

Vad menas med jämlikhet i och bestämningsfaktorer för hälsa? Är folkhälsoarbetet framgångsrikt? Minskar ojämlikheten i hälsa genom att påverka bestämningsfaktorer inom olika politikområden? Hur ska det mätas?

Folkhälsoperspektivet skall genomsyra många samhällsområden. Statens folkhälsoinstitut, FHI, skall ansvara för den samlade uppföljningen av det övergripande folkhälsomålet, som regeringen nyligen föreslagit till riksdagen. Detta arbete skall presenteras i en samlad folkhälsopolitisk rapport som analyserar och bedömer effekterna av insatserna inom elva målområden.

För att kunna bedöma vilka politikområden, mål, delmål, mått och indikatorer som är relevanta behövs en vetenskaplig grund för sambanden med hälsoutfallen. Denna skrift har författats av medarbetare inom FHI och behandlar det vetenskapliga underlaget för att mäta ojämlikhet i hälsa och ger förslag på mått och indikatorer när det gäller ekonomiska resurser, arbetsmarknad, socialt kapital och migration. Materialet har betydelse för alla som är engagerade i folkhälsoarbete och dess måluppföljning samt inte minst i folkhälsoutbildning.

Välfärd, jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer



# Välfärd, jämlikhet och folkhälsa

– vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer

Christer Hogstedt (redaktör), Mona Backhans, Sven Bremberg, Bernt Lundgren, Brita Törnell, Sarah Wamala



STATENS  
FOLKHÄLSOINSTITUT

Statens folkhälsoinstitut  
Distributionstjänst  
120 88 Stockholm

Fax 08-449 88 11  
E-post: [fhi@strd.se](mailto:fhi@strd.se)  
Internet: [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

ISBN 91-7257-200-0  
ISSN 1104-358X  
2003:12

STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT

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

Välfärd, jämlikhet och folkhälsa  
– vetenskapligt underlag för begrepp,  
mått och indikatorer

*Christer Hogstedt (redaktör), Mona Backhans, Sven Bremberg,  
Bernt Lundgren, Brita Törnell, Sarah Wamala*

©Statens folkhälsoinstitut 2003:12

ISBN: 91-7257-200-0

ISSN: 1104-358X

Design: Pangea design

Omslagsfoto: David Gibson, Ron Chapple

Foto: Pressens Bild: André Maslennikov, Magnus Hartman. Lennaert Hyse,

Thomas Tolstrup, Nina Korhonen. Tiofoto: Eva Wernlid

Tryck: Palm & Co.

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> ( <i>Gunnar Ågren</i> )	7
<b>Författarpresentationer</b>	9
<b>Welfare, equity and public health – scientific basis for measurements and indicators. Summary in English</b>	11
Chapter 1. Introduction	
Chapter 2. Equity in health – perspectives, concepts and measures	
Chapter 3. Labour market status and health	
Chapter 4. Economic resources and health – connections and indicators	
Chapter 5. Social capital and health – concepts and indicators	
Chapter 6. Migration, ethnicity and health – concepts and indicators	
<b>Kapitel 1. Inledning</b>	19
<i>Christer Hogstedt</i>	
Bakgrund och syfte	21
Bestämningsfaktorer och indikatorer	22
Arbetsmetoder, målgrupp och tack till sakkunniga granskare	25
<b>Kapitel 2. Jämlikhet i hälsa – perspektiv, begrepp och mått</b>	27
<i>Sven Bremberg</i>	
Sammanfattning	29
Innebörden i begreppet "jämlikhet i hälsa"	30
Att mäta ojämlikhet i hälsa	39
Variation i hälsa mellan olika grupper	69
Forskningsbehov	83
Medverkande	84
Referenser	84
<b>Kapitel 3. Arbetsmarknadsposition och hälsa</b>	95
<i>Mona Backhans</i>	
Sammanfattning	97
Inledning	98
Bakgrund	101

Utveckling av sysselsättning och arbetslöshet _____	107
Samband mellan arbetsmarknadsposition och hälsa _____	114
Grupper med svag arbetsmarknadsposition _____	132
Betydelsen av hälsorelaterad selektion _____	135
Forskningsbehov _____	138
Förslag och diskussion _____	140
Medverkande _____	148
Referenser _____	148
Bilaga. Befintlig statistik _____	158
<b>Kapitel 4. Ekonomiska resurser och hälsa – begrepp och indikatorer _____</b>	<b>163</b>
<i>Bernt Lundgren</i>	
Sammanfattning _____	165
Inledning _____	166
Inkomstjämlighet och relativ fattigdom i Sverige under 1990-talet _____	170
Inkomst och hälsa _____	174
Inkomstjämlighet och hälsa _____	183
Lokala socialekonomiska faktorer och hälsa _____	195
Sammanfattning, förslag till indikatorer och forskningsbehov _____	200
Medverkande _____	206
Bilaga. Begrepp och definitioner med avseende på inkomstskillnader och relativ fattigdom _____	207
Referenser _____	211
<b>Kapitel 5. Socialt kapital och hälsa – begrepp och indikatorer _____</b>	<b>219</b>
<i>Sarah Wamala</i>	
Sammanfattning _____	221
Inledning _____	222
Historisk utveckling av begreppet socialt kapital _____	223
Definitioner och problematisering av socialt kapital _____	224
Socialt kapital och hälsa _____	237
Forskningsbehov _____	243
Förslag på indikatorer för socialt kapital _____	244
Referenser _____	248

<b>Kapitel 6. Migration, etnicitet och hälsa – begrepp och indikatorer</b>	253
<i>Brita Törnell</i>	
Sammanfattning	255
Inledning och historik	256
Hälsotillståndet i olika etniska grupper	261
Strukturella och individuella faktorer som påverkar hälsan hos utrikes födda	268
Diskussion om och förslag på bakgrundsfaktorer, indikatorer och mått	282
Medverkande	286
Bilaga 1. Begrepp och definitioner	287
Bilaga 2. Faktorer i hemlandet som påverkar hälsan	291
Referenser	292



## Förord

Folkhälsan bestäms i större utsträckning av människors levnadsförhållanden och levnadsvanor än av specifika medicinska insatser. Välfärdspolitikerna i stort har en avgörande betydelse för människors hälsa. Det är mycket viktigt att utveckla ett systematiskt folkhälsoarbete där man utgår från de sociala bestämningsfaktorer som har störst betydelse för människors hälsa.

För att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen lämnade regeringen i december 2002 en proposition till riksdagen med förslag till nationella folkhälsomål. Det övergripande målet är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Det är särskilt viktigt att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa. En bra folkhälsa är viktig för hela samhällsutvecklingen och insatserna för en bättre folkhälsa bör vara en central del i arbetet för en uthållig tillväxt, en god välfärd och ett ekologiskt hållbart Sverige.

Regeringen har definierat elva målområden för folkhälsoarbetet. Avsikten är att underlätta uppföljningsarbetet och att undvika målkonflikter. De elva målområdena ansluter till folkhälsans bestämningsfaktorer.

De två första målområdena formuleras som ”Delaktighet och inflytande i samhället” och ”Ekonomisk och social trygghet”. Till dessa målområden bidrar en rad politikområden, exempelvis arbetsmarknads- och bostadspolitik.

Regeringen vill basera folkhälsoarbetet på vetenskaplig grund och anser att många inslag i välfärdspolitikerna bidrar till en god folkhälsa. Nationella folkhälsokommittén redovisade delar av det vetenskapliga underlaget i bilagor och underlagsrapporter för sina förslag till mål, vilka i sin tur legat till grund för regeringens förslag. Regeringen har bedömt att det krävs ytterligare underlag för att bestämma de indikatorer och den statistik som bäst mäter sambanden mellan bestämningsfaktorer och deras effekter på folkhälsan.

Statens folkhälsoinstitut, FHI, har fått i uppdrag att följa upp, analysera och utvärdera arbetet med att nå det övergripande nationella folkhälsomålet och presentera resultaten i en folkhälsopolitisk rapport. Arbetet innebär bl.a. att granska vilka indikatorer för hälsans bestämningsfaktorer



som finns tillgängliga och är användbara för uppföljningsarbetet eller föreslå nya indikatorer.

Traditionellt har folkhälsan mätts i sjuklighets- och dödlighetsmått, t.ex. spädbarnsdödlighet, antal cancerfall eller förväntad livslängd. Vår uppgift är att precisera mått och indikatorer på ekonomiska och sociala faktorer som forskningen visat har betydelse för ojämlikhet i hälsa i Sverige. Dessa mått bör vara lätt tillgängliga för uppföljning och meningsfulla för politiska åtgärder. En arbetsgrupp inom institutet har haft i uppdrag att inventera i första hand den svenska forskningens underlag för sådana mått och indikatorer inom det ekonomiska och sociala området. Det är resultatet från denna arbetsgrupp som presenteras i denna skrift.

Vi är medvetna om att denna typ av underlag ständigt måste kompletteras, förbättras och vidareutvecklas. Samtidigt är det viktigt att föra ut en bedömning av hittills publicerade studier så att såväl kunskapsluckorna kan börja fyllas genom ytterligare forskning, som att diskussioner om uppföljningsarbetet kan starta med andra myndigheter.

Många andra välfärdsområden behöver belysas på ett likartat sätt för att motivera valet av lämpligaste mått och indikatorer. Ytterligare studier utarbetas för närvarande om bl.a. globaliseringens betydelse för den svenska folkhälsan, barns och ungdomars uppväxtförhållanden, äldres hälsa, hälsoekonomi, genusperspektivet i folkhälsoarbetet, demokrati på arbetsplatsen, manualer för kunskapssammanställningar, metodprovning för hälsokonsekvensbedömningar, folkhälsokonsekvenser av långtidssjukskrivning och förtidspension, förändringar i levnadsvanor samt förslag till gemensam folkhälsoenkät för lokala och regionala undersökningar i Sverige.

Det är med stor tillfredsställelse som FHI nu kan ge ut sakkunnigranskade, vetenskapliga skrifter som framställts av institutets egna medarbetare i enlighet med vår uppgift att vara ett nationellt kunskapscentrum och myndighet för nationell uppföljning och utvärdering på vetenskaplig grund.

*Gunnar Ågren*

Generaldirektör

## Författarpresentationer

**Fil. kand. Mona Backhans** är sociolog och forskningshandläggare vid Avdelningen för folkhälsovetenskap med huvudsaklig inriktning på folkhälsans samband med arbetsmarknadens villkor. Mona Backhans är magisterstuderande vid CHESS och Stockholms universitet.

**Docent Sven Bremberg** är läkare och ansvarar för barn- och ungdomsfrågor vid Avdelningen för samhälle och hälsa samt är lektor vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet. Sven Bremberg har en omfattande internationell publikationslista och har även författat flera skrifter om ojämlikhet i barns hälsa för FHI.

**Professor Christer Hogstedt** är chef för Avdelningen för folkhälsovetenskap. Christer Hogstedt var tidigare professor i yrkesmedicin vid Arbetslivsinstitutet och klinikchef för Yrkesmedicinska enheten på Karolinska sjukhuset.

**Socionom Bernt Lundgren** är utredningsledare vid Samordningskansliet och samordnar handläggning av FHI:s uppföljningsuppdrag. Bernt Lundgren var tidigare huvudsekreterare för Nationella folkhälsokommittén och bedriver forskarutbildning i ekonomisk historia vid Lunds universitet.

**Fil. kand. Brita Törnell** är beteendevetare och handläggare vid Enheten för demokrati och hälsa inom Avdelningen för samhälle och hälsa och har särskilt ansvar för frågor om integration och hälsa.

**Docent Sarah Wamala** är epidemiolog och ekonom. Hon arbetar som forskningsledare vid Avdelningen för folkhälsovetenskap och är adjungerad lektor vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet. Sarah Wamala har en betydande internationell publikationslista och har varit redaktör för den nyligen publicerade boken "Gender and social inequalities in health" (Studentlitteratur och Folkhälsoinstitutet 2002) tillsammans med professor John Lynch, University of Michigan, USA.



## Summary in English

*Welfare, equity and public health –  
scientific basis for measurements and indicators*

### *Chapter 1. Introduction*

**Christer Hogstedt, M.D.**, professor, head of the Research Department and editor of the book.

In December 2002 the Swedish government presented a bill to Parliament on aims and goals for the public health policy. The aim is to “create societal conditions for good health on equal terms for the whole population”. The bill underlines that equity in health has a high priority and that the public health perspective shall leaven all relevant policy areas, i.e. that many agencies and organizations are responsible for the health of the population, not only the defined public health agencies.

Already in 2001, the government gave the instruction to the reorganized Swedish National Institute of Public Health, SNIPH, to monitor, analyze and evaluate the implementation of the efforts to improve equity in health by creating optimal conditions. The new bill is explicit on which policy areas that shall be evaluated and which government agencies that shall be approached for coordination of the follow-up. The follow-up requires relevant and valid measures of the health determinants embedded in the policy areas to monitor the development. The selection of suitable indicators must be scientifically based.

In the recently proposed bill the government suggests eleven major target areas such as Participation and influence in the society, Economic and social security, Secure and good conditions for children and young people, Increased health in the working life, A healthy environment and the provision of safe products, A health-promoting health service and a number of life-style related target areas. All target areas are expressed as determinants of health rather than mortality rates, disease outcomes or other health measurements. This is because such health measurements and their distribution in different groups will continue to be reported in Public Health Reports from the National board of Health and Social Welfare.

This publication is the result from a working group within SNIPH that was given the task to document the scientific base for relevant concepts and

measures and suggestions of indicators on labour market position, economic resources, social capital and migration. The suggestions should mainly be based on Swedish studies but relevant international literature should also be taken into account. These determinants are mostly related to the first two target areas of the eleven mentioned above.

In the future, more scientific documentation on measures and indicators for other determinants will be published, e.g. on conditions for children and the elderly, working and environmental conditions. SNIPH will also publish other documents of importance for monitoring and evaluating public health policy, e.g. manuals for literature review of effective interventions, methods for and examples of health impact assessments, health economics for public health interventions and gender aspects on public health policies.

All the authors are employees of the SNIPH. The working group has held ten seminars with discussions on drafts of the chapters and the later versions of the drafts have been refereed by highly qualified reviewers, to whom we express our gratitude.

The working group is aware that the documentation behind the suggested indicators is not complete and that there is a rapid development around public health indicators. However, we have chosen to publish our efforts so far in order to document the present knowledge, point out the lack of sufficient knowledge implying research needs and to start the comprehensive follow-up task in cooperation with the concerned agencies and organisations.

During 2003 we intend to publish an abbreviated and modified version of this publication in English in order to be able to participate in the international discourse on relevant, valid and internationally comparable indicators of public health development. In the mean time we provide short summaries of each chapter with focus on the suggested indicators.

*Chapter 2. Equality in health: perspectives, concepts and measures*

**Sven Bremberg, M.D.**, associate professor, expert

There are large variations in health between different groups. In December 2002 the Swedish Government has presented a bill on public health targets. The bill emphasises improvement in health in disadvantaged groups. In our report suggestions for the follow up of this goal will be given. This requires a presentation of current concepts and perspectives.

Inequality in health has been defined as systematic and potentially remediable differences in one or more aspects of health across populations or population groups defined socially, economically, demographically, or geographically.

There are several ways of describing inequality in health, all with different advantages and disadvantages. It is especially problematic to describe inequality in health with a relative measure, i.e. as a quote between the prevalence in a disadvantaged group and the prevalence in an advantaged group, since the absolute rate of illness in a disadvantaged group might diminish substantially without changing the relative measure.

We propose that inequality in health in Sweden should be followed by assessments of concentration index since this index enables assessment of changes over time with one single measure. We recommend the following health outcomes to be followed: average length of life, cardiovascular disorders, psychiatric disorders, tumours, injuries and musculo-skeletal disorders, and self reported health. Concentration index should be assessed both by occupational class and educational level, separately for the two sexes. We also propose assessments of the collected importance of socio-economic conditions for health expressed as quality adjusted life years lost (DALY, DALE or QALY).

The importance of exposures during different periods during the life course is an important issue. The relative social inequalities seem to be largest in young adults. After the age of 40 the relative inequalities seem to decrease while the absolute differences increase. It is important to clarify the factors that transfer early disadvantage into health problems in adulthood. Based on current literature a model is presented where the development of emotional, social and intellectual competencies during childhood is given a central role. Parents, pre-schools, schools and leisure environments affect the child's development of these competences. These competences seem to affect health during the life course.

### *Chapter 3. Labour market status and health*

**Mona Backhans, B.Sc.**, research officer

The purpose of this chapter is to give an overview of the current evidence regarding labour market status, defined as the degree of attachment to the labour market, as a determinant of health. The chapter begins with a

background section where major changes in the labour market over the last few decades are sketched out together with a description of the Swedish labour market policy. This is followed by an overview of the literature on the connection between labour market status and health. The focus is on recent Swedish studies, and the ambition has not been to fully cover the field. Groups with a persistently weak position in the labour market are of particular interest regarding marginalisation and health. These are covered under a special heading. Proposed indicators for the major determinants are based on the evidence presented. Existing data sources are described in a supplement.

A small number of indicators were selected, based on an examination of their health effect and relevance, validity, measurability, ease of interpretation and possibility to influence with policy measures. For each indicator relevant subgroups should be followed based on e.g. gender, age, level of education, geographical area. The suggested measures and indicators are:

- Number and proportion in employment in the labour force.
- Number and proportion in employment in different sectors and branches of industry.
- Proportion in temporary employment of all employed, categorised into fixed-term project/trial contracts, substitute posts and “others” (including “work on demand”).
- Number and proportion of unemployed in the labour force.
- Proportion of long-term unemployed and long-term job seekers (including those in labour market policy measures) in the labour force.

The chapter concludes with a discussion of how to follow up labour market policy from a health perspective. This broader evaluative effort, which goes beyond following certain predetermined indicators, has only been addressed briefly here and this area needs to be developed more fully in the institute’s future work.

*Chapter 4. Income resources and health – connections and indicators*

**Bernt Lundgren, BSc**, senior investigator

Swedish and international studies show that the health of the population, both physical and mental, is improved by rising income but in a

diminishing rate when income is climbing up the ladder. Also economic assets are positive to health. In contrast to this an economically vulnerable situation is negative to health when it is not temporary. “Economic crisis” in terms of people experiencing difficulties to pay for food and/or rent, or lacking a sufficient cash margin, i.e. having difficulties to raise 14,000 SEK within a week, is especially negative to health as measured in the Swedish context.

The income effect on health is explained by the so-called absolute income hypothesis (AIH) which means that the health of a person is a function of his or her income. Studies that support this hypothesis are described. In the chapter also another hypothesis is showed, the relative income hypothesis (RIH), which means that the health of a person is a function of that person’s income in relation to the mean income of a reference group that he or she belongs to. The reference group can consist of people that live for example in the local community or in the country as a whole. The relative income hypothesis, as it is expressed here, has no support in the international and Swedish studies that are cited in the chapter.

There is a large and growing number of studies that investigate health effects of income inequality. The income inequality hypothesis (IIH) implies on the individual level that the health of a person is influenced both of his or her own income and of the income inequality on the area level. When studying conditions in the USA researchers have found support for adverse effects on poor peoples health because of income inequality on the state level. In a Swedish study that tested the IIH in relation to mortality no significant connection was found, which according to the authors could be due to a lower and less variable inequality in consumption in Sweden than in the USA.

The interest of area effects on health has grown during recent years with a focus in the socio-economic conditions of local communities. In the studies that are showed in the chapter there are area effects on health but those effects are small in general compared to the resources that each person commands.

Indicators are presented in the chapter that could be used to monitor the development of the economic variables. For the individual level it is stated as important to measure income, economic assets and economic vulnerability including financial embarrassments because of indebtedness. When



income and income inequality are shown it is also important to use equivalent disposable incomes so that households with different composition can be compared.

For indicators on the area level it is said to be important to measure income inequality for levels that has the power to tax. That means in the Swedish context national, regional and local levels. On the local municipality level the income level should be measured. The Swedish economic equalization system between county councils on the regional level and between municipalities on the local level is supposed to be important and should be monitored. Besides this some individually based indicators should be aggregated and monitored like the share of persons with less than 50 per cent of the median income in the society.

*Chapter 5. Social capital and health - concepts and indicators*

**Sarah Wamala, PhD.** associate professor, research manager

Social capital as a concept entails relations, attitudes and norms and how these lead to interactions between individuals and institutions. Such interactions contribute to economic and social development in a society. Social capital has become a multidisciplinary concept that has interested many sociologists, anthropologists, health scientists, economists and politicians.

In many of the existing studies health effects of social support and relations (at individual level) and social capital have been analysed interchangeably, thus failing to draw conclusions on how social capital influences health. This chapter emphasises the need to evaluate social capital at structural level in health research and focus on the links between different levels. Social capital should be understood as a public good that can be accessed by all individuals in a given society. The health effects of social support and relations at micro level are not discussed in this chapter as there is a good scientific knowledge on this area. This chapter focuses mainly on social capital at the structural level (meso- and macro levels). The following have been included; definitions of social capital from various scholars, a discussion on the relevance of social capital to health (including empirical examples), research needs and suggested indicators.

The suggested indicators of social capital comprise five types; social resources, social security, influence, social participation, civil engagement

and participation. For each of these types of indicators, a set of variables has been suggested at three levels; group-, community- and macro level. The indicators at three different levels reflect three dimensions of social capital; bonding, bridging and linking. The bonding dimension functions in a horizontal power perspective, whereas the linking dimension functions in a vertical power perspective. The bridging dimension may function in both a horizontal and vertical power perspective, depending on the strength and type of social relations and ties.

Indicators are chosen based on whether they fulfil six criteria; established associations with health, relevance, validity, measurability, interpretability, and if they can be politically influenced. It is of both scientific and political interest to analyse how these indicators may promote public health in Sweden.

#### *Chapter 6. Migration, ethnicity and health – concepts and indicators*

**Brita Törnell, BSc, investigator**

This chapter presents and discusses some of the factors that have in different ways proved significant for the health development of various immigrant groups in Sweden. The starting-point is the major health disparities that have been shown to exist among different ethnic groups. The link between health and ethnicity is complex and many different factors on various levels play a part. Among the factors presented here, two are emphasised as especially important: the labour market and residential segregation. These two factors are of crucial importance as to whether or not the groups involved are able to participate in Swedish society on equal terms. The chapter also mentions ethnic discrimination as an important underlying explanation for why some immigrant groups may find it difficult to gain access to the labour market regardless of previous work experience, education and how long they have lived in Sweden.

The chapter results in both a number of important background factors that must be considered in order to be able to monitor the health development of various immigrant groups in Sweden, and in proposals for a number of indicators:

- Proportion of immigrants who experienced discrimination in various situations
- The majority population's attitudes towards different ethnic groups

- Proportion of people in different ethnic groups who exercise their right to vote
- Proportion of pupils with foreign backgrounds graduating from compulsory and upper-secondary school
- Proportion of all employed and the employment/unemployment rate among different ethnic groups
- Employment/work in relation to education and ethnicity
- Proportion of immigrants/ those born in Sweden in different regions and different residential areas

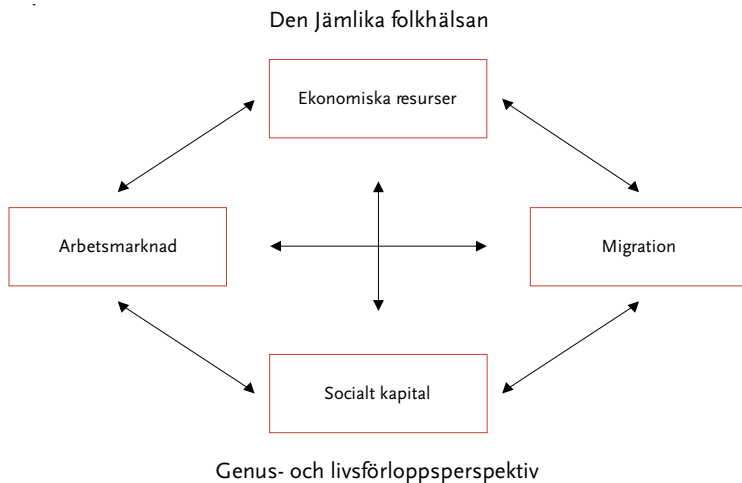
1.

INLEDNING



# 1.

## INLEDNING *Christer Hogstedt, redaktör*



### Bakgrund och syfte

Regeringens förslag till formulering av det övergripande folkhälsomålet, ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”, betonar att folkhälsoperspektivet skall genomsyra samtliga relevanta politikområden och att ansvaret för folkhälsoarbetet inte bara ligger på de myndigheter och organisationer som traditionellt har folkhälsoansvar.

För att kunna bedöma vilka politikområden, mål, delmål, mått och indikatorer som är relevanta behövs en vetenskaplig grund för sambanden med hälsoutfallen. Eftersom regeringen anser att det behövs ett välfärdspolitiskt perspektiv har också flera av de målområden som föreslås karak-

tären av välfärds mål, särskilt ”Delaktighet och inflytande i samhället”, ”Ekonomisk och social trygghet”, ”Trygga och goda uppväxtvillkor” och ”Ökad hälsa i arbetslivet”. Detta bygger i allt väsentligt på de förslag och det utredningsmaterial från 1990-talets slut som presenterades av Nationella folkhälsokommittén, NFK (SOU 2000:91).

Omorganisationen 2001 av Statens folkhälsoinstitut, FHI, var det första steget mot ett mer samordnat, kunskapsbaserat och målinriktat folkhälsoarbete. En av huvuduppgifterna är att ansvara för uppföljning av insatserna på folkhälsoområdet. FHI skall samordna och stödja de olika sektorsmyndigheterna i uppföljningsarbetet och ansvara för den samlade uppföljningen av det övergripande folkhälsomålet. Detta arbete skall presenteras för regeringen i en samlad folkhälsopolitisk rapport som gör det möjligt att analysera och bedöma effekterna av insatserna inom de elva målområdena. Regeringen tillkännager därefter under mandatperioden sin bedömning och förslag till ytterligare åtgärder för riksdagen.

Den folkhälsopolitiska rapporten skall redovisa ett begränsat antal indikatorer för det nationella målet och dess målområden, analysera utvecklingen och åtgärderna för att nå mål för folkhälsan samt ge rekommendationer om åtgärder. För att detta skall vara möjligt krävs bl.a. mått och indikatorer på utvecklingen inom de angivna målområdena.

Arbetet med den folkhälsopolitiska målpropositionen har pågått under lång tid och FHI har redan innan propositionen lagts fram fått i uppdrag att utreda vilka delmål inom olika relevanta politikområden som berör folkhälsan, vilka indikatorer som eventuellt redan tillämpas och att föreslå nya delmål och indikatorer när befintliga saknas. Eftersom detta arbete i största möjliga utsträckning skall bygga på ett vetenskapligt underlag har denna skrift framställts för att ge underlag till några viktiga hälsoaspekter på de aktuella välfärdspolitiska målområdena och därmed grunden för mått och indikatorer som kan visa hur ”bestämningsfaktorn” utvecklas.

## Bestämningsfaktorer och indikatorer

”Bestämningsfaktor” är den term som kommit att användas i den folkhälsostrategiska diskussionen för att beteckna ”varje faktor som påverkar hälso-tillståndet” (Janlert U., Folkhälsovetenskapligt lexikon). I andra samman-

hang används t.ex. exponering, determinant, oberoende variabel eller "bakomliggande orsak". Begreppet "orsak" är komplicerat och kan på svenska beteckna den *förorsakande* (kausala) faktorn till en händelse, t.ex. sjukdom, men också en länk i en lång "orsakskedja". "Bestämningsfaktorer" är ett bredare begrepp än "orsaksfaktorer" och finns på olika nivåer, alltifrån t.ex. "globalisering" till alkoholpris, arbetslöshet, lärartäthet, livsstil eller passiv tobaksrökning.

De nya svenska folkhälsomålen utgår helt från sådana bestämningsfaktorer och inte från att minska sjukdomsförekomst, vilket oftast är fallet i andra länders folkhälsomål och hälsostراتيجier. Fördelen är dels att de är lättare politiskt åtkomliga än att "minska cancerförekomsten med 25 procent", dels att sådana mål pekar på de hälsofrämjande och förebyggande möjligheterna. Det kan ta 20–30 år innan en ökning av cancersjuklighet på grund av ändrade rökvanor eller nya miljöfaktorer kan fastställas, medan ett asbestförbud, alternativa energikällor eller rökförbud på restauranger kan genomföras och utvärderas snabbt när det finns politisk majoritet i beslutande församlingar.

Det hindrar inte att hälsoindikatorer också är viktiga att följa. Det är endast genom studiet av sambandet mellan sjukdomsförekomst och bestämningsfaktorer som nya samband kan påvisas och hälsoindikatorerna kan visa hur summan av alla bestämningsfaktorer samverkar. Ändringar i t.ex. väg- eller arbetsolycksfallsfrekvens och spädbarnsdödlighet kan registreras och, åtminstone teoretiskt, åtgärdas snabbt om orsaken är känd.

De elva målområden som regeringen föreslår är emellertid alltför övergripande för att kunna mätas entydigt eller åtgärdas med enskilda, politiska beslut. Därför hänvisar regeringen i propositionen till olika politikområden och dess mål och delmål samt operativa etappmål med tidsgränser. Ibland kan ett delmål mätas direkt, t.ex. minskad försäljning av alkohol, men i andra fall måste indikatorer på utvecklingen mätas, t.ex. dammpartiklar per kubikmeter som uttryck för luftkvalitet eller anmälda våldsbrott som uttryck för samhällelig trygghet.

Användningen av indikatorer för att följa samhällliga förändringar och politisk utveckling har långa traditioner, särskilt inom de ekonomiska och sociala områdena. FN har en "millennium indicators database" för att följa åtta målområden, 18 delmål och 48 indikatorer. Årligen publicerar



t.ex. Världsbanken "world development indicators" och United Nations Development Programme ett "human development index" som är sammansatt av olika variabler. Indikatorer för att följa hälsa i olika socioekonomiska grupper har utarbetats för EU-kommissionens Health Monitoring Program (Kunst et al. 2001) och för att följa arbetsvillkor i EU av European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Dhondt, Houtman 1997).

I Sverige har SCB alltsedan 1974 gjort stickprov ur befolkningen (ULF-undersökningar) för att följa ett stort antal så kallade sociala indikatorer inom ett tiotal levnadsnivåkomponenter. Kommitte´n Valfärdsbokslut (SOU 2001:79) använde en lång rad indikatorer ur olika källor för att bedöma välfärdens och ofärdens utveckling under 1990-talet i Sverige och indikatorer har använts för Valfärdsbokslut i det kommunala arbetet.

Ambitionen i boken har varit att belysa vissa nyckelbegrepp i diskussionen om jämlikhet i hälsa och att sammanfatta den vetenskapliga litteraturen om hälsoutfall av ojämna ekonomiska resurser, socialt kapital, arbetsmarknadsposition och migration. Boken har fokus på studier av svenska förhållanden när sådana finns, men studier från andra länder har också använts för att belysa förhållanden av betydelse i Sverige.

Litteraturoversikter av vetenskaplig litteratur kan bara förenklas till en viss grad och vissa avsnitt kan uppfattas som svårlästa och komprimerade om bakgrundskunskaper saknas. Vi hänvisar då till ytterligare litteratur och förenklade sammanfattningar kommer att publiceras senare.

Den internationella litteraturen är mycket omfattande och varje månad publiceras många artiklar av betydelse för de områden som berörs i skriften. Därför är denna publikation inte "sista ordet" utan bakgrundsmaterialet och slutsatserna måste kontinuerligt uppdateras.

Vi har utgått från följande kriterier när vi föreslår mått och indikatorer:

- *Målområdets, målen/delmålen, bestämningsfaktorns och indikatorernas samband med preciserade hälsoeffekter* och den vetenskapliga säkerheten i dessa samband.
- *Indikatorns relevans för bestämningsfaktorn* – indikatorerna bör gälla viktiga aspekter av bestämningsfaktorn.
- *Validitet* – indikatorns "träffsäkerhet" i att mäta den avsedda aspekten av bestämningsfaktorn.

- *Mätbarhet och snabb tillgänglighet* – indikatorn bör vara formulerad så att den går att mäta rent praktiskt, vara tydligt definierad och snabbt åtkomlig.
- *Begriplig och entydig* – indikatorns mätvärde skall vara begripligt och gå att tolka på ett entydigt sätt.
- *Möjlighet att påverka* – indikatorn bör mäta en aspekt av bestämningsfaktorn som går att påverka politiskt.

Det finns många förhållanden och faktorer som intuitivt förefaller vettiga att följa, t.ex. inom de ekonomiska och sociala områdena, men där vetenskapligt stöd saknas för att påvisa specifika hälsoeffekter. Skälet är att det ofta krävs stora studier som följer grupper under lång tid och med kunskap om en rad samverkande faktorer för att man ska kunna dra säkra kunskaper. Då rekommenderar vi sådana studier.

Vi ser det som en fördel om mått och indikatorer kan användas för internationella jämförelser men har inte ställt det som något krav.

De förslag som lämnas i denna skrift är författarnas egna och inte nödvändigtvis desamma som Statens folkhälsoinstitut kommer att leverera i sitt nuvarande regeringsuppdrag (lämnas den 31 mars 2003) eller kommer att tillämpa i det framtida uppföljningsarbetet. Parallellt med framställandet av denna skrift bedrivs ett utredningsarbete kring vilka delmål och mått som finns inom olika politikområden. Detta arbete är inte slutfört och måste vägas in i det framtida uppföljningsarbetet.

## Arbetsmetod, målgrupp och tack till sakkunniga granskare

Arbetet med skriften har bedrivits i en arbetsgrupp som sammanträtt i seminarieform ett tiotal gånger och diskuterat utkast till kapitlen. Förutom författarna har avdelningschef Ylva Arnhof och enhetschef Marianne Granath från FHI:s Avdelning för samhälle och hälsa deltagit liksom utredningsledare Susanne Öhrling, som också har varit gruppens sekreterare under våren 2002. Ett forskningsseminarium kring materialet har genomförts på FHI för alla medarbetare.

Varje kapitel har granskats av minst två sakkunniga: professorerna Marcello Ferrada-Noli, Ulf Gerdtham, Ingvar Lundberg, Töres Theorell, Denny Vågerö och Per-Olof Östergren, docenterna Johan Hallqvist och Lars Lindholm, fil. dr Anders Schaerström, med. dr Pia Maria Jonsson och med. dr Piroska Östlin samt avdelningschef Martin Börjesson. Ett omfattande arbete har lagts ner på granskningen och vi är mycket tacksamma för synnerligen värdefulla synpunkter som inneburit omfattande bearbetningar och förbättringar. Den aktuella slutprodukten är emellertid endast författarna och redaktören ansvariga för.

Denna skrift och annat underlagsmaterial för uppföljningen av folkhälsopolitiken riktar sig till berörda politiker och handläggare inom Regeringskansliet, myndigheter, landsting och kommuner. Den vetenskapliga bakgrunden hoppas vi också skall kunna användas i folkhälsovetenskaplig grund- och vidareutbildning. Allt material finns gratis tillgängligt kapitelvis på [www@fhi.se](http://www@fhi.se). En kortare version kommer att publiceras på engelska.

# 2.

## JÄMLIKHET I HÄLSA: PERSPEKTIV, BEGREPP OCH MÅTT



## 2.

# JÄMLIKHET I HÄLSA: PERSPEKTIV, BEGREPP OCH MÅTT *Sven Bremberg*

---

## Sammanfattning

Det finns stora variationer i hälsa mellan olika individer och grupper. I den proposition som behandlar nationella folkhälsomål, som regeringen lämnade till riksdagen i december 2002, framhålls som särskilt viktigt att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa. Avsikten med denna skrift är att ge förslag till hur detta mål kan följas upp. Detta kräver som bakgrund en aktuell bild av grundläggande begrepp och perspektiv inom området. Ojämlighet i hälsa har definierats som systematiska och potentiellt påverkbara skillnader i en eller flera av hälsans aspekter mellan olika befolkningar eller befolkningsgrupper, definierade socialt, ekonomiskt, geografiskt eller efter kön.

Det finns många olika sätt att beskriva ojämlikhet i hälsa och dessa har olika fördelar och nackdelar. Särskilt problematiskt är det att enbart beskriva ojämlikhet i hälsa med ett relativt mått, dvs. som en kvot som anger förekomst av sjuklighet i en mindre gynnad grupp jämfört med en gynnad grupp. Skälet är att den faktiska sjukligheten kan påtagligt minska i en missgynnad grupp utan att denna förändring avspeglas i ett relativt mått.

Vi föreslår att utvecklingen av ojämlikhet i hälsa i Sverige följs genom bestämning av s.k. koncentrationsindex. De hälsoutfall som i första hand bör följas är medellivslängd, förekomst av hjärt-kärlsjukdom, psykiatriska sjukdomar, tumörer, skador, rörelseorganens sjukdomar samt självskattad ohälsa. Koncentrationsindex analyseras efter yrke och efter utbildning och med uppdelning efter kön. Det avgörande motivet för val av koncentrationsindex är att det är möjligt att påvisa förändringar över tid med ett enda mått. Nackdelen är att måttet hittills haft ringa användning i Sverige.

Vi föreslår även att de sociala villkorens samlade betydelse för sjukdoms-  
bördan uttryckts i funktionsjusterade förlorade levnadsår (DALY, DALE  
eller QALY) följs.

En viktig fråga är i vad mån sociala skillnader i hälsa vid ett tillfälle i  
livet är resultat av tidigare erfarenheter, eller om skillnaderna i första hand  
bestäms av aktuella levnadsvillkor.

De *relativa* sociala skillnaderna förefaller att vara störst bland unga  
vuxna. Efter 40-årsåldern sjunker de *relativa* sociala skillnaderna i ohälsa  
medan de *absoluta* skillnaderna ökar. Det är angeläget att klargöra vilka  
mekanismer som förmedlar effekter av ogynnsamma villkor under uppväx-  
ten på ohälsa i vuxen ålder. Grundat på den tillgängliga litteraturen pre-  
senteras en modell där utveckling av barns känslomässiga, sociala och intellek-  
tuella kompetenser får en central roll. Både föräldrar, förskola, skola och  
fritidsmiljö påverkar dessa kompetenser. Enligt modellen påverkar dessa  
kompetenser förekomsten av sjukdom senare i livet.

## Innebörden i begreppet ”jämlighet i hälsa”

Det finns stora variationer i hälsa mellan olika individer och grupper. I Hal-  
lands län är medellivslängden för män 2,5 år längre än i Värmlands län (1).  
I Bollebygd är medellivslängden för män 80 år medan den i Arjeplog endast  
är 73 år (medelvärden 1991–2000). Kvinnor med s.k. icke facklära ar-  
betaryrken har mer än två gånger högre dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar jäm-  
fört med kvinnor som är tjänstemän på mellan- och hög nivå (1).

Variationerna väcker frågor om vilka orsakerna är, om dessa är möjliga  
att påverka, och om det finns skäl för samhället att aktivt söka minska  
dem. Bland annat WHO har angivit som mål att hälsoklyftorna mellan  
olika socioekonomiska grupper inom respektive medlemsland skall minska  
(2). I Sverige har Nationella folkhälsokommittén redovisat förslag till  
nationella mål för folkhälsan med syfte att utjämna påverkbara skillnader i  
hälsa. Avsikten med denna skrift är att ge underlag till förslag till hur detta  
mål kan följas upp. Detta kräver som bakgrund en aktuell bild av grundlägg-  
ande begrepp och perspektiv inom området.

I detta kapitel definieras först begreppet ”ojämlighet i hälsa”. De epi-  
demiologiska och ekonomiska begrepp som används i kapitlet förklaras i

två anslutande faktarutor. I begreppet "ojämlikhet" finns en underförstådd värdering av att "ojämlika" förhållanden bör förändras. Konflikter mellan denna uppfattning och några andra viktiga värderingar behandlas därför i ett särskilt avsnitt.

En viktig orsak till ojämlikhet i hälsa är socialt betingade hälsoskillnader. Dessa skillnader hänger samman med den sociala skiktning som finns i ett modernt samhälle. Några viktiga teorier som söker förklara varför en sådan skiktning uppkommer presenteras därför översiktligt.

Kapitlets centrala del är en genomgång av olika metoder för att mäta ojämlikhet i hälsa. I slutet av denna del finns förslag till metoder för att följa ojämlikhet i hälsa i Sverige. Därefter behandlas några olika sätt att förklara varför sociala skillnader i hälsa uppstår. Detta tema utvecklas vidare i ett avsnitt som behandlar utvecklingen av sociala skillnader i hälsa under levnadsloppet. Kapitlet avslutas med en kort kommentar till skillnader i hälsa mellan män och kvinnor.

### *Definition*

Vi tillämpar den definition av jämlikhet i hälsa som International Society for Equity in Health använder: "Jämlikhet i hälsa är avsaknad av systematiska och potentiellt påverkbara skillnader i en eller flera av hälsans aspekter som finns mellan olika befolkningar eller befolkningsgrupper, definierade socialt, ekonomiskt, geografiskt eller efter kön" (3). Etnicitet ingår inte i denna definition. Ett skäl kan vara att begreppet är problematiskt (4, 5). Etniska minoritetsgrupper kan ha sämre hälsa än majoriteten. Ofta kan dock den sämre hälsan förklaras av att gruppen har en lägre social position (6). Därför är det tveksamt om etnicitet skall inkluderas. Vi har dock valt att behandla etnicitet i ett eget kapitel eftersom denna aspekt ofta förekommer i den svenska debatten.

Definitionen av jämlikhet kräver att avsaknaden av skillnaderna är systematiska. Det innebär att skillnaderna har påvisats i upprepade undersökningar som genomförts i olika jämförbara grupper av människor. Jämlikhet i hälsa kan gälla olika aspekter av hälsa: förekomst av dödlighet, sjukdomar, upplevd hälsa och skador, förekomst av bestämningsfaktorer (exempelvis fysisk aktivitet) och konsekvenser av sjukdom (exempelvis funktionsnedsättning och sjukpensionering).

Definitionen utgår från begreppet "jämlikhet" som en översättning av engelskans "equity". "Equity" kan även översättas som "rättvisa". Begrep-



pet har en uppenbar moralisk innebörd. Om ett förhållande är ”orättvist” finns en uppmaning till handling. Inom litteratur på området används även moraliskt mer neutrala begrepp som ”skillnad” och ”variation”. I denna skrift används dessa begrepp omväxlande.

Definitionen använder de två positivt laddade begreppen ”jämlighet” och ”hälsa”. Dessa positiva begrepp är dock ofta svåra att mäta. Mätningar utgår därför vanligen från negationer av dessa två begrepp, det vill säga från ”ojämlighet” och ”ohälsa”. I texten används omväxlande de positiva begreppen och deras negationer. Det finns ytterligare några skäl till att fokusera framställningen på att undvika ohälsa, i stället för att framhålla främjande av hälsa. Ett skäl är att den vetenskapliga litteraturen inom området helt domineras av analyser av sjukdomar och skador. Ett annat skäl utgår från uppfattningar om vilka uppgifter stat och kommun skall ha i ett modernt välfärdssamhälle. En vanlig uppfattning är att det är legitimt för stat och kommun att *ge förutsättningar* för individen att genomföra de val individen själv beslutar om (7). De flesta individer delar uppfattningen att sjukdom och skada är något som det är önskvärt att undvika, därför att det ger individen sämre möjlighet att genomföra egna mål. Uppfattningarna om vad ”hälsa” är varierar dock. Detta bidrar till svårigheterna med att låta analysen ta sin utgångspunkt i ”hälsa”.

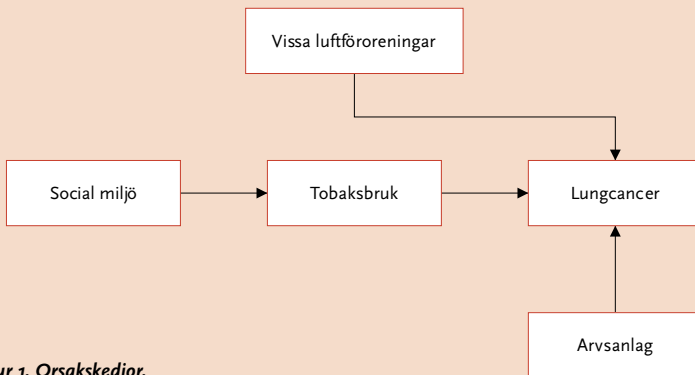
#### *Några epidemiologiska begrepp*

Framställningen i detta kapitel utgår i första hand från epidemiologiska metoder för att beskriva samband. Grundmodellen är enkel: en exponering påverkar förekomsten av ett utfall. Exponeringen kan exempelvis vara cigarettök och utfallet lungcancer. De epidemiologiska undersökningarna söker fastställa styrkan av sådana samband och tolkningen av dessa. Begreppet ”exponering” är liktydigt med ”bestämningsfaktorer”. Här innefattas både faktorer som skyddar mot sjukdom (friskfaktorer) och faktorer som ökar risken för sjukdom (riskfaktorer). ”Utfall” är en beteckning för förekomst av sjukdom eller andra fenomen man vill påverka.

Den underliggande föreställningen är att sjukdomar uppträder som följd av olika kedjor av orsaker eller samtidigt påverkas av flera

bestämningsfaktorer (8). I figur 1 återges exempel på samband mellan tobaksbruk och lungcancer. Längst till vänster finns ytterligare en länk i kedjan inlagd: social miljö. Ytterligare länkar kan adderas till vänster, exempelvis samhällsstruktur. Det går också att addera steg till höger, exempelvis de biologiska mekanismer som förklarar hur tobaksrök kan orsaka lungcancer. Ett flertal epidemiologiska undersökningar beskriver samband mellan två steg i den tänkta orsakskedjan.

Det finns självfallet även andra ”exponeringar” som kan påverka bruk av tobak. Ett exempel kan vara pris på cigaretter. Modellen avvisar inte sådana samband men inriktas i stället på att renodla enskilda samband, exempelvis sambandet mellan social miljö och tobaksbruk. På svenska finns flera lättillgängliga beskrivningar av de grundläggande epidemiologiska begreppen, till exempel läroböcker skrivna av Ahlbom och Norell (9) och av Beaglehole, Bonita och Kjellström (10).



Figur 1. Orsakskedjor.

#### *Ekonomiska metoder för att beskriva ojämlikhet i hälsa*

Det finns en omfattande ekonomisk litteratur kring metoder som används för att beskriva ojämlikhet i fördelning av inkomster. Dessa metoder går också att använda för att beskriva ojämlikhet i hälsa. De ekonomiska metoderna skiljer sig från de epidemiologiska. Epidemio-

logiska metoder utgår från uppdelning i ett fåtal grupper, ofta endast "exponerade" och "ej exponerade" samt "friska" och "sjuka". De kan också behandla fenomen som är kontinuerligt fördelade, exempelvis blodtryck. Analyserna förutsätter dock vanligen en indelning i kategorier. Ekonomiska metoder, däremot, utgår från kontinuerliga fördelningar, både av exponeringar och av utfall (sjuklighet). I en kontinuerlig fördelning särskiljs inga speciella grupper. Detta ökar precisionen vid beräkningarna. Beskrivningar av dessa metoder finns främst i den vetenskapliga litteraturen (11, 12).

En styrka med de ekonomiska metoderna är att de möjliggör samlade och mer precisa matematiska beskrivningar av ojämlikhet. En nackdel är att innebörden i de matematiska uttrycken ofta kräver mer förklaring än de som krävs för att förstå de epidemiologiska beräkningarna.

Samma fenomen beskrivs med olika ord inom epidemiologisk och ekonomisk litteratur. Detta kan ibland förvirra. I denna text används i första hand de beteckningar som används inom epidemiologi.

### *Konflikter mellan minskad ojämlikhet i hälsa och andra värden*

Det finns ställningstaganden både nationellt (13), för Europa som helhet (14) och universiellt (WHO, 1948) där man slår fast att hälsoskillnader skall minskas. Ståndpunkten går att härleda från principen att alla människor har lika värde och uppfattningen att det finns universiella mänskliga rättigheter, inklusive rätt till hälsa. Det finns dock flera andra värden, som är allmänt omfattande, och som kan tänkas komma i konflikt med önskan att minska ojämlikhet i hälsa. Det är därför motiverat att undersöka några tänkbara konflikter mellan uppfattningen att hälsoskillnader skall utjämnas och andra värderingar (15).

Det är möjligt att en stor del av alla hälsoskillnader skulle kunna undanröjas om alla människor fick tillgång till samma ekonomiska resurser. Detta skulle kräva överföring av resurser från människor med stora tillgångar till dem som har små. En sådan åtgärd leder uppenbart till konflikter med en annan allmänt erkänd rättighet, den enskildes rätt till all sin egendom.

Den amerikanske moralfilosofen Rawls har analyserat konflikten mellan principen om alla människors lika värde och rätten till egendom (16). Han utgår från en tänkt situation: en person föds in i ett samhälle där hon eller han inte vet till vilken grupp hon kommer att höra. En person kan råka födas in i en familj som lever under så usla villkor att hon som vuxen inte har möjlighet att konkurrera med andra människor på lika villkor. En annan person kan istället födas in i en familj med goda tillgångar. Den personen kommer sedan som vuxen att få stora möjligheter att leva ett gott liv med god hälsa. De flesta människor uppfattar att ett sådant samhälle är orättvist. Att människor delvis har en sådan uppfattning har påvisats i en svensk undersökning (17). Att undanröja skillnader tidigt i livet skulle därför vara legitimt, även om detta skulle leda till att den enskildes rätt till egendom inte fullt ut respekterades.

Skillnader, vuxna människor emellan, accepteras dock av fler. Skälet är att skillnaderna delvis kan uppfattas vara konsekvenser av val individen själv gjort. Om man tillämpar Rawls tankemodell på hälsoområdet skulle ohälsa, i den mån den är konsekvens av individens egna fria val vara rättvis, och skulle därför inte kunna motivera inskränkningar i rätten till egendom. Däremot är det genomgående motiverat att undanröja hälsoskillnader, som individen inte själv kan ställas till ansvar för, och som påverkar hälsan under återstående delar av livet.

Värderingen av det motiverade i att undanröja hälsorisker blir således beroende av vilket ansvar man kan tillskriva den enskilda individen. Bruk av tobak får tjäna som exempel. En ståndpunkt kan vara att bruk av tobak är en följd av individens fria val, ett val individen gör trots information om riskerna. Om det är så, blir hälsoskillnader knutna till tobak mindre angelägna att påverka. En annan ståndpunkt kan vara att bruk av tobak till stor del är en följd av individens uppväxtmiljö. En sådan uppfattning kan motiveras av att de flesta vuxna rökare påbörjat sitt bruk i skolåldern. Med detta synsätt kan de sociala skillnaderna i tobaksbruk inte i första hand tillskrivas individens fria val utan bör i stället uppfattas vara en följd av tobaksbruk hos föräldrar och syskon – något som individen knappast kan ställas till ansvar för. Dessutom påverkar tobaksreklam oss att köpa produkterna. En holländsk forskargrupp anser att miljöförhållanden, som individen själv inte rör över, är den dominerande förklaringen till sämre hälsa i socialt ut-

satta grupper (18). På liknande sätt kan en stor del av förklaringen till alkoholism, drogmisshand, dåliga kostvanor m.m., knytas till sociala förhållanden. Detta talar för att Rawls perspektiv utmynnar i bedömningen att en stor del av all ojämlikhet i hälsa är motiverad att söka påverka, även om åtgärderna skulle komma i konflikt med rätten till privat egendom.

Principen om alla människors lika värde, och därmed rätten till god hälsa, kan också komma i konflikt med en annan viktig princip – tanken att samhället skall söka maximera människors samlade ”nytta”. Insatser för människor med många allvarliga hälsoproblem kan kräva avsevärda resurser. Det är tänkbart att samma resurser skulle ge större samlad ”nytta” för människor som är mindre belastade. En sådan konflikt finns både inom folkhälsoområdet och för sjukvården. Den svenska utredning som behandlat prioriteringar inom hälso- och sjukvården tar upp frågan (19). Där tar man ställning för att principen om människors behov, grundat i människovärdesprincipen, skall vara överordnad principen om maximerad nytta.

Walzer är en moralfilosof som närmat sig etiska konflikter på ett annat sätt än Rawls (20). Han pekar på att människor konkurrerar på ett stort antal olika livsområden: yrke, utbildning, inkomst, konstnärliga uttryck, sport, relationer till det motsatta könet osv. Det angelägna från ett jämlikhetsperspektiv är inte i första hand att utjämna skillnaderna inom varje enskilt område utan att undanröja starka kopplingar mellan områdena. Det är således inte önskvärt att positionen inom ett enda område, exempelvis inkomst, bestämmer positionen inom ett stort antal andra fält, exempelvis utbildning, konstnärlig framgång, relation till det motsatta könet etc. Att aktivt söka minska skillnader inom hälsoområdet skulle från detta synsätt vara motiverat främst om position inom hälsoområde bestämmer position inom ett flertal andra områden. Så är uppenbart fallet eftersom tillgång till god hälsa påverkar möjligheten inom alla de uppräknade områdena. Walzers perspektiv utmynnar således i argument som talar för det berättigade i att utjämna hälsoskillnader.

Den refererade litteraturen tyder således på att det är möjligt att klargöra några konflikter mellan det önskvärda att utjämna ojämlikhet i hälsa och andra betydande värden. Andra analyser, exempelvis av Amartya Sen, visar på att jämlikhet i hälsa snarast främjar andra centrala värden (21).

### *Sociologiska teorier om social skiktning*

Det finns några viktiga traditioner som söker förklara varför samhället skiktat människor till olika sociala positioner. Vi kan här endast skissartat beskriva dessa och hänvisar den intresserade läsaren till den sociologiska litteraturen. En tradition utgår från Karl Marx som stratifierar samhället i sociala klasser mot bakgrund av ägande till produktionsmedel. En annan tradition utgår från Max Weber som indelar samhället i sociala klasser mot bakgrund av såväl ägande till produktionsmedel som status och individernas tillgång till resurser och färdigheter.

Karl Marx (1818–1883) ansåg att den materiella produktionen är basen för all samhällelig utveckling. Samhällen utvecklas genom att produktions-sätten förändras. Produktionssätten inkluderar tekniska produktivkrafter och sociala produktionsförhållanden. Produktionssätten påverkar i sin tur samhällets överbyggnad av politisk-juridiska och ideologiska förhållanden (22). Kapitalism är ett ekonomiskt system för varuproduktion med två sociala klasser där ägare av produktionsmedel exploaterar arbetare som inte äger produktionsmedel. Arbete sönderfaller i två delar; nödvändigt arbete och merarbete. Med nödvändigt arbete avses det arbete som behövs för att nödortfigt försörja arbetarna och deras familjer. Merarbete, ofta kallat mervärde, är ett socialt överskott i produktionen. Exploatering föreligger enligt Marx när kapitalägare tillägnar sig arbetarnas merarbete i produktionsprocessen (23).

Även Max Weber (1864–1920) intresserade sig för det västerländska kapitalistiska systemets uppkomst (24). Enligt honom är det inte driften att skaffa mer pengar som skiljer kapitalismen från andra ekonomiska system, utan att förmeringen av ekonomiska resurser sker under rationella former där bl.a. kalkylerbarhet, definierade civilrättsliga regler och systematisk användning av vetenskap och teknik för produktiva ändamål är de viktigaste elementen. Max Webers analys har den handlande individen som utgångspunkt. I samhället skiktas människor i olika sociala klasser efter ägande till produktionsmedel, men också efter yrke och andra kvalifikationer som individen kan "sälja på marknaden". Weber definierar en klass som alla människor vilka befinner sig i samma klassituation med avseende på materiella villkor, yttre social ställning, prestationsförmåga m.m. Utöver begreppet klass använder Weber dels begreppet statusgrupp, varmed menas individens livsstil vilken ofta hänger samman med indivi-

dens formella utbildning och härkomst eller yrke, dels begreppet parti varmed han menar att människor också kan gå samman och påverka samhället genom partipolitiken.

Weber ansåg att människors relation till produktionsmedlen är viktiga i ett klassperspektiv. Inte för att produktionsförhållandena är exploaterande i det kapitalistiska samhället, utan för att produktionsförhållandena påverkar individernas "livschanser" (25) genom fördelningen av ekonomiska möjligheter, kunskap, förmögenhet och färdigheter som är strategiskt viktiga i konkurrensen på marknaden. Livschanserna är enligt Weber påverkbara inte bara genom ekonomiska maktförhållanden utan också genom sociala och politiska maktförhållanden.

#### *Vidareutveckling av klassanalysen*

Under efterkrigstiden har klassanalysen fortsatt att utvecklas. De främsta företrädarna för de nymarxistiska respektive nyweberianska traditionerna under de senaste decennierna är sociologerna Erik Olin Wright respektive Robert Erikson och John Goldthorpe.

Den klassiska marxistiska traditionen är otillräcklig när det gäller att förklara framväxten av sociala skikt mellan kapitalister och arbetare såsom löntagare med icke manuella arbeten inom handel, service och offentlig verksamhet (26). Erik Olin Wright redovisade under 1970-talet förslag till en mer komplex klassteori med betoning på begreppet "motsägelsefulla klasspositioner" (27). Efter en revision av teorin (28) fokuseras på tre former av exploatering: 1) exploatering baserad på kapital, 2) exploatering baserad på organisatorisk kontroll och 3) exploatering baserad på produktiv förmåga och färdighet. Personer inom mellanskikten har vanligtvis tillgång till produktiva förmågor och färdigheter. De utövar även organisatorisk kontroll i den mån de har ledande befattningar. Däremot har de i mindre utsträckning kapital som används i exploaterande syften. Förenklat kan personer i mellanskikten både betraktas som exploatörer och exploaterade.

Eriksons och Goldthorpes nyweberianska analyser är inriktade på klasstrukturen och den sociala mobiliteten. Med social mobilitet avses individers rörelser mellan olika klasspositioner eller skikt av yrkesstrukturen med avseende på inkomst- och kvalifikationsnivå etc. För att kunna studera social mobilitet behövs ett schema över klasspositioner på arbets-

marknaden och i samhället i stort. Erikson och Goldthorpe definierar klassposition utifrån den anställningsrelation som positionen vilar på (29). Tre grundläggande relationer på arbetsmarknaden anges. Arbetsgivare köper andras arbetskraft och får därmed auktoritet och kontroll över de anställda. Egenföretagare utan anställda varken köper andras arbetskraft eller säljer sin egen. Anställda säljer sin arbetskraft för att få existensmedel och ställer sig därmed under arbetsgivarens auktoritet och kontroll. Anställdas relation till arbetsgivaren kan i sin tur variera alltifrån att arbetstid, arbetsuppgifter och ersättning specificeras enbart i ett arbetskontrakt, till att den anställde har en mer komplex servicerektion till arbetsgivaren som inkluderar en delegerad auktoritet eller specialistfunktioner inom företaget. Mot bakgrund av detta definierar Erikson och Goldthorpe elva klasspositioner fördelade på en serviceklass, mellanliggande klasser och en arbetarklass.

Erikson och Goldthorpes klassindelning, ofta kallad EGP, är relativt lik den i svensk statistik ofta använda socioekonomiska indelningen vars kategoriseringar grundas på fackföreningstillhörighet och utbildningsnivå (30). Principen är att yrken som normalt tillhör LO:s avtalsområde kategoriseras som arbetare, medan yrken inom TCO- och SACO-områdena redovisas som tjänstemän. Inom varje grupp görs därefter en indelning mot bakgrund av hur lång utbildningstid som krävs för de olika yrkena. Synpunkter på indelningen efter yrkesgrupp redovisas i nästa avsnitt.

## Att mäta ojämlikhet i hälsa

Det finns många skäl till att mäta ojämlikhet i hälsa. Ett skäl är att beskriva fördelning av ohälsa som fenomen, utan någon knytning till åtgärder. Ett annat skäl kan vara att beskriva fördelningen med avsikt att förstå dess orsaker. Ett tredje skäl kan vara att mäta utveckling av jämlikheten i hälsa över tid för att klargöra om jämlikhet i hälsa, sett som politiskt mål, är på väg att uppnås eller inte. Denna beskrivning utgår från det sista syftet.

Att mäta ojämlikhet i hälsa kräver fem typer av uppgifter (31, 32), 1) hur indelningen av befolkningen i grupper skall ske, 2) uppgifter om hälsotillstånd i dessa grupper, 3) val av referensgrupp som skall tjäna som norm vid jämförelser, 4) värdering av vilka vikter som skall tillskrivas olika



grupper om jämförelsen omfattar mer än två grupper samt 5) ställningstagande till hur jämförelserna tekniskt skall genomföras.

### *Indelning av befolkningen i grupper*

Indelningen av exempelvis sociala positioner brukar främst göras efter mått på social position, kön, ålder, etnicitet och efter geografiskt område för bostaden. Dessa mått är delvis beroende av varandra. Vidare kan hälsoeffekterna av tillhörighet till en typ av kategori påverkas av tillhörigheten till en annan typ av kategori. Exempelvis kan hälsoeffekterna av låg social position, i kombination med bostad i ett socialt utsatt område, vara större än effekten av dessa aspekter behandlade var och en för sig.

Den indelning i kategorier som beskrivs i det följande tar inte hänsyn till dessa kombinationseffekter. Skälet är att denna framställning enbart syftar till att klargöra hur ojämlikhet i hälsa kan beskrivas. I studier av orsaksförhållanden, där dessa kategorier används, är det däremot nödvändigt att ta hänsyn till att kategorierna kan överlappa och att tillhörighet till olika kategorier kan påverka varandra.

### *Socioekonomisk position*

Som beskrivits i avsnittet om sociologiska teorier är moderna samhällen socialt skiktade där människor är fördelade i olika sociala positioner (33). Fem metoder är de vanligaste för att beskriva en individs sociala position: 1) Yrket får ange den sociala positionen. 2) Den tid en individ deltagit i utbildning används. 3) Indelningen sker efter inkomst. 4) Indelningen efter tillgång till materiella resurser, exempelvis bostad av en viss storlek och standard, bil, fritidshus etc., en metod som används särskilt i Storbritannien. 5) Indelning utgår från den sociala karaktären på det område en individ är bosatt i. Bostadsområdet kan socialt beskrivas med någon av metoderna 1–4, exempelvis som andel av befolkningen med arbetaryrken.

Det finns olika föreställningar om hur olika sociala grupper relaterar till varandra. En tanke är att det finns en dominerande social hierarki som tydligt beskriver människors levnadsvillkor och att de olika måtten avspeglar denna hierarki (31). Man föreställer sig således att positionen inom olika levnadssfärer är kopplade till varandra; en individ som har god ekonomi har också lång utbildning och en god yrkesposition. Det finns en mängd undersökningar som visar att detta är fallet. Kopplingen mellan

olika sfärer är dock inte fullständig. Det innebär att man får olika fördelningar om man söker rangordna individer efter yrke, jämfört med om man använder utbildning eller inkomst som grund för en tänkt rangordning.

Det finns flera sätt att hantera detta förhållande. En väg är att betrakta olika sociala grupper som kvalitativt skilda från varandra där det inte är möjligt att inordna dem i ett enda hierarkiskt schema och där varje dimension, yrke, utbildning och inkomst, betraktas oberoende av de andra. Fördelen med detta förhållningssätt är att man inte förenklar en sammansatt situation. Perspektivet utesluter inte heller att man jämför olika grupper med varandra parvis, exempelvis okvalificerade arbetare med högre tjänstemän. Nackdelen med perspektivet är dock att det inte medger en samlad presentation av ojämlikhet i hälsa efter socioekonomisk position.

En andra väg är att beskriva hälsans fördelning efter var och en av de viktigaste sociala dimensionerna, yrke, utbildning, inkomst etc., med dimensionerna uppfattade som hierarkiska. Beskrivningen blir enklare än om man använt det första kvalitativa perspektivet. Det är dock fortfarande relativt komplext.

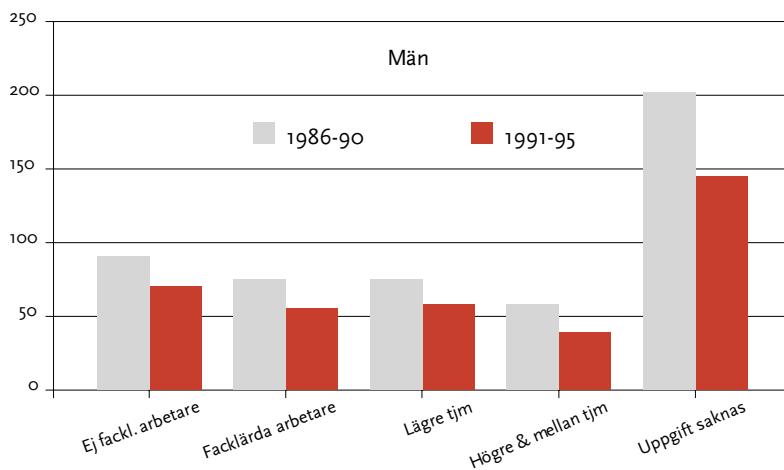
En tredje väg är att beskriva fördelning av individer i grupper efter en enda dominerade hierarki, trots den förenkling som detta innebär. Valet av indelning kan styras av teoretiska överväganden. En annan metod är rent empirisk. Den indelning som visar på de största variationerna i hälsa olika grupper emellan, uppfattas vara överordnad. I många sammanhang är det utbildningsnivå som ger de största variationerna. Teoretiskt anknyter en sådan indelning främst till samhällsteorier som antar att det inte finns någon principiell motsättning emellan olika grupper i samhället, teorier som företräds exempelvis av Weber.

#### *Indelning efter yrkesgrupp*

Den vanligaste indelningen efter social position som används i Sverige är att särskilja fem olika yrkesgrupper – okvalificerade arbetare, kvalificerade arbetare, lägre tjänstemän, tjänstemän på mellannivå samt högre tjänstemän (29). Gruppen av högre tjänstemän inkluderar även egenföretagare med akademisk utbildning som exempelvis advokater och tandläkare. Andra egenföretagare, studenter samt lantbrukare behandlas som särskilda grupper, utanför den primära klassifikationen. Denna s.k. EGP-klassificer-

ing av sociala grupper har byggts upp genom att olika yrken aggregeras. Erikson och Goldthorpe, som utvecklat denna indelning, anser inte att indelningen skall uppfattas som en hierarki (29). De fem gruppernas ställning på arbetsmarknaden (34), liksom förekomsten av ohälsa i grupperna (35), förefaller dock graderad från den minst gynnade gruppen (okvalificerade arbetare) till den mest gynnade (högre tjänstemän). Detta talar för att uppfattningen om en hierarki inte helt kan avvisas.

I figur 2 återges ett exempel. Där beskrivs dödlighet i kranskärslssjukdom i olika yrkesgrupper. Vi har i allmänhet föreställningar om levnadsvillkoren för de olika yrkesgrupperna. Indelningen är lätt att förstå och går att koppla till sociologiska teorier.



Figur 2. Döda per 100 000 i kranskärslssjukdom, i olika socioekonomiska grupper i Sverige, åren 1986–1990 och 1991–1995, män 20–64 år. Åldersstandardiserade tal. Källa: Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001.

Indelningen har dock flera nackdelar. Ett betydande problem är att uppgifter om yrke inte längre samlas in i tillräcklig omfattning. Om uppgifter inte rutinemässigt finns tillgängliga är indelningen självfallet svår att använda. Ett andra problem är att indelningen görs i fasta kategorier. Om avgränsningen av dessa kategorier inte är entydig kan olika studier redovisa olika sociala skillnader, enbart därför att kategorierna är formade på olika sätt. De kategorier som används är ofta så breda att det finns risk för felklassificering.

Ett tredje problem är att indelningen förutsätter direkt anknytning till arbetsmarknaden. Klassificering av de grupper som inte yrkesarbetar blir därför inte självklar. Sådana grupper är studerande, pensionärer, och arbetslösa. Det går att komma överens om hur dessa grupper skall behandlas men indelningen blir inte självklar. Vid varje indelning kommer det också att kvarstå grupper som inte går att klassificera, bl.a. därför att uppgifter saknas. Det framgår av figur 2 att det är denna grupp som har den högsta dödligheten. En ytterligare grupp, vars klassificering är problematisk, är deltidsarbetande kvinnor i hushåll med barn. I sådana hushåll är det vanligt att mannen har ett yrke högre upp i den sociala hierarkin. Kvinnans levnadsvillkor präglas troligen delvis av detta förhållande. Därigenom underskattar yrkesklassificeringen kvinnans faktiska levnadsvillkor.

Vissa yrkesgrupper är socialt påtagligt heterogena. Det gäller exempelvis för egenföretagare inklusive lantbrukare. Det är stor skillnad mellan att äga ett företag med några få anställda och att äga ett företag med 1 000-tals anställda. Vissa indelningar tar hänsyn till detta genom att särskilja egenföretagare efter företagets storlek. Problemen uppkommer där jämförelser skall göras med kategorierna av anställda. Om en företagare bara har en anställd, skall hon eller han då jämföras med en icke yrkesutbildad arbetare, med en yrkesutbildad arbetare eller med någon kategori av tjänstemän? Svaren är inte givna.

Ett fjärde problem är att fördelningen mellan olika yrkeskategorier kan ändras över tiden. Exempelvis har andelen icke yrkesutbildade arbetare minskat under de senaste decennierna. Det innebär att skillnaderna mellan icke yrkesutbildade arbetare och tjänstemän skulle kunna öka enbart på grund av denna förändring. Skälet är att om gruppen icke yrkesutbildade arbetare minskar, kommer de som kvarstår att utgöra en tydligare extremgrupp. En beskrivning av utvecklingen av sociala skillnader i hälsa över tid kan därför bli missvisande. Ett femte problem är de svårigheter som uppkommer vid internationella jämförelser.

Trots dessa problem har indelning efter yrke varit den vanligaste metoden i Sverige för att beskriva fördelning av ohälsa i olika sociala grupper. Metoden har betytt mycket för att påvisa ojämlikhet i hälsa. Den har dock i första hand använts för att beskriva fördelningen vid en enda tidpunkt. Avsikten med denna skrift är att ge förslag på uppföljning. Detta kräver regelbundna mätningar under en längre tidsperiod. En brittisk sam-

manställning av utvecklingen av skillnader i dödlighet efter yrkeskategori åren 1972–1999 har nyligen publicerats (36). Undersökningen gäller en period då de ekonomiska skillnaderna mellan olika grupper har ökat påtagligt och skillnaderna i hälsa därför skulle förväntas öka. Studien visar också på en viss ökning av hälsoskillnader för män men påvisar inga säkra förändringar för kvinnor. Det kan således finnas problem med att fånga förändringar över tiden av socialt relaterade hälsoskillnader med tillgänglig yrkesklassificering, åtminstone bland kvinnor.

#### *Utbildning*

Det vanligaste är att dela in människor efter den tid de deltagit i utbildning, exempelvis 9 år eller mindre (enbart grundskola eller mindre), 11–12 år (+ gymnasium), 13–14 år (plus kort högskoleutbildning), 14–15 år (plus medellång högskoleutbildning) samt mer än 15 år (plus lång högskoleutbildning). En fördel med detta mått på social position är att det ofta fångar en betydande del av variationen mellan olika grupper (37). En annan fördel är att kategorierna går att beskriva och rangordna på ett mer entydigt sätt än för yrke. Även här finns dock problem. Olika former av postgymnasial utbildning har sannolikt varierande betydelse för individens levnadsvillkor. Exempelvis är det troligt att ett års studier på folkhögskola efter gymnasiet har annan innebörd än ett år på högskola på en linje med höga inträdeskrav. Vidare har den genomsnittliga utbildningsnivån höjts under de senaste 50 åren och tidpunkten då en individ tillägnar sig utbildning förskjutits uppåt i åldrarna. Det innebär att jämförelser mellan olika åldersgrupper kan bli missvisande. Den genomsnittliga utbildningsnivån varierar också mellan olika länder. Detta begränsar möjligheten till internationella jämförelser.

#### *Inkomst*

En fördel med detta mått är att det är kontinuerligt vilket gör att det går att använda flera metoder för jämförelser. Det går också att skapa kategorier av inkomster. Exempelvis kan individernas inkomster delas in i deciler, där den högsta decilen anger den tiondel som har högst inkomst, den näst högsta decilen tiondelen med näst högst inkomst etc.

Även detta mått har dock begränsningar. En är att måttet fångar socialt relaterad variation i ohälsa i mindre utsträckning än exempelvis utbildning. Detta kan hänga samman med de transfereringssystem som finns i Sverige

och som syftar till att utjämna sociala skillnader i inkomst. Ett andra problem är att samband mellan inkomst och ohälsa kan ha olika innebörd. Det är möjligt att hög inkomst, eller förhållanden som är förbundna med hög inkomst, leder till god hälsa. Det omvända är dock också möjligt, det vill säga att en god hälsa gör det möjligt för en individ att få goda inkomster. Tolkningen av ett samband blir därför osäker. Detta gäller i viss mån även för yrke och utbildning som mått på socioekonomisk position, men problemet är mindre framträdande för dessa mått.

Ett tredje problem med inkomst som mått är att definitionerna kan variera. Det är vanligt att beräkningar bygger på disponibel inkomst i relation till försörjningsbörda. Beräkningarna av försörjningsbörda är dock inte entydiga. Ett fjärde problem är att alla inkomster inte rapporteras till skattemyndigheterna, vilken vanligen är den källa som används vid beräkningar av disponibel inkomst. Ett femte problem är att reglerna för skatteavdrag kan leda till att mycket välsituerade ibland kan förekomma bland låginkomsttagarna.

Betydelsen av inkomst och kapital behandlas särskilt i kapitel 4.

#### *Materiella tillgångar*

I Storbritannien har man sedan länge beskrivit sociala levnadsförhållanden efter tillgång till materiella tillgångar som bil, bostad av en viss standard etc. Ett sådant mått är Townsends index som innefattar förekomst av trångboddhet, ägande av bil samt ägande av bostad (38). I Townsends index ingår även förekomst av arbetslöshet. Detta index har använts för att beskriva den sociala karaktären på det område en individ är bosatt i. Mått av denna typ har endast haft begränsad användning i Sverige. Ett skäl kan vara att de främst används då det saknas individuella uppgifter om inkomst, yrke och utbildning. Sådana uppgifter är relativt lättillgängliga i Sverige. Därför har det funnits mindre anledning att använda materiella tillgångar som mått.

En fördel med detta mått är att det går att göra entydigt. En annan fördel är att det bättre avspeglar individens tillgång till resurser än mått som inkomst och tillgång till kapital eftersom man kan disponera resurser utan att själv äga dem. En person kan exempelvis disponera föräldrarnas bil och fritidshus utan att själv äga dessa resurser. Vidare kan en släkt, över generationerna, förvärva fast egendom som flera kan använda sig av utan

att äga den. Denna typ av resurser, som disponeras inom en familj, har särskilt framträdande betydelse i Sydeuropa.

Begränsningen med måttet är att det endast fångar en del av människors samlade levnadsvillkor. Urvalet av resurser som ingår i bedömningen kan alltid ifrågasättas. Vidare förändras innebörden av enskilda tillgångar över tid. Exempelvis hade innehav av mobiltelefon i slutet av 1980-talet en annan innebörd än samma innehav år 2002. Materiella villkor kan också ha olika betydelse beroende av sammanhang. Exempelvis har innehav av en bostad om 150 kvm i Stockholms innerstad en annan betydelse än en lika stor bostad i Norrlands inland. Innebörden av olika tillgångar varierar också länder emellan vilket försvårar internationella jämförelser.

#### *Indelning av individer efter den sociala karaktären på bostadsområdet*

En person kan socialt kategoriseras efter det område hon eller han är bosatt i. Ett bostadsområde kan socialt beskrivas med hjälp av uppgifter om innevanarna. Denna beskrivning går att göra med hjälp av de karaktäristiska som redan har behandlats, det vill säga efter yrke, utbildning, inkomst etc. Områdets sociala karaktär beskrivs då t.ex. som andel av den yrkesverksamma befolkningen som utgörs av icke facklärd arbetare, andel med högst 9 års skolutbildning etc.

