

Ojämligheten ökar, och vad gör Sverige?

Finn Diderichsen, Göran Dahlgren, Bo Burström

Finn Diderichsen, professor emeritus, Institut for Folkesundhedsvidenskab,
Københavns Universitet. E-post: fidi@sund.ku.dk

Göran Dahlgren, tidigare chef för Socialdepartementets sjukvårdsenhet samt gästprofessor
vid University of Liverpool. E-post: dahlgrengoran@hotmail.com

Bo Burström, professor i socialmedicin, Institutionen för global folkhälsa,
Karolinska Institutet. E-post: bo.burstrom@ki.se
DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v103i1-2.64938>

Trots målsättningen att minska ojämlikhet i hälsa har inkomstskillnaden i livslängd de senaste 40 åren ökat i Sverige från 4 till 10 år. De viktigaste orsakerna och mekanismerna är kända: ojämlikhet vad gäller barns tidiga uppväxtvillkor, fysisk arbetsmiljö, tobaksrökning, alkohol och ohälsosam kost. Politiska och kommersiella drivkrafter ökar på ojämlikheten, med ökad barnfattigdom och ojämlikhet i skolresultat. Strängare regler för förtidspension och höjd pensionsålder ökar ojämlikhet i hälsa bland äldre. Kommersialiseringen av hälso- och sjukvård motverkar en behovsstyrd vård på lika villkor. Resurser till välfärd måste ökas: kontantstöd till barn i hushåll med relativ fattigdom; ingångsanställningar för arbetslösa i fattigdom; förstärkt arbetsmiljöarbete; öka resurser till hälso- och sjukvården, särskilt primärvård. Detta kan finansieras genom minskade skattefinansierade bidrag till höginkomsttagare samt ett progressivare skattesystem. Resurser kan även sparas samtidigt som en jämlikare vård och hälsa främjas genom att avskaffa LOV, avveckla den vinstdrivna privata vården och förstärka regionernas makt att styra resurser efter behov.

Despite the objective to reduce inequalities in health the income difference in longevity has increased the last 40 years in Sweden, from 4 to 10 years. The main causes and mechanisms are known: inequality in early childhood conditions; physical work environment; tobacco smoking, alcohol and unhealthy diet. Political and commercial drivers increase inequalities, increase childhood poverty and inequalities in school achievement. Restrictive rules for disability pension and raised pension age increase inequalities in health among older people. The commercialization of healthcare counteracts need-based care on equal terms. Welfare resources must be increased: cash support to children in households in relative poverty; work environment improvement; increased resources to healthcare, especially primary care; This can be financed by reducing tax financed subsidies to high income groups and a more progressive tax system. Furthermore resources could be saved and equity in care and health promoted by abolishing the law on free establishment of care, dismantling profit-driven private healthcare and reinforcing the power of regions to direct resources according to need.

