



Ojämlighet i hälsa i Stockholms län

**Bo Burström, Karin Engström,
Kristina Burström, Diana Corman
och Sun Sun**

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Besök: Hantverkargatan 11 B
Tfn 08-123 132 00


**Stockholms läns
landsting**


**Karolinska
Institutet**

Förord

Stockholms läns landsting gör vart fjärde år en omfattande uppföljning av hälsoläget i länet. En folkhälsoenkät genomförs i befolkningen och ett omfattande arbete läggs ner på att värdera de studier och rapporter med information om hälsoläge, livsstil och levnadsvanor som tagits fram under den gångna perioden. Sammantaget utgör dessa källor basen för den folkhälsorapportering som får sitt främsta uttryck i den sk Folkhälsorapporten.

Folkhälsorapporten 2011 baseras till stora delar på 12 delrapporter. Delrapporterna utgår från de seminarier som genomfördes våren/hösten 2011 i samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Karolinska Institutet samt i ett fall Äldrecentrum. Varje seminarium behandlade en viss folkhälsofråga. Delrapporterna är författade dokument där författarna själva står för fakta och framförda tolkningar och förslag till åtgärder.

Författarna kommer från institutionen för folkhälsovetenskap (FHV) och institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME) vid Karolinska Institutet

BO BURSTRÖM, professor, överläkare i socialmedicin (FHV)
KARIN ENGSTRÖM, med. dr., sociolog (FHV)
KRISTINA BURSTRÖM, docent i hälsoekonomi (LIME)
DIANA CORMAN, fil.dr., demograf (FHV)
SUN SUN, doktorand i hälsoekonomi (LIME)

ISBN: 978-91-979698-4-0

Omslagsillustration: Erica Jacobson

Design: Alenäs Grafisk Form

Sammanfattning

Hälsan förbättras i Sverige och Stockholms län. Det finns dock påtagliga sociala skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa mellan olika grupper, i stor utsträckning fördelat mellan geografiska områden med olika befolkningssammansättning. Sociala skillnader i hälsa kan uppstå på olika sätt – genom att sociala faktorer orsakar ohälsa och sjukdom samt genom att samma sjukdom ger större sociala och ekonomiska konsekvenser i vissa grupper. Fördelningen av faktorer som orsakar sjukdom och ohälsa är till nackdel för lägre socioekonomiska grupper och de negativa effekterna kan också ackumuleras över livsloppet.

Inkomstutvecklingen i Sverige perioden 1999–2009 har medfört en genomsnittlig ökning av den disponibla inkomsten med 35 procent. Inkomstspridningen har dock ökat, så att andelen av inkomster har ökat mer bland dem som har hög ekonomisk standard och en större andel i befolkningen har år 2009 låg ekonomisk standard.

I rapporten studeras socioekonomiska skillnader i hälsa med olika mått på social position samt med olika hälsomått. Vidare analyseras särskilt vissa grupper som tidigare visats ha sämre utveckling av livsvillkor och hälsa (utrikes födda personer, ensamstående mödrar, arbetslösa unga vuxna, personer med låg inkomst samt personer med sjuk- eller aktivitetsersättning). Rapporten grundas på data från folkhälsoenkäter samt registerdata.

Sociala skillnader i hälsa observerades för alla mått på social position och för alla hälsomått som studerats. Andelen som rapporterar svårigheter att klara löpande utgifter, liksom andelen som avstått från tandläkarbesök och sjukvård och läkemedel på grund av dålig ekonomi, var högre bland de särskilda grupper som studerats än i befolkningen i stort. Förekomsten av diagnosticerad sjukdom var högre bland arbetare än tjänstemän, såväl bland män som bland kvinnor. Bland personer med samma diagnos rapporterade arbetare genomgående sämre självskattad hälsa och hälsorelaterad livskvalitet än tjänstemän.

Vårdkonsumtion var något högre bland lägre socioekonomiska grupper. Standardiserade dödstal var högre än förväntade bland personer med låg utbildningsnivå och med inkomst i de två lägsta inkomstgrupperna.

Endast ett fåtal indikatorer kunde jämföras över tid. Självskattad hälsa och hälsorelaterad livskvalitet förbättrades något från år 2002 till år 2010, förutom bland personer med sjuk- eller aktivitetsersättning. Likartade socioekonomiska skillnader i hälsorelaterad livskvalitet observerades åren 2002, 2006 och 2010.

Policydokument på nationell nivå och inom Stockholms läns landsting betonar att jämlikhet i hälsa är eftersträfvansvärt. Åtgärder för att öka jämlikhet i hälsa innefattar såväl insatser inom hälso- och sjukvården som insatser från andra samhällssektorer. Internationella rapporter och policydokument före-

skriver bland annat åtgärder för att minska sociala skillnader i uppväxtvillkor, tillförsäkra alla en hälsosam levnadsstandard samt förstärka prevention av ohälsa. För att åstadkomma ökad jämlikhet i hälsa krävs ojämlikhet i fördelning av resurser och insatser, till förmån för dem som har större behov.

Åtgärder för att förbättra folkhälsa och öka jämlikhet i hälsa kan vara komplexa, berör flera aktörer och kräver samverkan. I rapporten ges exempel på samverkansåtgärder.

Bakgrund

Hälsan förbättras för stora delar av befolkningen i Stockholms län. Det finns dock påtagliga sociala skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa mellan olika grupper i Stockholms län, i stor utsträckning fördelat mellan geografiska områden, bland annat beroende på skillnader i sammansättning av områdenas befolkning med avseende på utbildningsnivå, födelseland och andra bakgrundsfaktorer. Hälsoutvecklingen i befolkningen speglar i stor utsträckning utvecklingen av underliggande faktorer som påverkar hälsan, såsom livsvillkor och levnadsvanor.

Sociala skillnader i hälsa kan uppstå på olika sätt. Det finns ett dubbelriktat samband mellan sociala faktorer och sjukdom. Sjukdom och ohälsa kan medföra negativa sociala och ekonomiska konsekvenser, genom bl.a. minskat socialt nätverk och minskad inkomst om man inte kan arbeta på grund av sjukdom. Omfattningen av dessa konsekvenser präglas av omgivande samhälle och kan variera beroende på lagstiftning på arbetsmarknaden, regelverk i socialförsäkring och hälso- och sjukvårdens funktion.

Olika sociala faktorer kan också orsaka eller bidra till sjukdom och ohälsa (Figur 1). Bland viktiga bestämningsfaktorer för hälsa märks ålder, kön, ärftliga faktorer men också levnadsvanor, arbets- och livsvillkor; sociala nätverk och inflytande från familj, vänner och närmaste omgivning; samhällets organisation och allmänna sociala, ekonomiska och kulturella förhållanden. Vissa av dessa bestämningsfaktorer kan utgöra riskfaktorer för sjukdom (t ex rökning), men också bidra till god hälsa (t ex goda sociala nätverk).

