

## Klass och hälsa

Karl Gauffin, Christer Hogstedt & P-O Östergen



## Katalys publikationer

- No1: Välfärden är vinsten  
No2: Svar på tal om vinster i välfärden  
No3: Vilken arbetsmarknad ska vi ha?  
No4: Slaget om den likvärdiga skolan  
No5: Hälften kvar och hela framtiden  
No6: "Jag tar värktabletter men det hjälper inte"  
No7: Vägen till en likvärdig skola  
No8: Fallet järnvägen  
No9: Björklundeffekten  
No10: Åtstrammingsdoktrinen  
No11: En röst på SD är en röst på högern  
No12: Mest åt de rika  
No13: Färre lärare ger vinsten!  
No14: Ordens makt i politiken  
No15: Handbok för en ny kulturminister  
No16: Städhjälp och bartender för alla?  
No17: Förklaringar till SD:s framgång  
No18: Utan segel i vänstervinden – eftervalsanalys  
No19: I frihandelns goda namn  
No20: Från massarbetslöshet till full sysselsättning  
No21: Vägen till en likvärdig skola – skolpolitisk årsbok 2015  
No22: Jämlikhet är lösningen!  
No23: En för alla, alla för vem?  
No24: Måste vi jobba 8 timmar per dag?  
No25: Kapitalet i tjugoförsta århundradet  
No26: Piketty på tre röda  
No27: Porten kallas trång  
No28: Partierna och jämlikheten  
No29: Anställningsformer i Sverige  
No30: Med låg kvalitet som affärsidé  
No31: Den blåbruna röran  
No32: Spagat över väljarkåren  
No33: I skuggan av TTIP: Ceta  
No34: Postkapitalism: Vår gemensamma framtid  
No35: Massivt stöd för jämlikhetspolitik  
No36: Pensionssveket  
No37: Med integrationen som murbräcka  
No38: Finansialiseringen av Sverige: på väg mot nästa kris?  
No39: Sänkta löner funkar inte  
No40: Klass, identitet och politisk mobilisering  
No41: Arbetarlitteraturen och klassamhället  
No42: Arbetarklassens symboliska utplåning i medelklassens medier  
No43: Mediekapitalet  
No44: Nomaderna på den svenska arbetsmarknaden  
No45: Det nya arbetslivet: management-by-stress  
No46: Svängdörrarnas förlovade land  
No47: Vilka är "vi" i jämställdhetspolitiken?  
No48: Klassamhällets tystade röster och perifera platser  
No49: En fråga om klass i framtidsstaden Malmö  
No50: I väntan på klasspolitik  
No51: Medelklassens förändrade maktposition  
No52: Professionerna, mellanskikten och klassanalysen  
No53: Klassamhällets rasifiering i arbetslivet  
No54: Arbetarrörelsens blinda fläck  
No55: Ägande- och förmögenhetsstrukturen och dess förändring sedan 1980  
No56: Välfärdsmodellens omvandling  
No57: Klass och hälsa

---

## Katalys – Institut för facklig idéutveckling

Katalys är ett oberoende fackligt idéinstitut som bedriver utredningsverksamhet och opinionsbildning. Våra verksamhetsområden är välfärd, samhällsekonomi, arbetsmarknad och fördelningsfrågor. Vår uppgift är att generera kunskap och perspektiv som kommer såväl den politiska debatten som fackföreningsrörelsen och dess företrädare på lokal, regional och central nivå till gagn. Men vår uppgift är även att driva den politiska debatten framåt i dessa frågor, med egna analyser och förslag grundade i fackliga perspektiv. Vi står på två ben – idéutveckling och politisk påverkan. Värderingsmässigt står vi på LO-medlemmarnas sida.

Katalys tror inte att ökade samhällsklyftor är en naturlig eller opåverkbar följd av en globaliserad värld. Vi ställer inte upp på resonemang om att bara för att det går att skapa en marknad av något som vi äger gemensamt, så ska den marknaden skapas. Vi ser att det finns konstruktiva vägar framåt för den svenska arbetsmarknaden och att de principer som en gång formade arbetsmarknaden är relevanta även i framtiden. Vi vill bidra till att den generella välfärden och trygghetssystem säkras och utvecklas. Katalys – Institut för facklig idéutveckling startades på initiativ av 6F – fackförbund i samverkan. 6F utgörs av LO-förbunden Byggnads, Elektrikerna, Fastighets, Målarna och Seko.

Karl Gauffin är forskare i folkhälsovetenskap vid Stockholms universitet.

Christer Hogstedt är professor och seniorforskare vid Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet.

Per-Olof Östergren är professor i socialmedicin vid Lunds universitet.

Grafisk form och sättning: Petter Evertsén & Jesper Weithz/Revoluform

Besök vår hemsida: [www.katalys.org](http://www.katalys.org)

# Sammanfattning



Samtidigt som den generella folkhälsan har förbättrats i Sverige de senaste 30 åren har de sociala hälsoklyftorna blivit större. Människor med lägre inkomst och mindre utbildning lever kortare och sjukare liv än privilegierade grupper. Förutom att ge en beskrivande översikt över den ojämlika hälsan i Sverige diskuterar denna rapport folkhälsans förutsättningar i den kapitalistiska marknadsekonomi som Sverige är i dag.

Genom att rikta uppmärksamheten mot politiskt påverkbara fenomen som privat skuldsättning, välfärdsreformer och villkor i arbetslivets marginal kompletterar rapporten den befintliga diskussionen kring bakomliggande orsaker till den ojämlika hälsan i Sverige med ett tydligt klassperspektiv.

Framtidens utmaningar är stora och ett helhetsgrepp kommer att krävas för att uppnå Sveriges folkhälsopolitiska mål – att skapa samhällliga förutsättningar och en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.



# Innehåll



<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Förord</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Ett generations- och livsloppsperspektiv på ojämlikhet i hälsa</b> .....	<b>10</b>
Sammanfattning av livsloppsmodeller och ojämlikhet i hälsa .....	<b>10</b>
Ojämlikhet i hälsa på fosterstadiet .....	<b>11</b>
Barndomens betydelse för ojämlikhet i hälsa .....	<b>12</b>
Ojämlikhet i hälsa i den arbetande befolkningen .....	<b>13</b>
<i>Utbildning, dödlighet och hälsa</i> .....	<b>13</b>
<i>Inkomst, dödlighet och hälsa</i> .....	<b>15</b>
<i>yrke, dödlighet och hälsa</i> .....	<b>17</b>
<i>Ojämlikhet i hälsa bland äldre</i> .....	<b>18</b>
<b>3. Folkhälsorelaterade effekter av kapitalismens förändringar</b> .....	<b>21</b>
Nya former av kapital: ägande, skuldsättning och tilltagande utmaningar att mäta och följa upp sambandet mellan klass och hälsa .....	<b>22</b>
Nya exploateringsområden: marknadsanpassning av den svenska välfärden .....	<b>23</b>
Ett nytt arbetsliv: hälsa i arbetsmarknadens marginal .....	<b>25</b>
<b>4. Avslutande kommentarer</b> .....	<b>27</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>28</b>
<b>Noter</b> .....	<b>30</b>

# Klassamhällets återkomst och behovet av en ny analys

Sedan 1980-talets mitt har de varit försvunna. Men det 21:a århundradet har inletts med klassernas och klassamhällets återkomst i den politiska diskussionen.

Den vilda, nyliberala kapitalism som kraschade 2008 visade på kapitalets hänsynslösa makt och en skriande ojämlikhet. De oinbudnas och utslutnas politiska protester återinförde ordet "arbetarklass" i ett bekymrat borgerligt språkbruk. I de senaste politiska valen i Storbritannien, Frankrike och USA har arbetarklassen och dess röster plötsligt kommit att ställa sig i centrum för den politiska debatten. "Populism" blev plötsligt det fulaste ord liberala förståsigpåare kunde tänka sig.

Det är just här, i skarven mellan kapitalets revansch – för 1900-talets demokratisering, sociala rättigheter och ekonomiska utjämning – och olika former av ett begynnande folkligt uppror, som Katalys publicerar den här serien kritiska analyser av dagens svenska klassamhälle.

Under lång tid har det saknats en uppdaterad klassanalys av Sverige. År 1972 gjorde Göran Therborn den första moderna klassanalysen av Sverige, publicerad i tidskriften Zenit. Den följdes upp av en omarbetad och kraftigt utvecklad upplaga 1982, *Klasstrukturen i Sverige 1930-80* (1981). På uppmaning av sociologen Erik Olin Wright gjorde Göran Ahrne tillsammans med Hedvig Ekerwald och Håkon Leiulfstrud en ny klasstudie i mitten av 1980-talet: *Klassamhällets förändring* (Arkiv förlag, 1985). Dessa tre skrifter var i första hand kartor över rådande och potentiella samhällskrafter. Klassamhällets ojämlikhet togs på den tiden som självklar. Göran Therborn publicerade sedan 1989 ett arbete om borgarklassens uppkomst i Sverige, tillsammans med en analys av den moderna svenska statens framväxt, *Borgarklass och byråkrati i Sverige*. På senare tid har han ägnat en hel bok åt ojämlikheten i *Ojämlikhet dödar* (2015).

Det var i samband med ett seminarium om den sistnämnda boken på bokmässan i Göteborg 2016 som frågan restes om en ny klassanalys. På det fackliga idéinstitutet Katalys hade tankarna kring hur detta skulle åstadkommas funnits sedan starten 2012. På Marx-dagarna i Stockholm i november 2016 talade Göran Therborn om klassanalys och intresset visade sig närmast överväldigande. En lista skickades runt för intresserade att bidra och följa arbetet med en ny klassanalys av Sverige. I anslutning till Socialistiskt Forum i Stockholm hade vi ett första gemensamt sammanträde och Katalys gav Göran Therborn uppdraget att tillsammans med Katalys kansli leda det arbete som nu resulterat i en rapportserie vari den rapport du nu håller i din hand, ingår.

Resultatet blev början på en rörelse bland klassintresserade forskare och intellektuella. Ett trettiotal skribenter har medverkat. Tre större seminarier har genomförts, det första i Stockholm och de två följande på LO:s folkhögskola Runö i Åkersberga. De enskilda rapporterna har utvärderats och kommenterats av en redaktionskommitté bestående

» **UNDER LÅNG TID  
HAR DET SAKNATS EN  
UPPDATERAD KLASS-  
ANALYS AV SVERIGE**

av Göran Therborn, Daniel Suhonen, Åsa Odin Ekman, Sven Hort, Niels Stöber och Enna Gerin. I huvudsak har respektive rapportförfattare ägnat sig åt sina special- och intresseområden. För några teman har vi sökt upp författare. Resultatet är en unik rapportserie om det svenska klassamhället i det 21:a århundradet.

» **RESULTATET ÄR EN  
UNIK RAPPORTSERIE  
OM DET SVENSKA  
KLASSAMHÄLLET**

När de senaste klassanalyserna gjordes i början på 1980-talet var Sverige som minst ojämnt och löntagarnas ställning på arbetsplatserna och arbetsmarknaden som starkast. Full sysselsättning rådde. Välfärdsstaten var för alla och ägdes av medborgarna. Könshållandena höll på att förändras i mer jämställd riktning, i sex- och familjeliv liksom i arbetslivet. Arbetarrörelsens partier samlade den stora majoriteten av lönearbetarnas röster och den främlingsfientliga extremhögern fanns ännu inte på kartan.

Allt detta och mer till har förändrats sedan dess. *Finansifieringen* av ekonomin har skärpt kapitalets makt över företag och arbete, samt ökat inkomstklyftorna. Den hemmagjorda kraschen på 1990-talet gjorde slut på den fulla sysselsättningen. Den offentliga sektorn har gjorts om till en skattebetald vinstmarknad, och landet till ett skatteparadis för miljardärer.

Arbetarrörelsens krav på trygghet och jämlikhet har vänts till en verklighet av växande otrygghet och ojämlikhet. Det gamla landet med stor utvandring har blivit ett med stor invandring, och med det har politiken fått en ny dimension. Dessa och andra förändringar, deras orsaker, innebörd och konsekvenser, är kärnan i de rapporter som utgör denna klassanalys.

