller våld i familjen (Bremberg 2004). Samhällsinstitutioner som möter barn såsom mödravård, barn- och skolhälsovård och förskola har här en viktig roll att stötta och kompensera dessa barn.

Barns och deras familjers ekonomiska situation utgör en grundläggande förutsättning för barns goda uppväxtvillkor. För barnens hälsa ser man tydliga effekter utifrån vårdnadshavarens socio-

ekonomiska situation där särskilt ensamstående småbarnsföräldrar med små ekonomiska resurser är en utsatt grupp (Bremberg 2004).

I kapitel 2 (avsnitt 2.3) redovisar vi resultat från en studie från IFAU (Mörk et al. 2015) som visar att barns hälsa i Sverige skiljer sig åt beroende på familjens ekonomiska och sociala status. Det finns en tydlig gradient där barn som kommer från lägre socio-ekonomisk status har högre sannolikhet att bli inskrivna på sjukhus. Dessa barn får senare i livet t.ex. sämre betyg i form av sämre meritvärde, högre sannolikhet att få ekonomiskt bistånd och sämre hälsa som unga vuxna. Särskilt utsatta är barn i familjer som tar emot ekonomisk bistånd eller har psykisk ohälsa. Detta bekräftas även av en annan studie (Salonen et al. 2012) som också visar att barn som växer upp i ekonomisk utsatthet får som vuxna oftare lägre utbildningsnivå, större behov av försörjningsstöd och står ofta längre ifrån arbetsmarknaden. Framförallt är det barn som vuxit upp i hushåll med långvarigt försörjningsstöd som har höga risker för ogynnsamma levnadsvillkor högre upp i åldrarna. Barn i familjer med långvarigt försörjningsstöd har också avsevärt sämre utfall avseende hälsoproblem som till exempel alkohol- och drogmissbruk och självmordsförsök.

I kapitel 1 (avsnitt 1.2.3) redovisas teorin bakom humankapital (se exempelvis Cunha och Heckman 2007; Currie 2009), där olika former av kunskaper, färdigheter samt psykisk och fysisk hälsa ses som viktiga tillgångar. Centralt i dessa modeller är de processer som påverkar hur familjer investerar eller påverkar sina barn genom t.ex. fostran, utbildning eller bruk av vård och omsorg. Barn från fattigare förhållanden har en nackdel jämfört med andra barn utifrån humankapitalteorin. Redan skillnader i födelsevikt, för tidig födsel och fostertillväxt följer en social gradient, dvs. födelseutfallen blir mer fördelaktiga ju högre utbildning mamman har (Aizer och Currie 2014; Gisselman 2007) men därefter har också familjer olika förutsättningar att satsa på sina barns utveckling. Detta har av nationalekonomen James Heckman lyfts fram som ytterligare ett starkt argument för att samhället ska investera i barns utveckling i syfte att kompensera för den ojämlikhet i förutsättningar för god hälsa och ett gott liv som barnen bär med sig redan från födseln. Ur ett jämlikhetsperspektiv blir samhällets insatser viktiga både som substitut och komplement till familjens investeringar.

Slutligen är det värt att notera att FN:s barnkonvention betonar det enskilda barnets rättigheter och poängterar föräldrarnas och den utvidgade familjens roll och ansvar för barnet, men ålägger samtidigt staten ansvar för att skydda barnet mot vanvård, utnyttjande och övergrepp. Barnkonventionen antogs 1989 och ratificerades av Sverige 1990. Varje undertecknande medlemsstat förbinder sig att erkänna rätten för barn till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling. Även barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa betonas i konventionen. Av barnkonventionen framgår också att staten ska vidta alla lämpliga åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen.

Sammanfattningsvis kan vi redan från födseln, och utifrån föräldrarnas livsvillkor, se att alla barn inte har jämlika förutsättningar för sin utveckling. Mot bakgrund av barnets rättigheter enligt barnkonventionen och att forskningen visar att förhållanden i barndomen kan leda till en försämrad hälsa och välfärd som vuxen har samhället ett särskilt ansvar för att investera i barns utveckling. Att investera i barns utveckling och förebygga ohälsa hos barn är en långsiktig lönsam investering både för individen och för samhället och en av de viktigaste åtgärderna för att utjämna ojämlikhet i hälsa.

3.3.2 Kompetenser, kunskaper och utbildning

Att utveckla människors kompetenser och kunskaper genom lärande och utbildning är centralt för att uppnå jämlik hälsa. Det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Förvärvade kunskaper och kompetenser genom utbildning ger möjlighet till bättre jobb och högre lön, men också till att stärka psykologiska och sociala resurser samt reell möjlighet att påverka sin situation, vilket kan minska fysiska och psykosociala risker. Livsvillkor, levnadsvanor och andra förhållanden som bidrar till god hälsa är bättre och mer hälsofrämjande bland personer med högre utbildningsnivå. Det är därför viktigt att utveckla både de kognitiva och de icke kognitiva förmågorna och att skolan bidrar till alla barns lärande och utveckling, oavsett individuella förutsättningar och föräldrars bakgrund och utbildningsnivå.

Kompetens brukar användas för att beskriva individens förmåga att utföra en uppgift genom att tillämpa sina kunskaper och färdigheter (Bowin 2011). Begreppet kompetensnivå är således mer omfattande än den formella utbildningen och utbildningsnivån eftersom kompetens även innefattar erfarenhet och personliga egenskaper.

På senare tid har forskning kring förmågor och färdigheter närmare studerat vilka faktorer hos individer som är förknippade med att t.ex. lyckas i studier, på arbetsmarknad och få en god hälsa. Forskningen skiljer mellan två typer av förmågor, kognitiva respektive icke-kognitiva förmågor. Kognitiva förmågor mäts ofta genom intelligens- och kunskapstester och har främst med olika former av tankeverksamhet att göra. Icke-kognitiva förmågor utgörs av beteendemässiga, dvs. socialt och emotionellt betingade förmågor eller egenskaper. Det kan handla om attityder, självbild, tilltro till egenförmåga (Coping), motivation och samarbetsförmåga m.m. Forskningen har allt mer uppmärksammat vikten av och de ökade kraven på arbetsmarknaden för de icke-kognitiva förmågorna inte minst social förmåga.

Personers kunskaper, färdigheter och hälsa byggs upp under hela livet. Utbildning, lärande och övning kan ske på många sätt. Det mest systematiska lärandet sker genom skolutbildning i olika former, men också genom lärande t.ex. i arbetet. Ett lärande i arbetet kan både ersätta och komplettera den skolutbildning som personen har. På arbetsmarknaden förändras också kontinuerligt arbetsuppgifterna och därmed kompetenskraven. Det finns därför ett långsiktigt behov av att genom utbildning och vidareutbildning kunna utveckla kompetensen över hela livsförloppet och skapa möjlighet till ett livslångt lärande samt karriärväxling.

Hälsans ojämlikhet är resultatet av komplexa förhållanden men livsvillkor, levnadsvanor och andra förhållanden som bidrar till god hälsa är bättre och mer hälsofrämjande bland personer med högre utbildningsnivå än bland personer med lägre utbildningsnivå. Även hälsan som sådan är bättre bland högt utbildade och de lever längre. Detta gäller för både kvinnor och män. En frågan är om utbildning i sig kan ge positiva hälsoeffekter. Välutbildade personer har oftast andra livsvillkor, egenskaper och beteenden som också är positiva för hälsan.

Det finns flera exempel på studier från naturliga och kvasiexperimentella experiment på utökad skolgång och effekter på

hälsa (t.ex. Lleras-Muney 2005; Cipollone et al. 2007; Fischer et al. 2013; Lager och Torssander 2012). I studien från 2012, som grundar sig på den stegvisa förlängningen av folkskolan i svenska kommuner, visar sig barn i områden som fått utökad skolgång som vuxna ha bättre hälsa än jämförbara individer som vuxit upp utan utökad skolgång. Huruvida de olika experimenten visar på ett tydligt orsakssamband mellan *ytterligare* utbildning och hälsa har diskuterats, men forskningen visar entydigt på att de kunskaper och kompetenser som är resultatet av utbildning är viktiga för hälsa, men även för andra centrala bestämningsfaktorer som t.ex. arbete och inkomster (se t.ex. Mirowsky och Ross 2003, 2006).

Utbildning har indirekta hälsoeffekter som kommer av utbildningens rent formella roll för arbetsmarknaden. Utbildning är ofta en förutsättning för att få fotfäste på arbetsmarknaden och påverkar vilka arbeten och därmed vilken inkomst personer kan få men även hälsosammare arbetsvillkor och arbetsmiljö (Galobardes et al. 2004). En avslutad gymnasieutbildning är närmast en förutsättning för att få ett arbete i dagens Sverige. De som lyckas klara sig väl i skola och högskola får också ofta en högre social position såsom ett arbete med högre prestige och inflytande eller högre inkomst, jämfört med dem som klarat sig mindre väl. En hög social position medför i sin tur högre grad av handlingsfrihet, en känsla av säkerhet och större tilltro till den egna förmågan. Dessa faktorer kan bidra till den bättre hälsan bland individer med hög utbildning (Marmot 1994).

De flesta beteenden som främjar hälsa är vanligare bland personer med längre utbildning. Det kan bl.a. handla om att mer utbildning oftast ger människor bättre förmåga att skaffa, värdera och använda information om till exempel vilka olika risker rökning, alkoholkonsumtion och matvanor har för hälsan. Det behöver emellertid inte vara ett likhetstecken mellan kunskap och beteende utan det som också påverkar i det här avseendet är troligen det sociala nätverket. Individer har ofta mer kontakter med andra individer med motsvarande utbildning. Detta innebär att grupp-tillhörigheten kan förstärka de samband som finns mellan utbildningsnivå och hälsorelaterade beteenden (Lager och Bremberg 2013).

Personer med god intelligens har i allmänhet bättre hälsa och utbildningsforskare har sedan decennier i experimentliknande studier

visat att utbildning utvecklar personers intelligens (Ceci 1991). På senare tid har även medicinskt inriktade forskare (Ramsden 2011) och ekonomer (Meghir 2013) påvisat detta samband. Det är således möjligt att utbildning främjar hälsa genom att förbättra personers intelligens. Utbildning kan även främja de icke kognitiva förmågorna och andra förmågor som kan minska risken för ohälsa som t.ex. ansvarskänsla och social förmåga som är minst lika starkt förknippade med hälsa, och ytterst livslängd, som intelligens (Roberts et al. 2007).

Generellt gäller att en låg utbildningsnivå är starkt kopplad till en låg social position i samhället – och att detta i sin tur leder till en ökad risk för ohälsa och hälsomässigt ogynnsamma livsvillkor. Under en följd av år har befolkningen höjt sin genomsnittliga utbildningsnivå relativt kraftigt. År 2014 hade drygt 80 procent av befolkningen 35–74 år minst en gymnasieutbildning. Cirka 36 procent hade någon form av eftergymnasial utbildning. Samtidigt har andelen av befolkningen med grundskola som högsta utbildning minskat rejält. Det handlar i stort sett om en halvering under de senaste 15 åren, från runt 32 procent år 2000 till 17 procent 2014 (Folkhälsomyndigheten 2016). Folkhälsomyndigheten har i samband med ett regeringsuppdrag 2015 närmare analyserat utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen. I analysen drogs tre övergripande slutsatser:

1. Personer med låg utbildningsnivå har generellt sett sämre hälsa och sämre förutsättningar för god hälsa jämfört med högutbildade.
2. Denna grupp har blivit ännu mer utsatt på arbetsmarknaden vilken också förändrats till gruppens nackdel. Dessutom har gruppens sammansättning förändrats. Andelen unga vuxna och andelen personer födda utanför Sverige har ökat. Bland unga vuxna med låg utbildningsnivå är dessutom psykisk ohälsa relativt vanligt.
3. Utbildnings- och hälsorelaterade problem uppstår tidigt – och det går att se ett flertal samband mellan utbildningsnivå/studieresultat och hälsa.

I detta sammanhang bör även nämnas att det faktum att många ungdomar inte klarar skolan i sig kan skapa ohälsa. En god hälsa förbättrar skolresultat och dåliga skolresultat försämrar hälsa. Detta innebär att skolan också kan skapa ohälsa. Bland dem som lämnar

skolan tidigt finns också en grupp med betydande hälsoproblem som orsak till svårigheter i skolan (Östgöta-kommissionen 2014).

Sammanfattningsvis är en låg utbildningsnivå starkt kopplad till en låg social position i samhället. Detta leder i sin tur till en ökad risk för ohälsa och hälsomässigt ogynnsamma livsvillkor. Det finns ett gott stöd för att utbildning har effekter på socioekonomiska villkor av betydelse för hälsa, effekter på hälsobeteenden och på färdigheter av olika slag. För en jämlik hälsa är det viktigt att utbildningen utformas för att både utveckla de kognitiva och de icke kognitiva förmågorna och att skolan bidrar till alla barns lärande och utveckling, oavsett individuella förutsättningar och föräldrars bakgrund och utbildningsnivå.

3.3.3 Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Arbete och god arbetsmiljö är centrala områden för att uppnå jämlik hälsa. Människor som arbetar har i regel bättre hälsa än de som saknar ett arbete eller sysselsättning. Arbetsmarknaden i Sverige är tudelad, personer med låg utbildning och utrikes födda har markant lägre chans att få ett arbete. Sambandet mellan arbete och hälsa förutsätter emellertid en god arbetsmiljö. Gynnsamma arbetsförhållanden stärker personlig utveckling, hälsa och välbefinnande, medan ogynnsamma arbetsförhållanden ökar risken för ohälsa. Personer i arbetaryrken har generellt en sämre arbetsmiljö. Mäns arbetsrelaterade ohälsa förklaras främst av fysiskt dålig arbetsmiljö, kvinnors förklaras i högre grad av psykosociala faktorer.

Det finns en omfattande forskning som belyser sambanden mellan arbete och arbetslöshet och hälsa. Exempelvis finns studier som pekar på att arbetslöshet ökar risk för hjärt- och kärlsjukdomar (Lundin et al. 2014), psykisk ohälsa (Backhans et al. 2012), ohälsosamma levnadsvanor (Lundin et al. 2012) och dödlighet (Roelfs 2011). Människor som arbetar har i regel bättre hälsa än de som inte arbetar, men det beror inte alltid på att arbete i sig är hälsosamt. Att arbeta förutsätter en rimligt god hälsa och de som har sämre hälsa kan inte alltid få ett arbete. En vanligt förekommande invändning mot sambandet är därför att det finns en hälsoselektion, där människor med någon form

av ohälsa har svårare att få arbete eller lättare att bli arbetslösa (Falkstedt et al. 2011). Även med hänsyn tagen till sådan selektion kvarstår arbetslösheten som bestämningsfaktor till ökad ohälsa och för tidig död (Vågerö och Garcy 2016). Andra studier som försöker kontrollera för selektion genom att studera individer som drabbas av att arbetsplatsen läggs ned visar på långsiktigt negativa hälsoeffekter av att förlora jobbet. Individer som förlorat arbetet i en företagsnedläggning har, vid sidan av långsiktigt lägre inkomster, högre arbetslöshetsrisk, högre risk att dö i förtid och högre risk att vårdas på sjukhus för alkoholrelaterade sjukdomar (Eliasson och Storrie 2006). Även barns hälsa påverkas av om föräldrarna har ett arbete eller inte. En studie från IFAU (Mörk et al. 2014) har analyserat i vilken utsträckning barns hälsa påverkas av att ha arbetslösa föräldrar genom att kombinera information om barns sjukhusinskrivningar för åren 1992–2007 med registerdata över föräldrarnas arbetslöshet. Av studien framgår att barn med arbetslösa föräldrar i genomsnitt löper 17 procent större risk att skrivas in på sjukhus än andra barn.

Att ha ett arbete innebär dock givetvis inte att risken för att drabbas av ohälsa försvinner. Arbetet kan ge struktur åt tillvaron, bidra till personlig utveckling och vara hälsofrämjande, men det kan också vara försämrande och bidra till ohälsa om man utsätts för dåliga arbetsförhållanden. Mot denna bakgrund är en god arbetsmiljö en förutsättning för relationen arbete och god hälsa. En mängd epidemiologiska studier har studerat i vilken grad ogynnsamma förhållanden i arbetet förklarar sociala skillnader i ohälsa. I studierna har man för det mesta använt antingen utbildningsnivå eller yrkesklass som social indelningsgrund. Man försöker dels beräkna effekten av social position direkt, i sig själv, på ohälsa och dels den indirekta effekten av social position på ohälsa genom att den bestämmer vilken arbetsmiljö människor hamnar i. Systematiska litteratursammanställningar som har granskat sådana studier visar att det finns stöd för att ogynnsamma fysiska, kemiska och psykosociala arbetsförhållanden bidrar substantiellt till sambanden mellan social position och ohälsa (Hoven et al. 2013; Clougherty 2010). Förutom faktorer relaterade till arbetsmiljön påverkar anställningsformer och möjligheter att skapa balans mellan arbetsliv och hem- och familjearbete individers hälsa. Det finns ett omfattande stöd från forskning som visar att psykosociala faktorer som arbetskrav, inflytande och socialt stöd har ett samband med flera olika hälsoutfall (Theorell 2012). Andra viktiga

psykosociala faktorer som Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) har pekat ut som avgörande för arbetsrelaterad ohälsa är anställningsosäkerhet, brist på balans mellan ansträngning och belöning, långa arbetstider och skiftarbete med arbete på natten som riskfaktorer för både psykisk och kroppslig ohälsa (SBU 2013, 2014, 2015; Allvin et al. 2006). Fysikaliska riskfaktorer som fysiskt belastande arbete, vibrationer och buller, samt exponering för luftföroreningar, är vanligt förekommande i många arbetaryrken med risk för funktionsnedsättning och allvarlig kronisk sjukdom. Fysiskt tungt arbete är också svårt att klara i senare delen av arbetslivet, vilket ställer krav på möjlighet till en karriärutveckling/karriärbyte inom dessa yrken (Albin et al. 2016). Tillgång till företagshälsovård och i viss mån också systematiskt arbetsmiljöarbete uppvisar en gradient med ställning på arbetsmarknaden (socioekonomiskt index) så att den är lägst för arbetare och högst för tjänstemän på mellan och hög nivå. Tillgången till företagshälsovård är systematiskt också lägre för kvinnor än för män (Arbetsmiljöverket 2014).

En tudelad arbetsmarknad

För att bilda sig en uppfattning om arbetslöshetens omfattning måste man sätta den i relation till arbetskraften. Arbetskraft definieras som de som arbetar och de som strävar efter att arbeta. De som arbetar definieras i statistiken som sysselsatta och de som söker arbete eller väntar på ett arbete som snart ska påbörjas är arbetslösa. I gruppen arbetslösa ingår även heltidsstuderande som aktivt söker arbete. Arbetskraftstalet, dvs. arbetskraftens andel av befolkningen (15–74 år), var 72 procent år 2015. För männen var arbetskraftstalet 74 procent och för kvinnor cirka 70 procent. Sysselsättningsgraden, andelen sysselsatta av befolkningen 15–74 år, uppgick år 2015 till cirka 67 procent, 69 procent bland män och cirka 64 procent bland kvinnor. Bland utrikes födda uppgick sysselsättningsgraden till cirka 60 procent medan den för inrikes födda var cirka 68 procent. Under 2015 var arbetslösheten i genomsnitt sju procent för personer i åldern 15–74 år, åtta procent bland männen och sju procent bland kvinnorna. Arbetslösheten bland utrikes födda uppgick år 2015 till 16 procent och bland inrikes födda fem procent (SCB 2015). Kvinnor har lägre sysselsättnings-

grad än män men samtidigt även något lägre arbetslöshet. En aspekt värd att lyfta i det sammanhanget är att Sverige än i dag präglas av en ojämsställd arbetsfördelning mellan könen. Exempelvis tar kvinnor ut betydligt mer föräldraledighet än män (75 procent av ledigheten). De tar också ut mer ledighet för tillfällig vård av barn. Kvinnor utför generellt sett mer obetalt arbete. Kvinnor som grupp utför mer hem- och omsorgsarbete än män. Deltidsarbete är vanligare bland kvinnor, dels på grund av mer omfattande omsorgsansvar, men också i hög utsträckning pga. ofrivillig deltid, vilket genererar en annan problematik med lägre lön och lägre pensioner (Stanfors 2014).

Vilka är det då som är arbetslösa? Flera expertmyndigheter är överens om att de senaste decennierna har det skett förändringar på svensk arbetsmarknad som har inneburit att arbetskraftens sammansättning har förändrats. Den demografiska förändringen har bidragit till att grupper med svagare anknytning till arbetsmarknaden har ökat som andel av den arbetsföra befolkningen. Personer med låg utbildning och utrikes födda har markant lägre chans att få ett arbete (se t.ex. Finanspolitiska rådet 2015; Riksbanken 2014; IFAU 2016). Arbetsförmedlingen definierar fyra grupper som är mer utsatta på arbetsmarknaden. Det rör sig om personer som:

- saknar gymnasieutbildning,
- är födda utanför Europa,
- har ett funktionshinder som innebär nedsatt arbetsförmåga, och
- äldre (55–64 år).

I dessa grupper är arbetslösheten betydligt högre än i andra grupper, drygt 70 procent av de inskrivna på Arbetsförmedlingen återfinns i dessa utsatta grupper (Arbetsförmedlingen 2015). Givet sambandet mellan arbete och hälsa kan den sämre hälsa som redovisas t.ex. för personer utan gymnasieutbildning och funktionsnedsatta i kapitel 2 åtminstone till viss del bero på högre arbetslöshet i gruppen.