Sociala skillnader i hälsa uppstår på olika principiella sätt – dels via skillnader i materiella livsvillkor (t ex inkomst, boende, arbetsvillkor); dels genom skillnader i psykosocial stress (t ex erfarenhet av negativa livshändelser, ogynnsam kombination av höga krav och låg kontroll i arbetet); genom levnadsvanor (t ex rökning, fysisk inaktivitet, kost); samt genom skillnader i tillgång till hälso- och sjukvård (såväl prevention, primärvård som sjukhusvård).

Fördelningen av faktorer som orsakar ohälsa och sjukdom är till nackdel för lägre socioekonomiska grupper, men i dessa grupper kan också finnas en ökad sårbarhet för ohälsa och sjukdom, givet samma exponering för vissa faktorer. Även bland personer som har en viss diagnos kan den självskattade hälsan och hälsorelaterade livskvaliteten variera – alla som har diabetes har inte samma påverkan av sjukdomen. Vidare kan vissa exponeringar vara mera skadliga för hälsan under vissa perioder i livet. De negativa effekterna på hälsan kan också ackumuleras över livsloppet och medföra ohälsa och sjukdom.

De sociala skillnader i hälsa som observeras speglar därmed i stor utsträckning hur det omgivande samhället skapar olika livschanser för olika grupper.

Samhällsutveckling och ojämlikhet i hälsa

I den förra folkhälsorapporten i Stockholms län (Folkhälsan i Stockholms län 2007) konstaterades bland annat att hushållens disponibla inkomster hade ökat från slutet av 1990-talet och in på 2000-talet, vilket drivits av en stark arbetsmarknad med stigande löneutveckling och minskade skatter. Sysselsättningsgraden varierar dock mellan olika grupper och är lägre bland yngre jämfört med äldre personer; lägre bland utrikes födda personer än bland personer födda i Sverige. Personer med kort utbildning har lägre sysselsättningsgrad än personer med längre utbildning.

Personer som inte är sysselsatta på arbetsmarknaden behöver annan försörjning för sitt uppehälle, bland annat ersättning från socialförsäkringen, arbetslöshetsersättning eller ekonomiskt bistånd. Ekonomiskt bistånd kan även behövas för dem som har låg inkomst men större försörjningsbörda, exempelvis ensamstående föräldrar. Ekonomiskt bistånd är vanligare bland ensamstående personer och bland utrikes födda personer.

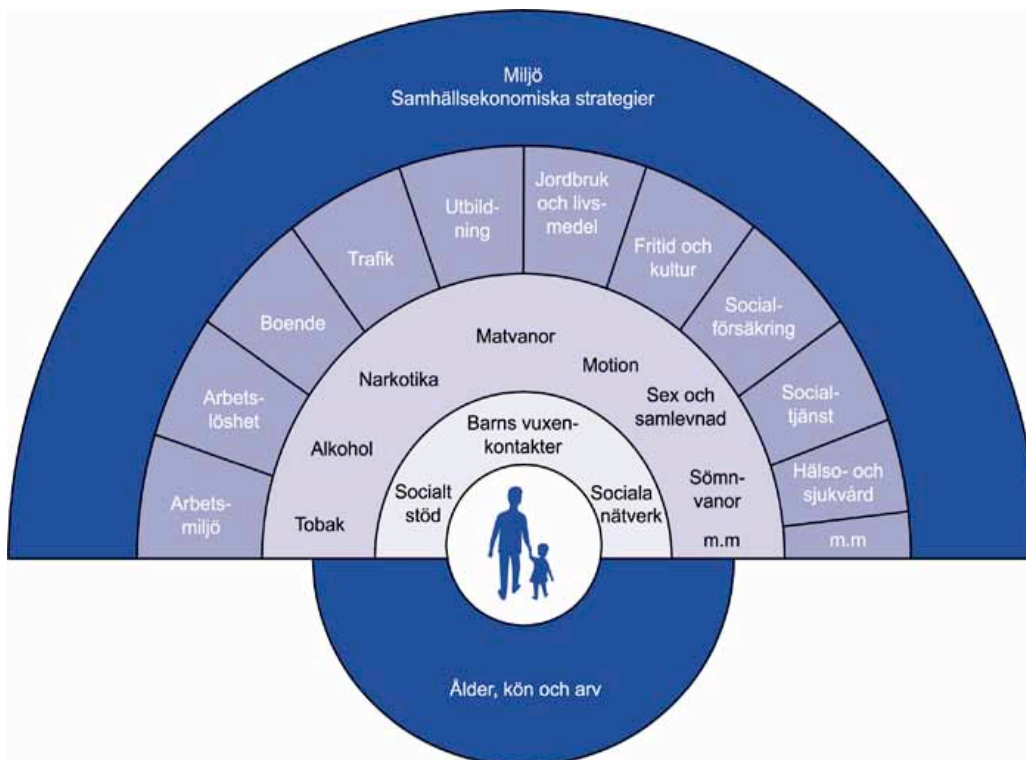
Den genomsnittliga ekonomiska standarden i Sverige har ökat sedan år 1995. Mellan åren 1999 och 2009 var ökningen 35 procent. Måttet som används är medianvärdet för den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet, dvs. summan av inkomster och transfereringar minus skatt, fördelat på de personer i ett hushåll som ska leva av denna inkomst. Ökningen av faktorinkomst (dvs. löneinkomst, inkomst av näringsverksamhet och kapitalinkomst) var 30 procent medan de skattepliktiga transfereringarna (t ex sjukpenning, föräldrapenning) ökade med 18 procent och de skattefria transfereringarna (t ex studiestöd och barnbidrag) ökade med fem procent. Beloppen till barnbidrag och studiestöd ökade medan beloppen till bostadsbidrag och till ekonomiskt bistånd minskade. Samtidigt som faktorinkomster och transfereringar har ökat under 2000-talet låg beloppet för de direkta skatterna (skatt på lön och kapitalinkomst) år 2009 på samma nivå som år 1999.

Inkomstspridningen, dvs. skillnaden mellan höga och låga inkomster, har ökat. Ginikoefficienten är ett mått på inkomstspridning, som varierar mellan 0 och 1, där ett högre värde innebär en större inkomstspridning. År 1995 var Gini-koefficienten i Sverige 0,227, år 1999 hade den stigit till 0,261 och år 2009 till 0,291. Skillnaderna mellan de som har hög ekonomisk standard och de som har låg ekonomisk standard har därmed ökat. Eftersom inkomstspridningen för den ekonomiska standarden har ökat omfördelar transfereringar och skatter inte inkomsterna i lika stor omfattning år 2009 som år 1999. De 20 procent i befolkningen med högst ekonomisk standard hade år 2009 ca 36 procent av den totala disponibla inkomsten, mot 33 procent år 1999. För de 20 procent med lägst ekonomisk standard minskade andelen av den totala disponibla inkomsten från 10,5 procent till 9 procent från år 1999 till år 2009. Personer födda i Sverige har högre ekonomisk standard än personer födda utomlands och skillnaden har ökat under 2000-talet.

