

# Ojämlighet i hälsa: Definitioner, mått, mekanismer och policyimplikationer

Olle Lundberg

Intresset för ojämlikhet i hälsa har vuxit mycket snabbt under de senaste 25 åren, både inom forskning och inom politik. Att förstå hur systematiska sociala skillnader i hälsa och överlevnad uppkommer och vidmakthålls skulle vara av största inomvetenskapliga intresse, men också en utgångspunkt för förbättrad folkhälsa. I denna uppsats diskuteras hur ojämlikhet i hälsa skall definieras och mätas. Det visas att en jämförelse mellan olika länder baserade på relativa skillnader, absoluta skillnader och absoluta risknivåer bland arbetare ger väldigt olika bilder av tillståndet i Sverige. Utifrån bl.a. detta diskuteras avslutningsvis på vilka grunder den förda politiken bör utvärderas, samt vilka möjliga policyalternativ som har bäst chans att förbättra folkhälsan.

Olle Lundberg är professor i Health Equity Studies vid CHES, och har tidigare varit verksam som forskare vid Institutet för social forskning. Under åren 1999-2001 var han ledamot i Kommittén Valfärdsbokslut som analyserade den svenska välfärdsutvecklingen under 1990-talet.

## Intresset för ojämlikhet i hälsa

Ojämlighet i hälsa, det vill säga systematiska skillnader i hälsa och överlevnadschanser mellan olika grupper av människor, observerades och diskuterades redan för flera hundra år sedan. Ett berömt exempel är den svenske läkaren Abraham Bäck som ägnade ett helt presidietal inför Vetenskapsakademien 1764 åt detta under temat "*Tal om farsoter som mäst härja bland rikets allmog*". Intresset har dock intensifierats under de senaste 25 åren, och startskottet för detta var den brittiska *The Black Report on Inequalities in Health* som utkom 1980. I dess efterföljd

har forskning om ojämlikhet i hälsa växt och etablerats som ett tvärvetenskapligt forskningsfält.

Varför då detta intresse? En anledning är förstas en önskan bland folkhälsoforskare att bättre förstå också de sociala bestämningsfaktorerna till sjukdom och för tidig död. Men det ökade intresset måste också ses mot bakgrund av de möjligheter och utmaningar ojämlikheten i hälsa utgör för folkhälsopolitiken. Om ohälsan allmänt sett kunde närma sig de nivåer som de mest privilegierade grupperna har skulle åtskilliga liv och myck-

et lidande kunna sparas. Detta avspeglas exempelvis i att mål nummer 1 i WHO:s Hälsa för alla 2000 gällde minskad ojämlikhet i hälsa (WHO 1993), liksom att minskade skillnader i hälsa är ett övergripande mål i regeringens förslag till folkhälsopolitiska mål (Prop 2002/03:35). Utmaningen ligger i att förstå hur systematiska hälsoskillnader uppkommer och vidmakthålls för att därigenom kunna finna åtgärder att motverka dem.

Trots intresset för ojämlikhet i hälsa och stolta ambitioner att minska dem har inte mycket hänt med ojämlikheten i hälsa under de senaste 30-40 åren. Och trots att Sverige och de andra Nordiska länderna i många avseenden är mer jämlika än de flesta andra västliga industrinationerna tycks inte ojämlikheten i hälsa mätt på traditionellt sätt vara särskilt mycket mindre här (Mackenbach et al. 1997). Varför är det på detta sätt, det vill säga varför finns det fortfarande ojämlikhet i hälsa i Sverige?