Vår förhoppning är att dessa rapporter och projektets sammanfattande analys ska stimulera en vitaliserad samhällsdebatt som inte stannar vid att beskriva dagens klyftor och existerande ojämlikheter, utan också kan inspirera till handling att i grunden förändra dem.

**Göran Therborn & Daniel Suhonen**

## KAPITEL 1.

## Inledning

» I SVERIGE HAR UNDER DE SENASTE TRETTIO ÅREN SÄVÄL DE EKONOMISKA SOM DE HÄLSO-RELATERADE KLYFTORNA VUXIT

Systematiska skillnader i hälsa mellan olika samhällsgrupper i en befolkning kan till stor del förklaras med sociala bestämningsfaktorer. Världshälsoorganisationen (WHO) tillsatte 2005 en kommission för att belysa dessa faktorer som i slutrapporten definierades som "pengar, makt och andra resurser".<sup>1</sup> Kommissionen kunde samtidigt konstatera att en ojämlig fördelning av de sociala bestämningsfaktorerna kan betraktas som den enskilt viktigaste orsaken bakom de stora hälsoskillnaderna i världens befolkning. Det gäller såväl mellan olika länder som inom länderna. Slutrapporten pekar på att hälsan inte bara påverkas av hälso- och sjukvården, utan även av hur samhället i stort är organiserat, eftersom detta avgör den sociala fördelningen av makt och resurser som är viktiga för individens möjlighet att uppnå och behålla en god hälsa. Kommissionen fastslog vidare att eftersom vi har kunskap om vilka förhållanden som hälsans ojämlighet beror på och hur denna kunskap kan användas för att uppnå en jämlik hälsa i världen, så är det en moralisk och politisk fråga om vi vill agera för detta. Nobelpristagaren i ekonomi Amartya Sen, som var medlem i WHO-kommissionen, har också hävdad att rätten till bästa möjliga hälsa, som räknas till en av de grundläggande mänskliga rättigheterna, är kanske den viktigaste av dessa. Detta eftersom man har begränsad glädje av de andra rättigheterna om hälsan är nedsatt.<sup>2</sup>

I Sverige har dessa slutsatser fått gehör i politiken, åtminstone på pappret. Sedan 2002 är det övergripande nationella målet för den svenska folkhälsopolitiken "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen".<sup>3</sup> I regeringsförklaringen från 2014 fastslogs att den svenska politiken nu vägleds av målet att "sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation". Det tycks dock finnas en betydande diskrepans mellan politikens formuleringar och politikens realitet. I Sverige har under de senaste trettio åren såväl de ekonomiska som de hälsorelaterade klyftorna vuxit. Ett omfattande helhetsgrepp kring social ojämlighet och hur denna manifesteras i hälsoskillnader kommer att vara nödvändigt för att uppnå regeringens ambitiösa mål, vilket även är en slutsats av den svenska Kommissionen för jämlik hälsa som lämnade sin slutrapport till regeringen i maj 2017.<sup>4</sup>

I och med den svenska kommissionens arbete är den ojämlika hälsan i Sverige väl kartlagd. Denna rapport är på intet sätt skriven i motsättning till kommissionens slutsatser, men med avsikten att närma sig frågan från ett något annat perspektiv. Genom att betrakta klass utifrån den grundläggande konflikten mellan kapital och arbete kommer rapportens analys av ojämlighet i hälsa lägga starkare fokus på folkhälsans villkor i den kapitalistiska marknadsekonomi som Sverige är i dag. I en analys av klasskillnader i hälsa är det dessutom viktigt att betona att samspelet mellan klass och hälsa inte kan förstås till fullo utan att hänsyn tas till andra maktstrukturer. För det första är det möjligt att individens låga klassposition beror på förtryck, utsatthet eller diskriminering



inom andra områden (exempelvis på grund av kön, etnicitet, sexuell läggning eller funktionshinder). För det andra kan en låg klassposition interagera med en underordnad position i en annan maktstruktur. De negativa hälsoeffekterna av låg klass kan därför i många fall förväntas bli värre om man exempelvis är kvinna eller om man är funktionshindrad. Vi kommer att inleda denna rapport med en översikt över hur den ojämlika hälsan tar sig uttryck baserat på centrala klassmarkörer som utbildning, inkomst och yrke. Denna översikt kommer att ges från ett livslöppsperspektiv där ojämlikhet i hälsa i livets olika skeden beskrivs. Vår avslutande diskussion kommer att belysa den ojämlika hälsans utveckling i Sverige och hur den kan kopplas till klasssamhällets utveckling och människors förändrade förutsättningar inom centrala livsområden som boende, välfärd och arbete.

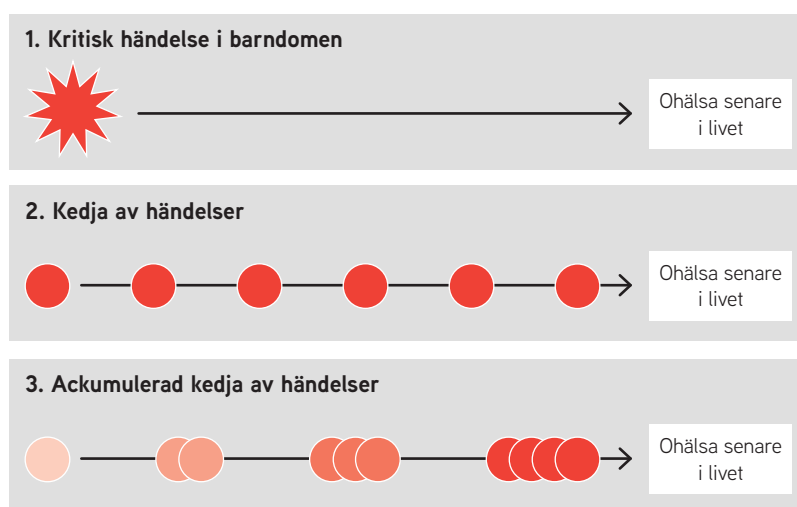
**KAPITEL 2.**

# Ett generations- och livsloppsperspektiv på ojämlikhet i hälsa

Detta inledande avsnitt kommer att ge ett livsloppsperspektiv på ojämlikhet i hälsa. Efter en kort presentation av vanliga modeller som används för att förstå sambandet mellan klass och hälsa under ett livslopp kommer vi att diskutera ojämlikhet i hälsa under fyra olika skeden i livet: fosterstadiet, barndomen, arbetslivet och ålderdomen.

## Sammanfattning av livsloppsmodeller och ojämlikhet i hälsa

Socialepidemiologisk forskning betonar att sambandet mellan sociala faktorer och ojämlikhet i hälsa ofta drar ut över långa perioder i människors liv. Med andra ord finns det starka kopplingar mellan sociala faktorer i barndomen och hälsa senare i livet. Sambandet kan också gå över generationsgränserna då föräldrars sociala situation kan ha en mer eller mindre direkt effekt på barnens hälsa. Kopplingen mellan sociala faktorer och hälsa över ett livslopp kan illustreras och testas med hjälp av en rad modeller.<sup>5</sup> De viktigaste av dessa modeller illustreras nedan.



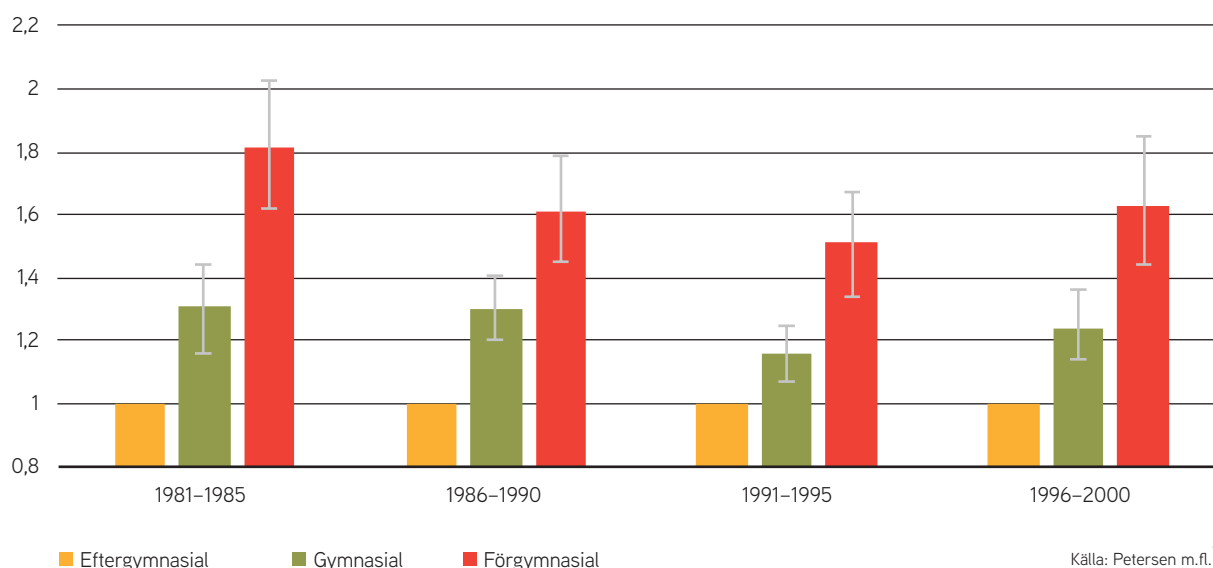
Somliga kritiska händelser i barndomen kan vara klassbetingade och bidra till den sociala ojämlikheten i hälsa. Ett exempel på en sådan händelse som kan antas ha långsiktiga konsekvenser för människors psykiska välmående är upplevelsen av föräldrars plötsliga död eller allvarliga sjukdom. Denna modell utgår också från att vissa skeden i livet är känsligare för exponering än andra, dessa brukar kallas för kritiska eller känsliga perioder. Toxisk exponering i olika skeden av fosterlivet är ett exempel på detta.<sup>6</sup> Den andra modellen beskriver en kedja av händelser som sträcker sig från barndom till vuxen ålder och utmynnar i klasskillnader i hälsa. En svår start kan leda till problem i skolan, vilket ökar sannolikheten för en låg eller oavslutad utbildning, vilket i sin tur är kopplat till lågbetalda jobb eller arbetslöshet och de hälsoproblem som är överrepresenterade i

den här gruppen. Den tredje modellen illustrerar en ackumulerad hälsoeffekt som uppstår i samspelet mellan olika faktorer över tid. Exempelvis kan en förhöjd alkoholkonsumtion i samspel med social utsatthet leda till hälsoproblem hos en viss grupp, medan liknande konsumtionsmönster inte får samma effekt hos mer privilegierade grupper.<sup>7</sup>

## Ojämlighet i hälsa på fosterstadiet

Den ojämlika hälsan har sin grund tidigt i en människas liv och tar i vissa fall vid före själva födseln. Människans olika förutsättningar i fosterlivet har undersökts i ett stort antal studier som ofta hänvisar till arbetet som epidemiologen David Barker utförde på 1980- och 1990-talet.<sup>8</sup> Utifrån sitt arbete kring sambandet mellan näringstillförsel i fosterstadiet och hjärtsjukdom senare i livet deltog han i utvecklandet av den hypotes som på engelska brukar kallas för *fetal origins hypothesis* eller Barker-hypotesen. Kortfattat bygger hypotesen på antagandet att fostret under vissa perioder av sin utveckling är särskilt mottaglig för yttre påverkan (jämför de ovan nämnda kritiska eller känsliga perioderna) vilket lägger grunden för hälsotillstånd i barndomen eller senare i livet.<sup>9</sup> De negativa effekterna av vissa toxiska påfrestningar är relativt klarlagda, medan andra typer av exponering i fosterlivet är mer komplexa. När det handlar om klassbetingade skillnader i hälsa, som har sin grund så tidigt som i fosterstadiet, är det ofta fråga om kedjor av händelser som leder till ohälsa i vuxen ålder. Exempelvis kan moderns näringsintag, sjukdomshistoria, stressnivå och arbetsmiljö kopplas till barnets födelsevikt, vilket är en faktor som har stark koppling till hälsa senare i livet.<sup>10</sup> En nordisk studie över sambandet mellan moderns utbildningsnivå och barnets risk (eller oddskvot) att födas prematurt gör det tydligt att ojämlikhet i hälsa börjar redan vid födseln. Figur 1 visar risken att födas mycket för tidigt (före vecka 32) i Sverige, men moderns utbildningsnivå hade liknande samband med risken att födas för tidigt (vecka 33–36) och resultaten var jämförbara med de andra nordiska länderna.