Måttet låg ekonomisk standard innebär en ekonomisk standard som ligger under 60 procent av medianvärdet i landet och är en internationellt använd indikator på risk för fattigdom och socialt utanförskap. Sedan år 1991 har en allt större andel av befolkningen i Sverige med detta mått en låg ekonomisk standard. Detta innebär inte att dessa hushåll fått minskade inkomster, utan speglar att inkomstökningarna varit större i högre inkomstskikt.

Andelen med låg ekonomisk standard var 7,4 procent år 1991, 8,4 procent år 1999 och 13,4 procent år 2009. Andelen är högre i vissa grupper i befolkningen. Bland ensamstående med barn ökade andelen med låg ekonomisk standard från 11 procent år 1999 till 27 procent år 2009. Andelen barn som lever i hushåll med låg ekonomisk standard är hög i vissa socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden i Stockholms län.

Samhällsutvecklingen vad avser ekonomisk standard innebär således ökade skillnader mellan grupper, vilket innebär potentiellt ökade skillnader i hälsa mellan grupper.



Figur 1. Hälsans bestämningfaktorer. Källa: Dahlgren G, Whitehead M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies

Data och åldersindelning

Rapporten grundas på data dels från Stockholms läns landstings (SLL) folkhälsoenkäter; dels från registerdata. De olika källorna har olika för- och nackdelar och kompletterar delvis varandra. En nackdel med enkätdata är att svarsfrekvensen i folkhälsoenkäter sällan överstiger 60 procent. Särskilt för en rapport som denna, som fokuserar på ojämlikhet i hälsa och särskilda grupper, kan detta vara bekymmersamt eftersom bortfallet ofta är högre just bland de grupper som ska studeras. Registerdata täcker å andra sidan hela befolkningen, men ger information endast om vissa begränsade variabler.

Alla analyser har gjorts separat för män och kvinnor samt uppdelat på åldersgrupper (18–24; 25–44; 45–64 samt 65–84 år), eller åldersstandardiserat. Åldersstandardisering innebär att med statistisk metod ta hänsyn till skillnader i ålderssammansättning mellan grupper som jämförs.

En del grupper omfattas ändå inte i dessa källor till data (t ex papperslösa flyktingar, hemlösa personer). En särskild studie har tidigare gjorts av hälsan

bland hemlösa personer. En annan grupp som inte studeras i denna rapport är barn, men som varit i fokus i tidigare rapporter.

Mått på social position, särskilt studerade grupper

Sociala skillnader kan mätas med olika mått på social position – genom en socioekonomisk indelning baserat på yrke (t ex arbetare och tjänstemän); genom utbildningsnivå (låg, mellan, hög utbildningsnivå) eller genom den relativa placering man genom sin inkomst har i inkomstfördelningen (indelad i femtedelar, s.k. inkomstkvintiler). I rapporten presenteras exempel på sociala skillnader i hälsa för de angivna särskilda grupperna samt med användning av de olika måtten på social position.

Fokus för denna rapport är på sociala skillnader i livsvillkor och hälsa. Hela populationen i Stockholms län studeras med avseende på socioekonomiska skillnader i hälsa. Vissa grupper som tidigare visats ha sämre utveckling av livsvillkor och hälsa analyseras särskilt. Det gäller gruppen utrikesfödda personer (18–64 år); ensamstående mödrar (18–60 år); arbetslösa unga vuxna (18–24 år); personer 18–64 år med sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare kallat för tidspension) samt personer 25–64 år med låg ekonomisk standard.

Mått på hälsa och sjuklighet, dödlighet

Mått på hälsa och sjuklighet kan dels vara självrapporterade; dels rapporteras av till exempel läkare som satt specifika diagnoser. De olika typerna av mått kompletterar delvis varandra. Ett ofta använt självrapporterat mått i enkät- och intervjuundersökningar är självskattad hälsa. En person tillfrågas: ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?” och kan svara ett av fem alternativ (mycket bra, bra, någorlunda, dåligt, mycket dåligt). Svaret på denna fråga anses vara en sammanfattning av hur man totalt sett upplever sitt hälsotillstånd. Däremot framgår inte i vilken eller vilka dimensioner av hälsan personen har problem. Frågan ingår i SLL:s folkhälsoenkäter. I rapporten visas andelen som anger att deras hälsa är sämre än god.

Hälsorelaterad livskvalitet mäter hälsan i olika dimensioner, men också som ett sammantaget vägt hälsomått. I SLL:s folkhälsoenkäter används måttet EQ-5D där de svarande kan ange sin hälsa i fem dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet) och i tre allvarlighetsgrader (inga, måttliga eller svåra problem). I rapporten presenteras andelen med måttliga eller svåra problem i en viss dimension. Allvarlighetsgraderna i de fem olika hälsodimensionerna kan vägas samman i en livskvalitetsvikt (EQ-5D_{index}), som kan variera från 0 till 1,0 (full hälsa). Måttet innefattar även en termometerliknande visuell analog skala mellan 0–100 (sämsta tänkbara till bästa tänkbara hälsotillstånd) där den svarande ombeds kryssa i och skatta sin hälsa.

I SLL:s folkhälsoenkäter tillfrågas individer också om de har en långvarig sjukdom eller skada efter olycksfall, samt om denna i så fall begränsar individens arbetsförmåga eller dagliga sysselsättning. De personer som svarar ja-kande på båda dessa frågor sägs ha en långvarig begränsande sjukdom. Frågor ställs även om den svarande av läkare diagnosticerats ha vissa specifika sjukdomar. I rapporten presenteras resultat avseende diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), angina pectoris (kärlkramp), hjärtsvikt och depression

samt för personer som rapporterar att de har ont i rygg eller axlar.

I SLL:s folkhälsoenkäter används 12 frågor om psykiskt välbefinnande (GHQ-12), exempelvis ”Har du de senaste veckorna kunnat koncentrera dig på allt du gjort?”, med svarsalternativ ”bättre än vanligt; som vanligt; sämre än vanligt; mycket sämre än vanligt”. De personer som svarat ”sämre/mycket sämre än vanligt” på tre eller fler av de 12 frågorna bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande.

Registerdata används för analyser av sociala skillnader i dödlighet. I denna rapport görs beräkning av standardiserade dödstal, vilket anger i relativa termer avvikelser från förväntade dödstal i jämförelse med hela länets befolknings dödstal som är 1,0 (separat för män respektive kvinnor). Ett värde högre än 1,0 anger en högre dödlighet och ett värde under 1,0 en lägre dödlighet än länsgenomsnittet.

Mått på ekonomiska resurser och vård

I Folkhälsoenkät 2010 (FHE 2010) ställdes frågor om svårigheter att klara löpande utgifter (mat, hyra, räkningar) samt om man på grund av dålig ekonomi, trots ett upplevt behov, avstått från att söka sjukvård, tandläkarbesök eller avstått från att köpa ut ordinerade läkemedel. Jakande svar på någon av dessa frågor har analyserats för olika grupper. Tyvärr har enkätfrågorna om ekonomiska resurser varierat mellan de olika folkhälsoenkäterna, vilket omöjliggör jämförelse över tid av en viss indikator. Indikatorerna för respektive enkätår framgår av Tabell 2.

