

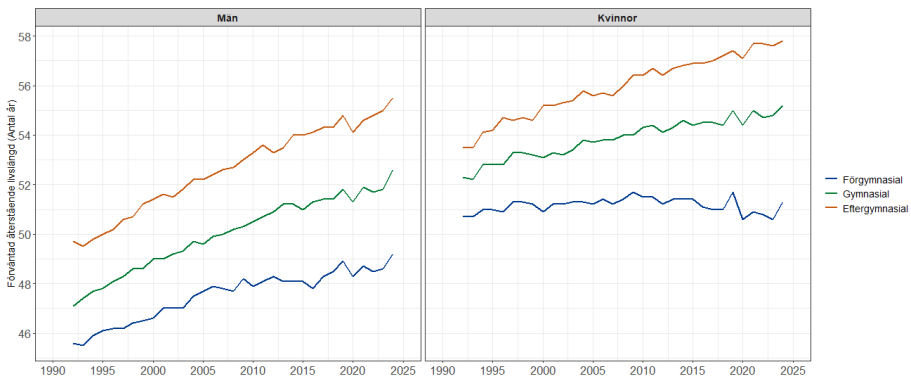
Är det sant att ojämlikhet dödar?

Huvudtemat i detta nummer av SMT är att ojämlikhet dödar. I Sverige, som varit ett jämlikt land ser vi ökande skillnader i livsvillkor och hälsa, där lägre utbildning eller inkomst innebär betydligt högre risk för ohälsa eller förtida död. Orsakerna kan spåras till de sociala och ekonomiska villkor som formar människors liv: utbildning, försörjning, liksom hur välfärdsystemet fungerar. Erfarenheter av relativ fattigdom påverkar människors generella sårbarhet genom psykosociala faktorer såsom bristande självkänsla och hopplöshet. Minskad tillit mellan människor och till institutioner, bidrar till att människor undviker att söka den hjälp de behöver, och ökar samtidigt risk för polarisering och social fragmentering i samhället. Detta temanummer vill belysa dessa frågor. Ur olika perspektiv analyserar dess artiklar i vilken mån politiska beslut som vår regering fattat under senare tid är kunskapsbaserade och bidrar till minskade hälsoklyftor.

The theme of this issue of SMT is that inequality kills. In Sweden, having been an egalitarian country, we see increasing differences in living conditions and health, where lower education or income means higher risk of poor health or premature death. Causes can be traced to the social and economic conditions that shape people's lives: education, livelihood, and how the welfare system works. Relative poverty affects people's general vulnerability through psychosocial factors such as low self-esteem and hopelessness. Decreased trust between people and institutions contributes to people avoiding seeking help, and increases the risk of polarization and social fragmentation in society. This thematic issue aims to highlight these questions. From various perspectives, articles analyze the extent to which political decisions made by our government in recent times are knowledge-based and contribute to reduced health disparities.

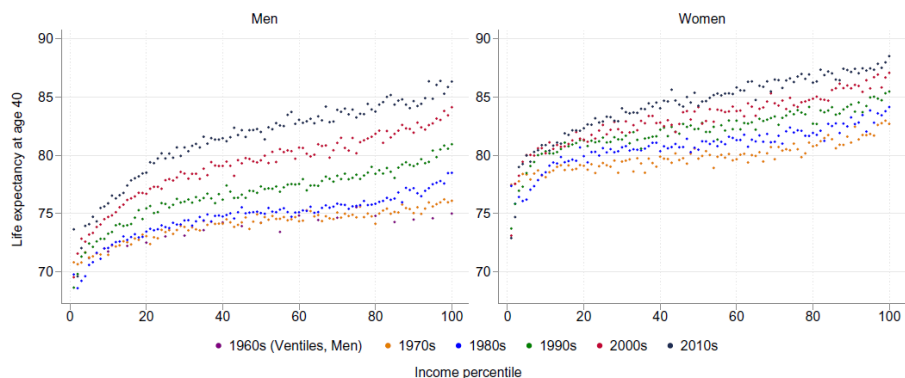
Ökande hälsoskillnader i välfärdslandet Sverige

Sverige är ett av de länder i världen som har bäst hälsa (livslängd och upplevd hälsa) och som även haft, och fortfarande anses ha, lägst skillnader i hälsa. Men, idag finns det stora, och ökande, skillnader i hälsa mellan olika grupper även i Sverige. Utvecklingen har skett gradvis, och om man bara ser en graf över de senaste åren leds man tro att situationen är ”stabil” men så är inte fallet. Figur 1 visar hur skillnader i medellivslängd vid 30 års ålder mellan utbildningsgrupper ökade över tid mellan åren 1992–2024 (1). Bland män har skillnaderna mellan grupper med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildning ökat från 4 till 5 år och bland kvinnor har motsvarande skillnad ökat från 3 till 6 år. Figuren visar den sociala gradienten dvs gruppen med gymnasial utbildning har längre förväntad livslängd än de med förgymnasial utbildning men kortare förväntad livslängd än gruppen med eftergymnasial utbildning. Grafen visar också att effekten av Covid-19-pandemin slog olika hårt mot utbildningsgrupper.