En fördel med detta mått är att det är kontinuerligt vilket medger flera möjligheter att göra jämförelser. Som vanligt finns dock begränsningar. Problemen med att skapa kategorier av yrken, utbildning etc., gäller även för denna metod. Dock är problemen mindre än då bestämningarna gäller för enskilda individer. Skälet är att uppgifter från många individer ingår i bedömningen. Slumpvariationen blir då mindre.

Ett särskilt problem utgörs av risken att uppgifterna skall feltolkas. Detta hänger samman med att måttet på sociala villkor gäller geografiska områden medan hälsoutfallen gäller enskilda individer. Exempelvis skulle man kunna påvisa att dödligheten är högre i områden där många innevanare endast har grundskoleutbildning. Detta skulle då kunna uppfattas som att man påvisat samband mellan enskilda individers utbildningsnivå och deras dödlighet. Så är det dock inte. Det som har påvisats är samband mellan olika områdets karaktär och dödligheten inom dessa områden. De enskilda individer som dör i förtid kan mycket väl ha lång utbildning.

Denna metod för att dela in individer används särskilt vid beräkning av relativt ojämlikhetsindex, se nedan.

*Kön*

En stor mängd uppgifter om hälsa är tillgängliga separat för män och kvinnor. Det finns inga väsentliga problem med att göra denna uppdelning.

*Ålder*

En stor mängd uppgifter om hälsa är tillgängliga för olika åldrar. Ett flertal mått på ohälsa når sitt minimum omkring 10 års ålder för att därefter öka. Uppenbart finns en betydande opåverkbar biologisk komponent i fördelningen av ohälsa över olika åldrar. Storleken på denna biologiska komponent är ofta inte känd. Det gör att det är svårt att föra en allmän diskussion om ojämlikhet med den definition av ojämlikhet som används här. Man brukar i stället presentera uppgifter standardiserade för ålder. Det innebär att man tar hänsyn till eventuella skillnader i åldersfördelningar, två grupper emellan, så att åldern inte skall påverka resultatet.

*Etnicitet*

Det går att särskilja olika etniska grupper i befolkningen. Den dominerande gruppen är personer som har svenska som modersmål. De flesta övriga grupper har invandrat till Sverige under de senaste decennierna. Vanligen assimileras olika minoritetsgrupper gradvis i majoritetsgruppen. Detta innebär att en individ i gruppen invandrare dels karaktäriseras av sitt ursprungsland, dels av hur lång tid hon eller han har vistats i Sverige. Gruppen är således mycket heterogen. Det förekommer att man för samman alla dessa personer till en enda grupp av "invandrare", exempelvis de som fötts i Tyskland och kommit till Sverige för 25 år sedan, med dem som fötts i Somalia och kommit till Sverige som flyktingar för ett år sedan. En sådan kategorisering är knappast meningsfull. I stället är det lämpligt att särskilja individer efter deras ursprungsland och efter den tid de vistats i Sverige förutom övriga sociala variabler. Emellertid blir de enskilda grupperna då mycket små, vilket gör det svårt att få fram uppgifter med god säkerhet. Därför är det nödvändigt att göra någon form av gruppering.

En möjlighet är att föra samman grupper efter deras ursprungliga världsdel eller region inom världsdel, exempelvis Nordvästeuropa, Sydeuropa och Östeuropa. Ett alternativ är att gruppera ursprungsländerna efter deras inkomstnivå i låg-, mellan- och höginkomstländer. Att sedan göra indelningen i flera grupper efter vistelsetid i Sverige är inte realistiskt



eftersom grupperna då skulle bli alltför små. I stället kan man använda en enda gräns för att särskilja gruppen "invandrare", förslagsvis de som vistats i Sverige mindre än 20 år. Se vidare kapitel 6.

#### *Geografiskt eller administrativt definierade områden*

Det är vanligt att man jämför hälsoläget mellan olika geografiskt eller administrativt definierade områden, exempelvis länder, regioner, län, kommuner eller kommundelar. I svensk statistik används ofta en indelning i s.k. H-regioner. H1 är Stockholm, H2 Göteborg och Malmö, H3 övriga större städer, H4 Södra mellanbygden, H5 Norra tätbygden och H6 Norra glesbygden. Som framgår av beteckningarna bygger denna indelning både på tätortsgrad och geografisk belägenhet. Om avsikten enbart är att beskriva skillnaderna, och inte förklara dem, är alla dessa indelningar relativt oproblematiske att använda.

#### *Uppgifter om hälsotillstånd*

En beskrivning av ojämlikhet i hälsa kräver mått på ohälsa eller hälsa. Några exempel är medellivslängd, dödlighet, dödlighet i specifika sjukdomar, förekomst av specifika sjukdomar, självrapporterad hälsa samt förekomst av vård för specifika sjukdomar.

#### *Dödlighet*

Några mått är påtagligt säkra i ett höginkomstland som Sverige. Ett exempel är dödlighet. I Sverige finns befolkningsregister som beskriver dödsfall med hög säkerhet. Helt utan problem är dock inte heller denna bestämning. Exempelvis har den grupp av sydeuropéer, som invandrade till Sverige under 1960-talet, tenderat att flytta tillbaka till ursprungsländerna då de har pensionerats. Uppföljningen i de svenska befolkningsregistren blir därför osäker.

#### *Förekomst av sjukdomar*

Förekomst av sjukdomar kan antingen beskrivas som dödlighet, förekomst vid en given tidpunkt (prevalens) eller som andel insjuknade under en given tidsperiod (incidens). Uppgifter om dödlighet i olika sjukdomar finns tillgängliga i det s.k. dödsorsaksregistret, ofta med tillfredsställande precision. Uppgifter om dödlighet i olika sjukdomar är därför ett lämpligt mått för att

beskriva problemet, förutsatt att sjukdomen ofta är dödlig och att sjukdomsförloppet är relativt kortvarigt. Praxis för indelningen i underliggande och bidragande dödsorsaker kan dock växla över tid och mellan regioner och länder. Kodningssystemen ändras kontinuerligt.

Många viktiga sjukdomar är dock inte dödliga. Då behövs andra mått, främst förekomst vid ett givet tillfälle och andel insjuknade under en given tidsperiod. Sådana beräkningar förutsätter tillgång till register. Vissa sjukdomar registreras fortlöpande i hela landet. Det bästa exemplet på ett sådant register är cancerregistret. Vanligen saknas dock sådana uppgifter men en möjlighet är att använda uppgifter om sjukhusvård eftersom en diagnos knyts till varje vårdtillfälle. Om sjukdomen ofta leder till sjukhusvård kan sådana uppgifter ge en tillförlitlig bild av insjuknande. Detta gäller exempelvis för hjärtinfarkter, särskilt om uppgifter om sjukhusvård kombineras med dödsfall i hjärtinfarkt, hämtade från dödsorsaksregistret.

Många viktiga sjukdomar leder dock inte genomgående till sjukhusvård. Detta gäller exempelvis för flera psykiska sjukdomar. Denna metod blir då otillförlitlig. En möjlighet är att använda lokala register. Den uppenbara nackdelen är att förekomsten av sjukdomen kan variera över landet. Uppgifter om öppen vård kan också användas. Den främsta begränsningen är att information om diagnoser i öppenvård inte samlas in nationellt. I SCB:s fortlöpande undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) tillfrågas individer om förekomst av vissa vanliga former av sjuklighet. Uppgifterna har dock begränsad säkerhet eftersom individers uppfattningar om sjuklighet i vissa givna tillstånd kan skilja sig från sjuklighet fastställd av läkare.

De sjukdomar som svarar för den största delen av all dödlighet, alternativt de största funktionsförlusterna, är rimliga att inkludera i analysen. I Sverige är de fem viktigaste sjukdomsgrupperna, rangordnade efter den samlade sjukdomsbördan, hjärt-kärlsjukdom, psykiatriska sjukdomar, tumörer, skador, rörelseorganens sjukdomar, därefter följt av luftvägarnas sjukdomar, mag-tarmsjukdom, infektioner, sinnesorganens sjukdomar samt neurologiska sjukdomar (39).

#### *Självrapporterad hälsa*

Det som talar för självrapporterad hälsa som mått är att samlande skattningar av det egna hälsotillståndet i vissa studier kan visa på starka samband med senare dödlighet samt med andra mått på fysisk och psykisk

hälsa (40). Det är dock inte klarlagt vilken innebörd begreppet har. En aktuell kanadensisk studie tyder på att begreppet avspeglar den objektiva skattade hälsan ställd i relation till individens föreställning om vilken hälsa hon eller han tänker sig kunna uppnå (41). Det innebär att variationer i självrapporterad hälsa både kan bero på skillnader i objektiva skattade hälsa och på skillnader av förväntningar. Om en individ uppfattar det normalt att leva med ganska stora problem, kan hon eller han rapportera ett gott hälsotillstånd, trots att hälsan objektivt sett är problematisk. Detta kan vara förklaring till att 15 gånger fler amerikanska kvinnor rapporterar dålig hälsa jämfört med kvinnor i Bihar, trots att hälsan objektivt sett är avsevärt sämre i Bihar (42). Det troliga är att kvinnor i Bihar är inställda på att acceptera avsevärt fler problem än kvinnor i USA.

Problemet med varierande uppfattningar, om vad som skall betraktas som normalt, går i viss mån att komma tillrätta med genom att man justerar uppgifter från olika grupper efter information om tillstånd, som skulle gå att fastställa objektivt. Exempelvis kan uppgifter om sömnsvårigheter justeras efter information om hur många timmar en individ i genomsnitt uppger sig sova per dygn.

Uppgifter om självupplevd hälsa insamlas rutinmässigt inom ramen för SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). De personer som intervjuas ger svar om ohälsa på olika skalor. Skalorna har kontinuerlig karaktär (43) vilket möjliggör analyser med hälsoekonomiska metoder. Genom att kombinera svaren från olika frågor om självupplevd hälsa kan graderingen göras än mer finfördelad.

#### *DALY/DALE/QALY*

Det finns även aggregerade mått som syftar till att beskriva den samlade ohälsan. Ett sådant mått är DALY, det vill säga funktionsjusterade förlorade levnadsår (Disability Adjusted Life Years lost) (44). Detta mått bygger på studier av olika sjukdomars förekomst och uppskattningar av hur stora funktionsförluster sjukdomarna medför. Uppgifter om DALY-förlust i Sverige för de vanligaste sjukdomarna har publicerats (39).

WHO har i en rapport över hälsoläget i världen år 2000 använt ett nära besläktat begrepp, DALE (Disability Adjusted Life Years Expected) (45). DALE anger hur många år av liv med full hälsa som kan förväntas i en befolkning. Medan DALE anger vad som finns kvar, när man tagit hänsyn

till för tidig död och sjuklighet (45), anger DALY de år som förlorats av samma skäl. Måtten är därför jämförbara. En tredje mått förekommer också, QALY (Quality Adjusted Life Years). Det har liknande innebörd som DALE. QALY har främst använts för att beskriva hälsovinsterna av enskilda behandlande och förebyggande insatser och inte för att beskriva den samlade hälsan i en befolkning.

De problem som är förknippade med att bestämma förekomst av sjukdom gäller även för dessa mått. Till detta kommer den osäkerhet som är förknippad med de antaganden om funktionsförlust vid olika hälsoproblem som beräkningarna av DALY/DALE/QALY bygger på. Måtten kräver också ställningstagande till om förluster i liv och funktionsförmåga skall tillskrivas skilda vikter under livscykeln. Trots många problem med bestämning av DALY/DALE/QALY finns inga bättre alternativ till att beskriva den samlade sjukdomsördan och fördelningen av denna sjukdomsörda. Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut har fått regeringens uppdrag att föreslå ett samlat mått på hälsa under år 2003.

#### *Referensgrupp som tjänar som norm vid jämförelserna*

I många analyser jämförs hälsan i en specifik grupp, exempelvis bland arbetare, med hälsan i en referensgrupp. Det är vanligt att referensgruppen är den grupp som uppfattas ha den mest gynnade situationen eftersom de vanligen har bäst hälsa. Ett alternativ är att använda den friskaste gruppen som referensgrupp. En tredje möjlighet är att använda den genomsnittliga hälsan i befolkningen som referens.

Självfallet påverkar valet av referensgrupp utfallet av en jämförelse. Många hälsoutfall är mindre vanliga vid hög social position. Det innebär att de kvantitativa uttrycken för de sociala skillnaderna i hälsa får ett högre värde om jämförelsegruppen utgörs av en mindre grupp av mycket välbeställda, än om den jämförs med en mer genomsnittligt gynnad grupp.

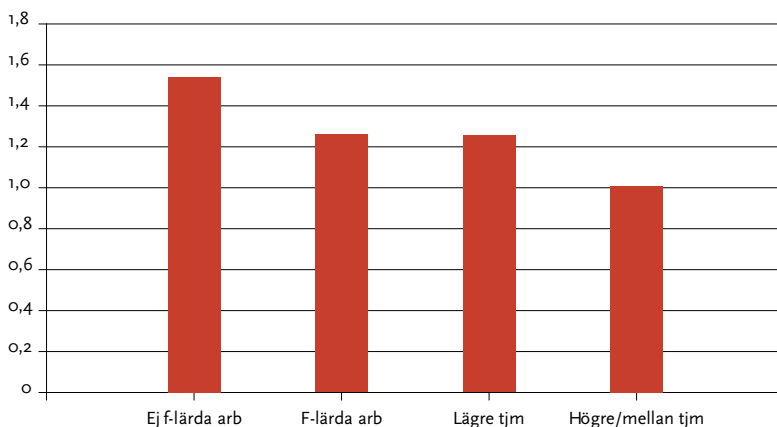
#### *Beräkning av skillnader*

När uppgifter om indelning i grupper och hälsan i dessa grupper är tillgängliga, kan skillnaderna analyseras på olika sätt. Några vanliga metoder är att beräkna relativa skillnader som relativa risker, relativt ojämlikhetsindex och som etiologisk fraktion. Skillnaderna kan också beskrivas i absolu-

ta termer eller genom den samlade spridningen, utan kategorisering i särskilda grupper.

### *Relativa risker (RR) och Oddskvoter (OR)*

De sociala skillnaderna brukar ofta anges som kvoter mellan förekomst av ohälsa i två grupper, vanligen menar man endera av två närliggande mått, s.k. relativa risker (RR) eller s.k. oddskvoter (OR) (9). Båda kvoterna anger hur mycket vanligare ett problem är i gruppen med en mindre gynnad ställning jämfört med referensgruppen. Om kvoten är 1,3 innebär det att problemet är 30 procent vanligare i den mindre gynnade gruppen jämfört med referensgruppen. Exempel på sådana beräkningar presenteras i figur 3. Beräkningarna bygger på samma information som i figur 2.



**Figur 3. Relativa Risker (RR) för dödlighet i kranskärlssjukdom i olika socioekonomiska grupper i Sverige, åren 1986–1990, män 20–64 år. Figuren bygger på samma uppgifter som presenteras i figur 2. Referensgrupp är tjänstemän på mellan- och hög nivå.**

En fördel med att presentera beräkningarna som RR är att de är lätta att förstå. Från figuren framgår att dödligheten är mer än 50 procent högre i gruppen icke facklärda arbetare. Denna skillnad är inte fullt lika tydlig i figur 2 som endast presenterar de funna värdena. Relativa risker ger således en komprimerad, lättolkad bild. En begränsning är att bestämning av RR bygger på att en referensgrupp har utsetts. Valen av denna grupp påverkar resultaten vilket inte direkt framgår.

### Summerade etiologiska fraktioner

De uppgifter som ligger till grund för beräkning av relativa risker kan också användas för att beräkna hur stor del av ett visst hälsoproblem som teoretiskt skulle kunna försvinna om alla hade samma villkor som den mest gynnade gruppen. Detta mått kan kallas för socialt förklarad andel av ohälsan (etiologisk fraktion) och brukar anges i procent (9). Först beräknas den socialt förklarade andelen inom varje enskilt socialt skikt.

Beräkningarna görs enligt formeln  $EF = f(RR - 1) / RR$  där EF är socialt förklarad andel, där  $f$  är lika med andelen av dem med det aktuella hälsoproblemet som hör till den socialt mindre gynnade gruppen, och RR är lika med relativ risk. De etiologiska fraktioner som olika sociala skikt bidrar med summeras sedan för att ge ett samlat mått på den socialt genererade sjukligheten. Vid additionen tar man hänsyn till hur stor andel av den samlade befolkningen som varje enskilt socialt skikt utgör. Ett exempel återges i tabell 1.

Socialt skikt	Andel av den totala befolkningen (%)	RR	EF (%)
Ej klassificerbar	20,2	1,4	5,9
5	22,0	1,3	6,1
4	16,4	1,1	1,3
3	11,0	1,1	0,2
2	17,1	1,0	0
1	13,3	1,0	0
Totalt	100	-	13,4

Tabell 1. Exempel på beräkning av socialt förklarad andel. Exemplet gäller risk för död på grund av skada bland barn och unga vuxna efter föräldrarnas socialgrupp. Efter Hjern och Bremberg (46)

Fördelen med detta mått är att det ger en samlad bild av hur stor del av ohälsan som har en social förklaring. Sociala faktorer kan ha mycket stor betydelse för enskilda socialt särskilt utsatta grupper. I figur 3 framgår det att det finns en betydande överrisk bland icke facklärd arbetare. Man får

intryck av att de väsentliga problemen endast gäller denna grupp. Dock, om gruppen är relativt liten, är gruppens bidrag till den samlade socialt genererade sjukligheten också litet, trots värdet på RR. En summerad EF ger en rättvisare bild av de sociala villkorens samlade betydelse.

Begränsningarna med måttet är i första hand desamma som gäller för RR eftersom beräkning av EF bygger på RR-bestämningar. En ytterligare begränsning med EF är att konstruktionen av begreppet medför att summan av olika bestämningsfaktorers andelar av EF kan vara mer än 100 procent. Detta kan förefalla vara absurt om läsaren inte är förtrogen med att begreppet bygger på att olika orsaker till ett problem kan överlappa varandra.

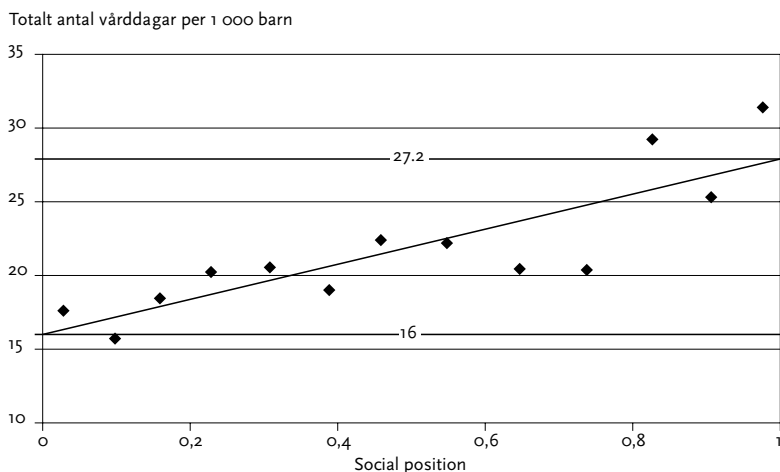
#### *Relativt ojämlikhetsindex*

Ett annat sätt att beskriva skillnader mellan grupper är att beräkna ett s.k. relativt ojämlikhetsindex. Förutsättningen är att det går att beskriva social position med ett kontinuerligt mått. Det innebär att måttet uttrycks som ett tal som gradvis kan variera, exempelvis som procent. En indelning i grupper, exempelvis efter utbildningsnivå, har inte denna egenskap. En individ kan ha 9 eller 12 års utbildning men inte 10,7 års utbildning.

Detta krav på kontinuerlig variabel uppfylls om en individs sociala position anges efter det egna bostadsområdets sociala karaktär. Områdenas sociala position beskrivs med hjälp av något mått på sociala förhållanden, exempelvis andel vuxna med 9 års skola eller mindre. Denna andel kan variera kontinuerligt från 0 till 100 procent.

Individerna i befolkningen rangordnas efter detta sociala mått. Förekomsten av hälsoproblem ökar vanligen med sjunkande social position. Detta samband mellan social position och ohälsa går att matematiskt beskriva som en s.k. regressionslinje. Den s.k. lutningskoefficienten för denna regressionslinje utgör det slutliga mått som används. Alternativt kan lutningen beskrivas som en kvot som är beräknad med hjälp av regressionslinjen (47). Ett exempel på en sådan beräkning presenteras i figur 4.

En fördelen med detta mått är att det är relativt lätt att förstå. Innebörden är att man jämför individer bosatta i det socialt sämst ställda området med individer i det bäst ställda med en metod som väger in information från samtliga områden och som också tar hänsyn till att olika många individer kan bo i de dessa.



**Figur 4. Bestämning av relativt ojämlikhetsindex för sjukhusvård av barn med infektioner. Beräkningen bygger på bestämningar i 13 lika stora grupper av områden i Stockholm län, sorterade efter deras sociala position där värdet = 0 motsvarar den högsta positionen. Linjen är en regressionslinje. Värdet för det relativa ojämlikhetsindexet är  $(1 + [27,2 - 16]) / 16 = 1,7$ . Källa: Barnrapporten (48).**

Resultatet påverkas dock i viss mån av hur stora de bostadsområden är som används för att socialt karaktärisera enskilda individer. Låt oss utgå från ett exempel där uppgiften är att beskriva sociala skillnader i Stockholms län. Om man utgår från den indelning i drygt 100 s.k. planområden som finns i länet blir varje enskilt område relativt homogent, medan områdena sinsemellan blir relativt olika. Det innebär att man kommer att påvisa tydliga sociala skillnader med denna metod. Om man däremot skulle utgå från den indelning i de sex sjukvårdsområden som finns i länet skulle de sociala skillnaderna bli mindre. Skälet är att de relativt stora sjukvårdsområdena sinsemellan är mer lika varandra. Analyser som utgår från stora områden, bostadsområden med mer än 100 000 innevånare vardera, kan således dölja viktiga sociala skillnader. Däremot finns det ingen risk för att analyser som utgår från små områden skulle överskatta skillnaderna (49).

#### Absoluta skillnader

Skillnader går även att uttrycka i absoluta termer. I figur 2 presenteras skillnader i dödlighet i absoluta termer och i figur 3 beskrivs samma skillnader i



relativa termer. Uppgifterna i figur 2 visar att 30/100 000 fler i gruppen icke facklärd arbetare avled i kranskärslsjukdom 1986–1990, jämfört med gruppen högre tjänstemän. Denna absoluta uppgift är dock svår att tolka utan tillgång till uppgifter om hur många som överhuvudtaget avlider i respektive yrkesgrupp.

### *Relativa eller absoluta skillnader*

En stor fördel med att beskriva skillnaderna i relativa termer är att innebörden är lätt att förstå. Det krävs inga ytterligare förklaringar till en beskrivning där det framgår att dödligheten är 50 procent högre för icke facklärd arbetare jämfört med högre tjänstemän. Innebörden av uppgifterna i figur 2 är inte lika uppenbar. Tolkning av absoluta skillnader i ohälsa förutsätter uppgifter om hur många som överhuvudtaget avlider i respektive yrkesgrupp. Informationen som presenteras blir därför mer komplex. Detta kan vara ett viktigt skäl till att huvuddelen av studier av sociala skillnader i hälsa presenterar resultaten som relativa skillnader.

Utvecklingen av dödlighet i hjärt-kärslsjukdom i Sverige under de senaste decennierna är ett exempel på problem med att beskriva sociala skillnader enbart i relativa termer. År 1986–1990 var risken för död i kranskärslsjukdom bland män 1,55 gånger högre bland icke facklärd arbetare jämfört med tjänstemän på mellan- och hög nivå (1). År 1991–1995 hade de *relativa skillnaderna* ökat från 1,55 till 1,74. Den *absoluta dödligheten*, däremot, minskade något mer i gruppen icke facklärd arbetare, från 91,6 till 72,5 per 100 000, jämfört med gruppen tjänstemän på mellan- och hög nivå där dödligheten minskade från 59,1 till 41,6 per 100 000.

Det saknas systematiska studier av samband mellan relativa och absoluta skillnader. Det är därför motiverat att teoretiskt söka förklara hur dessa begrepp förhåller sig till varandra. Utgångspunkten är analyser av förändringar av skillnader över tid i en avgränsad befolkning. Slutsatsen från nedanstående analys är att *förbättringar av den genomsnittliga hälsan* vanligen är förbunden med *minskade skillnader*.

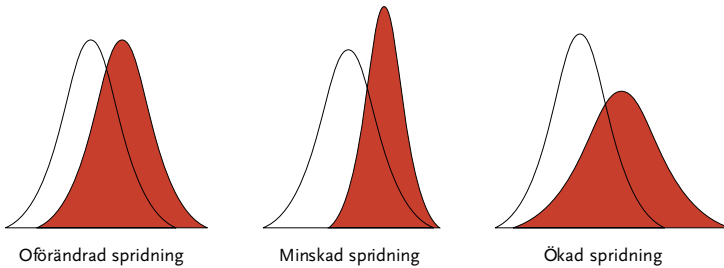
### *Teoretisk analys av samband mellan relativa och absoluta skillnader*

Förändringar i hälsa kan relateras till förändrade exponeringar av risk- eller skyddsfaktorer. Låt oss utgå från ett exempel på en exponering: förekomst av fysisk aktivitet. Exponeringen har minskat under de senaste

decennierna och det finns nu ansträngningar att öka den igen. I den fortsatta diskussionen behandlas endast fallet med ökad exponering eftersom resonemangen blir helt analoga för fall då exponeringen minskar.

Det finns en kontinuerlig variation i graden av exponering. Några är fysiskt inaktiva medan andra motionerar ibland. Det är vanligt att man gör en tudelning i "otillräcklig" motion, och "tillräcklig" motion. Avgränsningarna bygger på resultat från studier men det finns sällan någon naturlig, självklar avgränsning. Liknande gäller för ett stort antal andra exponeringar, exempelvis tillgång till näringsämnen och exponering för miljögifter. Det är därför motiverat att beskriva exponeringen (motionen) som en kontinuerlig fördelning mellan låga och höga exponeringar.

En framgångsrik förebyggande insats bör leda till att den genomsnittliga exponeringen ökar, det vill säga att människor börjar motionera mer. Insatsen kan också påverka variationen av exponeringen, olika människor emellan. Det är möjligt att variationen minskar, är oförändrad eller att den ökar. De tre tänkta effekterna av en insats som leder till ökad genomsnittlig exponering (motion) illustreras i figur 5.



**Figur 5. Effekter av en tänkt hälsofrämjande insats i form av ökad exponering för fysisk aktivitet. Förklaringar finns i texten.**

Utgångsläget återges i de tre figurerna av en skuggad linje. Några individer motionerar lite. Detta illustreras av kurvornas vänstra delar. Andra motionerar mycket. Detta illustreras av de tre kurvornas högra delar. De flesta motionerar genomsnittligt vilket illustreras av kurvornas toppar. Efter en insats ökar den genomsnittliga fysiska aktiviteten. Detta illustreras av de fyllda kurvorna. I kurvan med oförändrad spridning längst till vänster har insatsen inte ändrat fördelningen i motion, olika människor emel-

lan. I kurvan i mitten har spridningen minskat och i kurvan längst till höger har variationen, olika individer emellan, ökat.

En ökad exponering kan således kombineras med ökad eller minskad spridning. En grups genomsnittliga motionsaktivitet kan öka, samtidigt som variationen mellan olika människor kan öka eller minska.

En ökad skyddande exponering kan förändra sjukligheten för en enskild individ på två olika sätt. Ofta finns ett proportionellt samband. Det innebär att en liten ökning av fysisk aktivitet leder till en liten minskad sjuklighet, exempelvis förekomst av hjärtinfarkt, och att en stor ökning av aktiviteten leder till en stor minskning av sjukligheten.

Alternativt kan det finnas en tröskelnivå för sambandet. Det innebär att ökad motion leder till minskad sjuklighet men bara upp till en viss nivå. Ökar motionen över denna nivå ges inga ytterligare hälsovinster. Spridningen kan således både öka och minska och sambandet med sjukligheten kan antingen vara proportionellt eller innefatta en tröskelnivå. Totalt finns således fyra kombinationer. Tillämpat på ökad fysisk aktivitet och hjärtinfarkt blir kombinationerna följande:

- A. Ökad spridning + proportionell effekt
- B. Ökad spridning + tröskelnivå
- C. Minskad spridning + proportionell effekt
- D. Minskad spridning + tröskelnivå

Hälsoeffekterna av dessa kombinationer blir följande:

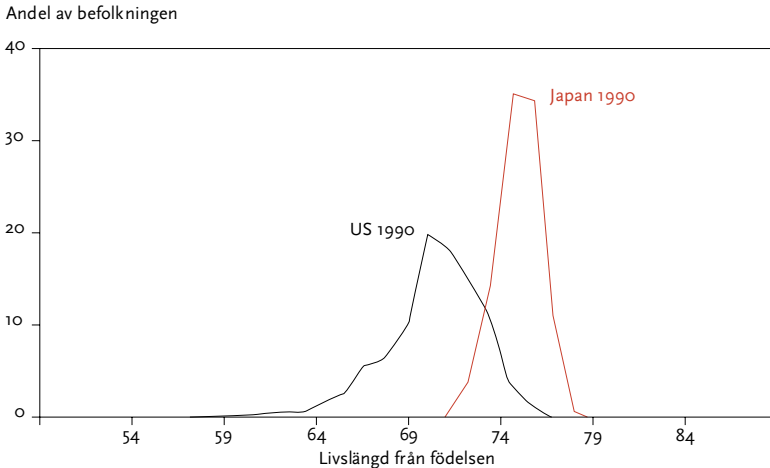
- A. Minskad sjuklighet + ökade skillnader
- B. Minskad sjuklighet + oförändrade skillnader
- C. Minskad sjuklighet + minskade skillnader
- D. Minskad sjuklighet + minskade skillnader

Tre kombinationer medför oförändrade eller minskade skillnader medan endast en leder till ökade skillnader. I fallen B, C och D minskar de absoluta hälsoskillnaderna medan de relativa skillnaderna är oförändrade eller minskar. I dessa fall finns det därför ingen konflikt mellan att främja hälsa i hela befolkningen och att minska hälsoskillnaderna.

Fall A får en särställning eftersom det här finns en motsättning mellan effekterna på hälsolivån i stort och på hälsoskillnaderna. Det är därför motiverat att undersöka i vilka situationer detta mönster uppträder. Effek-

terna av råd om rökstopp på 1970-talet är ett exempel på detta mönster. Rökning och sjuklighet minskade för befolkningen som helhet medan spridningen ökade. Detta hänger samman med att rökslut är krävande och att personer som redan är belastade har svårare att klara av detta.

Det är sannolikt att kombination B, C och D dominerar över kombination A i dagens höginkomstländer. Skälet är att den ökning av medellivslängd som skett under 1900-talet har varit kombinerad med minskad variation i livslängd (50). En jämförelse mellan livslängd i USA och i Japan illustrerar detta, se figur 6. I Japan har människor en hög medellivslängd samtidigt som spridningen är ringa. Motsatsen gäller i USA. Detta skulle innebära att strävan att förbättra hälsan i stort och att minska skillnader ofta sammanfaller. Även ekonomiska beräkningar tyder på att en given mängd nyttigheter, exempelvis ekonomiska resurser, ger det största utbytet i form av hälsa om resurserna fördelas jämnt (51). Med ett sådant mönster blir det särskilt missvisande att redovisa relativa skillnader utan att samtidigt ange de absoluta skillnaderna.



Figur 6. Livslängd för män i USA och Japan år 1990. Källa: Murray et al. 2001 (52).

### Spridningsmått

Variation i hälsa kan även beskrivas som spridning. Här finns både matematisk-statistiska mått och mått som s.k. Ginikoefficient, mått på Paretoopti-

malitet, skillnadsindex, koncentrationsindex samt WHO:s mått för bestämning av ojämlikhet. Dessa mått har utvecklats av hälsoekonomer under de senaste decennierna utifrån metoder för att beskriva inkomst-spridning.

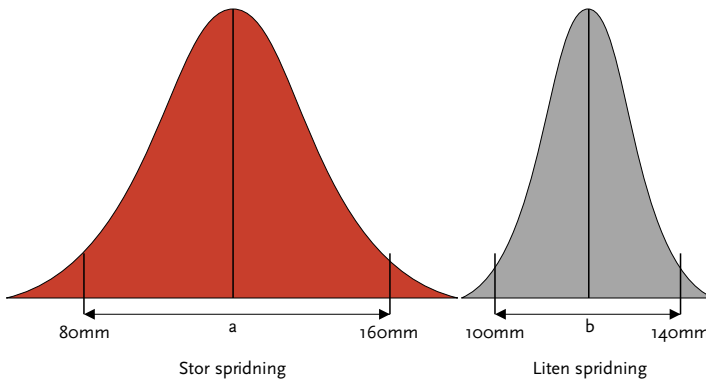
De ekonomiska metoderna har utvecklats relativt oberoende av de epidemiologiska metoderna för att beskriva relativa och absoluta skillnader. Inom folkhälsoområdet har den epidemiologiska traditionen dominerat och kännedomen om de ekonomiska metoderna har varit dålig. WHO:s världshälsorapport år 2000 (45) medförde en väsentlig förändring av diskussionen. Den metod som användes i WHO-rapporten för att beskriva ojämlikhet i hälsa utgår från den ekonomiska traditionen. Man utgår från skillnader olika individer emellan (53), i stället för att utgå från grupper, som är fallet inom den socialepidemiologiska traditionen. Denna metod har allvarligt kritiserats av personer som är verksamma inom folkhälsoområdet (54). Trots sina brister har WHO-rapporten dock medfört att den folkhälsovetenskapliga diskussionen om metoder för att mäta ojämlikhet i hälsa har vidgats till att även innefatta den hälsoekonomiska traditionen (55).

I beskrivningar av ojämlikhet, som använder epidemiologiska metoder, och som exempelvis utgår från jämförelser mellan icke facklärd arbetare och högre tjänstemän, finns en underliggande värderingen av att just denna skillnad är viktig. Mätningar av ojämlikhet i hälsa som utgår från mått på spridning har däremot beskrivits som värderingsfria om analysen stannar vid att ange mått på spridning. I denna framställning har jämlikhet i hälsa emellertid definierats som avsaknad av systematiska och potentiellt påverkbara skillnader, se avsnitt 3. Det innebär att måttet på spridning måste kombineras med uppgifter om hur variationen kan förklaras, annars är det inte möjligt att fastställa om skillnaderna är påverkbara. Med en sådan användning bortfaller värderingsfriheten.

#### *Spridning som mått – individnivå*

Inom statistiken är en viktig uppgift att matematiskt beskriva storleken på variation av ett fenomen. Dessa beskrivningar kan användas för att ange variation av ohälsa i en befolkning. Figur 7 visar spridning av blodtrycksvärden i två hypotetiska befolkningar. Medelvärdet uppfattas i båda fallen vara 120 mm kvicksilver. I figuren finns medelvärdena markerade, samt

omfånget av de 95 procent av alla värden som ligger närmast medelvärdena. I figuren med den stora spridningen innefattar detta omfång blodtrycksvärden mellan 80 och 160 mm. I den högra figuren är omfånget 100–140 mm. Omfånget av dessa spridningar kan uttryckas som ett tal, exempelvis i den vänstra figuren som  $(160 - 80) / 120 = 80 / 120 = 0,67$  och i den högra figuren som 0,33. I beräkningarna ingår medelvärdet (120).



*Figur 7. Spridningar av blodtrycksvärden (systoliskt, mm kvicksilver) i två befolkningar. Medelvärdet i båda figurerna är 120 mm kvicksilver.*

Spridning går direkt att uttrycka på detta sätt, det vill säga som omfånget av de värden som gäller för 95 procent av alla observationer. Det finns också mer utvecklade metoder, främst beräkning av statistisk standardavvikelse. Indelning i kategorier medför, i enlighet med vad som diskuterats ovan, osäkerhet vid beräkningarna. Detta problem går att undvika om frågan om ojämlikhet analyseras med mått på spridning i stället för kategorier.

Det finns dock också begränsningar med metoden. Den främsta är att det hälsoutfall som skall analyseras måste ha en s.k. kontinuerlig fördelning, det vill säga utfallet måste kunna beskrivas med ett tal som varierar från ett lågt värde till ett högt. Detta är fallet för blodtryck. Det gäller också för livslängd men däremot inte för en sjukdom som exempelvis diabetes som antingen finns eller inte finns. Många sjukdomar är därför inte lämpade för denna typ av analys.

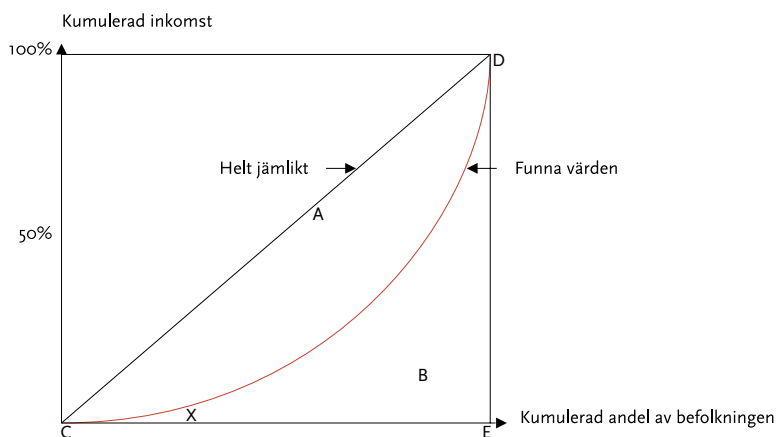
En annan begränsning är att mått på spridning inte enkelt låter sig tolkas. Ett uttryck som  $RR = 1,5$  är enkelt att förstå: hälsoproblemet är 50

procent vanligare i den utsatta gruppen jämfört med den gynnade. Innebörden av en spridning med värdet 0,5 är däremot inte uppenbar. Här krävs att man jämför ett visst värde med ett annat, exempelvis den spridning som har påvisats vid ett tidigare tillfälle. Behov av sådana jämförelser är dock vanliga inom folkhälsoområdet, t.ex. vid tolkning av ett visst värde för medellivslängd. Är 80 bra eller dåligt? Här krävs en jämförelse.

Ett tredje mindre, mer tekniskt problem, är att metoden förutsätter att de värden man får fram är fördelade ungefär som figur 7 visar. Denna fördelning brukar kallas normalfördelningen. Om värdena inte är normalfördelade kan man vanligen få fram en sådan fördelning med hjälp av matematisk bearbetning.

#### *Ginikoefficient och koncentrationsindex – individnivå*

Variationer olika individer emellan i en befolkning går matematiskt att beskriva på annat sätt än som statistisk spridning. En metod som har använts inom nationalekonomi för att beskriva fördelning av inkomster, och som har förordats för beräkning av ojämlikhet i hälsa (11), är beräkning av en s.k. Lorenzkurva som används för att skatta Ginikoefficient, alternativt koncentrationsindex. Metoden illustreras av figur 8 som beskriver fördelningar av inkomster.



**Figur 8. Beräkning av Ginikoefficient.**

Med denna metod jämför man den faktiska fördelningen av inkomster i en befolkning med en tänkt situation då varje individ har exakt samma inkomst. I Figur 8 illustreras den tänkta helt jämlika situationen av den räta linjen CAD och den faktiska fördelningen av den mönstrade Lorenzkurvan, CBD.

Låt oss anta att befolkningen består av 100 individer, att den genomsnittliga inkomsten är 100 000 kr per år, att den person som har lägst inkomst bara tjänar 10 000 kr per år och att den som tjänar mest har en inkomst av 1 miljon kr per år. Den kumulerade inkomsten för denna grupp blir  $100 \times 100\,000 = 10$  miljoner kronor.

Den person som har den lägsta inkomsten representeras i figuren av punkten x. Personen utgör en hundradel av befolkningen, därav placeringen på x-axeln. Personen har  $10\,000/10\,000\,000 = 1/1\,000$  av de kumulerade inkomsterna. Därav placeringen på y-axeln. Därefter adderas den person som har den näst lägsta inkomsten och dennes inkomst, osv. På detta sätt konstrueras kurvan CBD som representerar den faktiska fördelningen av inkomster i befolkningen.

Om inkomstfördelningen varit helt jämlik skulle varje individ ha samma inkomst och adderingen av individer och deras inkomster skulle ge samma tillskott. Denna fördelning representeras därför av en rät linje, CAD. Ginikoefficienten anger skillnaden mellan den faktiska fördelningen av inkomster och den helt jämlika situationen. Om Ginikoefficienten har värdet 0,28 innebär det således att 28 procent av värdet av de samlade inkomsterna skulle behöva omfördelas för att varje individs inkomster skulle bli helt lika. Ginikoefficienten beräknas som ytan ACBD (pilbågen i figuren) dividerad med ytan DACE (den rätvinkligna triangeln). Samma metod går att använda för att beskriva fördelning av ohälsa, exempelvis fördelning av livslängd.

Mättet har samma fördel som statistisk spridning, det vill säga det förutsätter ingen indelning i kategorier. Därtill kommer att det inte krävs någon matematisk omvandling till värden som är normalfördelade. Innebörden av mättet är också relativt lätt att förstå, jämfört med beräkning av statistisk spridning. Innebörden är dock inte lika uppenbar som vid beräkning av relativa risker.

Koncentrationsindex (KI) beräknas på jämförbart sätt. Beräkningarna av KI utgår dock från att det finns samband mellan socioekonomiska



förhållanden och hälsa medan det inte finns något sådant antagande vid beräkning av Ginikoefficienten. Även vid beräkning av KI konstrueras en Lorenzkurva, CBD i figur 8. Först ordnas individerna i populationen utmed x-axeln efter något mått på deras socioekonomiska situation, exempelvis inkomster, på samma sätt som vid beräkning av Ginikoefficient. Den individ som har den lägsta inkomsten placeras längst till vänster, den med näst lägst inkomst näst längst till vänster, osv. Y-värdena anger deras kumulerade sjuklighet. Risken för att dö i hjärtinfarkt får tjäna som exempel. Den första individens risk för att dö utgör det första y-värdet. Det andra y-värdet är summan av risken för den första och den andra individen osv. På detta sätt konstrueras en kurva. Om alla individer skulle ha samma risk för sjuklighet kommer kurvan att sammanfalla med linjen CD i figur 8. Det vanliga är dock att kurvan ligger över linjen CD. Koncentrationsindex anger ytan ovanför linje CD ställd i relation till ytan CDE. Det kan också förekomma att de socialt sämst ställda har en bättre hälsa. Kurvan kommer då att ligga nedanför linje CD. KI får då ett negativt värde.

Beräkning av koncentrationsindex förutsätter att olika individers socioekonomiska situation kan rangordnas. Detta är enkelt för utbildningstid och inkomst. De fem yrkesgrupper som anges i avsnittet om indelning i yrkesgrupper går också att rangordna. Återstående yrkesgrupper kan antingen placeras i denna följd eller exkluderas.

#### *Paretooptimalitet*

Paretooptimalitet är ett annat mått ekonomer använder för att beskriva variationer av inkomst inom en befolkning. Metoden går även att använda för att beskriva variationer av sådana hälsoutfall som är kontinuerligt fördelade. Måttet anger hur stor del av ett utfall, exempelvis inkomst, som teoretiskt kan omfördelas så att detta leder till att fler individer vinner än förlorar på omfördelningen. Den teoretiska omfördelningen slutar således inte vid att alla har samma inkomst (56).

#### *Skillnadsindex (index of dissimilarity)*

Måttet är besläktat med Paretooptimalitet och Ginikoefficient. Det anger hur mycket av ett utfall, exempelvis livslängd, som måste omfördelas för att alla skillnader skall elimineras (31).

*WHO:s metod*

WHO har i rapporten över hälsotillståndet i världen år 2000 valt en metod för att beskriva ojämlikhet som bygger på liknande principer som de föregående men som matematiskt skiljer sig från dessa (52). Då denna WHO-rapport framställdes saknades uppgifter på individnivå i ett stort antal länder (45). Författarna valde därför att beskriva skillnader mellan olika geografiska områden, inom länderna. Variationen presenteras som ett index. I senare studier har samma matematiska metod använts för att beskriva skillnader mellan olika individer inom ett land (57). Om metoden skall användas i ett land som Sverige är det motiverat att göra analysen på individnivå eftersom uppgifter finns att tillgå på denna nivå. Då har metoden liknande fördelar och nackdelar som andra metoder som beskriver spridning. Det är dock svårare att direkt förstå innebörden av det matematiska uttryck WHO använder, jämfört med andra mått på spridning.

Invändningar mot WHO:s mått har framförts (54). Särskilt har man påpekat att måttet inte primärt framhåller socioekonomiskt betingade hälsoskillnader vilket kan påverka diskussionen om åtgärder (58). Författarna till WHO-rapporten framhåller i sitt svar att det finns ett flertal olika källor till ojämlikhet i hälsa och att det därför inte är lämpligt att fokusera intresset på en enda källa (59). En annan invändning mot WHO:s mått, och andra mått på spridning, är att de under vissa förhållanden kan dölja skillnader grupper emellan (60). En sådan situation uppkommer om olika samhällsgrupper lever under helt åtskilda villkor. Detta gäller dock inte i Sverige vilket gör en sådan invändning mindre betydelsefull.

*Spridning som mått – bestämning av möjliga orsaker till variation*

Att enbart fastställa omfattningen av variationen för hälsoproblem är inte tillräckligt för utformning av åtgärder. Både hälsoekonomer och epidemiologer använder statistiska metoder (varianter av s.k. multipel regression) för att klargöra vilka karaktäristika som i första hand förklarar att det finns en variation mellan olika individer (61).

Hälsoekonomer hävdar att nya matematiska metoder gör det möjligt att förklara en väsentlig del av all variation. En utgångspunkt har varit beräkningar av koncentrationsindex. Detta index delas upp i sina komponenter ("dekomponeras") med matematiska metoder (62). Metodiken gör det möjligt att skilja mellan variation som hänger samman med slump och

variation som kan förklaras av bestämningsfaktorer som yrke, utbildning etc. I en aktuell studie av självrapporterad hälsa bland 33-åringar i Storbritannien kunde 99 procent av den variation, som inte hängde samman med slumpen, förklaras (62). De viktigaste faktorerna var inkomst, som förklarade 60 procent av variationen, typ av bostad, 14 procent, samt utbildning 14 procent.

Med sådana metoder går det att bestämma vilken betydelse individers inkomst, utbildning, etnicitet, bostadsort etc., har. Metoden tar hänsyn till att sådana karaktäristika ofta är kopplade till varandra.

#### *Ytterligare matematisk beskrivning av olika typer av variation*

Inom en grupp kan hälsan variera på ett flertal olika sätt. En vanlig form av variation illustreras av de två kurvorna i figur 7. Låt oss utgå från den vänstra bilden med stor spridning. Några få har ett mycket lågt blodtryck, de flesta har ett genomsnittligt blodtryck och några få har ett mycket högt blodtryck. Fördelningen från lågt till högt blodtryck är jämn. Det är dock inte givet att alla uppgifter om hälsa fördelas på detta sätt. Det är också möjligt att individerna klumpar ihop sig i exempelvis två grupper, en med mycket lågt blodtryck och en med mycket högt blodtryck. Det är också möjligt att individerna fördelar sig i tre grupper, osv. Chris Murray, som varit huvudansvarig för WHO:s metod, och andra har utvecklat matematiska modeller som tar hänsyn till sådana variationer.

I de utvecklade matematiska modeller som bl.a. Murray använder går det också att tillskriva olika gruppers värderingar av hälsa skilda s.k. vikter. Det innebär exempelvis att beräkningarna kan utformas så att individer som har påtagligt dålig hälsa kan påverka det samlade måttet på variationen i hälsa särskilt mycket. De matematiska uttrycken går att utforma så att ytterligare värderingar byggs in i beräkningarna (52). Dessa mer sofistikerade beräkningar gör det dock mer komplicerat att förstå vad en viss sifferuppgift faktiskt representerar.

#### *Epidemiologiska och hälsoekonomiska metoder för att beskriva ojämlikhet i hälsa*

Både epidemiologiska och hälsoekonomiska metoder går att använda för att beskriva ojämlikhet i hälsa. De epidemiologiska metoderna använder främst beräkningar av relativa risker, absoluta skillnader och etologiska

fraktioner. De hälsoekonomiska metoderna använder olika mått på spridning som man sedan söker förklara. Metoderna har presenterats ovan. I dessa avsnitt redovisas också fördelar och nackdelar. Några av de viktigaste aspekterna är följande.

De epidemiologiska metoderna är lämpade för att beskriva enskilda gruppers hälsoläge, medan de ekonomiska metoderna är mer lämpade för att ge en samlad bild av ojämlikhet i hälsa. Om man exempelvis vill beskriva hur mycket sämre hälsan är bland arbetare utan fackutbildning, då är det lämpligt att använda en epidemiologisk metod. Skillnaden kan anges i jämförelse med högre tjänstemän som den relativt ökade risken, som den absolut ökade risken och som etiologisk fraktion, det vill säga som den andel av all ohälsa i gruppen som kan tillskrivas tillhörighet till denna yrkesgrupp. Innebörden i sådana mått är lätta att förstå. Hälsoekonomiska metoder är inte lämpade för sådana beskrivningar.

De hälsoekonomiska metoderna är däremot mer lämpade för att beskriva den samlade ojämlikheten i hälsa. Den samlade ojämlikheten går visserligen även att beskriva med epidemiologiska metoder men precisionen blir lägre. Med den definition av ojämlikhet i hälsa som används här är det nödvändigt att ge förklaringar till variationer, eftersom skillnaderna skall vara systematiska och potentiellt påverkbara. Beräkningar av koncentrationsindex tillgodoser detta behov. Om koncentrationsindex ”dekomponeras” går det att klargöra enskilda socioekonomiska faktorerers betydelse.

En fördel med de ekonomiska metoderna är att precisionen blir högre. Utfallet vid både en epidemiologisk och en hälsoekonomisk beräkning kan vara livslängd eller självupplevd hälsa, som redovisas på en skala. Den epidemiologiska metoden delar in utfallet i kategorier, exempelvis avlidna före 75 års ålder, avlidna 75–80 år och överlevande efter 80 år. Dessa kategorier behandlas som enheter med medelvärden inom varje grupp. Den variation som finns inom var och en av dessa kategorier används inte vid beräkningarna. De hälsoekonomiska metoderna, däremot, utgår från utfall som kan anta ett betydande antal värden från 1 och uppåt (kontinuerligt eller efter en s.k. ordinalskala). Metoden fångar därför mer av variationen. Detta leder till högre precision.

En ytterligare fördel med att använda ekonomiska metoder för att beskriva den samlade ojämlikheten är att utgångspunkten är en beskrivning av den totala variationen, utan ställningstagande till orsakerna. Om vi

på förhand kunde vara säkra på att all påverkbar variation hänger samman med yrke, utbildning, inkomst, etnicitet och kön, finns det knappast behov av att beskriva den samlade variationen. Ett sådant antagande är dock osäkert. Det är exempelvis inte osannolikt att de regionala skillnaderna i ohälsa kan öka under det närmaste decenniet. Delvis fångas sannolikt regionala skillnader av variation i yrke, utbildning etc. Men det är inte givet. De ekonomiska metoderna gör det möjligt att klargöra vilka delkomponenter som gör att den samlade variationen ökar eller minskar. På detta sätt är det möjligt att spåra nya förklaringar till ojämlikhet i hälsa.

### *Förslag till metoder för att följa utvecklingen av ojämlikhet i hälsa i Sverige*

#### *Bestämning av koncentrationsindex*

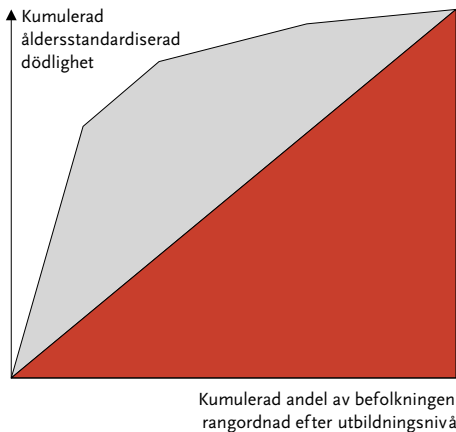
De hälsoutfall som i första hand bör följas är medellivslängd, de fem viktigaste orsakerna till funktionsförlust (hjärt-kärlsjukdom, psykiatriska sjukdomar, tumörer, skador, samt rörelseorganens sjukdomar) samt självskattad ohälsa. Ojämlikhet i hälsa analyseras som koncentrationsindex, efter yrke och utbildning. Det är en fördel att både ange det numeriska värdet och att presentera en figur över den fördelning som ligger till grund för beräkning av koncentrationsindex. Figur 9 visas som exempel. Förändringar över tid kan med fördel både skrivas som förändringar av koncentrationsindex och som förändringar av fördelning – i båda fallen med hjälp av datoranimering (63).

Det avgörande motivet för val av koncentrationsindex är att det är möjligt att påvisa förändringar över tid med ett enda mått. Nackdelen är att måttet hittills haft ringa användning i Sverige. Hittills har främst relativ risk använts som mått. Måttet är värdefullt för att beskriva situationen vid en enda given tidpunkt. För att analysera förändringar över tid krävs dock samtida uppgifter om utveckling av absoluta skillnader vilket gör en sådan beskrivning komplicerad.

#### *Bestämning av socialt förklarad DALY/DALE/QALY*

Med hjälp av beräkningarna av DALY/DALE/QALY är det möjligt att bedöma betydelsen av olika sociala villkor för den samlade sjukdomsburden i landet, jfr tidigare avsnitt. Första steget är att beräkna den samlade etiologiska fraktion, som varierande sociala villkor står för, för var och en

av stora sjukdomsgrupperna. I nästa steg används de beräkningar av DALY/DALE/QALY-förluster som har publicerats (39). För varje enskild sjukdomsgrupp kombineras uppgiften om etologisk fraktion med uppgiften om DALY/DALE/QALY. Slutligen adderas uppgifterna. På detta sätt kan uppgifter om hur stor andel av den samlade sjukdomsbördan som kan tillskrivas ogynnsamma sociala förhållanden presteras. En sådan uppgift har en tydlig innebörd. Begränsningen är främst att beräkningarna innehåller flera mellanled med ett antal antaganden. Det finns därför en betydande osäkerhet i de resultat som presenteras.



*Figur 9. Beräkning av koncentrationsindex grundat på en hypotetisk fördelning vid en given tidpunkt. Utfallet är dödlighet i hjärt-kärlsjukdom. Dödligheten, med standardisering för ålder, anges i olika grupper efter antalet utbildningsår. Koncentrationsindex grundas på kvoten mellan den grå ytan och den fyllda röda ytan.*

## Variation i hälsa mellan olika grupper

### *Varför är hälsan sämre i socialt mindre gynnade grupper?*

Avsikten med detta avsnitt är att ge en orientering kring några sätt som används för att förklara samband mellan social position och ohälsa. De förklaringar som behandlas är: 1) ohälsan förklaras av sämre tillgång till resurser, 2) ohälsan förklaras av att individerna oftare är utsatta för risker,

3) ohälsan uppkommer i växelverkan mellan olika bestämningsfaktorer, 4) ohälsan förmedlas av psykobiologiska mekanismer, 5) ohälsan förklaras av ökad sårbarhet, samt 6) ohälsan har genetisk förklaring. Förklaringarna utesluter inte varandra.

#### *Tillgång till resurser*

För att en individ skall vara fullt frisk krävs att olika behov är tillgodosedda. Ett sådant behov är tillräckligt intag av näringsämnen. Underskrids intaget ökar risken för olika hälsoproblem. Andra behov är tillgång till skydd mot kyla och värme, rent vatten osv. Det finns ytterligare behov som är svårare att exakt fastställa men som behöver tillgodoses. Dit kan räknas en säker miljö, erkänsla från andra människor, omväxlande upplevelser, möjligheter att påverka den egna situationen, sex, sömn osv.

En människa tillgodoser sina behov med hjälp av de resurser som hon eller han disponerar. Vilka resurser som är viktiga varierar olika människor emellan eftersom behoven varierar. Dock, om en grupp människor samlat har större tillgång till resurser, är deras möjligheter att tillgodose behov större. Detta kan vara en förklaring till att socialt mindre gynnade grupper har sämre hälsa.

I offentlig svensk statistik beskrivs välfärdsresurser i tolv dimensioner: arbetsmiljö, boende, ekonomi, fritid, hälsa, materiella tillgångar, medborgerliga aktiviteter, sociala relationer, sysselsättning, transporter, trygghet samt utbildning (64). Varierande tillgång till dessa typer av resurser kan förväntas förklara skillnader i hälsa. Betydelsen av flera av dessa resurser behandlas i de följande kapitlen.

Tillgång till resurser inom olika kategorier är kopplade till varandra. Det beror delvis på att resurserna är utbytbara. Exempelvis kan en god privatekonomi göra det möjligt att skaffa en bra bostad, god säkerhet och en rik fritid. Tillgång till kulturella resurser ökar möjligheterna till goda positioner inom arbetsmarknaden och därigenom en god ekonomi (65). Dessa förhållanden gör det svårt att klargöra vilka enskilda resurser som är mest avgörande för hälsan.

#### *Exponering för riskfaktorer*

Socialt mindre gynnade grupper är i allmänhet utsatta för fler risker, både sådana som är knutna till miljön (66) och risker som är förbundna med

livsstil, exempelvis rökning. Förekomst av denna typ av riskfaktorer kan förklara en viss del av den sociala variationen i hälsa (18).

Exponering för vissa risker förefaller direkt kunna förklaras av bristande resurser. Exempelvis är en individ som har kort utbildning ofta hänvisad till ett arbete med större risker. En person med små inkomster kan ha svårt att köpa en bil med hög säkerhet och utsätter sig därför för större risk i trafiken etc.

Förklaringarna till variationer i livsstil, exempelvis tobaksbruk, är mer sammansatta. Individer som har begränsade resurser har ofta svårare att påverka sin egen situation. De löper större risk för att bli arbetslösa, komma i ekonomisk kris etc. Om tillvaron är mindre förutsägbar är det också mindre ändamålsenligt att ”investera” ekonomiskt och personligt i framtida möjligheter. Att äta en kost som är näringsriktig, att avstå från att röka etc., leder inte till några omedelbara positiva effekter. Det positiva kommer i stället först på sikt. Det kan därför vara ändamålsenligt för en individ med små resurser att ta tillvara de omedelbara ”vinster” olika beteenden ger, i stället för att göra långsiktiga ”investeringar”.

Variationer i exponering för risker och för hälsorelaterade beteenden kan således förklara en del av den sociala variationen av hälsa. Det är dock mindre troligt att skillnader i hälsobeteenden är den dominerade förklaringsgen (18, 67).

#### *Växelverkan mellan olika bestämningsfaktorer*

Sambanden mellan en bestämningsfaktor och förekomst av sjuklighet är ofta beroende av vilka andra exponeringar en individ samtidigt är utsatt för. Detta har en biologisk grund. Kroppens olika mekanismer strävar efter jämvikt. Om individen utsätts för en exponering, exempelvis av influensavirus, strävar kroppen först efter att eliminera viruset. Om detta inte lyckas, försöker kroppen att upprätthålla så mycket jämvikt som möjligt, trots att virus finns i kroppen och individen känner sig sjuk. Detta nya jämviktsläge är inte lika stabilt som det normala.

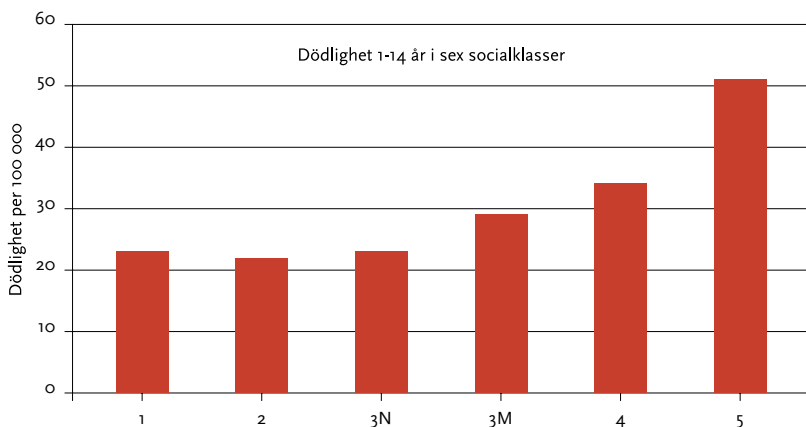
Det innebär att den som redan är sjuk i influensa blir mer känslig för andra exponeringar. Individen kan exempelvis normalt tåla tobaksrök utan att börja hosta. Om samma individ har influensa kan samma mängd rök utlösa ett häftigt hostanfall. De omvända sambanden gäller också. Exponering för tobaksrök, som individen normalt tål, kan fördröja läkning



av influensan. Detta innebär att den samlade effekten av olika riskfaktorer inte sällan kan bli större än summan av de enskilda faktorernas effekter, betraktade var för sig.

En växelverkan mellan olika bestämningsfaktorer kan vara en förklaring till den ökade sjukligheten i socialt mindre gynnade grupper. Ett exempel på detta är risken för psykiska problem bland barn som fötts med mätliga förlossningskomplikationer. Bland barn som växer upp i socialt gynnade familjer verkar sådana komplikationer inte medföra någon ökad risk för psykiska problem. Bland barn i socialt mindre gynnade grupper, däremot, ökar risken markant (68).

Förekomsten av interaktion kan också förklara att sjukligheten i den mest utsatta gruppen är särskilt hög. Figur 10 visar barndödlighet i sex olika socialklasser i Storbritannien. Dödligheten är ungefär lika hög i de tre högsta socialklasserna och ökar sedan något för klass 3M. Den största ökningen påvisas dock mellan den näst lägsta klassen (4) och den lägsta (5). Fenomenet kan inte förklaras av variationer i storlek mellan olika klasser. Den markant större ökningen mellan klass 4 och 5 kan förklaras bättre av att riskfaktorer är ansamlade i klass 5 och av att dessa faktorer interagerar med varandra.



Figur 10. Dödlighet i åldern 1–14 år i sex socialklasser i Storbritannien 1979–1983, efter Spencer, sid. 104 (38).

Interaktionen mellan olika bestämningsfaktorer pekar på att det kan vara mer meningsfullt att relativt ospecifikt söka minska den samlade förekomsten av riskfaktorer och öka den samlade tillgången till skyddsfaktorer, snarare än att koncentrera intresset på ett fåtal bestämningsfaktorer. Det kan således vara mer ändamålsenligt att söka påverka balansen mellan skydds- och riskfaktorer, än att undanröja enstaka riskfaktorer. En hälsofrämjande inriktning, där man söker öka tillgång på skyddsfaktorer, kan därför vara minst lika lämplig som en sjukdomsförebyggande inriktning, som vanligen är inriktad på riskfaktorer.

Detta perspektiv talar också för att det är särskilt angeläget att behandla sjukdom som drabbar individer med mindre gynnad social position. Sjukdomen kan interagera både med redan befintliga biologiska och sociala riskfaktorer, exempelvis marginell position på arbetsmarknaden. Effekten på individens livskvalitet kan därför bli mer omfattande än om sjukdomen drabbar en mer gynnad person.

#### *Psykobiologiska mekanismer*

Det finns två typer av psykobiologiska mekanismer som kan tänkas förklara varför socialt utsatta grupper har sämre hälsa. Den första mekanismen kan betecknas som indirekt och den andra som direkt.

Uppfattningen om en indirekt mekanism utgår från de effekter av påfrestningar ("stress") som har påvisats i form av ökad insöndring av kortisonhormoner och förhöjt blodtryck (69). Dessa effekter är led i kroppens normala anpassning till en påfrestning. Förändringarna är ofta ändamålsenliga och ökar våra möjligheter att klara av olika problem. Dock, om påfrestningen blir långvarig, kan ett förhöjt blodtryck och en ökad insöndring av kortisonhormon öka risken för sjukdom, exempelvis för hjärtinfarkt. Långvarig påfrestning kan även störa regleringen av kortisonhormoner och blodtryck. Normalt sjunker blodtryck och hormonnivåer när påfrestningen har avlägsnats. Dock, om påfrestningen varit långvarig, kan denna normalisering utebli. Denna psykobiologiska mekanism kompletterar ovanstående beskrivning av bristande tillgång till resurser som förklaring till sämre hälsa i socialt mindre gynnade grupper.

Den andra direkta mekanismen bygger på iakttagelsen att en individs upplevelse av låg social position kan påverka individens känslor och att känslorna kan få neurobiologiska effekter som leder till sjukdom. Känslor-

na kan beskrivas som en speciell form av negativ stress där stressorn är den specifika, negativa, upplevelsen av låg social rang. Modellen stödjer sig både på epidemiologisk forskning och på djurförsök. Djurförsöken är avgörande för modellens trovärdighet eftersom endast experiment kan entydigt klargöra om de neurobiologiska effekterna är en följd av låg rang i stället för att det omvända skulle gälla.

Sapolsky och medarbetare har studerat apor som lever vilt. De har visat att apor med låg social position utsöndrar mer kortisonhormon än apor med hög rang (70) och att de således är utsatta för långvarig påfrestning. Detta har ett flertal negativa biologiska effekter. Forskargruppen har också gjort försök där aporna utsätts för kortvariga påfrestningar. Man påvisar då att effekterna både på kortisonhormoner och på blodtryck kvarstår längre på apor med lågt status.

En annan forskargrupp har studerat utveckling av ateroskleros ("åderförkalkning") bland apor (71). Alla apor fick en kost som ökade risken för ateroskleros. De vistades i små grupper och vissa kunde flyttas från en grupp till en annan så att deras sociala position i grupperna ändrades. Blodkärlsförändringar visade sig vara vanligare bland alla apor som bytte grupp. Risken ökade 500 procent om en apa flyttade från en grupp där apan hade hög position till en grupp där deras position blev låg. I det omvända fallet ökade risken endast med 44 procent. Försöket tyder på att låg social position medför ökad risk för blodkärlsförändringar men också på att sambanden är komplexa.

Studierna tyder således på att det kan finnas en direkt negativ biologisk effekt av att inta en låg social position. Betydelsen av denna mekanism bland människor är dock oklar, bl.a. därför att det är svårt att göra experiment på människor. Vidare gör människor, jämfört med apor, mer komplexa tolkningar av sina relationer till andra individer. Det innebär att resultat från studier av apor inte enkelt går att överföra till människa.

#### *Ökad sårbarhet*

Cassel föreslog för mer än 25 år sedan att ökad sårbarhet kan vara en förklaring till den högre sjukligheten i socialt mindre gynnade grupper (72). Tankegången är attraktiv. De flesta sjukdomar är vanligare i socialt mindre gynnade grupper. Dessa sjukdomar har vitt skilda bestämningsfaktorer. Diskussionen förenklas därför av ett antagande om en bakomliggande generell sårbarhet.

Begreppet "sårbarhet" har troligen bidragit till utvecklingen av psyko-biologiska modeller. Det belyser också den interaktion mellan olika bestämningsfaktorer som behandlas ovan. På så sätt är begreppet användbart. Begreppet klargör dock inte om sårbarhet går att påverka eller ej och inte heller vilka mekanismerna är. Därigenom har det begränsad användning i denna diskussion där ojämlikhet i hälsa definieras som potentiellt påverkbara skillnader.

### *Genetik*

En förklaring till ökad ohälsa i socialt mindre gynnade grupper skulle kunna vara varierande arvsanlag. I socialt mindre gynnade grupper skulle sjukdomsanlag kunna tänkas ansamlas över generationerna. En viktig invändning mot denna förklaring är att det inte finns några generella ärftliga anlag för sjuklighet. Anlagen är i stället knutna till specifika former av ohälsa. Under de senaste hundra åren har sjukdomspanoramata ändrats radikalt. De problem som var vanliga i början av detta sekel är ovanliga i dag och vice versa. De moderna sjukdomarna har endast funnits i ett par generationer. Det är alltför kort tid för att selektion skall kunna ha påverkat fördelningen av arvsanlag i befolkningen i nämnvärd omfattning och kan därför inte förklara de socioekonomiska skillnader som finns i det svenska samhället.

### *Omvänt orsakssamband*

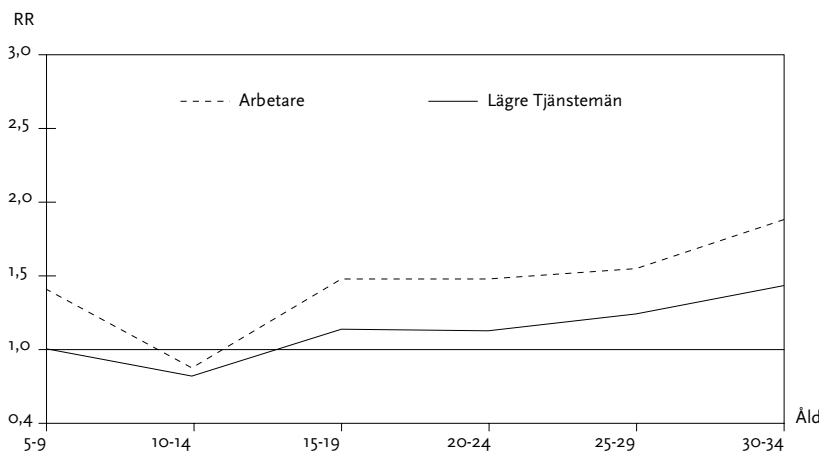
Om ett samband mellan bristfälliga gynnade sociala förhållanden och ohälsa påvisas är det inte självklart om de sociala förhållandena orsakar ohälsa eller om det omvända gäller. En individ som har problem med hälsan kan ha svårare nå en god social position och få goda inkomster. Således är det centralt att klargöra i vilken riktning orsakssambanden, kausaliteten, gäller. Uppenbart kan ohälsa leda till lägre social position. Den avgörande frågan är om detta är en huvudförklaring. Den främsta metoden för att klargöra detta förhållande är longitudinella studier där individer följs under en längre tid. Om låg social position mäts vid ett tillfälle, och sjuklighet vid ett senare, talar detta för att låg social position leder till sjuklighet, snarare än det omvända (73). Så är också vanligen fallet (74). Detta talar för att omvänt kausalitet inte är en huvudförklaring.

### Ett livsloppsperspektiv på sociala skillnader

En viktig fråga är i vad mån sociala skillnader i hälsa vid ett tillfälle i livet är resultat av tidigare erfarenheter, eller om skillnaderna i första hand bestäms av aktuella levnadsvillkor. Det går att närma sig frågan på flera sätt. En väg är att klargöra hur stora skillnaderna är i olika åldrar. Om skillnaderna i första hand hänger samman med tidigare villkor, då skulle man kunna förvänta att skillnaderna gradvis ökar med stigande ålder. En annan väg är att söka bestämma hur mycket olika exponeringar vid ett tillfälle i livet förklarar variationer i hälsa längre fram.

### Sociala skillnader i olika åldrar

De studier som har gjorts beskriver utvecklingen under avgränsade perioder, utveckling under barn- och tonårstiden, i ung vuxen ålder samt i medelåldern och åldrar därefter.



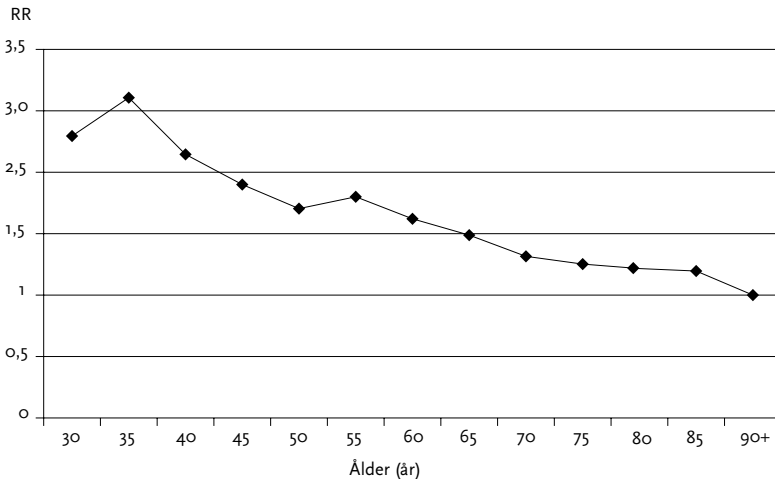
Figur 11. Sociala skillnader för dödlighet för finska män efter ålder, exklusive dödlighet kopplad till alkohol, efter Pensola (76). Referensgruppen är barn till högre tjänstemän med RR = 1,0.

Dödligheten för barn till lägre tjänstemän anges med "—" och barn till arbetare med "----".

De sociala hälsoskillnaderna i Sverige förefaller vara relativt stabila från nyföddhetsperiod fram till 20-årsåldern (75). I en finsk studie påvisas en måttlig ökning av de sociala skillnaderna för dödlighet från tonåren till 33

års ålder, se figur 11 (76), och i en brittisk studie påvisas också en ökning av de sociala skillnaderna för självrapporterad ohälsa från 23 till 33 års ålder (77). De sociala skillnaderna för flera andra självrapporterade problem uppvisar dock ingen ökning (78). En möjlig orsak till ökande sociala skillnader i ung vuxen ålder kan vara övergång från den relativt homogena sociala miljö som präglar skolåren till den betydligt mer varierade erfarenhet som människor möter då de skall etablera sig på arbetsmarknaden.

En annan finsk studie visar att sociala skillnader efter 30–35 års ålder gradvis minskar och är helt eliminerade i de högsta åldrarna (79). Figur 12 visar de sociala skillnaderna i dödlighet bland finska män i olika åldrar. Liknande mönster påvisas för kvinnor. Minskade sociala skillnader med stigande ålder har också påvisats i USA (80), Israel (81) och Sverige (82). I figuren anges de relativa skillnaderna, men eftersom den totala dödligheten ökar markant med stigande ålder, kommer de absoluta sociala skillnaderna i dödlighet att öka. En utveckling med minskande relativa skillnaderna efter 30–35 års ålder är dock knappast den förväntade, eftersom arbetslivet fortsätter att vara differentierat också efter 35 års ålder.



Figur 12. Sociala skillnader för dödlighet för män efter ålder. Skillnaderna uttrycks som kvoten för manuella yrken/ficke-manuella yrken (RR). Efter Martikainen et al. (79).

Dessa förlopp är förenliga med uppfattningen att sociala exponeringar under barndomen kan interagera med senare risker och påverka hälsan längre fram i livet (83).

*Betydelsen av tidiga sociala exponeringar för hälsan längre fram i livet*

Ett flertal studier har visat att socialt ogynnsamma villkor under uppväxten ökar risken för ohälsa senare i livet (84, 85, 86), eftersom den som växer upp under dåliga villkor tenderar att även senare i livet ha en socialt mindre gynnad position. Ökad ohälsa i vuxen ålder skulle kunna förklaras enbart av villkoren i vuxen ålder. I de citerade studierna har man emellertid tagit hänsyn till detta och sökt renodla de direkta effekterna av de tidiga exponeringarna.

Exponeringar för ogynnsamma sociala villkor har betydelse under hela livsloppet även om förhållandena under de första åren troligen har särskilt stor betydelse. Om de sociala villkoren varit dåliga vid upprepade tillfällen betyder det mer än om villkoren varit dåliga endast vid något enstaka tillfälle. En svensk studie visar att medelålders kvinnor, som var exponerad för ogynnsamma sociala villkor sex gånger under sitt liv, hade sex gånger högre risk att drabbas av hjärtinfarkt jämfört med kvinnor som inte hade sådana exponeringar (87). En skotsk studie av medelålders män visade på liknande resultat (88). Män som var exponerade för låg social position tre gånger under livet, hade två gånger högre risk att dö av hjärtinfarkt jämfört med män som inte hade någon erfarenhet av låg social position under livet.