Denna fråga är självfallet mycket komplicerad och låter sig inte besvaras i en enskild artikel. Ett sätt att ändå närma sig ett svar är att lyfta fram de nödvändiga förutsättningar som krävs för att åtgärder mot ojämlikhet i hälsa skall kunna sättas in med framgång. Det finns då åtminstone tre centrala delfrågor som måste tas upp, nämligen

- 1) Att definiera vad som egentligen skall avses med begreppet ojämlikhet i hälsa, samt beskriva hur denna ojämlikhet utvecklas.
- 2) Att identifiera de centrala mekanismer som bidrar till att ojämlikhet i hälsa skapas, samt mäta deras relativa betydelse.
- 3) Att identifiera åtgärder och välfärdspolitiska institutioner som potentiellt kan påverka dessa mekanismer, och analysera i vilken mån dessa faktiskt bidragit till minskade skillnader.

## Hur skall ojämlikhet i hälsa definieras och mätas?

Ojämlikhet är, precis som rättvisa, ett värdeladdat begrepp som ges olika innebörd av olika personer och i olika sammanhang. Ibland avses skillnader i chanser, ibland skillnader i slutligt utfall. Ibland avses strikt likhet, medan det i andra sammanhang främst är relationen mellan insats och utfall som skall vara lika.

En central aspekt när det gäller att definiera vad som avses med ojämlikhet i hälsa och dödlighet är huruvida de skillnader i utfall (hälsotillstånd) eller chans (risk) som står i fokus skall mätas mellan individer eller mellan grupper. Inkomstojämlikhet brukar exempelvis nästan uteslutande definieras som skillnader i inkomst mellan enskilda individer eller familjer. Ojämlikhet i hälsa har däremot i huvudsak kommit att handla om skillnader i hälsa mellan socialt definierade grupper - samhällsklasser, utbildningsgrupper, inkomstgrupper, etniska grupper, män och kvinnor eller områden med olika social sammansättning. Det finns goda skäl för detta. Skillnader i hälsa mellan individer, hur orättvisa de än må synas, står redan i fokus på en rad olika sätt. Dels åtgärdas individuella hälsoproblem inom ramen för hälso- och sjukvården. Dels bedrivs viktig forskning kring såväl sociala som psykologiska och biologiska orsaker till sjukdom, liksom arbete för att söka minska olika former av hälsorisker och förbättra möjligheterna för tillfrisknande. Här finns självfallet viktiga roller för aktörer inom många sektorer av samhället, och inte enbart sjukvården. Men att kalla skillnader i hälsa mellan enskilda individer för ojämlikhet ger egentligen inga andra perspektiv eller möjligheter än dem vi ändå har.

Att istället definiera ojämlikhet i hälsa

som skillnader mellan socialt definierade grupper öppnar upp för andra synsätt och lösningar för både forskning och åtgärder. Det ger utrymme för att undersöka och försöka påverka de strukturella betingelser som generation efter generation bidrar till att skapa bättre livsbetingelser för människor i vissa grupper och sämre för andra. Annorlunda uttryckt ger ett grupperspektiv på ojämlikhet i hälsa ett större utrymme för faktorer som ligger utanför de enskilda individernas direkta kontroll, och som därmed oftast hamnar utanför fokus för individuell behandling eller rådgivning.

Valet mellan individ- respektive gruppdefinition av ojämlikhet är central också för hur ojämlikhet skall mätas. I det förra fallet är det skillnader i hälsa och livslängd mellan individer som står i fokus, och mått lånade från inkomstfördelningsstudier låter sig användas (se tex Murray, Gakidou & Frenk 1999; för en kritik se Braveman, Krieger & Lynch 2000). Bortsett från de principiella invändningarna mot detta som anfördes ovan finns dock även tekniska mätproblem knutna till det faktum att hälsa och liv inte kan mätas och hanteras på samma sätt som inkomster i kronor. Även om man håller sig till ojämlikhet som skillnader mellan grupper kvarstår dock ett antal centrala definitions- och mätproblem (för en diskussion se Bremberg 2003).