Figur 1. Utvecklingen av medellivslängd vid 30 års ålder i olika utbildningsgrupper hos kvinnor och män åren 1992- 2024 (1)

Utbildningsnivå har länge varit det vanligaste måttet på socioekonomisk status (SES) i analyser av hälsoskillnader. Idag används dock inkomst allt oftare. Grafen nedan (figur 2) illustrerar utvecklingen av skillnader i förväntad återstående medellivslängd vid 40 års ålder i förhållande till inkomst (percentiler) i vårt land under perioden 1960 till 2010 (2). Detta var en period då inkomstskillnaderna ökade kraftigt, och grafen visar att skillnaderna i hälsa också ökat kraftigt. År 2010 finner vi 10 års skillnad hos män och 6 års skillnad hos kvinnor i återstående förväntad livslängd vid 40 års ålder. Även här finner vi en social gradient där medellivslängden är ”gradvis” kortare för varje steg mot lägre inkomstpercentil.



Figur 2. Förväntad återstående medellivslängd vid 40 års ålder i förhållande till inkomst (percentiler), hos män och kvinnor (2).

Dessa sociala skillnader i hälsa återfinns under hela livet, de ses redan hos spädbarn, där barn till mödrar med låg socioekonomisk situation har högre dödsrisk och högre sjuklighet än andra barn, och skillnaden finns även i hög ålder (3).

Vi ser också tydliga och återkommande mönster av sociala skillnader i hälsa. Skillnaderna framträder för de flesta mått på SES; utbildningsnivå, inkomst, yrkesstatus, sysselsättning (arbetslöshet, sjukskrivning eller pension) för självskattade mått på SES liksom för boendeområden, länsdelar och länder. I alla dessa jämförelser har personer i mer utsatta livssituationer genomgående en sämre hälsa (4,5).

Socioekonomiska skillnader återkommer därtill i stort sett oavsett vilket mått på sjukdom eller hälsa som används. Utöver medellivslängd och förlorade levnadsår finner man skillnader beroende på SES för insjuknande och död i våra stora folksjukdomar (hjärtkärlsjukdom, och cancer), förekomst av kroniska sjukdomar såsom kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och av muskuloskeletala besvär, för sjukfrånvaro, sjuk- och aktivitetsersättning, psykisk sjukdom eller ohälsa, välbefinnande, självskattad hälsa och karies. Tillsammans talar detta för att ogynnsamma livsvillkor påverkar vår generella sårbarhet för sjukdom (4,5).

Sociala skillnader i hälsa blev särskilt tydliga under Covid-19-pandemin. Personer med lägre SES hade en högre risk att insjukna i Covid. Samma ökade risk sågs även hos personer med kroniska sjukdomar och kroniska sjukdomar är i sin tur vanligare bland grupper med lägre SES. Man myntade begreppet "Syndemi" för att tydliggöra att denna "klustring" av smittsamma och icke-smittsamma sjukdomar hos utsatta grupper, är en följd av sociala faktorer, livsvillkor och riskfaktorer, men också att sjukdomarnas effekt interagerar så att det försämrar de enskilda sjukdomarnas prognos (6). Att leva i en socialt utsatt position på grund av lägre inkomst, kortare utbildning, lägre yrkesstatus eller i ett mer utsatt

boendeområde utgör alltså en risk för att utveckla sjukdom eller hälsoproblem av olika slag.

Vad beror det på?

Begreppet ”Orsakernas orsaker”, som myntats av Sir Michael Marmot, en brittisk läkare och epidemiolog, beskriver hur de bakomliggande orsakerna till socioekonomiska skillnader i hälsa kan spåras steg för steg, ännu djupare, till strukturella faktorer (7). Det handlar alltså inte bara om direkta riskfaktorer, utan om de sociala och ekonomiska villkor som formar människors liv och därmed deras hälsa. Figuren nedan (figur 3) illustrerar, i en ”regnbågsmodell” med olika lager av halvcirklar, hur dessa olika orsaker (determinanterna) hierarkiskt relaterar till varandra (8,9).