*Familjens sociala och materiella villkor*

De orsakskedjor, som förmedlar hälsoeffekter av sociala förhållanden, tar sin början i familjens sociala och materiella villkor. Familjens ekonomi, föräldrarnas yrken och föräldrarnas utbildning är kopplade till varandra. Det är önskvärt att särskilja ekonomins betydelse från övriga aspekter, eftersom det främst är familjernas ekonomi som är tillgänglig för åtgärder, exempelvis genom transfereringar. En finsk (89) och en brittisk (90) studie tyder på att de ekonomiska villkoren under uppväxten kan ha en självständig betydelse för hälsan i vuxen ålder, även sedan man tagit hänsyn till andra förhållanden. Vidare tyder en brittisk studie på att bostadsförhållanden under barndomen kan ha betydelse för senare ohälsa (91). Socialt mindre gynnade barnfamiljer i Sverige i dag har dock avsevärt bättre ekonomi

och bättre bostäder än familjerna i dessa studier. Frågorna behöver därför analyseras ytterligare.

De sociala och materiella villkoren kan ha direkta biologiska effekter som påverkar risken för sjukdom. Dessa villkor har också psykologiska effekter som påverkar barnens utvecklingen av olika personlighetsdrag. Personlighetsdragen har sedan betydelse för barnens framgång i skolan, och senare i yrkeslivet.

#### *Direkta biologiska effekter*

Under 1800-talet var undernäring och bristande hygieniska förhållanden vanliga i socialt utsatta grupper. Dessa brister gav direkta biologiska förklaringar till en stor del av den ökade sjukligheten i dessa grupper. I dag är undernäring och bristande hygien i stort sett eliminerade problem i Sverige. Det finns därför i dag inga lika uppenbara biologiska förklaringar till den ökade sjukligheten i socialt mindre gynnade grupper.

Åtskilliga studier, som har publicerats under de senaste 15 åren, har tagit sin utgångspunkt i de samband som har påvisats mellan låg födelsevikt och hjärt-kärlsjukdom (92, 93, 94). Låg födelsevikt är vanligare i socialt mindre gynnade grupper. En biologisk präglning under fostertiden skulle därför kunna vara en förklaring till översjuklighet i vuxen ålder. En alternativ förklaring är att de som föds i socialt mindre gynnade familjer också som vuxna ofta fortsätter att leva under ogynnsamma sociala villkor. Men även när man tagit hänsyn till detta förhållande kvarstår sambandet.

De flesta författare misstänker att bristande näringstillförsel förklarar sambandet (92). Studier av de barn som föddes i Holland 1944–1945 under en period av svält ger stöd för denna hypotes eftersom dessa barn som vuxna visats ha ökad risk för hjärt-kärlsjukdom (95).

I ett flertal analyser har samband påvisats mellan socialt mindre gynnande förhållanden och begränsad längdtillväxt under barndomen (96) och kortare slutlängd i vuxen ålder (97, 98). Samband har också påvisats mellan begränsad kroppsväxt och sjuklighet i vuxen ålder, även sedan man tagit hänsyn till olika sociala förhållanden i vuxen ålder (98, 99). De sociala villkoren under uppväxten har således en direkt bestående effekt i form av mindre kroppslängd som i sin tur markerar en ökad risk för sjuklighet, framför allt i hjärt-kärlsjukdom (98, 99).



För att kunna ligga till grund för förebyggande insatser krävs inte bara att man fastställer att kort kroppslängd är en riskfaktor för sjuklighet utan även kunskap om varför socialt sämre villkor leder till lägre kroppstillväxt. Det är mindre troligt att sämre näringsförhållanden skulle vara en förklaring i dag i Sverige. En möjlig mekanism kan vara en lägre utsöndring av tillväxthormon bland barn som lever med psykologiska påfrestningar (100). Åtgärden skulle då vara att minska dessa påfrestningar och det är motiverat även utan eventuella effekter på kroppstillväxt.

Vissa former av cancer är vanligare bland individer med god längdtillväxt under barndomen och således vanligare i socialt gynnade grupper (99, 101, 102). Det är troligt att effekten förmedlas av god näringstillgång (103), men tveksamt om det i dag finns så stora skillnader i näringsintag under uppväxten att detta skulle kunna påverka variationer i den framtida sjukligheten.

Studier av cancer bland invandrare till Sverige tyder på att miljön under de första åren påverkar risken att insjukna i vissa former av cancer i vuxen ålder (104). Iakttagelsen kan ligga till grund för studier av orsaker till cancer. Dagens kunskaper är dock inte tillräckliga för att förebyggande insatser skall kunna utformas.

#### *Psykologiska mellanled*

De samband som påvisats mellan förekomst av familjekonflikter och senare ohälsa talar för att psykologiska mekanismer kan förmedla effekterna av en socialt mindre gynnad uppväxt (105). Detta gäller möjligen även för ökningen av ohälsan bland individer som vuxit upp i en familj med endast en förälder (106). Kunskap om de förmedlande faktorerna krävs för utformning av förebyggande insatser.

En holländsk undersökning av Bosma och medarbetare pekar på hur utveckling av olika psykologiska drag kan förklara en del av sambandet mellan uppväxtförhållanden och hälsa senare i livet (107). En person som inte uppfattar sig kunna påverka de egna villkoren, som har en snäv omvärldsuppfattning och som i första hand reagerar känslomässigt på olika påfrestningar, tenderar att som vuxen ha sämre självrapporterad hälsa. Det finns en omfattande psykologisk litteratur som visar att individer som växer upp under ogynnsamma sociala förhållanden oftare utvecklar flera av dessa personlighetsdrag (108). Utveckling av dessa personlighetsdrag skulle således kunna förklara varför hälsan blir sämre i

socialt mindre gynnade grupper. I Bosmas och medarbetarens undersökning tillfrågades de undersökta dock först i efterhand om sin hälsa. Det finns därför risk för att de samband som påvisats är skenbara.

Resultat från studier där individer följts under ett helt livslopp ger betydligt säkrare resultat. Den främsta undersökningen av denna typ gäller en grupp välbegåvade nordamerikanska barn i som följts under 75 år från 6–17 års ålder. Studien visar att tre personlighetsdrag i hög grad kunde förklara individernas överlevnad, även sedan man tagit hänsyn till andra förhållanden som kunnat påverka resultaten (109). De individer som levt längst var samvetsgranna, var inte påtagligt gladlynta och var känslomässigt stabila (de sista gällde främst pojkar). Den skyddande effekten av samvetsgrannhet kunde inte förklaras av att dessa individer utsatte sig för mindre risker för olycksfall eller av andra hälsorelaterade beteenden (110). Dessa personlighetsdrag förefaller vara mer vanliga bland barn som växer upp under socialt gynnade förhållanden (108).

Studien av de amerikanska barnen visar också att individer med god kognitiv förmåga lever längre (111). God kognitiv utveckling är vanligare bland barn som växte upp under socialt gynnade förhållanden (112, 113). Kognitiv förmåga kan således vara ytterligare en psykologisk egenskap som bidrar till den bättre hälsan i socialt gynnade grupper.

Den finns inga andra studier publicerade där man registrerat psykologiska egenskaper under barndomen och följt individernas dödlighet. Däremot finns studier där man följt utvecklingen av individernas psykiska hälsa. I en undersökning från Kalifornien har man följt en grupp tonåringar tills de kommit upp i 60-årsåldern. Tonåringar som hade god förmåga att planera, var samvetsgranna och pålitliga, hade god social förmåga och gott självförtroende, hade bäst psykisk hälsa under livsloppet (114).

De skyddande psykiska egenskaper som framträder i dessa studier förefaller delvis att sammanfalla. Ett tema som återkommer i flera studier rör individens tilltro till den egna förmågan att påverka sin egen situation och därigenom förmågan till att planera. Det är troligt att en sådan tilltro främjas av erfarenheter av att faktiskt kunna genomföra det individen föresatt sig (115). Att lyckas med något hänger delvis samman med omfattningen av de resurser som individen förfogar över. Individer med låg social position förfogar över mindre resurser. Det är därför inte svårt att förstå att de utvecklar en lägre tilltro till den egna förmågan.

Ett flertal av de psykologiska egenskaper som beskrivs ovan, exempelvis förmågan att planera och tänka långsiktigt, gynnar framgång i skolan. Prestationer i skolan påverkar i sin tur möjligheten till högre studier, individens sociala position som vuxen och därigenom hälsan (116). Olika utveckling av hälsorelaterade beteenden är en del av denna mekanism eftersom framgång i skolan medför minskad risk för ett flertal riskbeteenden, med rökning som ett exempel (117). Förekomst av hälsorelaterade beteenden förklarar dock endast en del av sambandet mellan framgång i skolan och hälsa i vuxen ålder.

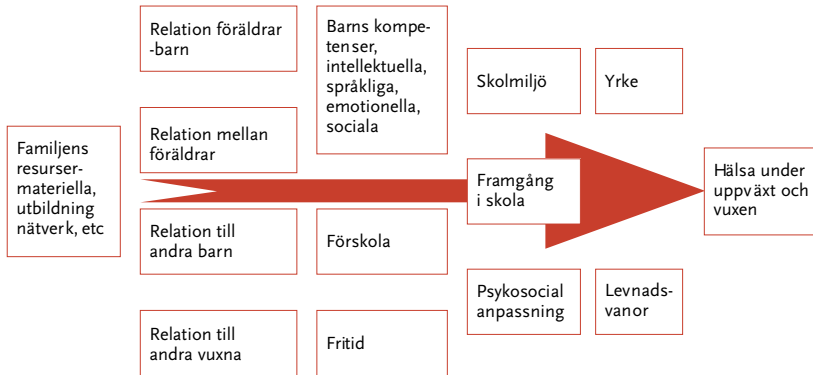
Skolmiljön kan i varierande omfattning främja utveckling av de psykologiska egenskaper som skyddar mot senare ohälsa. Detta gäller exempelvis för utveckling av självförtroende och förmåga att planera (118). Skolan har således en betydande potential till att minska hälsoskillnader. Skolan har dock en sammansatt roll i ett modernt samhälle. En uppgift är att ge alla barn likvärdiga förutsättningar för det fortsatta livet. Samtidigt är det under skoltiden som barnen skiktas i de olika utbildningsgrupper som efterhand leder till olika positioner i vuxenlivet.

En god social förmåga gynnar utveckling av sociala nätverk. Sociala nätverk, som utvecklas under barndomen, har betydelse för inflytande, position inom arbetsmarknaden och möjligheterna att generera resurser i vuxen ålder. Barn som växer upp i familjer med hög social position har oftast ett bredare socialt nätverk som inkluderar fler betydelsefulla personer jämfört med barn i familjer med låg position (119).

Grundat på dessa studier av tänkbara bestämningsfaktorer och orsaksförlopp kan en modell formuleras. Denna modell återges i figur 13.

### *Varför varierar hälsan mellan kvinnor och män?*

Huvudfrågan är i vilken omfattning könsskillnader i hälsa kan tillskrivas genetiska faktorer, inlärda förhållningssätt, sociala förhållanden samt samspel mellan dessa faktorer (120). Frågan är betydelsefull eftersom den definition av ojämlikhet som används förutsätter att skillnaderna går att påverka. Detta innebär att orsaken till varje enskild könsskillnad måste prövas. Frågor om kön och hälsa har behandlats i två aktuella böcker (121, 122) och kommer att analyseras i kommande skrifter från Statens folkhälsoinstitut.



*Figur 13. En modell som beskriver orsakskedjor som förklarar samband mellan social position för familjen under individens uppväxt och förekomst av ohälsa senare under livsloppet.*

## Forskningsbehov

Det centrala behovet är att klargöra vilka mekanismer som förmedlar hälsoeffekter av mindre gynnsamma levnadsvillkor. Det är troligt att mekanismerna delvis skiljer sig åt olika hälsoproblem emellan (123) och därför motiverar att genomföra sådana studier specifikt för olika sjukdomar. Särskilt viktigt är det att söka klargöra vilka mekanismer som förmedlar effekter av ogynnsamma tidiga levnadsår eftersom möjligheten till förebyggande insatser kan vara särskilt stora under denna åldersperiod.

I denna genomgång presenteras teoretiska argument för att skillnaderna i hälsa minskar då folkhälsan förbättras. Detta samband bör närmare analyseras, i första hand med hjälp av redan publicerade studier. Bedömning av denna fråga har stor betydelse för utveckling av nationella och regionala folkhälsostrategier.

I kapitlet beskrivs två traditioner för att analysera socialt betingade hälsoskillnader, en epidemiologisk tradition och en hälsoekonomisk. Flera argument talar för koncentrationsindex som mått för att följa förändringar av ojämlikhet i hälsa över tid trots att de analyser som hittills gjorts främst har beskrivit skillnader som relativa risker. Empiriska jämförelser mellan dessa två typer av mått har inte presenterats. Därför vore det värdefullt att

analysera utvecklingen av de socialt betingade skillnaderna i livslängd i Sverige under senare delen av 1900-talet, med båda dessa metoder.

Forskningen inom området har i första hand fokuserat på att söka förklara samband mellan socioekonomisk position, exempelvis mätt som yrkesstillhörighet, och ohälsa. Denna genomgång tyder på att andra källor till variation också kan vara betydelsefulla, exempelvis regionala skillnader inom landet, som inte direkt förklaras av variationer i yrkespositioner. Att medellivslängden i Bollebygd är 7 år längre än i Arjeplog kan inte i första hand tillskrivas olika yrkessammansättning i de två kommunerna. Därför är det motiverat att söka förklara de mekanismer som förmedlar den samlade variationen i hälsa inom befolkningen (mätt med statistiska spridningsmått).

## Medverkande

Bernt Lundgren har skrivit avsnittet om sociologiska teorier som förklarar social skiktning. Sarah Wamala har bidragit till texten om betydelsen av tidiga sociala exponeringar för hälsan längre fram i livet. Denny Vägerö, CHESS, Stockholm och Johan Hallquist, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, har bidragit med viktiga synpunkter liksom Christer Hogstedt och Ylva Arnhof.

## Referenser

1. *Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
2. *World Health Organisation. Health 21 – health for all in the 21st century*. Copenhagen: WHO Europe, 1998.
3. *International Society for Equity in Health. Web page 2002*. URL: <http://www.iseqh.org/en/index.htm>.
4. Pfeffer N. Theories of race, ethnicity and culture. *BMJ* 1998; 317:1381–1384.

5. Bhopal R, Donaldson L. White, European, Western, Caucasian, or what? Inappropriate labeling in research on race, ethnicity, and health. *Am J Public Health* 1998;88:1303–1307.
6. Spencer N. 'Race', ethnicity, poverty and child health. I: Spencer N, red. *Poverty and child health*. Oxford: Radcliff, 1996:133.
7. Rothstein B. *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. SNS, 1994.
8. Rothman K, Greenland S. *Modern Epidemiology*. Boston: Little Brown and Co, 1998.
9. Ahlbom A, Norell S. *Grunderna i epidemiologi*. Lund: Studentlitteratur, 1991.
10. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. *Grundläggande epidemiologi*. Lund: Studentlitteratur, 1995.
11. Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med* 1991;33:545–557.
12. Humphries KH, van Doorslaer E. Income-related health inequality in Canada. *Soc Sci Med* 2000;50:663–671.
13. *Socialdepartementet. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén (SOU 2000:91). Stockholm: Socialdepartementet, 2000.
14. *World Health Organisation. Hälsa för alla – mål för Europa*. Köpenhamn: World Health Organisation, 1998.
15. Nilstun T. Folkhälsoarbete och etik. *Socialmedicinsk Tidskrift* 1993;70:83–88.
16. Rawls J. *A theory of justice*. New York: Harvard University Press, 1989.
17. Andersson F, Lyttkens CH. Preferences for equity in health behind a veil of ignorance. *Health Econ* 1999;8:369–378.
18. Stronks K, van de Mheen H, Mackenbach JP. Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness* 1996;18:653–674.

19. *Socialdepartementet. Del II. Världens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.* SOU 1993:93. Stockholm: Socialdepartementet, 1993.
20. Walzer M. *Spheres of justice. A defence of pluralism and equality.* New York: Basic Book, Inc, 1983.
21. Sen A. *Equality of what?* Oxford: Oxford University Press, 1980.
22. Marx K. *Till kritiken av den politiska ekonomin.* Stockholm: Arbetarkulturs Förlag, 1955.
23. Marx K. *Kapitalet. Kritik av den politiska ekonomin. Första boken. Kapitets produktionsprocess.* Uddevalla: Bo Cavefors Bokförlag, 1970.
24. Månsson P. Max Weber. I: Andersen H, Kaspersen LB, red. *Klassisk och modern samhällsteori.* Lund: Studentlitteratur, 1999.
25. Weber M. *Class, status, party. I: Gerth HH, Mils CW, red. From Max Weber: Essays in sociology.* New York: Routledge and Kegan Paul, 1958.
26. Thomsen J, Andersen H. Modern marxistisk teori. I: Andersen H, Kaspersen LB, red. *Klassisk och modern samhällsteori.* Lund: Studentlitteratur, 1999.
27. Wright EO. *Class, Crisis and the State.* London: New Left Books, 1978.
28. Wright EO. *Classes.* London: Verso, 1985.
29. Erikson R, Goldthorpe JH. *The Constant Flux; A Study of Class Mobility in Industrial Societies.* Oxford: Clarendon Press, 1993.
30. Berglund T, Schedin S. Social klass och arbete. I: Hansen L, Orban P, red. *Arbetslivet.* Lund: Studentlitteratur, 2002.
31. Mackenbach J, Kunst A. *Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe.* Soc Sci Med 1997;44:757-771.
32. Anand S, Diderichsen F, Evans T, et al. Measuring Disparities in Health: Methods and Indicators. I: Evans T, Margaret Whitehead, Finn Diderichsen,

- Abbas Bhuiya, Wirth M, red. *Challenging Inequities in Health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press, 2001:49–67.
33. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic Position. I: Berkman L, Kawachi I, red. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:3–35.
  34. Bihagen E, Halleröd B. The crucial aspects of class: An assessment of the relevance of class in Sweden from the 1970's to the 1990's. *Work, Employment and Society* 2000;14:307–330.
  35. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 1997;349:1655–1659.
  36. Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy by social class, 1972–1999. *Health Statistics Quarterly* (UK) 2002;15 (Autumn).
  37. Manor O, Matthews S, Power C. Comparing measures of health inequality. *Soc Sci Med* 1997;45:761–771.
  38. Spencer N. *Poverty and child health*. Oxford: Radcliff, 1996.
  39. Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. *Sjukdomsbördan i Sverige – en svensk DALY-kalkyl*. Stockholm: Karolinska Institutet, Folkhälsoinstitutet, Epidemiologiskt Centrum, Stockholms läns landsting, 1999.
  40. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–861.
  41. Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. Two views of self-rated general health status. *Soc Sci Med* 2003;56:203–217.
  42. Sen A. Health: perception versus observation. Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. *BMJ* 2002;324:860–861.
  43. Manderbacka K, Lahelma E, Martikainen P. Examining the continuity of self-rated health. *Int J Epidemiol* 1998;27:208–213.
  44. Murray C, Lopez A. *Global burden of disease. Vol 1*. Harvard: Harvard University Press, 1996.



45. *World Health Organisation. World health report 2000.* Geneva: World Health Organisation, 2000.
46. Hjern A, Bremberg S. Social aetiology of violent deaths in Swedish children and youth. *J Epidemiol Comm Health* 2002;56:688–692.
47. Mackenbach JP, Gunning-Schepers LJ. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated? *J Epidemiol Community Health* 1997;51:359–364.
48. Bremberg S, red. *Barnrapporten. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdom i Stockholms län.* Stockholm: Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 1998.
49. Haynes R, Lovett A, Reading R, et al. Use of homogeneous social areas for ecological analyses. A study of accident rates in pre-school children. *European Journal of Public Health* 1999;9:218–222.
50. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980;303:130–135.
51. Wildman J. The impact of income inequality on individual and societal health: absolute income, relative income and statistical artefacts. *Health Econ* 2001;10:357–361.
52. Murray CJ, Frenk J, Gakidou EE. Measuring health inequality: challenges and directions. I: Leon D, Walt G, red. *Poverty, inequality and health. An international perspective.* Oxford: Oxford University Press, 2001:194–216.
53. Gakidou EE, Murray CJ, Frenk J. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bull World Health Organ* 2000;78:42–54.
54. Landmann Szwarcwald C. On the World Health Organisation's measurement of health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:177–182.
55. Leon D, Walt G. Poverty, inequality and health in international perspective: a divided world? I: Leon D, Walt G, red. *Poverty, inequality and health. An international perspective.* Oxford: Oxford University Press, 2001:1–16.

56. Johansson P. *An introduction to modern welfare economics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
57. Gakidou EE, King G. Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences. *Int J Equity Health* 2002;1:3.
58. Braveman P, Krieger N, Lynch J. Health inequalities and social inequalities in health. *Bull World Health Organ* 2000;78:232–234.
59. Murray CJ, Gakidou EE, Frenk J. Response to P. Braveman et al. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:234–235.
60. Asada Y, Hedemann T. A Problem with the Individual Approach in the WHO Health Inequality Measurement. *Int J Equity Health* 2002;1:2.
61. van Doorslaer E, Koolman X. *SES-related inequality in health in EU. Abstract*. Toronto: 2nd International conference of Iseqh, 2002.
62. Wagstaff A, Paci P, Joshi H. *Inequalities in health: Who you are? Where you live? Or who your parents were?* Evidence from a cohort of British 33-year olds. Working Paper No. 2713. Washington: World Bank, URL: [http://econ.worldbank.org/files/3003\\_wps2713.pdf](http://econ.worldbank.org/files/3003_wps2713.pdf), 2001.
63. WHO/OMS. *World health health chart*. URL: <http://www.whc.ki.se>, 2001.
64. Statistiska centralbyrån. *Undersökningar av levnadsförhållanden – ULF 2002*. URL: <http://www.scb.se/tjanster/register/ulf.asp>.
65. Bourdieu P. *Distinction*. London: Routledge, 1986.
66. Beck U. *Risk society. Towards a new modernity*. London: Sage, 1992.
67. Lantz PM, Lynch JW, House JS, et al. Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. *Soc Sci Med* 2001;53:29–40.
68. Fan AP, Eaton WW. Longitudinal study assessing the joint effects of socioeconomic status and birth risks on adult emotional and nervous conditions. *Br J Psychiatry Suppl* 2001;40:78–83.
69. Allebeck P, Diderichsen F, Theorell T, red. *Socialmedicin och psykosocial medicin*. Lund: Studentlitteratur, 1998.

70. Sapolsky RM. Endocrinology alfresco: psychoendocrine studies of wild baboons. *Recent Prog Horm Res* 1993;48:437–468.
71. Shively CA, Clarkson TB. Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys. *Arterioscler Thromb* 1994;14:721–726.
72. Cassel J. Vulnerability: The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976;104:107–123.
73. Hill AB. *Principles of medical statistics, 9th edition*. London: Oxford University Press, 1971:309–323.
74. Marmot M. The social pattern of health and disease. I: Blane D, Brunner E, Wilkinsson R, red. *Health and social organization*. London: Routledge, 1996:42–67.
75. Bremberg S. *Sociala skillnader i ohälsa bland barn i Sverige – en litteraturöversikt*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2002.
76. Pensola T. Mortality differences by parental social class from childhood to adulthood. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:525–529.
77. Power C, Manor O, Matthews S. The duration and timing of exposure: effects of socioeconomic environment on adult health. *Am J Public Health* 1999;89:1059–1065.
78. Power C, Hertzman C, Matthews C, et al. Social differences in health: Life-cycle effects between ages 23 and 33 in the 1958 British Birth Cohort. *Am J Public Health* 1997;87:1499–1503.
79. Martikainen P, Makela P, Koskinen S, et al. Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *Int J Epidemiol* 2001;30:1397–1405.
80. Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. The shape of the relationship between income and mortality in the United States. Evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol* 1996;6:12–20.
81. Manor O, Eisenbach Z, Peritz E, et al. Mortality differentials among Israeli men. *Am J Public Health* 1999;89:1807–1813.

82. Gerdtham UG, Johannesson M. Income-related inequality in life-years and quality-adjusted life-years. *J Health Econ* 2000;19:1007–1026.
83. Holland P, Berney L, Blane D, et al. Life course accumulation of disadvantage: childhood health and hazard exposure during adulthood. *Soc Sci Med* 2000;50:1285–1295.
84. Power C, Manor O, Fox J. *Health and class: the early years*. London: Chapman & Hall, 1991.
85. van de Mheen H, Stronks K, Looman CW, et al. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:15–19.
86. Smith GD, Gunnell D, Ben-Shlomo Y. Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality. I: Leon D, Walt G, red. *Poverty, inequality and health. An international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001:88–124.
87. Wamala SP, Lynch J, Kaplan GA. Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study. *Int J Epidemiol* 2001;30:275–284.
88. Hart CL, Smith GD, Blane D. Inequalities in mortality by social class measured at 3 stages of the lifecourse. *Am J Public Health* 1998;88:471–474.
89. Rahkonen O, Lahelma E, Huuhka M. Past or present? Childhood living conditions and current socioeconomic status as a determinant of adult health. *Soc Sci Med* 1997;44:327–336.
90. Hobcraft J, Kiernan K. Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion. *Br J Sociol* 2001;52:495–517.
91. Dedman DJ, Gunnell D, Davey Smith G, et al. Childhood housing conditions and later mortality in the Boyd Orr cohort. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:10–15.
92. Vägerö D. *Hur påverkar biologiska och sociala förhållanden tidigt i livet hälsan i vuxen ålder?* Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.

93. Barker DJ. Early growth and cardiovascular disease. *Arch Dis Child* 1999;80:305–307.
94. Leon DA, Lithell HO, Vagero D, et al. Reduced fetal growth rate and increased risk of death from ischaemic heart disease: cohort study of 15 000 Swedish men and women born 1915–29. *BMJ* 1998;317:241–245.
95. Roseboom TJ, van der Meulen JH, Osmond C, et al. Coronary heart disease after prenatal exposure to the Dutch famine, 1944–45. *Heart* 2000;84:595–598.
96. Cernerud L. Are there still inequalities in height and body mass index in Stockholm children? *Scand J Soc Med* 1994;22:161–165.
97. Nyström-Peck M. *Childhood class, body height and adult health: studies on the relationship between childhood social class, adult height and illness and mortality in adulthood*. Stockholm: Swedish Institute for Social Research, 1994.
98. Wamala SP, Mittleman MA, Horsten M, et al. Short stature and prognosis of coronary heart disease in women. *J Intern Med* 1999;245:557–563.
99. Gunnell DJ, Davey Smith G, Frankel S, et al. Childhood leg length and adult mortality: follow up of the Carnegie (Boyd Orr) Survey of Diet and Health in Pre-war Britain. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:142–152.
100. Dahl RE, Birmaher B, Williamson DE, et al. Low growth hormone response to growth hormone-releasing hormone in child depression. *Biol Psychiatry* 2000;48:981–988.
101. Davey Smith G, Hart C, Upton M, et al. Height and risk of death among men and women: aetiological implications of associations with cardiorespiratory disease and cancer mortality. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:97–103.
102. Macleod J, Davey Smith G, Heslop P, et al. Are the effects of psychosocial exposures attributable to confounding? Evidence from a prospective observational study on psychological stress and mortality. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:878–884.

103. Albanes D. Height, early energy intake, and cancer. Evidence mounts for the relation of energy intake to adult malignancies. *BMJ* 1998;317:1331–1332.
104. Hemminki K, Li X. Cancer risks in second-generation immigrants to Sweden. *Int J Cancer* 2002;99:229–237.
105. Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Soc Sci Med* 1993;36:1047–1052.
106. Sauvola A, Makikyro T, Jokelainen J, et al. Single-parent family background and physical illness in adulthood: a follow-up study of the Northern Finland 1966 birth cohort. *Scand J Public Health* 2000;28:95–101.
107. Bosma H, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *BMJ* 1999;318:18–22.
108. Rutter M, Rutter M. *Developing Minds*. London: Penguin, 1993.
109. Schwartz JE, Friedman HS, Tucker JS, et al. Sociodemographic and psychosocial factors in childhood as predictors of adult mortality. *Am J Public Health* 1995;85:1237–1245.
110. Friedman HS, Tucker JS, Schwartz JE, et al. Childhood conscientiousness and longevity: health behaviors and cause of death. *J Pers Soc Psychol* 1995;68:696–703.
111. Whalley L, Deary IJ. Longitudinal cohort study of childhood IQ and survival up to age 76. *BMJ* 2001;322:1–5.
112. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Dev* 1994;65:296–318.
113. Kaplan GA, Turrell G, Lynch JW, et al. Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood. *Int J Epidemiol* 2001;30:256–263.
114. Clausen JS. Adolescent competence and the shaping of the life course. *Am J Sociology* 1991;96:805–842.
115. Bandura A. *Self-efficacy: The Exercise of Control*. Basingstoke: W H Freeman & Co, 1997.

116. Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med* 1997;44:809–819.
117. Koivusilta LK, Rimpela AH, Rimpela MK. Health-related lifestyle in adolescence-origin of social class differences in health? *Health Educ Res* 1999;14:339–355.
118. Bremberg S. *Bättre hälsa för barn och ungdom. En strategi för de sämst ställda*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet-Gothia, 1999:143.
119. Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. *Am J Sociology* 1988;94:95–120.
120. Hammarström A, Härenstam A, Östlin P. Kön och ohälsa – begrepp och förklaringsmodeller. I: Östlin P, Danielsson M, et al, red. *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader i hälsa ur ett folkhälso-perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 1996.
121. Wamala S, Lynch J, red. *Gender and social inequalities in health. A public health issue*. Lund: Studentlitteratur, 2002.
122. Sen G, George A, Östlin P. Engendering health equity: A review of research and policy. I: Sen G, George A, Ostlin P, red. *Engendering International Health: The Challenge of Equity*. Cambridge: MIT Press, 2002.
123. Leon D, Walt G, red. *Poverty, inequality and health. An international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

3.

## ARBETSMARKNADSPOSITION OCH HÄLSA





# 3.

## ARBETSMARKNADSPPOSITION OCH HÄLSA *Mona Backhans*

---

### Sammanfattning

Syftet med detta kapitel är att sammanfatta kunskapsläget vad gäller arbetsmarknadsposition, definierad som grad av anknytning till arbetsmarknaden, som bestämningsfaktor för hälsa. Kapitlet inleds med en bakgrund där större förändringar på arbetsmarknaden under de senaste decennierna samt den svenska arbetsmarknadspolitiken beskrivs. Sedan följer en genomgång av sambandet mellan arbetsmarknadsposition och hälsa. Denna översikt har inte som ambition att vara heltäckande, betoning ligger på nyare svenska studier. Från marginaliserings- och hälsosynpunkt är det av särskilt intresse att följa grupper med långvarigt svag position på arbetsmarknaden. Dessa tas upp i ett särskilt avsnitt. Baserat på översikten om samband mellan arbetsmarknadsposition och hälsa föreslås mått och indikatorer inom området. En genomgång av befintlig statistik inom området finns i en särskild bilaga.

Utifrån en granskning av hälsoeffekter, indikatorns relevans, validitet i förhållande till bestämningsfaktorn, mätbarhet, entydighet och påverkbarhet har ett mindre antal indikatorer valts ut:

- Antal och andel sysselsatta i arbetskraften.
- Antal och andel sysselsatta i olika sektorer och näringsgrenar.
- Andel av de sysselsatta med tidsbegränsade anställningar uppdelat på projekt-/provanställda, vikariat samt övriga.
- Antal och andel öppet arbetslösa i arbetskraften.
- Andel långtidsarbetslösa samt långtidsinskrivna i arbetskraften.

En diskussion inleds också om hur man kan följa upp arbetsmarknadspolitiken ur ett hälsoperspektiv. Denna bredare utvärderingsinsats har bara berörts kortfattat och området bör utvecklas betydligt i FHI:s fortsatta arbete.

## Inledning

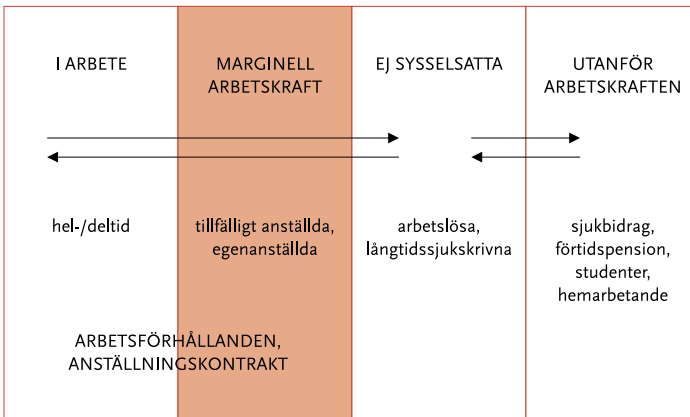
En effektiv arbetsmarknad med en hög generell sysselsättningsgrad är en förutsättning för en generös välfärdspolitik (1). Den centrala roll som arbetsmarknaden spelar för välfärdssystemet speglas i arbetsmarknadspositionens roll för individen – både för ekonomi, identitet och social förankring. Med arbetsmarknadsposition menas här grad av anknytning till arbetsmarknaden.

1990-talets välfärdsförändringar är i högsta grad knutna till olika aspekter av arbete och försörjning. Den kraftiga ökningen av arbetslösheten under tidigt 1990-tal fick direkta konsekvenser för de hundratusentals människor som förlorade sina arbeten eller inte kunde komma in på arbetsmarknaden (2). Arbetslöshetens negativa effekter på individens hälsa är väl belagda, och ökad arbetslöshet påverkar även arbetsförhållandena för de sysselsatta genom t.ex. ökat övertidsarbete och stress (3). Trots högkonjunktur och sjunkande arbetslöshet ligger sysselsättningsnivåerna kvar långt under det sena 1980-talets nivåer. Andra oroande faktorer på arbetsmarknaden är försämringar i den psykosociala arbetsmiljön, samt den kraftigt ökande sjukskrivningen sedan 1997. Antalet tidsbegränsade anställningar har ökat och många med osäkra anställningsförhållanden har en problematisk ekonomisk situation med ökad risk för ohälsa.

Nationella folkhälsokommittén påpekar att människors livsvillkor i vårt samhälle i hög grad är knutna till och beroende av det betalda arbetet. Förvärvsarbete är avgörande för våra möjligheter att bli delaktiga i samhällets aktiviteter, liksom att utveckla relationer till andra människor (4). Svag anknytning till arbetsmarknaden påverkar den personliga ekonomin på både kort och lång sikt. Gemensamt för vanliga definitioner på marginalisering eller social exkludering är varaktiga arbetsmarknadsproblem (5), något som påverkar både individer, familjer och lokalsamhället.

Syftet med detta kapitel är att sammanfatta kunskapsläget vad gäller

arbetsmarknadsposition, definierad som grad av anknytning till arbetsmarknaden, som bestämningsfaktor för hälsa. Översikten har inte som ambition att vara heltäckande, betoning ligger på nyare svenska studier. Utifrån detta föreslås mått och indikatorer för en uppföljning av relevanta bestämningsfaktorer. Fokus ligger på arbetsmarknadspositionens betydelse, medan samband mellan *arbetsförhållanden* och hälsa inte kommer att beröras. Sjukskrivning bör främst ses som utfallsmått, en hälsoindikator med fokus på relationen mellan individ och arbetsplats. Det är en hypotes att sjukskrivning i sig kan vara negativ för individens hälsoutveckling men här saknas i stort kunskapsunderlag (6). Sjukförsäkringsområdet kommer därför inte heller att behandlas i detta kapitel.



Modifierad från Berglind (7)

**Figur 1. Grupper på och utanför arbetsmarknaden.**

Figurens kategorier är ordnade efter grad av förankring på arbetsmarknaden. De två förstafälten inbegriper ”människor i arbete”, antingen hel- eller deltid. I den ”grå zonen” finner vi människor i olika typer av tillfälliga anställningar – projektanställda, vikarier, behovsanställda, säsongsanställda. Här finner vi också vissa egenanställda. Bland de ej sysselsatta finner vi människor som slagits ut från arbetsmarknaden, tillfälligt eller långvarigt. Arbetslösa inkluderar öppet arbetslösa och de som deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Bland de ej sysselsatta finner vi även långtidssjukskrivna. De tre hittillsvarande kategorierna räknas alla som i arbetskraften.

Kategorin utanför arbetskraften omfattar personer med sjukbidrag eller förtidspension, men även studenter, hemarbetande och andra som inte arbetar men inte heller är arbetssökande. Det är sällsynt att man återgår till arbete från sjukbidrag eller förtidspension (7).

Denna indelning skiljer sig från SCB:s statistik på så sätt att de långvarigt sjukskrivna där räknas som sysselsatta men tillfälligt frånvarande. I SCB:s Arbetskraftsundersökningar (AKU) kan man dock inte skilja korttidsfrånvaro från långvarig sjukskrivning. Vi menar dock, i enlighet med HpH-utredningens förslag, att långvarigt sjukskrivna bör föras ur kategorin sysselsatta, och föredrar alltså termen ”i arbete”. Vissa arbetslösa i åtgärder i AKU:s statistik räknas som antingen sysselsatta eller ej i arbetskraften (studerande).

Kapitlet inleds med en bakgrund där större förändringar på arbetsmarknaden under de senaste decennierna samt den svenska arbetsmarknadspolitiken beskrivs översiktligt. Med utgångspunkt från figur 1 och resonemanget i inledningen kommer först utvecklingen i de olika kategorierna över tid att kort beskrivas. Som nämnts kommer långtidssjukskrivning och förtidspensionering inte att inbegripas i denna översikt. Sedan följer en genomgång av sambandet mellan arbetsmarknadsposition och hälsa utifrån hypoteser och empiriska studier av främst svenskt material. Kommittén Valfärdsbokslut har identifierat vissa grupper som halkat efter övriga efter 1990-talets krisår trots återhämtningen – ungdomar, utrikes födda och ensamstående mödrar. Gemensamt för dessa är att deras relation till arbetsmarknaden har blivit svagare (8). Det gäller både sysselsättning och anställningskontrakt. Grupper med svag position på arbetsmarknaden tas upp i ett särskilt avsnitt. Sedan följer förslag på indikatorer för att följa upp relevanta bestämningsfaktorer.

En diskussion inleds också om hur man kan följa upp arbetsmarknadspolitiken ur ett hälsoperspektiv. Denna mer breda utvärderingsinsats har bara berörts kortfattat och området bör utvecklas betydligt i institutets fortsatta arbete. Detta kapitel kan ses som ett underlag för ett sådant arbete. En intressant aspekt är exempelvis i vilken utsträckning hälsoaspekter i dag vägs in i politikområdet.

## Bakgrund

### *Utvecklingen på arbetsmarknaden*

Under de senaste 30 åren har arbetsmarknaden genomgått omfattande förändringar, drivna av strukturomvandlingar inom ekonomin. Viktiga faktorer som har förändrat efterfrågan på arbetskraft är (9, 10, 11):

1. Den teknologiska utvecklingen. I synnerhet den nya informations- och kommunikationsteknologin har inneburit rationaliseringar och en omstrukturering av arbetet inom både industrin och tjänsteproduktionen.
2. Ökad internationell handel/globalisering som en följd av minskade transportkostnader, minskade handelshinder och ökad konkurrens från de s.k. NIC-länderna (newly industrialised countries) har lett till skärpta vinstkrav.
3. Förändringar av arbetsorganisationen, som drivs på av IT-utvecklingen och hårdnande konkurrens, innebär både högre krav på formell kompetens och att faktorer som kommunikativ förmåga, social kompetens och arbetslivserfarenhet blivit viktigare.

Sammantaget har förändringarna i de utvecklade länderna inneburit att det skett en efterfrågeförskjutning från lågutbildad till högutbildad arbetskraft. Mycket av den enklare varuproduktionen har flyttat ut till låglöneländer, vilket bl.a. speglas av den långsiktiga minskningen av den traditionella industrisektorn (9). Införandet av ny teknologi och nya organisationssätt har inneburit mer flexibla och breda arbetsuppgifter med större krav på personligt ansvar, vilket kan leda till att personer med högre och bredare kompetens gynnas. Enligt le Grand m.fl. (12), har det sedan mitten av 1970-talet skett en fortlöpande genomsnittlig uppgradering av jobben, genom att yrken med höga kvalifikationskrav har blivit relativt fler och yrken med låga kvalifikationskrav har minskat. Om utbudet av arbetskraft inte matchar efterfrågan kan detta ge vidgade löneklyftor och ökad arbetslöshet för lågutbildade.

Stora årskullar med en hög andel högskoleutbildade kom ut i arbetslivet under 1970-talets första år. Andelen i befolkningen med akademisk utbildning ökade sedan relativt långsamt under 1980- och tidigt 1990-tal. En påtaglig expansion av utbildningssystemet har dock skett under de senaste

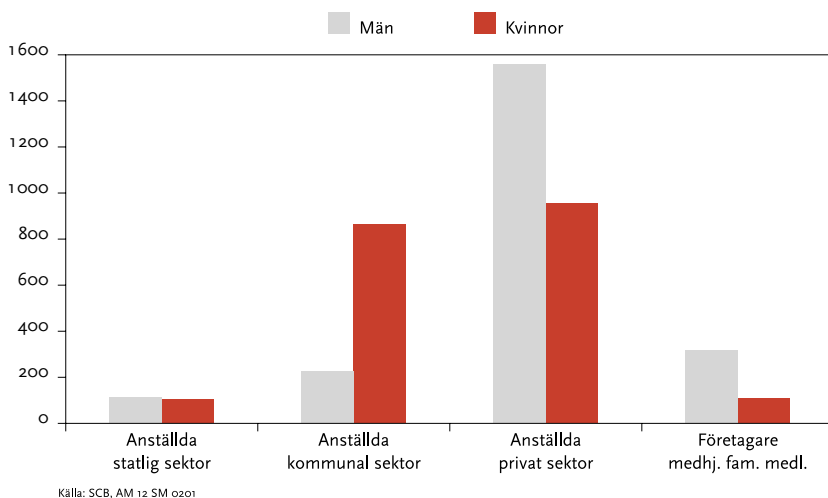
tio åren – de generella utbildningstiderna har förlängts, och en betydligt större andel av de unga går vidare till högre studier. Även vuxenutbildningen har växt och det s.k. Kunskapslyftet har bidragit till att betydligt färre i dag enbart har grundskolekompetens (13). Utbudet av arbetskraft synes alltså ha anpassats till arbetsmarknadens krav, något som bör minska lönespridningen och öka möjligheterna för lågutbildade att få arbete (14).

Den långsiktiga utvecklingen tycks dock ha inneburit *ökade minimikrav* för att alls kunna komma in på arbetsmarknaden. Det är därför problematiskt att så många inte lyckas ta en grundläggande examen – drygt var tionde elev är inte behörig att påbörja gymnasieskolan och mer än var fjärde elev har inte fått slutbetyg fyra år efter påbörjade gymnasiestudier (15).

En genomgripande förändring på arbetsmarknaden är kvinnornas dramatiskt ökade förvärvsfrekvens under de senaste 30 åren, parat med en gradvis utbyggnad av den offentliga sektorn. I mitten av 1960-talet låg svenska kvinnors relativa AK-tal (andel i arbetskraften av befolkningen) på drygt 50 procent medan männens var nära 90 procent. År 1990 hade kvinnornas arbetskraftsdeltagande ökat till nästan samma nivå som för männen, till över 80 procent. Till det som uppmuntrade kvinnornas arbetskraftsdeltagande hör avskaffandet av sambeskattningen 1971, den snabba utbyggnaden av barnomsorgen samt en generös föräldraförsäkring. Den offentliga sektorns tillväxt har också inneburit att många av de omvårdnadsarbeten som traditionellt utförts av kvinnor förts över från oavlönat till avlönat arbete (10). Detta har bidragit till att Sverige har en av världens mest könssegregerade arbetsmarknader. Som vi kan se i figur 2 återfinns männen nästan uteslutande i privat sektor, medan övervägande delen av personalen i den kommunala sektorn är kvinnor.

En ofta omnämnd effekt av hårdnande konkurrens och alltmer kortsiktiga ekonomiska förutsättningar är en förändring av kontraktsformerna från fasta till tidsbegränsade anställningar (12). Det är en internationell trend att olika typer av flexibla eller tillfälliga arbetsformer ökar (16). Företag och organisationer använder sig av tidsbegränsat anställda för att nå numerär flexibilitet och flyttar därmed över osäkerheten och kostnader till den enskilde och staten, dvs. den offentliga ekonomin (17, 18). Detta kan vara ett välfärdsproblem bl.a. därför att det sociala skyddet är sämre för dem som inte tillhör den reguljära arbetskraften (9). Det är dock inte givet

vad en förändring av anställningskontraktet betyder för olika kategorier av anställda – för vissa välutbildade yrkesgrupper kan täta arbetsgivarbyten ge högre lön och bättre karriärmöjligheter, medan det för andra, som timvikarier inom vård och omsorg, innebär en avsevärt sämre position i jämförelse med fast anställda. Förändringen av arbetskontraktet kan därigenom leda till en polarisering mellan olika grupper av arbetstagare (12).



**Figur 2. Antal anställda efter sektor samt företagare och medhjälpande familjemedlemmar efter kön 2001.**

Förändringarna i arbetslivet har inneburit svårigheter för lågutbildade och grupper som är i en introduktionsfas på arbetsmarknaden, exempelvis ungdomar och invandrare. Utbildning är den viktigaste stratifierande faktorn vad gäller arbetsmarknadssituation och mycket tyder på att lågutbildade grupper kommer att ha en fortsatt svår situation på arbetsmarknaden. Både ungdomar och invandrare, liksom kvinnor generellt, är överrepresenterade i gruppen med tidsbegränsade anställningar. Andra grupper som fått det svårare på arbetsmarknaden är funktionshindrade, främst personer med psykiska och socialmedicinska problem, medan de med fysiska handikapp långsiktigt fått en bättre situation. Äldre arbetstagare med längre



anställningstid har formellt en trygg position på grund av lagen om anställningsskydd, LAS, men vid arbetslöshet har de svarare att få ett nytt arbete bl.a. på grund av deras lägre utbildning. Mer om dem med en särskilt svår situation på arbetsmarknaden redovisas under avsnittet "Grupper med svag arbetsmarknadsposition".

### *Den svenska arbetsmarknadspolitiken*

I Sverige är arbetsmarknadspolitiken en del av den allmänna ekonomiska politiken och har som uppgift att främja tillväxt och sysselsättning (19). Arbetsmarknadspolitiken ses alltså inte som socialpolitik i första hand, vilket innebär att kraven är höga avseende både effektivitet och utfall (20). I andra hand har arbetsmarknadspolitiken en viktig fördelningspolitisk uppgift genom att stödja personer med särskilda svårigheter att få ett arbete. De tre huvuddelarna i politiken är platsförmedling, arbetsmarknadspolitiska åtgärder samt arbetslöshetsförsäkring. Följande avsnitt bygger på kapitlet "Arbetsmarknadspolitik" i Björklund m.fl. (10), samt Regné, "Ändrade förutsättningar för arbetsmarknadspolitiken" i SOU 2000:37 (20).

Sedan 1950-talet har Sveriges arbetsmarknadspolitik utgått ifrån den modell som de båda LO-ekonomerna Gösta Rehn och Rudolf Meidner utvecklade under slutet av 1940-talet med det övergripande målet att nå full sysselsättning och samtidigt bekämpa inflation. Politiken består av tre delar:

- Restriktiv efterfrågepåverkande politik – ett sätt att nå full sysselsättning är att via ett högt generellt efterfrågetryck pressa upp prisnivån. Detta kommer dock att driva upp lönerna vilket leder till inflation. Rehn och Meidner förordade därför en generellt restriktiv efterfrågepolitik.
- Solidarisk lönepolitik – ett andra sätt att nå full sysselsättning är att tolerera låga löner för de sektorer i arbetslivet eller de personer som har låg produktivitet. Detta förkastades av Rehn och Meidner, främst av jämlikhetsskäl. De förordade istället lika lön för lika arbete, något som sätter stor press på företag och branscher med låg produktivitet. Senare har solidarisk lönepolitik främst kommit att förknippas med en allmän utjämning av lönenivån.
- Aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärder – för att bekämpa de arbetslöshetstendenser som uppkommer genom ovanstående satsas – bland

annat på *rörlighetsstimulerande åtgärder* mellan stagnerande och expanderande delar av näringslivet. Medel för detta är arbetsmarknadsutbildning, arbetsförmedling samt flyttningsbidrag för arbetslösa och de som riskerar att bli arbetslösa. Genom att eliminera flaskhalsar i den expansiva delen av ekonomin undviker man också inflationsgenererande löneökningar. En annan typ av åtgärd är selektiva sysselsättningsstimulanser till de orter, regioner och branscher som hotas av arbetslöshet samt för grupper med särskilda problem på arbetsmarknaden, främst arbetshandikappade. Delvis står denna del av politiken i konflikt med den föregående; att politiken skall stimulera rörlighet mellan stagnerande och expanderande delar av ekonomin. Men tanken kan också vara att inte bara de arbetslösa utan även de lediga platserna skall vara rörliga regionalt och mellan branscher.

#### *Arbetsmarknadspolitiska program*

Det som utmärkt den svenska arbetsmarknadspolitiken är den stora betoningen på olika aktiva åtgärder. Här kommer endast att beröras de individinriktade åtgärderna, inte de som riktar sig till företag, branscher eller regioner. Målet för de aktiva åtgärderna är att motverka arbetslöshet som beror på tillfälliga obalanser på arbetsmarknaden, att stärka svaga gruppers ställning samt att påverka arbetsmarknaden så att den fungerar mer effektivt. En uppdelning kan göras i de åtgärder som mer eller mindre anpassas till konjunkturen, och de som främst är avsedda för arbetshandikappade personer (vilket räknas som en selektiv sysselsättningsstimulans). Den vanligaste åtgärden för arbetshandikappade är lönebidrag. Cirka en procent av arbetskraften är anställd med hjälp av sådana bidrag. Personer med arbetshandikapp vars arbetsförmåga är så nedsatt att man har svårigheter att få annat arbete på den reguljära arbetsmarknaden kan få anställning hos Samhall.

Ett viktigt arbetsmarknadspolitiskt medel som använts sedan 1950-talet är arbetsmarknadsutbildning. Utbildningen erbjuds personer som behöver förbättra sin kompetens eller byta till ett nytt yrke. Beredskapsarbeten var tidigare en vanlig åtgärd och bestod i tidsbegränsade arbeten inom främst offentlig sektor där arbetsgivaren fick en lönesubvention under 6 månader. De fick från mitten av 1980-talet en minskad betydelse och har delvis ersatts av särskilda åtgärder för ungdomar samt av åtgärderna arbetslivs-

utveckling, anställningsstöd och arbetspraktik. De arbetsmarknadspolitiska programmen ändras ofta och spridningen mellan olika åtgärder har ökat under 1990-talet. Arbetsförmedlingarnas möjligheter att utforma individuella lösningar tycks alltså ha ökat, vilket bör vara positivt för de arbetslösa. För en översikt av de för närvarande vanligaste åtgärderna se avsnittet "Personer i åtgärder".

AMS har sedan 1979 årligen följt upp personer som avslutat en arbetsmarknadsutbildning under årets andra kvartal (21). Syftet är att se vilken ställning deltagarna har på arbetsmarknaden efter avslutad utbildning. Denna uppföljning kan inte betraktas som en regelrätt utvärdering av effekterna i och med att man inte jämför med någon kontrollgrupp. Målet med arbetsmarknadsutbildningen är att den skall leda till ett stadigvarande arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Detta mäts med den s.k. placeringsgraden, andelen deltagare i arbete sex månader efter avslutad utbildning.

Under krisären blev de olika åtgärderna allt mindre effektiva – andelen som lyckades få ett arbete efter avslutat program sjönk från 65 till 30 procent från slutet av 1980-talet till 1996 (22). Enligt AMS uppföljning av dem som avslutat arbetsmarknadsutbildning andra kvartalet 2001 var placeringsgraden 66 procent (21). Deltagare i utbildningar inom vård och omsorg, som var den yrkesinriktning som hade flest deltagare under år 2001, hade högst placeringsgrad (80 %).

### *Arbetslöshetsförsäkringen*

Arbetslöshetsförsäkringens roll inom den generella arbetsmarknadspolitiken är att medverka till att underlätta och stimulera omställning och därigenom öka flexibiliteten på arbetsmarknaden, vid sidan av att bidra till trygghet för arbetstagarna (19). Den passiva delen av arbetsmarknadspolitiken är kopplad till de aktiva åtgärderna på två sätt: deltagande i arbetsmarknadspolitisk åtgärd berättigar till en ny ersättningsperiod, och man kan förlora sin rätt till ersättning om man upprepade gånger tackar nej till erbjudande om arbete eller plats i åtgärd.

För att en arbetslös skall kunna få ersättning från en A-kassa krävs dels att man betalat medlemsavgift under minst 12 månader (medlemskravet), dels att man arbetat minst 70 timmar i månaden under minst sex månader alternativt minst 450 timmar fördelat på sex sammanhängande månaders arbete under de senaste 12 månaderna (arbetskravet) (23). Ersättningen

från A-kassan är 80 procent av inkomsten med ett tak på för närvarande 680 kronor/dag under de första 100 dagarna och 580 kronor/dag efter detta. Under 1980-talet och fram till 1993 var ersättningen 90 procent. Ersättningen betalas ut under högst 300 dagar, men i praktiken saknas bortre gräns då man får en ny ersättningsperiod efter deltagande i åtgärd. För dem som uppfyller arbetsvillkoret (eller som varit heltidsstuderande under minst ett år och inskriven på arbetsförmedlingen i 90 dagar) men inte medlemsvillkoret, och som fyllt 20 år, finns ett grundbelopp (f.d. KAS) på för närvarande 270 kronor/dag.

För den som är arbetslös och inte uppfyller något av villkoren återstår socialbidrag som försörjningsmedel. Andelen som inte har rätt till någon ersättning minskade successivt under 1990-talet men har återigen stigit. Detta kan bero på de regeländringar av arbetskravet som skedde 1997 och 1998, och som innebar ökade krav (4). Ungefär 70 procent av de arbetslösa uppbär arbetslöshetsersättning – i mars 2002 hade 66 procent A-kassa och 5 procent enbart grundbeloppet (24).

## Utveckling av sysselsättning och arbetslöshet

Sverige har, tillsammans med övriga nordiska länder, sedan länge en internationellt sett hög sysselsättning. 1999 hade Sverige, tillsammans med Danmark och Storbritannien, den högsta totala sysselsättningsgraden i EU. Detta beror på att kvinnor och äldre i högre grad återfinns i arbetskraften (25).

Från en exceptionellt hög sysselsättningsnivå 1990 försvann mer än 600 000 arbetstillfällen på bara några år, varav 450 000 inom privat sektor. Den svenska sysselsättnings- och arbetslöshetsutvecklingen mellan 1990 och 1997 kan enligt Lundborg delas in i tre faser: den internationella fasen, realräntefasen och budgetsaneringsfasen (26). Under den första fasen (1990–1993) drabbades främst den svenska exportinriktade tillverkningsindustrin. Sysselsättningsminskningarna drabbade främst traditionella (manliga) arbetarkategorier. Den kraftigt minskade konsumtionen och ökade sparkvoten under realräntefasen som startade 1992 medförde fallande inhemsk efterfrågan på varor och arbetskraft. Den mycket kraftiga ökningen av arbetslösheten i den privata sektorn skapade ett betydande budgetunderskott. Från början av 1994 inleddes återhämtningen inom

näringslivet, samtidigt som nedgången inom den offentliga sektorn påbörjades när budgetens utgiftssida sanerades. Budgetsaneringsfasen pågick från 1993–1994 i stort sett fram till 1997. Under denna fas drabbades först den statliga sektorn och sedan, under en utdragen period, kommunerna (9, 14, 26).

Slutet av 1990-talet kännetecknas av en snabb sysselsättningstillväxt, framför allt inom den privata tjänstesektorn som stod för nästan tre fjärdedelar av tillväxten från år 1997 till 2000 (14). Den största ökningen står företagstjänster för. Fortfarande var dock det totala antalet sysselsatta cirka 8 procent lägre än 1990. Inom den offentliga tjänstesektorn har det skett en viss sysselsättningsökning, främst inom utbildningsväsendet. Ingen ökning av antalet sysselsatta inom sjukvården eller omsorgen har dock skett. År 2001 arbetade 69 procent av de sysselsatta i den privata sektorn, 20 procent i den kommunala sektorn, 6 procent inom landstingen och 5 procent i den statliga sektorn (27).

#### *Deltidsarbete*

Kvinnors förvärvsarbete i Sverige präglas av den stora andelen med deltidarbete – här skiljer vi oss kraftigt från exempelvis Finland. Variationen mellan olika EU-länder är dock stor (28). Att kvinnors ökade förvärvsarbete i stor utsträckning tog formen av deltid beror på att starka marginaleffekter gjort deltid till ett attraktivt val, rätten för föräldrar att gå ned på deltid tills barnet är sju år samt full inkludering av deltidarbetande i socialförsäkringssystemet (29). År 1980 hade 36 procent av de sysselsatta kvinnorna lång deltid (20–34 timmar) och 10 procent hade kort deltid, under 20 timmar. Motsvarande andelar år 2001 var 28 respektive 6 procent. En mycket liten andel av männen (knapp 10 %) arbetar deltid och denna andel har heller inte ökat. Andelen undersysselsatta, dvs. sådana som arbetar mindre än de vill av arbetsmarknadsskäl, är större bland kvinnor än bland män, 8 mot 3 procent av de sysselsatta (27).

Deltidsarbete i Sverige skiljer sig från många andra länder, då deltid inte i samma utsträckning innebär en marginaliserad position i arbetslivet. Deltidsarbete berättigar till samma anställningstrygghet och man har del i samma socialförsäkringssystem om man arbetar minst 17 timmar i veckan. En deltidarbetande som söker heltidsjobb har också rätt till A-kassa, men denna rätt skall prövas var 6:e månad och om deltidsanställningen är en tillsvidareanställning kan ersättningsperioden inte förnyas (30). Mobiliteten

mellan heltid och deltid är relativt stor och varierar över livsrykeln. De flesta deltidsarbeten är tillsvidareanställningar, och även om andelen deltidsarbetande skiljer sig starkt mellan olika socialgrupper förekommer deltidsarbete även bland mellan- och högre tjänstemän (29). Så länge som framför allt kvinnor arbetar deltid bidrar dock deltidsarbete till den horisontella och vertikala könssegregeringen av arbetsmarknaden, liksom den ojämlika uppdelningen av det obetalda arbetet. Exempelvis visar en ny TCO-studie (31) med analyser av SCB:s Arbetsmiljöundersökning att deltidsarbete är den faktor som mest hämmar möjligheten till fortbildning i yrket.

#### *Tidsbegränsade anställningar*

Empiriska studier av svenska förhållanden visar att tidsbegränsade anställningar blivit betydligt vanligare under 1990-talet, men utvecklingen tycks nu ha stabiliserats. Enligt AKU steg andelen från 9 procent 1990 till 14 procent 1998. År 2001 hade den sjunkit marginellt till 13 procent (män 11 %, kvinnor 16 %). Ökningen av tillfälliga anställningar under 1990-talet kan enligt le Grand m.fl. (12), till stor del vara konjunkturbetingad, dvs. den höga arbetslösheten ledde till en försvagning av löntagarnas ställning visavi arbetsgivaren.

Tidsbegränsade anställningar är betydligt vanligare bland kvinnor, utrikes födda samt yngre (32). Andelen med tidsbegränsad anställning är mycket hög i åldersgruppen 16–24, hela 46 procent av alla sysselsatta (38 % bland män, 55 % bland kvinnor). Bland utländska medborgare var andelen tidsbegränsat anställda 22 procent år 2001 (33).

Även före 1990-talskrisen var skillnaden mellan könen stor vad gäller tidsbegränsad anställning. 1991 var andelen enligt AKU 12 procent bland kvinnor men enbart sju procent bland män. Detta antas bl.a. bero på att kvinnors långa barnledigheter skapar ett konstant behov av tidsbegränsat anställda i den offentliga sektorn (34). Detta är ett mönster som mycket väl kan ha förstärkts av den kraftiga ökningen av de långa sjukskrivningarna i denna sektor. Inom kommunal sektor var under det första kvartalet 2002 hela 31 procent av de anställda visstidsanställda. Den privata sektorn hade den lägsta andelen (10 %) och landstingen och den statliga sektorn låg på 15 respektive 17 procent (35).

Tidsbegränsade anställningar är vanligare både i gruppen högre tjänstemän och okvalificerade arbetare i relation till övriga grupper (32). Detta speglar den polarisering av arbetskraften som le Grand m.fl. nämner (12).

Betydelsen av tillfälligt arbete kan skilja sig stort mellan olika grupper, avseende krav och utvecklingsmöjligheter. Villkoren för projektanställda skiljer sig t.ex. inte mycket från dem med fastare anställningar (36). Det är dock gruppen behovsanställda som ökat mest, och 1999 var cirka 1/5 av alla tidsbegränsade anställningar en behovsanställning (17).

#### *Egenföretagare*

Som egenföretagare står man utanför många av de vanliga trygghetssystemen, exempelvis har man inte rätt till arbetslöshetsersättning, vilket gör gruppen särskilt sårbar vid en försämrad konjunktur. Egenföretagare är dock en mycket heterogen grupp, som består av såväl välbetalda konsulter med specialistkompetens, som personer i den privata tjänstesektorn med mycket små marginaler.

Förändringar inom industrin har inneburit en trend mot att allt förutom kärnverksamheten skärs bort och motsvarande tjänster i stället köps in. Detta återspeglas i att näringsgrenen företagstjänster är den som vuxit mest, samtidigt som den traditionella industrisektorn kraftigt gått tillbaka (9). Andelen företagare av alla sysselsatta har dock inte växt, den var 9–10 procent både år 1990 och 2001 (27). Under 1990-talet steg andelen företagare i relation till andelen anställda (som ju gick ned kraftigt dessa år) för att sedan sjunka igen. Betydligt fler män än kvinnor är företagare, år 2001 var andelen 5 procent bland kvinnor (nära 4 % egenföretagare) och 14 procent bland män (8 % egenföretagare).

#### *Arbetslöshet*

Till skillnad från övriga europeiska länder, som haft stigande arbetslöshets-tal sedan 1970-talet, har Sverige utmärkts av en lång period med låg arbetslöshet, som bröts först i och med 1990-talskrisen. Mellan 1990 och 1993 steg den öppna arbetslösheten från 1,6 till 8,3 procent. Den totala arbetslösheten (öppen arbetslöshet + arbetsmarknadspolitiska program) var som högst 1994 då detta berörde totalt 16 procent av arbetskraften (37). Även andelen långtidsarbetslösa (6 månader eller mer) steg under perioden och låg kring 3–4 procent från 1993 till 1997. År 2001 var andelen långtidsarbetslösa 1 procent av arbetskraften. I oktober 2002 var enligt AKU 3,7 procent av arbetskraften öppet arbetslösa vilket är oförändrat mot oktober 2001 (38).

Totalt sett slog 1990-talets arbetslöshetskris hårdare mot män än mot kvinnor. Skillnaden mellan könen var dock störst i början av 1990-talet, då främst tillverkningsindustrin drabbades. År 2001 var andelen arbetslösa i hela gruppen män 4,3 procent mot 3,6 procent för kvinnor. Grupper med mycket höga arbetslöshetstal under 1990-talet var ungdomar och utrikes födda (se avsnittet ”Grupper med svag anknytning till arbetsmarknaden”). Nedgången i förvärvsfrekvens och ökningen av arbetslöshet har en tydlig klassprofil, som speglar förändringarna på arbetsmarknaden (8). Sysselsättningsnedgången under 1990-talet förstärkte den omvandling av klasstrukturen som pågått under en längre period och som lett till att andelen tjänstemän nu är större än andelen arbetare. Det finns stora skillnader i arbetslöshet mellan olika utbildningskategorier. Personer med enbart obligatorisk utbildning har i Sverige haft cirka tre gånger så höga arbetslöshetstal som de med eftergymnasial utbildning (10).

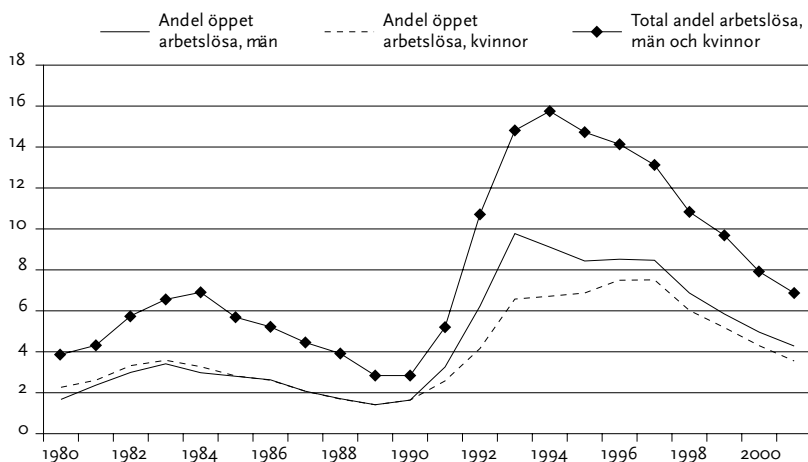
#### *Personer i arbetsmarknadspolitiska åtgärder*

Medan åtgärderna för arbetshandikappade har växt i jämn takt under lång tid fluktuerar de konjunkturanpassade åtgärderna betydligt – under krisåren var som mest 5 procent av arbetskraften i åtgärder, en andel som år 2002 har reducerats till 3 procent. Detta är nästan lika många som andelen arbetslösa. De vanligaste arbetsmarknadspolitiska åtgärderna var i augusti 2002 *arbetsmarknadsutbildning* (23 % av de i åtgärder), *arbetspraktik* (15 %) och *aktiviteter inom vägledning och platsförmedling* (22 %). Gemensamt för dessa är att de endast är aktuella för dem som fyllt 20 år, om personen inte uppbär A-kassa. Även för ungdomar (18–24 år) toppar arbetsmarknadsutbildning åtgärderna (26 %), sedan kommer *kommunalt ungdomsprogram* (15 %) och den s.k. *ungdomsgarantin* (25 %) (37). Kommunerna har ett samlat ansvar för arbetslösa ungdomar upp till 20 år som inte har ersättning från A-kassa.

Kommunal vuxenutbildning har en viktig roll för lågutbildade gruppers möjlighet att öka sin kompetens i vuxen ålder. Den kan därmed sägas vara en del både av den allmänna välfärdspolitiken och av arbetsmarknadspolitiken. Kunskapslyftet är ett exempel på en utbildningssatsning i gränzonen mellan reguljär utbildning och arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Målgruppen är vuxna arbetslösa och anställda som saknar treårig gymnasiekompetens. I början av 1998 deltog omkring 100 000 personer, vilket var mer än 2



procent av arbetskraften. Kunskapslyftet avslutades år 2002. De extra statsbidragen har medfört att Komvux ökat mycket kraftigt under 1990-talet. Antalet elever har nästan fördubblats och antalet kursdeltagare mer än tredubblats (39). (Antalet kursdeltagare var 5,1 gånger fler än antalet elever läsåret 1999/2000, dvs. varje elev deltog i genomsnitt i 5,1 kurser under året.) Efter en topp 1998 har antalet elever sjunkit.



Källa: Öppen arbetslöshet AKU. Total arbetslöshet (inklusive i arbetsmarknadspolitiska åtgärder) AMS

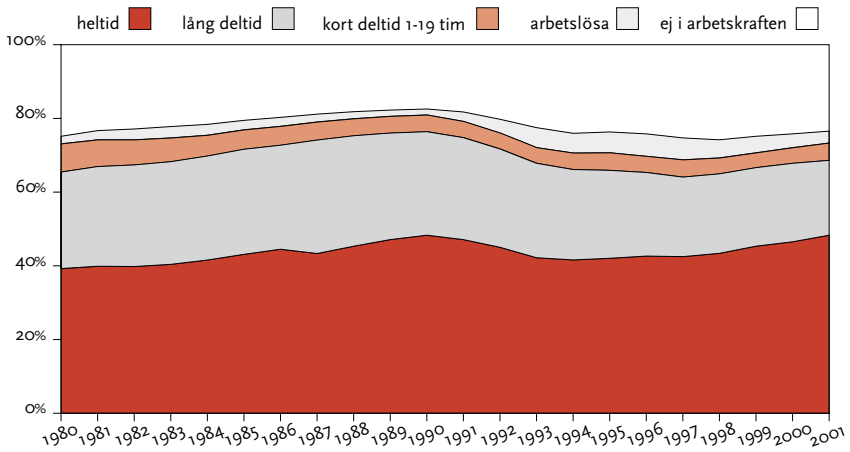
Figur 3. Andel arbetslösa i arbetskraften 16–64 år, 1980–2001.

### Personer utanför arbetskraften

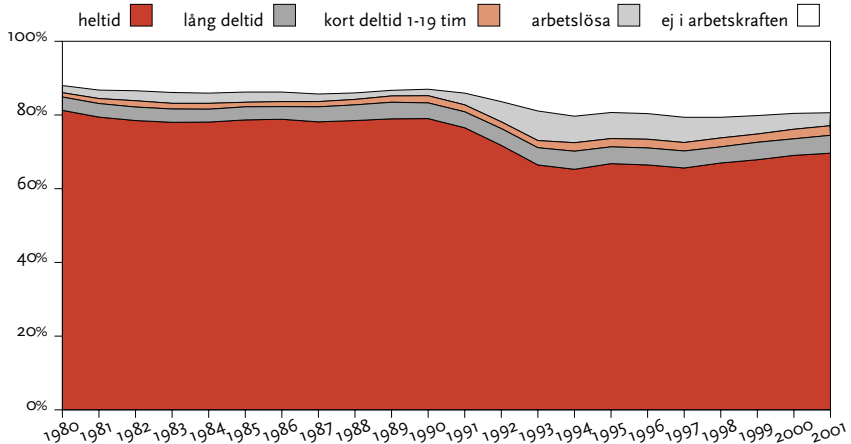
Det som kännetecknade utvecklingen under 1990-talet vad gäller sysselsättning och arbetskraftsdeltagande, förutom den kraftiga ökningen av arbetslösheten, var ökningen av personer som står utanför arbetskraften. För män har denna andel ökat från 14 till 20 procent av befolkningen mellan 1990 och 2001 enligt AKU, för kvinnor från 18 till 24 procent (27). Andelen av dessa som varken studerar, är hemarbetande eller värnpliktiga har dessutom ökat från 47 till 54 procent. Bland de äldsta (55–64 år) står 1/3 utanför arbetskraften. Denna grupp består främst av de med sjukbidrag eller förtidspension (81 procent). Den största ökningen av personer utanför arbetskraften har skett i åldersgruppen 16–24 år, där andelen ökat från 31 till 48 procent. Den stora majoriteten av dessa (78 procent) är heltids-

studerande. En delgrupp av de som står utanför arbetskraften är de latent arbetssökande, dvs. sådana som inte sökt arbete men som velat och kunnat ta ett arbete. Totalt 10 procent i gruppen var latent arbetssökande år 2001 (12 % av männen, 9 % av kvinnorna).

#### Kvinnor 16-64 år



#### Män 16-64 år



Källa: AKU

Figur 4. Andel hel- och deltid, arbetslösa och ej i arbetskraften för män och kvinnor 1980–2000.

Gruppen är som synes ytterst heterogen och inbegriper människor i mycket olika livssituationer, varför den inte blir särskilt meningsfull som egen kategori vid en undersökning av arbetsmarknadsposition och hälsa.

## Samband mellan arbetsmarknadsposition och hälsa

Människors ställning på arbetsmarknaden är en av de mest betydelsefulla faktorerna för deras möjligheter till integration och delaktighet i samhället (40), liksom yrkesrollen är viktig för individens identitet och självkänsla (41). De förvärvsarbetande har generellt sett bättre hälsa än befolkningen som helhet. Analyser av ULF-data som utförts av kommittén Valfärdsbokslut visar att individer som är långtidsarbetslösa eller står utanför arbetskraften hade den högsta risken för lågt välbefinnande under perioden 1986–1997 (42).

En stor sameuropeisk studie av arbetsmiljö och hälsa i relation till sysselsättning visade på i stort konsistenta (ålders- och könsstandardiserade) resultat i de 15 studerade länderna (43). De med osäkra anställningskontrakt var mindre nöjda med sitt arbete och rapporterade mer arbetsrelaterad trötthet och värk samtidigt som självrapporterad sjukfrånvaro och stress var vanligare bland permanent anställda. Resultaten tyder på att tillfälligt och permanent anställda har olika typer av jobb, samt att den större osäkerheten påverkar benägenheten att sjukskriva sig bland temporärt anställda. Egenföretagare hade större andelar med arbetsrelaterade besvär men lägre sjukfrånvaro, vilket speglar deras speciella situation. Heltidsanställda rapporterade generellt mer besvär och var mer missnöjda med sitt arbete än deltidsanställda, utom för tillfälligt anställda där det var tvärtom. Detta menar författarna kan bero på att deltidsarbete för permanent anställda ofta är självvalt medan det för dem med olika tidsbegränsade och osäkra kontrakt är ett uttryck för undersysselsättning.

### *Anställningsform och hälsa*

Som en kontrast till det typiska arbetet, dvs. heltids tillsvidareanställning, har olika jobb på deltid och/eller med begränsad anställningstid kommit att

kallas *atypiska*. Några huvuddimensioner i atypiska arbeten är 1) anställningskontraktet, 2) arbetstid, och 3) arbetsplatsrörlighet (44). Arbetsvillkor och konsekvenser för hälsan för deltidsarbete, tidsbegränsade anställningar samt egenföretagare kommer här att belysas närmare.

### *Deltidsarbete och hälsa*

34 procent av de sysselsatta kvinnorna och 10 procent av männen arbetar deltid. Mäns deltid är relaterat till studier, hälsoproblem eller ålderdom (45), medan kvinnors deltid har ett starkt samband med familjeansvar. Som vi kunnat konstatera är deltidarbete i Sverige inte på samma sätt som i vissa andra länder relaterat till svag anknytning till arbetsmarknaden, och deltid är främst en fråga om arbetstid, inte arbetsmarknadsposition. Undantagna är gruppen undersysselsatta (8 % av sysselsatta kvinnor och 3 % av männen), dvs. sådana som av arbetsmarknadsskäl arbetar mindre än de skulle vilja.

Enligt de hypoteser som finns inom området skulle eventuella hälsoeffekter av deltid bero på 1) minskad exponering för dålig arbetsmiljö, 2) minskade positiva effekter av arbetet, och 3) minskad total arbetsbörda.

Empiriska data tyder inte på att deltidarbete har några negativa hälsoeffekter. För män har man funnit en avtagande mortalitet från att inte ha ett arbete, deltid och heltid, vilket tyder på en hälsomässig selektion till deltidarbete (46). För kvinnor fanns inte motsvarande samband i denna studie. En svensk studie från slutet av 1980-talet visar att andelen kvinnor som uppger långvarig sjukdom var markant högre bland dem som arbetade under 25 timmar i veckan än för övriga förvärvsarbetande. Detta tyder på förekomsten av en hälsomässig selektion även för kvinnor, men att den främst gäller den lilla grupp som har kort deltid. När de med långvarig sjukdom uteslöts framträdde ett klart samband mellan sjukfrånvaro och arbetstid, så att varje ytterligare timmes arbetstid medför högre sjukfrånvaro (47).