Uppgifter om vårdkonsumtion har hämtats från registerdata i landstingets VAL-databas. Måttet inkluderar besök till läkare vid olika typer av öppenvårdsmottagningar (primärvård, psykiatri, somatisk specialistvård vid sjukhus eller hos privata specialister). Besökstyperna omfattar vård finansierad av SLL oavsett utförare.

Resultat

– hur ser nuläget ut?

Analyserna visar på sociala skillnader i hälsa som varierar dels med vilket mått på social position som används; dels beroende på vilket hälsomått som används. De sociala skillnaderna i hälsa är systematiska och påtagliga för alla hälsomått men i mindre utsträckning vad gäller nedsatt psykiskt välbefinnande. Skillnaderna observeras för personer 18–24 år, personer 25–64 år samt för personer 65 år och äldre. De sociala skillnaderna i hälsa tenderar att vara större bland män än bland kvinnor; mindre i åldersgruppen 25–44 år; mest uttalade i åldersgruppen 45–64 år och något mindre i åldersgruppen 65–84 år.

Sysselsättning

Andelen arbetslösa var 5,6 procent bland utrikes födda personer och 4,2 procent bland ensamstående mödrar jämfört med 3,3 procent i befolkningen 18–64 år. Andelen med sjuk- eller aktivitetsersättning var högre bland utrikes födda (6,5 procent) och bland ensamstående mödrar (4,5 procent) än i befolkningen (3,7 procent). (Tabell 1)

Ekonomiska resurser och vård

Andelen som rapporterade svårigheter att klara löpande utgifter var ca 15 procent i befolkningen 18–64 år; 23 procent bland utrikes födda; 32 procent bland arbetslösa unga vuxna och ca 42 procent bland ensamstående mödrar. Bland personer med låg ekonomisk standard rapporterade 27 procent svårigheter med att klara löpande utgifter; bland personer med sjuk- eller aktivitetsersättning var andelen ca 37 procent. (Tabell 1)

Andelen som rapporterade att de avstått från tandläkarbesök på grund av dålig ekonomi var 15 procent i befolkningen 18–64 år; 25 procent bland utrikes födda; 36 procent bland ensamstående mödrar och 35 procent bland personer med sjuk- eller aktivitetsersättning. Andelen som på grund av dålig ekonomi hade avstått från sjukvård var knappt 4 procent i befolkningen 18–64 år; 6 procent bland utrikes födda; 10 procent bland ensamstående mödrar; 11 procent bland arbetslösa unga vuxna; liksom bland personer med sjuk- eller aktivitetsersättning. Andelen som avstått läkemedel var likartad som för sjukvård, förutom att andelen var högre bland ensamstående mödrar (13 procent) och bland personer med sjuk- eller aktivitetsersättning (14 procent). (Tabell 1)

Levnadsvanor

Andelen som röker dagligen var högre i samtliga särskilt studerade grupper jämfört med befolkningen 18–64 år, och varierade mellan knappt 15 procent bland personer med låg ekonomisk standard till 28 procent bland personer med sjuk- eller aktivitetsersättning. Andelen med riskkonsumtion av alkohol var högre bland arbetslösa unga vuxna (25 procent), men annars lägre bland de särskilt studerade grupperna än i befolkningen 18–64 år. (Tabell 1)

Hälsa, hälsorelaterad livskvalitet

Utrikes födda personer, ensamstående mödrar och personer med låg ekonomisk standard rapporterade sämre hälsa och sämre hälsorelaterad livskvalitet än befolkningen 18–64 år, med alla studerade mått. Arbetslösa unga vuxna rapporterade lägre andel långvarig begränsande sjukdom (10 procent mot 18 procent i befolkningen 18–64 år) men högre andel sämre än god självskattad hälsa (29 procent mot 22 procent) och högre andel nedsatt psykiskt välbefinnande (47 procent mot ca 21 procent) samt mer problem med oro/nedstämdhet (58 procent mot 32 procent). Sämst hälsa och hälsorelaterad livskvalitet rapporterades av personer med sjuk- eller aktivitetsersättning. (Tabell 1)

Tabell 1. Jämförelse mellan olika grupper i befolkningen, FHE 2010, Stockholms län

	Befolkningen	Utrikes födda	Ensamstående mödrar	Arbetslösa unga vuxna	Personer med sjuk-/aktivitetsersättning	Personer med låg ekonomisk standard
	18-64 år	18-64 år	18-60 år	18-24 år	18-64 år	25-64 år
Antal	22 639	4 300	645	167	837	3 683
Sysselsättning						
Arbetslös	3,3	5,6	4,2	-	-	5,5
Personer med sjuk- eller	3,7	6,5	4,5	-	-	7,0
Ekonomiska resurser						
Svårt att klara löpande utgifter	14,7	22,9	42,3	32,3	36,6	26,6
Sociala relationer						
Saknar personligt stöd	11,5	20,9	17,1	13,8	20,9	16,2
Trygghet						
Utsatt för hot om våld	4,0	4,8	9,6	11,4	5,3	4,5
Utsatt för våld	2,9	3,1	4,8	9,6	4,1	2,7
Vård och ekonomiska resurser						
Avstått från tandläkare pga dålig ekonomi	15,0	25,2	36,3	18,6	35,2	27,9
Avstått från sjukvård pga dålig ekonomi	3,7	6,3	9,9	11,4	11,5	7,1
Avstått från läkemedel pga dålig ekonomi	3,8	6,5	13,3	11,4	14,2	6,8
Levnadsvanor						
Röker dagligen	12,7	18,0	18,3	25,2	28,2	14,7
Riskkonsumtion av alkohol	11,0	7,5	5,7	25,2	11,8	7,8
Hälsoutfall						
Långvarig begränsande sjukdom	18,3	23,6	23,0	10,2	87,2	23,1
Sämre än god självskattad hälsa	22,0	31,0	29,6	28,7	78,1	28,4
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ-12)	20,6	23,0	32,4	47,3	35,0	23,0
Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D)						
Problem med rörlighet	7,6	15,3	10,1	1,2	52,6	11,3
Problem med hygien	1,3	3,2	1,9	0,6	17,0	2,6
Problem med huvudsakliga aktiviteter	8,5	13,5	12,7	9,2	66,3	13,5
Problem med smärta/besvär	40,0	47,5	48,3	28,2	86,1	45,1
Problem med oro/nedstämdhet	32,5	41,8	45,9	57,7	73,9	40,6
Livskvalitetsvikt EQ-5D index (medelvärde)	0,85	0,80	0,80	0,83	0,45	0,81
Självskattad hälsa EQ _{VAS} (medelvärde)	80,4	76,7	76,8	79,2	50,3	77,1

Jämförelse över tid

I Tabell 2 visas en jämförelse över tid (åren 2002, 2006 samt 2010) för utrikes födda personer, ensamstående mödrar, arbetslösa unga vuxna samt personer med sjuk- eller aktivitetsersättning med avseende på de aspekter som är möjliga att jämföra mellan åren. Andelen med sjuk- eller aktivitetsersättning bland utrikes födda var högst år 2002 och har till år 2010 minskat. Bland

ensamstående mödrar har andelen med sjuk- eller aktivitetsersättning däremot ökat från år 2002 till år 2010. Måtten på ekonomiska resurser kan inte entydigt jämföras eftersom de varierar mellan åren. Andelen som saknar personligt stöd har inte ändrats påtagligt från år 2006 till år 2010. Andelen som utsatts för våld eller hot om våld har minskat förutom bland gruppen personer med sjuk- eller aktivitetsersättning. Andelen dagligrökare har minskat i alla grupper utom bland arbetslösa unga vuxna. Andelen med riskkonsumtion av alkohol år 2010 kan inte jämföras med de tidigare åren på grund av förändringar i måttet.