Ett 40-årigt perspektiv

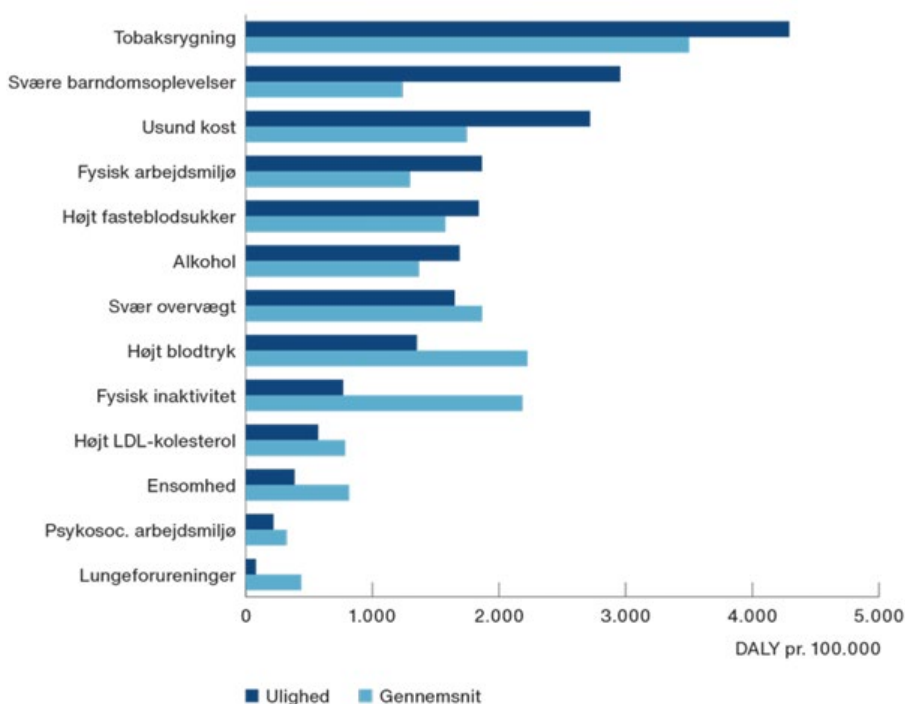
År 1984 skrev Sverige, liksom de andra länderna i WHO:s europaregion, under på ett mål om att minska den sociala ojämlikheten i hälsa med 25%. Det var ett ambitiöst men oprecist mål. För 25% av vad och mellan vem? Redan då var det politiskt svårt att uppställa allt för precisa hälsopolitiska jämlikhetsmål. Året därpå skrev vi en artikel om tillgängliga data om ojämlikhet i hälsa i Sverige och vad vi då menade kunde göras för att minska den (Dahlgren & Diderichsen 1986). Inkomstskillnaden i förväntad livslängd i Sverige var då cirka 4 år. Sedan dess har den gradvis ökat till över 10 år (Hagen 2025). Med andra ord: det går åt fel håll. Det har det gjort i lång tid, och inte bara i Sverige. Det faktum att Danmark och Norge också har upplevt betydande ökningar av ojämlikheten i dödlighet visar att man ska vara försiktig med snabba slutsatser om den rådande politiken i det enskilda landet. Men vad är det då som driver utvecklingen i fel riktning?

Vi vet mycket mer

Under de senaste 40 åren har det – i perioder – inte varit någon brist på uttalanden från politiker och professionella om att ojämlikheten i hälsa bör minskas. Andra perioder har det varit rätt tyst. Vår kunskap om orsakerna till ojämlikheten, och vilka insatser som kan reducera den, är nu mycket större (SOU 2017;47). De nordiska länderna har alla genomfört detaljerade analyser av ojämlikhet i hälsa och utarbetat kataloger över insatser för att minska den. Emellertid har endast ett fåtal av förslagen genomförts. Detta beror inte på att det är omöjligt. Globalt har vi – om än ett fåtal – exempel på länder som faktiskt har kunnat minska ojämlikheten i hälsa i perioder (Bambra et al. 2024). Kraftfulla samordnade social- och hälsopolitiska insatser med en utbyggnad av primärvården i socialt utsatta områden, förbättrade transfereringar till barn och äldre, reglering av kommersiella drivkrafter bakom alkohol och tobak har varit viktiga komponenter i exemplen. Frågan är därför inte bara om vi har tillräckligt god insikt i orsakerna och drivkrafterna bakom den växande ojämlikheten, utan också om vi förstår varför de många förslag som skulle kunna göra skillnad inte genomförs.

De viktigaste orsakerna

Den centrala frågan har länge varit vilka faktorer i människors miljö och beteende som förmedlar effekten av social position på hälsan (pil II i figur 2).



Figur 1: De vigtigste risikofaktorerne bag sygdomsbørdan (DALY pr 100 000) i gennemsnit og ulighed mellem de med længste og korteste uddannelse. Danmark 2023. (IHME 2024, Diderichsen 2026)

Figur 1 illustrerar sjukdomsbørdan (DALY pr 100 000) redovisad för en rad viktiga sjukdomsorsaker i miljö- och beteende. De ljusblå anger sjukdomsbørdan i genomsnitt, och de mörkblå anger skillnaden i sjukdomsbørdan mellan de med längst och kortast utbildning (IHME 2025, Diderichsen 2026). Räknat på detta sätt handlar ojämlikheten först och främst om barns tidiga villkor, fysisk arbetsmiljö samt tobaksrökning, alkohol och ohälsosam kost. Men också om vissa kliniska riskfaktorer med högt blodtryck, kolesterol och fastebldusocker, som kan behandlas, men tydligen inte blir det i tillräckligt omfång. Data i figur 1 är från Danmark 2023. I Sverige är sjukdomsbørdan av alkohol och rökning ungefär 1/3 mindre än i Danmark; i övrigt är skillnaderna små.

