

Rik och frisk, fattig och sjuk

Lägesbeskrivning och strategier för att minska ojämlikheten i hälsa

Av Morgan Johansson, Johanna Hållén och Ola Johansson

*“Även om storlek och trender på de sociala ojämlikheterna varierar,
kan man generellt säga att högre social position är kopplat till
mindre hälsorisker, bättre hälsa och lägre dödlighet.”*

Socialstyrelsen, Folkhälsorapport 2005



Förord.....	3
1. Inledning och bakgrund.....	4
1.1 Vad är hälsa?.....	5
1.2 Varför har vissa grupper sämre hälsa?	7
2. Befolkningens hälsotillstånd för 40 år sedan	9
2.1 Låginkomstutredningens frågor	10
2.2 "Lekmannaspråk" eller läkar diagnos?.....	11
2.3 Vilka fick frågorna – samhällets grupper?	11
2.4 Befolkningens hälsotillstånd	12
2.5 Låginkomstutredningens rekommendationer för hälso- och sjukvården.....	15
3. Språnget till vår tid - ojämlikhet i hälsa i dag	16
3.1 Inledning	16
3.2 Objektiva mått på hälsa	17
3.2.1 Medellivslängd	17
3.3 Subjektiva mått – självupplevd hälsa	22
4. Ojämlikhet i hälsa i internationellt perspektiv	34
4.1 Jämförelsevis små ekonomiska klyftor i Sverige	34
4.2 ...men ojämlikheten ökar.....	37
4.3 Samband mellan socioekonomiska skillnader och skillnader i hälsa	39
5. Slutsatser och rekommendationer	43
5.1 Stärk den generella välfärden och minska inkomstklyftorna	43
5.2 Förebyggande folkhälsoarbete	44
5.3 Primärvården.....	44
5.4 Psykisk ohälsa	45
5.5 Köer och väntetider i vården	46
5.6 Framväxande gräddfiler i sjukvården.....	47
5.7 Riskerna med gränsöverskridande vård	47
5.8 Helhetssyn på samhälle och hälsa	48
Litteraturlista	49

Förord

Den socialdemokratiska partistyrelsen gav Arbetarrörelsens Ekonomiska Råd i uppgift att göra en Låginkomstutredning i januari 2007. Det var ett viktigt beslut. Klyftorna i Sverige har ökat – och vi behöver kunskap om på vilket sätt detta har skett, och varför, men också diskutera vad vi ska göra åt det.

Den första delrapporten i Låginkomstutredningen handlade om hur inkomstfördelningen har utvecklats i Sverige under senare år. Rapporten visade att inkomstklyftorna har blivit större, och att det främst beror på att höginkomsttagarna har dragit ifrån, men också att ett antal grupper, inte minst ungdomar och ensamstående mammor, släpar efter.

Den här rapporten är den andra delrapporten i Arbetarrörelsens Ekonomiska Råds Låginkomstutredning. Den belyser klyftorna mellan människor i Sverige ur ett annat perspektiv – vår hälsa. Rapporten visar att det mesta tyder på att ojämlikheten i hälsa består - trots att det allmänna hälsoläget i Sverige har förbättrats kraftigt sedan 1970-talet. Dessutom lyfter rapporten fram att internationella erfarenheter talar för att de ökade inkomstklyftorna under de senaste 20 åren riskerar att leda till ännu större skillnader i hälsa framöver.

Vad ska vi göra för att bryta denna utveckling? Rapportens författare lyfter fram ett antal förslag; att stärka den generella välfärden och minska inkomstklyftorna, att investera i förebyggande folkhälsoarbete, att utveckla primärvården och motverka psykisk ohälsa, är bara några. Rapporten utgör ett bra underlag för en kvalificerad diskussion om hur vi ska minska skillnaderna i hälsa och utforma framtidens hälso- och sjukvård. Men den ger också en viktig pusselbit i analysen av det moderna klassamhället.

Emma Lennartsson

Ordförande, Arbetarrörelsens Ekonomiska Råd

1. Inledning och bakgrund

”En god hälsa tillhör det viktigaste i livet. Förlorar man hälsan äventyras så mycket annat – exempelvis möjligheter till utbildning och arbete, egen försörjning men också familjeliv, umgänge med vänner och fritidsaktiviteter. I alla tider och i alla kulturer har människor som drabbats av ohälsa och sjukdom fått ge avkall på väsentliga inslag i sin vardag. Förlusten har varit större om sjukdomen varat länge, drabbat fattiga eller avsett psykisk sjukdom. Nedsatt hälsa leder således till socioekonomiska effekter: svag förankring på arbetsmarknaden, ekonomiska svårigheter liksom svaga politiska resurser.” Ur Statens Folkhälsoinstituts rapport 2004:33

När Låginkomstutredningen presenterade sin rapport om hälsa i befolkningen i början av 1970-talet väckte den stor uppmärksamhet. ”Folkhemmet” var på intet sätt färdigbyggt. De sociala och ekonomiska klyftorna var fortfarande stora och hälsan skilde sig kraftigt åt mellan fattiga och rika.

Mycket har hänt sedan 1970. Den svenska folkhälsan har förbättrats och är en av de bästa i världen. Medellivslängden har ökat och spädbarnsdödligheten har halverats. Kraftfulla och målmedvetna satsningar inom hälso- och sjukvården har bidragit till goda behandlingsresultat för en rad sjukdomstillstånd. Risken att insjukna och dö i hjärt-kärlsjukdom har minskat dramatiskt under de senaste åren. I ett internationellt perspektiv ligger Sverige i topp när det gäller vårdens resultat.

Samtidigt har inkomstklyftorna ökat under de senaste 20 åren. 1990-talets ekonomiska kris och de åtstramande reformer som följde i kölvattnet av den, medförde att andelen personer med låga inkomster ökade. Bland särskilt utsatta grupper kan nämnas unga, ensamstående föräldrar och personer med invandrabakgrund.

Mellan inkomst och hälsa finns ett samband. Svenska och internationella studier visar att människors hälsa, både den fysiska och psykiska, förbättras med ökande inkomst. En ekonomiskt utsatt situation, som inte bara är tillfällig, är däremot negativ för hälsan.¹

¹ Välfärd, jämlikhet och folkhälsa, Folkhälsoinstitutet, 2003:12 s 165 ff

Hur ser hälsan och vårdkonsumtionen ut i befolkningen idag, 2008? Har gapet mellan fattiga och rika, mellan de som har och de som inte har, minskat sedan 1970?

Svaret är nej.

Hälsan har förbättrats för befolkningen som helhet sedan 1970. De relativa skillnaderna mellan olika grupper har dock fortsatt att vara stora. Detta gäller oavsett om man studerar dödlighet, självupplevd hälsa eller andra mått på ohälsa.

Detta är på intet sätt ny kunskap. Åtskilliga studier och rapporter har under de senaste åren lyft fram kunskap om dessa ojämlikheter i Sverige.

Syftet med denna rapport är att med utgångspunkt från Låginkomstutredningens delrapport om hälsa från 1970-talet, göra ett nedslag i Sverige år 2008 för att se hur hälsan och vårdkonsumtionen ser ut och fördelar sig i befolkningen. Vi avslutar med en diskussion om vad vi anser bör göras för att skillnader i hälsa mellan olika grupper ska minska.

1. 1 Vad är hälsa?

God hälsa är ett viktigt mål för de allra flesta människor. Men vad är det? Är det enbart frånvaro av fysisk sjukdom? Eller handlar det också om att ”må bra” både till kropp och själ?

Hälsa är ett begrepp som används ofta och i många sammanhang utan att det definieras. I dagens omfattande litteratur kring hälsobegreppet finns ett flertal definitioner. Den mest använda är Världshälsoorganisationens (WHO) definition från 1946.

I FN-deklarationen om mänskliga rättigheter från 1946 slogs fast att hälsa är en mänsklig rättighet och att alla människor har lika värde. WHO knöt an till FN-deklarationen och antog 1946 en definition för hälsa, där hälsa är "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom eller svaghet”.

Definitionen har varit ifrågasatt under många år, bland annat på grund av att den beskriver hälsa som något statistiskt och ouppnåeligt.

Även 1970-talets Låginkomstutrednings granskning av befolkningens hälsotillstånd inleds med en diskussion och ett ifrågasättande av WHO:s, definition av hälsa. Utredarna menar att definitionen har ett högt syftande mål, men att den har den utopiska definitionens svagheter och att det uppstår omedelbar oenighet så snart begreppen börjar konkretiseras.

Det dock viktigt att ha i åtanke att när WHO fastställde sin definition var detta ett verktyg för dem som då ville argumentera för att hälsoutvecklingen i världen inte bara var en fråga om mera och bättre sjukvård och specifika sjukdomsförebyggande insatser utan också handlade om breda sociala reformsträvanden. WHO var övertygat om de ekonomiska och sociala villkorens betydelse för individers och befolkningars hälsa. Organisationen ville med det nya hälsobegreppet rikta uppmärksamheten mot de samhällsliga orsakerna till sjukdomars utveckling och fördelning i befolkningen.² WHO ville helt enkelt ha en mer progressiv ansats till hälsobegreppet, hälsa är mer än enbart frånvaro av sjukdom och ett ansvar för samhällets alla delar.

Både Låginkomstutredningen och även delar av denna lägesbeskrivning bygger på undersökningar om självupplevd hälsa. Då Låginkomstutredningen i slutet av 1960-talet frågade människor om den självupplevda hälsan, använde utredningen sig av den vidare syn på hälsa WHO definierat 1946. Det innebär att hälsan som beskrivs inte är definitiv, utan varje tillfrågad individ skapar sin egen norm av vad hälsa är. Det kan betyda att en person kan ha en diagnostiserbar sjukdom utan att besväras av den eller betrakta sig själv som sjuk. Omvänt kan man också känna sig sjuk, utan att ha en specifik diagnos. En del individer kan ha flera ”sjukdomserfarenheter” på en och samma gång och har då kanske desto större toleransmarginal.

² Hälsa på lika villkor, SOU 1999:137, 80 f

1.2 Varför har vissa grupper sämre hälsa?

De skillnader i hälsa som finns mellan olika befolkningsgrupper väcker naturligtvis frågor. Vad ligger bakom att vissa grupper i större utsträckningen än andra grupper drabbas av sjukdom och ohälsa?

Det finns naturligtvis en rad olika faktorer som ligger bakom varför vissa grupper har sämre hälsa andra. I rapporten Valfärd, jämlikhet och folkhälsa³ förs resonemang kring olika förklaringar. Nedan redogör vi för några.

För det första; sämre tillgång till resurser är en viktig orsak. För att en människa ska vara fullt frisk krävs att olika behov är tillgodosedda till exempel mat, rent vatten, skydd från kyla och värme, erkänsla från andra människor, sex, möjligheter att påverka den egna situationen etc. Behoven tillgodoses genom de resurser en människa har till förfogande. En person med sämre tillgång till resurser kan ha svårare att tillgodose grundläggande behov och detta kan leda till ohälsa.

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. Varierande tillgång till dessa resurser kan förklara skillnader i hälsa. En god privatekonomi kan göra det möjligt att skaffa en bra bostad, god säkerhet och en bra fritid. Tillgång till kulturella resurser ökar möjligheten till goda positioner inom arbetsmarknaden och därigenom en god ekonomi. Det är dock svårt att klargöra vilka enskilda faktorer som är mest avgörande för hälsan.

För det andra; socialt mindre gynnande grupper är i allmänhet utsatta för fler risker, både sådana som rör miljön och risker som är förbundna med livsstil, exempelvis rökning. Detta kan förklara en del av de sociala olikheterna i hälsa. Att vara utsatt för vissa risker verkar direkt kunna förklaras av bristande resurser, exempelvis att kort utbildning leder till arbete med större risker.

³ Valfärd, jämlikhet och folkhälsa, Statens folkhälsoinstitut, 2003:12, s 165 ff

Förklaringarna till skillnader i livsstil, till exempel tobaksrökning, är mer sammansatta. Individer med begränsade resurser har ofta svårare att påverka sin situation. De löper större risk att bli arbetslösa, komma i ekonomisk kris etc. Om tillvaron är mindre förutsägbar är det också mindre viktigt att investera ekonomiskt och personligt i något som ligger långt fram i tiden. Det kan vara ändamålsenligt för en person med små resurser att ta tillvara de omedelbara ”vinster” olika beteenden ger, istället för långsiktiga investeringar. Den sociala variationen i hälsa kan till viss del förklaras av olika utsatthet för riskfaktorer.

För det tredje; det finns två olika 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 för direkt.

Den indirekta mekanismen beror på utsöndring av stresshormon och förhöjt blodtryck vid påfrestningar och stress. Dessa effekter är kroppens normala reaktion vid tillfällig stress eller påfrestning och ökar våra möjligheter att klara av olika problem. Om påfrestningen blir långvarig ökar risken för sjukdom, till exempel hjärtinfarkt. Denna psykobiologiska mekanism kompletterar den ovanstående beskrivningen av bristande tillgång till resurser som förklaring till sämre hälsa i socialt missgynnande grupper.

Den 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. Känslorna kan beskrivas som en speciell form av negativ stress där stressfaktorn är den negativa känslan av låg rang.