Figur 1. Moderns utbildningsnivå och prematur födsel i Sverige (oddskvot med 95% konfidensintervall).



» **EXEMPELVIS  
FINNS DET EN  
KOPPLING MELLAN  
SOCIAL KLASS OCH  
SÖMNSVÅRIGHETER  
BLAND GRAVIDA  
KVINNOR, VILKET  
I SIN TUR KAN HA  
NEGATIVA EFFEKTER  
FÖR FOSTRETS  
UTVECKLING**

Många klassrelaterade faktorer kan bidra till att förklara detta samband. Just stress är en faktor som kan vara värd att ta i särskilt beaktande vid analys av den ojämlika hälsans ursprung. Medan vissa studier fokuserar på effekten av gravida kvinnors upplevelser av katastrofer eller andra typer av traumatiska upplevelser har andra undersökt hur fostret påverkas av den lågintensiva och mer eller mindre kroniska stress som ofta präglar livet för kvinnor i socioekonomisk utsatthet. Exempelvis finns det en koppling mellan social klass och sömnsvårigheter bland gravida kvinnor, vilket i sin tur kan ha negativa effekter för fostrets utveckling.<sup>12</sup> Även psykisk ohälsa inklusive depression och ångest är klassrelaterade fenomen som har visats kunna påverka det ofödda barnet.<sup>13</sup>

Forskningen som ägnar sig åt denna typ av intergenerationell överföring av hälsotillstånd har på senare år kompletterats av studier som analyserar samspelet mellan genetiska, sociala och hälsorelaterade faktorer över generationsgränserna. Inom den så kallade epigenetiken undersöks hur genuttryck kan förändras till följd av yttre miljöpåverkan och överförs mellan generationer. En nyligen publicerad svensk studie visar att pojkar som just före puberteten upplevt ett trauma i form av förälders död har större risk att själva bli fäder till barn som föds prematurt och med låg födelsevikt. Resultatet antas ha att göra med att traumat påverkar spermatogenesisen och präglar sädescellerna på ett sätt som får effekter för pojkarnas ännu ofödda barn.<sup>14</sup> Just denna studie kunde inte visa att detta samband bidrog till ojämlikhet i hälsa men illustrerar ändå det komplexa samspelet mellan genetik, sociala faktorer och hälsa över tid.

## Barndomens betydelse för ojämlikhet i hälsa

Inom hälsoforskningen lyfts barndomens betydelse fram av ett flertal anledningar. För det första handlar det om att barn precis som vuxna drabbas av hälsoproblem kopplat till social ojämlikhet. Ojämlika uppväxtvillkor kan vara kopplade till materiella faktorer men också till kognitiv stimulans eller hemmiljö. Utsatta omständigheter med missbruk, våld och psykisk ohälsa i uppväxtmiljön är kopplat till en förhöjd risk för barnet att läggas in på sjukhus. I viss mån kan samhället kompensera för eventuella brister i barns uppväxtmiljö. En fungerande välfärd, förskola och mödra- och barnhälsovård är viktiga faktorer för att utjämna de ojämlika villkoren för barns hälsa.<sup>15</sup> För det andra handlar det om att barndomen (precis som fosterstadiet) har konsekvenser för hälsan senare i livet. Barndomsvillkor kan kopplas till hälsa i vuxen ålder på ett antal sätt. Det kan dels handla om långsiktiga konsekvenser av tidiga faktorer som födelsevikt, näringsintag under de första åren eller stressiga eller traumatiska upplevelser. Det kan också handla om hur den sociala positionen går i arv och att barn till föräldrar med låg inkomst och utbildning ofta själva hamnar i liknande position, med större risk att drabbas av en rad hälsoproblem. Återigen är samhällets insatser viktiga. En god och jämlik skola som tar sitt kompensatoriska uppdrag på allvar istället för att förvandlas till en arena där social ojämlikhet reproduceras och förstärks är central för att motverka klasskillnader i hälsa.

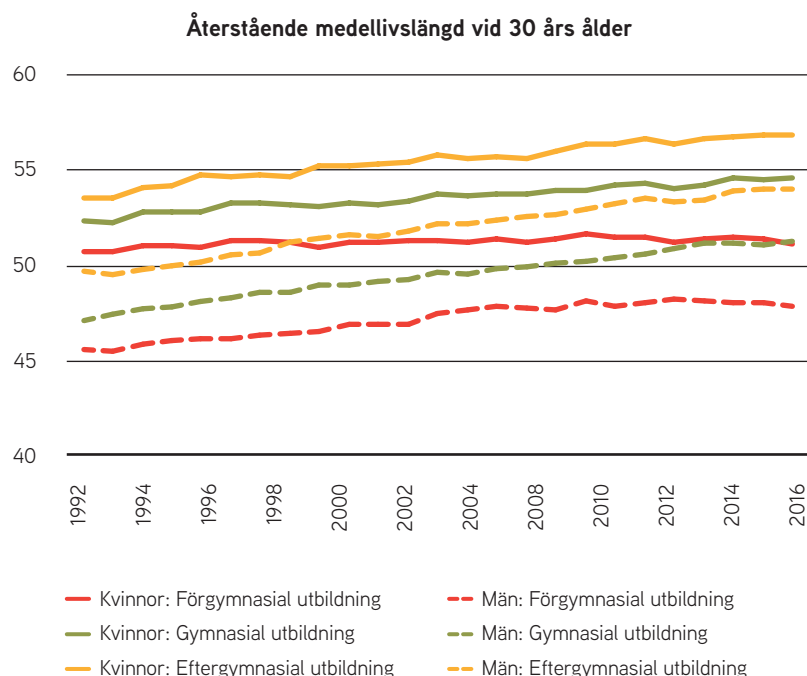
## Ojämlighet i hälsa i den arbetande befolkningen

Studier om ojämlikhet i hälsa använder ofta utbildningsnivå som indikator för social klass eftersom utbildningsnivå är den klassmarkör i registerstatistiken som är lättast tillgänglig och ofta används internationellt. Utbildningsnivån relaterar också till människors arbets- och levnadsförhållanden, livsstil och vanor. Hälsorforskningens starka fokus på utbildning bör dock inte leda till att försumma studier av kopplingen mellan hälsa och andra klassaspekter som inkomst, förmögenhet, yrkestillhörighet och arbetsmiljö, då utsatthet inom dessa områden kan påverka hälsan på andra sätt än en låg utbildning. I detta avsnitt redovisas sammanfattningar av rapporter om utbildnings, inkomsts och arbetsvillkors inverkan på ojämlikhet i hälsa och dödlighet.

### Utbildning, dödlighet och hälsa.

Under de senaste decennierna har medellivslängden ökat betydligt för både män och kvinnor i såväl medel- som pensionsåldern men skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper kvarstår och tenderar dessutom att öka. Bland både kvinnor och män finns det tydliga utbildningsrelaterade skillnader i livslängd. År 2015 förväntades högutbildade kvinnor i genomsnitt leva 5,1 år längre än lågutbildade kvinnor medan den jämförbara siffran bland män var 5,7 år (se Figur 2).

Figur 2. Utbildning och dödlighet.

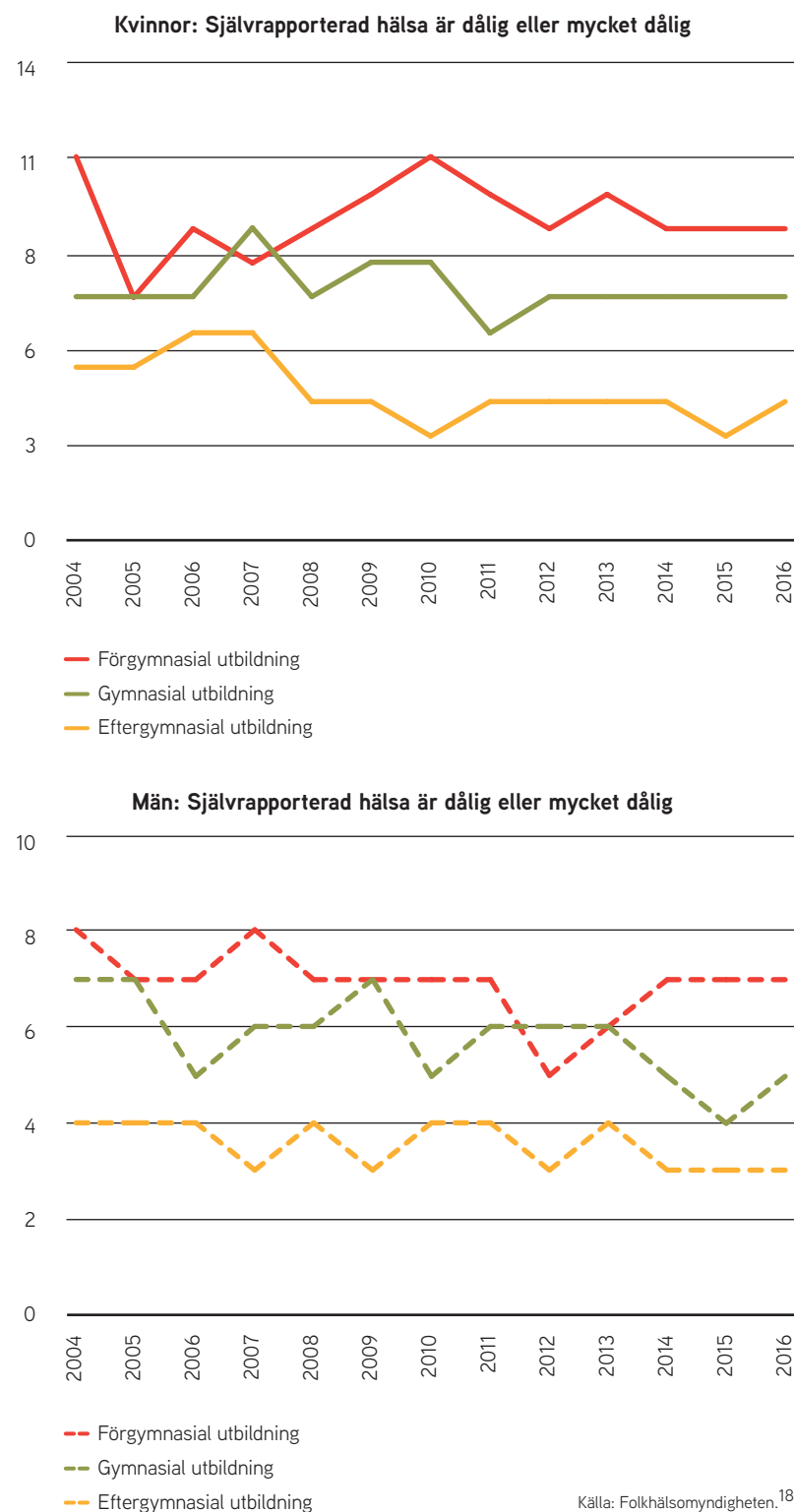


Källa: Folkhälsomyndigheten.<sup>16 17</sup>

Lågutbildade kvinnors medellivslängd har haft den minsta förbättringen över tid. För denna grupp har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder inte ökat alls under den senaste tjugoförårsperioden och

det finns en tendens till minskning under den senaste tioårsperioden. Även för lågutbildade män har livslängden slutat öka under de senaste åren. Dessa uteblivna förbättringar kan delvis förklaras av att det i dag bara är 20 procent av befolkningen som endast har grundskoleutbildning jämfört med cirka 40 procent för 25 år sedan. Detta har gjort att den lågutbildade gruppen är mer homogen med avseende på hälsotillstånd samt att arbetslösheten är högre för dessa 20 procent.

