

Om folkhälsans och hälsopolitikens framtida förutsättningar

Finn Diderichsen

De grundläggande förutsättningarna för ohälsans fördelning håller på att förändras i världen. Globalisering av ekonomin och den kraftiga ekonomiska tillväxten i många u-länder utanför Afrika minskar ojämlikheten i hälsa mellan rika och fattiga länder. Men den ökande rörligheten av kapital och den snabba tekniska utvecklingen lämnar stora grupper utanför i både rika och fattiga länder. Den vitala tekniska och ekonomiska tillväxten i våra samhällen kontrasterar mot en fullständig handlingsförlamning när det gäller att lösa de sociala problem som skapas, oavsett om det gäller arbetslösheten, den nya fattigdomen eller de stora sociala klyftor i ohälsans fördelning.

Finn Diderichsen är professor i socialmedicin vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

I de policyinriktade analyser av hälsoutvecklingen som gjorts i Sverige under det senaste decenniet har man, i bilden av en i många avseenden gynnsam hälsoutveckling, framhåvt problem med ohälsans fördelning framförallt mellan sociala klasser och kön. I denna strävan att ge underlag för en hälsopolitik som är både *effektiv och jämlik* har man oftast lagt tyngdpunkten på att ge svar på de underliggande epidemiologiska frågorna. Även om det empiriska läget är fragmentariskt har ansatsen varit att söka skatta hur olika grupper är exponerade för viktiga hälsorisker och i vilken mån detta kan förklara uppkomna skillnader. Det har visat sig viktigt att förstå hur och varför samma grupper är exponerade för många risker samtidigt och vilka samspelseffekter detta kan innebära. En annan frågeställning har varit i vilken mån relationerna mellan klasser och kön i sig kan förklara uppkomna skillnader. Analyserna har så här långt lett oss en bit på vägen till kunskap om vilka exponeringar som har spelat störst roll för uppkomsten av existerande skillnader mellan klasser och kön i sjuklighet och dödlighet (1,2).

Det har kunnat beläggas att arbetsmiljö, uppväxtvillkor och förändrat socialt mönster av levnadsvanor

är viktiga förhållanden. Sannolikt spelar även inkomstfördelningen, arbetslösheten och frågor rörande segregation och social integration en viktig roll även om det empiriska underlaget är mera svävande vad detta beträffar. Viktigt har varit att söka ringa in mekanismer som kan påverkas med konkreta hälsopolitiska insatser även då de strukturella förändringarna i samhället bjuder på en uppförsbacke för folkhälsoarbetet. Frågeställningarna är komplicerade, till stora delar olösta och bör alltså vara föremål för mycket forskning. De svar vi till dags datum kunnat ge har dock uppenbarligen varit otillräckliga för att göra *politik av hälsopolitiken*. De hälsopolitiska propositionerna (prop. 1984/85:181, prop. 1990/91:175 och skr 1993/94:247) har inneburit beslut om en behövlig utbyggnad av den 'hälsopolitiska infrastrukturen' i landet men har saknat mera konkreta hälsopolitiska åtgärder i syfte att minska de redovisade ojämlikheterna.

Vad betyder folkhälsan för politiken

Skälen till detta kan vara flera. Ett är att vad som kan tyckas vara en utmärkt 'teknisk lösning' på ett problem inte är den bästa lösningen med hänsyn till alla de intressen som måste sammanvägas i ett politiskt beslut (3). Ett annat kan vara att de vetenskapliga underlagen har bedömts vara för osäkra och ofta har saknat konkreta 'tekniska lösningar'. Ett argument som ibland framförts har varit att den välfärdspolitik som syftar till ekonomisk tillväxt och full sysselsättning ger den tillräckliga grunden för en positiv och jämlik hälsoutveckling, och främst behöver kompletteras och vissa specifika insatser mot brister i arbetsmiljön samt lokalt hälsoarbete med levnadsvanor, olycksfall, allergi mm.