Figur 1 visar också att de faktorer som spelar en stor roll för sjukdomsbørdan totalt, också är viktiga för ojämlikheten. Om minskad ojämlikhet i sjukdomsbørdan är prioriterat måste barns tidiga sociala villkor, och den fysiska arbetsmiljön dock ges relativt högre prioritet.

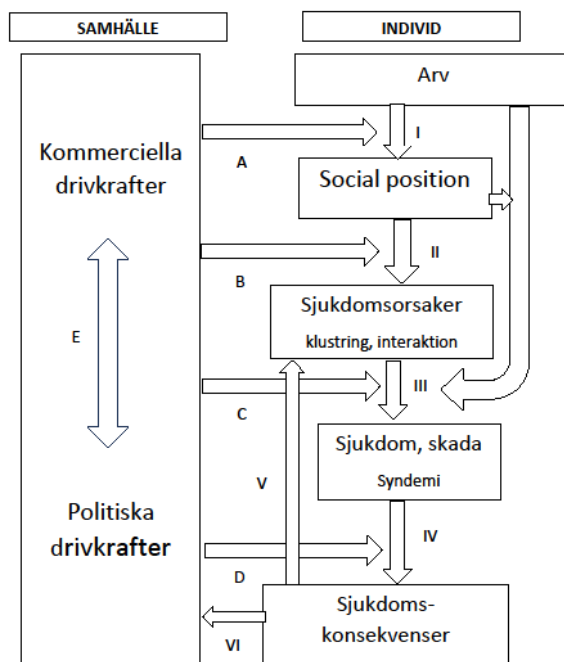
Mekanismerna

Allt detta skapar social ojämlikhet i sjukdomsförekomsten, eftersom orsakerna är ojämnt fördelade och har stor effekt på sjukdomsförekomsten. Men för en given sjukdom eller skada finns det också ojämlikhet i sjukdomsförloppet och konsekvenserna som överlevnad och återgång till arbete (Diderichsen, Dahlgren, Whitehead 2022). Detta flyttar fokus till ojämlikheter i tillgänglighet, kvalitet och effektivitet inom hälso- och sjukvård (se pil IV i figur 2).

Det är en paradox att utbildningsskillnaderna i dödlighet har blivit större i takt med att befolkningens utbildningsnivå generellt sett har ökat (Östergren et al. 2017). En del av förklaringen är att flera riskfaktorer i barns och ungdomars utveckling oftare ackumuleras bland barn som senare får en kort utbildning. Dessutom har ett antal riskfaktorer i vuxnas miljö och beteenden blivit starkare kopplade till låg utbildning än de var tidigare (Sundhedsstyrelsen 2025). När riskfaktorer uppträder tillsammans ökar möjligheten för att de interagerar d.v.s. att deras kombinerade effekt (pil III i figur 2) är större än summan av de enskilda faktorerna (Diderichsen, Hallqvist, Whitehead 2019). Detta skapar ojämlikhet i mottaglighet för effekten av den individuella riskfaktorn, och ökar därmed ojämlikheten i hälsa.

Vi ser också en ökning av multisjuklighet, inte bara för att fler blir äldre, utan också för att många sjukdomar i allt högre grad ackumuleras bland personer med låg utbildning. Sjukdomar påverkar varandras förlopp och konsekvenser i ett så kallad *syndemiskt* samspel (Singer 2017). Detta gäller inte minst kombinationer av psykiska och somatiska sjukdomar. Patienter med allvarlig psykisk sjukdom har en signifikant ökad dödlighet i flera olika somatiska sjukdomar (Momen et al. 2022). Detta har delvis kända, åtgärdbara orsaker i sen diagnostik, ofullständig behandling, biverkningar av behandling och ohälsosamma vanor bland psykisk sjuka.