Figur 3. Utbildning och självrapporterad hälsa (procent).



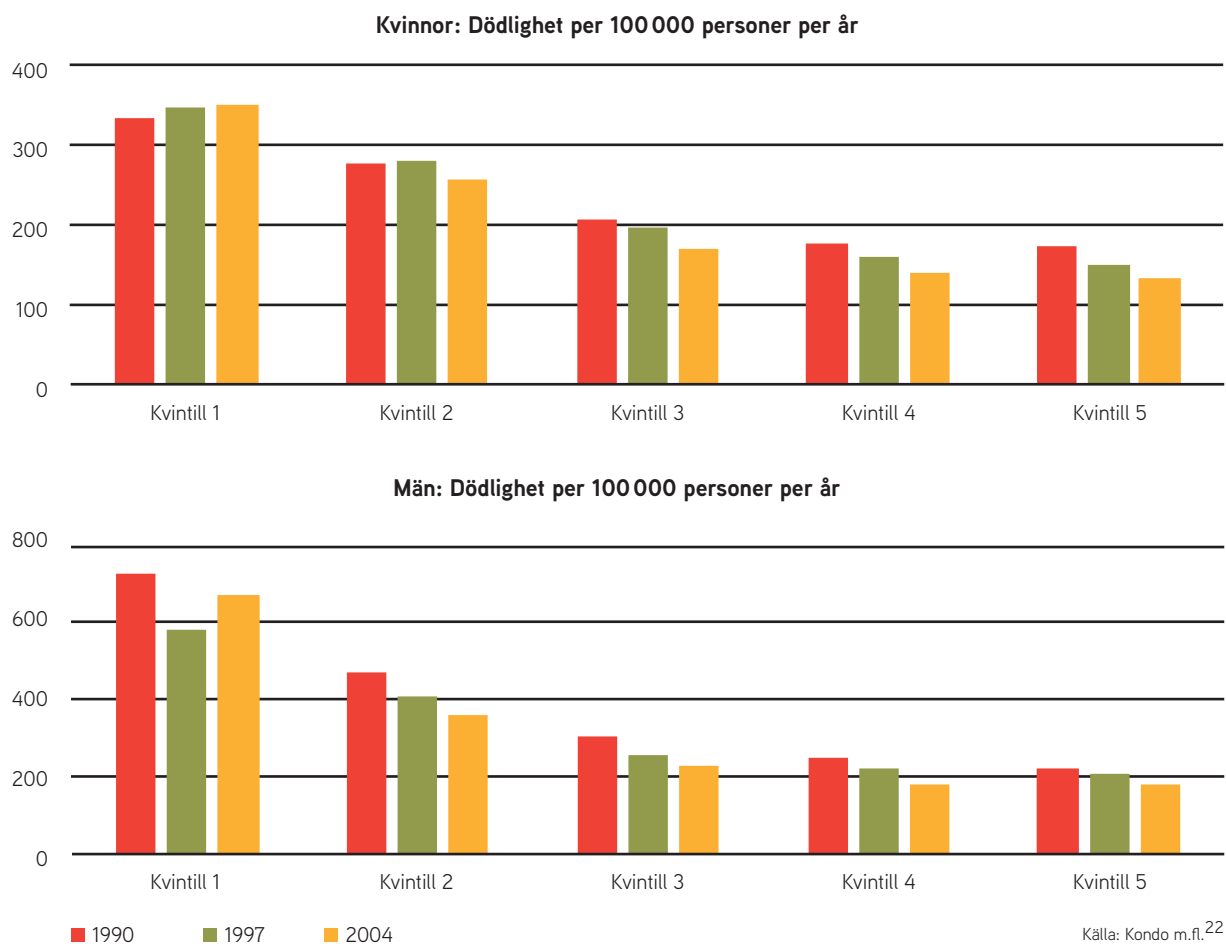
Det finns även tydliga utbildningsskillnader med avseende på självrapporterad hälsa bland både kvinnor och män (se Figur 3). Många olika sjukdomstyper och hälsotillstånd bidrar till skillnaderna i dödlighet och självrapporterad ohälsa mellan olika grader av utbildning. Risken att insjukna i *hjärtinfarkt* och *stroke* minskade i alla utbildningsgrupper under åren 2004–2014. Risken att insjukna i hjärtinfarkt är högre bland lågutbildade i alla åldersgrupper med störst skillnad i de yngre åldersgrupperna. Lågutbildade kvinnor och män löper högre risk att dö i *cancer* jämfört med högutbildade, särskilt i lungcancer. Bland dem med lägre utbildning är det också fler som dör i *själv mord*. Dödligheten i *olyckor* är mer än fyra gånger högre i gruppen med grundskoleutbildning jämfört med de eftergymnasialt utbildade, och den har dessutom ökat bland lågutbildade kvinnor och män under den senaste tjugofemårsperioden. Mäns dödlighet är generellt sett högre än kvinnors, men i åldersgruppen 35–64 år är dödligheten bland lågutbildade kvinnor betydligt högre än bland högutbildade män. Det omvända gäller för självskattad hälsa där kvinnor generellt sett rapporterar sämre hälsa än män, men i likhet med dödlighetsmönstren är det en avsevärt mycket större andel lågutbildade män som rapporterar dålig hälsa än högutbildade kvinnor.

## Inkomst, dödlighet och hälsa

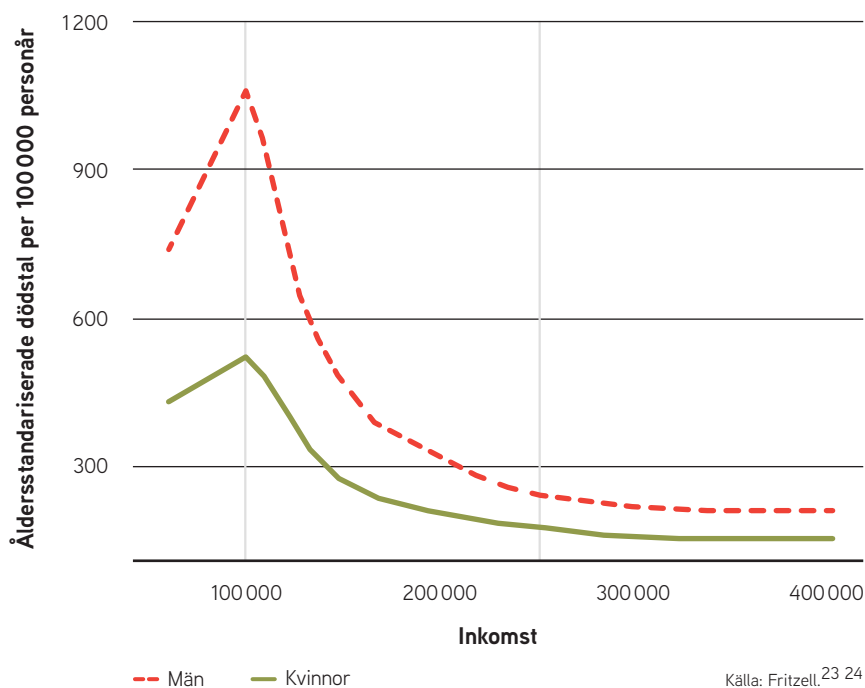
Att inkomst kan kopplas till dödlighet och ohälsa har visats i en rad olika studier, i olika länder och vid olika tidpunkter.<sup>19</sup> I Fritzells bearbetade data från Kondo m.fl.<sup>20</sup> jämförs den åldersstandardiserade dödligheten för den lägsta inkomstkventilen med den högsta. Skillnaderna i dödlighet mättes vid tre tidpunkter: 1990, 1997 och 2014. Under denna tidsperiod ökade den inkomstrelaterade ojämlikheten i dödlighet bland både män och kvinnor. Den rikare delen av befolkningen har minskad dödlighet under denna tidsperiod, medan dödligheten stagnerat (män) eller ökat (kvinnor) i den fattigaste femtedelen (se Figur 4). En liknande studie över utvecklingen mellan 1980 och 2007 visar jämförbara resultat och författarna rapporterar att ökade skillnader i cirkulations- och luftvägssjukdomar förklarar det mesta av den inkomstrelaterade ojämlikheten i dödlighet.<sup>21</sup>

Fritzell presenterar också ålderstandardiserade dödstal för män och kvinnor 25–64 år mellan åren 2005 och 2008 och visar ett tydligt och kurvlinjärt samband mellan dödlighet och inkomst bland såväl kvinnor som män (se Figur 5). Faktumet att de allra lägsta inkomstgrupperna visar lägre dödlighet än de med något högre inkomst kan härledas till antagandet att denna befolkning är mycket heterogen. Då ingen människa i verkligheten kan överleva utan någon som helst inkomst är det sannolikt att denna befolkning förfogar över medel som inte fångas upp av statistiken. Människor som försörjs av andra och personer som nolltaxerar är exempel på grupper som ingår här. Om man jämför dödstaten vid de två inkomstnivåer som avgränsar 75 procent av den totala befolkningen finner man att dödsrisken för män med relativt låga inkomster är mer än fyrdubbel medan motsvarande överrisk för kvinnor är ungefär 2,5. Sambandet mellan inkomst och hälsa finns således framför allt inom de inkomstgrupper där en stor majoritet av befolkningen finns.

Figur 4. Inkomst och dödlighet.



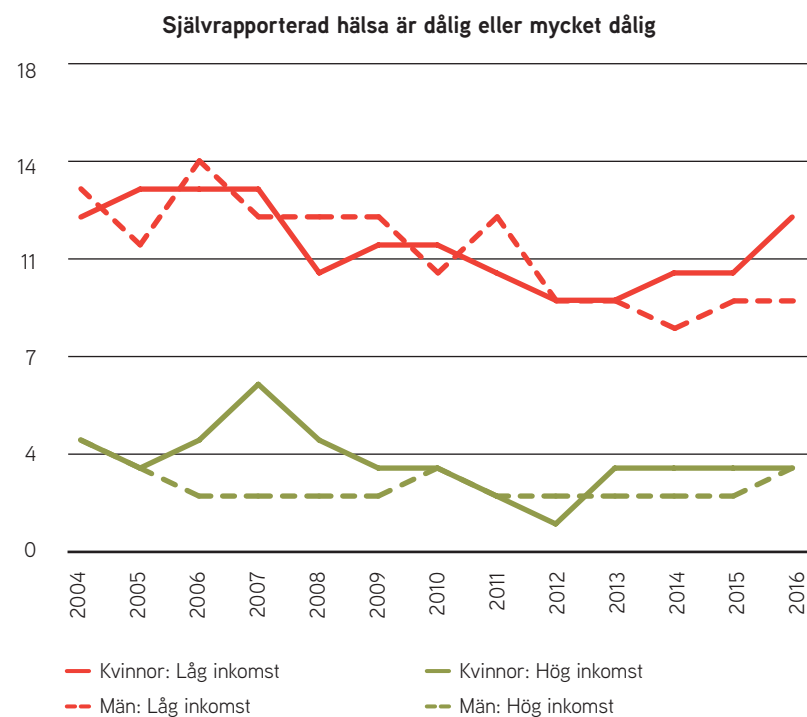
Figur 5. Inkomst och dödlighet bland män och kvinnor i åldern 25–64 år.





Även med avseende på självrapporterad hälsa finns det påtagliga skillnader mellan inkomstgrupperna. Cirka 10 procent av låginkomsttagarna rapporterar dålig eller mycket dålig hälsa 2016, vilket kan jämföras med 3 procent av höginkomsttagarna (se Figur 6).

Figur 6. Inkomst och självrapporterad hälsa (procent).