Arbetsmiljö, uppväxtvillkor och förändrat socialt mönster av levnadsvanor är viktiga förhållanden för uppkomsten av existerande skillnader mellan klasser och kön i sjuklighet och dödlighet

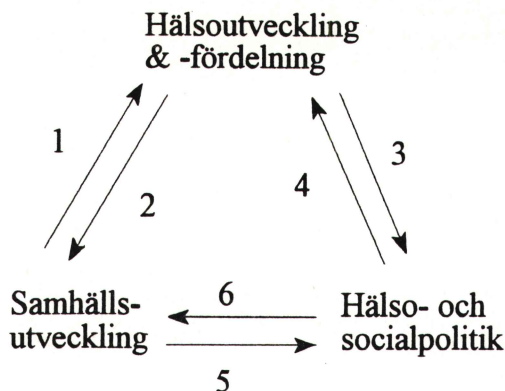
Det hälsopolitiska tänkandet som utvecklades under 1980-talet behöver revideras i ljuset av de förändrade förutsättningarna

Det lokala arbetet och arbetsmiljöinsatserna har varit framgångsrika på många sätt men inte vad gäller att minska de sociala skillnaderna (16). Det svenska samhället är dock inne i en process av samtidiga förändringar av arbetsmiljöns krav, arbetslösheten, segregationen och socialförsäkringarnas förmåga att ge människor inkomstrygghet som ändrar förutsättningarna för en sådan argumentation. Det hälsopolitiska tänkandet som utvecklades under 1980-talet behöver revideras i ljuset av de förändrade förutsättningarna.

Även om det finns goda skäl för att fortsatt peka på brister i det epidemiologiska underlaget och i det lokala folkhälsoarbetets metoder kan det finnas anledning att försöka vända på perspektivet och se frågan ur politikens perspektiv. Sverige har utvecklat en välfärdspolitisk modell med vilken man har sökt förena effektivitet och jämlikhet i samhällets ekonomiska och sociala utveckling samtidigt som den har skapat förutsättningar för relativt breda politiska lösningar kring välfärdspolitiken. Forskare som Esping-Andersen, Korpi, Palme (4-6) och Rothstein (7) har under senare år genom bl a internationellt komparativa studier bidragit till en ökad förståelse av hur den politiska maktstrukturen och välfärdspolitikens utformning är ömsesidigt beroende av varandra. Den svenska välfärdspolitiska modellen utsetts för ständiga påfrestningar och flera av senare års reformer bl a av sjukvården kan ses som försök att anpassa modellen efter nya ekonomiska, politiska och ideologiska förutsättningar (7,13,20). Utvecklingen på bl a socialbidragsområdet visar dock att modellen inte förmår garantera inkomstrygghet när sysselsättningen sviktar (10). Även hälsoutvecklingen representerar sannolikt, som vi ska se, en sådan utmaning. Folkhälsan är både ett resultat av och påverkar förutsättningarna för en socialpolitik som bygger på full sysselsättning, generösa socialförsäkringar och social integration. Hälsa är den för många människor viktigaste välfärds-komponenten och hur människor upplever hälsopolitikens effektivitet och jämlikhet kan därmed i hög grad påverka den allmänna välfärdspolitikens legitimitet.

Sex viktiga samband

Figur 1 syftar till att sortera ut några mera specifika



Figur 1. Några centrala samband i den hälsopolitiska analysen.

frågeställningar. Varje av de i princip sex möjliga sambanden i figuren har en empirisk innebörd (hur har de i verkligheten hängt ihop) och en normativ innebörd (hur kan vi åstadkomma förändringar i ett förhållande genom att påverka ett annat). Det handlar inte bara om att förstå vilka samband mellan samhällsutveckling, hälsopolitik och hälsoutveckling som har funnits utan framför allt om en förståelse av vilka samhällsförändringar av betydelse för folkhälsan och hälsopolitiken som vi står inför i framtiden.

Det handlar om många stora frågor och få svar.

1: Internationaliseringen av ekonomin och strukturförändringarna på arbetsmarknaden till följd av den ökade rörligheten av kapital och arbetskraft har haft och kommer att få tydliga implikationer för arbetsmiljö, sysselsättning och social integration. Sociala och ideologiska förändringar i samhället, påverkar människors förhållande till risker i miljö och levnadsvanor. Vi ska fördjupa denna diskussion nedan.