Den arbetsrelaterade ohälsan

Det finns flera sätt att beskriva den arbetsrelaterade ohälsan. Ett sätt att bilda sig en uppfattning är genom Arbetsmiljöverkets regelbundna analyser om arbetsmiljöfaktorer och arbetsorsakade besvär. Av dessa framgår att olika yrkesgrupper har olika typer av besvär. I den senaste undersökningen (Arbetsmiljöverket 2014) framgår att lärare, framförallt i grundskolan och läraryrken som kräver kortare högskoleutbildning, är de yrkesgrupper som i störst utsträckning har besvär av stress och andra psykiska påfrestningar. Detta gäller både bland kvinnor och män. Bland anställda inom hantverksarbete, byggverksamhet och tillverkning är besvär på grund av påfrestande arbetsställningar vanligt förekommande. Det har skett en viss ökning av arbetssjukdomar de senaste åren. Ökningen är större för kvinnor än för män och den vanligaste orsaken till besvären är stress eller andra psykiska påfrestningar. År 2014 uppgav nästan var fjärde sysselsatt person att de upplever besvär till följd av arbetet. Omkring 27 procent av kvinnorna och 20 procent av männen hade kroppsliga och/eller andra besvär. Det är en betydande ökning sedan 2012 framför allt bland kvinnor. Det är främst andra besvär än kroppsliga som ökat mellan 2013 och 2014, för både kvinnor och män. Mellan dessa år ökade stress och andra psykiska besvär med nästan 40 procent. För kvinnor är det den högsta uppmätta nivån hittills sedan mätningarna startade 1991. Arbetssjukdomar kopplade till psykisk ohälsa är nu den vanligaste orsaken till anmäld arbetssjukdom. Tidigare var belastningsfaktorer vanligast. Belastningsfaktorer är fortfarande den vanligaste orsaken till arbetssjukdomar för män. En viktig förklaring är att kvinnor och män i stor utsträckning återfinns i olika yrken och jobbar i olika sektorer på arbetsmarknaden. Enligt Arbetsmiljöverket är den viktigaste förklaringen till att kvinnor i högre utsträckning än män drabbas av arbetssjukdomar att det könsmönster som finns i samhället även återspeglas i arbetslivet. Att kvinnors arbeten värderas lägre innebär att deras arbetsmiljörisker inte synliggörs och därför inte åtgärdas i tillräckligt hög grad, menar Arbetsmiljöverket (2015a). En annan möjlig förklarande faktor är att tillgången till företagshälsovård har sjunkit under det senaste decenniet, särskilt inom arbetaryrken, och att en könsskillnad med lägre tillgång till företagshälsovård inom kvinnligt dominerade branscher

har tillkommit (Albin et al. 2016, kommande underlagsrapport till Kommissionen).

Arbetsolyckor med dödlig utgång har stadigt minskat i Sverige. Under perioden 2005–2014 har arbetsolyckor sjunkit med 40 procent, från 68 till 41 stycken per år. De mest riskutsatta branschgrupperna är mansdominerad byggverksamhet, jord och skog, tillverkning samt transport och magasinering (Arbetsmiljöverket 2015b). Andelen godkända arbetsskador (beslut om ersättning från arbetsskadeförsäkringen) är högre för män än för kvinnor. Män får oftare sina ansökningar om ersättning godkända än kvinnor, fyra av tio män men bara drygt två av tio kvinnor får sina anmälda arbetsskador godkända. Detta trots att kvinnor står för cirka två tredjedelar av sjukfrånvaron. En trolig förklaring är att det finns mindre forskning om kvinnors arbetsmiljöer än det finns om traditionellt mansdominerade sektorer (Dir. 2016:9).

Sammanfattningsvis har människor som arbetar bättre hälsa än de som inte arbetar. Arbetet kan ge struktur åt tillvaron, bidra till personlig utveckling och vara hälsofrämjande, men en dålig arbetsmiljö kan vara försämrande och bidra till ohälsa. Det finns också kunskap om att dåliga arbetsförhållanden varierar mellan arbetarrespektive tjänstemannayrken. Arbetet är ojämnt fördelat mellan könen, kvinnor utför generellt sett mer obetalt arbete. En rad expertmyndigheter pekar på en allt mer tudelad arbetsmarknad där arbetslösheten stiger kraftigt bland de grupper som Arbetsförmedlingen benämner som ”utsatta grupper”. Hälsan är åtminstone i ett par av dessa grupper sämre än befolkningen i övrigt, vilket kan samspela med ökande arbetslöshet i dessa grupper. De senaste arbetsmiljöundersökningarna pekar på en viss ökning av arbetsorsakade besvär de senaste åren och samtidigt på en minskning av tillgång till expertresurser i form av t.ex. företagshälsovård för att hantera detta. Ökningen av besvären är större för kvinnor än för män och den vanligaste orsaken till besvären är stress eller andra psykiska påfrestningar.

3.3.4 Inkomster och försörjningsmöjligheter

Inkomster och försörjningsmöjligheter är ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa. Sambandet mellan inkomster och hälsa är väl belagt i såväl svensk som internationell forskning och i de flesta sammanhang betraktas det som en av de viktigaste faktorerna för skillnader i hälsa. Ju högre inkomsterna är, åtminstone i de lägre inkomstskikten, desto friskare är man och desto längre är den förväntade livslängden. Inkomster är med andra ord en viktig faktor för det som benämns den sociala gradienten för hälsa.

Låg inkomst är förknippat med en rad olika sociala förhållanden som gör individen mer sårbar och utsatt för hälsorisker (Lundberg et al. 2010). Inkomsternas fördelning i befolkningen är därför en av de viktigaste bestämningsfaktorerna för ojämlikhet i hälsa (WHO 2008). Människor med låga inkomster lever inte lika länge som de med höga inkomster och dessutom påverkas livslängden av yrkesposition – om man har ett arbetar- eller tjänstemannayrke (Fritzell et al. 2004; Mackenbach et al. 2005; Erikson et al. 2008). Inkomster är därför en viktig faktor för den sociala gradienten för hälsa som beskrevs i kapitel 1. En rad studier visar också att en avtagande marginalnytta vad gäller inkomst och hälsa på individnivå. I de högre inkomstskikten uppnås inte samma hälsovinst av en ytterligare inkomstökning som i lägre inkomstskikt (Mackenbach et al. 2005; Diderichsen et al. 2011). Även inkomstskillnaderna, omfattningen av inkomstspridning, på aggregerad nivå påverkar folkhälsan enligt vissa studier, dvs. samhällen med stora inkomstskillnader har i regel sämre folkhälsa. Ekonomiska och sociala samband av detta slag är emellertid komplexa och det finns vissa invändningar mot kausaliteten. Flera forskare pekar på att det i de högre inkomstskikten inte finns något tydligt samband mellan inkomster och hälsa, däremot bland de lägre inkomstskikten (Deaton, 2003; Lynch et al. 2004; WHO 2008). Sambandet mellan inkomster och hälsa kan förmedlas via en mängd faktorer som successivt ackumuleras i en kausal kedja: från uppväxtvillkor och utbildningsnivå till position på arbetsmarknaden, arbetsvillkor och inkomster. I denna kedja kan också beteende med relevans för uppkomst av hälsoproblem (rökning, övervikt m.m.) samt hanteringen av dem (benägenheten att söka medicinsk hjälp eller bekosta

medicin och behandling) ingå. I dagsläget finns en mängd studier där man på olika sätt försökt kontrollera för inflytandet av faktorer med kända kopplingar till ohälsa, som utbildning, arbete och klass. Sammantaget visar resultaten av dessa studier att relationen mellan inkomster och hälsa reduceras med den typen av kontroll, men att ett betydande samband i slutändan ändå kvarstår (se t.ex. Åberg et al. 2006; Diderichsen et al. 2011). En slutsats som dras av dessa resultat är att sambandet kan betraktas som kausalt (Lundberg et al. 2014).

Inkomstfördelningen i Sverige

I de flesta OECD-länder utjämnades den ekonomiska standarden i befolkningen fram till 1980-talet men därefter har skillnaderna ökat, även i Sverige (OECD 2015). Ett sätt att mäta inkomstskillnaderna inom ett land är genom den s.k. Gini-koefficienten.³ Gini-koefficienten presenteras för olika inkomstmått. Vanligast är dock disponibel inkomst efter skatter och transfereringar. Måttet används framför allt för att jämföra länder med varandra. Gini-koefficienten ökade med cirka 10 procent från mitten av 1980-talet till slutet av 2000-talet i 17 av de 22 länder inom OECD där det finns långa dataserier. Ökningen var över 4 procentenheter i sju länder, däribland Sverige. Gapet mellan rika och fattiga ökade även i de nordiska länderna som traditionellt har en mycket låg inkomstspridning (OECD 2011). I Sverige ökade inkomstspridningen enligt Gini-koefficienten fram till 2006 men ökningen har därefter avstannat (SCB 2015a). Enligt finansdepartementets senaste beräkningar har avståndet mellan den tiondel av hushållen med högsta respektive lägsta inkomster i Sverige ökat från 2,1 gånger 1995 till 2,9 år 2013 (Finansdepartementet 2015). Trots ökad inkomstspridning har Sverige fortfarande en jämn inkomstfördelning jämfört med övriga EU-länder.

³ Gini-koefficienten är det vanligaste nyckeltalet som beskriver inkomstskillnader. Ju högre värde Gini-koefficienten får desto ojämnare är inkomsterna fördelade. Gini-koefficientens högsta möjliga värde är ett. Då får inkomstagaren med de största inkomsterna alla inkomster. Gini-koefficientens lägsta möjliga värde är 0, då inkomsterna för alla inkomstagare är lika stora.

Ett mått för att beskriva individens ekonomiska standard och utrymme för konsumtion och sparande är justerad disponibel inkomst per konsumtionsenhet⁴. Räknat i fasta priser har den disponibla medianinkomsten stigit de senaste decennierna. Samtidigt ser vi att utvecklingen skiljer sig mellan olika inkomstskikt. Under perioden 1995–2013 har de tio procent med högst justerad disponibel inkomst haft en årlig ökning på 4,3 procent medan de tio procent med lägst inkomster haft en årlig ökning på 1,9 procent. ”Medelklassen”, räknat som hushåll i decilgrupperna 4–7⁵, har under samma period haft en årlig ökning av den justerade disponibla inkomsten på 2,5 procent. Eftersom inkomstökningarna har varit lägre i den nedre delen av inkomstfördelningen har andelen med inkomster under gränsen för relativ fattigdom (ekonomisk standard som är under 60 procent av medianvärdet för samtliga) ökat. Finanspolitiska rådet (2015) har gjort beräkningar av den relativa fattigdomen⁶ som visar att den nästan fördubblades mellan 1995 och 2013 från 7,3 till 14,1 procent. Däremot föll den absoluta fattigdomen trendmässigt mellan 1995 och 2007. Därefter ökade den svagt under finanskrisåren, för att från och med år 2010 återigen minska.

Inkomstskillnaderna präglas även av tydliga könsskillnader. Inte minst på arbetsmarknaden är detta tydligt. Kvinnor har genomgående lägre lön (och därmed även pension och andra sociala förmåner baserade på inkomstnivå) än män. Enligt Medlingsinstitutets senast redovisade siffror (2014) för löneskillnad mellan män och kvinnor var den 13,2 procent. Om man i beräkningen tar hänsyn till ålder, yrke, utbildning och sektor mellan kvinnor och män återstår en ”oförklarad” skillnad på 5 procent. Ytterligare en aspekt som påverkar kvinnors inkomst är att kvinnor i mycket högre grad än män arbetar deltid. 2014 arbetade 30 procent av alla

⁴ Disponibel inkomst är summan av alla skattepliktiga inkomster (löner, inkomst från näringsverksamhet och bidrag) och skattefria bidrag, minus skatt och övriga negativa transfereringar. Samtliga hushållets inkomster ingår i disponibel inkomst, även barnens. Kapitalvinster ingår ej.

⁵ Decilgrupper är ett begrepp som används bland annat när det gäller fördelningen av disponibel inkomst. Den första decilgruppen består av de individer som ligger under den 10:e percentilen i disponibel inkomst. Den andra decilgruppen består av dem som ligger mellan 10:e och 20:e percentilen, och så vidare. Den tionde decilgruppen är den högsta och består av dem som ligger över 90:e percentilen.

⁶ Det finns olika sätt att definiera absolut fattigdom. I detta fall uppgår gränsen till 66 705 kr per år i 1995 års penningvärde.

sysselsatta kvinnor i åldern 20–64 år deltid. Motsvarande siffra för män var 11 procent. Särskilt vanligt är deltidarbete i kvinno-dominerade branscher som offentliga välfärdstjänster och inom hotell- och restaurangnäringen. Deltidsarbete är vanligast bland kvinnor i arbetaryrken. Varannan kvinna med arbetaryrke arbetar deltid, att jämföras med drygt 25 procent av kvinnorna med tjänstemannayrke. Den vanligaste orsaken till att kvinnor arbetar deltid är att lämpligt heltidsarbete saknas eller att de vill arbeta fler timmar utan att hitta en lämplig anställning (SOU 2015:86).

Sammanfattningsvis är låga inkomster förknippat med en rad olika sociala förhållanden som gör individen mer sårbar och utsatt för hälsorisker. Människor med låga inkomster lever inte lika länge som de med höga inkomster. Gapet mellan de allra rikaste respektive fattigaste har ökat inom OECD. Det gäller även för Sverige och övriga nordiska länder, där den negativa utvecklingen har gått snabbare än i jämförbara länder. Andelen relativt fattiga i Sverige har nästan fördubblats under den senaste tjugo åren. Inkomstskillnaderna mellan kvinnor och män har minskat under samma tidsperiod, men det går långsamt.

3.3.5 Boende och närmiljö

Boende och närmiljö är ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa. Bostaden är en viktig plats för återhämtning, vila och rekreation. En sund, trygg och trivsamt boendemiljö är också ett grundläggande mänskligt behov och den som inte har rimligt goda boendeförhållanden har svårt att klara övriga delar av livet, såsom t.ex. utbildning och arbete, som i sin tur har stor betydelse för hälsan. Att känna sig trygg i sitt boende har också stor betydelse för viljan och lusten att vistas utomhus i närområdet. Låg socioekonomisk position samvarierar med hög exponering för olika riskfaktorer i boende och närmiljön, och genom detta ökar risken för ohälsa, sjukdom och en ojämlig hälsa.

Ett bostadsområde har fysiska och sociala egenskaper som både kan orsaka ohälsa och verka hälsofrämjande. Till de fysiska egenskaperna räknas bland annat luftkvalitet i och utanför bostaden, bullerstörning från trafik och grannar, tillgång till naturvärden nära bostaden, samt

kultur och service. De sociala egenskaperna kan vara de boendes tillit till varandra och deras sociala deltagande, grad av social integration samt normer och värderingar (Macintyre och Ellaway 2003). Hur våra städer och bostadsområden är utformade påverkar därför hur vi arbetar, lever, umgås och förflyttar oss, vilket i sin tur påverkar vår hälsa (Faskunger 2008).

Sverige har genom internationella åtaganden om mänskliga rättigheter, förbundit sig att förverkliga människors rätt till bostad. Enligt lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar ska varje kommun skapa förutsättningar för att alla i kommunen ska kunna leva i goda bostäder.

I dag råder emellertid en brist på bostäder. Av landets 290 kommuner bedömer 240 att det finns ett underskott på bostäder, enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2016. Det är 57 kommuner fler än i 2015 års bostadsmarknadsenkät. Situationen är särskilt ansträngd för grupper som är nya på bostadsmarknaden, såsom unga och nyanlända, men även för äldre som vill flytta till en mer tillgänglig bostad. Ungdomars svårigheter på bostadsmarknaden har förvärrats ytterligare, med 245 kommuner som uppger att det råder underskott på bostäder för denna grupp jämfört med 219 i förra årets enkät. Tillgången på bostäder för de som är nya på bostadsmarknaden och andra grupper i särskilt utsatta situationer t.ex. de som saknar anställning, har låga inkomster, skulder, missbruksproblem och psykisk ohälsa, spelar roll för dessa gruppers förutsättningar att kunna etablera sig på bostadsmarknaden.

Under perioden 1965–1975 byggdes det i Sverige en miljon bostäder, det så kallade miljonprogrammet. Till följd av miljonprogrammet var det nästan alltid möjligt att snabbt hitta en bostad till en rimlig hyra åren 1970–2000. Eftersom utbudet av bostäder var stort kunde inte heller fastighetsägarna ställa särskilt höga krav för att hyra ut lägenheterna (Lind 2016). Med den bostadsbrist som nu råder pågår en segregationsprocessen som främst påverkar storstäderna.

Polariseringen mellan stadsdelar ökar då bostadsområden med en tydlig låginkomstkaraktär har förstärkt sin profil och en social uppgradering har ytterligare skett i innerstäderna. Stadsdelar och bostadsområden har blivit allt mer socialt homogena vilket leder till ökade sociala skillnader mellan olika delar av staden. Begrepp såsom ”segregerade”, ”utsatta” eller ”marginaliserade” bostads-

områden används för socioekonomiskt svaga områden. De kvinnor och män som lever i dessa områden tenderar att ha en sämre hälsa. Det har sedan 1985 skett en ökning av andelen invånare i de här områdena som upplever sig ha ett dåligt hälsotillstånd, medan andelen minskat något i övriga områden. Människors liv i de socioekonomiskt svaga förorter karaktäriseras av hög arbetslöshet, låga inkomster, höga ohälsotal och ett bidragsberoende (Lilja och Perner 2010).

Boendesegregationen kan emellertid ha såväl positiva som negativa konsekvenser. Till de positiva hör att det kan ge en känsla av trygghet att bo bland människor som är i ungefär samma situation som en själv. Det blir lättare att förstå varandra, hitta vänner och knyta kontakter. Till de negativa konsekvenserna hör att om människor med olika bakgrund och erfarenheter bor åtskilda så möts de inte på ett naturligt sätt i vardagen, vilket innebär en ökad risk för intolerans och motsättningar mellan olika grupper i samhället. Boendesegregationen tenderar dessutom resultera i att de mest resurssvaga hushållen koncentreras till de minst attraktiva bostadsområdena, där de får en betydligt sämre välfärdsutveckling än invånare i andra delar av staden, vilket i sig kan ge upphov till motsättningar (Lilja och Perner 2010).

Med hjälp av samhällsplanering kan man skapa förutsättningar för integration och motverka segregationen. Genom en diversifierad lägenhetsfördelning, blandade upplåtelseformer och goda mötesplatser kan man åstadkomma miljöer som uppmuntrar till social interaktion. Även genom att överbrygga barriärer och gränser i den byggda strukturen kan man åstadkomma bättre kontakter mellan olika delar av staden, och genom väl utbyggda kollektiva kommunikationer skapas också bättre kontaktmöjligheter (Lilja och Perner 2010). Forskning visar också att människors hälsa och levnadsval påverkas av den sociala sfär de befinner sig i. Sociala kontakter, social kontroll och tillit kan möjliggöras (och förhindras) beroende på bostadsområdets utformning (Engquist et al. 2012). Samhällsplaneringen kan också skapa miljöer som underlättar hälsosamma levnadsvanor. Fysisk aktivitet, lek och rörelse som är bra för hälsan främjas till exempel genom att skapa och bevara parker och grönområden men också genom tillgång till idrottsanläggningar, gång- och cykelvägar.

Naturvärden nära bostaden (inom cirka 300 m) förefaller vara en skyddande faktor för hälsan. Trivseln i bostadsområdet ökar och den skillnad som annars finns i rapporterad trivsel i bostadsområdet mellan boende i eget hus (högre trivsel) och i flerfamiljs-hus (lägre trivsel) är påtagligt mindre då man har tillgång till sådana värden (Björk et al. 2008). Naturvärden nära bostaden förefaller också vara förknippat med mer vardagsmotion (Coombes et al. 2010) och med en gynnsam effekt på hälsan (Maas et al. 2006) framför allt för de som annars har en dålig prognos vad gäller hälsoutveckling (Weiman et al. 2015). En studie i England talar för att tillgång till sådana kvaliteter kan vara ett väsentligt instrument för att minska sociala skillnader i hälsa (Mitchell och Popham 2008).

Andra faktorer av utomhusmiljön som påverkar vår hälsa är luftkvalitet och buller. Luftföroreningar utomhus kommer bland annat från trafik, uppvärmning, långväga transporter och industriprocesser och kan orsaka såväl besvär som sjukdomar. Luftföroreningarna är komplexa blandningar av små partiklar, kväveoxider och ozon som bildas i samverkan med solljus. Luftkvaliteten i Sverige har blivit mycket bättre de senaste 20–30 åren men halter av partiklar, kvävedioxid och marknära ozon ligger fortfarande över de nivåer som ger oönskade hälsoeffekter. Buller har också stor betydelse för människors hälsa och livskvalitet (Socialstyrelsen 2009).

Exponering för luftföroreningar och för trafikbuller i bostaden och dess närmiljö har under senare år visats orsaka inte bara störningar och besvär utan också kronisk sjukdom. Detta har setts i såväl internationella som svenska studier, trots att exponeringen i Sverige är lägre än i många andra länder. Exponering för luftföroreningar i den allmänna miljön (huvudsakligen från trafik) har vid de nivåer som förekommer i Sverige t.ex. visats ge en ökad risk för astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärtinfarkt, stroke och lungcancer. Nya studier indikerar också ännu bredare effekter med ökning av graviditetskomplikationer, demens och diabetesrisk (WHO 2013). Exponering för trafikbuller medför också en ökad risk för hjärtinfarkt, men även för blodtryckssjukdom, möjligen också för diabetes och stroke (European Environment Agency 2010; Stansfeld 2015; Dzhambov 2015). Vägtrafik är en gemensam källa till såväl luftföroreningar som buller och effekterna av exponeringen förefaller adderas till varandra (Stansfeld 2015). Det

finns studier som talar för en gradient i sårbarhet, t.ex. för luftföroreningar, kopplad till socioekonomiska faktorer. Mekanismerna för detta är inte klarlagda men både förekomst av annan sjuklighet såsom diabetes och t.ex. dietfaktorer kan ha betydelse (Schwarz et al. 2011).

På senare tid har trångboddhet uppmärksammats som ett ökat problem särskilt i storstäderna. I Sverige är trångboddheten generellt sett låg i jämförelse med andra länder, men frekvensen varierar mycket med socioekonomiska faktorer (inkomst, födelseland) och drabbar framför allt barnfamiljer (Albin et al. 2012).

I internationella studier framför allt från USA har man genomgående visat att människor som även i övrigt har en särskilt utsatt situation oftare också har en miljö kring bostaden och närliggande rekreationsområden som innebär fler risker (t.ex. med mer luftföroreningar och buller samt mer social oro och yttre våld) och med färre hälsofrämjande faktorer, man talar om en brist på ”environmental equity” (American Lung Association 2001; Su et al. 2011; Juarez et al. 2014). I Sverige har denna diskussion varit mindre tydlig men kommit på senare år. Exponeringen för luftföroreningar var för barn i Malmö högre vid bostad och i skola för barn i låginkomst- jämfört med höginkomstområden (Chaix et al. 2006), och har t.ex. i Skåne visats vara högre för personer med kort utbildning och som är födda utanför Sverige/Norden. Det finns dock avvikelser från dessa mönster med en omvänd fördelning t.ex. i Lund (Stroh et al. 2005). Exponering för trafikbuller följde samma mönster vad gäller utbildning (Bodin et al. 2009) och tillgång till grönområden nära bostaden var i Skåne sämre för personer födda utanför Sverige och med ekonomiska problem, samt boende i hyresrätt (Björk et al. 2008).