### Relativa skillnader

Ett mycket vanligt sätt att beskriva ojämlikhet i hälsa är att redovisa relativa skillnader, där prevalensen, risken eller oddset för ohälsa, specifika sjukdomar eller död i en grupp relateras till en annan grupp i form av en kvot. Ett exempel på detta sätt att redovisa skillnader presenteras i Tabell 1. För tio europeiska länder presenteras där de relativa riskerna för att dö mellan 45 och 65 års ålder

för män med arbetaryrken jämfört med män med andra yrken. Länderna har också rangordnats från lägst till högst grad av ojämlikhet i hälsa definierat på detta sätt.

Tabell 1. Europeiska länder rankade efter relativa skillnader i dödlighetsrisker för arbetare jämfört med tjänstemän. Män 45-65 år. Egna beräkningar baserade på Tabell 7 i Kunst et al. (1998).

Placering	Land	RR
1	Danmark	1,33
1	Norge	1,33
1	Italien	1,33
4	Portugal	1,37
5	Spanien	1,39
5	Irland	1,39
7	Sverige	1,40
8	England & Wales	1,45
9	Finland	1,52
10	Frankrike	1,70

Flera saker kan noteras från Tabell 1. För det första finns tydliga skillnader i dödlighetsrisk mellan arbetare och andra i alla de undersökta länderna. För det andra är dessa skillnader på det hela taget ungefärligen lika stora i de olika länderna, med undantag för Frankrike och i viss mån Finland där ojämlikheten mått på detta sätt är större. För det tredje har inte Sverige mindre ojämlikhet än andra jämförbara länder, vilket kunde varit frestande att tro med tanke på att välfärdens fördelning i många andra avseenden är jämnare i Sverige (Kautto et al. 2001). Även om skillnaderna mellan de högst rankade länderna är små och inte skall tillskrivas någon större betydelse kommer Sverige trots allt först på sjunde plats.

Relativa mått lyfter som namnet antyder fram relationer, i detta fall hur mycket större dödlighetsrisken är bland arbetare jämfört



med andra män under en viss period av livet. Detta kan vara en fördel i många sammanhang, men har också sina begränsningar. Om syftet med analysen är att söka finna underlag för åtgärder och inte att fånga underliggande processer och mekanismer blir det besvärande att de faktiska dödlighetsriskerna inte framgår. Till skillnad från analyser av inkomster är det också svårt att hävda avtagande marginalnytta av överlevnadschanser, åtminstone i det åldersspann som är aktuellt här. Ur ett åtgärds perspektiv kan det därför vara av värde att finna något annat sätt att mäta ojämlikhet.

### Absoluta skillnader

Ojämlikhet som begrepp är relationellt till sin natur, eftersom det bygger på att vissa slags skillnader är orättfärdiga eller oönska, och skillnader i sin tur inte kan definieras annat än via jämförelser. En möjlighet att undkomma de relativa måttens blindhet för ojämlikhetens betydelse i form av faktisk dödlighetsrisk är att istället beräkna riskdifferenser. Resultatet av en sådan beräkning presenteras i Tabell 2.

Tabell 2. Europeiska länder rankade efter absoluta skillnader i dödlighetsrisker för arbetare jämfört med tjänstemän. Män 45-65 år. Källa: Kunst et al. (1998).

Placering	Land	Diff
1	Norge	5,2
2	Sverige	5,6
3	Spanien	5,8
4	Italien	6,0
5	Portugal	6,1
6	Danmark	6,3
7	England & Wales	7,5
8	Irland	8,1
9	Finland	9,8
10	Frankrike	11,5