En tredje mekanism drar i samma riktning. Många sjukdomar har mycket ojämlika sociala och ekonomiska konsekvenser beroende på patientens utbildning. En ond cirkel uppstår då där sjukdomar med ojämn incidens och mycket ojämlika konsekvenser i form av arbetslöshet och sviktande ekonomi, i nästa skede skapar ekonomisk stress, mindre gynnsamt sjukdomsförlopp och multisjuklighet (se pil V i figur 2). Denna onda cirkel har alltid varit en kärnfråga inom klinisk socialmedicin, men utvecklingen av en mer krävande arbetsmarknad och de allvarligare ekonomiska konsekvenserna av att vara arbetslös förstärker denna återkopplingsmekanism och gör därmed ojämlikhet i hälsa till ett mer komplext problem (Rod et al. 2023).



Figur 2: Mekanismer och drivkrafter för social ojämlikhet i hälsa. I: Social stratifiering. II: Differentiell exponering, III: Differentiell sårbarhet, IV: Differentiell sjukdomskonsekvens. V: När sjukdomskonsekvenser blir orsaker, VI: makroekonomiska konsekvenser (Diderichsen, Whitehead, Evans 2001)

Figur 2 illustrerar de involverade mekanismerna. Till höger visas de mekanismer på individnivå som ligger bakom ojämlikhet, och till vänster de samhälleliga drivkrafter som skapar den sociala fördelningen av orsakerna.

De kommersiella och politiska drivkrafterna

Den sociala fördelningen av riskfaktorer skapas inte i ett vakuum. Den formas av en historisk och kulturell kontext, men först och främst påverkas den ständigt av kommersiella och politiska drivkrafter (WHO-Euro 2023).

Den vänstra halvan av figur 2 illustrerar samhällets drivkrafter, med fokus på kommersiella och politiska drivkrafter som har störst omedelbar inverkan på hälsoutvecklingen, och dess distribution.

Barnfattigdom

De sociala och ekonomiska förhållandena under barnens första år spelar en stor roll för ojämlikheten (Jackisch et al. 2025). Bland annat därför har det länge

varit en politisk ambition att hålla barnfattigdomen på låg nivå (pil A i figur 2). Det lyckas bara delvis. Tal från Eurostat visar att i Sverige lever 21% av barnen i relativ fattigdom eller med hög risk för fattigdom. I Danmark är det 16%. En dansk expertkommission (Ydelseskommissionen 2021) har argumenterat för att de ekonomiska incitamenten i arbetsmarknadspolitiken sätter gränser för hur lågt barnfattigdomen kan pressas ner. Det är en politisk prioritering som många inte är eniga om, men den har påverkat danska politiken på området. Inte minst barnfamiljer med kort utbildning har ofta andra problem med sjukdom i familjen etc, vilket gör det svårare att ta ett jobb, och därmed vidmakthålls fattigdomen.

Skolan spelar en stor roll i hur barn och unga klarar sig senare i livet med arbete och hälsa. Den kan kompensera för några av de brister som föräldrarna kan ha. I Sverige har andra politiska ambitioner lagt hinder i vägen för att skolan ska kunna bidra till det målet. Med kommersialiseringen av många skolor i Sverige, i kombination med betydande social segregation på bostadsmarknaden och den nybildade skolmarknaden, har detta lett till ökad ojämlikhet i resultatet av skolutbildningen (Hansen & Gustafsson 2020).

Ohälsosamma produkter

Den sociala ojämlikheten i konsumtionen av ohälsosamma produkter skapas av både ojämlikheten i efterfrågan och behovet av dessa produkter. Det finns många ekonomiska, psykologiska och fysiologiska processer bakom den starka korrelationen mellan social position och efterfrågan på ohälsosamma produkter (Kraft och Kraft 2021). Stress spelar en central roll och påverkar hälsobeteendet genom att stärka tendensen att värdera de kortsiktiga fördelarna med konsumtion för välbefinnandet, snarare än deras långsiktiga hälsoeffekter. Kommersiella drivkrafter formar produktutveckling, marknadsföring och prissättning på ett sätt som leder till en mycket ojämlik konsumtion av tobak, ohälsosam kost etc.