2: Kan man som Världsbanken (8) peka på effekter av hälsoutvecklingen på samhällets ekonomiska och sociala utveckling och därför tala om att 'investera i hälsa'? I en socialpolitisk modell som bygger på hög sysselsättning blir det viktigt att förstå hur arbetslivets ökande krav påverkar möjligheterna för meningsfull sysselsättning bland människor som inte har optimala förutsättningar vad gäller hälsa och utbildning, och hur

Sociala och ideologiska förändringar i samhället påverkar människors förhållande till risker i miljö och levnadsvanor

denna inkongruens kan mötas med insatser i arbetsmarknads-, hälso- och utbildningspolitiken.

3: Även om hälsoutvecklingen kanske inte innebär något växande kostnadstryck på sjukvården innebär spelet mellan arbetslivets ökade krav och fördelningen av människors hälsomässiga förutsättningar ett ökat tryck på socialförsäkringarna. Hur möter hälso- och sjukvården det förändrade sjukdomsmönstret med en ökande psykisk och psykosomatisk problematik, och hur möter den de ökande sociala konsekvenserna av sjukdom? Hur påverkar detta bemötande hälso- och sjukvårdspolitikens legitimitet?

4: Hur effektiv och jämlik har svensk hälsopolitik varit? Finns det inslag i den socialpolitiska modellen med full sysselsättning, inkomstbortfallsprincip och social integration som är viktigare än andra för folkhälsan, och förmår modellen kompensera de effekter som samhällsutvecklingen kan tänkas medföra framöver. Vilka hälsoeffekter får pågående ändringar av socialförsäkringarna? Hur påverkar (förändringar av) sjukvård, socialpolitik, arbetsmarknadspolitik och bostadspolitik de sociala och ekonomiska konsekvenserna av att vara sjuk. Hur går det för de allra mest utstötta och bortglömda som saknar såväl hälsa som arbete, familj och bostad?

5: Samhällsutvecklingens ekonomiska, sociala och ideologiska dimensioner skapar nya förutsättningar för hälso- och socialpolitiken - och då inte i första hand via dess effekter på hälsoutvecklingen. Den nuvarande modellen har under de förändrade ekonomiska förutsättningarna uppenbara svårigheter att hantera aktuella problem kring sysselsättning av konkurrenssvaga grupper, invandring, inkomsttrygghet, barns uppväxtvillkor och utbildningsväsendet etc. Det höga tempot i förändringsprocessen av samhället och socialpolitiken ställer krav på relativt snabb förmedling av kunskaper om vilka problem välfärdspolitikerna ställs inför och möjligheterna att påverka dessa.

6: Välfärdspolitikerna har stor del i några för folkhälsan viktiga samhällsförhållanden - barnens uppväxtvillkor, sysselsättning, regional utveckling, ekonomisk fördelning, social integration mm. Men kunskapen om hur de traditionella arbetsmarknads- och socialpolitiska instrumenten verkar under de förändrade ekonomiska och ideologiska förutsättningarna är fragmentarisk.

Vart är arbetslivet på väg

Aronsson och Sjögren (9) har gjort en genomgripande analys av samhällsomvandlingen och arbetslivet inför