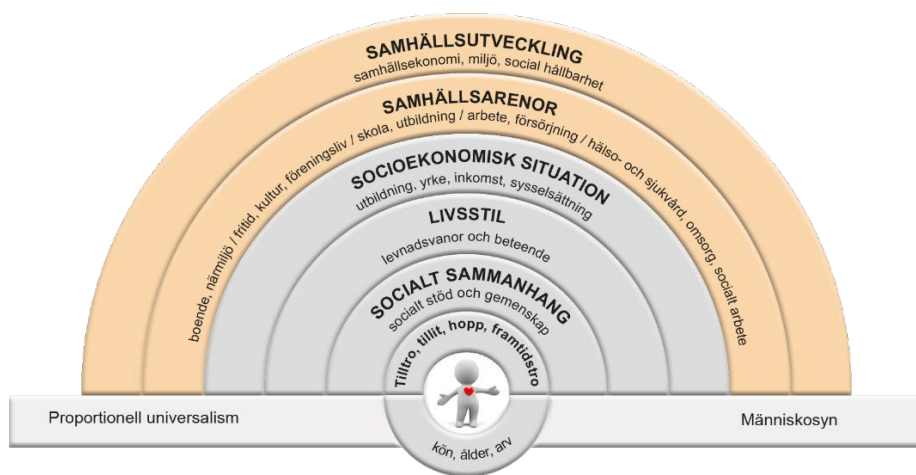
Längst in i centrum ligger individen. Den illustreras av hjärtat som symboliserar biologiska mekanismer för generell sårbarhet och sjukdomsrisk. Lagret närmast denna innehåller centrala psykologiska faktorer såsom tillit till andra, tilltro till egen förmåga, hopp och framtidstro, som är nära kopplade till dessa biologiska mekanismer men också till individens tillgång till sociala sammanhang såsom gemenskap och socialt stöd. Dessa är i nästa steg kopplat till våra levnadsvanor (matvanor, fysisk aktivitet, tobaks- och alkohol bruk; i modellen kallat livsstil), vilka i sin tur är beroende av individens socioekonomiska situation, exempelvis utbildning, yrke, inkomst eller sysselsättning.

Dessa individuella determinanter är alla beroende av de ”strukturella determinanterna,” som i figuren är orangefärgade. De innefattar de olika samhällsarenor där vi människor lever våra liv och som är grunden till det vi kallar livsvillkor; boende och närmiljö, fritid, kultur och föreningsliv, skola, utbildning, arbete och försörjning, dvs. livsmiljöer som kan skapa kunskap, trygghet och försörjning men kan också innebära det motsatta som exempelvis ogynnsamma arbetsmiljöer och skador. Samhällsarenorna innefattar också hälso- och sjukvård, omsorg, socialtjänst och socialförsäkring, det vi kallar välfärdsystemet. Hur dessa livsvillkor utvecklas i ett samhälle är i nästa steg beroende av samhällsutveckling, samhällsekonomi, miljö och social hållbarhet.

Sammantaget är det de orangefärgade faktorerna som dagligen påverkas och präglas av politiska beslut. Genom att förstå mekanismerna i regnbågsmodellen ur ett livsloppsperspektiv blir det dessutom möjligt att se hur individuella, sociala och strukturella faktorer påverkar hälsan genom hela livet och inte bara vid en enskild tidpunkt. Livets olika faser, från barndom och ungdom till vuxenliv och ålderdom, formar vilka resurser och vilka risker en person möter. Dessa erfarenheter samlas och förstärker varandra över tid, vilket påverkar hälsans utveckling på lång sikt (8,9).

I vårt land är riktningen av sambanden huvudsakligen från utsatta livsvillkor till sårbarhet och sjukdom. Men de kan även vara det omvända, såsom när välfärdens skyddssystem inte fungerar och sjukdom leder till en mer utsatt livssituation, med ekonomiska problem.