Skillnaderna mellan länderna är nu lite tydligare, och den inbördes ordningen förändras en del. Finland och Frankrike återfinns fortfarande i botten av tabellen med störst ojämlikhet i dödlighet mätt också på detta sätt. På samma sätt finns Norge fortfarande i toppen av listan med minst absolut skillnad i dödlighetsrisk mellan arbetare och andra. Slutsatsen om Sveriges situation blir dock en annan när ojämlikhet mäts som riskdifferenser istället för riskkvoter. En intressant jämförelsepunkt är Irland. I Tabell 1 visades att Irland kom strax före Sverige eftersom arbetarnas relativa risk där var 1,39 jämfört med 1,40 i Sverige. Som framgår av Tabell 2 är dock den absoluta skillnaden betydligt större på Irland än i Sverige - skillnaden i kumulerad dödsrisk mellan den 45:e och 65:e födelsedagen är 8,1 procent på Irland medan den är 5,6 procent i Sverige. Orsaken till att kvoten som presenterades i Tabell 1 ändå är lite högre för Sverige beror på att tjänstemännen här har mycket låg dödlighetsrisk. Detta ur folkhälsosynpunkt mycket goda förhållande leder till att den relativa risken är högre än i många andra länder trots att den absoluta skillnaden är bland de lägsta.

### Absoluta nivån bland de sämst ställda

Relativa skillnader mellan olika grupper ger alltså en bild av ojämlikhetens storlek frikopplad från den absoluta nivån (prevalensen, incidensen, dödlighetsrisken eller liknande). Detta kan vara en fördel vid analyser av mekanismer och processer, men blir mindre lämpligt då man vill relatera ojämlikhet till olika åtgärder som genomförts eller planeras. De absoluta skillnaderna kan för sådana ändamål vara mer lämpade att ha som mål för åtgärder, men också dessa påverkas förstas av nivån bland de bäst ställda. En stor skillnad mellan arbetare

och tjänstemän kan med andra ord visa på en potential för folkhälsoförbättringar, men är inte nödvändigtvis en bra indikator på att den förda politiken misslyckats. Ett sätt att komma runt dessa ur utvärderings- och åtgärdssynpunkt besvärliga problem med ojämlikhet är att helt enkelt fokusera direkt på hälsoläget inom arbetargruppen (alternativt lågutbildade eller låginkomsttagare).

Tabell 3. Europeiska länder rankade efter dödlighetsrisken bland arbetare. Män 45-65 år. Källa: Kunst et al. (1998).

Placering	Land	Risk
1	Sverige	19,7
2	Norge	20,9
3	Spanien	21,1
4	Portugal	22,5
5	England & Wales	24,0
6	Italien	24,6
7	Danmark	25,4
8	Frankrike	27,6
9	Finland	28,8
10	Irland	29,1

Av Tabell 3 framgår att män ur arbetargrupperna i Sverige har en risk att dö mellan den 45:e och 65:e födelsedagen som är 19,7 procent, vilket är lägre än i något annat land. Detta kan jämföras med Irland där motsvarande risk är hela 29,1 procent. Livet som arbetare är alltså betydligt mer riskfyllt på Irland än i Sverige, trots att den relativa risken inte är högre för Irländska arbetare. Sveriges position i listan påverkas ganska mycket av valet av redovisningsmetod, vilket beror på att den låga dödlighetsrisken bland arbetare matchas av en motsvarande mycket låg dödlighetsrisk bland andra grupper. Den absoluta differensen blir därmed låg utan att vara den allra lägsta (Tabell 2) och den relativa skillnaden blir medelhög (Tabell 1).