Det har varit en politisk ambition att skydda befolkningen genom att begränsa marknadsföring och tillgänglighet, och med skatter öka priset på tobak och alkohol (se pil B i figur 2). Men det finns en konflikt mellan branschens strävan efter större vinst och samhällets ambition att skydda folkhälsan. Omfattande internationell forskning har dokumenterat hur branschen, som svar på sjukdomsförebyggande insatser, använder en mängd olika strategier för att försvara sina intressen (Maani et al 2023, WHO-Euro 2024). Det handlar inte bara om att påverka politiska beslut genom direkt lobbying, utan också om ett långsiktigt arbete för att påverka samhällets narrativ med betoning på individens fria val och ansvar. Både produktutveckling mot mer beroendeskapande produkter och marknadsföring tenderar att öka konsumtionen hos mindre resursstarka grupper.

En av de mest effektiva åtgärderna för att minska ojämlikhet i hälsa är att höja

priserna på ohälsosamma produkter som tobak och sänka priserna på hälsosamma produkter som frukt och grönt med hjälp av skatter eller differentierad moms (Lauer et al. 2023). WHO argumenterar för en relativt omfattande användning av ”health taxes”, och har diskuterat ett mål om att ohälsosamma produkter ska kosta vad de faktiskt kostar samhället i form av sjukvårdskostnader mm. Även om skatter kan ha en stark progressiv effekt på ojämlikheter i hälsa, har de också en svag regressiv effekt på disponibel inkomst, om de med låg inkomst fortsätter användningen.

Den ojämlika arbetsmiljön

Få orsaker till sjukdom är så ojämnt fördelade som den fysiska arbetsmiljön. Tunga lyft, och olämpliga arbetsställningar samt skador är mycket vanligare bland de anställda med kort utbildning, som arbetar inom till exempel bygg, livsmedel och vård. De psyko-sociala arbetsmiljöproblemen ökar, men är inte lika ojämnt fördelade (Figur 1). Många års lagstiftning och arbetsmiljöarbete har givetvis bidragit till att ojämlikheten i hälsa inte är större än den är. Mycket tyder dock på att strängare regler för förtidspensionering och regler om en stigande pensionsålder för alla, kommer att öka den sociala ojämlikheten i hälsa bland äldre. När Danmark kopplade pensionsåldern till den ökande förväntade livslängden var tanken att detta skulle möjliggöra en genomsnittlig tid som pensionär på 14,5 år. Men även om dödligheten minskar betyder det inte att det kommer att bli färre personer med de hälsoproblem som särskilt påverkar äldres förmåga att arbeta – d.v.s. problem från rörelseapparaten och psykiska problem. Med den stora ojämlikheten i förekomsten av dessa sjukdomar skapar en stigande pensionsålder tvärtom större ojämlikhet, både hälsomässigt och även ekonomiskt för dem som inte kan fortsätta.

Kommersialisering av hälso- och sjukvård

Liksom många andra länder har Sverige länge stått inför ett antal utmaningar inom sjukvårdspolitiken. Det finns fler äldre och fler multisjuka. De medicinskekniska möjligheterna ökar snabbare än resurserna, och det finns en betydande social ojämlikhet i tillgängligheten, kvaliteten och resultaten av vård – även inom ett så prioriterat område som cancervård (Ammitzböhl et al. 2022). Den sociala ojämlikheten i vårdresultatet (överlevnad och återkomst i arbete efter sjukdom) är för många sjukdomar större än ojämlikheten i sjukdomarnas förekomst (Diderichsen et al. 2022). Det är delvis ett resultat av samma faktorer i miljö och beteende som gör folk sjuka, men det är också ett resultat av samsjuklighet där en ojämnt fördelad sjukdom kan påverka en annan sjukdoms förlopp och konsekvenser. Dessa ojämlika förlopp och konsekvenser av sjukdom pekar

på sjukvårdens roll i ojämlikheten (se pil D i figur 2).