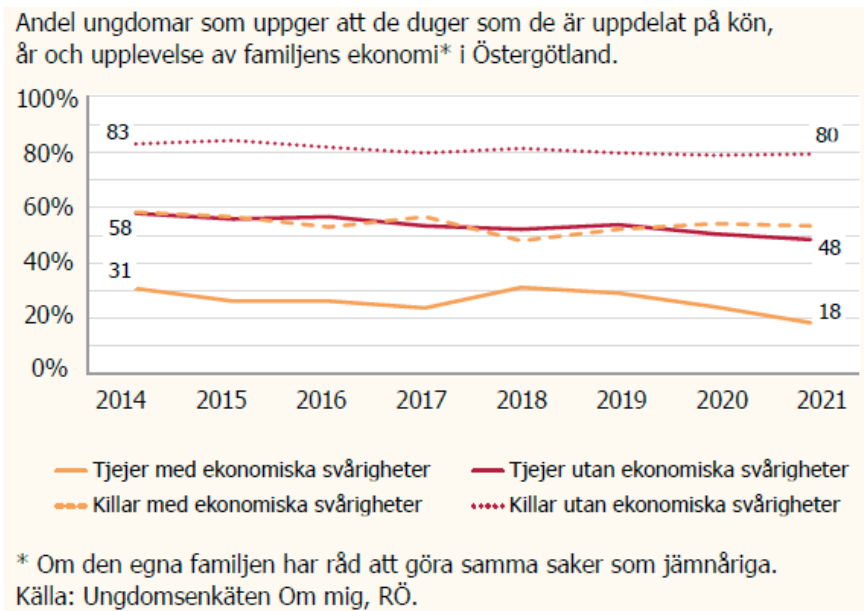
Under halvmånen ligger tre determinanter som vi inte (enkelt) kan påverka: ålder, kön och genetik (i modellen kallat arv) men som alla påverkar vår hälsa och sårbarhet. ”Balkarna ” anger viktiga begrepp och grundantaganden inför insatser för att minska skillnader i hälsa: Proportionell Universalism avser hur man ska välja ansats för att minska skillnader i hälsa. Den bygger på den sociala gradienten, dvs att hälsan är ”gradvis” sämre ju lägre SES, och att skillnader mellan grupper återfinns i hela populationen. För att minska denna gradient, räcker det därför inte att skapa insatser för de mest utsatta utan det krävs generella (universella) insatser som når alla, men med en intensitet som står i proportion till behoven (7). Slutligen anges begreppet ”Människosyn”, som påminner om alla människors lika värde.



Figur 3: Östgötamodellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle (8).

En vanlig kommentar är att ingen idag är fattig i Sverige. Begreppet relativ fattigdom innehåller individens jämförelse av sin situation med andra grupper, och är därför nära kopplat till den sociala gradienten. Medan absolut fattigdom, som är- eller har varit- ovanligt i vårt land, framförallt är förenat med ohälsa via materiella faktorer, har relativ fattigdom, dvs att ha mindre ekonomiska förutsättningar än andra, effekt främst genom psykosociala mekanismer såsom bristande självkänsla, bristande delaktighet och depressivitet (4,5).

Wilkinson och Pickett är brittiska forskare som lyft fram betydelsen av relativ fattigdom för individens självkänsla (5). Figur 4 nedan illustrerar just detta hos svenska skolungdomar. I familjer där eleven uppfattade att den egna familjen inte har råd med detsamma som andra familjer, angav 18 % av tjejerna år 2021 att de tyckte att de duger som de är. Detta kan jämföras med de tjejer som upplevde att familjen inte hade några ekonomiska svårigheter; där angav 48% att de tyckte att de duger som de är. Skillnaden är också stor jämfört med killar som uppfattade att deras familjer var utan ekonomiska svårigheter; där angav hela 80% att de tyckte att de duger som de är (10). Grafen visar också att självkänslan sjunkit över tid, särskilt bland tjejer i familjer som inte har råd.



Figur 4 Från ungdomsenkäten "Om mig" som besvaras av elever i grundskolans ÅK 8 samt gymnasiet ÅK2. (10).

Kunskapen om kopplingen mellan kropp och själ är mycket gammal. Men det är först under de senaste decennierna som vi har kunnat befästa denna kunskap med empiri. Idag är det välbelagt att våra känslor och upplevelser kan påverka risken att utveckla kroppslig sjukdom. Arbetsrelaterad stress, utmattning, depressivitet samt hopplöshet är etablerade oberoende psykosociala riskfaktorer (efter att ha kontrollerat för tex blodtryck, blodfetter och levnadsvanor) för sjukdom och död, särskilt hjärtinfarkt. Detta gäller både i studier av friska populationer och effekter hos patienter på återinsjuknande såsom efter genomgången infarkt (11).

Det finns idag också en ökad kunskap om betydelsen av skyddande psykologiska resurser, både för den självskattade hälsan och som oberoende skyddsfaktorer mot insjuknande och för tidig död. Centrala psykologiska resurser innefattar individens självförtroende och copingförmåga, det vill säga tilltron till den egna förmågan att klara olika situationer och utmaningar. Denna tilltro formas av individens upplevda möjligheter att hantera sin situation och präglas av erfarenheter som byggts upp genom livet (12). En annan central psykologisk resurs är Känsla av Sammanhang (KASAM) som beskriver individens samlade resurser att skapa meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Copingförmåga, självkänsla och KASAM har alla i prospektiva studier visat sig vara skyddande faktorer för sjukdom och för tidig död, särskilt visat för stroke och hjärtinfarkt. Effekterna är oberoende av andra riskfaktorer och kvarstår även efter att man kontrollerat för depression och nedstämdhet (13).