Källa: Folkhälsomyndigheten.<sup>25</sup>

## Yrke, dödlighet och hälsa

Statistiska Centralbyrån publicerade 2014 en rapport om dödligheten i olika yrken som visade att skillnaderna i dödlighet bland yrkesverksamma är nästan lika stora som skillnaden mellan yrkesverksamma och personer som saknar sysselsättning.<sup>26</sup> Män och kvinnor i traditionella arbetaryrken som metallhantverk, reparatörsarbete och service har nästan tre gånger högre dödlighet jämfört med befolkningen med teoretisk specialistkompetens eller tjänstemannayrken inom mindre företag och myndigheter. Detta återspeglas i statistik som visar att för kvinnor har 12 av drygt 100 yrkesgrupper en högre dödlighet jämfört med andra yrkesverksamma kvinnor. Motsvarande siffra för män är 27 av drygt 100 yrkesgrupper. Könsskillnaden kan förklaras av faktumet att dödligheten är generellt högre bland män vilket ger säkrare skattningar jämfört med kvinnor samt att yrkesklassifikationen är mer detaljerad inom manligt dominerade yrken. En tredje mindre men ändå bidragande orsak kan vara att män drabbas i högre grad av dödsolyckor på arbetsplatsen.<sup>27</sup> Vid sidan av dödsolyckor på arbetsplatsen kan det ibland vara svårt att avgöra huruvida dödsfall är kopplade till det arbete en individ utför. Anledningen till detta är förstas att hälsan påverkas mer eller mindre direkt av arbetsmiljön. I en ytterligare underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa rapporterar Maria

Albin och kollegor statistik kring arbete och ojämlikhet i hälsa.<sup>28</sup> Av de knappt tusen dödsfall som årligen antas ske till följd av luftföroreningar, nattarbete, skiftarbete och arbetsrelaterad stress till följd av höga krav och låg kontroll återfinns de allra flesta bland arbetare med manuella yrken.<sup>29</sup> Då många dödsfall har mer indirekt koppling till arbetsmiljö är det också sannolikt att klassrelaterade skillnader i arbetsrelaterad dödlighet underskattas.

Arbetare inom manuella yrken och grupper med låg utbildningsnivå är i högre grad drabbade av vanliga hälsoproblem som hjärtinfarkt, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) samt besvär med rörelseorganen. Arbetsförmågan är lägre och sjukfrånvaron är högre i dessa grupper jämfört med resten av befolkningen. Utöver klara klasskillnader i exponering för potentiellt hälsovådliga förhållanden, till exempel fysiskt tungt arbete, buller och skadliga kemikalier är det också vanligare att människor med låg utbildning arbetar under högre psykosociala belastningar. Enligt Albin m.fl. visar arbetsmiljöundersökningar att det sker en ackumulering av skadliga belastningar i manuella yrken, till exempel tungt kroppsarbete, tunga lyft, obekväma arbetsställningar och ensidigt upprepade arbetsrörelser. Detta är kända riskfaktorer för besvär i rörelseorganen, nedsatt arbetsförmåga, sjukskrivning och förtidspension (sjukersättning). Fysiskt belastande arbete bedöms av författarna vara den arbetsmiljöfaktor som mest bidrar till socioekonomiska skillnader i hälsa och den faktor som är särskilt begränsande vad gäller att förlänga arbetslivet på ett hållbart sätt. Dessutom bidrar psykosociala faktorer till den arbetsrelaterade sjukligheten, särskilt i kvinnodominerade sektorer av arbetsmarknaden.

## Ojämlikhet i hälsa bland äldre

Liksom andra skeden i livet är hälsa och välmående i ålderdomen starkt beroende av klass, vilket har flera orsaker. För det första är hälsotillståndet bland de äldre ett resultat av ett helt livs exponering för olika hälsorisker, varav många är ojämlikt fördelade. Detta visar sig i stora sociala skillnader i förväntad livslängd, eller förväntat antal levnadsår fria från sjukdom som reducerar livskvalitén.<sup>30</sup> Då yrkestillhörighet inte fungerar väl som en klassmarkör i den ofta pensionerade äldre befolkningen har Folkhälsomyndigheten jämfört hälsan mellan grupper med och utan kontantmarginal. Runt en femtedel av befolkningen utan kontantmarginal rapporterar dålig eller mycket dålig hälsa. De har större problem med psykisk ohälsa, sömnbesvär och ångest samt är i lägre utsträckning fysiskt aktiva. En större andel av befolkningen utan kontantmarginal saknar även emotionellt och praktiskt stöd. Särskilt anmärkningsvärd är kanske den stora gruppen män utan kontantmarginal (nästan 30 procent) som saknar emotionellt stöd (se Tabell I).

En annan anledning till att ålderdomen är en särskilt känslig period, med avseende på ojämlikhet i hälsa, är att äldre människor liksom unga som ännu inte påbörjat sitt arbetsliv, är beroende av ett skyddsnät som kompenserar för utebliven arbetsinkomst. Avslutandet av arbetslivet ser mycket olika ut beroende på social klass. Individer med kort utbildning inträder tidigare än andra i arbetslivet och har dessutom arbetsförhållanden som har en större negativ inverkan på deras hälsa än vad som är fallet för individer med längre utbildning. Om åldersgränsen för

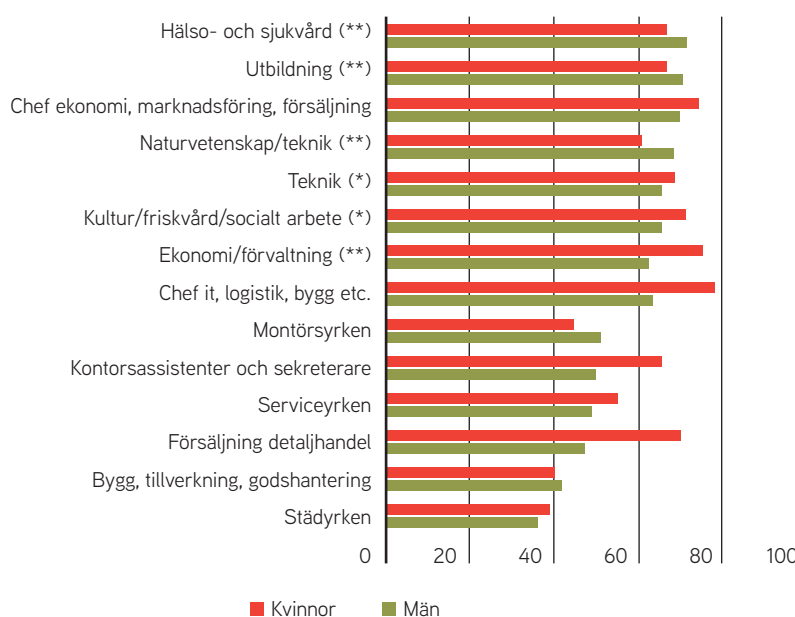
**Tabell 1. Hälsa bland män och kvinnor 55–84 år, 2009–2012 (procent).**

	Kvinnor		Män	
	Kontant-marginal	Ingen kontant-marginal	Kontant-marginal	Ingen kontant-marginal
Dålig eller mycket dålig hälsa	7	19	6	20
Psykisk ohälsa	13	26	9	22
Svåra sömnbesvär	8	16	4	13
Svår ångest	3	10	2	9
Stillasittande fritid	13	26	12	28
Saknar emotionellt stöd	9	20	11	29
Saknar praktiskt stöd	4	13	5	20

Källa: Folkhälsomyndigheten.<sup>31</sup>

möjlig ålderspension inte tar hänsyn till detta, drabbas individer med kort utbildning både av en ur hälsosynpunkt sämre arbetsmiljö och genom att utsättas för en sådan under fler år än individer med längre utbildning. Ambitionen att förmå så många arbetstagare att arbeta så länge som möjligt innan de uppnår ålderspension, exempelvis genom att öka kvalifikationskraven för förtidspension av hälsoskäl kan därför drabba denna grupp genom att de tvingas över i långvariga sjukskrivningar eller tvingas ta ut pension i förtid med en lägre pension som resultat (se Figur 7). Detta drabbar då de som redan har de lägsta pensionerna och får till följd att den disponibla inkomsten hamnar i den absoluta botten för hela den vuxna befolkningen. Sambandet mellan låg inkomst och försämring av hälsan har ingående diskuterats ovan och inget tyder på att detta ser annorlunda ut i den äldre befolkningen.

**Figur 7. Andelen individer i 14 olika yrkesgrupper som stannar kvar i arbete fram till 65 års ålder, 2007–2010 (procent).**



(\*) Med krav på viss högskoleutbildning.

(\*\*) Med krav på fördjupad högskoleutbildning.

Källa: Kadefors m.fl. (2017).<sup>32</sup>

Ett annat område där sambandet mellan klass och hälsa får en potentiellt stor betydelse är en ojämlig tillgång till vård och omsorg i den sena livsfasen. Den äldre delen av befolkningen svarar för den ojämförligt största andelen vårdbehov inom primärvårdens ansvarsområde. En befarad förskjutning från ett behovsbaserat till ett efterfrågebaserat vårdutbud skulle därför med stor sannolikhet generellt drabba den äldre befolkningen och särskilt hårt äldre individer med låg utbildningsbakgrund. Detta eftersom de har särskilt svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda i en vinstsyftande verksamhet som väljer att etablera sig i centrum av städerna eller i områden med förhållandevis hög medelinkomst. Möjligheten att tillgodogöra sig tekniska lösningar som exempelvis online-konsultationer kan också variera beroende på ålder och utbildningsgrad. Hittills har relativt få utvärderingar gjorts för att klargöra dessa effekter av primärvårdens förändring, men de som har gjorts styrker den befarade tendensen.<sup>33</sup> Ett bristande tillgodoseende av vårdbehov bland äldre har rimligen en starkt negativ effekt på deras hälsotillstånd och förväntade återstående livslängd.

## KAPITEL 3.

# Folkhälsorelaterade effekter av kapitalismens förändringar

» **SVERIGE HAR ALLTSÅ TROTS SITT VÄLSTÅND ETT BESTÅENDE PROBLEM MED OJÄMLIKHET I HÄLSA**

Sverige har alltså trots sitt välstånd ett bestående problem med ojämlikhet i hälsa. Oavsett om vi jämför utbildnings- eller inkomstgrupper kan vi se att hälsan är generellt bättre i den högutbildade och välavlönade delen av befolkningen och sämre hos dem med lägre inkomst och utbildning. Ojämlikheten återfinns i alla åldersgrupper och följer människan från fosterlivet till graven. Orsakerna kring hälsans ojämlikhet har studerats och debatterats i många år. Etablerade förklaringsmodeller fokuserar på hälsans materiella, kulturella och psykosociala bestämningsfaktorer<sup>34</sup>. En omfattande litteratur undersöker det klassbetingade samspelet mellan exponering och sårbarhet för potentiellt hälsovådliga faktorer.<sup>35</sup> Denna forskning undersöker hur likartad exponering (till exempel liknande mängd alkohol) kan ha ojämlika hälsokonsekvenser på grund av skillnader i sårbarhet för exponeringen. En av senare års största utmaningar har legat i att öka förståelsen kring samspelet mellan hälsans strukturella bestämningsfaktorer och individens handlingsutrymme. Utgångspunkten för den svenska Kommissionen för jämlik hälsa är att "ojämlikhet i hälsa uppkommer som ett resultat av ojämlikheter i tillgångar till resurser, men också formas av skillnader i handlingsutrymme inom och mellan sociala grupper"<sup>36</sup>. Kommissionen har i sina rapporter lagt fram en omfattande genomgång av befintliga förklaringsmodeller till ojämlikhet i hälsa samt ett förslag på förnyat folkhälsopolitiskt ramverk med åtta nya prioriterade målområden<sup>37</sup>.