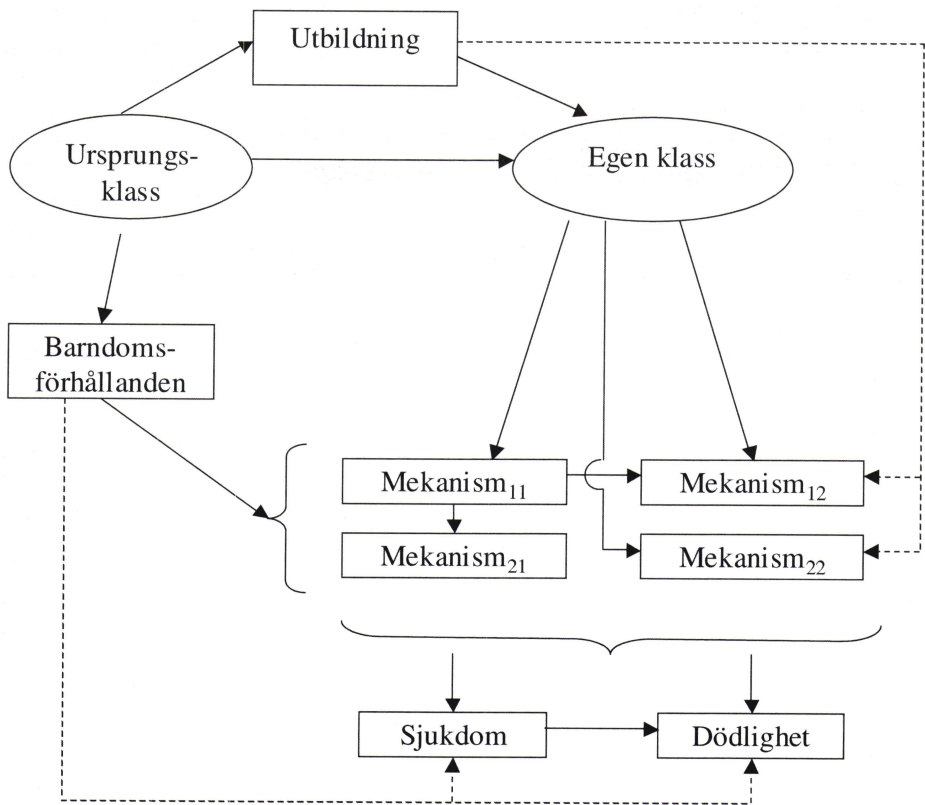
Ojämlikhet i hälsa kan förstås inte mätas med hjälp av uppgifter om hälsan i endast en grupp, utan måste fångas med hjälp av skillnader mellan två eller flera grupper, mätta i relativa eller absoluta termer. Jag menar dock att även om ojämlikheten tas som utgångspunkt för åtgärder behöver inte ojämlikheten på hälsans område vara det enda utfallet mot vilket åtgärdernas effektivitet skall utvärderas.

### Vilka är de centrala mekanismerna bakom ojämlikhet i hälsa?

För att kunna peka på åtgärder mot ojämlikhet och förbättrad hälsa bland de med sämst hälsotillstånd krävs en god uppfattning om vilka mekanismer som är aktiva då ojämlikhet i hälsa uppkommer och vidmakthålls. Innan några sådana faktorer kan diskuteras vill jag peka på principerna för uppkomsten av ojämlikhet i hälsa (Figur 1).

Figuren utgår från social klass som den centrala dimensionen för en analys av hälsans ojämlika fördelning. Den egna klasspositionen sammanhänger med den klass man växte upp i, ursprungsklassen, men självfallet också med den utbildning man själv förvärvat. Även om utbildning och klass inte alls är identiska indikatorer på social position (tänk på högutbildade invandrare med städjobb) är utbildning central för vilka typer av jobb (och därmed också vilka klasspositioner) som står öppna.

Beroende på vilken klassposition man har varierar de villkor och förhållanden man lever under. Här finns mer strukturellt rotade skillnader i barndomsförhållanden liksom i arbetslivsanknutna förhållanden, exempelvis anställningsvillkor, lön, arbetsmiljö och befordringsmöjligheter. Dessa typer av faktorer representeras i modellen av den första nivån av mekanismer (noterade med 11 res-