Sammanfattningsvis är boendemiljö och närmiljö sedan lång tid identifierade som viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. Bostaden är en viktig plats för återhämtning, vila och rekreation. I dag råder det bostadsbrist vilket gör det svårt för grupper i särskilt utsatta situationer att få tillgång till en bostad. Det finns en ökad social polarisering i boendet där de mest resurssvaga hushållen koncentreras till de minst attraktiva bostadsområdena. I dessa områden får de en betydligt sämre välfärdsutveckling än andra invånare. Ett bostadsområde har fysiska och sociala egenskaper som både kan orsaka ohälsa och verka hälsofrämjande. Låg socioekonomisk position

samvarierar med hög exponering för olika riskfaktorer i boende och närmiljön, och genom detta ökar risken för ohälsa, sjukdom och en ojämlig hälsa.

3.3.6 Levnadsvanor

Levnadsvanor är ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa. Förutsättningarna för en god hälsa påverkas av livsvillkoren och av individens egna val och levnadsvanor. Individens val är dock inte alltid fritt, Levnadsvanor skiljer sig beroende på social miljö, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar. Rökning, alkohol, matvanor, fysisk inaktivitet och sömn är välkända riskfaktorer för att insjukna i våra stora folksjukdomar som cancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Socioekonomiska skillnader är tydliga för samtliga av dessa levnadsvanor och återfinns i alla åldersgrupper.

Tobaksrökning

Alla som röker skadas av sin rökning och rökning har effekt på i stort sett alla kroppen organsystem. Varannan rökare dör i förtid av sin rökning och förlorar i genomsnitt tio år av sin förväntade livslängd. Tobaksrökning ökar risken upp till 30 gånger att få 58 listade sjukdomar (Agardh et al. 2008), bland annat ett femtontal cancerformer varav den mest kända är lungcancer, hjärt- och kärlsjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), ryggbesvär, diabetes, benskörhet, sår i mage och tolvfingertarm och tandlossning (Statens folkhälsoinstitut 2009). I Sverige beräknas 17 procent av alla cancerfall vara orsakade av rökning och 90 procent av lungcancerfallen (SOU 2009). Drygt 20 procent av all hjärt-kärlsjukdom beräknas bero på rökning (WHO 2002).

Tobaksrökningen minskar i Sverige. Det är något vanligare att röka dagligen bland kvinnor än bland män (11 respektive 9 procent år 2015). Både bland kvinnor och bland män är det vanligast att röka i åldersgruppen 45–64 år. Rökning är fortfarande ett stort folkhälsoproblem i hela Europa och det visar sig alltmer ha koppling till socioekonomisk bakgrund, särskilt bland kvinnor (Artnik et al. 2016). Andelen som röker dagligen är nästan tre

gångar så hög bland personer med enbart förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (Folkhälsomyndigheten 2016). Dessutom röker kvinnor och män i arbetaryrken dagligen i högre utsträckning än de i tjänstemannayrken på mellannivå eller högre nivå. Ekonomiskt utsatta kvinnor och män röker i större utsträckning än de som inte är ekonomiskt utsatta (SCB 2011).

Alkoholkonsumtion

I en omfattande europeisk översiktsstudie (Probst et al. 2015), med syfte att analysera alkoholbruket och dess fördelning avseende kön och socioekonomi, finner forskarna att alkoholrelaterade dödsorsaker är starkt korrelerade med företrädesvis att vara man med lägre socioekonomisk status. Samtidigt vet vi att medelintaget av alkohol är högre i grupper med hög socioekonomisk status. Men alkoholrelaterad dödlighet är vanligare bland dem med en utsatt social situation (Socialstyrelsen 2009). För alkohol är risken för dödsfall som högst bland unga vuxna för att sedan avta med ålder. Detta är ett mönster som konstaterats i alla världsdelar av Världshälsoorganisationens Global Burden of Disease arbete.⁷ Samtidigt finns det en betydande översjuklighet orsakad av alkohol bland medelålders och äldre. Berusning står även bakom en stor del av de direkta fysiska skadorna av alkohol, som våldsbrott, drunkning, bränder, fall och trafikolyckor. Alkoholen kan också skapa beroende som leder till sociala problem. Översjukligheten hos medelålders och äldre beror till största delen på kroniska skador man har ådragit sig efter många års överkonsumtion. Alkoholmissbruk drabbar även andra än den som dricker. De uppgifter som finns pekar på att påverkan är stor. I Sverige berörs 16 procent negativt av närståendes alkoholkonsumtion (Svenska läkaresällskapet och IOGT-NTO 2015). Fosterskadorna från alkohol spänner över ett brett spektrum, från hyperaktivitet och lägre IQ till svåra skador, så kallat fetalt alkoholsyndrom (FAS). Forskarna har inte kunnat finna en säker nedre gräns för när alkoholen riskerar att

⁷ WHO använder ett mått, DALY, där den totala sjukdomsburden bedöms med hjälp av funktionsjusterade levnadsår och där hänsyn tas till både för tidig död (YLL) och funktionsnedsättning (YLD).

skada fostret. Alkohol har emellertid visats kunna skada fostret i alla stadier av graviditeten. I Sverige lever statistiskt sett fyra till fem barn per skolklass i hushåll där någon vuxen riskkonsumerar alkohol. Konsumtionen kan leda till negativa konsekvenser för både föräldrarnas och barnets hälsa och skolresultat. Minst 60 000 barn under 18 år i Sverige har en förälder med allvarliga missbruksproblem. Dessa barn har en stor överrisk för självmord, olyckor och våld och eget alkohol- och narkotikamissbruk i vuxen ålder. I en studie av experimentet att sälja mellanöl i Sverige på 1960-talet visar Nilsson (2016) stora negativa konsekvenser för de barn vars mammor fick ökad tillgång till alkohol under graviditeten.

I Sverige konsumerades totalt cirka 9,4 liter ren alkohol per år och per person 15 år och äldre år 2014. Totalkonsumtionen av alkohol ökade under åren 2001–2004, minskade sedan fram till 2009 för att sedan plana ut. Den s.k. ”intensivkonsumtionen” (konsumtion av minst sex ”glas” alkohol vid ett och samma tillfälle) förekommer bland 10–15 procent av befolkningen år 2015. Den månatliga intensivkonsumtionen har minskat bland unga och ökat bland äldre under de senaste fem åren, utvecklingen är likartad för män och kvinnor. Utvecklingen fördelad på socioekonomisk status (kategorierna: arbetare, lägre tjänstemän och mellan/högre tjänstemän) eller utbildning har varit relativt konstant under de senaste decennierna, enligt Folkhälsomyndigheten (2016). Samma mönster gäller riskkonsumtion (konsumtion av alkohol som medför ökad risk för fysiska, psykiska och sociala skadeverkningar) som minskade från 23 till 18 procent mellan åren 2004 och 2015 bland män och legat stabilt på 12 procent bland kvinnor under samma tidsperiod.

Personer som vårdades på sjukhus med explicit alkoholdiagnos har dock ökat med drygt 20 procent 2006–2013, för att sedan minska något 2014 till 596 patienter per 100 000 invånare 15 år och äldre. Det är ungefär dubbelt så många vårdade män som kvinnor. Antalet avlidna med explicit alkoholdiagnos var 24 per 100 000 invånare 15 år och äldre 2014, med drygt tre gånger så många män som avlidit jämfört med kvinnor. Antalet män som avlidit har minskat med en knapp femtedel under 2000-talet, medan antalet kvinnor varit i stort sett oförändrat (Folkhälsomyndigheten 2016).

Fysisk aktivitet och matvanor

Låg fysisk aktivitet har koppling till de flesta folksjukdomar och lågt psykiskt välbefinnande. Det är vanligare med låg fysisk aktivitet på fritiden bland personer med låg social position (Livsmedelsverket 2016; ESO 2011). Detsamma gäller ohälsosamma matvanor, såsom lågt intag av frukt och grönsaker (Statens folkhälsoinstitut 2010b). Ett lågt intag av frukt och grönsaker finns med på WHO:s lista över de tio största riskfaktorerna för både män och kvinnor vid sjukdomsburda i höginkomstländer. Skillnaderna i matvanor får genomslag i stora skillnader i livslängd och risk för kronisk sjukdom och fetma återfinns bland de fem främsta riskfaktorerna i världen för förlorade levnadsår (WHO 2015).

I jämförande studier av hälsa och fysisk aktivitet brukar de nordiska länderna framstå som föredömen. Som exempel visar den Europeiska kommissionens återkommande opinionsundersökning – Eurobarometern – att 70 procent av Sveriges medborgare säger sig träna eller idrotta minst en gång i veckan. Nästan lika höga siffror redovisar Danmark (68 procent) och Finland (66 procent). I södra Europa återfinns de länder med lägst andel som idrottar regelbundet. I Bulgarien svarar hela 78 procent att de aldrig idrottar eller motionerar, följt av Malta (75 procent), Portugal (64 procent) och Italien (60 procent). Resultaten indikerar att de nordiska länderna når upp till WHO:s rekommenderade fysiska aktivitetsnivå i större utsträckning än de flesta andra länder i Europa (Europeiska kommissionen 2014). Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att levnadsförhållandena i EU-länderna uppvisar stora variationer. I vissa länder är fysisk aktivitet i stor utsträckning kopplad till yrkeslivet. I Norden är situationen snarast den omvända: vi tenderar att vara stillasittande på arbetet, men kompenserar det genom idrotts- och motionsaktiviteter på fritiden. Även detta framgår av Eurobarometern, där Sverige utgör ett av de länder där flest personer uppger sig vara stillasittande minst 8,5 timmar om dagen (CIF 2015).

För barn och unga är fysisk aktivitet och god fysisk kapacitet starka friskfaktorer. Välbefinnandet, den fysiska självkänslan och kognitiva funktioner förbättras samtidigt som risken för många sjukdomar minskar. Mot denna bakgrund är det problematiskt att graden av fysisk aktivitet och medverkan i föreningsidrott hos unga

påverkas av socioekonomiska faktorer. I Centrum för idrottsforskningens årliga uppföljning av statens idrottsstöd framkommer att barn med högskoleutbildade föräldrar idrottar i större utsträckning än barn till föräldrar med endast gymnasieutbildning. Likaså idrottar barn i tjänstemannahushåll i större omfattning än barn i företagare- eller arbetarhushåll. Barn till ensamstående idrottar i mindre utsträckning än barn till sammanboende föräldrar. Flickor med invandrarbakgrund är den grupp som idrottar i minst utsträckning (CIF 2014; SOU 2008:59).

Bilden av föreningsidrotten som socioekonomiskt och demografiskt skiktad framkommer även i kommunala jämförelser av aktivitetsnivån i idrottsrörelsens barn- och ungdomsverksamhet. En studie från 2013 visade högst föreningsidrottande i medelstora och socioekonomiskt välmående städer och förortskommuner, särskilt i Stockholms- och Skåne-regionen. Lägst aktivitet uppnåddes i små kommuner huvudsakligen belägna i landsbygd eller glesbygd (CIF 2014).

I den nationella folkhälsoenkäten ställs frågor om konsumtion av frukt och grönsaker. Andelen som uppger att de äter lite frukt och grönsaker har varit i stort sett oförändrad de senaste tio åren. Kvinnor äter nästan dubbelt så mycket frukt och grönsaker som män. Folkhälsomyndighetens analyser visar även på skillnader i konsumtion utifrån utbildningsnivå. Jämfört med personer med enbart förgymnasial utbildning är de med eftergymnasial utbildning tre till fyra gånger så benägna att äta grönsaker (oftare än en gång per dag). För frukt ses liknande men inte lika stora skillnader (Folkhälsomyndigheten 2016).

För att mäta övervikt och fetma brukar måttet BMI (Body Mass Index) användas. Måttet uttrycker en relation mellan längd och vikt. BMI mellan 25–30 innebär övervikt, om det överstiger 30 klassas det som fetma. Andelen personer i Sverige med fetma har ökat något under de senaste tio åren och var cirka 14 procent både bland kvinnor och män. Ökningen har skett i de äldre åldersskikten. Fetma är nästan dubbelt så vanligt bland de med förgymnasial utbildning jämfört med de utan gymnasieutbildning. Personer med övervikt har legat på en oförändrad men relativt hög nivå mellan åren 2004–2015. Vid den senaste mätningen 2015 var andelen med övervikt 29 procent bland kvinnor och 42 procent bland män (Folkhälsomyndigheten 2016). Trots många olika sätt att mäta och

klassificera matvanor och socioekonomisk status framträder ett mönster. Det finns ett direkt samband mellan hälsosamma matvanor och socioekonomisk status, särskilt utbildning, i Sverige. Sambandet kan bidra till att förklara de sociala skillnader som finns i sjukdomsförekomst och dödlighet (Livsmedelsverket 2016).

Sömn

Sömnstörningar har visat sig vara nära kopplade till en rad psykiatriska tillstånd som utmattningssyndrom och depression. Störd sömn är även en bidragande orsak till somatisk sjukdom såsom hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, mag- och tarmsjukdomar, astma, respiratoriska sjukdomar och smärttillstånd m.m. Sömnstörningar drabbar en tredjedel av befolkningen. De innefattar dels störd sömn med sömnavbrott eller ytlig sömn t.ex. p.g.a. buller, dels alltför kortvarig sömn. En nyligen publicerad forskningsöversikt visar att bristande sömn är betydligt vanligare bland dem med lägre socioekonomisk position och sannolikt en betydelsefull faktor till sociala skillnader i hälsa (Chandra et al. 2015).

Sammanfattningsvis dör varannan tobaksrökare i förtid av sin rökning och förlorar i genomsnitt tio år av sin livslängd. Tobaksrökning minskar i Sverige, med konsumtionen präglas av en tydlig socioekonomisk fördelning. Fler kvinnor än män röker. Det finns en betydande översjuklighet orsakad av alkohol och berusning står bakom en stor del av de direkta fysiska skadorna av alkohol, som våldsbrott, drunkning, bränder, fall och trafikolyckor. Medelintaget av alkohol är högre i grupper med hög socioekonomisk status, men alkoholrelaterad dödlighet är vanligare bland de med en utsatt social situation (främst män). Det får ofta stora sociala konsekvenser. Många barn lever i hushåll där någon vuxen riskkonsumerar alkohol. Alkoholkonsumtionen har ökat något under de senaste tio åren bland äldre men samtidigt minskat bland yngre, det gäller för både kvinnor och män. Låg fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor har koppling till en rad folksjukdomar och förlorade levnadsår. Det är vanligare med låg fysisk aktivitet på fritiden och ohälsosamma matvanor bland personer med låg social position.

3.3.7 Kontroll, inflytande och delaktighet

Kontroll över sitt eget liv, tillit till andra, inflytande och delaktighet i samhället är centrala områden för att uppnå jämlik hälsa. Forskning visar att det finns tydliga kopplingar mellan dessa faktorer och individer och grupper hälsoutveckling. Sannolikheten är större bland personer med lägre socioekonomisk position att man upplever sig ha sämre kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället i stort, samt mindre gemenskap och delaktighet.

Kontroll och inflytande är faktorer som är intimt sammanknippade med den enskildes självförtroende och självkänsla. När individer och grupper upplever att de saknar kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället i stort uppstår en känsla av utanförskap och maktlöshet. På ett generellt plan har kontroll och inflytande över sin situation lyfts inom exempelvis den svenska välfärdsforskningen (Johansson 1970), men också kopplats explicit till hälsa. Två välkända exempel på detta är forskning kring vikten av känsla av sammanhang (Antonovsky 1987) respektive betydelsen av krav och kontroll i arbetslivet (Karasek och Theorell 1990). Inom psykologisk forskning brukar man tala om copingförmåga, vilket innebär tilltro till sin egen förmåga att hantera olika stressfyllda och känslomässigt krävande situationer. Den är beroende av individens upplevda möjligheter att hantera svårigheter och utmaningar och präglas av levda erfarenheter under livet (Pearlin 1978; Surtees et al. 2007). Grunden för den här typen av psykologiska resurser läggs redan tidigt. Föräldrars förväntningar om hur de kan påverka sina barns utveckling spelar t.ex. en stor roll och dessa förväntningar tenderar att variera med föräldrarnas socioekonomiska status (Cunha et al. 2013). Det finns omfattande forskningsstöd för att skyddande psykologiska resurser har en, oberoende, preventiv inverkan mot sjukdom och död, t.ex. vad gäller stroke och hjärtinfarkt (Lundgren et al. 2015) och att individer i grupper med lägre socioekonomisk status inte besitter skyddande psykologiska resurser i samma utsträckning som de med högre socioekonomisk position (Kristenson et al. 2004; Matthews et al. 2010). Psykologiska riskfaktorer som uppgivenhet, nedstämdhet/depressivitet och hopplöshet ökar risken för sjukdom och död (Upphoff et al. 2013). Personer med låg socioekonomisk

situation löper högre risk för psykologiska riskfaktorer (Matthews et al. 2010). Den här typen av riskfaktorer uppstår ofta för den som under en längre tid lever i en situation där man upplever bristande möjlighet att påverka sin egen livssituation, vilket minskar tilltron till den egna förmågan och en känsla av hopplöshet kan uppstå. Låg tilltro till sig själv och till sin omgivning påverkar dessutom kroppen negativt på två olika sätt. Indirekt genom att uppgivenhet, stress och oro leder det till mer ogynnsamma levnadsvanor och direkt genom stress på kroppens centrala skyddssystem, t.ex. nivåer av stresshormonet kortisol och immunsystemets aktivitet (Chen et al. 2013).

Människans behov av delaktighet är grundläggande för välbefinnande och livskvalitet och därmed även för hälsa. Att vara del i ett socialt sammanhang, ingå i sociala nätverk, att känna delaktighet och bli sedd och hörd är centrala skyddsfaktorer för hälsan. Att uppleva gemenskap samt stärka sin identitet genom att tillhöra en viss grupp kan ses som en huvudsaklig anledning till att människor söker sig till det civila samhället (Harding 2012).

Inom forskning om social interaktion människor emellan innefattar *socialt stöd* dels det kvantitativa måttet som kallas socialt nätverk, som handlar om hur väl integrerad man är i ett socialt sammanhang och hur många vänner och bekanta man har som kan ge både praktiskt stöd och gemenskap, dels den kvalitativa delen som kallas emotionellt stöd. Med emotionellt stöd avses om man har någon person att dela tankar och känslor med. Det kan räcka med en enda person. Personer i lägre social position har mindre tillgång till såväl sociala nätverk som emotionellt stöd (Kristenson et al. 2004; Matthews et al. 2010). Båda parametrarna av socialt stöd utgör centrala komponenter för självskattad hälsa och psykiskt välbefinnande och är samtidigt oberoende, skyddande faktorer för sjukdom, t.ex. hjärtinfarkt och tidig död (Berkman 2004). Därutöver är låg socioekonomisk position förenat med mindre tillit till andra människor (Holmberg och Rothstein 2014) och till välfärdsinstitutionerna – trots att man ofta är mer beroende av dessa.

På en mer övergripande nivå anknyter kontroll, delaktighet och inflytande till det som brukar benämnas social hållbarhet i ett samhälle. Social hållbarhet fokuserar på fördelningen av resurser mellan människor. Tonvikt läggs på rättviseaspekter som jämlikt, ekonomiskt, socialt, kulturellt och politiskt deltagande. Dessa rättviseaspekter talar Östergren (2015) om i termer av ett kontrakt mellan

individerna och samhällets makthavare och dess institutioner. Det utgör grunden för samhället. Hållbarhetsperspektivet löper som en röd tråd i välfärdspolitikens strävan mot ett socialt hållbart samhälle. Genom generella insatser har man stärkt samhällets säkerhet (trygghet och ordning), frihet (utveckling och hälsa) samt rättvisa (rättigheter och fördelning av resurser) (Abrahamsson 2015).

Social oro, våld, övergrepp och misshandel

Bristande tillit till andra är således nära kopplat till bristande sociala nätverk. Men detta samband är komplext. I segregerade bostadsområden kan gemenskapen inom områdena beskrivas som förhållandevis god där gemenskapen baseras på faktorer såsom etnicitet eller områdestillhörighet, medan gemenskapen och sociala band till det omgivande samhället är bristfälliga. Ungdomar rapporterar i studier att de inte vill lämna området då man upplever att man inte accepteras. Avsaknad av överbryggande socialt kapital och informellt nätverk samt svårigheter att få arbete leder till misstro och frustration. Studier talar återkommande för att destruktiva handlingar som t.ex. våld bottnar i känslor av utanförskap, diskriminering, frustration och maktlöshet (se t.ex. Stigendal och Östergren 2013).

Våld i nära relation är i hög grad en folkhälsofråga. Att utsättas för sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld kan bidra till ökad risk för olika former av psykisk och fysisk ohälsa, på kort och på lång sikt. Exempelvis är riskbruk av alkohol dubbelt så vanligt bland kvinnor och män som har varit utsatta för allvarligt sexuellt eller fysiskt våld som vuxen än bland dem som inte varit utsatta. Även risken för självskadebeteende och symtom på posttraumatisk stress ökar markant (SOU 2014:49). Barns utsatthet är påtaglig. Drygt var femte person i befolkningen har någon gång i sitt liv utsatts för våld i nära relation. Kvinnor är särskilt utsatta. Omkring var fjärde kvinna och var sjätte man har utsatts någon gång i sitt liv. Andelen utsatta för fysiskt våld uppgår till 15 procent för kvinnor och åtta procent för män. Minst 150 000 barn bor i hushåll där det förekommer våld, knappt hälften av dem upplever återkommande våld i hemmet (NCK 2014; Brå 2014). Mörkertalen bedöms även vara stora, våldsbrotten i nära relation polisanmäls sällan. Vissa är mer utsatta än andra. De bakgrundsfaktorer som verkar ha starkast

relevans är ålder, familjerelation, utbildning, boendeform och ekonomiska förutsättningar. Utsattheten är högst bland personer i åldrarna 16–34 år, ensamstående föräldrar, personer med högst gymnasial utbildning och personer boende i flerfamiljshus. Utsatta kvinnor har ofta sämre ekonomiska förutsättningar än kvinnor som inte blivit utsatta (SOU 2014:49). Förebyggande insatser är nyckeln till en varaktig minskning av våldet. Utöver stort mänskligt lidande leder våld i nära relationer till avsevärda kostnader för samhället.