Tillit till andra är ytterligare en central psykologisk resurs, som är kopplad till social gemenskap men som också innefattar tillit till, eller förtroende för, samhälls- och välfärdssystemen. Bristande tillit är kopplad till ökad risk för insjuknande och död (14), men är därtill ofta en förklaring till att människor undviker att söka den hjälp de behöver. Tidigare erfarenheter av bemötande vid myndighetskontakter kan vara en förklaring till skillnader i individers tillit till systemen. Sverige har sedan länge utmärkts för sin höga nivå av tillit i befolkningen (15). Tillit till andra är lägst bland de unga och i denna grupp har tilliten minskat över tid. Vi ser också tydliga skillnader mellan SES grupper med lägre nivåer av tillit framför allt i grupper med lägre inkomst, utbildning (se figur 5), som är arbetslösa, med sjuk- och aktivitetsersättning liksom boende i utsatta bostadsområden och de som har dålig hälsa.

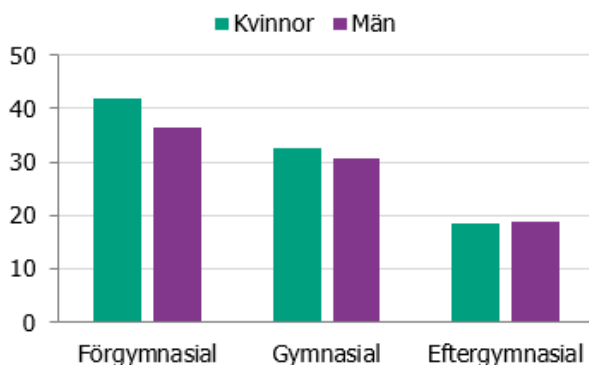


Fig 5. Låg tillit till andra (andel i procent), 25–84 år, fördelat på utbildningsnivå och kön, 2022. Åldersstandardiserade siffror. (16)

På samma sätt som för tillit finner vi lägre nivåer av de psykologiska resurserna copingförmåga, självkänsla och KASAM vid lägre SES, framförallt för mått på självskattad ekonomisk situation (17). Vi finner också högre nivåer av psykosociala riskfaktorer såsom arbetsrelaterad stress, hopplöshet och depressivitet vid lägre SES, och psykosociala faktorer är en viktig orsak till SES skillnader i hälsa (5,6,18–19).

Biologiska mekanismer

Forskningen kring vilka mekanismer som kan förklara effekter av sociala determinanter på sjukdom och ohälsa diskuterar två vägar, den ”indirekta” och den ”direkta” vägen. Den ”indirekta” vägen innebär att stress, uppgivenhet och oro leder till mer ogynnsamma levnadsvanor samt att detta i sin tur påverkar fysiologiska mekanismer som bland annat via förhöjda blodfets- och blodtrycksnivåer, leder till sjukdom och för tidig död. Ogynnsamma levnadsvanor såsom rökning och låg fysisk aktivitet är viktiga riskfaktorer för våra stora folksjukdomar och vanligare vid lägre SES. Men, levnadsvanor kan enbart förklara en del av observerade skillnader i hälsa mellan SES grupper (20).

Den ”direkta” vägen handlar om hur stress och psykosociala faktorer påverkar biologiska faktorer (18, 19, 21–22). Vi vet idag att tankar och känslor påverkar kroppens centrala skyddssystem, särskilt HPA-axeln (hypotalamus, hypofysen, binjurebarken) och dess reglering av stresshormonet kortisol, det autonoma systemet med utsöndring av katekolaminer samt immunsystemets funktion. Dessa biologiska system är grundläggande överlevnadsmekanismer som rustar oss inför utmaningar och svårigheter, bland annat genom att frigöra energi så att vi klarar fysiska och psykiska ansträngningar. Men för att fungera måste systemet också kunna slappna av och återhämta sig. Denna dynamiska förmåga har visats vara svagare vid den kroniska stress som är vanligare bland grupper med låg SES. Exponering för psykosociala riskfaktorer och begränsade psykologiska resurser är förenat med en ändrad dynamik i HPA-axeln och med höjda nivåer av inflammatoriska markörer såsom cytokiner som är kända riskmarkörer för sjukdom och död. Förändrad funktion i dessa grundläggande överlevnadsmekanismer anses vara en central faktor i den ökade generella sårbarhet som man finner hos dem som lever en utsatt livssituation (22–24)

Huvudtemat i detta nummer av SMT är att ojämlikhet dödar. Det handlar dels om ojämlikhetens effekter på individen i form av ökad risk för sjukdom och förtidig död, förlust av egenvärde och tilltro till den egna förmågan samt minskat deltagande i samhällslivet.