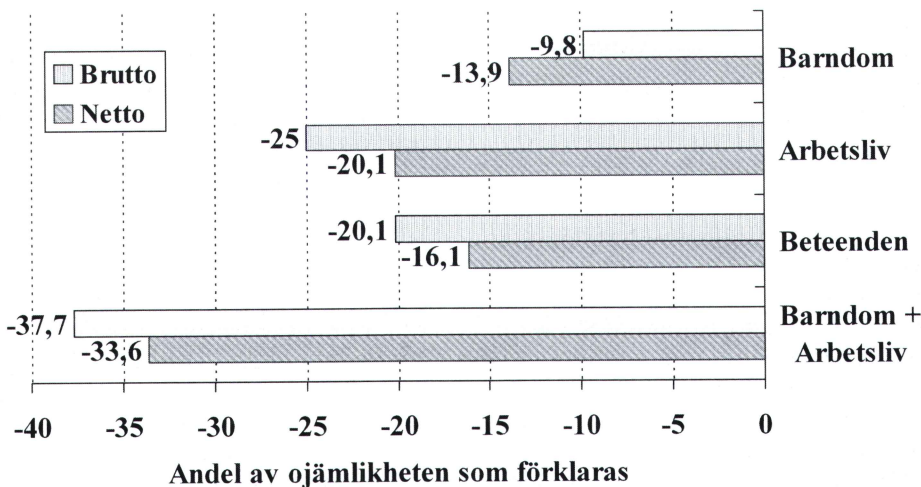
Figur 1. Modell för uppkomst av ojämlikhet i hälsa mellan sociala klasser.

pektive 12). Den andra nivån av mekanismer, benämnda 21 och 22, representerar faktorer vilka är betydelsefulla för hälsan men som den enskilde individen har ett större inflytande över, exempelvis olika hälsorelaterade beteenden. Att på en teoretisk nivå söka upprätthålla en distinktion mellan mer strukturnära respektive individnära mekanismer är viktigt inte minst för möjligheterna att på sikt också kunna identifiera möjliga åtgärder.

I realiteten är de flesta mekanismer både strukturellt rotade och individuellt påverkbara. Till exempel finner man strukturella skillnader och mönster även för så individuella förhållanden som sociala relationer (Lennartsson 2001).

Den relativa betydelsen av olika slags mekanismer är en fråga där gedigna kunskaper fortfarande saknas. Ett preliminärt svar hämtat från den forskning jag själv bedrivit re-





Figur 2. Den relativa betydelsen av barndomsvillkor, arbetslivsförhållanden och hälsorelaterade beteenden för uppkomsten av ojämlikhet i hälsa mellan sociala klasser. Källa: Lundberg 1998.

do visas i Figur 2, där barndomsförhållanden, arbetslivsförhållanden och hälsorelaterade beteendens betydelse för klasskillnader i fysiska besvär av olika slaglig redovisas.

Figuren baseras på ett antal logitregressioner, där betydelsen av de olika grupperna av mekanismer analyserats på basis av de förändringar av klasskillnadernas storlek som kan observeras då de olika mekanismerna inkluderas som oberoende variabler i modellen. Bruttoeffekten är den förändring (minskning) av klasskillnaderna som uppkommer då en typ av mekanism läggs till en grundmodell med enbart kön, ålder och klass som oberoende variabler. Nettoeffekt är den minskning som sker då en mekanism adderas till en modell med alla de övriga faktorerna inkluderade.

De procentsatser som anges i figuren skall inte tolkas alltför bokstavigt, utan det är den inbördes relationen som är det centrala. Här finner vi att skillnader i arbetsförhållanden

mellan olika klasser är den viktigaste orsaken till skillnader i fysiska hälsoproblem, följt av beteenden och barndomsförhållanden. Tillsammans står dock de mer strukturella faktorerna i barndomen och arbetslivet för ungefär dubbelt så mycket av klasskillnaderna i hälsa som beteendena (den gemensamma nettoeffekten är 33,6 procent jämfört med 16,1).