Vår utgångspunkt är alla människors lika värde och därmed lika rätt till en god hälsa. Detta är också grundprincipen i Hälso- och sjukvårdslagen.

2. Befolkningens hälsotillstånd för 40 år sedan

Låginkomstutredningen genomfördes i slutet av 1960-talet och redovisade sina resultat i början av 1970-talet. Utredningen väckte stor uppmärksamhet. På område efter område påvisade den fortsatt stora sociala och ekonomiska klyftor i ”folkhemmet”.

Utredningen blev ett starkt bidrag till tidens radikala samhällsdebatt. Intresset blev inte mindre av att den offentliga utredningen lades ner av regeringen när resultaten kom och redovisningen fick ske på andra vägar. Delrapporten om den ”Den vuxna befolkningens hälsotillstånd” gavs ut vid Uppsala universitet som ”utkast till kapitel 3 i betänkandet om svenska folkets levnadsförhållanden”. Något slutligt betänkande kom aldrig. Istället för utredning tillsattes en Låginkomstgrupp som i rätt enkel form lämnade en rad rekommendationer.

Låginkomstutredningens belysning av ojämlikheter ifråga om hälsa och vårdutnyttjande byggde på personliga intervjuer med 6 000 personer i åldern 15 till 75 år, som gjordes av SCB. Med låginkomstutredningen inleddes serien av regelbundet återkommande undersökningar om befolkningens levnadsförhållanden. Först i år, 2008, bryts serien när SCB beslutat att ändra intervjumetod och anpassa de tidigare s.k ULF-undersökningarna till en modell för europeisk jämförelse.

När vi snart 40 år senare med utgångspunkt från Låginkomstutredningen ska undersöka förändringar ifråga om fördelning av hälsa och vård konstaterar vi:

1. Samhällsförändringarna har varit mycket stora. Låginkomstutredningens frågor och uppdelningen av befolkningen kategorier och yrkesgrupper är som från ett annat land.
2. Synen på samhälle och individ och på hälsa och sjukdom visar på skiften i attityder och värderingar.
3. Låginkomstutredningen granskade enbart ”vuxna” i åldern 15 till 75 år. Barns och de riktigt gamlas hälsa och livsvillkor tog man inte upp. Det var en brist då och är det ännu mer nu med hänsyn till hur medellivslängden och andelen äldre i befolkningen ökat.

2.1 Låginkomstutredningens frågor

Låginkomstutredningens metod var att med hjälp av personliga intervjuer ge en bild av självupplevd hälsa. Man sökte inte efter hälso- eller sjukdomstillstånd baserad på medicinska diagnoser utan ställde frågor på "lekmannaspråk" utan närmare medicinsk precisering.

De handlade inledningsvis om rörelseförmåga och allmäntillstånd: Kan Ni promenera 100 meter någorlunda raskt utan besvär? Springa 100 meter utan besvär? Gå upp eller nedför trappor utan besvär? Har Ni ofta känt er trött de senaste 14 dagarna? Har Ni svårt att komma igång på morgonen? Är Ni påfallande trött om dagarna? Är Ni uttröttad på kvällen?

Efter frågorna om allmäntillståndet ställdes frågor om medicin, sjukdom och kontakt med vården; Har Ni tagit någon medicin de senaste 14 dagarna? Har Ni det senaste året haft någon av följande sjukdomar eller besvär?

Intervjuerna om hälsotillstånd tog sammantaget upp ett 50-tal sjukdomar eller besvär. Har Ni varit sjuk, sängliggande, sjukskriven? Har Ni under det senaste året sökt kontakt med läkare eller distriktssköterska, varit inlagd på sjukhus eller annan vårdinstitution eller haft kommunal hemhjälp genom hemvårdarinna eller hemsamarit?

Man frågade om intervjupersonerna någon gång varit med om något kirurgiskt ingrepp. Här fanns sju angivna svarsalternativ samt ett öppet. Man frågade också om kontakten med psykiatrisk vård, t ex om man någon gång vårdats på mentalsjukhus eller psykiatrisk klinik. Några frågor gällde tänderna. Man frågade om intervjupersonerna hade egna tänder i gott skick, många lagningar, bryggor, löständer etc.

Till frågebatteriet hörde också frågor om den närmaste familjen och bekantskapskretsen. Det fanns t ex frågor om intervjupersonerna hade erfarenhet av t ex långvarig kroppslig eller psykisk sjukdom, alkoholism eller starka konflikter i bekantskapskretsen.

2.2 ”Lekmannaspråk” eller läkardiagnos?

Eftersom frågorna ställdes på ”lekmannaspråk” var det osäkert om svaren skulle ge en rättvisande bild av hälsoläget, och hur väl denna bild i så fall skulle stämma överens med läkares diagnoser. Kopplat till intervjuundersökningen genomfördes därför även läkarsamtal med ett 50-tal av de intervjuade personerna. Det som kom fram i läkarsamtalen jämfördes med svaren i intervjuerna.

Generellt visade samtalen med läkare på större besvär eller sjuklighet än vad som framkommit i intervjuerna. Men avvikelserna var jämnt fördelade. De med flest besvär hade det också i samtal med läkaren, men i ännu litet högre grad. De med små besvär hade små besvär också i samtal med läkaren, om än i något högre grad. Slutsatsen blev således att intervjumetoden gav *minimi-beskrivningar* av hälsoproblemen, jämfört med vad som skulle ha kommit fram om intervjuerna genomförts av läkare.

2.3 Vilka fick frågorna – samhällets grupper?

Låginkomstutredningen genomfördes efter gängse uppdelning i socialgrupper. Den dåtida indelningen i kategorier och yrkesgrupper belyser även den omfattningen av de samhällsförändringarna som skett. Att 40 år senare göra jämförelser mellan då och nu inte är så enkelt. Indelningen i kategorier och grupper var följande:

- I socialgrupp 1 placerades företagare, offentligt anställda högre tjänstemän, universitetsstudenter och gruppens hemmafruar och pensionärer utan förvärvsarbete.
- I socialgrupp 2 placerades bönder och medhjälpande hustrur, småföretagare och medhjälpande hustrur, förmanspersonal, tekniker och kontorspersonal, offentligt anställda lägre tjänstemän, gymnasiestudenter och gruppens hemmafruar och pensionärer utan förvärvsarbete.
- I socialgrupp 3 placerades småbrukare, fiskare, skogsarbetare, arbetare i privata sektorn, biträdespersonal i privata sektorn, offentligt anställda arbetare och biträden, oanställda, invalidiserade, övriga studerandekategorier och gruppens hemmafruar och pensionärer utan förvärvsarbete.

2.4 Befolkningens hälsotillstånd

Som bakgrund och jämförelse med nuvarande förhållanden följer här några exempel på hur Låginkomstutredningens angav befolkningens hälsotillstånd. Vi summerar i korthet resultat avseende bl. a. rörelseförmåga, psykiskt välbefinnande, tandstatus, syn och hörsel, övervikt/fetma.

2.4.1 Rörelseförmåga

Det är knappast överraskande att rörelseförmågan begränsas med stigande ålder. Men graden av problem visade varför en käpp ofta förr var en relevant 50-årspresent. Hälften av kvinnorna och 20 % av männen ansåg sig redan vid 50 års ålder ha nedsatt rörelseförmåga. Vid 60 års ålder angav hälften av männen och två tredjedelar av kvinnorna nedsatt rörelseförmåga.

Sammantaget fördelade sig problem med rörelseförmåga så här mellan de olika socialgrupperna.

	Kraftigt rörelsehindrade	Rörelsehindrade	Nedsatt rörelseförmåga
Socialgrupp 1	3,3 %	7,2 %	13,7 %
Socialgrupp 2	5,3 %	11,0 %	20,3 %
Socialgrupp 3	10,3 %	17,6 %	30,5 %

Utredningen visade att de tydliga skillnaderna i rörelseförmåga mellan sociala grupper utvecklades först i "mellanåldrarna" d v s som resultat av olika livsmiljöer. För män i åldersgruppen 65-70 år noterade man en något bättre rörelseförmåga jämfört med motsvarande åldergrupp strax före pensionering.

Samtidigt är det bland pensionärerna, 65 år och äldre, som skillnaderna i rörelseförmåga mellan olika grupper är störst. Var femte pensionär i socialgrupp 1 har rörelsehinder mot varannan i socialgrupp 3. Näst efter pensionärerna är det i varje socialgrupp hemmafruarna som har störst andel av personer som uppger olika grad av rörelsehinder.

2.4.2 Psykiskt välbefinnande

Fem frågor ställdes för att försöka beskriva det psykiska välbefinnandet. Man frågade om allmän trötthet, sömnbesvär, nervösa besvär som ängslan, oro och ångest samt om depression, djup nedstämdhet och överansträngning.

Även i fråga om det psykiska välbefinnandet gjordes en parallell jämförande undersökning för att se hur väl intervju svaren stämde överens med vad som kom fram från ett läkarsamtal. Den enda tydliga skillnaden var att de nervösa besvären angavs som mindre jämfört med vad som framkom från samtalen med läkare.

Svaren på de olika frågorna vägdes sedan samman eller adderades i en form av trappa, för att ge en bild av det psykiska välbefinnandet. Det mest tydliga, och i kontrast till en del undersökningar idag, är att det psykiska välbefinnandet tydligt minskade med högre ålder och särskilt bland kvinnor.

De psykiska besvären var generellt högre i socialgrupp 3 än i grupp 2 och 1. Men skillnaderna var inte helt systematiska. Bland de unga kvinnorna var andelen med nedsatt välbefinnande större i socialgrupp 1. För män angav utredningen en ”s-formad” kurva där andelen med allmän trötthet och nervösa besvär ökade fram till 40 års ålder, för att därefter minska och sedan från 50-årsåldern åter öka. Utredningen redovisade i följande tabell hur skilda psykiska besvär fördelades mellan angivna yrkesgrupper och kategorier:

	Depression, djup nedstämdhet	Sömnbesvär	Nervösa besvär	Allmän trötthet
Socialgrupp 1	2,0 %	7,4 %	15,7 %	26,5 %
Socialgrupp 2	2,2 %	8,5 %	19,4 %	29,5 %
Socialgrupp 3	4,7 %	11,2 %	23,3 %	32,5 %
Hela befolkningen 15-75 år	3,6 %	10,0 %	21,3 %	31,0 %

2.4.3 Synbesvär/hörsel

För undersökningen av synbesvär gällde frågan om synbesvär/ögonsjukdom som inte påtagligt avhjälpas med glasögon. Drygt 7 procent angav att de hade lätta eller svåra synbesvär. Skillnaderna mellan socialgrupperna var relativt stora.

	Svåra synbesvär	Synbesvär
Socialgrupp 1	1,3 %	4,8 %
Socialgrupp 2	2,2 %	5,6 %
Socialgrupp 3	3,3 %	8,7 %

Andelen med synbesvär ökade raskt från 50 års ålder – något tidigare bland kvinnor än bland män. Bland pensionärer i socialgrupp 3 angav närmare var fjärde att de hade synbesvär som inte kunde avhjälpas med glasögon.

När det gäller hörsel noterades mycket små skillnader mellan de olika grupperna.

2.4.4 Tandstatus

Tandstatusen är i många samhällen en mycket tydlig klassmarkör. Så var det enligt utredningen också i Sverige. Akuta tandproblem var enligt Låginkomstutredningen fyra gånger vanligare i socialgrupp 3 jämfört med socialgrupp 1.

Utredningen gav, som tidigare nämnts, sex alternativ för att beskriva tillståndet för tänderna.

I befolkningen som helhet angav 2 av 3 (63,6 %) att det hade egna tänder i gott eller någorlunda gott skick. Men 30 procent av befolkningen hade löständer. 26,4 procent angav löständer som fungerade och 3,2 procent hade löständer som de inte var nöjda med. Övriga hade egna tänder i dåligt skick (5,9 %) eller inga tänder alls (0,9 %).

Den tydligaste bilden av socialgrupp och tandstatus ger redovisningen av hur många som oavsett ålder (mellan 15 till 75 år) hade egna tänder i gott eller någorlunda gott skick.

	Egna tänder i gott eller någorlunda gott skick
Socialgrupp 1	ca 90 %
Socialgrupp 2	ca 75 %
Socialgrupp 3	ca 50 %

Men för befolkningens som helhet gällde både för kvinnor och män att endast var tionde 70-åring hade egna tänder i gott eller någorlunda gott skick. Över 65 % av männen och över 70 % av kvinnorna hade löständer när de fyllde 70 år.

2.4.5 Övervikt/fetma

Även på 1960-talet var övervikt och fetma av betydelse för befolkningens hälsotillstånd, men med andra dimensioner jämfört med dagens situation. Bland män angav mindre än 10 % lätta besvär med fetma och övervikt, medan andelen bland kvinnor var dryga 23 %.

Det fanns för män knappast några skillnader mellan socialgrupper, medan andelen kvinnor som angav övervikt var dubbelt så hög i socialgrupp 3 jämfört med socialgrupp 1 och med socialgrupp 2 däremellan.