Men ojämlikhet är också kostsamt för samhället genom dess konsekvenser: ökade utgifter för hälso- och sjukvården, minskat förtroende och lägre tillit mellan människor och till institutioner, risk för polarisering och social fragmentering och en gradvis urholkning av grundläggande demokratiska värderingar som

jämlikhet, delaktighet och rättvisa. För att bevara demokratins legitimitet krävs därför politiska åtgärder som minskar klyftorna i livsvillkor och stärker tilliten mellan medborgare. Sådana åtgärder skulle sannolikt även minska skillnader i hälsa inom befolkningen.

Detta temanummer vill belysa dessa frågor. Ur olika perspektiv analyserar dess artiklar de politiska beslut som vår regeringen fattat under senare år och i vilken mån de är kunskapsbaserade.

I artikeln *Kunskapsresistens i folkhälsopolitiken* granskar Göran Henriksson regeringens budget i relation till riksdagens mål från 2018 att ”Sluta hälsoklyftorna inom en generation”, samt att dessa klyftor fortsätter öka. Budgeten, som ett av regeringens främsta styrdokument, saknar analys av orsakerna och fokuserar på individen snarare än strukturella ojämlikheter, vilket kan motverka målet. Författaren efterlyser bättre integrering av kunskap om vad som skapar ojämlik hälsa.

I artikeln *Ojämlikheten ökar, och vad gör Sverige?* frågar författarna Finn Diderichsen, Göran Dahlgren och Bo Burström om ansvariga politiker anser att det är viktigare att försvara ökade resurser till resurssvaga grupper med en stor sjukdomsburda i stället för att ge bidrag till mycket rika med en mycket mindre sjukdomsburda. De ger en rad förslag som förhindrar för tidig död, främjar en bättre och mer jämlik hälsa och hoppas att dessa lyfts i årets valrörelse.

Under rubriken *Flyktingpolitik, mottagande och integration* beskriver Henry Ascher att merparten av innevånare med flyktingbakgrund i Sverige kommer från länder som präglas av krig och konflikter. Många har utsatts för våld och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression och ångest är vanligt. Nya repressiva lagar och regelverk som nu i snabb takt genomdrivs i Sverige går emot evidensbaserade kunskap och bidrar till ökad post-migrationsstress med försämrad integration som följd.

I artikeln *Bistånd, global folkhälsa och demokratins betydelse* beskriver Andreas Vilhelmsson hur det globala folkhälsoarbetet hotas när USA och andra länder skär ner på sitt bistånd och avbryter globala samarbeten. Detta riskerar leda till miljontals extra dödsfall och få bestående och ofta oåterkalleliga effekter. Den ökande ojämlikheten är en viktig faktor i denna utveckling där världens demokratier blir allt färre och politiska beslut ökar klyftorna ytterligare. Det är något vi ser dagligen och som bidrar till den ökande polariseringen och växande misstro mot myndigheter och experter.

Som en fördjupad historisk analys av biståndet beskriver Rachel Irwin i artikeln *Solidaritetsmotivet i bistånd: covid-19 pandemin i fokus*, hur solidaritetsmotivet i biståndspolitikern ändrat karaktär, från det uppmanande moraliska ansatsen att hjälpa den som har mindre resurser till att se vad biståndet kan ge tillbaka i värde för givaren. Baserat på exempel ur historien samt samtida förändringar av svenskt och internationella bistånd som skär ned på biståndet till förmån för försvarsutgifter utforskar artikeln i vilken utsträckning solidaritet fortsatt är relevant som motiv för bistånd.

I artikeln *Antimikrobiell resistens behöver sättas i ett samhällsbyggesperspektiv för effektivare genomslag* visar sedan Nina Viberg, Jaran Eriksen och Cecilia Stålsby Lundborg, med antibiotikaresistens som exempel, hur bristande biståndsinsatser i andra länder kan få negativa konsekvenser även för givarländer, eftersom resistens inte respekterar några gränser.