Sverige började experimentera med marknadsreformer för 30 år sedan och har sedan gradvis introducerat vinstdrivande inslag inom sjukvården (Burström 2017). Vården ska enligt HSL behandla alla lika och med respekt. Den som har störst behov av vård ska prioriteras framför den med mindre behov. En vinstdriven vårdpolitik följer å andra sidan ofta en marknads- och företagsekonomisk logik där lönsam efterfrågan styr snarare än vårdbehov (Dahlgren 2018). När patienten blir kund på en vårdmarknad följer ersättningen patientens val av vårdgivare. Vårdgivaren – men inte kunden/patienten - vet ersättningens storlek för olika typer av patienter. De vet vilka patientgrupper som är mest eller minst kommersiellt lönsamma. Den lönsamma efterfrågan på deras tjänster blir då – snarare än vårdbehovet – den drivande kraften. Samtidigt ökar sannolikheten för att otillfredsställda vårdbehov ökar bland patienter vars efterfrågan inte anses lönsam. En annan effekt är att vårdföretag ofta prioriterar onödigt men mycket lönsam vård. En konsekvens av denna sjukvårdspolitik är att grupperna med störst vårdbehov – de med kort utbildning och låginkomsttagarna – i allt högre grad har problem med att få god behovsanpassad vård, och att resultatet av vården blir ojämlikt (Gustafsson et al. 2024).

En skeptisk observatör

I 30 år nu har Danmark varit en nyfiken men skeptisk åskådare till utvecklingen i grannlandet. Man har inte sett en kommersialisering av vården som en lösning på sina problem, som – nota bene - inte var så annorlunda från de som Sverige stod inför.

Efter att i många år ha prioriterat en centralisering av sjukhussektorn, och låtit en tidigare välfungerande primärvård stå tillbaka, fokuserar man nu med ”Strukturreform 2026” på en kraftig förstärkning av primärvården. Det gör man inte, som i Sverige, genom att låta stora multinationella koncerner ta över, men genom att uppmuntra unga allmänmedicinare att etablera sig som privatpraktiserande läkare. Inte med fri etableringsrätt som i Sverige, utan med en fast styrning till områden med de största behoven (Strukturkommissionen 2024). Danmark fortsätter och förstärker därmed sin traditionella modell med praktiserande läkare som egenföretagare, men nu med en starkare politisk styrning och tätare samarbete med kommunerna. Det återstår givetvis att se om det lyckas. Danmark har ingen glesbygd, men svårigheterna att rekrytera läkare till utsatta områden med stora behov har inte varit mindre än i Sverige.

En lättillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård är viktigt för alla, men för de mer sårbara och ofta multisjuka patienterna är vissa egenskaper särskilt viktiga: Det handlar om tid, tillit, empati och social inlevelse, generalistkompetens för

de multisjuka och ett uppsökande och kontinuerligt arbete för patienter med kronisk sjukdom. För att personalen ska kunna säkerställa dessa kvaliteter för de patienter som mest behöver dem, krävs strukturella förutsättningar i form av geografisk närhet, kontinuitet med en fast läkare att vända sig till vid behov, befolkningsansvar så ingen tappas bort och samarbete med socialsektorn. Viktigast är kanske en resursfördelning som motsvarar de geografiska ojämlikheterna i behov (Gkiouleka et al. 2024). Det är främst primärvården som kan tillhandahålla detta och därmed bidra till att minska ojämlikheten i sjukdomsförlopp och konsekvenser.

I denna artikel har vi belyst orsaker och drivkrafter till den alltmer ojämlika ohälsan. Vi vet samtidigt att en progressiv folkhälsopolitik kan minska dessa skillnader. Men det kräver bland annat följande strategiska insatser:

Stöd till barn och barnfamiljer

- Kraftigt minskad barnfattigdom genom ökat direkt kontantstöd till hushåll med barn som lever i relativ fattigdom samt höjt bostadsbidrag.
- Utökade hembesöksprogram (BVC och socialtjänst i samverkan).
- Speciella arbetsmarknadspolitiska insatser som subventionerade ingångsansättningar för fattiga långtidsarbetslösa med hemmavarande barn och yrkesinriktad SFI bland utrikesfödda inriktad på områden med brist på arbetskraft.
- Reducera andelen ungdomar som slutar skolan i förtid/ utan fullständiga betyg genom bl.a.
 - Kraftigt förstärkta resurser för att kunna ge tidigt individuellt stöd till elever som "halkar efter".
 - Ökat fokus på onormalt stor frånvaro och tidiga samtal med elever och anhöriga och andra berörda (t.ex. socialtjänsten) om möjliga åtgärder.
 - Förstärkt samarbete mellan skolan och arbetsmarknaden bl.a. genom utökad praktik under studietiden och ökat stöd och rådgivning som arbetssökande direkt efter avslutad skolgång.
 - Generellt stärka skolans kompensatoriska roll och aktivt motverka en ökad socioekonomisk segregation av skolsystemet. Avveckla skattefinansieringen av vinstdrivna privata skolor.

Minskad arbetsmiljörelaterad ohälsa och förtida död genom bl.a.

- Kraftigt förstärkt systematiskt arbetsmiljöarbete med riskeliminering vid källan inom högriskområden som bygg- och anläggningsarbeten, vård och omsorg, skola, socialtjänst samt tung industri.
- Säkerställ hälsomässigt god balans mellan belastning/ krav och tillgängliga resurser samt ökade möjligheter att påverka den egna arbetssituationen

i hårt reglerade/styrda arbetsmiljöer.

- Teknisk belastningsreduktion inom fysiskt påfrestande yrken med t.ex. tunga lyft.

En behovsbaserad hälso- och sjukvård på lika villkor förutsätter bl.a.

- En kraftigt utbyggd primärvård (minst 25 procent av den samlade sjukvårdsbudgeten)
- Ökad kontinuitet genom en fast läkarkontakt för minst 90 procent av befolkningen. Utöver ökad utbildning av allmänläkare krävs en minskad skattefinansiering av fristående nätläkare och hyrläkare. Detta frigör personella och finansiella resurser för att förstärka vårdcentralerna och deras möjlighet ge fler en fast vårdkontakt.
- Avskaffa privatiseringslagen LOV med etableringsfrihet så att regionen/medborgarna åter kan bestämma omfattning och lokalisering av den vård de finansierar. Detta är en förutsättning för en behovsbaserad vård med fritt val av vårdgivare.
- Inför en behovsbaserad geografisk fördelning av finansiella resurser som kraftigt minskar de skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet som idag finns mellan städer och en underförsörjd landsbygd och mellan urbana hög- och låginkomstområden.
- Återinför ett områdesansvar för befolkningens hälsa i primärvården och avsätt en behovsbaserad budget för grupp- och samhällsinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.
- Prioritera en vidareutveckling och förstärkning av den offentligt drivna vården kompletterad med icke vinstdriven privat vård. Avveckla den vinstdrivna privata vården.

Ökade finansiella resurser till välfärd.

Sverige är ett ekonomiskt paradiset för mycket rika personer. Jobbskatteavdrag, ränteavdrag, låg skatt på kapitalinkomster samt Rot- och Rut avdrag gynnar främst ekonomiskt resursstarka grupper liksom avsaknaden av arvs- respektive gåvoskatt. Höginkomsttagare kan dessutom oftare omvandla skatt på arbetsinkomst till en lägre skatt på kapitalinkomster.

Samtidigt är sjukvården liksom många av de andra verksamheter som beskrivs i denna artikel underfinansierade. Flera av de förslag som vi aktualiserar kräver dessutom ökade resurser. Ansvariga politiker talar snarare om ytterligare sänkning än höjning av skatter.

Kraftigt ökade försvarsutgifter lånefinansieras liksom utbyggnaden av kärnkraften.

Resurser till förbättrad välfärd och hälsa kommer därför med stor sannolik-

het att bli än mer pressade framöver. Ansvariga politikers reflex till förslag som kräver ökade resurser löper stor risk att läggas på hyllan med noteringen ”ekonomiska resurser saknas.”

Författarna till denna artikel vill därför ställa följande fråga till ansvariga politiker:

”Anser Ni att det är viktigare att försvara ökade resurser till resurssvaga grupper med en stor sjukdomsburda än bidrag till mycket rika med en mycket mindre sjukdomsburda.”