2000-talet och pekar på flera förändringar av betydelse för folkhälsan och dess fördelning. Man beskriver en framtida tredelning av arbetsmarknaden: En kärngrupp med kvalificerade arbeten med en kompetens som starkt efterfrågas och delvis utvecklas inom företagen och som därför har god anställningstrygghet, högt beslutsutrymme men också höga framför allt psykiska arbetskrav, mycket övertid etc. En annan växande grupp får allt mera karaktär av 'just-in-time-arbetande' med stora variationer i kvalifikationer som tas i anspråk vid behov. Det kan vara vid toppar i arbetsbelastningen, men industrins ökande internationalisering kommer att betyda att arbetsplatser allt oftare flyttas med kort varsel till ställen med mera förmånliga villkor. Det är en grupp med otrygga anställningsförhållanden och hög arbetsbelastning (anställs så länge efterfrågan är hög). Deras beslutsutrymme kan vara stort inom den egna arbetsituationen, men liten när det gäller kontrollen över de yttre arbetsvillkoren. Deras lösa anknytning till den enskilda arbetsplatsen leder till brist på socialt stöd. Den tredje gruppen är de som har en arbetskraft som inte efterfrågas bland annat för att de inte kan leva upp till de växande arbetskraven i de två andra grupperna. Sammantaget innebär arbetslivet framöver en miljö som erbjuder stora möjligheter till utveckling men samtidigt ställer stora psykiska krav på individen vilket en växande del av befolkningen har svårigheter att leva upp till.

Ur ett jämlikhetsperspektiv torde traditionella skillnader i kvalifikationer/krav/kontroll mellan arbetare och tjänstemän minska medan den väsentliga ojämlikheten torde bli den mellan de som kan konkurrera på den öppna arbetsmarknaden (med höga arbetskrav) och de som inte kan det (och är arbetslösa, utslagna eller har lågkvalificerade tillfällighetsjobb). Möjligen kommer 1980-talets tendens mot växande klyftor i mäns och kvinnors arbetssituation att brytas medan invandrades marginaliserade situation kan komma att försämrast.

Segregation och marginalisering

Social boendesegregation skapar ojämlika uppväxtförhållanden för barn, och kombinationen av segregation, hög arbetslöshet och diskriminering av invandrare hindrar integration av stora ungdomsgrupper. Splittade familjeförhållanden ökar beroendet av närmiljöns egenskaper och interagerar därför med segregationen. Avvecklingen av bostadspolitiska instrument och arbetsmarknadens tendenser till marginalisering av lågutbildade, invandrare och långvarigt sjuka försvagar

dessa grupperns förmåga att konkurrera om de eftertraktade bostäderna. Hur olika grupper klarar sig på bostadsmarknaden är starkt beroende av hur relativ fattigdom utvecklas. Studier av 1980-talets socialbidragstagare (10) visar att fattigdom är starkt påverkat av människors förhållande till de tre stora sociala trygghetssystemen: familjen, arbetsmarknaden och socialförsäkringarna. Grupper som står utanför familjestrukturen (ensamstående), arbetsmarknaden (unga på väg in och medelålders på väg ut) samt grupper som inte har kvalificerat sig i socialförsäkringen är särskilt utsatta. Det senaste gäller särskilt arbetslösa sjuka som är en växande grupp av socialbidragstagare i och med att antalet sjuka bland arbetslösa är i snabbt stigande och att allt flera unga och arbetslösa blir 0-klassade i sjukförsäkringen. Sjuk- och arbetslöshetsförsäkringens knytning till prestationer i arbetslivet medför i kombination med arbetslösheten och dess (dubbelriktade) samband med sjukdom att stora grupper har marginaliserats ekonomiskt.

Därtill kommer en utveckling som närmast kan betecknas som en marginalisering av de riskfyllda levnadsvanorna. Exempelvis röks en allt större del av (de allt färre) cigaretterna av kvinnor utan arbete och dålig ekonomi (11). Mekanismerna bakom detta kan vara flera. Att dålig ekonomi kan sätta gränser för val av exempelvis livsmedel är uppenbart. Att vissa levnadsvanor kan vara ett sätt att orka med och bemästra sociala påfrestningar är en annan möjlig mekanism. I en snabbt föränderlig värld blir livsstil ett sätt att uttrycka sin *identitet* och sociala tillhörighet allt viktigare. Och en del livsstilar är riskfyllda fast det inte i första hand är en fråga om val av *hälsobeteende* utan om nödvändiga livsstrategier (12).

Även om samhällsutvecklingen för den stora majoriteten innebär förutsättningar för en positiv hälsoutveckling finns det mycket som talar för att en växande minoritet uppvisar ett förstärkt (dubbelriktat) samband mellan sociala och medicinska förhållanden. Denna grupp kan komma att allt mer segregeras på arbetsmarknaden och bostadsmarknaden. Om så sker beror till stor del på den förda social- och hälsopolitiken.