2.5 Låginkomstutredningens rekommendationer för hälso- och sjukvården

Baserat på sin kartläggning av befolkningens hälsa gav låginkomstutredningen vissa rekommendationer om hur politiken borde utvecklas:

- Förebyggande verksamhet och hälsokampanjer som tog sikte på kostvanor, tobak, motion o s v borde ingå som ett led i en fortlöpande hälsovårdsinformation.
- Åtgärder för att tidigt upptäcka sjukdomar lyftes fram som viktigt för resurssvaga grupper.
- Inom sjukvården borde utbyggnaden främst inriktas på den decentraliserade öppna hälso- och sjukvården. Man ansåg att ett viktigt demokratiskt krav av betydelse inte minst för låginkomsttagare var att hälso- och sjukvården – liksom den sociala servicen i övrigt – bringades nära människorna.

3. Språnget till vår tid - ojämlikhet i hälsa i dag

3.1 Inledning

I avsnitt 2 lyfte vi fram exempel från Låginkomstutredningens rapport som belyser skillnader i hälsa mellan olika yrkesgrupper i början av 1970-talet. Rapporten visar med all tydlighet att "folkhemmet" vid den tidpunkten inte var färdigbyggt, det fanns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället.

Vad har då hänt sedan Låginkomstutredningen för nära 40 år sedan skakade om i den svenska välfärdsdebatten?

Vi vet att hälsan i befolkningen som helhet har utvecklats mycket positivt i Sverige sedan 1970-talet. Medellivslängden har ökat, vi lever både friskare och med ett större välbefinnande. Spädbarnsdödligheten har halverats och är bland de lägsta i världen. Utbildningsnivån har höjts, vilket har lett till större medvetenhet och ökade möjligheter att leva ett hälsosamt liv. Kraftfulla och målmedvetna satsningar inom hälso- och sjukvården har bidragit till goda behandlingsresultat för en rad sjukdomstillstånd. Ett exempel på detta är att allt färre insjuknar och dör i hjärt-kärlsjukdomar. I ett internationellt perspektiv ligger Sverige i topp när det gäller vårdens resultat.

Samtidigt vet vi att 1990-talets ekonomiska kris slog hårt mot delar av befolkningen. Reformerna inom hälso- och sjukvården och socialpolitiken (höjning av avgifter till sjuk- och tandvård, dyrare läkemedel, lägre sjukpenning och bostadsbidrag) försämrade livsvillkoren framför allt för unga, ensamstående mammor och personer med invandrarbakgrund.

I detta avsnitt gör vi ett nedslag för att se hur hälsan ser ut i befolkningen idag. Det är lätt att konstatera att det fortfarande finns skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Det gäller vare sig man studerar dödlighet, självupplevd hälsa eller andra mått på ohälsa. Utifrån några olika mått belyser vi i denna lägesrapport hur hälsan fördelar sig mellan olika grupper i samhället. Vi vill på detta sätt belysa de skillnader i hälsa som alltjämt finns i vårt samhälle.

Vi tar avstamp i Låginkomstutredningens delrapport om hälsa och har valt att i möjligaste mån utgå från de självupplevda mått på hälsa som låginkomstutredarna resonerar kring i rapporten. Vi lyfter också fram ett antal objektiva mått för att belysa hälsans positiva utveckling över tid, men vilka också visar att klasskillnader i hälsa alltså består.

Låginkomstutredningens beskrivning av den dåtida befolkningens hälsotillstånd utgick från en av SCB genomförd intervjuundersökning. 6 000 personer i åldern 15 till 75 år intervjuades och undersökningen lade grunden till de återkommande undersökningar om levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) som därefter återkommande har genomförts. Det handlade om rörelseförmåga, psykiskt välbefinnande, tandstatus, syn och hörsel, övervikt/fetma.

För att redovisa den självupplevda hälsan idag har vi valt att använda oss av Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät. Idag går det inte att använda de mått som Låginkomstutredningen på 1970-talet lyfte fram. Vi har därför valt att redovisa följande självupplevda indikatorer; bra hälsa, nedsatt psykiskt välbefinnande, självmordstankar, värk i skuldror, nacke och axlar, fetma, tobaksrökning och tandstatus.

3.2 Objektiva mått på hälsa

Att redogöra för hälsoläget i befolkningen är en svår uppgift. Som framgår av tidigare kapitel (1.1) finns inget entydigt mått på hälsa. Två mycket vanliga mått på folkhälsan är medellivslängd och spädbarnsdödlighet.

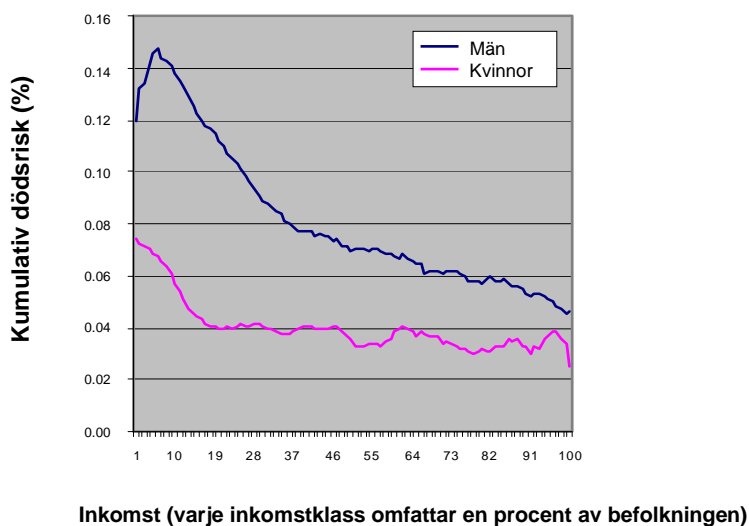
3.2.1 Medellivslängd

Medellivslängden har ökat kraftigt under de senaste decennierna. I Sverige har medellivslängden sedan 1960-talet ökat med ca sju år för kvinnor och ca åtta år för män. År 2007 kunde en nyfödd flicka förväntas leva ca 83 år och en nyfödd pojke ca 79 år. Fram till 2020 förväntas medellivslängden öka till 84,2 år för kvinnor och 80,8 år för män. Ökningen i medellivslängd beror till största delen på ökad överlevnad bland medelålders och äldre, och då i synnerhet den ökade överlevnaden i hjärt- och kärlsjukdomar som den främsta

förklaringen.⁴ Livslängden ökar, men samtidigt lever fler människor med långvarig sjukdom idag jämfört med i början av 1980-talet.

Trots den positiva utvecklingen av medellivslängden kvarstår de socioekonomiska skillnaderna. Det framgår tydligt av nedanstående figur (3.1). Figuren visar att både kvinnor och män i de lägre inkomstklasserna har större risk att dö i tidigare ålder än kvinnor och män i de högre inkomstklasserna.

**Inkomst 1990 och risken att dö under perioden 1991-2002.
Beräknat på alla män och kvinnor i Sverige födda 1925-1960**



Denny Vägerö, CHESS

Figur 3.1

I Folkhälsorapport 2005⁵ konstateras att de sociala skillnaderna avseende förtida dödlighet kvarstår sedan 1980-talet i alla åldrar och avsett kön och att den är större bland dem som endast har grundskoleutbildning än bland de med universitetsutbildning.

Ett intressant grepp tar författarna till rapporten Hälsan på spåret då de jämför socioekonomiska skillnader i medellivslängd utifrån tunnelbane- och pendeltågslinjer i Stockholmsområdet. Ett påtagligt exempel ur rapporten är att den förväntade

⁴ SCB, Återstående medellivslängd 1751 – 2007, www.scb.se

⁵ Folkhälsorapport 2005, Socialstyrelsen, 2005, s 14

medellivslängden är 2,7 år längre för kvinnor och 3,5 år längre för män höginkomststadsdelen Östermalm än i förorten Skarpnäck. Ändå är det endast fyra kilometer fågelvegen mellan den rika innerstadsdelen och förorten. Bland kommunerna har Danderyds kommun högsta medellivslängden för män och kvinnor och Sundbybergs stad den lägsta för båda könen. Skillnaderna är 6,2 år för kvinnor och 5,7 år för män mellan dessa båda kommuner. Sedan 1990-talet har medellivslängden blivit längre för både kvinnor och män, men den genomsnittliga skillnaden mellan kommuner med lång och kort medellivslängd har ökat.⁶

3.2.2 Spädbarnsdödlighet

Spädbarnsdödligheten, antalet barn som dör under sitt första levnadsår, är mycket låg i Sverige. I Sverige har vi mätt spädbarnsdödlighet sedan mitten av 1750-talet. Då infördes obligatorisk folkbokföring, Tabellverket, föregångare till Statistiska Centralbyrån, och landets präster hade till uppgift att hålla reda på födselar, dödsfall och dödsorsaker i sina församlingar. Den höga spädbarnsdödligheten uppmärksammades och råd om amning och spädbarnsvård utfärdades. År 1970 var spädbarnsdödligheten en tjugondel av vad den var då mätningarna började för drygt 250 år sedan.

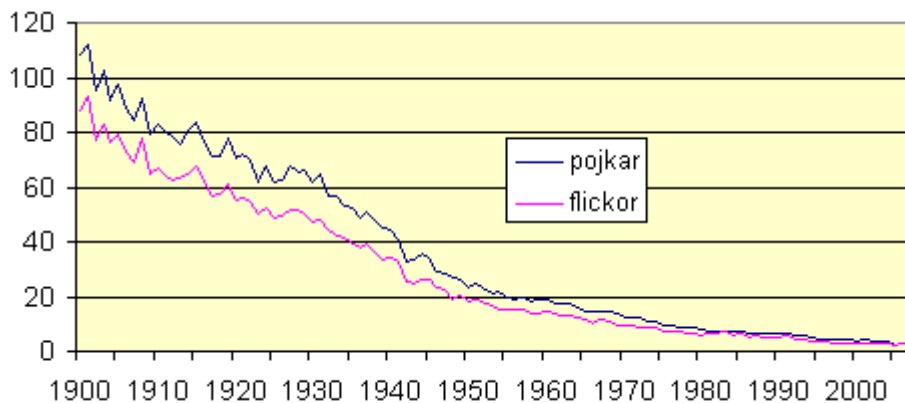
Under de senaste 20 åren har spädbarnsdödligheten minskat ytterligare, ja faktiskt mer än halverats. Det beror i huvudsak på ett bra omhändertagande under graviditeten, förlossning och nyföddhetsperiod samt goda levnadsvillkor i stort. De vanligaste orsakerna bakom spädbarnsdödlighet är missbildningar, förlossningskomplikationer, andningssvårigheter och infektioner, ofta i kombination med för tidig födsel.

År 2007 var spädbarnsdödligheten 2,3 barn per 1 000 födda för flickor och 2,7 för pojkar. Många av dessa dog kort efter födseln. Under 2007 dog 66 barn inom första dagen och ytterligare 23 barn när de endast var en dag gamla.

Spädbarnsdödligheten inom Europa är som lägst i de nordiska länderna, medan de flesta länder med hög spädbarnsdödlighet ligger i östra Europa. Turkiet, med en spädbarnsdödlighet på 38,3, hade år 2004 överlägset högst spädbarnsdödlighet i Europa.

⁶ Hälsan på spåret, Statens folkhälsoinstitut, 2006:6

Motsvarande nivå får man gå tillbaka till 1930-talets början för att hitta i Sverige.⁷ USA hade år 2004 en spädbarnsdödlighet på 6,8 döda barn per 1 000 levande födda.⁸ Det vill säga, nästan tre gånger så hög som i Sverige.



Figur 3.2 Spädbarnsdödligheten efter kön 1900-2007 per 1 000 levande födda , källa: SCB.

3.2.3 Sjuklighet i olika sjukdomar

Men dödlighet är ett mått som inte återspeglar sjukdomar som, utan att vara dödliga, leder till stora omvårdnadsbehov och nedsatt arbetsförmåga. Andra vanliga mått belyser sjuklighet i olika sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar.

I Sverige är det tre sjukdomsgrupper som dominerar sjukdomspanoramata. Hjärt-kärlsjukdomar, neuropsykiatriska sjukdomar och cancer svarar för cirka 60 procent av den totala svenska sjukdomsbördan. mätt enligt metoden DALY (se fotnot).⁹

Den enskilt största sjukdomsgruppen bland män är hjärt-kärlsjukdomar med 26 procent av sjukdomsbördan. Neuropsykiatriska sjukdomar är den största sjukdomsgruppen bland kvinnor med 24 procent av sjukdomsbördan.

⁷ Svensk sjukvård i internationell belysning 2008, Sveriges Kommuner och Landsting

⁹ DALY, Disability Adjusted Life Years, är ett samlat mått på sjukdomsbördan som tar hänsyn till både antalet levnadsår som förloras p.g.a. sjukdom eller skada och till antalet år med funktionsnedsättning.