Ambitionen med denna rapport är inte att i kortfattad form upprepa Kommissionens arbete utan snarare belysa ämnet "ojämlikhet i hälsa" från ett tydligt klassperspektiv. En central aspekt av detta perspektiv är en diskussion om hälsans förutsättningar i en kapitalistisk marknadsekonomi. I detta bidrag kommer vi utgå från tre antaganden och illustrera dessa med exempel från den svenska kontexten:

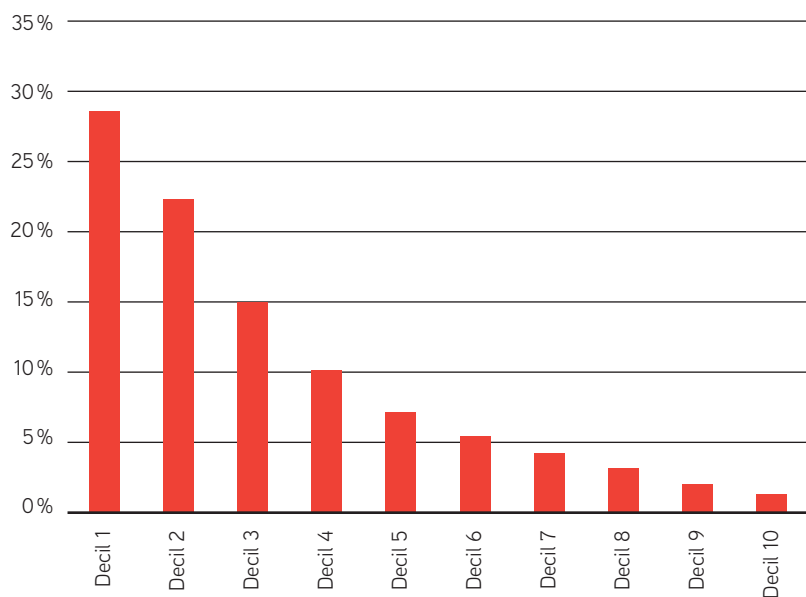
- **En relationell klassförståelse.**  
Samhällets klasser bör förstås i relation till varandra och utifrån den grundläggande konflikten mellan kapital och arbete.
- **Förändring är förutsättning för tillväxt.**  
Ett kapitalistiskt system är beroende av förändring för att kunna uppfylla målet om ständig tillväxt.
- **Politiska reformer ligger till grund för förändring.**  
Tillväxtfrämjande förändringar är i de flesta fall beroende av politiska reformer. Nya former av kapital, nya exploateringsområden och ny logik inom produktionen och arbetslivet är exempel på politiskt initierade förändringar i Sverige med folkhälsorelaterade konsekvenser.

Utifrån dessa antaganden kan ämnet "ojämlikhet i hälsa" belysas och avhandlas från ett annat perspektiv. En diskussion kring den svenska kapitalismen och hur den förändrats de senaste åren ger oss möjlighet att finna nya ingångar till att förstå utvecklingen av folkhälsan i Sverige.

## Nya former av kapital: ägande, skuldsättning och tilltagande utmaningar att mäta och följa upp sambandet mellan klass och hälsa

Kapitalismen har förändrat sitt uttryck de senaste decennierna på sätt som redan påverkar hälsans jämlikhet och sannolikt kommer att göra det i ännu högre grad framöver. En accelererande övergång till en globaliserad finanskapitalism har ökat den ojämlika fördelningen av kapital och en kraftigt växande kreditmarknad har inneburit en ökad skuldsättning framför allt i den yngre befolkningen med lägre inkomster (se Figur 8).<sup>38</sup> Säkerheten för dessa lån varierar ofta då grupper med låga inkomster tenderar att ha skulder med osäker pant (bostaden) eller ingen pant alls (det vill säga en betydande del av deras framtida inkomster är redan förverkade). Vidare har den allt mer avreglerade globala marknaden och den tekniska utvecklingen ytterligare skruvat upp konkurrensen för vinstdrivna företag, samtidigt som utbudet av arbetskraft har ökat i ett globalt perspektiv. Detta leder till att arbetsköparna har en tilltagande press på sig att minska produktionskostnaderna och i denna situation väljer att försöka minska både de direkta lönekostnaderna och de sociala förmåner som arbetstagarnas fackliga och politiska kamp har utverkat i form av pensioner, semester, företagshälsovård, anställningsskydd, arbetsmiljöreformer, sjukförsäkringar etc. Den senare typen av kostnader är särskilt hög i de så kallade välfärdsstaterna. Detta utmanar det sociala kontraktet mellan arbete och kapital i

Figur 8. Långvarigt överskuldssatta fördelat på inkomstdeciler.



Källa: de Toro 2013 (SOU:2013:78).<sup>39</sup>

form av "den historiska kompromissen" (till exempel Saltsjöbadsavtalet i Sverige) vilket var möjligt innan globaliseringen och finanskapitalets dominans, genom ett gemensamt intresse att öka konsumtionen på den nationella marknaden och genom en hög facklig organisering. Vi ser hur dessa tendenser slår igenom i form av en ökning av anställningsförhållanden som har till avsikt att skilja löneersättningen från en eller flera av de sociala förmåner som nämndes ovan.

Allt detta har påverkat de så kallade sociala bestämningsfaktorerna för hälsa, som WHO-Kommissionen sammanfattade som den socialt bestämda fördelningen av pengar, makt och andra resurser av betydelse för individens hälsa.<sup>40</sup> En utmaning för att kunna beskriva och analysera denna utveckling ligger i den skiftande utsagokraften hos de mått som vanligen används för att följa hälsans ojämlikhet. Det vanligaste måttet är utbildningsnivå. Allt större andel skaffar sig högre utbildning, vilket tidigare var mycket starkt kopplat till säkra och hälsofrämjande arbetstillfällen och en god och säker inkomst. I och med den ovan beskrivna utvecklingen blir detta mått alltmer problematiskt eftersom även de unga högutbildade i ökande grad tenderar att drabbas av prekära arbetsförhållanden.<sup>41</sup> Av samma anledning blir det tilltagande vanskligt att använda mått på social status som är baserat på yrkestitel (till exempel Socioekonomiskt Index, som används av SCB och flera andra nationella statistikorgan i Västeuropa), eftersom yrkestiteln kan variera kraftigt över tid bland de som befinner sig i prekära arbetsförhållanden. Detsamma gäller inkomst som markör. Inkomstvariabeln speglar inte ekonomiska resurser på samma sätt som tidigare, eftersom den inte fångar tillgång till kapital eller det omvända, det vill säga skuldsättning. Sannolikt har även betydelsen av överföringar av ekonomiska resurser (i olika former, från direkta kontanta medel till borgensmöjligheter för åtkomst av krediter) mellan generationerna, ökat över tid och informationen om detta är begränsat tillgänglig i nuvarande datakällor.

» EN DOMINERANDE PRINCIP I EN MARKNADS-ANPASSAD VÄLFÄRD ÄR ATT UTBUDET AV TJÄNSTER ÅTERSPEGLAR EFTERFRÅGAN SNARARE ÄN MÄNNISKORS BEHOV

### Nya exploateringsområden: marknadsanpassning av den svenska välfärden

En ytterligare förändring värd att beakta är marknadsanpassningen av den svenska välfärden. I dag utförs välfärdstjänster i Sverige av en blandning av offentliga och privata (kommersiella och icke-kommersiella) aktörer, men finansieras i hög grad av skattemedel. Möjligheten att göra affärer inom välfärdssektorn har lockat inte bara verksamhetsnära aktörer utan även finansiella investerare och frågan kring välfärdens marknadsanpassning har blivit en hett debatterad fråga. Inte minst ur ett jämlikhetsperspektiv har modellen varit föremål för skarp kritik. En dominerande princip i en marknadsanpassad välfärd är att utbudet av tjänster återspeglar efterfrågan snarare än människors behov. Kanske är denna tendens som starkast inom sjukvården och tog konkret form i den vårdvalsreform som antogs av riksdagen 2008 och två år senare blev obligatorisk för landstingen att följa. Reformen ger patienterna rätt att välja vårdcentral och godkända vårdgivare att etablera vårdcentraler var de vill. Med andra ord innebär reformen en relativt avreglerad marknadsmodell där ersättningen följer patienten och vårdgivarna konkurrerar om patienterna. Sedan 2010 har mer än 270 privata

primärvårdsmottagningar tillkommit över hela landet men framförallt i tätbefolkade områden. Riksrevisionen gjorde 2014 en omfattande kritisk granskning och konstaterade:

Reformens syfte, att primärvården skulle utvecklas i en efterfrågestyrd kundvalsmodell, och de etiska principernas prioritering av likvärdighet och vårdbehov bygger på olika logiker. Efterfrågestyrning innebär att marknaden erbjuder de lösningar som flest kunder efterfrågar. När efterfrågan på vård fått styra har konsumtionen av primärvård blivit större för relativt friska patienter från gynnade samhällsgrupper. De etiska principerna ska styra konsumtionen av primärvård till de patienter som har störst besvär och behov. En sådan prioritering förutsätter en aktör med makt och mandat, det vill säga motsatsen till att kundernas efterfrågan ska styra konsumtionen av primärvård. Än så länge tycks inget landsting ha lyckats skapa en vårdvalsmodell som styr primärvården i riktning mot vårdens etiska principer. Riksrevisionen kan konstatera att de försök som hittills gjorts med att vikta ersättningar utifrån sjuklighet och ekonomisk standard inte verkar ha lyckats påverka prioriteringarna i tillräckligt hög grad<sup>42</sup>

Även senare utvärderingar har konstaterat att fri etableringsrätt för de privata vårdgivarna medfört en prioritering av patienter med lindrigare besvär, som tar kort tid att behandla, på de svårare sjukas bekostnad och att etableringarna främst öppnats i områden med gynnsamma förutsättningar för vinst:

En viss ökning av utbudet har skett framför allt i de mer tätbefolkade områdena, med åtföljande ökade utgifter. Det finns en tendens till koncentration av mindre vårdkrävande patienter hos de privata vårdgivarna, vilket med gällande ersättningssystem kan innebära en felaktig tilldelning av resurser<sup>43</sup>

Burström och kollegor har sammanställt en rad svenska studier och kan konstatera en överetablering av vårdgivare i storstäder och privilegierade områden parallellt med en avveckling av sjukvården på landsbygden och i socioekonomiskt utsatta stadsdelar.<sup>44</sup> Denna utveckling förstärks av att kommersiella vårdgivare likt andra vinstsyftande aktörer har ett intresse av kunder eller patienter som är bra för affärerna. Detta kan påverkas av den princip enligt vilken vårdgivarna betalas (till exempel socioekonomiskt viktad kompensering), men i regel gynnas vårdgivare av att rikta in sin verksamhet mot resursstarka patienter med enklare besvär. Det övergripande syftet med valfrihetsreformer är att ge brukaren ökade möjligheter att bestämma vem som ska utföra tjänsten. Valfriheten har dock visat sig snarare gälla för utförarna som genom geografisk etablering, riktad marknadsföring eller lagvidrig diskriminering kunnat profilera sin verksamhet gentemot lönsamma grupper. Samtidigt innebär valfrihetsreformer ett ökat ansvar för den enskilda brukaren att välja rätt. Detta innebär att lära sig att navigera i välfärdsstaten, att välja bland en uppsjö av aktörer och att kräva sin rätt till välfärd av utförare som beroende på individens lönsamhet som välfärdskund kommer att vara mer eller mindre benägna att tillhandahålla tjänsten de enligt lag ska erbjuda alla. Individen tvingas utveckla en

» I REGEL GYNNAS  
VÅRDGIVARE AV  
ATT RIKTA IN SIN  
VERKSAMHET MOT  
RESURSSTARKA  
PATIENTER MED  
ENKLARE BESVÄR



"välfärdslitteracitet" jämförlig med den hälsolitteracitet (*health literacy*) som beskriver de förmågor som krävs för att ta till sig hälsofrämjande information. I denna process kan egenskaper och förmågor som tidigare var oviktiga för att individen skulle få ta del av välfärden bli till en skiljelinje och drivande faktor bakom klassrelaterad ojämlikhet i hälsa.