### Åtgärder och deras bidrag till minskade skillnader i hälsa

Om vi jämför länder för att kunna utröna vilka socialpolitiska system som bäst främjar en god hälsa åt alla kan det alltså vara en poäng att fokusera på hälsoförhållandena i den grupp där hälsan är sämst snarare än skillnaderna mellan grupper. Det är ändå genom åtgärder i syfte att förbättra högriskgruppernas situation mest som ojämlikheten skall minskas. Den amerikanske filosofen John

Rawls (1971) lanserade ett tankeexperiment som han kallade "okunnighetens slöja". Placerad bakom denna, okunniga om var i samhället man skulle komma att hamna, skulle människor välja principer för fördelning av resurser vars konsekvenser man skulle vara beredd att leva med. Om vi på samma sätt skulle tvingas att välja ett land att födas och leva i, okunniga om vi skulle bli arbetare eller tjänstemän, är det knappast troligt att vi skulle använda de relativa skillnaderna som underlag för vårt val. Givet att ojämlikheten uppträder i alla länder vore det rimligaste istället att välja det land där de sämst ställda har den absolut sett lägsta risken. På motsvarande sätt vore det förhastat att från Tabell 1 dra slutsatsen att alla ansträngningar som gjorts för att utjämna livsvillkoren i Sverige skulle ha varit förgäves bara för att arbetarnas relativa dödlighetsrisk inte är lägre här än i andra länder.

Att gå igenom alla olika ansträngningar som gjorts för att folkflertalet skall ha goda levnadsförhållanden, och därmed också en god hälsa, låter sig inte göras här. Det handlar dock om reformer och åtgärder inom så gott som alla samhällssektorer. Utbildningssystemet, socialförsäkringarna och arbetsmiljölagstiftningen är bara några exempel på politiska åtgärder syftande till att utjämna livsvillkoren. Det är rimligt att tänka sig att alla dessa ansträngningar också påverkat hälsan och överlevnadschanserna bland arbetargrupperna.

Likväl kvarstår alltså skillnader. De relativa skillnaderna antyder att de grundläggande processer som skapar skillnader i överlevnad pågår på ungefär samma sätt i Sverige som i andra länder. Skillnaden är istället att dödligheten allmänt sett är lägre här, vilket givetvis är en stor och viktig sak. Hur skall detta förstås, och vilka slutsatser om folkhälsopolitiken framgent kan dras av detta?

Om vi enbart ser till de kvarstående skillnaderna är det lätt att resignera. Den förda politiken har kanske varit otillräcklig, eller åtgärderna ineffektiva. Kanske är det till och med omöjligt att påverka ojämlikheten? Den goda hälsan bland svenska arbetare, åtminstone i termer av dödlighetsrisker, talar dock ett delvis annat språk. Att mer systematiskt försöka studera bakgrunden till detta förhållande är en viktig uppgift för den fortsatta forskningen på området. Det är också viktigt att notera att det fortfarande saknas viktig kunskap om de mekanismer som skapar och vidmakthåller skillnader i hälsa, samt på vilket sätt dessa faktorer kan motverkas.

## **Diskussion**

Ojämlikhet i hälsa och dödlighet mätt som relativa skillnader mellan grupper är viktiga för forskning kring mekanismer och samband, men också som ett slags startskott för politiken genom att utgöra en grund för engagemang och handling. Ojämlikhetsperspektivet och de relativa skillnader som traditionellt använts för att mäta ojämlikheten gör det möjligt att sätta in hälsan i dess sociala sammanhang. Däremot utgör relativa skillnader inte någon god grund för utformande, val respektive utvärdering av åtgärder.

Folkhälsopolitikens mål är att förbättra folkhälsan. Ojämlikhet i hälsa mellan socialt definierade grupper representerar ett påtagligt utrymme för folkhälsoförbättringar, eftersom den hälsonivå som uppnåtts i de mest gynnade grupperna bevisligen är möjlig att uppnå. Till skillnad från ojämlikhet i lön, inkomster och förmögenheter finns det knappast heller någon som hävdar att det finns positiva effekter av ojämlikhet i hälsa. Men där ekonomisk ojämlikhet kan åtgärdas



direkt genom omfördelning kan man inte ta hälsa från de friska och ge till de sjuka. Ojämlighet i hälsa måste åtgärdas genom att påverka de mekanismer som genererar mer ohälsa bland arbetare än bland tjänstemän. Att minska ojämlikheten genom att förbättra hälsoförhållandena för dem med sämst hälsa blir därmed en väg att både uppnå en allmänt förbättrad folkhälsa och en ökad jämlikhet. Däremot är minskade skillnader i sig, utan koppling till ohälsans nivå på något sätt, knappast något eftersträvansvärt. Att klass-skillnaderna i hälsa minskade under 1990-talet till följd av att tjänstemannagrupperna blev sjukare (SOU 2001:79) kan inte vara en önskvärd utveckling.