Sjuk- och arbetslöshetsförsäkringens knytning till prestationer i arbetslivet medför att stora grupper har marginaliserats ekonomiskt

En del livsstilar är riskfyllda fast det inte i första hand är en fråga om val av hälsobeteende utan om nödvändiga livsstrategier

Välfärdspolitiska modeller

Som nämnts ovan har Sverige en omfattande internationell komparativ forskning om varför socialpolitiken ser ut som den gör och vilka effekter den har. Motsvarande frågor på den svenska hälsopolitikens område har knappt ställts och än mindre besvarats. Några bidrag har kommit på senare år (14-16) men än finns ingen samlad 'health policy research' på det sätt som finns utomlands (17,18,20).

Socialpolitikens utformning ger oss en viktig utgångspunkt. Den svenska välfärdspolitiska modellen har varit preventiv såtillvida att den genom sin prioritering av full sysselsättning och social integration har sökt minimera kostnaderna för effekter av brister i dessa avseenden samtidigt som den maximerar intäkterna genom att nästan alla bidrar med relativt höga skatter. Modellen kan mycket schablonmässigt illustreras med *tabell 1* (7).

Tabell 1. Fördelningspolitiska effekter av den svenska välfärdsstaten. Modifierad efter Rothstein (7).

	Medel- inkomst	40% skatt	Välfärdsutgifter		Netto
			Vård- mm	Trans- fereringar	
A	1000	400	80	180	860
B	800	320	100	160	740
C	600	240	120	120	600
D	400	160	140	80	460
E	200	80	160	60	340
Kvot A/E	5/1	5/1	1/2	3/1	2.5/1

Beloppen är endast till för att ange relativa skillnader och är grovt tillryxade men tabellen illustrerar några intressanta förhållanden. Den omfördelande effekten är betydande i och med att ojämlikheten räknat som kvoten mellan de två yttergrupperna halveras, samtidigt som nettoförlusten för de två höginkomstgrupperna hålls på en förhållandevis låg nivå (8-14%).

Det sker tack vare en hög skattenivå som å andra sidan ger något tillbaka för alla grupper. Modellen bidrar

således till såväl minskade socioekonomiska skillnader i samhället, men bidrar även till en social integration i den meningen att den, i varje fall så länge sysselsättningen är hög, institutionaliserar ett förhållande där i princip alla är med och bidrar och alla får något tillbaka och därmed är relativt lojala och solidariska med modellen. I den mån inkomstfördelning och social integration har någon betydelse för folkhälsan och dess fördelning (19) är detta i sig viktigt för folkhälsan.

Men även om modellen bidrar till att reproducera sina egna ekonomiska, politiska och ideologiska förutsättningar är den idag utsatt för svåra påfrestningar bl a till följd av den samhällsutveckling vi skisserade ovan. Ekonomiskt innebär en utveckling där ökade arbetskrav utestänger en växande grupp från sysselsättning på marknaden minskade inkomster och ökade utgifter. Kraftigt ökade transfereringar till följd av arbetslöshet har hanterats med sänkta ersättningsnivåer vilket kan påverka modellens fördelningspolitiska profil beroende på hur förändringarna utformas. Tendenser till sviktande social integration urholkar solidariteten med modellen både bland de grupper som upplever sig ställda utanför och de grupper som anser sig behöva betala för mycket för grupper som inte bidrar utan att ha 'laga förfall'. Politiskt har modellen också visat sig känslig för tendenser till att framför allt medelinkomstgrupperna upplever brister i den nytta de upplever sig ha av den offentliga servicen inkl sjukvård. Det har i annat sammanhang diskuterats (7,13,20) om bl a införandet av olika marknadsmodeller i vården kan förstås i detta perspektiv. I klartext: Om Grupp C i tabell 1 (som rent ekonomiskt inte har något att vara sig vinna eller förlora på systemet) upplever att väntetiderna till vården ökar, valfriheten är låg, bemötandet blir allt mer byråkratiskt etc måste man vidta reformer för att återupprätta denna grupps lojalitet med modellen. Annars förlorar den sin politiska majoritet.