En studie som undersökt samboende och gifta kvinnor i åldern 25–54 visar att de som arbetar heltid rapporterar sämre än god hälsa cirka två gånger så ofta som deltidarbetande, efter kontroll för potentiella förväxlingsfaktorer (45). Intressant nog fanns en stark interaktion mellan fysiskt krävande arbete och heltid. Kvinnor kan alltså vinna i hälsa genom att gå ned i arbetstid, något som särskilt gäller dem med fysiskt tunga

arbeten. Ej facklärd arbetare är också den grupp där flest arbetar deltid (29). Även den tidigare refererade europeiska studien visar att deltidsarbete i permanent anställning rapporterade mindre arbetsrelaterade besvär än de med heltid (43). Analyser av Arbetsmiljöundersökningarna 1989–1997 visar å andra sidan att fast anställda kvinnor med deltidsarbete hade den största andelen med negativ stress tillsammans med kvinnliga vikarier (36). Här har man dock inte kontrollerat för yrke.

Deltidsarbete kan fungera som en coping-strategi, liksom även viss korttidsfrånvaro kan göra det. Deltid kan användas för att kompensera för dålig hälsa och som ett sätt att minska den totala arbetsbördan under de jobbigaste familjeåren (47). Bland de motiv som kvinnor själva anger till varför de arbetar deltid har hälsa blivit vanligare (45). Detta är en strategi som män inte tycks behöva eller har möjlighet att använda sig av.

Huvudsakligen får hypotes 1 och 3 stöd i de refererade studierna. Deltidsarbete minskar exponeringen för dålig arbetsmiljö vilket reflekteras i färre arbetsrelaterade besvär, samt minskar den totala arbetsbördan vilket leder till lägre sjukskrivning. Deltidsarbete innebär dock också att kvinnor förlorar ekonomiskt på kort och lång sikt samt att den traditionella arbetsdelningen inom familjen konserveras. Bristen på utvecklingsmöjligheter och utbildning inom yrket gör också att deltid kan få negativa konsekvenser för karriärmöjligheter och ge inläsningseffekter (36). Att jobba deltid i några år är en rättighet och kan för många vara en bra lösning, men så länge som enbart kvinnor utnyttjar denna rättighet bidrar detta till den könsstereotypa arbetsuppdelningen på och utanför arbetsmarknaden, vilket förmodligen inte gynnar vare sig mäns eller kvinnors hälsa på längre sikt (48). Påtvingad deltid speglar undersysselsättning och är på ett annat sätt en indikator på en svag arbetsmarknadsposition, vilket står i fokus här. Speciella studier på denna grupp förefaller saknas.

*Hälsa och arbetsförhållanden i gruppen med tidsbegränsade anställningar*  
Hittills finns inte mycket empiriskt material om hur tidsbegränsad anställning påverkar individens hälsa och arbetsförhållande. Studier visar att tidsbegränsat anställda anser sig ha dåliga kunskaper om säkerhetsfrågor och att det är svårare att framföra arbetsmiljökritik liksom att få gehör för denna (49). Arbetsplatser med en hög andel tidsbegränsat anställda kan vidare kännetecknas av låg facklig aktivitet och sämre arbetsförhållanden

(50). Tillfälligt anställda kan ha mindre stöd från chefer och arbetskamrater, de kan sättas på sådana jobb som fast anställda undviker och de kan uppleva mer stress och konflikter i sin arbetsroll (16). En aspekt är hurvida det tillfälliga kontraktet är självvalt eller ej. Studier från slutet av 1990-talet visar att cirka 95 procent i ett befolkningsurval föredrog permanent anställningskontrakt. Detta tyder på att för en majoritet är tillfällig anställning inte önskvärd eller självvald (51).

En viktig del i hälsokopplingen är effekten av osäkerheten i sig – en osäkerhet om framtiden och den ekonomiska situationen som kännetecknar även arbetslöshet. Många teorier som utvecklats för att förklara effekten av arbetslöshet på psykisk hälsa kan vara relevanta även för en del typer av tidsbegränsad anställning (se avsnitt om arbetslöshet och hälsa). Osäker anställning kan t.ex. ses som en kronisk stressor (50). I en meta-analys studerades relationen mellan anställningsotrygghet och välbefinnande (52). Det visade sig att anställningsotrygghet generellt sett har ett negativt samband med såväl mentalt som fysiskt välbefinnande. I en annan studie jämfördes tillsvidareanställd kontorspersonal vid ett uthyrningsföretag med korttidsanställda (som sökt jobb via arbetsförmedlingen för tillfälliga arbeten) (44). Uthyrningspersonalen upplevde mindre otrygghet, ett bättre socialt stöd och hade en högre arbetsidentifikation än korttidsanställda. De hade även bättre somatisk hälsa och mindre psykosomatiska symtom.

En studie av anställda som följts över tid visade att provanställda i mycket hög utsträckning övergår till fast jobb, medan detta är ovanligt för t.ex. behovs- och säsonganställningar. Mittemellan befinner sig vikariat och objekts-/projektanställda som ofta har en rad tidsbegränsade arbeten varvade med studier, men utan arbetslöshet (17). Det finns alltså en avsevärd heterogenitet med avseende på hur osäkert anställningskontraktet är för olika typer av tidsbegränsat anställda, och pekar på vikten att särskilja olika grupper av tidsbegränsat anställda i studier av hälsoeffekter.

Det är inte alltid man finner hälsoskillnader mellan tidsbegränsat och fast anställda. Analyser av arbetsmiljöundersökningarna (36, 53) visar att effekten av anställningsform på arbetsrelaterade besvär är svag eller obefintlig. Bäckman (54) har undersökt anställda inom välfärdstjänster (vård, skola, äldre-, handikapp- och barnomsorg) och fann att inom dessa yrken är tillfälliga anställningar förknippade med ökad trötthet och utmat-

ning, medan det omvända gäller för gruppen övriga förvärvsarbete. Förklaringen kan vara att det är gruppen behovs- och vikariatsanställda som dominerar inom den sociala sektorn samt vård- och omsorgssektorn. I en annan studie av sjukhusanställda fann man dock inga skillnader i psykisk och fysisk hälsa mellan personer med tidsbegränsad och fast anställning (16).

Aronsson m.fl. (18), har studerat tillfälligt anställda utifrån ett centrum-periferiperspektiv, med utgångspunkt i Atkinsons modell av "det flexibla företaget" (56). Resultaten visade att arbetsvillkoren för projekt- och provanställda mest liknade de fast anställdas (närmast "centrum"). Vikariat intar en mellanposition, medan säsongs- och behovsanställda hamnade längst bort i periferin. Skillnader i hälsa (psykosomatiska besvär) var inte stora men personer i behovsanställningar löpte avsevärt större risk att rapportera besvär än de med mer stabila anställningsformer. Kvinnor är starkt överrepresenterade i de två anställningsformer som var mest problematiska – behovsanställningar och vikariat. Aronsson m.fl. (56), har i en annan studie undersökt ekonomisk stress bland korttidsanställda. Det var relativt vanligt att anställningsformen varit ett hinder för att få lån eller hyreskontrakt. Närmare 60 procent uppgav att de hade tvingats låna pengar för att klara utgifterna och lika många att de inte kunnat betala sina räkningar i tid. Studien fann ett tydligt samband mellan ekonomiska svårigheter och psykisk hälsa liksom psykosomatiska besvär.

Kunskapen om tidsbegränsad anställning som bestämningssfaktor för hälsa är hittills begränsad och ger en något splittrad bild. Arbetsrelaterade besvär är ofta kopplade till anställningstid, vilket sällan kontrollerats för. Det är dock uppenbart att framför allt gruppen behovsanställda har små möjligheter att få en fast anställning, att de löper stor risk att drabbas av ekonomiska problem och att fastna i en situation av "permanent tillfällighet". Grupper med svagare anknytning till arbetsmarknaden återfinns i hög utsträckning i tidsbegränsade anställningsformer – utrikes födda, ungdomar och kvinnor liksom lågutbildade. Vissa studier visar också att dessa grupper har mindre chans att anställningen leder till ett fast jobb än övriga, oavsett typ av tidsbegränsad anställning (17). En ökning av tidsbegränsade anställningar kan alltså öka ojämlikheten i hälsa. Mer forskning krävs och det finns anledning att följa utvecklingen noga.

### *Hälsa och arbetsförhållanden bland egenföretagare*

Analyser av Arbetsmiljöundersökningarna 1989–1997 ger en komplex bild av egenföretagarnas situation. Egenföretagare har utifrån krav-kontroll-modellen en ganska gynnsam arbetssituation med hög kontroll och ganska höga krav (s.k. aktiva jobb) (36). Egenföretagare uppger oftare än andra att de har fria arbetstider, och en stor andel uppger att de har möjlighet att utvecklas och lära nytt i yrket. I studien framkom inte oväntat att de betydligt oftare än anställda saknar socialt stöd från arbetskamrater. En låg andel av egenföretagarna känner olust inför att gå till arbetet i jämförelse med anställda, men andelen som anger psykisk påfrestning, t.ex. att inte kunna koppla av tankarna på jobbet och som har sömnproblem är relativt hög. Andelen med ont i axlar, armar och rygg är relativt hög jämfört med andra grupper, särskilt de som har ont i rygg och nacke.

Det så kallade starta eget-bidraget för arbetslösa har visat sig vara en framgångsrik arbetsmarknadspolitisk åtgärd i Sverige. Eriksson och Larsson (57) redovisar dock i en kvalitativ studie att det som är en framgång ur företags- och sysselsättningsperspektiv inte behöver vara det sett till individens levnadsvillkor. Starta eget-bidraget kan å ena sidan leda till försämrade levnadsvillkor till följd av ekonomiska svårigheter och undermåliga arbetsvillkor (t.ex. extremt långa arbetsdagar, isolering och bristfälliga lokaler). När bidraget å andra sidan leder till att man kan försörja sig på sin verksamhet bidrar detta till förbättrade levnadsvillkor. En uppföljning av alla som fått starta eget-bidrag under perioden 1992–1996 i några arbetsförmedlingar i Västsverige visar att den största fördelen med att vara egenföretagare är friheten i att jobba för sig själv och förverkliga sina idéer. Det största problemet är ekonomin, som bl.a. innebär att man inte kan anställa fler eller lyfta en skälig lön. Arbetsbördan är hög, semester förekommer sällan och det finns ingen möjlighet att sjukskriva sig (58).

Egenföretagare har som grupp betraktad en situation som präglas både av hälsofrämjande och potentiellt negativa aspekter. Hälsoaspekter står sällan i fokus när man undersöker egenföretagare. På grund av att gruppen är såpass heterogen och numerärt liten utsluts den ofta när man undersöker klasskillnader i hälsa, och kunskaperna om olika typer av egenföretagande vad gäller arbetsmiljö och hälsa bör utvecklas.



### *Arbetslöshet och hälsa*

Hälsoeffekter av arbetslöshet tillhör det som studerats mest inom området och arbetslöshetsforskningen har en historia som sträcker sig från mellankrigstiden. Faktorer som depression, oro, dålig självkänsla, hopplöshet och andra negativa känslor har i en rad av tvärsnittsstudier varit vanligare i grupper av arbetslösa än för dem som har arbete, även när hänsyn tagits till kända riskfaktorer och samvarierande variabler. Även den fysiska hälsan har ofta visat sig vara sämre bland arbetslösa (59). I jämförelse med mängden empiriska studier är den teoretiska förståelsen av sambandet mellan arbetslöshet och hälsa relativt outvecklad. Gemensamt för många teoretiska ansatser är att de inte operationaliserats och empiriskt testats i någon större utsträckning (60).

Följande tre slutsatser kan dras om sambanden mellan arbetslöshet och psykisk ohälsa (40):

1. Det finns ett tydligt samband som visar att arbetslösa generellt har sämre psykisk hälsa än förvärvsarbetande.
2. Arbetslöshetens psykiska hälsoeffekter varierar med samhällsvillkor, grupper och individer. Bland de faktorer som medierar effekterna av arbetslöshet finns ålder, kön, social klass, socialt stöd, ekonomiska resurser, grad av aktivitet, lokala arbetsmarknadsförhållanden, individernas värdering av arbete, arbetslöshetens varaktighet m.m. (61).
3. Orsakssambanden är oklara. Arbetslöshet kan orsaka psykisk ohälsa men orsaksmönstret kan också vara det omvända.

Sambandet kan alltså både bero på att de som i första hand blir arbetslösa eller aldrig kommer in på arbetsmarknaden redan är psykiskt mer sårbara, dvs. det sker en selektering till arbetslöshet (selektionshypotesen), samt att arbetslösheten i sig leder till psykisk ohälsa (positionsypotesen). Båda dessa mekanismer kan naturligtvis vara giltiga samtidigt (den komplementära hypotesen). I och med att de flesta studier om arbetslöshet är tvärsnittsstudier är det inte möjligt att reda ut den kausala ordningen, och selektionseffekter blandas på så vis med effekter av arbetslösheten i sig (40).

I detta avsnitt tas först kortfattat upp de viktigaste modellerna som utvecklats för att förklara sambandet mellan arbetslöshet och hälsa. Exem-

pel på empiriska studier presenteras efter teoriavsnittet. Översikten har inte som ambition att vara heltäckande. Betoning ligger på nyare svenska studier med longitudinell design.

### *Teoretiska modeller*

Här redovisas åtta teoretiska modeller som är vanligt förekommande i litteraturen om sambandet mellan arbetslöshet och psykisk hälsa.

#### *Ekonomisk deprivation*

Enligt denna modell, som har sina rötter i den tidiga arbetslöshetsforskningen, är det den ekonomiska och materiella fattigdomen som följer av arbetslöshet som leder till ohälsa, inte arbetslösheten i sig. Under 1930-talets depression medförde arbetslöshet allvarliga ekonomiska problem och ledde ofta till stor nöd. Med uppbyggandet av välfärdsstaten och de sociala och ekonomiska skyddsnäten trodde man att dessa förhållanden inte längre gällde (60, 62). Men även om det i dag finns ett ekonomiskt skyddsnät innebär de ekonomiska restriktionerna att handlingsutrymmet blir begränsat i jämförelse med vänners och bekantas. Det kan vara svårt att upprätthålla fritidsintressen vilket leder till passivitet och social isolering. Det ekonomiska hot som ständigt är närvarande innebär också en psykologisk påfrestning. Även i de klassiska studierna från 1930-talet visade det sig att det fanns en social dimension i den ekonomiska deprivationen och det finns inte anledning att tro att betydelsen av ekonomiska resurser för att kunna delta aktivt i samhällslivet har minskat (60, 63, 64). Ekonomiska resursers betydelse för hälsokonsekvenserna av arbetslöshet har uppmärksamrats mer i den senare tidens forskning, som i huvudsak behandlar förhållanden under 1990-talets krisår. (Se också avsnittet om absolut och relativ fattigdom i kapitel 4.)

#### *Stressteori*

Det är vanligt att förklara hälsokonsekvenser av arbetslöshet med hjälp av någon variant av stressteori. Stressteorin är från början en medicinsk modell som beskriver kroppens fysiologiska reaktioner i samband med yttre påfrestningar av olika slag. Stress är en ospecifik reaktion som bl. a. innebär en aktivitetshöjning i den mänskliga organismen inför en utmaning eller ett hot. Det som framkallar en sådan reaktion kallas stressor. Stress är dock

inte något negativt i sig, den är endast skadlig om exempelvis stressreaktionen blir långvarig utan tillfälle till återhämtning (65). Arbetslöshet eller hot om arbetslöshet kan fungera som stressorer och utlösa en kroppslig stressreaktion. Detta kan medföra stressupplevelser, negativa "coping"-beteenden (som rökning och alkoholkonsumtion) samt fysiologiska reaktioner med ökad insöndring av stresshormoner och risk för t.ex. blodtrycksstegring och ökad mottaglighet för sjukdom. Att detta verkligen sker vid arbetslöshet eller hot om arbetslöshet har bekräftats i empiriska studier (62, 63).

#### *Psykosociala modeller*

Coping har blivit ett centralt begrepp inom psykologisk forskning och anses mediera sambandet mellan stress och hälsa. Till skillnad från den mer medicinskt orienterade stressteorin handlar det här om människors subjektiva upplevelse av stress och hur de aktivt hanterar den. Man vill utifrån människors individuella egenskaper förklara varför vissa drabbas mer negativt av arbetslöshet än andra, men också vilka omständigheter under arbetslösheten som kan leda till ett visst förhållningssätt. Vid problemriktad coping försöker individen att angripa de förhållanden som orsakar stressen, medan känsloriktad coping innebär att individen försöker påverka de känslor som väcks i den aktuella situationen utan att angripa själva stresskällan (66).

Två besläktade psykosociala modeller som ofta refereras till och som anses mediera sambandet mellan arbetslöshet och hälsa är teorin om inlärd hjälplöshet och teorin om kontroll-lokus. Seligmans teori om inlärd hjälplöshet innebär att individer som upplever att de inte kan påverka sin egen situation (saknar kontroll) lär sig att de inte kan påverka omgivningen genom egna handlingar. Detta verkar passiviserande och kan leda till negativ självuppfattning, dåligt självförtroende, depression och ångest. O'Briens analyser av arbetslöshetsforskning från 1930-talet ligger bakom teorin om kontroll-lokus. Individer med externt kontroll-lokus placerar makt och kontroll över en situation utanför sig själv – den arbetslöse ser yttre faktorer som skuld till arbetslösheten. De med internt kontroll-lokus upplever att de själva kan kontrollera sin situation och tenderar att lägga skulden för sin egen situation på sig själva. Samtidigt har de större tilltro till sin förmåga att själva skaffa ett nytt jobb. Teorin kan förklara skillnader mellan olika grupper av arbetslösa baserat på tidigare erfarenheter, där

arbetet spelar en stor roll. Exempelvis menar O'Brien att lägre socio-ekonomiska grupper oftare har ett externt kontroll-lokus. Studier visar att de som blir arbetslösa tenderar att skifta lokus från internt till externt över tid, vilket kan ses som en sund anpassning till en okontrollerbar situation (vad som kan kallas realistiskt kontroll-lokus), men det kan också leda till inlärld hjälplöshet och de negativa hälsoeffekter som detta för med sig (62, 63, 67, 68).

#### *Behovsteorin*

Den mest refererade teorin om socialpsykologiska konsekvenser av arbetslöshet är Jahodas behovsteori (61). Utifrån antagandet att ekonomiska faktorer i det moderna välfärdssamhället inte längre har en central roll för att förstå sambandet mellan arbetslöshet och hälsa fokuserar Jahoda på arbetets psykosociala funktion (60). Enligt teorin fyller arbetet, förutom sin manifesta funktion att ge en inkomst, fem andra viktiga latent behov: tidsstruktur åt dagen, sociala kontakter, mål och avsikter förankrade i ett kollektiv, status och identitet samt regelbunden aktivitet. Jahodas teori behandlar varför vi vill arbeta och varför arbete är viktigt för vår psykiska hälsa även om arbetsförhållandena är dåliga. Samtidigt menar hon att man inte kan sätta likhetstecken mellan arbete och formell anställning, och att arbete inom den informella sektorn kan fylla flera av de latent funktionerna. Fritidsaktiviteter är dock inte ett funktionellt alternativ till arbete (68, 69). Jahodas teori kan förklara skillnader i psykisk hälsa mellan arbetslösa och de i arbete men tydliga brister framkommer när variationer i erfarenhet och upplevelse av arbete och arbetslöshet skall förklaras. Kritiken tar också fasta på att Jahoda negligerar arbetets innehåll – att arbete också kan vara slitsamt och alienerande för stora grupper (60).

#### *Warrs vitaminmodell*

Enligt Warrs s.k. vitaminmodell (61, 68, 70), en vidareutveckling av Jahodas behovsteori, finns nio faktorer i individens miljö som ger förutsättningar för en god psykisk hälsa: ekonomiska resurser, fysisk säkerhet och variation, kontroll, kunskapsutnyttjande, sociala kontakter och social uppskattning, kännedom om normativa förväntningar och feedback på egna handlingar. I en analys av arbete och arbetslöshet tas hänsyn till i vilken utsträckning dessa kriterier uppfylls, och det finns ingen skarp dis-

tinktion mellan arbete och icke-arbete. Teorin vill förklara skillnader mellan grupper av arbetslösa genom att identifiera variationer i den omgivande miljön. Den viktigaste skillnaden mot behovsteorin är att den inte är begränsad till fördelarna med arbete, och den kan därmed förklara varför vissa jobb kan ge sämre psykisk hälsa än arbetslöshet.

Liksom Jahodas modell är Warrs vitaminteori miljöcentrerad snarare än individcentrerad. Det är skillnader i miljön som påverkar hälsan medan individens uppfattning om sin situation inte beaktas. Antagandet att det finns mer eller mindre oföränderliga psykologiska behov ger i båda dessa modeller litet utrymme för individuella skillnader eller samhällsförändring (60). Båda teorierna används ofta som förklaringsmodeller men har med få undantag inte operationaliserats och prövats. Ett försök att operationalisera Warrs vitaminmodell har dock gjorts av Hallsten (40).

#### *Agentteorin*

Fryer har utvecklat en alternativ modell utifrån en kritik av Jahodas behovsteori för dess syn på individen som passiv och helt styrd av strukturerna, samt att ekonomiska förhållanden negligeras (60, 62, 71, 72). Enligt Fryer ger de flesta arbeten i realiteten ringa belöningar förutom de ekonomiska. Hans agentteori utgår från en syn på individen som en aktiv social aktör (agent) som strävar efter att förstå sin egen situation och som agerar intentionellt för att nå valda mål. Teorin betonar individen som framåtsyftande och planerande med en inneboende önskan till självbestämmande. Negativa konsekvenser av arbetslösheten beror på förhållanden som hämmar och begränsar den enskilde, exempelvis ekonomiska restriktioner som gör det svårt eller omöjligt att nå viktiga mål. Arbetslöshetens negativa effekter på den psykiska hälsan är en konsekvens av minskad kontroll över livssituationen som en följd av ekonomisk stress och situationens osäkerhet. Fryer menar att den arbetslöse blir "berövad sin framtid". De personer som är "proaktiva" och som lyckas finna annan meningsfull sysselsättning vid sidan av lönearbetet behöver inte uppleva psykiska problem vid arbetslöshet trots att den ekonomiska situationen inte nödvändigtvis är bättre för denna grupp. Fryers teori kan användas för att förklara skillnader mellan grupper av arbetslösa men också, i och med att individen kan förändra och anpassa sina mål, förändringar i arbetslösas hälsa över tid liksom vid återanställning. Fryer har i sin tur blivit kritiserad

för att ignorera arbetets roll som social institution samt att han ensidigt betonat det individuella handlingsutrymmet, utan att analysera upphovet till individuella mål och drivkrafter.

#### *Arbetsförlust som statuspassage*

Enligt Ezzy bör arbetslöshet betraktas som en process som präglas av förlust. Arbetsförlust är ett exempel på en social övergång – statuspassage (61, 68). En statuspassage innebär en förflyttning inom den sociala strukturen, förlust eller tillskott av inflytande, förmåner och makt, förändrad identitet eller självkänsla liksom förändrat beteende. Integrationspassager inlemmar individen i nya sammanhang och en ny social status och är ofta förknippade med något positivt. Separationspassager å andra sidan skiljer individen från sociala sammanslutningar, de innebär förlust av social status och associeras med misslyckande i att kvarhålla eller fortsätta i en roll. Teorin om statuspassage betonar interaktionen mellan den objektiva sociala omgivningen och individens subjektiva tolkning av omgivningen och sin egen plats i den. Ezzy använder sig vidare av sociologisk identitetsteori för att förklara arbetsförlustens betydelse för den psykiska hälsan. Separationspassagerna skapar en brist på mening, de innebär en störning i individens strategier för upprätthållande av en stabil och positiv självbild. Det är detta hot om identitetsförlust som leder till psykisk ohälsa. Mental ohälsa ses som en produkt av ett misslyckande med att finna mening i tillvaron. Alla försök att förklara konsekvenserna av arbetslöshet måste se till arbetets betydelse för individen (vilket ses som en empirisk fråga) och hur detta förhåller sig till individens allmänna livsprojekt för utvecklande och upprätthållande av en positiv självbild. Ezzys teori kan användas både för att förklara variationer mellan arbetslösa liksom förändring av den psykiska hälsan hos arbetslösa över tid. Ett problem är dock att Ezzy inte utvecklat sin teori till en modell för systematisk analys av arbetslöshetens konsekvenser på den psykiska hälsan (73).

#### *Arbetslöshet och skam*

Enligt en modell med grunden i Scheffs arbeten inom socialpsykologi och känslornas sociologi (74) är de negativa konsekvenserna av arbetslöshet förknippade med de stigmatiserande och skamgörande erfarenheter som arbetslösa har, samt den uppfattning den arbetslöse har om andras attity-

der till arbetslösa (62). Empiriska studier visar att arbetslösa ofta rapporterar att de blivit bemötta med negativa attityder, samt att de i stor utsträckning tror att andra har en kritisk inställning till arbetslösa. Den arbetslöse själv kan internalisera dessa uppfattningar – den enskildes arbetslöshet individualiseras vilket kan leda till psykiska och psykosomatiska besvär. Skamteorin har vidareutvecklats till en modell som inbegriper ekonomiska problem, där den ekonomiska sidan knyter an till forskningen om ekonomisk stress och ekonomisk deprivation. Modellen beaktar det som i varierande grad går förlorat vid arbetslöshet, nämligen å ena sidan pengar i form av lön och å andra sidan social prestige, status och aktning (75). Kombinationen av finansiella svårigheter och skamgörande erfarenheter är enligt modellen särskilt problematiskt från hälsosynpunkt, något som också stöds av en svensk studie av arbetslösa ungdomar (76). Författarna föreslår även att en positiv dimension – stolthet – läggs till modellen.

#### *Exempel på empiriska studier*

En översikt av nordiska studier (77) av sambandet mellan arbetslöshet och mental hälsa fann att ett flertal longitudinella studier, speciellt sådana som undersöker effekten av massavskedanden vid nedläggningar, visar att arbetslöshet leder till sämre hälsa samt att de flesta studier stödjer ett samband mellan försämring av den psykiska hälsan och arbetslöshetens längd. Ett samband mellan arbetslöshet och ökad alkoholkonsumtion har visats i flera svenska studier men inte i andra (norska och finska) och frågan är om detta beror på metodproblem eller speglar verkliga skillnader. Det är dock ganska ovanligt att inkludera förändringar av hälsorelaterade levnadsvanor i studier av arbetslöshet (61). Huruvida det finns ett samband med mer allvarliga former av psykisk ohälsa (vanligast är att man använt sig av GQ12 som mäter mindre allvarliga symtom), och om effekten av arbetslöshet är bestående eller ej är dock inte klarlagt.

Hallsten och Isaksson har sammanfattat resultaten från 95 studier i syfte att undersöka positions- och selektionsmekanismernas bidrag till skillnaderna i psykisk hälsa mellan arbetslösa och förvärvsarbetande (40). Deras metaanalys visade att i drygt 90 procent av fallen var de arbetslösas hälsa sämre än för dem med sysselsättning. Tendenser till selektionseffekter fanns i två tredjedelar av studierna, även om de i genomsnitt var små. Den differentiella effekten (förändring över tid), som tar hänsyn till selektion-

seffekter, var  $r = 0,16$  – arbetslösheten förklarade endast 4 procent av variationen. Övriga skillnader kunde förklaras av observerade skillnader mellan grupperna eller förblev oförklarade. Intressanta resultat från metaanalysen var att positionseffekterna var större för arbetare, och selektionseffekterna var större för tjänstemannagrupper. Som Hallsten och Isaksson konstaterar kommer arbetslöshet inte påverka hälsan för de allra flesta (65–70 %) medan en mindre andel står för den försämring av hälsan som kan observeras på gruppnivå.

Vilka faktorer verkar då ha betydelse för om arbetslöshet leder till försämrad hälsa, i första hand den psykiska hälsan?

Ekonomins betydelse som medierande faktor har återigen blivit ett viktigt tema i arbetslöshetsforskningen. Två longitudinella studier visar på betydelsen av arbetslöshetsunderstöd för den psykiska hälsan. Alm (78) undersökte en grupp på cirka 650 arbetslösa (varav cirka 600 även deltog vid uppföljningen) under 1992–1993. De som fick A-kassa (cirka 80 %) drabbades i betydligt mindre grad av depression än de som enbart hade KAS (numera grundersättning) eller helt saknade arbetslöshetsunderstöd. En annan studie av ett större urval arbetslösa inskrivna på arbetsförmedlingen från andra hälften av 1990-talet visar på samma samband (79). Skillnaden mellan grupperna försvinner helt vid återanställning, men för dem som fortfarande är arbetslösa vid uppföljningen förstärks den, främst beroende på att de som saknar A-kassa försämrat sin psykiska hälsa ytterligare.

Studier av arbetslösa ungdomar under mitten av 1990-talet (76) har gett stöd åt den s.k. ekonomi-skam-modellen. Resultaten visar att olika psykosomatiska symtom, negativa förändringar i hälsorelaterade beteenden, en minskning av fritidsaktiviteter och sociala kontakter hade ett samband både med ekonomiska svårigheter och skamgörande erfarenheter. Förekomsten av båda dessa problem samtidigt stärkte avsevärt de negativa effekterna av arbetslöshet, ett mönster som var tydligast för män. I och med att denna studie är en tvärsnittsstudie är den kausala riktningen inte självklar. En annan studie med en paneldesign bekräftar betydelsen av upplevt stigma på i detta fall förekomst av depression vid en uppföljning ett år senare (78). 30 procent i denna studie menade att en del ser ned på arbetslösa, och 10 procent att de flesta gör det.

Nordenmark och Strandh (73) tar fasta på arbetets psykosociala och ekonomiska funktion för en individs psykiska välbefinnande i en modell



där de kombinerar Jahodas funktionella analys av arbetet med en syn på individen som aktiv aktör (se även [80] och [81]). Arbetslöshetens effekt på individen är beroende av hur individen förhåller sig till de två dimensionerna, och hur centralt arbetet är för identiteten. Resultaten stödjer hypotesen i så måtto att de med störst behov av arbete också har den sämsta psykiska hälsan liksom förbättrar sin hälsa mest vid återanställning. Vidare visar det sig att de som fortfarande är arbetslösa men vars ekonomiska och psykosociala behov av arbete har minskat också förbättrar sin hälsa över tid. De har alltså anpassat sig till situationen som arbetslös.

Den senare tidens studier visar övertygande att den ekonomiska situationen har en medierande effekt på sambandet mellan arbetslöshet och hälsa. Samtidigt betonas inom ekonomisk teori betydelsen av ekonomiska incitament för arbetslösas sökbeteende (10). Det psykosociala behovet av arbete anses enligt dessa teorier vara lågt. Tidigare studier visar att förändringar i A-kassenivåerna kan påverka arbetslöshetstiderna, samt att övergång till sysselsättning mycket markant ökar när utförsäkring från A-kassan närmar sig. (Ett förhållande som även kan vara en effekt av arbetsförmedlingens ökade insatser, förf. anm.) Det kan alltså finnas en konflikt mellan en effektiv arbetsmarknad och att värna den psykiska hälsan hos de arbetslösa. Flera av de ovan refererade studierna har undersökt jobbsökaraktivitet i relation till den ekonomiska situationen.

Alm (78) visar att skillnaden mellan olika grupper av arbetslösa med avseende på jobbsökning är mycket liten. Ingen signifikant skillnad fanns mellan dem som hade respektive inte hade A-kassa. En annan studie visar att de som sökte mest flitigt var de med sämst ekonomi och sämst psykisk hälsa, men trots detta hade de längst arbetslöshetstid och minst möjlighet att få jobb (82). Lägst arbetsvilja och lägst sökaktivitet hade de med god psykisk hälsa och god ekonomi, men de hade störst möjlighet att få ett jobb. Under denna period (1996) var det tydligt att arbetsgivarna valde bort långtidsarbetslösa samt sådana med psykiskt nedsatt hälsa. Dessa studier visar att arbetslösa generellt har ett högt arbetsengagemang oavsett ekonomisk ersättning, samt att det inte enbart är individens sökbeteende som avgör om man lyckas finna ny anställning.

I ovanstående longitudinella studier har man har utgått ifrån en grupp som redan är arbetslösa och följt dessa över tid. Man har kontrollerat för men inte explicit undersökt selektionseffekter. Hallsten samt Eriksson och

Hallsten har undersökt selektionseffekter vid nedläggning av en offentlig arbetsplats – Skolöverstyrelsen och länskolnämnderna (83) samt civilanställda vid olika regionala förband (70). Resultaten stödjer i huvudsak selektionshypotesen medan effekterna av arbetslöshet på hälsan visade sig vara svaga eller obefintliga. Under avvecklingstiden var hälsan som sämst medan den sedan förbättrades för alla grupper. Detta kan exempelvis tolkas utifrån Fryers agentteori som att osäkerhet och brist på kontroll när man väntar på besked innebär en större påfrestning än senare arbetslöshet, eller utifrån Ezzys teori om arbetsförlust som ett hot mot identiteten – avvecklingsfasen kan ses som en utdragen separationspassage. Här bör dock nämnas några särdrag som begränsar överförbarheten till andra situationer och andra grupper av arbetslösa.

Exempelvis lades mycket stora resurser ned på de anställda vad gäller olika utbildningsinsatser vid den första studien (83), och de uppsagda fick en mycket förmånlig inkomstersättning. Genomsnittsåldern var hög i båda studierna, och man kan tänka sig att de flesta hade ett lägre försörjningsansvar än tidigare. Genomgående jämförs gruppen med respektive utan fast arbete, vilket innebär att arbetslösa har slagits ihop med pensionerade, studenter och tidsbegränsat anställda. Många av dem som fått nytt arbete var missnöjda både med arbete och arbetsplats. Dessutom var anställningstryggheten fortsatt hotad för många, vilket delvis kan förklara att skillnaden mellan dem med respektive utan nytt fast arbete inte var större. Resultaten pekar på två faktorer – att effekten av arbetslöshet kan buffras av inte minst ekonomiska stödåtgärder, samt att arbetets innehåll påverkar effekten av arbete och arbetslöshet på den psykiska hälsan. Arbetets betydelse kan inte, som i Jahodas modell, tas för given.

Att konjunkturen kan ha betydelse för vilken effekt arbetslöshet har på hälsan, liksom om positions- eller selektionshypotesen får starkast stöd, diskuteras av Alm (64). Hög arbetslöshet bör innebära att selektionseffekterna minskar, då ”vem som helst” kan drabbas av arbetslöshet. Detta påverkar i sin tur om de arbetslösa upplever arbetslösheten som i första hand individuellt eller strukturellt orsakad (relaterar till teorin om kontroll-lokus) samt hur allmänheten ser på arbetslösa, vilket i sin tur kan påverka den psykiska hälsan hos de arbetslösa. Novo har undersökt ungdomsarbetslöshet under två olika perioder med låg respektive hög arbetslöshet (84), och finner att de långtidsarbetslösas hälsa var sämre än övrigas

vid båda perioderna, men påverkades inte av arbetslöshetsnivån. Däremot hade de som arbetade eller var studerande sämre hälsa i lågkonjunktur. Skillnaden mellan arbetslösa och övriga var därför mindre under lågkonjunkturen. Att arbetslösas hälsa inte förändrades tyder något överraskande på att situationen som arbetslös i stort sett är sig lik oavsett den allmänna konjunkturen, liksom att selektionseffekterna inte har så stor betydelse. Detta talar emot Alms hypotes, i alla fall vad gäller ungdomar.

Som tidigare nämnts kan effekten av arbetslöshet vara olika för olika grupper, t.ex. skilja sig mellan olika åldersgrupper och mellan män och kvinnor. Vi kan konstatera att ovanstående studier i huvudsak inte funnit någon självständig effekt av socioekonomisk grupp eller kön vid kontroll för studerade faktorer. Att effekten av arbetslöshet skulle vara olika för män och kvinnor har tidigare ofta hävdats med hänvisning till kvinnors alternativa roll och uppgifter i hushållsarbetet, liksom ett lägre arbetsengagemang. Ett intressant mönster som diskuteras av Nordenmark (85), är att det i dagens Sverige tycks finnas en stark interaktion mellan kön och ålder såtillvida att yngre kvinnor har starkare arbetsengagemang och drabbas hårdare psykiskt av arbetslöshet än yngre män, medan det motsatta gäller för äldre. Detta speglar ett förändrat könsrollsmönster i samhället liksom den stora vikt som unga kvinnor lägger på arbetet som en förutsättning för identitet och ekonomisk självständighet. De yngre kvinnorna i denna studie hade dessutom ofta en pessimistisk syn på sin möjlighet att få ett arbete till skillnad från de yngre männen, vilket kan vara ett uttryck för en oro bland kvinnor att bli utestängda från arbetslivet. Se också Eriksson och Hallsten (70) och Novo (84) för fler exempel på detta mönster.

Till sist bör nämnas några faktorer som kan ha betydelse men som vi inte här haft utrymme att ta upp närmare. Refererade studier inriktar sig alla på effekterna av arbetslöshet på individen. Samtidigt kan arbetslöshet ha stor betydelse för andra i den arbetslöses närhet. Sådana förhållanden kan vara ökad spänning i familjen, risk för barnmisshandel och ökad ohälsa för övriga familjemedlemmar (77). På samhällsnivå kan hög arbetslöshet leda till exempelvis ökat övertidsuttag och mer stress i arbetslivet med ökad sjuklighet och risk för arbetsskador som följd (86). En vanlig effekt av arbetslöshet, och då speciellt ungdomsarbetslöshet, är risken att denna blir mer permanent och leder till marginalisering och social exklusion (se t.ex. Starrin m.fl. (75) för en diskussion om begreppet social exklusion). Inte

enbart långvarig arbetslöshet utan även andra positioner i utkanten på arbetsmarknaden, t.ex. den ”permanent tillfällighet” som karaktäriserar vissa tidsbegränsade anställningsformer, kan innebära en risk för ekonomisk och social marginalisering (se även [87], [88], [89]).

#### *Att delta i arbetsmarknadspolitiska åtgärder*

Deltagare i arbetsmarknadspolitiska program uppfattar ofta dessa mycket positivt (22). En mindre studie av aktiviteten Arbetslivsutveckling (ALU) visar dock att de positiva effekterna på den psykiska hälsan som först uppstår kan bytas i sin motsats om programmet följs av ny arbetslöshet, men också att denna negativa effekt kan undvikas om stresshantering ingår som en komponent i aktiviteten (22, 90). En annan studie av ett alternativt arbetsmarknadsprogram kallat ”Det finns bruk för alla” (91), visade att 80 procent av deltagarna var nöjda med projektet och rapporterade signifikanta förbättringar i självrapporterad hälsa och livskvalitet. Fysiologiska data på en mindre grupp stödde dock inte de självrapporterade uppgifterna. En tolkning kan vara att deltagarna har passiviserats och anpassat sig till rollen som arbetslös (stöder teorin om inlärld hjälplöshet). En ökning av det psykiska välbefinnandet kan spegla deltagarnas optimism inför möjligheterna till nyanställning, men fortsatt arbetslöshet häver dessa positiva effekter och leder till en förskjutning av kontroll-lokus från intern till extern (90).

En analys av utvecklingen under 1990-talet visar att de som hade lång åtgärdsarbetslöshet hade försämrat sin hälsa (självskattad hälsa samt förekomst av depression) mest i förhållande till personer utan arbetslöshet, betydligt mer än de med lång öppen arbetslöshet (92). De som deltagit i arbetsmarknadspolitiska program samt de med varaktig arbetslöshet (mycket lång arbetslöshet, öppen eller i åtgärder) hade även 1991 sämre hälsa än de som inte blev arbetslösa, vilket tydligt visar på förekomst av samtida selektions- och positionsprocesser. Resultaten tyder på att deltagande i åtgärder ur hälsosynpunkt inte nödvändigtvis är bättre än långvarig öppen arbetslöshet.

Strandh (79) har i en studie undersökt hälsoeffekterna av tre olika arbetsmarknadsåtgärder – arbetsmarknadsutbildning, arbetspraktik och aktivitetsgaranti. Av dessa var det enbart arbetspraktik som ledde till en förbättring av den psykiska hälsan. Detta förklarar författaren med de

specifika kvaliteter som denna åtgärd har – man deltar i arbetslivet tillsammans med kolleger på en vanlig arbetsplats, till skillnad från övriga program där den arbetslöse deltar i utbildning och andra aktiverande åtgärder tillsammans med arbetslösa i samma situation. De som deltog i arbetspraktik hade också större möjlighet att få anställning i jämförelse med öppet arbetslösa och de i aktivitetsgarantin. Skillnaden var dock inte så stor mot arbetsmarknadsutbildning vad gäller jobb­möjlighet. Strandh menar att arbetspraktik till sin karaktär kräver mer av eget initiativ och att den arbetslöse kan sägas ha tagit kontroll över sin situation (är ”proaktiv” enligt Fryers terminologi), vilket kan förklara den långsiktiga förbättringen av den psykiska hälsan. Det finns förmodligen en selektion till denna åtgärd.

Hälsoeffekterna av Komvux-kurser, exempelvis Kunskapslyftet, som erbjuds arbetslösa och andra med svag arbetsmarknadsposition tillhör de områden som är i stort utforskade. En studie av Strandh visade dock att de som lämnade arbetslöshet för att börja på Komvux inte förbättrade sin psykiska hälsa till skillnad från dem som studerade på högskola. Något som han menar kan bero på att studier på gymnasienivå inte på ett avgörande sätt förändrar den osäkra situationen och inte innebär att individen återtar kontrollen över sin livssituation (81). Man kan anta att samma resonemang kan appliceras på vuxenstudier som på arbetsmarknads­politiska program – att deras hälsoeffekt är beroende av den allmänna konjunkturen liksom framtidsutsikterna och det specifika innehållet i utbildningen.

## Grupper med svag arbetsmarknadsposition

### *Ungdomar*

Som kommittén Valfärdsbokslut konstaterat tillhör ungdomar den grupp som fick se de största välfärdsförlusterna under 1990-talet, och svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden var en viktig orsak till detta (2). I gruppen 16–24 år var arbetslösheten som mest 18,4 procent 1993. Sedan dess har arbetslösheten successivt sjunkit, men ligger fortfarande år 2001 på 8 procent i denna grupp (mot 3,7 % 1990). Relationen mellan olika åldersgrupper ser ungefär likadan ut nu som 1990, men nivåerna är ungefär

dubbelt så höga som då. Att arbetslösheten minskade för den yngsta gruppen efter 1993 berodde på att en mängd arbetsmarknadspolitiska åtgärder då sattes in som var riktade mot yngre, vilket innebar att de inte längre räknades som arbetslösa enligt den officiella definitionen (20). Många yngre lämnade också arbetskraften för att studera under dessa år (se avsnitt "Ej i arbetskraften"). År 1990 hade 70 procent arbete vid 20 års ålder medan motsvarande andel uppnåddes först vid 26 års ålder 1999 (94). För ungdomar är utbildning en nyckelaspekt för att kunna etablera sig på arbetsmarknaden, varför den grupp som inte har en gymnasieexamen är särskilt viktig att följa.

### *Utrikes födda*

Utrikes födda, som nu uppgår till närmare en miljon, hade stora svårigheter på arbetsmarknaden under 1990-talet (2). Gruppen är mycket heterogen och en stor del av de välfärdsproblem som finns i gruppen har burits av de flyktingar som kom hit under det tidiga 1990-talet, främst från det forna Jugoslavien samt från Iran och Irak. Även de utrikes födda som tidigare haft arbete hade dock större risk att bli arbetslösa, enligt analyser av SCB:s LOUISE/Stockholmsdatabas (94). Mellan 1997 och 2001 steg andelen sysselsatta med nästan 40 procent för utomnordiskt födda. Fortfarande är dock arbetslösheten nästan fyra gånger så hög i gruppen som för svenskfödda (11 mot 3 %) (15). Dessutom är det ganska vanligt att utomnordiskt födda med högskoleutbildning tvingas ta jobb som de är överkvalificerade för. Bakom detta kan ligga både etnisk diskriminering och en dålig förmåga att bedöma utländska examina hos arbetsgivarna. Samtidigt finns också en icke obetydlig grupp utrikes födda med låg utbildning och brister i svenska språket. (Se vidare kapitel 6.)

### *Äldre*

Arbetslösheten är visserligen lägst i den äldsta gruppen (55–64 år), men de som blir arbetslösa har särskilt svårt att finna ett nytt jobb. Enligt AMS hade mer än hälften av de inskrivna i denna åldersgrupp en total inskrivningstid överstigande två år i mars 2002 (15). För kvinnor är andelen över 60 procent. Ett skäl till de äldres stora svårigheter, förutom lägre utbildningsnivå och åldersdiskriminering, är de högre kostnader som arbetsgivarna har för äldre arbetskraft när det gäller framför allt pensionspremier

för avtalspensionen. Ju högre ålder och ju högre lön, desto högre blir premien. Trots att den officiella pensionsåldern är 65 år är det få som arbetar så länge. År 1990 arbetade 44 procent av 64-åringarna, en andel som sjunkit till 29 procent 1999. Totalt 1/3 av de mellan 55–64 år står utanför arbetskraften, den stora majoriteten på grund av sjukdom. Även om långtidssjukskrivningarna liksom förtidspensioneringarna har ökat i alla åldersgrupper är de äldre särskilt drabbade, och liksom vad gäller arbetslöshet är både deras utbildningsnivå och ålder ett hinder för rehabilitering till arbete. När man tittar på andra hälsomått har dock hälsan utvecklats positivt relativt andra åldersgrupper vilket kan tyckas något motstridigt. Som AHA-utredningen skriver är det dock fullt möjligt att ökade krav på arbetsmarknaden i kombination med avtagande arbetskapacitet kan slå igenom starkt i antal långtidssjukskrivningar och senare i förtidspensioneringar (95).

#### *Ensamstående mödrar*

De ensamstående mödrarnas missgynnade situation kan sammanfattas med att de är *kvinnor*, *ensamstående* och *föräldrar*, med huvudsakligt försörjningsansvar för sina barn (96). Ensamstående med barn har generellt haft en negativ utveckling i de flesta avseenden under 1990-talet. Detta gäller särskilt ekonomiska förutsättningar. Inkomstnivåerna har sjunkit generellt i gruppen, oavsett ålder, antal barn och födelseland. Den viktigaste förklaringen till inkomstminskningen står att finna i minskningen av förvärvsinkomster i gruppen – arbetslösheten slog särskilt hårt mot denna grupp, samtidigt som veckoarbetstiden utvecklades sämre än för sammanboende mödrar. Även andelen med tidsbegränsad anställning ökade betydligt mer än för andra grupper (2). Att ensamstående föräldrar har svårigheter att få ett arbete kan enligt en studie i stort förklaras av lägre utbildningsnivå, kombinerat med lågt psykiskt välbefinnande, sämre allmänt hälsotillstånd, mindre framtidstro och en större grupp med arbetshandikapp (97). De ensamstående mödrarnas hälsoläge har försämrats i förhållande till andra grupper under 1990-talet. De uppger oftare än andra att de har en dålig fysisk och psykisk hälsa, exempelvis har förekomst av ångslan, oro och ångest blivit relativt vanligare (2).

### *Arbetshandikappade*

Funktionshindrade är en grupp som i stor utsträckning påverkats av den omfattande strukturomvandlingen under 1980- och 1990-talen. Okvalificerade arbeten utan krav på speciell utbildning har rationaliserats bort samtidigt som tidigare enkla arbeten blivit mer krävande. De organisatoriska förändringarna har inneburit ökade prestationskrav. Andelen sysselsatta bland personer med nedsatt arbetsförmåga i åldersgruppen 25–44 år sjönk från 45 till 37 procent mellan 1988–1991 och 1994–1995. Motsvarande minskning bland dem utan nedsatt arbetsförmåga var från 91 till 88 procent (13). De svårigheter som denna grupp har beror delvis på att de är överrepresenterade bland lågutbildade och äldre. Cirka 80 procent har högst grundskoleutbildning eller en kortare gymnasieutbildning. Särskilt svårt att finna arbete har personer med missbruksproblem och psykiska funktionshinder (15). De arbetshandikappades situation har dock förbättrats påtagligt på senare tid, i maj 2002 var arbetslösheten i denna grupp 27 procent lägre än vid samma tid föregående år. Framför allt beror förbättringen på att dessa personer har fått jobb med lönebidrag (98).

## Betydelsen av hälsorelaterad selektion

Ett problem som vi berört i avsnittet om arbetslöshet och hälsa är om de samband man finner mellan arbetsmarknadsposition och hälsa är en följd av arbetsmarknadspositionen i sig, eller beror på en selektion av personer med sämre förutsättningar för en bra hälsa till osäkra anställningsformer och arbetslöshet. Så länge människor inte "slumpas" in på olika positioner kommer vi alltid att ha ett selektionsproblem, och detta kan till och med vara förstärkt i ett samhälle som det svenska med relativt stor social mobilitet. Selektionen tycks vara som starkast till det första arbetet, exempelvis är de *relativa* hälsoskillnaderna mellan olika yrkesgrupper faktiskt störst i yngre år (99). En svensk studie av unga män har t.ex. visat att riskfaktorer för alkoholism under ungdomsåren var vanligare hos dem som senare blev arbetare än hos dem som fick tjänstemannayrken. Även andra hälsorelaterade faktorer som rökning och psykiska symtom som ångest och depression var vanligare i denna grupp. Riskbruk av alkohol och andra riskfaktorer predicerade både social mobilitet nedåt (från tjänsteman-



nafamilj till att själv bli arbetare) liksom en stabil position som arbetare och bidrog därmed till att skapa och bibehålla skillnader i alkoholism mellan tjänstemän och arbetare. Hälsoselektion (psykisk sjukdom) spelade dock en mindre roll (100, 101). Studier har också visat på en negativ hälsoselektion från fysiskt tunga yrken till yrken med låga fysiska krav (102). Bristen på longitudinella studier inom området innebär dock att selektionsproblemet är en fråga som ofta förblir obesvarad. I tvärsnittsstudier kan man kontrollera för exempelvis hälsorelaterade levnadsvanor, men bör dessa ses som förväxlingsfaktorer (confounders) eller är sådana beteenden en del av den kausala kedja som leder från arbetsmarknadsposition till ohälsa? En studie av arbetslösa ungdomar visade t.ex. att de som blev arbetslösa rökte mer redan i årskurs 9, men också att arbetslösheten ledde till en ökning av tobaksbruk i denna grupp såväl som i den grupp som tidigare inte rökt (63).

Vi kan utgå från de punkter som i "Social rapport 2001" (103), används för att förstå förekomsten av sociala problem bland olika grupper:

- De orsakssamband som ligger bakom att en enskild individ hamnar i en socialt utsatt position är ofta sammansatta och komplicerade.
- Många gånger rör det sig om att den enskilde drabbats av problem på flera områden samtidigt, och att dessa faktorer tillsammans bidrar till att fördjupa de problem som fanns initialt. (Vad Gunnar Inghe kallade för riskladdade konstellationer [104]).
- Det finns en ömsesidig relation mellan hälsomässiga och sociala problem, och de förstärker ofta varandra.

Det är alltså inte så enkelt som att det antingen är fråga om selektions- eller positionseffekter, utan samtidigt effekter som ofta förstärker varandra och som t.ex. kan innebära att personer med olika initiala förutsättningar påverkas olika av en svag arbetsmarknadsposition, s.k. differentiell sårbarhet. Sett ur ett välfärds perspektiv (där välfärd definieras som "individuella resurser med vars hjälp medborgarna kan kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor" (32), innebär detta att brist på resurser inom andra områden gör att man både löper större risk att hamna i en sämre arbetsmarknadsposition, samt att man blir mer sårbar för effekterna av detta.

Några empiriska studier får belysa betydelsen av selektions- och positionsmekanismer för sambandet mellan arbetsmarknadsposition och hälsa. En studie från Stockholms län visar att risken att bli arbetslös var högre för dem som hade varit sjukskrivna länge åren före arbetslösheten (94). Riskökningen var högre i de yngre åldersgrupperna, dvs. sjukskrivning hade en större betydelse för senare arbetslöshet bland yngre. Äldre är ju på grund av sin längre anställningstid skyddade av arbetslagstiftningen, vilket gör att selektionseffekterna blir svagare. Både sjukskrivning och arbetslöshet var betydligt högre för lägre socioekonomiska grupper, men konsekvenserna av hög sjukskrivning på senare arbetslöshet var större bland högre SEI-grupper. Selektionseffekten var alltså större för tjänstemän än för arbetare (liksom för psykisk ohälsa och arbetslöshet, se avsnitt om arbetslöshet och hälsa).

I en annan studie undersöktes sambandet mellan psykisk ohälsa och arbetsmarknadsposition över tid (105). Här jämfördes sysselsatta med hela gruppen ej i arbete (arbetslös, förtidspensionär, studerande eller hemmafru). Resultaten visar att de med psykisk ohälsa har en större andel med en ogynnsam arbetsmarknadsposition som det definieras här, samt att andelen ej i arbete ökar över tiden i den grupp som har en dålig psykisk hälsa under en längre tid (både 1994 och 1998). Andelen var oförändrat hög i den grupp som hade psykisk ohälsa vid den första tidpunkten men inte vid den andra. Detta tyder dels på en hälsomässig selektion in i gruppen ej i arbete, dels på att de med psykisk ohälsa har svårt att förbättra sin position. Även de med fysiska besvär har svårigheter på arbetsmarknaden. Förekomsten av ländryggs- eller nacke/skulderbesvär innebar inte oväntat en ökad risk att lämna arbetslivet mellan 1994 och 1998 och det var också ett hinder för att få en anställning (106). De här refererade studierna gäller Stockholms län, men resultaten torde vara generaliserbara till övriga landet.

I en diskussion om selektion och kausalitet är det viktigt att ha ett långsiktigt perspektiv som tar hänsyn till förhållanden under olika delar av livet (107). Enligt en ofta refererad hypotes (ackumuleringshypotesen) påverkar förhållanden under uppväxten, t.ex. skolresultat, sannolikheten att man hamnar i en viss social position (108). På detta vis startar "onda" eller "goda cirklar". Enligt denna hypotes medieras effekten av social bak-

grund via uppnådd social position, som är överordnad. Effekten av social bakgrund kan enligt en annan hypotes (social programming) verka direkt på hälsan oberoende av uppnådd position, dvs. man "för med sig" riskfaktorer, exempelvis hälsorelaterade beteenden, in i vuxenlivet. Alternativt kan man uttrycka det som att den sociala miljön under uppväxtåren har lett till en ökad sårbarhet. Vägerö och Illsley (109) föreslår en mer dynamisk modell (co-evolution hypothesis), där hälsa och sociala förhållanden påverkar varandra i ett växelspel. Tidiga sociala faktorer påverkar viktiga aspekter i en individs livslopp, samtidigt som hälsan även kan påverka den sociala "karriären". För en diskussion om betydelsen av uppväxtförhållande för hälsan se avsnittet "Ett livsloppsperspektiv på sociala skillnader" i kapitel 1.

Bristen på longitudinella studier, där samma personer följs under en längre tid, och där hänsyn tas både till hälsorelaterade beteenden och hälsorelaterad selektion liksom effekten av arbetsmarknadsposition på hälsan över tid, gör att vi bara har "delar av pusslet". Som Fryer påpekar är en långvarigt marginaliserad position på arbetsmarknaden, präglad av arbetslöshet, tillfälliga anställningar och deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder, betydligt mer vanligt förekommande än långvarig arbetslöshet. Den kan också vara lika, om inte mer, psykiskt påfrestande (72).

## Forskningsbehov

I detta avsnitt belyses kunskapsluckor inom området och uppföljningen av viktiga politikområden. Allmänt sett kan vi konstatera behovet av fler longitudinella studier med ett flertal mättpunkter. Detta är inte minst nödvändigt för att kunna reda ut vad som är selektionseffekter och vad som är orsakssamband.

Vissa områden är mer utforskade än andra, hälsoeffekterna av arbetslöshet är t.ex. jämförelsevis väl studerade. Däremot skulle det behövas mer forskning om deltagande i arbetsmarknadsåtgärder ur ett hälsoperspektiv. Det är önskvärt att hälsoaspekter vägs in i AMS uppföljning av de olika programmen, liksom i IFAU:s (Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering) utvärdering av arbetsmarknadsåtgärderna. Det är också viktigt att följa vilka grupper som får ta del av de olika åtgärderna och i vilken

utsträckning grupper med en svag position på arbetsmarknaden (t.ex. långtidsarbetslösa, arbetshandikappade, utrikes födda) får arbete genom dessa. En viktig orsak till arbetslösas hälsoproblem är de ekonomiska svårigheter som förlust av förvärvsinkomst kan leda till. Därför är det angeläget att följa den passiva arbetsmarknadspolitiken, dvs. kraven för att kunna få grundersättning eller arbetslöshetsersättning, samt ersättningsnivåerna.

Hälsoeffekterna av deltidsarbete är ett annat område som är relativt outforskat och där effekterna på lång och kort sikt mycket väl kan vara motsatta. Det är också exempel på ett område där jämställdhetsmålet kan komma i konflikt med hälsohänsyn, och det är därför intressant att studera närmare. Inte minst effekterna av deltidsarbete på upprätthållanden av den könssegregerade arbetsmarknaden liksom den ojämlika uppdelningen av det obetalda arbetet, som är en viktig orsak till hälsoskillnader mellan könen, är ett angeläget forskningsområde. De undersysselsatta är en särskilt intressant grupp att studera då ofrivillig deltid speglar en svag arbetsmarknadsposition.

Som tidigare konstaterats behövs mer forskning vad gäller hälsoaspekter av tidsbegränsad anställning, och här är longitudinella studier nödvändiga, då detta visar vilka som blir kvar i tidsbegränsad anställning och vad detta innebär för individens välfärd och hälsa på längre sikt. Som Nationella folkhälsokommittén skriver har företagshälsovård, arbetsmiljöinsatser och lagstiftning varit inriktade på kärnan av fast anställda. Arbetskraftens differentiering ställer nya krav på dessa institutioner (4). Exempelvis är betydelsen av arbets- och medlemsreglerna inom A-kassan för denna grups hälsa något som bör utredas.

Gruppen egenföretagare är inte mycket studerade, framför allt inte ur ett hälsoperspektiv. Det finns en stor heterogenitet i gruppen och olika typer av egenföretagare lever under mycket olika villkor. Inte minst förekomsten av ekonomisk stress och extremt långa arbetsdagar torde vara en viktig källa till ohälsa för de egenanställda. Samtidigt kan egenanställning också ge individen större frihet och flexibilitet i arbetet. Det är viktigt att inkludera hälsa i exempelvis de utvärderingar som görs av starta eget-bidraget.

Många studier finns redan om arbetslösas situation och hälsa men i och med att vi fått bestående hög arbetslöshet kommer detta område att ha

ständig relevans. Stora befolkningsrepresentativa studier bör här kompletteras med specialstudier av särskilda grupper liksom kvalitativa teori-genererande studier.

Vidare vore det önskvärt med fler åldersspecifika studier av hälsoeffekterna av svag arbetsmarknadsposition. Dels för ungdomsgruppen (under 30 år), dels för dem över 55, vilket är de grupper som har stora, men olika, problem på arbetsmarknaden.

## Förslag och diskussion

Baserat på ovanstående översikt om sambandet mellan arbetsmarknadsposition och hälsa presenteras här mått och indikatorer som kan vara lämpliga för att följa utvecklingen. Utifrån en granskning med avseende på hälsoeffekter, indikatorns relevans, validitet i förhållande till bestämningsfaktorn, mätbarhet, entydighet och påverkningsbarhet har ett mindre antal indikatorer valts ut.

De mått som här presenteras kommer från officiella register och finns tillgängliga på nationell och regional (läns-) nivå samt i några fall på kommunal nivå. Ett alternativt sätt att redovisa statistiken vore att använda sig av någon av de regionala indelningar som tagits fram: A-region, H-region eller kommuntyp, som ett komplement till uppdelning på län och kommun. I och med att arbetsmarknaden skiljer sig stort mellan olika regioner (93), vore det av intresse att använda sig av någon uppdelning som speglar detta. Folkhälsans utveckling skiljer sig även den mellan olika delar av vårt land och arbetsmarknaden är en viktig bestämningsfaktor för detta.

Den nationella utvecklingen kan också följas i ett europeiskt komparativt perspektiv med hjälp av den databas som finns hos Eurostat (<http://europa.eu.int/comm/eurostat/>). Här finns uppgifter om såväl arbetsmarknadspolitik, sysselsättning och arbetslöshet som sjukskrivning, främst för EU-länderna. Uppgifterna är dock inte direkt jämförbara med den svenska statistiken.

### *Hälsoeffekter och relevans*

Studier som jämför förvärvsarbetande med sådana som inte är ekonomiskt aktiva visar genomgående att både psykisk och fysisk hälsa är bättre för

dem som har ett arbete. Selektionsproblematiken gör dock att hälsoeffekter av att ha ett arbete blandas med en "healthy worker effect". Alla typer av arbeten är inte heller positiva för hälsan, t.ex. har studier av upprepade personalreduktioner visat att hälsan hos den personal som var kvar kunde jämföras med dem som sagts upp, bl.a. beroende på en ökning av den stressrelaterade ohälsan (40). Trots sina brister bör sysselsättning betraktas som en ytterst viktig del av den övergripande bestämningsfaktorn arbetsmarknadsposition. Arbete ger en förvärvsinkomst, är en förutsättning för att man skall få ta del av många välfärdssystem samt fyller en rad andra viktiga funktioner för individen. Majoriteten förvärvsarbetande är också nöjda med sitt arbete (110).

Deltid är snarare positivt än negativt för hälsan. Kort deltid har ett starkt samband med långvarig ohälsa men detta tycks främst bero på selektion till gruppen. På grund av deltidens koppling till den ojämlika uppdelningen av det obetalda arbetet mellan män och kvinnor liksom den horisontella och vertikala könssegregeringen på arbetsmarknaden har andelen deltidare inte någon entydig tolkning. Andel undersysselsatta (ofrivilliga deltidare) är en tänkbar indikator men då kunskapsunderlag saknas vill vi inte i nuläget föreslå den.

Hälsoeffekterna av tidsbegränsad anställning liksom vilka mekanismer som ligger bakom ett sådant samband är inte helt kartlagda och det finns studier som inte visar några skillnader i hälsa mellan fast och tidsbegränsat anställda. Vi vill ändå lyfta fram tidsbegränsad anställning som en potentiellt viktig bestämningsfaktor. Studier visar att anställningsotrygghet har en negativ effekt på såväl fysisk som psykisk hälsa. Tidsbegränsad anställning kan för många innebära en risk för ekonomisk stress, vilket har ett starkt samband med psykisk ohälsa. Gruppen med tidsbegränsad anställning har ökat vilket innebär att denna arbetsform berör många människor. Andelen är hög framför allt bland kvinnor, ungdomar och utrikes födda, dvs. grupper som redan har en svagare arbetsmarknadsanknytning. Ökningen av tidsbegränsade anställningar kan komma att förstärka ojämlikhet i hälsa.

Som grupp har egenföretagarna en relativt gynnsam situation enligt krav-kontroll-modellen, men saknar socialt stöd. En problematisk ekonomisk situation och hög arbetsbelastning är riskfaktorer för många egenföretagare. Som egenföretagare står man dessutom utanför många av

de vanliga trygghetssystemen vilket gör gruppen särskilt sårbar vid en försämrad konjunktur. Kunskapsluckorna vad gäller eventuella hälsoeffekter samt svårigheter att skilja ut olika typer av egenföretagare gör att vi inte kan föreslå andel egenföretagare som indikator.

Sambandet mellan arbetslöshet och framför allt psykisk hälsa har fastslagits i en lång rad undersökningar. Det är mindre vanligt att man undersöker fysisk hälsa i samband med arbetslöshet. Det finns både en hälsorelaterad selektion till arbetslöshet och hälsoeffekter av arbetslösheten i sig. Även om sambandet är klart så upplever de flesta inte några negativa hälsoeffekter av arbetslöshet. Därför är det viktigt att också följa de modererande faktorer som studerats och som är påverkbara genom arbetsmarknads- och socialpolitik. Arbetslöshet bör ses som en viktig del av den övergripande bestämningsfaktorn. Sett i ett livsloppsperspektiv drabbar arbetslöshet en stor grupp människor. Förlust av förvärvsarbete innebär för många både ekonomiska problem och en förlust av sociala relationer. Särskilt långvarig arbetslöshet är en riskfaktor för marginalisering och social exkludering (75).

Att delta i arbetsmarknadsåtgärder kan ha både positiva och negativa hälsoeffekter. Studier har visat att deltagande i åtgärder som följs av ny arbetslöshet kan ha negativa hälsoeffekter, samtidigt som vissa åtgärder tycks kunna ge bestående positiva effekter. Området är dock ännu mycket litet studerat. Både bristen på studier och den uppenbara svårigheten att entydigt tolka indikatorn från hälsosynpunkt gör att vi inte vill inkludera den, men självfallet är det en viktig uppgift när man tolkar förändringar i arbetslösheten. Komvux-studier kan i vissa fall ses som jämförbart med deltagande i åtgärder men eventuella hälsoeffekter är inte studerade och detta diskvalificerar den som indikator.

### *Mått och indikatorer*

De indikatorer som presenteras kan i de flesta fall delas upp efter både ålder, kön, utbildning och medborgarskap samt i vissa fall även efter andra variabler.

### *Sysselsättning*

Som mått föreslås:

- Antal och andel sysselsatta i arbetskraften.

Källa: AKU Alternativt på kommunnivå: RAMS.

- Antal och andel sysselsatta i olika sektorer och näringsgrenar.  
Källa: AKU Alternativt på kommunnivå: RAMS.

Validitet – Definitionen av sysselsatt enligt AKU är mycket generös då det räcker med att man arbetat en timme under undersökningsveckan. Dessutom räknas långvarigt sjukskrivna som sysselsatta i AKU:s statistik. HpH-utredningen har föreslagit ett nytt mål för *människor i arbete* som komplement till sysselsättningsmålet, där hänsyn tas till sjukfrånvaron. Ett sådant mått skulle bättre än det nuvarande spegla den verkliga sysselsättningsgraden.

Mätbarhet – En fördel med måttet är att det mäts kontinuerligt och är jämförbart över tid.

Entydighet – Att en hög sysselsättningsnivå är positivt för hälsan kan verka självklart. Men indikatorn är inte entydig. Att färre ungdomar arbetar och fler studerar är knappast negativt för hälsan, å andra sidan kan det spegla en situation då många tvingas studera på grund av svårigheter på arbetsmarknaden. Som redan påpekats är det också möjligt att sysselsättningen utvecklas positivt på grund av en negativ utveckling av sjukfrånvaron genom att även långtidssjukskrivna räknas som sysselsatta (111).

Påverkbarhet – Sysselsättningen, generellt och inom vissa branscher/regioner, är i högsta grad påverkbar, även om man inte skall överdriva arbetsmarknadspolitikens möjligheter. Viktiga förutsättningar för kvinnors deltagande på arbetsmarknaden har t.ex. varit utbyggnaden av barnomsorgen vilket visar på den allmänna välfärdspolitikens betydelse.

#### *Tidsbegränsad anställning*

Som mått föreslås:

- Andel av de sysselsatta med tidsbegränsade anställningar uppdelat på projekt-/provanställda, vikariat samt övriga.  
Källa: AKU alternativt (vad gäller näringsgrenar) KS.

Validitet – Tidsbegränsade anställningar är inte någon okomplicerad indelningsgrund. Projekt-/provanställda har en betydligt bättre arbetsmiljö och möjlighet att anställningen leder till fast jobb än behovsanställda som den andra ytterligheten. Vikariat är i dessa avseenden något av en mellangrupp. En uppdelning av gruppen är nödvändig för att indikatorn skall kunna sägas spegla svag arbetsmarknadsposition.



Mätbarhet – AKU har använt sig av en uppdelning på olika typer av tidsbegränsat anställda sedan 1987.

Entydighet – Om de olika typerna av tidsbegränsad anställning inte åtskiljs blir indikatorn svårtolkad. Många tidsbegränsade anställningar kan vara bra arbeten med flexibilitet för individen och goda utvecklingsmöjligheter, medan andra kan beskrivas som återvändsgränder. En ökning av gruppen behovsanställda är det som mest entydigt kan ses som negativt för hälsan.

Påverkbarhet – Framväxten av tidsbegränsade anställningar har bl.a. påverkats av ändrad lagstiftning, då lagändringar gjort det lättare att anställa på tidsbegränsade kontrakt. Möjlighet bör finnas att förhindra segmentering av vissa tidsbegränsade anställningar. Även regler inom t.ex. arbetslöshetsförsäkringen har betydelse för om anställningsformen leder till ekonomisk deprivation. Nyligen har en lag om förbud mot diskriminering av tidsbegränsat anställda instiftats, vilket kan ge förbättrade arbetsförhållanden för denna grupp.

#### *Arbetslöshet*

Som mått föreslås:

- Antal och andel öppet arbetslösa i arbetskraften.  
Källa: AKU. Alternativt på kommunnivå: AMS.
- Andel långtidsarbetslösa samt långtidsinskrivna i arbetskraften.  
Källa: AMS.

Validitet – Definitionen av sysselsatt respektive öppet *arbetslös* i AKU (se avsnitt ”Befintlig statistik”) innebär som konstaterat att den som arbetat en timme under undersökningsveckan räknas som sysselsatt. Många som i praktiken kan betraktas som arbetslösa kan därför finnas i kategorin *undersysselsatta* (som i AMS statistik nägorlunda motsvaras av *deltidsarbetslösa*). Distinktionen mellan arbetslösa och sysselsatta blir därmed svår – en kontinuerlig snarare än en dikotom variabel. Både AKU:s och AMS definition tar fasta på den arbetslöse som *arbetssökande*, dvs. någon som inte bara saknar förvärvsarbete utan som bjuder ut sin arbetskraft på marknaden men inte finner någon som vill hyra den (112). De *latent arbetssökande* består av personer som saknar arbete men inte är arbetsökande, t.ex. sådana som studerar på grund av arbetsmarknadsproblem,

samt arbetslösa som har ”gett upp” och inte längre söker jobb aktivt. Här bör nämnas att de flesta studier bygger på urval av öppet arbetslösa och hälsoeffekterna som studerats gäller denna grupp. Att inkludera alla ovanstående grupper skulle innebära att man får en betydligt större, men också mer heterogen grupp, vilket skulle påverka indikatorns validitet i förhållande till bestämningsfaktorn arbetslöshet.

”Långvarigt arbetslösa” enligt gängse definition är en viktig indikator som speglar långvarig öppen arbetslöshet. Denna indikator påverkas dock starkt av regeländringar, t.ex. garantier om att få delta i något program efter en viss tid. Den bör därför kompletteras med andel långtidsinskrivna, som täcker både öppet arbetslösa och sådana som deltagit i åtgärder som inte lett till arbete. En sådan negativ rundgång kan ge allvarliga hälsokonsekvenser enligt tillgängliga studier.

Mätbarhet – Valda mått har hämtats från officiell statistik, de är jämförbara över tid då samma definitioner har använts och data insamlats på liknande sätt.

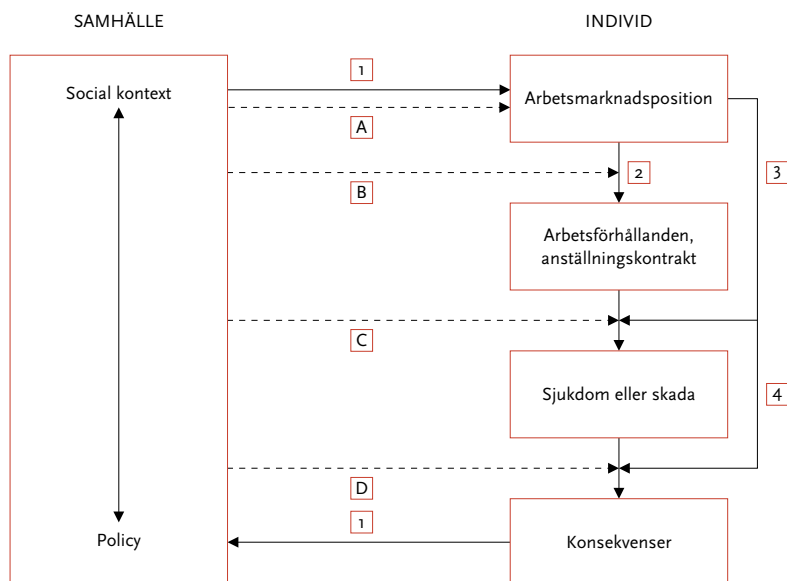
Entydighet – Att andelen arbetslösa ökar bör med stor säkerhet tolkas som negativt för folkhälsan. Att andelen arbetslösa respektive långtidsarbetslösa sjunker kan dock bero på en utökning av den aktiva arbetsmarknadspolitiken, samt att personer som hellre skulle ha arbetat tvingas studera. Därför bör man beakta personer i åtgärder, samt undersysselsatta och latent arbetssökande vid en tolkning av förändringar i indikatorn.

Påverkbarhet – Ett av målen med arbetsmarknadspolitiken är just att minska arbetslösheten, samt att öka svaga gruppers möjligheter på arbetsmarknaden. Arbetslöshetsnivån är alltså i högsta grad påverkbar om man prioriterar att bekämpa arbetslösheten. Social- och arbetsmarknadspolitik är också viktig för vilka hälsoeffekter arbetslösheten har.

### *Uppföljning av politikområdet*

En övergripande modell för hur man kan förstå sambandet mellan arbetsmarknadsposition och hälsa liksom möjligheter till uppföljning av politiken ser vi i figur 5. Med arbetsmarknadsposition menas här både yrke och anknytningsgrad till arbetsmarknaden. Figuren har omarbetats från en modell av Finn Diderichsen m.fl. (113) (se denna för en utförlig diskussion). Modellen beskriver fyra huvudmekanismer – social stratifiering, differentiell exponering, differentiell sårbarhet samt differentiella kon-

sekvenser som skapar hälsoskillnader mellan olika sociala positioner, i detta fall arbetsmarknadsposition. Mekanismerna betecknas med siffror i figuren, och bokstäverna betecknar olika politikområden som har betydelse för hur dessa mekanismer kommer till uttryck i ohälsa.



Figur 5. Modell över sambandet mellan social kontext, arbetsmarknadsposition och hälsa samt policyåtgärder.

1. Den process som bestämmer den *sociala stratifieringen*, i detta fall hur människor hamnar i olika positioner på arbetsmarknaden. Stratifieringsprocessen beror på den sociala kontexten, och påverkas av policyinsatser. Här inbegrips t.ex. social mobilitet mellan generationerna, diskriminering och hälsorelaterad selektion. När det gäller arbetsmarknadsposition är utbildning en av de allra viktigaste stratifierande faktorerna, särskilt vid inträde på arbetsmarknaden. En annan viktig stratifierande faktor är normer om vad som är passande manliga och kvinnliga sysslor.
2. *Differentiell exponering* innebär att olika arbetsmarknadspositioner för med sig olika risk att utsättas för ogynnsamma förhållanden, exempelvis

osäkra anställningsförhållanden eller dålig arbetsmiljö. Detta sammanfaller ofta med andra riskfaktorer, exempelvis under uppväxtåren.