3.2.4 Hjärt-kärlsjukdomar

Akut kranskärlssjukdom är den vanligaste orsaken till akut sjukvård i Sverige. Den enskilt vanligaste dödsorsaken hos såväl män som kvinnor är akut hjärtinfarkt vilket utgör 16 respektive 11 procent av alla dödsfall. Enligt Socialstyrelsens slutenvårdsregister vårdades år 2005 ungefär 47 600 patienter för kranskärlssjukdom och av dem hade 25 600 haft akut hjärtinfarkt. Vården vid hjärtkärlsjukdomar har förbättrats avsevärt under de senaste decennierna. Risken att insjukna i kranskärlssjukdomar, framför allt hjärtinfarkt, har minskat med 23 procent under perioden 1987 – 2002. Risken att dö i kranskärlssjukdomar har minskat ännu mer – med ca 40 procent. Det är också en av orsakerna till att medellivslängden hos män har ökat de senaste åren.¹⁰

Men, trots den gynnsamma utvecklingen i överlevnad efter hjärt-kärlsjukdom varierar risken att insjukna i hjärt-kärlsjukdomar kraftigt mellan olika socialgrupper.

- Risken för en ej facklärd manlig arbetare att insjukna och dö i hjärtinfarkt är 50-60 procent högre än för en man som tillhör gruppen högre tjänstemän.
- För ej facklärd kvinnliga arbetare är risken att insjukna i hjärtinfarkt drygt 60 procent högre än för kvinnliga högre tjänstemän.

De sociala skillnaderna i hälsa och dödlighet kvarstår och har varit oförändrade över tid:¹¹ Skillnader i rökvanor och andra levnadsvanor kan förklara en del av de sociala skillnaderna, men det finns även andra skillnader i levnadsvillkor som kan bidra till ökad sjuklighet i vissa grupper. Monotont och enformigt arbete, där man inte kan påverka arbetssituationen, ekonomi och familjeförhållanden.

3.2.5 Diabetes

Även diabetes är en folksjukdom där klassmarkören är mycket tydlig och mer tydlig nu än vad Låginkomstutredningen visade. Omkring 300 000 personer uppskattas idag ha diabetes i Sverige, varav en tiondel har typ 1-diabetes. Diabetes är något vanligare bland män än bland

¹⁰ Folkhälsorapport 2005, Socialstyrelsen, s 80 ff

¹¹ Ibid, 80 ff

kvinnor – ca 3,5 respektive 2,8 procent. Förekomsten av diabetes har ökat med drygt 40 procent sedan 1980.¹²

Socialstyrelsen redovisar i Folkhälsorapport 2005 att diabetes är vanligare bland arbetare och lägre tjänstemän av både könen och ovanligare bland tjänstemän på mellannivå och högre nivå. Manliga arbetares risk att få diabetes är dubbelt så stor som kvinnliga tjänstemän på mellannivå och högre.

I fråga om utbildningsnivå så är diabetes nästan dubbelt så vanligt bland lågutbildade som bland dem med hög utbildning. Särskilt framträdande är skillnaden mellan lågutbildade mäns mycket höga risk och den låga risken bland män med medel eller hög utbildning. Kvinnor med hög utbildning löper mindre än hälften så stor risk för diabetes som lågutbildade män.

Diabetes är vanligare bland vuxna invandrare, speciellt om de är födda utanför Europa. Bland diabetiker med låg utbildningsnivå var dödligheten 40 procent högre än bland diabetiker med hög utbildning.

Traditionella riskfaktorer som t.ex. övervikt och inaktivitet, rökning och psykosociala faktorer förklarar till största delen de sociala skillnaderna i förekomsten av diabetes. Bland personer över 45 år är diabetes något vanligare bland ensamstående än bland sammanboende och gifta.

3.3 Subjektiva mått – självupplevd hälsa

Analyser av hälsa i befolkningen kan också bygga på självupplevda uppgifter om sjuklighet, dvs. svar på frågor om sjukdomar, symtom och besvär, som ställs i enkäter eller intervjuer. Detta ger en bild av hälsan så som människor själva uppfattar sitt hälsotillstånd.

Som vi beskrivit ovan har vi för att redovisa den självupplevda hälsan idag valt att använda oss av Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät. Undersökningen innehåller frågor om fysisk och psykisk hälsa, vårdkontakter, läkemedel, levnadsvanor, ekonomiska

¹² Ibid, s 92 ff

förhållanden samt trygghet och sociala relationer. Utöver detta tillförs vissa folkbokförings- och registeruppgifter.

2007 års undersökning omfattar ett nationellt urval på 10 000 personer. Resultaten i folkhälsoenkäten är redovisade efter kön, ekonomisk situation, utbildning, sysselsättning, socioekonomi och födelseland.

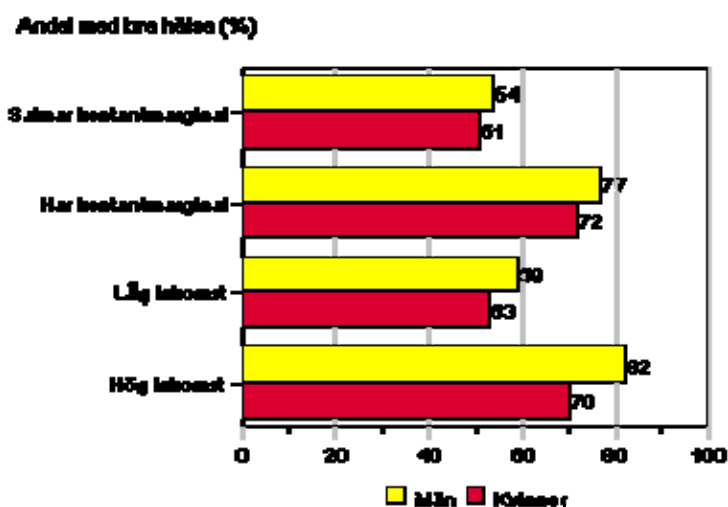
Såväl svenska som internationella studier visar att människors hälsa, både den fysiska och psykiska, förbättras med ökande inkomst. I den utsträckning personer har ekonomiska tillgångar är även dessa positiva för hälsan. Vid mätningar i Sverige av ekonomisk utsatthet har särskilt ”ekonomisk kris” i form av upplevda svårigheter att få pengarna att räcka till mat och/eller hyra respektive avsaknad av kontantmarginal, dvs. svårigheter att vid behov kunna få fram extra ekonomiska resurser, visat sig påverka människors hälsa negativt.¹³

Nedan ger vi en bild av hur den självupplevda hälsan, utifrån ekonomisk situation, ser ut idag när det handlar om; hälsa, psykiskt välbefinnande, självmordstankar, värk i skuldror, nacke och axlar, fetma, rökning och tandstatus. Samtliga uppgifter är hämtade från Statens folkhälsoinstituts hemsida www.fhi.se. I undersökningen innebär kontantmarginal att man vid behov på en vecka kan klara av att få fram 14 000 kronor.

3.3.1 Bra hälsa

I nedanstående figur (3.3) redovisas hur grupper i olika ekonomisk situation upplever sin hälsa. Det framgår med all tydlighet att bra eller mycket bra hälsa är vanligare bland kvinnor och män med kontantmarginal eller hög inkomst än bland kvinnor och män med sämre inkomst.

¹³ Välfärd, jämlikhet och folkhälsa, Statens folkhälsoinstitut 2003:12



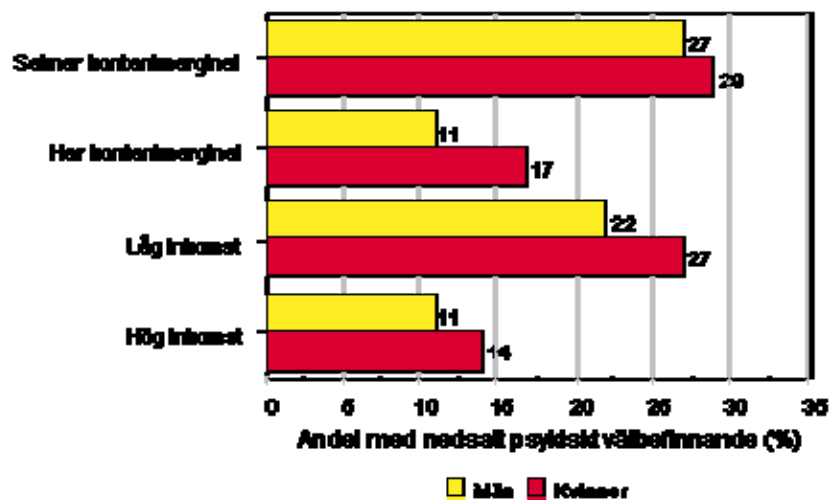
Figur 3.3. Andel med mycket bra eller bra hälsa efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2007.

Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

3.3.2 Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande

Skillnaden i nedsatt psykiskt välbefinnande är stor mellan olika befolkningsgrupper. Tittar vi på variabeln ekonomisk situation ser man att nedsatt psykiskt välbefinnande är nästan dubbelt så vanligt i de grupper som har låg inkomst och saknar kontantmarginal. Det är vanligare att kvinnor har nedsatt psykiskt välbefinnande än män, även om skillnaden mellan män och kvinnor inte är stor, figur (3.4 och 3.5).

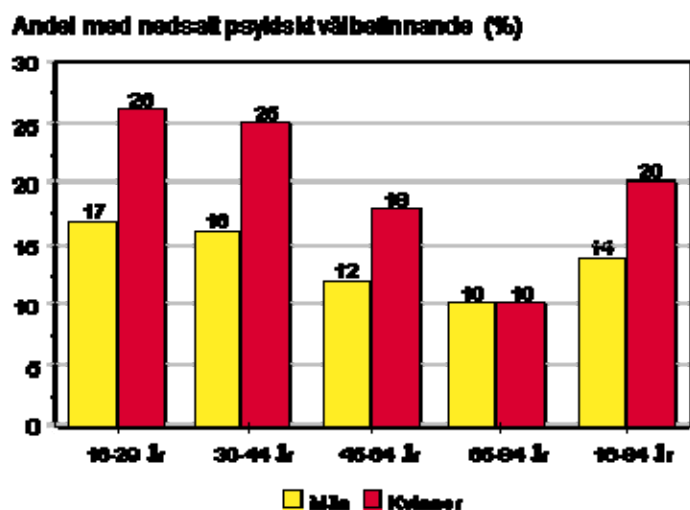
Enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005 uppskattas mellan 20 – 40 procent av befolkningen lida av psykisk ohälsa, allt ifrån sjukdomstillstånd som psykoser till lättare psykiska problem som ängslan, oro och sömnproblem. Mellan 10 – 15 procent beräknas ha så allvarliga problem att de kan behöva psykiatrisk behandling, men endast 3 – 5 procent söker vård. Omfattningen av sådana allvarliga problem har legat på samma nivå sedan 1950-talet. Socialstyrelsen pekar däremot på en ökande omfattning av annan psykisk ohälsa sedan början av 1990-talet fram till 2002/03, framför allt den ohälsa som kommer till uttryck genom oro och ångest av olika allvarlighetsgrad. Ökningen gäller för alla utom för kvinnor över 65 år.



Figur 4. Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12, cut-off 3) efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, Statens folkhälsoinstitut.

Studerar vi variabeln ålder kan vi se att det är vanligare med nedsatt psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män i åldrarna 16-44 år än i åldersgruppen 65-84 år. Bland kvinnor i åldrarna 16-44 år är det även vanligare med nedsatt psykiskt välbefinnande än i åldersgruppen 45-64 år. Det är intressant att jämföra med Låginkomstutredningens resultat från 1970-talet som visar på ett omvänt förhållande. Då minskade det psykiska välbefinnandet gradvis med högre ålder. Det gällde särskilt bland kvinnor. Idag förefaller bilden vara tvärtom: det är i högre grad unga som saknar det psykiska välbefinnandet. Detta gäller för både kvinnor och män, men särskilt kvinnor.

Vi anser det särskilt oroande att så stor andel som 25 procent av kvinnor i fertil ålder anser sig ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Vad har det för konsekvenser för familjebildning, barnafödande, barns psykiska hälsa och hälsan i framtiden om föräldrar inte mår bra?



Figur 5. Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12, cut-off 3) i olika åldersgrupper, 16-84 år, 2007.

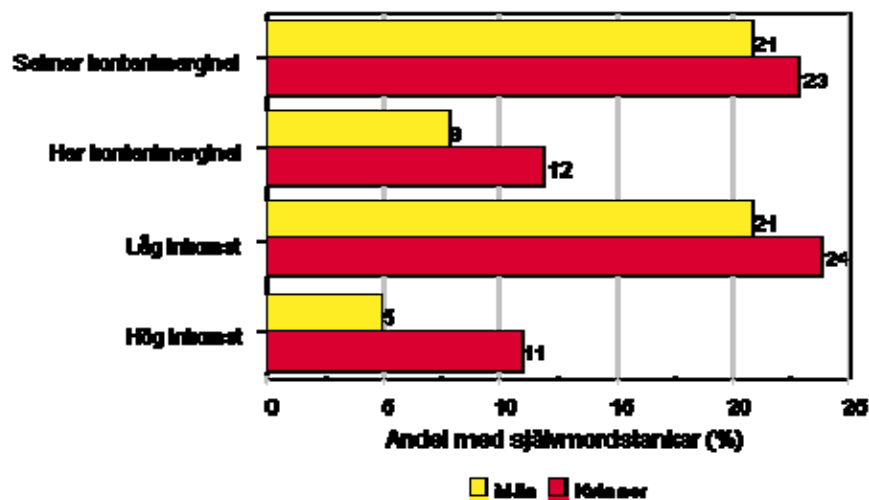
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor?*, Statens folkhälsoinstitut.