Därefter beskriver Bo Haglund och Bo Burström i artikeln *Välfärdsystemets utarmning* hur den svenska välfärdsstaten har utarmats, både vad gäller ersättningar i socialförsäkringen och resurser till hälso- och sjukvård och äldreomsorg, hur detta leder till ökad andel i fattigdom bland utsatta grupper samt till rekryteringsproblem och höga sjukskrivningstal inom vård och omsorg. Men, man visar också att på möjligheter till att öka jämlikhet i tillgång till vård.

Gunnar Åsén visar i sin artikel *Resursfördelning i förskolan – en väg till ökad likvärdighet?* att resursfördelningen i förskolan har ökat något i utsatta områden, men fortfarande är otillräcklig och ojämlik med en tydlig segregation beroende på skillnader i barnens socioekonomiska bakgrund och migrationsbakgrund mellan förskolor. Den socioekonomiska resursfördelningen täcker vanligtvis mellan 5 och 10 procent av förskolans medel. För ökad likvärdighet krävs en större socioekonomisk omfördelning, åtgärder för att förbättra kompetensutvecklingen samt fler utbildade förskollärare där behoven är störst.

I artikeln *Välfärdens urholkning och den växande psykiska (o)hälsan* beskriver Alain Topor och Jenny Wetterling hur bidrags- och ersättningsnivåerna har sänkts och växande krav har ställts för att få olika former av ekonomiskt stöd. Forskning presenteras som beskriver hur ett liv i fattigdom påverkar den psykiska ohälsan men även hur förbättrade ekonomiska villkor kan bidra till återhämtning.

Anna Angelin, Ellen Parsland och Lagunathan Govender diskuterar i artikeln *Aktiveringens dualitet-ökad eller minskad ojämlikhet genom kommunala arbetsmarknadsinsatser* de kommande skärpta aktiveringskraven. Artikeln visar att nya aktiveringskrav kan minska eller öka ojämlikhet beroende på utformning: Individanpassat och stödjande bemötande kan stärka deltagare, medan kontroll och sanktioner riskerar att förvärra ojämlikhet.

I artikeln *Vård på olika villkor: Om privata vårdgivares dubbla avtal med regioner och försäkringsbolag* beskriver John Lapidus hur den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar skapar ett parallellt sjukvårdssystem där försäkringstagare ges snabbare tillgång till vård, medan offentligt finansierade patienter får vänta. Slutsatsen är att detta inte är en marginell företeelse, utan en strukturförändring som urholkar behovsprincipen, förstärker ojämlikheten och riskerar att försvaga tilliten till gemensamma institutioner.

I artikeln *Livsinkomstprincipen och den institutionaliserade ojämlikheten - en analys av det svenska pensionssystemets normativa konstruktion* beskriver Mimmi Schröder hur grunden för pensionssystemets konstruktion reproducerar och förstärker ojämlikheten i pensionsåldern. Hon föreslår höjd garantipension och

erkännande av det för samhället viktiga omsorgsarbetet och argumenterar för en normativ omorientering från marknadslogik till omsorgslogik i Sveriges fortsatta fördelning av ålderspensionen.

Helle Wijk, Madeleine Liljegren & Hanna Falk Erhag beskriver i artikeln *Med sikte på ett demensvänligt samhälle som är kunskapsbaserat och jämlikt* hur ojämlikhet i hälsa är tydlig inom demensområdet, där skillnader i tillgång till prevention, diagnos, vård och stöd samt strukturellt stigma bidrar till ojämlika livsvillkor och hälsoutfall. Samtidigt finns ett glapp mellan evidens och praktik. Centrum för ett demensvänligt personcentrerat samhälle (DEMSAM) utgör en modell för att möta dessa utmaningar genom samskapande, tvärvetenskap och integrering av forskning i praktik.

Slutligen beskriver Hans Inge Persson - patient-/anhörigrepresentant i sitt bidrag *Hur kan man återskapa en vård med helhetssyn och mänsklighet? Ett patient- och närståendeperspektiv* sina erfarenheter av hur vården av en allvarligt sjuk nära anhörig var anonym, utan kontinuitet, fragmenterad och otrygg och efterfrågar en human, personcentrerad vård där man får träffa samma läkare, känner sig trygg i att vårdgivare samverkar över organisatoriska gränser och att de lyssnar. Författaren lyfter särskilt vikten av ökad kommunikationen och samarbete mellan vårdgivare och patienter/deras närstående.

Ett genomgående tema i samtliga dessa artiklar är att de beslut som fattas för att minska ojämlikheter i hälsa alltför sällan grundas i vad vi faktiskt vet om hur ojämlikhet i hälsa genereras. Det påverkar förutsättningarna för att nå det övergripande hälsopolitiska målet om minskade skillnader i hälsa i Sverige och är sannolikt en viktig förklaring till att skillnader kvarstår eller till och med ökar. Bortser man från de mekanismer som genererar skillnader i hälsa blir det förstas svårt att påverka dessa mekanismer.