3. Differentiell *sårbarhet*. Hälsoeffekten av vissa givna riskfaktorer kan påverkas av den sociala positionen. Den ökade sårbarheten kan vara en effekt av en ansamling av riskfaktorer. Man kan också uttrycka det så att det finns en interaktion mellan arbetsmarknadsposition och andra riskfaktorer.
4. *Konsekvenser av ohälsa*. Beroende på arbetsmarknadsposition kommer nedsatt hälsa att få olika sociala konsekvenser, exempelvis på grund av arbetsvillkor i yrket, samt i förlängningen också olika medicinska konsekvenser som en följd av skillnader i möjligheten att fortsätta inom arbetslivet. Ohälsa kan skapa en nedåtgående spiral av sociala och ekonomiska problem som i sin tur ger ytterligare hälsokonsekvenser.
  - A. Exempelvis utbildningspolitik, den generella välfärdspolitiken och arbetsmarknadspolitik påverkar hur den sociala mobiliteten och stratifieringsprocessen ser ut. Rätt till fri utbildning på alla nivåer innebär t.ex. att den sociala mobiliteten ökar, men det innebär också en möjlighet för människor att gå vidare till högre studier eller omskola sig i vuxen ålder. Effekten av social bakgrund kan därmed minska.
  - B. Arbetsmarknadspolitik inklusive aktiva åtgärder, arbetsmiljöåtgärder, socialförsäkringssystemet och relationen mellan fack och arbetsgivare etc., har betydelse för i vilken utsträckning arbetsmarknadspositionen påverkar exponeringen för olika ogynnsamma faktorer. För att detta skall vara effektivt krävs ofta att man fokuserar på mer än en exponering.
  - C. Här avses specifika åtgärder för att skydda speciellt sårbara grupper, t.ex. åtgärder riktade mot arbetshandikappade eller andra utsatta grupper som utrikes födda. Tanken är att de som är utsatta för många exponeringar och därmed har en ökad sårbarhet kräver särskilda åtgärder.
  - D. Här inbegrips exempelvis sjukförsäkringssystemet och dess roll för att garantera alla rehabilitering eller utbildning på lika villkor vid skada eller sjukdom. De som drabbas särskilt hårt av ohälsa kan också kräva extra insatser för att förhindra en negativ utveckling.

De politikområden som är mest aktuella ur ett uppföljningsperspektiv är de som har en direkt betydelse för hälsoeffekterna av arbetsmarknadsposition, och i andra hand de som påverkar den sociala stratifieringen.

## Medverkande

Ett stort tack till Ingvar Lundberg, Piroska Östlin, Cecilia Unge, Bernt Lundgren, Sven Bremberg, Ylva Arnhof och Sarah Wamala som på olika sätt bidragit till textens slutliga utformning.

## Referenser

1. Vogel J. Towards a typology of European welfare production. In: Glatzer W, Habich R, Mayer KU, eds. *Sozialer Wandel und gesellschaftliche Dauerbeobachtung*. Opladen, Tyskland: Leske & Budrich, 2002.
2. Kommittén Valfärdsbokslut. SOU 2001:79 *Valfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet.
3. Nationella folkhälsokommittén. Underlagsrapport nr 1. *Arbetslivsfaktorer*. Stockholm: Socialdepartementet, 1999.
4. Nationella folkhälsokommittén. SOU 1999:137 *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål*. Delbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet.
5. Fritzell J, Gähler M, Lundberg O. Att studera välfärdsförändringar. I: Lundberg O, red. SOU 2001:53 *Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde*. Stockholm: Socialdepartementet.
6. Alexanderson K, Söderberg E. *Försäkringsmedicinsk forskning – en litteraturgenomgång*. Linköping: Försäkringsmedicinskt centrum, Linköpings universitet, 2000.
7. Berglind H, Bergroth A, Ekholm J, Birkhed C, Marnetoft S-U, Selander J, et al. *Rehabiliteringsvetenskapen som mångvetenskaplig diskurs*. Socialmedicinsk tidskrift 2001;6:469–484.
8. Kommittén Valfärdsbokslut. SOU 2001:79 *Valfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet.

9. Magnusson L. *Den tredje industriella revolutionen*. Stockholm: Prisma & Arbetslivsinstitutet, 1999.
10. Björklund A, Edin P-A, Holmlund B, Wadensjö E. *Arbetsmarknaden*. 2 utg. Stockholm: SNS förlag, 2000.
11. Wadensjö E. *Arbetsmarknaden och välfärdspolitiken*. EpC rapport 1997:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
12. le Grand C, Szulkin R, Tåhlin M. Har jobben blivit bättre? En analys av arbetsinnehållet under tre decennier. I: Fritzell J, red. SOU 2001:53 *Välfärdens förutsättningar. Arbetsmarknad, demografi och segregation*. Stockholm: Socialdepartementet.
13. Björklund A, Edebalk PG, Ohlsson R, Söderström L. *Välfärdspolitik i kristid – håller arbetslinjen?* Stockholm: SNS förlag, 1998.
14. SCB. *Utbildning och efterfrågan på arbetskraft. Utsikter till år 2008*. 2001:1. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
15. Arbetslivsfakta 2002(1).
16. Sverke M, Gellager GD, Hellgren J. Alternative work arrangement: job stress, well-being and work attitudes among employees with different employment contracts. In: Isaksson I, Hogstedt C, Eriksson C, Theorell T, eds. *Health effects of the new labour market*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.
17. Håkansson K. *Språngräns eller segmentering? En longitudinell studie av tidsbegränsat anställda*. 2001:1. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).
18. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. *Anställningsformer, arbetsmiljö och hälsa i ett centrum-periferiperspektiv*. Arbete och hälsa 2000:9. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
19. Bergeskog A. *Arbetsmarknadspolitisk översikt 1999*. Stencilserie 1999:7. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).
20. Regné H. Ändrade förutsättningar för arbetsmarknadspolitiken? I: Fritzell J, red. SOU 2000:37. *Välfärdens förutsättningar. Arbetsmarknad, demografi och segregation*. Stockholm: Socialdepartementet.
21. AMS. *Uppföljning av deltagare som slutat arbetsmarknadsutbildning andra kvartalet 2001*. Prora 2002:2: Arbetsmarknadsstyrelsen.

22. Hallsten L, Grossi G, Westerlund H. Unemployment, labour market policy and health in Sweden during years of crisis in the 1990's. *Int Arch Occup Health* 1999;72(Suppl):S28–S30.
23. AMS. Faktablad Arbetslöshetsersättning. *Ekonomiskt stöd för dig som är arbetslös*. Juli 2002.
24. Statistik från AMS Försäkringsenhet.
25. Arbetslivsfakta 2001(1).
26. Lundborg P. Vilka förlorade jobben under 1990-talet? I: Fritzell J, red. SOU 2000:37 *Välfärdens förutsättningar. Arbetsmarknad, demografi och segregation*. Stockholm: Socialdepartementet.
27. SCB. Arbetskraftsundersökningen. <http://www.scb.se/statistik/am0401/am0401.asp>.
28. Neremo M. Models of cross-national variation in occupational sex segregation. *European Societies* 2000;2(3):295–333.
29. Sundström M. *Part-time work in Sweden: an institutionalist perspective*. Stockholm research reports in demography 138. Demografiska enheten, Stockholms universitet; 1999.
30. AMS infocenter, personlig kommunikation. 2002-11.
31. TCO/SCB. *Vem får lära – om utbildning och utveckling på jobbet*. 2002:11. TCO granskar.
32. Fritzell J, Lundberg O, red. SOU 2000:41 *Välfärd, ofärd och ojämlikhet*. Stockholm: Socialdepartementet.
33. SCB. *Arbetskraftsundersökningarna 2001*. AM 12 SM 0201. Stockholm.
34. Korpi T, Levin H. Precarious footing: Temporary employment as a stepping stone out of unemployment in Sweden. *Work, Employment and Society* 2001;15:127–148.
35. SCB. *Kortperiodisk sysselsättningsstatistik*. <http://www.scb.se/statistik/am0201/am0201.asp>.
36. Wikman A, Andersson A, Bastin M. *Nya relationer i arbetslivet – en rapport om tendenser mot flexibla marknadsrelationer i stället för permanenta anställningsrelationer*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet/Statistiska centralbyrån, 1998.

37. AMS. *Aktuell arbetsmarknadsstatistik från AMS*.  
<http://www.amv.se/RDFS.asp?L=49>.
38. SCB. *Arbetskraftsundersökningen i oktober 2002*. AM 10 SM 0211.  
Stockholm: Statistiska centralbyrån.
39. Skolverket. *Den officiella statistiken om barnomsorg, skola och vux-  
enutbildning*. <http://www.skolverket.se/pdf/sosinfo.pdf>.
40. Hallsten I, Isaksson K. Arbetslöshet, osäker anställning och psykisk ohälsa.  
I: Marklund S, red. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet & Arbetarskyddsstyrelsen, 2000.
41. SoS/EpC. *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
42. Fritzell J, red. SOU 2000:37 *Välfärdens förutsättningar. Arbetsmarknad,  
demografi och segregation*. Stockholm: Socialdepartementet.
43. Benavides F, Benach J, Diez-Roug A, Roman C. How do types of employment  
relate to health indicators? Findings from the second European survey  
on working conditions. *J Epidemiol Community Health*  
2000;54:494–501.
44. Isaksson K, Aronsson G, Bellaagh K, Göransson S. Att ofta byta arbetsplats: en  
jämförande studie mellan uthyrda och korttidsanställda. *Arbete och  
hälsa* 2001:7. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
45. Bävner P. *Half full or half empty?: Part-time work and well-being among  
Swedish women*. Stockholm: Stockholms universitet, 2001.
46. Hemström Ö. Does the work environment contribute to excess male mor-  
tality? I: Hemström Ö. *Male susceptibility and female emancipation.  
Studies on the gender difference in mortality*. Stockholm: Sociology  
Department, Stockholm University, 1999.
47. Kindlund H. Kvinnoroll och sjukfrånvaro. I: Vogel J, Kindlund H,  
Diderichsen F, red. *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro  
1975–1989*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 1992.
48. Okin Moller S. *Justice, gender, and the family*. New York: Basic Books,  
1989.
49. Aronsson G, Göransson S. *Tillfälligt anställda och arbetsmiljödialogen. En  
empirisk studie*. Arbete och hälsa 1998:3. Solna: Arbetslivsinstitutet.



50. Benach J, Amable M, Muntaner C, Benavides F. The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? *J Epidemiol Community Health* 2002;56:405–406.
51. Aronsson G. Contingent workers and health and safety at work. *Work, Employment & Society* 1999;13:439–459.
52. Näsvalk K, Sverke M, Hellgren J. Tryggare kan ingen vara? Metaanalys av relationen mellan anställningsotrygghet och välbefinnande. *Arbetsmarknad & Arbetsliv* 2001;7(3):179–193.
53. Bäckman O, Edling C. Arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär under 1990-talet. I: Marklund S, red. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet & Arbetarskyddsstyrelsen, 2000.
54. Bäckman O. Med välfärdsstaten som arbetsgivare. I: Szebehely M, red. SOU 2001:52 *Välfärdstjänster i omvandling*. Stockholm: Socialdepartementet.
55. Atkinson J. Flexibility or fragmentation? The United Kingdom labour market in the eighties. *Labour and Society* 1987;12(1):87–105.
56. Aronsson G, Dallner M, Lindh T. Flexibla inkomster och fasta utgifter – en studie av ekonomisk stress och hälsa bland korttidsanställda. *Arbete och hälsa* 2000:20. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
57. Eriksson B, Larsson P. Starta eget-bidrag – en kvalitativ studie av framgång och misslyckande. *Arbetsmarknad & Arbetsliv* 2002;8(1):15–29.
58. Bengtsson E, Gustavsson G. *Starta eget med hjälp av starta eget-bidrag*. Halmstad: Länsarbetsnämnden, 1998.
59. Fryer D. Unemployment and mental health: hazards and challenges of psychology in the community. In: Isaksson I, Hogstedt C, Eriksson C, Theorell T, editors. *Health effects of the new labour market*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.
60. Strandh M. *Varying unemployment experiences? The economy and mental wellbeing* [nr 18]. Umeå: Sociology Department. Umeå University, 2000.
61. Rantakeisu U. *Arbetslöshetens olika ansikten. Fyra studier om arbetslöshetens sociala och hälsomässiga yttringar*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete. Göteborgs universitet, 2002.

62. Rantakeisu U, Starrin B, Hagquist C. *Ungdomsarbetslöshet. Vardagsliv och samhälle*. Lund: Studentlitteratur, 1996.
63. Hammarström A. *Arbetslöshet och ohälsa – om ungdomars livsvillkor*. Lund: Studentlitteratur, 1996.
64. Alm S. *The resurgence of mass unemployment. Studies on the social consequences of joblessness in Sweden in the 1990s*. Stockholm: Swedish Institute for Social Research (SOFI). Stockholms universitet, 2001.
65. Theorell T. *Nygammalt om stress – gamla begrepp visar sig vara slitstarka*. *Incitament* 2002(1):8–12.
66. Unge C. *Ekonomisk stress, värdering av arbete och ohälsa hos en grupp arbetslösa* [C-uppsats]. Stockholm: Psykologiska institutionen. Stockholms universitet, 1997.
67. Grossi G. *The stress of unemployment. Coping patterns, psychological and physiological responses and implications for health*. Stockholm: Department of Psychology, Stockholm University, 1999.
68. Ezy D. Unemployment and mental health: A critical review. *Social Science and Medicine* 1993;37(1):41–52.
69. Jahoda M. Work, employment and unemployment: values, theories and approaches in social research. *American Psychologist* 1981;36(2):184–191.
70. Eriksson M, Hallsten L. *Avveckling av civilanställd personal inom försvarsmakten*. Delstudie 2. Hälsa, sysselsättning och psykologiska vitaminer under första året efter nedläggningarna i Borås, Söderhamn och Ystad. Solna: Arbetslivsinstitutet, 2000.
71. Fryer D. Employment deprivation and personal agency during unemployment. A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects of unemployment. *Social Behaviour* 1986;1:3–23.
72. Fryer D. Benefit agency? Labour market disadvantage, deprivation and mental health. *The Psychologist* 1995;8(6):265–272.
73. Nordenmark M, Strandh M. Towards a sociological understanding of mental well-being among the unemployed: the role of economic and psychosocial factors. *Sociology* 1999;33(3):577–597.

74. Scheff T. *Microsociology: discourse, emotion, and social structure*. Chicago: University of Chicago Press, 1990.
75. Starrin B, Rantakeisu U, Forsberg E. Om arbetslöshet, ohälsa och social exklusion. I: FHI. *Ungdomsarbetslöshetens konsekvenser för folkhälsa och social anpassning*. Erfarenheter och kunskaper från 1990-talets forskning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.
76. Rantakeisu U, Starrin B, Hagquist C. Financial hardship and shame: A tentative model to understand the social and health effects of unemployment. *British Journal of Social Work* 1999;29(6):877–901.
77. Björklund A, Eriksson T. Unemployment and mental health: Evidence from research in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 1998;7:219–235.
78. Alm S. Unemployment and mental ill-health – a longitudinal perspective. I: Alm S. *The resurgence of mass unemployment. Studies on social consequences of joblessness in Sweden in the 1990s*. Stockholm: Swedish Institute for Social Research (SOFI). Stockholm university, 2001.
79. Strandh M. State intervention and mental well-being among the unemployed. *Journal of Social Policy* 2001;30:57–80.
80. Rantakeisu U, Jönsson LR. Unemployment and mental health among white-collar workers – a question of work involvement and financial situation? I: Rantakeisu U. *Arbetslöshetens olika ansikten. Fyra studier om arbetslöshetens sociala och hälsomässiga yttringar*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, 2002.
81. Strandh M. Different exit routes from unemployment and their impact on mental well-being: the role of the economic situation and the predictability of the life course. *Work, Employment & Society* 2000;14(3):459–479.
82. Åberg R. Arbetslöshet och marginalisering. I: Palme J, Stenberg SÅ, red. *Arbetslöshet och välfärd*. Stockholm: Norstedts, 1998.
83. Hallsten L. *Psykiskt välbefinnande och arbetslöshet*. Om hälsorelaterad selektion till arbete [Vetenskaplig skriftserie 1998:7, ALI]. Stockholm: Psykologiska institutionen. Stockholms universitet.

84. **Novo M.** *Young and unemployed – does the trade cycle matter for health?: A study of young men and women during times of prosperity and times of recession.* Umeå: Department of public health and clinical medicine. Umeå University, 2000.
85. **Nordenmark M.** "Kvinnlig" och "manlig" arbetslöshet. Upplever kvinnor och män arbetslöshet på skilda sätt? *Arbetsmarknad och arbetsliv* 1995(1):31–43.
86. **Hammarström A.** Arbetslöshetens konsekvenser bland ungdomar – en översikt. *Socialvetenskaplig tidskrift* 1996(1–2):61–80.
87. **Alm S.** Self-defined underclass in Sweden – an exploration of experienced exclusion. I: Alm S. *The resurgence of mass unemployment. Studies on social consequences of joblessness in Sweden in the 1990s.* Stockholm: Swedish Institute for Social Research (SOFI). Stockholm university, 2001.
88. **Furlong A, Cartmel F.** The relationship between youth unemployment and social and economic marginalisation: a comparative perspective. In: Furåker B, ed. *Employment, unemployment, marginalization. Studies on contemporary labour markets.* Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 2001.
89. **Strandh M.** Ungdomsarbetslöshet och ekonomisk marginalisering. I: Gullberg A, Börjesson M, red. *I vuxenlivets väntrum.* Umeå: Borea, 1999.
90. **Grossi G, Nilsson M.** Psykisk hälsa och ALU-arbete. En pilotstudie. *Socialmedicinsk tidskrift* 1998(3):134–137.
91. **Westerlund H, Theorell T, Bergström A.** Psychophysiological effects of temporary alternative employment. *Soc Sci Med* 2001;52(3):405–415.
92. **Korpi T, Stenberg S-Å.** Massarbetslöshetens Sverige – arbetslöshetens karaktär och effekter på individers levnadsförhållanden. I: Lundberg O, red. *SOU 2001:53 Valfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde.* Stockholm: Socialdepartementet.
93. **SCB.** *Utveckling och flöden på arbetsmarknaden 1999 AM 32 SM 0102:* Statistiska centralbyrån, 2001.

94. Hemmingsson T. Sjukskrivning, arbetslöshet och utslagning under 1990-talet. I: Hemmingsson T, red. *Hälsa och hållbart arbetsliv i Stockholms län*. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 2001.
95. Utredningen om analys av hälsa och arbete (AHA). SOU 2002:62 *Kunskapsläge sjukförsäkringen*. Delbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet.
96. Gähler M. Bara en mor – ensamstående mödrars ekonomiska levnadsvillkor i 1990-talets Sverige. I: Bergmark Å, red. SOU 2001:54 *Ofärd i välfärden*. Stockholm: Socialdepartementet.
97. Nordenmark M. Familjesituation och arbetsmarknadsstatus. Vad förklarar ensamstående föräldrars låga sannolikhet att erhålla ett arbete? *Arbetsmarknad & Arbetsliv* 2000;6(2):97–111.
98. AMS. Pressmeddelande 2002-06-07. Arbetslösheten minskar kraftigt bland arbetshandikappade och utomnordiska medborgare. <http://www.amv.se/rdfs.asp?A=31150&L=38>.
99. West P. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Soc Sci Med* 1991;32:373–384.
100. Hemmingsson T, Lundberg I, Diderichsen F, Allebeck P. Explanations of social class differences in alcoholism among young men. *Soc Sci Med* 1998;47(10):1399–1405.
101. Hemmingsson T, Lundberg I, Diderichsen F. The roles of social class of origin, achieved social class and intergenerational social mobility in explaining social-class inequalities in alcoholism among young men. *Social Science & Medicine* 1999;49:1051–1059.
102. Östlin P. Negative health selection into physically light occupations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1988;42:152–156.
103. SoS/EpC. *Social rapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
104. Inghe G. *Fattiga i folkhemmet: en studie av långvarigt understödda i Stockholm*. Stockholm: Stockholms kommunalförvaltning, 1960.
105. Lundberg I. Psykisk ohälsa och arbetsmarknad. I: Hemmingsson T, red. *Hälsa och hållbart arbetsliv i Stockholms län*. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 2001.

106. Wiktorin C. Besvär från rörelseorganen och arbetsmarknadsposition. I: Hemmingsson T, red. *Hälsa och hållbart arbetsliv i Stockholms län*. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 2001.
107. Vägerö D. Health inequalities: searching for causal explanations. In: Arve-Parès B, ed. *Inequality in health – a Swedish perspective*. Stockholm: Swedish Council for Social Research, 1998.
108. Bäckman O, Palme J. Social background and sickness absence: A study of a Stockholm cohort. *Acta Sociologica* 1998;41:349–362.
109. Vägerö D, Illsley R. Explaining health inequalities: beyond Black and Barker. A discussion of some issues emerging in the decade following the Black report. *European Sociological Review* 1995;11(3):219–241.
110. Härenstam A, Hultén GA, Bodin L, Jansson C, Johansson G, Johansson K, m fl. *Vad kännetecknar och innebär moderna arbets- och livsvillkor? Resultat av analyser med personansats samt utveckling av analysmodeller för befolkningsstudier*. 1999:8. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting.
111. Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5 *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Del 1 slutbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet.
112. Furåker B. Introduction. In: Furåker B, ed. *Employment, unemployment, marginalization. Studies on contemporary labour markets*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 2001.
113. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequities in health. From ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
114. SCB. *Beskrivningar av statistiken – arbetsmarknad*. <http://www.scb.se/statinfo/pblam.asp#am0401>.
115. AMS. *Definitioner inom AMV:s statistik. Historik över ett urval av våra begrepp*. Ura 2002:2. Stockholm: Arbetsmarknadsstyrelsen.
116. SCB. *Beskrivningar av statistiken – utbildning och forskning*. <http://www.scb.se/statinfo/pbluf.asp#uf0507>.

## Bilaga 1

### Befintlig statistik

I detta avsnitt kommer befintlig statistik inom området att redovisas. Fakta om statistiken har hämtats från statistikförande myndighet; Statistiska centralbyrån vad gäller Arbetskraftsundersökningarna (AKU), Kortperiodisk sysselsättningsstatistik (KS) och Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) (114), samt från Arbetsmarknadsstyrelsen data om arbetsmarknadspolitiska åtgärder och arbetslöshetsunderstöd (37, 115). Data om deltagande i Komvux har hämtats från Skolverket (39) samt från SCB:s statistik över befolkningens studiedeltagande (116). För mer detaljerade uppgifter om t.ex. statistikens tillförlitlighet hänvisas till respektive myndighet.

#### AKU

Arbetskraftsundersökningarna (AKU) utförs löpande av Statistiska centralbyrån (SCB). Det är en urvalsundersökning där man med telefonintervju undersöker cirka 21 000 personer varje månad. Urvalspersonerna besvarar frågor om sin arbetsmarknadssituation under en viss vecka i månaden. Målpopulation utgörs av personer 16–65 år. AKU är den enda källan för kontinuerliga uppgifter om den totala öppna arbetslösheten, och uppgifterna från studien är det officiella arbetslöshetstalet. Bakgrundsvariabler i AKU utgörs främst av demografiska variabler som kön, ålder, civilstånd, antal barn, boendelän/kommun, nationalitet och utbildning. Dessutom finns uppgift om yrke och utifrån detta kodas de anställda efter SEI (socioekonomisk indelning). Vissa uppgifter redovisas efter region, näringsgren och sektor.

#### Definitioner i AKU

*Arbetskraften* utgörs av personer som antingen är sysselsatta eller arbetslösa. Övriga klassificeras som *ej i arbetskraften*. De som ej är i arbetskraften är uppdelade i kategorierna studerande, arbetar i hemmet, värnpliktiga och övriga. De som inte är i arbetskraften redovisas också efter om personen velat/kunnat ta arbete, samt om man är arbetsoförmögen. Det

relativa arbetskraftstalet (AK-talet) uttrycks som antalet personer i arbetskraften i procent av befolkningen.

En person räknas som *sysselsatt* och i arbete om han/hon under mätveckan utför minst en timmes arbete som avlönad arbetstagare, som egen företagare eller som oavlönad medhjälpare i företag som tillhör familjemedlem i samma hushåll. Personer som under mätveckan har anställningsstöd, offentligt skyddat arbete, arbete vid Samhall eller är anställd med lönebidrag klassificeras som sysselsatta. I AKU redovisas hel-/deltider, övertid/mertid och veckoarbetstid för de sysselsatta. En person räknas som sysselsatt men tillfälligt frånvarande om han/hon varit frånvarande från arbetet under hela mätveckan. Här ingår t.ex. alla sjukskrivna. Den som är sysselsatt men av arbetsmarknadsskäl arbetar ett mindre antal timmar än han/hon önskar sägs vara *undersysselsatt*.

Som *arbetslös* räknas den som under mätveckan inte är sysselsatt (enligt ovan) och dessutom vill arbeta, kan börja ett arbete inom 14 dagar, har sökt arbete under de senaste fyra veckorna (inkl. mätveckan), eller skall börja nytt arbete inom fyra veckor. I AKU redovisas hur många veckor någon varit arbetslös. Det relativa arbetslöshetstalet anger antalet personer som är arbetslösa i procent av antalet personer i arbetskraften.

En heltidsstuderande person som ej var sysselsatt (enligt ovan) under mätveckan och som vill och kan ta ett arbete enligt ovan klassificeras dock ej som arbetslös, utan som tillhörande *ej i arbetskraften*. Här gör AKU avsteg från ILO:s internationella rekommendationer. 1998 uppgick t.ex. antalet heltidsstuderande arbetssökande till 90 000, vilket motsvarar 2 procent av arbetskraften (10). En delgrupp av "ej i arbetskraften" utgörs av de *latent arbetssökande*, däribland ovanstående grupp studerande samt personer som vill och kan arbeta men inte hade sökt arbete.

Anknytningsgrad till arbetsmarknaden klassificerar befolkningen i kategorierna fast, lös och utan anknytning. *Fast anknytning* har personer med fast anställning samt företagare och deras medhjälpare familjemedlemmar. Den senare gruppen redovisas dock separat. *Lös anknytning* har personer med tidsbegränsad anställning samt ej sysselsatta personer som dock arbetat någon gång under det senaste året. Uppgifter om tidsbegränsat anställda finns uppdelat på vikariat utan fast tjänst i botten, provanställning, praktik, feriearbete, säsongarbete, objekts-/projektanställning, kallas vid behov, arbetsmarknadspolitiska åtgärder samt övrigt. *Utan*



*anknytning* är ej sysselsatta personer som inte arbetat under det senaste året. Gruppen inkluderar arbetsoförmögna och personer med arbete/visstelse utomlands.

#### *Kortperiodisk sysselsättningsstatistik*

En kompletterande arbetsmarknadsstudie med arbetsställe, inte befolkningen, som urvalsram är kortperiodisk sysselsättningsstatistik (KS). Syftet är att snabbt indikera förändringar av antalet anställda på detaljerad näringsgrensnivå samt att presentera sysselsättningsuppgifter över hela arbetsmarknaden fördelat på län. Information finns också om aktuella företagsanknutna variabler såsom frånvaro och personalomsättning. Det är inte möjligt med dagens utformning att ta fram arbetslöshetstal eller sysselsättningsgrad från undersökningen. Redovisningen sker efter sektorer, näringsgren, antal anställda, län och kön. För de utvalda objekten insamlas uppgifter om de ovan nämnda variablerna under en viss arbetsdag i mätmånaden med hjälp av en postenkät. Data redovisas per kvartal.

Personalomsättningsmättet säger tillsammans med andel visstidsanställda något om hur anställningskontraktet mellan arbetsgivare och arbetstare ser ut inom en viss bransch. Personalomsättningsmättet är ett medeltal av uppgifter för de månader som ingår i kvartalet. Personer som har haft flera tillfälliga anställningar under månaden räknas endast en gång. *Avgångna* är personer som har lämnat arbetsstället efter uppsägning eller på egen begäran under kvartalet. *Nyanställda* är personer som har anställts vid arbetsstället under kvartalet.

#### *Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik*

Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) är en årlig, totalräknad statistik. Fördelen med RAMS är att data även finns på kommunnivå. Nackdelen är att den endast tas fram årligen vilket leder till en viss eftersläpning i statistiken – de senaste uppgifterna i oktober 2002 är från år 2000. Flödesanalyser finns senast tillgängliga för år 1999. Detta gör RAMS mindre lämplig för en kontinuerlig uppföljning, men den är å andra sidan värdefull för mer ingående analyser.

Populationen utgörs av alla personer som var folkbokförda i Sverige vid årets slut. Redovisning sker efter ålder, kön, region, näringsgren m.m. Antal i förvärvsarbete skattas med en metod som ger en likartad definition

av förvärvsarbetande som AKU, men däremot inte helt samma resultat av antalet.

### *Arbetsmarknadsstyrelsens statistik*

Även AMS för statistik som rör arbetslöshet. AMS statistik omfattar personer inskrivna vid arbetsförmedlingen uppdelade på bl.a. arbetslösa och deltagare i olika arbetsmarknadspolitiska program, arbetshandikappade, långtidsarbetslösa samt deltidsarbetslösa. Den definition av arbetslösa som närmast motsvarar AKU:s är de registrerade arbetssökande som saknar arbete och kan ta ett arbete direkt. Det finns en liten skillnad i arbetslöshetstal mellan AKU:s och AMS samtidigt som det finns större bruttoskillnad, dvs. man fångar olika grupper (61). AMS redovisar även hur stor andel av de arbetslösa som har någon form av ersättning, antingen grundbelopp eller A-kassa. AMS statistik bygger på registerdata och är nedbrytbar till kommunnivå. Statistiken redovisas uppdelat på kön, ålder, medborgarskap och arbetslöshetskassa. AMS register har också uppgift om de sökandes utbildningsnivå, sökt yrkesinriktning, samt total arbetslöshets-tid.

Som *långtidsarbetslösa* räknas arbetslösa som varit anmälda på arbetsförmedlingen i minst 6 månader om de är 25 år eller äldre, och under den tiden inte haft ett arbete eller deltagit i ett arbetsmarknadspolitiskt program. Ungdomar under 25 år räknas som långtidsarbetslösa efter 100 dagar. *Långtidsinskrivna* är personer som är arbetslösa eller deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och som under de två senaste åren inte har haft ett arbete som varat längre än en månad.

### *Statistik om vuxenutbildning*

#### *Skolverket*

Alla skolformer inom Skolverkets ansvarsområde omfattas av redovisningen, t.ex. grundskola, specialskola, gymnasieskola, kommunal vuxenutbildning (Komvux), svenskundervisning för invandrare, vuxenutbildning för utvecklingsstörda, statens skolor för vuxna och svensk utbildning i utlandet.

På riksnivå redovisas årligen antal och andel elever på olika nivåer totalt samt omräknat till heltidsstuderande, antal kurser per elev, andel som går i

Komvux i befolkningen (20–64 år), könsfördelning och andel som är utrikes födda, antal deltagare i olika kurser samt elevernas ålder och tidigare utbildning. För vissa variabler presenteras data efter kommuntyp (se förslag och diskussion).

På kommunnivå presenteras årligen antal elever och kursdeltagare, andel elever på olika nivåer totalt samt omräknat till heltidsstuderande samt andel av kursdeltagarna som går hos annan anordnare än kommunen själv. Här redovisas också andel av invånarna som deltar i Komvux totalt samt andel av de kortutbildade som gör detta, könsfördelning och utbildningsresultat (andel som slutför kurserna, har avbrutit respektive finns i pågående utbildning). Alla uppgifter på riksnivå härrör från början från de enskilda kommunerna och data som inte finns redovisade på kommunnivå kan beställas av SCB eller Skolverket.

#### SCB

SCB sammanställer statistik över *befolkningens studiedeltagande under höstterminen* sedan 1993. Senast publicerade siffror gäller år 2000. Statistiken omfattar uppgifter om eventuellt studiedeltagande under höstterminen för personer i åldern 16–64 år. Till skillnad från Skolverkets statistik ingår uppgifter om eventuellt studiestöd i form av studiemedel eller särskilt vuxenstudiestöd från Centrala Studiestödsnämnden (CSN). Man kan därmed se hur många av deltagarna som kommer från arbetslöshet.

Antalsuppgifter baserade på denna statistik skiljer sig något från de reguljära uppgifterna som publiceras av Skolverket för respektive skolform. Data redovisas uppdelat på kön, ålder, typ av utbildning, studiemedelsutnyttjande samt typ av studiestöd, andel utrikes födda i olika skolformer, föräldrarnas utbildningsnivå, nationell bakgrund samt andel sysselsatta bland de studerande.

# 4.

## EKONOMISKA RESURSER OCH HÄLSA – SAMBAND OCH INDIKATORER



# 4.

## EKONOMISKA RESURSER OCH HÄLSA – SAMBAND OCH INDIKATORER *Bernt Lundgren*

---

### Sammanfattning

Svenska och internationella studier visar att människors hälsa, både den fysiska och psykiska, förbättras med ökande inkomst men i avtagande grad ju högre inkomsten blir. I den utsträckning personer har ekonomiska tillgångar är även dessa positiva för hälsan. En ekonomiskt utsatt situation, som inte bara är tillfällig, är däremot negativ för hälsan. Vid mätningar i Sverige av ekonomisk utsatthet har särskilt ”ekonomisk kris” i form av upplevda svårigheter att få pengarna att räcka till mat och/eller hyra respektive avsaknad av kontantmarginal, dvs. svårigheter att vid behov kunna skaffa fram 14 000 kr på en vecka, visat sig påverka människors hälsa negativt.

Inkomsteffekten på hälsa förklaras av den s.k. absoluta inkomsthypotesen (AIH) som är liktydig med att en persons hälsa är en funktion av personens inkomst. I kapitlet redovisas studier som understöder denna hypotes. I kapitlet redovisas också en annan hypotes, den relativa inkomsthypotesen (RIH), som innebär att en persons hälsa är en funktion av personens inkomst i förhållande till medelinkomsten i den referensgrupp som personen tillhör. Referensgruppen kan bestå av personer som bor i exempelvis lokalsamhället eller i landet som helhet. Den relativa inkomsthypotesen, så som den är formulerad, har inget stöd i de internationella och svenska studier som redovisas i kapitlet.

Det finns ett stort och växande antal studier som undersöker hälsoeffekter av inkomstjämlighet. Inkomstjämlighetshypotesen (IOH) innebär på individnivå att individens hälsa påverkas både av den egna inkomsten och

av inkomstjämligheten på områdesnivån. Vid studier av förhållanden i USA har man funnit stöd för att inkomstjämlighet på den delstatliga nivån har en ogynnsam inverkan på fattiga personers hälsa. I en svensk studie som testade IOH i relation till mortalitet hittades däremot inget signifikant samband, vilket enligt författarna kan bero på att ojämlikheten när det gäller konsumtion är låg och mindre variabel i Sverige än i t.ex. USA.

Intresset för områdeseffekter på hälsa med fokus på lokalsamhällets socioekonomiska förhållanden har ökat under senare år. I de studier som redovisas i kapitlet finns områdeseffekter på hälsa, men dessa effekter är i allmänhet små jämfört med betydelsen av de resurser som varje enskild person har.

Mått och indikatorer redovisas som kan användas vid uppföljning av utvecklingen av de ekonomiska variablerna. För den individuella nivån anges att det är viktigt att mäta inkomst, ekonomiska tillgångar och olika typer av ekonomisk utsatthet inklusive betalningssvårigheter som en följd av skuldsättning. Vid redovisning av inkomster och inkomstfördelning är det angeläget att ekvivalerade disponibla inkomster används så att hushåll med olika sammansättning och storlek kan jämföras.

För områdesnivån framhålls att det är angeläget att mäta inkomstjämlighet på nivåer som har beskattningsmakt, dvs. nationell, regional och lokal nivå. På lokalsamhällesnivån bör inkomstnivån mätas. Det ekonomiska utjämnningssystemet mellan regioner/landsting respektive kommuner kan antas ha stor betydelse och bör följas. Därtill bör vissa individbaserade socioekonomiska indikatorer aggregeras och följas, exempelvis andelen personer som har mindre än 50 procent av samhällets medianinkomst.

## Inledning

Sverige drabbades i början av 1990-talet av en recession med minskad sysselsättning och ökad arbetslöshet som följd. Den offentliga sektorns ekonomi försämrades och påverkade statsmakterna att sänka ersättningsnivåerna och höja kvalifikationskraven i socialförsäkringar och bidragssystem. Egenavgifter infördes i socialförsäkringarna i olika steg. Därtill höjdes

inkomstskatterna för personer med högre inkomster. Från årsskiftet 1997/98 förbättrades arbetsmarknadssituationen med ökad sysselsättning och minskad arbetslöshet som följd.

De ekonomiska förändringarna under 1990-talet innebar bl.a. att inkomstskillnaderna ökade. Inklusivt reavinster steg den s.k. Ginikoefficienten från 0,2190 till 0,251 mellan åren 1991 och 1999, dvs. Ginikoefficienten ökade med 14,6 procent. Under decenniet ökade också andelen personer med låga inkomster. Bland särskilt ekonomiskt utsatta grupper kan nämnas ensamstående föräldrar, yngre personer och invandrare.

Inkomstutvecklingen och utvecklingen av ekonomiskt utsatta grupper under 1990-talet redovisas mer utförligt i avsnitt 2. I en bilaga definieras de inkomstmått som används i avsnitt 2.

Mellan inkomst och hälsa finns samband. Ett stort antal studier redovisar en positiv korrelation mellan inkomst och fysisk respektive psykisk hälsa (1, 2, 3, 4). Sambandet är inte linjärt utan har en konkav form, dvs. hälsan förbättras med ökande inkomst men i avtagande grad ju högre inkomsten blir (5). Det betyder att inkomsteffekten på hälsan är större för personer med låga inkomster än personer med höga inkomster. Fattigdom är därmed en hälsopolitiskt angelägen fråga.

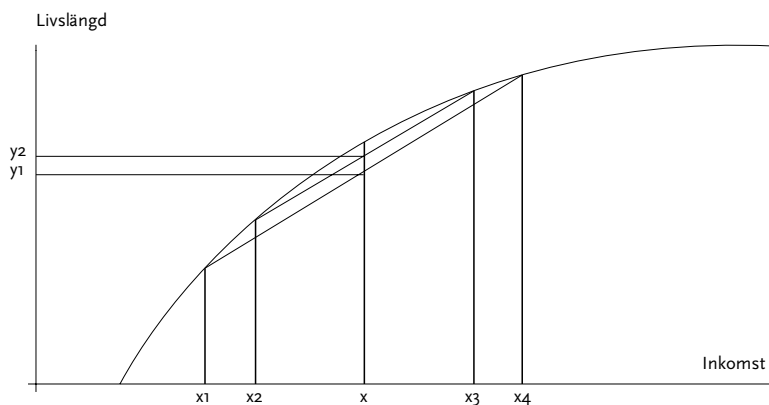
Att det finns en korrelation mellan inkomst och hälsa innebär inte att sambandet är entydigt när det gäller orsak. Ekonomisk teori förutsäger t.ex. att personer med god hälsa kommer att ha högre arbetskraftsdeltagande och nå högre lönenivåer, vilket i båda fallen leder till högre inkomst. Det är därför teoretiskt möjligt att inkomsteffekten på hälsa kan bero på en omvänd kausalitet, dvs. att hälsa påverkar inkomsten. För att klargöra orsakssambandet mellan inkomst och hälsa behöver därför de studerade personernas tidigare hälsotillstånd vara känt. Dessutom behöver också andra socioekonomiska variabler som samverkar med inkomst kontrolleras så att det inte uppstår s.k. confounding (förväxling) mellan dessa variabler och inkomst.

I avsnitt 3 redovisas studier vars syfte är att klargöra orsakskedjan mellan inkomst och hälsa. Vidare diskuteras genom vilka mekanismer som inkomst kan antas påverka hälsan. Även några synpunkter på olika begränsningar i studier om inkomst och hälsa redovisas.

Det finns ett stort och växande antal studier som undersöker hälsoeffekter av inkomstjämlighet. Redan under 1970-talet gjordes studier på



befolkningsnivån som undersökte relationen mellan inkomstjämlighet och mått på hälsa såsom medellivslängd och barnadödlighet (5). Tolkningen av relationen var att den avspeglade den icke-linjära konkava relationen mellan inkomst och hälsa som finns på individnivån. En viktig konsekvens av relationen är att inkomstjämligheten påverkar den genomsnittliga hälsonivån i samhället. Vid stor inkomstjämlighet blir den genomsnittliga hälsonivån i samhället lägre än vid låg inkomstjämlighet givet en och samma medelinkomst i samhället. Detta framgår av figur 1 där  $x$  är medelinkomsten i samhället,  $y_1$  är medellivslängden när inkomsterna varierar mellan  $x_1$  och  $x_4$  medan  $y_2$  är medellivslängden när inkomsterna varierar i ett smalare intervall mellan  $x_2$  och  $x_3$ .



Figur 1. Teoretisk relation mellan inkomst och medellivslängd (efter Rodgers, 1979 (6)).

Tolkningen av relationen mellan inkomstjämlighet och hälsa utmanades vid inledningen till 1990-talet av synpunkten att relationen mellan inkomstjämlighet och hälsa på befolkningsnivån avspeglar andra orsaker än förhållanden på individnivån (7). Inkomstjämlighet kan t.ex. avspegla graden av social sammanhållning eller socialt kapital i samhället. Vidare kan hälsa på individnivån avspegla, förutom individens absoluta inkomst, även relativa förhållanden såsom relativ inkomst, relativ deprivation och relativ social status. En låg relativ inkomst har t.ex. associerats med psykosocial stress som kan leda till sjukdom (8, 9). I förhållande till dessa relativa förhållanden kan inkomstjämlighet på befolkningsnivån ha bety-

delse genom att accentuera relativiteten och därmed påverka hälsan på individnivån på ett negativt sätt.

Sambandet mellan inkomstjämlighet och hälsa har bekräftats i ett stort antal studier som har jämfört förhållanden mellan länder och inom länder efter kontroll av medelinkomst (6, 10, 11, 12). Det är dock svårt att göra empiriska åtskillnader mellan effekterna av inkomst och inkomstjämlighet när man använder aggregerade data (13). I stället bör individrelaterade data användas (5). Under senare tid har också ett antal studier som kontrollerar för individnivån genomförts inom folkhälsoområdet. Därmed görs det möjligt att skilja mellan olika hypoteser, vilket är angeläget i ett policyperspektiv. Följande hypoteser är angelägna att uppmärksamma; den absoluta inkomsthypotesen, den relativa inkomsthypotesen och inkomstjämlighetshypotesen.<sup>1</sup>

Den absoluta inkomsthypotesen (AIH) är på individnivån liktydig med att en persons hälsa är en funktion av personens inkomst.

Den relativa inkomsthypotesen (RIH) innebär på individnivån att en persons hälsa är en funktion av personens inkomst i förhållande till medelinkomsten i den referensgrupp som personen jämför sig med. Referensgruppen kan t.ex. bestå av personer som bor i lokalsamhället eller i landet som helhet. Innbörden av hypotesen är att en persons hälsa försämras om andra utom personen själv får en förbättrad inkomst.

Hypotesen om inkomstjämlighet (IOH) handlar om att individens hälsa påverkas direkt av inkomstjämligheten. På individnivån är hälsan en funktion av individens egen inkomst och av inkomstjämligheten i t.ex. lokalsamhället eller i landet som helhet.

I avsnitt 4 redovisas studier som använder aggregerade data och studier som utöver sådana data även kontrollerar för individnivån. Vidare redovisas mekanismer som anses mediera mellan inkomstjämlighet och hälsa. Även några synpunkter på den geografiska aggregeringsnivåns betydelse för resultatet diskuteras.

---

<sup>1</sup> Hypotesen har formaliserats av Wagstaff och von Doorslaer. Förutom de tre nämnda hypoteserna anger författarna två andra hypoteser kallade deprivationshypotesen respektive den relativa positionshypotesen. Dessa hypoteser utelämnas i denna översikt. Se: Wagstaff A och von Doorslaer E. Income inequality and health: What does the literature tell us? *Annu Rev Public Health* 2000; 21:543–567.

Forskning om effekter av inkomstjämlighet på folkhälsan är exempel på s.k. ekologiska studier av den socioekonomiska miljöns betydelse i ett hälsoperspektiv. Utöver att belysa effekter av inkomstjämlighet mellan länder och på aggregerade nivåer inom länder har inkomstjämlighet respektive inkomstnivåer och andra socioekonomiska variabler studerats för mindre geografiska nivåer såsom städer och stadsdelar såväl utomlands som i Sverige. Det allmänna intrycket är att inverkan av inkomstjämlighet på hälsa, i den mån en sådan inverkan finns, minskar med den geografiska aggregeringsnivån på det område som undersöks. Ju mindre geografisk enhet det handlar om, desto viktigare för hälsoutfall blir i stället inkomstnivån i området.

I avsnitt 5 redovisas resultat från internationell och svensk forskning om sambandet mellan lokala socioekonomiska faktorer och hälsa. Därtill diskuteras mekanismer i samspelet mellan socioekonomiska faktorer och hälsa.

I avsnitt 6 sammanfattas redovisningen i avsnitten 3–5 och klargörs vad som är angeläget att mäta beträffande inkomster i ett folkhälsoperspektiv. Vidare redovisas förslag till indikatorer för de ekonomiska variabler som har gått igenom. Syftet med det senare avsnittet är att ange några indikatorer som kan användas vid uppföljning av utvecklingen av de ekonomiska variablerna. Slutligen redovisas forskningsbehov.

## Inkomstjämlighet och relativ fattigdom i Sverige under 1990-talet

Avsikten med detta avsnitt är att redovisa inkomsternas övergripande nivåer och fördelning under 1990-talet samt att belysa förekomsten av mycket låga inkomster, dvs. relativ fattigdom, och vilka grupper som är särskilt ekonomiskt utsatta. Redovisningen bygger huvudsakligen på uppgifter som redovisas i kapitlet "Inkomstfördelningens trender under 1990-talet" i ett av Kommittén Valfärdsboksluts delbetänkanden (SOU 2001:57) (14). Begrepp och definitioner som anknyter till avsnittet redovisas i en bilaga till kapitlet.

### *Inkomstutvecklingen och inkomstfördelningen under 1990-talet*

Sverige drabbades i början av 1990-talet av en recession med ett omfattande fall i sysselsättningsnivåerna och arbetslöshet, först för män och senare för kvinnor, samt med efterföljande sänkta ersättningsnivåer och höjda kvalifikationskrav i socialförsäkringar och bidragssystem. Den öppna arbetslösheten gick från en nivå på under 2 procent år 1990 till över 8 procent på endast tre år. Sysselsättningen minskade samtidigt med 500 000 arbetstillfällen. Egenavgifter infördes i socialförsäkringarna i olika steg. Därtill höjdes inkomstskatterna för personer med högre inkomster genom införande av en s.k. värnskatt år 1995. Från årsskiftet 1997/98 förbättrades arbetsmarknadssituationen för såväl män som kvinnor med ökad sysselsättning och minskad arbetslöshet som följd. Årsmedeltalet för den öppna arbetslösheten var 4,7 procent år 2000. (Se vidare redovisningen i bokens kapitel 3.) Denna förändring tillsammans med förbättringar från ungefär samma tidpunkt av den offentliga sektorns ekonomi har inneburit att förändringar har kunnat ske i vissa fall av regler, åtgärder och mål med avseende på den ekonomiska politiken, arbetsmarknaden och socialförsäkringssystemen som har påverkat inkomstsituationen för enskilda personer.

Befolkningens ekvivalerade disponibla medianinkomst minskade med drygt 8 procent mellan åren 1991 och 1995, men ökade därefter för att år 1999 uppgå till drygt samma nivå som år 1991. Förändringen i 2000 års priser var 0,1 procent, från 125 700 kronor år 1991 till 127 300 kronor år 1999.

Inklusive reavinster steg Ginikoefficienten från 0,219 till 0,251 mellan 1991 och 1999, dvs. en ökning med 14,6 procent. Med reavinster borträknade var motsvarande siffror 0,207 till 0,220 för Ginikoefficienten mellan dessa år, dvs. en ökning med 6,2 procent. Under 1990-talets första hälft skedde i stort sett inga förändringar i den övergripande inkomstspridningen, men från år 1995 ökade den.

Utvecklingen av den relativa inkomsten i den nedre respektive övre delen av fördelningen jämfört med medianinkomsten framgår vid jämförelse av decilkvoterna P10/P50 respektive P90/P50. Under krisens inledande fas förändrades den nedre delen av inkomstfördelningen (P10/P50) i en inkomstutjämnande riktning, medan den övre delen (P90/P50) närmast var oförändrad. Under decenniets andra hälft ökade

inkomstklyftorna, primärt beroende på ökade skillnader i den övre delen av fördelningen. År 1995 var inkomsten ungefär 61,5 procent högre vid P90 jämfört med P50. År 1991 var skillnaden mellan dessa percentilvärden 74 procent.

#### *Utvecklingen av relativ fattigdom under 1990-talet*

Under decenniet ökade andelen med låga inkomster. Det gäller oavsett om man utgår från andelen personer som har inkomster under socialbidragsnormen eller personer som faller under 50 respektive 60 procent av medianinkomsten. Andelen personer med inkomster under socialbidragsnormen ökade kraftigt från 5,3 procent år 1991 till 11,1 procent år 1996, varefter den låg kvar på en hög nivå i ytterligare två år och sedan gick ner till 7,7 procent år 1999. Andelen personer med inkomster under 50 respektive 60 procent av medianinkomsten (P50) ökade från 2,7 till 3,5 procent respektive 6,8 till 7,5 procent under perioden. Ökningen är relativt liten och avspeglar detta mätts koppling till den varierande medianinkomsten. Ändå tycks en etablering av en något högre nivå ha skett under den senare delen av 1990-talet, särskilt avseende andelen personer under 50 procent av medianinkomsten.

#### *Ekonomiskt utsatta grupper*

Andelen barn som växer upp i familjer med knappa inkomster har ökat under 1990-talet, medan ålderspensionärerna som grupp betraktad har förbättrat sin inkomstsituation, främst beroende på att ny tillträdande pensionärer har högre inkomster än de som avlider. Också i andra avseenden har det skett förskjutningar mellan inkomstnivåerna för olika grupper. Yngre personer, invandrare och ensamstående med barn har fått sänkta inkomstnivåer under decenniet. Bland grupper som har förlorat mest i inkomster tycks många ha tagit igen en del under decenniets sista år, men utan att nå de nivåer som fanns vid decenniets inledning.

En dramatisk ökning av andelen barn i familjer med inkomster under socialbidragsnormen skedde fram till år 1996 för att därefter minska. För barn i åldern 0–6 år ökade andelen från drygt 7 procent år 1991 till cirka 20 procent år 1996 för att därefter gå ner till 15 procent år 1999. Motsvarande för barn i åldern 7–17 år var cirka 6, 15 och 9 procent. För befolkningen i stort var andelarna med inkomster under socialbidragsnor-

men dessa är cirka 5, 11 och drygt 7 procent. En jämförbar utveckling fanns när barn (0–17 år) i familjer med inkomster under 60 procent av medianinkomsten mättes. Risker relativt befolkningen i sin helhet att tillhöra ett låginkomsthushåll var 1,35 år 1991, 1,6 år 1996 och 1,5 år 1999.

Utvecklingen av andelen ungdomar (18–24 år) med inkomster under 60 procent av medianinkomsten visar en ökning från 11 procent år 1991 till 18 procent år 1996 för att därefter stabiliseras strax under detta värde. Motsvarande för ensamstående mödrar är cirka 12 procent vid periodens ingång, 17 procent år 1996 och därefter en minskning till cirka 11 procent år 1999. Utrikes födda personer under 60 procent av medianinkomsten har de allra högsta andelarna; 19 procent år 1991, 24 procent år 1996 och 21 procent år 1999. Mönstret för utrikes födda utanför ”västvärlden” visar ännu högre andelar än dessa genomsnittsvärden.

När de tre grupperna i stället undersöks med avseende på inkomster under socialbidragsnormen visar utvecklingen på betydligt kraftigare uppgångar men också en tydligare förbättring i slutet av decenniet. Andelen ungdomar under åren 1991, 1996 och 1999 var 10, 23 respektive 18 procent. Motsvarande för ensamstående mödrar var 12, 28 respektive 15 procent. Andelen för utländska medborgare var 11, 35 respektive 19 procent. För alla tre grupperna gäller, som framgår, att andelarna med inkomster under socialbidragsnormen var klart högre år 1999 än 1991.

När det gäller utrikes födda visar studier att tid i landet är viktig för att förklara skillnader i arbetsmarknadsläge respektive skillnader i disponibla inkomster. Den ökning som i allmänhet sker av den individuella arbetsinkomsten de första åren efter migrationen tenderar att avta efter fem år. Genom att särskilt undersöka den grupp som har vistats i landet i 6–12 år fångar man också upp den flyktinginvandring som fanns till landet i slutet av 1980-talet och i början av 1990-talet. Andelen med inkomster under 60 procent av medianinkomsten i denna grupp respektive under socialbidragsnormen ökade kraftigt från cirka 20 procent år 1991 till 40 procent för 60 procent av medianinkomsten och 32 procent för socialbidrag år 1996. Denna andel var stabil fram till år 1999 för 60 procent av medianinkomsten men sjönk för socialbidrag till 27 procent samma år. Sammantaget betyder det att det finns en stor andel utrikes födda i landet som har varit länge här men som trots detta har mycket begränsade inkomster.

## Inkomst och hälsa

I inledningsavsnittet framhölls att det finns ett stort antal studier som visar på en positiv korrelation mellan inkomst och hälsa. Dessa har främst gällt mortalitet, medan tidigare studier av sjuklighet har haft svårigheter med att klargöra riktningen i sambandet (15). En aktuell studie från USA med syfte att få fram konsistenta skattningar av inkomsteffekten på olika typer av hälsoutfall har utförts av Susan L. Ettner (15). I studien undersöktes den strukturella inverkan av inkomst på självskattad hälsa, begränsningar i arbetsförmåga respektive funktionsförmåga, vård dagar på sjukhus, genomsnittlig daglig konsumtion av alkohol samt mått på depressiva symptom och alkoholrelaterat beteende. För undersökningen användes individdata från surveys med fokus på levnadsvillkor, hälsobeteende, inkomster och hälsa. Resultatet pekar på att inkomstökning påverkar psykisk och fysisk hälsa positivt, men också att alkoholkonsumtion ökar med ökad inkomst. Den positiva effekten på hälsan innebär enligt Ettner att varje policy som leder till minskande disponibla inkomster kan antas ha ogynnsamma hälsoeffekter.

### *Svenska studier*

#### *Tvärsnittsstudie*

Diderichsen har med data från SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF) redovisat ett starkt samband mellan inkomst och självskattad hälsa i dagens Sverige (tabell 1) (16). Sambandet är något starkare för män än för kvinnor.

Siffrorna i de två vänstra kolumnerna där resultaten endast justerats för ålder är enligt Diderichsen inte helt lättolkade med avseende på orsakssamband. Sjukdom kan leda till lägre inkomst och dessutom finns en lång rad bakomliggande faktorer som kan vara orsak till både låg inkomst och ned-satt hälsa. Om man justerar för några av faktorerna och exkluderar de personer som har förtidspensionerats för sjukdom finns sambandet fortfarande kvar, men försvagas något (de två högra kolumnerna). I gruppen med lägst inkomster (kvintil 5) har männen 1,81 gånger större risk för ohälsa än männen i gruppen med de högsta inkomsterna (kvintil 1). Motsvarande för kvinnorna är 1,34 gånger större risk.

Inkomstkvintil	Justerat för ålder		Justerat för ålder, socioekonomisk indelning, civilstånd, födelseland (förtidspensionärer exkl.)	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
1 (ref.)	1	1	1	1
2	1,69	1,54	1,25	1,21
3	1,94	1,81	1,27	1,38
4	2,14	1,92	1,36	1,28
5	2,04	2,26	1,34	1,81

**Tabell 1. Oddskvot för självskattad nedsatt hälsa i relation till inkomstkvintiler. Disponibel hushållsinkomst per konsumtionsenhet.<sup>2</sup> 25–64 år. SCB, ULF 1992–95.**

Om man istället enbart ser på dem som ligger under fattigdomsgränsen med avseende på disponibel inkomst, här definierad som mindre än 60 procent av medianinkomsten, erhålls siffrorna i översta raden i tabell 2. Även justerat för confounders och selektion till följd av hälsoproblem förefaller fattigdom vara en riskfaktor, i varje fall för män som i detta fall har 1,39 gånger större risk än män i genomsnitt.

	Justerat för ålder.		Justerat för ålder, SEI, civilstånd och födelseland. Exkl. företagare och förtidspensionärer (95 % CI)	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
< 60 % av median	1,56	1,87	1,11 (0,89–1,40)	1,39 (1,08–1,79)
Ekonomisk kris	2,15	2,25	1,88 (1,61–2,19)	1,89 (1,60–2,34)
Saknar kontantmarginal	2,40	2,98	1,81 (1,56–2,11)	2,27 (1,90–2,71)

**Tabell 2. Oddskvot för självskattad nedsatt hälsa i relation till fattigdom definierad som < 60 % av medianinkomst per konsumtionsenhet; ekonomisk kris i betydelsen att inkomsterna inte räckt till hyra och mat under året samt avsaknad av kontantmarginal (anser sig inte kunna skaffa fram 14 000 kr på en vecka). 25–64 år. SCB, ULF 1992–95.**

För de två övriga måtten på ekonomiska svårigheter är sambanden starkare. Det gäller ekonomisk kris i form av upplevda svårigheter att få pengarna att räcka till hyra och/eller mat under det gångna året och avsaknad av kontantmarginal, dvs. svårigheter att vid behov skaffa fram 14 000

<sup>2</sup> Innebörden av begreppet konsumtionsenhet redovisas i kapitlets bilaga.



kr på en vecka. För både män och kvinnor med dessa ekonomiska svårigheter är risken för ohälsa omkring två gånger högre jämfört med befolkningen i genomsnitt.

Ulf G Gerdtham m.fl. har i en studie skattat en modell för hälsans bestämningsfaktorer inspirerad av Grossmans modell för efterfrågan på hälsa (17). Grossman formulerade den första ekonomiska modellen för hälsans bestämningsfaktorer (18, 19). I modellen gjorde han en distinktion mellan individens efterfrågan på hälsa respektive efterfrågan på hälsorelaterade varor och tjänster. Med användning av Beckers teori om humankapital (20) konstruerade Grossman en modell där individer använder hälsorelaterade varor och tjänster och egen tid för att producera hälsa. Individer antas investera i produktion av hälsa tills marginalkostnaden motsvarar den marginella intäkten av förbättrad hälsa. Hälsa antas i modellen påverka individens nytta indirekt genom en förbättring av arbetsinkomsten och direkt genom det värde individen tillmäter hälsa i sig själv.

Ett viktigt problem i empiriska studier av Grossmanmodellen är svårigheten att observera det hälsokapital (hälsostatusen) som individen har när studien inleds. Den aktuella studien av Gerdtham m.fl. bygger på surveydata från landstinget i Uppsala län. Av 8 000 personer i åldern 20–84 år svarade 68 procent. Syftet med studien är att skatta en "efterfrågan på hälsa"-modell med tre olika mått på hälsotillstånd; hälsostatus mätt genom "rating scale"-metoden respektive "time trade off"-metoden<sup>3</sup> och hälsostatus mätt som allmänt hälsotillstånd enligt frågor i SF-36-formuläret<sup>4</sup>. Oberoende variabler i regressionsanalysen är kön, ålder, BMI > 30, rökare, olika åldersgrupper, olika grad av alkoholkonsumtion, ensamboende, arbetslöshet, inställt besök hos läkare på grund av reskostnader eller långt geografiskt avstånd till läkare, olika utbildningsnivå och inkomstnivå samt olika deltagande i fysisk aktivitet. Resultatet av skatt-

3 Metoderna rating scale respektive time trade off beskrivs i bl.a. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL och Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Oxford Medical Publications; 1997.

4 Frågeformuläret SF-36 (Short Form -36 questions) är ett av de internationellt mest välkända instrumenten för självskattad hälsa. Se bl.a. Kristensson M, Wärnberg Gerdin E och Vang J. *Hälsomätning, varför och hur. En sammanfattning av aktuellt kunskapsläge och debatt*. Rapport 97:3. Linköping: Folkhälsovetenskapligt Centrum; 1997.

ningarna är att efterfrågan på hälsa minskar med priset på hälso- och sjukvård, ålder, övervikt, rökning och att bo ensam. Efterfrågan på hälsa ökar med inkomst, utbildning och omfattningen av fysisk aktivitet. Det empiriska resultatet är konsistent med Grossmanmodellens antaganden förutom när det gäller alkoholkonsumtion. Vid hög alkoholkonsumtion minskar inte hälsostatusen, vilket förutsågs av modellen.

I ytterligare en studie med skattningar av Grossmanmodellen redovisar Ulf G Gerdtham och Magnus Johannesson resultat med utgångspunkt från data från SCB:s ULF-undersökningar (21). I studien används ett urval med över 5 000 individer. Hälsokapitalet mäts som allmänt hälsotillstånd. Författarna konstaterar att resultatet är konsistent med de teoretiska antagandena och visar att efterfrågan på hälsa ökar med inkomst och utbildning och minskar med ålder, manligt kön, övervikt, boende i stora städer och att vara ensamboende.

#### *Longitudinella studier*

Det finns få longitudinella studier av sambandet mellan inkomst och hälsa i Sverige. Olle Lundberg och Johan Fritzell har studerat frågan på basis av longitudinella individdata ur Socialforskningsinstitutets (SOFI) levnadsnivåundersökningar (22). Analysen baseras på 1 874 individer som intervjuades både 1981 och 1991 och som var 35–64 år 1991. Till intervjudata om levnadsförhållanden kopplades olika registeruppgifter för åren 1980 och 1990. Inkomst mättes som årlig individuell taxerad inkomst. Från data konstruerades två inkomstmått; ett som reflekterar individens absoluta inkomst och ett som gäller individens rörlighet inom inkomstfördelningen, dvs. individens relativa inkomståndring mellan åren 1980 och 1990.

Efter kontroll för initial inkomst och hälsa fann Lundberg och Fritzell ett tydligt samband mellan inkomstförändring och hälsa för män. Män med minskande absoluta och relativa inkomster under perioden hade tre gånger högre risk för somatisk och psykisk självskattad sjuklighet än män som ökade sina absoluta och relativa inkomster under samma period. För kvinnorna var sambanden mindre tydliga, troligen beroende på skillnader i arbetsmarknadsdeltagande och att inkomst mättes som individuell inkomst och inte som hushållsinkomst. Resultaten visar klart enligt Lundberg och Fritzell att inkomst påverkar hälsan hos individer i arbetsför ålder. Huruvida denna inverkan beror på relativ eller absolut inkomst är dock

oklart i studien. Författarna framhåller att mått på relativ inkomst i framtida studier bör definieras i relation till varje persons referensgrupp i stället för i relation till varje persons egen inkomsthistoria som i den nu aktuella studien.

Björn Halleröd har analyserat sambandet mellan ekonomisk standard och hälsa med utgångspunkt från ULF-undersökningarnas slumpvisa urval av den vuxna befolkningen (23). En panelansats introducerades i undersökningarna år 1979 och sedan dess återintervjuas ett delurval av deltagarna var åttonde år. Analysen gäller 3 001 personer som deltog i undersökningen 1979, 1987 och 1995 och som år 1979 var i åldern 20–68 år. Som indikatorer för ekonomisk standard används ekvivalerad disponibel hushållsinkomst, ett index för materiell standard, ett index för avsaknad av svårigheter att klara löpande utgifter för bl.a. mat, hyra och räkningar samt ett mått för sparande. Indikatorer för hälsa är allmänt hälsotillstånd, långvarig sjukdom och symtom på ohälsa. I analysen prövas om den ekonomiska standarden för respektive individ år 1979 påverkar hälsan 1987 respektive 1995 eller om det är omvänt att hälsostatusen år 1979 påverkar den ekonomiska standarden 1987 och 1995. Analysen som genomförs med s.k. strukturell ekvationsmodellering visar entydigt att ekonomisk standard inte har någon signifikant effekt på hälsostatus över tid men att det finns effekter av hälsostatus på ekonomisk standard. Hälsoproblem 1979 har en negativ inverkan på ekonomisk standard 1987. Hälsoproblem 1987 minskar i sin tur den ekonomiska standarden 1995. Resultatet reproduceras även då samma modell används för olika undergrupper av befolkningen såsom män och kvinnor, olika åldersgrupper och låginkomst-hushåll. Effekter på hälsostatus av ekonomisk standard finns inte för några undergrupper.

I en annan studie av Ulf G Gerdtham och Magnus Johannesson skattas effekten av inkomst på mortalitet efter kontroll för initialt hälsotillstånd och ett stort antal individrelaterade faktorer som kan antas vara relaterade till dödsrisk (24). Syftet med studien är att inom ramen för s.k. *health-health*-analyser skatta den inkomstminskning som ger upphov till ett dödsfall. Analysen baseras på ULF-undersökningarnas slumpvisa urval av den vuxna svenska befolkningen på över 40 000 individer i åldern 20–84 år som har följts upp under 10–17 år. Intervjuerna genomfördes 1980–1986. Sluttidpunkt för studien var 1996. Beroende variabler i regressionsanaly-

sen är överlevnadstid i år och överlevnadsstatus vid sluttidpunkten för studien. Överlevnadstid skattades som antalet år från intervjutillfället till tidpunkten för dödsfall. Bland oberoende variabler användes två mått för inkomst som kombinerades; dels årlig disponibel inkomst, dels årliga nettotillgångar. Som mått på nettotillgångar användes hushållets taxerbara nettoförmögenhet (taxerbara tillgångar minus skulder) under intervjuåret. Bland övriga oberoende variabler användes tre mått på initial hälsostatus; allmänt hälsotillstånd, funktionell förmåga och högt blodtryck. Övriga mått inkluderade ålder, kön, immigration, arbetslöshet, utbildningsnivå, civilstånd och antal barn.

Resultatet visade att ökande inkomst har stor betydelse som förklaringsfaktor till minskad dödlighet när hälsostatus och andra personliga karaktäristika har kontrollerats. Resultatet visade också att dödsrisken med avseende på inkomst varierar i olika subgrupper. Vid en och samma inkomstminskning är t.ex. dödsrisken lägre för kvinnor än för män. Den är också lägre för unga personer än för äldre personer och lägre för höginkomsttagare jämfört med låginkomsttagare. Den befolkningsövergripande inkomstnedgång som inducerar ett dödsfall beräknas till 6,8 miljoner dollar när kostnaderna bärs lika av alla vuxna, 8,4 miljoner dollar när kostnaderna bärs proportionellt till inkomsten och 9,8 miljoner dollar när kostnaderna bärs progressivt i förhållande till inkomst. Författarna anser att osäkerhet i skattningarna gör att enbart försiktiga policyimplikationer kan redovisas. De framhåller att regleringar i Sverige som syftar till att spara liv och som kostar över cirka 10 miljoner dollar är improduktiva och leder till nettoökningar av mortaliteten.

### *Mekanismer som antas mediera mellan inkomst och hälsa*

I föregående avsnitt har kortfattat nämnts att Grossman i början av 1970-talet utvecklade en modell för individens efterfrågan på hälsa som inkluderade ett stort antal bestämningsfaktorer för hälsa. Modellen startar med en hälsoproduktionsfunktion i vilken hälsa vid en given tidpunkt är resultatet av en uppsättning faktorer. Här ingår hälsostatus under en tidigare period, vilken hälsa individen strävar mot i framtiden, erhållen hälso- och sjukvård, val av ett hälsoinriktat beteende såsom fysisk aktivitet och undvikande av rökning samt en vektor av andra personliga och miljörelaterade faktorer (13). Familjebakgrund och genetiska förutsättningar kan också

spela roll genom att skapa länkar mellan hälsostatus i tidig och senare ålder och genom att underlätta bevarandet av en god hälsa. Hög ekonomisk status kan leda till en bättre hälsa av många skäl, t.ex. mer resurser för användning till hälsoändamål, mer kunskaper om vad som förbättrar hälsan, tydligare framtida tidspreferenser samt överföringar av synsätt och beteenden inom familjekretsen.

En fundamental insikt i den ekonomiska ansatsen är att hälsa är en "lagerresurs" där aktuella insatser och valda beteenden är investeringar som producerar bidrag till "lagret". En persons aktuella hälsomässiga "lagerresurs" är därmed liktydig med personens hela historia av initiala hälsomässiga förutsättningar, hälsobeteenden, inkomster och priser på de hälsorelaterade produkter och tjänster som har använts. Eftersom människors samlade budgetsituation över livsförloppet sätter gränser för valmöjligheterna är en naturlig följd av detta att en förbättring i aktuella ekonomiska resurser har en begränsad inverkan på den aktuella hälsomässiga "lagerresursen". Det gäller särskilt när människor blir äldre. En viktig fråga att beakta är också att ekonomiska resurser kan påverkas av den hälsomässiga "lagerresursen".

Även socialepidemiologer betonar inkomsternas betydelse i ett hälso-perspektiv (25). Inkomsten påverkar t.ex. materiella villkor såsom kvaliteten på en individs eller familjs boende, inklusive upplåtelseform och geografisk lokalisering. Annat som påverkas är t.ex. kvaliteten på mat och kläder, transportmöjligheter, tillgång till vård och omsorg samt möjligheter till kulturella, rekreerande och fysiska aktiviteter.

De materiella villkoren har förändrats under 1900-talet till att omfatta vad som kan betecknas som neo-materiella villor. Exempelvis är en balanserad föda – rik på färsk frukt, grönsaker, spannmål och med låg fetthalt – något helt annat än en föda som enbart bedöms med avseende på kalori-innehållet. På motsvarande sätt är ett adekvat boende något annat kvalitetsmässigt sett än ett boende vars funktion endast är att skydda människor från extrem köld eller trångboddhet.

Även om basala materiella villkor kan tillfredsställas vid en låg inkomst-nivå, så kan varje steg uppför inkomststegen enligt detta synsätt tillföra ytterligare neo-materiella fördelar som kan innebära vinster för hälsan. Flera forskare visar att hälsa och mortalitet är känsliga för små grader av neo-materiella villkor. Det gäller t.ex. tillgång till bil, ägande av bostad, att

ha ett hem med en trädgård samt tillgång till hälsosam föda. Därtill kan bättre neo-materiella villkor ha omedelbara respektive kumulativa fördelar över människors livsförlopp och kan också påverka den socioekonomiska positionen och hälsostatusen hos framtida generationer (26, 27, 28).

Materiella villkor är vidare intimt bundna till psykosociala tillstånd och hälsorelaterade beteenden samt sociala omständigheter som påverkar hälsan. I en studie från Finland visas t.ex. att män som arbetade i lågt betalda arbeten hade knappa materiella villkor och upplevde stor ekonomisk osäkerhet. De drabbades också av arbetslöshet och arbetsskador i stor omfattning.<sup>5</sup> Det är enligt studien inte en tillfällighet att dessa män också tenderade att röka mer, röra sig mindre, äta dålig mat, bli berusade oftare än andra och uppleva hopplöshet inför framtiden m.m. (29).

Andra studier visar att låga inkomster och inkomstförsämringar är riskfaktorer genom den stress och i vissa fall skam som det innebär att behöva oroa sig för att ekonomin inte skall gå ihop, att inte ha samma möjligheter som andra i samhället etc. Vidare bekräftas att låg köpkraft och arbetslöshet i hög grad interagerar, dvs. att effekten av den ena faktorn är beroende av den andra (30, 31). Många studier från Europa visar t.ex. att hälsoeffekten av arbetslöshet, inte minst med avseende på depressioner, är starkt beroende av i vilken utsträckning arbetslöshet leder till ekonomiska svårigheter. Vidare är det dokumenterat att också tobaksrökning är relaterad till ekonomiska problem och arbetslöshet (32).

Miljömässig och socialt relaterad stress är i merparten fall inte slumpmässigt fördelad i befolkningen. Det är de grupper i befolkningen med lägst disponibel inkomst som omfattas av den största kumulativa bördan av stressrelaterade faktorer (33, 34, 35). Denna över livsförloppet kumulativa börda av stress kan innebära långtgående negativa fysiologiska konsekvenser (36). Frågan diskuteras ytterligare i kapitel 2.

### *Begränsningar i studier av inkomst och hälsa*

En viktig begränsning i många studier om inkomst och hälsa är att man inte har kunskap om den ursprungliga hälsan. Det är då svårt att tolka effekten av inkomst på hälsa kausalt på grund av risken för s.k. omvänt orsaksamband. Utan kontroll för initial hälsa finns det en stor risk att man över-

<sup>5</sup> I vilken mån det handlar om selektion till arbetslöshet till följd av dålig hälsa framgår inte.

skattar inkomsteffekten på grund av att personer med sämre hälsa har sämre inkomst. Andra problem är att det finns variabler som kan samvariera med inkomst i förhållande till hälsan, s.k. confounding, t.ex. utbildning, yrke, social bakgrund och information.

Andra begränsningar i studier av inkomst och hälsa är att de flesta har mätt inkomst bara vid en tidpunkt i vuxen ålder. I sådana studier misslyckas man med att fånga upp hälsoeffekterna av fortlöpande exponering för låga inkomster eller att beakta effekterna av inkomstförändringar. Människors inkomst över livscykeln förändras. Ökningar och minskningar i inkomster är därtill i allmänhet mer uttalade för dem som befinner sig i botten av inkomstfördelningen beroende på att de oftare har en mindre stabil sysselsättning än andra (37). För att öka kunskapen om sambandet mellan inkomst och hälsa bör mätningar göras av människors inkomstvillkor och ekonomiska resurser vid olika tidpunkter.

Forskningen har nyligen riktat intresse mot hälsoeffekten av förmögenhet/andra ekonomiska tillgångar. Hypotesen är att innehav av ackumulerade ekonomiska tillgångar kan förstärka den bufferteffekt som en god löpande inkomst har på social och miljömässig stress (25). I flera svenska studier av Gerdtham m.fl. har annuiteten av nettoförmögenheten (tillgångar minus skulder) inkluderats i inkomstbegreppet för ta hänsyn till hälsoeffekten av ekonomiska tillgångar (24).

I amerikanska studier har det visat sig att hushåll som har likvärdiga inkomstnivåer kan ha mycket olika ekonomiska tillgångar. Detta är särskilt tydligt vid en jämförelse mellan olika ras- och etniska grupper. Afroamerikanska och spansktalande hushåll har t.ex. väsentligt mindre tillgångar vid varje given inkomstnivå (38). När det gäller bufferteffekten av ekonomiska tillgångar på stress förefaller likvida tillgångar vara viktigare än icke likvida tillgångar, exempelvis ett hus (25).

För att förstå hur socioekonomiska faktorer påverkar hälsan är det angeläget att belysa frågorna i ett livsförloppsperspektiv. Detta framgår av Grossmanmodellen, men påpekas också av socialepidemiologiska forskare (25). Under barndomen och ungdomen påverkar föräldrarnas socioekonomiska position, såsom inkomst, typ av boende och grannskap, vilka miljöer som barnen och de unga växer upp i och hur deras hälsobeteenden formas m.m. Under vuxenlivet påverkar bl.a. arbetsvillkor och inkomstnivån uppkomsten och utvecklingen av ohälsa, medan inkomster och till-

gångar under ålderdomen kan påverka tillgängligheten till medicinsk vård och omsorg.

Framtida studier bör enligt de nordamerikanska socialepidemiologiska forskarna Lynch och Kaplan undersöka de tidsmässiga interaktionerna mellan genetiska och biologiska faktorer som människor har med sig tidigt i livet, och de sociala, ekonomiska och politiska miljöer som bestämmer ackumuleringen av exponeringar och resurser över livsförloppet och slutligen skapar mönster för den vuxnes hälsa (25).

## Inkomstjämlighet och hälsa

Hälsoeffekterna av inkomstjämlighet har redovisats i ett stort antal studier med fokus på sambandet hälsa och inkomstskillnader både mellan länder och inom länder. Avsnittet inleds med en genomgång av studier som använder aggregerade data om inkomstjämlighet och hälsa i sin analys. Vidare redovisas en kritik av sådana studier eftersom de inte kan differentiera mellan olika inkomsthypoteser. För detta krävs att individrelaterade data används. I avsnittet läggs därför tonvikten på individrelaterade studier.