Ideologiska förändringar i samhället i riktning mot en allt mera individualistisk solidaritet (7,19) har betydelse i detta sammanhang. Det har de också i ett annat för hälsopolitiken viktigt sammanhang som har med det ändrade sociala mönstret av levnadsvanor att göra. Det förändrade ideologiska läget kan möjligen tolkas som att statens legitimitet som miljö- och socialpolitisk aktör i de solidariska former som ovanstående modell tillhandahåller är orubbat men att individualismen tar sig uttryck i minskad förståelse för statens roll när det gäller att styra vår livsstil inkl den del som innebär hälsorisker för en själv. I synnerhet kan det gälla

den grupp som upplever att i och med att samhället inte efterfrågar deras arbetskraft och deltagande har samhället förverkat sin legitimitet som normgivare.

Den statliga preventionen har alltid befunnit sig i ett spänningsfält mellan att å ena sidan ställa frågan 'hur ska vi få medborgarna att leva hälsosamt' till att å andra sidan ställa frågan 'hur ser det samhälle ut som gör att människor vill hålla sig friska'. Den socialpolitiska modellens utformning är avgörande för att inte bara en del utan alla ska uppleva sig vara delaktiga i ett sådant samhälle.

En hälsopolitik för jämlikhetsmål ser därför olika ut om den ska utformas enbart för grupper som är socialt och ekonomiskt marginaliserade eller om den ska vara en del av en socialpolitisk modell för integration. En hälsopolitik som kan försvaga det dubbelriktade sambandet mellan det sociala och det medicinska och motverka segregering blir en väsentlig del av den socialpolitiska strategin. Utan denna koppling mellan hälsopolitik och socialpolitik är det svårare att göra politik av hälsopolitiken.

Ur välfärdspolitikens synvinkel är den viktigaste aspekten på hälsoutvecklingen i landet inte att den ökar vårdkostnaderna - för det gör den knappast i någon större utsträckning. Man kan inte heller hävda att de sociala och könsmässiga skillnaderna i hälsa just nu representerar ett påtagligt politiskt problem. Däremot kan man hävda att två av de viktiga orsakerna till ohälsans fördelning - arbetslöshet och segregation har hög politisk prioritet av delvis andra skäl än hälsoeffekterna. Men allvarligast är nog att skärningspunkten mellan arbetslivets ökande krav och befolkningens hälso- och utbildningsmässiga förutsättningar att leva upp till kraven hela tiden flyttas med ökande utslagning till följd. Detta innebär kostnadsökningar i socialförsäkringarna och hotar dessutom den socialpolitiska modellens legitimitet. Det faktum att de sociala konsekvenser av sjukdom (på arbetsmarknaden etc) drabbar samma grupper som är utsatta för de högsta riskerna att bli sjuka förstärker sannolikt såväl utslagningstakten som de sociala olikheterna i sjukdomsförekomst.

Att de faktorer som är orsaker till ohälsans ojämna fördelning också är viktiga konsekvenser av sjukdom

Utan koppling mellan hälsopolitik och socialpolitik är det svårare att göra politik av hälsopolitiken

Det är viktigt att förstå den förändrade arbetsmiljöns, arbetslöshetens och bostadssegregationens effekter inte enbart på de friska utan även på de redan sjuka

innebär emellertid också att vi inte bör hålla *prevention och rehabilitering* så åtskilda i diskussionen som vi hittills gjort. Med andra ord är det viktigt att förstå den förändrade arbetsmiljöns, arbetslöshetens och bostadssegregationens effekter inte enbart på de friska utan även på de redan sjuka.

Vad bör göras?

Ovanstående rader avspeglar att vi lever i en tid där de strukturella förändringarna på arbetsmarknaden och inom sociala sektorn har blivit mycket påtagliga vilket inte har gjort det hela lättare men har tydliggjort politikens roll i arbetet för en bättre och mera jämlik folkhälsa.