Att främst förbättra hälsan för dem med sämst hälsa kan dock också det vara en problematisk utgångspunkt för folkhälso-politiken, eftersom det inbjuder till selektiva, riktade åtgärder. Detta trots att det är en generell välfärdspolitik som varit huvudföran vid uppbyggandet av den svenska välfärdsstaten, och att Sverige som vi sett har lägre dödlighetsnivåer än i de flesta andra jämförbara länder också bland arbetare. Grundtan-ken med den generella välfärdspolitikerna är att välfärdssystemen (skola, vård och social-försäkringar m.m.) skall ha en sådan kvalitet och omfattning att så gott som alla kan och vill använda dem. Därmed skapas också bland medelklassen en uppslutning bakom dessa system och en vilja att vara med och finansiera dem. Detta genererar i sin tur till-räckligt med resurser för att systemen skall kunna vara rimligt generösa också för andra grupper (se till exempel Palme 1997). Med selektiva åtgärder på bred front riskerar man en omvänd utveckling.

Trots att den svenska efterkrigspolitiken inriktats på att utjämna medborgarnas lev-nadsvillkor är det trots allt möjligt att vi inte skall förvänta oss att de sammantagna

effekterna av dessa ansträngningar också skall påverka relativa skillnader i hälsa och dödlighet. I vart fall bör inte kvarstående relativa skillnader tas till intäkt för att den bedrivna politiken har misslyckats, särskilt inte som de absoluta dödlighetsriskerna bland arbetare är väsentligt lägre än i de flesta jämförbara länder.

## Referenser

- Braveman P, Krieger N & Lynch J (2000) "Health inequal-ities and social inequalities in health" *Bulletin of the World Health Organisation* 78:232-234.
- Bremberg, S. (2003) "Jämlikhet i hälsa: perspektiv, begrepp och mått" i Hogstedt, C. (red.) *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa - vetenskapliga underlag för begrepp, mått och indikationer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Kautto M, Fritzell J, Hvinden B, Kvist J & Uusitalo H (red.) (2001) *Nordic Welfare States in the European Context*. London: Routledge
- Kunst A, Groenhof F, Mackenbach J P and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. (1998) "Mortality by occupational class among men 30-64 years in 11 European countries". *Social Science & Medicine* 46:1459-1476.
- Lennartsson C. (2001) *Still in touch. Family contact, activities and health among elderly in Sweden*. Akademisk avhandling. Stockholm: Institutet för social forskning.
- Lundberg, O. (1998). "Exploring causal mechanisms that generate health inequalities" in Arve-Parés, B. (ed.) *Inequality in Health. A Swedish Perspective*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Mackenbach J, Kunst A, Cavelaars A, Groenhof F, Geurts J and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. (1997) "Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe", *Lancet* 349: 1655-1659.
- Murray C J L, Gakidou E E & Frenk J. (1999) "Health inequalities and social group differences: what should we measure?" *Bulletin of the World Health Organisation* 77:537-543.
- Palme J (1997) "Välfärdsstaten som en strategi för jämlikhet" *Tidskrift för politisk filosofi*, nr 1.
- Prop 2002/03:35. (2002) *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Riksdagens tryckeriexpedition.
- Rawls J. (1971) *A theory of justice*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- SOU 2001:79. *Välfärdsbokslut för 1990-talet. Slutbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut*. Stockholm: Fritzes.
- WHO. 1993. *Health for all targets. The health policy for Europe*. Updated edition September 1991. Copenhagen: WHO Regional Office.