Kontroll och inflytande – möjligt att mäta

Det är inte helt enkelt att bilda sig en uppfattning om människors kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället i stort. Av forskningsgenomgången ovan framgår att låg tillgång till psykologiska resurser, eller hög förekomst av riskfaktorer som uppgivenhet, nedstämdhet och depressivitet ökar risken för sjukdom och död, samt att personer med låg socioekonomisk position löper högre risk för en mer ogynnsam psykologisk karaktäristik. Uppgivenhet och nedstämdhet hänger ihop med låg självskattad hälsa, därför kan resultat av den nationella folkhälsoenkäten ge oss en indikation om omfattning och fördelning. Enligt den senaste nationella folkhälsoenkäten (2014) Hälsa på lika villkor (HLV) uppger omkring 70 procent av befolkningen (16–64 år) att de har en bra eller mycket bra hälsa. Män anger något bättre hälsa än kvinnor. Under den senaste tioårsperioden registrerades en något förbättrad hälsa för alla åldersgrupper (30–44, 45–64 och 65–84 år) förutom i den yngsta åldersgruppen (16–29 år). Nedbrutet på olika utbildningsnivåer finns det tydliga skillnader, om än relativt stabila över de senaste tio åren. Bland kvinnor med eftergymnasial utbildning är andelen som uppskattar sin hälsa som mycket bra eller bra omkring 80 procent, strax under 70 procent för dem med gymnasial utbildning och cirka 60 procent för dem utan gymnasial utbildning. Gapen är likartade men något mindre bland män. Därutöver skiljer sig den självskattade hälsan mellan särskilt utsatta grupper och den övriga befolkningen (se vidare kapitel 2).

En annan viktig aspekt är självupplevd diskriminering. I HLV finns en fråga om upplevd kränkning pga. kön, etnisk tillhörighet, religion eller funktionsnedsättning m.m. Femton procent av kvinnorna har upplevt diskriminering på grund av kön under de senaste tre månaderna (vid mättillfället) och var tredje kvinna mellan 16–29 år. Nio procent av de som ansåg sig ha upplevt diskriminering gjorde det på grund av sin etnicitet. Denna siffra har på övergripande nivå inte förändrats i någon större utsträckning de senaste åren. Mer män än kvinnor har upplevt diskriminering på grund av etnicitet. Hos kvinnor finns dock en signifikant ökning från 2011 till 2012, från fem till tio procent. Fyra procent av befolkningen upplever att de blivit diskriminerade på grund av religion. Nära 35 procent av unga med funktionsnedsättning uppgav att de upplevt att de blivit diskriminerade på grund av sitt funktionshinder någon gång och tio procent hade blivit det flera gånger, jämfört med 17 respektive tre procent bland övriga (Ungdomsstyrelsen 2012).

I den nationella folkhälsoenkäten får svarspersonerna sedan år 2004 även ange om de i allmänhet anser att det går att lita på de flesta människor. Av enkäten framgår att personer med eftergymnasial utbildning har störst tillit till andra människor och de som har grundskola som högsta utbildningsnivå lägst tillit. Nära varannan person med kort utbildning uppger att de har svårt att lita på sina medmänniskor och samma andel gäller för personer som är födda utanför Europa. Skillnader i tillit är även påtagliga mellan boendeområden med olika socioekonomisk struktur, t.ex. mellan stadsdelar i Malmö (Malmökommissionen 2014).

Delaktighet och deltagande

Att mäta delaktighet och deltagande i samhället kan göras på flera olika sätt. Social gemenskap (sociala nätverk och stöd) mäts, utöver forskningsrapporter också i olika folkhälsorapporteringar. Här nöjer vi oss med att kort beröra valdeltagande till riksdagen och engagemang i det civila samhället. Det finns tydliga skillnader i valdeltagande mellan olika befolkningsgrupper. Enligt SCB:s valundersökning är andelen röstande betydligt lägre bland ensamstående, personer med lägre utbildningsnivå, låginkomsttagare, arbetare, arbetslösa och personer utanför arbetsmarknaden samt unga och utrikes födda.

Omvänt är andelen röstande större bland sammanboende, högutbildade, höginkomsttagare, tjänstemän och bland personer med arbete. Det finns även en skillnad mellan könen, kvinnor röstar i något högre grad än män (SCB 2015). Även vad det gäller ideellt engagemang i civilsamhället visar statistik från den s.k. Befolkningsstudien att sannolikheten att någon arbetar ideellt inom det civila samhället är 1,5 gånger högre för kvinnor och 1,8 gånger högre för män med eftergymnasial utbildning än för de med gymnasial eller förgymnasial utbildning (von Essen och Wallman Lundåsen 2014).

Sammanfattningsvis är människans behov av delaktighet, inflytande och kontroll grundläggande för välbefinnande och livskvalitet och därmed även för hälsa. Personer med låg socioekonomisk position har mindre tillit till sin omgivning, svagare sociala nätverk, lägre tilltro till sin egen förmåga och fler psykologiska riskfaktorer och därmed ökad risk för sjukdom och död. Personer med kortare utbildning skattar sin hälsa lägre än de med längre utbildningstid. Den självupplevda diskrimineringen är mer omfattande särskilt i utsatta grupper. Även delaktighet och deltagande i form av exempelvis demokratiska val och engagemang i det civila samhället är lägre i grupper med lägre socioekonomisk status. Social oro med våld och destruktiva handlingar bottnar ofta i bristande känsla av delaktighet, med känslor av utanförskap, diskriminering, frustration och maktlöshet. Att utsättas för våld i nära relation bidrar till ökad risk för olika former av psykisk och fysisk ohälsa på kort och på lång sikt.

3.4 Styrning och uppföljning av åtgärder för jämlik hälsa

En strategisk, sektorsövergripande, effektiv och långsiktig styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken är en viktig förutsättning för att nå det övergripande målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen och det långsiktiga målet att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Kommissionen kommer därför att göra en analys av dagens system för styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken i syfte att, vid behov, lägga förslag till förändringar för att få ett ökat genomslag för politiken och för att kunna uppnå en jämlik hälsa. Kommissionen kommer även att göra en analys av ett antal mer övergripande frågor relaterade till styrning och uppföljning av offentliga verksamheter som påverkar jämlik hälsa.

3.4.1 Varför en analys av frågor om styrning och uppföljning?

Som har konstaterats tidigare i detta delbetänkande är en god och jämlik hälsa beroende av en kombination av olika faktorer som t.ex. en persons utbildning, situation på arbetsmarknaden, boende- och närmiljö, möjligheter till inflytande och levnadsvanor. Detta innebär att möjligheterna att nå de övergripande målsättningarna för folkhälsopolitiken är avhängiga insatser på ett stort antal områden. Vissa av dessa områden ligger inom folkhälsopolitikens egna mandat och budget, t.ex. arbetet med frågor om alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel samt hiv/aids. Andra berörda områden är exempelvis utbildnings-, arbetsmarknads-, arbetslivs-, demokrati- och bostadspolitiken. Bara för att nämna några. Kopplingen till hälso- och sjukvårdspolitikerna är naturligtvis också stark. Folkhälsopolitiken är således tvärsektoriell. I praktiken innebär detta, liksom fastslås i Folkhälsopropositionen från 2002 (Prop. 2002/03:35), att de statliga myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som påverkar folkhälsan också har ansvar för att beakta deras effekter på folkhälsan, dvs. att beakta ett folkhälsoperspektiv i sitt arbete. Socialdepartementet och Folkhälsomyndigheten har ansvar för att samordna frågor som berör folkhälsan och inom olika politikområden

att vidta åtgärder på de områden som ligger inom folkhälsopolitikens egna mandat.

Ett stort antal av de faktorer som påverkar en god och jämlik hälsa ligger inom kommunernas, landstingens och regionernas ansvarsområden. Detta innebär att måluppfyllelsen också är starkt beroende av ett aktivt arbete på lokal och regional nivå och av att den nationella folkhälsopolitiken uppfattas som relevant av kommuner, landsting och regioner, samt att det finns ett samspel mellan arbetet på de olika nivåerna. De samlade åtgärderna bör förstärka varandra och sträva efter samma mål att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Det är också av stor vikt att dessa aktörer får ett adekvat stöd från den nationella nivån.

Kommissionen har endast i begränsad utsträckning ett uttalat uppdrag när det gäller frågor om styrning och uppföljning. I direktiven sägs att *”Kommissionen ska överväga i vilken mån den nuvarande sektorsövergripande strukturen för uppföljningen av det samlade folkhälsoarbetet är ändamålsenlig för regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.”* (Dir. 2015:60).

Kommissionen konstaterade dock redan i ett tidigt skede att en bredare analys av såväl styrningen som uppföljningen av folkhälsopolitiken är nödvändig. Dessa frågor har också lyfts som viktiga i Kommissionens dialog med olika aktörer, inte minst av företrädare för kommuner, landsting och regioner. Även Marmotkommissionen betonade vikten av styrnings- och uppföljningsfrågor och lade rekommendationer på området (WHO 2008). Frågorna har också behandlats av de svenska lokala och regionala kommissionerna för jämlik hälsa och social hållbarhet (se vidare avsnitt 3.2).

Analysen kommer att omfatta hela styrkedjan från mål och inriktning till organisering, genomförande, uppföljning och utvärdering av politiken, samt hur lärande från uppföljning och utvärdering tas tillvara i formulering av ny politik, nya åtgärder och arbetsätt. Analysen inbegriper styrning av såväl myndigheter som av kommuner, landsting och regioner. Även andra aktörer såsom civilsamhällesorganisationer, professionerna, näringslivet och inte minst medborgarna själva, har betydelse för framgången att nå målen inom folkhälsopolitiken. De är därmed också berörda av hur styrningen fungerar och det är viktigt att styrningen kan ta tillvara och förstärka deras engagemang och kunskaper. Särskilt fokus

kommer att läggas på hur jämlik hälsa kan bli en integrerad del i styrningen och uppföljningen på alla nivåer.

Kommissionen kommer även att fördjupa sig i ytterligare ett antal frågor kopplade till styrning och uppföljning, som inte bara relaterar till folkhälsopolitiken, men som påverkar arbetet för jämlik hälsa.

Det övergripande syftet med denna del av Kommissionens arbete är dels att teckna en bakgrundsbeskrivning för förslag på olika sakområden, dels att bedöma om Kommissionen bör lägga förslag som rör förändringar i dagens styr- och uppföljningssystem, för att få ett ökat genomslag för politiken och för att kunna uppnå jämlik hälsa i befolkningen.

Nedan beskrivs översiktligt den preliminära inriktningen för Kommissionens hantering av dessa frågor.

3.4.2 Beskrivning och analys av systemet för styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken

Det övergripande målet och de 11 målområdena för folkhälsopolitiken antogs i och med riksdagens beslut 2003 om regeringens proposition *Mål för folkhälsan* (Prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Statens Folkhälsoinstitut utarbetade därefter, på regeringens uppdrag, indikatorer för att följa upp folkhälsan och dess bestämningsfaktorer (Statens Folkhälsoinstitut 2003). I mars 2008 presenterade den dåvarande regeringen propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* som riksdagen sedan fattade beslut om i juni 2008 (Prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:Sou11, rskr. 2007/08:226). Förändringar som gjordes i samband med detta var bl.a. en omformulering av rubrikerna på vissa målområden (innehållet förblev dock detsamma), samt ett förstärkt fokus på människans behov av integritet och valfrihet som grund för att bygga på sambandet mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. En mer utförlig beskrivning av folkhälsopolitiken görs i avsnitt 3.1.

Genomslag av folkhälsopolitikens mål bland berörda aktörer och mål- och uppföljningssystemets utformning

Genomslag av folkhälsopolitikens mål bland berörda aktörer

Att målet och målområdena för folkhälsopolitiken är kända, uppfattas som relevanta och används av berörda aktörer är av stor vikt för folkhälsopolitikens genomslag och måluppfyllelse. Kommissionen kommer därför att analysera i vilken utsträckning det övergripande målet och målområdena används i det folkhälsoarbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och regioner och om de fortfarande kan anses som relevanta.

När det gäller genomslaget av målet och målområdena bland berörda aktörer är det känt sedan tidigare att det övergripande målet och målområdena används i högre utsträckning av kommuner, landsting och regioner än av de statliga myndigheterna (Statens Folkhälsoinstitut 2013). Detta är anmärkningsvärt eftersom folkhälsopolitiken ska vara direkt styrande för de statliga myndigheterna, men med anledning av den kommunala självstyrelsen endast kan vara vägledande för kommuner, landsting och regioner (Prop. 2002/03:35).

Det har också konstaterats att vissa av de 11 målområdena har ägnats betydligt större uppmärksamhet än andra.

När det gäller Regeringskansliets och myndigheternas arbete gjordes i samband med riksdagens antagande av den folkhälso-politiska propositionen 2003 en bred sektorsövergripande satsning på att få folkhälsopolitikens mål och samtliga målområden att genomsyra berörda departement och myndigheters verksamheter. Bland annat inrättade regeringen i september 2003 en nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor under folkhälso- och socialtjänstministern. I gruppen ingick cheferna för 16 myndigheter vars arbete bedömdes ha stor betydelse för att kunna nå det övergripande målet för folkhälsoarbetet. Även SKL var representerade. Inrättandet av gruppen beskrevs som ett steg i processen att integrera folkhälsoaspekterna i andra politikområden. Vidare gavs 25 myndigheter samt samtliga länsstyrelser, under åren 2004–2008 i uppdrag att redovisa kopplingen mellan den egna verksamheten och folkhälsoarbetet och ett internt arbete pågick inom Regeringskansliet för att sprida kunskap om hälsokonsekvensbedömningar till alla berörda departement och att belysa vikten att på relevanta områden beakta ett folkhälsoperspektiv. Detta breda och mer

sektorsövergripande arbete som inkluderade även de breda sociala bestämningsfaktorerna för hälsa kom dock att tonas ner i och med att fokus för folkhälsopolitiken delvis förändrades i samband med propositionen En förnyad folkhälsopolitik 2008 (Prop. 2007/08:110). Fokus lades då i stället mer på frågor inom folkhälsopolitikens egna mandat och budget. Om vi studerar folkhälsopolitikens budget och Socialdepartementets och Folkhälsomyndighetens arbete i dag förefaller detta fokus i huvudsak på ANDT-frågor, hiv/aids och i viss mån barn och ungas uppväxtvillkor att bestå. Arbetet på dessa områden, varav vissa omfattas av egna strategier, mål och uppföljningssystem och strukturer, har i många avseenden varit framgångsrikt och fått ett tydligt genomslag bland berörda aktörer.⁸

När det gäller fokus för arbetet i kommuner, landsting och regioner visade en undersökning som Statens Folkhälsoinstitut genomförde 2012 att de målområden som hade prioriterats de senaste nio åren var; barn och ungas uppväxtvillkor, delaktighet och inflytande i samhället, hälsofrämjande hälso- och sjukvård, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel, sexualitet och reproduktiv hälsa samt förebyggande arbete med alkohol och tobak (Statens Folkhälsoinstitut 2013). Även här har fokus alltså i huvudsak legat på frågor inom ramen för folkhälsopolitikens egna mandat.

För att få en helt uppdaterad bild av läget på detta område i dag gör Kommissionen egna undersökningar om folkhälsoarbetet bland myndigheter, kommuner, landsting och regioner. Vi kan dock redan nu konstatera att vi, med anledning av Kommissionens fokus på ett brett arbete för jämlik hälsa, med utgångspunkt i de breda sociala bestämningsfaktorerna, bedömer att det finns ett behov av att diskutera hur ett starkare och mer sektorsövergripande arbete med ett adekvat stöd till alla relevanta aktörer (ett "health in all policies-perspektiv") kan komma till stånd för att få ett ökat genomslag för de folkhälsopolitiska målen.

Inom andra tvärssektoriella områden (exempelvis jämställdhetspolitiken och ungdomspolitiken) beskrivs ofta arbetssättet i termer av två kompletterande strategier eller angreppssätt; 1) att arbeta för att det aktuella perspektivet integreras på samtliga relevanta områden och 2) att vidta särskilda åtgärder eller sektorsspecifika åtgärder för att

⁸ Se exempelvis Statskontorets rapport Utvärdering av regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (2015:9).

påskynda arbetet gentemot de uppsatta målen (Prop. 2005:06/155 samt prop. 2013:14/191). Genomförandet av folkhälsopolitiken har alltså under senare år i hög utsträckning fokuserat på det senare angreppssättet. Kommissionen avser att återkomma kring hur genomförandet av folkhälsopolitiken skulle kunna ha ett bredare angreppssätt än i dag för att få ett större genomslag.

Mål- och uppföljningssystemets utformning

Genomslaget för folkhälsopolitikens mål beror även på hur mål- och uppföljningssystemet i sig är utformat. Vi kommer därför att analysera systemets utformning med mål och målområden och hur dess utformning påverkar genomförandet och uppföljningen av politiken. Såväl det övergripande målet, som den sektorsövergripande målstrukturen med de 11 målområdena, beslutades av riksdagen 2003. Initialt inkluderades mål på 31 berörda politikområden i målstrukturen för folkhälsopolitiken. Politikområdesindelningen upphörde dock 2009.⁹ Vi kommer att analysera vilka eventuella konsekvenser det fick för folkhälsopolitiken. I samband med riksdagsbeslutet om det övergripande målet och målområdena beslutade riksdagen också att regeringen skulle besluta om delmål för arbetet. Några sådana kom dock aldrig att beslutas.

Ett viktigt underlag i detta sammanhang är Statskontorets utvärdering av uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken. Där konstaterade Statskontoret att vissa förbättringsåtgärder kunde vidtas och vi kommer att studera dessa närmare. Statskontoret bedömde exempelvis att avsaknaden av delmål i folkhälsopolitiken försvårar uppföljningen av densamma (Statskontoret 2013).

Den nuvarande regeringen har i tillägg till det tidigare övergripande målet för folkhälsopolitiken uttalat det långsiktiga målet ”att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”, dvs. det mål som ligger till grund för Kommissionens uppdrag. Här

⁹ Regeringen aviserade i 2008 års ekonomiska vårproposition (prop. 2007/08:100, avsnitt 4.4.4) att den enhetliga verksamhetsstrukturen skulle utgå. Detta utvecklades närmare i Budgetpropositionen för 2009 (prop. 2008/09:1, avsnitt 10.4.1, volym 1). Beslutet innebar att utgiftsområden inte längre skulle indelas i politikområden och i förekommande fall inte heller i verksamhetsområden.

avser vi att föra en diskussion om hur detta mål relaterar till den redan existerande målstrukturen och vilka praktiska konsekvenser för folkhälsoarbetet denna målsättning har och bör ha.

Uppföljningen av folkhälsoläget och av folkhälsans bestämningsfaktorer

Att mäta och förstå problemet och att bedöma resultatet av vidtagna åtgärder är en av de tre övergripande rekommendationerna från Marmotkommissionen (WHO 2008). I folkhälsopropositionen från 2003 konstaterades att ”I ett mål- och resultatstyrningssystem är uppföljning och utvärdering av avgörande betydelse för att bedöma hur folkhälsutvecklingen och folkhälsoarbetet fortskrider”. Hur detta uppföljningssystem skulle utformas beskrevs också i propositionen (Prop. 2002/03:35).

Sverige har en lång tradition av att följa upp hälsoläget i befolkningen. Uppföljningen av folkhälsopolitiken efter propositionen 2003 har utvecklats under åren. Den huvudsakliga redovisningen har skett i Folkhälsopolitisk rapport som togs fram av Folkhälsoinstitutet 2005 respektive 2010, i ett antal Folkhälsorapporter framtagna av Socialstyrelsen, samt genom databasen Folkhälsodata. Uppföljningen har fokuserat på dels utvecklingen av hälsoläget i befolkningen, dels utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer. De folkhälsopolitiska rapporterna hade också som syfte att redovisa resultat av genomförda åtgärder och att ge rekommendationer till framtida satsningar.

Uppföljningen av folkhälsopolitiken är ett område där fokus har behållits under åren även på de breda sociala bestämningsfaktorerna och där ett antal myndigheter har haft i uppdrag att bidra till de folkhälsopolitiska rapporterna såväl 2005 som 2010. Den nationella folkhälsokommittén föreslog en folkhälsolagstiftning genom vilken kommuner och landsting skulle omfattas av ett ansvar att rapportera till den nationella nivån om arbetet med folkhälsofrågor. Denna lagstiftning kom dock aldrig att bli verklighet (Prop. 2002/03:35). I propositionen från 2002 angavs att ”Uppföljning och utvärdering bör också ske ur ett klass- och könsperspektiv samt etniskt perspektiv”.

Folkhälsomyndigheten har i dag huvudansvaret för uppföljningen. Enligt myndighetens instruktion (SFS 2013:1020) ska myndigheten:

- ansvara för uppföljning av befolkningens hälsa och för sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer med utgångspunkt i folkhälsopolitikens målområden samt utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet,
- svara för kunskapsuppbyggnad inom sitt ansvarsområde,
- förse regeringen och statliga myndigheter med kunskaps- och beslutsunderlag inom sitt ansvarsområde och
- identifiera, analysera och förmedla för ansvarsområdet relevant kunskap till berörda i kommuner, landsting och andra berörda samhällssektorer.

Myndigheten ska särskilt

- analysera utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer och hur bestämningsfaktorerna fördelas efter kön, etnisk eller kulturell bakgrund, socioekonomisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsnedsättning och ålder.

Folkhälsomyndigheten har för närvarande ett pågående arbete med att utveckla uppföljningssystemet, bland annat som en konsekvens av de rekommendationer som gavs av Statskontoret i den utvärdering de gjorde av uppföljningssystemet 2013. Kommissionen avser att föra en löpande dialog med myndigheten om detta arbete.

Kommissionen konstaterar att en regelbunden uppföljning och bevakning av hög kvalitet av folkhälsoläget, av folkhälsans bestämningsfaktorer och av jämlikhetsaspekter av dessa är av stor vikt. Ett uppföljningssystem bör vara långsiktigt och möjliggöra jämförelser över tid och mellan olika nivåer (EU-, nationell, regional- och lokal). Kommissionen kommer därför att göra en analys på övergripande nivå med fokus bl.a. på hur uppföljningen dels av bestämningsfaktorerna, dels av hälsoläget skulle kunna utvecklas och hur jämlik hälsa genomgående skulle kunna integreras i uppföljningen. En annan aspekt av uppföljningen som kommer att beröras är om och hur den kunskap som genereras genom uppföljningen används av relevanta aktörer. Kommissionen kommer även att diskutera forskningens roll i bevakning och analys av hälso-

ojämlikhetens utveckling och drivkrafter och av insatser för jämlik hälsa.