De snabba och i många avseende positiva förändringar som den svenska folkhälsan har uppvisat på sistone visar att folkhälsan är i allra högsta grad påverkbar. Hälsopolitikens resultat har dock varit mera effektivt än jämlikt (11,13).

1: Genom att stärka individer i syfte att påverka deras hälsovanor och deras förmåga att hantera påfrestningar i livet. Hälsoupplysningen och kampanjer har isolerat svårt att nå de mest utsatta men mera inlevelserika insatser som kombinera upplysning med individuellt stöd har visat sig både kostnadseffektiva och jämlika (21).

2: Att stärka lokalsamhällen. Inte bara traditionella regionalpolitiska insatser utan även sociala insatser och folkhälsoprogram i mindre svenska lokalsamhällen är viktiga instrument (16). Insatser som sökt stärka de sociala nätverken, sysselsättningen, den lokala servicen och den sociala integrationen i segregerade förortssamhällen har visat sig viktiga framförallt i utländska studier, men även i våra svenska storstäder (17).

3: Att tillförsäkra människor lika och nära tillgång till vård och socialförsäkringar. Senare års reformer inom sjukvård och socialtjänst har varit framgångsrika att öka produktivitet och kanske även effektivitet. För att bevaka jämlikhetsaspekten är det nödvändigt men inte tillräckligt att styra resursfördelning till 'beställare'.

Systemet för ersättning till sjukhus, öppenvårdsläkare och andra vårdgivare har också betydelse (22). Hälsoutvecklingen bland utsatta grupper styrs av ett komplext samspel mellan sociala orsaker till och konsekvenser av sjukdom. Sjukvård, socialtjänst och socialförsäkringar spelar en avgörande roll för de sjukas levnadsvillkor. Jämlikheten i levnadsvillkor mellan sjuka och friska har fått ny aktualitet när de sociala konsekvenserna av sjukdom ökar. Även som arbetsgivare har vårdsektorn en viktig roll. Det är inte lätt att skylla på andra när det visar att vårdens arbetsmiljö har spelat en viktig roll för kvinnors försämrade hälsa under 1980-talet.

4: Strukturella, makroekonomiska och kulturella förändringar har avgörande betydelse. Den svenska välfärdspolitiken har spelat en viktig hälsopolitisk roll genom sin betoning på full sysselsättning, fördelning och integration. Hur man i framtiden hanterar socialförsäkringarna för arbetslösa och ensamstående föräldrar har viktiga implikationer för folkhälsan. Bostadspolitiken påverkar i hög grad förutsättningarna för arbetet med att stärka lokalsamhällen. Världsbanken har själva påpekat att 1980-talets 'structural adjustment' politik i många fattiga länder hade förödande hälsopolitiska effekter (8). EUs subventioner av tobaksodlarna med 10 Mdr är ytterligare ett exempel. Det rör sig om frågor där sjukvårdshuvudmännen drabbas av kostnaderna för hälsoeffekterna och det därför finns all anledning att söka påverka den nationella och europeiska politiken. Men det krävs en hög beredskap med kompetens om hälsokonsekvenser av olika politiska vägval.

REFERENSER

2. Diderichsen F, Östlin P, Hogstedt C, Dahlgren G (red): Klass och ohälsa. Stockholm, Tiden 1991.
7. Rothstein B: Vad bör staten göra? Stockholm, SNS förlag 1994.
9. Aronsson G, Sjögren A: Samhällsomvandling och arbetsliv. Omvärldsanalys inför 2000-talet. Solna, Arbetsmiljöinstitutet 1994.
10. Salonen T: Margins of modern functions of social assistance. Lund, Hällestad Press 1993.
13. Diderichsen F: Market reforms in health care and sustainability of the welfare state. Health Policy 1995;32:141-53.
17. Benzeval M, Judge K, Whitehead M (eds): Tackling inequalities in health. London, Kings Fund Institute 1995.
19. Svallfors S: Svenskarna och välfärdsstaten. Häftet för kritiska studier 1994;27:2-3:39-52.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.