3.3.3 Självmordstankar

Psykisk ohälsa är en betydande riskfaktor för självmord. Självmordsfrekvensen har minskat kraftigt sedan 1970-talet, men fortfarande är självmord vanligare bland män. Däremot är självmordsförsök vanligare bland kvinnor än bland män. Andelen vårdade för självmordsförsök eller annan självtillfogad skada har varit konstant sedan 1980-talet, utom bland kvinnor mellan 15 och 24 år där andelen ökat något sedan 1992. Trots att självmorden minskar i Sverige är det fortfarande i genomsnitt 1 500 personer som varje år tar livet av sig. Skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper är stor och självmordsfrekvensen är högre i socioekonomiskt utsatta grupper.¹⁴

I nedanstående figur (3.6) redovisas andel med självmordstankar uppdelad efter ekonomisk situation. Det är mycket vanligare med självmordstankar bland ekonomiskt utsatta kvinnor och män än bland kvinnor och män som inte varit ekonomiskt utsatta.

¹⁴ Folkhälsorapport 2005, Socialstyrelsen, s 141 ff

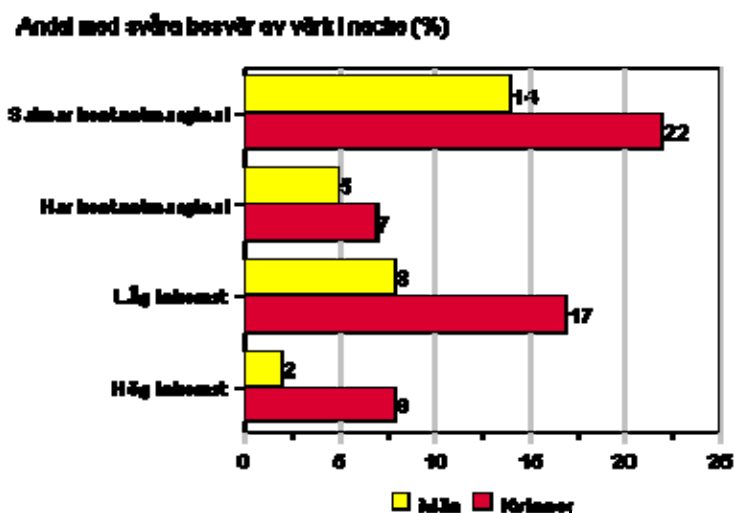


Figur 3.6. Andel som en eller flera gånger har haft självmordstankar efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, Statens folkhälsoinstitut.

3.3.4 Värk i skuldror, nacke och axlar

Sjukdomar i rörelseorganen är den vanligaste anledningen till smärta, nedsättning av arbetsförmågan, långtidssjukskrivning liksom sjuk- och aktivitetsersättning i Sverige. Rörelseförmågan har förbättrats sedan i början av 1980-talet, men värk av olika slag har blivit vanligare, framför allt bland kvinnor.

Det finns stora sociala skillnader när det gäller besvär från skuldror, nacke eller axlar. Svåra besvär är vanligare bland män med låg inkomst än bland män med hög inkomst. Svåra besvär av värk i skuldror, nacke eller axlar är mer än dubbelt så vanligt bland kvinnor med låg inkomst och tre gånger så vanligt bland kvinnor som saknade kontantmarginal än bland kvinnor som inte är ekonomiskt utsatta.

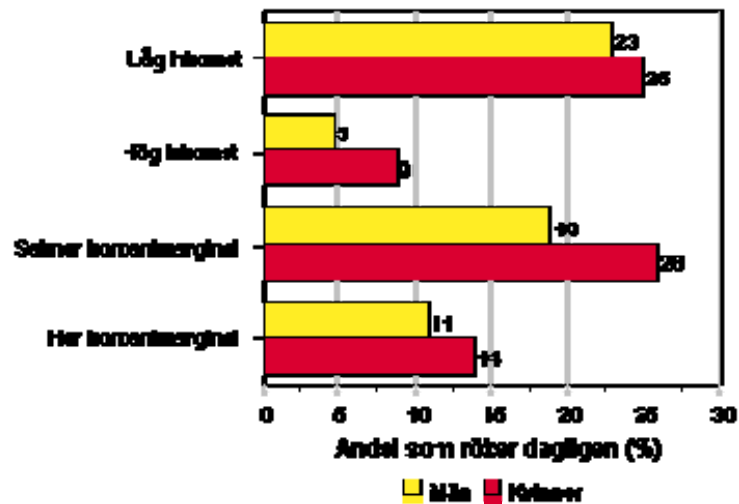


Figur 3.7. Andel med svåra besvär av värk i skuldror, nacke eller axlar efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut.

3.3.5 Tobaksrökning och fetma

Levnadsvanor och livsstil påverkar i stor utsträckning vår hälsa. Det är också faktorer som i hög grad går att påverka. Här har bland annat primärvården en stor utmaning framför sig.

Tobaksrökning är den enskilt största riskfaktorn för ohälsa och förtida död i Sverige. Alla som röker skadas av sin rökning och det finns ett direkt samband med ett 40-tal olika sjukdomar varav de vanligaste är hjärt-kärl, kronisk obstruktiv lungsjukdom och lungcancer. Rökningen har minskat kraftigt i befolkningen under de senaste decennierna, men fortfarande är det en miljon som röker. Rökning var tidigare en ”överklassvana”, men i dagsläget är det i högre grad grupper med låg inkomst och låg utbildning som röker. Detta åskådliggörs i figur 3.8.

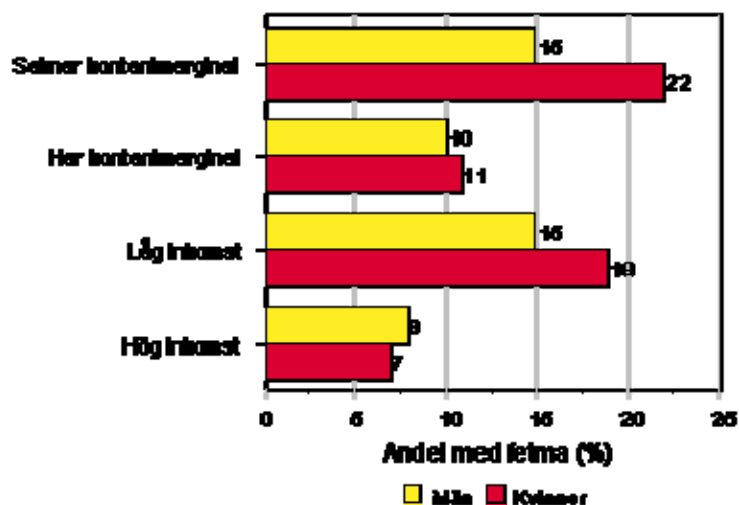


Figur 3.8. Andel dagligrökare efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2007. Åldersstandardiserat.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut.

Enligt låginkomstutredningen fanns bland män knappast några skillnader mellan socialgrupperna när det gäller övervikt och fetma. Däremot fanns socialgruppskillnader bland kvinnor.

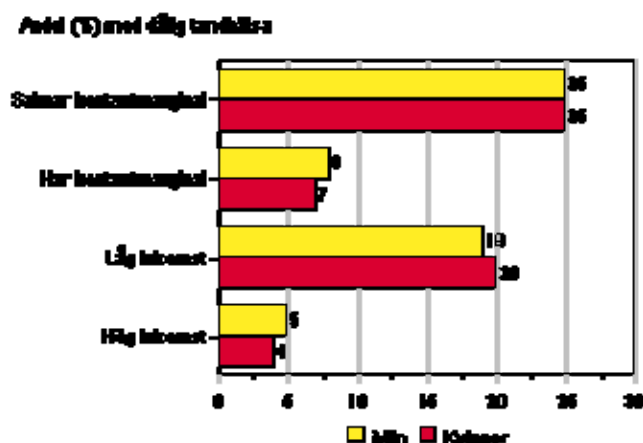
Under 1990-talet ökade andelen personer med övervikt och fetma. Detta innebär att övervikt och fetma har blivit ett väsentligt hälsoproblem i Sverige. För hög kroppsvikt, framför allt fetma, är en betydande riskfaktor för en rad sjukdomstillstånd. Andelen med övervikt har ökat i alla socioekonomiska grupper, men i nedanstående figur (3.9) kan vi se att fetma är vanligare bland kvinnor och män som saknar kontantmarginal än dem som har kontantmarginal. Det är också nära tre gånger vanligare med fetma bland kvinnor som har låg inkomst än bland kvinnor med hög inkomst.



Figur 3.9. Andel med fetma (BMI ≥ 30) efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

3.3.6 Tandhälsa

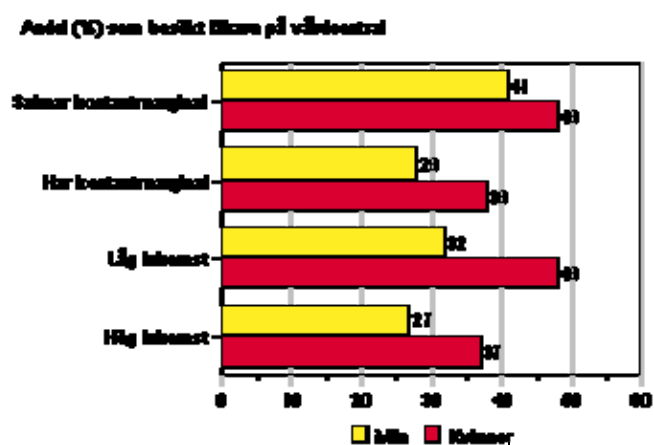
Tandhälsan har förbättrats avsevärt i Sverige sedan 1970-talet då den fria barn och ungdomstandvården infördes. Men alltjämt är tandhälsan en påtaglig klassmarkör. Detta visar figur 3.10 med all tydlighet. Dålig tandhälsa är mer än tre gånger så vanligt bland kvinnor och män som saknade kontantmarginal och bland dem som hade låg inkomst är det fyra gånger så vanligt att uppleva en dålig tandhälsa som bland de med hög inkomst.



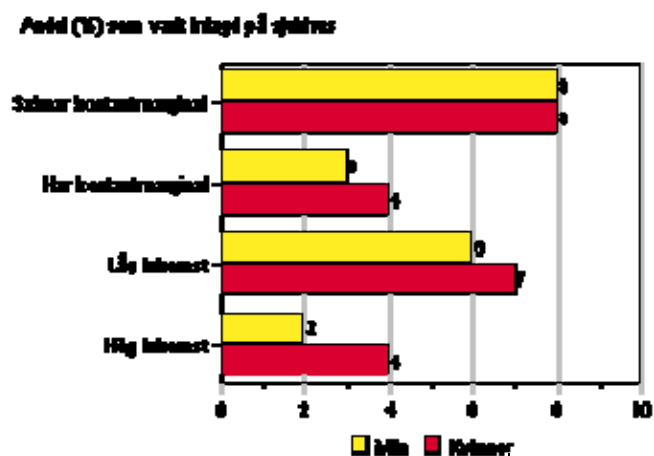
Figur 3.10. Andel (%) med mycket eller ganska dålig tandhälsa efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor?* Statens folkhälsoinstitut.

3.3.7 Vårdutnyttjande

Folkhälsoenkäten, figur 3.11 och 3.12, visar att personer med låg inkomst och avsaknad av kontantmarginal besöker läkare och är inlagda på sjukhus i större utsträckning än övriga grupper. Vi har ovan redogjort för en större självupplevd ohälsa i dessa grupper. Det faktiska vårdbehovet bör således vara betydligt större i dessa grupper och av den orsaken utgöra grund för en större vårdkonsumtion. Om vårdutnyttjandet verkligen motsvarar vårdbehov går inte att utläsa från Statens folkhälsoinstituts enkät.



Figur 3.11. Andel (%) som besökt läkare på vårdcentral de senaste tre månaderna efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.



Figur 3.12 *Andel som hade varit inlagd på sjukhus de senaste tre månaderna efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut.*

I rapporten Hälsa- och sjukvård, en lägesrapport 2007, konstaterar Socialstyrelsen att det inte enbart är vårdbehovet som styr vårdutnyttjandet. Det finns grupper av människor med behov av vård som inte söker vård i den utsträckning de skulle behöva, till exempel på grund av ekonomiska svårigheter.¹⁵

Enligt rapporten är dödstalen i sjukdomar som sjukvården kan påverka betydligt högre för personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med personer med högskoleutbildning. På motsvarande sätt är dödstalen högre för utrikes födda jämfört med svenskfödda. Samma mönster ses också för vårdtillfällen på sjukhus i sjukdomar och tillstånd som är behandlingsbara i den öppna vården, framför allt när det gäller män.

På 1960-talet hade personer med högre inkomst tillgång till mer vård än personer med låg inkomst. Under 1970- och 1980-talen minskade dessa skillnader – sannolikt, menar Socialstyrelsen, till följd av en allmän resurstillväxt och införande av låga och enhetliga egenavgifter för öppenvård. Dock kvarstod även då en ojämlik fördelning av tillgången till vård när skillnader i behov mellan socioekonomiska grupper beaktades.