Kommissionen kommer i huvudsak att fokusera på övergripande frågor kring kopplingen mellan uppföljning och policyutveckling och utveckling av åtgärder och på hur jämlik hälsa integreras i uppföljningssystemet.

3.4.3 Organisering och genomförande av folkhälsopolitiken

Hur organiseringen och genomförandet av folkhälsopolitiken ser ut är avgörande för politikens genomslag och måluppfyllelse. Kommissionen kommer därför att analysera organiseringen och genomförandet av folkhälsopolitiken – inom Regeringskansliet och myndigheter på den nationella nivån, och inom länsstyrelser, kommuner, landsting och regioner på den lokala och regionala nivån.

Inom Regeringskansliet har Socialdepartementet ansvaret för samordningen av folkhälsofrågorna. Vidare har Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna särskilda samordnande uppdrag inom folkhälsopolitiken. Utöver dessa har Kommissionen identifierat drygt 40 myndigheter med verksamhet av vikt för att nå det övergripande målet för folkhälsopolitiken. Vidare har kommuner, landsting och regioner ansvar för ett stort antal av de frågor som påverkar en god och jämlik hälsa.

I detta sammanhang kommer Kommissionen att behandla bl.a. frågor om hur det sektorsövergripande folkhälsoarbetet styrs inom Regeringskansliet och gentemot myndigheterna. Vi kommer också att se över om berörda myndigheter har tydliga uppdrag ut i förhållande till folkhälsa och jämlik hälsa och om folkhälsopolitiken upplevs som ett stöd i arbetet. Vidare kommer vi att analysera kommunernas, landstingens och regionernas arbete med folkhälsa och jämlik hälsa och dess koppling till den nationella politiken. Vi kommer att värdera om relevanta aktörer behöver (mer) stöd i sitt arbete med folkhälsofrågor och frågor om jämlik hälsa och i så fall vilken typ av stöd och från vem. Slutligen kommer det samordnande ansvaret inom folkhälsopolitiken för Socialdepartementet, Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna att analyseras.

Som underlag för denna analys har Kommissionen under våren 2016 bland annat genomfört en enkätundersökning bland alla Sveriges

kommuner och landsting, samt vänt sig till ett antal statliga myndigheter och länsstyrelserna.

3.4.4 Jämförelse med styrningen och uppföljningen av andra tvärsektoriella områden och med folkhälsopolitiken i andra länder

Förutsättningarna för styrning av tvärsektoriella frågor kan sägas vara delvis annorlunda än de för styrningen av andra sakfrågor. Exempelvis påverkar det faktum att det krävs insatser på flera områden än det ”egna” för att nå uppsatta mål naturligtvis styrningen och gör den i vissa avseenden mer komplex. Kommissionen bedömer det som intressant och relevant att göra vissa övergripande jämförelser mellan styrningen och uppföljningen av folkhälsopolitiken med styrningen och uppföljningen av andra tvärsektoriella frågor.¹⁰ Detta i syfte att se om det finns upplägg och metoder att lära av som kan utveckla och stärka folkhälsopolitiken. Jämförelser kommer därför att göras av exempelvis målstruktur, uppföljningssystem, hur arbetet organiseras internt i Regeringskansliet, hur myndighetsstödet ser ut på respektive område och hur styrning och stöd ser ut i förhållande till den lokala och regionala nivån.

För att sätta in arbetet i en bredare kontext och även här dra lärdomar från andra, avser Kommissionen att göra en internationell utblick och jämförelser, i första hand med folkhälsopolitiken i de nordiska grannländerna.

3.4.5 Generella frågor om styrning och uppföljning som kan bidra till jämlik hälsa

Det finns ytterligare ett antal frågor kopplade till styrning och uppföljning av offentlig verksamhet, som inte bara relaterar till folkhälsopolitiken, men som påverkar arbetet för jämlik hälsa. Nedan följer exempel på frågeställningar som Kommissionen avser att fördjupa sig i:

¹⁰ Andra tvärsektoriella områden är exempelvis jämställdhets-, barnrätts-, ungdoms- och miljöpolitiken.

- De ettåriga budgetprocessernas påverkan av möjligheterna till långsiktiga och förebyggande insatser. Är sociala investeringsfonder och dylikt ett sätt att arbeta mer strategiskt och långsiktigt?
- Hur kan samordning och samverkan mellan relevanta aktörer främjas och ansvarsfördelningen mellan olika aktörer tydliggöras?
- Kan jämlik hälsa lyftas som en aspekt i offentlig upphandling?
- Hur kan arbetet med uppföljning och utvärdering av insatser och användande av dessa kunskaper i styrning och prioritering av verksamhet förbättras?
- Hur kan kompetensförsörjningen i för jämlik hälsa relevanta verksamheter säkras?
- Vad finns det för utmaningar för att nationell politik ska få genomslag på den lokala och regionala nivån? Finns det särskilda utmaningar när det gäller tvärsektoriella frågor?

Detta är frågor som har kommit upp i olika sammanhang i Kommissionens arbete. Merparten av dem är så breda och komplexa att var och en skulle kunna kräva en egen utredning. Detta innebär att Kommissionen i första hand kommer att lyfta fram och diskutera olika problemställningar och förbättringsområden.

4 Politik för en god och jämlik hälsa

I detta delbetänkande diskuteras inga konkreta förslag på åtgärder för att minska hälsoklyftorna. Betänkandet redogör i stället för ett antal grundläggande utgångspunkter, fakta och ställningstaganden rörande jämlik hälsa som Kommissionens fortsatta arbete kommer att baseras på. Betänkandet är därmed ett viktigt led i arbetet med att formulera konkreta förslag, men även ett led i vårt arbete med att föra en bred dialog om jämlik hälsa med relevanta aktörer.

I det fortsatta arbetet med att formulera förslag utgår vi från de sju områden av livsvillkor som vi har identifierat som mest avgörande för jämlik hälsa. Ytterst handlar åtgärder för en mer jämlik hälsa om att förstärka resurser – villkor och möjligheter – inom dessa områden bland de grupper som har sämre villkor och sämre hälsa. Redan existerande verksamheter och institutioner riktade mot dessa områden blir en viktig utgångspunkt för våra kommande förslag till åtgärder för en mer jämlik hälsa. Vi kommer även att formulera förslag med utgångspunkt i styrning, organisering, genomförande och uppföljning av folkhälsopolitiken, samt mer övergripande behandla frågor om styrning och uppföljning som påverkar jämlik hälsa.

Kommissionen ser tre principiellt olika typer av åtgärder för att åstadkomma en mer jämlik hälsa. För det första åtgärder som handlar om att stärka människors egna möjligheter att agera och generera resurser. För det andra åtgärder som innebär att inom samhällets existerande institutioner och verksamheter göra mer, och för det tredje åtgärder som innebär att bedriva verksamheter bättre, eller på annat sätt.

Kommissionen för jämlik hälsa har uppdraget att föreslå åtgärder som kan bidra till att minska hälsoklyftorna i Sverige. I detta delbetänkande har vi lagt en grund för det fortsatta arbetet med principer och konkreta förslag på kort, medellång och lång sikt. Vi har gjort det genom att diskutera grundläggande utgångspunkter och gjort ett antal ställningstaganden i relation till dessa (kapitel 1), genom att ge en översiktlig men samtidigt fördjupad bild av den ojämlika hälsan i dagens Sverige (kapitel 2), samt genom att redogöra för hur vi har valt att inrikta arbetet kring två olika men relaterade ansatser för att åstadkomma mer jämlik hälsa; mer jämlika livsvillkor och mer strategisk styrning (kapitel 3).

Kommissionen har valt att i delbetänkandet **inte** diskutera konkreta förslag eller presentera överväganden som pekar framåt mot sådana förslag. Detta delbetänkande är dock ett viktigt och nödvändigt steg i arbetet för att formulera sådana förslag. Det är även ett viktigt led i det öppna och inkluderande arbets sätt med fokus på dialog som Kommissionen har anlagt.

I detta avslutande kapitel vill vi kort knyta samman de viktigaste slutsatserna och ställningstagandena från tidigare kapitel, och lägga fram ett ramverk för hur det fortsatta arbetet med förslag kommer att bedrivas.

4.1 Grundläggande ställningstaganden och vägval för det fortsatta arbetet

Vi ska inte här upprepa alla de argument och ställningstaganden som vi har presenterat i de tre tidigare kapitlen, utan vill i stället lyfta fram några centrala och strategiska vägval, som Kommissionen har gjort i sitt arbete så här långt. Dessa vägval kommer att bli viktiga för det fortsatta arbetet inom Kommissionen. Flera av punkterna menar vi också är principiellt viktiga för att på ett framgångsrikt sätt kunna hantera frågan om jämlik hälsa i ett välfärdssamhälle som Sverige.

4.1.1 Jämlik hälsa – vad, hur och varför?

Kommissionen uppfattar att regeringens mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation är en riktning angivelse snarare än ett mål som kan uppnås fullt ut. Detta mål ligger till

grund för Kommissionens tillkomst och arbete, men Kommissionens konkreta uppdrag är främst att peka ut riktningen för att komma närmare regeringens mål genom att ”lämna förslag som kan *bidra* till att hälsoklyftorna i samhället *minskar* (Dir. 2015:60, s. 1, vår kursivering).

Vad menar vi med jämlik och ojämlik hälsa?

Med begreppen ”hälsoklyftor” och ”ojämlikhet i hälsa” menar vi systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper, dvs. mellan individer med olika social position. Kommissionens huvudfokus ligger på skillnader efter socioekonomi och kön. Vi refererar till dessa skillnader som sociala skillnader, därför att de ytterst sammanhänger med den sociala fördelningen av olika slags hälsorisker. Vi menar också att sådana skillnader därför i princip är påverkbara. Samtidigt måste åtgärder mot ojämlikhet vara ständigt pågående, eftersom samhället har inbyggda mekanismer som innebär att det utan motverkande insatser tenderar att driva mot mer ojämlikhet (Molander 2014¹). Genom politiska beslut att satsa på tidiga insatser, hälsofrämjande politik och omfördelning kan dock de mekanismer som genererar ojämlik hälsa påverkas i en riktning som främjar en mer jämlik hälsa.

Att Kommissionen fokuserar på skillnader mellan grupper med olika social position innebär på inget sätt att vi blundar för individers eget ansvar eller den stora variation som finns mellan individer också inom breda sociala grupper och skikt. Tvärtom ser vi alla människors önskan och rätt till en god hälsa som en central utgångspunkt. Samtidigt är det centralt för en förståelse av ojämlikhet i hälsa som samhällsproblem att individers ansvar *för* och önskan *om* en god hälsa relateras till de sociala skillnader som finns såväl i konkreta livsvillkor som i beslutsutrymme och handlingsalternativ. Här anknyter vi till Amartya Sen och andras arbeten kring ”förmågor”, dvs. det som på

¹ Molander skriver att ”Utan en aktiv fördelningspolitik driver samhället mot ojämlikhetsgränsen lika obönhörligt som en sten faller mot marken när man släpper den; i varje ögonblick glider det omärkligt nedåt, om inga motkrafter sätts in. Men ett samhälle är inte ett dött föremål utan en mänsklig artefakt. Med rätt utformning och vaksam politik kan det hållas svävande lika framgångsrikt som bröderna Wrights flygande maskin.” (Molander 2014, s. 191). Han diskuterar primärt ekonomisk ojämlikhet och ekonomisk fördelningspolitik men resonemanget kan appliceras mer generellt på bestämningsfaktorer till ojämlikhet i hälsa.

engelska kallas ”capabilities”. I linje med denna teoretiska diskussion lyfter vi fram betydelsen av dels individuella omvandlingsfaktorer (exempelvis funktionshinder) som ett viktigt steg mellan resurser och möjligheter, dels socialt påverkade val som ett viktigt steg mellan de möjligheter man har och de utfall man faktiskt får (Sen 2009; Robeyns 2005). Dessutom tenderar resursbrister att i sig ta upp mycket av människors fokus och deras kognitiva kapacitet. Därigenom begränsas individers handlingsutrymme och förmåga att fatta beslut (se exempelvis Shah et al. 2012; Mani et al. 2013), vilket bidrar till att förstärka skillnader.

Kommissionen ser därmed ojämlikhet i hälsa som ett resultat av samspelet mellan individ och samhälle. Alla individer har ett ansvar för sin egen hälsa inom ramen för det beslutsutrymme man har, och det allmänna har ett ansvar för att människor får ett rimligt beslutsutrymme men även för att ge stöd till enskilda beslut. Det är just detta som avses med samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor.

Samspelet mellan sociala processer och individuella handlingar kommer att vara viktigt också i det fortsatta arbetet med förslag. I synnerhet är det enligt vår uppfattning centralt att i arbetet med åtgärder beakta den dynamik i hälsa och överlevnad som finns inte bara mellan olika sociala grupper utan också inom dessa. Vi visar i Kapitel 2 hur fördelningen av ålder vid död ser ut för olika utbildningsgrupper (Figur 2.5 och 2.6). Här framkommer både likheter och skillnader i dödlighetsmönster. En påtaglig likhet är att en stor majoritet i alla utbildningsgrupper avlider efter 80 års ålder. Samtidigt finns det stora skillnader inte enbart genom att medelåldern vid död skiljer påtagligt, utan också genom att spridningen kring detta medelvärde är systematiskt större med kortare utbildning. Detta mönster förstärks dessutom över den tidsperiod vi följer (2000–2015).

En slutsats av detta är att en viktig skillnad i utvecklingen av dödlighet mellan sociala grupper (här med kortare och längre utbildning) ligger i skillnader i den interna variationen i dödlighet. Inom gruppen med eftergymnasial utbildning bidrar en minskning av spridningen till en ökning av medelvärdet. Denna grupp blir med andra ord mer homogen i termer av livslängd. Bland dem med förgymnasial utbildning ökar i stället spridningen, även bland männen som har haft en ökning av medelvärdet. Det innebär att denna grupp blir mer olik internt. När det gäller förslag på åtgärder kan

därför en strategi vara att inte enbart tänka i termer av skillnader mellan grupper, utan i lika hög grad på hur variationen inom grupper med exempelvis kortare utbildning kan minskas.

Detta resonemang kopplar också tydligt till hur Kommissionen ser på ojämlikhet i hälsa, nämligen både som en gradient som skär genom hela samhället och som en fråga om grupper i utsatta eller marginaliserade positioner. Den högre variationen i ålder vid död inom gruppen med förgymnasial utbildning kan sannolikt tolkas som att denna grupp också rymmer många fler människor i marginaliserade och sårbara positioner. Arbetet med förslag som gäller sådana grupper skulle därför kunna påverka även den generella gradienten i hälsa.

Hur uppstår ojämlikhet i hälsa?

Hur ojämlikhet av olika slag uppkommer och vidmakthålls diskuteras kontinuerligt inom forskningen. Detta gäller i synnerhet för ojämlikhet i hälsa, där många forskningsfält möts. Baserat på tidigare kommissioner och utredningar, men även på vår egen förståelse av relevant forskningslitteratur, kan en övergripande bild ändå tecknas.

Ojämlikhet i hälsa uppkommer genom skillnader mellan sociala grupper i tillgänglighet till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter (resurser), i ett samspel som sker över hela livet. Hälsa är således både en förutsättning *för* och ett resultat *av* andra villkor och möjligheter, som arbete, försörjning etc.

Här har förhållanden och villkor tidigt i livet en särställning. Detta dels därför att man inte kan välja på vilken plats, i vilken familj eller i vilka omständigheter man ska födas. Dels har det tidiga livet, både tiden i fosterlivet och de första 3–5 åren, en på många sätt avgörande effekt för utveckling och hälsa senare. Uppväxtfamiljens sociala och ekonomiska villkor påverkar barn på många olika sätt och lägger grunden för det fortsatta livet. Samtidigt är det centralt att detta inte ses som en process som är ödesbestämd och opåverkbar. Tvärtom visar forskningen att samhälleliga insatser och investeringar i barns hälsa och utveckling har en större avkastning än insatser senare. Detta resonemang innebär dock inte att insatser för att motverka ojämlikhet i hälsa *enbart* bör göras tidigare i livet, men att en klok investerings-

strategi för att jämna ut barns uppväxtvillkor sannolikt kommer att minska behovet av kompenseringar längre fram i livet.

Som vi diskuterade i kapitel 1 finns ett antal försök att med teoretiska modeller översiktligt beskriva de processer som skapar ojämlikhet i hälsa. Dessa inkluderar olika faktorer på individnivå, i närmiljön och samhället i stort som påverkar livsvillkor, möjligheter och ytterst hälsan genom hela livet. I Diderichsens modell av hur ojämlikhet i hälsa uppkommer beskrivs en process med fyra olika komponenter. Dessa är 1) den sociala skiktningen eller sorteringen in i olika sociala grupper i sig, 2) skillnader mellan sociala grupper i exponering för hälsofarliga faktorer och miljöer, 3) skillnader mellan sociala grupper i sårbarhet eller mottaglighet för en given exponering, beroende på flera samverkande exponeringar eller tidigare sjuklighet, samt 4) skillnader mellan sociala grupper i konsekvenser av sjukdom, exempelvis i form av möjlighet att arbeta. Även om det inte anges i modellen verkar dessa processer också över hela livsförloppet.

Samtidigt har vi som nämndes ovan valt att anknyta till tanken om förmågor eller "capabilities", dvs. vilken frihet människor har att vara och göra det de vill. Här är individuella s.k. omvandlingsfaktorer och de socialt och resurspåverkade val som människor gör två viktiga led mellan resurser och utfall. Arbetet med förslag bör därför beakta att det inte enbart är skillnader i resurser som leder till skillnader i utfall, utan även vilka förutsättningar och möjligheter människor har att omvandla och skapa god hälsa med dessa resurser. Detta anknyter också tydligt till process 3 i Diderichsens modell, dvs. att om förutsättningar eller sårbarheter skiljer sig mellan sociala grupper kan ojämlikhet i hälsa uppstå även vid samma grad av exponering.

Varför bör samhället uppmärksamma ojämlikhet i hälsa?

Vi redogör för fem olika skäl som sammantaget ger ett mycket starkt underlag för att samhället bör uppmärksamma, följa och försöka motverka ojämlikhet i hälsa. Alla människor har ett starkt intresse av en god hälsa, men alla har även lagstadgade och internationellt överenskomna rättigheter till en god hälsa (MR-argumentet). Det finns rättviseteoretiska liksom moraliskt grundade argument för att

skillnader i just hälsa är allvarliga och angelägna att åtgärda. Därutöver har samhället i stort ett gemensamt intresse av att främja en socialt, ekonomiskt och miljömässigt hållbar utveckling. Såväl sociala skillnader i hälsans bestämningsfaktorer som i hälsa och livslängd utgör potentiella problem för hållbar utveckling. Det offentliga har även ett starkt intresse av att använda de skattemedel man samlar in på ett sätt som ger bästa möjliga värde för invånarna.

Tagna var för sig är alla dessa argument starka, om än inte invändningsfria. Vi menar dock att det inte finns någon anledning att ställa argumenten mot varandra, särskilt som de är kompletterande snarare än ömsesidigt uteslutande. Tagna tillsammans ger de enligt vår mening en stark grund för att synliggöra behovet att uppmärksamma och verka för minskade sociala skillnader i hälsa.

4.1.2 Folkhälsopolitik eller politik för en god och jämlik hälsa?

Vi har i Sverige en nationell folkhälsopolitik, baserad på det arbete Nationella folkhälsokommittén gjorde och beslutad i Riksdagen 2003 genom antagandet av regeringens proposition *Mål för folkhälsan* (Prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Den revidering som genomfördes 2008 i och med propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* (Prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:Sou11, rskr. 2007/08:226) behöll i centrala avseenden inriktningen och strukturen på folkhälsopolitiken, men med ett förstärkt fokus på människans behov av integritet och valfrihet.

Som redovisats ovan är den inriktning och struktur som den svenska folkhälsopolitiken därmed givits, med ett övergripande mål om "samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" och 11 målområden, en i många avseenden viktig grund att bygga på. På basis av våra observationer så långt måste vi samtidigt konstatera att detta folkhälsopolitiska ramverk inte har fungerat fullt ut. Vi ser flera möjliga förklaringar till detta, kopplade till såväl den interna strukturen på folkhälsopolitiken som dess genomförande.

En aspekt av brister i den interna strukturen är den avsaknad av konkreta delmål och indikatorer för dessa som präglar folkhälsopolitiken, vilket även pekades ut av Statskontoret som en brist (Statskontoret 2013). En annan är den brist på strategisk fokusering

som vi menar har präglat folkhälsopolitikens utformning. Nationella folkhälsokommitténs uppdrag utgick bland annat från behovet att prioritera: ”Syftet med målarbetet är därför främst att ange vilka problem som är mest angelägna att lösa” (Dir. 1995:158). Det är svårt att se att detta tydligt uppnåddes. De målområden som folkhälsopolitiken utformades kring präglas snarare av att inkludera väldigt mycket, utan någon inbördes prioritering.

De prioriteringar som sedan har gjorts i arbetet med folkhälsopolitiken har kommit att bli påtagligt inriktade på de områden som ligger inom dess egna mandat och budget. Det bredare sektorsövergripande arbetet med de sociala bestämningsfaktorerna för en god och jämlik hälsa har däremot hamnat i bakgrunden. Detta bedömer vi har bidragit till att folkhälsopolitiken inte fått det breda genomslag bland olika berörda sektorer, vilket skulle ha varit en viktig förutsättning för att nå målet för politiken. Denna brist på genomslag återspeglas bl.a. i en brist på tydliga uppdrag till centrala aktörer att arbeta med jämlik hälsa, liksom brist på strukturer för samverkan mellan olika sektorer. Dessa brister kan ses såväl på nationell som på regional och lokal nivå.

I tillägg till dessa konkreta problem ser vi också ett mer övergripande pedagogiskt dilemma. Genom att hänga upp en tvärspektoriell politik på begreppet *folkhälsa* exkluderar man lätt andra sektorer. Detta har i lokala och regionala sammanhang ibland hanterats genom att i stället sätta in hela problematiken inom ramen ”hållbar utveckling”, som fler aktörer på ett eller annat sätt kan relatera till. Denna svårighet att involvera andra aktörer kan möjligen i viss mån bero på att det handlar om ett tvärspektoriellt område som definieras i termer av utfall (folkhälso-politik) snarare än en viss grupp (ungdoms-politik, funktionshinders-politik, jämställdhets-politik). I de senare fallen kan olika aktörer sannolikt lättare se sin roll då det handlar om att arbeta med sina egna frågor men mer specifikt och kanske inriktat mot en speciell grupp med särskilda förutsättningar eller utmaningar.