### *Jämförelser mellan länder*

Med data från 56 rika och fattiga länder testade Rogers i slutet av 1970-talet relationen mellan inkomstfördelning mätt som Ginikoefficient och tre mått på hälsa – medellivslängd vid födelsen, medellivslängd vid fem års ålder samt spädbarnsdödlighet (6). Han fann signifikanta korrelationer ( $r^2 > 0,75$ ) mellan inkomstfördelning och medellivslängd vid födelsen, men inte för övriga hälsomått. Han gjorde bedömningen att skillnaden mellan ett socialt relativt jämlikt samhälle och ett motsvarande ojämnt samhälle var mellan fem och tio år i medellivslängd.

Två studier av Wilkinson under 1980- och 1990-talen medförde ett kraftigt ökat intresse för frågan om samband mellan inkomstskillnader och hälsa. I en undersökning av elva OECD-länder fann Wilkinson en stark korrelation ( $r = -0,81$ ,  $P < 0,0001$ ) mellan inkomstskillnader – mätta som Ginikoefficienter för nettoinkomster justerade för familjesammansättning – och medellivslängd (39). På motsvarande sätt fann han för nio OECD-länder en stark korrelation ( $r = 0,86$ ,  $P < 0,001$ ) mellan den inkomstandel



som 70 procent av befolkningen med de lägsta inkomsterna hade och medellivslängden (7). Inkomstandelen för dessa 70 procent av befolkningen, tillsammans med BNP per capita, förklarade omkring tre fjärdedelar av variationen i medellivslängd mellan dessa länder. BNP per capita förklarade ensam bara knappt 10 procent av variansen i medellivslängd. Wilkinsson drog därav slutsatsen att sambandet mellan utvecklade länders interna inkomstspridning och medellivslängden är betydligt starkare än motsvarande samband mellan BNP-nivån per capita i länderna och medellivslängden.

Även andra forskare har funnit samband mellan inkomstskillnader och hälsa i studier av olika länder. Flegg fann samband mellan spädbarnsdödlighet och inkomstskillnader – mätta via Ginikoefficienten – respektive BNP per capita för 46 utvecklingsländer (10). Båda inkomstmåtten visade signifikanta korrelationer. LeGrand undersökte relationen mellan medellivslängd i 17 utvecklade länder och BNP per capita, utgifter för hälso- och sjukvård per capita samt den andel av nationalinkomsten som de fattigaste 20 procenten av befolkningen tjänade (40). Han fann att medellivslängden var nära korrelerad med inkomstfördelningsmättet ( $P < 0,01$ ), men inte med BNP respektive hälso- och sjukvårdsutgifter per capita. Waldman analyserade data från 70 rika och fattiga länder och fann att spädbarnsdödligheten ökade med ökad inkomstandel för de rikaste fem procenten av befolkningen efter kontroll av inkomsterna för de fattigaste 20 procenten av befolkningen i länderna (11). Wennemo fann ett nära samband mellan spädbarnsdödlighet och omfattningen av relativ fattigdom i studier av 18 utvecklade länder (41).

En begränsning med de nu nämnda studierna har varit att data från olika länder – särskilt när det gäller inkomstskillnader – inte alltid har varit jämförbara. Det har därför varit naturligt att också undersöka sambandet mellan hälsa och inkomstskillnader inom länder – se nedan.

#### *Studier med inriktning på förhållanden i enskilda länder*

Hsieh och Pugh genomförde en metaanalys av 34 studier som hade gjorts fram till år 1993 om fattigdom, inkomstskillnader och våldsbrott (42). Trots skillnader i metodologi kom de flesta studier fram till att våldsbrott är relaterade till fattigdom ( $r = 0,44$ ) liksom till inkomstskillnader ( $r = 0,44$ ). Intressant i sammanhanget är att fattigdom i högre grad var positivt

relaterad till våldsbrott i studier som hade små geografiska områden, t.ex. städer, som studieobjekt, medan inkomstskillnader hade kraftigast effekter på våldsbrott i undersökningar av statlig respektive nationell nivå.

Inkomstskillnader inom ett land anknöts till hälsoutfall för första gången i två amerikanska studier som publicerades samtidigt år 1996. Kaplan m.fl. och Kennedy m.fl. undersökte oberoende av varandra relationen mellan graden av inkomstjämlighet mellan hushåll i 50 av USA:s stater och allmän mortalitet respektive sjukdomsspecifik mortalitet (43, 44). Som mått på inkomstfördelningen använde Kaplan m.fl. inkomstandelen för de 50 procent av hushållen med lägst inkomst i respektive stat. En stark korrelation ( $r = -0,62$ ,  $P < 0,001$ ) noterades mellan detta mått på ojämlikhet och åldersstandardiserad mortalitet. Korrelationen fanns både för män och kvinnor respektive för vita och afroamerikaner.

Kennedy m.fl. undersökte två mått på inkomstfördelning; Ginikoefficienten och det s.k. Robin Hood Index. Robin Hood Index uttrycker den andel av den samlande inkomsten i samhället som måste omfördelas mellan rika och fattiga hushåll för att en fullständig jämlikhet skall nås. I regressionsberäkningar med kontroll av fattigdom och medianinkomst associerades 1 procent ökning i Robin Hood Index (dvs. en ökning av ojämlikheten) med en ökad mortalitet beräknad till 21,7 dödsfall per 100 000 personer (95 % CI: 6,6 till 36,7). Det innebär att även en mindre reduktion av ojämlikheten skulle kunna ha en stor inverkan på folkhälsan. Inkomstjämligheten associerades därtill inte bara med en högre allmän mortalitet, utan också med högre sjukdomsspecifik mortalitet från hjärt-kärlsjukdom, cancer, dråp och spädbarnsdödlighet. Sammanfattningsvis beräknades inkomstskillnader och fattigdom tillsammans förklara cirka 25 procent av variationen i allmän mortalitet, men över hälften av variationen med avseende på dråp.

Kawachi m.fl. har undersökt Robin Hood Index i USA med avseende på självskattad hälsa (45). Till 205 000 personer ställdes frågor om deras allmänna hälsotillstånd. En stark korrelation visade sig mellan detta index och hälsotillstånd ( $r = -0,66$ ).

I England undersöktes relationen mellan materiell och social deprivation (mätt genom det s.k. Townsend Index) och mortalitet för 369 lokala områden (46). Mortalitet visade sig vara starkt positivt associerad med graden av deprivation. Mortaliteten var också beroende av graden av

socioekonomisk variation i de undersökta områdena. Ju större variation som fanns beträffande deprivation, desto högre var dödstalen.

I slutet av 1990-talet utökades studierna av inkomstjämlighet och mortalitet i USA till att omfatta även städer. Inkomstjämlighet beräknades för 282 större städer med en variation av invånare mellan 56 000 och 18 miljoner (47). Som mått på inkomstskillnader användes andel av total hushållsinkomst för de 50 procent fattigaste hushållen. Städer med stora inkomstskillnader och låg per capitainkomst hade en ökad mortalitet med 139,8 dödsfall per 100 000 jämfört med områden med små inkomstskillnader och höga per capitainkomster. Storleken på denna skillnad i mortalitet uppskattades vara jämförbar med den kombinerade förlusten av liv genom lungcancer, diabetes, motorcykelolyckor, hiv, självmord och dråp under år 1995.

Med samma uppläggning som den nyss nämnda studien av inkomstjämlighet och mortalitet i USA:s städer har provinser, delstater och städer i Kanada jämförts med USA (48). Studien visade att kanadensiska provinser och städer generellt hade både lägre inkomstskillnader och lägre mortalitet än delstater och städer i USA. När de båda länderna undersöktes tillsammans var inkomstskillnader en signifikant förklarande variabel för alla åldersgrupper förutom äldre. För Kanada ensam var dock inte inkomstskillnader signifikant associerade med mortalitet.

#### *Kritik av redovisade studier*

De nämnda studierna har funnit samband mellan inkomstjämlighet och hälsa på motsvarande sätt som gäller för de länderövergripande studierna. Resultaten har dock ifrågasatts på flera punkter. Kritiken har sammanfattats av Wagstaff och van Doorslaer (5).

En första synpunkt är att studierna visserligen konfirmerar att inkomstjämlighet är starkt associerad med mortalitet – även efter att kontroll har gjorts för medianinkomsten i det område som studeras – men att det inte går att dra slutsatser om den direkta effekten av inkomstjämlighet på hälsan då aggregerade data används. Denna slutsats betonas också av Gravelle, Wildman och Sutton (49). ”Bevisen” är enligt Wagstaff och van Doorslaer otillräckliga eftersom korrelationerna är konsistenta med både den absoluta inkomsthypotesen, den relativa inkomsthypotesen och hypotesen om inkomstjämlighet.<sup>6</sup>

En andra synpunkt är att en del av studierna inkluderar ett mått för fattigdom men inte rapporterar vad den partiella effekten av fattigdom är.

Ytterligare en synpunkt är att flera studier har undersökt potentiella vägar för hur inkomstjämlighet skulle kunna påverka hälsa. Kawachi m.fl (50), undersöker om graden av inkomstjämlighet är relaterad till investeringar i socialt kapital mätt som medlemskap i frivilligorganisationer respektive andelen medborgare i respektive stat som upplever att de har tillit till andra människor. Efter kontroll för (dis)investeringar i socialt kapital finner Kawachi m.fl. att den primära effekten av inkomstjämlighet på mortalitet medieras av socialt kapital. Wagstaff och van Doorslaer konstaterar att detta är inkonsistent med den absoluta inkomsthypotesen.

#### *Studier som kontrollerar för individrelaterade förhållanden*

Genom användning av individuella data i studier av inkomstjämlighet och hälsa vinner man två saker enligt Wagstaff och van Doorslaer (5). Den ena är att de olika hypoteserna kan jämföras. Den andra är att regressionsanalyser, inte bara korrelationsberäkningar, kan genomföras där effekter av andra faktorer än inkomst kan beräknas och kontrolleras.

#### *Studier som testar den absoluta inkomsthypotesen*

I en översikt av studier baserade på individdata redovisar Wagstaff och van Doorslaer studier som explicit testar den absoluta inkomsthypotesen (AIH) (5). Mellor och Milyo (51) inkluderar inkomst och kvadrerad inkomst och finner ett starkt stöd för en konkav relation för självrapporterad hälsa, medan Wolfson m.fl (52), redovisar en konvex relation för mortalitetsrisk. Att relationen är konvex i det senare fallet beror på att man har vänt på hälso-måttet när mortalitet används. Kennedy m.fl (53), rapporterar oddskvoter för sex inkomstkategorier och Soobader och LeClere (54), gör det samma för fyra inkomstkvartiler. Trots att bredden i inkomstjämligheten för dessa indelningar gör den exakta inkomst-hälsarelationen svårare att skatta sammanfaller en ökning i oddskvoter i båda fallen med minskande inkomst. Fiscella och Franks (55), undersöker enbart linjära inkomsteffek-

<sup>6</sup> Konsistens finns också med den relativa positionshypotesen som dock inte behandlas i detta kapitel.

ter, medan Daly m.fl (56), inte redovisar skattningarna för sina inkomsteffekter. I samtliga fall är den starka positiva inkomsteffekten överväldigande konsistent med AIH.

#### *Studier som undersöker den relativa inkomsthypotesen*

Fyra studier inkluderar medelinkomst på områdesnivån i sina regressionsberäkningar och belyser därmed – åtminstone i princip – den relativa inkomsthypotesen (RIH), men bara två studier (51, 54) rapporterar regressionskoefficienterna på områdesnivån. Om RIH är sann, givet konstanthållning av individuell inkomst, borde inkomsten på områdesnivån vara omvänt relaterad till hälsa, dvs. en ökning av övriga personers inkomst utan ändring i den egna inkomsten är negativt för den egna hälsan. Båda studierna rapporterar dock en positiv relation mellan individuell hälsa och genomsnittlig områdesinkomst, fastän sambandet i de flesta fall inte är signifikant när andra variabler inkluderas i ekvationen. Det finns alltså inget stöd i dessa studier för RIH.

#### *Studier som behandlar hypotesen om inkomstjämlighet*

##### Mortalitetsbaserade studier

Flera studier ger vägledning avseende inkomstjämlighetshypotesen (IOH). Två av de mortalitetsbaserade studierna utförda av Daly m.fl (56), respektive Fiscella och Franks (55), finner inget stöd för hypotesen och den tredje av Wolfson m.fl (52), testar inte hypotesen direkt. Wagstaff och van Doorslaer hävdar att studierna emellertid är inkonklusiva på grund av ett betydande antal metodologiska brister.

##### Studier av självskattad hälsa

Tre studier med inriktning på självskattad hälsa redovisas. Ytligt sett ger de olika resultat. En studie av Kennedy m.fl (53), finner effekter av inkomstjämlighet på individuell hälsa på befolkningsnivån, medan en annan av Soobader och LeClere (54), hittar vissa effekter på vita män i arbetsför ålder och den tredje av Mellor och Milyo (51), inte finner några allmänna effekter. Skillnaderna beror sannolikt enligt Wagstaff och van Doorslaer på att den modell som skattas av Mellor och Milyo inkluderar fixa effekter på den statliga nivån och för år (de poolar data från åren 1995, 1996 och

1997). Inkomstjämligheten i studierna av Kennedy m.fl. och Soobader och LeClere fångar, åtminstone delvis, upp andra statliga karaktäristika.

Intressant i sammanhanget är att Mellors och Milyos resultat inte är långt ifrån de resultat som rapporteras av Kennedy m.fl. och Soobader och LeClere, fastän de inte finner något allmänt stöd för någon effekt av inkomstjämlighet på individuell hälsa när de kontrollerar för hushållsinkomst. Även om de två senare författargrupperna anser sig ha stöd för IOH, så är det enligt Wagstaff och van Doorslaer rimligare att säga att de har uppnått blandade resultat.

### Delgruppsanalyser

Studien av Kennedy m.fl. hittar en effekt av inkomstjämlighet på den delstatliga nivån med avseende på individuell hälsa. Men i delgruppsanalyser finner de att effekten av inkomstjämlighet påverkas av individernas inkomstsnivå. I den rikaste delgruppen finns ingen signifikant hälsoeffekt, i medelinkomstgruppen är det bara när Ginikoefficienten överstiger 0,332 som en signifikant effekt visar sig och i den lägsta inkomstgruppen finns stora och signifikanta effekter av inkomstjämlighet på hälsan. Effekten är större ju högre nivå som inkomstjämligheten har.

En inte helt annorlunda bild visar sig i studien av Mellor och Milyo. I kontrast till Kennedy m.fl. finner de inte något stöd för IOH för befolkningen i sin helhet. De finner dock ett visst stöd för att inkomstjämlighet på den delstatliga nivån har en hälsoeffekt på dem som lever under det federala fattigdomsstrecket. I detta avseende finns en likhet mellan dessa två studier.

Därtill är resultaten hos Mellor och Milyo inte helt oförenliga med dem som redovisas av Soobader och LeClere. De finner att inkomstjämlighet har större inverkan på individuell hälsa när inkomstjämligheten mäts på nivån county (county level) än när den mäts på en lägre folkräkningsnivå (census tract level).

### Tre resultat vid studier av hypotesen om inkomstjämlighet

När det gäller studier av IOH på självskattad hälsa finns alltså tre resultat. För det första är de skattade effekterna av inkomstjämlighet på individuell hälsa känsliga för inklusion i regressionsmodellen av förhållanden som varierar mellan stater och över tid. För det andra finns en del stöd för att

inkomstjämlighet har en ogynnsam inverkan på fattiga personers hälsa. För det tredje verkar det vara inkomstjämlighet på den statliga nivån som har effekt på hälsan mer än inkomstjämlighet på någon annan nivå.

Den starkare effekten av inkomstjämlighet på delstatlig nivå tillsammans med den starkare effekten på fattiga personers hälsa reser frågan, som Mellor och Milyo noterar, om inkomstjämlighet eventuellt inte alls fångar upp socialt kapital eller psykosociala faktorer utan effekter av offentlig politik riktad till de fattiga, t.ex. i form av välfärdsprogram och sjukvård för fattiga. Välfärdspolitiska beslut fattas i USA på delstatsnivå och inte i folkräkningsregionen (census region), storstadsområdes- (metropolitan area) eller county-nivån. Därtill kan mycket väl den välfärdspolitik som tillämpas i delstater vara korrelerad med deras inkomstjämlighet. I så fall kan resultaten i studien av Mellor och Milyo för ett av deras inkomstjämlighetsmått, liksom resultaten i studierna av Kennedy m.fl. och Soobader och LeClere, helt enkelt vara effekter av statlig offentlig politik riktad till fattiga människor, snarare än en effekt av inkomstjämlighet.

*Sammanfattning av internationella studier som kontrollerar för individrelaterade förhållanden*

Sammanfattningsvis finns det ett starkt stöd för den absoluta inkomsthypotesen (AIH) som säger att individuell hälsa är en icke linjär konkav funktion av inkomsten på individnivån. Däremot finns det inget stöd för den relativa inkomsthypotesen (RIA), dvs. att en persons hälsa är en funktion av personens inkomst i förhållande till medelinkomsten i en referensgrupp. Ett visst stöd finns för inkomstjämlighetshypotesen (IOH) som säger att en individs hälsa är en avtagande funktion av inkomstjämligheten i persons område. Den uppmätta effekten av ojämlikheten beror i hög grad på hur bra man kontrollerar för andra influenser på hälsan, särskilt individens inkomst och sådana faktorer som är svåra att mäta och som varierar systematiskt från område till område och från år till år. När sådan påverkan kontrolleras genom användning av fixa metoder, verkar stödet för en effekt på befolkningsnivån försvinna. Ett svagt stöd kvarstår emellertid för de fattigaste i populationen, men bara för inkomstjämlighet mätt på den delstatliga nivån. Effekter på lägre och högre geografiska nivåer är mycket mindre och ej signifikanta. Det innebär att inkomstjämlighet eventuellt inte fångar de antagna effekterna av socialt kapital eller psykosociala fak-

torer utan effekterna av policyer på den statliga nivån med avseende på fattiga personer där dessa policyer är korrelerade med inkomstjämlighet.

### *Svenska studier som kontrollerar för individbaserade förhållanden*

Gerdtham och Johannesson testar i en studie den absoluta inkomsthypotesen (AIH), den relativa inkomsthypotesen (RIH) och inkomstjämlighetshypotesen (IOH) genom att skatta mortalitetsrisken som en funktion av individuell inkomst och områdesbaserad medelinkomst respektive inkomstjämlighet (57). I studien kontrolleras för individuell hälsa och ett stort antal personliga förhållanden som kan antas ha betydelse för mortalitetsrisken. Relativ inkomst definieras i studien primärt som individens inkomst relativt medelinkomsten hos en referensgrupp som utgörs av invånarna i den kommun där individen bor. Sekundärt används befolkningen i det län där individen bor som referensgrupp. Studien baseras på ett slumpvist urval av den vuxna svenska befolkningen på över 40 000 individer i åldern 20–84 år som följdes upp med avseende på överlevnad under 10–17 år inom ramen för SCB:s ULF-undersökningar. Intervjuerna genomfördes 1980–1986. Intervjudata länkades till registerdata för mortalitet och inkomster.

Resultaten av studien var enligt författarna att mortalitetsrisken minskar signifikant med individuell inkomst när kontroll sker av medelinkomst och inkomstjämlighet i definierade områden. Relationen mellan inkomst och mortalitet var också som förväntat icke linjär med en minskande inkomsteffekt på mortalitet vid ökande inkomstnivåer. De skyddande effekterna av inkomst på mortalitet var därtill stabila vid ett stort antal känslighetsanalyser.

I studien hittades inga signifikanta effekter på mortalitetsrisken av inkomstjämlighet på kommunnivån. För denna geografiska nivå hittades inte heller några signifikanta effekter av medelinkomsten på mortalitetsrisken. Däremot uppstod effekter när kommunnivån ändrades till länsnivån. Medelinkomsten för länsnivån hade en signifikant negativ effekt på mortalitetsrisken. Det innebär att ju högre medelinkomsten är på denna nivå, desto mindre är mortalitetsrisken efter kontroll för individuell inkomst. Detta resultat är omvänt mot vad man kan förvänta sig enligt RIH. En förklaring till detta resultat kan vara att medelinkomster på denna nivå kan associeras med faktorer som påverkar hälsan såsom offentlig



infrastruktur och välfärdstjänster, tillgång till hälso- och sjukvård samt kvalitativa aspekter på den fysiska miljön. Högre medelinkomster kan då innebära bättre infrastruktur, tjänster och miljö.

Inkomstjämlighetens effekt på mortalitetsrisken var inte signifikant i studien. Detta gällde även då individuell inkomst inte beaktades i regressionsanalysen. Resultatet är enligt Gerdtham och Magnusson motsatt de flesta individbaserade studier av förhållanden i USA. Resultatet indikerar att ojämlikheten när det gäller konsumtion är mycket lägre och mindre variabel i Sverige än i USA.

Sammanfattningsvis framhåller Gerdtham och Magnusson att deras resultat är konsistenta med den absoluta inkomsthypotesen, men inte ger stöd för den relativa inkomsthypotesen eller inkomstjämlighetshypotesen.

#### *Mekanismer som antas mediera mellan inkomstjämlighet och hälsa*

Wagstaffs och van Doorslaers analys ovan av studier som kontrollerar för individbaserade förhållanden visar att inkomstjämlighetshypotesen (IOH) har lite eller inget stöd. Hur mekanismerna mellan inkomstjämlighet och hälsan på individnivå ser ut, där stöd finns för IOH, är oklart. Socialt kapital som medierande faktor ifrågasätts av författarna samtidigt som en ny hypotes framförs: inkomstjämlighet är korrelerad med policyer på statlig nivå som är inriktade på fattiga personer.

Debatten om mekanismer som antas mediera mellan inkomstjämlighet och hälsa har också varit omfattande inom den socialepidemiologiska forskningen. En mekanism kan vara att inkomstjämlighet leder till underinvesteringar i *humankapital* (43). En annan betonar att inkomstjämlighet försämrar det sociala kittet i samhället och leder till underinvesteringar i *socialt kapital* (58, 59). En tredje redovisar en *psykologisk mekanism* i form av frustration till följd av sociala skillnader mellan människor (60, 12).

En förklaring till att inkomstskillnader leder till underinvesteringar i humankapital och en ökad mortalitet är att stater med höga inkomstskillnader använder mindre budgetmedel till utbildning och andra offentliga investeringar eftersom befolkningssegment med de högsta inkomsterna uppfattar sig ha andra intressen än de intressen som hushåll med mer ordinära inkomster har. Ju större inkomstgapet blir, desto större blir därför

skillnaderna mellan välmående respektive ordinära hushålls intressen. Minskade offentliga satsningar innebär i sin tur sämre livsmöjligheter för vissa grupper och därmed sämre hälsa i befolkningen. Hypotesen om underinvestering i humankapital benämns i senare socialepidemiologisk litteratur för en *neo-materiell tolkning* av inkomstskillnadernas betydelse för hälsa (61). I denna tolkning betonas att effekten på hälsan av inkomstskillnader är en kombination av negativa exponeringar för hälsorisker och avsaknad av adekvata välfärdsresurser på individnivån tillsammans med systematiska samhälleliga underinvesteringar inom många fält, både sådana som rör utbildning, ekonomi, hälsa, social och fysisk infrastruktur. Bedömningen liknar ekonomerna Wagstaffs och van Doorslaers slutsats att välfärdspolicyer påverkas av nivån på inkomstjämligheten.

Den andra mekanismen – försämring av det sociala kittet i samhället – hämtar underlag från bl.a. studier av samhällen som vid olika tidpunkter genomgått en snabb minskning respektive ökning av inkomstskillnaderna (12). När t.ex. inkomstskillnaderna minskade i Storbritannien under mellankrigstiden ökade såväl solidariteten och den sociala sammanhållningen i samhället som medellivslängden. När på motsvarande sätt inkomstskillnaderna ökade i Roseto i Pennsylvania i USA under 1960-talet blev resultatet en kraftig försämring av solidariteten i samhället och en kraftig ökning av dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar. Andra studier av ekologisk art har visat att medborgare som bor i stater med höga inkomstskillnader har sämre tillit till varandra och är i mindre utsträckning med i olika frivilliga sammanslutningar. Sämre tillit och mindre medlemskap i sådana sammanslutningar är i sin tur korrelerat med en högre åldersjusterad mortalitet (58).

Den tredje – psykologiska – mekanismen bygger på en hypotes om relativ deprivation som i stora drag motsvarar den s.k. relativa inkomsthypotesen (RIH) som har redovisats i tidigare avsnitt. Människor som inte får sina materiella villkor förbättrade i samma utsträckning som andra när en förbättring sker av de allmänna villkoren i samhället känner, enligt denna hypotes, en frustration som påverkar hälsan negativt. Socialepidemiologiska studier som underbygger sambandet mellan social frustration och hälsa är än så länge relativt sällsynta (62). Inom socialantropologin finns t.ex. forskning som visar att olika sociala grupper har kulturella normer för vad som skall anses som en acceptabel levnadsstandard. En följd av detta är

att hälsokonsekvenserna blir negativa i den utsträckning som människor inte klarar av att nå upp till denna standard (63). Som har framgått av de individrelaterade studierna har RIH inte kunnat bekräftas.

På motsvarande sätt som humankapitalförklaringen i senare litteratur har kommit att benämnas en (neo-)materiell förklaring, har förklaringarna med inriktning på socialt kapital och psykologiska mekanismer kommit att slås samman och benämnas psykosociala mekanismer (61, 64, 65). Med tanke på att begreppet socialt kapital är ett ekologiskt begrepp medan psykologiska mekanismer är individrelaterade (se kapitel 5 om socialt kapital m.m.) bör de båda begreppen inte slås samman.

### *Aggregeringsproblemet*

Ett allmänt problem när det gäller inkomstjämlighet och ohälsa är enligt socialepidemiologisk litteratur på vilken aggregeringsnivå som inkomstjämligheten kan tänkas påverka hälsan (62). Med material från USA kan visas att stora inkomstskillnader samexisterar med underinvesteringar i offentlig infrastruktur såsom utbildning, höga arbetslöshetsnivåer, beroende av välfärdsinsatser och våldsbrott. Många av dessa villkor uttrycks i lokala samhällen och visar på en möjlig länk mellan deprivations-effekter i lokala områden och inkomstskillnader på nationell eller delstatlig nivå. När t.ex. investeringar i humankapital och människors materiella villkor fokuseras bör därför sannolikt aggregeringsnivån vara relativt hög, dvs. omfatta en nation eller en annan geografiskt avgränsad nivå som har beskattningsmakt. I ett svenskt sammanhang handlar det främst om nationell nivå, men även om de regionala och kommunala nivåerna.

När det gäller socialt kapital kan å andra sidan den geografiska nivån vara ett lokalsamhälle, en kommun eller motsvarande. Socialt kapital kan också ses som en dimension av samhället som helhet i form av det sociala kitt som är institutionaliserat i bl.a. olika välfärdsanordningar. Därmed är begreppet användbart även på en nationell nivå.

Debatten om inkomstskillnaders eventuella kontextuella effekter på hälsa kan antas fortsätta ännu en tid mot bakgrund av att senare tids analyser konsekvent använder både områdes- och individdata och tillämpar statistisk flernivåteknik för att kontrollera vad som återstår av kontextuella effekter efter att hänsyn har tagits till socioekonomiska variabler på individnivån (65).

## Lokala socioekonomiska faktorer och hälsa

I föregående avsnitt har inkomsteffekter på hälsa diskuterats. Som komplement till detta redovisas i detta avsnitt studier som försöker att mäta hur mycket området som individen bor i betyder för individens hälsa. Intresset för områdeseffekter på hälsa med fokus på lokalsamhällets socioekonomiska kontext har ökat under senare år. Detta har bl.a. samband med förbättrade statistiska metoder som har möjliggjort en samtidig analys av områdesrelaterade data och individbaserade data, s.k. flernivåanalys (66).

Som indikatorer för social position på individnivån används ofta utbildning, inkomst och yrke (se kapitel 2). Begreppet socioekonomisk kontext på lokalsamhällesnivån använder ofta aggregat av olika individrelaterade data och skapar kategorier som i bred mening representerar lokalsamhällets ekonomiska status (t.ex. inkomstnivå, inkomstskillnader, fattigdomsnivå), materiella standard (t.ex. andel hushåll med tillgång till bil, genomsnittligt bostadsvärde), utbildningsnivå (t.ex. andel i lokalsamhället med en given utbildningsnivå), yrkesstatus (t.ex. andel arbetslösa, andel personer i olika yrkesklasser) eller någon kombination av dessa faktorer.

Förutom aggregat av individrelaterade data kan också i begreppet socioekonomisk kontext ingå variabler som härleds direkt från lokalsamhället, t.ex. fysiska förhållanden i miljön som delas av alla (t.ex. anordningar eller grönytor för rekreation), offentlig och privat service, normer, värden och andra sociokulturella förhållanden. ”Områdesdeprivation” är ett begrepp som ibland används. Detta begrepp ”summerar ett områdes potential för hälsorisk från ekologisk exponering genom t.ex. koncentration av fattigdom, arbetslöshet, avsaknad av ekonomiska investeringar och social desorganisation” (67).

### *Studier med fokus på hälsoeffekter av lokalsamhällets socioekonomiska nivå*

Med få undantag har studier som fokuserar på lokalsamhällets socioekonomiska nivå funnit att denna är associerad med individuell hälsa och mortalitet efter kontroll för individuell socioekonomisk position.

### *Mortalitetsbaserade studier*

Haan m.fl. var bland de första att genomföra en studie om kontextuella

effekter av lokalsamhällen på mortalitet med kontroll av individuella karaktäristika. De visade att invånare 35 år och äldre i ett fattigt lokalsamhälle i USA hade en relativ risk på 1,5 för mortalitet över en nioårsperiod efter kontroll för ålder, ras, kön, socioekonomisk position och andra hälsorisker (68). Waitzman och Smith konfirmerade dessa effekter i en studie av vuxna i USA.

I andra studier har andra mått än boende i ett fattigt lokalsamhälle använts som mått på socioekonomisk kontext. Anderson m.fl. länkade mortalitetsdata till data för röstningsdistrikt i USA och skattade flernivåeffekterna av inkomst bland vita och svarta vuxna. Deras resultat visade att medianinkomsten i röstdistrikten hade statistiskt oberoende effekter på mortalitet i åldrarna 25–64 år för både män, kvinnor, vita och svarta efter kontroll av familjeinkomst (67).

#### *Studier av andra hälsoutfall än mortalitet*

Vissa studier har fokuserat på andra utfallsmått än mortalitet. Robert fann ett oberoende samband mellan kronisk sjuklighet och andel hushåll med inkomster över 30 000 dollar respektive andel vuxna arbetslösa i röstningsdistrikt efter kontroll för individkaraktäristika (69). På motsvarande sätt visade mått på andelen hushåll med socialbidrag en oberoende relation till självskattad hälsa. Ett ekonomiskt deprivationsindex som omfattade tre socioekonomiska faktorer på lokalsamhällesnivå hade oberoende samband med både självskattad hälsa och ett antal kroniska sjukdomar. Indexet hade dock inte väsentligt bättre prediktionsförmåga än den bästa enskilda socioekonomiska variabeln på lokalsamhällesnivå. Sloggett och Joshi fann att boende i socioekonomiskt depriverade stadsdelar i England var associerat med dålig hälsa, efter kontroll för individfaktorer, och att mått på sådan deprivation i lokalsamhället hade en bättre prediktionsförmåga med avseende på dålig hälsa, än på mortalitet (70).

Vissa forskare har funnit att effekten av lokalsamhällets socioekonomiska kontext på hälsa och mortalitet inte enbart finns i socialt depriverade områden utan också i mer välmående områden. LeClere m.fl. fann t.ex. att associationen mellan medianinkomst och mortalitet hos män visade sig mer som en gradvis relation än som en deprivationsrelation. Personer som bodde i lokalsamhällen med höga medianinkomster påverkades mindre än dem som bodde i områden med lägre medianinkomster (71).

### *Metaanalys av 25 internationella studier*

Picket och Pearl har genomfört en metaanalys av 25 internationella studier av lokalsamhällets hälsoeffekter på individnivån med kontroll av faktorer som gäller enskilda individers socioekonomiska position (66). Analysen gäller studier av utvecklade länder som publicerats före den 1 juli 1998. Alla utom två av de 25 studierna rapporterade statistiskt signifikanta associationer mellan åtminstone ett mått för socioekonomisk kontext och hälsoutfall, efter kontroll för individuell socioekonomisk position. De kontextuella effekterna var i allmänhet modesta och väsentligt mindre än de individrelaterade kompositionella effekterna. Picket och Pearl noterade vidare att de kontextuella effekterna var ganska konsistenta trots varierande studiedesign, substitution av områdesmått för lokalsamhålesmått samt vissa mätproblem.

### *Svenska studier*

Malmström m.fl. redovisar en flernivåanalys av effekterna av socioekonomisk position i lokalsamhället på självskattad kronisk sjuklighet och mortalitet (72). Med användning av data från ULF-undersökningarna mättes social position genom ett sammanfattande Vårdbehovsindex (CNI) tillsammans med sådana indikatorer för individuell socioekonomisk position som yrke och upplåtelseform för boende samt med kontroll för ålder, kön, civilstånd och sociala nätverk. Data kom från 22 236 personer i åldern 25–74 år, vilka insamlades under åren 1988 till 1992 och analyserades med användning av en hierarkisk logistisk regressionsmodell. I en andra analys följdes varje deltagare från den initiala intervjun till respektive persons dödsfall, eller till avslutningen av datainsamlingen (31 december 1996). En låg socioekonomisk position för lokalsamhället och en låg socioekonomisk position på individnivån (t.ex. att vara arbetare eller att hyra sin lägenhet) visade sig vara associerad med ökad risk för kronisk sjuklighet. Malmström m.fl. sammanfattar att ett grannskaps låga socioekonomiska position, dvs. höga värden på CNI, är en riskfaktor för kronisk sjuklighet utöver effekterna av individernas socioekonomiska position. Skillnaderna i mortalitet kunde förklaras av de inkluderade oberoende individuella variablerna.

Merlo m.fl. har studerat geografiska skillnader i diastoliskt blodtryck och inverkan av den sociala miljön (mätt som andel personer med låg

utbildningsbakgrund) på individuella diastoliska blodtrycksnivåer, efter kontroll av ålder och utbildningsnivå hos individerna (73). Deltagare i studien var 15 569 kvinnor i åldern 45–73 år som bodde i 17 delområden i Malmö och deltog i Malmös diet- och cancerstudie 1991–1996. Data analyserades med användning av en flernivåbaserad linjär regressionsmodell. Merlo m.fl. sammanfattar att resultaten visar en klar association mellan social miljö och individuellt diastoliskt blodtryck, men att de olika geografiska delområdena i Malmö inte påverkar resultatet. Författarna framhåller att resursallokering inom folkhälsoområdet inte bör ha stora administrativa enheter som t.ex. Malmös delområden som utgångspunkt för åtgärder. Att allokera resurser för kontroll av blodtryck exklusivt till mer ”ohälsosamma områden”, dvs. sådana där blodtrycket är högre, innebär enligt författarna att många människor som bor i mer ”hälsosamma områden” lämnas utan hjälp.

Kölegård Stjärne m.fl. studerade i vilken mån den socioekonomiska karaktäristiken i boendeområden påverkade risken för hjärtinfarkt (74). De personer som studerades var svenska medborgare i åldern 45–70 år som bodde i Stockholms län under åren 1992–1994 och som var förstagångsinsjuknade i hjärtinfarkt ( $n = 1\ 631$ ) under dessa år. Den sociala kontexten för alla församlingar ( $n = 89$ ) bestämdes med användning av statistik för 21 socioekonomiska indikatorer. En faktoranalys av dessa indikatorer gjordes och resulterade i tre dimensioner av socioekonomisk deprivation som analyserades separat som tre olika kontextuella exponeringar. Den huvudsakliga karaktäristiken hos dessa faktorer var klasstruktur, social exkludering och fattigdom. Hos män fanns ökade relativa risker av samma storlek (1,28 till 1,33) i de mer depriverade områdena med avseende på samtliga tre dimensioner av den socioekonomiska kontexten. Den kontextuella effekten bland kvinnor visade ett annat mönster. I jämförelse med kvinnor som bodde i de rikaste områdena med avseende på indexet för klasstruktur, hade kvinnor i resterande del av Stockholms län nästan 70 procent högre risk för hjärtinfarkt efter kontroll av individuell socioekonomisk status. Resultaten innebär att den socioekonomiska kontexten i boendeområden ökar risken för hjärtinfarkt. Den ökade risken är enbart delvis förklarad av individuella sociala faktorer.

*Mekanismer som antas mediera mellan lokalsamhällets socioekonomiska kontext och hälsa*

Lokalsamhällets socioekonomiska kontext kan påverka hälsan via skadliga förhållanden i depriverade områden (75), eller genom mekanismer såsom tillgång till hälso- och sjukvård, hälsosam föda och anordningar för rekreation, god fysisk miljö, socialt stöd och normer som stödjer hälsosamma beteenden (76, 77, 78). Macintyre och Ellaway nämner specifikt fem typer av socioekonomiska förhållanden i lokalsamhället som kan påverka hälsan (79).

- Fysiska förhållanden i miljön som delas av alla invånare i grannskapet. Dessa inkluderar luftens, vattnets, traktens och klimatets kvalitet etc.
- Tillgång till en hälsosam miljö hemma, på arbetet och vid lek. Områden varierar när det gäller kvaliteter i boendet, arten och graden av hälsorisker i arbetet och tryggheten i sysselsättningen, lekområdets utformning från säkerhetssynpunkt, m.m. Dessa miljöer påverkar sannolikt inte alla i ett område på samma sätt som kvalitet på luft och vatten gör. De påverkar i stället personer som arbetar mer än de som är arbetslösa, familjer med barn mer än äldre etc.
- Service som tillhandahålls offentligt eller privat för att stödja människor i deras dagliga liv. Sådan service inkluderar utbildning, transporter, renhållning, polisverksamhet, hälso- och välfärdstjänster. Hur dessa påverkar människor beror på personliga omständigheter.
- Sociokulturella drag hos grannskapet. Dessa inkluderar ett områdes politiska, ekonomiska, etniska och religiösa historia: normer och värden, graden av social integration, omfattning av brottslighet, hot mot personlig säkerhet, engagemang i föreningar och nätverk för socialt stöd.
- Ett områdes rykte. Hur områden uppfattas – av sina invånare, av personer som planerar eller tillhandahåller tjänster, av banker och investerare – kan påverka infrastrukturen i ett område, självkänsla och moral hos innevanarna samt vilka som flyttar in och ut i området.

De fem kategorierna av socioekonomiska förhållanden är enligt Macintyre och Ellaway inte ömsesidigt uteslutande utan kan interagera med varandra. Deras hälsoeffekter kan också variera med olika personers personliga resurser. Sammantaget utgör de fem kategorierna ”möjlighetsstrukturer”, dvs. socialt konstruerade och socialt strukturerade mönster i den fysiska



och sociala miljön som kan främja eller skada hälsan genom de möjligheter de tillhandahåller människor för att kunna leva hälsosamma liv.

Macintyre och Ellaway förordar att förhållanden i lokalsamhället, så som de nämnda fem kategorierna av faktorer, studeras direkt så att områdesdata inte enbart bygger på aggregat av individers socioekonomiska status.

## Sammanfattning, förslag till indikatorer och forskningsbehov

Mot bakgrund av redovisningen i kapitlet diskuteras i det här avsnittet sammanfattningsvis vad som är angeläget att mäta beträffande ekonomiska resurser på individ- respektive områdesnivån. Vidare redovisas förslag till indikatorer inklusive dataunderlag. Slutligen diskuteras användning av individ- respektive områdesrelaterade indikatorer i ett praktiskt politiskt sammanhang jämfört med användning av individ- och områdesrelaterade variabler i ett forskningssammanhang. I anslutning till detta redovisas också forskningsbehov.

### *Vad är angeläget att mäta?*

#### *Individnivån*

I kapitlet redovisas att hälsa enligt den s.k. Grossmanmodellen kan betraktas som ett kapital som är bundet till individen och som påverkas av individens egna handlingar och av de resurser och exponeringar som finns i livsmiljön. Individen förutsätts ha intresse av att investera i det egna hälsokapitalet av två skäl: dels för att hälsa är något gott för dess egen skull, dels för att den är ett medel för individen att delta i aktiviteter som värderas högt, t.ex. att arbeta och få en god inkomst.

Empiriska skattningar av Grossmanmodellen visar att hälsan förbättras med ökande inkomst men i avtagande grad ju högre inkomsten blir.<sup>7</sup> En

---

<sup>7</sup> I Grossmanmodellen användes egentligen inte inkomst utan lön per tidsenhet. Teoretiskt kan det vara viktigt att skilja på inkomst (lön x arbetstimmar) och lön, se Grossman 1972.

inkomsteffekt finns på såväl fysisk som psykisk hälsa.<sup>8</sup> Forskningsresultat visar också att tillgångar, både fasta och likvida tillgångar men särskilt likvida tillgångar, bör ha positiva effekter på hälsan. Den bufferteffekt som en god löpande inkomst har på stress, antas öka ytterligare genom ackumulerade ekonomiska tillgångar. Omvänt kan skuldsättning antas vara negativ från hälsosynpunkt om det finns svårigheter att betala skulden.

En ekonomiskt utsatt situation, som inte bara är tillfällig, är negativ för hälsan. Det framgår av Grossmanmodellen men visas också i många studier. Vid mätningar av ekonomisk utsatthet har särskilt ”ekonomisk kris” i form av upplevda svårigheter att få pengarna att räcka till mat och/eller hyra respektive avsaknad av kontantmarginal, dvs. svårigheter att vid behov kunna skaffa fram 14 000 kr på en vecka, visat sig påverka människors hälsa negativt. Ekonomisk utsatthet indikeras förutom av dessa mått vanligen genom inkomstnivåer som understiger socialbidragsnormen respektive 50 procent och 60 procent av medianinkomsten. Andra mått kan vara låga nivåer på materiella tillgångar.

Grossmanmodellen är konsistent med den s.k. absoluta inkomsthypotesen (AIH) som på individnivån är liktydig med att en persons hälsa är en funktion av personens inkomst. I kapitlet redovisas också en annan hypotes, den relativa inkomsthypotesen (RIH), som på individnivån innebär att en persons hälsa är en funktion av personens inkomst i förhållande till medelinkomsten i en referensgrupp. Referensgruppen kan bestå av personer som bor i exempelvis lokalsamhället eller i landet som helhet.

Den relativa inkomsthypotesen, så som den är formulerad, har inget stöd i de internationella studier som redovisas i kapitlet. I den svenska studie som redovisas hittades inte heller några signifikanta effekter på individuell mortalitetsrisk av medelinkomsten på kommunnivån efter kontroll för individuell inkomst. Däremot uppstod effekter när kommunnivån ändrades till länsnivån. Med ökad medelinkomst på denna nivå minskade mortalitetsrisken, vilket är omvänt mot vad man kunde förvänta sig enligt RIH. En förklaring till detta resultat kan vara att högre medelinkomster på denna nivå innebär mer hälsofrämjande infrastruktur, tjänster och miljö än vid låga medelinkomster, dvs. kontextuella effekter på individuell hälsa av samhälleliga investeringar.

<sup>8</sup> Ett omvänt kausalt samband mellan hälsa och inkomst finns också, se tidigare diskussion i kapitlet.

För den individuella nivån gäller sammanfattningsvis att det är viktigt att mäta inkomst, ekonomiska tillgångar och ekonomisk utsatthet inklusive betalningssvårigheter till följd av skuldsättning. Vid redovisning av inkomster och inkomstfördelning är det angeläget att ekvivalerade disponibla inkomster används så att hushåll med olika sammansättning och storlek kan jämföras.

#### *Områdesnivån*

Inkomstjämlikhetshypotesen (IOH) innebär på individnivån att individens hälsa påverkas både av den egna inkomsten och av inkomstjämlikheten på områdesnivån. I en svensk studie som testade IOH i relation till mortalitet hittades inget signifikant samband, vilket enligt författarna kan bero på att ojämlikheten när det gäller konsumtion är låg och mindre variabel i Sverige än i t.ex. USA. Vid studier av förhållanden i USA har man däremot funnit stöd för att inkomstjämlikhets på den delstatliga nivån har en ogynnsam inverkan på fattiga personers hälsa. För lägre geografiska nivåer som saknar beskattningsmakt och makt att utforma välfärdsprogram har man inte funnit någon signifikant effekt. Tolkningen av resultatet är att fattiga personer tilldelas mindre resurser vid högre än lägre inkomstjämlikhets på den delstatliga nivån, t.ex. i form av välfärdsprogram och sjukvård. Denna tolkning framställs som troligare än att resultatet förklaras av lägre socialt kapital eller psykosociala faktorer med koppling till inkomstjämlikhets.

I kapitlet framförs synpunkter på att underinvesteringar i offentliga tjänster och infrastruktur i USA kommer till uttryck i lokala samhällen och visar på en möjlig länk mellan deprivationseffekter i lokala områden och inkomstjämlikhets på nationell eller delstatlig nivå som har beskattningsmakt. I ett svenskt sammanhang finns beskattningsmakt och möjlighet respektive krav att utforma välfärdsprogram både på nationell, regional och lokal nivå genom stat, regioner/landsting och kommuner. När socioekonomiska förhållanden undersöks på lokalsamhällsnivån bör dessa också länkas till de övergripande nivåerna. Därutöver är det angeläget att följa utvecklingen av inkomstnivån (medianinkomst) på lokalsamhällsnivån. Skälet till detta är att inkomstnivån i lokalsamhället är en bra indikator på områdets socioekonomiska villkor.

I Sverige finns ett ekonomiskt utjämningsystem i fråga om inkomster och kostnader mellan regioner/landsting respektive kommuner. Detta sys-

tem kan antas ha effekt när det gäller de resurser som regioner/landsting och kommuner respektive lokalsamhällen får del av. Detta bör uppmärksammas vid redovisningar av förhållanden som avser områdesnivå.

Av materialet i kapitlet framgår vidare att områdesrelaterade faktorer i lokalsamhället inte bara bör anges som aggregat av individers socioekonomiska status, utan att dessa också bör omfatta faktorer som enbart kan mätas direkt på områdesnivå såsom fysisk miljö, service, sociala relationer och sociokulturella normer m.m., det vill säga de konkreta "möjlighetsstrukturer" för en god hälsa som finns i områdena. Detta är i nuläget primärt en forskningsfråga. När det gäller aggregat av individers socioekonomiska situation bör i första hand vissa av de indikatorer aggregeras som redovisas under individuell nivå. Det gäller andel som har inkomstnivåer som understiger socialbidragsnormen respektive 50 procent av medianinkomsten.

För områdesnivå gäller sammanfattningsvis att det är angeläget att mäta inkomstjämlighet på nivåer som har beskattningsmakt, dvs. nationell, regional och lokal nivå. På lokalsamhällesnivå bör inkomstnivå mätas. Det ekonomiska utjämningsystemet mellan regioner/landsting respektive kommuner bör följas. Därtill bör vissa individbaserade socioekonomiska indikatorer aggregeras.

### *Förslag till indikatorer*

Förslag till indikatorer redovisas fördelade på individ- respektive områdesnivå. Samtliga inkomstmått utgörs av disponibla inkomster per konsumtionsenhet (ekvivalerad disponibel inkomst) med följande ekvivalensskala: en vuxen person 1,0, övriga vuxna personer 0,55 och barn 0,47.

#### *Individnivå*

##### **Inkomst**

1. Ekvivalerad disponibel inkomst.

Källa: Inkomst- och förmögenhetsregistret, SCB/SCB.

##### **Förmögenhet/skuld**

2. Taxerbar nettoförmögenhet respektive nettoskuldsättning.

Källa: Inkomst- och förmögenhetsregistret, SCB/SCB.

### **Ekonomisk utsatthet**

3. Lägre inkomst än 50 procent av medianinkomst.  
Källa: Inkomst- och förmögenhetsregistret, SCB/SCB.  
Alternativa källor är Inkomstfördelningsundersökningen (HEK) respektive Undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Se nedan.
4. Lägre inkomst än socialbidragsnivån.  
Källa: Socialbidragsregistret, Socialstyrelsen/SCB.
5. Möjlighet att skaffa fram 14 000 SEK på en vecka.  
Källa: Undersökning av levnadsförhållanden (ULF), SCB/SCB.
6. Haft svarigheter att klara löpande utgifter för mat, hyra, räkningar m.m. under de senaste 12 månaderna.  
Källa: Undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Se ovan.

### *Områdesnivån*

### **Inkomstojämlikhet**

7. Ginikoefficient av ekvivalerad disponibel inkomst.  
Källa: Inkomst- och förmögenhetsregistret, SCB/SCB.  
Alternativ källa: Inkomstfördelningsundersökningen (HEK), SCB/SCB.
8. P90/P10 av ekvivalerad disponibel inkomst.  
Källa: Inkomst- och förmögenhetsregistret, SCB/SCB.  
Alternativ källa: Inkomstfördelningsundersökningen (HEK), SCB/SCB.

### **Medianinkomst**

9. Ekvivalerad disponibel medianinkomst (P50).  
Källa: Inkomst- och förmögenhetsregistret, SCB/SCB.

### **Ekonomiskt utjämningsystem mellan regioner/landsting respektive kommuner**

10. Utjämningsgraden hos det ekonomiska utjämningsystemet mellan regioner/landsting respektive kommuner.  
Källa: Kommunernas finanser, SCB.

## Andel ekonomiskt utsatta

11. Andel personer med inkomster mindre än 50 procent av medianinkomsten respektive socialbidragsnormen.

Källa: Inkomst- och förmögenhetsregistret, SCB/SCB respektive Socialbidragsregistret, Socialstyrelsen/SCB.

### *Indikatorer för praktisk politisk användning kontra variabler för forskning*

Ekonomiska resurser är en bland flera viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. De indikatorer som redovisas i föregående avsnitt har ”konstruerats” mot bakgrund av de forskningsresultat som anges i kapitlet. Indikatorerna är avsedda att användas i ett praktiskt politiskt sammanhang för indikation av de ekonomiska resurser som olika grupper har tillgång till. Grupperna är idealt sett indelade efter kön, ålder, familjetyp, familjecykel (generation), region (nation, region, kommun), socioekonomisk grupp (yrkes-, utbildnings- och inkomstgrupp) och medborgarskap. I praktiken är redovisningsgrupperna begränsade med avseende på vissa indikatorer beroende på datamaterialets räckvidd.

Som framgår av redovisningen av Grossmanmodellen och ett stort antal studier är de ovan redovisade indikatorerna otillräckliga i ett forsknings-sammanhang. För detta behövs ytterligare variabler på såväl individnivån som områdesnivån för att det skall gå att klargöra vilka kausala effekter på hälsa (mortalitet, morbiditet, funktionsnedsättningar och självskattad hälsa) som inkomster och potentiella confounders har. Här redovisas en uppsättning sådana variabler som senare avses bilda grund för ett deprivationsindex för forskningsändamål.

Följande indikatorer på individ- respektive för områdesnivå föreslås ingå:

#### Ekonomiska variabler

##### **Individnivå**

- \* Inkomst < 50 procent av P50
- \* Inkomst < Socialbidragsnormen
- \* Saknar kontantmarginal
- \* Är skuldsatt
- \* Äger inte lägenhet eller hus
- \* Är ensamförsörjare med barn < 18 år

##### **Områdesnivå**

- \* Andel < 50 procent av P50
- \* Andel < Socialbidragsnormen
- \* Andel män 20–64 år som tillhör den lägsta regionala inkomstkvintilen
- \* Andel som inte äger lägenhet el. hus
- \* Andel ensamförsörjarkhushåll med barn <18 år

## Sociala variabler

- |                              |                                       |
|------------------------------|---------------------------------------|
| * Låg utbildning             | * Andel med låg utbildning            |
| < grundskola och gymnasium   | < grundskola och gymnasium            |
| 25–44 år                     | 25–44 år                              |
| < grundskola och yrkesskola  | < grundskola och yrkesskola           |
| 45–64 år                     | 45–64 år                              |
| * Ej facklärd arbetare       | * Andel ej facklärd arbetare          |
| * Arbetslös                  | * Andel arbetslösa 18–24 år, 25–64 år |
| * Ej förvärvsarbetande       | * Andel ej förvärvsarbetande 45–64 år |
| * Är ensam vuxen i hushållet | * Andel hushåll med ensam vuxen 65+   |
|                              | * Andel utrikes födda utanför Europa  |

*Forskningsbehov*

Genomgången i kapitlet visar att forskningsresultaten när det gäller den kausala effekten av inkomst på hälsan inte är helt entydig. I internationell forskning finns klara belägg för den absoluta inkomsthypotesen, men resultaten när det gäller denna hypotes är inte lika klara beträffande svenska förhållanden. Samtidigt får den relativa inkomsthypotesen, så som den har undersökts med referens till medelinkomsten för befolkningsgrupper med avseende på olika geografiska områden, varken stöd internationellt eller i svenska studier. Inkomstjämlighetshypotesen har å andra sidan stöd i vissa studier från USA men inte i studier utanför USA. Mot bakgrund av dessa resultat och att de svenska studierna på området är fåtaliga är det angeläget att de skilda inkomsthypoteserna blir föremål för ytterligare studier. Dessa bör vara longitudinella och baserade på individmaterial. Vidare bör flera olika typer av hälsoutfall ingå, exempelvis mortalitet, morbiditet och självsattad hälsa.

## Medverkande

Jag vill särskilt tacka professor Ulf Gerdtham och docent Sven Bremberg för konstruktiva synpunkter under utarbetandet av kapitlet. Jag vill också tacka samtliga i den interna arbetsgruppen för stimulerande diskussioner.

## Bilaga

### *Begrepp och definitioner med avseende på inkomstskillnader och relativ fattigdom*

I denna bilaga redovisas begrepp och definitioner med avseende på inkomstskillnader och relativ fattigdom. Redovisningen bygger huvudsakligen på uppgifter som redovisas i kapitlet ”Inkomstfördelningens trender under 1990-talet” i ett av Kommittén Valfärdsboksluts delbetänkanden (SOU 2001:57) (14). Begreppen och definitionerna är i sin tur utgångspunkt för redovisningen av mått och indikatorer i avsnitt 2.

### *Begrepp och definitioner*

Mätningar av relativ fattigdom respektive inkomstskillnader förutsätter att inkomstbegreppet definieras och att det klargörs vad som analyseras, om det är hushållets inkomstsituation eller inkomsten på individnivå. Ett klargörande i dessa frågor är särskilt viktigt med tanke på internationella jämförelser.

### *Inkomstbegreppet*

Ett vanligt språkbruk är att tala om faktorinkomster, disponibla inkomster och ekvivalerade disponibla inkomster.

Faktorinkomster är lön och företagariinkomst samt kapital i form av ränta, utdelningar, reavinster och inkomst av eget hem.

Disponibla inkomster är faktorinkomster med tillägg för transfereringar – dvs. olika typer av socialförsäkringar inklusive erhållet underhållsbidrag och skattefria transfereringar inklusive studielån från CSN – och avdrag för skatt, allmänna egenavgifter och betalt underhållsbidrag, återbetalt studielån, pensionspremier och periodiskt understöd.

Ekvivalerad disponibel inkomst är disponibla inkomster justerade för försörjningsbörd. Hur denna justering görs redovisas nedan.

### *Inkomst- respektive analysenhet*

Inkomstfördelningsanalyser brukar nästan uteslutande utgå från hushållet eller någon form av familjebegrepp när inkomster beräknas. Detta bygger på ett grundantagande att inkomsterna fördelas lika inom hushållet. Detta antagande har kritiserats i ett genusperspektiv (14). Det är emellertid svårt



att frågå detta antagande så länge som det saknas kunskap om inkomster-  
nas fördelning inom hushållen.

Om hushållet utgör grunden för mätning av inkomsterna är det angeläget att individen är analysenhet. Välfärd beskrivs i ett svenskt sammanhang som individens förfogande över resurser för att medvetet kontrollera och styra sina livsvillkor. Förfogandet över resurser mäts med avseende på elva levnadsnivåkomponenter, varav ekonomiska resurser är en. Denna individinriktning svarar väl mot den grundläggande demokratiska principen om alla människors lika värde.

#### *Ekvivalensskala för försörjningsbörd*

För studier av en individs disponibla inkomster mätta på hushållsnivån (disponibel inkomst per konsumtionsenhet) måste en ekvivalensskala användas för att kunna göra inkomsterna jämförbara mellan olika hushåll.

En vanligt använd ekvivalensskala i svenska studier har varit den av Socialstyrelsen år 1985 rekommenderade socialbidragsnormen. Med användning av denna norm dividerades den disponibla inkomsten med hushållets sammanlagda konsumtionsvikt. Normen reviderades år 1991 (och gällde t.o.m. år 1997) varvid en ensamstående fick vikten 1,16, sammanboende vuxna 1,92, barn i åldern 0–3 år 0,56, 4–10 år 0,66 och 11–17 år 0,76. Övriga personer 18 år och äldre fick vikten 0,96. SCB använder denna ekvivalensskala i "Inkomstfördelningsundersökningen 1999", vilken publicerades under år 2001 (80).

På uppdrag av Socialstyrelsen har SCB arbetat fram en ny ekvivalensskala som – till skillnad från den gamla – även tar hänsyn till stordriftsfördelar när det gäller boendekostnader. Vikterna enligt denna är för den första vuxna personen 1,0, övriga vuxna personer 0,55 och barn 0,47 (81). Denna skala tillämpas av Kommittén Välfärdsbokslut i studier av inkomstfördelningens trender (SOU 2001:57).<sup>9</sup>

Det kan påpekas att det inte råder någon internationell konsensus om vilken ekvivalensskala som är den "mest korrekta". I exempelvis "Luxemburg Income Study" (LIS) används kvadratroten av antalet personer i

<sup>9</sup> Ett utredningsarbete mellan SCB, Socialstyrelsen m.fl. har pågått för att vidareutveckla den senare skalan. Ett resultat som ligger nära den av Kommittén Välfärdsbokslut använda skalan har redovisats under 2002 i SOU 2002:118.

hushållet, inklusive barn, som ekvivalensskala. Inga åldersrestriktioner tillämpas. Definitionen av disponibel inkomst i denna studie skiljer sig från svenska förhållanden genom att kapitalinkomster och studielån inte ingår. En annan skillnad är att personer som är över 18 år och bor kvar i föräldrahemmet räknas in i hushållet medan de – fram till helt nyligen då kompletteringar i redovisningen har gjorts – har räknats som ensamstående hushåll i svensk statistik (82). Detta förhållande redovisas utförligare under nästa rubrik.

#### *Kosthushåll*

I SCB:s officiella statistik har hemmaboende ungdomar 18 år och äldre räknats som egna hushåll. Detta har medfört att inkomstsituationen för hemmaboende unga personer har underskattats liksom att inkomstsituationen för barnfamiljer med hemmaboende ungdomar har överskattats. Vid internationella jämförelser har detta skapat problem genom att Sverige ensamt har använt denna hushållsdefinition.

Under 1990-talet har ett utvecklingsarbete genomförts av SCB som gör det möjligt att inkludera hemmaboende ungdomar i ett s.k. kosthushåll. Med kosthushåll menas det hushåll som utgörs av personer som bor i samma bostad och har gemensam ekonomi och kosthållning (80). I "Inkomstfördelningsundersökningen 1999" av SCB redovisas disponibla inkomster och inkomststruktur för åren 1996–1999 baserade på statistik för kosthushåll. Statistiken för kosthushåll hämtas från den urvalsbaserade undersökningen Hushållens ekonomi (HEK). För att skapa hushåll dras ett urval av individer. Med hjälp av registerinformation bildas ett hushåll kring urvalspersonen. I urvalet ingår individer som är 18 år eller äldre. Urvalsstorleken har under åren varierat mellan 10 000 och 19 000 individer/hushåll. Kommittén Valfärdsbokslut, som har samarbetat med SCB i utvecklingsarbetet med kosthushåll, redovisar uppgifter om kosthushåll för åren 1991 och 1993–1995 utöver data för åren 1996–1999. För år 1992 har kommittén skattat "kosthushållsdata" från inkomstdata där äldre hushållsdefinitioner har använts (14).

#### *Ginikoefficient*

Ojämnhet i fördelningar kan beskrivas med en s.k. Lorenzkurva. Ginikoefficienten som härleds från denna kurva är det vanligaste statistiska måttet

på ojämnheten i inkomster och antar värdet 0 när inkomsterna är lika för alla och värdet 1 vid maximal ojämlikhet. Gini-koefficienten kan sägas visa hur stor inkomstskillnad det är mellan två slumpmässigt valda individer/hushåll i genomsnitt räknat i förhållande till medelinkomsten för populationen. Gini-koefficienten används i ett internationellt sammanhang både med avseende på faktorinkomster, disponibla inkomster och ekonomisk standard. Se ytterligare upplysningar om Ginikoefficienten som mått i bokens kapitel 2.

#### *Percentilmått*

Genom att redovisa inkomster för olika procentandelar (fraktiler). Av hushållen, underlättas jämförelser över tiden. Om hushållen sorteras i stigande ordning efter t.ex. disponibel inkomst eller disponibel inkomst per konsumtionsenhet (ekvivalerad disponibel inkomst) kan man dela in hushållen i ett antal olika grupper, t.ex. de 10 procent som har de lägsta inkomsterna eller de 90 procent som har de högsta inkomsterna. Värdet som avgränsar den första tiondelen av hushållen benämns P10. Värdet som avgränsar 25 procent, eller den första kvartilen av hushållen, benämns P25. Medianen, eller det mittersta värdet, benämns P50. Den tredje kvartilen benämns P75 osv.

Utvecklingen av inkomstskillnader kan följas via kvoter av fraktiler, t.ex. ekvivalerad disponibel inkomst för hushåll med högre (lägre) inkomst dividerad med motsvarande inkomst för hushåll med lägre (högre) inkomst. Ökar kvoten är det ett tecken på att spridningen i inkomst ökar. Förutom att följa utvecklingen av kvoten mellan en hög inkomst och en låg inkomst, t.ex.  $P_{90}/P_{10}$ , är det vanligt att kvoten mellan en hög inkomst och medianinkomsten, t.ex.  $P_{90}/P_{50}$ , respektive en låg inkomst och medianinkomsten, t.ex.  $P_{10}/P_{50}$ , följs. I samtliga dessa fall får man mått på relativa förändringar av inkomstojämlikheten.

#### *Relativ fattigdom*

En överväldigande majoritet av teoretiska diskussioner kring fattigdomsbegreppet har alltsedan 1700-talet utgått från ett relativt perspektiv. När inkomst används som fattigdomsmått och en låginkomstgräns sätts som definierar fattigdom, bör denna relateras till den normala inkomsten i det specifika samhället. Detta kan göras genom att t.ex. sätta gränsen för låga

inkomster vid en särskild procentandel av medel- eller medianinkomsten i landet. Inom komparativ forskning har denna ansats varit vanlig. EU har också under senare tid officiellt börjat använda denna ansats. Kommittén Valfärdsbokslut använder dels 50 procent, dels 60 procent av den ekvivalerade disponibla medianinkomsten som fattigdomsgränser (14). Det senare måttet omfattar definitionsmässigt fler personer och används för att öka informationen kring lägen för de lägst inkomstförhållanden.

Ett alternativt sätt att studera låga inkomster, som även tillämpas av Kommittén Valfärdsbokslut, är att använda socialbidragsnormen som gällde före 1998 (se ovan) som gräns. Gränsen blir i detta fall absolut i den meningen att den inte förändras över tidsaxeln. Socialbidragsnormen är av stort intresse eftersom den är beslutad av statsmakten som en absolut gräns med avseende på skälig levnadsnivå. I en djupare mening är dock även detta mått relativt såtillvida att det relaterar till förhållanden i det samhälle där det definieras. Begreppet relativ fattigdom behöver därför inte ändras även om socialbidragsnormen används som fattigdomsmått.

## Referenser

1. Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature. *The Milbank Quarterly* 1993;7:279–322.
2. Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Folkman S, Syme L. Socioeconomic inequalities in health: No easy solution. *Journal of American Medical Association* 1993;269:3140–3145.
3. Viscusi WK. Risk-risk analysis. *Journal of Risk and Uncertainty* 1994; 8:5–17.
4. Lutter R, Morrall J. Health-health analysis: A new way to evaluate health and safety regulations. *Journal of Risk and Uncertainty* 1994;8:43–46.
5. Wagstaff A, van Doorslaer E. Income inequality and health: What does the literature tell us? *Ann Rev Public Health* 2000;21:543–567.
6. Rogers GB. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Popul Stud* 1979;33:343–351.

7. Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 1992;304:165–168.
8. Cohen S, Tyrell A, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to common cold. *New England Journal of Medicine* 1991; 352:606–612.
9. Cohen S, Line S, Manuck SB, Rabin BS, Heise ER, Kaplan JR. Chronic social stress, social status, and susceptibility to upper respiratory infections in nonhuman primates. *Psychomatic Medicine* 1997;59:213–221.
10. Flegg AT. Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries. *Popul stud* 1982;36:441–458.
11. Waldman RJ. Income distribution and infant mortality. *Quart J Econ* 1992;107:1283–1302.
12. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
13. Smith JP. Healthy bodies and thick wallets: The dual relation between health and economic status. *Journal of Economic Perspectives* 1999;13:145–166.
14. Fritzell J. *Inkomstfördelningens trender under 1990-talet*. I: SOU 2001:57. Valfärdens finansiering och fördelning. Delbetänkande av Kommittén Valfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes, 2001.
15. Ettner SL. New evidence on the relationship between income and health. *Journal of Health Economics* 1996;15:67–85.
16. *Nationella folkhälsokommittén. Ekonomisk försörjning och hälsa*. Rapport från arbetsgruppen Ekonomisk trygghet till Nationella folkhälsokommittén. Underlagsrapport nr 2. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén, 1999.
17. Gerdtham UG, Johannesson M, Lundberg L, Isacson D. The demand for health: results from new measures of health capital. *European Journal of Political Economy* 1999; 15:501–521.
18. Grossman M. *The demand for health: A theoretical and empirical investigation*. NBR, Cambridge, 1972.

19. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy* 1972;80:223–255.
20. Becker GS. A theory of the allocation of time. *Economic Journal* 1965;75:493–517.
21. Gerdtham UG, Johannesson M. New estimates of the demand for health: results based on the categorical health measure and Swedish micro data. *Social Science & Medicine*. 1999;49:1325–1332.
22. Lundberg O, Fritzell J. Income distribution, income change and health. On the importance of absolute and relative income for health status in Sweden. In: Economic change, social welfare and health in Europe. *WHO Regional Publications European Series* 1995;54:37–58.
23. Halleröd B. Poverty, inequality and health. In: Gordon D, Townsend P (editors). *Breadline Europe. The measurement of poverty*. Bristol: The Policy Press, 2000.
24. Gerdtham UG, Johannesson M. Do life-saving regulations save lives? *The Journal of Risk and Uncertainty* 2002;24:231–249.
25. Lynch J, Kaplan GA. Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
26. Davey Smith G, Shipley MJ, Rose G. Magnitude and causes of socio-economic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. *J Epidemiol Community Health* 1990;44:265–270.
27. Macintyre S, Ellaway A, Der G, Ford G, Hunt K. Do housing tenure and car access predict health because they are simply markers of income or self-esteem? A Scottish study. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:657–664.
28. Blane D, Bartley M, Davey Smith G. Disease aetiology and materialist explanations of socio-economic mortality differentials. *Eur J Public Health* 1997;7:385–391.
29. Lynch W, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviors and psychosocial characteristics by stage of the socio-economic lifecourse. *Soc Sci Med* 1997;44:809–819.

30. Blank N, Diderichsen F. The effects of poverty on sleep problems in Sweden. *Scan J Soc Welf* 1997;6:91–98.
31. Starrin B, Jönsson LR. Ekono-misk påfrestning, skamgörande erfarenheter och ohälsa under arbetslöshet. En prövning av ekonomiska modellen. *Arbetsmarknad och Arbetsliv* 1998;4:2,91–108.
32. Stockholms läns landsting. *Folkhälsorapport 1994*. Stockholm: Stockholms läns landsting, 1994.
33. Mcleod JD, Kessler RC. Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. *J Health Social Behav* 1990;31:162–172.
34. Ross CE, Wu C. Education, age, and the cumulative advantage in health. *J Health Social Behav* 1996;37:104–120.
35. Turner RJ, Wheaton B, Loyd DA. The epidemiology of social stress. *Am Sociol Rev* 1995;60:104–125.
36. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 1998; 338:171–179.
37. McDonough P, Duncan GJ, Williams D, House J. Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. *Am J Public Health* 1997;87:1–8.
38. Smith JP. Racial and ethnic differences in wealth in the Health and Retirement Study. *J Hum Resources* 1995;30 Suppl:158–183.
39. Wilkinson RG. Income and mortality. In: Wilkinson RG. (editors). *Class and health: research and longitudinal data*. London: Tavistock, 1986.
40. LeGrand J. Inequalities in health: some international comparisons. *Eur Econ Rev* 1987;31:182–191.
41. Wennemo I. Infant mortality, public policy, and inequality: a comparison of 18 industrial countries, 1950–85. *Sociol Health Illness* 1993;15:429–446.
42. Hsieh CC, Pugh MD. Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Crim Just Rev* 1993;18:182–202.

43. Kaplan GA, Pamuk E, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Income inequality and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996;312:999–1003.
44. Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. *BMJ* 1996; 312:1004–1007. (See also Important Correction, *BMJ* 312:1194.)
45. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K. Long live community: social capital as public health. *Am Prospect* 1997;56–59.
46. Ben-Shlomo Y, White I, Marmot M. Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality? *BMJ* 1996;312:1013–1014.
47. Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER, Cohen RD, Balfour JL, Yen IH. Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *Am J Public Health* 1998; 88:1074–1080.
48. Ross NA, Wolfson MC, Dunn JR, Berthelot JM, Kaplan GA, Lynch JW. Relation between income inequality and mortality in Canada and the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics. *BMJ* 2000;320:898–902.
49. Gravelle H, Wildman J, Sutton M. *Income, income inequality and health: What can we learn from aggregate data?* Discussion Papers in Economics No 2000/26. York: The University of York, 2000.
50. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health* 1997;87(9):1491–1498.
51. Mellor J, Milyo J. *Income inequality and health status in the United States: Evidence from the current population survey.* Princeton, N.J. Robert Wood Johnson Foundation, 1999.
52. Wolfson M, Kaplan G, Lynch J, Ross N, Backlund E. Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration. *Br Med J* 1999;319:953–955.
53. Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health in the United States: multi-level analysis. *BMJ* 1998;317:917–921.



54. Soobader M, LeClere FB. Aggregation and measurement of income inequality: effects on morbidity. *Soc Sci Med* 1999;48:733–744.
55. Fiscella K, Franks P. Poverty or income inequality as predictor of mortality: a longitudinal cohort study. *BMJ* 1997;314:1724–1727.
56. Daly MC, Duncan GJ, Kaplan GA, Lynch JW. Macro-to-micro links in the relation between income inequality and mortality. *Milbank Mem Fund Q* 1998; 76:303–4, 315–39.
57. Gerdtham UG, Magnusson M. *Absolut income, relative income, income inequality and mortality*. Forthcoming in *Journal of Human Resources*, 2003.
58. Kawachi I, Kennedy BP. The relationship of income inequality to mortality: does the choice of indicator matter? *Soc Sci Med* 1997;45:1121–1127.
59. Kawachi I, Kennedy BP. Health and social cohesion: why care about income inequality? *BMJ* 1997;314:1037–1040.
60. Kawachi I, Levine S, Miller SM, Lasch K, Amick BC III. *Income inequality and life expectancy: theory, research, and policy*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.
61. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000;320:1200–1204.
62. Kawachi I. Income inequality and health. In: Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
63. Dressler WW. *Culture and blood pressure: using consensus analysis to create a measurement*. *Cult Anthropol Methods* 1996;8:6–8.
64. Lochner K, Pamuk E, Makuc D, Kennedy BP, Kawachi I. State-level income inequality and individual mortality risk: A prospective, multilevel study. *Am JPH* 2001;91:385–391.
65. Mackenbach JP. Income inequality and population health. *BMJ* 2002;324:1–2.

66. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:111–122.
67. Anderson RT, Sorlie P, Backlund E, Johnson N, Kaplan GA. Mortality effects of community socio-economic status. *Epidemiology* 1996;8:42–47.
68. Haan M, Kaplan GA, Camacho T. Poverty and health: prospective evidence from the Alameda county study. *Am J Epidemiol* 1987;125:989–998.
69. Robert SA. Community-level socioeconomic status effects on adult health. *J Health Soc Behav* 1998;39:18–37.
70. Sloggett A, Joshi H. Deprivation indicators as predictors of life events 1981–1992 based on the UK ONS longitudinal study. *J Epidemiol Comm Health* 1998;52:228–233.
71. LeClere FB, Rogers RC, Peters KD. Ethnicity and mortality in the United States: individual and community correlates. *Soc Forc* 1997;76:169–198.
72. Malmström M, Johansson SE, Sundquist J. A hierarchical analysis of long-term illness and mortality in socially deprived areas. *Social Science and Medicin* 2001;53:265–275.
73. Merlo J, Östergren PO, Hagberg O, Lindström M, Lindgren A, Melander A et al. Diastolic blood pressure and area residence: multilevel versus ecological analysis of inequality. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:791–798.
74. Kölegård Stjärne M, Diderichsen F, Reuterwall C, Hallqvist J. For the Sheep Study Group. Socioeconomic context in area of living and risk of myocardial infarction: results from Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *J Epidemiol Community Health* 2002;56:29–35.
75. Krieger N, Rowley D, Herman A, et al. Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease and well-being. *Am J Prev Med* 1993; Suppl 2:82–122.
76. Diez-Roux A. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multi-level analysis. *Am J Public Health* 1998;88:216–222.

77. Macintyre S, Maciver S, Sooman A. Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy* 1993;22:213–233.
78. Duncan C, Jones K, Moon G. Context, composition and heterogeneity: using multilevel models in health research. *Soc Sci Med* 1998;46:97–117.
79. Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
80. SCB. *Inkomstfördelningsundersökningen 1999*. Statistiska meddelanden, IF 21 SM 0101, Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 2001.
81. Socialstyrelsen. *Långvarigt socialbidragstagande under 1990-talet*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:5, Stockholm: Socialstyrelsen, 1995.
82. Björklund A. *Income distribution in Sweden: what is the achievement of the welfare state?* In: *Swedish Economic Policy Review* 1998;5(1).

# 5.

## SOCIALT KAPITAL OCH FOLKHÄLSA – BEGREPP OCH INDIKATORER



# 5.

## SOCIALT KAPITAL OCH FOLKHÄLSA – BEGREPP OCH INDIKATORER *Sarah Wamala*

---

### Sammanfattning

Begreppet socialt kapital uttrycker hur relationer, attityder, värderingar och normer styr samspelet mellan individer och institutioner samt hur detta bidrar till ekonomisk och social utveckling. Socialt kapital har blivit ett tvärvetenskapligt begrepp som intresserar sociologer, antropologer, hälsoforskare, ekonomer och politiker.

Det sociala kapitalets betydelse för hälsa har ofta blandats ihop med socialt stöd och sociala relationer på individnivå. I detta kapitel hävdas att utvecklingen av begreppet socialt kapital inom folkhälsoforskning, politik och arbete huvudsakligen bör ägnas den strukturella nivån. Det är synnerligen viktigt att forskning inom detta område går från mikro- till makronivå och inkluderar det allmännyttiga sociala kapitalet. Av denna anledning fokuseras i detta kapitel på socialt kapital på grupp-, kommun- och makronivå. Redovisning av definitioner, sambandet med hälsa, förslag på indikatorer och angelägna forskningsbehov speglar den strukturella nivån. Sociala relationer och socialt stöd redovisas inte.