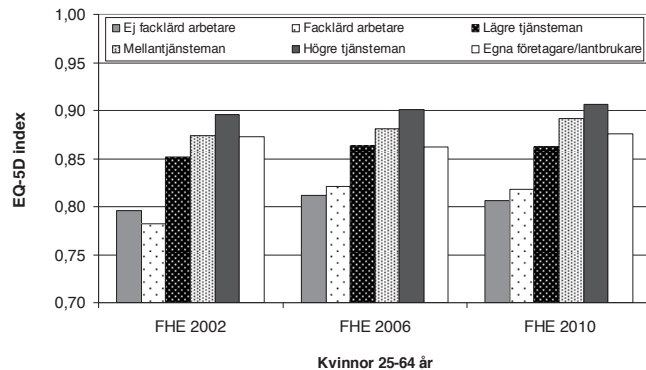
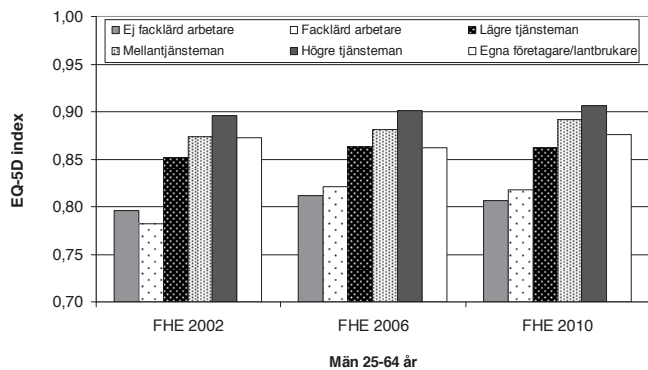
Det finns en tendens till förbättring av självskattad hälsa och hälsorelaterad livskvalitet i de studerade grupperna från år 2002 till år 2010, förutom bland personer med sjuk- eller aktivitetsersättning där det snarast skett en försämring. Andelen som rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande eller problem med oro/nedstämdhet är hög i alla de särskilt studerade grupperna under de tre studerade åren. Andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande har ökat bland arbetslösa unga vuxna från år 2006 till år 2010. (Tabell 2)

Tabell 2. Jämförelse mellan olika grupper i befolkningen, FHE 2002, FHE 2006 och FHE 2010, Stockholms län

Ålder	Utrikes födda			Ensamstående mödrar			Arbetslösa unga vuxna			Personer med sjuk-/aktivitetsersättning		
	18-64 år			18-60 år			18-24 år			18-64 år		
	2002	2006	2010	2002	2006	2010	2002	2006	2010	2002	2006	2010
Antal	4349	5276	4300	584	1113	645	128	239	167	1333	1305	837
Sysselsättning												
Arbetslös	5,7	7,3	5,6	4,6	4,7	4,2	-	-	-	-	-	-
Personer med sjuk- eller aktivitetsersättning	8,4	8,0	6,5	2,2	3,9	4,5	-	-	-	-	-	-
Ekonomiska resurser												
Saknar kontantmarginal	32,0	-	-	50,0	-	-	53,9	-	-	36,0	-	-
Tvungen att låna pengar	26,6	27,8	-	51,5	46,5	-	49,2	43,1	-	25,1	29,1	-
Svårt att klara löpande utgifter	-	-	22,9	-	-	42,3	-	-	32,3	-	-	36,6
Begärt socialhjälp	5,7	7,1	-	9,4	9,0	-	18,0	15,1	-	5,1	5,1	-
Sociala relationer												
Saknar personligt stöd	18,4	21,4	20,9	16,6	16,9	17,1	7,0	14,2	13,8	18,5	19,9	20,9
Saknar praktiskt stöd	14,7	17,2	-	16,8	18,0	-	3,1	5,4	-	15,4	17,5	-
Trygghet												
Utsatt för hot om våld	6,1	5,5	4,8	12,2	12,5	9,6	15,6	12,1	11,4	4,6	5,6	5,3
Utsatt för våld	4,6	4,1	3,1	9,9	6,8	4,8	13,3	10,0	9,6	3,3	3,8	4,1
Vård och ekonomiska resurser												
Avstått från tandläkare pga dålig ekonomi	27,5	29,8	25,2	45,4	44,2	36,3	30,5	27,2	18,6	27,6	33,7	35,2
Avstått från sjukvård pga dålig ekonomi	8,4	8,1	6,3	14,9	14,9	9,9	13,3	13,8	11,4	9,3	10,1	11,5
Avstått från läkemedel pga dålig ekonomi	9,8	8,6	6,5	20,7	15,5	13,3	15,6	11,3	11,4	12,1	12,7	14,2
Levnadsvanor												
Röker dagligen	22,7	21,5	18,0	27,9	26,0	18,3	25,8	20,9	25,2	29,6	31,5	28,2
Riskkonsumtion av alkohol *	4,4	5,1	7,5	1,9	2,2	5,7	6,3	9,6	25,2	7,2	8,0	11,8
Hälsoutfall												
Långvarig begränsande sjukdom	24,3	25,5	23,6	20,0	26,2	23,0	22,7	19,3	10,2	76,1	83,5	87,2
Sämré än god självskattad hälsa	34,5	35,7	31,0	34,6	32,2	29,6	35,9	29,3	28,7	72,4	77,3	78,1
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ-12)	27,9	26,2	23,0	41,6	32,3	32,4	51,6	41,8	47,3	31,5	33,4	35,0
Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D)												
Problem med rörlighet	15,1	16,6	15,3	7,9	9,6	10,1	4,9	4,5	1,2	43,1	51,6	52,6
Problem med hygien	3,0	4,1	3,2	1,9	1,8	1,9	0,0	0,9	0,6	10,4	15,6	17,0
Problem med huvudsakliga aktiviteter	15,2	16,7	13,5	12,9	14,0	12,7	9,0	11,2	9,2	49,3	60,7	66,3
Problem med smärtor/besvär	51,3	50,4	47,5	47,6	50,4	48,3	36,1	26,8	28,2	80,7	83,8	86,1
Problem med oro/nedstämdhet	48,0	44,8	41,8	56,3	51,2	45,9	59,8	54,5	57,7	62,4	66,8	73,9
Livskvalitetsvikt EQ-5D _{index} (medelvärde)	0,78	0,77	0,80	0,79	0,78	0,80	0,80	0,83	0,83	0,54	0,49	0,45
Självskattad hälsa EQ _{VAS} (medelvärde)	74,1	76,0	76,7	72,2	76,2	76,8	70,4	77,0	79,2	53,8	53,2	50,3

* Olika definitioner på högkonsumtion 2010 jämfört med 2002 och 2006

I Figur 2 visas utvecklingen av socioekonomiska skillnader i hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D_{index} bland män respektive kvinnor 25–64 år, för åren 2002, 2006 samt 2010. Under alla åren ses en stegvis socioekonomisk gradient med lägre EQ-5D_{index} (sämre hälsa) bland arbetare jämfört med tjänstemän, bland både män och kvinnor.