Vi kommer arbeta vidare med dessa frågor med avstamp i den existerande folkhälsopolitiken. För att ändå markera behovet av en politik och styrning som fungerar sektorsövergripande på riktigt kommer vi att diskutera förslag och åtgärder i termer av en **politik för en god och jämlik hälsa**, för att på så sätt markera att det är en fråga som berör och ägs av många aktörer på alla nivåer i samhället.

4.2 Inriktning av arbetet med förslag

I det fortsatta arbetet med att formulera förslag utgår vi från de sju områden av livsvillkor där vi har identifierat att olika former av resursbrister kan vara mest avgörande för jämlik hälsa (kapitel 3). Dessa områden är 1) Det tidiga livet; 2) Kunskaper, kompetenser och utbildning; 3) Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; 4) Inkomst och försörjningsmöjligheter; 5) Boende och närmiljö; 6) Levnadsvanor; samt 7) Kontroll, inflytande och delaktighet. Ytterst handlar då åtgärder för en mer jämlik hälsa om att förstärka resurser – villkor och möjligheter – så att de med sämre villkor och sämre hälsa gynnas mer. Många förslag kommer troligen att vara inriktade på det allmännas insatser, men andra aktörer kommer också att beröras.

Vi kommer också att formulera förslag som handlar om hur en mer jämlik hälsa kan uppnås med utgångspunkt i frågor om hur folkhälsopolitiken styrs, genomförs, organiseras och följs upp. Därutöver avser vi att även behandla vissa mer övergripande frågor om styrning och uppföljning som påverkar jämlik hälsa.

Som diskuterades ovan är resurser i form av livsvillkor och möjligheter centrala för att förstå ojämlikhet i hälsa. Utifrån forskning om välfärd och hälsa kan man skilja mellan de resurser som människor själva genererar i familjen och på marknaden, samt de resurser som det allmänna tillhandahåller genom välfärdsstatens olika institutioner. De senare inkluderar då dels olika välfärds-tjänster som mödra- och barnhälsovård, förskola, skola, elevhälsa, hälso- och sjukvård, handikapp- och äldreomsorg, dels olika social-försäkrings- och transfereringssystem som föräldrapenning, barnbidrag, sjukpenning, arbetslöshetsersättning och pensioner. En bärande tanke är att tillgänglighet och kvalitet på dessa kollektiva resurser är viktiga för människors livsvillkor och möjligheter, och i synnerhet för dem som har små eller bristande egna resurser (permanent eller tillfälligt).

I förlängningen kan därför förbättrad kvalitet och/eller förbättrad tillgänglighet på sådana kollektiva resurser bidra till minskade hälsoklyftor.

Mer generellt kan vi redan nu konstatera två saker. För det *första* motsvaras redan de sju områden eller bestämningsfaktorer som vi identifierat som mest betydelsefulla för jämlik hälsa i de flesta fall

av olika institutioner och verksamheter. Detta beror sannolikt på att de utmaningar som människor har att hantera över livet är påtagligt universella och likartade över tid och rum. Behovet att få hjälp och stöd till en god tidig utveckling, en bra utbildning, ett bra arbete och en rimlig försörjning också när den egna arbetsförmågan sviktar har varit bärande element i välfärdsutvecklingen. En viktig utgångspunkt för att föreslå åtgärder och insatser för en mer jämlik hälsa är därför existerande verksamheter och institutioner.

För det *andra* kan vi dock samtidigt konstatera att ojämlikhet i hälsa i dagens Sverige också beror på att existerande verksamheter och strukturer inte alltid utgör den resurs som de är avsedda att vara. Goda ambitioner och mål nås inte och den kompensatoriska förmågan sviktar i flera olika verksamheter med stark bäring på jämlik hälsa. Därför måste arbetet med förslag till åtgärder också inriktas inte enbart på att göra mer, utan i minst lika hög grad på hur man kan göra bättre eller annorlunda.

En översiktlig bild av hur de sju områden eller bestämningsfaktorer vi har lyft fram motsvaras av olika verksamheter som i sin tur olika aktörer ansvarar för presenteras i Tabell 4.1. Sammanställningen är förstas inte på något sätt fullständig. Den exemplifierar hur de olika bestämningsfaktorerna är sammanflätade med varandra och med hälsa i människors liv, samt även hur olika verksamheter och aktörer ofta också är inblandade i flera av dessa bestämningsfaktorer.

Tabell 4.1 Bestämningsfaktorer, verksamheter och aktörer

Översiktliga exempel på verksamheter och aktörer som motsvarar de sju viktigaste bestämningsfaktorerna

Bestämningsfaktor	Exempel på verksamheter/arenor	Exempel på aktörer
Det tidiga livet	Familj, MVC, BVC, hälso- och sjukvård, förskola, familjepolitik, socialtjänst	Föräldrar, kommuner, landsting, stat, civilsamhälle
Kunskaper, kompetenser och utbildning	Familj, förskola, skola, elevhälsa, folkbildning, kultur och fritid, socialtjänst	Föräldrar, kommuner, landsting, stat, Skolverket, civilsamhälle
Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	Arbetsliv, socialt företagande, arbetsmarknadspolitik, arbetsmiljöarbete, rehabilitering	Näringsliv, fackförbund, kommuner, stat, Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, civilsamhälle
Inkomst och försörjningsmöjligheter	Arbetsliv, skatter, socialförsäkring, socialtjänst	Näringsliv, fackförbund, kommuner, stat, Försäkringskassan
Boende och närmiljö	Samhällsplanering, bostadspolitik, bostadsbyggande	Kommuner, länsstyrelser, näringsliv, Boverket
Levnadsvanor	ANDT, kost, fysisk aktivitet, hälso- och sjukvård, socialtjänst	Kommuner, landsting, länsstyrelser, idrottsrörelsen, näringsliv, Livsmedelsverket
Kontroll, inflytande och delaktighet	Demokrati, arbetsplatsinflytande, föreningsliv	Stat, kommuner, landsting, civilsamhälle, medier

Utifrån dessa resonemang ser vi sammanfattningsvis tre principiellt *olika typer av åtgärder* för att åstadkomma en mer jämlik hälsa. För det första åtgärder som handlar om att stärka människors egna möjligheter att agera och generera resurser. För det andra åtgärder som innebär att göra mer av sådant som verkar fungera. Här kan kommande diskussioner exempelvis komma att handla frågor som täckningsgrad och ersättningsnivåer i socialförsäkringar eller ökad täckningsgrad för förskolan. För det tredje åtgärder som innebär att göra saker bättre eller annorlunda för att på så sätt få ut mer nytta för brukare av olika välfärdstjänster. Här kan mer strategisk styrning, ledning och uppföljning vara centrala element i det kommande arbetet med förslag.

Hur detta mer konkret ska kunna åstadkommas är naturligtvis svårare att peka ut, bl.a. på grund av den komplexitet som präglar både vårt samhälle och dess olika institutioner och verksamheter,

liksom hur dessa bidrar till mer eller mindre jämlik hälsa. Detta kan bidra till att skapa målkonflikter och andra hinder. Denna komplexitet avspeglas också i det faktum att det pågår ett omfattande utrednings- och utvecklingsarbete inom alla de sju områden som vi har pekat ut som centrala för en mer jämlik hälsa. Kommissionen har inlett samverkan med flera av de mest centrala utredningarna² och aktörerna, vilket kommer att fortsätta också under arbetet med förslag till åtgärder.

4.3 Viktiga utmaningar, möjligheter och uppgifter

Eftersom den ojämlika hälsan är ett resultat av samspelet mellan en rad olika faktorer och processer som alla är centrala frågor såväl i enskilda människors liv som för politiken och samhällets utveckling måste arbetet med förslag ta hänsyn till den aktuella samhällsutvecklingen. Hit hör förstas de senaste årens migrantströmmar och vad detta innebär för olika samhällsinstitutioner, välfärdstjänster, på arbetsmarknaden osv, men även den långsiktiga trenden mot en allt mer åldrad befolkning. Dessa båda trender är i sin tur kopplade inte bara till samhällets institutioner (vård, skola, omsorg m.m.) utan är också starkt knutna till arbetsmarknaden, inte minst möjligheterna till sysselsättning. Men hit hör även frågor som bostadsbrist och segregation, samt möjligheter och utmaningar som digitalisering, globalisering och det europeiska samarbetet medför.

Kommissionen kommer i sitt fortsatta arbete med förslag till åtgärder att beakta dessa tendenser – såväl utmaningar som möjligheter. Samtidigt är det betydelsefullt att också se de utmaningar som ojämlikheten i samhället utgör. Ojämlikhet i livsvillkor och möjligheter är en central gemensam nämnare mellan flera av de ovan nämnda samhällstrenderna. Ytterst handlar dessa om mer jämlika möjligheter till utbildning, arbete och försörjning för alla – inte minst då för nyanlända, för personer med utländsk bakgrund, för barn och ungdomar, för människor i utsatta bostadsområden och i glesbygd – såväl för kvinnor som för män.

² Exempel på utredningar Kommissionen samverkar med är Skolkommissionen, Nationella samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar, Nationella samordnaren för psykisk hälsa och Tillitsdelegationen.

Olika former av ojämlikhet är en av de centrala utmaningarna i dagens Sverige. Hur vi i Sverige väljer att hantera dessa kommer att vara centralt i sig, men också för våra möjligheter att hantera andra utmaningar. Detta gäller inte minst ojämlikhet i hälsa och livslängd. Härefter ligger Kommissionens uppdrag och huvuduppgift.

Referenser

- Abel, T., & Frohlich, K. L. (2012). *Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities*. *Social Science & Medicine* 74: 236–244.
- Abrahamsson, H. (2015). *Vår tids stora samhällsömdaning – Politiskt ledarskap, social hållbarhet och medskapande medborgardialog – en introducerande forskningsessä*. Göteborg: SKL & Kairos Future.
- Agardh, E., Moradi, T., & Allebeck, P. (2008). Riskfaktorernas bidrag till sjukdomsördan i Sverige: Jämförelse mellan svenska och WHO-data. *Läkartidningen* 2008, 105(11), 816-21.
- Aizer, A., & Currie, J. (2014). The intergenerational transmission of inequality: Maternal disadvantage and health at birth. *Science*, 344(6186).
- Albin, M., Jakobsson, K., & Djurfeldt A. (2012). *Miljöns betydelse för sociala skillnader i hälsa*. Malmö stad: Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- Albin, M., Gustavsson, P., Kjellberg, K., & Theorell, T. (2016). *Arbetsmiljö och hälsa*. Underlagsrapport till kommissionen för jämlik hälsa (kommande): Stockholm.
- Allvin, M., Aronsson, G., Hagström, T., & Johansson, G. (2006). *Gränslöst arbete. Socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Liber förlag: Stockholm.
- Anderson, I. et al. (2016, 20 April). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*.

- Angelin, A., & Salonen, T. (2012). *Lokala handlingsstrategier mot barnfattigdom*. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Arbetsförmedlingen. (2015). *Arbetsförmedlingens årsredovisning för 2015*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.
- Arbetsmiljöverket. (2014). *Arbetsorsakade besvär 2014*. Arbetsmiljöstatistisk rapport 2014:4. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2015a). *Kvinnors arbetsmiljö*. Slutrapport till regeringen. RAP 2015:6. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2015b). *Redovisning av uppdraget att ta fram en lägesbeskrivning på arbetsmiljöområdet*, Arbetsmiljöverket. Dnr 2015:007002. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Artnik, B., Bopp, M., Deboosere, P., de Gelder, R., Gregoraci, G., Kovács, K., Looman, C. W., Mackenbach, J. P., Martikainen, P., Menvielle, G., Peters, F., van Lente, F. J., & Wojtyniak, B. (2016). Contribution of smoking to socioeconomic inequalities in mortality: a study of 14 European countries 1990–2004. *Tobacco Control*, 25.
- Backett-Milburn, K., Cunningham-Burley, S., & Davis, J. (2003). Contrasting lives, contrasting views? Understandings of health inequalities from children in differing social circumstances. *Social Science and Medicine*, 57(4), 613–623.
- Backhans, M. C. & Hemmingsson, T. (2012). Unemployment and mental health – who is (not) affected?. *European Journal of Public Health*, 22, 429–433.
- Balkfors, A. (2014). Malmökommissionens arbete från initiativ till slutrapport. *Socialmedicinsk tidskrift* 2014, 91(5).
- Barker, D. (1989). The rise and fall of western disease. *Nature* 338: 371–372.
- Barker, D. (1991). The Foetal and infant Origins of Inequalities in Health in Britain. *Journal of Public Health Medicine*, 13: 64-8.
- Barker, D. (ed). (1992). *The fetal and infant origins of adult disease*. London: BMJ Publications.

- Becker, G. S. (2007). Health as human capital: synthesis and extensions. *Oxford Economic Papers*, 59: 379–410. doi:10.1093/oep/gpm020.
- Becker, G. S., & Mulligan, C. B. (1997). The endogenous Determination of Time Preference. *The Quarterly Journal of Economics*, 112(3). doi: 10.1162/003355397555334.
- Ben-Shlomo, Y., & Smith, G. D. (1991). Deprivation in Infancy or in Adult Life: Which is more Important for Mortality Risk?. *Lancet*, 337: 530-4.
- Berkman, L. F. (2004). Introducing; seeing the forest and the trees. From observational studies to experiments in social epidemiology. *Epidemiological Review*, 20: 2–6.
- Björk, J., Albin, M., Grahn, P., Jacobsson, H., Ardö, J., Wadbro, J., Östergren, P. O., & Skärbäck E. (2008, April). Recreational values of the natural environment in relation to neighbourhood satisfaction, physical activity, obesity and wellbeing. *Journal of epidemiology and community health*. 2008:2. (e-publ.).
- Blane, D., Kelly-Irving, M., d'Errico, A., Bartley, M., & Montgomery, S. (2013). Social-biological transitions: how does the social become biological? *Longitudinal and Life Course Studies* 4(2): 136–146.
- Boverket. (2010). *Socialt hållbar stadsutveckling– en kunskapsöversikt*. Boverket.
- Boverket. (2016). *Bostadsmarknadsenkät 2016*. Boverket.
- Bowin, J. (2011). *Kompetensförsörjning: från strategi till resultat*. Stockholm: SIS förlag. (Framtidskommissionen).
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity and health. *J Epidemiol Community Health* 57: 254–258.
- Bremberg, S. (2004). *Nya verktyg för föräldrar - förslag till nya former av föräldrastöd*. Statens folkhälsoinstitut, 2004.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32: 513–531.
- Brå. (2014). *Brott i nära relationer. En nationell kartläggning*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Böhlmark, A., & Holmlund., H. (2011). *20 år med förändringar i skolan: Vad har hänt med likvärdigheten?*. Stockholm: SNS.

- Carey, N. (2011). *The epigenetics revolution: how modern biology is rewriting our understanding of genetics, disease and inheritance*. London: Icon Books Ltd.
- Ceci, S. J. (1991). How much does schooling influence general intelligence and its cognitive components? A reassessment of the evidence. *Development Psychology*, 27(5).
- Centrum for idrottsforskning, rapport. Norberg, J. R. (2014). *Statens stöd till idrotten. Uppföljning 2014*. Tillgänglig: <http://centrumforidrottsforskning.se/wp-content/uploads/2015/05/Statens-stod-till-idrotten-uppfoljning-2014.pdf>
- Centrum for idrottsforskning, rapport. Norberg, J. R. (2015). *Statens stöd till idrotten. Uppföljning 2014*. Tillgänglig: <http://centrumforidrottsforskning.se/wp-content/uploads/2016/05/Statens-stod-till-idrotten-uppfoljning-2015.pdf>
- Chen, L. C., & G. E. Miller. (2013). Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9: 723–749.
- Cipollone, P., Radicchia, D., & Rosolia, A. (2007). *The effect of education on youth mortality*. Working paper. Bank of Italy.
- Clougherty, J. E., Souza, K., & Cullen, M. R. (2010). Work and its role in shaping the social gradient in health. *Annual New York Acadademy of Sciences*, 1186: 102–24.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, 46: 51–67.
- Coombes, E., Jones, A. P., & Hillson, M. (2010). The relationship of fysical activity and overweight to objectively measured green space accesibility and use. *Social Science Medicine*, 70.
- Cunha, F., Heckman, J. J., & Lochner, L. (2006). Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation, *Handbook of the Economics of Education*. Elsevier: Bourke, Australia.
- Cunha, F., & Heckman, J. J. (2007). The Technology of Skill Formation. Pittsburgh, US: *American Economic Review*, 97(2): 31–47.

- Cunha, F., Elo, I., & Culhane, J. (2013). Eliciting maternal expectations about Technology of Cognitive Skill Formation. Cambridge, US: NBER *Working paper*, 19144.
- Currie, J. (2009). Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood, and Human Capital Development. *Journal of Economic Literature*, 47(1): 87–122.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial uliket i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (2007/1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Deaton, A. (2003). Health Inequality, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 41: 113–158.
- Department of Health. (2010). *Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for Public Health in England*. London, England: The secretary of state for health.
- Desalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*, 21: 267–275. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. I Evans, T. (red.) *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, NY: Oxford University Press.
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2011). *Health inequalities – determinants and policies*, Sundhedsstyrelsen. Copenhagen: University of Copenhagen.
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2012). The Working Group of the Danish Review on Social Determinants of Health. Health Inequality - determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8): 12–105.
- Diderichsen, F., Elling, C., & Gundersen-Little, I. (2015). *Tackling Health Inequalities Locally the Scandinavian Experience*. Copenhagen: University of Copenhagen.
- Ekengren-Oscarsson, H., & Bergström, A. (red.) (2015). *Svenska trender 1986–2014*. Göteborg: SOM-institutet.

- Eliasson, M., & Storrie, D. (2006). Swedish evidence on the long-term effects of job displacement. *Journal of Labor Economics*, 24: 831–856.
- Engdahl, M., & Forslund, A. (2016). *En förlorad generation? Om ungas etablering på arbetsmarknaden*. Uppsala: IFAU, rapport 2016:1.
- Engquist, E., Larsson, C., Pelin, K., Dock, M., Johansson, B., & Kristersson, H. (2012). *Stadens rumsliga påverkan på hälsa*. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- Erikson, R., & Torssander, J. (2008). Social class and cause of death. *European Journal of Public Health*, 18: 473–478.
- ESO. (2011). *Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2011:3.
- von Essen, J., & Wallman-Lundåsen, S. (2014). *Medborgerligt engagemang – klassresa eller klassklyfta?*. Underlagsrapport till Demokratiutredningen.
- Europaparlamentet. (2011). *European Parliament resolution of 8 March 2011 on reducing health inequalities in the EU*. (2010/2089(INI)).
- Europeiska kommissionen. (2013). *Special Eurobarometer 412, Sport and physical activity*. Tillgänglig: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/ebs_412_en.pdf
- Europeiska kommissionen. (2009). *Solidaritet I hälsa: att minska ojämlikhet i hälsa i EU*. Bryssel, Belgien: (KOM/2009/0567).
- Europeiska kommissionen. (2010). *Meddelande från kommissionen Europa 2020. En strategi för smart och hållbar tillväxt för alla*. Bryssel, Belgien: (KOM/2010) Europeiska kommissionen.
- Falk, J. (2015). *Social differentials in health-related non-employment and poverty - Studies on consequences of limiting longstanding illness, musculoskeletal and mental disorders* (Doctoral thesis, Karolinska Studies, Department of Public Health Sciences). Solna: Karolinska institutet.

- Falkstedt, D., & Hemmingsson, T. (2011). *Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång*. Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet. Solna: Arbetsmiljöverket.
- Faskunger, J. (2008). *Samhällsplanering för ett aktivt liv*. Rapport 2008:30. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Finanspolitiska rådet. (2015). *Svensk finanspolitik*. Finanspolitiska rådets rapport 2015. Stockholm: Finanspolitiska rådet.
- Fischer, M., Karlsson, M., & Nilsson, T. (2013). Effects of Compulsory Schooling on Mortality: Evidence from Sweden. *International journal of environmental research and public health*. 2013:10(8): 3596–618.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Samråd med Sveriges nationella minoriteter: behov, förutsättningar och metoder för datainbämning bland Sveriges nationella minoriteter och urfolk*. Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2015). *Nationella resultat och tidsserier 2015*. Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*. Årlig rapportering. Folkhälsomyndigheten.
- Fosse, E. (2009). Norwegian public health policy – revitalisation of the social democratic welfare state? *International Journal of Health Services*, 13(2).
- Freese, J., & Lutfey, K. (2011). Fundamental Causality: Challenges of an Animating Concept for Medical Sociology, I A. Pescosolido et al. (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century*, Springer: Handbooks of Sociology and Social Research.
- Fritzell, J., Lundberg, O., & Neramo, M. (2004). The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden, *Scandinavian Journal of Public Health*, 32: 6–16.
- Förenta Nationerna. (1948). *FNs Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna*, artikel 3 och 25. Tillgänglig: <http://www.fn.se/PageFiles/7177/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>

- Galobardes, B., Lynch, J. W., & Davey, S. G. (2004). Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: systematic review and interpretation. *Epidemiol Reviews*, 26: 7–21.
- Garcy, A. M., & Vågerö, D. (2016, 16 April). Does unemployment cause long-term mortality? Selection and causation after the 1992-96 deep Swedish recession, *The European Journal of Public Health*.
- Gerdtham, U., & Lyttkens, C. H. (2013). Vad kostar ojämlikhet i hälsa? (Och varför vill vi veta det?). *Läkartidningen*, 2013, 110: CISM.
- Gisselmann, M. (2007). The first injustice: Socio-economic inequalities in birth outcome (Doktorsavhandling, Sociologiska institutionen). Stockholm: Stockholms Universitet.
- Gluckman, P., & Hanson, M. (red.) (2006). *Developmental origins of health and disease*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Graham, H. (2007). *Unequal lives. Health and socio-economic inequalities*. Maidenhead, UK, McGraw-Hill: Open University Press.
- von Greiff, C., Sjögren, A., & Wieselgren, I-M. (2012). *En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan*. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2012:2. Stockholm: Finansdepartementet.
- Göteborgs Stad. (2014). *Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg*. Göteborg Stad: Göteborg.
- Hackman, D. A., Farah, M. J. (2009). Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Sciences 2009*, 13(2): 65–73.
- Halfon, N., Larson, K., Lu, M., Tullis, E., & Russ, S. (2014). Lifecourse Health Development: Past, Present and Future. *Matern Child Health J* 18: 344–365.
- Harding, T. (2012). *Framtidens civilsamhälle: underlagsrapport 3 till Framtidskommissionen*, Stockholm: Regeringskansliet.
- Heckman, J. J. (2000). Policies to foster human capital. *Research in economics*, 54(1): 3–56. Elsevier: Amsterdam, Netherlands.

- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. Washington, DC, US: *Science*, 312: 1900–1902.
- Holmberg, S., & Rothstein, B. (2014). Hög mellanmännisklig tillit i Sverige – men inte bland alla, *SOM-undersökningarna 2014, SOM-rapport*, 63. Göteborg: SOM-institutet.
- Hoven, H., & Siegrist, J. (2013). Work characteristics, socioeconomic position and health: a systematic review of mediation and moderation effects in prospective studies. *Occupational Environmental Medicine*, 70: 663–9.
- Håkansson, C. (2014). *En tudelad arbetsmarknad – om matchningen på den svenska arbetsmarknaden efter den ekonomiska krisen*. Sveriges riksbank, Penning- och valutapolitik 2014:2.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21–37. doi: 10.2307/2955359.
- Jackson, M. (red.) (2013). *Determined to Succeed?: Performance versus Choice in Educational Attainment*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Jackson, L. C., Redline, S., & Emmons, K. M. (2015, 18 March). Sleep as a Potential Fundamental Contributor to Cardiovascular Health Disparities. *Annual Review of Public Health*, 36: 417–440.
- Jefferis, B. J., Power, C., & Hertzman, C. (2002). Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study. *BMJ* 2002; 325(7359): 305.
- Johansson, S. (1970). *Om Levnadsnivåundersökningen*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Johansson, S. (1979). *Mot en teori för social rapportering*. Stockholm: Institutet för social forskning.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic books.
- Kastberg, G. (2014). Från idé till handling - En studie av framtagande och användande av en åtgärdsplan för mer jämlik folkhälsa, Västra götalandsregionen, *KFI-rapport*, 131, 2014.

- Kawachi, I., Subramanian S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 647–652.
- Kickbush, I., & Buckett, K. (2010). *Implementing Health in All Policies*. Adelaide, Australia: Department of Health, Australia.
- Kristenson, M., Eriksen, H. R., Sluiter, J. K., Starke, D., & Ursin, H. (2004). Psychosocial mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science & Medicine*, 58: 1511–1522. Elsevier.
- Kristenson, M., Wijk, H., Müssener, U., & Hertting, A. (2012). Begreppen hälsa och hälsofrämjande. I Hertting, A. & Kristenson, M. (red.) *Hälsofrämjande möten. Från barnhälsovård till palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristenson, M., & Larsson, A. (2016). *Arbete för jämlik hälsa – en interaktiv process. Erfarenheter från Östgöta-kommissionen*. Socialmedicinsk tidskrift 2016 – kommande publikation.
- Kvist, J., Fritzell, J., Hvinden, B., & Kangas, O. (red.). (2012). *Changing social equality and the Nordic welfare model in 21st century*. Bristol: Policy Press.
- Könberg, B. (2014). *Det framtida nordiska hälsosamarbetet. Rapporten*. Köpenhamn: Rapport på uppdrag av Nordiska ministerrådet.
- Lager, A. C. J., & Bremberg, S. (2013). Utbildningens betydelse för hälsa. *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(5).
- Lager, A. C., & Torssander, J. (2012). Causal effect of education on mortality in a quasi-experiment on 1.2 million Swedes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(22): 8461–8466.
- Lagerberg, D., & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn: Forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete.

- Lagercrantz, M., Landfors, P., Frisell-Ellburg, A., & Lindqvist, E., Myndigheten för delaktighet. (2015). *Samlad uppföljning av funktionshinderspolicen. Hur är läget 2015?*. Serie A 2015:12. Stockholm: Myndigheten för delaktighet.
- Lilja, E., Pemer, M. (2010). *Boendesegregation – orsaker och mekanismer. En genomgång av aktuell forskning*. Boverket.
- Lind, H. (2016). *Åtkomliga bostäder – Så gör vi det möjligt för hushåll med låga inkomster att hitta en bostad, 2016*. Stockholm: SNS förlag.
- Livsmedelsverket. (2016). *Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige*, Livsmedelsverkets rapportserie nr 9/2016.
- Lleras-Muney, A. (2005). The Relationship Between Education and Adult Mortality in the United States. *Review of Economic Studies*, 72(1). doi: 10.1111/0034-6527.00329.
- Loven om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo 2011-06-24-29. Tillgänglig: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Lundberg, O. (1993). The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social Science & Medicine*, 26(8): 1047–1052.
- Lundberg, O., & Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 24: 218–224.
- Lundberg, O., Fritzell, J., Åberg, Y., & M. Kölegård. (2010). The potential power of social policy programmes: income redistribution, economic resources and health, *International Journal of Social Welfare*, 19: 1–13.
- Lundberg, O., Åberg, Y., Bergqvist, M., & Sjöberg, O. (2014). *DRIVERS Final scientific report: The role of income and social protection for inequalities in health, evidence and policy implications*. Report produced as part of the ‘DRIVERS for Health Equity’ project, <http://health-gradient.eu/>. Stockholm: Centre for Health Equity Studies.
- Lundgren, O., Garvin, P., Jonasson, L., Andersson, G & M, Kristenson. (2015). Psychological resources are associated with reduced incidence of coronary heart disease. An 8-year follow-up of a community-based Swedish sample, *International Journal of Behavioural Medicine*, 22: 77–84.

- Lundin, A., Backhans, M., & Hemmingsson, T. (2012). Unemployment and hospitalization owing to an alcohol-related diagnosis among middle-aged men in Sweden. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 36: 663–669.
- Lundin, A., Falkstedt, D., Lundberg, I., & Hemmingsson, T. (2014). Unemployment and coronary heart disease among middle-aged men in Sweden: 39 243 men followed for 8 years. *Occupational and Environmental Medicine*, 71: 183–188.
- Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., & Kaplan, G. A. (2004). Is income inequality a determinant of population health? A systematic review. *The Milbank Quarterly*, 82: 5–99.
- Maas, J., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., Vries, S., Spreeuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity and health: How strong is the relation? *Journal of Epidemiology and Health* 2006: NIVEL. Utrecht, Netherlands.
- Macintyre, S., & Ellaway, A. (2003). *Neighborhoods and health: an overview*. In: Kawachi, & Berkman, L. S. (Eds.). *Neighborhoods and Health*: 20–42. New York: Oxford University Press.
- Mackenbach, J. P., Martikainen, P., Looman, C. W., Dalstra, J. A., Kunst, A. E., & Lahelma, E. (2005). The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. *International Journal of Epidemiology*, 34: 286–293.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A-J., Svhaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine*, 358: 2468–2481.
- Malmö stad. (2013). *Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa*. Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- Malmö stad. (2015). *Det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö – uppföljning 2015*. Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- Malmö stad. (2016). *Det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö – uppföljning 2016*. Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341: 976–980.

- Marmot, M. (1994). *The Whitehall Study*. London: Department of Epidemiology and Public Health. University College London.
- Marmot, M. (2010, February). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review, Strategic review of health inequalities in England post-2010*. 2nd Print Run ed: The Marmot Review; February 2010.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). On behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012, 380: 1011–29.
- Matthews, K. A., Gallo, L. C., & Taylor, S. E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186: 146–173.
- McKinley, J. B. (1979). A case for refocusing upstream: The political economy of illness, i E.G. Jaco (red.), *Patients, physicians, and illness: A sourcebook in behavioral science and health* (3rd ed.). Beverly Hills, CA: Free Press, 9–25.
- Medlingsinstitutet. (2014). *Vad säger den officiella lönestatistiken om löneskillnaderna mellan kvinnor och män?*. Stockholm: Medlingsinstitutet.
- Meghir, C., Palme, M., & Simeonova, E. (2013). *Education, Cognition and Health: Evidence from a Social Experiment*. Working paper. Stockholm: Stockholms universitet: 2013.
- Melinder, K (2011). Post-Marmot – Om sociala skillnader i hälsa. *Socialmedicinsk Tidskrift* 88(4): 291.
- Meloni, M. (2014). The social brain meets the reactive genome: neuroscience, epigenetics and the new social biology. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2014, 8: 309.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Education, social status and health*. New York: Aldine de Gruyter.
- Mitchell, R., & Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet*; 372, 9650: 1655–1660. Glasgow.
- Molander, P. (2014). *Ojämlighetens anatomi*. Stockholm: Weylers.

- Morel, N., Palier, B., & Palme, J. (2012). *Towards A Social Investment Welfare State?: Ideas, Policies and Challenges*. Bristol: Policy Press.
- Murray, C. J. L., Gakidou, E. E., & Frenk, J. (1999). Health inequalities and social group differences: what should we measure?. *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (7): 537–543.
- Mörk, E., Sjögren, A., & Svaleryd, H. (2014). *Blir barn sjuka när föräldrarna blir arbetslösa?* IFAU rapport 2014:6.
- Mörk, E., Sjögren, A., & Svaleryd, H. (2015). *Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa*, IFAU-rapport 2015:13.
- NCK. (2014). *Våld och hälsa – En befolkningsstudie om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Nationellt centrum för kvinnofrid.
- Nilsson, J. P. (2016). Alcohol Availability, Prenatal Conditions, and Long-term Economic Outcomes, *Journal of Political Economy*, kommande.
- Nordiska ministerrådet för social- och hälsopolitik. (2016). Deklaration om det folkhälsosamarbete i Norden. Tillgänglig: <http://www.norden.org/sv/nordiska-ministerraadet/ministerraad/nordiska-ministerraadet-foer-social-och-haelsopolitik-mr-s/deklarationer-och-foerklaringar/deklaration-om-folkhaelsosamarbete-i-norden>
- Nussbaum, M. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge, NY, Cambridge University Press.
- Nygren, L., Edvall-Malm, D., Eriksson, M., Hamreby, K. (2015). *Barnavårdskarriärer. En studie av risktecken och insatser för unga vuxna som varit föremål för omfattande interventioner från socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård*. Stockholm: Uppdrag psykisk hälsa.
- OECD. (2011). *Divided we stand – why inequality keeps rising*. Tillgänglig: <http://www.oecd.org/els/soc/49170768.pdf>
- OECD. (2015). *In it together: why less inequality benefits all*. OECD publishing. doi:10.1787/9789264235120-en.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Social Behaviour*, 19: 2–21.

- Phelan, J. C., Link, B. G., Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *Journal of health and social behavior*, 51: 28–40.
- Probst, C., Roerecke, M., Beherendt, S., & Rehm, J. (2015). Gender differences in socioeconomic inequality of alcohol-attributable mortality: A systematic review and meta-analysis. *Alcohol and Drug Review*, 34: 267–277.
- Prop. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. (bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).
- Prop. 2005/06:155. *Makt att forma samhället och sitt eget liv – nya mål i jämställdhetspolitiken*. (bet. 2005/06:AU11, rskr. 2005/06:257).
- Prop. 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. (bet. 2007/08:Sou11, rskr. 2007/08:226).
- Prop. 2013/14/191. *Med fokus på unga – en politik för goda levnadsvillkor, makt och inflytande*. (bet 2013/14:KrU9, rskr 2013/14:354).
- Prop. 2014/15:100. (2015). *Fördelningspolitisk redogörelse*. Bilaga 2. Stockholm: Finansdepartementet.
- Public Health England. (2014a). *Local action on health inequalities: Adult learning services*. London, England: UCL Institute of Health Equity.
- Public Health England. (2014b). *Local action on health inequalities: Building children and young people's resilience in schools*. England: UCL Institute of Health Equity.
- Ramböll. (2015). *Processutvärdering social hållbarhet och jämlik hälsa*. På uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting & Folkhälsomyndigheten.
- Ramsden, S., Richardson, F. M., Josse, G., Thomas, M. S., Ellis, C., Shakeshaft, C, et al. (2011). Verbal and non-verbal intelligence changes in the teenage brain. *Nature*. 2011, 479(7371): 113–6.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Regeringen. (1995). *Nationella folkhälsomål*, Dir. 1995:158. Stockholm: Regeringen.

- Regeringen. (2014). *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*. Stockholm: Regeringen.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., et al. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 278(10): 823–832.
- Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European region. (2014). *Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European region : final report*. Updated reprint. Köpenhamn: WHO.
- Rhoades, K. A. (2008). Children's responses to interparental conflict: A meta-analysis of their associations with child adjustment. *Child Development*, 79(6): 1942–1956.
- Roberts, B. W., Kuncel, N. R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L. R. (2007). The Power of Personality The Comparative Validity of Personality Traits, Socioeconomic Status, and Cognitive Ability for Predicting Important Life Outcomes. *Perspectives on Psychological Science*. 2007, 2(4): 313-45.
- Robeyns, I. (2005). The Capability Approach: a theoretical survey, *Journal of Human Development*, 6(1): 93–117.
- Rodríguez, M., & López-Valcárcel, B. (2011). Alas, there are no shortcuts to the complexities of the economy. *J Epidemiol Community Health*, 65: 389–390. doi:10.1136/jech.2010.130005.
- Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W., & Schwartz, J. E. (2011). Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science Medicine*, 72: 840–854.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2006). Sex differences in the effect of education on depression: Resource multiplication or resource substitution?. *Social Science & Medicine*, 63: 1400–1413.
- Rudolphi, F. (2013). Ever declining inequalities? Primary and secondary effects in Sweden in the transition to upper secondary and higher education for students born in 1972–1990, i: Jackson, M. (red.), *Determined to Succeed? Performance, Choice and Education*, Stanford: Stanford University Press.

- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1): 1–28.
- SABO, Fastighetsägarna, Hyresgästföreningen och Sveriges Kommuner och Landsting (2014). Bostad för alla – Vem tar ansvar för att alla får en bostad?.
- SBU. (2013). *Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar – En systematisk litteraturöversikt*, SBU.
- SBU. (2014). *Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem – En systematisk litteraturöversikt*, SBU.
- SBU. (2015). *Arbetsmiljöns betydelse för hjärt- och kärlsjukdomar – En systematisk litteraturöversikt*, SBU.
- Sen, A. (2009). *The idea of justice*. Lonon: Allen Lane.
- SFS. 2000:1383. *Lag om kommunernas bostadsförsörjningsansvar*. Stockholm: Näringslivsdepartementet.
- SFS. 2013:1020. *Förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Shah, A. K., Mullainathan, S., & Shafir, E. (2012). Some Consequences of Having Too Little. *Science*, 338: 682–685.
- Shkolnikov, V., Andrev, E., Jdanov, D., Jasilionis, D., Kravdal, Ö., Vågerö, D., & Valkonen, T. (2012). Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66: 372–378.
- Socialdepartementet. (2016). *En mer jämställd och rättssäker försäkring vid arbetskada*, Dir. 2016:9.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni: indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Tillståndet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016). *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen., Karolinska Institutet., & Stockholms läns landsting. (2007). *Nationell miljöhälsoenkät 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen., Karolinska Institutet., & Stockholms läns landsting.
- SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2008:59. Sundberg, C. J. (2008). Idrottens betydelse för folkhälsan, bilaga i SOU 2008:59, *Föreningsfostran och tävlingsfostran. En utvärdering av statens stöd till idrotten*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Nationella cancerkommittén. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2010:55. *Romers rätt – en strategi för romer i Sverige*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Kulturdepartementet.
- SOU 2014:06. Stanfors, M. (2014). *Det obetalda hem- och omsorgsarbetet*. Underlag till Jämställdhetsutredningen. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SOU 2014:49. *Våld i nära relationer – en folkhälsofråga*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SOU 2015:86. *Mål och myndighet – en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2003). *Förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet*, Dnr. 02-0368.
- Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation*. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland HBT-personer.
- Statens folkhälsoinstitut. (2007). *Stress i stan och övervikt i glesbygden? Om samband mellan människors hälsa och typ av boendekommun*. R 2007:7.
- Statens folkhälsoinstitut. (2008). *Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation. Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Tobak och avvänjning*. Rapport 2009:17.

- Statens folkhälsoinstitut. (2010a). *Hur mår Sveriges nationella minoriteter? Kartläggning av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna samt förslag till hälsofrämjande insatser*.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010b). *Matvanor och livsmedel: kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Statens folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2013). *Tio år med svensk folkhälsopolitik. Folkhälsoarbete organiserat av kommuner, landsting, regioner, länsstyrelser, myndigheter och ideella organisationer 2004–2013*. R 2013:03.
- Statistiska centralbyrån. (2011). *Arbetarnas levnadsförhållanden skiljer sig från tjänstemännens*. ULF-undersökningarna, artikel Tillgänglig: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningar-na-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/12202/12209/Behallare-for-Press/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULF/
- Statistiska centralbyrån. (2013). *Integration – en beskrivning av läget i Sverige*. Integration: rapport 6.
- Statistiska centralbyrån. (2015a). *Arbetsmarknadssituationen för hela befolkningen 15–74 år*. AKU 2015.
- Statistiska centralbyrån. (2015b). *Ökat valdeltagande bland unga och äldre*. Statistiknyhet från Statistiska centralbyrån Nr 2015:318.
- Statistiska centralbyrån. (2016a). *Livslängd och dödlighet i olika grupper*. Demografisk rapport 2016:2.
- Statistiska centralbyrån. (2016b). *Undersökningar av levnadsförhållanden*. Tillgänglig: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efteramne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningar-na-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/#_
- Statskontoret. (2013). *Utvärdering av uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken*, 2013:4.
- Stewart-Brown, S. (2008). Improving parenting: The why and the how. *Archives of Disease in Childhood*, 93(2): 102–104.
- Stockholms stad. (2015). *Skillnadernas Stockholm*. Stockholm: Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm 2015.

- Stoor, P. (2016). Kunskapssammanställning om samers psykosociala ohälsa. Kiruna: Sametinget.
- Stroh, E., Oudin, A., Gustafsson, S., Pilesjö, P., Harrie, L., Strömberg, U., & Jakobsson, K. (2005). Are associations between socio-economic characteristics and exposure to air pollution a question of study area size? An example from Scania, Sweden. *International Journal of Health Geographics*, 4: 30.
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? Et Danmark i Balance*. København: Regeringen.
- Sundin, L. (2009). *Work-related Social Support, Job Demands and Burnout: Studies of Swedish Workers, predominantly Employed in Health Care*. (Doktorsavhandling: Karolinska Institutet). Solna.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W. J., Luben, R. L., & Wareham, N. J. (2007). Adaption to social adversity is associated with stroke incidence: evidence from the EPIC-Norfolk prospective cohort study. *Stroke*, 38: 1447–1453.
- Svenska läkaresällskapet., & IOGT-NTO. (2015). *Alkoholens andrahandskador – Kan vi förebygga skador som orsakas av någon annans alkoholkonsumtion?* Svenska läkaresällskapet och IOGT-NTO.
- Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S., & Sjöberg-Forsberg, Karin. (2013). *Att fånga effekter av program och projekt*. Lund: Studentlitteratur.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Kommungruppsindelning 2011: revidering av Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning*. Stockholm: SKL.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa*. Stockholm: SKL.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2014) *Medlemsenkät folkhälsa. Förutsättningar och behov av stöd för folkhälsoarbete i kommuner och landsting*. Stockholm: SKL.
- Theorell, T. (2012). Psykosociala faktorer – vad är det? i Theorell, T (red.) *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur.

- Toivanen, S. (2007). *Work-Related Inequalities in Health: Studies of income, work environment and sense of coherence*, (Doktorsavhandling, Sociologiska institutionen, Stockholms universitet). Stockholm.
- Ungdomsstyrelsen. (2012). *Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning*. Stockholm: Ungdomsstyrelsens skrifter: 2012:3.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1*. Geneva: General Assembly.
- Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., & Small, N. (2013). A systematic review of the relationship between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychological pathway of health inequalities. *International Journal of Health Equity*, 12: 54.
- Venkatapuram, S. (2011). *Health justice. An argument from the capabilities approach*. Cambridge: Polity Press.
- Vågerö, D. (1995). Health inequalities as policy issues - reflections on ethics, policy and public health. *Sociology of Health & Illness* 17: 1–19.
- Vågerö, D. (2014). *Från Santiago till Malmö, och sen? Socialmedicinsk tidskrift 2014*, 91(5).
- Västra Götaland. (2013). *Slutrapport, Samling för social hållbarhet – åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland*. Västra Götaland.
- Västra Götaland. (2013). *Västra Götaland 2020. Strategi för tillväxt och utveckling i Västra Götaland 2014–2020*. Västra Götaland.
- Watt, R. G. (2007). From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*, 35: 1–11.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: Systematic review of prospective studies. *British Journal of Psychiatry*, 194(5): 392–398.
- Weimann H., Rylander, L., Albin, M., Skärbäck, E., Grahn, P., Östergren, P. O., & Björk, J. (2015). *Effects of changing exposure to neighbourhood greenness on general and mental health: A longitudinal study*. *Health Place*. 2015 May;33:48–56. doi: 10.1016/j.healthplace.2015.02.003.

- Whitehead, M.(1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3): 429–445.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Köpenhamn: WHO.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva. World Health
Tillgänglig:
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa.
Tillgänglig:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- WHO. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy Life*. Geneva.
- WHO. (2008). *Closing the Gap in a Generation: health equity through action on the social determinants of health*. Commission on the Social Determinants of Health. Geneva.
- WHO. (2009). *Reducing health inequalities through action on social determinants of health*. 62nd World Health Assembly. WHA 62.14., Geneva.
- WHO. (2010). *Adelaide Statement on Health in All Policies*. WHO, Government of South Australia. Adelaide 2010.
- WHO. (2013). *Health 2020, A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen.
- WHO. (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 286: 228–2323.
- WHO, Commission on Social Determinants of Health , Marmot, M. (2008). Commission on Social Determinants of Health - final report. *Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva. Tillgänglig:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf

- WHO Euro. (2013). *Review of Social Determinants and the health divide in the WHO European Region*. WHO Euro. Copenhagen 2013.
- WHO Regional office for Europe. (2013). *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing*. Tillgänglig: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc629-health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2011). *Jämlikhetsanden – därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval förlag.
- Åberg, Y. M., Lundberg, O., & Burström, B. (2006). On the importance of internalized consumption norms for ill health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34: 76–82.
- Åkerstedt, T., Kecklund, G., Alfredsson, L., & Selen, J. (2007). Predicting long-term sickness absence from sleep and fatigue. *Journal of Sleep Research*, 16: 341–345.
- Örebro Läns Landsting. (2013). *Social hållbarhet och jämlik hälsa ur ett internationellt, nationellt och regionalt perspektiv*. Örebro: Örebro Läns Landsting.
- Östergren, P. O. (2015). *Hälsa i ett socialt hållbarhetsperspektiv. I: MILSA – stödplattform för migration och hälsa. Etapp 1: grunden läggs!*. Länsstyrelsen Skåne och Malmö Högskola.
- Östgötakommissionen (2014): *Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport*. Uppsala: Östgötakommissionen.