Vi tror att en stor majoritet av de förtroendevalda - liksom deras väljare - svarar ”ja” på denna fråga. Förhoppningsvis innebär det att förslag som förhindrar förtida död och främjar en bättre och mer jämlik hälsa lyfts i årets valrörelse.

Referenser

- Ammitzbøll, G., Levensen, AKG, Kjær TK et al. Socioeconomic inequality in cancer in the Nordic countries. A systematic review. *Acta Oncologica*, 2022;61(11):1317-1331
- Bambra C, Lynch J, Smith KE: *Getting Better: The Policy and Politics of Reducing Health Inequalities*, Bristol: Policy Press 2025
- Burstrom B, Burstrom K, Nilsson G et al. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden—a scoping review. *Int J Equity in Health*, 2017;16(1):29.
- Dahlgren G, Diderichsen F. Strategies for equity in health: report from Sweden. *Int J Health Serv*. 1986;16(4):517-537.
- Dahlgren G. *När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ*. Premiss förlag, Stockholm 2018
- Diderichsen F, Evans, T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. I *Challenging inequities in health: From ethics to action*. p.12-23. Oxford University Press. New York 2001
- Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *Int J Epidemiol*. 2019;48(1):268-274
- Diderichsen F, Whitehead M, Dahlgren G: Planning for health equity in the crossfire between science and policy. *Scand J Public Health* 2022;50(7):875-881
- Diderichsen F: Ullighedens grammatik. *Ugeskrift for Læger* 2026;188 (7):V08250647.
- Elsenburg LK, Rieckmann A, Nguyen TL et al. Mediation of the parental education gradient in early adult mortality by childhood adversity: a population-based cohort study of more than 1 million children. *Lancet Public Health*. 2022;7(2):e146-e155
- Gilmore AB, Fabbri A, Baum F et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet*. 2023;401(10383):1194-1213.
- Gkiouleka A, Wong G, Sowden S et al. Reducing health inequalities through general practice: a realist review and action framework. *Health Soc Care Deliv Res*. 2024;12(7):1-104.
- Gustafsson PE, Fonseca-Rodríguez O, San Sebastián M et al. Evaluating the impact of the 2010 Swedish choice reform in primary health care on avoidable hospitalization and socioeconomic inequities: an interrupted time series analysis using register data. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):972.
- Hagen J, Laun L, Lucke C, Palme M. The rising income gradient in life expectancy in Sweden over six decades. *Proc Natl Acad Sci* 2025;122(14):e2418145122.
- Hansen KY, Gustafsson J-E. Identifying the key source of deteriorating educational equity in Sweden between 1998 and 2014. *Int J Educational Research* 2019;93:79-90,
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Global Burden of Disease 2023: Findings from the GBD 2023 Study*. Seattle, WA: IHME, 2025.
- Jackisch J, van Raalte A. The contribution of childhood adversity to adult socioeconomic gradients in mortality: A Swedish birth cohort analysis. *Social Science & Medicine* 2025;365:117627,
- Lauer JA, Sassi F, Soucat A et al. *Health taxes. Policy and practice*. World Scientific Publishing Europe 2023

- Maani N, Petticrew M, Galea S (eds), *The Commercial Determinants of Health*. Oxford Academic. New York 2023
- Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, et al. Mortality associated with mental disorders and comorbid general medical conditions. *JAMA Psychiatry* 2022;79(5):444-453.
- Rod NH, Broadbent A, Rod MH et al.. Complexity in Epidemiology and Public Health. Addressing Complex Health Problems Through a Mix of Epidemiologic Methods and Data. *Epidemiology*. 2023;34(4):505-514.
- Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*. 2017;389(10072):941-950.
- SOU 2017:47: Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm 2017
- Strukturkommissionen rapport. Indenrigs- og sundhedsministeriet. København 2024
- Sundhedsstyrelsen: *Social ulighed i sundhed og sygdom*. København 2025
- Ydelseskommisionens rapport. Beskæftigelsesministeriet. København 2020
- Östergren O, Lundberg O, Artnik B et al. Educational expansion and inequalities in mortality - a fixed-effects analysis using longitudinal data from 18 European populations. *PLoS One*. 2017;12(8):e0182526.
- WHO-Euro: *Commercial Determinants of Noncommunicable Diseases in the WHO*