Vid 1990-talets början kunde man inte påvisa någon ojämlikhet i utnyttjande av läkarvård, men 1993 och 1994 framträdde åter ett mönster av ojämlikhet, främst avseende på utbildning. I förhållande till sitt vårdbehov utnyttjade lågutbildade den öppna sjukvården i mindre utsträckning än de med högre utbildning.

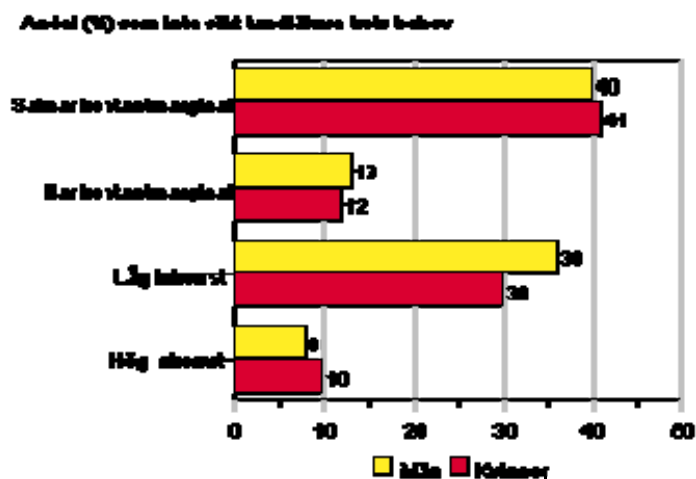
Vårdutnyttjandet påverkas av hur lätt- eller svårtillgänglig vården är för olika grupper. För till exempel ekonomiskt svagare grupper och för äldre är närheten till vården viktig och påverkar naturligtvis deras vårdutnyttjande.

Ett exempel på detta är en rapport från Stockholms läns landsting där författarna redovisar betydelsen av reseavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata

¹⁵ Hälsa- och sjukvård, en lägesrapport, 2007, Socialstyrelsen

specialistläkare i landstinget. Resultatet tyder på att besöken till privat specialistvård avtar med avståndet. Kvinnligt kön, en högre ålders-, inkomst- och utbildningsnivå är förknippat med högre utnyttjande av specialistvård.¹⁶ Resultatet manar till eftertanke mot bakgrund av den koncentration av privata specialistläkare i Stockholms innerstad som redan idag finns och de effekter som införande av fri etableringsfrihet för vårdgivare kan föra med sig.

När det gäller tandvårdsbesök visar nedanstående figur 3.13 ojämlikheten med skrämmande tydlighet. Det är mycket vanligare bland kvinnor och män som saknar kontantmarginal och bland dem som har låg inkomst att man inte har sökt tandvård trots behov.



Figur 3.13. Andel (%) som inte sökt tandläkare trots behov efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2007.

Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor?* Statens folkhälsoinstitut.

¹⁶ Betydelsen av reseavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialistläkare i Stockholms läns landsting, *Socialmedicin* 2005:2, Stockholms läns landsting

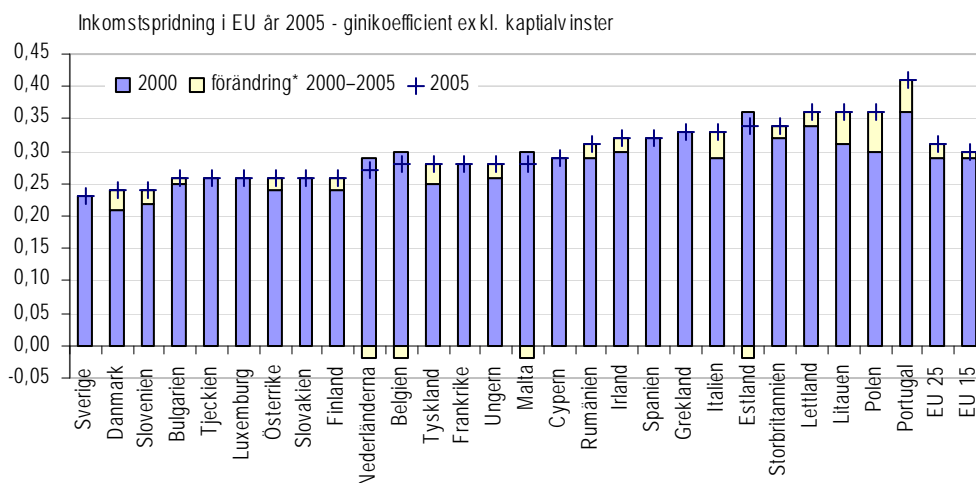
4. Ojämlighet i hälsa i internationellt perspektiv

Ojämligheterna i hälsa i Sverige tycks, som vi angett, ha bestått över tid. Detta avsnitt behandlar frågan om vad som kan hända om de ekonomiska klyftorna tillåts att växa, och om man kan få svar på frågan med hjälp av internationella erfarenheter.

4.1 Jämförelsevis små ekonomiska klyftor i Sverige...

I den första delrapporten¹⁷ i låginkomstutredningsserien från Arbetarrörelsens Ekonomiska Råd beskrevs utvecklingen av de ekonomiska skillnaderna i Sverige. I korthet kan situationen beskrivas som att de socioekonomiska skillnaderna i Sverige är små vid en internationell jämförelse, men att de ökat under de senaste 20 åren.

Sett ur ett internationellt perspektiv ligger Sverige bra till. Sverige låg 2005 långt under EU-genomsnittet när det gäller skillnader i inkomst, vilket framgår av figur 4.1.



Figur 4.1, Ginikoefficienten mäter fördelningen av inkomster, och är ett värde mellan 0 och 1. Ju lägre värde, desto jämnare fördelning. Summorna är viktade med befolkningen i respektive land. Med inkomst avses här ekonomisk standard. Uppgifterna för Bulgarien avser 2004. Utvecklingen för Danmark avser perioden 1999–2005.

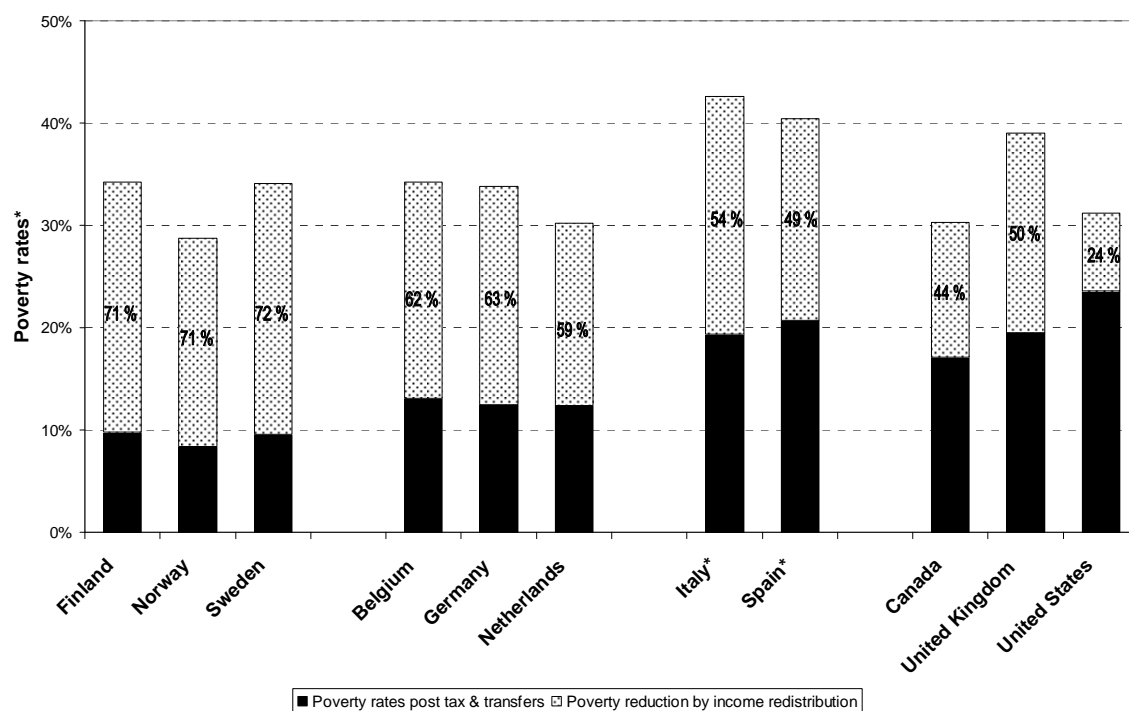
* För Tjeckien, Slovakien och Cypern saknas uppgifter om förändring.

Källa: Prop. 2007/08:1

¹⁷ Inkomstfördelningsrapport, av Anna-Kirsti Löfgren och Mats Larsson, juni 2008

Orsak till de mindre skillnaderna är till stor del generella välfärdssystem, som omfördelar inkomster mellan olika grupper i befolkningen, framför allt från rika till fattiga och från män till kvinnor.

Figur 4.2 visar de nordiska ländernas särställning i detta avseende. Stapeln i sin helhet visar för varje land hur stor andel av befolkningen som skulle ha levt under fattigdomsgränsen utan någon omfördelning av inkomster. För t ex Finland skulle denna andel ha varit ca 35 procent. Den svarta delen av varje stapel anger hur stor andel av befolkningen som efter omfördelning ändå lever under fattigdomsgränsen, d v s för t ex Finland 10 procent. I den grå delen av stapeln visas med procenttal hur effektivt välfärdssystemen minskat andelen av befolkningen som annars skulle ha levt under fattigdomsgränsen. I t ex Finland lyfter välfärdsinsatserna 7 av 10 (71 %) av de som skulle ha leva under fattigdomsgränsen, över samma gräns.



Figur 4.2 Andel under fattigdomsgränsen (60 procent av den ekvivalenta medianinkomsten), före och efter välfärdssystemens omfördelning, och storleken på fattigdomsminskningen härav, 11 länder omkring år 2000.

Källa: Fritzell och Ritakallio, 2004, Data från The Luxembourg Income Study.

* För dessa länder räknas fattigdomsgränsen före omfördelning på inkomster efter inkomstskatt.

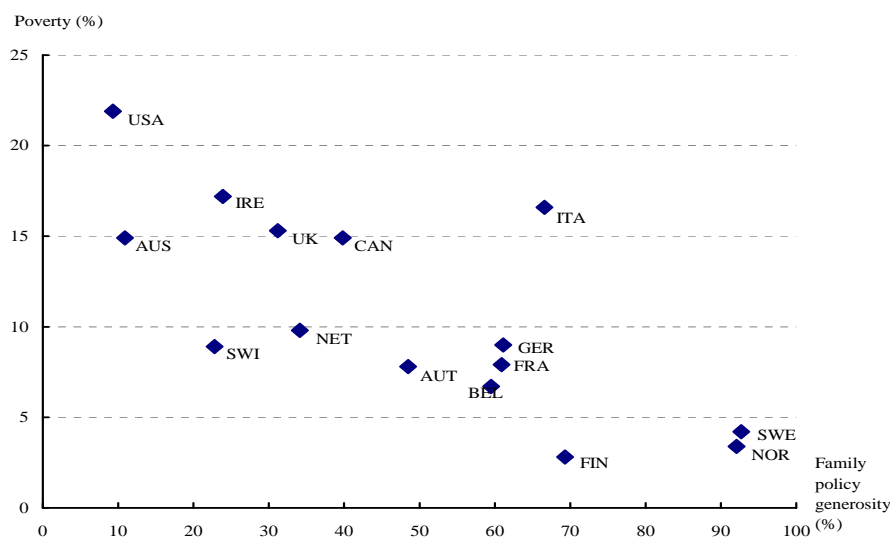
I de nordiska länderna är omfördelningen effektivare och andelen som lever under fattigdomsgränsen betydligt mindre än i de kontinentaleuropeiska länderna och, framför allt, i de anglosaxiska länderna. Med en gängse kategorisering¹⁸ av olika välfärdsmodeller i

- en liberal välfärdsmodell (USA, Kanada, Storbritannien),
- en korporativ välfärdsmodell (Belgien, Tyskland, Holland, Italien, Spanien)
- och en generell välfärdsmodell (Finland, Norge, Sverige),

så ser man här tydligt skillnaderna i omfördelning.

Omfördelning sker på många sätt via skatte- och transfereringssystemen, men familjepolitiken (t ex barnbidrag, föräldraförsäkring, bostadsbidrag) verkar vara av avgörande betydelse.

I figur 4.3 visas hur barnfattigdomen i varje land beror på generositeten i familjepolitiken. Ju bättre familjepolitiska stöd, desto färre barn lever i fattigdom.