Figur 2. EQ-5D_{index} för män respektive kvinnor 25–64 år i olika socioekonomiska grupper (1,00=full hälsa, åldersstandardiserade tal), FHE 2002, FHE 2006 och FHE 2010, Stockholms län

Sjukdomsförekomst och hälsorelaterad livskvalitet bland arbetare och tjänstemän med vissa diagnoser

Förekomsten av diagnostiserade sjukdomar är högre bland arbetare än bland tjänstemän, men varierar mellan män och kvinnor. Bland kvinnor var depression den vanligaste diagnosen; bland män diabetes. Bland personer med samma diagnos rapporterade arbetare genomgående sämre självskattad hälsa, större andel med problem i olika dimensioner och sämre hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D_{index} än tjänstemän, bland både män och kvinnor. (Tabell 3) Bland personer med ont i rygg och axlar i åldern 45–64 år rapporterade män och kvinnor med låg ekonomisk standard sämre självskattad hälsa och sämre hälsorelaterad livskvalitet än andra personer.

Tabell 3. Andel (%) personer som rapporterar sämre än god självskattad hälsa, nedsatt psykiskt välbefinnande, problem i EQ-5D dimensioner, EQ-5D_{index} och EQ_{VAS}^a i olika sjukdomsgrupper, arbetare respektive tjänstemän, 45–64 år, FHE 2010, Stockholms län

	Befolkningen		Diabetes		KOL		Angina pectoris		Hjärtsvikt		Depression		Ont i rygg eller axlar	
	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän	Arbetare	Tjänstemän
Sjukdomsprevalens män (%)			10,5	5,9	2,5	1,6	6,1	3,0	3,1	1,5	13,0	9,9	33,1	20,1
Sjukdomsprevalens kvinnor (%)			5,6	3,9	3,3	1,8	3,0	1,6	1,8	0,8	22,8	19,0	43,6	29,1
Män (n)	1 367	2 460	141	146	34	39	80	74	40	36	173	238	448	490
Kvinnor (n)	1 252	3 876	69	151	38	64	36	60	22	30	275	723	234	1 122
Sämre än god självskattad hälsa														
Män	38,0	19,2	62,4	46,6	79,4	35,9	72,5	50,0	60,0	72,2	63,0	43,7	58,3	40,8
Kvinnor	15,3	12,4	69,6	49,0	82,9	66,2	83,3	63,3	95,5	69,0	65,2	47,9	69,5	46,0
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ-12)														
Män	44,5	24,5	23,7	15,8	32,4	18,0	31,3	20,3	26,8	25,0	42,4	34,0	24,8	19,7
Kvinnor	25,2	22,2	25,4	17,9	37,5	26,5	29,7	25,0	42,1	33,3	45,8	34,9	33,2	28,1
EQ-5D dimensioner														
Rörlighet														
Män	17,8	7,1	37,1	18,6	35,3	32,4	45,5	20,6	43,6	29,4	29,2	17,6	31,8	16,3
Kvinnor	22,1	10,0	38,1	26,2	57,9	37,5	48,6	29,3	68,4	28,6	36,2	18,7	39,9	21,6
Hygien														
Män	3,0	1,0	8,3	1,4	11,8	8,1	11,7	5,5	10,3	5,9	10,1	3,0	7,4	3,1
Kvinnor	3,9	1,3	7,9	3,5	15,8	7,8	11,4	8,6	15,8	3,6	8,3	2,6	7,8	3,2
Huvudsakliga aktiviteter														
Män	15,6	5,6	28,0	13,6	44,1	24,3	45,5	21,9	41,0	29,4	35,1	18,5	30,0	15,3
Kvinnor	23,6	10,3	42,9	24,1	60,5	35,9	60,0	34,5	84,2	32,1	40,0	24,7	43,6	26,6
Smärtor/besvär														
Män	59,1	37,8	70,5	45,0	91,2	54,1	85,7	58,9	76,9	55,9	73,8	57,5	85,9	77,1
Kvinnor	64,9	50,2	74,6	62,1	86,8	68,8	85,7	67,2	94,7	82,1	83,4	67,4	92,4	84,5
Oro/nedstämdhet														
Män	36,2	22,6	46,2	22,1	67,7	29,7	59,7	37,0	53,9	44,1	79,2	66,1	54,4	38,0
Kvinnor	43,7	32,1	49,2	40,0	63,2	46,9	65,7	46,6	63,2	53,6	80,0	67,8	60,1	46,3
EQ-5D_{index} (medelvärde)														
Män	0,78	0,88	0,69	0,84	0,60	0,74	0,58	0,74	0,57	0,73	0,59	0,73	0,64	0,74
Kvinnor	0,74	0,83	0,67	0,74	0,53	0,62	0,57	0,67	0,47	0,63	0,58	0,71	0,59	0,70
EQ_{VAS} (medelvärde)														
Män	75,4	82,3	64,8	77,2	56,6	72,3	60,2	69,0	56,3	62,5	61,6	71,2	66,1	73,5
Kvinnor	72,0	80,5	60,2	70,8	56,6	66,8	57,1	71,7	49,2	65,7	60,0	70,5	60,5	71,3

Vårdkonsumtion och dödlighet

Analys av vårdkonsumtion och dödlighet har gjorts på registerdata från år 2009. Analyser av vårdkonsumtion visade att det genomsnittliga antalet läkarbesök per person och år ökar med åldern samt att kvinnor gör fler besök än män. Bland män 45–64 år varierade antalet läkarbesök per år från ca 4,3 till 5,8 beroende på inkomst; bland kvinnor i samma ålder från ca 6,4 till 7,9 besök per år. Personer i den näst lägsta inkomstkventilen gjorde flest besök, bland både män och kvinnor. (Tabell 4) Befolkningen 18–64 år i socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden har trots sämre hälsotillstånd och högre sjuklighet något lägre genomsnittligt antal läkarbesök än befolkningen 18–64 år i övriga länet, bland både män och kvinnor.

Analys av standardiserade dödstal visade ingen skillnad mellan utrikes födda och inrikes födda personer; inte heller mellan ensamstående mödrar och mödrar som lever i parförhållande. Personer i de två lägsta inkomstkventilerna och personer med låg utbildningsnivå hade högre än förväntad dödlighet, mera uttalat för män än för kvinnor (Tabell 4). De standardiserade dödstalen var högre bland män (2,7 ggr) och kvinnor (1,7 ggr) som mottagit ekonomiskt bistånd (socialbidrag).