Förslag på indikatorer på socialt kapital omfattar fem typer; sociala resurser, social trygghet, social delaktighet, medborgerligt engagemang, delaktighet och inflytande. Samtliga indikatorer föreslås på tre nivåer; grupp-, kommun- och makronivå. Dessa nivåer speglar tre olika dimensioner av socialt kapital; sammanbindande ("bonding") socialt kapital mellan individer i en grupp, överbryggande ("bridging") socialt kapital som binder individer i olika grupper i samhället och nivalänkande ("linking") socialt kapital som binder olika grupper i formella förbindelser. Sam-

manbindande socialt kapital fungerar i ett horisontellt maktperspektiv medan nivälänkande socialt kapital fungerar i ett vertikalt maktperspektiv. Indikatorer är valda beroende på hur de uppfyller de sex kriterierna; hälsolänkar, relevans, validitet, mätbarhet, tolkbarhet och påverkbarhet.

## Inledning

Världsbanken framhåller i sina analyser under senare år att ekonomisk utveckling har sin grund i en social organisation och kräver inte enbart ekonomiska förändringar utan också samhällsförändringar. Begreppet socialt kapital har därför rönt stor uppmärksamhet från Världsbanken som ett verktyg för bekämpande av fattigdom och för ökad ekonomisk utveckling. Senare har intresset för socialt kapital som begrepp spridit sig till hälsoområdet. Detta intresse grundas på tidigare forskning kring effekterna på hälsa av sociala nätverk och socialt stöd. Brist på sociala nätverk och socialt stöd visades redan på 1970-talet bidra till ökad risk för dödlighet.

Debatten kring begreppet socialt kapital har bl.a. intresserat sociologer, antropologer, hälsoforskare, ekonomer och politiker. Socialt kapital bygger på interaktionen mellan individer, i motsats till ekonomiskt kapital som värderas utifrån människors bankkonton och humankapital som värderas i människans intellektuella kapacitet och kunskap. Socialt kapital har blivit ett viktigt begrepp och verktyg inom folkhälsoarbete, forskning och politik.

Syftet med detta kapitel är att sammanställa litteratur som rör socialt kapital och hälsa och att kritiskt presentera följande: 1) en definition av socialt kapital och vad det står för i olika sammanhang, 2) en diskussion kring metodologiska aspekter på socialt kapital, 3) en diskussion kring sambandet mellan socialt kapital och hälsa, 4) angelägna forskningsbehov inom området, och 5) förslag på indikatorer på socialt kapital som kan användas för att följa upp resultaten av insatser för att nå de folkhälsopolitiska målen. I detta kapitel ligger fokus på socialt kapital på grupp-, kommun- och makronivå, med tillämpning av olika aspekter av socialt kapital. Socialt stöd och sociala relationer på individnivå redovisas inte.

## Historisk utveckling av begreppet socialt kapital

Begreppet socialt kapital i samhället har kommit att omfatta relationer, attityder och värderingar till normer och synsätt, hur dessa styr samspelet mellan individer och institutioner och hur detta bidrar till ekonomisk och social utveckling. Uppfattningen att sociala relationer, nätverk, normer och värderingar spelar stor roll i samhällsutvecklingen har funnits länge inom ekonomisk, sociologisk, antropologisk och statsvetenskaplig litteratur. För cirka tio år sedan blev socialt kapital ett tvärvetenskapligt begrepp. Det grundar sig huvudsakligen på tre personers arbete: Pierre Bourdieu, James Coleman och Robert Putnam (1, 2, 3, 4, 5). Begreppet har senare vidareutvecklats främst av Portes, 1998 (6), Woolcock, 1998 (7, 8) och Narayan, 1999 (9, 10). Bourdieu, Coleman och Putnam definierar socialt kapital på olika sätt, vilket presenteras längre fram i texten.

Socialt kapital som begrepp har fått ett stort utrymme inom hälsoforskning, samhällsdebatt och folkhälsoarbete efter Putnams bok "Making democracy work" (11), (Den fungerande demokratin, 1993). Putnam definierade socialt kapital som graden av ett sammanhang (cohesion) som är beroende av befintliga och tillgängliga nätverk och organisationer, högt deltagande i dessa nätverk, stark känsla för lokalsamhällets identitet samt tillit, ömsesidig hjälp och stöd mellan medlemmar i samhället. Putnam hävdar att socialt kapital är relaterat till politisk kultur. Putnams dimensioner av socialt kapital baseras på forskning gjord i Italien och USA. Tillämpningsmöjligheterna till andra kulturella sammanhang är därför begränsade innan de har prövats där, exempelvis i Sverige.

Putnam betonar vikten av en samhällelig sammanhållning (cohesive community), som består av gemensam identitet och allmän tillit mellan medlemmar, men tar inte hänsyn till förändringar, dynamik eller olika syn på sammanhållning i olika delar av samhället. Socialt kapital kan definitivt ses som ett bidrag till hållbar utveckling. Hållbar utveckling är den process genom vilken framtida generationer tillförsäkras lika hög eller högre levnadsstandard jämfört med nuvarande generation. De traditionellt kända formerna av kapital för hållbar utveckling, ekonomiskt kapital, real- och humankapital, utgör endast delar av ekonomisk tillväxt eftersom de inte beaktar hur ekonomiska aktörer samverkar och organiserar sig för att generera tillväxt och utveckling. Socialt kapital kan i likhet med human-



kapital ackumuleras. Socialt kapital står för både insats (input) i och utfall (output) av en kollektiv aktion. Socialt kapital kan alltså ses som den "felande länken" mellan humankapital och ekonomiskt kapital (12).

## Definitioner och problematisering av socialt kapital

### *"Klassiska" definitioner av socialt kapital*

I detta avsnitt redovisas olika definitioner av socialt kapital, för att visa hur vi ser på det sociala kapital som är relevant för folkhälsa. Socialt kapital definieras på olika sätt av Pierre Bourdieu, James Coleman och Robert Putnam och dessa definitioner redovisas nedan.

#### *Bourdieu*

Den första systematiska analysen av socialt kapital gjordes av Pierre Bourdieu (1). Bourdieu definierar begreppet socialt kapital i termer av socialt nätverk och relationer. På engelska uttrycks detta: "an aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalised relationships of mutual acquaintance or recognition."

Bourdieu's definition av socialt kapital utgår inte från kommundivå utan från individer, dvs. att individer investerar och drar nytta av det. Här finns t.ex. aspekter på individnivå som handlar om den praktiska/instrumentella nytta som individer har av att delta i grupper och att skapa nätverk. Bourdieu hävdar att nyttan av att vara medlem i en grupp bidrar till solidaritet, och att denna solidaritet i sin tur skapar möjligheter för sådana grupper. Sociala nätverk är ingen naturlig process utan konstrueras på samma sätt som investeringsstrategier. Han säger också att individens kontakter med nätverket leder till en ackumulering av nytta och skyldigheter som bidrar till potentiellt stöd och tillgång till resurser.

Bourdieu delar upp socialt kapital i två komponenter: 1) sociala relationer som ger möjlighet för individer att få tillgång till resurser, och 2) mängd av och kvalitet på resurser.

Bourdieu betonar betydelsen av sambandet mellan olika former av ka-

pital och menar att alla former av kapital samlas till det övergripande ekonomiskt kapital, definierat som ackumulerad arbetskraft. Genom socialt kapital kan individen få direkt tillgång till ekonomiska resurser (t.ex. ett subventionerat lån, investeringstips, en skyddad marknad). Dessa kan öka individens kulturella kapital genom kontakter med experter eller kunniga individer. Alternativt kan individen ha anknytning till institutioner (institutionaliserat kulturellt kapital) som ger prestigefyllda fördelar.

#### *Coleman*

James Coleman (2, 3) fokuserar på den produktiva användningen av socialt kapital och hur resurser inom den sociala strukturen kan bidra till en produktion som annars inte skulle existera. Coleman hävdar vidare att socialt kapital är en resurs som utgår från sociala relationer mellan familjer och samhällen (communities). Han tar i sin definition hänsyn till relationen mellan grupper i stället för individer. Därför utvidgar Colemans definition begreppet socialt kapital till att omfatta "vertikala" och "horisontella" förbindelser och samspelet inom och mellan enheter. Därmed öppnar han möjligheten att definiera socialt kapital på "meso"-nivå (mellan mikro- och makronivå). "Vertikala" förbindelser beskrivs av Coleman som hierarkiska relationer och ojämn fördelning av makt mellan medlemmarna.

#### *Putnam*

Robert Putnam (4, 5) definierar socialt kapital som en nyckelegenskap inom samhällen och grupper (communities). Hans definition av socialt kapital är bredare än individens känsla av tillhörighet, ömsesidighet (reciprocitet) och tillit samt positiva attityder till samhällets institutioner. I sin definition inkluderar han även normer och delaktighet i samhällets aktiviteter och medborgerligt engagemang. På engelska uttrycks det: "Putnam defines social capital as those features of social organisation, such as networks of individuals or households and the associated norms and values, that create externalities for the community as a whole." Putnam menar att det finns ett cirkulärt samband mellan socialt kapital, sociala normer och medborgerligt engagemang, och betonar tillit och delaktighet som viktiga element för dessa. Trots att Putnams definition av socialt kapital kritiserats för att vara baserad på mikronivå, har den blivit den mest tillämpade definitionen i hälsosammanhang. I sin forskning beskrev Put-

Tabell 1. Översiktlig redovisning av definitioner av socialt kapital

Författare	Definition av socialt kapital
Bourdieu	Definieras i termer av socialt nätverk och relationer för individer.
Coleman	Socialt kapital är resultatet av sociala relationer mellan familjer och samhällen och bidrar till kapitaltillgångar för individen.
Putnam	Socialt kapital är ett begrepp som omfattar nätverk kring individen/hushållet och bygger på normer och värderingar.
Portes	Skiljer på ursprung och konsekvenser av socialt kapital. Inkluderar aspekter av social kontroll, familjerelaterad nytta och resurser som förmedlas av nätverk utanför familjen.
Woolcock och Narayan	Sammanbindande och överbryggande och hur dessa två kapital delvis överlappar de horisontella och vertikala dimensionerna av socialt kapital.

nam ursprungligen nätverken som enbart positiva. Senare har han även behandlat negativa nätverk, exempelvis maffian. I sådana sammanhang kan socialt kapital upplevas som värdefullt för medlemmar av ett visst nätverk, men inte för icke-medlemmar eller medlemmar av samhället i stort.

Putnams forskningsresultat inom området socialt kapital har huvudsakligen baserats på horisontella sociala nätverk associerade med normer som påverkar ekonomisk prestation. Coleman å andra sidan erbjuder en bredare definition som vidgar begreppet till att omfatta vertikala, hierarkiska institutioner. Colemans definition inkluderar såväl negativa som positiva effekter.

En sammanfattning av Bourdieu, Coleman och Putnams definition av socialt kapital presenteras i tabell 1.

### *Vilket socialt kapital är relevant för folkhälsa i Sverige?*

Forskningen i de publicerade studierna har oftast blandat ihop sociala relationer på individnivå med socialt kapital som bör spegla sociala skiktningen i samhället.

**Viktiga element**

Sociala relationer som ger tillgång till många resurser och resursernas kvalitet.

Relationer mellan grupper istället för individer.

Tillit, delaktighet och inflytande.

Kontakter genom medlemskap i organisationer. Resurser, som erhålls genom medlemskap i sociala organisationer. Tillit och ömsesidighet skapar förväntningar och skyldigheter.

Embeddedness och autonomi på mikronivå (liknar Coleman & Bourdieu) och makroaspekt liknande Putnams.

**Tyngdpunkt(er)**

Socialt kapital är en tillgång som kräver investering i både ekonomiska och kulturella resurser.

Vidgar begreppet till att omfatta vertikala och horisontella förbindelser.

Sociala normer och medborgerligt engagemang producerar och befrämjar socialt kapital.

Särskiljer källor till och utfall av socialt kapital.

Särskiljer vad socialt kapital *är* och vad socialt kapital *ger*.

Lochner, m.fl., 1993 (13), menar att det är viktigt att skilja socialt kapital från socialt stöd och sociala nätverk. Socialt kapital bör inte vara ett individbaserat begrepp utan en karakteristik av en samhällsstruktur med flera nivåer. Begreppet socialt kapital bör särskiljas från individmätt som handlar om socialt stöd och sociala nätverk inom folkhälsoforskningen.

Gillies, 1998 (14), hävdar att även om begreppet socialt kapital saknar en stabil teoretisk bas, så kan begreppet fungera som beskrivning av en process varigenom formella och informella sociala grupper medverkar i en rad olika nätverk för att fungera som buffert mot negativa effekter av påfrestningar.

Harpham m.fl., 2002 (15), föreslår att för att få en bättre förståelse för vad socialt kapital innebär, bör man ta hänsyn till grad av socialt sammanhang samt kvalitet och kvantitet av sociala relationer i en viss population.

De flesta studier om sambandet mellan socialt kapital och hälsa är genomförda i USA med de speciella särdrag som präglar det nordamerikanska samhället. Vilket socialt kapital är relevant för folkhälsan i Sverige?

Portes (6), Woolcock (7, 8), Narayan (7, 9, 10) och Gitell och Vidal (16) har utvecklat Bourdieus, Putnams och Colemans definitioner av socialt

kapital. Portes föreslår en definition av socialt kapital som syftar på förmågan att dra nytta av medlemskap i nätverk och andra sociala strukturer. Portes urskiljer i sin definition två komponenter: 1) sociala förbindelser inom organisationer där individer ingår, och 2) materiella resurser som individer kan kräva genom sitt medlemskap i gruppen.

Centralt för dessa två komponenter är tillit och ömsesidighet (reciprocitet), som i sin tur genererar ett system av förväntningar och skyldigheter. Tillit bland medlemmar i ett nätverk fungerar enligt Portes som bränsle för ett väl fungerande socialt och ekonomiskt utbyte. Tilliten minskar transaktionskostnaderna, ger medlemmarna möjlighet att utnyttja varandras kunskaper samt att utbyta information som ökar deras möjligheter att kunna utvecklas.

Portes betonar, i likhet med Woolcock och Narayan, betydelsen av att skilja det sociala kapitalets källor från dess konsekvenser. Bland lönsamma konsekvenser av socialt kapital nämner Portes social kontroll, föräldrastöd och nytta som baseras på medlemskap i ett nätverk.

Woolcock och Narayan betonar skillnaden mellan vad socialt kapital är (självständigt kapital) och vad det gör (skapat kapital), samt går längre än Portes genom att klassificera karaktären av nätverksrelationer och på vilken nivå socialt kapital används. Båda dessa former kan tillämpas på mikro- eller makronivå.

Woolcock, 2000 (7, 8), Narayan, 1999 (7, 10), och Gitell och Vidal, 1998 (16), introducerar tre dimensioner av socialt kapital: sammanbindande ("bonding"), överbryggande ("bridging") och nivåänkande ("linking") socialt kapital. Sammanbindande står för social sammanhållning inom gruppen (ett avgränsat socialt nätverk), medan överbryggande beskriver den form av socialt kapital som kopplar ihop olika sociala grupper. Dessa båda aspekter av socialt kapital överlappar indelning i vertikala och horisontella komponenter av det sociala kapitalet. Nivåänkande socialt kapital innehåller en länkande funktion mellan olika grupper (överbryggande) och utgör ett vertikalt maktperspektiv.

Begreppet socialt kapital kan sammanfattas i tre dimensioner:

- Sammanbindande ("bonding") syftar på nära socialt kapital mellan individer i en grupp.

- Överbryggande ("bridging") innebär socialt kapital som binder samman individer i olika grupper i samhället (samhälleligt socialt kapital). Denna dimension av socialt kapital utgör ett horisontellt maktperspektiv i meningen att samverkan ger större kraft.
- Nivalänkande ("linking") institutionellt socialt kapital består av vertikala maktrelationer som länkar olika grupper med horisontellt maktperspektiv. Nivalänkande socialt kapital utgör ett vertikalt maktperspektiv.

För det svenska välfärdssystemet är det centralt att förstå mönster och förutsättningar för de dimensioner av socialt kapital som avser vertikala relationer mellan olika (välfärd) institutioner och områden/grupper och hur detta påverkar hälsan. Här betraktas socialt kapital som en kollektiv nytthet ("public good") som ingen kan utestängas ifrån.

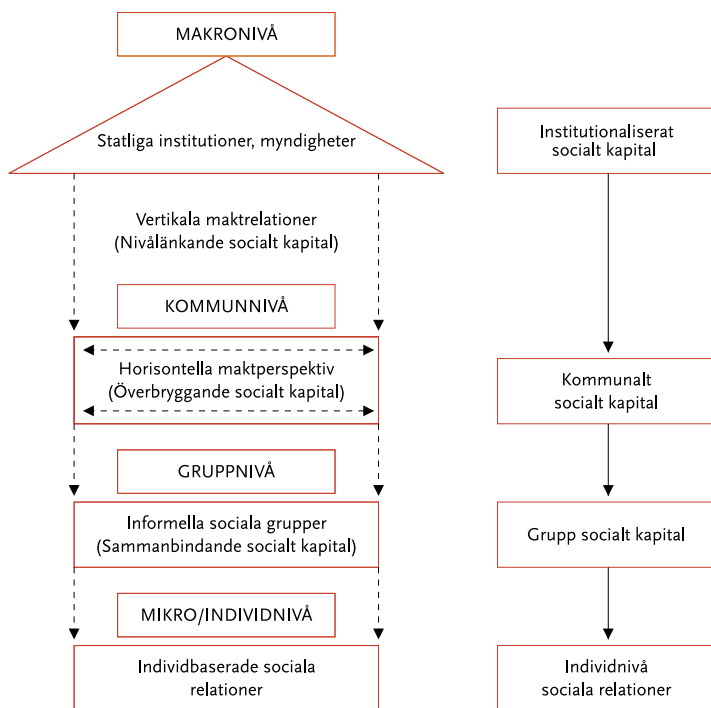
Att undersöka ojämlikhet ur denna aspekt av nivalänkande socialt kapital kan bidra till bättre förståelse av ojämlikheter i hälsa och därigenom ge viktiga underlag för folkhälsoåtgärder för att minska ojämlikheterna. Mönstret av sociala relationer i samhället har stor betydelse för hur inkomsterna och möjligheterna för sysselsättning fördelas och allt detta påverkar välfärdssystemet och folkhälsan.

Harpham m.fl. (2002), konstaterar att insikten om de "överbryggande och nivalänkande funktionerna" av socialt kapital är viktiga eftersom de belyser statens och politikernas roll för det sociala kapitalet (15). Utan den vertikala maktdelen av det sociala kapitalet, som bland annat länkar samman olika grupper till lokalsamhället och till samhälleliga resurser, skulle det vara omöjligt att förbättra sociala nätverk, normer och tillit i ett samhälle. Lika stor betydelse har horisontella länkar mellan dessa grupper. Utan dem skulle viktiga informations- och stödlänkar samt solidariteten förloras (se figur 1).

Onyx och Bullen, 2000 (17), hävdar att "tolerans för mångfald" kan vara en bra indikator för socialt kapital av överbryggande typ. I sin studie fann de att tolerans för mångfald hade ett starkt samband med känslan av tillit och trygghet.

Onyx och Bullen (17), hävdar vidare att "sammanbindande" bör skiljas från "överbryggande" socialt kapital. De visar att t.ex. "tolerans för mångfald" är en bra indikator för socialt kapital av sammanbindande typ och

har stark korrelation till andra indikatorer (t.ex. känslan av tillit och trygghet). Författarna fann däremot ingen korrelation mellan ”tolerans för mångfald” och social anknytning, i grannskapet/bostadsområdet eller delaktighet i lokalsamhället. Det tycks således enligt Onyx och Bullen, kunna finnas en känsla av samhällelig anknytning även vid brist på tolerans för mångfald i lokalsamhället.



Figur 1. Dimensioner och komponenter av socialt kapital.

Trots att socialt kapital ofta mäts med aggregerade individdata är dess natur kollektiv och inte kopplad till enskilda individer. Socialt kapital skall därför inte sammanblandas med sociala nätverk, som mäts på individnivå. Socialt kapital kan ses som en kollektiv nyttinghet ("public good") som ingen kan utestängas ifrån och som kan minska marginalisering (18).

## Övriga begrepp som relaterats till socialt kapital

### *Social sammanhållning ("social cohesion")*

Med god social sammanhållning menas solidaritet mellan grupper i samhället. Det innebär rikligt med socialt kapital i form av starka sociala bindningar, såsom tillit och normer om ömsesidighet, vilket i sin tur är en resurs för individerna och underlättar kollektivt handlande. Social sammanhållning innebär också rikligt med föreningar och andra sammanslutningar som överbryggar skillnader mellan olika sociala grupper eller delar av samhället samt institutioner som hanterar konflikter såsom oberoende domstolar. Det finns hypoteser om ett starkt samband mellan inkomstfördelning och social sammanhållning, även om det är svårt att avgöra vad som är orsak och vad som är verkan. I ett samhälle med hög social sammanhållning är det svårt att tänka sig en stor inkomstjämlighet, samtidigt som det är svårt att förvänta sig en stark social sammanhållning i ett samhälle med stora inkomstskillnader.

Wilkinson menar att ojämlikhet i hälsa inte helt har förklarats av ekonomiska faktorer och att det finns ett starkt samband mellan inkomstojämlikhet och social sammanhållning (19). Han hävdar att inkomstjämlighet skapar ett segregerat samhälle som leder till motsättningar mellan grupper och att den sociala sammanhållningen blir låg. Låg social sammanhållning leder i sin tur till otrygghet, bristande ömsesidighet, bristande tillit, låg delaktighet och bristande inflytande, som i förlängningen skapar social utslagning (marginalisering) och ohälsa.

### *Social exkludering*

De två begreppen social exkludering<sup>1</sup> och socialt kapital överlappar varandra (20). Båda inkluderar aspekter av delaktighet och engagemang i beslutsprocesser, inklusive politiska beslut, och de fokuserar (analytiskt) på de individer som inkluderas eller exkluderas. Sociala grupper och nätverk inkluderar vissa individer och exkluderar resten. Svårigheten vid användningen av de två begreppen är att kunna skilja mellan exklusion som är

<sup>1</sup> Social exkludering innebär samhälleliga och institutionaliserade processer som exkluderar vissa grupper från fullkomlig delaktighet i sociala, ekonomiska, kulturella och politiska aktiviteter i samhället.



frivillig och exklusion som är ofrivillig (baserad på t.ex. ålder, kön, etnicitet eller klass). Weber, 1947 (21), karaktäriserar sociala relationer som ”öppna” där delaktigheten inte är begränsad och som ”stängda” där utomstående är exkluderade.

Båda begreppen lyfter fram maktaspekten, som saknades i den tidigare debatten kring socialt kapital. Möjligheten att delta i olika sociala nätverk är ojämnt fördelad. De som redan tillhör sociala nätverk och har tillgång till resurser och beslutsprocesser – inom den statliga eller privata sektorn (t.ex. arbete, företag) – har större möjligheter att även fortsättningsvis få delta i de samhällsliga processerna än de som inte har tillgång till sådana nätverk. Li, Squire och Zou, 1998 (22), påvisade att en påtaglig inkomst- ojämlighet kan bestå även under perioder av ökad ekonomisk tillväxt. Detta fenomen förekommer i nästan alla länder. God tillgång till socialt kapital kan bidra till fortsatt exklusion i länder med stor inkomstojämlikhet.

Dréze och Sen, 1995 (23), samt Gore och Figueiredo, 1997 (24), hävdar att begreppet social exkludering fokuserar på ekonomisk deprivation som en orsak till marginalisering av individer eller grupper i samhället. Socialt kapital och social exkludering fokuserar på kommunstrukturer och socialpolitiska processer och hur dessa påverkar tillgång till makt, resurser och levnadsvillkor för individer i olika sociala grupper.

### *Socialt kapital i vissa publicerade undersökningar*

Många av de studier vars syfte varit att mäta socialt kapital har gjorts i höginkomstländer, främst USA och Storbritannien. Ibland har surveyundersökningar använts som primärt inte var avsedda att mäta socialt kapital, vilket medfört svårigheter att ringa in dessa dimensioner på ett tillfredsställande sätt.

Det finns ett antal empiriska hälsorelaterade studier där olika instrument för att mäta socialt kapital har använts. Deras starka och svaga punkter redovisas nedan:

- 1) Sampson m.fl., 1997. Violence and social capital in Chicago; USA (25). Socialt kapital mäts som social sammanhållning (tillit, relationer till grannar) och social kontroll (ungdomars beteende, tillgängliga brandstationer).

- 2) Kawachi m.fl., 1997. USA (18).  
Författarna mätte socialt kapital med tre komponenter; medborgerligt engagemang, tillit, normer och ömsesidighet.
- 3) Copper m.fl., 1999 (26). The National Health and Lifestyle Survey, Storbritannien. Denna studie initierades av the UK Health Education Authority och socialt kapital mättes som tillfredsställelse, trygghet, sociala resurser i närområden, socialt och medborgerligt engagemang.
- 4) Onyx och Bullen, 1998, Australien (17).  
Detta är ett exempel på en större studie av socialt kapital. Studien omfattar cirka 1 200 vuxna i fem olika regioner; två glesbygdsregioner, två storstäder samt ett innerstadsområde i Sydney. Man använde ett frågeformulär med 68 frågor som innehöll åtta distinkta element av socialt kapital: delaktighet i ett lokalsamhälle, sociala relationer (till grannar, familjemedlemmar och vänner), relationer på arbetsplatsen, känsla av tillit och trygghet, tolerans för mångfald, och kollektiva värderingar. De fem aspekterna av delaktighet och sociala relationer mäter socialt kapital på makronivå (strukturellt socialt kapital), medan resten – om trygghet, tillit och normer – mäter socialt kapital på mikro-nivå (individnivå eller kognitivt socialt kapital).
- 5) Putnam, 1995 (27). The Social Capital Community Benchmark Survey, USA.  
Olika dimensioner av socialt kapital studerades; social tillit, tolerans för mångfald, medborgerligt engagemang och social delaktighet.
- 6) Krishna och Shrader, 2000. The Social Capital Assessment Toll (SCAT), Indien och Panama (28).  
Dessa forskare är bland de första som studerat socialt kapital i utvecklingsländer, bl.a. i Panama och Indien. För närvarande tillämpas SCAT i Sydafrika, Zambia och Colombia. Måtten på socialt kapital kombinerar förhållande till samhälle, organisationer och hushåll. Det är en stor fördel att SCAT skiljer mellan kognitiva och strukturella komponenter av socialt kapital. Problemet är att validiteten och reliabiliteten ännu inte är testade, och att orsaker till och utfall av socialt kapital blandas i frågorna. Strukturellt socialt kapital består av social och medborgerlig delaktighet, institutionaliserade relationer, kollektiva åtgärder, förbindelser och kontakter med grupper som har resurser (t.ex. lokalsamhället, biståndsmyndigheter). Kognitivt socialt kapital består

av socialt stöd, tillit, medkänsla, ömsesidighet och samarbete, social harmoni, känsla av tillhörighet, upplevd rättvisa och upplevt socialt ansvar.

Den kognitiva delen som redovisas ovan stämmer överens med den teoretiska modellen om socialt stöd som konstruerades av House m.fl. 1985 (29). SCAT är skapad för att mäta socialt kapital i låginkomstländer med en hög andel av analfabeter och kräver intervjuer som tar cirka 15 minuter per person.

7) Lindström, 2000. Malmö Sverige (30).

Denna studie är en av de första som gör ett försök att studera betydelsen av socialt kapital på hälsovanor i Sverige. Den mäter socialt kapital med hjälp av ett index bestående av 13 frågor kring social delaktighet. Indexet har använts i Sverige av SCB sedan 70-talet.

Detta "sociala delaktighetsindex" inkluderar frågor om hur ofta man deltar i studiecirklar/ kurser på arbetet, föreningar, organisationer, stora familjesammankomster och privata fester, gudstjänster, idrott och demonstrationer, skriver artiklar/insändare till tidningar, besöker teater/bio, konst/konstutställningar och nattklubbar/nöjesliv.

Fördelen med denna undersökning är att den baseras på svenska förhållanden.

Nackdelen är att den enbart fokuserar på en dimension av socialt kapital (social delaktighet) och saknar alla andra viktiga element av socialt kapital som diskuterats ovan. Indikatorerna är enbart social delaktighet på individnivå, och därmed saknas information om medborgerligt engagemang och strukturellt socialt kapital.

8) The General Household Survey (GHS), HDA, Storbritannien, 2000 (31).

Syftet med GHS-undersökningen är att få underlag för nationella indikatorer för den sociala miljön i Storbritannien och finansieras av engelska Health Development Agency (HDA). Följande komponenter undersöks: synen på lokalsamhället, medborgerligt engagemang, ömsesidighet och lokal tillit, socialt stöd och socialt nätverk.

Fördelen med denna undersökning är att den skiljer på socialt kapital på individ- och samhällsnivå. Nackdelen är att GHS fokuserar på de sociala relationerna för individer och i lokalsamhället. Frågor om institutionaliserat socialt kapital (nivälänkande) saknas.

*Vidare metodologisk utveckling av begreppet socialt kapital inom hälsoforskning*

Studier kring socialt kapital bör inkludera både genus- och livsförlopps-perspektiv, som befruktat forskningen kring hälsa och social ojämlikhet. Hur dessa perspektiv relateras till socialt kapital diskuteras nedan.

*Genus och socialt kapital*

Familjen är, enligt Coleman, en primärplattform för generering av socialt kapital, vilket förs vidare till hela samhället. Eftersom kvinnor är primära vårdgivare, spelar de en viktig och avgörande roll för tidig utveckling av socialt kapital i samhället. Enligt Picciotto, 1998 (32), utvecklas individens förmåga att känna tillit redan i barndomen, i relationen mor–barn.

Män och kvinnor har olika sfärer där de kan agera och verka. Skillnader i sociala nätverk och motsvarande skillnader i tillgången på information, gör att kvinnors och mäns ekonomiska villkor skiljer sig åt. Även när kvinnors och mäns nätverk är lika stora skiljer de sig åt i sammansättningen. Mäns nätverk har en tendens att vara mer formella, eftersom män oftast är engagerade i formella arbeten. Mäns nätverk omfattar oftast fler arbetskamrater och färre släktingar än kvinnors nätverk (33). Detta gör att män har större utbud av resurser som bidrar till bättre hälsa, t.ex. arbete, viktig hälsoinformation och närmare kontakter med folk i makten. Kvinnors nätverk å andra hand, har en tendens att vara informella och omfattar även männens släkt (33, 34). Kvinnor använder sig av informella nätverk som en reaktion på bristande delaktighet i formella yrkesorganisationer.

Könsdiskriminering förslösar tillit, förstör familjerelationer, förhindrar sociala nätverk samt förbrukar socialt kapital och värdefulla möjligheter för samhället att arbeta mot gemensamma mål (32). Könsdiskriminering gör att det finns färre kvinnor på höga positioner i de flesta samhällen, och att kvinnor inte har lika stor tillgång till socialt kapital som män på hög nivå. Brist på tillgång till högre hierarkiskt socialt kapital, anser till exempel Campbell, m.fl., 1998 (35), vara till speciell nackdel för kvinnors yrkesutveckling.

I stort sett har genusaspekter varit bortglömda i litteraturen om socialt kapital. Det mesta fokuserar kring männens nätverk och tar oftast inte upp genusrelationer. Inte heller Världsbanken har tagit hänsyn till genusrelationer, trots att genusojämlikhet lyfts fram som en begränsning för ekonomisk utveckling särskilt i låginkomstländer.

*Socialt kapital ur ett livsförloppsperspektiv*

Sociala relationer byggs upp under en lång tid. Socialt kapital på gruppnivå består oftast till en stor del av de sociala nätverk och relationer som byggs upp redan i barndomen genom familj, vänner, grannskap, förskola och skola. Sådana relationer skapar ofta kontaktnät som kan vara värdefulla för att få arbete, bostad och egen familj. På så sätt utvecklas olika former av kapital, t.ex. finansiellt och kulturellt kapital (36).

Socialt kapital har olika funktioner, betydelse och nytta beroende på i vilket stadium i livet man befinner sig. Intresse för kultur skapas i barndomen och förs med till vuxenlivet. Därför är det viktigt att satsa resurser på förskolor och skolor för att skapa möjligheter till väl fungerande socialt kapital i samhället i ett längre perspektiv.

För medelålders personer är relationer som kan leda till arbete, bostad eller familjebildning viktiga. För dessa åldersgrupper är det ytterst viktigt att arbetsplatserna främjar socialt kapital och att det är lätt att delta i föreningsliv. Även om bara ett fåtal av de sociala förbindelserna på arbetsplatserna leder till någon form av nära och starka band, kan många arbetsrelaterade sociala förbindelser vara värdefulla när det gäller framtida karriär och andra hälsofrämjande resurser.

För äldre är socialt kapital som bidrar med praktisk hjälp att klara av dagliga ärenden och ger emotionellt stöd viktigt. Satsningar på äldreomsorgen och stimulans att delta i föreningslivet kan bidra till ökat socialt kapital.

Det är ytterst viktigt att tillämpa ett livsförloppsperspektiv när man analyserar socialt kapital och dess betydelse för hälsa. Detta är ännu viktigare när man planerar insatser för att bygga upp stödjande miljöer för hälsa.

*Globalisering, migration och socialt kapital*

Globalisering har bidragit bl.a. till ökad migration, som i sin tur har lett till ett multikulturellt samhälle. De viktigaste förutsättningarna för socialt kapital är gemensamma normer, värderingar och ömsesidigt stöd. Detta uppfylls inte i ett samhälle där det finns många olika kulturer och traditioner. I de nordiska länderna, där det länge har funnits en homogen befolkning, har det varit svårt att visa tolerans mot invandrare – särskilt mot dem från länder utanför Europa. Detta kan leda till diskriminering och social

exkludering, vilket är ett hot mot det sociala kapitalet och dess hållbarhet. Det är därför viktigt att man inkluderar befolkningens tolerans för mångfald i studier av socialt kapital och åtgärder mot diskriminering. En bredare diskussion om multikulturalism, sociala relationer och uteslutning diskuteras i kapitel 6 i denna bok.

## Socialt kapital och hälsa

Statsvetare, ekonomer och sociologer har använt begreppet socialt kapital under lång tid utan att relatera det till hälsa.

Världsbanken gjorde en betydelsefull insats inom området socialt kapital genom att initiera nätverket "The Social Capital Initiative (SCI)". (<http://www.worldbank.org/poverty/scapital/index.htm>). SCI byggde på tre huvudsyften: 1) att utvärdera effekter av socialt kapital på Världsbankens projekt, 2) att identifiera på vilka sätt utländskt bistånd kan vara behjälpligt för att stärka det sociala kapitalet, och 3) att ge ett bidrag till utvecklingen av indikatorer för uppföljning av socialt kapital och metoder för att mäta effekter av socialt kapital på ekonomisk utveckling. Utfallet socialt kapital var i fokus för de grundläggande makroekonomiska aspekterna på fattigdomsbekämpning men sambandet mellan socialt kapital och hälsa berördes inte.

*Hur blev hälsa intressant för forskare inom området socialt kapital?*

Under senare år har många hälsoforskare intresserat sig för socialt kapital. Detta har medfört att nya och spännande idéer om kring ämnet kommit fram. Betydelsen av socialt kapital på hälsa, väcktes av Putnams senaste bok, "Den ensamma bowlaren" (5). Där konstaterade han att: "socialt kapital (särskilt social anknytning) har den största betydelse för hälsa och välbefinnande, och att "ensambowlandet" är symtom på en av USA:s allvarligaste folkhälsoutmaningar". Vidare konstaterade Putnam att "bristande socialt kapital har lika stor betydelse som rökning när det gäller att orsaka ohälsa". Han lanserar i boken tesen att "det är lättare att gå med i ett nätverk än att sluta röka, motionera mera eller att gå ner i vikt".

Begreppet socialt kapital har använts inom hälsoforskning som en tänkbar förklaring av sambandet mellan inkomstjämlighet och ohälsa

(18). Ett antal studier har påvisat ett starkt samband mellan sociala nätverk och hälsa på individnivå. Det är därför inte osannolikt att det finns ett samband mellan socialt kapital och hälsa även på strukturell nivå.

Stöd för denna hypotes finns. Kawachi m.fl., 1997 (18), har påvisat ett övertygande samband mellan vissa indikatorer på socialt kapital (tillit och delaktighet i föreningar) och mortalitet. Data från 39 stater i USA visade att risken för dödlighet var starkt relaterad till andelen medlemmar i frivilliga organisationer och nivån på social tillit. Dessa samband kvarstod efter justeringen för fattigdomsnivå. Kawachi och medarbetare drar därför slutsatsen att socialt kapital bidrar till att förklara hur inkomstojämlikhet påverkar mortalitet.

Lynch m.fl. (37, 38), hävdar att sambanden mellan socialt kapital och hälsa förklaras av den materiella standarden. Denna diskussion presenteras mera utförligt i kapitel 2 av denna bok.

#### *Tänkbara mekanismer för sambandet mellan socialt kapital och hälsa*

Det finns omfattande epidemiologiska studier om mekanismer och orsaksamband för hur sociala relationer på individnivå påverkar hälsa (39–50). Ett lågt socialt kapital kan ge samma hälsoeffekter som bristande socialt nätverk. Dessa sammanfaller i stort sett med de effekter som diskuteras i relation till långvarig negativ stress. Långvarig negativ stress framkallar en rad psykosociala reaktioner. Dessa leder i sin tur till ohälsosamma levnadsvanor (rökning, skadlig alkoholkonsumtion, riskbeteende och bristande motion), vilka i sig kan ge ogynnsamma direkta hälsoeffekter, exempelvis lungcancer som en följd av rökning, leverskada på grund av alkoholmissbruk och övervikt som en följd av en kombination av bristande fysisk motion och överkonsumtion av kalorier. Dessutom förekommer direkta psykofysiologiska effekter på regleringen av stresshormonerna (katekolaminer och corticosteroider), blodtrycket och immunsystemet. Man vet dessutom att långvarig aktivering leder till minskad regenerationsförmåga i kroppen. Dessa effekter kan bidra till förhöjt blodtryck och fetma, som i sin tur ökar risken för hjärtinfarkt och blodpropp, försämrad immunfunktion som ökar risken för sänkt infektionsresistens, autoimmuna sjukdomar, ökad känslighet i skelettmuskulaturen vilket ökar risken för mekaniska skador vid fysisk belastning och ökad insulinresistens som i sin tur kan öka risken för diabetes av typ 2. Slutligen kan de fysiska och psyko-

fysiologiska mekanismerna samverka i uppkomsten av en rad sjukdomar. Den relativa betydelsen av socialt kapital i relation till dessa mekanismer är dock inte känd.

Socialt kapital kan påverka medieringsmekanismer mellan hiv/aids och fattigdom. Faktorer som hemlöshet, sämre möjlighet till utbildning, låg status för kvinnor och ett bristande samarbete inom grannskapet påverkar varandra och försämrar i sin tur det sociala kapitalet. Detta ökar kommunmedlemmarnas risk för ohälsa. Hög nivå av socialt kapital kan även bidra till en ökad smittrisk bland medlemmarna i ett slutet nätverk.

Health Development Agency (HDA) i England har under senare år gett stöd till ett antal empiriska projekt som undersöker sambandet mellan socialt kapital och hälsa. Resultat från dessa studier bör kunna bidra till efterlängtd kunskap om effekterna av socialt kapital på hälsa (51). Fler rapporter som publicerats av HDA kan hittas på webbsidan <http://www.hda-online.org.uk>. Dessa rapporter fokuserar på förhållanden i Storbritannien, som mera liknar övriga Europa än förhållanden i USA.

Det finns bristande kunskap om mekanismer för sambandet mellan socialt kapital på grupp- och makronivå och hälsa. På makronivå anses känsla för jämlikhet och rättvisa bland individer i samhället spela stor roll för hur socialt kapital kan tänkas påverka hälsan. Wilkinson, 1996, hävdar att mer jämlika samhällen ger bättre stöd åt sina medlemmar och därmed bidrar till bättre social sammanhållning (19). Det finns olika resonemang om hur socialt kapital påverkar hälsa. Wilkinson anser att sambandet mellan socialt kapital och hälsa bara finns i länder som har genomgått den s.k. epidemiologiska transitionen, dvs. höginkomstländer. Gillies m.fl., 1996 (52), hävdar å andra sidan att sambandet mellan socialt kapital och hälsa även kan påvisas i låginkomst samhällen.

Det finns allmänna samhälleliga konsekvenser av brist på socialt kapital, t.ex. hög förekomst av brott, våld och mord som förvärras av bristande sociala resurser och social ojämlikhet i samhället (53, 54). Lynch m.fl., 2001 (37), har varnat för att fokusering på begreppet socialt kapital kan leda till minskad uppmärksamhet på andra viktiga aspekter, t.ex. inkomst- och jämlikhet. Risken är då att vissa beslutsfattare hellre väljer att ange brist på socialt kapital som orsak till brister i välfärden och som argument mot kostsamma åtgärder, i stället för att t.ex. investera i fysisk infrastruktur och kollektivt finansierad service. Det är viktigt att intresset för begreppet



**Tabell 2. Översiktlig redovisning av empiriska studier om socialt kapital och hälsa i relation till ojämlikhet.**

(Källa: PUBMED 1997–2001)

Författare	Typ av socialt kapital	Land	Hälsomått
Det finns fyra undersökningar som är gjorda på General Social Survey-material och dessa redovisas nedan.	General Social Survey (GSS) användes och är en omfattande undersökning, där de flesta studier om socialt kapital har genomförts (se nedan).	GSS genomfördes i USA (ekologiska analyser baserade på 39 stater).	Hälsomåtten varierar i de fyra studierna.
Blakely, Kennedy & Kawachi, 2001 (55)	Medborgerlig delaktighet, sociala resurser.	USA	Självskattad hälsa.
Kawachi, Kennedy och Wilkinson, 1999 (53)	Social trygghet, sociala resurser, social delaktighet, tillit till andra.	USA	Mord och samhälleliga konsekvenser (brottslighet).
Kawachi, Kennedy & Glass, 1998 (56)	Medborgerligt engagemang/delaktighet, social delaktighet, tillit för andra.	USA	Självskattad hälsa.
Kawachi, Kennedy, Lochner et al, 1997 (18)	Social delaktighet, sociala resurser, tillit.	USA	Dödlighet
Lindström, 2000 (31)	Social delaktighet, inflytande	Malm, Sverige	Levnadsvanor

**Resultat (effekt på hälsa)****Kommentarer**

Datamaterialet används i flera studier (18, 53, 55, 56).

Inget samband mellan ojämlikhet i valdeltagande och inkomstjämlighet påvisades. Där valdeltagandet var lågt löpte individerna högre risk för sämre självskattad hälsa.

Övriga mått på socialt kapital utvärderades inte.

Hög inkomstjämlighet på statsnivå hade starkt samband med hög frekvens av våldsam brottslighet (mord). Låg tillit till andra korrelerade till hög brottslighet och flera hushåll med ensamstående mammor. Hög positiv korrelation påvisades mellan hög kollektiv efficacy-skala och delaktighet i föreningsliv och grannskapsservice. Det fanns dock en negativ korrelation till mord.

Inga validitets- eller reliabilitetstester utfördes.  
Inga övriga hälsomått ingick.

Individer som bodde i stater med låg tillitsnivå hade 40 % ökad prevalens för sämre självskattad hälsa än individer i stater med hög tillitsnivå.

Inga potentiella confounders beaktades.

Korrelation av inkomstjämlighet, socialt kapital och dödlighet. Alla fyra indikatorer hade samband med både inkomstjämlighet och dödlighet.

Först med att undersöka socialt kapital som en förklaring av effekten av inkomstjämlighet på hälsa.

Lågt socialt delaktighetsindex var starkt relaterat till bristande motion, även efter justering för ålder, etnicitet, yrkesstatus och andra sociala faktorer.

Endast social delaktighet och (delvis) inflytande som mått på socialt kapital.

Författare	Typ av socialt kapital	Land	Hälsomått
Rose, 2000 (57)	Social trygghet, tillit till andra, medborgerlig delaktighet.	Ryssland	Självskattad hälsa.
Veenstra, 2000 (58)	Medborgerligt engagemang och delaktighet, social delaktighet.	Kanada	Självskattad hälsa.
Rico, Fraile och Gonzolez, 1999 (59)	Medborgerligt engagemang och delaktighet, sociala resurser, inflytande.	Spanien	Tillgång till hälsoresurser.
Kennedy, Kawachi & Brainerd, 1998 (60)	Medborgerligt engagemang och delaktighet, sociala resurser, social trygghet.	Ryssland	Dödlighet

socialt kapital och dess effekter inte medverkar till att de bevisade hälsoeffekterna av fattigdom och social ojämlikhet underskattas och lämnas utan åtgärd.

*Empiriska studier som undersöker effekter av socialt kapital på hälsa redovisas i tabell 2. (Urvalet av studierna har gjorts genom en PUBMED-sökning (1997–2001), där sökordet varit "socialt kapital" och "social ojämlikhet" i artikeltiteln eller i nyckelorden.)*

Tabell 2 sammanfattar nio studier om socialt kapital i relation till hälsa. Bland hälsoutfallen har dödlighet (18, 60), självskattad hälsa (55, 56, 57, 58, 59), levnadsvanor (31), och samhälleliga konsekvenser (53, 59) studerats. I dessa studier har olika typer av socialt kapital undersökts; delaktighet, sociala resurser, medborgerligt engagemang, inflytande, social trygghet och tillit.

**Resultat (effekt på hälsa)**

Både humankapital och socialt kapital visades ha ett starkt samband med självskattad hälsa.

Samband mellan socialt engagemang och självskattad hälsa undersöktes. Deltagande i föreningar hade effekt på hälsa bland äldre men inte i hela studiepopulationen. Varken tillit eller medborgerlig delaktighet kunde relateras till hälsa.

Samband fanns mellan högt socialt kapital och förbättrade regionala hälsoresurser från staten.

Indikatorer på socialt kapital och social sammanhållning var relaterade till åldersjusterad dödlighet och antal levnadsår för både män och kvinnor.

**Kommentarer**

Inkluderade några variabler som vanligtvis inte ingår vid analys av socialt kapital, t.ex. räkning och mutor för att få läkarbehandling.

Reliabilitetstest på socialt kapital – variablerna utfördes.

Tillämpade Putnamns definition av socialt kapital. Inget hälsoutfall.

Mord användes för att både möta social sammanhållning och som mått på hälsoutfall.

## Forskningsbehov

- Att utveckla relevanta indikatorer på grupp- och makronivå som bäst speglar socialt kapital i Sverige. Flernivåanalyser av lokal, regional och nationell nivå är viktiga.
- Att undersöka underliggande sociala, kulturella, politiska och historiska aspekter på socialt kapital inom olika regioner och tidsramar. Det är viktigt att förstå varifrån socialt kapital kommer, hur det är relaterat till historia, ekonomi, kultur och materiella resurser, hur det modifierar och är modifierat av dessa faktorer och inom vilken tidsram.
- Att testa sambandet mellan hälsa och socialt kapital genom att utvärdera olika hälsomått i olika populationer och regioner. Uppfattningen om socialt kapital varierar nämligen mellan olika grupper, kulturer och regioner, och socialt kapital kan därmed ha olika effekter på olika hälsomått.

- Att undersöka förklaringar och mekanismer för hur socialt kapital påverkar hälsa. På grund av bristande enighet om indikatorer på socialt kapital bör mekanismerna som Wilkinson (1996) och Lynch m.fl. (2000) tidigare förslagit testas vidare. Mediering, ”confounding” och modifieringseffekter på sambandet mellan socialt kapital och hälsa bör analyseras.
- Att tillämpa multnivåanalytisk teknik och utvärdera vilken typ av socialt kapital och på vilken nivå som är mest relevant för folkhälsa. Genus-, livsförlopps-, mångfalds- och framtidsperspektiv bör tillämpas.
- Att undersöka vilka typer av socialt kapital på arbetet som kan bidra till god hälsa och välbefinnande och vilka arbetsplatsinterventioner som kan förbättra det sociala kapitalet.
- Att undersöka mekanismer för och konsekvenser av övriga interventioner som är avsedda att främja komponenter av socialt kapital i samhället. Potentiella effekter på människors hälsotillstånd bör analyseras i samband med förändringar i olika komponenter av socialt kapital.

Påståendet att social ojämlikhet i samhället kan leda till ohälsa genom att försämra sociala relationer, normer och tillit används av t.ex. Nationella folkhälsokommittén (61). Den alternativa förklaringen, att bristande socialt kapital är ett resultat av i stället för en orsak till hälsोजämlikhet, förtjänar vidare studier och fördjupade analyser.

## Förslag på indikatorer för socialt kapital

Nyckelindikatorerna för socialt kapital bör baseras på multnivåtänkande, dvs. på tre olika nivåer; grupp-nivå (olika grupper), kommun-nivå (olika arenor) och makronivå (välfärdstjänster, institutioner). De första två nivåerna innehåller informellt socialt kapital, som omfattar socialt kapital av både sammanbindande och överbryggande typ. Den tredje nivån (makronivå) innehåller formellt socialt kapital (t.ex. allmän social service, välfärdsenheter) som ger förutsättningar för socialt kapital av den nivälänkande typen.

Ambitionen i detta kapitel har varit att särskilja de traditionella, individbaserade mätten på socialt stöd och sociala nätverk från det strukturella sociala kapitalet. Därför tas inte indikatorer på individnivå med.

Figur 1 ger underlag för indikatorer på socialt kapital i ett samhälle som Sverige, där välfärdssystemet spelar en stor roll.

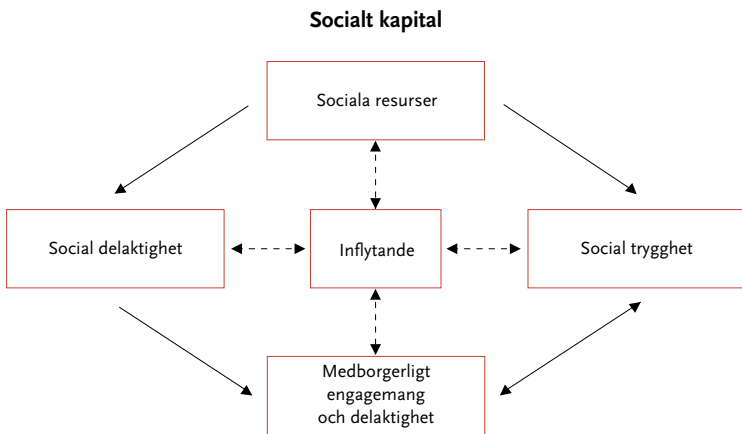
Indikatorer på socialt kapital har delats upp i fem typer och grupperats på grupp-, kommun-, och makronivå:

- Sociala resurser
- Social trygghet
- Social delaktighet
- Medborgerligt engagemang och delaktighet
- Inflytande

Mått på indikatorer föreslås på varje typ av socialt kapital på alla tre nivåer.

Indikatorer på socialt kapital och hur de samverkar med varandra sammanfattas i figur 2. Enligt figur 2 bidrar omfattningen av sociala resurser till förutsättningar för delaktighet (socialt och medborgerligt), som i sin tur bidrar till inflytande. Delaktighet och inflytande kan bidra till social trygghet. Å andra hand kan social trygghet ge förutsättningar för delaktighet och inflytande.

Förslag på indikatorer redovisas i tabell 3.



Figur 2. Sammanfattning av indikatorer på socialt kapital.

**Tabell 3. Förslag på indikatorer på socialt kapital på grupp-, kommun- och makronivå (finns att hämta från befintlig statistik, såsom ULF [HEK], m.fl.)**

Typ av socialt kapital	Gruppenivå <sup>2</sup> (Arenabaserat)	Kommunnivå <sup>3</sup> (Socialt kitt <sup>4</sup> )	Makronivå <sup>5</sup> (Institutionaliserat socialt kapital <sup>6</sup> )
Sociala resurser	Andel ungdomar, vuxna med fullständiga grundskolebetyg	Antal lärare/1 000 (för)skolebarn i området Antal BVC/1 000 barn i området.	Andel av BNP <sup>7</sup> som satsas på förskolan,
Social trygghet	Andelen av grannar som byter tjänster <sup>8</sup> Andel anmälda inbrott/våld Andel mord Andel alkoholister/droganvändare, hemlösa. Andel med full sysselsättning.	Antal frivilligorganisationer, kyrkor i lokalområdet som ger hjälp/1 000 hemlösa, missbrukare, ungdomar Antal arbetsmarknadsåtgärder/1 000 icke fullt sysselsatta personer.	Inkomstfördelning (Gini koefficient) Andel av BNP som satsas på allmän social välfärd. <sup>9</sup> Andel av BNP som satsas på arbetsmarknadsåtgärder mot full sysselsättning.
Social delaktighet	Andel som deltar i frivilligorganisationer, föreningar, studiecirkel, kurser. Biblioteksbesök.	Antal frivilligorganisationer, föreningar, kulturanläggningar, bibliotek/1 000 invånare i området. Antal studiecirkel, kurser/1 000 invånare i området.	Andel av BNP till informella frivilliga organisationer, föreningar, bibliotek, kultur, studiecirkel. Andel av BNP som satsas på integrationspolitik.
Medborgerligt engagemang och delaktighet	Andel som deltar i lokala politiska partier, styrelser, lokala organisationer. Valdeltagande.	Andel som deltar i valet på kommunnivå. Antal Folkets hus/1 000 invånare i området.	Valdeltagande i riket. Andel BNP till formella organisationer.
Inflytande	Andel som överklagar ett myndighetsbeslut. Andel demonstrationer.	Andel överklagande mål som behandlas inom ett år. Andel demonstrationer som får tillstånd från kommunen.	Andel myndighetsbeslut som får överklagas. Antal demonstrationer/år.

Föreslagna indikatorer på socialt kapital speglar beskrivningar och definitioner av tidigare förespråkare. Sociala resurser (Bourdieu, Portes), socialt

kapital på gruppnivå (Coleman), delaktighet och inflytande (Putnam) och socialt kapital på makronivå inklusive de vertikala och horisontella maktperspektiven (Woolcock, Narayan och Gillies).

De fem föreslagna indikatorerna på socialt kapital (sociala resurser, social trygghet, social delaktighet, inflytande och medborgerligt engagemang och delaktighet) fyller många av de kriterierna som beskrivs i inledningskapitel. Det finns goda belägg för sambandet mellan dessa indikatorer och hälsa från utländska studier, framför allt i USA men vi vet mycket lite om dessa indikatorers betydelse för hälsa för individer i Sverige.

Tillit föreslås inte som indikator trots att det ofta föreslagits som en viktig dimension i studier av socialt kapital. För att bäst förstå mekanismer mellan socialt kapital och hälsa bör tillit undersökas. I dag vet vi väldigt lite om betydelsen av tillit för hälsa, eftersom tidigare studier har utvärderat tillit i allmänhet och inte skilt på olika typer av tillit. Tillit till grannar kan ha annorlunda implikationer för hälsa än tillit för politiker. I framtida studier bör hälsa undersökas i förhållande till tillit på olika nivåer (grupp-, kommun- och makronivå).

Figur 2 visar ett förslag till underlag för hur man kan arbeta med begreppet socialt kapital i insatser för stödjande miljöer. I en underlagsrapport till Nationella folkhälsokommittén har föreslagits insatser för påverkan på socialt kapital på tre nivåer (kommun-, grupp- och individnivå) (61). Detta är i linje med förslaget på indikatorer som presenteras i detta kapitel.

- 2 Socialt kapital på denna nivå inkluderar sammanbindande relationer mellan individer i olika grupper i olika arenor, t.ex. skola, arbetsplats, bostadsområde, lokalsamhället, organisationer. Socialt kapital på denna nivå bör utvärderas genom observationer eller genom att fråga t.ex. grannar eller andra relevanta personer, och bör inte baseras enbart på individer.
- 3 Eller annan kategori av lokalsamhällsindelning.
- 4 Socialt kitt på kommunnivå skapas av överbyggande socialt kapital som utgör ett horisontellt maktperspektiv mellan olika grupper. Denna dimension av socialt kapital är oftast beroende av olika aktörer i lokalsamhället, t.ex. regional politik och hur den genererar sociala resurser i lokalområdet.
- 5 Formellt socialt kapital med nivåänkande typ som utgör ett vertikalt maktperspektiv och binder samman olika grupper till institutioner.
- 6 Institutionaliserat socialt kapital på makronivå kan också ses som politiska åtgärder för förbättrat socialt kapital i samhället.
- 7 BNP; Bruttonationalprodukt.
- 8 Hämta posten, vattna blommor, låna ut verktyg, bära tunga saker uppför trappan, ta hand om husdjur, handla.
- 9 Barn- och äldreomsorg, omsorg till funktionshindrade, socialtjänst.



Enligt underlagsrapporten till Nationella folkhälsokommittén (61) kan socialt kapital vara ett bra politiskt verktyg i folkhälsoarbetet. Därför bör utvecklingen av begreppet socialt kapital inom folkhälsoforskning, politik och arbete huvudsakligen koncentreras till den strukturella nivån. Socialt kapital är en kollektiv vara, som bör vara tillgänglig för alla (62, 63).

### *Ansvarig för texten*

Jag är tacksam för värdefulla synpunkter på texten av Töres Theorell, P-O Östergren, Sven Bremberg, Bernt Lundgren, Ylva Arnhof och Marianne Granath. Annika Strandell har språkgranskat texten.

## Referenser

1. Bourdieu P. The forms of social capital. In: JG Richardson (ed). *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Pp. 241–258. New York: Greenwood, 1986.
2. Coleman J. Social capital in the creation of human capital. *American J Sociology* 1988;94:S94–120.
3. Coleman J. *Foundations of social theory*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1990.
4. Putnam, RD. The prosperous community: social capital and public life. *The American Prospect* 1993;13:1–8.
5. Putnam RD. Bowling alone. Americas declining social capital. *J Democracy* 1995;6:65–78.
6. Portes A. Social capital. Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology* 1998;22:1–24.
7. Woolcock M, Narayan D. Social capital: implications for development theory, research and policy. *The World Bank Research Observer*. 2000;15:225–249.
8. Woolcock M. Social capital and economic development: towards a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society* 1998;27:151–208.
9. Narayan D. *A dimensional approach to measuring social capital*. Washington DC: World Bank, 1999.

10. Narayan D. *Bonds and bridges: social capital and poverty*. Washington DC: World Bank, 1999.
11. Putnam RD. *Making democracy work. Traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press, 1993.
12. Grootaer C. *Social capital. The missing link?* In: World Bank, Expanding the measure of wealth: Indicators of environmentally sustainable development. Washington DC, 2000.
13. Lochner K, Kawachi I, Kennedy BP. Social capital. A guide to its measurement. *Health and Place* 1999;5:259–270.
14. Gillies, P. The effectiveness of partnerships and alliances for health promotion. *Health Promotion International* 1998;13(2).
15. Harpham R, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy & Planning* 2002;17(1):106–111.
16. Gitell R, Vidal A. *Community organizing: Building social capital as a development strategy*. Newbury Park, USA. Sage Publications, 1998.
17. Onyx J, Bullen P. Measuring social capital in five communities. *J Applied Behavioral Science* 2000;36(1):23–42.
18. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *American J Public Health* 1997;87:1491–1498.
19. Wilkinson R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. New York: Routledge, New York, 1996.
20. Sen A. *Social exclusion: A critical assessment of the concept and its relevance*. Asian Development Bank, 1997.
21. Weber M. *The theory of social and economic organisation*. New York: The Free Press, 1947.
22. Li H, Squire L, Zou H. Explaining international and inter-temporal variations in income inequality. *The Journal of the Royal Economic Society* 1998;108:26–43.
23. Dréze J, Sen A. *India, development and social opportunity*. Delhi: Oxford University Press, 1995.
24. Gore C, Figueiredo J. *Social exclusion and anti-poverty policy: A debate. Research Series, 110*. Geneva. International Institute of Labour Studies, 1997.

25. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighbourhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997;277:918–924.
26. Cooper, H, Arber S, S, Fee, L, Ginn J. *The influence of social capital and social capital on health: a review and analysis of British data*. London: Health Education Authority, 1999.
27. Putnam RD. Turning in, turning out: The strange disappearance of social capital in America. *Political Science and Politics* 1995;28:664–683.
28. Krishna A, Shrader E. *Social capital assessment tool*. Washington: The World Bank Report, 1999.
29. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241:540–545.
30. Lindström M. *Social participation, social capital and socioeconomic differences in health-related behaviours*. Doctoral thesis. Lund: Lund University, 2000.
31. Coulthard M, Walker A, Morgan A. *Assessing people's perceptions of their neighbourhood and community involvement. A guide to questions for use in the measurement of social capital based on the General Household Survey module*. London: Health development Agency, 2001.
32. Picciotto, Robert. Evaluation and development: The institutional dimension. New Brunswick: Transaction Publishers. *Politics and Society* 1998;21(3):307–323.
33. Moore, Gwen. Structural determinants of men's and women's personal networks. *American Sociological Review* 1990;55.
34. Neuhouser, Kevin. Worse than men: Gendered mobilization in an urban Brazilian squatter settlement, 1971–1991. *Gender and Society* 1995;9(1):38–59.
35. Campbell C, Wood R, Kelly M. *Social capital and health*. London: Health Education Authority, 1999.
36. Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. *The Milbank Quarterly* 2001;79(3):387–427.
37. Lynch J, Davey Smith G, Hillemeier M et al. Income inequality, the psychosocial environment and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet* 2001;358:194–200.

38. Muntaner C, Lynch J. Income inequality, social cohesion, and class relations. A critique of Wilkinson's Neo-Durkheimian research program. *International J Health Services* 1999;29:59–81.
39. Berkman L, Syme S. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *American J Epidemiology* 1979;109(2):186–204.
40. Berkman L. The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine* 1995;57:245–254.
41. Welin L, Svärdsudd K, Ander-Perciva S et al. Prospective study of social influences on mortality. *Lancet* 1985;I:915–918.
42. Orth-Gomér K, Johnson JV. Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chronic Diseases* 1987;40:949–957.
43. Hanson BS, Isacson S-O, Janzon L, Lindel SE. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly men. The prospective study of "Men born in 1914", Malmö, Sweden. *American J Epidemiology* 1997;130:100–111.
44. Horsten M, Mittleman AM, Wamala SP, Schenck-Gustafsson K, Orth-Gomér K. Depression and social isolation in relation to prognosis of coronary heart disease in women. *European Heart J* 2000;21(13):1072–1080.
45. Bandura A. *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
46. Antonovsky A. The sense of coherence as a determinant of health. *Advances* 1984;1:37–50.
47. Horsten M, Mittleman AM, Wamala SP et al. Depression and social isolation in relation to prognosis of coronary heart disease in women. *Eur Heart J* 2000;21(13):1072–1080.
48. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995;91:999–1005.
49. Antonovsky A. *Unravelling the mystery of health*. San Francisco. Jossey-Bass, 1987.
50. Barefoot JC, Helms MJ, Mark DB et al. Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *American J Cardiology* 1996;78:613–617.

# 6.

## MIGRATION, ETNICITET OCH HÄLSA – UNDERLAG FÖR INDIKATORER *Brita Törnell*



# 6.

## MIGRATION, ETNICITET OCH HÄLSA – UNDERLAG FÖR INDIKATORER *Brita Törnell*

---

### Sammanfattning

I detta kapitel presenteras och diskuteras några av de faktorer som på olika sätt har visat sig ha betydelse för hälsoutvecklingen hos gruppen utrikes födda i Sverige. Utgångspunkten är de stora hälsoskillnaderna som påvisats mellan olika etniska grupper. Sambandet mellan hälsa och etnicitet är komplext och många olika faktorer på olika nivåer spelar in. I detta kapitel lyfts arbetsmarknadsförhållanden och bostadssegregationen fram som speciellt viktiga. Dessa två faktorer har en avgörande betydelse för de berörda gruppernas möjligheter att delta på lika villkor i det svenska samhället. I kapitlet tas också etnisk diskriminering fram som en viktig bakomliggande förklaring till vissa invandrargrupper svårigheter att ta sig in på bland annat arbets- och bostadsmarknaden oberoende av tidigare erfarenheter, utbildning och tid i Sverige.

Kapitlet utmynnar i dels ett antal viktiga bakgrundsfaktorer som måste beaktas då vi skall följa hälsoutvecklingen för gruppen utrikes födda, dels i ett antal indikatorer.

Några av de viktigaste föreslagna indikatorerna som har valts ut är:

- Andel utrikes födda som har upplevt sig diskriminerade i olika situationer.
- Majoritetsbefolkningens attityder gentemot olika etniska grupper.
- Andel valdeltagande bland olika etniska grupper.
- Andelen godkända elever med utländsk bakgrund från grund- och gymnasieskolan.

- Andel sysselsatta och sysselsättningsgrad respektive arbetslösa i olika etniska grupper.
- Arbete i relation till utbildning och etnicitet.
- Kvot sverigefödda/utrikesfödda i olika regionala områden och olika bostadsområden.

Detta förslag bör ses som ett underlag för fortsatta diskussioner och en vidare utveckling av indikatorer och mått. Det finns i dag stora kunskapsluckor inom detta område. Därför behövs mycket mer forskning om vi på ett bra sätt skall kunna följa de utrikes föddas hälsotillstånd och livsvillkor i Sverige.

## Inledning och historik

Syftet med detta kapitel är att få ett underlag för mått och indikatorer som kan visa hur den svenska integrationspolitiken påverkar hälsoutvecklingen för de berörda grupperna.

Kapitlet inleds med en kort historik om invandringen och invandringsspolitiken i Sverige under de senaste decennierna. Detta följs av en kort genomgång av olika begrepp som är relevanta för detta kapitel. Därefter redovisas en beskrivning av hälsotillståndet hos de invandrargrupper som finns i Sverige i dag. Sedan diskuteras de strukturella och individuella faktorer som påverkar hälsan hos gruppen utrikes födda med fokus på den svenska arbetsmarknaden och bostadssegregationen. Endast studier av förhållanden i Sverige har refererats.

Avslutningsvis redovisas förslag på indikatorer, mått och rekommendationer för fortsatta analyser.

### *Historik*

Befolkningen i Sverige har under några decennier genomgått stora förändringar och Sverige är i dag ett land med många olika kulturer, språk och religioner. Drygt en miljon av Sveriges befolkning är utrikes födda, därtill finns det cirka 800 000 personer som är födda i Sverige med en eller två utrikes födda föräldrar, det vill säga sammanlagt 20 procent av befolkningen.



Det har alltid bott människor som har invandrat från olika länder i Sverige men de stora förändringarna i befolkningssammansättningen har skett i samband med efterkrigsinvandringen. I slutet av 1940-talet uppstod ett starkt behov av arbetskraft till industrin vilket innebar att arbetskraftsinvandringen blev dominerande. Då kom personer från Norden (framför allt Finland) och södra Europa, bl.a. Italien, dåvarande Jugoslavien, Grekland och Turkiet till Sverige för att arbeta. Under 1970-talet skärptes invandringsreglerna i Sverige vilket ledde till att invandringen ändrade karaktär från arbetskraftsinvandring till flyktinginvandring, dvs. inflyttningen till Sverige tilläts främst av politiska eller av humanitära skäl. I viss mån har också arbetskraft rekryterats till bristyrken som exempelvis läkare, ingenjörer och olika experter.

Flyktinginvandringen under 1980-talet dominerades av flyktingar från Iran och Irak samtidigt som flyktinginvandringen från Chile fortsatte. Under 1990-talet sökte sig ett stort antal flyktingar från delar av forna Jugoslavien och från Somalia hit (1).

Den invandrade befolkningen har ökat från knappt 200 000 år 1950 till 1 027 974 i slutet av år 2001. I jämförelse med andra europeiska länder har Sverige en hög andel utrikes födda i befolkningen. Vi har också i jämförelse med andra länder många fler olika nationaliteter och därmed många olika språk. För närvarande finns 150 olika tolkspråk representerade. Av de utrikes födda som bor i Sverige i dag bedöms en tredjedel ha invandrat på grund av flyktingskäl eller liknande, en tredjedel av familjaskäl, medan det i övriga fall rör sig om arbetskraftsinvandring. I dag är den största gruppen invandrare anhöriginvandrare. De som har invandrat till Sverige kan grovt delas in i tre grupper: en tredjedel är födda i övriga Norden, en tredjedel är födda i övriga Europa, medan en tredjedel kommer från länder utanför Europa (2).

Enligt departementskrivelsen "Alla lika olika – mångfald i arbetslivet" (3) kommer två tydliga förändringar att ske i den svenska befolkningen fram till år 2015. Befolkningen blir äldre och de med utländsk bakgrund fortsätter att bli fler, vilket inte i första hand beror på en större invandring utan på grund av att allt fler av barnen som föds i Sverige kommer att ha en eller två föräldrar som är utrikes födda och att de flesta som dör i hög ålder är personer som är födda i Sverige. Det konstaterades också att personer

med utländsk bakgrund har en bättre ålderssammansättning från arbetskraftssynpunkt än den övriga befolkningen och år 2015 kommer att utgöra 27 procent av den arbetsföra befolkningen.

### *Från invandrar- och flyktingpolitik till integrationspolitik*

Svensk invandrar- och flyktingpolitik har som målsättning haft samma jämlikhetssträvanden som ligger till grund för den svenska välfärdsstaten. År 1975 antogs av riksdagen i Sverige en målinriktad invandrapolitik samlad under parollerna jämlikhet, valfrihet och samverkan. Syftet med invandrapolitiken var att invandrarna skulle bli delaktiga i samhällslivet på lika villkor som infödda svenskar och kunna välja i vilken grad de vill behålla sin kulturella identitet och i vilken mån de vill uppgå i den ”svenska” kulturella identiteten. Men resultatet blev delvis det motsatta. Politiken riktades i stor utsträckning till invandrare som grupp.

År 1996 ändrades den rådande flyktingpolitiken och dess inriktning. De invandrapolitiska målen från 1975 omvärderades till uttalade tankegångar om en integrationspolitik. Detta skulle uppnås genom att ta till vara samhällets mångfald inom alla politikområden.

Det övergripande målet för integrationspolitiken är, sedan 1996, lika rättigheter, möjligheter och skyldigheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Det innebär att främja en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund och en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt och tolerans och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för. Integration är enligt den nya inriktningen inte bara en invandrarfråga där invandrare skall anpassas till det svenska samhället utan en samhällsfråga som består av en rad olika processer som berör hela befolkningen, såväl utrikes födda som sverigefödda, samt samhället i stort och dess institutioner. Enligt dessa målsättningar bör därför inte integrationsfrågan längre bara handla om olika åtgärder riktade till de utrikes födda, utan också handla om hur samhällets institutioner bör förändras för att möta ett Sverige som präglas av en kulturell mångfald (4). I syfte att förstärka de integrationspolitiska målsättningarna inrättades 1 juni 1998 en ny statlig myndighet – Integrationsverket.

### *Migrationens påfrestningar*

Oavsett varför man lämnar sitt hemland innebär migrationen alltid ett uppbrott och en förlust av ett kulturellt och socialt sammanhang. Migration innebär stora livsförändringar på gott och ont, nya möjligheter och nya svårigheter. Hur migrationen utfaller beror dels på olika livsvillkor hos den som migrerar, dels på förhållandena i det nya landet.

Migrationen och dess effekter skiljer sig bland annat åt för dem som har kommit hit som arbetskraftsinvandrare jämfört med dem som kommit hit som asylsökande/flyktingar. Arbetskraftsinvandrarna har flyttat på mer eller mindre frivillig basis. De har redan innan de kom hit blivit utvalda för ett arbete, vilket i sig innebär en rad fördelar.

För dem som kommit hit som asylsökande ser situationen ofta väldigt annorlunda ut. För en flykting som söker asyl har tillvaron ofta under en lång tid präglats av traumatiska upplevelser och livsvillkor förenade med oro och stress. Förhållandena i hemlandet med direkt eller indirekt våld eller hot om våld följs av en tid med väntan på asyl som innebär ytterligare påfrestningar. Till det kommer oro för anhöriga som är kvar i hemlandet. En stor grupp av de flyktingar som kom under 1990-talet hade varit utsatta för fysisk och psykisk tortyr både i hemlandet och under flykten (5). De hade ofta fysiska sjukdomar, led av depression och hade psykosomatiska besvär. De asylsökande har ofta ett bristande och ibland obefintligt socialt nätverk och saknar förebilder vid hantering av svåra livssituationer. Själva asylsituationen innebär för många ett tillstånd av osäkerhet och en period då de ställs inför en rad utmaningar både av psykologisk, social, politisk, ekonomisk och biologisk natur. Detta i sig kan vara stressframkallande. Det påverkar inte minst den första tiden i det nya landet. Ett professionellt bemötande har en stor betydelse för deras fortsatta hälsa och fortsatta integration.

Det finns också stora skillnader i hur man påverkas av migrationen beroende på i vilken ålder migrationen skedde. För barn som inte själva har valt att flytta kan förlusten och smärtan se ut på ett sätt medan svårigheterna för föräldrarna som har varit tvungna att ta alla beslut och hoppas på ett bättre liv, kanske framför allt för sina barn, ofta ser ut på ett annat sätt. Det finns också forskning som tyder på att barn och föräldrar ofta är i olika faser under migrationsprocessen, vilket medför att föräldrarna inte alltid uppmärksammar barnens situation och sorg och därför inte kan stödja barnen på det sätt som skulle behövas (6).

### *Integrationsprocessen*

I olika länder inom och utom Europa har man formulerat olika strategier för integration av utrikes födda. Dessa strategier varierar från en integration som baseras på en total anpassning, det vill säga *assimilation*, till en mer pluralistisk integration då man tar hänsyn till olika kulturella och sociala anpassningsformer, s.k. multikulturalism (7).

Multikulturalism har som främsta motto ett erkännande av och respekt för kulturella skillnader. Avsikten är att värna om mångfald till skillnad från assimilering som syftar till homogenisering, det vill säga att vi alla skall bli så lika som möjligt. Även om multikulturalism rent instinktivt är att föredra framför anpassningsmodeller, menar exempelvis docent Irene Molina (7) att denna modell bör granskas med en viss skepticism. Molina menar att multikulturalism inte tar upp frågor om social och ekonomisk jämlikhet eller maktfrågor och den tar för givet att människor som invandrar kommer från annorlunda kulturer. Sedan används dessa "annorlunda" kulturella egenskaper för att förklara brister i den så kallade strukturella integrationen, det vill säga hög arbetslöshet och segregerade boendemönster bland utrikes födda.

Integrationsprocessen in i det nya samhället ser mycket olika ut för olika etniska grupper och för olika individer inom dessa grupper. Integrationsprocessen påverkas, liksom migrationsprocessen, av en rad olika faktorer. Exempelvis handlar det om faktorer som skäl till invandring, individens hälsotillstånd, utbildningsnivå, ålder vid invandring samt situationen i hemlandet och för anhöriga som är kvar. Dessutom påverkas integrationsprocessen av majoritetsbefolkningens föreställningar om den etniska grupp man tillhör samt om det är låg- eller högkonjunktur i inflyttningslandet. De människor vars normer och värderingar liknar de som är rådande i det nya landet har större förutsättningar att integreras snabbt i det nya samhället (8, 9).