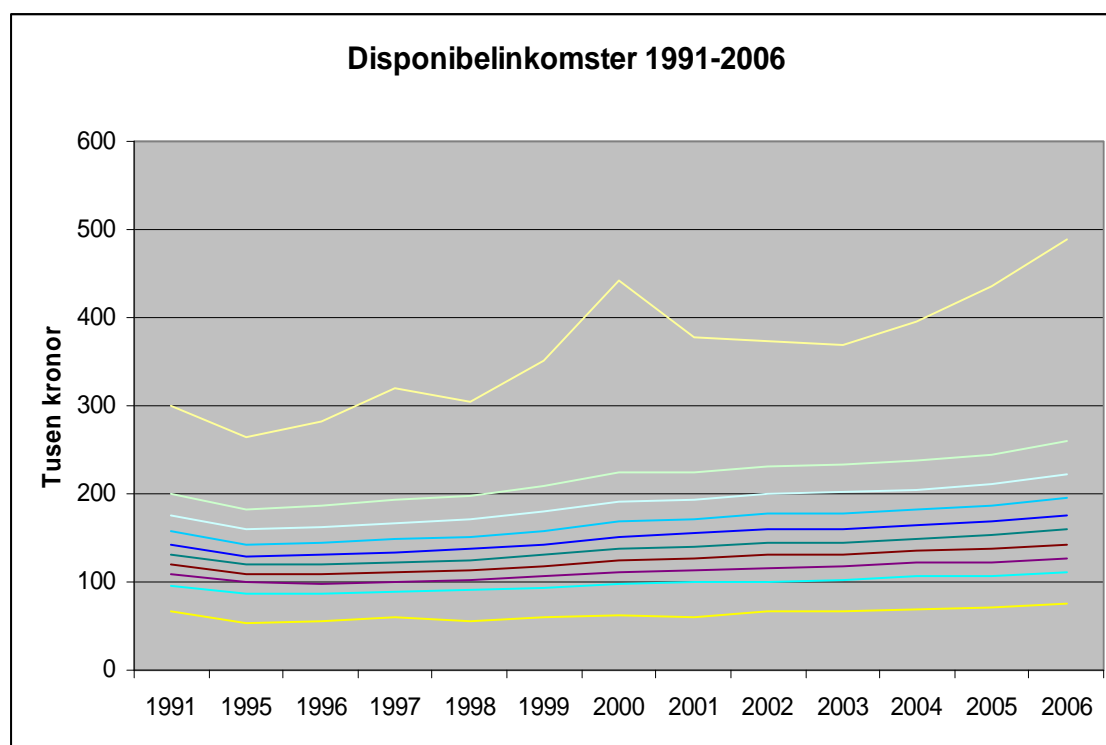
Figur 4.3 Generositeten i de familjepolitiska stöden, och barnfattigdom i 15 länder runt år 2000.

Generositeten i familjepolitiken räknas som en genomsnittlig andel av de familjepolitiska stöden i förhållande till genomsnittslönen, netto. Fattigdomsgränsen är satt till 50 procent av den disponibla ekvivalenta medianinkomsten. Källa: SCIP, LIS.

¹⁸ En närmare beskrivning av dessa välfärdsmodeller finns bl a i Bokslut över välfärden, SOU 2001:79.

4.2 ...men ojämlikheten ökar

Sedan 1990-talets kris har något hänt. Ett sätt att mäta är att se hur den disponibla inkomsten (d v s inkomsten efter skatt och transfereringar) utvecklats för olika delar av befolkningen. I figuren 4.4 nedan anger den lägsta kurvan hur inkomsten utvecklats för de 10 procent av befolkningen som har de lägsta inkomsterna. Nästa kurva visar utvecklingen för de 10 procent som har näst lägsta inkomster etc. Den översta kurvan anger utvecklingen för de 10 procent i befolkningen som har de högsta inkomsterna.



Figur 4.4. Disponibel inkomst, inklusive reavinst, per konsumtionsenhet, i deciler 1991, 1995-2006, samtliga personer. Medelvärden i tkr per konsumtionsenhet, i 2006 års priser.

Källa: SCB:s inkomstfördelningsstudie, HE 21 SM 0801.

Analysen av detta slag görs av SCB varje år, och den senaste statistiken är från 2006. Figuren visar att skillnaderna ökat under de senaste 15 åren, och det i första hand är de 10 procent rikaste i befolkningen som dragit ifrån de övriga.

Orsakerna till den ökade ojämlikheten är många. Den viktigaste förklaringen, som man ser klart avtecknat i diagrammet, är kapitalinkomsternas stora betydelse för den del av befolkningen som har de högsta inkomsterna. I tider med stor börsuppgång får dessa hushåll ett rejält tillskott till sin hushållskassa. Å andra sidan kan det också snabbt vända nedåt, vilket speglas i diagrammet av börsnedgången år 2001.

En annan orsak att lönespridningen ökat under denna tid, vilket bl a rådets tidigare delrapport visade. Dessutom kan arbetslösheten under 1990-talet ha haft stor betydelse. Arbetslöshet drabbar i större utsträckning låginkomsttagarhushåll än höginkomsttagarhushåll.¹⁹

Mycket talar för att dessa ojämlikheter nu ökar ytterligare. Förmögenhetsskatten har tagits bort och fastighetsskatten förändrats så att de med dyraste hus fått kraftiga skattelättnader. Jobbskatteavdraget sänker skatten kraftigt för dem som har arbete, men allra mest för dem med högst inkomster. Arbetslösa, sjuka och pensionärer har inte fått del av skattesänkningarna i någon större utsträckning. Däremot drabbas arbetslösa av högre avgifter och sänkta ersättningsnivåer i a-kassan, och sjuka av hårdare krav och sänkt ersättning i sjukförsäkringen.

Man kan således räkna med att den ekonomiska utvecklingen för de med lägsta inkomster ytterligare stagnerar, men utvecklingen på arbetsmarknaden är avgörande.

Enligt regeringens bedömning i budgetpropositionen för 2009 kommer socialbidragskostnaderna att öka med ca 10 procent under åren 2008-2011. Arbetslösheten²⁰ förväntas stiga till 6,6 procent fram till 2010, men senare prognoser pekar med hänvisning till finanskrisen mot en ännu sämre utveckling. Konjunkturinstitutet har bedömt att arbetslösheten kan öka till så mycket som 7 procent redan 2009.

¹⁹ Om man jämför inkomstskillnaderna över ännu längre tid, så är ytterligare en orsak till de ökade skillnaderna att skattesystemet idag är mindre omfördelande än vad det var under 1980-talet. Progressiviteten i skatteskalen minskade med skattereformen 1990. Tidigare betalade en höginkomsttagare en större andel av sin inkomst i skatt.

²⁰ Budgetpropositionen för 2009, Finansplanen

För de med de högsta inkomsterna är det inte lätt att veta hur inkomstutvecklingen blir. Å ena sidan ökar gruppens inkomster till följd av skattesänkningarna, men å andra sidan drabbas gruppen hårdast av en vikande utveckling på aktiemarknaden. Sammantaget kan man ändå utgå från att inkomstskillnaderna fortsätter att öka.

Sedan valet 2006 har de 10 procent av befolkningen som har högst inkomster ökat sina inkomster med 5 000 kronor per månad, inflationen borträknad. Däremot har de 30 procent som har lägst inkomster inte ens fått en hundralapp i ökad inkomst.²¹

4.3 Samband mellan socioekonomiska skillnader och skillnader i hälsa

Att det finns ett starkt samband mellan socioekonomiska skillnader och skillnader i hälsa är väl belagt i internationell folkhälsoforskning. Fattigdom och dålig utbildning ökar riskerna för dålig hälsa, förtida död och sämre levnadsvanor.

Världshälsoorganisationen, WHO, uttryckte det år 2004 på detta sätt:

*“The social conditions in which people live powerfully influence their chances to be healthy. Indeed factors such as poverty, social exclusion and discrimination, poor housing, unhealthy early childhood conditions and low occupational status are important determinants of most diseases, deaths and health inequalities between and within countries”*²²

På senare tid har också fler sett sambandet mellan ökade inkomstskillnader och skillnader i hälsa. EU:s hälsokommissionär Markos Kyprianou konstaterade år 2005 att med ökade skillnader i välstånd kommer också ökade skillnader i fråga om hälsa, som i sin tur bidrar till ytterligare större skillnader i välstånd.²³

²¹ Artikel Propagandaministern och rättvisan, Katrine Kielos, Dagens Arena, 2008-10-08,

²² European strategies for tackling social inequities in health, part 2, WHO Europe 2006, Göran Dahlgren och Margaret Whitehead, s 1

²³ Ibid, s 42

4.3.1 WHO Europas förslag för att minska ojämlikheten i hälsa

WHO:s Europaavdelning har i en rapport särskilt belyst förhållandet mellan inkomstskillnader och hälsa. Man pekar ut tre förklaringar till varför ökad ekonomisk ojämlikhet leder till ökad ojämlikhet i hälsa²⁴:

- **Fattigdomsbördan är större.**

I länder med stora inkomstklyftor lever en större andel av befolkningen i fattigdom. Fattigdomen i sig genererar sämre hälsa, genom att man t ex inte söker vård om den kostar för mycket.

- **Psykosociala faktorer.**

Samhällen med stora inkomstklyftor präglas av en högre stressnivå i hela samhället, men särskilt för de grupper som ligger längst ner på skalan. Större stress ger sämre hälsa.

- **Sämre offentliga välfärdssystem.**

Länder med stora ekonomiska och sociala skillnader präglas också av att de offentliga välfärdssystemen är sämre utbyggda och mindre tillgängliga. Skatterna är lägre, och därmed de offentliga investeringarna i t ex sjukvård.

Rapportens rekommendation till medlemsländerna i Europa är för det första att de bör inse att det går att ändra inkomstskillnaderna till det bättre. De bör lära av länder som har mindre skillnaderna och ange nationella mål för att minska inkomstskillnaderna.

Råden är sedan:

- *Utred hur skatter, transfereringar och subventioner kan minska inkomstskillnaderna.*
- *Behåll eller introducera ett progressivt skattesystem.*
- *Reglera arbetsmarknaden.*

Komplettera marknadens osynliga hand med en synlig politisk hand. Verka för en stärkt fackföreningsrörelse. Skapa ett system för minimilöner, med lagstiftning eller avtal, för att

²⁴ Ibid, s 43 ff

undvika problemet med ”working poor”. Verka för principen lika lön för lika arbete, oavsett kön.

- *Öka eller behåll offentlig finansiering av sjukvård, utbildning och kollektivtrafik.* Dessa verksamheter måste i stor utsträckning finansieras över skattsedeln, efter bärkraft, och sedan fördelas efter behov.

4.3.2 WHO:s Commission on Social Determinants of Health

År 2005 tillsatte WHO:s generaldirektör Dr J W Lee en särskild global kommission för att kartlägga och analysera hur sociala faktorer påverkar hälsan, samt att utforma rekommendationer för hur dessa faktorer kan användas för att förbättra folkhälsan i världen.

WHO:s ”Commission on Social Determinants of Health” gjorde ett stort utredningsarbete, med en lång rad rapporter från hela världen²⁵. Slutrapporten ”Closing the Gap in a Generation” redovisades våren 2008.

Kommissionen har hämtat in mycket material, och gått igenom en lång rad frågeställningar. Mest intressant för vårt vidkommande är vad kommissionen säger om välfärdsystemens organisering och sjukvårdens finansiering. I huvudsak ansluter man sig till den generella välfärdsmodellen. Bl a ger kommissionen följande rekommendationer:

- *Utveckla av generösa sociala trygghetssystem som omfattar alla.*
Riktade och behovsprövade stöd ska endast användas för dem som fallit igenom de allmänna skyddsnetten.
- *Ta offentligt ledarskap när det gäller finansiering av hälso- och sjukvården.*
Sjukvården bör omfatta alla, oavsett betalningsförmåga. Individuell finansiering bör minimeras.
- *Skattesystemet bör göras progressivt, gärna kompletterat med speciella skatter riktade till hälso- och sjukvården²⁶.*

²⁵ Kommissionen leddes av Sir Michael Marmot, och svensk representant var professor Denny Vågerö, CHES.

²⁶ Bl a diskuterar man möjligheten att införa olika globala skatter för att finansiera uppbyggnaden av hälso- och sjukvården i fattiga länder, t ex den s k Tobinskatten på valutatransaktioner.

Inom ramen för kommissionens arbete gjordes också en särskild rapport om de nordiska länderna, ”The Nordic Experience – Welfare States and Public Health”²⁷. Rapporten konstaterade att de nordiska länderna utmärktes av den generella välfärdsmodellen, och att man lyckats med att minska fattigdom och åstadkomma en förhållandevis långtgående ekonomisk jämlikhet. Detta har haft en positiv effekt på folkhälsan i de nordiska länderna, slog rapporten fast. Generella välfärdssystem, särskilt transfereringssystem som t ex ambitiösa socialförsäkringar och barnbidrag, har positiva hälsoeffekter.

²⁷ The Nordic Experience – Welfare States and Public Health, av Olle Lundberg, Monica Åberg Yngve, Maria Kölegård Stjärne, Lisa björk och Johan Fritzell, CHESS 2008.

5. Slutsatser och rekommendationer

Vi har bl a kunnat konstatera följande:

- Samtidigt som det allmänna hälsoläget i Sverige har förbättrats kraftigt sedan 1970-talet, så tyder det mesta på att ojämlikheten i hälsa har bestått. Sambandet mellan att vara rik och frisk, fattig och sjuk, ser ut att vara obrutet också i Sverige och ännu in på 2000-talet.
- Sverige har, tack vare den generella välfärdsmodellen, haft förhållandevis små ekonomiska klyftor ur ett internationellt perspektiv. Under de senaste 20 åren har inkomstklyftorna emellertid ökat trendmässigt, och det mesta pekar på att den utvecklingen nu fortsätter. Internationella erfarenheter visar tydligt att ökade inkomstklyftor förr eller senare leder till större skillnader i hälsa.