Tabell 4. Vårdkonsumtion bland män respektive kvinnor 45–64 år (genomsnittligt antal läkarbesök per person och år) per utbildningsnivå och inkomstkventil samt standardiserade dödstal per utbildningsnivå och inkomstkventil för män respektive kvinnor (alla åldrar). Källa: Egna bearbetningar av SLL:s VAL-databas samt SCB:s befolkningsregister, 2009

	Utbildningsnivå			Inkomstkventiler				
	Låg	Mellan	Hög	Kventil 1 (lägsta)	Kventil 2	Kventil 3	Kventil 4	Kventil 5 (högsta)
Antal läkarbesök								
Män	5.23	4.69	4.24	4.68	5.72	5.01	4.42	4.30
Kvinnor	7.84	7.07	6.65	7.35	7.89	7.12	6.72	6.39
Standardiserade dödstal								
Män	1.26	0.88	0.68	1.24	1.35	1.07	0.87	0.70
Kvinnor	1.07	0.85	0.71	1.01	1.08	0.91	0.86	0.74

Diskussion – jämlik hälsa: hur når vi dit?

De presenterade resultaten i denna rapport visar på påtagliga sociala skillnader i hälsa mellan olika grupper, till nackdel för lägre socioekonomiska grupper. Skillnaderna finns för de flesta av de studerade hälsomåtten, såväl långvarig begränsande sjukdom, självskattad hälsa, hälsorelaterad livskvalitet samt dödlighet. Storleken på de observerade skillnaderna kan ibland variera beroende på vilket mått på sociala skillnader som används.

Inledningsvis diskuterades inkomstutvecklingen under perioden 1999–2009. Det är uppenbart att inkomstspridningen mätt som Gini-koefficient har ökat påtagligt under denna period. Vidare har andelen som har en låg ekonomisk standard ökat från 8,4 procent till 13,4 procent. Andelen med låg ekonomisk standard är avsevärt högre i vissa grupper, exempelvis bland ensamstående mödrar och bland barnfamiljer i vissa bostadsområden i Stockholms län. Låg ekonomisk standard innebär en risk för fattigdom och socialt utanförskap och den ökade andelen i befolkningen med låg ekonomisk standard kan medföra negativa effekter på hälsa.

I vissa av de särskilt studerade grupperna finns ett dubbelriktat samband mellan ohälsa/sjukdom och ekonomiska svårigheter. Personer med sjuk- eller aktivitetsersättning rapporterade i avsevärt högre grad än befolkningen 18–64 år svårigheter att klara löpande utgifter samt att ha avstått från tandläkare, sjukvård och läkemedel på grund av dålig ekonomi. I denna grupp förefaller svårigheterna ha ökat över tid.

Förekomsten av ohälsa och sjukdom är högre i lägre socioekonomiska grupper. Dessutom visar analyserna att inom samma diagnos rapporterar arbetare sämre självskattad hälsa och hälsorelaterad livskvalitet än tjänstemän. Detta gäller både för män och för kvinnor och kan tolkas som att en given sjukdom påverkar hälsan mera bland arbetare än bland tjänstemän. Det kan möjligen också spegla en högre grad av samsjuklighet med andra sjukdomar bland arbetare än bland tjänstemän. Andra studier har också visat att negativa sociala konsekvenser av sjukdom (bl.a. att inte kunna arbeta) är mera allvarliga bland arbetare än bland tjänstemän, givet samma diagnos.

Analyser av vårdkonsumtion visar något högre genomsnittligt antal besök bland personer med låg utbildning eller låg inkomst. Det är dock oklart huruvida detta motsvarar den högre sjukligheten och de större behoven av vård bland dessa grupper. Bland befolkningen 18–64 år i socialt och ekonomiskt utsatta områden är det genomsnittliga antalet läkarbesök lägre än i övriga områden i länet, trots att ohälsa och sjukdom är vanligare i de utsatta områdena.

Analysen av dödlighet i olika grupper visar liknande resultat – grupper i socialt utsatt situation, med låg utbildning eller låg inkomst har högre standardiserat dödstal än personer med hög utbildning eller inkomst, både bland män och bland kvinnor.

Denna rapport har inte studerat sociala skillnader i hälsa bland barn och ungdomar. En rapport om geografiska och sociala skillnader i ångest och depression visar liknande sociala skillnader som i denna rapport.

Mål och policydokument om jämlik hälsa

Det övergripande målet i de Nationella målen för folkhälsa (2003) är: "...skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen". I SLL:s Folkhälsopolicy är det första målet "Goda livsvillkor – ojämlikhet i hälsa ska minska". På motsvarande sätt anges i Hälso- och sjukvårdslagens §2 att: "Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Således finns en stor enighet i Sverige om att jämlikhet i hälsa är eftersträvärt. Hur kan då detta åstadkommas?

Marmot-kommissionens rapport, WHO:s policydokument

År 2010 presenterades resultat av en omfattande genomgång av sociala skillnader i hälsa i Storbritannien (Fair Society, Healthy Lives) och åtgärder för att minska sociala skillnader i hälsa. Arbetet leddes av sir Michael Marmot. Rapporten konstaterade att ojämlikhet i hälsa beror på ojämlikhet i livsvillkor. Rekommendationerna inkluderade fem punkter: 1) minska sociala skillnader i uppväxtvillkor, 2) minska sociala skillnader i individers möjligheter att utvecklas och ha inflytande över sitt liv, 3) sysselsättning och goda arbetsvillkor för alla, 4) tillförsäkra alla en hälsosam levnadsstandard, samt 5) skapa/utveckla hälsosamma platser och lokalsamhällen, förstärk prevention av ohälsa. Som arbetssätt föreslogs universella interventioner (generella åtgärder), dvs. insatser som riktas till hela befolkningen, men med en intensitet och satsning som står i proportion till skillnader i behov.

Marmots rapport betonar således betydelsen av förstärkta insatser där behoven är större. Detta är en viktig princip: för att åstadkomma ökad jämlikhet i hälsa krävs ojämlikhet i fördelning av resurser och insatser, till förmån för dem som har större behov. Omfördelning av resurser framhålls också i flera andra policyrekommendationer för att öka jämlikhet i hälsa bland annat i policydokument från WHO:s europakontor (Levelling up) från år 2006.

Insatser inom andra politikområden

I Sverige görs insatser med bäring på folkhälsan av flera aktörer på olika nivåer. De Nationella målen för folkhälsa inriktas på hälsans bestämningsfaktorer, varav många ligger utanför landstingens domäner. Flera av målen rör strukturella faktorer (bl.a. delaktighet och inflytande i samhället; ekonomisk och social trygghet; barns och ungdomars uppväxtvillkor) där landstingen inte primärt är huvudaktörer. I SNS-rapporten "Vårdens utmaningar" (2010) anges också att en ökad jämlikhet i hälsa kräver insatser inom andra politikområden än hälso- och sjukvård, bland annat inkomstpolitik, arbetsmarknadspolitik och utbildningspolitik. Bieffekter av den förda politiken inom dessa områden kan påverka hälsans fördelning i olika riktning. Den ökade inkomstpuidningen med ökad

andel med låg ekonomisk standard som noterats under perioden 1999–2009 är ett exempel på detta.