## Ett nytt arbetsliv: hälsa i arbetsmarknadens marginal

Liksom välfärden har den svenska arbetsmarknaden varit föremål för en rad förändringar de senaste åren. I syfte att sänka en arbetslöshet som sedan 1990-talskrisen bitit sig fast på en nivå mellan fem och tio procent har såväl socialdemokratiska som borgerliga regeringar genomfört reformer som syftar till att underlätta inträdet på arbetsmarknaden genom att utvidga möjligheterna till tidsbegränsade anställningar.<sup>45</sup> Den växande andelen visstidsanställningar har beskrivits vara en del av det som ibland kallas för "prekarisering" av arbetsmarknaden. Prekärt arbete har beskrivits som "irreguljärt, lågavlönat, osäkert, oskyddat arbete som inte kan försörja ett hushåll"<sup>46</sup>. Denna breda definition av prekärt arbete tar hänsyn till inkomstens betydelse och står därmed i viss kontrast till de definitioner som betonar otrygghetsaspekten och en individs subjektiva bedömning av den egna positionen. Som Johan Alfonsson skriver i sitt bidrag till projektet "Klass i Sverige" är en sådan definition otillräcklig, särskilt när den gör anspråk på att beskriva en ny klasstruktur bortom etablerade kategorier genom att understryka det nya prekariatets förmodade heterogenitet. Alfonsson visar med hjälp av SCB:s Arbetskraftsundersökningar (AKU) att otrygghet i form av tillfällig anställning är långt mycket vanligare bland arbetare jämfört med tjänstemän och således i hög grad överlappar med befintlig klasstruktur.<sup>47</sup>

Istället för att ersätta etablerad klassförståelse kan "prekarisering" förstås som en process eller som en förändring av arbetsmarknaden genom vilken kapitalets kontroll över det arbetande folkets villkor förstärks. Trots faktumet att prekära arbeten är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän är detta en process som kan drabba, och i viss mån redan har drabbat, breda löntagargrupper. Andelen visstidsanställningar med saklig grund bortom vinstmaximering (till exempel vikariat och säsongarbete) blir mindre samtidigt som andelen tim- och behovsanställda växer. Dessa grupper utgör arbetsmarknadens reservarmé som står till förfogande när det behövs. Den finansiella otrygghet som denna typ av arbetstagare utsätts för bidrar samtidigt till att hålla kostnaderna nere för arbetsgivaren, åtminstone på kort sikt. Kartläggningar av arbetsmarknadspolitiska reformer gör klart hur politiska beslut bidragit till denna utveckling, och samtidigt finns det goda skäl att anta att denna typ av arbete inte bara leder till osäkerhet och låg inkomst, men också till sjukdom och för tidig död: "Prekaritet' avser ett politiskt förorsakat tillstånd i vilket vissa befolkningsgrupper är i avsaknad av sociala och ekonomiska skyddsnet och blir ojämlikt exponerade för skador, våld och död".<sup>48</sup>

Hur hänger då denna typ av arbete ihop med hälsa? I en litteraturgenomgång föreslår Benach m.fl. tre huvudsakliga mekanismer som kopplar ihop prekärt arbete och ohälsa: (i) hälsovådlig arbetsmiljö, (ii)

» **SLUTLIGEN KAN  
DET PREKÄRA  
ARBETETS SOCIALA  
OCH EKONOMISKA  
KONSEKVENSER  
KOPPLAS TILL  
OHÄLSA**

psykosocial stress till följd av höga krav och begränsad kontroll över det egna arbetet, samt (iii) sociala och ekonomiska konsekvenser av prekärt arbete.<sup>49</sup> Den hälsovådliga arbetsmiljön kan ta sig form av faktorer som tunga lyft, repetitiva arbetsmoment, extrema temperaturer och toxisk exponering.<sup>50</sup> Som beskrivet ovan är dessa former av hälsovådlig arbetsmiljö vanligare inom traditionella arbetaryrken och en bidragande orsak till klassrelaterad ojämlikhet i hälsa. Om vi förstår prekariisering som en process i vilken kapitalets kontroll över arbetsvillkoren förstärks, kan det vara värt att beakta de ekonomiska incitament som en försämrade arbetsmiljö kan ge arbetsgivaren. Den möjliga om än kortsiktiga ekonomiska vinst till följd av besparingar inom skyddsutrustning och hjälpmedel står emellertid i stark kontrast till arbetarnas intressen varför reglering och extern kontroll av arbetsplatser är av stor vikt ur ett folkhälsoperspektiv. Psykosocial stress till följd av höga krav och begränsad kontroll över det egna arbetet har undersökts i en rad studier.<sup>51</sup> För personer i tidsbegränsad anställning tillkommer den stress som är resultatet av obefintliga möjligheter till planering och framförhållning.

Slutligen kan det prekära arbetets sociala och ekonomiska konsekvenser kopplas till ohälsa. Privatekonomin ligger till grund för individens boende, kost, livsföring och fritidsaktiviteter, vilket alla har en uppenbar koppling till möjligheterna att leva ett hälsosamt liv.<sup>52</sup> I sin statistik jämför Folkhälsomyndigheten endast den breda gruppen i anställning med gruppen arbetslösa och ger därför inga siffror på hur hälsan skiljer sig beroende på anställningsform. Det finns emellertid en lång rad svenska och internationella studier som visar hur prekära arbetsförhållanden har en negativ effekt för fysisk och psykisk hälsa.<sup>53</sup> Förutsättningarna att studera det prekära arbetets villkor och dess koppling till hälsa varierar beroende på kontext och typ av arbete. Sverige och de andra nordiska länderna har, tack vare sina omfattande befolkningsregister, relativt goda möjligheter att studera dessa frågor, men det finns grupper som är särskilt svåra att identifiera. Hit hör personer som arbetar inom den växande så kallade *gigekonomin*<sup>54</sup>, samt naturligtvis papperslösa arbetare utan arbetstillstånd som rapporteras arbeta under miserabla förhållanden.<sup>55</sup>

## KAPITEL 4.

# Avslutande kommentarer

» **HÄLSANS  
SOCIALA  
BESTÄMNINGSG-  
FAKTORER  
BEGRÄNSAR  
MÄNNISKORS  
HANDLINGSG-  
UTRYMME**

Denna rapport har gett en överblick över sambandet mellan klass och hälsa i Sverige. Klassmarkörer som utbildning, inkomst och yrke påverkar hälsan på olika sätt och har skiftande betydelse under olika skeden i livet. Trots det folkhälsopolitiska målet "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" är ojämlikhet i hälsa ett tilltagande problem i Sverige. Kommissionen för jämlik hälsa har i sin slutrapport lämnat en rad förslag på hur regeringens mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation ska uppnås. Problemet med den ojämlika hälsan kan inte lösas med ett alexanderhugg. Snarare föreslår kommissionen en lång rad åtgärder inom livets centrala områden som tillsammans kan bidra till att sluta de sociala hälsoklyftorna. En strukturell ansats till problemet bör ej tolkas som att individen helt saknar möjlighet eller ansvar att påverka sin egen situation. Kommissionen visar dock hur hälsans sociala bestämningsfaktorer begränsar människors handlingsutrymme och hur samhället genom resursfördelning och andra övergripande insatser kan ge individen friheten eller den reella möjligheten att leva ett hälsosamt liv.

Denna rapport motsäger sig inte kommissionens slutsatser, men har haft som ambition att komplettera diskussionen kring ojämlikhet i hälsa från ett tydligt klassperspektiv. I detta ingår att analysera folkhälsans förutsättningar inom en kapitalistisk marknadsekonomi och hur den tar sig uttryck i Sverige idag. Tre fenomen har används för att illustrera dessa förutsättningar. Nya former för ägande och skuldsättning diskuterades i ett första avsnitt, som dessutom visade hur det har blivit tilltagande komplicerat att använda sig av traditionella klassmarkörer för att komma åt sambandet mellan klass och hälsa. Det andra avsnittet diskuterade den svenska välfärdens marknadsanpassning som av ett flertal anledningar kritiserats ur ett jämlikhetsperspektiv. Slutligen diskuterades förutsättningarna för hälsa i arbetsmarknadens marginal. Avsnittet diskuterade den så kallade prekariseringen av arbetsmarknaden som en förstärkning av klassamhället och hur denna process kan kopplas till tilltagande ojämlikhet i hälsa.

# Referenser

- Albin M. *Arbetsmiljö och jämlik hälsa*. Underlagsrapport nr 5 till Kommissionen för jämlik hälsa. 2017.
- Alfonsson J. Anti-Standing – om postmarxism, prekariatbegreppet och klass. *Tidskriften Röda Rummet*. 2017;1–2.
- Alfonsson J. *Nomaderna på den svenska arbetsmarknaden. Det otrygga arbetslivets framväxt och effekter på klasstrukturen*. Katalys; 2018.
- Arbetsmiljöverket. *Statistik om dödsolyckor i arbetet*. 2017.
- Barker DJ. Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ*. 1995;311(6998):171-4.
- Bartley M. *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*. Cambridge: Polity Press; 2004.
- Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, Vol 35. 2014;35:229-53.
- Berkman L. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, Glymour MM, editors. *Social epidemiology*. 2 ed 2014.
- Burström B, Burström K, Nilsson G, Tomson G, Whitehead M, Winblad U. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):29.
- Butler J. Performativity, Precarity and Sexual Politics. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*. 2009;4(3).
- Canivet C, Bodin T, Emmelin M, Toivanen S, Moghaddassi M, Ostergren PO. Precarious employment is a risk factor for poor mental health in young individuals in Sweden: a cohort study with multiple follow-ups. *BMC Public Health*. 2016;16(1).
- Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008.
- de Toro S. *Långvarig överskuldssättning. Den bortglömda ojämlikheten*, SOU: 2013:78. 2013.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. *The Social Basis of Disparities in Health*. In: Evans T, editor. *Challenging inequalities in health: from ethics to action*. NYC: Oxford University Press; 2001. p. 13–23.
- Folkhälsomyndigheten. *Äldres hälsa, 55–84 år*. 2013.
- Folkhälsomyndigheten. *Folkhälsodata: Medellivslängd, återstående efter utbildningsnivå, ålder, kön och år. Antal år*. 2016.
- Folkhälsomyndigheten. *Allmän hälsa (självrapporterat) efter ekonomi, kön och år. Andel (procent)*. 2016.
- Fritzell J. *Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa*. Underlagsrapport nr 3 till Kommissionen för jämlik hälsa 2016.
- Gauffin K. *Embodiment of Inequality: The translation of childhood social inequality to alcohol related health disparities later in life*. Stockholm: Karolinska Institutet; 2015.
- Hederos K, Jäntti M, Lindahl L, Torssander J. Trends in Life Expectancy by Income and the Role of Specific Causes of Death. *Economica*. 2017:n/a-n/a.