Utifrån detta vill vi ge följande rekommendationer för hur politiken bör utvecklas för större jämlikhet ifråga om hälsa.

5.1 Stärk den generella välfärden och minska inkomstklyftorna

Det är mycket oroande att inkomstklyftorna har ökat så kraftigt sedan 1990-talets kris, och en politik för ökad jämlikhet i hälsa måste börja med en politik för ökad ekonomisk jämlikhet. Här är skatte- och transfereringssystemen av avgörande betydelse. Här ser vi bl a följande åtgärder.

- Ökad progressivitet i skattesystemet bör övervägas, särskilt med inriktning på ett ökat skatteuttag från de 10-15 procent av hushållen vars inkomstutveckling varit mycket positiv under de senaste decennierna.
- Detta bör kombineras med ett stärkande av de finanspolitiska stöd som främst gynnar de sämst ställda, men som ändå står på den generella välfärdspolitikens grund. Exempel på det senare är barnbidraget (inklusive flerbarnstillägg) och bostadsbidraget.

- Arbetslöshetsförsäkringen måste återställas, med högre ersättningsnivåer och väsentligt lägre avgifter.

5.2 Förebyggande folkhälsoarbete

Precis som låginkomstutredningen på 1970-talet kan vi konstatera att livsstilsfaktorer som tobaks- och alkoholvanor och graden av fysisk aktivitet är klassbundna, och en del av förklaringen till ojämlikheter i hälsa.

Då rekommenderade man mer förebyggande verksamhet och hälsokampanjer, som tog sikte på kostvanor, tobak och motion. Dessa rekommendationerna har samma tyngd och aktualitet nu som då. När det gäller hälsorisker från övervikt och fetma kan till och med skillnaderna i hälsorisk ha ökat. Medan övervikt och fetma enligt Låginkomstutredningen främst drabbade kvinnor i socialgrupp 3 är det nu en hälsorisk med sociala skillnader både bland kvinnor och män.

Detsamma kan nu sägas om alkoholintaget, som ökat kraftigt sedan 1970-talet. Det är idag ännu viktigare med ett sammanhållet alkoholpreventivt arbete.

5.3 Primärvården

1970-talets låginkomstutredning pekade på betydelsen för resurssvaga grupper av åtgärder för att tidigt upptäcka sjukdomar. Man förespråkade mot denna bakgrund utbyggnad av den decentraliserade öppna hälso- och sjukvården.

Sen upptäckt av sjukdom är även nu en viktig förklaring till skillnader mellan olika samhällsgrupper när det gäller t ex överlevnad från allvarliga sjukdomar. Och även om mycket positivt har hänt i primärvården, så får primärvården i Sverige, vid en internationell jämförelse, en låg andel av hälso- och sjukvårdens resurser.

Därför bör ännu större fokus läggas på en bättre utbyggd primärvård, eller en närsjukvård som även omfattar mer av öppen specialistvård. Det är ett viktigt medel för att utjämna skillnader i vårdutnyttjande och ohälsa.

- Primärvården behöver utvecklas i former som ger kontinuitet och trygga vårdkontakter. Vården ska vara förebyggande och uppsökande mot olika riskgrupper. Ett uppsplittrat vårdval, som nu införts i Stockholms läns landsting, möter inte behoven av bättre vårdkedjor och lotsar i vården. Vem lotsar när personal med hänsyn till ”fri konkurrens” inte får ge råd hur patienten skall gå vidare i vårdkedjan?
- En rättvist fördelad vård efter behov uppnås bäst när vårdgivarna betalas med fasta ersättningar viktade efter ålder och vårdtyngd. Ersättningar som ges per besök gör att motiven för förebyggande vård blir svaga. Det kan leda till både onödiga återbesök, och en ovilja att söka en helhetsbild av patientens problem.
- För äldre och ekonomiskt svagare grupper påverkar geografisk närhet i hög grad vårdutnyttjandet. Detta hotas av den fri etableringsrätt som regeringen nu förbereder. Inget nordiskt eller annat västeuropeiskt land har på liknande sätt avsagt sig rätten att demokratiskt styra var vård ska finnas. En rättvis fördelning av vård förutsätter att etableringen av vård planeras och styrs efter vårdbehov. Erfarenheten av rätten till fri etablering för läkare som arbetar efter den nationella taxan och från de regler som finns för Vårdval Stockholm visar hur fri etablering leder till helt annan lokalisering, än efter vårdbehov.
- Även om patientavgifterna i Sverige är låga så innebär de ändå för samhällets ekonomiskt mest svaga grupper ett hinder för att söka vård. Istället för tidigt besök i primärvården kan det ofta bli en sen inläggning på sjukhus. I likhet med t ex Danmark bör avgiften helt slopas för patienters besök till primärvården där hon eller han är listad . Både patient och vårdgivare stimuleras på det sättet att ansvara för kontinuitet i kontakten med vården.

5.4 Psykisk ohälsa

En slående kontrast mellan hälsoläget på 1970-talet och idag, är den åldersmässiga fördelningen av psykiska ohälsan. Medan den psykiska ohälsan på 1970-talet i första hand var en ”ålderssjukdom”, är psykiska problem nu i ökad grad också ett hälsoproblem för unga, i synnerhet unga kvinnor.

Förklaringarna bakom detta är komplexa. Individualisering, ökad press i skolan med skarp konkurrens till utbildningar, svårigheter på bostadsmarknaden och ett allt senare inträde på arbetsmarknaden men då ofta med osäkra anställningsformer har för många unga ersatt den tidigare välfärdsstatens trygghet.

Ohälsa är en samhällspegel och kan inte mötas enbart med hälso- och sjukvårdens åtgärder. Social trygghet och realism i ideal och framtidsförväntningar är, för alla åldersgrupper, minst lika viktigt som de åtgärder den medicinska vården kan erbjuda.

Därför bör åtgärder som syftar till att minska otryggheten och stressen för ungdomar och unga vuxna prioriteras. Det gäller framför allt inom skolpolitiken, bostadspolitiken och på arbetsmarknaden.

5.5 Köer och väntetider i vården

Den medicinska och medicin-tekniska utvecklingen har fortsatt under de senaste årtiondena, med många nya möjligheter till behandling. Chanserna för överlevnad från livshotande sjukdomar har ökat, men därmed också betydelsen av god kontakt med vården för tidig upptäckt av allvarliga sjukdomar.

Köer och långa väntetider har varit och är ett problem i vården. I ett försök att minska väntetiderna har överenskommelser gjorts om olika vårdgarantier. Det gäller tid för kontakt med vården, tid för läkarkontakt, tid för undersökning hos specialist och tid för operation eller annan behandling.

Klarar inte det egna landstinget att erbjuda vård enligt garantin har patienten rätt att söka vård på annat håll. Syftet med vårdgarantierna är att snabba på inom vården och kanske också att bryta en kvarlevande tradition där köer och långa väntetider i praktiken var bästa argumentet för att få mer pengar och resurser till en vårdenhet.

Med vårdgarantin skapas ett incitament för att ta hand om patienten i tid. När en patient med stöd av vårdgarantin söker vård på annat håll minskar de egna resurserna, när landstinget tvingas betala för vård som sker på annat håll.

Ansträngningarna för en snabbare behandling och kortare väntetider måste fortsätta, men det gäller att samtidigt värdera i vilken grad rätten till vård på annat håll ökar ojämlikhet i

tillgången till vård. Det är i regel inte den mest vårdbehövande som har kunskap, initiativ och resurser att söka vård på annat håll. Det enda sättet att på sikt undvika en sådan snedvridning är att alla landsting kan klara av att leva upp till vårdgarantin.

5.6 Framväxande gräddfiler i sjukvården

På senare år har köerna i sjukvården ökat mycket kraftigt. I Region Skåne har t ex antalet patienter som väntat mer än tre månader på behandling ökat med 80 procent sedan hösten 2006. Efter att den nya regeringen avskaffat den s k stopplagen har möjligheterna öppnats för tillskapandet av gräddfiler för dem som kan betala för egen sjukvård.

Barnsjukvården är särskilt aktuell, genom etablering av det s k Martinasjukhuset i Stockholm. Detta företag spekulerar i människors oro för att deras barn inte ska få den allra bästa vården, och bygger på att enskilda ska betala sin sjukvård själv genom en särskild vårdförsäkring. Med begränsningen att man inte kan lösa en sådan försäkring för ett barn som är kroniskt sjukt, tydliggörs den inbyggda cynismen i ett sådant sjukvårdssystem.

Samtidigt är det nu fritt fram för landsting att ta in försäkringspatienter, där dessa patienter kan få snabbare vård än andra. Det innebär två väntrum, ett för vanliga skattebetalare och ett för dem som kan betala sig förbi på väntelistorna. Det är också numera fritt fram att sälja ut akutsjukhus och universitetssjukhus. Skulle ett antal sådana sjukhus köpas upp av privata företag för att förse försäkringspatienter med högkvalificerad vård, byggs det upp ett helt parallellt sjukvårdssystem för dem som har gott om pengar. Då är det inte längre vård efter behov som styr i sjukvården, utan vård efter plånbok.

En lag som vilar på den tidigare stopplagens principer, framför allt förbudet mot blandfinansiering, bör därför återinföras.

5.7 Riskerna med gränsöverskridande vård

Inom EU pågår för närvarande en dragkamp om rätten till gränsöverskridande vård. Hälso- och sjukvården är ett nationellt ansvar, men EG-domstolen har utfärdat domar som ger enskilda patienter betydande rätt att fritt söka vård i andra länder, för att sedan skicka räkningen till dem som ansvarar för vården i hemlandet. Undantag är sjukhusvård, där domstolen ger de enskilda länderna rätt att med förhandsprövning avgöra om man ska betala

för vård i annat land eller ej. Kommissionen har i ett förslag till direktiv utsträckt rätten att kräva sådana tillstånd att gälla även vissa andra, ännu ej listade, behandlingar.

Vi vill peka på att fri rätt att med offentlig finansiering söka vård i annat land riskerar att leda till att principen om vård efter behov sätts ur spel. Det kan underminera den gemensamma finansieringen av sjukvården, och därmed särskilt drabba patienter med störst vårdbehov.

5.8 Helhetssyn på samhälle och hälsa

Nu som förr behövs ett angreppssätt som riktar uppmärksamheten mot alla samhällsliga orsaker till sjukdomars utveckling och ohälsans fördelning i befolkningen.

Ökad press i skolan, med betygshets och oro för att inte komma in på den utbildning man vill, osäkra anställningsförhållanden för unga i arbetslivet, svårighet att få bostad och därmed bilda familj, allt högre tempo i arbetslivet där allt fler tvingas ta jobbet med sig hem, är några faktorer vi vill peka på.

Vi behöver också en ny diskussion om arbetslivets förnyelse. Fackföreningsrörelsen kan gå i bräschen för ännu mer medinflytande i arbetslivet, och ta fram program för hur man skapar det goda arbetet. Snarare än att ropa på ännu längre arbetstid för de unga barnfamiljerna, bör vi underlätta för dem att kombinera arbete och familj, och att komma bort från arbetet under den mest intensiva småbarnsperioden. Arbetstidsreformer som gynnar barnfamiljerna, t ex förlängd föräldraförsäkring, bör därför övervägas.

Litteraturlista

”Den vuxna befolkningens hälsotillstånd - Utkast till kap 3 i betänkande om svenska folkets levnadsförhållanden”. Låginkomstutredningen, Sten Johansson, Allmänna förlaget, Stockholm, 1970.

“Betydelsen av reseavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialistläkare i Stockholms läns landsting”, Socialmedicin 2005:2, Peter Chen, Bo Burström

Budgetpropositionerna, prop 2007/2008:1, prop 2008/2009:1

“Closing the gap in a generation”, Commission on Social Determinants of Health, WHO, 2008

“European strategies for tackling social inequalities in health, part 2”, Göran Dahlgren och Margaret Whitehead, WHO Collaboration Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool, WHO Europe 2006

Folkhälsorapport 2005, Socialstyrelsen

”Hälsa på lika villkor”, SOU 1999:137

”Hälsan på spåret, Medellivslängd och ohälsotal utmed spårtrafiken i Stockholm”, Carl Hogstedt, Christer Hogstedt, Bernt Lundgren, Henrik Moberg, Eva Vingård, Statens folkhälsoinstitut, 2006:06

Hälso- och sjukvård, Lägesrapport 2007, Socialstyrelsen

“Inkomstfördelningsrapport, delrapport 1”, Anna-Kirsti Löfgren och Mats Larsson, Arbetarrörelsens Ekonomiska Råd 2008

”Svensk sjukvård i internationell belysning 2008”, Sveriges Kommuner och landsting

”The Nordic Experience – Welfare States and Public Health”, Olle Lundberg, Monica Åberg Yngve, Maria Kölegård Stjärne, Lisa Björk och Johan Fritzell, CHESS 2008

”Välfärd, jämlikhet och folkhälsa”, Folkhälsoinstitutet, 2003:12