I rapporten "Integration till svensk välfärd" (8), konstateras att det finns stora skillnader mellan arbetskraftsinvandrare från länderna i Norden och centrala Europa i jämförelse med de flyktingar som kommer från andra världsdelar och Balkan. Rapporten hävdar att arbetskraftsinvandrarnas eventuella välfärdsskillnader försvinner relativt snabbt efter invandring medan flyktingarnas välfärdsresurser även efter många år i Sverige skiljer sig avsevärt från den svenska normen. I samma studie poängteras att

den sociala, kulturella och språkliga distansen mellan invandrarlandet och hemlandet har stor betydelse för hur snabbt man kan integreras och vilken utdelning individuella resurser såsom utbildning och arbetslivserfarenheter kan ge på kort och på lång sikt.

Integrationen kan se mycket olika ut för barn och deras föräldrar. Barnen konfronteras ofta mer direkt med det svenska samhället genom skolan och kamrater. Detta kan leda till sprickor mellan generationer och/eller mellan makar. Hur familjen som helhet anpassar sig i den nya situationen avgörs framför allt av hur de olika konflikterna kan lösas. Föräldrarnas vilja att acceptera förändringar och barnens vilja att behålla delar av familjetraditionerna blir ofta avgörande (6).

### *Begrepp och definitioner*

Vi använder oss i detta kapitel av en rad olika begrepp som är specifika just inom detta område. Dessa begrepp används i olika sammanhang med helt olika betydelser och är ibland också laddade med särskilda innebörder. Det mest förekommande begreppet är invandrare och bakom det döljer sig en mängd viktiga variationer som kan vara mycket intressanta då vi skall följa och förstå hälsoutvecklingen i olika etniska grupper. Ett annat exempel på ett begrepp som också används i olika sammanhang i dag är integration. Även det används slarvigt och ofta i en väldigt snäv bemärkelse. Eftersom dessa begrepp och dess innebörder är viktiga i detta sammanhang har vi valt att definiera dem och andra begrepp i bilaga 1.

## Hälsotillståndet i olika etniska grupper

Nationella folkhälsokommittén konstaterade att förutom den klassmässiga fördelningen av ohälsa finns en motsvarande på grundval av etniskt ursprung. Det finns dock inga enkla samband mellan etniskt ursprung och hälsotillstånd, bland annat därför att de utrikes födda är en mycket heterogen grupp.

Kunskapen om hälsa hos utrikes födda är mycket begränsad. De flesta studier är gjorda lokalt med små urval, endast ett fåtal studier är baserade på nationella representativa data. År 1996 genomförde Socialstyrelsen en första rikstäckande undersökning av fyra olika invandrargruppers levnads-

förhållanden för personer födda i Polen, Chile, Turkiet och Iran. Denna studie har resulterat i en rad olika rapporter och är ofta refererad till i beskrivningar av hälsotillståndet hos utrikes födda (10, 11, 12, 13).

Under hösten 2002 presenterades en ny nationell studie av Jan Sundquist och medarbetare i samarbete med Staten folkhälsoinstitut (15). Syftet med studien var att ge en heltäckande bild av hälsotillståndet hos olika invandrargrupper i Sverige. Hälsotillståndet hos de olika grupperna jämfördes dels sinsemellan, dels med den svenska majoritetsbefolkningens hälsotillstånd. Studien baseras på olika nationella data som har samlänkats samt på ULF-undersökningar. I studien fokuseras på hjärt-kärlsjukdomar, cancer och psykisk ohälsa, dessutom har levnadsförhållanden och arbetsrelaterad ohälsa studerats. Resultat från bägge dessa studier kommer att presenteras kontinuerligt i detta kapitel.

### *Psykisk ohälsa*

Den psykiska ohälsan har överlag ökat under 1990-talet inte minst bland gruppen utrikes födda (14). I studien "Födelselandets betydelse" blir skillnader mellan de utrikes födda och den sverigefödda gruppen tydlig då psykisk ohälsa studeras (15). I alla de redovisade indikatorerna för psykisk ohälsa (vård på psykiatrisk avdelning, självmordsförsök, självmord, insjuknande i schizofreni och andra psykoser) visar de utrikes födda sämre psykisk hälsa jämfört med personer födda i Sverige. Speciellt dålig psykisk hälsa redovisas bland finska invandrare och bland kvinnor från OECD-länderna.

I Socialstyrelsens undersökning av fyra invandrargrupper (10) mäts psykisk ohälsa bland annat med ett index GHQ12. Resultaten utifrån denna visar att iranierna hade sex gånger större risk för psykisk ohälsa jämfört med personer födda i Sverige och tre gånger ökad risk jämfört med personer födda i Polen. I samma undersökning konstateras också att de utrikes födda lider av sömnbesvär, ångslan, oro och ångest i större omfattning än den sverigefödda gruppen. Värst är det bland kvinnorna där drygt var fjärde kvinna i de undersökta invandrargrupperna har sömnproblem och besvär med huvudvärk.

På senare år har det uppmärksammats att många av de flyktingar som kom under 1990-talet lider av s.k. posttraumatiska stressyndrom, PTSD. Det är en diagnos på ett ofta alltmer invalidiserande psykiatriskt tillstånd

som en följd av extremt svåra upplevelser. Enligt en nyligen publicerad doktorsavhandling uppfyllde mer än en tredjedel av deltagarna i en studie av 86 nyanlända kurdiska flyktingar i Sverige diagnosen PTSD (16). Utmärkande var att de upplevt ett livslångt förtryck och flera krig. Andra studier pekar på liknande resultat. I en studie av bosniska flyktingar fann man att mellan 18–33 procent led av PTSD (17).

Forskning har också visat att vissa invandrargrupper är överrepresenterade i statistiken över självmord, både internationellt och i Sverige (18). Under de senaste åren har det dock skett en minskning i dessa grupper liksom för hela befolkningen. Forskning visar vidare att låg social integration, låg socioekonomisk status och låg inkomst har ett samband med självmord, särskilt bland invandrare. Det finns även en direkt koppling mellan diagnosen PTSD och förhöjd benägenhet till självmordsbeteende (19).

### *Hjärt-kärlsjukdomar*

Det finns en tydlig internationell trend mot en minskning av dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar i de flesta västländer. Samtidigt finns det emellertid stora skillnader mellan olika grupper i samhället. I Sverige löper flera stora invandrargrupper betydande överrisker för insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar jämfört med personer födda i Sverige (15). Samtidigt kan konstateras att andra invandrargrupper löper mindre risk för hjärt-kärlsjukdomar jämfört med alla andra grupper inklusive den svenska befolkningen. Män födda i Finland, Polen och före detta Sovjetunionen löper mellan cirka 10–35 procent högre risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar medan iranska, afrikanska och latinamerikanska män uppvisar mellan 15–35 procent lägre risk än män födda i Sverige. Speciellt hög risk löpte kvinnor från Finland, Bosnien och Irak, mellan 30–50 procent högre än sverigefödda.

### *Cancer*

Resultatet från studien ”Födelselandets betydelse” visar att risken för cancer varierar kraftigt och är väldigt olika beroende på vilken cancerform som studeras och vilken etnisk grupp som analyseras (15). Ofta är skillnaderna större mellan olika invandrargrupper än mellan invandrare som grupp och sverigefödda. För vissa cancerformer (prostata- och bröstcancer) är risken överlag högre för den sverigefödda befolkningen. Vissa grupper tenderar att bibehålla sin låga risk för cancer även efter lång tid i

Sverige, medan andra tvärtom löper en högre risk att drabbas i Sverige jämfört med både personer födda i Sverige och personer i deras hemländer. Exempelvis bibehåller kvinnor från Bosnien sin låga risk för cancer medan kvinnor från Polen och andra östeuropeiska stater når samma höga bröstcancerrisk som i Sverige trots den låga risken i hemländerna.

I en nyligen publicerade studie från SCB (8) studeras välfärdsskillnader mellan olika invandrargrupper och den infödda svenska befolkningen. Resultatet bygger på ULF-undersökningar för åren 1979–2001. Genom att systematiskt jämföra olika invandrargrupper med motsvarande så kallade svenska tvillingar (där familjesituation, kön, ålder och utbildning konstant-hållits), vill man i studien få fram de skillnader som finns på grund av invandrarstatus, det vill säga de skillnader som inte kan förklaras av andra faktorer. Ett annat syfte med studien har varit att se hur snabbt olika invandrargrupper integreras till den så kallade normala välfärdsnivån i Sverige.

Ett viktigt resultat från studien är att hälsoproblemen tenderar att öka i takt med utvandringslandets ekonomiska, geografiska och kulturella avstånd från Sverige och dess majoritetsbefolkning. Det finns en tydlig skillnad mellan invandrare från Norden och centrala EU-länder, kallade ”personer från rika länder vars medborgare kan invandra fritt som arbetskraftsinvandrare”, jämfört med flyktingar från andra delar av världen med krigstillstånd, politisk instabilitet och lägre ekonomisk utvecklingsnivå. I denna studie görs också en jämförelse mellan utrikes födda som varit här färre eller fler än tio år. Generellt är den upplevda hälsan något sämre bland nyanlända jämfört med dem som varit här 10 år eller längre. Detta ser dock också mycket olika ut för olika invandrargrupper.

### *Särskilda riskgrupper*

Förutom de studier som refererats ovanför har vissa riskgrupper studerats särskilt, t.ex. flyktingbarn och adopterade.

### *Flyktingbarn och barn som lever gömda*

Att vara barn och flykting innebär att man under sin uppväxttid utsätts för stora påfrestningar. Flyktingbarnen kan ha utsatts för krig och/eller politisk förföljelse i hemlandet, de kan ha förlorat sitt hem och en rad viktiga personer i sin närhet, släkt och kamrater. I vissa fall har flyktingbarnen också skilts från någon eller båda av sina föräldrar.



Sedan mitten av 1980-talet har ett antal mindre studier av psykisk hälsa hos nyanlända flyktingbarn i förskole- och skolåldern genomförts i Sverige. De flesta av dessa visar på en mycket högre belastning av psykiska och psykosomatiska symtom hos de nyanlända flyktingbarnen jämfört med andra barn i Sverige (6). Andra studier av flyktingbarn visar att PTSD-relaterade symtom förekommer hos 25–50 procent av barnen under de första åren efter ankomsten till Sverige (20). Tiden i exil innebär en rad nya påfrestningar när barnen och deras föräldrar skall anpassa sig till allt nytt.

Varje år anländer cirka 300 ensamkommande barn till Sverige. Det är en mycket utsatt grupp som på många olika sätt under sin första tid i Sverige riskerar att utveckla ohälsa eller förstärka den ohälsa de bär med sig. Antalet gömda barn har ökat under 1990-talet. Dessa barn har sökt asyl i Sverige men fått avslag på sin ansökan och familjen har valt att leva illegalt i Sverige framför att återvända hem (6). Vid årsskiftet 1996/97 var 1 300 barn efterlysta hos polisen på denna grund. Gömda barn har under lång tid haft mycket begränsade rättigheter både beträffande förebyggande vård samt hälso- och sjukvård. I mars 2000 togs ett regeringsbeslut om att dessa barn skall ha rätt till en fullständig hälso- och sjukvård samt tandvård. Hur detta fungerar i realiteten finns inget skrivet om.

#### *Adoptivbarn*

Mer än 48 000 utlandsfödda barn har adopterats av svenska föräldrar sedan internationella adoptioner började genomföras i Sverige i större skala i slutet av 1960-talet.

Studier i början av 1970-talet visade att adoptivbarn med ursprung utanför Europa hade en del övergående anpassningsproblem under den allra första tiden i Sverige, men att de därefter inte på något anmärkningsvärt sätt skilde sig från andra barn under förskole- och skolåldern (21). I slutet av 1980-talet kom oroande larmrapporter från barnpsykiatriska kliniker och socialförvaltningar om att många adoptivbarn med utländsk bakgrund hade problem med skolk, kriminalitet och aggressivitet (21).

I en nyligen publicerade studie (22) jämförs adopterade barn från Asien och Sydamerika (födda mellan 1970–1979) med sverigefödda barn, med sina ”syskon” (ej adopterade) och med barn som invandrat i tidig ålder till Sverige tillsammans med sina biologiska föräldrar. Studien visar stora skillnader i hälsa mellan framför allt adoptivbarnen och de barn som är

födda i Sverige. Adoptivbarnen löper tre till fyra gånger större risk att få allvarliga psykiska problem som leder till självmord, försök till självmord och psykiatrisk inläggning, de löper fem gånger högre risk att bli beroende av droger och två till tre gånger högre risk att begå brott i jämförelse med andra sverigefödda barn från liknande socioekonomiska miljöer. Studien visar också att de adopterade löper högre risk för att få anpassningsproblem som unga vuxna.

Som grupp betraktad är hälsotillståndet hos de adopterade i studien likvärdigt med tillståndet hos de barn som invandrat tillsammans med sina föräldrar, något högre risk för psykisk ohälsa och något mindre risk för bristande social anpassning.

I en liknande studie har man studerat övervikten hos adopterade barn i Sverige. En större andel av de adopterade är överviktiga jämfört med de övriga grupperna (23).

I dessa studier diskuteras olika förklaringar till de stora hälsoskillnader som framför allt finns mellan adopterade och sverigefödda barn. Till skillnad från övriga invandrare kommer de adopterade barnen ofta hit i en tidigare ålder och till ett svenskt hem. Dessutom får invandrarfamiljerna ofta en låg social position i Sverige i motsats till adoptivföräldrarna, som tvärtom ofta har en bra ekonomisk situation. Anpassningsperioden till det nya landet kunde därför förväntas vara tämligen okomplicerad.

Bland tänkbara orsaker till den kraftiga psykiska ohälsan hos adopterade diskuteras författarna bland annat ursprungslandets betydelse, inte sällan kommer de adopterade från extremt fattiga länder med undernäring och annat som följd. Den biologiska mammans hälsotillstånd och eventuella missbruk kan ha effekter på barnets fortsatta hälsoutveckling. För barn som adopterats i senare ålder är tiden innan de kom till Sverige av ännu större betydelse. Liksom invandrare bemöts även dessa grupper av diskriminering och rasism. Hur utbredd denna diskriminering är och hur viktig den är som enskild faktor till de skillnader i ohälsa som föreligger i befolkningen är inte studerat.

### *Äldre*

Tio procent av dem som är äldre än 65 år, 130 000, är utrikes födda. Framtidsprognoser visar att både antalet och andelen äldre invandrare i befolkningen kommer att stiga snabbt under de kommande decennierna.

De största grupperna kommer från de nordiska länderna. Största delen av ökningen beror på att den invandrade befolkningen åldras och en mindre del beror på att äldre personer flyttar till anhöriga i Sverige (5).

I Nationella folkhälsokommitténs underlagsrapport ”Folkhälsa och integration” (5), konstateras att i de få studier som gjorts bland äldre invandrades hälsa visar resultaten att både den fysiska och den psykiska hälsan skiljer sig i mycket liten utsträckning från sverigefödda. De skillnader som finns framkommer framför allt då frågor om den självupplevda hälsan ställs. En större andel av gruppen äldre invandrare anger då symtom och besvär av olika slag.

I en kartläggning av det hälsofrämjande arbetet bland äldre invandrare som genomfördes 1998 (24) framkom bland annat att ensamhet och isolering bland äldre invandrare var de dominerande riskfaktorerna för ohälsa. Svårigheter med svenska språket i kombination med ovana vid seder och bruk bidrar till svårigheter att etablera kontakter med det svenska samhället. Det har tidigare också konstaterats att vid demensutveckling försvinner bland annat det senast inlärd språket.

#### *Kvinnor*

I studien ”Födelselandets betydelse” (15), konstateras att invandrarkvinnor löper större risk att drabbas av olika sjukdomar jämfört med invandramännen. En förklaring som nämns i rapporten är kvinnornas dåliga ställning på den svenska arbetsmarknaden. Förutom arbetslöshet förekommer också ”fastläsning” i lågstatusyrken med ökade hälsorisker. De invandrade kvinnornas arbetsmiljö och arbetsvillkor har oftare än för jämförbara sverigefödda grupper varit såväl fysiskt som psykiskt undermåliga och chanserna att komma till något bättre har varit minimala (25). Dessa resultat stämmer väl överens med Socialstyrelsens undersökning av fyra invandrargrupper där resultaten visar att kvinnor från samtliga invandrargrupper har mellan en och en halv till tre gånger större risk än män att drabbas av ohälsa (10).

## Strukturella och individuella faktorer som påverkar hälsan hos utrikes födda

Bakom skillnaderna i hälsa mellan utrikes födda och sverigefödda finns många olika faktorer på både individ och gruppnivå samt samhällsfaktorer såväl i hemlandet som i Sverige. Invandrarnas arvsanlag, levnadsvanor och hälsoförhållanden hos befolkningen i deras ursprungsländer påverkar deras hälsa, liksom påfrestningarna före och i samband med själva migrationen. Vidare kan ökad sjuklighet bero på förändrat livsmönster, förändringar i kostvanor och i fysisk aktivitet efter migrationen. Därtill finns alla de faktorer som är knutna till migrationssituationen (att vara invandrare) i Sverige såsom språksvårigheter, integrationssvårigheter, kulturkrockar, hemlängtan och oro för anhöriga i hemlandet. Förutom detta tillkommer faktorer på samhällslevellelig nivå i Sverige, exempelvis svårigheter att komma in på arbetsmarknaden, bostadssegregering, diskriminering och rasism, vilket i sin tur leder till låg social position och ohälsa.

Det har också visat sig i flera studier att utrikes födda personer utnyttjar hälso- och sjukvården i mindre utsträckning än de har behov av och att de oftare än andra i det svenska samhället avbryter påbörjad behandling och att de får sämre service (26). Andra svenska studier visar att det finns en tendens bland invandrare att söka akutsjukvård i stället för primärvård och att detta är associerat med en ökad mortalitet (27).

Professor Jan Sundqvist har utarbetat en modell som visar komplexiteten mellan migration och ohälsa (se bilaga 2).

### *Social position och delaktighet*

Vissa etniska grupper får ofta en låg social position när de kommer till Sverige, oberoende av vilken position de haft tidigare. Det är tydligt att i det nya landet har deras tidigare erfarenheter, utbildning och sociala ställning i många fall liten eller ingen betydelse för den nya sociala position man får. I stället verkar det vara så att genom att tillhöra en viss etnisk grupp så får man också med en viss automatik en svag social position. Detta innebär i sin tur begränsad tillgång till resurser och därmed ökar risken för sjukdomar. Bland annat visar resultaten i Statens folkhälsoinstituts nya rapport att en stor del av de skillnader i hälsa som man finner beror på socioekonomiska faktorer (15).

Utvecklingen har under 1990-talet enligt Kommittén Valfärdsbokslut (28), dessutom varit mindre gynnsam för många utrikes födda. Klyftorna mellan de sverigefödda och de utrikes födda har vidgats alltmer – inte enbart när det gäller tillgång till välfärd och arbete utan också beträffande socialt och politiskt deltagande. Detta är enligt utredningen en av orsakerna till att gruppen utrikes födda i högre grad fått ekonomiska problem och en sämre hälsoutveckling än andra.

Delaktighet och inflytande är viktiga faktorer som har en positiv inverkan på hälsan, medan maktlöshet och utanförskap kan leda till ohälsa. För att kunna delta i samhällslivet och ha inflytande över sin situation krävs inte bara formella rättigheter utan även reella möjligheter. Kunskaper och information om samhället och möjligheterna att göra sin röst hörd är viktiga förutsättningar för deltagande och inflytande. Utrikes födda är underrepresenterade på alla nivåer i beslutssammanhang, ju högre upp i hierarkierna man kommer, desto sämre blir mångfalden (4).

Valdeltagandet bland utländska medborgare är lågt och har sjunkit mellan åren 1994–1998. Förstagångsväljare med utländsk bakgrund röstade i mindre utsträckning än andra unga vilket är en oroväckande trend eftersom det kan vara ett tecken på utanförskap (5).

### *Diskriminering*

I dag lyfts den etniska diskrimineringen fram som en viktig förklaring till den etniska differentieringen som finns på flera områden i samhället. Det finns en hel del forskning som pekar på att de skillnader som finns mellan personer födda i Sverige och utrikes födda inte kan förklaras utifrån vare sig kompetens, utbildning eller andra observerbara mått. Dessa skillnader jämnas heller inte ut med tiden för vissa grupper av invandrare utan förekommer även bland barn till utrikes födda (29).

Den etniska diskrimineringen finns överallt i samhället, bl.a. på arbetsmarknaden, bostadsmarknaden, kreditmarknader, men också i kontakter med olika myndigheter bl.a. socialtjänsten och polisen. Förekomsten av diskriminering vid kontakter med offentliga institutioner är särskilt allvarligt. En av förutsättningarna för att en människa skall känna sig delaktig i ett samhälle är förstås att han eller hon har tilltro till offentliga institutioner (30).

I en kunskapsöversikt från Integrationsverket analyserar docent Paulina de los Reyes och journalisten Mats Wingborg den etniska diskriminering-

ens förekomst med fokus på arbetsliv, arbetsmarknad, skolvärlden, massmedia och inom rättsväsendet (29). De konstaterar att särbehandlingen av vissa etniska grupper är systematisk. Detta beror dock varken på tillfälligheter, illvilja eller okunskap. Diskrimineringen är, enligt rapporten, snarare "det självklara utfallet av en strukturell ordning som ger vissa individer eller grupper företräde framför andra". Deras genomgång av forskning visar bland annat att arbete, inkomst, bransch, och om man överhuvudtaget får tillträde till arbetsmarknaden kan, genom samhällets diskriminerande mekanismer, i stor utsträckning bestämmas utifrån vilken etnisk grupp man tillhör och inte utifrån utbildning eller kompetens.

Man bör enligt dem rikta fokus mot samhället och samhällets strukturer och inte minst de hindrande strukturerna som finns på bland annat arbetsmarknaden.

Anders Lange har på uppdrag av Integrationsverket vid olika tillfällen studerat fyra invandrargrupperns upplevelser av diskriminering. I den senaste undersökningen som genomfördes 1996 ställdes också en rad frågor om den fysiska och psykiska hälsan (31). Resultaten visar att upplevd diskriminering signifikant ökar risken för psykisk ohälsa bland samtliga studerade invandrargrupper. En del av dessa resultat har analyserats vidare och presenterats i Socialstyrelsens rapport "Olika villkor – olika hälsa" (13), där det bland annat redovisas att upplevelsen av diskriminering ökar risken för ohälsa mellan två och två och en halv gång i samtliga studerade invandrargrupper jämfört med om man inte upplever sig diskriminerad. Lange diskuterar i sin rapport det faktum att människor kan uppleva att de är diskriminerade trots att ingen objektiv diskriminering föreligger och konstaterar att det givetvis kan vara ett mätproblem i studier som dessa (31). Han menar dock att det faktum att han vid flera olika tillfällen i olika studier med olika frågor fått samstämmiga resultat tyder på att den rapporterade diskrimineringen i undersökningarna också till väsentlig del handlar om faktisk diskriminering. Däremot har han i samma undersökning funnit att människor som behärskar det svenska språket dåligt till viss del rapporterar mera upplevd diskriminering än de som har bra språkkunskaper. Det kan vara så, menar han, att dålig kunskap i svenska bidrar till att man missuppfattar vissa situationer och tolkar det som diskriminering och där kan med andra ord finnas en del "falska rapporter".

Se vidare avsnittet om etnisk diskriminering på arbetsmarknaden.

### *Arbetsmarknad*

Arbete har en primär roll i dagens samhälle. Inte bara som inkomst- och försörjningskälla utan också för självkänslan. Arbetet är dessutom en viktig länk till samhället och till sociala nätverk av grupper och institutioner. Arbetsmarknaden var till att börja med gynnsam för dem som kom hit som tidiga arbetskraftsinvandrare. Tidvis var sysselsättningsgraden till och med högre än bland infödda svenskar (32, 33). Men från slutet av 1970-talet har läget på arbetsmarknaden blivit allt sämre för gruppen utrikes födda.

I samband med en ökad flyktinginvandring på 1980-talet har situationen på arbetsmarknaden för utomnordiska medborgare blivit alltmer problematisk och sysselsättningstalen har sjunkit markant trots 1980-talets högkonjunktur. Lågkonjunkturen under 1990-talets första hälft fördjupade svårigheterna och utrikes födda var en av de grupper som drabbades särskilt hårt. De relativt nya invandrargrupperna, som kom till Sverige under denna period av nedskärningar och hög arbetslöshet drabbades hårdast, men situationen försämrades även för tidigare arbetskraftsinvandrare från 1990-talet första hälft (25).

Trots den positiva utvecklingen på arbetsmarknaden under de senaste åren är skillnaderna mellan utrikes födda och sverigefödda fortfarande stora beträffande såväl sysselsättning som arbetslöshet.

### *Sysselsättning och arbetsvillkor*

Statistik från SCB visar att andelen sysselsatta i arbetsför ålder år 2000 fortfarande är betydligt lägre för utrikes födda (60 %) jämfört med sverigefödda (77 %). Det finns dock stora variationer inom gruppen utrikes födda. Personer som kommer från länder utanför Europa och från Östeuropa har svårast att komma in på arbetsmarknaden, har höga arbetslöshetstal samt längre arbetslöshetsperioder.

Sysselsättningen bland dem som invandrat uppgick år 2000 till 70 procent för personer födda i ett EU- eller EES-land, 61 procent för personer födda i övriga Europa och 54 procent för personer födda utanför Europa (34). Den öppna arbetslösheten bland utrikes födda uppgick till 5,3 procent för personer födda i ett EU- eller EES-land, 9,5 procent för personer i övriga Europa och 14,2 procent för personer födda utanför Europa. För personer födda i Sverige var siffran 3,2 procent (1).

Skillnaderna mellan olika invandrargrupper blir ännu tydligare om man jämför enskilda världsdelar och länder. Invandrare från afrikanska och asiatiska länder har exempelvis högre genomsnittlig arbetslöshet och lägre sysselsättningstal än övriga utrikes födda. Här finns det ett statistiskt samband med vistelsetid i Sverige. Nya studier visar dock att under de senaste fem åren har sysselsättningen ökat snabbare för utomeuropeiska medborgare än bland infödda svenskar. Mellan 1997 och 2001 steg antalet sysselsatta från knappt 89 000 till drygt 123 000. Under samma period växte sysselsättningen för svenska medborgare med drygt 7 procent. Bland annat har situationen för personer från Bosnien förbättrats dramatiskt under 1990-talets andra hälft. Från 1995 års extremt låga sysselsättningsgrad (9 %) och höga arbetslöshet (59 %) hade gruppen år 2000 närmast sig den genomsnittliga nivån för personer som invandrat till Sverige (1).

SCB diskuterar i sin rapport "Integration till svensk välfärd" dessa förändringar och ställer sig kritisk till påståendet om att trenden har vänt. De menar att även om sysselsättningstalen för utrikes födda procentuellt sett har ökat mer än för personer födda i Sverige så är den absoluta ökningen inte större för gruppen som helhet än för sverigefödda (8).

Statistik visar att sysselsättningsgraden ökar och arbetslösheten sjunker bland utrikes födda i relation till hur länge de har bott här. Trots detta är risken att vara arbetslös för utrikes födda som bott minst 20 år i Sverige 40 procent större än för dem som är födda i Sverige (1).

I en nyligen publicerad studie från Integrationsverket "Ett förlorat 90-tal" (35) har man jämfört de utrikes födda och sverigefödda med avseende på hur de har klarat sig på arbetsmarknaden under perioden 1990–1996. Studien omfattade enbart personer som hade arbete 1990. Trots samma utbildnings- och anställningslängd och samma arbetsställe drabbades de utrikes födda mycket hårdare av nedskärningarna jämfört med sverigefödda.

Denna studie visar också att det finns tydliga tecken på att arbetsmarknaden har olika effekter på olika individer beroende på grupptillhörighet. Invandrare från Norden och Europa klarade sig generellt sett bättre än individer från andra världsdelar såsom Afrika och Asien. I diskussionen konstaterar man att "resultatet i denna studie pekar i klar riktning mot att diskriminering på arbetsmarknaden kanske är mer utbredd än vi har velat föreställa oss".



Statistik visar således att den svenska arbetsmarknaden är tydligt segererad, inte bara mellan kvinnor och män utan också mellan infödda och utrikes födda och att det finns tendenser till segregation även mellan olika etniska grupper (1). Utrikes födda är koncentrerade till ett fåtal yrkesområden med en kraftig överrepresentation i okvalificerade arbeten med låga inkomster.

Kommittén Velfärdsbokslut (36) visar att det finns markanta skillnader i arbetsvillkor mellan infödda och utrikes födda arbetstagare. De utrikes födda riskerar nära nog dubbelt så ofta som infödda att ha ett enformigt arbete. Både arbetsolyckor och arbetsjukdomar har varit betydligt vanligare bland kvinnor och män med utländsk bakgrund än bland arbetare med svensk bakgrund inom samma yrken. De förra har dessutom oftare blivit förtidspensionerade än arbetare med svensk bakgrund. Undersökningen visar också att en mindre andel av de utrikes födda anser att de har inflytande över sin arbetssituation jämfört med sverigefödda.

### *Utbildningens betydelse*

Bland människor som invandrat till Sverige finns både lågutbildade och personer med mycket hög utbildning och kvalificerad yrkeserfarenhet i proportioner som liknar den sverigefödda befolkningens (1).

Även om invandrarna generellt har lika hög utbildningsnivå som sverigefödda finns en större spridning jämfört med personer födda i Sverige. Bland annat saknar 25 procent av den utrikes födda befolkningen mellan 25–44 år gymnasieutbildning vilket kan jämföras med 14 procent av den sverigefödda befolkningen. Skillnaderna i sysselsättningsgrad mellan sverigefödda och utrikes födda är dock störst bland högutbildade och minst bland dem som har låg utbildning (25). En förklaring som ges är att det ställs högre krav på goda svenskkunskaper bland de välutbildade, men att det också kan finnas ett inslag av etnisk diskriminering ”även om detta inte kan verifieras statistiskt” (37).

Hög utbildning från hemlandet verkar vara ett hinder för vissa invandrargruppers integration på arbetsmarknaden och ger betydligt sämre avkastning för dessa grupper av invandrare jämfört med sverigefödda (8). Andelen fattiga bland invandrare från Afrika med eftergymnasial utbildning är sju gånger högre än bland sverigefödda med eftergymnasial utbildning. Bland invandrare från före detta Jugoslavien är den fyra gånger högre.

I en studie från AMS (38) fann man att endast 39 procent av de utlandsfödda akademikerna hade ett arbete som motsvarade deras utbildningsnivå jämfört med 85 procent av dem som är födda i Sverige. I samma studie visade man att nära hälften av dem som är högskoleutbildade och har ett arbete inom vård och omsorg har ett okvalificerat arbete. Detta innebär bl.a. att många läkare och sjuksköterskor arbetar som undersköterskor.

#### *Inkomstskillnader*

Det finns också stora inkomstskillnader mellan personer som har invandrat till Sverige och dem som är födda här. Mellan 1975 och 1985 var skillnaderna i inkomst mellan utrikes och inrikes födda liten även om det fanns stora skillnader mellan olika invandrargrupper (39). Under slutet av 1980-talet låg dock de utrikes föddas medelinkomster på en klart lägre nivå än de sverigeföddas (40). Det sistnämnda var också fallet under första hälften av 1990-talet (41).

Enligt Integrationsverkets rapport "Ett förlorat 1990-tal" finns det en skillnad i löneinkomster beroende på hur länge man har vistats i Sverige. De som tillhör gruppen tidigare invandrare har haft en bättre inkomstutveckling (35).

I en undersökning från SCB (8) visar det sig att andelen fattiga varierar ganska lite mellan sysselsatta och ej sysselsatta utrikes födda medan båda dessa grupper skiljer sig avsevärt från gruppen sverigefödda. Likheten mellan grupperna sysselsatta och icke-sysselsatta tyder på att det i gruppen sysselsatta ingår många som tillhör ett hushåll där det finns någon annan som saknar arbete eller har otillräcklig inkomst på grund av låg timlön, kort arbetstid/deltid eller oregelbunden inkomst.

#### *Vilka övriga hinder finns på arbetsmarknaden?*

Liksom kopplingen mellan migration och hälsa är kopplingen mellan migration och arbetslöshet komplex. Faktorer som spelar in finns på alla olika nivåer.

Socialstyrelsens undersökning 1998 av fyra invandrargrupperns levnadsförhållanden i Sverige (10), visar att de faktorer som har störst betydelse för dessa gruppers möjligheter att få inträde på arbetsmarknaden är ursprungsland, ankomsttid, vistelsens längd, aktuell ålder, kön, civilstånd och partners etnicitet (svensk/icke-svensk), aktuell typ av bostadsort samt

utbildning. Dessutom visade sig aktuell tidsperiod ha väldigt stor betydelse. Exempelvis var det på 1990-talet dubbelt så svårt att få arbete för dem som ingick i undersökningen jämfört med på 1980-talet.

Det fanns dock stora skillnader mellan förklaringsmodeller för kvinnor och män. När det gällde kvinnor var det färre faktorer som var av betydelse. Ursprungslandet hade genomgående mindre betydelse för kvinnors chanser att få arbete. Även civilstånd och partners etnicitet hade större betydelse för män än för kvinnor.

### *Diskriminering*

Ett allvarligt hinder för utrikes födda att komma in i arbetslivet är etnisk diskriminering.

Av undersökningarna i rapporten "Invandrare och diskriminering" (43), framgår att arbetslivet är ett av de områden inom vilka flest människor upplever sig bli etniskt diskriminerade. Personer födda i mellersta och södra Afrika, Iran, Arabvärlden, respektive Latinamerika rapporterade mest diskriminering då dessa undersökningar genomfördes. Bland afrikaner och iranier rapporterade varannan att han eller hon inte fått sökt jobb på grund av sin utländska bakgrund (43).

I en kunskapsöversikt har författaren Sten Höglund gått igenom den forskning som finns i Sverige om diskriminering av invandrare i arbetslivet mellan åren 1990–1996 (42). Han konstaterar att man i dag vet hur diskrimineringen går till, vilka som har möjlighet att diskriminera och att diskrimineringen tenderar att ha en hierarkisk prägel såtillvida att de grupper som av den svenska majoritetsbefolkningen uppfattas vara mer lika "det svenska" tenderar att diskrimineras mindre. Höglund visar också att den indirekta diskrimineringen har ökat vilket bland annat, tror han, har att göra med den ökning av nätverksrekrytering som har skett i det svenska samhället. Av alla arbetslösa som rekryterades under 1990-talet fram till 1998 svarade nätverksrekryteringen för cirka hälften av rekryteringerna och de flesta nätverk tenderar att vara etniskt selektiva. Höglund säger också att en hel del av den diskriminering som sker inom arbetslivet är omedveten och att det därför är viktigt att den svenska majoritetsbefolkningen får klart för sig vad diskriminering handlar om och hur den kan gå till. Det är viktigt, menar han, att visa på att diskriminering inte förutsätter att det alltid finns en medveten avsikt eller rasistiska idéer.

Dan Roth har i sin forskning försökt att renodla faktorer som kan utlösa etnisk diskriminering genom att undersöka situationen för utlandsadopterade och för barn till utrikes födda. Roth delar i sin forskning upp de adopterade i två kategorier, de som har ett utseende som liknar de sverigefödda och de som anses ha ett utländskt utseende. Roths resultat visar att jämförelsegruppen av infödda svenskar har den lägsta graden av arbetslöshet och att de adopterade med "svenskt utseende" har en arbetslöshet som endast är cirka 1 procent högre. Däremot är skillnaden i arbetslöshet i jämförelse med infödda svenskar betydligt större för de med "utländskt utseende". De har en arbetslöshet som är cirka 10 procentenheter högre än den sverigefödda jämförelsegruppen (44).

#### *Arbetsrelaterad ohälsa*

Utrikes födda har vanligtvis sämre arbetsvillkor jämfört med personer födda i Sverige och därmed också en sämre arbetsmiljö. I en europeisk litteraturoversikt konstateras att det finns en hel del kunskap kring migration och hälsa och mellan arbete och hälsa, men däremot finns det mycket lite kunskap som kombinerar dessa tre aspekter (45).

Fysiska belastningsproblem liksom stressigt och enformigt arbete är de enskilda indikatorer som har starkast samband med självrapporterad ohälsa och visar på de största skillnaderna mellan utrikes födda och personer födda i Sverige. Både arbetsolyckor och arbetssjukdomar har varit vanligare bland utrikes födda än hos arbetare bland sverigefödda. Risken för arbetsolyckor är drygt 20 procent högre jämfört med personer födda i Sverige. De utrikes föddas sjuktal ligger 70 procent över de sverigeföddas nivå (46).

Att många invandrare också i högre grad än andra är överkvalificerade för sina arbetsuppgifter kan förklara att större andel upplever sig ha en sämre psykosocial arbetsmiljö enligt en undersökning från SCB (8). Fyra olika indikatorer har använts för att studera arbetsmiljö; hur psykiskt ansträngande arbetet är, vilka möjligheter som finns att lära sig nya saker, om arbetet är jäktigt och om personerna har instrumentell inställning till arbetet eller inte (en instrumentell inställning till arbetet innebär att man ser arbetet främst som en inkomstkälla utan någon form av annan tillfredsställelse). I denna studie påpekas att det finns stora skillnader mellan olika invandrargrupper. Personer födda i nordiska länder och centrala EU-

länder upplever sig ha en bättre fysisk och psykisk arbetsmiljö jämfört med övriga grupper, medan utrikes födda från Syd- och Östeuropa och från Mellanöstern upplever sig ha en relativt dålig arbetsmiljö i Sverige.

#### *Bostadsmarknaden/bostadssegregationen*

Boendet är en viktig del av den materiella välfärden, starkt förknippat med inkomstnivåer och arbete. Boendesegregationen har i många sammanhang lyfts fram som ett växande problem i Sverige, inte minst i de tre storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö. Enligt Kommittén Välfärdsboks slut har såväl den ekonomiska som den etniska boendesegregationen förstärkts i Sverige under 1990-talet (36).

#### *Bostadssegregationens uppkomst*

Bostadspolitiken har sedan 1960-talet haft ett integrerat boende som mål, inte bara efter socio-ekonomiska och demografiska kriterier utan också efter etniska kriterier. Bostadspolitiken under 1950- och 1960-talet hade till syfte att bygga bort bostadsbrist, trångboddhet och låg standard. I storstädernas ytterområden byggdes då en miljon lägenheter, i vad som kom att kallas miljonprogrammen. Med tiden kom många av dessa lägenheter att bebos av människor med sämre socioekonomiska förutsättningar än befolkningen i övrigt. Med den växande flyktinginvandringen från mitten av 1980-talet var det framför allt nyanlända invandrare som flyttade in i lägenheterna i miljonprogrammen. I dag är utrikes födda, varav många nyanlända, starkt överrepresenterade i dessa områden. Gemensamt för områdena i dag är att de präglas av betydligt högre andel arbetslösa och långvariga socialbidragstagare än i landet generellt. Omsättningen på hyresgäster är mycket hög, i vissa områden flyttar en fjärdedel av invånarna ut under ett år. De som flyttar in är ofta de senast anlända invandrarna. De som flyttar ut är påfallande ofta människor som gått från arbetslöshet till jobb, som fått bättre ekonomiska förutsättningar och därmed har möjlighet att förändra sitt boende (7).

Segregationens mönster såsom det kan beskrivas vid 1990-talets slut var grundlagt redan under 1970- och 1980-talen. Därefter sker det under 1990-talets första fem år en fördjupning av segregationen så att befolkningen i låginkomstområden blir fattigare och de i höginkomstområden blir rikare. Utrikes födda personer, särskilt från utomeuropeiska och mus-

limska länder, är kraftigt överrepresenterade i storstädernas låginkomstråden (7).

Det finns också starka samband mellan sysselsättningsituationen och boendet. De grupper som har lägst förvärvsfrekvens har boendemönster som avviker mest från majoritetsbefolkningen (7).

Närmare hälften av alla invandrarhushåll bor i hyresrätt medan en tredjedel av hushållen äger sin bostad. Motsvarande fördelning bland födda i Sverige är en tredjedel i hyresrätt och drygt hälften som äger sin bostad. Att vissa invandrade grupper och deras barn, även efter många års vistelse i landet, hänvisas till särskilda bostadsområden gör den etniska boendesegregationen till ett strukturellt problem i Sverige (7).

Enligt Irene Molina finns det osynliga barriärer och diskriminerande mekanismer på bostadsmarknaden som bidrar till att cementera det segregerade boendet. Diskriminering kan enligt henne uppstå i samband med tilldelning av bostäder i de privata hyresfastigheter liksom i de allmännyttiga bostadsföretagen. Invandrade personer kan också känna sig ovälkomna i "svensktäta" bostadsmiljöer och inte vilja utsätta sig för stress orsakad av detta (47).

Samma tankegångar förs i en artikel av Per Wirtén där han skriver att en orsak till att segregationen tilltar är att fattiga medborgare utestängs från mer attraktiva områden, eftersom de saknar pengar, kontakter och ibland också fast arbete. Ofta nekas socialbidragstagare hyreskontrakt. Det finns också enligt honom ett etniskt eller rasistiskt gallringssystem. Privata värddar vägrar hyra ut till invandrare eller barn till invandrare från "fel" länder. Många privata bostadsförmedlingar rensar helt enkelt bort dem från sina köllistor (48).

Det finns överlag svårigheter med att visa på bostadsegregationens hälsoeffekter för dem som bor där, bland annat på grund av den omfattande rörlighet som är vanlig i flertalet av dessa bostadsområden. En annan svårighet är att skilja mellan utfall som kan bero på invånarnas hälsa, arbetsmarknadsposition, utbildningsnivåer, ålderssammansättning eller hushållstyper å den ena sidan, och sociala miljöeffekter å den andra.

Olika studier har konstaterat att boendesegregationen existerar på såväl stora som små orter. Konsekvenserna av etnisk och socioekonomisk segregation är dock inte alltid de samma. Segregationen i de stora städerna leder till uppdelning inte bara i boendet utan också i tillgänglighet till olika funk-

tioner (kommersiell och offentlig service) samt till att barnen från skilda sociala och etniska miljöer sorteras efter skolornas upptagningsområde. Dessa effekter är väsentligt mindre i de medelstora och mindre städerna (50).

#### *Olika sätt att mäta bostadsegregation*

Andersson med flera föreslår ett antal olika kvantitativa och kvalitativa mått för att mäta bostadssegregationen. Bland några av de mått som beskrivs finns:

*Dissimilaritetsindex* som är ett av de vanligaste måtten för att mäta bland annat ojämlikheter i inkomst. Jämn spridning råder då dissimilaritetsindex är lika med noll, men stiger sedan med ökande ojämlikhet till värdet hundra.

*Segregationsindex* är ett specialfall av dissimilaritetsindex och är ett mått på hur en grupps boende avviker från hela befolkningens boende, dvs. summan av avvikelser mellan gruppens och befolkningens boende i alla delområden på en ort. Det anger hur stor procentuell andel av en grupp som måste flytta till andra områden för att det inte skall vara över- eller underrepresentation i något område. Segregationsindex går liksom dissimilaritetsindexet från noll till hundra (50).

#### *Den första tiden i Sverige*

Det finns mycket som tyder på att den första tiden i Sverige, de s.k. asyl- och introduktionstiden, har stor betydelse för den fortsatta hälsoutvecklingen hos framför allt personer som kommit hit som flyktingar. Under denna tid upplever många mycket stress och oro och dessutom tvingas många till ofrivillig passivitet. Det finns studier som belyser hur en redan dålig hälsa kan förvärras under denna tid på grund av oro för negativt besked och dåligt boende liksom av för högt ställda eller missriktade krav i introduktionsprogrammet. I en nyligen publicerad doktorsavhandling (16) beskrivs asyl- och introduktionsperioden som en tid då det finns möjlighet till läkning, men tyvärr också till skada – "to heal or to harm".

#### *Kunskaper i svenska språket*

För utrikes födda är svenskkunskaperna av stor betydelse för såväl tillgodogörandet som användbarheten av högre utbildning. I regeringens propo-

sition 1997/98:165 (49) lyfts språkets betydelse fram som avgörande då det gäller att bryta den etniska segregationen i storstadsområdena. Stärkandet av det svenska språket ses också som en nyckel till ett framgångsrikt resultat i flera av storstadsarbetets delmål (51). I flera undersökningar av elever med utländsk bakgrund och deras fortsatta studier efter grundskolan har man funnit starka samband mellan färdighetsnivån i svenska och studieresultat i gymnasieskolan. Undersökningen visar att utrikes födda elever med bra kunskaper i svenska klarar sig i genomsnitt lika bra som elever med svenska som modersmål, medan elever med dåliga svenskkunskaper visade sig ha dåliga förutsättningar att klara vidare gymnasiestudier (52).

#### *Levnadsvanor*

En del av de skillnader i ohälsa som finns mellan utrikes födda och sverige-födda kan förklaras av olika levnadsvanor och livsstilar.

Utrikes födda som kommer från olika delar av världen har också med sig olika vanor och attityder till alkohol, narkotika och tobak när de kommer till Sverige. Detsamma gäller givetvis matvanor och fysisk aktivitet. Dessutom påverkas de av migrationssituationen, mötet med Sverige och de vanor och attityder som finns här till olika livsstilar och droger. Hos framför allt barnen till de utrikes födda kommer samspelet mellan det nya och gamla att styra deras vanor (6). Detta bekräftas också i en studie av Stig Helling som menar att det finns en påtaglig risk för blandmissbruk bland andra generationens invandrare eftersom de "ärver" föräldragenerationens vanor samtidigt som de anammar de svenska (53).

Resultat från Socialstyrelsens studie om levnadsförhållanden hos fyra olika invandrargrupper visar att med undantag av personer födda i Polen så var det mindre vanligt bland de utrikes födda att ha druckit alkohol det senaste året jämfört med sverige-födda. Detta gäller både kvinnor och män (10).

Det finns få nationella studier som belyser de utrikes föddas narkotikamissbruk. I den så kallade UNO-undersökningen särredovisades 1992 narkotikamissbruket bland utrikes födda och barn till utrikes födda. Där utgjorde denna grupp 21 procent av de inrapporterade fallen av tungt narkotikamissbruk, vilket var något högre jämfört med andelen personer med utländsk bakgrund i befolkningen (som då var 16 %). Resultaten visade att andra generationens nordiska invandrare missbrukade fler pre-



parat än första generationen. Skillnaderna i narkotikamissbruket var störst mellan sverigefödda och personer med utomnordiskt ursprung. En tydlig skillnad var proportionerna kvinnor och män. Bland de sverigefödda var 23 procent kvinnor, medan andelen bland första generationen invandrare var 6 procent och för andra generationen 15 procent (54).

I en folkhälso rapport om barn med utländskt ursprung visas att utrikes födda pojkar oftare fastnar i narkotikamissbruk jämfört med sverigefödda och att unga flickor med mödrar som är födda i Europa (utanför Norden) samt internationellt adopterade flickor oftare vårdas för narkotikamissbruk. Det konstateras också i samma studie att bruk av alkohol och tobak hos ungdomar med utländska föräldrar i hög grad tycks styras av föräldrarnas etnicitet, medan narkotikamissbruk i mycket högre grad är kopplat till den utsatta sociala position de har i det svenska samhället. Detta medför att ungdomar i samtliga invandrargrupper tycks ha en ökad risk att hamna i narkotikamissbruk medan endast ungdomar med finska föräldrar löper en ökad risk för alkoholmissbruk (6).

I studien "Födelselandets betydelse" visar resultaten att andelen dagligrökare bland invandrade män (med undantag för OECD-länderna) var minst 30 procent, vilket är en hög nivå jämfört med svenska män där andelen dagligrökare är 18 procent. Däremot var skillnaderna betydligt mindre mellan utrikes födda kvinnor och sverigefödda kvinnor. Endast bland polska och finska kvinnor var högre andelen dagligrökare högre. Studien visar också att gruppen utrikes födda motionerar mindre och att utrikes födda kvinnor är mer överviktiga än kvinnor födda i Sverige. Bland invandrade kvinnor är övervikt vanligt, särskilt bland kvinnor från Chile, Turkiet och Sydeuropa. I samma studie konstateras att andelen överviktiga är i stort sett densamma bland sverigefödda män och män i olika invandrargrupper.

De utrikes födda i undersökningen uppger att de motionerar i avsevärt mindre omfattning på fritiden än vad personer födda i Sverige gör. Detta gäller särskilt kvinnor från Sydeuropa, Östeuropa, Turkiet, Iran och Latinamerika samt män från Turkiet. Kunskap om den totala fysiska aktiviteten, där hushållsarbete och fysisk aktivitet på arbetet ingår, saknas. I samma studie visas också att då man kontrollerar för olika livsstilsfaktorer minskar skillnaden i självrapporterad hälsa mellan utrikes födda och sverigefödda, speciellt bland männen (15).

## Diskussion om och förslag på bakgrundsfaktorer, indikatorer och mått

Ett återkommande problem i studier av utrikes födda är att gruppen är mycket heterogen och bara har det gemensamt att de är födda utanför Sverige och har invandrat till Sverige. Därför bör denna "grupp" alltid delas in i mer homogena, mindre grupper. Det mest logiska vore att åtminstone gruppera efter födelseland eller mindre kulturkretsar, men då blir de flesta invandrargrupper i Sverige alltför små för att orsaker till ohälsa eller utvecklingstendenser skall kunna studeras.

Olika alternativa indelningar tillämpas, t.ex. vilken världsdel de utrikes födda kommer ifrån, del av världsdel (Sydeuropa i förhållande till Nord- och de nordiska länderna) eller grupperingar efter gemensamma språk och/eller religioner. Ett nytt sätt, som har presenterats av SCB, är att kategorisera efter invandring från låg-, medel- eller höginkomstland. Det förefaller rimligt att använda olika grupperingar beroende på vad som skall studeras; viss indelning kan passa studier av ohälsa, andra arbetslöshet etc.

Många av de indikatorer som bör användas för att mäta ojämlikhet i hälsa och dess bestämningsfaktorer hos majoritetsbefolkningen är desamma för alla etniska grupper, t.ex. levnadsvanor, medan några är specifika. Samtidigt är det med all sannolikhet så att vissa indikatorer mäter olika saker då vi jämför de utrikes födda med dem som är födda i Sverige. I vilken socioekonomisk position skall exempelvis en person som arbetar som städare och har hög utbildning inrangeras?

Ett annat exempel gäller tandhälsan. Bland barn födda i Sverige har tandhälsan främst med socioekonomiska villkor att göra medan det för utrikes födda och deras barn troligtvis handlar mer om kulturella faktorer. Det är av stor vikt att vi skaffar oss större förståelse för vad vi egentligen mäter och är medvetna om att en och samma fråga kan betyda helt olika saker beroende på kulturell bakgrund. Ökad förståelse kan erhållas genom att genomföra kvalitativa undersökningar i de berörda grupperna.

Det finns en rad bakgrundsfaktorer som är av stor betydelse för hälsoutveckling bland utrikes födda och som inte är påverkbara, t.ex. ursprungsland och orsaken till invandringen, men som kan kräva speciell-

la integrationsresurser. Dessa faktorer är viktiga i förklaringen bakom vissa av de hälsoeffekter vi finner inom gruppen utrikes födda. Andra faktorer påverkar i stort sett bara hälsan hos utrikes födda och kan påverkas direkt. Därutöver är den första tiden i Sverige viktig, speciellt för de personer som kommit hit som flyktingar. Det handlar dels om asyltidens längd, professionaliteten på bemötandet samt på utformningen av den så kallade introduktionen. Alla dessa faktorer har med stor säkerhet betydelse för den fortsatta hälsoutvecklingen hos berörda grupper.

Till att börja med redovisas några viktiga bakgrundsfaktorer som förklarar en del av hälsoeffekter hos olika grupper som inte är födda i Sverige och därefter förslag till indikatorer för att följa integrationspolitikens hälsoeffekter.

Indikatorerna är valda utifrån den sammanställning som har gjorts i detta kapitel och med den osäkerhet som framgår av litteraturgenomgången.

### *Specifika och speciellt viktiga bakgrundsfaktorer*

#### *Ursprungsland och ålder vid invandring*

Flera rapporter visar på att det finns stora hälsoskillnader mellan olika invandrargrupper. Det tycks vara så att beroende på varifrån man kommer så har man olika förutsättningar för ett bra liv i Sverige. Det finns i dag en tydlig etnisk hierarki i Sverige på många områden, vilket också gäller när vi tittar på skillnader i hälsa.

*Familjesplittring* är av stor vikt för de utrikes födda. Att delar av familjen finns kvar i hemlandet kan ha stor påverkan på den psykiska hälsan, speciellt när kvarvarande familjemedlemmar är hotade av förföljelse, katastrofer eller krig.

*Skäl till invandring*, det vill säga om personen har kommit hit som flykting, arbetskraftsinvandrare eller anhörig.

*Antal år i Sverige*, är en faktor som har stor betydelse för integrationen, språkkunskaper, kunskaper om det svenska samhället, inträde på arbetsmarknaden m.m.

### *Förslag på indikatorer*

#### *Diskriminering*

Vi vet i dag utifrån ett flertal studier (42, 29), att det förekommer etnisk diskriminering inom en rad olika områden i samhället och att denna diskriminering leder till arbetslöshet, dåliga arbetsvillkor, bostadssegregation, utanförskap m.m. Det är också uppenbart att det är ogynnsamt för hälsan att bli diskriminerad. Det är därför viktigt att kunna följa hur och var diskrimineringen sker, vilka grupper som utsätts samt vilka som diskriminerar.

Som mått föreslås;

- Andel utrikes födda som har upplevt sig diskriminerade i olika situationer.
- Majoritetsbefolkningens attityder gentemot olika etniska grupper.

Det finns i dag ett förslag på en skärpning av de svenska diskrimineringslagarna som bland annat skulle innebära att förbudet mot diskriminering utökas väsentligt och inte som tidigare bara gäller inom arbetslivet och högskolan. Om förslaget går igenom skulle det också innebära en bevislättning för den som anser sig vara diskriminerad och utökade möjligheter att driva processer med skadeståndskrav. Enligt förslaget skall de nya lagarna träda i kraft den 1 juli 2003.

Det kan vara av värde att följa hur många fall som anmäls till DO varje år då de nya lagarna har trätt i kraft, liksom resultatet av anmälningarna, men framför allt måste särskilda undersökningar fortlöpande göras angående diskriminering, t.ex. genom Integrationsverket och SCB.

#### *Utbildning och svenskknskaper*

Utbildningsnivå korrelerar starkt med hälsoutfallen i alla grupper och svenskknskaperna är nyckeln till att såväl kunna utnyttja sin utbildning som att komma i åtnjutande av högre utbildning. Skolverket ansvarar för skolstatistik och regelbundna studier som följer detta.

Som mått föreslås:

- Andelen godkända elever med utländsk bakgrund från grund- och gymnasieskolan.

- Andel elever med utländsk bakgrund som har godkänt i svenska.
- Andel godkända elever från Svenska för invandrare (SFI).

### *Arbetet och arbetsvillkor*

Arbetsmarknadsposition och arbetsvillkor är viktiga för hälsan – se även kapitel 3. Gruppen utrikes födda har såväl lägre sysselsättningssiffror som sämre arbetsvillkor. Därför bör vi dels följa utvecklingen beträffande arbetslöshet och sysselsättning bland olika etniska grupper, dels deras möjligheter att få arbete efter den utbildning de har, deras möjligheter att göra karriär och om de har samma inkomstutveckling som övriga befolkningen.

Som mått föreslås:

- Andel sysselsatta och sysselsättningsgrad respektive arbetslösa i olika etniska grupper
- Arbete i relation till utbildning och etnicitet.
- Skillnader i arbetsmiljövillkor, kompetensutveckling mellan olika etniska grupper och sverigefödda.
- Skillnader i anställningsvillkor mellan utrikes födda och sverigefödda.

Dessa uppgifter finns delvis tillgängliga i arbetsmarknadsstatistiken. För övriga uppgifter bör representativa intervjuundersökningar genomföras regelbundet.

### *Boende/segregation*

Även om det varit svårt att direkt härleda specifika hälsoeffekter av boendesegregation på grund av samvariationen med en rad andra ogynnsamma förhållanden för de boende i dessa områden rekommenderas att följa nedanstående mått. Uppgifterna är åtkomliga genom samkörning mellan olika register.

Som mått föreslås:

- Kvot sverigefödda/utlandsfödda i olika regionala områden och olika bostadsområden.
- Upplåtelseform; andel utrikes födda som bor med hyresrätt respektive bostadsrätt, i jämförelse med den sverigefödda befolkningen.

### *Delaktighet (och inflytande)*

Delaktighet och inflytande är viktiga faktorer för hälsa för alla grupper.

Som mått föreslås:

- Andel valdeltagande bland olika etniska grupper.
- Andel personer som är medlemmar i något politiskt parti eller någon politisk sammanslutning.
- Andel personer som har haft någon förtroendepost i politiskt parti, annan förening eller organisation, i kommun, landsting eller riksdag.

Dessa frågor kring delaktighet och inflytande finns i dag i Integrationsverkets statistik.

Beträffande indikatorer och mått för ekonomisk situation och socialt kapital hänvisas till kapitlen 4 och 5.

### *Slutkommentar*

Det finns stora kunskapsluckor inom detta område och därför behov av mer forskning, fler longitudinella studier om olika etniska gruppers hälsotillstånd och livsvillkor i Sverige. Det behövs också kvalitativa studier där vi genom intervjuer kan få ta del av olika personers levnadsöden och deras upplevelser av mötet med Sverige.

Vi behöver också fortsätta diskussionen och problematiseringen kring indikatorer och mått för att på ett bra sätt kunna visa hur integrationspolitiken och dess genomförande påverkar hälsoutvecklingen hos den berörda gruppen.

## Medverkande

Ett stort tack till Anders Schaerström, Marcello Ferrada-Noli, Else Berglund, Marianne Granath, Bernt Lundgren och Susanne Öhrling som på olika sätt har bidragit till textens slutgiltiga utformning.

## Bilaga 1

### Begrepp och definitioner

#### *Invandrare*

En invandrare är en person som flyttat från ett land till ett annat för att bosätta sig där en längre tid eller permanent. Att invandra är ”att komma och bosätta sig i ett annat land än hemlandet” (55). Begreppet invandrare har sitt främsta värde i statistiska sammanhang. Det talar om att någon för kortare eller längre tid har flyttat till ett land som inte är födelselandet. Men i stället för en tillfällig benämning har invandrare kommit att bli en permanent benämning som följer människor livet igenom.

Enligt den arbetsgrupp som har sett över användningen av begreppet invandrare i lagar och förordningar och i myndigheters verksamhet (56, 57), bör begreppet invandrare endast användas när det gäller människor som själva har invandrat, dvs. flyttat till Sverige från ett annat land och folkbokförts här. Invandrarbegreppet bör däremot inte användas på asylsökande och andra som väntar på uppehållstillstånd. *Nyanlända invandrare* avser personer som själva har invandrat för en relativt kort tid sedan. *Personer med utländsk bakgrund* avser såväl utrikes födda personer som själva har invandrat som personer födda i Sverige med minst en utrikes född förälder.

Regeringen angav i den integrationspolitiska propositionen att ingen skall bli klassificerad som invandrare när det saknar betydelse för sammanhanget samt att invandrarbegreppet inte bör användas så att det förstärker ett ”vi-och-dom-tänkande”.

I detta kapitel har vi valt att använda begreppet utrikes födda, vilket i detta sammanhang har samma betydelse som invandrare.

#### *Flykting*

Enligt Genèvekonventionen från 1951 definieras en flykting som en ”person med välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, religion, nationalitet, politisk uppfattning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp och som inte kan eller vill stå under sitt hemlands beskydd”. Konventionen saknar möjlighet att ge skydd åt dem som befinner sig på flykt inom sina hemländer. För att kunna få internationellt skydd som flykting måste man

ha korsat sin egen nationsgräns och vara förföljd av den egna staten. Den tidigare utlänningslagen som gällde mellan 1989 och 1996 gav fyra kategorier av flyktingar rätt att stanna i Sverige:

- *Konventionsflyktingar*, dvs. de som uppfyller Genèvekonventionens krav.
- *De facto-flyktingar* som inte är flyktingar enligt konventionen, men som inte vill återvända till sitt hemland på grund av de politiska förhållandena och som kan åberopa tungt vägande skäl för detta.
- *Krigsvägrare*, dvs. de som inte vill inställa sig till militärtjänstgöring i krig.
- *Personer som kan få uppehållstillstånd (inte asyl) av humanitära skäl.*

Den 1 januari 1997 ändrades utlänningslagen på så sätt att flyktingbegreppet vidgades genom att flyktingkonventionen gavs en vidare tolkning. Den nya lagen innebär att även en person som inte förföljs av staten kan betraktas som flykting. Skyddsbegreppen *de facto-flyktingar* och *krigsvägrare* har tagits bort. Utlänningslagen från 1996 ger följande grupper rätt till skydd:

- De som riskerar dödsstraff, kroppsstraff, tortyr eller annan omänsklig behandling eller bestraffning
- De som på grund av yttre eller inre väpnad konflikt har behov av skydd eller på grund av en miljökatastrof inte kan återvända till sitt hemland
- De som riskerar förföljelse på grund av sitt kön eller homosexualitet

### *Etnicitet*

Begreppet etnicitet, som ursprungligen kommer från ordet *ethnos* (som betyder folk), avser i första hand kollektiva egenskaper som är gemensamma för en viss folkgrupp. I den traditionella användningen av begreppet etnicitet är aspekter såsom tillhörighet, identitet och gemensam kultur, historia och traditioner starka markeringar för de egenskaper som gör en grupp unik. Det är först i mötet med den andra som behovet att markera gräns är nödvändigt och i förlängningen aktualiserar frågor om tillhörighet och identitet (55).

### *Integration*

Begreppet integration används också ofta utan entydig definition. Det latinska ordet *integer* betyder hel, fullständig och väsentlig. Enligt Durken-



heim (58) avser integration samverkan och relationer men också mening och förankring i tillvaron. Westin m.fl. har beskrivit integration på tre olika sätt. Den första beskrivningen är förhållandet mellan helhet och delar som inom sociologin tolkats till att avse frågan om samhällets sammanhållning. Den andra beskrivningen är förknippad med frågan om delaktighet i samhällsgemenskapen för kulturella och etniska minoriteter, främst utrikes födda och deras barn. Integration uppfattas då som en möjlighet för etniska minoritetsgrupper att bevara sin kulturella särprägel samtidigt som de inlemmas i majoritetssamhället. Den tredje beskrivningen betecknar den process genom vilka etniska och kulturella minoriteter inlemmas i samhället.

#### *Social integration*

Social integration handlar framför allt om att människor kan mötas informellt över de kulturella etniska och språkliga gränserna i föreningslivet, i utbildning och arbetslivet. En välfungerande social integration förutsätter att människor inte utesluts från informella sociala nätverk på grund av främlingsrädsla och fördomar (55).

#### *Ekonomisk integration*

Ekonomisk integration betyder att minoriteter har tillgång till arbetsmarknaden och kan dra nytta av den offentliga sektorns transfereringar på samma villkor som alla andra (55).

#### *Subjektiv integration*

Anders Lange myntar i sin rapport "Diskriminering, integration och etniska relationer" (31), begreppet subjektiv integration. Det syftar enligt honom "på ett syndrom (med varandra sammanhängande) av känslor och förhållningssätt som utgör en subjektiv avspegling av individens och framför allt gruppens situation i 'vårdsamhället' samt den förankring man upplever sig ha i detta samhälle". Han nämner tre olika indikatorer på subjektiv integration; känslan av samhörighet med Sverige samt ursprungslandet, var man känner sig mest hemma och i viss mån om man vill stanna i Sverige eller inte.

### *Segregation*

Begreppet segregation kommer ursprungligen från debatten om rasåtskillnad mellan svarta och vita i USA, vilket innebär att begreppet som sådant är relativt ungt. Begreppet segregation betecknar avskiljandet från en helhet och kan definieras som en geografisk separation mellan olika befolkningsgrupper, definierat utifrån ekonomiska, sociala, etniska eller demografiska karaktäristika (54). Medan man tidigare med begreppet segregation försökte beskriva utfallet av en negativ särbehandling och diskriminering, har det senare framför allt kommit att användas för att beskriva de processer som leder till detta utfall.

Segregation kan förekomma i ett antal olika samhällsområden; arbetsmarknad, utbildningssystem, idrotts- och fritidsverksamhet, vård och omsorg, transport och kommunikationssystem samt på bostadsmarknaden.

### *Etnisk diskriminering*

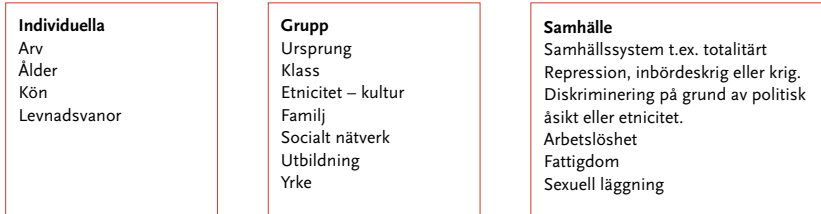
Med etnisk diskriminering avses i lagen mot etnisk diskriminering (59) att en person eller en grupp av personer missgynnas i förhållande till andra eller på annat sätt utsätts för orättvis eller kränkande behandling på grund av ras, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung eller trosbekännelse.

Diskrimineringsombudsmannen skiljer på tre olika typer av diskriminering; *indirekt diskriminering* som beskriver "lika behandling av olika fall", *direkt diskriminering* som handlar om "olika behandling av lika fall" samt *strukturell diskriminering* vilket är beteckningen för "inbyggd diskriminering" (60).

Det finns också olika begrepp för olika former av etnisk diskriminering i arbetslivet, däribland *preferens-diskriminering* vilket innebär att arbetsgivaren antas söka efter homogenitet och därför anställer personer som uppfattas likna dem själva eller majoriteten av anställda på företaget så mycket som möjligt. En annan form av diskriminering är *statistisk diskriminering* som beror på att arbetsgivaren inte har nödvändiga kunskaper eller resurser att utvärdera exempelvis utländska examina och förbiser därmed meriter inhämtade utomlands. Ytterligare en form av diskriminering är *institutionell diskriminering* som handlar om att invandrare diskrimineras på grund av formella regler och lagar som implementeras och praktiseras av den svenska majoritetsbefolkningen (29).

## Bilaga 2

### Faktorer i hemlandet som påverkar hälsan



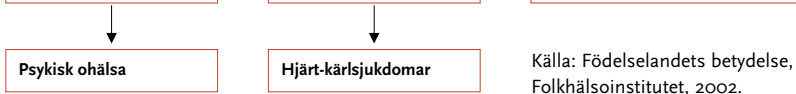
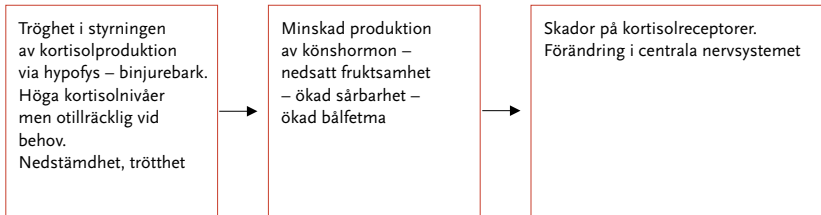
### Faktorer i Sverige som påverkar hälsan



### Sociala mekanismer mellan faktorer och hälsa/ohälsa



### Biologiska mekanismer



## Referenser

1. Integrationsverket. *Rapport integration 2001*. Norrköping: Integrationsverket, 2002.
2. Migrationsverkets hemsida [www.integrationsverket.se](http://www.integrationsverket.se)
3. Näringsdepartementet. *Alla lika olika – mångfald i arbetslivet*. Ds 2000:69.
4. Inrikesdepartementet. *Sverige, framtiden och mångfalden – från invandringspolitik till integrationspolitik*. Proposition 1997/98:16.
5. Nationella folkhälsokommittén. *Folkhälsa och integration*. Underlagsrapport 13, 1999.
6. Hjern A. *Migration till segregation – en folkhälsorapport om barn med utländskt ursprung i Stockholm, 1998*. Centrum för Barn- och Ungdomshälsa, Samhällsmedicin Syd, Stockholms läns landsting. Rapport nr 1998:1.
7. Molina I. Den rasifierad staden. I: Magnusson, L red. *Den delade staden – segregation och etnicitet i stadsbygden*. Umeå: Boréa Bokförlag, 2001.
8. Vogel J, Hjerm M, Johansson S-E. *Integration till svensk välfärd? Om invandras välfärd på 90-talet*. SCB, Arbetslivsinstitutet. Rapport 96, 2002.
9. Bevelander P, Carlson B, Rojas M. *I krusbärslandets storstäder*. Stockholm: SNS förlag, 1997.
10. Invandrarprojektet. *Levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet*. Socialstyrelsen, SOU 1998:1.
11. Invandrarprojektet. *Social och ekonomisk förankring bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet*. Socialstyrelsen, SOU 1999:9.
12. Invandrarprojektet. *Fri, trygg och vilse. Invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet*. Om fördelar och nackdelar med att komma till Sverige. Socialstyrelsen, SOU 1999:17.

13. Invandrarpjektet. *Olika villkor, olika hälsa, En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet*. Socialstyrelsen, SOU 2000:3.
14. Invandrares levnadsförhållanden: Välfärd och ojämlikhet i 20-års perspektiv 1975– 1995. Statistiska centralbyrån. Rapport 91, 1997.
15. Sundquist J, Johansson S-E, Qvist J, Moradi T, Johansson L. *Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*. Statens folkhälsoinstitut, 2002.
16. Sondergaard H-P. *Post traumatic stress disorder and life events among recently resettled refugees*. Department of Public Health Sciences, Division of Psychosocial Factors and Health. Stockholm: Karolinska institutet, 2002.
17. Thulesius H, Håkansson A. Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees. *J Trauma Stress* 1999;12:167–174.
18. Ferrada-Noli M. A cross-cultural break-down of Swedish suicide. *Acta Psychiatrica Scand* 1997;93:107–116.
19. Ferrada-Noli M. *Posttraumatic stress disorder and suicidal behaviour in immigrants to Sweden*. An epidemiological cross-cultural and psychiatric study. Stockholm: Karolinska institutet, 1996.
20. Goetzing-Falk C, Mjönes S, Stadin B. *Man måste tänka om*. Sundsvall, Barnhälsovården, 1992.
21. Cederblad M, Irhammar M, Mercke AM, Höök B. God psykisk hälsa hos utländska adoptivbarn. *Läkartidningen* 1993;90:1537–1542.
22. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet* 2002;360:443–448.
23. Johansson – Kark M, Rasmusson F, Hjern, A. Overweight among international adoptees in Sweden: a population based study. *Acta Paediatr* 2002;9:827–832.
24. *Hälsofrämjande verksamhet för äldre – en kartläggning*. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 1998:15.

25. de los Reyes P. *Mångfald och differentiering – Diskurs, olikhet och normbildning inom svensk forskning och samhällsdebatt*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 2001.
26. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity; health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med*. 1995;41:819–828.
27. Day M, Sondergaard H-P, Nybäck H. Besöksmönstret vid psykiatrisk jourmottagning. Inget behov av akutgrupp dygnet runt. *Läkartidningen* 1996;37:3132–3140.
28. Kommittén Valfärdsbokslut. *Valfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande, SOU 2001:79.
29. de los Reyes P, Wingborg M. *Vardagsdiskriminering och rasism i Sverige*. En kunskapsöversikt. Norrköping, Integrationsverkets rapportserie 2002:13.
30. Betänkande från den Nationella samordningskommittén för Europaåret mot rasism. *Acceptera!* Stockholm: Fritzes. SOU 1998:99.
31. Lange A. *Diskriminering, integration och etniska relationer*. Norrköping: Integrationsverket, 2000.
32. Ekberg J. *Inkomsteffekter och invandring*. Avhandling nr 27. Economics Studies. Lund: Lunds universitet, 1983.
33. Wadensjö E. *Immigration och samhällsekonomi*. Avhandling. Lund: Lunds universitet, 1972.
34. Regeringens skrivelse. *Integrationspolitiken för 2000-talet*. Näringsdepartementet. 2001/02:129.
35. Hjern A. *Ett förlorat 1990-tal – invandrares situation på den svenska arbetsmarknaden under perioden 1990–1996*. Norrköping: Integrationsverket, 2002:06.
36. Kommittén Valfärdsbokslut. *Välfärd, ofärd och ojämlikhet*. SOU 2000:41.

37. Arbetslivsfakta nr 2/1998. Arbetsmiljöverket.
38. Berggren K, Omarsson A. *Rätt man på fel plats – en studie av arbetsmarknaden för utlandsfödda akademiker som invandrat under 1990-talet*. Arbetsmarknadsstyrelsen, AMS. URA 2001:5.
39. Ekberg J. *Inkomstutveckling för invandrare*. Rapport. Växjö: Högskolan, 1992.
40. Ekberg J, Gustavsson B. *Invandrare på arbetsmarknaden*. Stockholm: SNS förlag, 1995.
41. LeGrand C, Szulkin R. Invandrarers löner i Sverige. Betydelsen av vistelsetid, invandrarland, och svensk skolgång. *Arbetsmarknad och Arbetsliv* 1999;5:89–110.
42. Höglund S. *Svensk forskning om diskriminering av invandrare i arbetslivet 1990–1996*. En kunskapsöversikt. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning, 1998.
43. Lange A. *Invandrare och diskriminering*. Stockholms universitet: Centrum för invandrarforskning, 1998.
44. Roth D. Etnisk diskriminering och Sverigespecifik kunskap – vad kan vi lära från studier av adopterade och andra generationens invandrare? *Ekonomisk debatt*, 2001;8:535–546.
45. Wren K, Boyle P. *Migration and work-related health in Europe*. A pilot study. Arbetslivsinstitutet: SALTSA Report No 1:2002.
46. Folkhälsorapport 1997. SoS-rapport 1997:18, Socialstyrelsen, 1997.
47. Molina I. *Stadens rasifiering*. Etnisk boendesegregation i folkhemmet. Geografiska regionstudier nr 32. Uppsala universitet, 1997.
48. Wirtén P. *Etnisk boendesegregation: ett reportage*. Stockholm, Boinstitutet 1998.
49. Finansdepartementet. Proposition 1997/98:165. *Utveckling och rättvisa – en politik för storstaden på 2000-talet*.
50. Andersson E, Borgegård L-E, Fransson U. Från Babylon och Chicago till Fittja.

- I: Magnusson L. red. *Den delade staden – segregation och etnicitet i stadsbygden*. Umeå: Boréa Bokförlag, 2001.
53. *Målområdesanalyser och indikatorer*. Den nationella utvärderingen av storstadssatsningen. Norrköping: Integrationsverkets rapportserie 2001:06.
  52. *Elever med annat modersmål än svenska*. Stockholm: Skolverket, rapport 42, 1993.
  53. Helling S. *Den andra flykten*. Förebyggande och behandlande arbete bland invandrare som missbrukar. Socialstyrelsen, Rapport 1995:61.
  54. Gomér G. *Narkotikamissbruk bland invandrare*. En särredovisning från Undersökningen om narkotikamissbrukets omfattning 1992 samt uppgifter om narkotikabrottslighet. Stockholm: CAN rapportserie 41, 1994.
  55. Westin C et al. *Mångfald, integration, rasism och andra ord*. Stockholm: Socialstyrelsen och Centrum för invandrarforskning, SOS rapport 1999:6.
  56. Kulturdepartementet. *Begreppet invandrare – användning i lagar och förordningar*. Ds 1999:48.
  57. Kulturdepartementet. *Begreppet invandrare – användning i myndigheternas verksamhet*. Ds 2000:43.
  58. Durkenheim E. *The elementary forms of the religious life*. London, Allen & Unwin, 1968.
  59. *Lagen mot etnisk diskriminering i arbetslivet*. 1999:130. Svea Rikes Lag.
  60. DO (Diskrimineringsombudsmannen) hemsida <http://www.do.se> under "Tips till arbetsgivare och fack; begreppsförklaringar.