- Kadefors R, Nilsson K, Rylander L, Östergren P-O, Albin M. Occupation, gender and work-life exits: a Swedish population study. *Ageing and Society*. 2017;1-18.
- Kinsella MT, Monk C. Impact of maternal stress, depression and anxiety on fetal neurobehavioral development. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):425-40.
- Kondo N, Rostila M, Yngwe MÅ. Rising inequality in mortality among working-age men and women in Sweden: a national registry-based repeated cohort study, 1990–2007. *J Epidemiol Commun H*. 2014;68(12):1145-50.
- Koranyi I, Jonsson J, Rönnblad T, Stockfelt L, Bodin T. Precarious employment and occupational accidents and injuries – a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2018.
- Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(10):778-83.
- Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichsen F. *Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden*. B World Health Organ. 2005;83(2):92-9.
- Lundberg O, Albin M, Bergsmark Å, Hartman L, Kristenson M, Nilsson P, et al. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. 2017.
- Lundberg O, Albin M, Hartman L, Nilsson I, Sjögren A, Wieselgren I-M, et al. *Det handlar om jämlik hälsa – utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete* SOU2016:55. Kommissionen för jämlik hälsa; 2016.
- Okun ML, Tolge M, Hall M. Low socioeconomic status negatively affects sleep in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2014;43(2):160-7.
- Petersen CB, Mortensen LH, Morgen CS, Madsen M, Schnor O, Arntzen A, et al. Socio-economic inequality in preterm birth: a comparative study of the Nordic countries from 1981 to 2000. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2009;23(1):66–75.
- Regeringen. *Mål för folkhälsan* Prop 2002/03:352002 8 July 2011. Available from: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/1259>.
- Riksrevisionen. *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan*. 2014.
- SCB. *Yrke och dödlighet 2008–2012*. Demografiska rapporter 2014:3. 2014.
- Schierup C-U, Jørgensen MB. *Politics of precarity: migrant conditions, struggles and experiences*. Leiden ; Boston: Brill; 2017. xiii, 329 pages p.
- Sen A. *Inequality reexamined*. New York Cambridge, Mass.: Russell Sage Foundation, Harvard University Press; 1992. xiv, 207 p. p.
- Valero De Bernabe J, Soriano T, Albaladejo R, Juarranz M, Calle ME, Martinez D, et al. Risk factors for low birth weight: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;116(1):3-15.
- van Santen P, Öcer D. Svenska hushållens skuldsättning – uppdatering för 2016. *Ekonomiska kommentarer*. 2016;5.
- Vågerö D, Rajaleid K. Does childhood trauma influence offspring's birth characteristics? *Int J Epidemiol*. 2017;46(1):219-29.
- Wågström J. Papperslösa tvingas arbeta för småpengar. *Arbetsbladet*. 2016.05.04.
- Östergren O. *Understanding the educational gradient in mortality*. Stockholm: Stockholm Universitet, institutionen för sociologi; 2017.

# Noter



- 1 Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, 2008.
- 2 Amartya Sen, *Inequality reexamined*, (1992).
- 3 Regeringen, *Mål för folkhälsan: Prop 2002/03:35*, (2002).
- 4 Olle Lundberg m.fl. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa* (2017).
- 5 Diana Kuh m.fl. "Life course epidemiology", i *Journal of Epidemiology and Community Health*, volym 57, nr 10 (2003), s. 778–783.
- 6 Ett känt exempel är läkemedlet talidomid som i slutet på 1950-talet lanserades under varumärket Neurosedyn som ett botemedel mot graviditetsbetingat illamående. För det ofödda barnet innebär läkemedlet hög risk för svåra missbildningar om exponeringen sker tidigt i fosterutvecklingen.
- 7 Karl Gauffin, *Embodiment of Inequality: The translation of childhood social inequality to alcohol related health disparities later in life* (2015).
- 8 David Barker, "Fetal origins of coronary heart disease", *BMJ*, volym 311, nr 6998 (1995), s. 171–174.
- 9 Diana Kuh m.fl. "Life course epidemiology", i *Journal of Epidemiology and Community Health*, volym 57, nr 10 (2003), s. 778–783.
- 10 Javier Valero De Bernabe m.fl. "Risk factors for low birth weight: a review", i *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, volym 116, nr 1 (2004), s. 3–15.
- 11 Christina Petersen m.fl. "Socio-economic inequality in preterm birth: a comparative study of the Nordic countries from 1981 to 2000", i *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, volym 23, nr 1, s. 66–75 (2008).
- 12 Michelle Lee Okun m.fl. "Low socioeconomic status negatively affects sleep in pregnant women" *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, volym 43, nr 2. (2014), s. 160–167.
- 13 M. Kinsella m.fl. "Impact of Maternal Stress, Depression & Anxiety on Fetal Neurobehavioral Development", i *Clinical obstetrics and gynecology*, volym 52, nr 3 (2009), s. 425–40.
- 14 Denny Vågerö och Kristiina Rajaleid "Does childhood trauma influence offspring's birth characteristics?", i *International Journal of Epidemiology*, volym 46, nr 1, s. 219–229.
- 15 Olle Lundberg m.fl. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa* (2017).
- 16 Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsodata: Medellivslängd, återstående efter utbildningsnivå, ålder, kön och år. Antal år.* (2016).
- 17 Olof Östergren, *Understanding the educational gradient in mortality* (2017).
- 18 Folkhälsomyndigheten, *Allmän hälsa (självrappporterat) efter utbildningsnivå, kön och år. Andel (procent).* (2016).
- 19 Johan Fritzell, *Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa. Underlagsrapport nr 3 till Kommissionen för jämlik hälsa* (2016).

- 20 Naoki Kondo m.fl. "Rising inequality in mortality among working-age men and women in Sweden: a national registry-based repeated cohort study", i: *Journal of Epidemiology and Community Health*, volym 68, nr 12, s. 1145–1150 (2014).
- 21 Karin Hederos m.fl. "Trends in Life Expectancy by Income and the Role of Specific Causes of Death", *Economica* (2017).
- 22 Naoki Kondo m.fl. "Rising inequality in mortality among working-age men and women in Sweden: a national registry-based repeated cohort study", i: *Journal of Epidemiology and Community Health*, volym 68, nr 12, s. 1145–1150 (2014).
- 23 Bild från Fritzell (2016) återgiven med tillstånd av upphovsrättsinnehavaren. Förklaring till bilden lyder i originaltext: "Åldersstandardiserade dödstal och ekvivalerad disponibel inkomst. Inkomsten avser år 2003 och dödligheten från 2005 till och med 2008. För kvinnor och män 25–64 år. 75 procent av befolkningen har inkomster inom det inkomstspann som avgränsas av de två vertikala linjerna i diagrammet.
- 24 Johan Fritzell, *Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa. Underlagsrapport nr 3 till Kommissionen för jämlik hälsa* (2016).
- 25 Folkhälsomyndigheten, *Allmän hälsa (självrapporterat) efter ekonomi, kön och år. Andel (procent)*. (2016).
- 26 SCB, *Yrke och dödlighet 2008–2012. Demografiska rapporter 2014:3*. (2014).
- 27 Arbetsmiljöverket. *Statistik om dödsolyckor i arbetet*, 2017.
- 28 Maria Albin m.fl. *Arbetsmiljö och jämlik hälsa. Underlagsrapport nr 5 till Kommissionen för jämlik hälsa*, (2017).
- 29 Bland män inträffar 70,2 procent av dessa dödsfall bland arbetare, trots att manliga arbetare bara utgör 40,1 procent av alla sysselsatta män. Bland kvinnor inträffar 61,7 procent av dödsfallen bland arbetare som utgör 35,1 procent av sysselsatta kvinnor.
- 30 Rikard Ljung m.fl. "Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden", i: *Bulletin of the World Health Organization*, volym 83, nr 2 (2005).
- 31 Folkhälsomyndigheten, *Äldres hälsa, 55–84 år* (2013).
- 32 Roland Kadefors m.fl., "Occupation, gender and worklife exits: a Swedish population study," i: *Ageing & Society* (2017).
- 33 Bo Burström m.fl. "Equity aspects of the primary health care choice reform in Sweden – a scoping review", i *International Journal for Equity in Health*, volym 16, nr 1 (2017), s. 29.
- 34 Mel Bartley, *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*. (2004).
- 35 Finn Diderichsen m.fl. "The Social Basis of Disparities in Health". i: Evans (red). *Challenging inequalities in health: from ethics to action*, s.13–23 (2001).
- 36 Olle Lundberg m.fl. *Det handlar om jämlik hälsa – utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete*, s. 47 (2016).
- 37 De föreslagna målområdena är: 1) Det tidiga livets villkor, 2) Kunskaper, kompetenser och utbildning, 3) Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4) Inkomster och försörjningsmöjligheter, 5) Boende och närmiljö, 6) Levnadsvanor, 7) Kontroll, inflytande och delaktighet, samt 8) En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
- 38 Peter van Santen och Dilan Öcer. "Svenska hushållens skuldsättning – uppdatering för 2016" i: *Ekonomiska Kommentarer*, nr 5 (2016).
- 39 Sebastian de Toro, *Långvarig överskuldsättning. Den bortglömda ojämlikheten*, SOU: 2013:78, 2013.

- 40 Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, 2008.
- 41 Trots en tilltagande "prekarisering" av flertalet av arbetsmarknadens sektorer är det viktigt att framhålla att de undermåliga villkor som kännetecknar en prekär arbetssituation är långt mycket vanligare inom traditionella arbetaryrken. Diskussionen kring prekära arbeten bör därför inte leda till att bortse från vikten av klass, snarare tvärtom. Se också Johan Alfonsson: *Anti-Standing – om postmarxism, prekariatbegreppet och klass*, i: Tidskriften Röda Rummet (2017).
- 42 Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan* (2014).
- 43 Per Molander, *Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet* (2017).
- 44 Bo Burström m.fl. "Equity aspects of the primary health care choice reform in Sweden – a scoping review", i *International Journal for Equity in Health*, volym 16, nr 1 (2017), s. 29.
- 45 En mer detaljerad beskrivning av den svenska arbetsmarknadens utveckling och förekomsten av olika former av visstidsanställningar ges i Johan Alfonssons bidrag till projektet "Klass i Sverige".
- 46 Carl-Ulrik Schierup och Martin Bak Jørgensen, *Politics of precarity: migrant conditions, struggles and experiences*. (2017). Citat i original: "non-standard employment which is poorly paid, insecure, unprotected, and cannot support a household".
- 47 Johan Alfonsson, "Nomaderna på den svenska arbetsmarknaden. Det otrygga arbetslivets framväxt och effekter på klasstrukturen", i: *Klass i Sverige – Katalys publikationer nr 44* (2018).
- 48 Judith Butler, *Performativity, precarity and sexual politics* (2009). Citat i original: "'precarity' designates that politically induced condition in which certain populations suffer from failing social and economic networks of support and become differentially exposed to injury, violence, and death."
- 49 Joan Benach m.fl., "Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health", i: *Annual Review of Public Health*, volym 35, s. 229–253 (2014).
- 50 Se Koranyi m.fl., "Precarious employment and occupational accidents and injuries", i: *Scand J Work Environ Health (online)* (2018) för en litteraturgenomgång på ämnet.
- 51 Lisa Berkman m.fl., "Working conditions and health", i: Lisa Berkman m.fl. (red.), *Social Epidemiology* (2014).
- 52 Nancy Krieger, "Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination". *International Journal of Health Services*, volym 29, nr 2, s. 295–352, 1999.
- 53 Se Benach m.fl. (2014) för en litteraturgenomgång på ämnet. En svensk studie över prekära arbetsförhållanden och psykisk ohälsa ges av Canivet m.fl. (2016).
- 54 Gigeekonomi eller plattformsekonomi används som beteckning för den typ av tillfälliga uppdrag som förmedlas via digitala plattformar och mobilapplikationer. Då arbetaren på pappret inte är anställd och förmedlaren inte tar något arbetsgivaransvar kan lönerna sättas utan hänsyn till fackliga avtal och det sociala skydds nätet är ofta obefintligt.
- 55 Joanna Wågström, "Papperslösa tvingas jobba för småpengar", i: *Arbetarbladet* (4 maj 2016).





- Rapport 1: Klass, identitet och politisk mobilisering
- Rapport 2: Arbetarlitteraturen och klassamhället
- Rapport 3: Arbetarklassens symboliska utplåning i medelklassens medier
- Rapport 4: Mediekapitalet
- Rapport 5: Nomaderna på den svenska arbetsmarknaden
- Rapport 6: Det nya arbetslivet: management-by-stress
- Rapport 7: Svängdörrarnas förlovade land
- Rapport 8: Vilka är "vi" i jämställdhetspolitiken?
- Rapport 9: Klassamhällets tystade röster och perifera platser
- Rapport 10: En fråga om klass i framtidsstaden Malmö
- Rapport 11: I väntan på klasspolitik
- Rapport 12: Medelklassens förändrade maktposition
- Rapport 13: Professionerna, mellanskikten och klassanalysen
- Rapport 14: Klassamhällets rasifiering i arbetslivet
- Rapport 15: Arbetarrörelsens blinda fläck
- Rapport 16: Ägande- och förmögenhetsstrukturen och dess förändring sedan 1980
- Rapport 17: Välfärdsmodellens omvandling
- Rapport 18: Klass och hälsa