Landstingets roll, samverkan

Landstingen har en roll i att bevaka hälsoutvecklingen och dess fördelning i befolkningen, och kan initiera samverkan med andra aktörer, exempelvis kommuner. Åtgärder för att öka jämlikhet i hälsa kräver insatser riktade både mot strukturella faktorer som livsvillkor och insatser riktade mot levnadsvanor. Vidare har hälso- och sjukvården en viktig roll i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, både i sin egen verksamhet och i samverkan med andra aktörer. För att hälso- och sjukvården ska kunna bidra till ökad jämlikhet i hälsa måste fokus på förebyggande åtgärder och samverkan öka. Individinriktade insatser i hälso- och sjukvården med avsikt att stödja mera hälsofrämjande levnadsvanor kan med fördel kombineras med befolkningsinriktade insatser med samma mål.

Åtgärder för att förbättra folkhälsan och öka jämlikhet i hälsa berör flera aktörer, kan vara komplexa och kräver samverkan. Ofta underlättas samverkan av en gemensam arena, där samarbete kring målgruppen blir naturlig och målgruppen kan nås. I olika delar av Stockholms län finns flera goda exempel på framgångsrik samverkan, inte minst i socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden där behoven är stora. I en tidigare rapport om behovet av lokal samverkan presenteras sådana exempel.

Samverkan mellan landsting och kommunala verksamheter är viktig inte minst när det gäller små barn. Här finns goda exempel i Stockholms län där till exempel barnomsorg, öppen förskola, barnavårdscentral och socialtjänst genom samlokalisering i familjecentraler och samarbete kunnat stödja familjer i utsatta situationer och förebygga omhändertagande av barn. Familjecentralerna fyller också en viktig funktion för att nå nyanlända invandrare med relevant samhällsinformation. För skolbarn är andra aktörer som skolhälsovård, fritidsverksamhet, skola relevanta. För äldre ungdomar är fortfarande skolan en central plats, ungdomsmottagningar och drogförebyggande verksamheter har viktiga roller. Unga vuxna som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning inte på egen hand har kunnat skaffa arbete kan ibland genom samverkansprojekt hjälpas till arbete genom träning och matchning till vissa specifika arbetsuppgifter. Denna typ av verksamheter kräver ofta samverkan mellan kommunens socialtjänst, hälso- och sjukvårdsverksamheter och andra.

Vuxna personer med sammansatta sociala och medicinska besvär kräver också gemensamma insatser, från hälso- och sjukvården (bl a primärvård, psykiatri, beroendevård), socialtjänst, försäkringskassan, arbetsförmedlingen. Utförligare beskrivningar av denna typ av verksamheter ges i en rapport om behov av lokal samverkan.

I vissa socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden är andelen nyanlända invandrare stor. Dessa personer har i vissa fall traumatiska upplevelser bakom sig som kan behöva behandling och bearbetning innan de framgångsrikt kan integreras i arbets- och samhällsliv. I många fall har nyanlända invandrare behov av samhällsinformation, och information om hur de söker vård i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I exempelvis Södertälje har framgångsrika försök gjorts med ”hälsoskola”, en serie informationsträffar med nyanlända invandrare, som behandlat dessa frågor.

I vissa bostadsområden har befolkningen lägre förtroende för hälso- och sjukvården än i andra områden. Där kan en fördjupad dialog krävas, mellan befolkningen och de lokala vårdgivarna. Överlag finns ett behov av ökad kunskap om vilka hälsoproblem som finns i befolkningen, och om olika uppfattningar om sjukdom och ohälsa i befolkningen. I Göteborg har ett närsjukhus (Angereds närsjukhus) med olika specialister lokaliserats i ett område med hög andel invandrare, och man närmar sig befolkningen med utåtriktade insatser. Möjligheter att bedriva den typen av sjukvårdsinsatser borde undersökas även i Stockholms läns landsting.

Referenser

- ◆ Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi, 2007. (Rapport 2007:5)
- ◆ Burström B, Hemmingsson T, Burström K, Corman D, Farah A, Gustavsson A, Jensen J, Sun S, Sundlöf P. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län – öppna jämförelser 2010. Stockholm: SLL/Karolinska institutets folkhälsoakademi, 2010. (Rapport 2010:4)
- ◆ Burström B, Schultz A, Ahrne M, Fritzell S, Irestig R, Marttila A. Behovet av lokal samverkan kring personer med samtidiga sociala och medicinska besvär. Stockholm: SLL/Karolinska institutets folkhälsoakademi, 2010. (Rapport 2010:24)
- ◆ Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980 to 1997. *Health Economics* 2005;14(8):831-850.
- ◆ Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part2): European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Europe, 2006.
- ◆ Gerdtham UG. Hälsans fördelning i befolkningen. I: Anell A, Gerdtham UG (red). Vårdens utmaningar. SNS Välfärdsrapport 2010. Stockholm: SNS, 2010, s 224–247.
- ◆ <http://www.angeredsnarsjukhus.se/sv/Angereds-narsjukhus1/Angereds-Narsjukhus/> Nedladdad 2011-09-25
- ◆ Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- ◆ Marmot M. Fair society, healthy lives. <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLivesExecSummary.pdf> Nedladdad 2011-09-25

- ◆ SCB. Hushållens ekonomiska standard. 2011-04-07 http://www.scb.se/Statistik/HE/HE0103/_dokument/Hush_ek_standard.pdf
Nedladdad 2011-04-20

- ◆ SLL. Folkhälsopolicy. <http://www.folkhalsoguiden.se/uploadfolk%c3%a4lsoarbete/Folkh%c3%a4lsopolicy%202008.pdf>
Nedladdad 2011-09-25

- ◆ Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.

- ◆ Socialstyrelsen. Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010.

- ◆ SOU 2000:91. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Stockholm: Socialdepartementet, 2000.

- ◆ Stockholms läns landsting. Folkhälsan i Stockholms län 2007. Stockholm: SLL, 2007.

- ◆ Sun S, Irestig R, Burström B, Beijer U, Burström K. Health-related quality of life (EQ-5D) among homeless persons compared to a general population sample in Stockholm County 2006. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011. (accepterad för publikation)

- ◆ Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Europe, 2006.

- ◆ Wirback T, Björklund G, Lind S, Engström K. Geografiska och sociala skillnader i ångest och depression bland ungdomar i Stockholms län. Stockholm: SLL/Karolinska institutets folkhälsoakademi, 2010. (Rapport 2010:16)



Stockholms läns landsting
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Telefon: 08-123 132 00 vx

Beställning av rapporten:
informationsmaterial.lsf@sll.se
Tfn 08-123 132 99



**Stockholms läns
landsting**



**Karolinska
Institutet**