Artiklarna i detta temanummer täcker en rad olika områden där ojämlikheter i hälsa och livsvillkor belyses. Det är vår förhoppning att dessa artiklar ska ge läsaren mer kunskap och inspiration till att kritiskt granska politikerns och andra beslutfattarnes argument för och beslut kring hur ojämlikhet i hälsa ska minska.

Margareta Kristenson,
professor emerita i socialmedicin och folkhälsovetenskap,
Institutionen för hälsa, medicin och vård, Linköpings Universitet,

Solveig Lövestad,
PHD Medical Science. Sahlgrenska akademien,
avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Göteborgs Universitet,

DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v103i1-2.65102>

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten, Folkhälsodatabasen.
2. Hagen J, Launb L, Luckec C, Palme M, The rising income gradient in life expectancy in Sweden over six decades. PNAS 2025 Vol. 122 No. 14
3. Adler, N.E. and Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186: 5
4. Michael Marmot (ed.), Richard Wilkinson (ed.) *Social Determinants of Health* (2nd edn) Oxford University Press 2005
5. Wilkinson, R. G., Pickett, K. (2011). *Jämlikhetsanden: därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval.
6. McGowan V, Bambra C, COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities *Lancet Public H* 2022: 7
7. Marmot M. *Status Syndrome: How Your Social Standing Affects Our Health and Longevity*. London: Bloomsbury; 2004.
8. Östgötakommissionen för jämlik hälsa. Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport. Linköping; 2014.
9. Dyar O, Haglund B, Melder C, Skillington T, Kristenson M, Sarkadi A, Rainbows over the world's public health: determinants of health models in the past, present, and future. *Scand J Public Health*. 2022 Nov;50
10. Region Östergötland, Hälsans utveckling i Östergötland. *Folkhälsorapport 2023*
11. Santosa, A, Rosengren A, Ramasundarahettige C, Sumathy Rangarajan SD et al *Psychosocial Risk Factors and Cardiovascular Disease and Death in Population-Based Cohort From 21 Low-, Middle-, and High-Income Countries* JAMA 2021
12. Ursin, H. och Eriksen, H.R., (2004). *The cognitive activation theory of stress*. *Psychoneuroendocrinology*. Jun; 29 (5):567–92. Review.
13. Lundgren, O., Garvin, P., Jonasson, L., Andersson, G. och Kristenson M. (2015). Psychological Resources are Associated with Reduced Incidence of Coronary Heart Disease. An 8-Year Follow-up of a Community-Based Swedish Sample. *Int J Behav Med.*, 22:77–84.
14. Elgar, F.J. (2010). Income inequality trust and population health in 33 countries. *Am J Public Health* 11(11) 2 311–2 315.
15. Holmberg, S., & Rothstein, B. (2020). *Social Trust – The Nordic Gold?* University of Gothenburg.
16. Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2023
17. Festin K, Thomas K, Ekberg J, Kristenson M. Choice of measure matters: A study of the relationship between socioeconomic status and psychosocial resources in a middle-aged normal population, *PLoS One* 2017, Aug 23;12(8)
18. Kristenson M. Betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa. Underlagsrapport nr 7 till Kommissionen för jämlik hälsa S 2015:02. Stockholm; 2007.
19. Matthews, K.A. Gallo, L.C. och Taylor, S.E. (2010). *Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future*. *Ann N Y Acad Sci*. 1186:146–73.
20. Stringhini, S., Dugravot, A., Shipley, M., Goldberg, M., Zins, M., Kivimäki, M., Marmot, M., Sabia, S. och Singh-Manoux, A. (2011) *Health behaviours, socioeconomic status and mortality*:
21. McEwen, B.S. (2000). *The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance*. *Brain Res.*; 886 (1–2):1
22. Kristenson M, Eriksen HR, Sluiter JK, Starke D, Ursin H. Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Soc Sci Med*. 2004. Apr;58(8):1511–22.
23. Hicks B, Veronesi G, Ferrario M, Forrest H, Whitehead, M, Diderichsen F, Tunstall-Pedoe H et al Roles of allostatic load, lifestyle and clinical risk factors in mediating the association between education and coronary heart disease risk in Europe. *J Epidemiol Community Health* 2021;75:1147–1154.
24. Chen, E. och Miller, G.E. (2013). *Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors*. *Ann Rev Clin Psychol.*; 9: 723–49.