Kommittédirektiv 2015:60

En kommission för jämlik hälsa

Beslut vid regeringssammanträde den 4 juni 2015

Sammanfattning

En kommitté – en kommission för jämlik hälsa – ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Hälsoskillnader mellan könen ska genomgående uppmärksammas i kommissionens arbete. Kommissionen ska i sitt arbete även förhålla sig till det strategiska arbetet för en ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling. Arbetet ska utgå från befintlig och vetenskapligt grundad kunskap om olika faktorerens betydelse för folkhälsan och om strategier och åtgärder som bidrar till minskade ojämlikheter i hälsa. Kommissionen ska även beakta relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU-samarbetet och övrigt internationellt samarbete. Till grund för kommissionens uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Kommissionen ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete. Resultatet av kommissionens arbete ska slutredovisas senast den 31 maj 2017.

Bakgrund

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet. De flesta kan se fram emot ett både längre och friskare liv

än tidigare generationer. Ur hälsosynpunkt är Sverige ett bra land att leva i. En god hälsoutveckling i befolkningen är av grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen i stort. Att främja hälsa och förebygga sjukdom skapar förutsättningar för långsiktig hållbarhet.

Den goda hälsan är dock inte jämlikt fördelad i befolkningen, vilket till stor del hänger samman med att människor lever under olika socioekonomiska förhållanden. Till exempel är den återstående medellivslängden vid trettio års ålder fem år kortare bland både kvinnor och män med kort utbildning jämfört med kvinnor och män med lång utbildning. Skillnaderna har dessutom ökat under de senaste decennierna. Bland kvinnor med endast grundskoleutbildning har t.ex., till skillnad från andra grupper, den återstående medellivslängden vid trettio års ålder nästan inte ökat alls under den senaste tjugoårsperioden.

Hälsoklyftorna mellan olika socioekonomiska grupper är tydliga nästan oavsett vilket hälsoproblem det gäller. Risken att insjukna i hjärtinfarkt är t.ex. i alla åldersgrupper högre bland både kvinnor och män med kortare utbildning. För kvinnor med enbart förgymnasial utbildning har risken dessutom ökat under de senaste decennierna. Kvinnor med enbart förgymnasial utbildning löper högre risk än andra att både insjukna och dö i cancer. Även när det gäller t.ex. tandhälsa, fetma och allmänt hälsotillstånd slår de socioekonomiska skillnaderna igenom. Skillnaderna märks även när det gäller flickors och pojkars hälsa. Barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer löper t.ex. större risk att av olika skäl bli inskrivna på sjukhus. Särskilt tydlig är skillnaden när det gäller inskrivningar på grund av psykisk ohälsa. Barn som lever under mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden löper också en större risk att drabbas av skador till följd av olyckshändelser. Exponering för olika skadliga miljöfaktorer under barnåren kan också vara en bidragande orsak till hälsoskillnader bland barn.

Möjligheten att arbeta ett helt arbetsliv varierar också för olika grupper i befolkningen. Detta får betydelse för individens ekonomi, särskilt under tiden som pensionär. Det finns även studier som tyder på att sjukfrånvaro hos föräldrar har betydelse för deras barns sjukfrånvaro som vuxna.

Vid sidan av hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper finns även skillnader som kan kopplas till exempelvis kön, funktionsnedsättning och etnisk tillhörighet (se vidare under uppdraget).

Samhällsförändringar som t.ex. en ökande migration, urbanisering och en åldrande befolkning medför också särskilda utmaningar i arbetet med att nå en jämlik hälsa i befolkningen.

Hälsoklyftorna hänger nära samman med människors position i samhället och möjligheter till delaktighet och inflytande, vilket bl.a. påverkas av utbildnings- och inkomstnivå samt anknytning till arbetsmarknaden. Det finns också ett nära samband mellan hälsa och välfärd eftersom goda levnadsförhållanden och livsvillkor är förutsättningar för en god folkhälsa.

Samhälleliga förutsättningar – folkhälsopolitikens fokus

De samhälleliga förutsättningarnas betydelse för folkhälso-utvecklingen har i Sverige bl.a. lyfts fram i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), där den grundläggande inriktningen för det svenska folkhälsoarbetet beskrivs. Enligt propositionen ska folkhälsoarbetet i första hand inriktas på folkhälsans bestämningsfaktorer, dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan. Genom att fokusera på bestämningsfaktorerna och deras utveckling kan resultaten av politiska beslut följas upp mer effektivt. Mot bakgrund av att folkhälsans bestämningsfaktorer återfinns inom en rad samhällsområden måste folkhälsopolitiken bedrivas tvärssektoriellt. Även generationsmålet och miljö kvalitetsmålen som har beslutats av riksdagen har betydelse för människors hälsa.

En ytterligare utgångspunkt för folkhälsoarbetet är alla människors lika värde. Det betyder bl.a. att varje individ har rätt att utvecklas efter sina personliga förutsättningar. Individens socioekonomiska förutsättningar påverkar både levnadsvanor och hälsa. Det är särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa.

Initiativ för jämlik hälsa

De socioekonomiska förhållandenas betydelse för folkhälso-utvecklingen har även uppmärksammats på internationell nivå och i andra länder. Såväl Världshälsoorganisationen (WHO) som Europeiska unionen (EU) har under ett flertal år uppmärksammat de sociala ojämlikheterna i hälsa. WHO tillsatte 2005 en oberoende kommission med uppgift att verka för en global mobilisering för jämlik hälsa, *Commission on social determinants of health*, den s.k. Marmotkommissionen. Kommissionen, som leddes av Sir Michael Marmot, presenterade sina resultat 2008 i rapporten *Closing the gap in a generation*. Kommissionen gav tre övergripande rekommendationer för att minska hälsoklyftorna:

- förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv,
- motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser, och
- mät och förstå problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder.

Som ett resultat av Marmotkommissionens arbete antog WHO:s Världshälsoförsamling 2009 en resolution om att medlemsländerna ska arbeta för att minska ojämlikhet i hälsa genom åtgärder som påverkar hälsans sociala bestämningsfaktorer.

WHO:s regionalkontor för Europa har genomfört en kartläggning av ojämlikheterna i hälsa inom de 53 medlemsländerna i WHO:s Europaregion. Resultaten ligger bl.a. till grund för Europaregionens övergripande policyramverk för hälsa och välbefinnande, *Hälsa 2020*, i vilket främjande av social jämlikhet i hälsa utgör en av grundpelarna.

I EU:s övergripande tillväxtstrategi, *Europa 2020*, betonas bl.a. vikten av insatser som inriktas på att bekämpa fattigdom och social utestängning samt att minska ojämlikheterna i hälsa.

Under 2009 publicerade EU-kommissionen ett meddelande (KOM (2009) 567) om ojämlikhet i hälsa. Som ett svar på meddelandet antog Europaparlamentet 2011 resolutionen *Reducing health inequalities*. I resolutionen uppmanas medlemsländerna att fortsätta sina ansträngningar att utjämna de sociala och ekonomiska skillnaderna.

Sverige har spelat en aktiv roll i de processer inom FN, WHO och EU som resulterat i resolutioner och rådsslutsatser m.m. om social jämlikhet i hälsa. Genom dessa har länderna gjort vissa frivilliga åtaganden att tillämpa ett sektorsövergripande arbetssätt (*health in all policies*) i arbetet med folkhälsans sociala bestämningsfaktorer och i det sjukdomsförebyggande arbetet. Inom det internationella arbetet och i EU pågår ett löpande utvecklingsarbete inom detta område.

I våra grannländer Norge, Danmark och Finland har analyser av Marmotkommissionens förslag genomförts på nationell nivå. I den norska folkhälsolag som trädde i kraft 2012 är utjämnandet av de sociala hälsoskillnaderna ett grundläggande syfte. I Sverige presenterade Statens folkhälsoinstitut 2010 en rapport om svenska lärdomar av Marmotkommissionens arbete.

I Sverige har tvärspektoriella initiativ tagits på regional och lokal nivå, t.ex. i Västra Götalands läns landsting och i det kommunala samverkansorganet Regionförbundet Östsam samt i Malmö kommun och i Göteborgs kommun. Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting har tillsammans tagit initiativ till *Mötesplats social hållbarhet*, ett forum för att utveckla välfärden på ett socialt hållbart sätt.

Uppdraget

Kommissionen för jämlik hälsa ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Till grund för kommissionens uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Kommissionens förslag ska förhålla sig till det strategiska arbetet för en hållbar utveckling, i såväl ekologiskt, ekonomiskt som socialt hänseende.

Kommissionen ska i sitt arbete även beakta andra hälsoskillnader i samhället, t.ex. mellan personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund, det samiska folket, personer som tillhör nationella minoriteter och den övriga befolkningen. Hälsans fördelning baserat på olika åldersgrupper bör även beaktas. Hälsoskillnader mellan könen ska genomgående

uppmärksammas i kommissionens arbete. Kommissionen ska även kommentera hälsoskillnader mellan könen som inte kan förklaras av skillnader mellan socioekonomiska grupper.

Kommissionen ska genomgående tillämpa ett tvärsektorielt samhällsekonomiskt perspektiv vid analysen av såväl ohälsa som av tänkta förslag. Den ska bedriva sitt arbete utifrån ett brett folkhälsopolitiskt perspektiv och beakta faktorer som har betydelse för befolkningens hälsa inom flera områden, däribland utbildning, arbetsmarknad och arbetsliv, fritid, miljö och hälso- och sjukvård. Det breda välfärdspolitiska perspektiv för folkhälsoarbetet, som beskrivs i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), ska vara en utgångspunkt för arbetet, liksom det tvärsektorielle arbetssätt (*health in all policies*) som antagits i resolutioner och rådsslutsatser inom WHO respektive EU. Genom ett sådant arbetssätt kan förslagen omfatta såväl miljöfaktorer som sociala faktorer.

Kommissionen ska överväga betydelsen av såväl generella insatser som insatser riktade till specifika målgrupper i arbetet för att minska hälsoklyftorna.

Arbetet ska utgå från befintlig och vetenskapligt grundad kunskap om olika faktorer betydelse för folkhälsan och om strategier och åtgärder som bidrar till minskade ojämlikheter i hälsa. Om kommissionen skulle identifiera väsentliga kunskapsluckor som kräver forskning utom ramen för kommissionens uppdrag bör detta belysas i kommissionens löpande rapportering.

Kommissionen ska i sitt arbete och vid utformningen av förslagen beakta relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU-samarbetet och övrigt internationellt samarbete. Kommissionen ska även beakta de åtaganden som Sverige har gjort inom ramen för WHO- och EU-samarbetet.

Arbetet ska resultera i förslag riktade till såväl staten som kommuner och landsting, samt till andra relevanta samhällsaktörer. Kommissionen ska genom ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt aktivt verka för att de förslag som presenteras har goda förutsättningar att få genomslag i olika beslutsprocesser och få gehör bland de samhällsaktörer som kan bidra till att minska ojämlikheterna i hälsa i samhället. Förslagen ska så långt som möjligt

omfatta olika tidsperspektiv: kort perspektiv (2–4 år), medellångt perspektiv (8 år) samt en generation (25–30 år).

Det bör presenteras förslag på finansieringsmodeller som kan bidra till minskad omfattning av förebyggbara hälsoproblem och som främjar ett effektivt resursutnyttjande över tid och mellan sektorer och huvudmän.

Kommissionen ska överväga i vilken mån den nuvarande sektorsövergripande strukturen för uppföljningen av det samlade folkhälsoarbetet är ändamålsenlig för regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Konsekvensbeskrivningar

Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). I de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det offentliga ska förslag till finansiering redovisas.

Arbetets bedrivande och redovisning av uppdraget

Arbetet ska präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Kommissionen ska tillkalla referensgrupper med företrädare för politiska partier och relevanta samhällsaktörer. Detta omfattar men är inte begränsat till ideella organisationer, däribland patient-, brukar- och konsumentorganisationer, fackförbund och professionsorganisationer, idrottsrörelsen, näringslivsorganisationer (däribland livsmedelssektorn) samt forskarsamhället. Kommissionen ska samråda med aktörer som berörs av dess arbete, inklusive statliga myndigheter samt företrädare för kommun- och landstingssektorn. Kommissionen ska dessutom samråda med företrädare för lokala och regionala initiativ för jämlik hälsa samt främja synergieffekter mellan likartade initiativ på olika nivåer. Kommissionen ska arrangera regionala konferenser i syfte att ta in idéer, förankra förslag och lyfta frågan om allas ansvar att utjämna de påverkbara hälsoklyftorna. Kommissionen ska på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör dess uppdrag.

I sitt arbete ska kommissionen beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de frågeställningar som angetts i uppdraget.

Kommissionen ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete och regelbundet presentera förslag och andra resultat av arbetet.

Resultatet av kommissionens arbete ska slutredovisas senast den 31 maj 2017. Redovisningen ska innehålla en samlad bedömning av vilka åtgärder som krävs för att nå regeringens mål om att inom en generation sluta de påverkbara hälsoklyftorna. Den samlade bedömningen ska även omfatta såväl de direkt ekonomiska som de samhällsekonomiska konsekvenserna av åtgärderna.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2016

Kronologisk förteckning

1. Statens bredbandsinfrastruktur som resurs. N.
2. Effektiv vård. S.
3. Höghastighetsjärnvägens finansiering och kommersiella förutsättningar. N.
4. Politisk information i skolan – ett led i demokratiuppdraget. U.
5. Låt fler forma framtiden!
Del A + B. Ku.
6. Framtid sökes –
Slutredovisning från
den nationella samordnaren
för utsatta EU-medborgare. S.
7. Integritet och straffskydd. Ju.
8. Ytterligare åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fjärde penningtvättsdirektivet – samordning – ny penningtvättslag – m.m.
Del 1 + 2. Fi.
9. Plats för nyanlända i fler skolor. U.
10. EU på hemmaplan. Ku.
11. Olika vägar till föräldraskap. Ju.
12. Ökade möjligheter till modersmålsundervisning och studiehandledning på modersmål. U.
13. Palett för ett stärkt civilsamhälle. Ku.
14. En översyn av tobakslagen. Nya steg mot ett minskat tobaksbruk. S.
15. Arbetsklausuler och sociala hänsyn i offentlig upphandling – ILO:s konvention nr 94 samt en internationell jämförelse. Fi.
16. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2016. Risker, osäkerheter och framtidsutmaningar. M.
17. EU:s reviderade insolvensförordning m.m. Ju.
18. En ny strafftidslag. Ju.
19. Barnkonventionen blir svensk lag. S.
20. Föräldradedighet för statsråd? Fi.
21. Ett klimatpolitiskt ramverk för Sverige. M.
22. Möjlighet att begränsa eller förbjuda odling av genetiskt modifierade växter i Sverige. M.
23. Beskattning av incitamentsprogram. Fi.
24. En ändamålsenlig kommunal redovisning. Fi.
25. Likvärdigt, rättssäkert och effektivt – ett nytt nationellt system för kunskapsbedömning. Del 1 + 2. U.
26. På väg mot en ny politik för Sveriges landsbygder – landsbygders utveckling, möjligheter och utmaningar. N.
27. Som ett brev på posten. Postbefordran och pristak i ett digitaliserat samhälle. N.
28. Vägen till självkörande fordon – försöksverksamhet. N.
29. Trygghet och attraktivitet – en forskarkarriär för framtiden. U.
30. Människorna, medierna & marknaden. Medieutredningens forskningsantologi om en demokrati i förändring. Ku.
31. Fastighetstaxering av anläggningar för el- och värmeproduktion. Fi.
32. En trygg dricksvattenförsörjning. Del 1 + 2 och Sammanfattning. N.
33. Ett bonus–malus-system för nya lätta fordon. Fi.
34. Revisorns skadeståndsansvar. Ju.
35. Vägen in till det svenska skolväsendet. U.
36. Medverkan av tjänsteleverantörer i ärenden om uppehålls- och arbetstillstånd. UD.
37. Rätten till en personförsäkring – ett stärkt konsumentskydd. Ju.
38. Samling för skolan. Nationella målsättningar och utvecklingsområden för kunskap och likvärdighet. U.

39. Polis i framtiden
– polisutbildningen som högskole-
utbildning. Ju.
40. Straffrättsliga åtgärder mot deltagande
i en väpnad konflikt till stöd för en
terroristorganisation. Ju.
41. Hur står det till med den personliga
integriteten?
– en kartläggning av Integritets-
kommittén. Ju.
42. Ett starkt straffrättsligt skydd mot
köp av sexuell tjänst och utnyttjande
av barn genom köp av sexuell hand-
ling, m.m. Ju.
43. Internationella säkerhetsrätter
i järnvägsfordon m.m.
– Järnvägsprotokollet. Ju.
44. Kraftsamling mot antiziganism. Ku.
45. En hållbar, transparent och
konkurrenskraftig fondmarknad. Fi.
46. Samordning, ansvar och
kommunikation – vägen till ökad
kvalitet i utbildningen för elever
med vissa funktionsnedsättningar. U.
47. En klimat- och luftvårdsstrategi
för Sverige. Del 1 + Del 2, bilaga med
underlagsrapporter. M.
48. Regional indelning – tre nya län. Fi.
49. En utökad beslutanderätt för
Konkurrensverket. N.
50. Genomförande av sjöfolksdirektivet. A.
51. Villkor för intjänande och bevarande av
tjänstepension. A.
52. Färre i häkte och minskad isolering. Ju.
53. Betaltjänster, förmedlingsavgifter och
grundläggande betalkonton. Fi.
54. Till sista utposten. En översyn av
postlagstiftningen i ett digitaliserat
samhälle. N.
55. Det handlar om jämlik hälsa.
Utgångspunkter för Kommissionens
vidare arbete. S.

Statens offentliga utredningar 2016

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Genomförande av sjöfolksdirektivet. [50]

Villkor för intjänande och bevarande av tjänstepension. [51]

Finansdepartementet

Ytterligare åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fjärde penningtvättsdirektivet – samordning – ny penningtvättslag – m.m. Del 1 + 2. [8]

Arbetsklausuler och sociala hänsyn i offentlig upphandling – ILO:s konvention nr 94 samt en internationell jämförelse. [15]

Föräldradelighet för statsråd? [20]

Beskattning av incitamentsprogram. [23]

En ändamålsenlig kommunal redovisning. [24]

Fastighetstaxering av anläggningar för el- och värmeproduktion. [31]

Ett bonus–malus-system för nya lätta fordon. [33]

En hållbar, transparent och konkurrenskraftig fondmarknad. [45]

Regional indelning – tre nya län. [48]

Betaltjänster, förmedlingsavgifter och grundläggande betalkonton. [53]

Justitiedepartementet

Integritet och straffskydd. [7]

Olika vägar till föräldraskap. [11]

EU:s reviderade insolvensförordning m.m. [17]

En ny strafftidslag. [18]

Revisorns skadeståndsansvar. [34]

Rätten till en personförsäkring – ett stärkt konsumentskydd. [37]

Polis i framtiden – polisutbildningen som högskoleutbildning. [39]

Straffrättsliga åtgärder mot deltagande i en väpnad konflikt till stöd för en terroristorganisation. [40]

Hur står det till med den personliga integriteten?
– en kartläggning av Integritetskommittén. [41]

Ett starkt straffrättsligt skydd mot köp av sexuell tjänst och utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling, m.m. [42]

Internationella säkerhetsrätter i järnvägsfordon m.m. – Järnvägsprotokollet. [43]

Färre i häkte och minskad isolering. [52]

Kulturdepartementet

Låt fler forma framtiden! Del A + B. [5]

EU på hemmaplan. [10]

Palett för ett stärkt civillsamhälle. [13]

Människorna, medierna & marknaden
Medieutredningens forskningsantologi om en demokrati i förändring. [30]

Kraftsamling mot antiziganism. [44]

Miljö- och energidepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2016.
Risker, osäkerheter och framtidsutmaningar. [16]

Ett klimatpolitiskt ramverk för Sverige. [21]

Möjlighet att begränsa eller förbjuda odling av genetiskt modifierade växter i Sverige. [22]

En klimat- och luftvårdsstrategi för Sverige.
Del 1 + Del 2, bilaga med underlagsrapporter. [47]

Näringsdepartementet

Statens bredbandsinfrastruktur som resurs. [1]

Höghastighetsjärnvägens finansiering och kommersiella förutsättningar. [3]

På väg mot en ny politik för Sveriges landsbygder – landsbygdernas utveckling, möjligheter och utmaningar. [26]
Som ett brev på posten. Postbefordran och pristak i ett digitaliserat samhälle. [27]
Vägen till självkörande fordon – försöksverksamhet. [28]
En trygg dricksvattenförsörjning. Del 1 + 2 och Sammanfattning. [32]
En utökad beslutanderätt för Konkurrensverket. [49]
Till sista utposten. En översyn av postlagstiftningen i ett digitaliserat samhälle. [54]

Socialdepartementet

Effektiv vård. [2]
Framtid sökes – Slutredovisning från den nationella samordnaren för utsatta EU-medborgare. [6]
En översyn av tobakslagen. Nya steg mot ett minskat tobaksbruk. [14]
Barnkonventionen blir svensk lag. [19]
Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. [55]

Utbildningsdepartementet

Politisk information i skolan – ett led i demokratiuppdraget. [4]
Plats för nyanlända i fler skolor. [9]
Ökade möjligheter till modersmålsundervisning och studiehandledning på modersmål. [12]
Likvärdigt, rättssäkert och effektivt – ett nytt nationellt system för kunskapsbedömning. Del 1 + 2. [25]
Trygghet och attraktivitet – en forskarkarriär för framtiden. [29]
Vägen in till det svenska skolväsendet. [35]
Samling för skolan. Nationella målsättningar och utvecklingsområden för kunskap och likvärdighet. [38]
Samordning, ansvar och kommunikation – vägen till ökad kvalitet i utbildningen för elever med vissa funktionsnedsättningar. [46]

Utrikesdepartementet

Medverkan av tjänsteleverantörer i ärenden om uppehålls- och arbetstillstånd. [36]